



ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
&
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ



Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

**" ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΗΘΙΚΗΣ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗΣ,
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ
ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ "**

υπό

ΔΕΣΠΟΙΝΑΣ Ι. ΒΑΝΑΚΛΙΩΤΗ

Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των
απαιτήσεων για την απόκτηση του
Διπλώματος Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Δεοντολογία και Ηθική στις Βιοϊατρικές Επιστήμες»

Λάρισα, 2024

Επιβλέπων:

Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

- 1. Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας - (Επιβλέπων),*
- 2. Άννα Μαυροφόρου, Καθηγήτρια Δεοντολογίας και Βιοηθικής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*
- 3. Αθανάσιος Γιαννούκας, Καθηγητής Αγγειοχειρουργικής, Τμήμα Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας*

Τίτλος εργασίας στα αγγλικά:

"INVESTIGATION OF THE RELATIONSHIP AMONG MORAL HARASSMENT, MENTAL HEALTH AND PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE IN HEALTHCARE PROFESSIONALS"

Περιεχόμενα

Πίνακες.....	7
Γραφήματα	8
Ευχαριστίες.....	9
Περίληψη	10
Abstract.....	13
Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή	15
1.1 Ηθική παρενόχληση	15
1.1.1 Παρεμβάσεις Αντιμετώπισης και Νομοθετικό Πλαίσιο	17
1.2 Ψυχική Υγεία.....	20
1.2.1 Αγχώδεις Διαταραχές	21
1.2.2 Καταθλιπτικές Διαταραχές.....	23
1.3 Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής.....	26
1.3.1 Ικανοποίηση/Κόπωση Συμπόνιας	26
1.3.2 Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	27
1.3.3 Δευτερογενές Τραυματικό Στρες.....	28
Κεφάλαιο 2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση	29
2.1 Επαγγελματίες υγείας και ηθική παρενόχληση.....	30
2.1.1 Παγκόσμιες μελέτες	30
2.1.2 Ελληνικές μελέτες	32
2.2 Επαγγελματίες υγείας και ψυχική υγεία	34
2.2.1 Παγκόσμιες μελέτες.....	34

2.2.2	<i>Ελληνικές μελέτες</i>	35
2.3	Επαγγελματίες υγείας και επαγγελματική ποιότητα ζωής	35
2.3.1	<i>Παγκόσμιες μελέτες</i>	35
2.3.2	<i>Ελληνικές μελέτες</i>	38
2.4	Συσχέτιση μεταξύ ηθικής παρενόχλησης και επαγγελματικής ποιότητας ζωής επαγγελματιών υγείας	40
2.4.1	<i>Παγκόσμιες μελέτες</i>	40
2.4.2	<i>Ελληνικές μελέτες</i>	41
2.5	Συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας επαγγελματιών υγείας	42
2.5.1	<i>Παγκόσμιες μελέτες</i>	42
2.5.2	<i>Ελληνικές μελέτες</i>	42
2.6	Συσχέτιση μεταξύ ηθικής παρενόχλησης και ψυχικής υγείας επαγγελματιών υγείας	44
2.6.1	<i>Παγκόσμιες μελέτες</i>	44
2.6.2	<i>Ελληνικές μελέτες</i>	46
2.7	Συσχέτιση μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής επαγγελματιών υγείας	47
2.7.1	<i>Παγκόσμιες μελέτες</i>	47
2.7.2	<i>Ελληνικές μελέτες</i>	48
Κεφάλαιο 3 Μεθοδολογία της έρευνας		50
3.1	Σκοπός και ερευνητικός σχεδιασμός	50
3.2	Υλικό και μέθοδος	51
3.2.1	<i>Δεοντολογία έρευνας</i>	52
3.3	Δείγμα	53
3.4	Εργαλεία συλλογής δεδομένων	54

3.4.1	<i>Κλίμακα μέτρησης βίαιης συμπεριφοράς WPVB</i>	54
3.4.2	<i>Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9</i>	54
3.4.3	<i>Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL</i>	55
3.5	Στατιστική Ανάλυση.....	58
3.5.1	<i>Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης</i>	58
3.6	Αξιοπιστία ερωτηματολογίων έρευνας	59
3.6.1	<i>Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς</i>	59
3.6.2	<i>Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9</i>	60
3.6.3	<i>Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL</i>	61
Κεφάλαιο 4 Αποτελέσματα		62
4.1	Δημογραφικά αποτελέσματα.....	62
4.2	Κλίμακες	66
4.2.1	<i>Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς</i>	66
4.2.2	<i>Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9</i>	72
4.2.3	<i>Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL</i>	75
4.3	Κλίμακες συνολικά	78
4.4	Επαγωγική στατιστική ανάλυση	80
4.4.1	<i>Συσχετίσεις</i>	80
4.4.2	<i>Κλίμακες</i>	81
4.5	Ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης	84
4.6	Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς WPVB	84
4.7	Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9	86
4.8	Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL.....	88
Κεφάλαιο 5 Συζήτηση		91
5.1	Προτάσεις αντιμετώπισης	98

5.2	Περιορισμοί της έρευνας	101
5.3	Συμπέρασμα.....	103
	Βιβλιογραφία	104
	Παράρτημα Α' Ερωτηματολόγιο και έντυπο συγκατάθεσης έρευνας.....	114
	Παράρτημα Β' Άδειες σταθμισμένων ερωτηματολογίων	124
	Παράρτημα Γ' Έγκριση Έρευνας από Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.....	127
10	Παράρτημα Δ' Έγκριση έρευνας από Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου Βορείου Ελλάδας	128

Πίνακες

Πίνακας 3.1 Τεστ κανονικότητας <i>Shapiro-Wilk</i>	58
Πίνακας 3.2 Δείκτης <i>Cronbach's α</i> της Κλίμακας Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς <i>WPVB</i> συνολικά και ανά παράγοντα.	59
Πίνακας 3.3 Δείκτης <i>Cronbach's α</i> του Ερωτηματολόγιου Υγείας Ασθενούς <i>PHQ-9</i> . ..	60
Πίνακας 3.4 Δείκτης <i>Cronbach's α</i> της Επαγγελματικής Κλίμακας Ποιότητας Ζωής <i>ProQOL</i>	61
Πίνακας 4.1 Δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα ερωτώμενων	65
Πίνακας 4.2 Μέση βαθμολογία ανά ερώτημα της Κλίμακας <i>WPVB</i> για κάθε ομάδα ερωτώμενων, χρωματισμένες ανά παράγοντα: (Γκρι) Απομόνωση του ατόμου από την εργασία του (11 ερωτήσεις), (Πορτοκαλί) Επίθεση στον εργασιακό χώρο (9 ερωτήσεις), (Κίτρινο) Επιθετικές συμπεριφορές στο άτομο (9 ερωτήσεις), (Πράσινο) Άμεσες αρνητικές συμπεριφορές.	68
Πίνακας 4.3 Ποσοστά απαντήσεων στις στατιστικά διαφορετικές ερωτήσεις μεταξύ των ομάδων για το ποιος άσκησε την συμπεριφορά	70
Πίνακας 4.4 Μέση βαθμολογία ανά ερώτημα της Κλίμακας <i>PHQ-9</i> συν της ερώτησης 10 για κάθε ομάδα ερωτώμενων.....	74
Πίνακας 4.5 Μέση βαθμολογία ανά παράγοντα της Κλίμακας <i>ProQOL</i> για κάθε ομάδα ερωτώμενων.	76
Πίνακας 4.6 Οι συνολικές βαθμολογίες για τις 3 κλίμακες ανά ιδιότητα.....	79
Πίνακας 4.7 Δημογραφικές συσχετίσεις με τις συνολικές βαθμολογίες ανά κλίμακα....	81
Πίνακας 4.8 Σύσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων με τις συνολικές βαθμολογίες ανά κλίμακα.....	83
Πίνακας 4.9 Ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης για την Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς	85
Πίνακας 4.10 Ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης για το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς <i>PHQ-9</i>	87
Πίνακας 4.11 Ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης για την Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής <i>ProQOL</i>	89

Γραφήματα

<i>Γράφημα 4.1 Ιστόγραμμα ηλικίας ανά ομάδα ερωτώμενων.</i>	<i>63</i>
<i>Γράφημα 4.2 Ιστόγραμμα Εργασιακής Εμπειρίας ανά ομάδα ερωτώμενων.</i>	<i>63</i>
<i>Γράφημα 4.3 Ποσοστά απαντήσεων ανά ομάδα στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το επάγγελμά σας;»</i>	<i>64</i>
<i>Γράφημα 4.4 Ποσοστά απαντήσεων ανά ομάδα στο ερώτημα «Σκοπεύετε να αλλάξετε επαγγελματικό προσανατολισμό;»</i>	<i>64</i>
<i>Γράφημα 4.5 Θηκόγραμμα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας WPVB ανά ομάδα επαγγελματιών</i>	<i>67</i>
<i>Γράφημα 4.6 Θηκόγραμμα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας PHQ-9 ανά ομάδα επαγγελματιών.</i>	<i>73</i>
<i>Γράφημα 4.7 Θηκόγραμμα της συνολικής βαθμολογίας ανά παράγοντα της Κλίμακας ProQOL για κάθε ομάδα ερωτώμενων.....</i>	<i>77</i>
<i>Γράφημα 4.8 Η επίδραση της έντασης του εκφοβισμού στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης ανά ομάδα επαγγελματιών.</i>	<i>90</i>
<i>Γράφημα 4.9 Η επίδραση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων κατάθλιψης στην ένταση της εργασιακής εξουθένωσης ανά ομάδα επαγγελματιών.</i>	<i>90</i>

Ευχαριστίες

Στα πλαίσια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα πρώτα απ' όλα να ευχαριστήσω θερμά όλους τους συναδέλφους για τη συμμετοχή τους και το χρόνο που αφιέρωσαν στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας. Η συμβολή τους ήταν ιδιαίτερα σημαντική για την επίτευξη του αρχικού στόχου.

Εξίσου σημαντική ήταν η στήριξη και όλου του υπόλοιπου προσωπικού του Νοσοκομείου στο οποίο πραγματοποιήθηκε η μελέτη, το οποίο μπορεί να μη συμμετείχε ενεργά στην έρευνα, ωστόσο, συνέβαλε σημαντικά στην ομαλή διεξαγωγή της.

Εξχωριστές ευχαριστίες θα ήθελα να αποδώσω στον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Φραδέλο Ευάγγελο, Επίκουρο Καθηγητή Κλινικής Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε και για την εξαιρετική συνεργασία.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά το οικογενειακό και φιλικό μου περιβάλλον για την εγκάρδια υποστήριξη σε όλη τη διαδικασία της μελέτης.

Περίληψη

Εισαγωγή: Οι επαγγελματίες υγείας, στην προσπάθειά τους να εξασφαλίσουν την καλύτερη φροντίδα για τους ασθενείς, έρχονται καθημερινά αντιμέτωποι με πολύπλοκες καταστάσεις, οι οποίες μπορεί να επηρεάσουν την ποιότητα της επαγγελματικής, κοινωνικής και προσωπικής ζωής τους (ψυχικά και σωματικά). Όπως αναφέρεται σε πολλές μελέτες, οι γρήγοροι ρυθμοί, η εργασία σε βάρδιες, οι ελλείψεις ακόμα και η φύση του ίδιου του επαγγέλματος υγείας δημιουργούν στρες και άγχος στο υγειονομικό προσωπικό, το οποίο μπορεί να δημιουργήσει εντάσεις, ακόμα και φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης και βίας στον εργασιακό χώρο. Ταυτόχρονα, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, οι απαιτήσεις του επαγγέλματος μπορεί να οδηγήσουν τους επαγγελματίες υγείας σε επαγγελματική δυσαρέσκεια και επιθυμία για αλλαγή επαγγέλματος, κόπωση από τη συμπίνα (σύνδρομο εξουθένωσης ή δευτερογενές τραυματικό στρες), ψυχικές διαταραχές, κατάθλιψη μέχρι και τάσεις αυτοτραυματισμού ή αυτοκτονίας.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα μελέτη διερευνήθηκε η ηθική παρενόχληση (mobbing), η κατάσταση ψυχικής υγείας και η επαγγελματική ικανοποίηση καθώς και η συσχέτιση τόσο μεταξύ τους όσο και με δημογραφικά ή επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με όλες τις απαραίτητες άδειες και εγκρίσεις χρησιμοποιώντας τη μέθοδο αυτοαναφοράς. Το τελικό ερωτηματολόγιο απαρτιζόταν από 4 μέρη και συνολικά 82 ερωτήσεις: τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά (9 ερωτήσεις), την Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς (WPVB) (33 ερωτήσεις), το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9) (10 ερωτήσεις) και την Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (ProQOL) 5^{ης} έκδοσης (30 ερωτήσεις). Τα έντυπα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν και συλλέχθηκαν κατά την περίοδο Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2023 ακολουθώντας όλους τους κανόνες ηθικής και δεοντολογίας σε 400 επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές και παραϊατρικό προσωπικό) Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου Βορείου Ελλάδας με αρχικό στόχο τα 100 άτομα ανά επαγγελματικό κλάδο διερεύνησης. Το συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 76,25%, ενώ τελικά συμπεριελήφθησαν στην έρευνα 288 έγκυρα ερωτηματολόγια με τρεις ίσες ομάδες (96 ανά επαγγελματικό κλάδο). Χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά τεστ

χ^2 , Mann Whitney U και Kruskal-Wallis με διόρθωση Bonferroni για πολλαπλές μεταβλητές με σημαντικότητα το $p < 0,01$. Οι τιμές παρουσιάζονται σε αριθμό και ποσοστό επί του συνόλου των ερωτώμενων. Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του IBM SPSS Statistics for Windows, έκδοση 26 και Microsoft Excel 2013 για κάποια γραφήματα.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η επαγγελματική ιδιότητα ήταν ο μόνος ανεξάρτητος δημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει ανεξάρτητα αλλά ουσιαστικά λίγο το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης. Περίπου ένας στους τέσσερις επαγγελματίες υγείας βίωσαν γενικά φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης κατά τον τελευταίο χρόνο, με εντονότερα φαινόμενα στους ιατρούς (κυρίως από άτομα ιεραρχικά ανώτερα) με μεγάλη στατιστικά σημαντική διαφορά και διπλάσια από το παραϊατρικό προσωπικό (κυρίως από συναδέλφους), ενώ στους νοσηλευτές προερχόταν κυρίως από ιεραρχικά ανώτερα άτομα. Τρεις στους πέντε επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν ελάχιστα συμπτώματα κατάθλιψης τις τελευταίες δύο εβδομάδες, τα οποία δημιούργησαν μερική δυσκολία στην καθημερινότητά τους, ενώ με στατιστικά σημαντική διαφορά χωρίς τάσεις κατάθλιψης ήταν το παραϊατρικό προσωπικό. Αντίθετα, οι νοσηλευτές είχαν εντονότερα συμπτώματα παρουσιάζοντας και τη μικρότερη επαγγελματική ικανοποίηση (17,71%). Πιο ικανοποιημένοι ήταν οι ιατροί και με πολύ μικρή διαφορά ακολούθησε το παραϊατρικό προσωπικό, ενώ οι ιατροί είχαν τη μικρότερη επιθυμία για αλλαγή επαγγέλματος (73,96%). Θετική παρατηρήθηκε η συσχέτιση της ηλικίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης, ενώ και οι δύο αυτοί παράγοντες παρουσίασαν αρνητική συσχέτιση με την ηθική παρενόχληση, τα συμπτώματα κατάθλιψης, την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες (ΔΤΣ). Αντιθέτως, θετική ήταν η συσχέτιση των τελευταίων τριών παραγόντων με την ικανοποίηση συμπόνιας και την αλλαγή επαγγέλματος. Οι βαθμολογίες κόπωσης/ικανοποίησης συμπόνιας και ΔΤΣ για τον τελευταίο μήνα ήταν γενικά υψηλές με στατιστικά σημαντική διαφορά το ΔΤΣ για το οποίο οι νοσηλευτές είχαν την υψηλότερη έναντι του παραϊατρικού προσωπικού, το οποίο είχε την υψηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας και τη λιγότερη εξουθένωση. Υψηλά επίπεδα ηθικής παρενόχλησης διαπιστώθηκε ότι αυξάνουν την εξουθένωση και το ΔΤΣ και όλα μαζί αυξάνουν τη βαρύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Τέλος, όσο πιο ισχυρά εμφανίστηκαν τα συμπτώματα κατάθλιψης τόσο μεγαλύτερη φάνηκε να είναι η

εξουθένωση του επαγγελματία υγείας, ιδιαίτερα με την ιατρική ή νοσηλευτική ιδιότητα. Τα ευρήματα συσχετίζονται με αντίστοιχες έρευνες στην παγκόσμια και ελληνική βιβλιογραφία. Ωστόσο, δεν μπορούν να αποδοθούν γενικευμένα συμπεράσματα.

Συμπεράσματα: Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας μπορούν να αποτελέσουν τα θεμέλια για την αναδιαμόρφωση και βελτίωση των υπάρχουσων πολιτικών γύρω από το εθνικό σύστημα υγείας, την παιδεία και την εκπαίδευση, ώστε να ελαττωθούν τα φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης και να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας, η ποιότητα ζωής και η γενικότερη υγεία των επαγγελματιών υγείας και, κατά συνέπεια, και η φροντίδα προς τους ασθενείς.

Λέξεις-κλειδιά: Ψυχική υγεία - Ηθική παρενόχληση - Επαγγελματική ποιότητα ζωής
- Βίαιη ψυχολογική συμπεριφορά - Επαγγελματίες υγείας

Abstract

Introduction: Healthcare professionals, in their effort to ensure the best care for patients, are daily confronted with complex situations, which may affect the quality of their professional, social and personal life (both mental and physical). As mentioned in many studies, the fast pace, shift work, shortages and even the nature of the health profession itself create stress and anxiety in the healthcare staff, which can create tension and even phenomena of moral harassment and violence in the workplace. At the same time, according to the literature, the demands of the profession may lead health professionals to professional dissatisfaction and turnover, compassion fatigue (burnout syndrome or secondary traumatic stress), mental disorders, depression and even self-harm or suicidal tendencies.

Methodology: In the present study, moral harassment (mobbing), mental health status and job satisfaction were investigated not only separately, but also as a correlation among them and in connection with demographic or professional characteristics. The survey was conducted with all necessary permissions and ethical approvals using the self-report method. The final questionnaire consisted of 4 parts and a total of 82 questions: demographic and professional characteristics (9 questions), the Psychological Violent Behavior Instrument (WPVB) (33 questions), the Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (10 questions), and the Professional Quality of Life Scale 5th version (ProQOL) (30 questions). The paper questionnaires were distributed and collected to 400 health professionals (doctors, nurses and paramedical staff) of a Tertiary Hospital of Northern Greece, following all ethical rules during the period of September-October 2023 with an initial target of 100 people per professional field of investigation. The overall response rate was 76.25% and finally 288 valid questionnaires with three equal groups (96 per professional branch) were included in the survey. Non-parametric χ^2 , Mann Whitney U and Kruskal-Wallis tests with Bonferroni correction for multiple variables with significance at $p < 0.01$ were used. The values are presented in number and percentage of the total number of respondents. Statistical analysis of the data was performed using IBM SPSS Statistics for Windows, version 26 and Microsoft Excel 2013 for some graphs.

Results: The results showed that professional status was the only independent demographic factor that independently, but slightly, affects the phenomenon of moral harassment. About one in four healthcare professionals experienced general moral harassment in the last year, with the most intense effects among doctors (mainly from superiors) and a large statistically significant difference, twice as many paramedical staff (mainly from colleagues), while among nurses the origin was mainly from by superiors. Three in five healthcare professionals presented minimal symptoms of depression in the last two weeks, which created a partial difficulty in their daily life, while paramedical staff had a statistically significant difference without depression tendencies. On the contrary, nurses had more intense symptoms, presenting the least professional satisfaction (17.71%). Doctors were the most satisfied, followed by the paramedical staff by a very small margin, while doctors had the least turnover intention (73.96%). A positive correlation was observed between age and job satisfaction, while both of these factors showed a negative correlation with moral harassment, depressive symptoms, burnout and secondary traumatic stress (STS). Nevertheless, the correlation of the last three factors with compassion satisfaction and turnover was positive. Compassion fatigue/satisfaction and STS scores for the last month were generally high with a statistically significant difference in STS for which nurses had the highest versus paramedics, with the highest compassion satisfaction and least burnout. High levels of moral harassment were found to increase burnout and STS, and together they increase the severity of depressive symptoms. Finally, the stronger the symptoms of depression appeared, the greater the burnout of the health professional, especially in doctors and nurses. The findings are correlated with similar researches in both global and greek literature. However, no general conclusions can be drawn.

Conclusions: The results of this research can be the foundations for the reformulation and improvement of the existing policies around the national health system, education and training, in order to reduce the phenomena of moral harassment and to improve the working conditions, the quality of life and the general health of healthcare professionals and, consequently, care for patients.

Key-words: Mental health; Moral harassment (Mobbing); Professional quality of life; Psychological violent behavior; Healthcare professionals

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1 Εισαγωγή

1.1 Ηθική παρενόχληση

Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης στην εργασία άρχισε να μελετάται εντατικά από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 ως μια σοβαρή μορφή παρενόχλησης δημιουργώντας ένα τοξικό περιβάλλον εργασίας [1]. Η ηθική παρενόχληση στην εργασία ή εργασιακός εκφοβισμός ή mobbing αφορά μια μορφή εχθρικής και ανήθικης συμπεριφοράς, η οποία πραγματοποιείται με συστηματικό τρόπο από έναν ή περισσότερα άτομα (θύτης/θύτες) κυρίως προς ένα άτομο (θύμα) αποσκοπώντας στην περιθωριοποίησή του και καταλήγοντας σε μια ανήμπορη και ανυπεράσπιστη θέση του. Τέτοιου είδους ενέργειες παρατηρούνται σε αυξημένη συχνότητα και για μεγάλο χρονικό διάστημα [2].

Ο Leymann υπήρξε πρωτοπόρος στην εισαγωγή του όρου “mobbing” κάνοντας λόγο για παρενόχληση στο χώρο εργασίας. Ο ίδιος παρατήρησε 45 τυπικές επιθετικές συμπεριφορές εκδήλωσης, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε 5 κατηγορίες ανάλογα με την επιρροή τους στο θύμα [2], ως εξής:

1. Έκφραση και επικοινωνία (π.χ. περιορισμός ή διακοπή ομιλίας θύματος, λεκτικές απειλές)
2. Υγεία (π.χ. άσκηση σωματικής ή σεξουαλικής βίας ή κακοποιητικής συμπεριφοράς στο θύμα)
3. Προσωπική ή επαγγελματική ποιότητα ζωής (π.χ. ανάθεση προσβλητικών ή υπερβολικά πολλών ή λίγων καθηκόντων στο θύμα)
4. Φήμη (π.χ. απρεπείς σχολιασμοί, γελιοποίηση, διάδοση φημών, άσκηση κριτικής στο θύμα)
5. Κοινωνικές σχέσεις (π.χ. αδιαφορία, απομόνωση παρουσίας ή ομιλίας θύματος).

Μια άλλη ταξινόμηση που μπορεί να γίνει αφορά την πηγή εκδήλωσης συμπεριφορών ηθικής παρενόχλησης, η οποία ποικίλλει. Η πυροδότηση τέτοιων συμπεριφορών μπορεί να οφείλεται κυρίως είτε στο ίδιο το άτομο και την διαφορετική προσωπικότητα

και συμπεριφορά του είτε στον κοινωνικό περιβάλλον με εργασιακές σχέσεις, τις συναναστροφές του είτε στις εργασιακές συνθήκες και την οργάνωσή τους. Επομένως, σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία διακρίνονται αντίστοιχα οι τρεις κατηγορίες της ατομικής, της κοινωνικής και της επαγγελματικής προσέγγισης [3].

Το σύνδρομο ηθικής παρενόχλησης διαδραματίζεται σε φάσεις. Αρχικά, η πρώτη φάση αφορά τη σύγκρουση σε καθημερινή συχνότητα. Η δεύτερη φάση αφορά τη στοχοποίηση σε βάρος του εργαζόμενου-στόχου ή των εργαζόμενων-στόχων. Κατά την τρίτη φάση, το φαινόμενο ηθικής παρενόχλησης ξεφεύγει από τον έλεγχο της διοίκησης, με αποτέλεσμα το θύμα να επηρεάζεται στην ψυχοσωματική υγεία του και παίρνει διαστάσει και εκτός εργασιακού χώρου με κορύφωση την πλήρη εκδήλωση κατά την τέταρτη φάση αναγνωρίζοντας τη χαρακτηριστική δυστροπία και πνευματική διαταραχή του θύτη. Τέλος, στην πέμπτη φάση, το θύμα αποδεσμεύεται από την εργασία του του είτε εκουσίως με οικειοθελή παραίτηση είτε ακουσίως λόγω απόλυσης ή προτροπής σε παραίτηση, με σοβαρή επίπτωση στην υγεία του [2, 3].

Η παρενόχληση στον εργασιακό χώρο μπορεί να αγγίξει άτομα από διάφορα ιεραρχικά στρώματα. Οι μορφές με τις οποίες εμφανίζεται είτε οριζοντίως είτε καθέτως, ανάλογα με την ιεραρχική θέση του θύτη ή των θυτών, συνοψίζονται στις ακόλουθες:

1. Κάθετη (Κατιούσα): Ανισότιμη σχέση, με προέλευση από ιεραρχικά ανώτερο άτομο ή άτομα προς ιεραρχικά κατώτερο (από προϊστάμενο/προϊσταμένους προς υφιστάμενο), με δύσκολη τη διάκριση μεταξύ των καταχρηστικών συμπεριφορές και στα προνόμια των ιεραρχικά ανώτερων.
2. Οριζόντια: Ισότιμη σχέση, με προέλευση από συνάδελφο ή συναδέλφους ίδιας βαθμίδας
3. Ανιούσα: Ανισότιμη σχέση, αντίθετη σε σχέση με την κάθετη, με προέλευση από ιεραρχικά κατώτερο άτομο ή άτομα προς ιεραρχικά ανώτερο (από υφιστάμενο ή υφισταμένους προς προϊστάμενο) [4].

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) η άσκηση ψυχολογικής βίας μέσω προφορικών απειλών και προσβολών, είναι μία εκούσια πράξη που μπορεί να βλάψει ένα πρόσωπο όχι μόνο ηθικά αλλά και σε ψυχοσωματικό, νοητικό, πνευματικό, και κοινωνικό επίπεδο [5]. Αυτή ακριβώς η μη ορατή δίοδος έκφρασης της

παρενόχλησης ως συναισθηματική βία δυσχεραίνει τον εντοπισμό της. Οι επιπτώσεις στην ψυχική και σωματική υγεία των θυμάτων του mobbing μπορεί ενδεικτικά να είναι:

- Υπερβολικό και μη διαχειρίσιμο άγχος που οδηγεί σε επαγγελματική δυσαρέσκεια, έλλειψη συγκέντρωσης και χαμηλή παραγωγικότητα με φθίνουσα πορεία.
- Συμπτώματα ψυχικών διαταραχών που κλιμακώνονται από συναισθηματική ανασφάλεια, φόβο, εκνευρισμό, ενοχή, διαταραχές ύπνου έως κρίσεις πανικού, κατάθλιψη, διαταραχή μετατραυματικού στρες.
- Σωματικές βλάβες στην υγεία, όπως αποδυνάμωση του οργανισμού και γενικότερα του ανοσοποιητικού συστήματος με αυξημένη συχνότητα κόπωσης, κεφαλαλγιών, πόνων στο μυοσκελετικό σύστημα, γαστρεντερικών παθήσεων, αυξημένη αρτηριακή πίεση, ταχυκαρδίες [6].

Πέρα από το θύμα, οι επιπτώσεις του mobbing διευρύνονται και σε ολόκληρο το εργασιακό προσωπικό και το περιβάλλον. Αυτά τα συναισθήματα, μπορούν, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, να μειώσουν την ικανότητα ενσυναίσθησης των υγειονομικών, (άρα και κακή ποιότητα εργασίας) και, μερικές φορές, αποτελεί αιτία επαγγελματικής εξουθένωσης οδηγώντας τους στην παραίτηση από την εργασία [7]. Το τοξικό εργασιακό περιβάλλον μπορεί επίσης να προκαλέσει εξάντληση και συγκρούσεις. Σε κάθε περίπτωση, η καλύτερη ισορροπία μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, καθώς και οι κίνδυνοι βίας έχουν όλα σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχική υγεία [6, 8].

1.1.1 Παρεμβάσεις Αντιμετώπισης και Νομοθετικό Πλαίσιο

Σε κάθε περιστατικό ηθικής παρενόχλησης, μπορεί, σύμφωνα με τον Κοϊνή (2019), να εφαρμοστεί μια σειρά ενεργειών για την αποτελεσματικότερη υποστήριξη [9]:

- Διαφύλαξη της αξιοπρέπειας και της προσωπικότητας του εργαζομένου
- Άμεση αναφορά του περιστατικό στον ανώτερο ιεραρχικά και αξιολόγησή του με ή χωρίς εξωτερική βοήθεια
- Δίκαιη αντιμετώπιση θύτη και θύματος
- Πειθαρχικά μέτρα
- Παρακολούθηση ορθής εφαρμογής διαδικασιών

Πρακτικά, τα θύματα ηθικής παρενόχλησης δικαιούνται να καταγγείλουν το περιστατικό στους ανωτέρους και στη συνέχεια να κατευθυνθούν διά της νομικής οδού, να απευθυνθούν στην Επιθεώρηση Εργασίας, στο Συνήγορο του Πολίτη, να αποχωρήσουν προσωρινά από την εργασία χωρίς κυρώσεις και με την έγκριση του ανωτέρου και να διεκδικήσει αποζημίωση.

Κάθε περιστατικό ηθικής παρενόχλησης μπορεί να αντιμετωπιστεί μέσω ψυχολογική υποστήριξη θυμάτων, σωματείων και οργανώσεων για την υποστήριξης των θυμάτων και νομοθετικά πλαίσια για τον σωφρονισμό των θυτών [9, 10].

Η νομοθεσία για την προστασία του θύματος και την τιμωρία του θύτη στα πλαίσια ηθικής παρενόχλησης στην εργασία δεν έχει ενσωματωθεί στο νομοθετικό πλαίσιο όλων των χωρών σε παγκόσμιο επίπεδο. Ενδεικτικά, στην Αμερική, υπάρχουν νομοθεσίες (Title VII of the Civil Rights Act of 1964, Equal Pay Act of 1963, Age Discrimination in Employment Act of 1967, Rehabilitation Act of 1973, The Civil Rights Act of 1991) με διατάξεις που απαγορεύουν την ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας [11]. Επίσης, η νομοθεσία της Αυστραλίας καταδεικνύει ως αδίκημα την ηθική παρενόχληση στην εργασία ήδη από το 1993 [9].

Στην Ευρώπη, η νομοθεσία κάθε χώρας διαφέρει. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση, η ένταξη νομοθεσιών σε εθνικό επίπεδο ξεκίνησε από το 1990 [12]. Πρωτοπόρος ήταν η Σουηδία με θέσπιση νόμων για την ηθική παρενόχληση στην εργασία το 1993, όπως και η Γερμανία και η Ιταλία [4, 9]. Η Ευρωπαϊκή Οδηγία 89/391/ΕΟΚ αναφέρεται στις υποχρεώσεις του εργοδότη, όπως και οι Οδηγίες 2000/43/ΕΚ και 2000/78/ΕΚ για την ίση μεταχείριση των εργαζομένων [9]. Σύμφωνα με πιο πρόσφατα δεδομένα, εκδόθηκε η Οδηγία (ΕΕ) 2019/1158 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιουνίου 2019 για την ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της ιδιωτικής ζωής [12]. Εκτός από τα παραπάνω, το Ψήφισμα του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 11ης Σεπτεμβρίου 2018 αναφέρει μέτρα για την πρόληψη και καταπολέμηση της ηθικής και σωματικής ή/και σεξουαλικής παρενόχλησης τόσο σε επαγγελματικούς και δημόσιους χώρους αλλά και στην καθημερινή ζωή των πολιτών της Ε.Ε. [13].

Στην Ελλάδα, έχει θεσπιστεί ο νόμος Ν.4808/2021 (ΦΕΚ 101/Α' 19.6.2021), ο οποίος αποτελεί κύρωση των Συμβάσεων 190 περί εργασιακής παρενόχλησης και βίας (C190-

Violence and Harassment Convention, 2019) και 187 περί εργασιακής υγείας και ασφάλειας (C187-Promotional Framework for Occupational Safety and Health Convention, 2006) της Διεθνούς Οργάνωσης Εργασίας. Παράλληλα, στο νόμο αυτό ενσωματώνεται και η Οδηγία (ΕΕ) 2019/1158 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 20ής Ιουνίου 2019 για την ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της ιδιωτικής ζωής, άλλες διατάξεις του Υπουργείου Εργασίας και Κοινωνικών Υποθέσεων και λοιπές επείγουσες ρυθμίσεις [10]. Μάλιστα, πρόσφατα, με το ΦΕΚ 343/Β' 26.1.2023 πραγματοποιήθηκε τροποποίηση του παραπάνω νόμου, στα πλαίσια της προστασίας από την ηθική παρενόχληση στο δημόσιο τομέα. Επίσης, οι διατάξεις των άρθρων 2§1, 5§1, 22 και 106§2 του Ελληνικού Συντάγματος απαγορεύουν την προσβολή της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και την ανάπτυξη της ιδιωτικής οικονομικής πρωτοβουλίας έναντι της ανθρώπινης αξιοπρέπειας [14]. Παράλληλα, ως νομική βάση, υπάρχουν και οι Γενικές Διατάξεις του Αστικού Κώδικα (Άρθρα 57, 914, 932 ΑΚ) για την προσβολή της προσωπικότητας [9].

1.2 Ψυχική Υγεία

Η ψυχική υγεία είναι αναπόσπαστο κομμάτι της υγείας του ανθρώπου. Είναι μια κατάσταση ευημερίας, στην οποία κάθε άνθρωπος συνειδητοποιεί τις ικανότητες του και μέσω αυτών μπορεί να αντιμετωπίσει το άγχος της ζωής και να συνεισφέρει στη ζωή και την καθημερινότητά του [6].

Η ποιότητα της ψυχικής υγείας εξαρτάται τόσο από τον προσωπικό όσο και από τον εξωτερικό παράγοντα. Με άλλα λόγια, αντικατοπτρίζεται και επηρεάζεται από την κατάσταση του κάθε ατόμου, την κατάσταση της κοινωνίας, της οικονομίας, του περιβάλλοντος στο οποίο ζει, αλλά και από την κατάσταση των παγκόσμιων υποθέσεων. Επίσης, η επαγγελματική ανασφάλεια με κορύφωση την ανεργία θέτει σε κίνδυνο την ψυχική υγεία και, σε συνδυασμό με την πρόσφατη απώλεια θέσης εργασίας, αποτελεί παράγοντα κινδύνου για απόπειρα αυτοκτονίας [6, 15].

Οι κύριοι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι για την ψυχική ή/και σωματική υγεία στην εργασία, σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, είναι:

1. Προγραμματισμός (βάρδιες, νυχτερινή εργασία, ασταθές ωράριο κ.ά.)
2. Φόρτος και ρυθμός εργασίας (υπερφόρτωση, πίεση λόγω αυξημένου χρονικού περιορισμού κ.α.)
3. Δομή και περιεχόμενο εργασίας (αβεβαιότητα, υποτίμηση προσόντων, ανούσια και ανώφελη εργασία, μονοτονία, συνεχής έκθεση στους ανθρώπους κ.ά.)
4. Έλεγχος (έλλειψη ελέγχου ποιότητας και παραγωγικότητας των εργασιακών απαιτήσεων κ.ά.)
5. Οργάνωση και λειτουργία (υπερβολική γραφειοκρατία, έλλειψη επικοινωνίας, διαλόγου, συνεργασίας, επιμέλειας στην επίλυση προβλημάτων, στόχων κ.ά.)
6. Περιβάλλον και εξοπλισμός (ανεπάρκεια, ελλείψεις, μη συντήρηση εξοπλισμού, κακές εργασιακές συνθήκες, ανθυγιεινή εργασία, επικινδυνότητα, ορθοστασία κ.ά.)
7. Επαγγελματικές προοπτικές (στασιμότητα και αβεβαιότητα, ανεργία, έλλειψη προοπτικών ανέλιξης, μισθολογικής και ηθικής ικανοποίησης κ.ά.)
8. Ρόλος επαγγελματία (σύγκρουση ρόλων, ευθύνες κ.ά.)

9. Διαπροσωπικές σχέσεις (ψυχοκοινωνική ή σωματική παρενόχληση, κακές εργασιακές σχέσεις, αυξημένες συγκρούσεις, αντισυναδελφικές συμπεριφορές, έλλειψη κοινωνικής αλληλεγγύης, διακρίσεις φυλετικές, ηλικιακές κ.ά.)
10. Αλληλεπίδραση επαγγελματικού τομέα και προσωπικής ζωής (εργασία μακριά από τον τόπο κατοικίας ή ταύτιση των δύο χώρων, ευθύνες οικιακής φροντίδας κ.ά.) [15].

1.2.1 Αγχώδεις Διαταραχές

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, οι αγχώδεις διαταραχές αποτελούν μια από τις πιο κοινές μορφές διαταραχών ψυχικής υγείας. Η εκδήλωσή τους αφορά συνήθως μια χρόνια κατάσταση παρά επεισοδιακή διαταραχή και κυμαίνονται από ήπιες έως σοβαρές. Χαρακτηριστικό γνώρισμα αποτελούν τα συναισθήματα άγχους και φόβου [16]. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, η εκδήλωση τέτοιου τύπου διαταραχών πηγάζει είτε από το περιβάλλον και την καθημερινότητα του ατόμου είτε από γενετικούς παράγοντες και συχνά επιδεινώνεται με τη χρήση ουσιών ή σε σωματικά προβλήματα υγείας. Στην κατηγορία αυτή αναφέρονται ενδεικτικά μερικές από τις κυριότερες διαταραχές [17]:

1. Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή (GAD)

Τα άτομα που πάσχουν από GAD εμφανίζουν επίμονο αίσθημα άγχους ή φόβου για μήνες ή χρόνια, με αντίκτυπο στην καθημερινή ζωή. Η κύρια συμπτωματολογία αφορά κυρίως διαταραχές συναισθημάτων ύπνου, συγκέντρωσης, μυοσκελετικό πόνο, ανησυχία, ευερεθιστότητα και κόπωση.

2. Φοβίες (υποφοβία, αγοραφοβία, αίμα, ενέσεις, ζώα κ.ά.)

Στην κατηγορία αυτή εντάσσονται τα άτομα που εκφράζουν έντονο φόβο για κάτι ή για κάποια άτομα, ενώ αντικειμενικά δεν υπάρχει λόγος ανησυχίας. Η βασική έκφραση της εκάστοτε φοβίας περιλαμβάνει μια σειρά από υπερβολική ανησυχία, φόβο και άγχος, χωρίς να υπάρχει ουσιαστικός κίνδυνος. Για παράδειγμα, ένα αγοραφοβικό άτομο συνήθως αποφεύγει τον συγχρωτισμό και το πλήθος είτε σε ανοιχτούς είτε σε κλειστούς χώρους και συχνά κυκλοφορεί μόνο.

3. Διαταραχή πανικού

Τα άτομα εμφανίζουν ξαφνικές κρίσεις πανικού είτε σε αυξημένη συχνότητα (μέσα στην ίδια μέρα) είτε λιγότερο συχνά (λίγες φορές το χρόνο) και νιώθουν διαρκή φόβο και ανησυχία για το πότε θα ξανασυμβεί. Η εκδήλωση συνήθως αφορά κάποια τραυματική εμπειρία ή απώλεια οικείου προσώπου. Τα συμπτώματα που έχει κάποιος όταν βιώνει μια κρίση πανικού είναι δυσκολία στην αναπνοή, εφίδρωση, ταχυπαλμία, σπασμοί, στηθάγχη, απώλεια ελέγχου.

4. Διαταραχή κοινωνικού άγχους

Τα άτομα που έχουν τη συγκεκριμένη διαταραχή διακατέχονται από φόβο παρακολούθησης και κατάκρισης για το άγχος τους, δημιουργώντας δυσκολίες στην καθημερινή ζωή. Η βασική συμπτωματολογία περιλαμβάνει επικοινωνιακές δυσκολίες με άγνωστο κόσμο, εφίδρωση, κοκκίνισμα, σπασμούς, σωματική ακινησία, ταχυπαλμία, στομαχόπονοι.

5. Διαταραχή μετατραυματικού στρες (PTSD)

Εμφανίζεται άμεσα στο ίδιο το άτομο από προσωπικά τραυματικά βιώματα που έχουν συμβεί στον ίδιο χωρίς να μπορεί να αντιδράσει (π.χ. κακοποίηση, παρενόχληση, παιδικά τραύματα, φυσικές καταστροφές, επαγγελματικά ατυχήματα κ. ά.) και μπορεί να εμφανιστεί σε οποιαδήποτε ηλικία και στον οποιονδήποτε [18]. Χαρακτηρίζεται από διαρκές άγχος, φόβο και αίσθημα κινδύνου, ακόμα και όταν δεν υπάρχει λόγος. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερη τάση εκδήλωσης της διαταραχής αυτής σε σχέση με τους άνδρες [19]. Τα συμπτώματα συνήθως αρχίζουν στους πρώτους 3 μήνες από το βίωμα ή πιθανόν να εκδηλωθούν και λίγο αργότερα με διάρκεια για περισσότερο από 1 μήνα και σοβαρότητα της επιρροής τους στην καθημερινή ζωή (προσωπικό, εργασιακό περιβάλλον). Η επανεμφάνιση των συμπτωμάτων χαρακτηρίζεται από:

- Αναβίωση τραυματικών γεγονότων (αναμνήσεις, σκέψεις, επιρροή στη σωματική υγεία εμφανίζοντας ταχυκαρδία, εφίδρωση, στρες)
- Συμπτώματα αποφυγής (αλλαγή συνηθειών καθημερινότητας, αποφυγή έκθεσης σε μέρη, αντικείμενα, πρόσωπα, συνθήκες, σκέψεις, συναισθήματα που θυμίζουν τραυματικές εμπειρίες)
- Συμπτώματα διέγερσης και αντίδρασης (τρόμος, θυμός, άγχος, προβλήματα συγκέντρωσης, ύπνου, διατροφής)

- Συμπτώματα γνωστικά και διάθεσης (δυσκολία ανάκλησης τραυματικών αναμνήσεων, αρνητισμός, απομόνωση από οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον, αποχή από ευχάριστες δραστηριότητες, απομάκρυνση από ευχάριστα συναισθήματα, έντονη ανάγκη για απόδοση ευθυνών είτε στο ίδιο το άτομο είτε στους άλλους). Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να ξεκινήσουν ή να επιδεινωθούν μετά το τραυματικό γεγονός [18, 19].

Οι παραπάνω διαταραχές μπορούν να περιοριστούν με τη συμβολή τόσο του ίδιου του ατόμου (υπευθυνότητα, διαχείριση συναισθημάτων, άσκηση) όσο και του φιλικού και οικογενειακού περιβάλλοντός του (υποστήριξη), αλλά και με τη βοήθεια ειδικών ομάδων υποστήριξης, ψυχοθεραπείας και φαρμακευτικής αγωγής [19].

1.2.2 Καταθλιπτικές Διαταραχές

Οι επαγγελματίες υγείας εμφανίζουν υψηλό επίπεδο στρες στο χώρο εργασίας, καλούμενοι να αντιμετωπίσουν τον πόνο και τον θάνατο στην προσπάθειά τους να σώσουν τη ζωή ενός ασθενούς. Μερικά συμπτώματα είναι η κεφαλαλγία, η στηθάγχη, η υπέρταση, η μυαλγία, οι διαταραχές ύπνου και διατροφής, η ανησυχία, ακόμη και η κατάθλιψη, μειώνοντας την απόδοσή τους στο χώρο εργασίας [20].

Σύμφωνα με τις οδηγίες του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, για τη διάγνωση και κατάταξη των διαταραχών ψυχικής υγείας, η κατάθλιψη ή μείζων κατάθλιψη, ή μείζων καταθλιπτική διαταραχή ή κλινική κατάθλιψη εντάσσεται στην κατηγορία των ψυχικών διαταραχών (κατάταξη ICD-10) που επηρεάζονται από τη διάθεση [21]. Η διάγνωσή της προϋποθέτει την εκδήλωση των συμπτωμάτων συνήθως για χρονικό διάστημα δύο εβδομάδων ή και λιγότερο αν τα συμπτώματα είναι σοβαρά. Τα κύρια συμπτώματα κατάθλιψης αφορούν:

- το συναίσθημα (κακή διάθεση, δυσάρεστα συναισθήματα, ενοχές, απαισιοδοξία, άγχος, θυμός, κυκλοθυμία κ.ά.)
- τη σκέψη (έλλειψη συγκέντρωσης, σύγχυση, αναποφασιστικότητα κ.ά.)
- το σώμα (έντονη κούραση και κόπωση, έλλειψη ενέργειας και ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, διαταραχές διατροφής, ύπνου και μνήμης κ.ά.)

- τη συμπεριφορά (χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, απομόνωση, κατάχρηση ουσιών, τάσεις αυτοτραυματισμού κ.ά.)

Με βάση τον αριθμό, τον τύπο και τη σοβαρότητα, διακρίνονται τρεις βασικές μορφές κατάθλιψης [21]:

1. Ήπια κατάθλιψη: Περιλαμβάνει τουλάχιστον δύο ή τρία από τα παραπάνω συμπτώματα ήπιας έντασης, με μια μερική δυσκολία στην καθημερινότητα
2. Μέτρια κατάθλιψη: Περιλαμβάνει τα παραπάνω δύο ή τρία συμπτώματα ήπιας κατάθλιψης και επιπλέον τουλάχιστον άλλα τρία από τα υπόλοιπα βασικά, μέτριας έντασης, με μέτρια δυσκολία στην καθημερινότητα.
3. Σοβαρή κατάθλιψη: Περιλαμβάνει τα παραπάνω δύο ή τρία συμπτώματα ήπιας και μέτριας κατάθλιψης και επιπλέον τουλάχιστον άλλα τέσσερα από τα υπόλοιπα βασικά, σοβαρής έντασης, με μεγάλη δυσκολία στην καθημερινότητα. Αυτή η μορφή μπορεί να περιέχει ή όχι και ψυχωτικά συμπτώματα βάσεις της ύπαρξης ή μη ψευδαισθήσεων και αυταπατών.

Στην περίπτωση που τα καταθλιπτικά επεισόδια είναι επαναλαμβανόμενα, η κατάθλιψη παίρνει τη μορφή της επαναλαμβανόμενης καταθλιπτικής διαταραχής, με επίσης ήπια, μέτρια και σοβαρή εμφάνιση. Η διάγνωση αφορά την ύπαρξη τουλάχιστον δύο επεισοδίων διάρκειας το λιγότερο δύο εβδομάδων και τη μεσολάβηση αρκετών μηνών χωρίς τη σημαντική μεταβολή της διάθεσης. Κύριο χαρακτηριστικό αυτής της διαταραχής είναι η μεγάλη διάρκεια (τρεις έως δώδεκα μήνες), η μεγάλη ένταση και η αυξημένη ηλικία εμφάνισης (συνήθως μετά τα 50 έτη).

Εκτός από τις παραπάνω βασικές κατηγορίες κατάθλιψης, υπάρχουν και οι επίμονες διαταραχές της διάθεσης, όπως η κυκλοθυμία, η δυσθυμία και άλλες μεμονωμένες ή επαναλαμβανόμενες διαταραχές, οι οποίες έχουν λιγότερο έντονο χαρακτήρα (ήπιας μορφής), αλλά μεγαλύτερη διάρκεια (χρόνιας μορφής) [21].

Ειδική σημασία πρέπει να δίνεται στην παρουσίαση αυτοκτονικών τάσεων, καθότι πρόκειται για ακραία και πολύπλοκη συμπεριφορά και δεν πρέπει να αγνοείται. Δεν υπάρχουν σαφή κριτήρια για το ποιοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εκδήλωσης, καθώς μπορεί να κινδυνεύει οποιοσδήποτε, ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας και εθνικότητας. Ωστόσο, περισσότερο ευάλωτα θεωρούνται τα άτομα που βιώνουν μια

ασυνήθιστα έντονη κατάσταση (π.χ. κακοποίηση, καταστροφή, βία, μετανάστευση, άτομα διαφορετικής σεξουαλικής προτίμησης) [22]. Όσοι παρουσιάζουν αυτοκτονικές τάσεις συνήθως είναι υπερβολικά απελπισμένοι, εγκλωβισμένοι και κυκλοθυμικοί, με αφόρητο ψυχοσωματικό πόνο, αίσθημα ενοχής ή θυμού, νιώθουν ότι θέλουν να βάλουν τέλος στη ζωή τους, αποχαιρετούν τα αγαπημένα τους πρόσωπα, τακτοποιούν εκκρεμότητες (π.χ. διαθήκη), ιδεάζονται το θάνατο [23]. Σύμφωνα με τους Κοϊνη και συν., οι επαγγελματίες υγείας παρουσιάζουν καταθλιπτικές διαταραχές και αυξημένες τάσεις αυτοκτονίας σε παγκόσμιο επίπεδο, κυρίως στον ιατρικό και νοσηλευτικό κλάδο [4].

Πολλοί άνθρωποι βιώνουν τις αγχώδεις και τις ψυχικές διαταραχές ταυτόχρονα έχοντας συννοσηρότητα, συστήνεται η συνολική συνεκτίμηση για τη διάγνωση[16]. Σύμφωνα με το Εθνικό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγείας, η κατάθλιψη εμφανίζεται σε πολλές χώρες σε διπλάσια περιστατικά γυναικών από ότι ανδρών, ενώ φαίνεται τα τελευταία χρόνια και η αύξηση περιστατικών της ΛΟΑΤΚΙ+ (Λεσβίες, Ομοφυλόφιλοι, Αμφιφυλόφιλοι, Τρανς, Queer και Ίντερσεξ) κοινότητας. Η αντιμετώπισή της περιλαμβάνει κυρίως ψυχοθεραπεία, διέγερση του εγκεφάλου, φαρμακευτική αγωγή και ομάδες υποστήριξης [24].

1.3 Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής

Οι άνθρωποι περνούν σημαντικό μέρος της καθημερινότητάς τους στον εργασιακό χώρο. Συνεπώς, ένα καλό εργασιακό περιβάλλον είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία [6].

Η έννοια της υγείας έχει βιοψυχοκοινωνική διάσταση, διότι βασίζεται στο συνδυασμό της ιατρικής επιστήμης με την ψυχολογία και την κοινωνιολογία [9]. Το άγχος και οι ψυχοκοινωνικοί κίνδυνοι στην εργασία θεωρούνται δύο από τα πιο απαιτητικά ζητήματα στην επαγγελματική ασφάλεια και υγεία. Μπορούν να επηρεάσουν την ψυχική και υγεία και να οδηγήσουν σε μειωμένη ικανοποίηση και παραγωγικότητα στην εργασία, επαγγελματικές συγκρούσεις, εντάσεις και, σαν απόρροια, επαγγελματική εξουθένωση και σωματικές επιπτώσεις [6].

Η ποιότητα ζωής ή ευημερία ή καλή ζωή αφορά την υποκειμενική ευχαρίστηση του ατόμου για τη ζωή σε σχέση με την αντικειμενικές κοινωνικοπολιτισμικές συνθήκες διαβίωσης και τους προσωπικούς στόχους. Ο όρος έχει αποδοθεί με ποικίλους ορισμούς ανάλογα με την κάθε επιστήμη και τους ίδιους τους επιστήμονες που τη μελετούν. Βασικοί δείκτες για την ποιότητα ζωής αποτελούν η υγεία, η ασφάλεια, η ευχαρίστηση από τη ζωή, το περιβάλλον και συνθήκες ζωής της κοινωνίας, η διαχείριση του χρόνου και η οικονομική διαβίωση [7].

Η ποιότητα ζωής αφορά το σύνολο τόσο της προσωπικής και κοινωνικής όσο και της επαγγελματικής ζωής, καθώς η μία πλευρά μπορεί να επηρεάσει την άλλη σαν τα συγκοινωνούντα δοχεία είτε θετικά είτε αρνητικά. Με τον τρόπο αυτό εμπλέκονται προβλήματα, εντάσεις και δυσάρεστες καταστάσεις μεταξύ τους, δημιουργώντας σύγχυση στο άτομο και διαιώνισή τους από τη μια πλευρά στην άλλη [7]. Για τους επαγγελματίες υγείας, η θετική όψη της επαγγελματική ποιότητα ζωής σχετίζεται με την ικανοποίηση συμπόνιας, ενώ η αρνητική με την κόπωση συμπόνιας [25].

1.3.1 Ικανοποίηση/Κόπωση Συμπόνιας

Η συμπόνια και η ενσυναίσθηση (δηλαδή η συναισθηματική κατανόηση της εσωτερικής κατάστασης του άλλου για την ανακούφισή του), αποτελούν βασικά χαρακτηριστικά του ανθρωποκεντρικού χαρακτήρα των επαγγελματιών υγείας. Οι επαγγελματίες υγείας εκτίθενται σε αρκετά μεγάλη συχνότητα σε τραυματικές

εμπειρίες των ανθρώπων που φροντίζουν. Η έκθεση αυτή μπορεί να επηρεάσει διαφορετικά τον κάθε εργαζόμενο.

Πολλές φορές, η συμπόνια υπερβαίνει την ενσυναίσθηση, με απόρροια την εντονότερη συναισθηματική εμπλοκή του επαγγελματία υγείας [26, 27]. Από τη μια πλευρά, μπορεί να δώσει στο άτομο ικανοποίηση, τη λεγόμενη ικανοποίηση συμπόνιας ή “compassion satisfaction” (CS), δημιουργώντας ευχάριστα συναισθήματα για την παρεχόμενη φροντίδα προς τους ασθενείς, σε περιβάλλον συναδελφικότητας και έχοντας αυξημένη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα [28]. Από την άλλη, όμως, μπορεί να επηρεάσει αρνητικά το επαγγελματικό περιβάλλον των επαγγελματιών υγείας (τρόπος και διαχείριση φροντίδας των ασθενών, συναδελφικές σχέσεις, ιατρικά λάθη, απουσία από την εργασία) το προσωπικό περιβάλλον του (διαταραγμένες φιλικές και οικογενειακές σχέσεις), αλλά και το ίδιο το άτομο (εξουθένωση, χαμηλή ποιότητα ψυχικής υγείας ήπιας ή έντονης μορφής έως και διαταραχή μετατραυματικού στρες, χρήση ουσιών, άγχος ακόμα και κατάθλιψη και τάσεις αυτοτραυματισμού ή και αυτοκτονίας). Πρόκειται, λοιπόν, για μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, κατά την οποία δημιουργείται η λεγόμενη κόπωση συμπόνιας ή “compassion fatigue” (CF). Το φαινόμενο αυτό επικρατεί εδώ και πολλά χρόνια στον τομέα της υγείας και, τα τελευταία χρόνια, εμφανίστηκε σε εντονότερο βαθμό εν μέσω πανδημίας. Δομικοί λίθοι της κόπωσης συμπόνιας αποτελούν το δευτερογενές τραυματικό στρες (ΔΤΣ) ή “secondary traumatic stress” (STS) και η σωρευτική εξουθένωση ή σύνδρομο εξουθένωσης ή “burnout syndrome” (BO) [29, 30].

1.3.2 Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρθηκε πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger. Σύμφωνα με τη Διεθνή Κατάταξη Ασθενειών (ICD-11) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, η επαγγελματική εξουθένωση “burnout” ορίζεται ως ένα σύνδρομο που θεωρείται ότι είναι απόρροια του χρόνιου εργασιακού άγχους το οποίο δεν έχει περιοριστεί ή εκριζωθεί επιτυχώς. Τα κύρια χαρακτηριστικά είναι:

- η εξάντληση,
- το αίσθημα άρνησης ή αυξημένης νοητής αποστασιοποίησης από την εργασία
- η μειωμένη αποτελεσματικότητα στην εργασία [31, 32].

Προκαλείται κυρίως από αποτυχία του στόχου φροντίδας των ασθενών κυρίως από επαγγελματίες υγείας δοτικούς, αφοσιωμένους στο καθήκον και εργατικούς ακόμα και από όσους πλήττονται από το είδος της εργασίας τους και οδηγεί σε έλλειψη αυτοελέγχου, απογοήτευση, υπερπροσπάθεια και απαισιοδοξία [29, 33].

Κύριες αιτίες που πυροδοτούν το σύνδρομο εξουθένωσης αποδίδονται κυρίως στις εργασιακές συνθήκες (μη καθορισμένα καθήκοντα και ευθύνες, ανταγωνισμός, ηθική παρενόχληση, μισθολογικά κριτήρια, ανεπάρκειες και ελλείψεις στον τομέα της υγείας, μη ασφαλής χώρος εργασίας, υπερφόρτωση εργασίας, ασταθές ωράριο με βάρδιες, άγχος). Παράλληλα, σημαντική είναι και η συμβολή του ασθενή στην εξάντληση του υγειονομικού προσωπικού (απαιτητικά και σοβαρά περιστατικά, μη βελτίωση υγείας ασθενών, θάνατοι ασθενών) [34].

Η επαγγελματική εξουθένωση αφορά αυστηρά τον επαγγελματικό τομέα και δεν μπορεί να γενικευτεί για να περιγράψει εμπειρίες σε άλλους τομείς της ζωής [32].

1.3.3 Δευτερογενές Τραυματικό Στρες

Το δευτερογενές τραυματικό στρες (ΔΤΣ) ή (STS) αφορά στην έμμεση έκθεση του ατόμου σε τραύματα άλλων και όχι άμεση έκθεσή του στο ίδιο το γεγονός. Πρόκειται για μια βιοψυχοκοινωνική δυσλειτουργία και εξάντληση λόγω εντατικής και συχνής έκθεσης στο στρες γύρω από το αίσθημα συμπόνιας και βασίζεται στη σχέση μεταξύ του παρόχου υγείας και του ασθενούς, όπως προκύπτει από την ψυχοσωματική αντίδραση του επαγγελματία υγείας στην αποτυχία διάσωσης ή φροντίδας, δημιουργώντας ενοχικά συναισθήματα και άγχος [29].

Κατά το ΔΤΣ, ο επαγγελματίας υγείας νιώθει εξαντλημένος και εγκλωβισμένος στα τραύματα και τα δυσάρεστα βιώματα των ασθενών που φροντίζει, νιώθοντας άγχος, φόβο, διαταραχές ύπνου και αποφυγή ακρόασης των βιωμάτων αυτών [35].

Κεφάλαιο 2 Βιβλιογραφική ανασκόπηση

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση πραγματοποιήθηκε κατά την περίοδο Ιούνιος - Νοέμβριος 2023 και χρησιμοποιήθηκαν οι μηχανές αναζήτησης κυρίως Google Scholar, PubMed καθώς και ο Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών (HEAL-LINK). Στην αναζήτηση χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις κλειδιά: “mental health”, “Mobbing”, “Professional quality of life”, “Psychological violent behavior” και “Healthcare professionals”.

Αρχικά, τέθηκε εύρος δεκαετίας ως κριτήριο ένταξης των μελετών, ενώ για το εισαγωγικό κεφάλαιο δεν υπήρξε χρονικός περιορισμός. Ωστόσο, όπως διαπιστώθηκε, οι μελέτες για σχετικά με την παρούσα εργασία θέματα κορυφώθηκαν κατά την περίοδο της πανδημίας Covid μελετώντας τις δεδομένες συνθήκες. Δεδομένου, λοιπόν, ότι η παρούσα μελέτη έλαβε χώρα σε μια μετα-covid περίοδο, διευρύνθηκε το εύρος ημερομηνίας αναζήτησης κατά δύο με τρία χρόνια, ώστε να υπάρχουν κατάλληλα δεδομένα σύγκρισης κανονικότητας πριν την πανδημία. Παράλληλα, το γεωγραφικό εύρος των μελετών αναζητήθηκε σε εθνικό, πανευρωπαϊκό και παγκόσμιο επίπεδο.

Κατά την αρχική διαλογή, τα αποτελέσματα βιβλιογραφικών αναφορών που προτιμήθηκαν ήταν 249. Στη συνέχεια, απορρίφθηκαν αρκετές λόγω ασυνάφειας με το αντικείμενο που πραγματεύεται η παρούσα έρευνα και επιλέχθηκαν μελέτες αποκλειστικά σε επαγγελματίες υγείας με την εφαρμογή κλιμάκων μέτρησης είτε ίδιων, είτε παρόμοιων με αυτές της παρούσας έρευνας, για την καλύτερη δυνατή σύγκριση. Σε σχέση με την περίοδο πανδημίας, ενσωματώθηκαν ενδεικτικά μερικές αναφορές για κάθε παράμετρο. Τέλος, ακολούθησε ομαδοποίηση βάσει των τριών παραμέτρων του θέματος προς μελέτη, καθώς και συνδυαστικών μεταξύ τους θεμάτων με χρονολογική και γεωγραφική ταξινόμησή τους, καταλήγοντας τελικά στην επιλογή και ενσωμάτωση 117 βιβλιογραφικών αναφορών για τη συγκεκριμένη έρευνα.

2.1 Επαγγελματίες υγείας και ηθική παρενόχληση

2.1.1 Παγκόσμιες μελέτες

Οι υγειονομικοί βρίσκονται συχνά αντιμέτωποι με φαινόμενα ψυχολογικής-συναισθηματικής βίας, διατηρώντας το μεγαλύτερο ποσοστό ψυχολογικής βίας συγκριτικά με τους εργαζομένους διαφόρων επαγγελμάτων [36]. Όπως ανακοινώθηκε πρόσφατα στην 87^η Διεθνή Έκθεση Θεσσαλονίκης, οι επαγγελματίες υγείας έχουν υποστεί βία στον επαγγελματικό χώρο έως και το 68%. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η σωματική βία ανέρχεται σε ποσοστό με εύρος 8% έως 38%, ανάλογα με τη χώρα, την ειδικότητα, το ωράριο και τον χώρο εργασίας, με κύριο το τμήμα επειγόντων περιστατικών, ενώ το ποσοστό έκθεσης σε μια οποιασδήποτε μορφής βία στον εργασιακό χώρο σκαρφαλώνει στο 62% [37].

Σε μελέτη στη Βραζιλία, τα ευρήματα έδειξαν ότι το 11,56% του νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχε (199 άτομα με πλειονότητα συμμετοχής τις γυναίκες) είχε υποστεί εργασιακό εκφοβισμό. Μάλιστα η πλειοψηφία κατονόμασε δύο έως τέσσερις θύτες, ενώ φάνηκε ότι ο εκφοβισμός ήταν εντονότερος σε άτομα με ολιγοετή εμπειρία, τέκνα, βιώματα εκφοβισμού στο περιβάλλον τους και θέση εργασίας στο δημόσιο τομέα [38].

Σε άλλη μελέτη στην Ισπανία 696 συμμετεχόντων σε κοντινή περίοδο, διερευνήθηκε η ύπαρξη της ηθικής παρενόχλησης σε δύο φορές με μεσοδιάστημα ενός έτους. Τα θύματα mobbing του προσωπικού που εργαζόταν με άτομα με νοητική υστέρηση ήταν στην πρώτη φάση 18,9%, έναντι 20,4% από τους 422 στη δεύτερη φάση. Στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν κατά την πρώτη φάση στα χρόνια εμπειρίας, στο είδος και τη θέση εργασίας, με θετική συσχέτιση με τη θυματοποίησή τους, ενώ κατά τη δεύτερη φάση, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές [39]. Αργότερα, σε διερεύνηση του φαινομένου mobbing σε επαγγελματίες υγείας νοσοκομείου της ίδιας χώρας, τα ευρήματα έδειξαν επιπολασμό της ηθικής παρενόχλησης 8% προερχόμενο κυρίως από ανώτερο (κάθετης μορφής) κατά 100% σε ιατρούς, 74,2% σε νοσηλευτές και 66,7% σε τεχνολογικό προσωπικό. Επιπροσθέτως, τα φαινόμενα παρενόχλησης ήταν πιο έντονα στο γυναικείο φύλο και σε μικρότερες ηλικίες [40].

Στην Κίνα παρατηρήθηκε η ύπαρξη του φαινομένου παρενόχλησης σε γενικούς ιατρούς σε αναλογία λίγο περισσότερο από το μισό δείγμα της έρευνας, ενώ το υπόλοιπο αφορούσε γενικούς νοσηλευτές. Η επικρατούσα μορφή ήταν η λεκτική επίθεση, ενώ τα κύρια αίτια αποδόθηκαν στον ίδιο τον ασθενή και το περιβάλλον του, ενώ από μόνο από 5% και κάτω αντιστοιχούσε σε συναδέλφους ή ανωτέρους. Σε αντίθεση με μελέτες άλλων χωρών, η πλειοψηφία του δείγματος των 840 ατόμων αποτελούνταν από άνδρες [41]. Παρόμοια είναι και τα ευρήματα σε μελέτη του 2019 στην Ινδία σε δείγμα 100 νοσοκομειακών ιατρών με ανάδειξη του mobbing στο 84% του συνόλου με κυριότερα θύματα τους νέους ιατρούς [5, 41]. Αντίστοιχη επιθετικότητα αποδείχθηκε ότι υπήρξε και στη Σουηδία στους νεότερους και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου ιατρούς από το δείγμα των 1550 που συμμετείχαν, με συνολική απόδοση φαινομένων εκφοβισμού στο 18,5% [42].

Η ύπαρξη του mobbing επιβεβαιώνεται και σε έρευνα στο Πακιστάν το 2018 με 524 συμμετέχοντες ιατρούς πρωτοβάθμιας υγείας διαπιστώθηκαν φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης ήπιας μορφής (85%), ελεγχόμενης μορφής (62%) και σοβαρής μορφής (38%) με μεγαλύτερη έκφραση της λεκτικής μορφής παρενόχλησης από τους ασθενείς και το περιβάλλον τους [43].

Αξίζει ακόμη να αναφερθεί και η σχετική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στην Τουρκία το 2012, στην οποία φάνηκε ότι οι νοσηλευτές που βίωσαν φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης ήταν στο μεγαλύτερο ποσοστό τους νέοι σε ηλικία και με μικρή προϋπηρεσία και επαγγελματική εμπειρία [44].

Επίσης, σε σχετικές έρευνες στην Κύπρο, το 2018 τα αποτελέσματα σε 403 επαγγελματίες υγείας νοσοκομείου και πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας με πλειοψηφία συμμετοχής των γυναικών έδειξαν την εκδήλωση εργασιακού εκφοβισμού στο 5,9%, με υψηλότερη έκθεση των γυναικών (49%) έναντι των ανδρών (35,7%) και την επικρατέστερη μορφή τη μαρτυρία ότι διακόπτονταν συνεχώς. Σε ότι αφορά τη διακλαδική διερεύνηση του φαινομένου, παρατηρήθηκε εντονότερη εμφάνιση στους νοσηλευτές (53,3%) έναντι των ιατρών (31,4%) [45].

Στη Μαλαισία το 2021 διαπιστώθηκε φαινόμενο mobbing στο 11% δείγματος 178 επαγγελματιών υγείας σε νοσοκομείο με κύριους θύτες προϊσταμένους και

συναδέλφους, κυρίως γυναικείου φύλου. Οι παράγοντες που φάνηκε να επηρεάζουν το φαινόμενο αυτό ήταν η προϋπηρεσία έως και δέκα έτη, όπως και η μη συμμετοχή στη φροντίδα των ασθενών. Το δείγμα αποτελούνταν κατά πλειοψηφία από γυναίκες και άτομα άνω των 30 ετών τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και έγγαμα [46].

Το 2022 στην Ιταλία μελετήθηκαν 745 ιατροί και νοσηλευτές νοσοκομείου της χώρας με λιγότερους συμμετέχοντες ιατρούς (39%) ενώ σε σχέση με το φύλο, υπερτερούσαν οι γυναίκες (67%). Τα αποτελέσματα έδειξαν την παρουσία βίας στον εργασιακό χώρο στο 45% συνολικά των επαγγελματιών υγείας με κύρια θύματα το νοσηλευτικό προσωπικό (88%) γυναικείου φύλου και κύριους θύτες τους άνδρες. Σε σχέση με τη μορφή έκφρασης, η λεκτική και η σωματική βία παρατηρήθηκαν σχεδόν στα ίδια επίπεδα με ελάχιστη υπεροχή της λεκτικής [8].

2.1.2 Ελληνικές μελέτες

Αναφορικά με παλιότερες μελέτες για την ηθική παρενόχληση στην Ελλάδα, όπως της Γαλανάκη με την Παπαλεξανδρή με 840 συμμετέχοντες, φάνηκε ότι η Ελλάδα βιώνει παρόμοιο βαθμό εκφοβισμού με την υπόλοιπη Ευρώπη (7,3% των συμμετεχόντων). Παρατηρήθηκε μάλιστα λιγότερο από χώρες της Κεντρικής Ευρώπης, όπως η Γαλλία (8,8%) το Ηνωμένο Βασίλειο (10,6%) και η Αυστρία (26%), αλλά εντονότερο από χώρες της Βόρειας Ευρώπης, όπως η Δανία (2%) και η Φινλανδία (2%) [1].

Σε μελέτη της Καρατζά και συν. για τον εργασιακό εκφοβισμό μεταξύ του νοσηλευτικού προσωπικού πέντε ελληνικών νοσοκομείων εντοπίστηκαν φαινόμενα εργασιακού εκφοβισμού στο 30,2% των 841 συμμετεχόντων, με την πλειοψηφία αυτών να το βιώνουν σπανίως. Αξιοσημείωτη παρατήρηση ήταν η μικρότερη επιρροή του εκφοβισμού αυτού στα θύματα σε σχέση με την ύπαρξη υποστήριξης από το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον σε πάνω από το 84% των συμμετεχόντων, ενώ παρατηρήθηκε, όπως και σε προαναφερθείσες μελέτες, η πλειοψηφία του γυναικείου φύλου [47].

Επίσης, το 2016 γίνεται λόγος για αυξημένη συχνότητα συγκρούσεων κυρίως σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ελληνικών κέντρων υγείας. Μάλιστα, οι 220 επαγγελματίες υγείας της μεταπτυχιακής έρευνας κατονόμασαν ως βασικότερες αιτίες την αύξηση του εργασιακού φόρτου, τη χαμηλή μισθοδοσία και τα μη διακριτά όρια των ρόλων σε συνάρτηση με τις υπάρχουσες ελλείψεις [48].

Η Σταυροπούλου Μ. αναφέρει το 2018 σε αντίστοιχη μεταπτυχιακή μελέτη ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού) 219 συμμετεχόντων το βίωμα λεκτικής μορφής εκφοβισμού στο 96,34% με κύρια πηγή το περιβάλλον του ασθενούς (32,9%), ενώ η σωματική μορφή αναφέρθηκε στο 18% με επικρατούντες θύτες τους ίδιους τους ασθενείς. Στη σωματική επίθεση παρατηρήθηκαν επίσης και συμβάντα με θύτες συναδέλφους στο 9,8% και προϊσταμένους στο 4,9%. Ως μαρτυρίες ηθικού εκφοβισμού αναφέρθηκαν στο 83,4% με λεκτική μορφή έναντι 20,9% με σωματική. Το δείγμα αποτελούνταν σε πλειοψηφία από το γυναικείο φύλο (71,7%) και από νοσηλεύτες (71,7%) και κατέδειξε ως πληγείσα ομάδα τους νοσηλευτές [49].

Η Τζιβένη το 2020 αναφέρει στα αποτελέσματα μεταπτυχιακής έρευνας σε δείγμα 100 νοσηλευτών επαρχιακού ελληνικού νοσοκομείου ότι η ηθική παρενόχληση φάνηκε να συσχετίζεται με το φύλο (εντονότερη στις γυναίκες), τη θέση εργασίας, το ωράριο εργασίας και την ύπαρξη τέκνων. Τα χαρακτηριστικά του δείγματος ήταν σε πλειοψηφία γυναίκες συμμετέχουσες, έγγαμες με τέκνα. Τέλος, δεν βρέθηκε συσχέτιση του φαινομένου με την εργασιακή εμπειρία, το επίπεδο μόρφωσης, την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση [50].

Μια πιο πρόσφατη δημοσίευση του 2023 αναφέρεται στη διερεύνηση της ηθικής παρενόχλησης μεταξύ επαγγελματιών υγείας ενός δημόσιου και ενός ιδιωτικού ελληνικού νοσοκομείου. Το δείγμα αποτελούσαν 264 άτομα (ιατροί, νοσηλευτές και διοικητικό προσωπικό) με πλειονότητα το γυναικείο πληθυσμό και το νοσηλευτικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλότερα ποσοστά ηθικής παρενόχλησης στο ιδιωτικό νοσοκομείο (58,4%), με κύριους θύτες τους συναδέλφους, έναντι του δημόσιου νοσοκομείου (44,1%), με κύριους θύτες τους προϊσταμένους. Επίσης, ο ηθικός εκφοβισμός φάνηκε να επικρατεί κατά πλειοψηφία σε όλους τους κλάδους συνολικά (ιατροί 66,7%, νοσηλευτές 64,8% και διοικητικό/εργαστηριακό προσωπικό 52,8) με την υψηλότερη έκφραση στους ιατρούς. Αναφορικά με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, υψηλή έκφραση είχε στους άνδρες (63,6%) και στους εργαζόμενους με μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία [51].

2.2 Επαγγελματίες υγείας και ψυχική υγεία

2.2.1 Παγκόσμιες μελέτες

Η καθημερινότητα του επαγγέλματος των επαγγελματιών υγείας έχει σαν πρωταρχικό σκοπό τη διασφάλιση της υγείας του ασθενούς. Μερικές φορές, κάποιες καταστάσεις μπορεί να επηρεάσουν τους τα άτομα αυτά κυρίως σε ψυχολογικό επίπεδο. Αξιοσημείωτο είναι ότι περίπου οι μισοί Ευρωπαίοι εργαζόμενοι θεωρούν ότι το άγχος είναι συνηθισμένο στον χώρο εργασίας τους και αυτό αντικατοπτρίζεται στις μισές περίπου χαμένες εργάσιμες ημέρες. Από την άλλη, υπάρχει άλλο ένα 50% των εργαζομένων, το οποίο θεωρεί ότι η αποκάλυψη μιας κατάστασης ψυχικής υγείας θα είχε αρνητικό αντίκτυπο στην καριέρα τους [6].

Σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Κομισιόν, οι γυναίκες έχουν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες από τους άνδρες να εμφανίσουν κατάθλιψη. Αυτό οφείλεται σε παράγοντες όπως η βιολογία, οι συνθήκες ζωής και οι στρεσογόνοι παράγοντες. Επίσης, το 27% των εργαζομένων έχει βιώσει εργασιακό στρες, κατάθλιψη ή άγχος κατά τον τελευταίο χρόνο, ενώ, κατά το έτος 2019, παρατηρήθηκε ότι πάνω από το 7% των Ευρωπαίων πάσχει από κατάθλιψη. Ιδίως, μετά την πανδημία, οι άνθρωποι στην ΕΕ που επλήγησαν λόγω του αισθήματος μοναξιάς διπλασιάστηκε σε σύγκριση με τα χρόνια πριν από την πανδημία, φτάνοντας το 26% σε ορισμένες περιοχές [6].

Σε μελέτη στις ΗΠΑ το 2016 βρέθηκε σε δείγμα 120 νοσηλευτών ότι εννέα στους δέκα συμμετέχοντες παρουσίασαν μέτρια έως υψηλά επίπεδα στρες, τέσσερις στους πέντε εμφάνισαν διαταραχές ύπνου, ενώ επτά στους δέκα είχαν μικρότερη συχνότητα σωματικής άσκησης. Επίσης, έξι στους δέκα εμφάνισαν διατροφικά προβλήματα και ένας στους πέντε καταναλώναν υπερβολικό αλκοόλ, ενώ η αύξηση κατανάλωσης φαγητού και ιδιαίτερα πρόχειρου φαγητού είχε συσχέτιση με το αυξημένο άγχος στην εργασία σε πάνω από το 60% των νοσηλευτών. Μάλιστα, διαπιστώθηκε υψηλός κίνδυνος επιρροής της υγείας των υγείων επαγγελματιών από την κατηγορία ατόμων με υψηλά επίπεδα στρες [52].

Ευρήματα βιβλιογραφικής ανασκόπησης στην Κίνα έδειξαν ότι κατά την δεκαετία 2007 έως 2016 σημειώθηκαν 46 περιστατικά αυτοκτονιών νοσηλευτών κυρίως σε τριτοβάθμια νοσοκομεία, με τη συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών στο 98%, με κορύφωση το 2012 και 2013, κατά την οποία τα περιστατικά έφτασαν στα 7 για κάθε

έτος. Οι αυτόχειρες ήταν μεταξύ ηλικίας 15 έως 50 ετών και συχνότερη μορφή την πτώση από ψηλό κτήριο [53].

Στην Κίνα, διαδικτυακή μελέτη κατά την περίοδο πανδημίας σε 4.850 επαγγελματίες υγείας πρώτης γραμμής έδειξε ότι όσο περισσότερη ήταν η προσπάθεια που κατέβαλαν και όσο πιο έντονη δέσμευση υπήρχε με το εργασιακό περιβάλλον, τόσο πιο έντονα ήταν τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, στα πλαίσια επαγγελματικής ανάπτυξης και αποδοχής [54].

2.2.2 Ελληνικές μελέτες

Μεταπτυχιακή έρευνα προ δεκαετίας έδειξε αυξημένα επίπεδα κατάθλιψης στις γυναίκες επαγγελματίες υγείας, ενώ τα συμπτώματα συσχετίστηκαν αρνητικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, την ηλικία και τα επίπεδα γενικής υγείας [55].

Σε διδακτορική μελέτη 395 συμμετεχόντων νοσηλευτικού προσωπικού επτά ελληνικών νοσοκομείων με συντριπτική πλειοψηφία συμμετοχής νοσηλευτές γυναικείου φύλου βρέθηκαν αυξημένα ποσοστά εργασιακού άγχους σε σχέση με τους άνδρες, ενώ τα επίπεδα συσχετίστηκαν με το μορφωτικό επίπεδο, και με τις στρατηγικές αντιμετώπισής του. Σε ότι αφορά την κατάθλιψη, τα δεδομένα έδειξαν την κυριαρχία ήπιων συμπτωμάτων. Επίσης, στην πλειοψηφία, το εργασιακό περιβάλλον φάνηκε να επηρεάζει το προσωπικό και οικογενειακό περιβάλλον, ενώ το ανάποδο δε φάνηκε να ισχύει. Σωματικά συμπτώματα άγχους (κυρίως κόπωση και μυαλγίες) και ψυχικά (κυρίως υπερένταση και ανησυχία) έχουν υπάρξει αίτια απουσίας από την εργασία στο 58,5% και 32,7% αντίστοιχα, ενώ στο 43% παρατηρήθηκε αποσυντονισμός και λάθη κατά την εργασία. Σύμφωνα με τα ευρήματα, επτά στους δέκα νοσηλευτές είχαν σκεφτεί να αντιμετωπίσουν στρεσογόνες καταστάσεις κυρίως μέσω της σωματικής άσκησης, της ψυχαγωγίας και της θετικής προσέγγισης. Τέλος, οι μισοί νοσηλευτές εμφάνισαν επαγγελματική δυσαρέσκεια [56].

2.3 Επαγγελματίες υγείας και επαγγελματική ποιότητα ζωής

2.3.1 Παγκόσμιες μελέτες

Σε συγκριτική μελέτη του 2017 μεταξύ των επαγγελματιών ανακουφιστικής φροντίδας της Ισπανίας (385 συμμετέχοντες) και της Βραζιλίας (161 συμμετέχοντες)

διαπιστώθηκε και στις δύο χώρες αυξημένη ικανοποίηση συμπόνιας, μειωμένη επαγγελματική εξουθένωσης και μέτρια επίπεδα ΔΤΣ, με διαφοροποίηση της Ισπανίας σε μειωτική τάση της επαγγελματικής ικανοποίησης και του ΔΤΣ [57].

Μελέτη στην Κίνα, το 2019 σε δείγμα 2.504 νοσηλευτών (93% γυναίκες) έδειξε την ύπαρξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε πάνω από το 60% των συμμετεχόντων με μέτρια επίπεδα επαγγελματικής ποιότητας ζωής, τα οποία συσχετίστηκαν αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση, την εργασία σε κυλιόμενο ωράριο, την ηλικία και την επαγγελματική ιεραρχία και θετικά με τη μισθοδοσία [58]. Όπως διαπιστώθηκε σε παρόμοια μελέτη, αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση συμπόνιας είχαν οι διαταραχές ύπνου, η αποχή από τη σωματική άσκηση, το κάπνισμα, η χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση, οι άγαμοι και οι επαγγελματίες υγείας μικρής ηλικίας. Αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση, θετική συσχέτιση διαπιστώθηκε σε αυξημένες ώρες εργασίας, ενώ αρνητική παρουσίασαν οι έγγαμοι/σε συμβίωση, η καλή ποιότητα ύπνου και η αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση. Αντίθετα, μειωμένη ικανοποίηση, αυξημένη συχνότητα καπνίσματος, διαταραχές ύπνου και υπερωρίες φάνηκε να αυξάνουν τα επίπεδα ΔΤΣ [59].

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση 27 μελετών από τους Membrive-Jimenez et al. το 2020 αναφορικά με νοσηλευτές σε ιεραρχικά ανώτερες θέσεις, οι πιο ευάλωτοι στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται οι έγγαμες γυναίκες ηλικίας 40-50 ετών με τέκνα και εργάζονται με πλήρη απασχόληση [60].

Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε νοσοκομείο της Σαουδικής Αραβίας, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχε κατά μέσο όρο ικανοποίηση συμπόνιας (79,1%), επαγγελματική εξουθένωση (79,4%) και δευτερογενές τραυματικό στρες (72,8%), ενώ περίπου το 18,8%, το 0,3% και το 1,1% των νοσηλευτών ανέφεραν υψηλή ικανοποίηση συμπόνιας, εξάντληση και δευτερογενές τραυματικό στρες, αντίστοιχα [61].

Έρευνα στη Βραζιλία το 2018 σε 450 άτομα νοσηλευτικού προσωπικού τριών νοσοκομείων με πλειοψηφία συμμετοχής γυναίκες επισήμανε την αυξημένη επιθυμία για αλλαγή εργασίας εντός ενός έτους σε άτομα με αυξημένη συναισθηματική εξάντληση, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση και συνθήκες εργασίας με

ανεπάρκεια προσωπικού [62]. Παρόμοια ευρήματα παρατηρήθηκαν και σε αντίστοιχη μελέτη στην Ταϊλάνδη το 2016 και στις ΗΠΑ το 2019, προσθέτοντας και τη σημασία των αυξημένων επιπέδων συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, επιπέδων άγχους και μειωμένου ωραρίου και του περιβάλλοντος εργασίας σε συνάρτηση με την τάση εγκατάλειψης εργασίας [63, 64].

Κατά την περίοδο της πανδημίας, διεξήχθη συγκριτική μελέτη 1.012 νοσηλευτών πέντε ευρωπαϊκών χωρών (Ιταλία, Ηνωμένο Βασίλειο, Σουηδία, Γερμανία, Πολωνία) με μέσο όρο δείγματος τα 200 άτομα ανά χώρα, ερευνώντας τη διακύμανση του επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης πριν και κατά τη διάρκεια της πανδημίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, παρατηρήθηκε, μεταξύ άλλων, αισθητή μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης κυρίως λόγω των εργασιακών συνθηκών. Η Σουηδία και η Ιταλία βρέθηκε να έχουν τη μεγαλύτερη μείωση στα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης. Επίσης, οι γυναίκες ανέφεραν μεγαλύτερη επαγγελματική δυσαρέσκεια από τους άνδρες, ενώ, σε σχέση με την ηλικία των συμμετεχόντων, παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση [65].

Σε μελέτη του 2023 στις ΗΠΑ σε δείγμα φυσικοθεραπευτών (54 συμμετέχοντες πριν την πανδημία και 53 κατά τη διάρκεια), παρατηρήθηκαν μέτρια έως χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης και ΔΤΣ, ενώ μέτρια προς υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπίπτουν τόσο πριν όσο και κατά την περίοδο πανδημίας. Παρατηρήθηκε, ωστόσο, μια αυξανόμενη τάση στα επίπεδα εξουθένωσης και ΔΤΣ και μια τάση μείωσης ικανοποίησης συμπίπτουν [66].

Έρευνα σε 710 νοσηλευτές Μονάδας Εντατικής Θεραπείας στην Ισπανία διαπίστωσε την τάση αλλαγής εργασίας να συνδέεται άμεσα με την ύπαρξη ΔΤΣ (30%), εξουθένωση (20%) και στρες (12%). Μάλιστα σχεδόν όλοι εκδήλωσαν την ανάγκη για εκπαίδευση στη συναισθηματική διαχείριση [67].

Ιδιαίτερα σημαντική παρατηρείται και η περίοδος της πανδημίας στους επαγγελματίες υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας, καθώς, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Κομισιόν, φάνηκε να κινδυνεύουν περισσότερο να εκτεθούν σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία στο μετα-πανδημικό πλαίσιο [6].

2.3.2 Ελληνικές μελέτες

Μελέτη σε ιδιωτικό κέντρο αποκατάστασης στην Ελλάδα, με συμμετέχοντες κυρίως γυναικείου φύλου και επαγγελματικής ιδιότητας νοσηλευτών και λοιπών ειδικοτήτων, αναφέρει υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας στις γυναίκες, ενώ οι νοσηλευτές παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης. Διαπιστώθηκε, επίσης, θετική συσχέτιση της καλής ποιότητας ζωής με την ικανοποίηση συμπόνιας [68].

Σύμφωνα με τη διδακτορική μελέτη του Μπακερτζή το 2019 σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ελληνικών νοσοκομείων 410 ατόμων τα ευρήματα έδειξαν, μεταξύ άλλων, ότι οι ιατροί ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές, οι οποίοι εμφάνισαν μεγαλύτερη εξουθένωση. Επίσης, αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συσχετίστηκαν με μικρή εργασιακή εμπειρία και μειωμένη εργασιακή απόδοση, παραγωγικότητα και ποιότητα εργασίας και στους δύο κλάδους [69].

Σε δημοσίευση του 2021, μόνο το ένα τέταρτο των 90 επαγγελματιών υγείας που εργαζόταν με πληθυσμό προσφύγων και μεταναστών εμφάνισαν υψηλά επίπεδα κόπωσης συμπόνιας, ενώ οι περισσότεροι είχαν αυξημένα έως μέτρια επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης. Η πλειοψηφία του πληθυσμού ήταν γυναικείου φύλου. Οι συσχετίσεις έδειξαν ότι ένα καλό εργασιακό περιβάλλον ευνοούσε την επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ οι τραυματικές εμπειρίες και η πολυετής εργασιακή εμπειρία δημιουργούσαν εντονότερο ΔΤΣ. Επίσης, αυξημένη παρατηρήθηκε η εξουθένωση όσων είχαν τάση για αλλαγή επαγγέλματος και χειρότερη σωματική υγεία [28].

Ελληνική δημοσίευση του 2022 κατά την περίοδο πανδημίας σε ιατρονοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείου αναφοράς Covid-19, με πλειοψηφία συμμετοχής νοσηλευτών και γυναικών και με επαγγελματική εμπειρία μέσου όρου 15 ετών, ανέφερε πάνω από το 70% μέτρια ικανοποίηση συμπόνιας και εξουθένωσης με μέτρια επίπεδα ΔΤΣ σχεδόν στους μισούς συμμετέχοντες. Επίσης, φάνηκε ότι το αυξημένο επαγγελματικό στρες συσχετίστηκε με αυξημένα επίπεδα ΔΤΣ και επαγγελματικής εξουθένωσης κυρίως στους ιατρούς. Η επαγγελματική ικανοποίηση διαπιστώθηκε υψηλότερη στο γυναικείο φύλο, τους άγαμους χωρίς ή με λίγα τέκνα και τα άτομα με μεγαλύτερη εργασιακή εμπειρία [70].

Μια από τις πιο πρόσφατες για τα ελληνικά δεδομένα δημοσιεύσεις αφορά στη διακλαδική έρευνα του 2023, στην οποία συμμετείχαν 1.760 επαγγελματίες υγείας (53,8% νοσηλευτές και 46,2% λοιπό υγειονομικό προσωπικό) δομών υγείας, με πλειοψηφία του γυναικείου φύλου. Τα ευρήματα έδειξαν στην πλειοψηφία υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με εκδήλωση σε εννέα στους δέκα νοσηλευτές, ενώ χαμηλότερα ήταν τα επίπεδα στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Αντίστοιχα, η επαγγελματική ικανοποίηση ήταν πιο μειωμένη στους νοσηλευτές από τους λοιπούς συμμετέχοντες. Αναφορικά με τα επαγγελματικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά, υψηλά επίπεδα εξουθένωσης και χαμηλή ικανοποίηση είχαν οι συμμετέχοντες με κυλιόμενο ωράριο εργασίας, υποστελεχωμένο εργασιακό περιβάλλον και υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης [71].

2.4 Συσχέτιση μεταξύ ηθικής παρενόχλησης και επαγγελματικής ποιότητας ζωής επαγγελματιών υγείας

2.4.1 Παγκόσμιες μελέτες

Σε δημοσίευση μελέτης στην Κορέα το 2019 σε δείγμα 324 κλινικών νοσηλευτών διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της ηθικής παρενόχλησης με την κόπωση συμπόνιας, την επαγγελματική εξουθένωση και την επιθυμία για αλλαγή επαγγέλματος. Οι νοσηλευτές με μικρότερη επαγγελματική εμπειρία είχαν εντονότερα φαινόμενα mobbing και εξουθένωσης, υψηλότερη κόπωση και χαμηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας, ενώ παρουσίασαν εντονότερη τάση για αλλαγή εργασίας [72].

Στην Κίνα, σε δύο δημοσιευμένες μελέτες του 2018 και 2019 διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και της αλλαγής επαγγέλματος, ενώ παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση. Τα φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης φάνηκε και στις δύο περιπτώσεις να έχουν θετική συσχέτιση με την επιθυμία για αλλαγή επαγγέλματος. Στη μια μελέτη 1.761 νοσηλευτών 9 τριτοβάθμιων νοσοκομείων με το 96% συμμετοχής γυναίκες επαγγελματίες, παρατηρήθηκε 59,64% ψυχολογική βία και 9,6% σωματική βία με συνολικά το 69,1% των εργαζομένων να έχουν τάση για αλλαγή εργασίας. Στην άλλη μελέτη συνολικά 1257 συμμετεχόντων ιατρών από 9 νοσοκομεία, με το 53,6% άνδρες ανιχνεύτηκαν περιστατικά λεκτικής βίας στο 65,19%, ενώ στο 12,57% σωματικής βίας. Κύριοι θύτες και στις δύο περιπτώσεις αναφέρθηκαν κατά πλειοψηφία από το περιβάλλον του ασθενούς [73, 74]. Σε πιο πρόσφατη μελέτη με 493 συμμετέχοντες νοσηλευτές 2 τριτοβάθμιων νοσοκομείων αναφέρεται, πέραν των παραπάνω αρνητικών και θετικών συσχετίσεων, ότι η κόπωση από τη συμπόνια συσχετίστηκε θετικά με την ηθική παρενόχληση και αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση και το ΔΤΣ από την κόπωση συμπόνιας [75].

Σύμφωνα με μελέτη στο Σικάγο το 2019, φαινόμενα κακομεταχείρισης αναφέρθηκαν στο ένα τρίτο των ειδικευόμενων παιδιάτρων και μάλιστα με διακρίσεις πολύ πιο συχνά από γυναίκες. Από τους 1956 συμμετέχοντες, το 45% φάνηκε να πάσχει από επαγγελματική εξουθένωση. Η κακομεταχείριση ήταν σε συνάρτηση με υψηλότερα επίπεδα στρες και εξουθένωσης και χαμηλότερη ικανοποίηση από το μαθησιακό περιβάλλον [76].

Στην Κύπρο, το 2020 παρουσιάστηκε έξαρση του φαινομένου ηθικής παρενόχλησης στο 46,9% του ελληνοκυπριακού νοσηλευτικού προσωπικού δημόσιων και ιδιωτικών δομών υγείας δείγματος 113 ατόμων με το 21,2% να αναφέρει αποκλειστικά θυματοποίηση και το 10,6% μαρτυρία εκφοβισμού σε άλλους, με κύρια θύματα τα άτομα με ολιγοετή εργασιακή εμπειρία και νέους σε ηλικία μέσου όρου 30 ετών, μη δεσμευμένους. Μάλιστα, όσοι βίωσαν αντίστοιχες καταστάσεις φάνηκε ότι εμφάνιζαν εντονότερα συμπτώματα δευτερογενούς τραυματικού στρες και συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με όσους απείχαν από αυτές. Ανάλογης έντασης συμπτώματα παρατηρήθηκαν επίσης και σε νοσηλευτές που είχαν σκεφτεί να παραιτηθούν λόγω επιθετικών συμπεριφορών [77].

Σε μελέτη 12 νοσηλευτών μονάδας εντατικής θεραπείας δύο νοσοκομείων στο Μεξικό, το φαινόμενο του mobbing φάνηκε να επικρατεί στην πλειοψηφία του προσωπικού, με παρενόχληση από προϊσταμένους ως επικρατέστερη με εκδήλωση άδικης κατανομής εργασίας και καταπάτηση εργασιακών δικαιωμάτων. Εξίσου αρνητικές επιπτώσεις στην επαγγελματική ικανοποίηση, απόδοση και παραγωγικότητα, προκαλώντας τη συχνή εναλλαγή προσωπικού [78]. Οι επιπτώσεις αυτές παρουσιάζονται αντίστοιχα και σε μελέτη την ίδια περίοδο σε νοσοκομειακό προσωπικό του Πακιστάν [79].

2.4.2 Ελληνικές μελέτες

Σε μεταπτυχιακή έρευνα που πραγματοποιήθηκε το 2018 σε 143 επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, εργαστηριακό και διοικητικό προσωπικό) επαρχιακού νοσοκομείου μέσου όρου ηλικίας 16,4 έτη και με πλειοψηφία συμμετοχής τις γυναίκες, διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου και της επαγγελματικής εμπειρίας με τα φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης. Η ύπαρξη εργασιακού εκφοβισμού παρατηρήθηκε στο 41,3% των συμμετεχόντων και αφορούσε κυρίως ιεραρχικά ανώτερους, ενώ οι γυναίκες, οι νοσηλευτές και οι εργαζόμενοι με μεγάλη εμπειρία είχαν τη χαμηλότερη βαθμολογία αναφορικά με τη φυσική υγεία [80].

Ελληνική δημοσίευση έρευνας το 2022 σε 9 ελληνικά νοσοκομεία αναφέρει ότι από τους 343 επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, εργαστηριακό και διοικητικό προσωπικό) που συμμετείχαν, το 37,5% είχε βιώσει φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης με το 66% προέλευση από συναδέλφους και το 58,7% από προϊσταμένους. Στη μελέτη

αυτή παρατηρήθηκε αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηθικής παρενόχλησης και ποιότητας ζωής και υγείας [81].

2.5 Συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής ποιότητας ζωής και ψυχικής υγείας επαγγελματιών υγείας

2.5.1 Παγκόσμιες μελέτες

Κατά την περίοδο πανδημίας διεξήχθη διαδικτυακή μελέτη 396 ατόμων υγειονομικού προσωπικού ψυχικής υγείας στην Ιταλία (212) και στον Καναδά (184) με πλειοψηφία των γυναικών. Και στις 2 χώρες παρατηρήθηκε πιο συχνή εξουθένωση από ότι συμπτώματα επιδείνωσης της ψυχικής υγείας. Επίσης, πάνω από το 50% των συμμετεχόντων παρουσίασε μέτρια έως σοβαρή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και στα δύο περιβάλλοντα, με υψηλότερα επίπεδα εξάντλησης στον Καναδά [82]. Παρόμοια μελέτη του Ηνωμένου Βασιλείου με δείγμα 387 ατόμων ίδιου τομέα με παραπάνω έδειξε ότι πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες εμφάνισαν μέτρια ή σοβαρή εξάντληση με προβλήματα διατροφής και ύπνου, τα οποία συσχετίστηκαν θετικά με συμπτώματα κατάθλιψης. Επίσης, οι γυναίκες ήταν εκείνες που παρουσίασαν τα εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης και εξουθένωσης [83].

Στις ΗΠΑ, παρόμοια μελέτη έδειξε αρνητική συσχέτιση των επιπέδων εξουθένωσης και ΔΤΣ με την ψυχοσωματική υγεία των νοσηλευτών, ενώ οι διαταραχές ύπνου συσχετίστηκαν επίσης αρνητικά με την ικανοποίηση συμπόνιας και θετικά με το ΔΤΣ και την εξουθένωση [84].

2.5.2 Ελληνικές μελέτες

Ευρήματα διδακτορικής μελέτης της Τριανταφύλλου το 2013 σε δείγμα 304 υγειονομικού προσωπικού (νοσηλευτές, ψυχίατροι, εργοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) ψυχικής υγείας σε δημόσιες και ιδιωτικές ελληνικές δομές υγείας δείχνουν, μεταξύ άλλων, ότι οι νοσηλευτές παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση και τη μικρότερη επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, παρατηρήθηκε αυξημένη συναισθηματική εξάντληση και επίπεδα άγχους με χαμηλά επίπεδα γενικότερης υγείας και ποιότητας ζωής, ενώ οι

νοσηλευτές νοσοκομείων εμφάνισαν εντονότερα συμπτώματα κακής ψυχικής υγείας σε σχέση με τον ιδιωτικό τομέα [85].

Κατά την περίοδο πανδημίας στην Ελλάδα μελετήθηκε δείγμα 117 παθολόγων σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο με περισσότερους συμμετέχοντες γυναικείου φύλου και η πλειοψηφία ανέφερε υψηλά επίπεδα εξάντλησης με έναν στους δύο συμμετέχοντες να εμφανίζει μέτρια έως σοβαρά συμπτώματα άγχους, στρες και κατάθλιψης, ενώ παρατηρήθηκαν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας και εξουθένωσης. Θετική διαπιστώθηκε η συσχέτιση συμπτωμάτων κατάθλιψης με την επαγγελματική εξουθένωση, το ΔΤΣ, ενώ αρνητική με την ικανοποίηση συμπόνιας [86].

Σε πρόσφατη μεταπτυχιακή έρευνα από την Τσάγκα, μελετήθηκαν 101 άτομα ιατρονοσηλευτικού προσωπικού της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας Covid-19 ελληνικού νοσοκομείου με πλειοψηφία συμμετοχής τις γυναίκες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι σε αυξημένα επίπεδα άγχους, κατάθλιψης και στρες, αυξάνονται και τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ΔΤΣ σε ιατρούς και νοσηλευτές, με τις γυναίκες να εμφανίζουν εντονότερο ΔΤΣ. Η ικανοποίηση συμπόνιας συσχετίστηκε, επίσης, θετικά με τα θετικά συναισθήματα [87].

Σε μεταπτυχιακή έρευνα της Καραπάνου σε 150 νοσηλευτές ελληνικού νοσοκομείου παρουσιάστηκαν αυξημένα επίπεδα άγχους στις γυναίκες σε αντίθεση με τους άνδρες του δείγματος, ενώ παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση άγχους με επαγγελματική εξουθένωση και ΔΤΣ [88].

2.6 Συσχέτιση μεταξύ ηθικής παρενόχλησης και ψυχικής υγείας επαγγελματιών υγείας

2.6.1 Παγκόσμιες μελέτες

Σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών Νοσοκομείου της Κύπρου φάνηκε ότι η πλειονότητα των ιατρών (κυρίως οι λιγότερο έμπειροι) και νοσηλευτών (76,2%) βίωσαν φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης με τη μορφή της λεκτικής βίας (88,8%). Μάλιστα, η κύρια πηγή ήταν το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον των ασθενών (59,1%), ενώ φάνηκε να επικράτησε η πεποίθηση ότι η βία στο χώρο εργασίας είναι μέρος της εργασίας (74,1%). Το δείγμα της μελέτης των 220 ατόμων αποτέλεσαν σε πλειοψηφία γυναίκες (62%), ενώ επιπλέον εύρημα υπήρξε το γεγονός ότι η ψυχική ασθένεια ήταν ένας από τους παράγοντες για τη βία στο χώρο εργασίας [89].

Ψυχοσυναισθηματική επιρροή, συναντάται και στη μελέτη σε δείγμα 206 νοσηλευτών ιταλικών νοσοκομείων, ως απόρροια του εργασιακού εκφοβισμού. Η τελευταία μελέτη έδειξε επίσης ότι ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας μπορεί να επηρεάσει τη συνολική υγεία των νοσηλευτών, χωρίς, ωστόσο αξιοσημείωτες διαφορές ως προς το φύλο ή τα δημογραφικά στοιχεία [90].

Αρκετά υψηλά ποσοστά εργασιακού εκφοβισμού παρατηρήθηκαν και δείγμα 50 ατόμων νοσηλευτικού και λοιπού υγειονομικού προσωπικού σε νοσοκομείο στην Αυστραλία το 2017, με το 98% των ερωτηθέντων να έχουν βιώσει το φαινόμενο αυτό. Τα θύματα κατέδειξαν στην πλειοψηφία ως κυριότερη επίπτωση τον ψυχολογικό τραυματισμό στο 82%, ποσοστό διπλάσιο σε σχέση με τους σωματικούς τραυματισμούς. Αξιοσημείωτη είναι και η αλληλεπίδραση μεταξύ σωματικής και λεκτικής επιθετικής συμπεριφοράς, κατά την οποία πυροδοτείται η εκδήλωση της μιας μορφής ύστερα από εκδήλωση της άλλης [91].

Στην Κίνα, δημοσιεύτηκε το 2020 μελέτη ανάμεσα 2.637 συμμετέχοντες ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού δεκαπέντε νοσοκομείων της χώρας και ανέφερε αυξημένα φαινόμενα mobbing (48% του συνόλου), τα οποία προκάλεσαν αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους. Οι νοσηλευτές φάνηκε ότι βίωσαν εντονότερα συμπτώματα κατάθλιψης από τους ιατρούς [92]. Επίσης, σε δημοσκόπηση του 2021 με 1.221 νοσηλευτές νοσοκομείων της χώρας, το 67,5% υπήρξε θύμα ηθικής παρενόχλησης με

επικρατέστερη τη λεκτική μορφή. Παράλληλα, φάνηκε συσχέτιση με την ύπαρξη κατάχρησης εξουσίας, το στρες και την εκδήλωση κατάθλιψης, καθώς η παρενόχληση από προϊστάμενο ενέτεινε τα συμπτώματα κακής ψυχικής υγείας. Αντιστρόφως, διαπιστώθηκε ακόμα η επιδείνωση των φαινομένων παρενόχλησης από τον ασθενή και το περιβάλλον του σε άτομα με κακή ψυχολογική κατάσταση και συμπτώματα κατάθλιψης λόγω κακής επαγγελματικής συμπεριφοράς. Το δείγμα απαρτιζόταν στην πλειοψηφία του από σχεδόν 93% γυναίκες, 58% νέες ηλικίες έως 39 ετών με ολιγοετή εργασιακή εμπειρία, 72% με βασικό πτυχίο και περίπου τα μισά άτομα ήταν έγγαμα. Τέλος, αναφέρεται ότι, σε σύγκριση με αντίστοιχη μελέτη του 2016, δεν παρατηρήθηκε αύξηση του φαινομένου [74].

Σε μια εκτενή βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2021 για την βία των νοσηλευτών στον χώρο της υγείας στη Νοτιοανατολική Ασία και Δυτικό Ειρηνικό που αφορούσε 41 μελέτες 13 χωρών, τα ευρήματα έδειξαν συνολικά επιπολασμό της βίας στο χώρο εργασίας στο 58%. Συγκριτικά, παρατηρήθηκε λιγότερη σε συγκεντρωτικό επιπολασμό στο ιατρικό προσωπικό μεταξύ 21,5-73%, ενώ σε μελέτη των Hosseinikia et al. αναφέρθηκε υψηλότερη στο παραϊατρικό εργαστηριακό προσωπικό με λεκτική μορφή στο 78,1% και σωματική στο 60,3% [93]. Τα φαινόμενα σχετικά με τους νοσηλευτές εκφράζονταν κυρίως με λεκτική βία (64%), ενώ υπήρξαν και απειλητικός εκφοβισμός (30%), ηθική παρενόχληση (mobbing) (25%) και, τέλος, σωματική και σεξουαλική παρενόχληση (21% και 12% αντίστοιχα). Το συνολικό δείγμα των 42.222 νοσηλευτών απαρτιζόταν κατά πλειοψηφία από γυναίκες (88%) με μέσο όρο ηλικίας τα 33,5 έτη. Παράλληλα, ευρήματα για τα Ευρωπαϊκά δεδομένα έδειξαν συγκεντρωτικό επιπολασμό βίας σε νοσηλευτικό προσωπικό μεταξύ 54-70,7%. Οι επιπτώσεις των φαινομένων αυτών φάνηκε να επηρεάζουν σημαντικά την επαγγελματική ποιότητα ζωής, τη σωματική και την ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού με αυξημένη εκδήλωση επαγγελματικής ανικανοποίησης και επιθυμία για αλλαγή εργασίας, άγχους, φόβου, εμφάνιση συμπτωμάτων κατάθλιψης, συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες, απόπειρας αυτοτραυματισμού [94].

2.6.2 Ελληνικές μελέτες

Σε έρευνα που αφορούσε δείγμα υγειονομικού προσωπικού ενός επαρχιακού ελληνικού νοσοκομείου παρατηρήθηκε η ύπαρξη του φαινομένου ηθικής παρενόχλησης κυρίως από προϊσταμένους ($p=0,04$), αλλά και από συναδέλφους ($p=0,02$). Το δείγμα αποτελούνταν στην πλειοψηφία του από νοσηλευτές (53,3%) με κυρίαρχο το γυναικείο φύλο (84,6%), ενώ διαπιστώθηκε ύπαρξη ψυχοσωματικών συμπτωμάτων στα θύματα mobbing ($p=0,015$) [95].

Μελέτη του 2018 μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (διπλάσιου από το ιατρικό) δεκαεπτά ελληνικών νοσοκομείων με συνολικά 398 συμμετέχοντες και πλειοψηφία γυναικών έδειξε υψηλά και σχεδόν ίδια ποσοστά mobbing και τις δύο κατηγορίες (με λίγο εντονότερα στους ιατρούς), ενώ εντονότερα φαινόμενα παρατηρήθηκαν σε γυναίκες και εργαζόμενους μικρότερης εργασιακής εμπειρίας με κύριους θύτες τις γυναίκες μεγαλύτερης ηλικίας ιεραρχικά ανώτερης θέσης. Παράλληλα, τα θύματα και οι μάρτυρες mobbing σημείωσαν εντονότερα συμπτώματα κακής ψυχικής υγείας (περισσότερο οι ιατροί), ενώ η ψυχολογική υποστήριξη που έλαβαν είχε θετική επίδραση [96].

Στη μεταπτυχιακή μελέτη του Λιθάρη το 2022 με 160 συμμετέχοντες ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ιδιωτικού ελληνικού νοσοκομείου αναφέρεται η ύπαρξη 41% φαινομένων ηθικής παρενόχλησης με βασικούς θύτες συναδέλφους με κύρια θύματα τους νεότερους σε ηλικία και με μικρή επαγγελματική εμπειρία μέσω λεκτικής μορφής. Τα φαινόμενα εκφοβισμού παρουσίασαν ήπια αρνητική συσχέτιση με την ποιότητα ζωής των θυμάτων και στατιστικά σημαντική διαφορά στη γενική και ψυχική υγεία [97].

Τα αποτελέσματα μιας πρόσφατης μεταπτυχιακής μελέτης της Κατηρτζή σε 152 επαγγελματίες υγείας (ιατρονοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό) ελληνικών δομών υγείας, με πλειοψηφία συμμετεχόντων τις γυναίκες και τους νοσηλευτές, έδειξαν την παρουσία της ηθικής παρενόχλησης σε πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες, ενώ παρατηρήθηκαν μέτρια επίπεδα ψυχικής υγείας και γενικής ποιότητας ζωής με αυξημένο επαγγελματικό στρες. Το μορφωτικό επίπεδο συσχετίστηκε θετικά με το επαγγελματικό στρες και την ηθική παρενόχληση και αρνητικά με την ψυχική υγεία. Επίσης, αρνητική συσχέτιση διαπιστώθηκε του επαγγελματικού στρες και της ηθικής

παρενόχλησης με την ψυχική υγεία και την ποιότητα ζωής, ενώ όσο αυξανόταν η ηθική παρενόχληση, το εντονότερο ήταν το επαγγελματικό στρες [98].

2.7 Συσχέτιση μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής επαγγελματιών υγείας

2.7.1 Παγκόσμιες μελέτες

Από αναφορές των Anjum et al. το 2018, φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας έχουν δεκαέξι φορές συχνότερη αντιμετώπιση επαγγελματικής βίας σε σχέση με άλλους επαγγελματίες, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό έχει αντίστοιχα τρεις φορές μεγαλύτερη συχνότητα. Επίσης, σχετική μελέτη έδειξε τη συσχέτιση του τοξικού περιβάλλοντος εργασίας και του άγχους με τη μείωση της παραγωγικότητας. Το δείγμα αποτελούνταν από πλειοψηφία ανδρών και συνολικά 267 συμμετέχοντες [99].

Σύμφωνα με συστηματική ανασκόπηση 27 μελετών από τους Mento et al. το 2020, η βίαιη συμπεριφορά σε υγειονομικό προσωπικό έχει αντίκτυπο στην ψυχική και γενικότερη υγεία των ατόμων χαρακτηριζόμενα από μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, απόδοση και παραγωγικότητα, χαμηλή ποιότητα ζωής κυρίως των ιατρών και των νοσηλευτών με προβλήματα όπως: επαγγελματική εξουθένωση, άγχος, κατάθλιψη, εξάντληση. Σε δομές υγείας, κύρια πηγή ήταν οι ασθενείς και το περιβάλλον τους, με εκφραζόμενη κυρίως μέσω λεκτικής επίθεσης, ψυχολογικής βίας, αλλά και σωματικής επίθεσης και παρενόχλησης. Μάλιστα, υπογραμμίστηκε ότι τα θύματα ψυχολογικής βίας έχουν επταπλάσια πιθανότητα να πέσουν και θύματα σωματικής βίας. Σε σχέση με τα φαινόμενα επιθετικότητας προς τους ιατρούς, σε πολλές χώρες είναι εντονότερα στους νεότερους, ειδικευόμενους και πιο άπειρους [100].

Δημοσίευση του 2020 για μελέτη στην Τσεχία 250 νοσηλευτών με πλειοψηφία συμμετοχής το γυναικείο πληθυσμό και μέση εργασιακή εμπειρία τα 10,8 έτη ανέφερε βιώματα ηθικής παρενόχλησης σχεδόν στους μισούς συμμετέχοντες, ενώ παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση του ανδρικού φύλου, της μικρής ηλικίας, του αυξημένου άγχους και των συμπτωμάτων κατάθλιψης με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης [101].

Κατά την περίοδο της πανδημίας διαπιστώθηκε σε μελέτη στο Μπαγκλαντές η θετική συσχέτιση της κατάθλιψης με το μορφωτικό επίπεδο, την ηθική παρενόχληση και την επαγγελματική εξουθένωση, ενώ συσχετίστηκε αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση. Δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 1.264 νοσηλευτές με πλειοψηφία συμμετοχής των γυναικών με μέσο όρο ηλικίας περίπου τα 28 έτη [102].

Σε διαδικτυακή έρευνα κατά την περίοδο της πανδημίας, στην οποία συμμετείχαν 125 επαγγελματίες υγείας παρατηρήθηκαν από την πλειοψηφία φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης (50,4%), άγχους (63,2%) και επαγγελματικής εξουθένωσης (65,6%). Το επίπεδο εκπαίδευσης συσχετίστηκε θετικά με την εμφάνιση άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης, με τα υψηλότερα επίπεδα να παρατηρούνται στο νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ το παραϊατρικό προσωπικό εμφάνισε εντονότερα φαινόμενα mobbing. Αντίθετα, η ηλικία και η μικρή επαγγελματική εμπειρία είχε αρνητική συσχέτιση με συμπτώματα άγχους [103].

2.7.2 Ελληνικές μελέτες

Υψηλό επιπολασμό της βίας κατά των νοσηλευτών συναντάται σε μελέτες του 2015-2016 με το 76% των 80 και το 83,4% των συμμετεχόντων νοσηλευτών και λοιπών υγειονομικών να έχει σχετικά βιώματα, με τις γυναίκες και τους νεότερους σε επαγγελματική εμπειρία να έχουν επηρεαστεί περισσότερο. Επικρατούσα μορφή ήταν η λεκτική βία σε ποσοστό άνω του 98%, ενώ, σε συσχέτιση με την ψυχική υγεία, η συντριπτική πλειοψηφία (80%) ανέφερε αρνητικό ψυχολογικό αντίκτυπο. Οι πιο συχνές ψυχολογικές συνέπειες αφορούσαν απογοήτευση (80%), άγχος (75%), θυμό (75%) και επαγγελματική δυσαρέσκεια (68%) [104, 105].

Μια από τις μεγαλύτερες μελέτες στην Ελλάδα σχετικά με το θέμα εκπόνησης της παρούσας εργασίας αποτέλεσε η μελέτη του Κοϊνη και συν. το 2019 σε δείγμα 1.536 επαγγελματιών υγείας (ιατροί, νοσηλευτές και λοιπό υγειονομικό προσωπικό) 11 ελληνικών νοσοκομείων. Για τα ελληνικά δεδομένα λοιπόν, παρατηρήθηκε η επίπτωση της ηθικής παρενόχλησης στην ψυχοσωματική και κοινωνική ποιότητα ζωής επαγγελματιών υγείας, με μεγαλύτερη επιρροή στις γυναίκες (άγχος, σωματική κόπωση, μείζων κατάθλιψη). Αναφορικά με την ηθική παρενόχληση, αναφέρθηκε εντονότερη στους άνδρες. Μάλιστα, στη μελέτη γίνεται λόγος και για περιστατικά παραίτησης ή αίτηση αλλαγής τμήματος λόγω ηθικού εκφοβισμού. Οι συμπεριφορές

που επικράτησαν κατά πλειοψηφία ήταν η ανάρμοστη λεκτική επίθεση ενόπιον άλλων (62,8%), η κατηγορία για ενέργειες εκτός αρμοδιοτήτων (54,1%) και η διασπορά ψευδών φημών (50,9%). Ειδικότερα, για ηθική παρενόχληση από συναδέλφους και υφισταμένους επικράτησε η διασπορά φημών περί ιδιωτικότητας, ενώ από προϊσταμένους κυριάρχησε η ανάρμοστη λεκτική επίθεση ενόπιον άλλων [106, 107].

Κατά την περίοδο πανδημίας, μεταπτυχιακή έρευνα της Μακέδα το 2021 σε 80 εργαζόμενους ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού νοσοκομείου και κέντρου υγείας της νησιώτικης Ελλάδας, με πλειονότητα δείγματος τους νοσηλευτές (56%) και το γυναικείο φύλο (63,8%), έδειξε ότι η μειωμένη ηλικία, επαγγελματική ποιότητα ζωής (ψυχοκοινωνικής και σωματικής) και επαγγελματική εμπειρία αυξάνουν και τον κίνδυνο εμφάνισης ηθικής παρενόχλησης. Επίσης, δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διακλαδική διαφορά στην ηθική παρενόχληση, ενώ σε γενικές γραμμές παρατηρήθηκαν μέτρια επίπεδα του φαινομένου mobbing, όπως και της επαγγελματικής ποιότητας ζωής. Παράλληλα, διαπιστώθηκε ότι όσο αυξάνονταν οι επαγγελματικές ευθύνες τόσο μειωνόταν η επαγγελματική ικανοποίηση, ενώ, για την ψυχική υγεία υπήρξε οριακή στατιστικώς σημαντική διακλαδική διαφορά, με τους ιατρούς να έχουν καλύτερη βαθμολογία ψυχικής υγείας σε σχέση με τους νοσηλευτές [108].

Πιο πρόσφατα, σε μεταπτυχιακή μελέτη του 2022 σε ελληνικό νοσοκομείο διαπιστώθηκε ότι το ένα τρίτο περίπου των συμμετεχόντων είχαν βιώσει ηθική παρενόχληση. Στην έρευνα συμμετείχαν 90 επαγγελματίες υγείας (85,6% ιατροί, 3,3% νοσηλευτές και 11,1% λοιπό υγειονομικό προσωπικό) με το 75,3% να είναι έγγαμοι, ενώ υπερτερούσε το γυναικείο φύλο (57,8%). Η εργασιακή εμπειρία ήταν κατά μέσο όρο περίπου τα 19 έτη. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι όσο αυξάνεται η έκθεση σε περιστατικά ηθικής παρενόχλησης, τόσο αυξάνεται η παρουσία του φαινομένου αυτού, ενώ μειώνεται η ποιότητα ζωής. Κύρια θύματα αναδείχθηκαν οι μη έγγαμοι και οι γυναίκες [109].

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 3 Μεθοδολογία της έρευνας

3.1 Σκοπός και ερευνητικός σχεδιασμός

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτέλεσε η διερεύνηση της ηθικής παρενόχλησης που αντιμετωπίζουν τον τελευταίο καιρό οι επαγγελματίες υγείας στο νοσοκομειακό περιβάλλον, της κατάστασης της ψυχικής τους υγείας, της επαγγελματικής τους ικανοποίησης και της ψυχικής τους αντοχής. Επιπλέον, διερευνήθηκε και η ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των παραμέτρων αυτών. Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν μελέτες γύρω από τα παραπάνω θέματα χρησιμοποιώντας ψυχομετρικά εργαλεία μέτρησης. Αντιθέτως, στην Ελλάδα, η έρευνα με τον συγκεκριμένο συνδυασμό των ειδικών ψυχομετρικών εργαλείων της παρούσας ερευνητικής εργασίας και η αλληλοεπίδραση των εξεταζόμενων παραγόντων της ψυχικής υγείας, της ηθικής παρενόχλησης και της επαγγελματικής ικανοποίησης στο χώρο υγείας αποτελεί κενό στη βιβλιογραφία, το οποίο μπορεί να καλυφθεί μέσω της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Ο χρόνος διεξαγωγής της μελέτης αποτέλεσε βασική αφορμή επιλογής του θέματος της παρούσας εργασίας, μιας και αφορά την μεταβατική περίοδο που διανύει η χώρα προς την κανονικότητα, μετά τις εξουθενωτικές συνθήκες εργασίας για το υγειονομικό προσωπικό κατά την πανδημία COVID-19.

Τα βασικά ερευνητικά ερωτήματα της επικείμενης μελέτης που τέθηκαν είναι τα εξής:

- Σε τι συχνότητα έχουν βιώσει οι επαγγελματίες υγείας ηθική παρενόχληση και από ποια ομάδα του εργασιακού περιβάλλοντος;
- Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην εμφάνιση φαινομένων ηθικής παρενόχλησης ανάλογα με τα δημογραφικά ή/και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους;
- Σε τι συχνότητα έχουν βιώσει οι επαγγελματίες υγείας συμπτώματα κατάθλιψης και πόσο αυτό δυσκολεύει την επαγγελματική εργασία, τις οικιακές εργασίες ή την επικοινωνία τους με τα άλλα άτομα;
- Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην κατάσταση της ψυχικής υγείας τους ανάλογα με τα δημογραφικά ή/και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους;

- Σε τι συχνότητα έχουν βιώσει οι επαγγελματίες υγείας σύνδρομο εξουθένωσης ή κόπωση συμπόνιας λόγω της προσφοράς τους στους ασθενείς;
- Υπάρχουν διαφοροποιήσεις στην επαγγελματική ικανοποίηση και στην ικανοποίηση συμπόνιας ανάλογα με τα δημογραφικά ή/και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους;
- Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην ηθική παρενόχληση, την ψυχική υγεία και την ικανοποίηση/κόπωση συμπόνιας;

3.2 Υλικό και μέθοδος

Η μεθοδολογία έρευνας που χρησιμοποιήθηκε είναι η ποιοτική μελέτη και περιλαμβάνει τη διανομή έντυπου ερωτηματολογίου (μέθοδος αυτοαναφοράς) σε επαγγελματίες υγείας όλων των βαθμίδων από το ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό που έρχεται σε επαφή με ασθενείς σε Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο της Βορείου Ελλάδας, προκειμένου να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Η χρήση ερωτηματολογίου στην παρούσα έρευνα κρίθηκε ως η πιο αντιπροσωπευτική μέθοδος για τη διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με τα αρχικά ερωτήματα.

Συνολικά, διανεμήθηκαν 400 έντυπα ερωτηματολόγια κατά τους μήνες Σεπτέμβριο-Οκτώβριο του 2023 με συνολική χρονική διάρκεια διανομής και συλλογής τις τέσσερις ημερολογιακές εβδομάδες. Ο χρόνος που δόθηκε από την ερευνήτρια προς συμπλήρωση στους ενδιαφερόμενους ήταν μία εβδομάδα, ενώ απαιτήθηκε επιπλέον μία εβδομάδα για την αξιολόγηση και την ηλεκτρονική καταχώρηση.

Σημαντικά κίνητρα συμμετοχής στην έρευνα φάνηκε να αποτελούν τόσο το ίδιο το θέμα της διπλωματικής εργασίας όσο και το ολιγόλεπτο χρονικό διάστημα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Ο απαιτούμενος μέσος χρόνος συμπλήρωσης δεν ξεπερνούσε τα δέκα λεπτά. Έτσι, δεν υπήρξε ιδιαίτερη επιβάρυνση των συμμετεχόντων σε σχέση με την επιμέλεια των καθηκόντων τους.

Η διανομή ερωτηματολογίων σε έντυπη μορφή προσωπικά από την ερευνήτρια συνέβαλε στην αποτελεσματικότερη και πληρέστερη ενημέρωση των εθελοντών-συμμετεχόντων. Δόθηκε η δυνατότητα επεξήγησης οποιασδήποτε απορίας, μειώνοντας

έτσι σημαντικά το ποσοστό των συγκεντρωμένων άκυρων (λάθος συμπληρωμένων ή μη ολοκληρωμένων) ερωτηματολογίων στο 4% και επιτυχία 96% ανά κλάδο σε σχέση με τον αριθμό-στόχο που τέθηκε αρχικά.

Παράλληλα, η έντυπη μορφή του ερωτηματολογίου προσέλκυσε περισσότερους εθελοντές, επιτρέποντας ακόμα και σε άτομα μεγαλύτερης ηλικίας να συμμετέχουν στην έρευνα, τα οποία πιθανόν να μην είχαν την ευχέρεια και την τεχνογνωσία να συμμετέχουν σε διαδικτυακή έρευνα μέσω ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου αυξάνοντας, έτσι, το εύρος ηλικίας συμμετοχής.

3.2.1 Δεοντολογία έρευνας

Η χρήση των συγκεκριμένων σταθμισμένων εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα επιτράπηκε ύστερα από τις απαραίτητες άδειες, όπου απαιτούνταν (Παράρτημα Β'). Για την υλοποίηση του ερευνητικού πρωτόκολλου δόθηκε ομόφωνη έγκριση τόσο από την Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (Παραρτήματα Γ') όσο και από το Τριτοβάθμιο Νοσοκομείο της Βορείου Ελλάδος στο οποίο πραγματοποιήθηκε η μελέτη (Παράρτημα Δ').

Η διαδικασία μαζικής διανομής, μαζικής συλλογής και μαζικής αξιολόγησης των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια προσωπικά στους εθελοντές συμμετέχοντες εντός του Νοσοκομείου συνοδευόμενα από αδιάφανους φακέλους, ώστε να παραδοθούν εσώκλειστα.

Καθ' όλη τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας, δεν υπήρξε καμία οικονομική επιβάρυνση πέραν της ίδιας της ερευνήτριας, τηρήθηκαν όλοι οι κανόνες ηθικής και δεοντολογίας και διασφαλίστηκε η προστασία της ανωνυμίας και των προσωπικών δεδομένων των συμμετεχόντων, όπως και η ανωνυμία του Νοσοκομείου. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια εχεμύθειας και εμπιστευτικότητας χωρίς την ύπαρξη δόλιου σκοπού από την ερευνήτρια.

Σε κάθε ερωτηματολόγιο υπήρχε σχετική ενότητα ενυπόγραφης ενημέρωσης-συναίνεσης για τη συμμετοχή στην έρευνα και ελεύθερη αποχώρηση οποιαδήποτε στιγμή εξασφαλίζοντας όλα τα παραπάνω (Παράρτημα Α'). Όλοι οι συμμετέχοντες επαγγελματίες υγείας ενημερώθηκαν για το σκοπό της μελέτης και συναίνεσαν,

σύμφωνα με το σχετικό έγγραφο. Επίσης, κάθε ενότητα του ερωτηματολογίου συνοδευόταν από γραπτές οδηγίες συμπλήρωσης.

3.3 Δείγμα

Ιδανικό δείγμα για τη συγκεκριμένη μελέτη τέθηκε αρχικά ως στόχος η συμμετοχή 300 επαγγελματιών υγείας (ειδικευόμενων/ειδικών κλινικών ιατρών, νοσηλευτών/τριών και επαγγελματιών υγείας του παραϊατρικού προσωπικού ισόποσα ανά κλάδο) χωρίς κανέναν άλλο δημογραφικό περιορισμό. Ο πληθυσμός στον οποίο απευθύνθηκαν τα ερωτηματολόγια αποτέλεσε τυχαία δειγματοληψία των παραπάνω κλάδων υγειονομικού προσωπικού του Νοσοκομείου που διατηρούν επαφή με τους ασθενείς κατά την εκπλήρωση των καθηκόντων τους (π.χ. κλινικές νοσηλείας, τμήμα επειγόντων περιστατικών, τακτικά εξωτερικά ιατρεία), ώστε να μπορούν εξίσου να μελετηθούν και οι τρεις ερευνητικές κλίμακες (ηθική παρενόχληση, ψυχική υγεία, ικανοποίηση/κόπωση συμπόνιας).

Τελικά, στα χρονικά πλαίσια που διεξαγωγής της έρευνας, κατάφεραν να συγκεντρωθούν συνολικά 305 ερωτηματολόγια (76,25% ανταπόκριση) από τα 400 που μοιράστηκαν αρχικά. Ωστόσο, δεν συμπεριελήφθησαν στη μελέτη 12 άκυρα (λάθος συμπληρωμένα ή μη ολοκληρωμένα), με τελική ένταξη στη μελέτη συνολικά 288 έγκυρων ερωτηματολογίων αντιστοιχίας 96 στο ιατρικό προσωπικό, 96 στο νοσηλευτικό προσωπικό και 96 στο παραϊατρικό προσωπικό του Νοσοκομείου, επιτυγχάνοντας έτσι το 96% του αρχικού στόχου.

3.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Το τελικό ερωτηματολόγιο (Παράρτημα Α') που χρησιμοποιήθηκε, δομείται ως εξής:

- i. Δημογραφικά στοιχεία επαγγελματιών υγείας (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, αριθμός τέκνων) και επαγγελματικά χαρακτηριστικά (εκπαίδευση, επαγγελματική ιδιότητα, επαγγελματική εμπειρία, επαγγελματική ικανοποίηση, επιθυμία για αλλαγή επαγγέλματος) (9 ερωτήσεις)
- ii. Κλίμακα Βίαιης Συμπεριφοράς WPVB (Workplace Psychologically Violent Behaviours) (33 ερωτήσεις) [107]
- iii. Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) (10 ερωτήσεις)
- iv. Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL (Professional Quality of Life) 5^{ης} έκδοσης (30 ερωτήσεις) [26]

3.4.1 Κλίμακα μέτρησης βίαιης συμπεριφοράς WPVB

Αρχικά, μετρήθηκε ο βαθμός ηθικής παρενόχλησης των επαγγελματιών υγείας με τη χρήση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου, την Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς WPVB (Workplace Psychologically Violent Behaviours) στην ελληνική του μετάφραση και στάθμιση από τους Κοΐνης και συν. [107].

Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 33 ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα αντιμετώπισης κατά το χρονικό διάστημα των τελευταίων 12 μηνών, κάποιων καταστάσεων ανταγωνιστικής και αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς σχετιζόμενων και με το άτομο από το οποίο προήλθε η αντίστοιχη συμπεριφορά (προϊστάμενο, συνάδελφο, υφιστάμενο, άλλο). Η κλίμακα συχνότητας κυμαίνεται από 0 (ποτέ) έως 5 (διαρκώς). Τα άτομα συγκεντρώνουν μία συνολική βαθμολογία, η οποία διαιρείται με το πλήθος των 33 ερωτήσεων. Όσοι συγκεντρώνουν βαθμολογία μεγαλύτερη ή ίση του ένα, θεωρείται ότι έχουν έρθει αντιμέτωποι με εκούσιες συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού [107].

3.4.2 Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9

Η δεύτερη κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε σχετίζεται με την ύπαρξη καταθλιπτικής τάσης των επαγγελματιών υγείας, με τη χρήση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου μέτρησης ψυχικής υγείας, το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9 (Patient

Health Questionnaire) [110, 111] στην ελληνική μετάφραση και στάθμιση από τους Χριστοδουλάκη και συν. [112].

Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 9 βασικές ερωτήσεις που σχετίζονται με τη συχνότητα ενόχλησης εντός των τελευταίων 2 εβδομάδων από κάποια προβλήματα που αναφέρονται. Η κλίμακα συχνότητας κυμαίνεται από 0 (καθόλου) έως 3 (σχεδόν κάθε μέρα). Τα άτομα λαμβάνουν μία συνολική βαθμολογία, η οποία αξιολογείται. Με έντονη επισήμανση είναι οι αριθμοί των οποίων το άθροισμα εντάσσεται στα πλαίσια αξιολόγησης κατάθλιψης, ακόμα και σε λίγες απαντήσεις (βαθμολογία από 5 και άνω).

Η συνολική βαθμολογία κατηγοριοποιείται ως εξής:

- Βαθμολογία 5 έως 9 = ελάχιστα συμπτώματα κατάθλιψης
- Βαθμολογία 10 έως 14 = ελάχιστη κατάθλιψη, δυσθυμία, μείζονα κατάθλιψη, ήπια
- Βαθμολογία 15 έως 19 = μείζονα κατάθλιψη, μέτρια σοβαρή
- Βαθμολογία άνω του 20 = μείζονα κατάθλιψη, σοβαρή

Η ερώτηση 10 αξιολογείται χωριστά και αποτελείται από μια κλίμακα διαβάθμισης δυσκολίας (καμία, μερική, μεγάλη και υπερβολική) των ατόμων στην επαγγελματική εργασία, τις οικιακές εργασίες ή την επικοινωνία τους με τα άλλα άτομα, λόγω των πιθανών αυτών προβλημάτων. Λαμβάνεται υπόψιν στην αξιολόγηση μόνο αν και εφόσον δηλωθεί η ύπαρξη κάποιας δυσκολίας [110, 111].

3.4.3 Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL

Στην τελευταία ενότητα του ερωτηματολογίου μελετήθηκε η επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας με τη χρήση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης/κόπωσης συμπόνιας, την Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL (Professional Quality of Life) 5^{ης} έκδοσης στην ελληνική μετάφραση και στάθμιση από τους Μισουρίδου και συν. [26].

Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις συνολικά σχετικά με τη συχνότητα που νιώθουν οι επαγγελματίες υγείας την επαγγελματική ικανοποίηση ή εξουθένωση από τη φροντίδα-συμπόνια που παρέχουν στους ασθενείς. Η κλίμακα συχνότητας κυμαίνεται από 1 (ποτέ) έως 5 (πολύ συχνά). Οι ερωτήσεις πραγματεύονται συναισθήματα του ίδιου του επαγγελματία υγείας είτε για τον ίδιο είτε

για τους ασθενείς και τις καταστάσεις που έρχεται σε επαφή στα πλαίσια των καθηκόντων του [26, 31, 113]. Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων απαιτείται αναστροφή της κλίμακας των ερωτήσεων 1, 4, 15, 17 και 29 και μετά το άθροισμα των τριών ενοτήτων [31]:

- Ικανοποίηση από συμπόνια: Η μέση βαθμολογία είναι 50. Περίπου το 25% των ατόμων σημειώνουν βαθμολογία μεγαλύτερη από 57 και περίπου το 25% των ατόμων σημειώνουν βαθμολογία μικρότερη από 43. Εάν >40 πιθανόν να αντλούν μεγάλη επαγγελματική ικανοποίηση από τη θέση. Εάν η βαθμολογία <40, χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση ή προβλήματα με τη δουλειά είτε να υπάρχει κάποιος άλλος λόγος - για παράδειγμα, μπορεί να έχουν την ικανοποίησή από άλλες δραστηριότητες εκτός της εργασίας.
- Επαγγελματική εξουθένωση: Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μια διαισθητική ιδέα για το τι είναι η επαγγελματική εξουθένωση. Υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτή την κλίμακα σημαίνουν ότι διατρέχετε μεγαλύτερο κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι 50. Περίπου το 25% των ατόμων σημειώνουν βαθμολογία άνω του 57 και περίπου το 25% των ατόμων σημειώνουν βαθμολογία κάτω του 43. Εάν η βαθμολογία είναι κάτω από 18, αυτό πιθανώς αντανακλά θετικά συναισθήματα σχετικά με την ικανότητά να είναι αποτελεσματικοί στην εργασία. Εάν η βαθμολογία είναι άνω του 57, ίσως έχουν επαγγελματική εξουθένωση. Η βαθμολογία μπορεί να αντανακλά τη στιγμιαία διάθεσή - ίσως είχαν μια «κακή μέρα» ή να χρειάζονται κάποιο ρεπό. Εάν η υψηλή βαθμολογία επιμένει ή εάν αντανακλά άλλες ανησυχίες, μπορεί να αποτελεί λόγο ανησυχίας.
- Δευτερογενές τραυματικό στρες: Η δεύτερη συνιστώσα της κόπωσης από συμπόνια (CF) είναι το δευτερογενές τραυματικό στρες (STS). Πρόκειται για την εργασιακή δευτερογενή έκθεση σε εξαιρετικά ή τραυματικά στρεσογόνα γεγονότα. Η ανάπτυξη προβλημάτων λόγω της έκθεσης στο τραύμα άλλων είναι κάπως σπάνια, αλλά συμβαίνει σε πολλούς ανθρώπους που φροντίζουν άτομα που έχουν βιώσει εξαιρετικά ή τραυματικά στρεσογόνα γεγονότα. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα αυτή είναι 50. Περίπου το 25% των ατόμων σημειώνει βαθμολογία κάτω από 43 και περίπου το 25% των ατόμων σημειώνει

βαθμολογία πάνω από 57. Εάν η βαθμολογία είναι πάνω από 57, ίσως να υπάρχει δευτερογενές τραυματικό στρες. Αν και οι υψηλότερες βαθμολογίες δεν σημαίνουν ότι όντως υπάρχει κάποιο πρόβλημα, αποτελούν μια ένδειξη ότι πρέπει να διερευνηθεί παραπάνω.

3.5 Στατιστική Ανάλυση

Μετά τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, ακολούθησε ηλεκτρονική καταχώρηση τους στο Microsoft Excel 2013 για τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του IBM SPSS Statistics for Windows, έκδοση 26 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) αλλά και Microsoft Excel 2013 για κάποια γραφήματα.

Πραγματοποιήθηκε τεστ κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov για τις περιγραφικές παραμέτρους και βρέθηκε ότι καμία δεν ακολουθεί την κανονική κατανομή (Πίνακας 3.1), γι' αυτό και έγινε χρήση μη παραμετρικών μεθόδων στατιστικής ανάλυσης. Χρησιμοποιήθηκαν τα μη παραμετρικά τεστ χ^2 , Mann Whitney U και Kruskal-Wallis με διόρθωση Bonferroni για πολλαπλές μεταβλητές με σημαντικότητα το 0,01. Οι τιμές παρουσιάζονται σε αριθμό και ποσοστό επί του συνόλου των ερωτώμενων.

Πίνακας 3.1 Τεστ κανονικότητας Shapiro-Wilk

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
Ηλικία	0.155	288	0.000	0.927	288	0.000
Τέκνα	0.310	288	0.000	0.783	288	0.000
Εμπειρία	0.153	288	0.000	0.921	288	0.000

a. Lilliefors Significance Correction

3.5.1 Ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης

Για τη διερεύνηση των ανεξάρτητων παραγόντων επιρροής έγινε ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης χρησιμοποιώντας ομαδοποιημένη δειγματοληψία ανά φύλο (bootstrapping) λαμβάνοντας υπόψιν τη μη παραμετρική φύση των δεδομένων.

Παράγοντες όπως η ηλικία και η εμπειρία είναι ουσιαστικά συνώνυμες οπότε δεν χρησιμοποιούνται μαζί στα μοντέλα λόγω της συγγραμμικότητας (collinearity) που έχουν και επηρεάζει την εγκυρότητα του εκάστοτε μοντέλου.

Οι μετρήσεις R, R² και Durbin-Watson μαζί με τιμές στατιστικής σημαντικότητας p αναφέρονται στα γραμμικά μοντέλα.

3.6 Αξιοπιστία ερωτηματολογίων έρευνας

3.6.1 Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς

Η Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς WPVB έχει 4 παράγοντες όπως προαναφέρθηκε:

- απομόνωση του ατόμου από την εργασία του (11 ερωτήσεις),
- επίθεση στον εργασιακό χώρο (9 ερωτήσεις),
- επιθετικές συμπεριφορές στο άτομο (9 ερωτήσεις),
- άμεσες αρνητικές συμπεριφορές (4 ερωτήσεις).

Το ερωτηματολόγιο έχει πολύ ικανοποιητικό συνολικό δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α 0,959 για όλα τα ερωτήματα σε κλίμακα Likert (33 ερωτήσεις) αλλά και ανά παράγοντα ακολουθώντας πλήρως τη βιβλιογραφία [107, 114]. Οι Koinis et al. (2019) είχαν 0,9, 0,92, 0,93 και 0,78 για τους τέσσερις παράγοντες αντίστοιχα και 0,87 για το σύνολο. Για την παρούσα ερευνά για τον 1ο παράγοντα η εσωτερική συνοχή ήταν $\alpha=0,897$, για τον 2ο παράγοντα $\alpha=0,895$ και για τον 3ο παράγοντα $\alpha=0,884$ ενώ ο 4ος, όντως ο χαμηλότερος με Cronbach's $\alpha=0,717$, ακολουθούν πολύ κοντά τη βιβλιογραφία. Ο πίνακας 3.2 έχει αναλυτικά τις τιμές του δείκτη αξιοπιστίας [107].

Πίνακας 3.2 Δείκτης Cronbach's α της Κλίμακας Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς WPVB συνολικά και ανά παράγοντα.

Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς WPVB		
	Cronbach's Alpha	N of Items
Συνολικά	0.959	33
Απομόνωση του ατόμου από την εργασία του	0.897	11
Επίθεση στον εργασιακό χώρο	0.895	9
Επιθετικές συμπεριφορές στο άτομο	0.884	9
Άμεσες αρνητικές συμπεριφορές	0.717	4

3.6.2 Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9

Όπως προαναφέρθηκε, διερευνήθηκε η ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης επαγγελματιών υγείας, με τη χρήση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου μέτρησης ψυχικής υγείας, το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9 (Patient Health Questionnaire), που εντοπίζει την ύπαρξη κατάθλιψης και τη σοβαρότητά της. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις συνολικά. Οι πρώτες 9 ερωτήσεις αξιολογούνται χωριστά και για αυτές παράγεται ο δείκτης αξιοπιστίας. Η ερώτηση 10 αξιολογείται χωριστά και λαμβάνεται υπόψιν στην αξιολόγηση μόνο αν και εφόσον δηλωθεί η ύπαρξη κάποιας δυσκολίας [110].

Το ερωτηματολόγιο έχει πολύ ικανοποιητικό συνολικό δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α 0,903 για όλα τα ερωτήματα ακολουθώντας πλήρως τη βιβλιογραφία όπου και έχει 0,89 για το αρχικό αγγλικό ερωτηματολόγιο [115] και 0,82 για το ελληνικό σταθμισμένο σε ασθενείς με ρευματοπάθεια στην Ελλάδα [114]. Ο πίνακας 3.3 έχει αναλυτικά τις τιμές του δείκτη αξιοπιστίας.

Πίνακας 3.3 Δείκτης Cronbach's α του Ερωτηματολογίου Υγείας Ασθενούς PHQ-9.

Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9	
Cronbach's Alpha	N of Items
0.903	9

3.6.3 *Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL*

Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις συνολικά σχετικά με τη συχνότητα που νιώθουν οι επαγγελματίες υγείας επαγγελματική ικανοποίηση ή εξουθένωση από τη φροντίδα-συμπόνια που παρέχουν στους ασθενείς. Η κλίμακα συχνότητας κυμαίνεται από 1 (ποτέ) έως 5 (πολύ συχνά). Οι ερωτήσεις πραγματεύονται συναισθήματα του ίδιου του επαγγελματία υγείας είτε για τον ίδιο είτε για τους ασθενείς και τις καταστάσεις που έρχεται σε επαφή στα πλαίσια των καθηκόντων του [26, 31]. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων απαιτείται αναστροφή της κλίμακας των ερωτήσεων 1, 4, 15, 17 και 29 και μετά το άθροισμα των τριών ενοτήτων. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's α είναι κατά του συγγραφείς της ελληνικής σταθμισμένης μετάφρασης για την ικανοποίηση από τη συμπόνια ήταν 0,7, για την εξουθένωση ήταν 0,73 και για το δευτερογενές τραυματικό στρες ήταν 0,83.

Στην παρούσα έρευνα, η κλίμακα έχει πολύ ικανοποιητικό συνολικό δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α 0,907 για την ικανοποίηση από τη συμπόνια, για την εξουθένωση ήταν 0,748 και για το δευτερογενές τραυματικό στρες ήταν 0,83, ακολουθώντας πλήρως τη βιβλιογραφία για το ελληνικό σταθμισμένο [26]. Ο πίνακας 3.4 έχει αναλυτικά τις τιμές του δείκτη αξιοπιστίας.

Πίνακας 3.4 Δείκτης Cronbach's α της Επαγγελματικής Κλίμακας Ποιότητας Ζωής ProQOL.

Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL		
	Cronbach's Alpha	N of Items
Ικανοποίηση από τη συμπόνια	0.907	8
Εξουθένωση	0.748	10
Δευτερογενές τραυματικό στρες	0.841	10

Κεφάλαιο 4 Αποτελέσματα

4.1 Δημογραφικά αποτελέσματα

Από τα 288 έγκυρα ερωτηματολόγια υπήρχαν 3 ίσες ομάδες. Από 96 άτομα σε κάθε ομάδα ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό. Η μέση ηλικία στο σύνολο ήταν τα 42(±11,49) έτη, η μέση εργασιακή εμπειρία τα 16,09(±11,2) έτη και η πλειοψηφία (75,3%) να είναι γυναίκες (Γραφήματα 4.1, 4.2). Η οικογενειακή κατάσταση ήταν μεικτή με το 53,1% να είναι έγγαμο ή σε συμβίωση και ένα μεγάλο ποσοστό 39,6% να είναι άγαμο, ενώ ακριβώς το 50% δεν είχε παιδιά, με την πλειοψηφία (52,2%) όσων είχαν παιδιά να έχουν 1 ή 2.

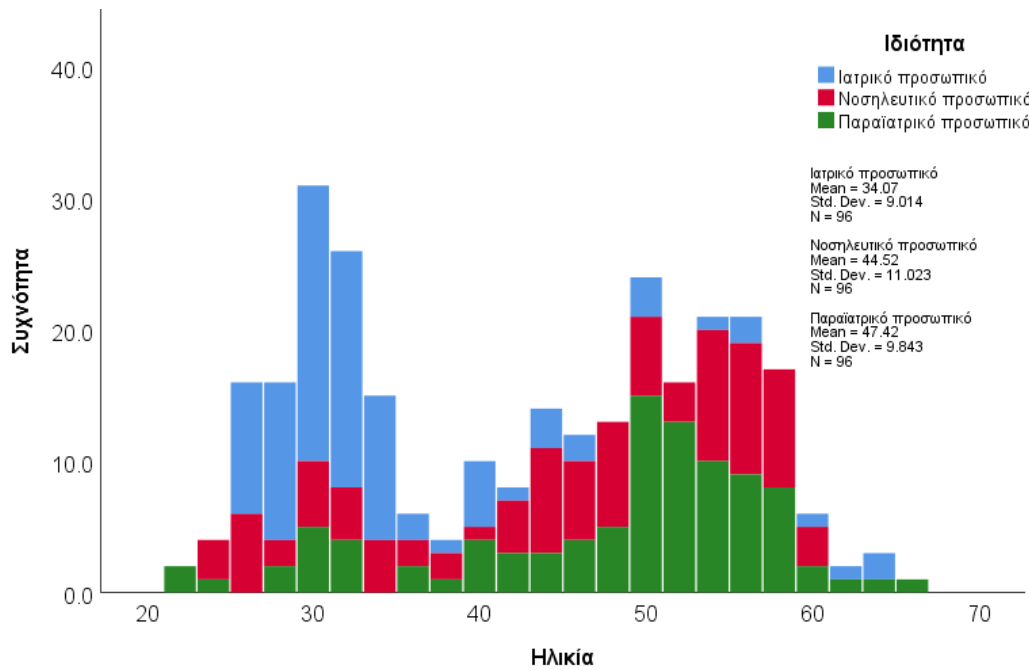
Το δείγμα δεν ήταν ομοιογενές, αναμενόμενα, στους δημογραφικούς παράγοντες. Στο ιατρικό προσωπικό, το φύλο ήταν μοιρασμένο εξίσου σε άνδρες και γυναίκες, ενώ στις άλλες δύο ειδικότητες οι γυναίκες ήταν πολλαπλάσιες. Αντίστοιχα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά σε όλα τα δημογραφικά στοιχεία, με το ιατρικό προσωπικό να είναι νεαρότερο με λιγότερους γάμους και παιδιά, αλλά και με υψηλότερη εκπαίδευση, ωστόσο, με λιγότερη εμπειρία από τις άλλες δυο ομάδες ιδιαίτερα με το παραϊατρικό προσωπικό. (Γράφημά 5.1).

Οι δυο διερευνητικές ερωτήσεις που ερωτήθηκαν σε όλους ανεξάρτητα από τις σχετικές κλίμακες «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το επάγγελμά σας;» και «Σκοπεύετε να αλλάξετε επαγγελματικό προσανατολισμό;» έδωσαν ενδιαφέροντα αποτελέσματα. Στην ικανοποίηση, το νοσηλευτικό προσωπικό είναι το λιγότερο ικανοποιημένο σε σχέση με τα άλλα δύο επαγγέλματα με το 45,83% να είναι από καθόλου έως μέτρια και μόνο το 17,71% πολύ ή πλήρως ικανοποιημένο ($p < 0,001$ και για δυο ζεύγη συγκρίσεων). Από την άλλη, μόνο το 30,22% των ιατρών και το 19,79% των παραϊατρικών επαγγελματιών είναι από καθόλου έως μέτρια ικανοποιημένοι. Αντίθετα το 38,54% και το 36,46% των ιατρών των παραϊατρικών επαγγελματιών δήλωσαν πολύ ή πλήρως ικανοποιημένοι.

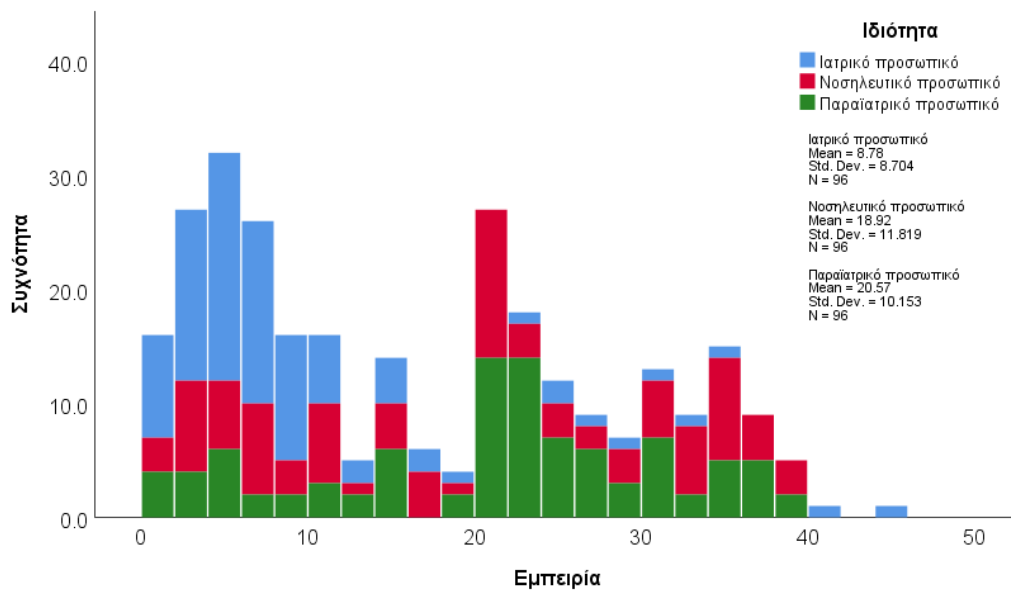
Στην επόμενη ερώτηση μόνο οι ιατροί διαφοροποιούνται με το 73,96% να μην έχει σκοπό να αλλάξει επαγγελματικό προσανατολισμό, ενώ οι άλλες δυο ομάδες

επαγγελματιών απαντάνε το ίδιο στο 50% και 52,08% αντίστοιχα ($p=0,005$ και $0,001$ για τα ζεύγη συγκρίσεων).

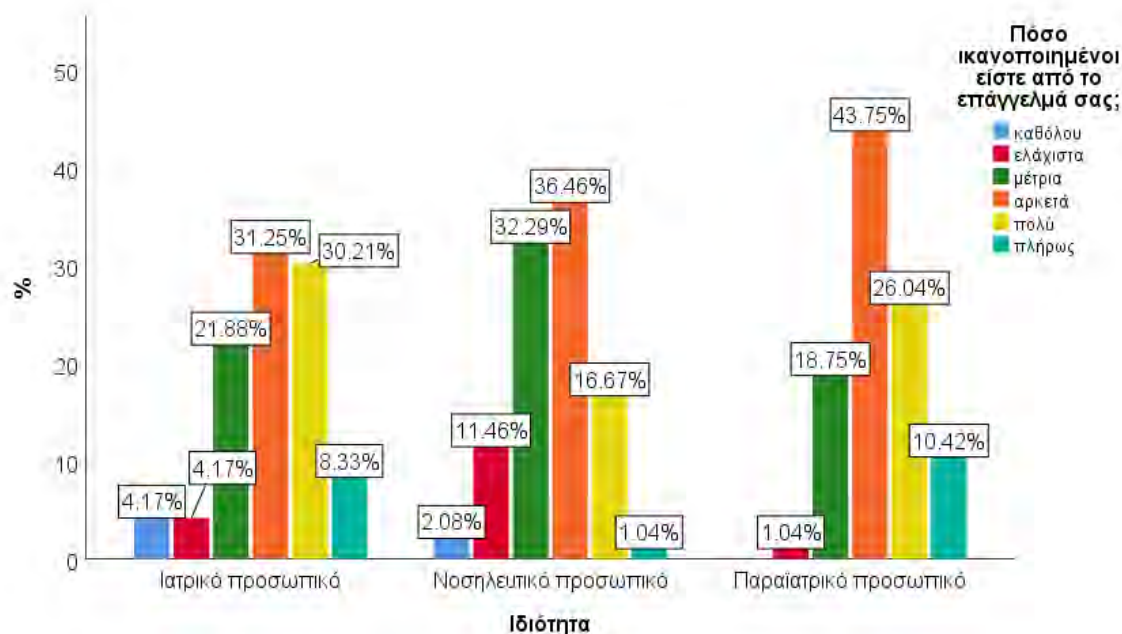
Ο Πίνακας 4.1 περιέχει όλα τα δημογραφικά δεδομένα ανά εργασιακή ομάδα με τις αντίστοιχες στατιστικές σημαντικότητες.



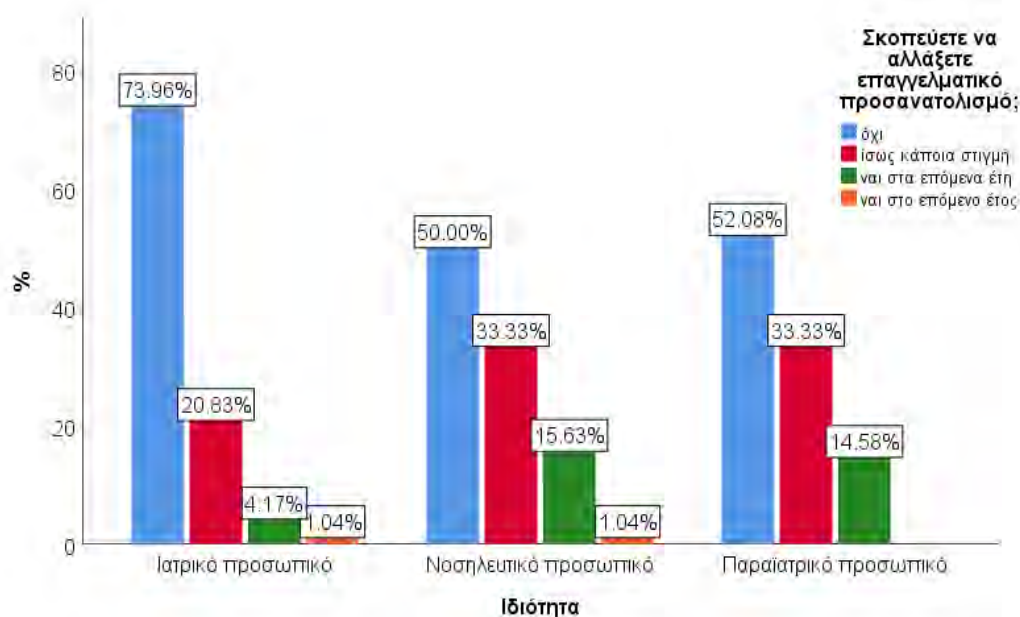
Γράφημα 4.1 Ιστογράμμα ηλικίας ανά ομάδα ερωτώμενων.



Γράφημα 4.2 Ιστογράμμα Εργασιακής Εμπειρίας ανά ομάδα ερωτώμενων.



Γράφημα 4.3 Ποσοστά απαντήσεων ανά ομάδα στο ερώτημα «Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το επάγγελμά σας;»



Γράφημα 4.4 Ποσοστά απαντήσεων ανά ομάδα στο ερώτημα «Σκοπεύετε να αλλάξετε επαγγελματικό προσανατολισμό;»

Πίνακας 4.1 Δημογραφικά στοιχεία ανά ομάδα ερωτώμενων

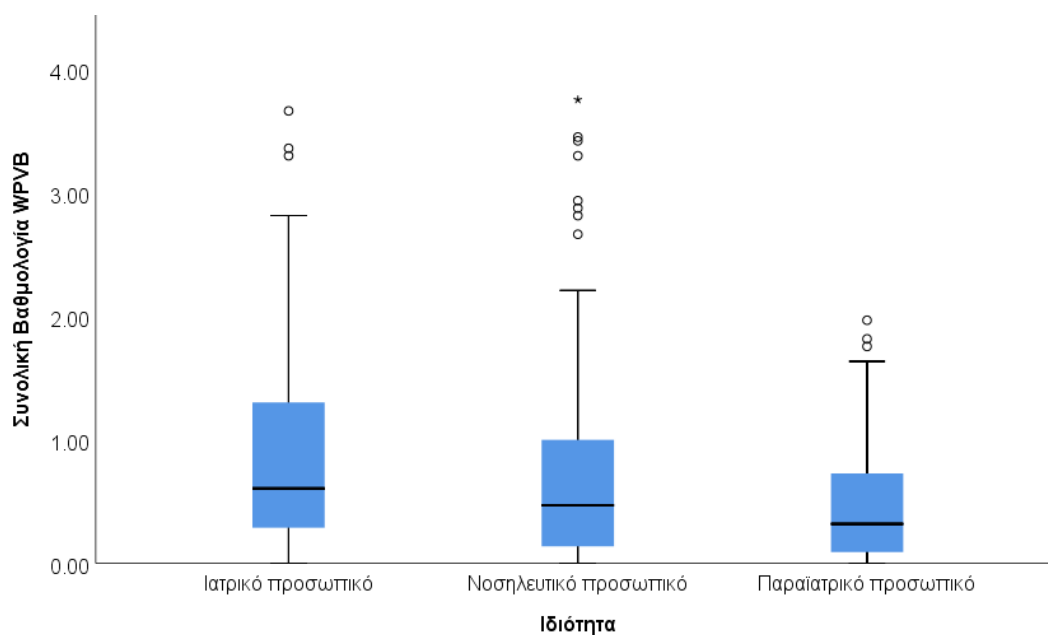
		Ιατρικό προσωπικό α		Νοσηλευτικό προσωπικό β		Παραϊατρικό προσωπικό γ		Kruscal Wallis
		N	N %	N	N %	N	N %	Ζεύγη p value
Φύλο	Αρρεν	48	50.00%	12	12.50%	11	11.50%	α-β <0.001 α-γ <0.001
	Θήλυ	48	50.00%	84	87.50%	85	88.50%	
Ηλικιακές ομάδες	μέχρι 30 ετών	43	44.80%	16	16.70%	10	10.40%	α-β <0.001 α-γ <0.001
	31 έως 50 ετών	46	47.90%	45	46.90%	41	42.70%	
	άνω των 50 ετών	7	7.30%	35	36.50%	45	46.90%	
Οικογενιακή Κατάσταση	Άγαμος/η	57	59.40%	31	32.30%	26	27.10%	α-β <0.001 α-γ <0.001
	Έγγαμος/η/ Σε συμβίωση	35	36.50%	57	59.40%	61	63.50%	
	Διαζευγμένος/η	3	3.10%	7	7.30%	8	8.30%	
	Χήρος/α	1	1.00%	1	1.00%	1	1.00%	
Έχουν Τέκνα	Όχι	73	76.00%	36	37.50%	35	36.50%	α-β <0.001 α-γ <0.001
	Ναι	23	24.00%	60	62.50%	61	63.50%	
Εκπαίδευση	Υποχρεωτική	0	0.00%	1	1.00%	0	0.00%	α-β <0.001 α-γ <0.001
	Δευτεροβάθμια/ Μεταδευτεροβάθμια	0	0.00%	28	29.20%	29	30.20%	
	Τριτοβάθμια	36	37.50%	42	43.80%	49	51.00%	
	Μεταπτυχιακή	42	43.80%	23	24.00%	18	18.80%	
Διδακτορική	Διδακτορική	18	18.80%	2	2.10%	0	0.00%	
	έως 10 έτη	76	79.20%	34	35.40%	20	20.80%	α-β <0.001 α-γ <0.001
	11 έως 20 έτη	10	10.40%	20	20.80%	20	20.80%	
	άνω τα 20 έτη	10	10.40%	42	43.80%	56	58.30%	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το επάγγελμά σας;	καθόλου	4	4.20%	2	2.10%	0	0.00%	α-β <0.001 β-γ <0.001
	ελάχιστα	4	4.20%	11	11.50%	1	1.00%	
	μέτρια	21	21.90%	31	32.30%	18	18.80%	
	αρκετά	30	31.30%	35	36.50%	42	43.80%	
	πολύ	29	30.20%	16	16.70%	25	26.00%	
	πλήρως	8	8.30%	1	1.00%	10	10.40%	
Σκοπεύετε να αλλάξετε επαγγελματικό προσανατολισμό	όχι	71	74.00%	48	50.00%	50	52.10%	α-β 0.005 α-γ 0.001
	ίσως κάποια στιγμή	20	20.80%	32	33.30%	32	33.30%	
	ναι στα επόμενα έτη	4	4.20%	15	15.60%	14	14.60%	
	ναι στο επόμενο έτος	1	1.00%	1	1.00%	0	0.00%	

4.2 Κλίμακες

4.2.1 Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς

Όπως προαναφέρθηκε, η Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς WPVB έχει 4 παράγοντες και σχετίζεται με την απομόνωση του ατόμου από την εργασία του, επιθέσεις στον εργασιακό χώρο, επιθετικές συμπεριφορές στο άτομο και άμεσες αρνητικές συμπεριφορές προς τον ερωτώμενο που θεωρούνται και μεγαλύτερης σοβαρότητας από τις άλλες εκδηλώσεις εκφοβισμού.

Τα αποτελέσματα είναι πολύ διαφωτιστικά, καθώς υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στις ομάδες. Αρχικά, η μέση βαθμολογία διαφέρει λίγο μεταξύ των ιατρών και των νοσηλευτών αλλά σημαντικά ανάμεσα στους ιατρούς και τους παραϊατρικούς επαγγελματίες με τους ιατρούς να έχουν υψηλότερη βαθμολογία ακριβώς κάτω από το όριο για τυπικό εργασιακό εκφοβισμό με $0,92 (\pm 0,88)$, ενώ οι νοσηλευτές $0,76 (\pm 0,88)$, με τους παραϊατρικούς επαγγελματίες να βαθμολογούνται αρκετά χαμηλότερα $0,5 (\pm 0,46)$ ($p < 0,001$). Είναι χαρακτηριστικό το θηκόγραμμα (boxplot) στο Γράφημά 4.5 όπου και φαίνεται η διαφορά στη συνολική μέση βαθμολογία ανά επάγγελμα. Ο πίνακας 4.2 έχει τη βαθμολογία ανά ερώτηση και ανά ομάδα επαγγελματιών αλλά και τη μέση βαθμολογία ανά παράγοντα και στη συνολική μαζί με τις στατιστικές σημαντικότητες ανά ερώτηση.



Γράφημα 4.5 Θηκόγραμμα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας WPVB ανά ομάδα επαγγελματιών

Αναφορικά με τους θύτες για τον εργασιακό εκφοβισμό που ζητήθηκε από του ερωτώμενους να τους ταυτοποιήσουν λέγοντας αν είναι προϊστάμενοι (ιεραρχικά ανώτεροι), συνάδελφοι, υφιστάμενοι (ιεραρχικά κατώτεροι) ή εκτός του εργασιακού χώρου οι απαντήσεις είναι και εδώ διαφωτιστικές.

Παρότι δεν είναι τυπικό ερωτηματολόγιο και δεν έχει εξ' ορισμού βαθμολογία στο δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α , έχει πάρα πολύ ικανοποιητικό συνολικό δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α 0,942, καταδεικνύοντας την επαναλαμβανομένη συμπεριφορά από τους θύτες σε κάθε ερωτώμενο που έχει δηλώσει ότι έχει υποστεί εκφοβισμό, καθώς η μεγάλη τιμή του δείκτη αφορά στη σταθερότητα των απαντήσεων και στην περίπτωση αυτή στην επιλογή του θύτη που δεν αλλάζει ανά συμπεριφορά που υπομένει ο ερωτώμενος εργαζόμενος.

Πίνακας 4.2 Μέση βαθμολογία ανά ερώτημα της Κλίμακας WPVB για κάθε ομάδα ερωτώμενων, χρωματισμένες ανά παράγοντα: (Γκρι) Απομόνωση του ατόμου από την εργασία του (11 ερωτήσεις), (Πορτοκαλί) Επίθεση στον εργασιακό χώρο (9 ερωτήσεις), (Κίτρινο) Επιθετικές συμπεριφορές στο άτομο (9 ερωτήσεις), (Πράσινο) Άμεσες αρνητικές συμπεριφορές.

Κλίμακα WPVB	Ιατρικό προσωπικό α		Νοσηλευτικό προσωπικό β		Παραϊατρικό προσωπικό γ		Kruskal Walis
	Ερωτήσεις	MT	TA	MT	TA	MT	
1	1.69	1.37	1.44	1.32	1.21	1.18	0.061
2	1.36	1.38	1.31	1.40	1.00	1.20	0.179
3	1.03	1.45	0.97	1.24	0.66	0.99	0.197
4	0.74	1.22	0.43	0.94	0.29	0.81	α-γ 0.003
5	1.29	1.56	0.72	1.25	0.32	0.78	α-β 0.07 α-γ <0.001
6	0.84	1.36	0.79	1.34	0.49	1.00	0.225
7	0.98	1.54	0.51	1.04	0.29	0.78	α-γ 0.001
8	0.77	1.22	0.90	1.43	0.48	0.83	0.254
9	0.70	1.13	0.73	1.25	0.13	0.51	α-γ <0.001 β-γ <0.001
10	1.01	1.44	0.68	1.22	0.40	0.84	α-γ 0.003
11	1.66	1.66	1.36	1.42	1.03	1.17	α-γ 0.043
Μέση βαθμολογία α	1.10	1.39	0.89	1.26	0.57	0.92	
12	1.19	1.59	0.80	1.30	0.35	0.78	α-γ <0.001 β-γ 0.05
13	1.26	1.53	0.83	1.24	0.46	0.85	α-γ 0.001
14	1.13	1.54	0.72	1.27	0.34	0.88	α-γ 0.001
15	0.30	0.86	0.44	1.00	0.04	0.32	α-γ <0.028 β-γ <0.001
16	1.72	1.74	1.32	1.57	1.19	1.57	0.069
17	1.52	1.79	0.90	1.48	0.70	1.30	α-β 0.023 α-γ 0.001
18	1.30	1.58	1.04	1.48	0.64	1.04	α-γ 0.009
19	0.48	1.19	0.49	0.98	0.17	0.74	α-γ 0.011
20	1.11	1.58	0.73	1.22	0.57	1.12	0.053
Μέση βαθμολογία β	1.11	1.49	0.81	1.28	0.50	0.95	
21	1.20	1.68	0.79	1.36	0.54	1.13	α-γ 0.008
22	0.80	1.19	0.77	1.30	0.48	1.00	0.097
23	0.94	1.30	0.61	1.26	0.38	0.82	α-β 0.023 α-γ 0.001
24	0.70	1.22	0.60	1.23	0.26	0.68	α-γ 0.030
25	1.13	1.50	0.99	1.37	0.83	1.26	
26	0.38	0.99	0.41	1.08	0.06	0.32	α-γ 0.035
27	0.41	1.05	0.50	1.08	0.08	0.43	α-γ <0.038 β-γ <0.001
28	0.43	1.03	0.42	1.02	0.25	0.83	0.258
29	1.29	1.62	1.20	1.53	0.69	1.20	α-γ <0.013 β-γ <0.042
Μέση βαθμολογία γ	0.81	1.29	0.70	1.25	0.40	0.85	
30	0.31	0.84	0.55	1.19	0.17	0.57	α-γ 0.033
31	0.60	1.19	0.56	1.32	0.17	0.56	α-γ 0.011
32	0.14	0.50	0.32	0.90	0.09	0.44	0.089
33	0.04	0.25	0.24	0.82	0.01	0.10	α-γ 0.007
Μέση βαθμολογία δ	0.27	0.69	0.42	1.06	0.11	0.42	
Συνολική μέση βαθμολογία	0.92	0.88	0.76	0.88	0.45	0.46	α-γ <0.001

MT Μέση Τιμή, TA Τυπική Απόκλιση

Ο πίνακας 4.3 περιέχει τις στατιστικά σημαντικές ερωτήσεις στις οποίες οι τρεις ομάδες επαγγελματιών διαφοροποιούνται. Το γενικό συμπέρασμα είναι και εδώ ότι το παραϊατρικό προσωπικό έχει δεχθεί λιγότερο εκφοβισμό και στις συγκεκριμένες ερωτήσεις οι θύτες είναι συνάδελφοι και όχι προϊστάμενοι ή υφιστάμενοι αλλά και ότι μπορεί να είναι περισσότεροι από ένας ή να είναι από διαφορετικά ιεραρχικά στρώματα.

Αντίθετα, οι ιατροί και σε λιγότερα βαθμό οι νοσηλευτές, έχουν θύτες από τα ανώτερα ιεραρχικά στρώματα. Στην πλειονότητα των ερωτημάτων, τα ζεύγη που διαφέρουν στατιστικά είναι οι ιατροί με τους παραϊατρικούς επαγγελματίες με την ειδοποιό διαφορά να έγκειται στο ότι στις περισσότερες ερωτήσεις για την συμπεριφορά οι θύτες στους ιατρούς είναι προϊστάμενοι και με μεγάλο ποσοστό από 10 έως 30% περίπου ενώ του παραϊατρικού συνάδελφοι με γενικά ποσοστά από 5 έως 10% των ερωτώμενων.

Οι νοσηλευτές είναι πιο κοντά στους ιατρούς, αλλά με χαμηλότερα ποσοστά, εκτός ελάχιστων εξαιρέσεων, όπου δέχονται εκφοβιστική συμπεριφορά περισσότερο από συνάδελφους, όπως μπορεί κανείς να διακρίνει από τον πίνακα 4.3.

Πίνακας 4.3 Ποσοστά απαντήσεων στις στατιστικά διαφορετικές ερωτήσεις μεταξύ των ομάδων για το ποιος άσκησε την συμπεριφορά .

		Ιατρικό προσωπικό α		Νοσηλευτικό προσωπικό β		Παραϊατρικό προσωπικό γ		Kruskal-Wallis Test
		N	N %	N	N %	N	N %	Ζεύγη (p Value)
4α. Υπονοούν ότι δεν είσαι καλά από ψυχολογικής πλευράς	Κανείς	64	66.70%	75	78.10%	83	86.50%	α-γ 0.003
	Άλλος	3	3.10%	3	3.10%	3	3.10%	
	Συνάδελφος	14	14.60%	11	11.50%	5	5.20%	
	Υφιστάμενος	4	4.20%	1	1.00%	1	1.00%	
	Προϊστάμενος	8	8.30%	4	4.20%	0	0.00%	
	Περισσότεροι	3	3.10%	2	2.10%	4	4.20%	
5α. Σε υποχρεώνουν να κάνεις μία δουλειά που θα επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή σου	Κανείς	47	49.00%	67	69.80%	79	82.30%	α-γ 0.001 α-β 0.005
	Άλλος	2	2.10%	5	5.20%	1	1.00%	
	Συνάδελφος	18	18.80%	6	6.30%	6	6.30%	
	Υφιστάμενος	5	5.20%	2	2.10%	1	1.00%	
	Προϊστάμενος	11	11.50%	13	13.50%	6	6.30%	
	Περισσότεροι	13	13.50%	3	3.10%	3	3.10%	
7α. Διασπείρουν φήμες για την ιδιωτική σου ζωή	Κανείς	61	63.50%	72	75.00%	81	84.40%	α-γ 0.001
	Άλλος	1	1.00%	3	3.10%	4	4.20%	
	Συνάδελφος	20	20.80%	12	12.50%	9	9.40%	
	Υφιστάμενος	5	5.20%	5	5.20%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	3	3.10%	2	2.10%	0	0.00%	
	Περισσότεροι	6	6.30%	2	2.10%	2	2.10%	
9α. Αντιμετωπίζεις συμπεριφορές όπως χτύπημα χεριού στο τραπέζι	Κανείς	62	64.60%	64	66.70%	89	92.70%	α-β 0.001 β-γ 0.001
	Άλλος	3	3.10%	7	7.30%	0	0.00%	
	Συνάδελφος	9	9.40%	7	7.30%	1	1.00%	
	Υφιστάμενος	1	1.00%	4	4.20%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	20	20.80%	10	10.40%	3	3.10%	
	Περισσότεροι	1	1.00%	4	4.20%	3	3.10%	
10α. Πάντα αξιολογούν αρνητικά την επίδοσή σου	Κανείς	55	57.30%	66	68.80%	75	78.10%	α-γ 0.003
	Άλλος	0	0.00%	4	4.20%	1	1.00%	
	Συνάδελφος	9	9.40%	9	9.40%	8	8.30%	
	Υφιστάμενος	2	2.10%	2	2.10%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	21	21.90%	11	11.50%	7	7.30%	
	Περισσότεροι	9	9.40%	4	4.20%	5	5.20%	
12α. Σε θεωρούν αποκλειστικά υπεύθυνο όταν μία εργασία που έγινε με άλλους έχει αρνητικά αποτελέσματα	Κανείς	54	56.30%	61	63.50%	76	79.20%	α-γ 0.001
	Άλλος	2	2.10%	7	7.30%	4	4.20%	
	Συνάδελφος	13	13.50%	14	14.60%	13	13.50%	
	Υφιστάμενος	4	4.20%	1	1.00%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	17	17.70%	6	6.30%	1	1.00%	
	Περισσότεροι	6	6.30%	7	7.30%	2	2.10%	
13α. Πάντα ανακαλύπτουν λάθη στην δουλειά σου και στα αποτελέσματα της δουλειά σου	Κανείς	46	47.90%	55	57.30%	70	72.90%	α-γ 0.001
	Άλλος	1	1.00%	7	7.30%	4	4.20%	
	Συνάδελφος	18	18.80%	19	19.80%	16	16.70%	
	Υφιστάμενος	3	3.10%	2	2.10%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	19	19.80%	6	6.30%	3	3.10%	
	Περισσότεροι	9	9.40%	7	7.30%	3	3.10%	
14α. Πάντα αμφισβητούν την επαγγελματική σου επάρκεια στη δουλειά σου	Κανείς	52	54.20%	66	68.80%	80	83.30%	α-γ 0.001 α-β 0.019
	Άλλος	2	2.10%	7	7.30%	1	1.00%	
	Συνάδελφος	11	11.50%	13	13.50%	7	7.30%	
	Υφιστάμενος	4	4.20%	0	0.00%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	18	18.80%	6	6.30%	3	3.10%	
	Περισσότεροι	9	9.40%	4	4.20%	5	5.20%	
15α. Γράφονται άδικες αναφορές για εσένα	Κανείς	82	85.40%	76	79.20%	94	97.90%	α-γ 0.028 β-γ 0.001
	Άλλος	1	1.00%	8	8.30%	0	0.00%	
	Συνάδελφος	7	7.30%	4	4.20%	0	0.00%	
	Υφιστάμενος	1	1.00%	0	0.00%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	3	3.10%	5	5.20%	1	1.00%	
	Περισσότεροι	2	2.10%	3	3.10%	1	1.00%	
16α. Σε κάνουν να νιώθεις ότι εσύ και το έργο σου είστε υπό έλεγχο	Κανείς	38	39.60%	49	51.00%	52	54.20%	α-β 0.044
	Άλλος	3	3.10%	12	12.50%	4	4.20%	
	Συνάδελφος	7	7.30%	10	10.40%	10	10.40%	
	Υφιστάμενος	1	1.00%	0	0.00%	1	1.00%	
	Προϊστάμενος	31	32.30%	14	14.60%	18	18.80%	
	Περισσότεροι	16	16.70%	11	11.50%	11	11.50%	
17α. Δεν σου δίνουν την ευκαιρία να αποδείξεις την αξία σου	Κανείς	48	50.00%	64	66.70%	70	72.90%	α-γ 0.001 α-β 0.016
	Άλλος	0	0.00%	5	5.20%	4	4.20%	
	Συνάδελφος	10	10.40%	8	8.30%	10	10.40%	
	Υφιστάμενος	0	0.00%	0	0.00%	1	1.00%	

	Προϊστάμενος	25	26.00%	11	11.50%	6	6.30%	
	Περισσότεροι	13	13.50%	8	8.30%	5	5.20%	
18α. Οι αποφάσεις και οι συστάσεις σου επικρίνονται και απορρίπτονται	Κανείς	48	50.00%	56	58.30%	65	67.70%	α-γ 0.02
	Άλλος	1	1.00%	7	7.30%	1	1.00%	
	Συνάδελφος	15	15.60%	13	13.50%	13	13.50%	
	Υφιστάμενος	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	17	17.70%	9	9.40%	10	10.40%	
	Περισσότεροι	15	15.60%	11	11.50%	7	7.30%	
19α. Σου αφαιρούν καθήκοντα για τα οποία ήσουν υπεύθυνος και τα αναθέτουν σε άλλους με χαμηλότερη θέση	Κανείς	78	81.30%	74	77.10%	89	92.70%	α-γ 0.011
	Άλλος	1	1.00%	5	5.20%	0	0.00%	
	Συνάδελφος	5	5.20%	4	4.20%	3	3.10%	
	Υφιστάμενος	0	0.00%	0	0.00%	1	1.00%	
	Προϊστάμενος	10	10.40%	10	10.40%	3	3.10%	
	Περισσότεροι	2	2.10%	3	3.10%	0	0.00%	
20α. Σε ελέγχουν άτομα ιεραρχικά κατώτερα	Κανείς	57	59.40%	66	68.80%	69	71.90%	α-γ 0.042
	Άλλος	4	4.20%	3	3.10%	5	5.20%	
	Συνάδελφος	11	11.50%	18	18.80%	17	17.70%	
	Υφιστάμενος	19	19.80%	7	7.30%	3	3.10%	
	Προϊστάμενος	3	3.10%	2	2.10%	1	1.00%	
	Περισσότεροι	2	2.10%	0	0.00%	1	1.00%	
21α. Θεωρούν ότι το έργο που έχεις παραγάγει είναι άνευ αξίας και ασήμαντο	Κανείς	56	58.30%	67	69.80%	74	77.10%	α-γ 0.017
	Άλλος	6	6.30%	5	5.20%	3	3.10%	
	Συνάδελφος	14	14.60%	12	12.50%	9	9.40%	
	Υφιστάμενος	1	1.00%	3	3.10%	1	1.00%	
	Προϊστάμενος	10	10.40%	4	4.20%	3	3.10%	
	Περισσότεροι	9	9.40%	5	5.20%	6	6.30%	
23α. Δεν παίρνεις απάντηση όταν ζητάς συνάντηση και διάλογο	Κανείς	56	58.30%	75	78.10%	78	81.30%	α-γ 0.001
	Άλλος	2	2.10%	4	4.20%	2	2.10%	α-β 0.005
	Συνάδελφος	16	16.70%	6	6.30%	5	5.20%	
	Υφιστάμενος	0	0.00%	1	1.00%	1	1.00%	
	Προϊστάμενος	13	13.50%	6	6.30%	6	6.30%	
	Περισσότεροι	9	9.40%	4	4.20%	4	4.20%	
24α. Σου συμπεριφέρονται στη δουλειά σαν να είσαι αόρατος και ανύπαρκτος	Κανείς	66	68.80%	73	76.00%	80	83.30%	α-γ 0.035
	Άλλος	2	2.10%	6	6.30%	3	3.10%	
	Συνάδελφος	12	12.50%	10	10.40%	7	7.30%	
	Υφιστάμενος	2	2.10%	1	1.00%	1	1.00%	
	Προϊστάμενος	7	7.30%	3	3.10%	1	1.00%	
	Περισσότεροι	7	7.30%	3	3.10%	4	4.20%	
27α. Αποτρέπουν ή απαγορεύουν σε συναδέλφους να σου μιλούν	Κανείς	80	83.30%	75	78.10%	92	95.80%	α-γ 0.04
	Άλλος	0	0.00%	5	5.20%	0	0.00%	β-γ 0.002
	Συνάδελφος	9	9.40%	9	9.40%	2	2.10%	
	Υφιστάμενος	0	0.00%	2	2.10%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	6	6.30%	2	2.10%	0	0.00%	
	Περισσότεροι	1	1.00%	3	3.10%	2	2.10%	
29α. Σε θεωρούν υπεύθυνο για εργασία πέρα των δυνατοτήτων σου	Κανείς	49	51.00%	52	54.20%	68	70.80%	α-γ 0.003
	Άλλος	0	0.00%	12	12.50%	5	5.20%	
	Συνάδελφος	8	8.30%	8	8.30%	6	6.30%	
	Υφιστάμενος	0	0.00%	4	4.20%	1	1.00%	
	Προϊστάμενος	27	28.10%	14	14.60%	10	10.40%	
	Περισσότεροι	12	12.50%	6	6.30%	6	6.30%	
31α. Σου αποκρύπτουν πληροφορίες, έγγραφα και υλικό που χρειάζεσαι για την εργασία σου	Κανείς	72	75.00%	79	82.30%	87	90.60%	α-γ 0.018
	Άλλος	1	1.00%	3	3.10%	0	0.00%	
	Συνάδελφος	13	13.50%	6	6.30%	4	4.20%	
	Υφιστάμενος	0	0.00%	1	1.00%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	6	6.30%	4	4.20%	1	1.00%	
	Περισσότεροι	4	4.20%	3	3.10%	4	4.20%	
33α. Άσκησαν σωματική βία εναντίον σου	Κανείς	93	96.90%	86	89.60%	95	99.00%	α-γ 0.008
	Άλλος	1	1.00%	5	5.20%	0	0.00%	
	Συνάδελφος	2	2.10%	2	2.10%	0	0.00%	
	Υφιστάμενος	0	0.00%	1	1.00%	0	0.00%	
	Προϊστάμενος	0	0.00%	1	1.00%	1	1.00%	
	Περισσότεροι	0	0.00%	1	1.00%	0	0.00%	

4.2.2 Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9

Η ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης επαγγελματιών υγείας λόγω εκφοβισμού διερευνήθηκε με τη χρήση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου μέτρησης ψυχικής υγείας, το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9 (Patient Health Questionnaire). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 10 ερωτήσεις συνολικά.

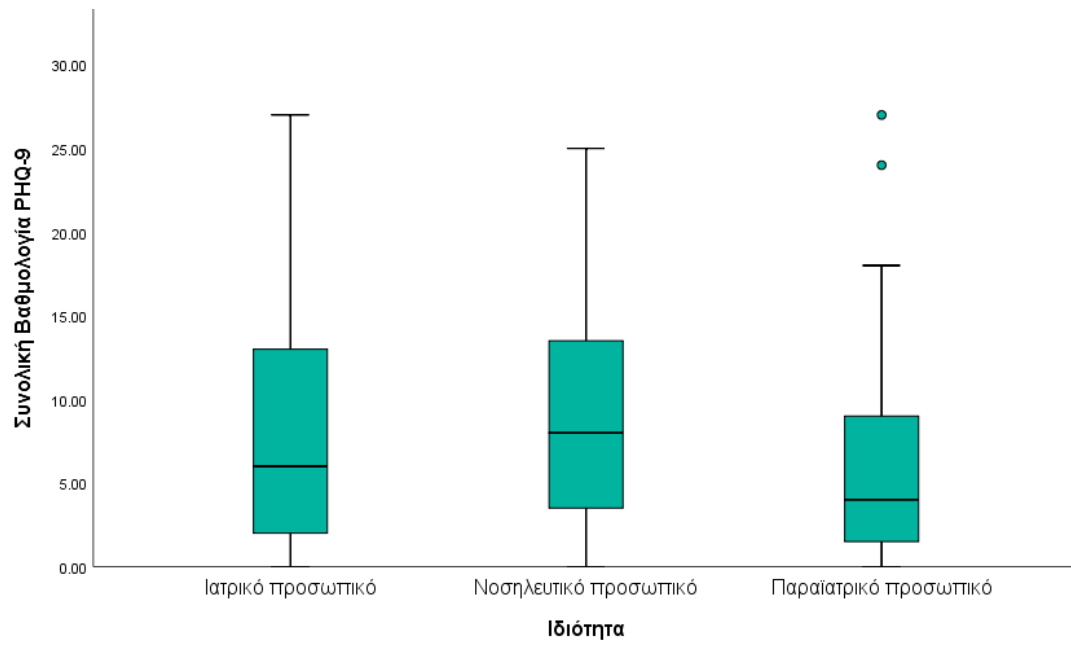
Οι πρώτες 9 ερωτήσεις αξιολογούνται χωριστά και σχετίζονται με τη συχνότητα ενόχλησης εντός των τελευταίων 2 εβδομάδων με την δέκατη ερώτηση 10 να αξιολογείται χωριστά και αποτελείται από μια κλίμακα διαβάθμισης δυσκολίας (καμία, μερική, μεγάλη και υπερβολική) των ατόμων στην επαγγελματική εργασία, τις οικιακές εργασίες ή την επικοινωνία τους με τα άλλα άτομα, λόγω των πιθανών αυτών προβλημάτων. Λαμβάνεται υπόψιν στην αξιολόγηση μόνο αν και εφόσον δηλωθεί η ύπαρξη κάποιας δυσκολίας [110].

Η μέση βαθμολογία ανά ομάδα ήταν 8,06(±6,90) για το ιατρικό, 8,85(±5,95) για το νοσηλευτικό και 5,56(±4,46), αρκετά χαμηλότερα, για το παραϊατρικό προσωπικό. Η συνολική βαθμολογία παρουσιάζεται στο γράφημα 4.6.

Όλες οι ομάδες έχουν συμφωνά με τη βαθμολόγηση ελάχιστα συμπτώματα κατάθλιψης. Η βαθμολογία του παραϊατρικού προσωπικού διάφερε στατιστικά και από τις δυο άλλες ομάδες με τιμές στα κατωτέρα όρια καταθλιπτικής συμπεριφοράς ($p=0,027$ με το ιατρικό και $p<0,001$ με το νοσηλευτικό προσωπικό), ενώ οι ιατροί και οι νοσηλευτές ήταν στα ίδια ανωτέρα επίπεδα ελάχιστης κατάθλιψης.

Καθότι η 9^η ερώτηση ασχολείται με τον αυτοκτονικό ιδεασμό παρατηρείται ότι δεν υπάρχουν διαφορές στην βαθμολογία της και η πλειοψηφία όλων απάντησε αρνητικά ($p=0,146$). Στη 10η ερώτηση για τις δυσκολίες, οι νοσηλευτές αναφέρουν μεγαλύτερη δυσκολία στην καθημερινότητα σε σχέση με τις άλλες δυο ομάδες ($p=0,040$ με το ιατρικό και $p<0,002$ με το παραϊατρικό προσωπικό).

Γενικότερα παρατηρείται αυξημένη καταθλιπτική τάση στο νοσηλευτικό προσωπικό και μετά στο ιατρικό, ενώ ουσιαστικά το παραϊατρικό προσωπικό δεν έχει τέτοια τάση.



Γράφημα 4.6 Θηκόγραμμα της συνολικής βαθμολογίας της κλίμακας PHQ-9 ανά ομάδα επαγγελματιών.

Πίνακας 4.4 Μέση βαθμολογία ανά ερώτημα της Κλίμακας PHQ-9 συν της ερώτησης 10 για κάθε ομάδα ερωτώμενων.

PHQ-9		Ιδιότητα						Kruskal-Wallis
		ΙΑτρικό προσωπικό α		Νοσηλευτικό προσωπικό β		Παραϊατρικό προσωπικό γ		
		N	N %	N	N %	N	N %	
1. Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές μου	Καθόλου	28	29.20%	26	27.10%	55	57.30%	α-γ <0.001 β-γ 0.001
	αρκετές μέρες	39	40.60%	46	47.90%	26	27.10%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	20	20.80%	20	20.80%	13	13.50%	
	σχεδόν κάθε μέρα	9	9.40%	4	4.20%	2	2.10%	
2. Νιώθετε καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	Καθόλου	26	27.10%	21	21.90%	51	53.10%	α-γ 0.001 β-γ <0.001
	αρκετές μέρες	33	34.40%	31	32.30%	24	25.00%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	17	17.70%	27	28.10%	14	14.60%	
	σχεδόν κάθε μέρα	20	20.80%	17	17.70%	7	7.30%	
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά	Καθόλου	49	51.00%	32	33.30%	46	47.90%	α-γ 0.013 β-γ 0.036
	αρκετές μέρες	22	22.90%	20	20.80%	20	20.80%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	15	15.60%	29	30.20%	25	26.00%	
	σχεδόν κάθε μέρα	10	10.40%	15	15.60%	5	5.20%	
4. Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	Καθόλου	16	16.70%	9	9.40%	25	26.00%	α-γ 0.035 β-γ <0.001
	αρκετές μέρες	36	37.50%	30	31.30%	39	40.60%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	21	21.90%	32	33.30%	24	25.00%	
	σχεδόν κάθε μέρα	23	24.00%	25	26.00%	8	8.30%	
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	Καθόλου	45	46.90%	28	29.20%	49	51.00%	β-γ 0.033
	αρκετές μέρες	16	16.70%	32	33.30%	20	20.80%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	21	21.90%	24	25.00%	19	19.80%	
	σχεδόν κάθε μέρα	14	14.60%	12	12.50%	8	8.30%	
6. Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	Καθόλου	53	55.20%	59	61.50%	75	78.10%	α-γ 0.002 β-γ 0.047
	αρκετές μέρες	22	22.90%	21	21.90%	15	15.60%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	13	13.50%	12	12.50%	1	1.00%	
	σχεδόν κάθε μέρα	8	8.30%	4	4.20%	5	5.20%	
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως όταν διαβάζετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	Καθόλου	51	53.10%	46	47.90%	66	68.80%	α-γ 0.046 β-γ 0.018
	αρκετές μέρες	24	25.00%	32	33.30%	20	20.80%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	12	12.50%	13	13.50%	6	6.30%	
	σχεδόν κάθε μέρα	9	9.40%	5	5.20%	4	4.20%	
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν	Καθόλου	67	69.80%	60	62.50%	68	70.80%	0.331
	αρκετές μέρες	12	12.50%	19	19.80%	22	22.90%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	11	11.50%	14	14.60%	2	2.10%	
	σχεδόν κάθε μέρα	6	6.30%	3	3.10%	4	4.20%	
9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει	Καθόλου	90	93.80%	84	87.50%	91	94.80%	0.146
	αρκετές μέρες	2	2.10%	5	5.20%	1	1.00%	
	περισσότερο από τις μισές μέρες	1	1.00%	4	4.20%	2	2.10%	
	σχεδόν κάθε μέρα	3	3.10%	3	3.10%	2	2.10%	
PHQ10	-	9	9.40%	4	4.20%	17	17.70%	α-γ 0.040 β-γ 0.002
	Καμία δυσκολία	26	27.10%	24	25.00%	30	31.30%	
	Μερική δυσκολία	44	45.80%	51	53.10%	42	43.80%	
	Μεγάλη δυσκολία	13	13.50%	16	16.70%	6	6.30%	
	Υπερβολική δυσκολία	4	4.20%	1	1.00%	1	1.00%	

*Διόρθωση Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις

4.2.3 Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL

Ο έλεγχος της επαγγελματικής ικανοποίησης και της ποιότητας ζωής των ερωτώμενων επαγγελματιών υγείας έγινε με τη χρήση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου μέτρησης ποίησης/κόπωσης συμπόνιας, την Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL (Professional Quality of Life). Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 30 ερωτήσεις για την επαγγελματική ικανοποίηση ή εξουθένωση από τη φροντίδα-συμπόνια που παρέχουν στους ασθενείς.

Οι ερωτήσεις πραγματεύονται συναισθήματα του ίδιου του επαγγελματία υγείας είτε για τον ίδιο είτε για τους ασθενείς και τις καταστάσεις που έρχεται σε επαφή στα πλαίσια των καθηκόντων του [26, 31]. Καθώς απαιτούνται μετασχηματισμοί των βαθμολογιών των απαντήσεων και υπάρχει μόνο συνολική βαθμολογία ανά παράγοντα μόνο αυτές παρουσιάζονται ως μέσες τιμές και τυπική απόκλιση στο Γράφημα 4.7 και τον Πίνακα 4.5 παρακάτω. Οι υψηλότερες βαθμολογίες μπορεί να μη συνεπάγονται απαραίτητα κάποιο πρόβλημα, ωστόσο, συστήνεται περαιτέρω διερεύνηση [31]. Όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο της μεθοδολογίας η κλίμακα έχει πολύ ικανοποιητικό δείκτη αξιοπιστίας Cronbach's α και στους τρεις παράγοντες που μετράει, 0,907 για την ικανοποίηση από τη συμπόνια, 0,748 για την εξουθένωση και για το δευτερογενές τραυματικό στρες 0,83. ακολουθώντας πλήρως τη βιβλιογραφία για το ελληνικό σταθμισμένο [26].

Η ικανοποίηση από συμπόνια είναι η ευχαρίστηση που αντλεί κανείς όταν κάνει καλά τη δουλειά του και βοηθάει τους άλλους. Αντανακλάται στο πόσο θετικά αισθάνεται ο επαγγελματίας για τους συναδέλφους, τη συμβολή στο εργασιακό περιβάλλον και το γενικότερο καλό της κοινωνίας [31]. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Εδώ και οι τρεις ομάδες εργαζομένων έχουν υψηλές βαθμολογίες χωρίς στατιστικές διαφοροποιήσεις ($p=0,193$), επομένως αντλούν ικανοποίηση από την εργασία τους παρά τον τυχόν εκφοβισμό.

Πίνακας 4.5 Μέση βαθμολογία ανά παράγοντα της Κλίμακας ProQOL για κάθε ομάδα ερωτώμενων.

ProQOL	Ιδιότητα						Kruskal Wallis Ζεύγη P value*
	Ιατρικό προσωπικό α		Νοσηλευτικό προσωπικό β		Παραϊατρικό προσωπικό Γ		
	MT	TA	MT	TA	MT	TA	
Ικανοποίηση από τη συμπίνα	49.48	10.01	49.38	9.86	51.15	10.13	0.193
Εξουθένωση	51.9	11.35	52.11	9.07	45.99	8.17	α-γ <0.001 β-γ <0.001
Δευτερογενές τραυματικό στρες	49.73	9.41	52.36	10.37	47.91	9.79	β-γ <0.002

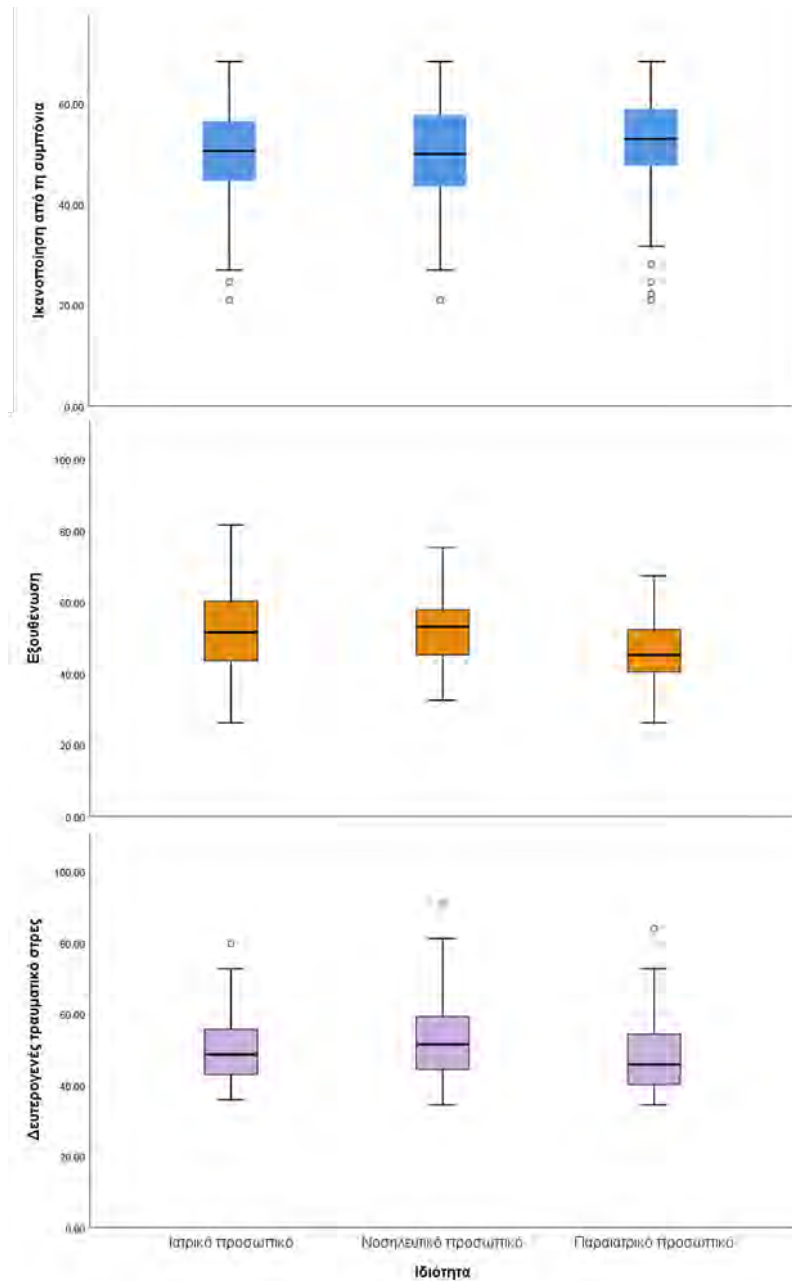
*Διόρθωση Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί συστατικό στοιχείο της κόπωσης από τη συμπίνα, που συνδέεται με αισθήματα απελπισίας και δυσκολία στην απόδοση της εργασίας. Αναδύεται σταδιακά και μπορεί να προκύψει από το αίσθημα αναποτελεσματικότητας, τον υψηλό φόρτο εργασίας ή ένα μη υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον [31]. Οι υψηλότερες βαθμολογίες υποδηλώνουν υψηλότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ οι βαθμολογίες κάτω από 23 υποδηλώνουν θετικά συναισθήματα για την αποτελεσματικότητα της εργασίας. Οι βαθμολογίες άνω του 41 μπορεί να δικαιολογούν προβληματισμό, καθώς μπορεί να οφείλονται στη διάθεση ή σε άλλες ανησυχίες, όπως ο εργασιακός εκφοβισμός, που θα διερευνηθεί μαζί στο επαγωγικό στάδιο τη μελέτης.

Εδώ και οι τρεις ομάδες εργαζομένων έχουν υψηλές βαθμολογίες που φανερώνουν εξουθένωση, με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές να έχουν υψηλότερες βαθμολογίες από τους παραϊατρικούς επαγγελματίες ($p < 0,001$).

Το δευτερογενές τραυματικό στρες (ΔΤΣ) είναι η δευτερογενής έκθεση σε εξαιρετικά τραυματικά γεγονότα στην εργασία. Αυτό μπορεί να συμβεί όταν υπάρχει επανειλημμένα επαφή ή παρέχεται θεραπεία σε άτομα που έχουν βιώσει τραύμα. Τα συμπτώματα του ΔΤΣ μπορεί να περιλαμβάνουν φόβο, δυσκολία στον ύπνο, διεισδυτικές σκέψεις και αποφυγή. Οι βαθμολογίες άνω του 43 υποδεικνύουν πιθανές ανησυχίες και υποδηλώνουν την ανάγκη προβληματισμού σχετικά με το εργασιακό

περιβάλλον [31]. Οι υψηλότερες βαθμολογίες και σε αυτόν τον παράγοντα υποδηλώνουν ότι όλες οι ομάδες έχουν υποστεί δευτερογενές τραυματικό στρες. Οι νοσηλευτές όμως έχουν μεγαλύτερη βαθμολογία από τους παραϊατρικούς επαγγελματίες ($p=0,002$). Στο γράφημα 4.7 είναι εμφανείς οι διαφορές στη συνολική βαθμολογία ανά παράγοντα.



Γράφημα 4.7 Θηκόγραμμα της συνολικής βαθμολογίας ανά παράγοντα της Κλίμακας ProQOL για κάθε ομάδα ερωτώμενων

4.3 Κλίμακες συνολικά

Οι συνολικές βαθμολογίες σύμφωνα με τη βαθμολογική τους διαβάθμιση για τις 3 κλίμακες όπου διαφοροποιήθηκαν μεταξύ των τριών ομάδων παρουσιάζονται στον Πίνακα 4.6.

Το 31,3% των ιατρών είχαν δεχθεί εκούσιο εργασιακό εκφοβισμό σε αντιστοιχία με το 26% των νοσηλευτών και σε αντίθεση με το 13,5% των παραϊατρικών επαγγελματιών ($p=0,012$).

Παράλληλα, μόνο το 37% ιατρών και το 29,2% των νοσηλευτών δεν παρουσίασε συμπτώματα κατάθλιψης σε αντίθεση πάλι με το 52,1% των παραϊατρικών επαγγελματιών ($p=0,038$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα).

Για την ικανοποίηση, δεν υπήρχε διαφοροποίηση μεταξύ των ομάδων των επαγγελματιών καθώς όλοι είχαν μεγάλη ικανοποίηση από τη συμπόνια περίπου στο 80%.

Αντίθετα το 32,3% των ιατρών είχαν μεγάλη εξουθένωση σε πλήρη αντιστοιχία με το 33,3% των νοσηλευτών και σε αντίθεση με το 10,4% των παραϊατρικών επαγγελματιών ($p= 0,002$ και $p < 0,001$ αντίστοιχα).

Ίσως υπάρχει δευτερογενές τραυματικό στρες στο 21,9% των ιατρών στο 36,5% των νοσηλευτών και σε αντίθεση με το 17,7% των παραϊατρικών επαγγελματιών. Μόνο οι νοσηλευτές διαφοροποιούνται από τους παραϊατρικούς επαγγελματίες ($p < 0,009$) με πολύ μεγαλύτερο ποσοστό πιθανού τραύματος.

Πίνακας 4.6 Οι συνολικές βαθμολογίες για τις 3 κλίμακες ανά ιδιότητα

		Ιδιότητα						Kruskal Walis *
		ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ Α		ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ Β		ΠΑΡΑΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ Γ		
		N	N %	N	N %	N	N %	
Συνολική Βαθμολογία WPVB	Δεν είχαν εκούσιο εργασιακό εκφοβισμό	66	68,8%	71	74,0%	83	86,5%	α-γ 0,012
	Είχαν εκούσιο εργασιακό εκφοβισμό	30	31,3%	25	26,0%	13	13,5%	
Συνολική Βαθμολογία RHQ-9	Χωρίς κατάθλιψη	36	37,5%	28	29,2%	50	52,1%	α-γ 0,038 β-γ <0.001
	Ελάχιστα συμπτώματα κατάθλιψης	29	30,2%	28	29,2%	28	29,2%	
	Ελάχιστη κατάθλιψη	14	14,6%	18	18,8%	11	11,5%	
	Μείζονα κατάθλιψη, μέτρια σοβαρή	9	9,4%	18	18,8%	5	5,2%	
	Μείζονα κατάθλιψη, σοβαρή	8	8,3%	4	4,2%	2	2,1%	
Ικανοποίηση από τη συμπόνια	Χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση	12	12,5%	20	20,8%	15	15,6%	0,289
	Μεγάλη επαγγελματική ικανοποίηση	84	87,5%	76	79,2%	81	84,4%	
Εξουθένωση	Δεν έχουν επαγγελματική εξουθένωση	65	67,7%	64	66,7%	86	89,6%	α-γ 0,002 β-γ <0.001
	Έχουν επαγγελματική εξουθένωση	31	32,3%	32	33,3%	10	10,4%	
Δευτερογενές τραυματικό στρες	Δεν υπάρχει δευτερογενές τραυματικό στρες	75	78,1%	61	63,5%	79	82,3%	β-γ 0,009
	Ίσως υπάρχει δευτερογενές τραυματικό στρες	21	21,9%	35	36,5%	17	17,7%	

*Διόρθωση Bonferroni για πολλαπλές συγκρίσεις

4.4 Επαγωγική στατιστική ανάλυση

4.4.1 Συσχετίσεις

Ο πίνακας παρουσιάζει τους συντελεστές συσχέτισης (Spearman's rho) και τις τιμές p-values μεταξύ των διαφόρων δημογραφικών παραγόντων και των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου. Λόγω κωδικοποίησης (γυναίκες=2) υπάρχει θετική συσχέτιση του δευτερογενούς τραυματικού στρες (ProQOL ΔΤΣ) με το φύλο καταδεικνύοντας ότι οι γυναίκες έχουν ελαφρά μεγαλύτερες βαθμολογίες στην κλίμακα αυτή (rho=0,118, p=0,05).

Όσον αφορά την ηλικία, παρατηρείται στατιστικά σημαντική μέτρια αρνητική συσχέτιση (οι τιμές rho κυμαίνονται από -0,207, p=0,01 έως -0,221, p=0,01), με όλες τις κλίμακες πέραν της Ικανοποίησης (ProQOL Ικανοποίηση) όπου είναι θετική η σχέση (rho=0,172, p=0,01).

Ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση εμφανίζει αρνητικές συσχετίσεις με το WPVB (rho=-0,168, p=0,01) και το ProQOL Εξουθένωση (rho=-0,190, p=0,01), υποδηλώνοντας μειωμένες βαθμολογίες για συγκεκριμένες οικογενειακές καταστάσεις. Αξιοσημείωτο είναι ότι η ικανοποίηση από το επάγγελμα επιδεικνύει μέτριες έως ισχυρές αρνητικές συσχετίσεις με όλες τις κλίμακες των εργαλείων (οι τιμές rho κυμαίνονται από -0,228, p=0,01 έως -0,04, p=0,01), πέραν της ProQOL Ικανοποίηση, (rho=0,497, p=0,01), υπογραμμίζοντας ότι η αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με μειωμένες βαθμολογίες στις κλίμακες που μετρούν αρνητικές καταστάσεις και συναισθήματα.

Τέλος, η πρόθεση αλλαγής επαγγέλματος εμφανίζει θετικές με όλες τις κλίμακες των εργαλείων (οι τιμές rho κυμαίνονται από 0,122, p=0,01 έως 0,258, p=0,01), πέραν της ProQOL Ικανοποίηση, (rho=-0,258, p=0,01), υποδεικνύοντας ότι τα άτομα που εξετάζουν το ενδεχόμενο αλλαγής επαγγέλματος τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες που μετρούν αρνητικές καταστάσεις και συναισθήματα.

Τα ευρήματα φωτίζουν τη δυναμική σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και των βαθμολογιών των εργαλείων, παρέχοντας μια βαθύτερη κατανόηση των πολύπλευρων παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχολογική ευημερία και την επαγγελματική ικανοποίηση των ατόμων.

Πίνακας 4.7 Δημογραφικές συσχετίσεις με τις συνολικές βαθμολογίες ανά κλίμακα

	Spearman's rho	WPVB	RHQ-9	ProQOL Ικανοποίηση	ProQOL Εξουθένωση	ProQOL ΔΤΣ
Φύλο	rho					0.118*
Ηλικία	rho	-0.207**	-0.138*	0.172**	-0.221**	
Οικογενειακή Κατάσταση	rho	-0.168**		0.212**	-0.190**	
Έχουν Τέκνα	rho			0.132*		
Εκπαίδευση	rho	0.243**				
Εμπειρία	rho	-0.153**		0.124*	-0.178**	
Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το επάγγελμά σας;	rho	-0.270**	-0.435**	0.497**	-0.504**	-0.228**
Σκοπεύετε να αλλάξετε επαγγελματικό προσανατολισμό;	rho	0.198**	0.202**	-0.258**	0.254**	0.122*

*. Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.05 (2-tailed). **. Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0.01 (2-tailed).

4.4.2 Κλίμακες

Διερευνώντας τη πιθανή σχέση των εργαλείων μεταξύ τους, έγινε ανάλυση συσχετίσεων (Spearman's rho) μεταξύ των βαθμολογιών των κλιμάκων. Ο πίνακας 4.8 έχει τις συσχετίσεις.

Ειδικότερα, η σημαντική θετική συσχέτιση $\rho=0,520$, $p=0,01$ μεταξύ της Συνολικής Βαθμολογίας WPVB και της Συνολικής Βαθμολογίας RHQ-9 υπογραμμίζει την ταυτόχρονη αύξηση των βαθμολογιών σε αυτά τα δύο ερωτηματολόγια, ενδεικτική μιας κοινής διάστασης στην αξιολόγηση της ψυχικής υγείας.

Αντίθετα, η αρνητική συσχέτιση $r_{ho}=-0,11$, $p=0,01$ μεταξύ της Συνολικής Βαθμολογίας WPVB και της ProQOL Ικανοποίηση από τη συμπόνια, αναδεικνύει μια αντιστάθμιση και υποδηλώνοντας ότι οι υψηλότερες βαθμολογίες στην WPVB συνδέονται με μειωμένες βαθμολογίες σε αυτή την πτυχή της ικανοποίησης από τη συμπόνια.

Επιπλέον, η θετική συσχέτιση $r_{ho}=0,386$, $p=0,01$ μεταξύ της Συνολικής Βαθμολογίας WPVB και του ProQOL ΔΤΣ υπογραμμίζει μια πιθανή συμφωνία στις ψυχολογικές δομές που μετρούνται από αυτά τα ερωτηματολόγια.

Η Συνολική Βαθμολογία PHQ-9 εμφανίζει έντονη αρνητική συσχέτιση $r_{ho}=-0,386$, $p=0,01$ με την ProQOL Ικανοποίηση από τη συμπόνια, που σημαίνει μείωση της ικανοποίησης από τη συμπόνια καθώς αυξάνονται οι βαθμολογίες του PHQ-9. Ενώ, αντίθετα, εμφανίζει πολύ ισχυρή θετική συσχέτιση ($r_{ho}=0,617$, $p=0,01$) με το Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (ProQOL ΔΤΣ) υποδηλώνοντας μια σύμπτωση μεταξύ αυτών των ψυχολογικών δομών.

Τέλος, μια μέτρια αρνητική συσχέτιση $r_{ho}=-0,125^*$ μεταξύ ProQOL Ικανοποίηση από τη συμπόνια και ProQOL ΔΤΣ υποδηλώνει μια πιθανή αντιστάθμιση, με υψηλότερες βαθμολογίες στη μία πτυχή του εργαλείου ProQOL να συνδέονται με χαμηλότερες βαθμολογίες στην άλλη. Η τιμή p που σχετίζεται με αυτή τη συσχέτιση είναι επίσης σημαντική (τιμή $p=0,035$).

Τα ευρήματα αυτά φωτίζουν το περίπλοκο πλέγμα σχέσεων μεταξύ αυτών των βαθμολογιών του ερωτηματολογίου, υπογραμμίζοντας τόσο τη συνύπαρξή τους όσο και τις πιθανές αντισταθμίσεις μεταξύ των διαφόρων πτυχών της ψυχικής ευημερίας, ενισχύοντας έτσι την κατανόηση της πολύπλευρης αλληλεπίδρασής τους.

Πίνακας 4.8 Συσχετίσεις μεταξύ των εργαλείων με τις συνολικές βαθμολογίες ανά κλίμακα

Κλίμακες	Spearman's rho	Συνολική Βαθμολογία WPVB	Συνολική Βαθμολογία PHQ-9	ProQOL Ικανοποίηση από τη συμπόνια	ProQOL Εξουθένωση	ProQOL ΔΤΣ
WPVB	rho					
	p value					
PHQ-9	rho	0.520**				
	p value	0.000				
ProQOL Ικανοποίηση από τη συμπόνια	rho	-0.211**	-0.386**			
	p value	0.386**	0.617**	-0.685**		
ProQOL Εξουθένωση	rho	0.000	0.000	0.000		
	p value	0.302**	0.532**	-0.125*	0.464**	
ProQOL ΔΤΣ	rho	0.000	0.000	0.035	0.000	

*. Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,01 (2-tailed). **. Η συσχέτιση είναι σημαντική σε επίπεδο 0,015 (2-tailed).

4.5 Ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης

Εμφανίζονται αρκετές ισχυρές συσχετίσεις μεταξύ των δημογραφικών παραγόντων αλλά και μεταξύ των ερωτηματολογίων. Οι μετρήσεις R, R² και Durbin-Watson μαζί με τιμές στατιστικής σημαντικότητας p αναφέρονται στα γραμμικά μοντέλα.

4.6 Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς WPVB

Από την ανάλυση παλινδρόμησης φαίνεται, ότι η ιδιότητα (ιατρικό, νοσηλευτικό ή παραϊατρικό προσωπικό) είναι ο μόνος δημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει ανεξάρτητα αλλά ουσιαστικά λίγο με R²=0,067 (p=0,001) τη βαθμολογία στην κλίμακα βίαιης συμπεριφοράς. Ουσιαστικά, το ιατρικό προσωπικό βιώνει λίγο πιο έντονο εκφοβισμό από τις άλλες δυο ομάδες με τη βαθμολογία τους να είναι περίπου 0,6 βαθμούς πάνω από τους παραϊατρικούς επαγγελματίες και 0,4 από τους νοσηλευτές.

Ωστόσο, επισημαίνεται η χαμηλή τιμή του συντελεστή 0,067 (p=0,01) συνεπώς δεν είναι ένα πολύ ισχυρό μοντέλο αλλά έχει μια προβλεπτική ικανότητα. Ο Πίνακας 4.9 έχει τις σχετικές μετρήσεις R, R² και Durbin-Watson μαζί με τιμές στατιστικής σημαντικότητας p.

Πίνακας 4.9 Ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης για την Κλίμακα Μέτρησης Βίαιης Συμπεριφοράς

Model Summary^b										
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics			Sig. F Change	Durbin-Watson	
					R Square Change	F Change	df1			
1	0.258 ^a	0.067	0.057	0.76583	0.067	6.772	3	284	0.000	1.669

a. Predictors: (Constant), Ιδιότητα, Φύλο, Ηλικία

b. Dependent Variable: Συνολική Βαθμολογία WPVB

Bootstrap for Model Summary					
Model	Durbin-Watson	Bias	Std. Error	Bootstrap ^a	
				95% Confidence Interval Lower	95% Confidence Interval Upper
1	1.669	-0.533	0.124	0.913	1.399

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 stratified bootstrap samples

ANOVA^a						
Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	11.915	3	3.972	6.772	0.000 ^b
	Residual	166.566	284	0.587		
	Total	178.481	287			

a. Dependent Variable: Συνολική Βαθμολογία WPVB

b. Predictors: (Constant), Ιδιότητα, Φύλο, Ηλικία

Bootstrap for Coefficients							
Model	B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Bootstrap ^a		
					95% Confidence Interval Lower	95% Confidence Interval Upper	
1	(Constant)	1.303	0.013	0.239	0.001	0.867	1.780
	Φύλο	0.037	-0.005	0.127	0.750	-0.227	0.283
	Ηλικία	-0.006	0.000	0.004	0.103	-0.014	0.001
	Ιδιότητα	-0.205	0.002	0.059	0.003	-0.325	-0.088

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 stratified bootstrap samples

4.7 Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9

Τα συμπτώματα κατάθλιψης επαγγελματιών υγείας, διερευνήθηκαν με τη χρήση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου μέτρησης ψυχικής υγείας, PHQ-9. Από την ανάλυση παλινδρόμησης φαίνεται, ότι η ένταση του εκφοβισμού, η εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες, όπως μετρούνται από το ProQOL επιδρούν στη βαρύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης ($R^2=0,546$, Durbin Watson=1,548, $p=0,001$). Ο πιο ισχυρός παράγοντας είναι ο εκφοβισμός, όπου με κάθε 1 βαθμό που αυξάνει στη βαθμολογία της κλίμακας WPVB αυξάνει 2,5 βαθμούς η βαθμολογία στο PHQ-9, δηλαδή είναι πιο ισχυρά τα συμπτώματα κατάθλιψης όταν έχουν βιώσει ισχυρές καταστάσεις επαγγελματικού εκφοβισμού.

Αντίστοιχα και η εξουθένωση αυξάνει 0,2 τη βαθμολογία ανά 1 βαθμό στην αντίστοιχη κλίμακα ProQOL και το ίδιο αλλά με 0,166 για το ΔΤΣ.

Επίσης, επισημαίνεται και η μεγάλη τιμή του συντελεστή R^2 0,546 ($p=0,01$), συνεπώς είναι ένα πολύ ισχυρό μοντέλο με μια μεγάλη προβλεπτική ικανότητα. Ο Πίνακας 4.10 έχει τις σχετικές μετρήσεις R , R^2 και Durbin-Watson μαζί με τιμές στατιστικής σημαντικότητας p .

Πίνακας 4.10 Ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης για το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9

Model Summary^b										
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					
					R Square Change	F Change	df1	df2	Sig. F Change	Durbin-Watson
1	0.739 ^a	0.546	0.533	4.28685	0.546	41.905	8	279	0.000	1.988

a. Predictors: (Constant), Δευτερογενές τραυματικό στρες, Οικογενιακή Κατάσταση, Φύλο, Ικανοποίηση από τη συμπίνα, Συνολική Βαθμολογία WPVB , Ιδιότητα, Ηλικία, Εξουθένωση
b. Dependent Variable: Συνολική Βαθμολογία PHQ-9

Bootstrap for Model Summary						
Model	Durbin-Watson	Bias	Std. Error	Bootstrap ^a		
				95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
1	1.988	-0.669	0.117	1.105	1.548	

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 stratified bootstrap samples

ANOVA^a					
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	Sig.
1	Regression	6160.788	8	770.099	0.000 ^b
	Residual	5127.198	279	18.377	
	Total	11287.986	287		

a. Dependent Variable: Συνολική Βαθμολογία PHQ-9
b. Predictors: (Constant), Δευτερογενές τραυματικό στρες, Οικογενιακή Κατάσταση, Φύλο, Ικανοποίηση από τη συμπίνα, Συνολική Βαθμολογία WPVB , Ιδιότητα, Ηλικία, Εξουθένωση

Bootstrap for Coefficients							
Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Bootstrap ^a	
						95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
1	(Constant)	-12.307	-0.470	3.770	0.001	-20.221	-5.019
	Φύλο	0.653	-0.031	0.710	0.359	-0.827	2.020
	Ηλικία	-0.017	0.000	0.027	0.516	-0.071	0.037
	Ιδιότητα	0.099	0.026	0.377	0.797	-0.621	0.889
	Οικογενιακή Κατάσταση	0.179	0.012	0.461	0.664	-0.743	1.096
	Συνολική Βαθμολογία WPVB	2.538	-0.010	0.406	0.001	1.710	3.326
	Ικανοποίηση από τη συμπίνα	-0.032	0.005	0.041	0.456	-0.107	0.051
	Εξουθένωση	0.207	0.005	0.048	0.001	0.121	0.303
	Δευτερογενές τραυματικό στρες	0.166	0.000	0.044	0.001	0.084	0.255

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 stratified bootstrap samples

4.8 Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL

Η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης αλλά και πτυχές της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας έγινε με τη χρήση ειδικού ψυχομετρικού εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης/κόπωσης συμπόνας, σχετικά με τη συχνότητα που νιώθουν οι επαγγελματίες υγείας επαγγελματική ικανοποίηση ή εξουθένωση από τη φροντίδα-συμπόνια που παρέχουν στους ασθενείς.

Για αυτό το ερωτηματολόγιο κρίθηκε σωστό να εξεταστεί ο βαθμός εξουθένωσης και κατά πόσο επηρεάζεται από τους δημογραφικούς παράγοντες, αλλά και από το βαθμό εκφοβισμού και των συμπτωμάτων κατάθλιψης. Οι άλλοι δυο παράγοντες είναι βαθιά συνυφασμένοι με αυτό για να αποτελέσουν ξεχωριστές διερευνητικές οντότητες.

Από την ανάλυση παλινδρόμησης φαίνεται ότι η ιδιότητα και η σοβαρότητα της κατάθλιψης επιδρούν βαρύτερα στην εξουθένωση ($R^2=0,546$, Durbin Watson=1,548, $p=0,001$). Ο πιο ισχυρός παράγοντας είναι η ιδιότητα και μετά η βαθμολογία του PHQ-9. Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει 1,7 μονάδες χαμηλότερη εξουθένωση από το ιατρικό, ενώ το παραϊατρικό 3,4 βαθμούς χαμηλότερα (ο βαθμός αλλάζει ανά αλλαγή κατηγορίας επί την τιμή B από τον Πίνακα 4.10). Επίσης, η βαθμολογία εξουθένωσης αυξάνει 0,75 βαθμούς ανά 1 μονάδα αύξησης στο PHQ-9, δηλαδή όσο είναι πιο ισχυρά τα συμπτώματα κατάθλιψης τόσο αυξάνει η εξουθένωση του επαγγελματία, ιδιαίτερα αν είναι ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό.

Επισημαίνεται και εδώ η μεγάλη τιμή του συντελεστή R^2 0,418 ($p=0,01$), συνεπώς είναι ένα πολύ ισχυρό μοντέλο με μια μεγάλη προβλεπτική ικανότητα. Ο Πίνακας 4.11 έχει τις σχετικές μετρήσεις R, R^2 και Durbin-Watson μαζί με τιμές στατιστικής σημαντικότητας p.

Τα γραφήματα 4.8 και 4.9 οπτικοποιούν την επίδραση της έντασης του εκφοβισμού στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης και την επίδραση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων κατάθλιψης στην ένταση της εργασιακής εξουθένωσης ανά ομάδα επαγγελματιών.

Πίνακας 4.11 Ανάλυση γραμμικής πολλαπλής παλινδρόμησης για την Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής ProQOL

Model Summary^b										
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				Sig. F Change	Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	df2		
1	0.647 ^a	0.418	0.406	7.70752	0.418	33.686	6	281	0.000	2.018

a. Predictors: (Constant), Συνολική Βαθμολογία PHQ-9, Φύλο, Οικογενιακή Κατάσταση, Ιδιότητα, Συνολική Βαθμολογία WPVB, Ηλικία
 b. Dependent Variable: Εξουθένωση

Bootstrap for Model Summary						
Model	Durbin-Watson	Bootstrap ^a				
		Bias	Std. Error	95% Confidence Interval		
				Lower	Upper	
1	2.018	-0.711	0.119	1.076	1.548	

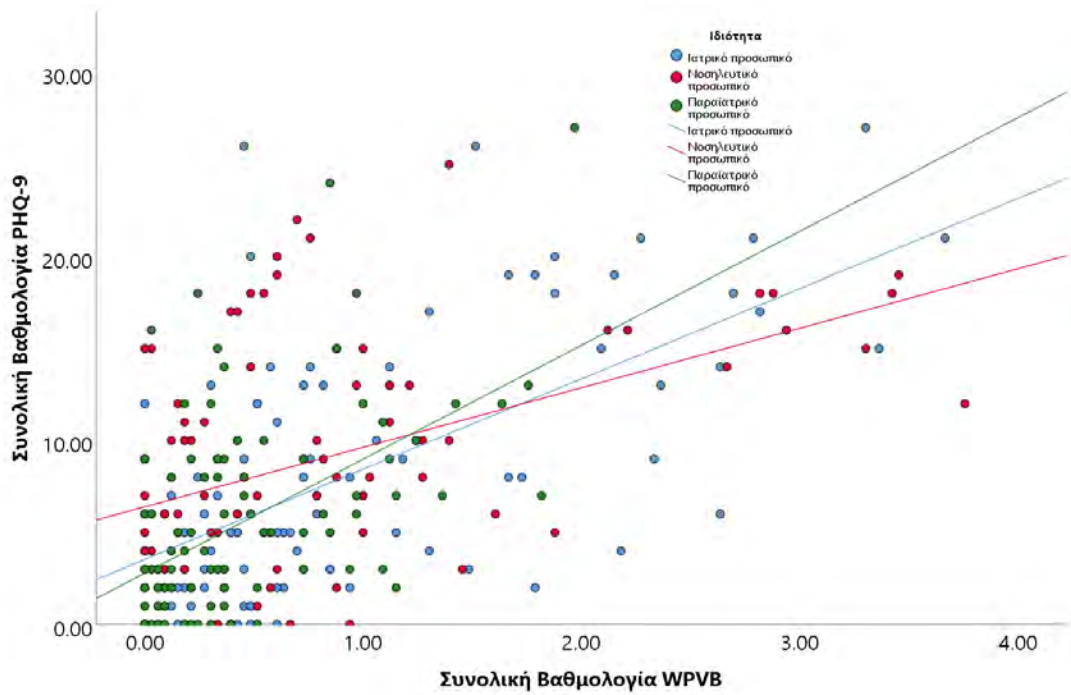
a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 stratified bootstrap samples

ANOVA^a						
Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	12006.964	6	2001.161	33.686	0.000 ^b
	Residual	16693.036	281	59.406		
	Total	28700.000	287			

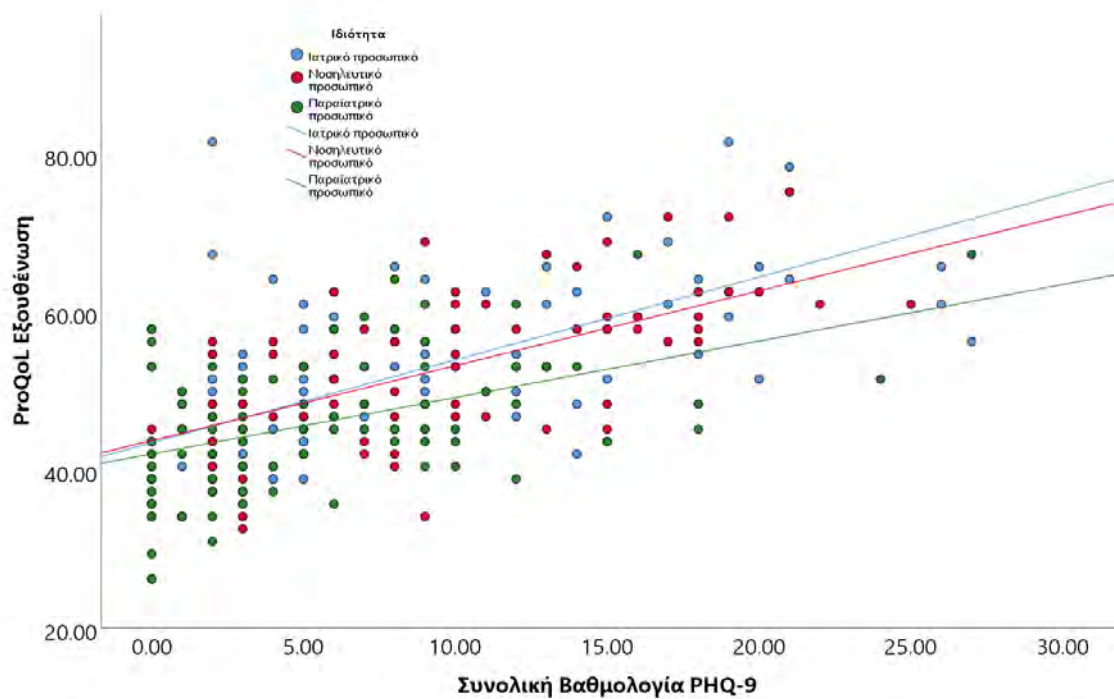
a. Dependent Variable: Εξουθένωση
 b. Predictors: (Constant), Συνολική Βαθμολογία PHQ-9, Φύλο, Οικογενιακή Κατάσταση, Ιδιότητα, Συνολική Βαθμολογία WPVB, Ηλικία

Bootstrap for Coefficients							
Model		B	Bias	Std. Error	Sig. (2-tailed)	Bootstrap ^a	
						95% Confidence Interval	
						Lower	Upper
1	(Constant)	46.826	-0.083	2.820	0.001	41.268	52.306
	Φύλο	1.869	0.062	1.205	0.119	-0.480	4.409
	Ηλικία	-0.063	0.003	0.046	0.176	-0.152	0.032
	Ιδιότητα	-1.469	-0.043	0.589	0.017	-2.595	-0.277
	Οικογενιακή Κατάσταση	-0.888	-0.018	0.949	0.378	-2.738	0.987
	Συνολική Βαθμολογία WPVB	0.752	-0.005	0.747	0.325	-0.654	2.269
	Συνολική Βαθμολογία PHQ-9	0.863	-0.001	0.102	0.001	0.661	1.060

a. Unless otherwise noted, bootstrap results are based on 1000 stratified bootstrap samples



Γράφημα 4.8 Η επίδραση της έντασης του εκφοβισμού στην σοβαρότητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης ανά ομάδα επαγγελματιών.



Γράφημα 4.9 Η επίδραση της σοβαρότητας των συμπτωμάτων κατάθλιψης στην ένταση της εργασιακής εξουθένωσης ανά ομάδα επαγγελματιών.

Κεφάλαιο 5 Συζήτηση

Στην παρούσα έρευνα συμπεριελήφθησαν 288 έγκυρα ερωτηματολόγια επαγγελματιών υγείας Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου Βορείου Ελλάδας από τρεις ισόποσες ομάδες (96 νοσηλευτές, 96 ιατροί και 96 παραϊατρικό προσωπικό) με μέσο όρο ηλικίας τα 42(\pm 11,49) έτη και μέση εργασιακή εμπειρία τα 16(\pm 11,2) έτη, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γενικά άτομα γυναικείου φύλου (με εξαίρεση τους ιατρούς που ήταν μοιρασμένοι άνδρες-γυναίκες) και έγγαμα/σε συμβίωση με μοιρασμένο τον πληθυσμό που είχε τέκνα. Στατιστικά σημαντική διαφορά παρατηρήθηκε στους ιατρούς, οι οποίοι ήταν μικρότερης ηλικίας, με μικρότερη επαγγελματική εμπειρία, λιγότερους γάμους και τέκνα και περισσότερη εκπαίδευση.

Στη συγκεκριμένη έρευνα, βρέθηκε ότι περίπου ένας στους τέσσερις επαγγελματίες υγείας βίωσαν γενικά φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης κατά το τελευταίο έτος. Σε σχέση με τα ευρήματα αυτά, έχουν παρατηρηθεί τόσο ανοδικές όσο και καθοδικές τάσεις του φαινομένου. Σε παλαιότερη ελληνική μελέτη του 2011 έδειξε τρεις φορές λιγότερη έξαρση του mobbing [1], ενώ, λίγο αργότερα, μελέτη του 2016 έδειξε λίγο εντονότερη [47]. Σε έρευνα του 2019 παρατηρήθηκε τριπλάσια διακύμανση του εργασιακού εκφοβισμού στην Ελλάδα σε σχέση με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης [9, 106, 107]. Μετρίου επιπέδου φαινόμενα έδειξε και άλλη μεταπτυχιακή έρευνα του 2021 [108], ενώ πιο πρόσφατη μελέτη του 2023, έδειξε σχεδόν διπλάσια διακύμανση της ηθικής παρενόχλησης σε δημόσιες και ιδιωτικές δομές αναλογικά με τα ευρήματα μεταπτυχιακής μελέτης και έρευνας [51, 98]. Αρκετά υψηλά ήταν και τα ποσοστά σε αντίστοιχες μελέτες μεταπτυχιακού και μη επιπέδου το 2018 και 2022 [80, 81, 96, 97, 109].

Συγκριτικά με άλλες χώρες, εντονότερα παρατηρήθηκαν τα φαινόμενα mobbing σε μελέτες στην Ιταλία, την Τσεχία, την Κίνα, το Σικάγο και την Κύπρο σε λίγο λιγότερους από τους μισούς συμμετέχοντες [8, 76, 77, 92, 101]. Αρκετά εντονότερα ήταν τα φαινόμενα στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων σε πρόσφατη διαδικτυακή μελέτη και μελέτες στην Αυστραλία, την Κύπρο, την Κίνα, το Μεξικό, την Ινδία και το Πακιστάν πάνω από τους μισούς συμμετέχοντες, όπως και σε βιβλιογραφικές

αναφορές για τη Νοτιοανατολική Ασία, το Δυτικό Ειρηνικό και την Ευρώπη [5, 43, 54, 75, 78, 89, 91, 94, 103]. Αντίθετα, μελέτη στη Σουηδία διαπίστωσε αρκετά χαμηλότερη εξάπλωση του mobbing με θύματα λιγότερα από έναν στους πέντε συμμετέχοντες [42], ενώ στη Μαλαισία ήταν ακόμα λιγότερα [46].

Από τη μια, κύρια θύματα ηθικής παρενόχλησης αναδείχθηκαν στην παρούσα έρευνα οι ιατροί και μάλιστα σε διπλάσιο βαθμό από το παραϊατρικό προσωπικό, ενώ οι νοσηλευτές ήταν μεταξύ ιατρών και παραϊατρικού προσωπικού. Παρόμοια ευρήματα διαπιστώθηκαν και σε αντίστοιχες μελέτες στην Ελλάδα (μελέτες και μεταπτυχιακές έρευνες), την Ισπανία, Κίνα, Ινδία [5, 40, 48, 51, 75, 92, 96]. Ωστόσο, μελέτες στην Κύπρο, την Ιταλία, το Πακιστάν και μεταπτυχιακού επιπέδου στην Ελλάδα κατέδειξαν κύρια θύματα τους νοσηλευτές έναντι των ιατρών [8, 45, 49, 89, 99], ενώ σε πρόσφατη διαδικτυακή μελέτη του 2023 και παλαιότερες ελληνικές μελέτες, το παραϊατρικό προσωπικό φάνηκε να έχει βιώσει τα εντονότερα φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης [103-105]. Αξίζει να σημειωθεί και το εύρημα μιας άλλης μεταπτυχιακής μελέτης στην Ελλάδα, σύμφωνα με την οποία δεν υπήρξε στατιστικώς σημαντική διαφορά σε σχέση με την ηθική παρενόχληση μεταξύ ιατρών και νοσηλευτών [108].

Από την άλλη, ως κύριους θύτες, τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές τα ιεραρχικά ανώτερα άτομα, όπως και σε αντίστοιχες μελέτες στην Ελλάδα, την Ισπανία και το Μεξικό [40, 78, 81, 95-97], ενώ για το παραϊατρικό προσωπικό ήταν συνάδελφοι και άτομα από μεικτά ιεραρχικά στρώματα. Κύριοι θύτες αναδείχθηκαν οι ιεραρχικά ανώτεροι και οι συνάδελφοι και σε μελέτη στη Μαλαισία [46]. Αντίθετα, βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2020, όπως και άλλες έρευνες στην Κίνα, το Πακιστάν και μεταπτυχιακού κυρίως επιπέδου στην Ελλάδα ανέφεραν τον ασθενή και το περιβάλλον του ως θύτες [43, 49, 74, 75, 100]. Μάλιστα, σε έρευνα στην Κίνα διαπιστώθηκε η αλληλεπίδραση της ηθικής παρενόχλησης από ιεραρχικά ανώτερους με την επιδείνωση των φαινομένων παρενόχλησης από τον ασθενή και το περιβάλλον του σε άτομα με κακή ψυχολογική κατάσταση και συμπτώματα κατάθλιψης λόγω κακής επαγγελματικής συμπεριφοράς [54].

Αυξημένα φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης παρατηρήθηκαν σε συμμετέχοντες μικρότερης ηλικίας, όπως διαπιστώθηκαν και από άλλες έρευνες στην Ελλάδα (μεταπτυχιακές και μη), την Κύπρο, τη Βραζιλία, την Ισπανία, την Κίνα, την Κορέα,

την Ινδία, όπως και βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2020 [5, 38, 40, 72, 75, 77, 89, 96, 97, 100, 104, 105, 108]. Αντίστοιχη επιθετικότητα αναφέρθηκε και σε μελέτες στην Ελλάδα (μεταπτυχιακού επιπέδου), τη Σουηδία και την Τουρκία στους νεότερους και υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου ιατρούς [42, 44, 98]. Ωστόσο, σε μεταπτυχιακή μελέτη στην Ελλάδα το 2020 δεν βρέθηκε συσχέτιση του φαινομένου με την εργασιακή εμπειρία, το επίπεδο μόρφωσης και την ηλικία [50].

Επίσης, η έρευνα έδειξε ότι αυξημένα φαινόμενα mobbing εμφανίστηκαν σε επαγγελματίες υγείας με μικρότερη ικανοποίηση και αυξημένο ΔΤΣ. Ταύτιση φαίνεται να υπάρχει και σε μελέτες στην Ελλάδα (μεταπτυχιακές και μη), την Κύπρο, την Κορέα, το Σικάγο, το Μεξικό, το Πακιστάν, όπως και σε βιβλιογραφικές αναφορές για τη Νοτιοανατολική Ασία, το Δυτικό Ειρηνικό και την Ευρώπη και βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2020 [72, 76-79, 81, 94, 100, 108].

Σύμφωνα με τα ευρήματα, όσο περισσότερη ηθική παρενόχληση βίωσαν οι συμμετέχοντες, τόσο πιο έντονα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης. Παρόμοιες συνέπειες του mobbing στην ψυχική υγεία διαπιστώθηκαν και σε μελέτες στην Ελλάδα (μεταπτυχιακές και μη), την Κύπρο, το Μπαγκλαντές, την Αυστραλία, την Κίνα και την Ιταλία, όπως και σε βιβλιογραφικές αναφορές για τη Νοτιοανατολική Ασία, το Δυτικό Ειρηνικό και την Ευρώπη και ανασκόπηση του 2020 [9, 54, 89-92, 94-98, 100, 102, 106-109].

Σε σχέση με τα την ψυχική υγεία, τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τρεις στους πέντε επαγγελματίες υγείας παρουσίασαν γενικά συμπτώματα κατάθλιψης τις τελευταίες δύο εβδομάδες, ενώ ένας στους τρεις συμμετέχοντες και των τριών επαγγελματικών κλάδων εμφάνισε ελάχιστα συμπτώματα με μερική δυσκολία στην καθημερινότητά τους. Ήπια συμπτώματα κατάθλιψης έδειξε και μεγάλη διδακτορική μελέτη του 2019 σε ελληνικά νοσοκομεία [56]. Αντίθετα, υψηλότερα επίπεδα κακής ψυχικής υγείας παρουσίασαν ελληνικές μελέτες του 2016 και 2016 [104, 105]. Σε παγκόσμιο εύρος, υψηλότερα σε σχέση με την παρούσα έρευνα επίπεδα έδειξε μελέτη στις ΗΠΑ [52].

Αισθητή διαφορά διαπιστώθηκε στην παρούσα μελέτη στα επίπεδα ψυχικής υγείας μεταξύ νοσηλευτών και παραϊατρικού προσωπικού, με τους πρώτους να έχουν σημειώσει τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης και τη μεγαλύτερη δυσκολία στην

καθημερινότητα, τους ιατρούς σε ενδιάμεσο επίπεδο, ενώ το παραϊατρικό προσωπικό δεν φάνηκε να έχει τάσεις κατάθλιψης. Μάλιστα, αξιοσημείωτο είναι ότι κατά την περίοδο 2007 έως 2016 στην Κίνα, δεδομένα μελέτης έδειξαν 46 περιστατικά αυτοκτονιών νοσηλευτών κυρίως σε τριτοβάθμια νοσοκομεία με κορύφωση το 2012 και 2013 [53]. Αντίστοιχη ελληνική μελέτη κατά την πανδημία ανέφερε μέτρια έως υψηλά συμπτώματα κατάθλιψης σε ιατρούς [86]. Άλλες μελέτες (μεταπτυχιακές και μη) στην Ελλάδα βρήκαν επίσης καλύτερα επίπεδα ψυχικής υγείας στους ιατρούς απ' ότι στους νοσηλευτές και το λοιπό υγειονομικό προσωπικό [9, 106-108] .

Κύρια συμπτώματα κατάθλιψης που αναφέρθηκαν στην παρούσα έρευνα ήταν κατά πλειοψηφία η κόπωση, προβλήματα διατροφής, συγκέντρωσης και ύπνου και μειωμένες σωματικές και άλλες δραστηριότητες. Παρόμοια συμπτώματα φάνηκε να αντιμετωπίσαν επαγγελματίες υγείας και σε μελέτες του Ηνωμένου Βασιλείου, των ΗΠΑ και της Ελλάδας [52, 56, 83].

Τα ευρήματα έδειξαν, επίσης, αυξημένα συμπτώματα κατάθλιψης σε μικρές ηλικίες, όπως και σε μελέτες στην Ελλάδα (μεταπτυχιακού επιπέδου) και την Τσεχία [55, 101]. Παράλληλα, όσο εντονότερα ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, τόσο λιγότερη διαπιστώθηκε η ικανοποίηση από το επάγγελμα και τη συμπόνια με υψηλότερα επίπεδα ΔΤΣ και αυξημένη τάση για αλλαγή επαγγέλματος. Παρόμοια διαπίστωση έγινε και σε βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2020 με είκοσι επτά μελέτες, αλλά και σε μελέτες στο Μπαγκλαντές και στην Ελλάδα, [86, 100, 102]. Αντίθετα, μεγάλη έρευνα στην Ελλάδα το 2019 έδειξε χειρότερα επίπεδα γενικής και ψυχικής υγείας με συμπτώματα κατάθλιψης σε μεγαλύτερες ηλικίες [9, 106, 107].

Τα άτομα με τάσεις αλλαγής επαγγέλματος φάνηκε να τείνουν να εμφανίζουν υψηλότερες βαθμολογίες στις κλίμακες που μετρούν αρνητικές καταστάσεις και συναισθήματα. Ταύτιση φαίνεται να υπάρχει και σε μελέτες στην Ελλάδα, την Ισπανία, την Κορέα, την Κίνα, τη Βραζιλία, την Ταϊλάνδη και τις ΗΠΑ [9, 28, 56, 62-64, 67, 72, 74, 88, 106, 107, 116].

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, υψηλά επίπεδα κυρίως ηθικής παρενόχλησης, εξουθένωσης και ΔΤΣ (δηλαδή χαμηλή επαγγελματική ποιότητα ζωής) φάνηκε να αυξάνουν τη βαρύτητα των συμπτωμάτων κατάθλιψης, όπως διαπιστώθηκε σε μελέτες

της Ελλάδας, των ΗΠΑ, του Ηνωμένου Βασιλείου, της Τσεχίας, αλλά και σε βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2020 με είκοσι επτά μελέτες [9, 25, 83, 86, 100, 101, 106, 107].

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, κατά μέσο όρο έξι στους επτά επαγγελματίες υγείας δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη συμπόνια, ενώ ένας στους τέσσερις αντιμετώπισε εξουθένωση και ΔΤΣ κατά τον τελευταίο μήνα, δηλαδή όσο περισσότερη η ικανοποίηση τόσο λιγότερα τα επίπεδα ΔΤΣ και αντίστροφα. Παρόμοια ευρήματα υψηλής εξουθένωσης στην πλειοψηφία των συμμετεχόντων έδειξε και πρόσφατη διαδικτυακή μελέτη όπως και μελέτες στην Ελλάδα, το Ηνωμένο Βασίλειο, την Ιταλία, τη Βραζιλία, τις ΗΠΑ και την Κίνα [35, 57, 59, 66, 103], ενώ αντίστοιχη μεταπτυχιακή ελληνική μελέτη έδειξε μέτρια επίπεδα επαγγελματικής ποιότητας ζωής [108].

Η αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση φάνηκε να συνδέεται με μειωμένες βαθμολογίες στις κλίμακες που μετρούν αρνητικές καταστάσεις και συναισθήματα και αντίστροφα. Ταύτιση φαίνεται να υπάρχει και σε μελέτη στην Κορέα, την Κίνα όπως και σε βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2020 με είκοσι επτά μελέτες [72, 74, 100, 116] ενώ σχετικά πανομοιότυπη και υψηλή κατανομή και των τριών παραμέτρων παρατηρήθηκε σε μελέτη στη Σαουδική Αραβία [61]. Κατά την περίοδο πανδημίας, σημειώθηκε σε μελέτη στην Κορέα και σε διευρυμένη μελέτη πέντε ευρωπαϊκών χωρών ότι η Σουηδία και η Ιταλία βρέθηκε να έχουν τη μεγαλύτερη μείωση στα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης [65].

Στην Ελλάδα παρατηρήθηκε το 2021 μικρότερη κόπωση συμπόνιας, με αυξημένα έως μέτρια επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης [28]. Σε άλλες ελληνικές έρευνες το 2022 παρατηρήθηκε υψηλό ποσοστό μέτριας ικανοποίησης συμπόνιας και εξουθένωσης με μέτρια επίπεδα ΔΤΣ σχεδόν στους μισούς συμμετέχοντες [70, 86], ενώ σε πρόσφατη μελέτη του 2023 τα ευρήματα έδειξαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης [71].

Από τους επαγγελματίες υγείας, οι βαθμολογίες κόπωσης/ικανοποίησης συμπόνιας και ΔΤΣ για τον τελευταίο μήνα ήταν γενικά υψηλές με στατιστικά σημαντική διαφορά το ΔΤΣ για το οποίο οι νοσηλευτές είχαν την υψηλότερη έναντι του παραϊατρικού

προσωπικού, το οποίο είχε την υψηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας και τη λιγότερη εξουθένωση. Παρόμοια ήταν και τα ευρήματα για τη διαφορά των νοσηλευτών σε μελέτες στην Ελλάδα και μελέτη φυσικοθεραπευτών στις ΗΠΑ [66, 68, 80]. Αντίθετα, ευρήματα μελέτης στη Σαουδική Αραβία κατέδειξαν πολύ χαμηλότερα επίπεδα και στις τρεις κλίμακες στους νοσηλευτές [61], ενώ ελληνική μελέτη ανέφερε υψηλά επίπεδα εξουθένωσης και ΔΤΣ στους ιατρούς [70].

Από τις αρχικές διερευνητικές ερωτήσεις επαγγελματικής ικανοποίησης όσο και σχετικά με την ικανοποίηση συμπόνιας, οι περισσότεροι ικανοποιημένοι κατά τον τελευταίο μήνα ήταν οι ιατροί, χωρίς να εμφανίζουν στην πλειοψηφία τους τάση για αλλαγή επαγγέλματος, ενώ, αντίθετα, οι νοσηλευτές ήταν οι λιγότερο ικανοποιημένοι με τους μισούς να εμφανίζουν τάσεις αλλαγής επαγγέλματος. Παρόμοια ευρήματα φάνηκαν και σε ελληνικές διδακτορικές και μεταπτυχιακές μελέτες αλλά και βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2021 για τα Ευρωπαϊκά δεδομένα [69, 85, 88, 94]. Μάλιστα, πρόσφατη ελληνική μελέτη ανέφερε την υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση και τη χαμηλότερη ικανοποίηση συμπόνιας των νοσηλευτών σε σχέση με το λοιπό υγειονομικό προσωπικό [71].

Τα ευρήματα έδειξαν, ακόμη, ότι αυξημένη ικανοποίηση συμπόνιας παρουσίασαν οι συμμετέχοντες μεγαλύτερης ηλικίας, ενώ αυξημένα συμπτώματα εξουθένωσης εμφανίστηκαν σε μικρές ηλικίες. Ταύτιση φαίνεται να υπάρχει και σε διδακτορική και μεταπτυχιακή μελέτη στην Ελλάδα, μελέτη στην Κορέα και σε διευρυμένη μελέτη πέντε ευρωπαϊκών χωρών [65, 69, 72, 108]. Παρόμοια ευρήματα παρουσίασαν και μελέτες στην Κίνα, με επιπλέον εύρημα τη θετική συσχέτιση του mobbing με την τάση αλλαγής επαγγέλματος [73, 74].

Σύμφωνα με τα ευρήματα, το παραϊατρικό προσωπικό εμφάνισε τα χαμηλότερα επίπεδα ΔΤΣ με στατιστικά σημαντική διαφορά. Μέτρια έως χαμηλά επίπεδα ΔΤΣ αναφέρθηκαν και σε πρόσφατη μελέτη φυσικοθεραπευτών στις ΗΠΑ, με αυξανόμενη τάση εξουθένωσης και ΔΤΣ και μειωτική τάση ικανοποίησης συμπόνιας [66]. Επίσης, σε πρόσφατη ελληνική μελέτη αναφέρθηκε ότι το λοιπό υγειονομικό προσωπικό είχε τη λιγότερη εξουθένωση [71].

Η συγκεκριμένη έρευνα διαπίστωσε ότι αυξημένα επίπεδα ΔΤΣ ήταν εντονότερα στο γυναικείο φύλο, όπως και αντίστοιχες πρόσφατες μεταπτυχιακές μελέτες στην Ελλάδα [87, 88], ενώ συστηματική ανασκόπηση είκοσι επτά μελετών έδειξε εντονότερα επίπεδα εξουθένωσης στο γυναικείο φύλο [60]. Αντίθετα, σε ελληνικές μελέτες, οι γυναίκες είχαν τα υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας και επαγγελματικής ικανοποίησης [68, 70], ενώ σε μελέτη στην Τσεχία, οι άνδρες φάνηκε να έχουν εντονότερη εξουθένωση [101].

Αυξημένα επίπεδα ΔΤΣ παρατηρήθηκαν εντονότερα, βάσει των αποτελεσμάτων, σε μικρότερες ηλικίες. Ταύτιση φαίνεται να υπάρχει και σε μελέτη στην Κορέα, την Κίνα [59, 72], ενώ, ελληνική μελέτη ανέφερε εντονότερα επίπεδα ΔΤΣ σε μεγαλύτερες ηλικίες [28].

Τέλος, από την πολλαπλή παλινδρόμηση φάνηκε ότι όσο πιο ισχυρά ήταν τα συμπτώματα κατάθλιψης, τόσο μεγαλύτερη ήταν η εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα αν ήταν ιατροί ή νοσηλευτές. Παρόμοια συσχέτιση φάνηκε και σε βιβλιογραφική ανασκόπηση του 2020 με είκοσι επτά μελέτες, αλλά και σε μελέτες στην Τσεχία, το Μπαγκλαντές, την Κίνα, όπως και αντίστοιχη πρόσφατη μεταπτυχιακή μελέτη στην Ελλάδα [58, 59, 87, 100-102]. Μάλιστα, σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Κομισιόν, οι επαγγελματίες υγείας φάνηκε να κινδυνεύουν περισσότερο να εκτεθούν σε ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που σχετίζονται με την εργασία στο μετα-πανδημικό πλαίσιο [6].

5.1 Προτάσεις αντιμετώπισης

Στην καθημερινή πράξη, τα όρια των καθηκόντων στον κλάδο υγείας δεν είναι πάντοτε ευκρινή και σαφή. Οι εργασιακές συνθήκες δημιουργούν πολλές φορές την ανάγκη υπερκάλυψης αρμοδιοτήτων. Σαν αποτέλεσμα, υπάρχουν αντιπαραθέσεις, εντάσεις και φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. Εκτός από τη συναδελφική σχέση, επηρεάζεται και η σχέση με τους ασθενείς, παρατηρώντας αυξημένη κόπωση συμπόνιας με μειωμένη επαγγελματική ευεξία. Όλα τα παραπάνω αντανακλούν στον ίδιο τον αποδέκτη και την ψυχική του υγεία εμφανίζοντας ψυχοσυναισθηματικές διαταραχές με καταθλιπτικές τάσεις. Τα περιστατικά ηθικής παρενόχλησης μπορούν να υπονομεύσουν την ψυχοσωματική και κοινωνική υγεία των επαγγελματιών υγείας, προκαλώντας εργασιακή δυσαρέσκεια και μείωση ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Συνεπώς, ένα ασφαλές και υγιές εργασιακό περιβάλλον αποτελεί βασικό παράγοντα περιορισμού των εργασιακών εντάσεων και συγκρούσεων και βελτίωσης της διατήρησης του προσωπικού, της εργασιακής απόδοσης και της παραγωγικότητας. Για την προστασία της ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας συστήνονται τα ακόλουθα από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας [15]:

- Εκπαίδευση διευθυντών και προϊσταμένων για την πρόληψη, την αναγνώριση και την αντιμετώπιση ψυχικών διαταραχών του προσωπικού. Στο πλαίσιο αυτό, η ενίσχυση των διαπροσωπικών δεξιοτήτων, όπως η επικοινωνία και ο διάλογος, μπορεί να ευνοήσει την καλύτερη υποστήριξη και κατανόηση της αλληλεπίδρασης των εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων και της ψυχικής υγείας των εργαζομένων.
- Κατάρτιση των εργαζομένων για θέματα που αφορούν την προαγωγή της ψυχικής υγείας με στόχο τη μείωση του ψυχοκοινωνικού στιγματισμού στο εργασιακό περιβάλλον.
- Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις προαγωγής της ψυχικής υγείας μέσα σε ένα ευνοϊκό περιβάλλον. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν την αντιμετώπιση και διαχείριση του άγχους και των συμπτωμάτων διαταραχών ψυχικής υγείας, προσαρμοσμένες στον ελεύθερο χρόνο και με ενεργή συμμετοχή των εργαζομένων, όπως η σωματική δραστηριότητα.

Ταυτόχρονα, η Παγκόσμια Στρατηγική της Ευρωπαϊκής Ένωσης για την υγεία, στοχεύει μέχρι το 2030:

- να προσφέρει καλύτερη υγεία και ευημερία των ανθρώπων σε όλη τη διάρκεια της ζωής
- να ενισχύσει τα συστήματα υγείας με καθολική κάλυψη υγείας
- να ενισχύσει την ασφάλεια της δημόσιας υγείας, και ιδίως της ψυχικής υγείας και της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης με εστίαση στην αναβάθμιση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, όπου η διαθεσιμότητα υπηρεσιών ψυχικής υγείας είναι απαραίτητη [6].

Πρόσφατες μελέτες έδειξαν αποτελεσματικές προτάσεις-παρεμβάσεις για την καταπολέμηση του εργασιακού άγχους, της επαγγελματικής εξουθένωσης και γενικότερα στρεσογόνων καταστάσεων σε δομές υγείας, οι οποίες βασίστηκαν στη σύγχρονη τεχνολογία και το διαδίκτυο, τα οποία αναδείχθηκαν προς όφελος του ανθρώπου με αφορμή την πανδημία, ξεκλειδώνοντας νέες δυνατότητες σε παγκόσμιο αλλά και εθνικό επίπεδο.

Όπως αναφέρεται σε ελληνική μελέτη του 2018, η ψυχολογική υποστήριξη που έλαβαν τα θύματα ηθικής παρενόχλησης είχε θετική επίδραση [96].

Επίσης, χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι η μελέτη διεξαγωγής ενός τετράωρου εργαστηρίου ενσυνειδητότητας του 2021 σε νοσηλευτές. Στη μελέτη αυτή, οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις που αφορούσαν την αντίληψη στρεσογόνων καταστάσεων και την κατάσταση της ψυχικής τους υγείας σε τρεις περιόδους (πριν από την έναρξη του εργαστηρίου, ένα μήνα μετά και έξι μήνες μετά) ώστε να υπάρχει η σχετική σύγκριση. Οι αντιλήψεις για το άγχος βελτιώθηκαν και μετά την παρακολούθηση του εργαστηρίου, οι νοσηλευτές ανέφεραν ελάττωση του άγχους και του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με αύξηση στην ενσυνειδητότητα [117].

Αντίστοιχη πιο πρόσφατη ερευνητική δράση διάρκειας οκτώ εβδομάδων με εβδομαδιαίες διαδικτυακές συνεδρίες-παρεμβάσεις και με αξιολογήσεις πριν και μετά την παρέμβαση πραγματοποιήθηκε με πρωτοβουλία της Κίνας. Η δράση αυτή αποσκοπούσε στη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης και του εργασιακού άγχους βάσει της ενσυνειδητότητας για την αποκατάσταση της ευημερίας των

νοσηλευτών και την ψυχολογική προσαρμογή στην περίοδο μετά την πανδημία. Με το πέρας των διαδικτυακών συνεδριών, διαπιστώθηκε βελτίωση της ψυχολογικής κατάστασης και της ποιότητας ζωής των νοσηλευτών, σε σχέση με την προ-παρέμβασης εξέταση και αναφέρθηκε ότι πιθανόν θα μπορούσε να βελτιωθεί και η συνειδητή επικοινωνία με τους ασθενείς και τις οικογένειές τους [58].

Σε άλλη μια πρόσφατη έρευνα στην Πολωνία, η κοινωνική υποστήριξη των νοσηλευτών φάνηκε να επιδρά θετικά στην επαγγελματική ικανοποίηση, μειώνοντας ταυτόχρονα τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης [116].

5.2 Περιορισμοί της έρευνας

Τα αποτελέσματα αφορούν δείγμα 288 ατόμων ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού ενός Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου της Βορείου Ελλάδας, το οποίο μελετήθηκε για βιώματα που είχε σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα υπό συγκεκριμένες συνθήκες τόσο στην επαγγελματική όσο και στην προσωπική τους ζωή. Συνεπώς, τα ευρήματα δεν αποσκοπούν στη διεξαγωγή γενικευμένων συμπερασμάτων για όλους τους επαγγελματίες υγείας και για όλες τις δομές υγείας.

Από την έρευνα αποκλείστηκαν άτομα τα οποία δεν ανήκαν στις ομάδες προς μελέτη (ιατρικό, νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό) και όσοι από αυτές τις ομάδες προς εξέταση απείχαν από τα εργασιακά τους καθήκοντα κατά τον τελευταίο χρόνο και δεν απουσίαζαν από την εργασία τους το πρόσφατο χρονικό διάστημα του τελευταίου μήνα και των τελευταίων δύο εβδομάδων, βάσει του χρονικού πλαισίου που ορίζουν οι κλίμακες στα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν.

Στα πλαίσια της διακλαδικής διερεύνησης, ενώ όλοι οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν συνδεδετικούς κρίκους στην αλυσίδα της υγείας του ασθενούς, οι τρόποι με τους οποίους έρχονται σε επαφή μαζί τους ποικίλλουν ανάλογα με τα καθήκοντά τους. Οι ειδικευόμενων/ειδικοί κλινικοί ιατροί έρχονται σε άμεση επαφή με τους ασθενείς στα πλαίσια των καθηκόντων τους (π.χ. ιατρική εξέταση, χειρουργική επέμβαση, διάγνωση και σύσταση θεραπείας, συνταγογράφηση φαρμακευτικής αγωγής, ιατρική παρακολούθηση κ.ά.). Οι νοσηλευτές/τριες έχουν καθημερινή και πολύωρη επαφή με τους ασθενείς (συνθήκες νοσηλείας, χορήγηση φαρμάκων, παρακολούθηση νοσηλευόμενων ασθενών, καθετηριασμός κ.ά.). Μάλιστα, σύμφωνα με τους Galanis et al., αποτελούν την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας παγκοσμίως [71]. Τέλος, το παραϊατρικό προσωπικό, διατηρούν επίσης μια μερική, αλλά όχι τόσο στενή επαφή με τους ασθενείς κατά τη διεκπεραίωση καθηκόντων τους στη διάγνωση και τη θεραπεία (π.χ. λήψη αίματος και βιολογικών υγρών, θεραπείες αποκατάστασης σωματικής λειτουργικότητας, προετοιμασία για χημειοθεραπείες, ακτινοθεραπείες κ.ά.). Όλα τα παραπάνω μπορούν να αιτιολογήσουν κάποια αναμενόμενα ευρήματα της έρευνας που αφορούν την ικανοποίηση/κόπωση συμπόνιας.

Επιπλέον, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα μη ειλικρινούς συμμετοχής μερικών εθελοντών, παρόλες τις συνθήκες διασφάλισης της ανωνυμίας και των προσωπικών δεδομένων, εξαιτίας της προσέγγισης σε προσωπικό επίπεδο από την ερευνήτρια.

Κατά τη διάρκεια διανομής των έντυπων ερωτηματολογίων παρατηρήθηκε δυσκολία προσέγγισης του ιατρικού κλάδου λόγω ανειλημμένων υποχρεώσεων εντός του Νοσοκομείου, με ποσοστό ανταπόκρισης των διανεμημένων ερωτηματολογίων 54,5% έναντι 80% στο νοσηλευτικό προσωπικό και 92,3% στο παραϊατρικό προσωπικό. Η όψη του πολυσέλιδου ερωτηματολογίου φάνηκε να απωθεί κάποιους πιθανούς συμμετέχοντες ή να κουράζει μερικούς συμμετέχοντες δημιουργώντας αρνητική προδιάθεση προς συμπλήρωση. Μάλιστα, το 24% του συνόλου των διανεμηθέντων κατέληξε να χαθεί ή να απορριφθεί από τους επικείμενους εθελοντές.

Τέλος, παρατηρήθηκε αυξημένος απαιτούμενος χρόνος απασχόληση της ερευνήτριας για τη διανομή, επεξήγηση, συλλογή και ηλεκτρονική καταχώρηση των ερωτηματολογίων, εφόσον η έρευνα υλοποιήθηκε με τη φυσική παρουσία της ίδιας. Σε μερικές περιπτώσεις χρειάστηκε η παρουσία της δύο με τρεις φορές. Ωστόσο, η παραπάνω διαδικασίες δεν υπερέβησαν το αρχικό χρονικό πλαίσιο και ολοκληρώθηκαν χωρίς καθυστέρηση.

5.3 Συμπέρασμα

Εν κατακλείδι, τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής διπλωματικής εργασίας κατόρθωσαν να δώσουν απαντήσεις στα αρχικά ερωτήματα που τέθηκαν γύρω από τη διερεύνηση της ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας υγείας του υγειονομικού προσωπικού, καθώς και της μεταξύ τους σχέσης. Στην Ελλάδα, διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν αρκετά βιβλιογραφικά κενά σχετικά με τη μελέτη των φαινομένων αυτών και χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης.

Τα δεδομένα που προέκυψαν στην παρούσα έρευνα μπορεί να αποτελέσουν τα θεμέλια για την αναδιαμόρφωση και βελτίωση των υπάρχουσων πολιτικών γύρω από το εθνικό σύστημα υγείας, την παιδεία και την εκπαίδευση, ώστε να ελαττωθούν τα φαινόμενα ηθικής παρενόχλησης και να βελτιωθούν οι συνθήκες εργασίας των επαγγελματιών υγείας. Η αναβάθμιση του εθνικού και παγκόσμιου συστήματος υγείας μπορεί να επέλθει με την ορθολογική χρήση και σύνθεση των δυνατοτήτων της νέας τεχνολογίας, σε συνδυασμό με μέτρα, νομοθεσίες και μεταρρυθμίσεις της Πολιτείας και της Υγείας, λαμβάνοντας υπόψιν και την προσωπική συμβολή του κάθε πολίτη στο έργο αυτό. Άλλωστε, και οι επαγγελματίες υγείας είναι επίσης πολίτες, οι οποίοι μάχονται για την προάσπιση της υγείας, αλλά και οι πολίτες είναι εν δυνάμει ασθενείς.

Βιβλιογραφία

1. Galanaki E, Papalexandris N, editors. *Exploring Workplace Bullying in Greece: Frequency of occurrence and handling of measurement issues, under the light of previous research findings at the international level. European Academy of Management Conference: Management Culture in the 21st Century*; 2011.
2. Leymann H. *Mobbing and psychological terror at workplaces. Violence and victims*. 1990;5(2):119-26.
3. Rompolas P, Brenta G. *Mobbing syndrome in the workplace of health profession-ALS. Perioperative Nursing-Quarterly scientific, online official journal of GORNA*. 2019;8(1 January-March 2019):35-53.
4. Κοΐνης Α, Σαρίδη Μ. *Το mobbing στον εργασιακό χώρο. Επιπτώσεις mobbing στο χώρο της υγείας, Ανασκοπική μελέτη Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*. 2013.
5. Gohil RK, Singh PK, Saxena N, Patel G. *Work place violence against resident doctors of a tertiary care hospital in Delhi, India. International Surgery Journal*. 2019;6(3):975-81.
6. Directorate-General for Health and Food Safety. *EU research in public health. - A comprehensive approach to mental health*. 2023.
7. Κοΐνης Α, Βελονάκης Ε, Τζαβέλλα Φ, Τζιαφέρη Σ. *Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας. Rostrum of Asclepius/Vima tou Asklipiou*. 2016;15(4).
8. Ferri P, Silvestri M, Artoni C, Di Lorenzo R. *Workplace violence in different settings and among various health professionals in an Italian general hospital: a cross-sectional study. Psychology research and behavior management*. 2016:263-75.
9. Κοΐνης Α. *Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων [PhD]: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου*; 2019.
10. Θωμαδάκη Φ. *Βία και Παρενόχληση στον Κόσμο της Εργασίας. In: (ΕΛΙΝΥΑΕ) ΕΙΥκΑτΕ, editor. Αθήνα*2022.
11. Federal Trade Commission. *Protections against discrimination and other prohibited practices. Federal Trade Commission July*. 2013;16:2013.
12. Ευθυμιάδου Μ. *Ηθική/ψυχολογική παρενόχληση στον εργασιακό χώρο, "Mobbing" και ηγεσία, μελέτη περίπτωσης στο λιγνιτικό κέντρο Δυτικής Μακεδονίας [Master]: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο*; 2023.

13. *Επίσημη Εφημερίδα της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Μέτρα για την πρόληψη και καταπολέμηση της ηθικής και σεξουαλικής παρενόχλησης στον χώρο εργασίας, στους δημόσιους χώρους και στην πολιτική ζωή της ΕΕ, (2019/C 433/06). Sect. (2018/2055(INI)) (2018).*
14. *Συνταγμα της Ελλάδος. Φ.Ε.Κ. 187/Α'28.11.2019. Ελληνική Κυβέρνηση 2019.*
15. *World Health Organization. Mental health at work: policy brief: World Health Organization and International Labour Organization, 2022; 2022.*
16. *World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates. World Health Organization, 2017.*
17. *National Institute of Mental Health. Anxiety Disorders 2023 Ημερομηνία πρόσβασης [21/11/2023] απο [ηλεκτρονική διεύθυνση]: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders>.*
18. *Friedman MJ. PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians. Community mental health journal. 1996;32:173-89.*
19. *National Institute of Mental Health. Post-Traumatic Stress Disorder 2023 Ημερομηνία πρόσβασης [21/11/2023] απο [ηλεκτρονική διεύθυνση]: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd>.*
20. *Iliceto P, Pompili M, Spencer-Thomas S, Ferracuti S, Erbuto D, Lester D, et al. Occupational stress and psychopathology in health professionals: an explorative study with the multiple indicators multiple causes (MIMIC) model approach. Stress. 2013;16(2):143-52.*
21. *World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines: World Health Organization; 1992.*
22. *World Health Organization. Fact Sheet- Suicide. 2023.*
23. *National Institute of Mental Health. Suicide Prevention 2023 Ημερομηνία πρόσβασης [21/11/2023] απο [ηλεκτρονική διεύθυνση]: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/suicide-prevention>.*
24. *National Institute of Mental Health. Depression 2023 Ημερομηνία πρόσβασης [21/11/2023] απο [ηλεκτρονική διεύθυνση]: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/depression>.*
25. *Lee WR, Choi SB, Kang S-W. How leaders' positive feedback influences employees' innovative behavior: The mediating role of voice behavior and job autonomy. Sustainability. 2021;13(4):1901.*
26. *Misouridou E, Mangoulia P, Pavlou V, Kasidi K, Stefanou E, Mavridoglou E, et al. Reliability and validity of the Greek version of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL-V). Materia Socio-medica. 2021;33(3):179.*

27. Mavratza T, Fasoi G, Missouridou E, Apostolara P. Compassion satisfaction and compassion fatigue in health professionals working with refugees and migrants. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*. 2020;37(6).
28. Mavratza T, Adamakidou T, Apostolara P, Fasoi G, Mantzorou M, Mantoudi A, et al. Professional Quality of Life in Greek Health Professionals Working with Refugees and Migrants. *Materia Socio-Medica*. 2021;33(2):94.
29. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: A systematic review. *International journal of environmental research and public health*. 2016;13(6):618.
30. Erbe AM. Compassion Fatigue and Mental Health in Health Care Professionals. *Workplace health & safety*. 2022;70(6):302-3.
31. Stamm B. *The concise manual for the professional quality of life scale*. 2010.
32. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases 2019 Ημερομηνία πρόσβασης [21/11/2023] απο [ηλεκτρονική διεύθυνση]: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>.
33. Freudenberger HJ. Staff burn-out. *Journal of social issues*. 1974;30(1):159-65.
34. Karsavuran S, Kaya S. The relationship between burnout and mobbing among hospital managers. *Nursing ethics*. 2017;24(3):337-48.
35. Missouridou E, Karavasopoulou A, Psycharakis A, Segredou E. Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction among addiction nursing care providers in Greece: a mixed method study design. *Journal of Addictions Nursing*. 2021;32(4):225-34.
36. Ariza-Montes A, Muniz NM, Montero-Simó MJ, Araque-Padilla RA. Workplace bullying among healthcare workers. *International journal of environmental research and public health*. 2013;10(8):3121-39.
37. CNN Greece. Έρευνα: Μέχρι και το 68% των υγειονομικών έχει υποστεί βία στην εργασία του 2023 Ημερομηνία πρόσβασης [21/11/2023] απο [ηλεκτρονική διεύθυνση]: <https://www.cnn.gr/ellada/story/381913/87i-deth-mexri-kai-to-68-ton-ygeionomikon-exei-ypostei-via-stin-ergasia-tou>.
38. Fontes KB, Santana RG, Pelloso SM, Carvalho MDdB. Factors associated with bullying at nurses' workplaces. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2013;21:758-64.
39. Carretero N, Luciano JV. Prevalence and incidence of workplace bullying among Spanish employees working with people with intellectual disability. *Disability and health Journal*. 2013;6(4):405-9.

40. Norton P, Costa V, Teixeira J, Azevedo A, Roma-Torres A, Amaro J, et al. Prevalence and determinants of bullying among health care workers in Portugal. *Workplace Health & Safety*. 2017;65(5):188-96.
41. Li P, Xing K, Qiao H, Fang H, Ma H, Jiao M, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health and quality of life outcomes*. 2018;16:1-10.
42. Rahm G, Rystedt I, Wilde-Larsson B, Nordström G, Strandmark K M. Workplace bullying among healthcare professionals in Sweden: a descriptive study. *Scandinavian journal of caring sciences*. 2019;33(3):582-91.
43. Ahmed F, Memon MK, Memon S. Violence against doctors, a serious concern for healthcare organizations to ponder about. *Annals of medicine and surgery*. 2018;25:3-5.
44. Çevik Akyıl R, Tan M, Saritaş S, Altuntaş S. Levels of mobbing perception among nurses in Eastern Turkey. *International nursing review*. 2012;59(3):402-8.
45. Zachariadou T, Zannetos S, Chira SE, Gregoriou S, Pavlakis A. Prevalence and forms of workplace bullying among health-care professionals in Cyprus: Greek version of "Leymann Inventory of Psychological Terror" Instrument. *Safety and health at work*. 2018;9(3):339-46.
46. Awai NS, Ganasegeran K, Abdul Manaf MR. Prevalence of workplace bullying and its associated factors among workers in a Malaysian public university hospital: a cross-sectional study. *Risk management and healthcare policy*. 2021:75-85.
47. Karatza C, Zyga S, Tziaferi S, Prezerakos P. Workplace bullying and general health status among the nursing staff of Greek public hospitals. *Annals of general psychiatry*. 2016;15(1):1-7.
48. Κεραμιδά Α. Διαχείριση συγκρούσεων επαγγελματιών υγείας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του νομού Θεσσαλονίκης: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας 2016.
49. Σταυροπούλου MB. Περιγραφική μελέτη επιπολασμού και παραγόντων κινδύνου της εργασιακής βίας έναντι επαγγελματιών υγείας του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Λάρισας [Master]: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας; 2018.
50. Τζιβένη Σ. Ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας [Master]: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας; 2020.
51. Theodorou P, Matzoula C, Maria-Elissavet P, Charalampos P, Thalia B, editors. Investigating Mobbing Syndrome's Incidence in the Working Environment of a Public and a Private Greek Hospital. *Worldwide Congress on "Genetics, Geriatrics and Neurodegenerative Diseases Research"*; 2022: Springer.

52. Jordan TR, Khubchandani J, Wiblishauser M. *The impact of perceived stress and coping adequacy on the health of nurses: A pilot investigation. Nursing Research and Practice.* 2016;2016.
53. Zeng HJ, Zhou GY, Yan HH, Yang XH, Jin HM. *Chinese nurses are at high risk for suicide: A review of nurses suicide in China 2007–2016. Archives of Psychiatric Nursing.* 2018;32(6):896-900.
54. Zhang J, Wang Y, Xu J, You H, Li Y, Liang Y, et al. *Prevalence of mental health problems and associated factors among front-line public health workers during the COVID-19 pandemic in China: an effort-reward imbalance model-informed study.* 2021;9(1):55.
55. Παπαδημητρίου ΕΓ. *Διερεύνηση καταθλιπτικής συμπτωματολογίας των λειτουργών υγείας στα κέντρα υγείας του νομού Λάρισας [Master]: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας;* 2013.
56. Zyga S, Mitrousi S, Alikari V, Sachlas A, Stathoulis J, Fradelos E, et al. *Assessing factors that affect coping strategies among nursing personnel. Mater Sociomed.* 2016;28(2):146-50.
57. Galiana L, Arena F, Oliver A, Sansó N, Benito E. *Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. Journal of pain and symptom management.* 2017;53(3):598-604.
58. Wang QQ, Lv WJ, Qian RL, Zhang YH. *Job burnout and quality of working life among Chinese nurses: A cross-sectional study. Journal of Nursing Management.* 2019;27(8):1835-44.
59. Wang J, Okoli CTC, He H, Feng F, Li J, Zhuang L, et al. *Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. International journal of nursing studies.* 2020;102:103472.
60. Membrive-Jiménez MJ, Pradas-Hernández L, Suleiman-Martos N, Vargas-Román K, Cañadas-De la Fuente GA, Gomez-Urquiza JL, et al. *Burnout in Nursing Managers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Related Factors, Levels and Prevalence. Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(11).
61. Alshehry AS, Alquwez N, Almazan J, Namis IM, Moreno-Lacalle RC, Cruz JP. *Workplace incivility and its influence on professional quality of life among nurses from multicultural background: A cross-sectional study. Journal of clinical nursing.* 2019;28(13-14):2553-64.
62. Dutra HS, Cimiotti JP, Guirardello EB. *Nurse work environment and job-related outcomes in Brazilian hospitals. Applied nursing research : ANR.* 2018;41:68-72.

63. Nantsupawat A, Nantsupawat R, Kunaviktikul W, Turale S, Poghosyan L. Nurse Burnout, Nurse-Reported Quality of Care, and Patient Outcomes in Thai Hospitals. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*. 2016;48(1):83-90.
64. Hagan J. Psychometric Evaluation of the ProQOL Version 5 for Assessing Compassion Satisfaction, Burnout and Secondary Traumatic Stress in Nurses. *International Journal of Studies in Nursing*. 2019.
65. Makowicz D, Lisowicz K, Bryniarski K, Dziubaszewska R, Makowicz N, Dobrowolska B. The impact of the COVID-19 pandemic on job satisfaction among professionally active nurses in five European countries. *Frontiers in Public Health*. 2022;10.
66. Haezebrouck E, Yorke AM. Weathering the Storm: Professional Quality of Life in Acute Care Physical Therapy Before and During the COVID-19 Pandemic. *Journal of acute care physical therapy*. 2023;14(3):118-25.
67. Arimon-Pagès E, Fernández-Ortega P, Torres-Puig-Gros J, Canela-Soler J. Compassion fatigue and anxiety in critical care emergency nurses: In between efficiency and humanity. *Enfermería Intensiva (English ed)*. 2023;34(1):4-11.
68. Skoufi GI, Lialios GA, Papakosta S, Constantinidis TC, Galanis P, Nena E. Shift Work and Quality of Personal, Professional, and Family Life among Health Care Workers in a Rehabilitation Center in Greece. *Indian journal of occupational and environmental medicine*. 2017;21(3):115-20.
69. Μπακερτζής E. Η σχέση μεταξύ της συναισθηματικής νοημοσύνης, της εργασιακής δέσμευσης και της εργασιακής ικανοποίησης και η επίδρασή τους στην απόδοση του εργαζομένου. Ο κλάδος της υγείας στην Ελλάδα [PhD]: Πανεπιστήμιο Πατρών; 2019.
70. Latsou D, Bolosi F-M, Androutsou L, Geitona M. Professional quality of life and occupational stress in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in Greece. *Health Services Insights*. 2022;15:11786329221096042.
71. Galanis P, Moisoglou I, Katsiroumpa A, Vraika I, Siskou O, Konstantakopoulou O, et al. Increased job burnout and reduced job satisfaction for nurses compared to other healthcare workers after the COVID-19 pandemic. *Nursing Reports*. 2023;13(3):1090-100.
72. Kim Y, Lee E, Lee H. Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses. *PLoS one*. 2019;14(12):e0226506.
73. Liu W, Zhao S, Shi L, Zhang Z, Liu X, Li L, et al. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ open*. 2018;8(6):e019525.

74. Duan X, Ni X, Shi L, Zhang L, Ye Y, Mu H, et al. The impact of workplace violence on job satisfaction, job burnout, and turnover intention: the mediating role of social support. *Health and quality of life outcomes*. 2019;17(1):1-10.
75. Li P, Xing K, Qiao H, Fang H, Ma H, Jiao M, et al. Psychological violence against general practitioners and nurses in Chinese township hospitals: incidence and implications. *Health Qual Life Outcomes*. 2018;16(1):117.
76. Kemper KJ, Schwartz A, Wilson PM, Mahan JD, Schubert CJ, Staples BB, et al. Burnout in pediatric residents: three years of national survey data. *Pediatrics*. 2020;145(1).
77. Aristidou L, Mpouzika M, Papathanassoglou ED, Middleton N, Karanikola MN. Association between workplace bullying occurrence and trauma symptoms among healthcare professionals in Cyprus. *Frontiers in psychology*. 2020;11:575623.
78. Ruiz-González KJ, Pacheco-Pérez LA, García-Bencomo MI, Diez MG, Guevara-Valtier M. Mobbing perception among intensive care unit nurses. *Enfermería Intensiva (English ed)*. 2020;31(3):113-9.
79. Rasool SF, Wang M, Zhang Y, Samma M. Sustainable work performance: the roles of workplace violence and occupational stress. *International journal of environmental research and public health*. 2020;17(3):912.
80. Στάμελος Κ. Σχέση μεταξύ εργασιακού εκφοβισμού και ποιότητας ζωής σε νοσοκομειακούς εργαζόμενους [Master]: Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου; 2018.
81. Gkagkanteros A, Kontodimopoulos N, Talias MA. Does bullying in the hospital affect the health-related quality of life of health professionals? *Work (Reading, Mass)*. 2022;73(1):263-72.
82. Rapisarda F, Vallarino M, Brousseau-Paradis C, Benedictis LD, Corbière M, Villotti P, et al. Workplace factors, burnout signs, and clinical mental health symptoms among mental health workers in Lombardy and Quebec during the first wave of COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022;19(7):3806.
83. Pappa S, Barnett J, Berges I, Sakkas N. Tired, Worried and Burned Out, but Still Resilient: A Cross-Sectional Study of Mental Health Workers in the UK during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(9).
84. Lee LJ, Wehrle L, Ding Y, Ross A. Professional quality of life, sleep disturbance and health among nurses: A mediation analysis. *Nursing open*. 2022;9(6):2771-80.
85. Τριανταφύλλου Ε. Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας: συγκριτική αξιολόγηση της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικούς τύπου ψυχιατρικές δομές [Master]: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ); 2013.

86. Karlafti E, Benioudakis ES, Barouxi E, Kaiafa G, Didangelos T, Fountoulakis KN, et al. Exhaustion and burnout in the healthcare system in Greece: A cross-sectional study among internists during the COVID-19 lockdown. *Psychiatriki*. 2022;33(1):21-30.
87. Τσάγκα Ε. Η ψυχική υγεία και η ποιότητα επαγγελματικής ζωής του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε ΜΕΘ COVID-19 [Master]: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2023.
88. Καραπάνου ΧΒ. Η επίδραση του στρες στην επαγγελματική ποιότητα ζωής του νοσηλευτικού προσωπικού [Master]: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας; 2023.
89. Vezyridis P, Timmons S. E-Infrastructures and the divergent assetization of public health data: Expectations, uncertainties, and asymmetries. *Social Studies of Science*. 2021;51(4):606-27.
90. Arcangeli G, Giorgi G, Ferrero C, Mucci N, Cupelli V. Prevalence of workplace bullying in a population of nurses at three Italian hospitals. *Giornale italiano di medicina del lavoro ed ergonomia*. 2014;36(3):181-5.
91. Kerr K, Oram J, Tinson H, Shum D. Health care workers' experiences of aggression. *Archives of psychiatric nursing*. 2017;31(5):457-62.
92. Shi L, Li G, Hao J, Wang W, Chen W, Liu S, et al. Psychological depletion in physicians and nurses exposed to workplace violence: A cross-sectional study using propensity score analysis. *International journal of nursing studies*. 2020;103:103493.
93. Hosseinikia SH, Zarei S, Najafi Kalyani M, Tahamtan S. A cross-sectional multicenter study of workplace violence against prehospital emergency medical technicians. *Emergency medicine international*. 2018;2018.
94. Varghese A, George G, Kondaguli SV, Naser AY, Khakha DC, Chatterji R. Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*. 2021;11.
95. Κοϊνης Α, Βελονάκης Ε, Τζαβέλλα Φ, Τζιαφέρη ΣΓ. Το Φαινόμενο της Ηθικής Παρενόχλησης στον Τομέα της Υγείας στην Ελλάδα: Πιλοτική Μελέτη. *Nosileftiki*. 2017;56(3).
96. Chatziioannidis I, Bascialla FG, Chatzivalsama P, Vouzas F, Mitsiakos G. Prevalence, causes and mental health impact of workplace bullying in the Neonatal Intensive Care Unit environment. *BMJ open*. 2018;8(2):e018766.
97. Λιθάρης Α. Το φαινόμενο της ηθικής παρενόχλησης και οι επιπτώσεις του στην ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας [Master]: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2022.

98. Κατηρζή Ε. Ηθική παρενόχληση στον χώρο εργασίας, εργασιακό άγχος και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής. Μία συγχρονική μελέτη επαγγελματιών υγείας [Masters]: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2023.
99. Anjum A, Ming X, Siddiqi AF, Rasool SF. *An Empirical Study Analyzing Job Productivity in Toxic Workplace Environments*. 2018;15(5).
100. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, et al. *Workplace violence against healthcare professionals: A systematic review. Aggression and violent behavior*. 2020;51:101381.
101. Vévodová Š, Vévoda J, Grygová B. *Mobbing, subjective perception, demographic factors, and prevalence of burnout syndrome in nurses. Central European Journal of Public Health*. 2020;28(Supplement):S57-S64.
102. Chowdhury SR, Kabir H, Mazumder S, Akter N, Chowdhury MR, Hossain A. *Workplace violence, bullying, burnout, job satisfaction and their correlation with depression among Bangladeshi nurses: A cross-sectional survey during the COVID-19 pandemic. PLoS one*. 2022;17(9):e0274965.
103. Rypicz Ł, Witczak I, Gawłowski P, Salehi HP, Kolcz A. *Assessment of selected psychosocial risk factors: stress, job burnout, and bullying in the case of medical staff as part of workplace ergonomics during the COVID-19 pandemic—A prospective pilot study. Frontiers in public health*. 2023;11:1169604.
104. Mantzouranis G, Fafliora E, Bampalis VG, Christopoulou I. *Assessment and analysis of workplace violence in a Greek tertiary hospital. Archives of environmental & occupational health*. 2015;70(5):256-64.
105. Fafliora E, Bampalis VG, Zarlas G, Sturaitis P, Lianas D, Mantzouranis G. *Workplace violence against nurses in three different Greek healthcare settings. Work (Reading, Mass)*. 2016;53(3):551-60.
106. Koinis A, Velonakis E, Tzavara C, Kalafati M, Tziaferi S. *Mobbing and its association with quality of life in health professionals. International Journal of Health and Psychology Research*. 2019;17(2):13-25.
107. Koinis A, Velonakis E, Tzavara C, Tzavella F, Tziaferi S. *Psychometric properties of the workplace psychologically violent behaviors-WPVB instrument. Translation and validation in Greek Health Professionals. AIMS public health*. 2019;6(1):79.
108. Μακέδα Γ. Η επίδραση του φαινομένου της ηθικής παρενόχλησης (mobbing) στην ποιότητα ζωής ιατρών και νοσηλευτών δημόσιων δομών υγείας της Σάμου κατά την διάρκεια της πανδημίας covid-19: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2021.
109. Καρασουμανάκη Μ. Διερεύνηση Διαπροσωπικών σχέσεων και συμπεριφορών που σηματοδοτούν επαγγελματική παρενόχληση (mobbing) μεταξύ εργαζομένων του τομέα υγείας [Masters]: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο; 2022.

110. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *Journal of general internal medicine*. 2001;16(9):606-13.
111. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Löwe B. The patient health questionnaire somatic, anxiety, and depressive symptom scales: a systematic review. *General hospital psychiatry*. 2010;32(4):345-59.
112. Christodoulaki A, Baralou V, Konstantakopoulos G, Touloumi G. Validation of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) to screen for depression and anxiety in the Greek general population. *Journal of Psychosomatic Research*. 2022;160:110970.
113. Stamm B. *The ProQOL Manual -The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. . Lutherville, MD: Sidran Press; 2005 Ημερομηνία πρόσβασης [21/11/2023] απο [ηλεκτρονική διεύθυνση]: <https://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>.
114. Hyphantis T, Kotsis K, Voulgari PV, Tsifetaki N, Creed F, Drosos AA. Diagnostic accuracy, internal consistency, and convergent validity of the Greek version of the patient health questionnaire 9 in diagnosing depression in rheumatologic disorders. *Arthritis care & research*. 2011;63(9):1313-21.
115. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Group PHQPCS, Group PHQPCS. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Jama*. 1999;282(18):1737-44.
116. Peng J, Luo H, Ma Q, Zhong Y, Yang X, Huang Y, et al. Association between workplace bullying and nurses' professional quality of life: The mediating role of resilience. *Journal of Nursing Management*. 2022;30(6):1549-58.
117. Sarazine J, Heitschmidt M, Vondracek H, Sarris S, Marcinkowski N, Kleinpell R. Mindfulness workshops effects on nurses' burnout, stress, and mindfulness skills. *Holistic Nursing Practice*. 2021;35(1):10-8.

Παράρτημα Α' Ερωτηματολόγιο και έντυπο συγκατάθεσης έρευνας

Αγαπητοί συνάδελφοι,

ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟΥ ΔΙΠΛΩΜΑΤΟΣ ΜΕ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

Ολοκληρώνοντας τον κύκλο μεταπτυχιακών σπουδών μου στο Τμήμα Ιατρικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, θα εκτιμούσα βαθύτατα τη συνδρομή σας στη συμπλήρωση ερωτηματολογίου σχετικά με τη μελέτη για τη διπλωματική μου εργασία με θέμα:

«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΗΘΙΚΗΣ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗΣ, ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

Επιβλέπων Καθηγητής: Φραδέλος Ευάγγελος,
Επίκουρος Καθηγητής Κλινικής Νοσηλευτικής,
Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας

Η μελέτη αυτή εστιάζει στους επαγγελματίες υγείας του ιατρικού, νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού του Νοσοκομείου.

Σκοπός είναι η διερεύνηση της στάσης των επαγγελματιών υγείας σχετικά με συναισθήματα που εισπράττουν από το εργασιακό περιβάλλον σε συνδυασμό με κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους, χρησιμοποιώντας ορθολογικά τα αποτελέσματα για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

- Η συμμετοχή σας είναι **εθελοντική**. Μπορείτε να αποχωρήσετε οποτεδήποτε, εφόσον το επιθυμείτε.
- Τα προσωπικά σας στοιχεία θα είναι **ανώνυμα** και θα τηρηθεί αυστηρά η **προστασία προσωπικών δεδομένων** με αποκλειστική χρήση για το σκοπό της έρευνας. Θα τηρηθεί πλήρης **εχεμύθεια και εμπιστευτικότητα**. Όλα τα ευρήματα ή/και συμπεράσματα της παρούσας μελέτης και οι πιθανές τους χρήσεις εκχωρούνται στα Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΠΘ.
- Η μελέτη είναι **ανεξάρτητη από οποιοδήποτε οικονομικό συμφέρον ή οικονομική επιβάρυνση**.
- Η μελέτη **δεν αποσκοπεί στην πρόκληση ηθικής, ψυχοκοινωνικής ή σωματικής βλάβης** και διενεργείται υπό την **τήρηση όλων των βασικών αρχών ηθικής και δεοντολογίας**.
- Ο απαιτούμενος χρόνος συμπλήρωσης **δεν ξεπερνάει τα 10 λεπτά**.

Η συμμετοχή σας είναι σημαντική για την πραγματοποίηση της συγκεκριμένης μελέτης.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας και το διαθέσιμο χρόνο σας!

Με εκτίμηση,



Βανακλιώτη Δέσποινα
Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων
Παραϊατρικό Προσωπικό Νοσοκομείου
despoina.vanaklioti@gmail.com, 6984492355

Δηλώνω ελεύθερα τη συναίνεση μου και επιθυμώ να συμμετάσχω στην επικείμενη έρευνα, για την οποία ενημερώθηκα παραπάνω και μου εξεξηγήθηκε με σαφήνεια η διαδικασία.

(Υπογραφή – Ημ/νία)

...../...../.....

ΜΕΡΟΣ Α: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΕΝΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Παρακαλώ να συμπληρωθούν όλα τα πεδία για την ορθή αξιολόγηση των αποτελεσμάτων.

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο

1. Άρρεν 2. Θήλυ 3. Άλλο

2. Ηλικία

Ετών

3. Οικογενειακή κατάσταση

1. Άγαμος/η 2. Έγγαμος/η/ Σε συμβίωση 3. Διαζευγμένος/η 4. Χήρος/α

4. Αριθμός τέκνων

Τέκνα

Β. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ

5. Εκπαίδευση

1. Υποχρεωτική 2. Δευτεροβάθμια/ Μεταδευτεροβάθμια 3. Τριτοβάθμια
 4. Μεταπτυχιακή 5. Διδακτορική

6. Επαγγελματική ιδιότητα

1. Ιατρικό προσωπικό 2. Νοσηλευτικό προσωπικό 3. Παραϊατρικό προσωπικό

7. Επαγγελματική εμπειρία

Έτη

8. Πόσο ικανοποιημένοι είστε από το επάγγελμά σας;

- 0=καθόλου 1=ελάχιστα 2=μέτρια 3=αρκετά 4=πολύ 5=πλήρως

9. Σκοπεύετε να αλλάξετε επαγγελματικό προσανατολισμό;

- 0=όχι 1=ίσως κάποια στιγμή 2=ναι στα επόμενα έτη 3=ναι στο επόμενο έτος

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΒΙΑΙΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ – (WPVB) PSYCHOLOGICAL VIOLENT BEHAVIOUR INSTRUMENT

Παρακαλώ, να σημειώσετε τη συχνότητα εντός των τελευταίων 12 μηνών που αντιμετώπισατε κάποιες από τις καταστάσεις ανταγωνιστικής και αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς που αναφέρονται στον κατάλογο, **καθώς και να σημειώσετε από ποιον προήλθε** η εν λόγω συμπεριφορά (προϊστάμενος, συνάδελφος, υφιστάμενος κ.ά.)

Τα άτομα λαμβάνουν μία συνολική βαθμολογία δια του αριθμού των ερωτημάτων (συνολική βαθμολογία δια 33). Όσα άτομα σημειώσουν βαθμολογία από ένα και άνω θεωρείται ότι έχουν έλθει αντιμέτωπα με εκούσιες συμπεριφορές εργασιακού εκφοβισμού (mobbing).

- **Ποιος το έκανε;**

Προϊστάμενος	Συνάδελφος	Υφιστάμενος	Άλλος/η
--------------	------------	-------------	---------

- **Με ποια συχνότητα εκτίθεστε σε αυτή τη συμπεριφορά;**

0=Δεν έχω αντιμετωπίσει ποτέ	3=Αρκετές φορές
1=Μία φορά	4=Συχνά
2=Ενίοτε	5=Αντιμετωπίζω διαρκώς

0-----1-----2-----3-----4-----5
 ποτέ μία φορά ενίοτε αρκετές φορές συχνά διαρκώς

	Συχνότητες
1. Κάποιος μιλά για σένα ενώπιον άλλων με απαξιωτικό και υποτιμητικό τρόπο	0 1 2 3 4 5
<u>Ποιος το έκανε;</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	
2. Λέγονται αναληθή πράγματα για σένα	0 1 2 3 4 5
<u>Ποιος το έκανε;</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	

0-----1-----2-----3-----4-----5
 ποτέ μία φορά ενίοτε αρκετές φορές συχνά διαρκώς

3. Συμπεριφέρονται με απαξιωτικό τρόπο σε σένα χρησιμοποιώντας τη γλώσσα του σώματος ενώπιον άλλων Ποιος το έκανε; () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	0	1	2	3	4	5
4. Υπονοούν ότι δεν είσαι καλά από ψυχολογικής πλευράς Ποιος το έκανε; () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	0	1	2	3	4	5
5. Σε υποχρεώνουν να κάνεις μία δουλειά που θα επηρεάσει αρνητικά την αυτοεκτίμησή σου Ποιος το έκανε; () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	0	1	2	3	4	5
6. Αμφισβητούν την τιμότητα και την αξιοπιστία σου Ποιος το έκανε; () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	0	1	2	3	4	5
7. Διασπείρουν φήμες για την ιδιωτική σου ζωή Ποιος το έκανε; () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	0	1	2	3	4	5
8. Σε απειλούν λεκτικά Ποιος το έκανε; () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	0	1	2	3	4	5
9. Αντιμετωπίζεις συμπεριφορές όπως χτύπημα χεριού στο τραπέζι Ποιος το έκανε; () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	0	1	2	3	4	5
10. Πάντα αξιολογούν αρνητικά την επίδοσή σου Ποιος το έκανε; () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....	0	1	2	3	4	5

0-----1-----2-----3-----4-----5
 ποτέ μία φορά ενίοτε αρκετές φορές συχνά διαρκώς

11. Σε κατηγορούν για πράγματα για τα οποία δεν είσαι υπεύθυνος 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε;

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

12. Σε θεωρούν αποκλειστικά υπεύθυνο όταν μία εργασία που έγινε με άλλους έχει αρνητικά αποτελέσματα 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε;

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

13. Πάντα ανακαλύπτουν λάθη στην δουλειά σου και στα αποτελέσματα της δουλειά σου 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε;

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

14. Πάντα αμφισβητούν την επαγγελματική σου επάρκεια στη δουλειά σου 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε;

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

15. Γράφονται άδικες αναφορές για εσένα 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε;

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

16. Σε κάνουν να νιώθεις ότι εσύ και το έργο σου είστε υπό έλεγχο 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε;

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

17. Δεν σου δίνουν την ευκαιρία να αποδείξεις την αξία σου 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε;

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

18. Οι αποφάσεις και οι συστάσεις σου επικρίνονται και απορρίπτονται 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε;

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

0-----1-----2-----3-----4-----5
 ποτέ μία φορά ενίοτε αρκετές φορές συχνά διαρκώς

19. Σου αφαιρούν καθήκοντα για τα οποία ήσουν υπεύθυνος και τα αναθέτουν σε άλλους με χαμηλότερη θέση 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε:

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

20. Σε ελέγχουν άτομα ιεραρχικά κατώτερα 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε:

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

21. Θεωρούν ότι το έργο που έχεις παραγάγει είναι άνευ αξίας και ασήμαντο 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε:

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

22. Δεν σε πληροφορούν για κοινωνικές συγκεντρώσεις 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε:

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

23. Δεν παίρνεις απάντηση όταν ζητάς συνάντηση και διάλογο 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε:

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

24. Σου συμπεριφέρονται στη δουλειά σαν να είσαι αόρατος και ανύπαρκτος 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε:

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

25. Συχνά σε διακόπτουν όταν μιλάς 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε:

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

26. Δεν απαντούν στα e-mail που στέλνεις και στα τηλεφωνήματά σου 0 1 2 3 4 5

Ποιος το έκανε:

() Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....

	0	1	2	3	4	5
	ποτέ	μία φορά	ενίοτε	αρκετές φορές	συχνά	διαρκώς
27. Αποτρέπουν ή απαγορεύουν σε συναδέλφους να σου μιλούν	0	1	2	3	4	5
<u>Ποιος το έκανε:</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....						
28. Όταν εισέρχεστε σε χώρο οικείο για εσάς, αφήνετε τον χώρο όπου βρίσκεστε	0	1	2	3	4	5
<u>Ποιος το έκανε:</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....						
29. Σε θεωρούν υπεύθυνο για εργασία πέρα των δυνατοτήτων σου	0	1	2	3	4	5
<u>Ποιος το έκανε:</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....						
30. Σε πιέζουν να παραιτηθείς ή να αλλάξεις χώρο εργασίας	0	1	2	3	4	5
<u>Ποιος το έκανε:</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....						
31. Σου αποκρύπτουν πληροφορίες, έγγραφα και υλικό που χρειάζεσαι για την εργασία σου	0	1	2	3	4	5
<u>Ποιος το έκανε:</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....						
32. Προκαλούν ζημιές σε προσωπικά σου αντικείμενα	0	1	2	3	4	5
<u>Ποιος το έκανε:</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....						
33. Άσκησαν σωματική βία εναντίον σου	0	1	2	3	4	5
<u>Ποιος το έκανε:</u> () Προϊστάμενος () Συνάδελφος () Υφιστάμενος () Άλλος/η.....						

Κοΐνης, Α. (2019). Η επίδραση του φαινομένου mobbing (ηθική παρενόχληση) στην ποιότητα ζωής των επαγγελματιών υγείας, δημόσιων ελληνικών νοσοκομείων (Doctoral Dissertation, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου. Σχολή Κοινωνικών Επιστημών Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας).

ΜΕΡΟΣ Γ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ (PHQ-9)

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά ενοχληθήκατε απ' οποιοδήποτε από τα παρακάτω προβλήματα; (Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα "✓")

0-----1-----2-----3
καθόλου αρκετές μέρες περισσότερο από τις μισές μέρες σχεδόν κάθε μέρα

1. Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές μου	0	1	2	3
2. Νιώθετε καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά	0	1	2	3
4. Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	0	1	2	3
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	0	1	2	3
6. Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	0	1	2	3
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως όταν διαβάζετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	0	1	2	3
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν Ή το αντίθετο – είστε τόσο ανήσυχος(η) ή νευρικός(ή), που κινείστε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING:

 + + + .
=Total Score:

10. Εάν επιλέξατε κάποια προβλήματα, πόση δυσκολία προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα;

Καμία δυσκολία

Μερική δυσκολία

Μεγάλη δυσκολία

Υπερβολική δυσκολία

Συντάχθηκε από τους Δόκτορες Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke και τους συνεργάτες τους με εκπαιδευτική επιχορήγηση από την Pfizer Inc. Δεν απαιτείται άδεια για αναπαραγωγή, μετάφραση, εμφάνιση ή διανομή.

**ΜΕΡΟΣ Δ: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΚΛΙΜΑΚΑ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ (ProQOL)
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ - ΕΚΔΟΣΗ 5 (2010)**

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

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

1-----2-----3-----4-----5
ποτέ σπάνια μερικές φορές συχνά πολύ συχνά

Ικανοποίηση συμπόνιας και κόπωση συμπόνιας

	1	2	3	4	5
1. Είμαι ευχαριστημένος	1	2	3	4	5
2. Με απασχολεί έντονα η έγνοια που έχω για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία φροντίζω	1	2	3	4	5
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να φροντίζω τους ανθρώπους	1	2	3	4	5
4. Νιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους	1	2	3	4	5
5. Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	1	2	3	4	5
6. Νιώθω αναζωογονημένος από την εργασία μου με τα άτομα που φροντίζω	1	2	3	4	5
7. Είναι δύσκολο να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή, από τη ζωή μου ως πάροχος φροντίδας	1	2	3	4	5
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά μου, επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω των τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω	1	2	3	4	5
9. Νομίζω ότι ίσως έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος των ατόμων που φροντίζω	1	2	3	4	5
10. Νιώθω εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου ως πάροχος φροντίδας	1	2	3	4	5
11. Λόγω της φροντίδας, νιώθω "στα όρια της αντοχής μου " για διάφορα πράγματα	1	2	3	4	5
12. Μου αρέσει η εργασία μου ως πάροχος φροντίδας	1	2	3	4	5
13. Νιώθω θλίψη λόγω των τραυματικών εμπειριών των ατόμων που φροντίζω	1	2	3	4	5
14. Νιώθω σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω φροντίσει	1	2	3	4	5

	1-----2-----3-----4-----5				
	ποτέ	σπάνια	μερικές φορές	συχνά	πολύ συχνά
15. Έχω πεποιθήσεις οι οποίες με στηρίζουν					1 2 3 4 5
16. Είμαι ευχαριστημένος με τον τρόπο που είμαι σε θέση να συμβαδίσω με τις τεχνικές και τα πρωτόκολλα παροχής φροντίδας					1 2 3 4 5
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι					1 2 3 4 5
18. Η εργασία μου με κάνει να νιώθω ικανοποιημένος					1 2 3 4 5
19. Νιώθω εξάντληση λόγω της εργασίας μου ως πάροχος φροντίδας					1 2 3 4 5
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για τα άτομα που φροντίζω και για το πώς θα μπορούσα να τα βοηθήσω					1 2 3 4 5
21. Νιώθω καταβεβλημένος γιατί ο φόρτος της εργασίας μου, μου φαίνεται ατελείωτος					1 2 3 4 5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της εργασίας μου					1 2 3 4 5
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ατόμων που φροντίζω					1 2 3 4 5
24. Είμαι περήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να παρέχω φροντίδα					1 2 3 4 5
25. Ως αποτέλεσμα της φροντίδας μου, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις					1 2 3 4 5
26. Νιώθω παγιδευμένος από το σύστημα					1 2 3 4 5
27. Σκέφτομαι ότι είμαι επιτυχημένος ως πάροχος φροντίδας					1 2 3 4 5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω στη μνήμη μου σημαντικά κομμάτια της εργασίας μου, που αφορούν θύματα τραυματισμού					1 2 3 4 5
29. Είμαι πολύ στοργικό άτομο					1 2 3 4 5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή την εργασία					1 2 3 4 5

Για την πολιτισμική προσαρμογή και στάθμιση:

Missouridou E., Pavlou V., Kasidi E, Apostolara P, Parissopoulos, S, Mangoulia P, Fradelos E. (2020) Translation and Cultural Adaptation of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL V) for Greece. *Mater Sociomed., Mater Sociomed.* 32(3): 187-190. DOI: 10.5455/msm.2020.32.187-190.

Misouridou E, Mangoulia P., Pavlou V, Kasidi K, Stefanou E, Mavridoglou E, Kelesi M, Fradelos EC (2021) Reliability and validity of the Greek version of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL-V). *Mater Sociomed.* 33(3): 185-189. DOI: 10.5455/msm.2021.33.185-189

ΤΕΛΟΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ
Ευχαριστώ για το χρόνο σας!

Παράρτημα Β' Άδειες σταθμισμένων ερωτηματολογίων

ΦΟΡΜΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΑΔΕΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ (ΚΛΙΜΑΚΑΣ) ΒΙΑΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ

Δημιουργός:

Δρ. Κοΐνης Αριστοτέλης

Επιστημών Υγείας

- Programme Director MSc Perinatal Mental Health

-Senior Lecturer Essex University

-Διδάσκων στο Τμήμα Λογοθεραπείας του ΠαΠελ

Ατομικά στοιχεία ενδιαφερόμενου/ης

Όνομα: Δέσποινα

Εκπόνηση: Βανακλιώτη

Ιδιότητα: Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων

Τηλ. επικοινωνίας: 6984492355

Παρακαλώ, όπως μου χορηγήσετε άδεια, για τη χρησιμοποίηση του ερωτηματολογίου –Κλίμακας της Βίας Ψυχολογικής Συμπεριφοράς, στα πλαίσια εκπόνησης της μεταπτυχιακής μου εργασίας με θέμα: «Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής σε επαγγελματίες υγείας».

Ημερομηνία

..23../..6../..2023..

Η αιτούσα

Βανακλιώτη Δέσποινα

(Υπογραφή)

Συμφωνητικό Συνεργασίας για το Ερωτηματολόγιο WPVB-(Workplace Psychologically Violent Behaviours).

Ο/Η Συνεργάτης είναι υπεύθυνος/η για τη δημοσίευση στοιχείων και πληροφοριών που αφορούν αποκλειστικά την δική του/της έρευνα και τις μεθόδους που έχει χρησιμοποιήσει. Δημοσιεύσεις, οι οποίες θα περιγράφουν τα αποτελέσματα στα οποία έχει καταλήξει ο/η Συνεργάτης θα έχουν το όνομα του/ης και θα περιλαμβάνουν βιβλιογραφική αναφορά στις δημοσιεύσεις που αφορούν την ελληνική έκδοση του WPVB-(Workplace Psychologically Violent Behaviours) εργαλείων.

Στην περίπτωση που ο δημιουργός του ερωτηματολογίου διακόψει την παρούσα συνεργασία, ο/η Συνεργάτης πρέπει να σταματήσει κάθε χρήση του εργαλείου WPVB, αν και η δέσμευση του/ης όσον αφορά αυτούς τους όρους, θα συνεχίσει να υφίσταται.

Το παρόν αποτελεί συμφωνητικό εθελοντικής συνεργασίας και όχι σύμβαση εργασίας ή έργου. Ο/Η Συνεργάτης έχει απόλυτη ευθύνη του τρόπου με τον οποίο θα εργαστεί και θα διασφαλίσει την εφαρμογή της ερευνητικής δεοντολογίας, συνεπώς αναλαμβάνει και την ευθύνη οποιουδήποτε σχετικού προβλήματος προκύψει.

Την αποκλειστική αρμοδιότητα της επικοινωνίας και τον συντονισμό της παρούσας συνεργασίας αναλαμβάνει ο Δρ. Κοΐνης Αριστοτέλης, e-mail telis_psyc@hotmai.com Τηλ. 6987228274

Οι συμβαλλόμενοι

Κοΐνης Αριστοτέλης

Δρ. Επιστημών Υγείας

Κλινικός Ψυχολόγος

Η Συνεργάτης

Βανακλιώτη Δέσποινα

Τίτλος: Τεχνολόγος Ιατρικών Εργαστηρίων,

Φορέας: Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας,

Διατμηματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Ιατρικής:

«Ηθική και Δεοντολογία Βιοϊατρικών Επιστημών», Λάρισα

Επιλογή θέματος Διπλωματικής Εργασίας Βανακλιώτη Δέσποινα

FRADELOS EVANGELOS <efradelos@uth.gr>
Προς: despoina vanaklioti <despoina.vanaklioti@gmail.com>

14 Ιουνίου 2023 στις 9:19 π.μ.

Καλημέρα
Η αίτηση είναι ok.
telis_psyco@hotmail.com για το ερωτηματολόγιο WPVB (Psychological Violent Behaviour Instrument).
Στο ProQoL ήμουν και εγώ στην ομάδα που έκανε την στάθμιση οπότε μπορείς να το βάλεις.
Τώρα το PHQ αν δε βρεις άκρης να αλλάξουμε στο DASS21 και να στείλεις email στον κ. Λυράκο,

Παραθέτοντας από despoina vanaklioti <despoina.vanaklioti@gmail.com>:

Καλημέρα σας κ. Φραδέλο!

Μελέτησα τα ερωτηματολόγια
WPVB (Psychological Violent Behaviour Instrument),
PHQ9 (Patient Health Questionnaire) και
ProQOL (Professional Quality of Life)
που μου συστήσατε και είμαι απόλυτα σύμφωνη στο να προχωρήσουμε.
Σας επισυνάπτω την αίτηση που έχω ετοιμάσει προς υποβολή στη γραμματεία του ΔΠΜΣ για την επιλογή θέματος, σε περίπτωση που θεωρείτε ότι χρειάζεται κάποια διόρθωση πριν την οριστική υποβολή.

Επιπλέον, σε σχέση με τα δικαιώματα των ερωτηματολογίων:

α) Για το ProQOL υπάρχει μεταφρασμένο στα ελληνικά ως ελεύθερο και διαθέσιμο αρχείο στην επίσημη ιστοσελίδα:
<https://proqol.org/proqol-measure>
Απαιτείται και πάλι κάποια έγκριση χρήσης?

β) Για το WPVB (Psychological Violent Behaviour Instrument) δεν έχω εντοπίσει κάποια στοιχεία επικοινωνίας του κ. Κοϊνή ωστε να ζητηθεί έγκριση.

γ) Τέλος, Για το PHQ9 (Patient Health Questionnaire) επίσης δεν έχω βρει κάποια στοιχεία για έγκριση.

Μη διατάσετε να επικοινωνήσετε και τηλεφωνικώς μαζί μου στο 6984492355.

**Παράρτημα Γ' Έγκριση Έρευνας από Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας
Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ



ΠΟΛΙΤΕΙΑΣ 41500 Λάρισα Τηλ.: 2410685716 Fax: 2410685546
e-mail: med-dehd@iatrika.uoi.gr

Πληροφορίες: Παναγιώτα Σπολιάου Θεσσαρία
Τηλέφωνο: 2410685702

Λάρισα, 20 Σεπτεμβρίου 2023
Αριθμ. πρωτ.:481

Προς την
κα Δέσποινα Βανακλιώτη
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια
του ΤΙ ΣΕΥ ΠΘ

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής
Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την 1^η/18-09-2023 συνεδρίασή της έκρινε ότι
πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή της έρευνας στο
πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας, με θέμα: «ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ
ΗΘΙΚΗΣ ΠΑΡΕΝΟΧΛΗΣΗΣ, ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΣΕ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ», από την κα Δέσποινα Βανακλιώτη.

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής

Ο Πρόεδρος

Τα μέλη

Σωκράτης Βαρυτιμίδης
Καθηγητής Ορθοπαιδικής

Θεόδωρος Ελευθεριάδης
Αν. Καθηγητής
Νεφρολογίας

Αλέξανδρος Λαμαλιάς
Επ. Καθηγητής
Ιατρικής Βιολογίας

Παράρτημα Δ' Έγκριση έρευνας από Επιστημονικό και Διοικητικό Συμβούλιο Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου Βορείου Ελλάδας

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΔΙΑΧΥΝΑΕΘΗΜΕΝΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΕΙΔΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
Αρμόδια Υπάλληλος
Τηλέφωνο

17.7.2023

Αριθμ. Πρωτ. 337

ΠΡΟΣ:

- Διοίκηση του
- Κ. Δέσποινα Βανακλιώτη-
ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων

Έκτακτο Θέμα 7ο : «Αίτημα με αριθμ. πρωτ.37831/7.7.2023 της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων Επικουρικό προσωπικό με το οποίο αιτείται την έγκριση διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας με θέμα "Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας", στα πλαίσια μεταπτυχιακών της σπουδών.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο κατά την υπ' αριθμ. 19/ 12.7.2023 Συνεδρίασή του, αφού έλαβε υπόψη του

1. Το αίτημα με αριθμ. πρωτ.37831/7.7.2023 της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων Επικουρικό προσωπικό με το οποίο αιτείται την έγκριση διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας με θέμα "Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας", στα πλαίσια μεταπτυχιακών της σπουδών.
2. Το ερευνητικό πρωτόκολλο.
3. Το ερωτηματολόγιο της εργασίας.
4. Τη Βεβαίωση σπουδών της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, από το Διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Ιατρικής σε συνεργασία με το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με επιβλέποντα τον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Ευάγγελο Φραδέλο.
5. Την Υπεύθυνη Δήλωση της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη, στην οποία δηλώνει ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο, δεν θα αναφερθεί το όνομα του Νοσοκομείου, θα τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας, θα τηρηθεί αυστηρά η προστασία των προσωπικών των συμμετεχόντων και ότι

θα κατατεθεί ένα αντίγραφο της μελέτης στην Ιατρικής Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου.

6. Υπογεγραμμένη τη σύμβαση Εμπιστευτικότητας και Προστασίας των προσωπικών δεδομένων.
7. Τη συζήτηση μεταξύ των μελών.

Ομόφωνα αποφάσισε και εισηγείται στον Διοικητικό Συμβούλιο

Την έγκριση του αιτήματος της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων Επικουρικό προσωπικό [redacted], σχετικά με τη διεξαγωγή της διπλωματικής της εργασίας με θέμα "Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας", στα πλαίσια μεταπτυχιακών της σπουδών, στο Νοσοκομείο, με επιβλέπουσα την κ. [redacted] Προισταμένη Τμήματος Παραιατρικών.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου

**Απόσπασμα Πρακτικών
Της 23^{ης}/27.07.2023 τακτικής Συνεδρίασης του Διοικητικού Συμβουλίου
του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου**

... σήμερα 27 Ιουλίου 2023, ημέρα της εβδομάδος Πέμπτη και ώρα 12:00 π.μ., στην αίθουσα Συνεδριάσεων του Διοικητικού Συμβουλίου του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου ... συνήλθε σε τακτική Συνεδρίαση το Διοικητικό Συμβούλιο του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου που συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ Π οικ 22631/19.04.2022 απόφαση του Υπουργού Υγείας και της Αν.Υπουργού Υγείας, περίληψη της οποίας δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 359/04.05.2022, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ. και διορθώσεις σφαλμάτων της στα ΦΕΚ 472/7.06.2022, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ και 500/17.06.2022, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ. καθώς και με την υπ' αριθμ. Γ4β/οικ.6046/30.1.2023 απόφαση του Υπουργού Υγείας και της Αν.Υπουργού Υγείας, περίληψη της οποίας δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 100/09.02.2023, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ., μετά από πρόσκληση του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου ... Κατόπιν της υπ' αριθμ. Γ4β/Γ Π οικ 10180/17.02.2023 απόφασης του Υπουργού Υγείας και της Αν.Υπουργού Υγείας, περίληψη της οποίας δημοσιεύθηκε στο ΦΕΚ 158/23.02.2023, τεύχος Υ.Ο.Δ.Δ., στη Συνεδρίαση συμμετείχαν είτε με φυσική παρουσία είτε μέσω τηλεδιάσκεψης οι κ.κ.:

- ... Πρόεδρος Δ.Σ.
- ... Μέλος Δ.Σ.
- Κ. ...
- ... Μέλος Δ.Σ.
- ... Μέλος Δ.Σ.
- Ζ. ...
- ... Μέλος Δ.Σ.
- Γ. ... Μέλος Δ.Σ.
- Α. ... Μέλος Δ.Σ.
- Γεωργίου ... τραπεζικός υπάλληλος, Αν. Μέλος Δ.Σ.
- ... Αν. Μέλος Δ.Σ.
- ... Μέλος Δ.Σ.
- Δεν συμμετείχαν λόγω κωλύματος οι κ.κ.:
- Μ. ... Μέλος Δ.Σ.
- ... Μέλος Δ.Σ.

Στη Συνεδρίαση μετείχε η κ. ... ως Γραμματέας του Διοικητικού Συμβουλίου.

Στη Συνεδρίαση παραβρέθηκαν οι κ.κ. ... Προϊσταμένη Υποδιεύθυνσης Διοικητικής Υπηρεσίας και ... Προϊστάμενος Υποδιεύθυνσης Οικονομικού του Νοσοκομείου καθώς και ο Δικηγόρος κ. ... Νομικός Σύμβουλος του Νοσοκομείου ως εισηγητές των θεμάτων που άπτονται της αρμοδιότητάς τους και οι οποίοι αποχώρησαν πριν την έναρξη της συζήτησης και λήψης των αποφάσεων.

Το Διοικητικό Συμβούλιο, μετά τη διαπίστωση της νόμιμης απαρτίας, υπό την προεδρία του κ. ... Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του ... για τα παρακάτω θέματα της υπ' αριθμ. πρωτ. 40317/25.07.2023 Ημερησίας διατάξης, αποφασίζει τα εξής:

Θέμα 36ο: «Αίτημα με αριθμ. πρωτ.37831/7.7.2023 της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων Επικουρικό προσωπικό με το οποίο αιτείται την έγκριση διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας με θέμα "Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας", στα πλαίσια μεταπτυχιακών της σπουδών.

Το Διοικητικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη του:

1) Το αίτημα με αριθμ. πρωτ. 37831/7.7.2023 της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων Επικουρικό προσωπικό [redacted] με το οποίο αιτείται την έγκριση διεξαγωγής της διπλωματικής εργασίας με θέμα "Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας", στα πλαίσια μεταπτυχιακών της σπουδών.

2) Την απόφαση που λήφθηκε κατά την υπ' αριθμ. 12^η/31.7.2014 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου του [redacted] (Θέμα 56ο), με θέμα: «Προϋποθέσεις για την έγκριση διενέργειας κλινικών μελετών καθώς και των ερευνητικών εργασιών που διενεργούνται στο Νοσοκομείο».

3) Την απόφαση που έλαβε το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου κατά την υπ' αριθμ. 19η/12.07.2023 Συνεδρίαση του (Εκτακτο Θέμα 7ο), το οποίο λαμβάνοντας υπόψη: «

- Το ερευνητικό πρωτόκολλο.
- Το ερωτηματολόγιο της εργασίας.
- Τη Βεβαίωση σπουδών της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων, από το Διατμηματικό πρόγραμμα μεταπτυχιακών σπουδών του Τμήματος Ιατρικής σε συνεργασία με το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, με επιβλέποντα τον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κ. Ευάγγελο Φραδέλο.
- Την Υπεύθυνη Δήλωση της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη, στην οποία δηλώνει ότι δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά το Νοσοκομείο, δεν θα αναφερθεί το όνομα του Νοσοκομείου, θα τηρηθούν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας, θα τηρηθεί αυστηρά η προστασία των προσωπικών των συμμετεχόντων και ότι θα κατατεθεί ένα αντίγραφο της μελέτης στην Ιατρικής Βιβλιοθήκη του Νοσοκομείου.
- Υπογεγραμμένη τη σύμβαση Εμπιστευτικότητας και Προστασίας των προσωπικών δεδομένων.
- Τη συζήτηση μεταξύ των μελών του»,

ομόφωνα αποφάσισε και εισηγείται στον Διοικητικό Συμβούλιο την έγκριση του αιτήματος της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη- ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων Επικουρικό προσωπικό [redacted], σχετικά με τη διεξαγωγή της διπλωματικής της εργασίας με θέμα "Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας", στα πλαίσια μεταπτυχιακών της σπουδών, στο Νοσοκομείο, με επιβλέπουσα την κ. [redacted] Προϊσταμένη Τμήματος Παραϊατρικών.

4) Την εισήγηση του Προέδρου του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

Αποφασίζει Ομόφωνα

Εγκρίνει το αίτημα της κ. Δέσποινας Βανακλιώτη - ΤΕ Ιατρικών Εργαστηρίων Επικουρικό προσωπικό [redacted], σχετικά με τη διεξαγωγή της διπλωματικής της εργασίας με θέμα "Διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικής παρενόχλησης, ψυχικής υγείας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας", στα πλαίσια μεταπτυχιακών της σπουδών, στο Νοσοκομείο, με επιβλέπουσα την κ. [redacted] - Προϊσταμένη Τμήματος Παραϊατρικών.

Επισημαίνεται ότι απαραίτητα θα πρέπει να τηρηθούν οι προϋποθέσεις που τέθηκαν κατά την υπ' αριθμ.12^ο/31.7.2014 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου (Θέμα 56^ο), για τη διενέργεια των κλινικών μελετών καθώς και των ερευνητικών εργασιών στο Νοσοκομείο μας.

Στην παρούσα απόφαση επισυνάπτεται η απόφαση που λήφθηκε κατά την υπ' αριθμ. 12^ο/31.7.2014 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου (Θέμα 56^ο).

Κατόπιν του ανωτέρω σχετικού §4 εγγράφου του Διοικητή και Προέδρου Δ.Σ. του [redacted] **εφιστάται η προσοχή** στους Υπεύθυνους Ερευνητές για την παρακολούθηση των Κλινικών Μελετών καθώς και στους Υπεύθυνους των ερευνητικών εργασιών που διενεργούνται στο [redacted], **όπως ελέγχουν και τηρούν απαρέγκλιτα** τις Προϋποθέσεις που τέθηκαν για τη διενέργεια των κλινικών μελετών καθώς και των ερευνητικών εργασιών στο Νοσοκομείο μας κατά την υπ' αριθμ.12^ο/31.7.2014 Συνεδρίαση του Διοικητικού Συμβουλίου (Θέμα 56^ο) καθώς επίσης να **ακολουθείται απαρέγκλιτα** η διαδικασία για την παρακολούθηση και ολοκλήρωση των Κλινικών Μελετών και Ερευνητικών Προγραμμάτων σύμφωνα με τα όσα αναφέρονται στην ΚΥΑ Δ3(α) οικ.36809/2019 (ΦΕΚ Β 2015).

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ.Σ.

[redacted]

ΤΑ ΜΕΛΗ

1. [redacted]
2. [redacted]
3. Α'
4. Ζ'
5. Α
6. Α
7. Γ
8. Χ
9. Η

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΠΟΣΤΑΣΜΑ
31.07.2023

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ

Σημείωση: Η έγκριση του Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου Βορείου Ελλάδας αναρτήθηκε στο παράρτημα κατόπιν επεξεργασίας με θύλωση για την απόκρυψη των ονομάτων για τη διατήρηση της ανωνυμίας του, όπως συμφωνήθηκε.