



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟΥ ΣΤΡΕΣ
ΚΑΙ ΗΘΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

ΣΤΥΛΙΑΝΟΥ ΕΙΡΗΝΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Φραδελος Ευαγγελος, Επικουρος Καθηγητης, Επιβλεπων Καθηγητης
Μαλλη Φωτεινη, Καθηγητρια, Μελος Τριμελους Επιτροπης
Μαυροφορου Αννα, Καθηγητρια, Μελος Τριμελους Επιτροπης

Λαρισα, 2024

**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ – ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Exploration of the Relationship Between Professional Quality of Life, Secondary
Traumatic Stress, and Moral Injury in Mental Health Nurses**

**Διερεύνηση της σχέσης επαγγελματικής ποιότητας ζωής – Δευτερογενούς τραυματικού
στρες και ηθικής βλάβης σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας**

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	6
Abstract	8
Εισαγωγή.....	10
1. Ηθική βλάβη.....	12
1.1. Στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την ηθική βλάβη.....	12
1.2. Ηθική δυσφορία και ηθική βλάβη	14
1.3. Επιπτώσεις της ηθικής βλάβης.....	15
1.4. Ηθικοί στρεσογόνοι παράγοντες και ανεπιθύμητα συμβάντα που είναι δυνητικά επιβλαβή για την υγεία	17
1.5. Θεσμικά εμπόδια	19
1.5.1. Χαμηλή αυτονομία και περιορισμένη εξουσία λήψης αποφάσεων.....	21
1.5.2. Οικονομικά κίνητρα έναντι της πεποιθήσης.....	21
1.6. Πρόληψη ηθικής βλάβης	22
1.6.1. Αλλαγή στις θεσμικές προτεραιότητες	23
1.6.2. Αντιμετώπιση του εργασιακού περιβάλλοντος.....	24
1.6.3. Αντιμετώπιση μεμονωμένων ενισχυτών και αύξηση της ηθικής ανθεκτικότητας .	25
2. Επαγγελματική ποιότητα ζωής.....	26
2.1. Ορισμός επαγγελματικής ποιότητας ζωής.....	26
2.2. Συστατικά της επαγγελματικής ποιότητας ζωής	28
2.2.1. Ικανοποίηση συμπόνοιας	28
2.2.2. Επαγγελματική Εξουθένωση	30
2.2.3. Δευτερογενές τραυματικό στρες.....	33
2.3. Μέτρηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής.....	34
2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής.....	35
2.4.1. Εργασιακό περιβάλλον	35

2.4.2. Περιβάλλον του ασθενή.....	36
2.4.3. Περιβάλλον των νοσηλευτών	37
3. Σκοπός.....	39
4. Μεθοδολογία.....	40
5. Αποτελέσματα.....	44
5.1. Δημογραφικά Δεδομένα	44
5.2. Επαγγελματική ποιότητα ζωής.....	52
5.3. Ηθική Βλάβη	60
5.4. Προσωπικότητα.....	68
5.5. Σκοτεινή Τριάδα της προσωπικότητας.....	69
5.6. Συσχετίσεις.....	74
6. Συζήτηση.....	79
Συμπεράσματα.....	83
Βιβλιογραφία.....	84
Παράρτημα.....	117

Περίληψη

Εισαγωγή: Η ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας ορίζεται ως η απαράδεκτη συμπεριφορά, οι απειλές ή η ηθική παρενόχληση που εμφανίζεται σε πολλές περιπτώσεις και οδηγεί σε σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική ή οικονομική βλάβη. Οι εργαζόμενοι πρέπει να εργάζονται σε ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από βία ή εξαναγκασμό. Στους οργανισμούς πρέπει να καλλιεργηθεί κουλτούρα που να βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό και την αξιοπρεπή συμπεριφορά.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης ηθικής βλάβης και Επαγγελματικής ποιότητας ζωής - δευτερογενούς τραυματικού στρες σε Νοσηλευτές Ψυχικής υγείας.

Μεθοδολογία: Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική. Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 120 νοσηλευτές ψυχικής υγείας και βοηθοί Νοσηλευτών. Η συλλογή δεδομένων έγινε με συνδυασμό τεσσάρων ερωτηματολογίων, την κλίμακα Professional Quality of Life Scale (ProQOL-V) για τη διερεύνηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, την κλίμακα Occupational Moral Injury Scale για τη μέτρηση της ηθικής βλάβης, το Ten-Item Personality Inventory για την αξιολόγηση των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας και τη σκοτεινή τριάδα (SD3) για την αξιολόγηση της προσωπικότητας. Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.26.0 και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε 5%.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν γυναίκες (68,3%), έγγαμοι ή σε συμβίωση (55,8%), απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης (52,5%), εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα (87,5%), με συνολική προϋπηρεσία $19,2 \pm 10,4$ έτη. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν νοσηλευτές (51,7%), εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο (68,3%) και ήταν μόνιμοι υπάλληλοι (75,8%). Το 72,5% των συμμετεχόντων δεν επιθυμεί να αλλάξει τμήμα εργασίας και το 79,1% θεωρεί ότι το εργασιακό κλίμα στο τμήμα τους είναι καλό. Το 71,7% των συμμετεχόντων είχαν μέτρια επαγγελματική ποιότητα ζωής, το 79,2% είχαν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης, το 65% είχαν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και το 72,5% είχαν χαμηλά επίπεδα δευτερεύον τραυματικού στρες. Οι συμμετέχοντες βρέθηκαν να έχουν μέτρια προς ήπια επίπεδα ηθικής βλάβης ($60,2 \pm 25,7$), μέτρια επίπεδα μακιαβελισμού ($2,61 \pm 0,4$), μέτρια επίπεδα ναρκισσισμού ($3,04 \pm 0,3$) και μέτρια επίπεδα ψυχοπάθειας ($2,98 \pm 0,4$). Οι συμμετέχοντες που ήθελαν να αλλάξουν τμήμα εργασίας ένιωθαν σημαντικά περισσότερο

προδομένοι σε σχέση με εκείνους που δεν ήθελαν να αλλάξουν τμήμα εργασίας ($14,61 \pm 3,9$ έναντι $12,02 \pm 4,5$, $p < 0,05$). Οι συμμετέχοντες που υποστήριξαν ότι είχαν καλό εργασιακό κλίμα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία PROQOL-V ($77,84 \pm 9,6$ έναντι $73,72 \pm 8,6$, $p < 0,05$), σημαντικά μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση ($35,6 \pm 6,6$ έναντι $30,1 \pm 6,2$, $p < 0,05$) και ήταν σημαντικά περισσότερο δεκτικοί σε εμπειρίες ($5,3 \pm 1,1$ έναντι $4,62 \pm 1,7$, $p < 0,05$). Οι συμμετέχοντες που υποστήριξαν ότι είχαν ουδέτερο ή κακό εργασιακό κλίμα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση ($23,16 \pm 4,7$ έναντι $20,97 \pm 4,4$, $p < 0,05$). Η ηθική βλάβη των συμμετεχόντων βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ποιότητα ζωής ($r = 0,494$, $p < 0,05$), την επαγγελματική ικανοποίηση ($r = 0,489$, $p < 0,05$), την επαγγελματική εξουθένωση ($r = 0,444$, $p < 0,05$) και το δευτερεύον τραυματικό στρες ($r = 0,468$, $p < 0,05$). Η ηθική βλάβη των συμμετεχόντων βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη συμφωνία ($r = -0,273$, $p < 0,05$), την ευσυνειδησία ($r = -0,339$, $p < 0,05$) και τη συναισθηματική σταθερότητα ($r = -0,228$, $p < 0,05$).

Συμπεράσματα: Οι νοσηλευτές σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν διάφορες καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε ηθική δυσφορία. Το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας βρέθηκε να έχει ήπια προς μέτρια επίπεδα ηθικής δυσφορίας. Οι νοσηλευτές που βιώνουν ηθική δυσφορία έχουν μειωμένα επίπεδα επαγγελματικής ποιότητας ζωής, επαγγελματικής ικανοποίησης, επαγγελματικής εξουθένωσης και αυξημένα επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού στρες. Όλα αυτά έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης και προσβάλλουν τη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Λέξεις κλειδιά: ηθική βλάβη, ηθική δυσφορία, νοσηλευτικό προσωπικό, ψυχική υγείας, επαγγελματική ποιότητα ζωής, δευτερεύον τραυματικό στρες

Abstract

Introduction: Workplace harassment is defined as unacceptable behavior, threats or moral harassment that occurs in many cases and leads to physical, psychological, sexual or financial harm. Employees must work in an environment free from violence or coercion. Organizations must cultivate a culture based on mutual respect and dignified behavior.

Purpose: The purpose of this study is to investigate the relationship between moral harm and Professional quality of life - secondary traumatic stress in Mental health nurses.

Methodology: This study is cross-sectional. The sample of the study consisted of 120 mental health nurses and nursing assistants. Data collection was done using a combination of four questionnaires, the Professional Quality of Life Scale (ProQOL-V) to investigate professional quality of life, the Occupational Moral Injury Scale to measure moral injury, the Ten-Item Personality Inventory to assess personality traits, and the Dark Triad (SD3) to assess personality. Statistical analysis of the results was done using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.26.0 and the statistical significance level was set at 5%.

Results: The majority of the sample were women (68.3%), married or cohabiting (55.8%), higher education graduates (52.5%), working in a psychiatric department (87.5%), with a total experience of 19.2 ± 10.4 years. Most participants were nurses (51.7%), worked on a rotating schedule (68.3%) and were permanent employees (75.8%). 72.5% of participants did not wish to change their department and 79.1% considered the work climate in their department to be good. 71.7% of participants had moderate professional quality of life, 79.2% had moderate levels of job satisfaction, 65% had low levels of burnout and 72.5% had low levels of secondary traumatic stress. Participants were found to have moderate to mild levels of moral harm (60.2 ± 25.7), moderate levels of Machiavellianism (2.61 ± 0.4), moderate levels of narcissism (3.04 ± 0.3) and moderate levels of psychopathy (2.98 ± 0.4). Participants who wanted to change their work department felt significantly more betrayed than those who did not want to change their work department (14.61 ± 3.9 vs. 12.02 ± 4.5 , $p < 0.05$). Participants who reported a good work climate had significantly higher PROQOL-V total score (77.84 ± 9.6 vs. 73.72 ± 8.6 , $p < 0.05$), significantly higher job satisfaction (35.6 ± 6.6 vs. 30.1 ± 6.2 , $p < 0.05$) and were significantly more receptive to experiences (5.3 ± 1.1 vs. 4.62 ± 1.7 , $p < 0.05$). Participants who reported a neutral or bad work climate had significantly higher burnout (23.16 ± 4.7 vs. 20.97 ± 4.4 , $p < 0.05$). Participants' moral distress was found to be positively correlated with occupational quality of life ($r = 0.494$, $p < 0.05$), job satisfaction ($r = 0.489$, $p < 0.05$), burnout

($r=0.444$, $p<0.05$), and secondary traumatic stress ($r=0.468$, $p<0.05$). Participants' moral distress was found to be negatively correlated with agreeableness ($r=-0.273$, $p<0.05$), conscientiousness ($r=-0.339$, $p<0.05$), and emotional stability ($r=-0.228$, $p<0.05$).

Conclusions: Nurses in mental health settings face a variety of situations that can lead to moral distress. Mental health nursing staff were found to have mild to moderate levels of moral distress. Nurses who experience moral distress have reduced levels of professional quality of life, job satisfaction, professional burnout and increased levels of secondary traumatic stress. All of these have a negative impact on the quality of psychiatric care provided and affect the physical, psychological and emotional health of nursing staff.

Keywords: moral harm, moral distress, nursing staff, mental health, professional quality of life, secondary traumatic stress

Εισαγωγή

Παρόλο που ο ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας υπάρχει από την αρχαία εποχή, έγινε αντικείμενο επιστημονικής έρευνας και τεκμηριώθηκε τη δεκαετία του 1980 (Campos et al., 2012). Ο Διεθνής Οργανισμός Εργασίας (ΔΟΕ) ορίζει την ηθική παρενόχληση στο χώρο εργασίας ως την απαράδεκτη συμπεριφορά, τις απειλές ή τον ηθική παρενόχληση που εμφανίζεται σε πολλές περιπτώσεις και οδηγεί σε σωματική, ψυχολογική, σεξουαλική ή οικονομική βλάβη (ILO, 2019).

Ο ψυχίατρος M. Scott Peck στο βιβλίο «Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace» αναφέρει ότι το κακό εσωτερικεύεται και εξωτερικεύεται: κατοικεί τόσο μέσα όσο και έξω από το άτομο. Τα βίαια άτομα χρησιμοποιούν τη βία ως μέσο καταστροφής, θέλουν να εξαντλήσουν την πνευματική ανάπτυξη των άλλων προκειμένου να διατηρήσουν και να προωθήσουν τη δική τους κατεστραμμένη ηθική (Davenport et al., 1999). Το ερώτημα γιατί οι αθώοι πέφτουν θύματα του κακού είναι πάντα ενδιαφέρον για τους ανθρώπους.

Η παρενόχληση στον χώρο εργασίας θεωρείται μια μορφή διάκρισης που συνεπάγεται παραβίαση πολλαπλών νόμων σχετικά με τα εργασιακά και τα πολιτικά δικαιώματα των εργαζομένων. Είναι μια προσβλητική συμπεριφορά που θεωρείται εκφοβιστική, εχθρική ή επιθετική και ο εργαζόμενος πρέπει συχνά να αντιμετωπίζει αυτή τη συμπεριφορά για να διατηρήσει τη θέση του. Παρά την αυξανόμενη επικράτηση των ισχυρισμών, οι αναφορές εξακολουθούν να είναι ασυνήθιστες. Αυτό οφείλεται πρωτίστως στον ευτελισμό της συμπεριφοράς, στην οποία αυτή η συμπεριφορά θεωρείται ρουτίνα και επομένως όχι επιζήμια. Πρόσφατα, η αυξανόμενη επικράτηση των ψηφιακών μέσων έχει οδηγήσει στη συχνή αναφορά συμπεριφοράς παρενόχλησης μέσω ηλεκτρονικών μέσων. Αυτή η ποικιλία επιλογών απαιτεί από τις εταιρείες και τους οργανισμούς να είναι προορατικοί για την αποφυγή κάθε μορφής παρενόχλησης (Becton et al., 2017).

Η ηθική παρενόχληση ή mobbing είναι μια σιωπηλή μορφή βίας που επηρεάζει αρνητικά τις εργασιακές σχέσεις, προκαλεί άγχος και επηρεάζει αρνητικά τη σωματική και ψυχική υγεία των εργαζομένων. Μπορεί να προκαλέσει οικονομική βλάβη και προσωρινή ή μόνιμη απώλεια λειτουργικότητας. Παρά την έλλειψη επίσημων καταγγελιών και μηνύσεων, μελέτες που αξιολογούν την επικράτηση της παρενόχλησης σε διαφορετικά περιβάλλοντα έχουν δείξει ότι η πλειοψηφία των εργαζομένων έχει ήδη βιώσει ηθική παρενόχληση,

επηρεάζοντας αρνητικά την επαγγελματική και προσωπική τους ζωή (Elghazouani et al., 2018; Ferreira et al., 2017). Ο ΔΟΕ αναγνωρίζει ότι δικαίωμα των εργαζομένων είναι να εργάζονται σε ένα περιβάλλον απαλλαγμένο από βία ή εξαναγκασμό και ότι στους οργανισμούς πρέπει να καλλιεργηθεί κουλτούρα που να βασίζεται στον αμοιβαίο σεβασμό και την αξιοπρεπή συμπεριφορά. Δηλώνει επίσης ότι η βία και η εχθρότητα στο χώρο εργασίας μπορεί να θεωρηθούν μια μορφή παραβίασης ή κατάχρησης ανθρωπίνων δικαιωμάτων που αποτελεί απειλή για τις ίσες ευκαιρίες, απαράδεκτη και σε αντίθεση με τον ορισμό της αξιοπρεπούς εργασίας (ILO, 2019).

1. Ηθική βλάβη

Η ηθική βλάβη είναι ένας όρος που περιγράφει ένα άτομο που βιώνει μία ή πολλαπλές προσβλητικές ενέργειες, οι οποίες συχνά δεν ελέγχονται από το άτομο. Αυτές οι ενέργειες λέγεται ότι παραβιάζουν τις ηθικές αξίες ή πεποιθήσεις του ατόμου (Dean et al., 2019). Η ηθική βλάβη έχει επίδραση στην κοινωνία και τους επαγγελματίες υγείας (π.χ. νοσηλευτές, βοηθούς νοσηλευτών, παραϊατρικούς και ιατρούς) και αυξάνει τη συχνότητα ιατρικών λαθών και λειτουργικών αναπηριών (Mantri et al., 2021). Σύμφωνα με μία μελέτη το 32,4% των επαγγελματιών υγείας πάσχουν από ηθική βλάβη με τους νοσηλευτές να πάσχουν περισσότερο από το σύνολο των επαγγελματιών υγείας (Rushton et al., 2022).

1.1. Στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την ηθική βλάβη

Οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με καθημερινές καταστάσεις που αποκλίνουν από τις αξίες, τον ηθικό κώδικα ή τη συνείδησή τους. Οι ηθικοί στρεσογόνοι παράγοντες εμφανίζονται σε κάθε κατάσταση που ένα άτομο θα θεωρεί ηθική (Ramos et al., 2017). Οι ηθικοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορεί να είναι σκόπιμοι ή ακούσιοι και προκαλούν ηθικές παραβάσεις που έχουν μεγαλύτερο αντίκτυπο σε περιβάλλοντα υψηλού κινδύνου. Για παράδειγμα, ένα λάθος στη χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να προκαλέσει μη εμφανή βλάβη σε έναν ασθενή (ηθικός στρεσογόνος παράγοντας) ή το θάνατο του ασθενή (δυσνητικό επιβλαβές ηθικό γεγονός). Τόσο οι ηθικοί στρεσογόνοι παράγοντες όσο και τα δυσνητικά επιβλαβή ηθικά γεγονότα παραβιάζουν τον ηθικό κώδικα ενός ατόμου και οδηγούν σε γνωστική ασυμφωνία. Τα δυσνητικά επιβλαβή ηθικά γεγονότα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να προκαλέσουν ηθική βλάβη. Οι ηθικοί στρεσογόνοι παράγοντες θεωρείται ότι έχουν μικρότερο αντίκτυπο που προκαλεί ηθικό πόνο. Μπορούν, επίσης, να συσσωρευτούν με την πάροδο του χρόνου εάν δεν επιλυθούν και να οδηγήσουν σε ηθική βλάβη (Litz & Kerig, 2019; Riedel et al., 2022). Ωστόσο, υπάρχει ένα κοινό όριο μεταξύ των τύπων γεγονότων που θεωρούνται ηθικοί στρεσογόνοι παράγοντες και των δυσνητικά επιβλαβών ηθικών γεγονότων. Τα άτομα μπορεί να έχουν διαφορετικές απόψεις για το μέγεθος του αντίκτυπου των γεγονότων και για το εάν πρόκειται για ηθικό βάρος ή για μια μορφή σωματικής βλάβης.

Άλλοι ηθικοί στρεσογόνοι παράγοντες και δυσνητικά επιβλαβή ηθικά γεγονότα είναι το δευτερογενές τραύμα, η ηθική ασάφεια και η ηθική λήψη αποφάσεων. Το δευτερογενές τραύμα

εμφανίζεται σε επαγγελματίες υγείας που δείχνουν συμπάθεια προς άλλους που τραυματίζονται ή υποφέρουν. Επιπλέον, προσωπικοί παράγοντες όπως το ιστορικό συναισθηματικού τραύματος, ο τρόπος με τον οποίο κάποιος ερμηνεύει την τραυματική εμπειρία ενός ασθενούς και μη ρεαλιστικές προσδοκίες μπορούν όλα να συμβάλουν στην ανάπτυξη δευτερογενούς τραύματος. Οι νοσηλευτές και οι βοηθοί νοσηλευτών είναι παραδείγματα επαγγελματιών υγείας που συχνά πρέπει να αντιμετωπίσουν καταστάσεις που σχετίζονται με τραύματα (Elwood et al., 2011).

Οι ηθικές ανησυχίες έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο δευτερογενές τραύμα, τον ηθικό πόνο και την ηθική βλάβη. Τα ηθικά ζητήματα μπορεί να προκληθούν από ηθική ασάφεια ή διλήμματα σχετικά με την ηθική. Η ηθική αβεβαιότητα προκαλείται όταν το άτομο δεν γνωρίζει καθόλου για τα ηθικά ζητήματα, τις αρχές ή τις αξίες που σχετίζονται με μια συγκεκριμένη κατάσταση. Ουσιαστικά, υπάρχει αβεβαιότητα ως προς το αν υπάρχει ή όχι ηθικό δίλημμα. Οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να έχουν την «αίσθηση» ότι η κατάσταση δεν είναι κατάλληλη. Αυτή η εσωτερική σύγκρουση λειτουργεί ως στρεσογόνος παράγοντας για την ηθική. Επιπλέον, η ηθική ασάφεια μπορεί να λειτουργήσει ως ηθικό βάρος όταν ένα άτομο δεν είναι σίγουρο για το τι να κάνει ή πώς να αντιδράσει σε μια ηθική κατάσταση (Čartolovni et al., 2021).

Ένα ηθικό δίλημμα δημιουργείται όταν υπάρχουν πολλαπλοί αντικρουόμενοι δρόμοι που πρέπει να ακολουθήσει ένα άτομο σε μια ηθική κατάσταση. Ωστόσο, κάθε επιλογή έχει και σωστές και λανθασμένες πτυχές που δεν είναι προφανείς όσον αφορά το γιατί μια ενέργεια είναι περισσότερο ή λιγότερο ηθική από μια άλλη. Ένα ηθικό δίλημμα μπορεί να θεωρηθεί ότι είναι μια κατάσταση που έχει πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα και αντιπροσωπεύει στρεσογόνο παράγοντα για την ηθική (Hardingham, 2004).

Ατομικοί παράγοντες κινδύνου ηθικής βλάβης

Προσωπικοί παράγοντες κινδύνου που είναι συγκεκριμένοι για τους ηθικούς στρεσογόνους παράγοντες έχουν αρνητική επίδραση στον επιπολασμό της ηθικής βλάβης. Οι κύριοι ατομικοί παράγοντες κινδύνου περιλαμβάνουν τη νεαρή ηλικία (κάτω των 45 ετών), τη μικρή προϋπηρεσία, την έλλειψη θρησκευτικής πίστης, το ιστορικό άγχους ή κατάθλιψης, τη δυσαρέσκεια από την εργασία και τα υπάρχοντα συμπτώματα εξουθένωσης (Mantri et al., 2021).

1.2. Ηθική δυσφορία και ηθική βλάβη

Η ηθική βλάβη δημιουργείται όταν ένα άτομο βιώνει ηθικούς στρεσογόνους παράγοντες. Ηθικό πόνο αισθάνονται τα άτομα που έχουν γνωστική ασυμφωνία, ασυνέπεια μεταξύ αυτού που πιστεύεται και αυτού που γίνεται, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να κάνουν πράξεις που θεωρούνται ηθικές λόγω εσωτερικών ή εξωτερικών παραγόντων (Hardingham, 2004; Ramos et al., 2017). Η ηθική δυσφορία είναι μια απάντηση σε ηθικά εγκλήματα, λάθη ή αποτυχίες, όπου το άτομο αισθάνεται ότι η προσβάλλεται η τιμή του (Rushton, 2017). Ουσιαστικά, υπάρχει μια αίσθηση ηθικής ευθύνης, αλλά το άτομο δεν είναι σε θέση να αλλάξει το αποτέλεσμα. Ωστόσο, οι ψυχολογικές και λειτουργικές επιπτώσεις του ηθικού πόνου είναι τυπικά βραχύβιες και περιορισμένες (Litz & Kerig, 2019).

Η ηθική βλάβη επινοήθηκε ως όρος ως απάντηση στους βετεράνους του πολέμου του Βιετνάμ που εμφάνισαν παρόμοια αλλά όχι πανομοιότυπα συμπτώματα διαταραχής μετατραυματικού στρες (Shay, 2014). Ο Shay όρισε την έννοια της ηθικής βλάβης ως την παραβίαση της ηθικής σε ένα περιβάλλον υψηλού κινδύνου, είτε από ένα πρόσωπο εξουσίας είτε από το άτομο. Οι Dean et al. (2019) συνέδεσαν την ηθική βλάβη με επαγγελματίες υγείας, επιμένοντας στα εξής: «ηθική βλάβη συμβαίνει όταν: διαπράττουν, είναι μάρτυρες ή αποτυγχάνουν να αποτρέψουν μια συμπεριφορά που παραβίαζε τις βαθύτερες ηθικές πεποιθήσεις τους». Οι επαγγελματίες υγείας έχουν μια συνεχή επιβάρυνση ηθικών υποχρεώσεων που αφορούν τον ασθενή, τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης που εργάζονται, την ασφαλιστική εταιρεία και τους ίδιους. Η ηθική βλάβη προέρχεται από την εσωτερική ευαισθησία των ηθικών ανησυχιών, του φόβου για την ηθική, της αυτοεκτίμησης και της αδυναμίας να συγχωρήσει τον εαυτό του μετά από την εμπειρία ηθικών στρεσογόνων παραγόντων ή γεγονότων (Riedel et al., 2022). Η ηθική βλάβη έχει επίδραση στον κοινωνικό, θρησκευτικό/πνευματικό και βιολογικό τομέα ενός ατόμου. Η συνεχής ταλαιπωρία και έκθεση σε ηθικές ανησυχίες και το κατάλοιπο της ηθικής με την πάροδο του χρόνου μπορεί να οδηγήσει σε ηθική βλάβη (Čartolovni et al., 2021).

Τα συνδυασμένα, ανεπίλυτα ηθικά βάρη ή γεγονότα αναπτύσσουν ηθική βλάβη μέσω ενός μηχανισμού που ονομάζεται «φαινόμενο crescendo» (Riedel et al., 2022). Η ηθική βλάβη προκύπτει από τους επαναλαμβανόμενους στρεσογόνους παράγοντες της ηθικής και από την αδυναμία των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν την κατάλληλη ή ποιοτική φροντίδα ως αποτέλεσμα των ηθικών τους πεποιθήσεων. Οι Dean et al. (2019) ανέφεραν συγκεκριμένα:

«Κάθε φορά που αναγκάζομαστε να λάβουμε αποφάσεις που είναι επιζήμιες για τους ασθενείς μας, νιώθουμε ένα αίσθημα ηθικής αγανάκτησης. Τελικά, αυτές οι συχνές προσβολές συνδυάζονται για να γίνουν ηθικοί τραυματισμοί». Οι Čartolovni et al. (2021) προειδοποιούν «Ο ηθικός τραυματισμός έχει μακροπρόθεσμη επίδραση που περιλαμβάνει το συναισθηματικό μέρος του εγκεφάλου, αυτό το τμήμα του εγκεφάλου είναι υπεύθυνο για τις μακροχρόνιες συναισθηματικές ουλές ή βλάβες που συμβάλλουν στο μόνιμο μούδιασμα, απώλεια λειτουργικότητας και κοινωνική απομόνωση. Εάν δεν αντιμετωπιστεί έγκαιρα μπορεί να οδηγήσει σε μετατραυματική ανάπτυξη». Η λέξη τραύμα παρέχει ένα παράδειγμα της συναισθηματικής, ψυχολογικής, διανοητικής ή συμπεριφορικής βλάβης και της προδοσίας που σχετίζεται με την ηθική βλάβη σε σύγκριση με τον ηθικό πόνο (Riedel et al., 2022; Sheikhbahaei et al., 2023).

1.3. Επιπτώσεις της ηθικής βλάβης

Οι όρκοι των επαγγελματιών υγείας, που τους δεσμεύουν να δίνουν προτεραιότητα στις ανάγκες των ασθενών τους έναντι άλλων ανησυχιών, είναι μια βαθιά ηθική πεποίθηση. Όταν ένας επαγγελματίας υγείας αναγκάζεται να λάβει μια απόφαση που δεν ωφελεί τους ασθενείς, αλλά τους εμπλεκόμενους φορείς της υγειονομικής περίθαλψης, εμφανίζεται ένα αίσθημα ηθικής αδικίας. Αυτό μπορεί να αφήσει στο άτομο ένα «ηθικό εντύπωμα». Υπάρχουν αμοιβαίες σχέσεις μεταξύ της ηθικής βλάβης και της ηθικής δυσφορίας λόγω της επαναλαμβανόμενης φύσης της διαδικασίας επεξεργασίας των ηθικών στρεσογόνων παραγόντων και των γεγονότων. Τα ηθικά κατάλοιπα είναι βαθιά και διαρκούν επειδή το άτομο θυσιάζει την τιμή του (Hardingham, 2004). Τα ηθικά κατάλοιπα έχουν συσχετιστεί με το επάγγελμα των νοσηλευτών σε δύσκολες καταστάσεις που απαιτούν ηθική κρίση, με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών και με τους νοσηλευτές που εγκαταλείπουν το επάγγελμα (Savel & Munro, 2015).

Η επαγγελματική εξουθένωση συχνά συγχέεται λανθασμένα με την ηθική βλάβη. Ωστόσο, η επαγγελματική εξουθένωση είναι αποτέλεσμα της διαδικασίας της ηθικής βλάβης (Dean et al., 2019). Η επαγγελματική εξουθένωση, μια διαταραχή ψυχικής υγείας, έχει τρία κύρια χαρακτηριστικά: συναισθηματική εξάντληση, κυνισμό και περιφρόνηση για την εργασία, αναποτελεσματικότητα, απελπισία ή έλλειψη ικανοποίησης (Maslach & Leiter, 2016). Η επαγγελματική εξουθένωση είναι η αδυναμία προσαρμογής ή η έλλειψη βιωσιμότητας σε ένα

περιβάλλον απασχόλησης (Dean et al., 2019). Οι λύσεις στην επαγγελματική εξουθένωση αφορούν πρωτίστως την αύξηση της προσωπικής δύναμης του ατόμου, την κοινωνική υποστήριξη, την ευεξία και τη μείωση του στρες και της κόπωσης (Maslach & Leiter, 2016).

Μια άλλη αρνητική συνέπεια της ανεπίλυτης ηθικής βλάβης είναι η διαταραχή μετατραυματικού στρες (Shay, 2014). Η διαταραχή μετατραυματικού στρες Τη διαταραχή μετατραυματικού στρες είναι μια διαταραχή ψυχικής υγείας που προκαλείται από τραύμα ή πολλά συμβάντα που σχετίζονται με τραύμα και έχει τέσσερα κύρια συμπτώματα, την επαναλαμβανόμενη εμπειρία του τραύματος, την αποφυγή οποιασδήποτε συσχέτισης με το τραύμα, τις αρνητικές σκέψεις ή συναισθήματα και τον υπερβολικό ενθουσιασμό (Kirkpatrick & Heller, 2014). Η ηθική βλάβη είναι διαφορετική από τη διαταραχή μετατραυματικού στρες κυρίως επειδή ο ηθικός στρεσογόνος παράγοντας ή γεγονός δεν αποτελεί απειλή για τη ζωή (όπως στη διαταραχή μετατραυματικού στρες), αλλά αντίθετα βλάπτει την ηθική του ατόμου. Η ενοχή, η ντροπή και ο θυμός είναι τα πιο κοινά συναισθήματα στους ασθενείς με ηθική βλάβη έναντι των ασθενών με διαταραχή μετατραυματικού στρες. Μόνο τη διαταραχή μετατραυματικού στρες παρουσιάζει φυσιολογική διεγερση. Στην ηθική βλάβη μειώνεται η πίστη του ατόμου στις ικανότητές του, ενώ στη διαταραχή μετατραυματικού στρες μειώνεται η ασφάλεια του ατόμου (Litz et al., 2009).

Αντίθετα, μια πιθανή ωφέλιμη πτυχή της ηθικής βλάβης με την πάροδο του χρόνου είναι η ηθική ανθεκτικότητα. Η ηθική ανθεκτικότητα είναι η διαδικασία διατήρησης ή αποκατάστασης της ακεραιότητας μέσω της εμπιστοσύνης των προσωπικών αξιών ή της πίστης στην ηθική σε δύσκολες καταστάσεις (Rushton, 2016). Η επίδειξη ηθικής ανθεκτικότητας είναι η γενναιότητα, η αυτοπεποίθηση και η ευελιξία να αντιμετωπίζει το άτομο αυτές τις καταστάσεις χωρίς λύπη, ντροπή ή απελπισία. Τα άτομα που έχουν ηθική ανθεκτικότητα αναγνωρίζουν την πολυπλοκότητα και την ίντριγκα των ηθικών καταστάσεων και έχουν συναισθηματική ευελιξία (Rushton, 2016). Τα άτομα που έχουν ηθική ανθεκτικότητα δεν αγνοούν ή καταστέλλουν τις επιπτώσεις των ηθικών στρεσογόνων παραγόντων, αντίθετα, αυξάνουν την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν αυτές τις καταστάσεις (Rushton, 2017).

1.4. Ηθικοί στρεσογόνοι παράγοντες και ανεπιθύμητα συμβάντα που είναι δυνητικά επιβλαβή για την υγεία

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά αντιμετωπίζουν ηθικές δυσκολίες και γεγονότα κατά τη φροντίδα των ασθενών. Τρία βασικά θέματα της ηθικής βλάβης που είναι σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη πρέπει να ληφθούν υπόψη: φροντίδα προσανατολισμένη στην εργασία έναντι προσανατολισμένη στον ασθενή, εμπόδια από τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης και η προδοσία. Οι περιορισμοί από τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης και η προδοσία καταδεικνύουν περαιτέρω την έλλειψη αυτονομίας και τα οικονομικά οφέλη που έρχονται σε αντίθεση με την αύξηση των ανεπαρκών πόρων. Ενώ η ηθική βλάβη είναι μια ατομική εμπειρία, αυτές οι κατηγορίες καταδεικνύουν υπευθυνότητα από την οπτική γωνία των εξωτερικών δυνάμεων που εμπλέκονται στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης, τους οργανισμούς, τη διοίκηση και την εργασία (πίνακας 1).

Πίνακας 1. Παραδείγματα στρεσογόνων ηθικών παραγόντων στο χώρο της υγείας

Φροντίδα προσανατολισμένη στην εργασία	Θεσμικά διοικητικά εμπόδια
Ανίκανος να δείξει πόσο είναι ηθικά επιβαρυνμένος	Ιεραρχική δομή
Ανίκανος να υποστήριξη τους ασθενείς	Έλλειψη υποστήριξης και δράσης
Υποστελέχωση και άπειρο προσωπικό	Έλλειψη επικοινωνίας από τους διευθυντές
Παραίτηση προσωπικού	Κριτική
Αλγοριθμική φροντίδα	Μικρές επιθέσεις
Ασυμβίβαστες και επιθετικές θεραπείες	Εμπορευματοποίηση υγειονομικής περίθαλψης
Έλλειψη ελέγχου ή αυτονομίας επί των πολιτικών	Εστίαση στα έσοδα
Ακατάλληλες εργασίες	Μετρήσεις παραγωγικότητας και βραβεία
Εσφαλμένα ανατεθειμένες ευθύνες	Ποσότητα αντί για ποιότητα
Μη ρεαλιστικές προσδοκίες εργασίας και χρονοδιαγράμματα	Εξάρσεις COVID-19
	Συναισθηματική υπερένταση

Επιλογή μεταξύ εργασίας και προσωπικού χρόνου Υποχρεωτική υπερωρία	Ελλιπής ή καθόλου εξοπλισμός και ΜΑΠ Υποχρεωτική απομόνωση ασθενών Αδυναμία παροχής ποιοτικής φροντίδας Ασθενείς που πεθαίνουν μόνοι Προσθήκες σε θεραπείες που είναι μάταιες Οι νοσηλευτές ως εχθροί ασθενών και οικογενειών.
---	---

Φροντίδα που είναι προσανατολισμένη στην εργασία έναντι του ασθενή

Η διεξαγωγή ολοκληρωμένων αξιολογήσεων, η κατοχή κριτικής σκέψης, η παροχή στους ασθενείς κατάλληλης πολιτισμικά εκπαίδευσης και η χρήση νοσηλευτικών τεχνικών είναι όλοι επιθυμητοί αλλά φιλόδοξοι στόχοι των νοσηλευτών στη σημερινή υγειονομική περίθαλψη. Θεωρείται μη ρεαλιστική προσδοκία ότι η νοσηλευτική διδάσκεται και ασκείται σύμφωνα με τις αρχές και τις κατευθυντήριες οδηγίες του μοντέλου στο σχολείο, λόγω της τρέχουσας φύσης της φροντίδας που είναι προσανατολισμένη στην εργασία και στον ασθενή. Αυτή η αλλαγή παραδείγματος έχει ως αποτέλεσμα την παραγωγή ηθικής βλάβης. Παρά την επιλογή ενός επαγγέλματος υγείας για να βοηθήσει και να φροντίσει άλλους, η ηθική βλάβη χαρακτηρίζεται από ανικανότητα να βοηθήσει, έλλειψη εκπαίδευσης και την αντίληψη ότι οι οργανώσεις και οι κοινότητες τους δεν έχουν ρεαλιστικές προσδοκίες από αυτούς (Smith-MacDonald et al., 2021). Η θεωρία εφαρμογής έχει θετική επίδραση στα αποτελέσματα υγείας και στην ποιότητα της περίθαλψης. Η φροντίδα που είναι προσανατολισμένη στην εργασία συνδέεται με χαμηλότερη ικανοποίηση από την εργασία. Ως αποτέλεσμα, ο ηθικός κώδικας ενός νοσηλευτή έρχεται σε σύγκρουση όταν η ικανότητά του να εφαρμόζει το νοσηλευτικό μοντέλο μειώνεται στην καθημερινή πρακτική (McCay et al., 2018).

Επιπλέον, η πραγματικότητα του αυξανόμενου διοικητικού φόρτου που σχετίζεται με τη χρήση ηλεκτρονικών αρχείων υγείας συμβάλλει σε σημαντικό χρονικό διάστημα μακριά από την άμεση φροντίδα των ασθενών. Περίπου τα τρία τέταρτα των νοσηλευτών περνούν τουλάχιστον το μισό του χρόνου τους στη δουλειά γράφοντας για τα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας. Η ολοκλήρωση των διαδικασιών ασφάλισης και οι ζητούμενες ροές εργασίας, οι εργασίες, οι ειδοποιήσεις και η καταχώρηση των δεδομένων στα ηλεκτρονικά αρχεία υγείας

ανατίθενται συνήθως σε νοσηλευτές, αλλά σπάνια αξιολογούνται για την αύξηση της αποτελεσματικότητας και τη μείωση του φόρτου διαχείρισης. Αυτός ο επιπλέον διοικητικός φόρτος που είναι περιττός συμβάλλει στην απογοήτευση των νοσηλευτών, στην αντίληψη περίθαλψης χαμηλότερης ποιότητας, στον υπερβολικό φόρτο εργασίας και στην ηθική δυσφορία ή ηθική βλάβη (Anderson et al., 2020; Sheikhabahaei et al., 2023). Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ότι οι νοσηλευτές δεν μπορούν να παρέχουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης που επιθυμούν. Η μειωμένη ηθική ευαισθησία και οι διαφορούμενες στάσεις των επαγγελματιών υγείας είναι το αποτέλεσμα των παραγόντων του συστήματος που δίνουν προτεραιότητα στα καθήκοντα έναντι της ανθρώπινης αξίας (Čartolovni et al., 2021). Η φροντίδα που προσανατολίζεται στην εργασία μετατρέπεται σε καθημερινό στρεσογόνο παράγοντα γεγονός που εμποδίζει την ικανότητα του νοσηλευτή να παρέχει στον ασθενή τον τύπο ή την ποιότητα της περίθαλψης που χρειάζεται (Mantri et al., 2021). Ο όγκος της εργασίας που είναι υπερβολικός και αναποτελεσματικός και το περιεχόμενο της εργασίας που είναι μονότονο και δεν αντιστοιχεί στην εκπαίδευση συμβάλλουν στη χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση (Agarwal et al., 2020). Οι επαγγελματίες υγείας έχουν μια ηθική δυσφορία που πηγάζει από τις διοικητικές επιβαρύνσεις του ηλεκτρονικού αρχείου υγείας. Επιδεινώνεται από το γεγονός ότι έχουν λιγότερο χρόνο να περάσουν με τους ασθενείς και την πολυπλοκότητα κάθε συνάντησης. Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να επιλέξουν να θυσιάσουν τον χρόνο τους με τους ασθενείς ή τη ζωή τους εκτός εργασίας, το οποίο προκαλεί ηθικό πόνο και τελικά ηθική βλάβη (Mantri et al., 2021).

1.5. Θεσμικά εμπόδια

Η δομή, η ιεραρχία, η επικοινωνία και οι υπεύθυνοι λήψης αποφάσεων του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης έχουν επίδραση στην ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να συνηγορούν υπέρ του εαυτού τους και των ασθενών τους. Επιπλέον, η θεσμική κουλτούρα έχει επίδραση στην ηθική βλάβη. Οι επαναλαμβανόμενες μικροεπιθετικές ενέργειες στον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης ή στο χώρο εργασίας οδηγούν στην καλλιέργεια ενός τοξικού κλίματος. Η ηθική βλάβη προέρχεται από την παραδοσιακή ιεραρχική δομή, την κριτική, την κακή επικοινωνία και την έλλειψη ενσυναίσθησης, υποστήριξης και παρουσίας από τη θεσμική ηγεσία. Πολλοί εργοδότες πιστεύουν ότι οι εργαζόμενοι πρέπει να θεωρούνται ως μηχανές που ολοκληρώνουν τις εργασίες, παρά ως ανθρώπινα όντα. Άλλες περιπτώσεις

θεσμικής προδοσίας συνδέονται επίσης με την πρακτική φροντίδας με γνώμονα την εργασία, η οποία συχνά αναφέρεται από οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Smith-MacDonald et al., 2021).

Οι νοσηλευτές έχουν την ηθική υποχρέωση να υπερασπιστούν τους ασθενείς τους δίπλα στο κρεβάτι, ενώ πολλές φορές χρειάζεται να έρθουν σε σύγκρουση με την υπόλοιπη ομάδα υγειονομικής περίθαλψης και με τη διοίκηση. Ενώ οι επαγγελματίες υγείας μπορεί να επιχειρήσουν να επιτύχουν δικαιοσύνη και καλοσύνη, η επαγγελματική προδοσία μπορεί να εμποδίσει μια κουλτούρα που υποστηρίζει τέτοια πράγματα. Η κουλτούρα του οργανισμού επηρεάζει την ηθική βλάβη, ειδικά όταν η διοίκηση δεν υποστηρίζει το προσωπικό (Rainer & Schneider, 2020). Οι νοσηλευτές αποφεύγουν με συνέπεια να μιλούν σε καταστάσεις που ενέχουν κινδύνους, συμπεριλαμβανομένου του φόβου της ανταπόδοσης, της απώλειας εργασίας ή του να θεωρούνται ταραχοποιοί ή αρχάριοι. Επιπρόσθετα, το εχθρικό εργασιακό περιβάλλον και η έλλειψη υποστήριξης ή δράσης από τη διοίκηση ως απάντηση στους νοσηλευτές που εκφράζουν τις ανησυχίες τους τους εμποδίζει να το κάνουν. Η σκληρή ιεραρχία ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης είναι υπεύθυνη για τη μείωση της προσβασιμότητας. Αυτό δημιουργεί εμπόδια στους επαγγελματίες υγείας να επικοινωνούν με τη διοίκηση για λογαριασμό των ασθενών ή της ομάδας υγειονομικής περίθαλψης. Ως αποτέλεσμα, όταν αυξάνεται η ηθική βλάβη, οι επαγγελματίες υγείας αντιμετωπίζουν επανειλημμένα περιστατικά ηθικής δυσφορίας, αλλά αποτυγχάνουν να είναι αποτελεσματικοί συμμετέχοντες στη διαδικασία αλλαγής ή έχουν πρόβλημα να συμβιβάσουν ηθικές διαφωνίες (Beck et al., 2023).

Η εμπιστοσύνη και η προβολή στη θεσμική ηγεσία λείπει, οδηγώντας σε δυσπιστία, ηθικό πόνο και ηθική βλάβη. Στην πανδημία COVID-19, οι επαγγελματίες υγείας, η πλειοψηφία των οποίων ήταν νοσηλευτές, είχαν υποστεί ηθική βλάβη λόγω της ανεπαρκούς επικοινωνίας νέων πληροφοριών σχετικά με τον ιό SARS-CoV2. Επιπλέον, η πανδημία επιδείνωσε τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας σχετικά με την ηγεσία και την εμπιστοσύνη στους ηγέτες. Σε αυτές συμπεριλαμβάνεται η αποτυχία αναγνώρισης ή αντιμετώπισης ζητημάτων (Nelson et al., 2022).

1.5.1. Χαμηλή αυτονομία και περιορισμένη εξουσία λήψης αποφάσεων

Η αποτυχία επικοινωνίας και αναφοράς, η έλλειψη ελέγχου των πολιτικών, των διαδικασιών, των θεμάτων στο χώρο εργασίας και της παροχής υγειονομικής περίθαλψης συμβάλλουν στην ηθική βλάβη και στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (Anderson et al., 2020). Η κοινή αιτία της ηθικής βλάβης στους επαγγελματίες υγείας είναι η έλλειψη ελέγχου, εξουσίας ή αυτονομίας στις αποφάσεις που λαμβάνονται σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών (Riedel et al., 2022). Εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, υπάρχει μια εγγενώς πολύπλοκη δομή που συχνά αποτελείται από μάνατζερ που δεν έχουν άμεση ανάμειξη με την πρακτική της υγειονομικής περίθαλψης, αλλά αντίθετα παίρνουν αποφάσεις πολιτικής που επηρεάζουν την απόδοση των επαγγελματιών υγείας. Η έλλειψη σύνδεσης μεταξύ κλινικών καθηκόντων και ροών εργασίας αυξάνει τον ηθικό πόνο (Beck et al., 2023).

Είτε αφορά εξωτερικούς είτε νοσηλευόμενους ασθενείς, η αλγοριθμική φροντίδα συνήθως στερείται κριτικής σκέψης και υπεργενικεύει τη φροντίδα των ασθενών. Η αλγοριθμική φροντίδα μπορεί να οδηγήσει σε ηθική βλάβη παρέχοντας θεραπεία χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα συμπτώματα ή η κατάσταση του ασθενούς. Οι επαγγελματίες υγείας στην Αμερική μπορεί να έχουν ηθικές ανησυχίες που πηγάζουν από το ιατρικό πρότυπο του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο είναι να κάνει όσο το δυνατόν περισσότερα για έναν ασθενή και τη δική του υγεία, ενώ κανονικά δεν θα έπρεπε. Αυτές οι ηθικές συγκρούσεις και πιέσεις είναι επιζήμιες για τους ασθενείς, οπότε και για τους νοσηλευτές, και τελικά κάνουν κακό αντί καλό (Beck et al., 2023).

1.5.2. Οικονομικά κίνητρα έναντι της πεποίθησης

Οι Beck et al. περιγράφουν το αμερικανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης ως υπεύθυνο για πολλά ηθικά δεινά και ηθική βλάβη για τους επαγγελματίες υγείας. Η εστίαση του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης στα έσοδα, την παραγωγικότητα και τις πληρωμές τύπου μπόνους με βάση τον όγκο της περίθαλψης των ασθενών έρχεται σε σύγκρουση με τις ηθικές αρχές των ιατρών και νοσηλευτών για ευεργεσία, δικαιοσύνη και αυτονομία. Η αύξηση της προσβολής προσθέτοντας επιπλέον πίεση και κίνητρο στην παραγωγικότητα, αντίστοιχα, απανθρωποποιεί το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Οι τρόποι πληρωμών των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης που βασίζονται στη σχετική αξία των υπηρεσιών, δίνουν κίνητρο για τον όγκο έναντι της ποιότητας. Η εστίαση στην παραγωγικότητα προωθεί το κίνητρο για

πιθανές σπάταλες, ανεπίτρεπτες ή επιβλαβείς εξετάσεις και διαδικασίες στους ασθενείς. Η πίεση για την εκτέλεση οικονομικά επωφελών ενεργειών έναντι του βέλτιστου συμφέροντος του ασθενούς υπερβαίνει τον ηθικό κώδικα δεοντολογίας του παρόχου. Επίσης, η περιττή φροντίδα αυξάνει την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών, το οποίο δημιουργεί ηθική βλάβη στους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης (Beck et al., 2023).

Πολλοί επαγγελματίες υγείας δυσκολεύονται να παρέχουν φροντίδα που να είναι σύμφωνη με τις ηθικές τους πεποιθήσεις όταν η εστίαση είναι στην επιχείρηση και όχι στον ασθενή. Όταν η φροντίδα ασθενών παρέχεται με ένα επιχειρηματικό μοντέλο, ο επιπολασμός της ηθικής βλάβης αυξάνεται (Agarwal et al., 2020). Οι ιατροί και οι νοσηλευτές δεν είναι σε θέση να παρέχουν στον ασθενή τη φροντίδα που κρίνουν απαραίτητη, να περνούν τον κατάλληλο χρόνο με τον ασθενή και να παρέχουν υγειονομική περίθαλψη με τον τρόπο που πιστεύουν ότι είναι πιο αποτελεσματική, τα οποία οδηγούν σε ηθικούς στρεσογόνους παράγοντες και τελικά σε ηθική βλάβη (Beck et al., 2023). Οι Dean et al. (2019) αναγνωρίζουν το ελαττωματικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης που αναγκάζει τους επαγγελματίες υγείας να επικεντρώνονται στα έσοδα αντί να θεραπεύουν ασθενείς, κάτι που παραβιάζει τον ηθικό κώδικα των επαγγελματιών υγείας.

1.6. Πρόληψη ηθικής βλάβης

Οι προληπτικές ενέργειες σχετικά με την ηθική βλάβη θα πρέπει να επικεντρώνονται στα πρώτα βήματα του Continuum. Η πρόληψη της ηθικής βλάβης περιλαμβάνει τη μείωση των στρεσογόνων παραγόντων και των γεγονότων στο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Ως αποτέλεσμα, αποφεύγεται η γνωστική ασυμφωνία, ο ηθικός πόνος και η ηθική βλάβη. Η άρση των εσωτερικών και εξωτερικών περιορισμών που είναι ουσιαστικοί για την ηθική τάλαιπωρία, αντιπροσωπεύει ένα σημαντικό βήμα για την αποφυγή της ηθικής βλάβης (Čartolovni et al., 2021). Για να μπορέσει να αλλάξει η κουλτούρα που καλλιεργεί την ηθική βλάβη, οι μάνατζερ των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης πρέπει πρώτα να κατανοήσουν την έννοιά της (Shay, 2014).

Διαφορετικές στρατηγικές χρησιμοποιούνται για την πρόληψη της ηθικής βλάβης σε αντίθεση με την επαγγελματική εξουθένωση. Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να θεωρηθεί η ψυχική ασθένεια που προκαλείται από μία ηθική βλάβη σε ένα άτομο. Ωστόσο, αν και τα άτομα έχουν εμπειρία από ηθική βλάβη, αυτή προέρχεται από τα μεγαλύτερα, σε όλο το

σύστημα ζητήματα στην υγειονομική περίθαλψη. Η αποτελεσματική αναγνώριση της ηθικής βλάβης διευκολύνει τον ακριβή προσδιορισμό της αιτίας της αγωνίας σε ένα κατεστραμμένο σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όχι σε άτομα (Dean et al., 2019). Κάποιοι τρόποι διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η λήψη άδειας από την εργασία, η άσκηση, η ψυχοθεραπεία και η γιόγκα. Ωστόσο, καμία από αυτές τις πρωτοβουλίες δεν αντιμετωπίζει τους θεμελιώδεις ηθικούς στρεσογόνους παράγοντες που προκαλούν ηθικό πόνο ή ηθική βλάβη. Για παράδειγμα, η σωματική δραστηριότητα δεν εμποδίζει την υποστελέχωση ή την εμπορευματοποίηση της υγειονομικής περίθαλψης. Παρά αυτές τις πρωτοβουλίες που μπορεί να βοηθήσουν τα άτομα να αντιμετωπίσουν την επαγγελματική εξουθένωση, προορίζονται κυρίως ως προσωρινές λύσεις και συχνά καταχρώνται ως μια μορφή θεραπείας για την ηθική βλάβη. Σε γενικές γραμμές, αποτυγχάνουν να αντιμετωπίσουν τα θεμελιώδη ζητήματα που προκαλούν ηθική βλάβη και αντ' αυτού κατηγορούν τους επαγγελματίες υγείας που το έχουν βιώσει. Αντίθετα, πρέπει να αντιμετωπιστούν διαρθρωτικά και διοικητικά ζητήματα. Ως αποτέλεσμα, η αντιμετώπιση του μεγαλύτερου ζητήματος της ηθικής βλάβης μπορεί να αποτρέψει την επαγγελματική εξουθένωση (Dean et al., 2019).

1.6.1. Αλλαγή στις θεσμικές προτεραιότητες

Επειδή μια πρωταρχική ηθική υποχρέωση για φροντίδα για την υγεία προέρχεται από το εταιρικό και επιχειρηματικό μοντέλο περίθαλψης ασθενών, η επανατοποθέτηση της εστίασης της διοικητικής δραστηριότητας σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητη. Για παράδειγμα, οι επαγγελματίες υγείας πιστεύουν ότι η φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι πρωταρχικής σημασίας, αλλά αυτό συχνά έρχεται σε αντίθεση με τα οικονομικά οφέλη που μπορεί να προκύψουν από αυτήν. Η οδηγία προς τη διοίκηση είναι να βοηθήσει στην υποστήριξη της φροντίδας των ασθενών, όχι να την υπαγορεύει. Η αποτελεσματική αλλαγή των προτεραιοτήτων των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης, των στόχων στο χώρο εργασίας, των κανόνων και των οικονομικών μετρήσεων απαιτεί τη συμμετοχή στα κέντρα λήψης αποφάσεων μιας ποικιλίας επαγγελματιών υγείας. Τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης συχνά εστιάζουν στις οικονομικές μετρήσεις και όχι στην ακεραιότητα του προσωπικού ή την έκβαση των ασθενών. Η πρόσφατη τάση προς τη φροντίδα που βασίζεται στην αξία, αντί για τη φροντίδα με βάση το κόστος, οδήγησε στην εστίαση στην φροντίδα με επίκεντρο τον ασθενή που έχει πρόσθετα οφέλη (Komanduri, 2021). Οι διαχειριστές

υγειονομικής περίθαλψης πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με την καθημερινή πρακτική εμπειρία των επαγγελματιών υγείας, προκειμένου να εξαλείψουν την περιττή, ανεπίτρεπτη ή υπερβολική εργασία γραφείου που επιβαρύνει τους επαγγελματίες υγείας (Sheikhbahaei et al., 2023).

1.6.2. Αντιμετώπιση του εργασιακού περιβάλλοντος

Οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την ηθική και τους στρεσογόνους παράγοντες που εμφανίζονται στην υγειονομική περίθαλψη συχνά αποδίδονται στο εργασιακό περιβάλλον ή την κουλτούρα. Ως αποτέλεσμα, η εφαρμογή υγιεινών εργασιακών περιβαλλόντων σε όλους τους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης είναι ζωτικής σημασίας για την πρόληψη της ηθικής βλάβης. Το AACN έχει θεσπίσει έξι βασικές αρχές που πρέπει να ακολουθούνται για να υπάρχει ένα υγιές εργασιακό περιβάλλον. Αυτά τα βασικά στοιχεία του χώρου εργασίας περιλαμβάνουν την αποτελεσματική επικοινωνία, τη συνεργασία, την κριτική σκέψη, τη στελέχωση, την αναγνώριση και την αυθεντική ηγεσία. Αυτοί οι στόχοι είναι το αντίθετο των ηθικών στρεσογόνων παραγόντων και είναι επίσης αποτελεσματικοί στην πρόληψη της εμφάνισης ηθικής βλάβης.

Το AACN υποστηρίζει ότι οι νοσηλευτές πρέπει να είναι αναπόσπαστοι συμμετέχοντες στην ηγεσία του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, θα πρέπει να αξιολογούν και να κατευθύνουν τις λειτουργίες, καθώς και να δημιουργούν κανόνες. Ενσωματώνοντας τις στρατηγικές του οργανισμού για την πρόληψη της ηθικής βλάβης, τα ιδρύματα που χρησιμοποιούν μοντέλα φροντίδας που περιλαμβάνουν νοσηλευτές που έχουν την ευθύνη των ασθενών τους είναι πιο ικανοποιημένοι με τα αποτελέσματά τους και έχουν μεγαλύτερο ποσοστό νοσηλευτών που παραμένουν μαζί τους. Οι νοσηλευτές έχουν ηθικό θάρρος και μιλούν για τις ανάγκες των ασθενών τους προκειμένου να αποτρέψουν κακά αποτελέσματα, ηθικές ανησυχίες και επαγγελματική εξουθένωση. Η συμπερίληψη των νοσηλευτών στη διαδικασία λήψης κλινικών αποφάσεων είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία ενός υγιούς εργασιακού περιβάλλοντος και την πρόληψη ηθικής βλάβης (Rainer & Schneider, 2020). Ο Lucas και οι συνεργάτες του πρότειναν στους διευθυντές νοσηλευτών να δημιουργήσουν πρωτοβουλίες για να μειώσουν τη ζήτηση για ψυχολογική θεραπεία και να αυξήσουν την αναγνώριση των ατομικών επιτευγμάτων και την υποστήριξη μεταξύ των συναδέλφων νοσηλευτών. Η πρόληψη του εκφοβισμού στην εργασία και η προώθηση επιλογών υγιεινού

τρόπου ζωής ήταν υψίστης σημασίας για την αποφυγή ηθικών στρεσογόνων παραγόντων και γεγονότων που προκαλούν ηθική βλάβη (Lucas et al., 2022).

Οι αποτελεσματικές στρατηγικές που θα πρέπει να εξετάσει η διοίκηση της υγειονομικής περίθαλψης περιλαμβάνουν την εκπροσώπηση των επαγγελματιών υγείας πρώτης γραμμής σε ηγετικές θέσεις προκειμένου να αντιμετωπιστεί το κλίμα πρακτικής. Η συμμετοχή εκείνων που εμπλέκονται πιο άμεσα στη φροντίδα βοηθά να αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο η οργανωτική κουλτούρα επηρεάζει την ανάπτυξη της ηθικής βλάβης. Η διερεύνηση της ροής της εργασίας και η ανάθεση καθηκόντων στο πιο κατάλληλο μέλος της ομάδας προωθεί αλλαγές στον οργανισμό που αυξάνουν την επικοινωνία και τη συνεργασία μεταξύ των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης και μειώνουν το άγχος που σχετίζεται με το επάγγελμα. Οι ενέργειες διαχείρισης που αποσκοπούν να αλλάξουν την οργανωτική κουλτούρα σε μια κουλτούρα που προάγει τη δέσμευση θα έχουν επίδραση στη μείωση του επιπολασμού της ηθικής βλάβης (Erickson et al., 2017).

1.6.3. Αντιμετώπιση μεμονωμένων ενισχυτών και αύξηση της ηθικής ανθεκτικότητας

Παρά το γεγονός ότι η ηθική βλάβη προέρχεται από τους στρεσογόνους παράγοντες που σχετίζονται με την ηθική του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, οι εξατομικευτές αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης ηθικής βλάβης. Ως αποτέλεσμα, η αύξηση της προσωπικής ηθικής δύναμης μπορεί να μειώσει την πιθανότητα εμφάνισης ηθικής βλάβης, επειδή οι στρεσογόνοι παράγοντες που σχετίζονται με την ηθική δεν έχουν άμεση επίδραση στο άτομο. Η αντιμετώπιση μεμονωμένων ενισχυτών που μπορούν να αλλάξουν περιλαμβάνουν την αντιμετώπιση του υποκείμενου άγχους ή της κατάθλιψης και την αύξηση της πνευματικότητας.

Η ηθική ανθεκτικότητα χτίζεται με την πάροδο του χρόνου και είναι ζωτικής σημασίας για τη θετική συναισθηματική και ψυχολογική ανάπτυξη μέσω της αντιμετώπισης αναπόφευκτων ηθικών στρεσογόνων παραγόντων στην υγειονομική περίθαλψη. Η ηθική ανθεκτικότητα μπορεί να καλλιεργηθεί με τη βελτίωση της αυτογνωσίας και της αυτορρύθμισης, την ανάπτυξη ηθικής γνώσης, την έκφραση ανησυχιών, την εύρεση νοήματος στο ηθικό άγχος, την καλλιέργεια σχέσεων με άλλους, τη μάθηση από ηθικούς στρεσογόνους παράγοντες και γεγονότα και τη συμμετοχή σε μια κουλτούρα ηθικής συμπεριφοράς (Rushton, 2017). Τα άτομα θα πρέπει να προλαμβάνουν και να αντιμετωπίζουν άμεσα τους ηθικούς

στρεσογόνους παράγοντες, να αποσαφηνίζουν και να κατανοούν τις προσωπικές τους αξίες και πίστεις, να δημιουργούν μια κοινότητα κοινών αξιών και πίστης και να λαμβάνουν αποφάσεις που συνάδουν με τις αξίες τους, οι οποίες υποστηρίζονται από τους συμβούλους τους (Patterson et al., 2021).

2. Επαγγελματική ποιότητα ζωής

Η επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι ένας ψυχολογικός όρος που περιλαμβάνει την κόπωση από συμπόνια και την ικανοποίηση από συμπόνια. Η εξάντληση της ενσυναίσθησης μπορεί να προκαλέσει σωματικά, ψυχικά και συναισθηματικά προβλήματα στους νοσηλευτές (Stamm, 2010). Η κόπωση συμπόνιας έχει αποδοθεί σε χαμηλότερο ηθικό και φτωχότερη ποιότητα φροντίδας, κακή έκβαση των ασθενών και οικονομικές απώλειες για τα νοσοκομεία (Simon et al., 2005). Οι ογκολογικοί νοσηλευτές είναι σε αυξημένο κίνδυνο για φτωχότερη επαγγελματική ποιότητα ζωής (Yu et al., 2016).

Έχουν διερευνηθεί πολλές πιθανές αιτίες που σχετίζονται με την μείωση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής. Ωστόσο, ο αντίκτυπος ορισμένων παραγόντων κινδύνου στην επαγγελματική ποιότητα ζωής των εργαζομένων, όπως η ηλικία, η εμπειρία, η εκπαίδευση, η διάρκεια βάρδιας, η ηγεσία και η σχέση με τους ασθενείς είναι ακόμα άγνωστη (Finley & Sheppard, 2017; Luquette, 2017; Sacco et al., 2015). Συνιστώνται και άλλες μελέτες σχετικά με τα στοιχεία της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, συμπεριλαμβανομένης της κόπωσης που σχετίζεται με τη συμπόνια, της ικανοποίησης με τη συμπόνια και τους παράγοντες κινδύνου (Coetzee & Kloppe, 2010; Sorenson et al., 2016). Υπάρχουν διάφορα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιούνται από τους νοσηλευτές και τους προϊσταμένους τους για να μετρήσουν και να αξιολογήσουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής (Houck, 2014; Kelly et al., 2015).

2.1. Ορισμός επαγγελματικής ποιότητας ζωής

Οι όροι που σχετίζονται με την επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι ως επί το πλείστον αρνητικοί. Δεν σχετίζονται με τα διάφορα συστατικά και δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των βασικών υποστηρικτών τους (Coetzee & Kloppe, 2010; Stamm, 2010). Η επαγγελματική ποιότητα ζωής σχετίζεται με την κόπωση από συμπόνια, το μετατραυματικό στρες, την

επαγγελματική εξουθένωση, την ικανοποίηση από συμπόνια και την ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Αυτοί οι όροι χρησιμοποιούνται ευρέως στον τομέα της υγείας και σε όλους τους επαγγελματίες υγείας, δεν είναι ειδικό για τους νοσηλευτές. Η αρχική έρευνα για την επαγγελματική ποιότητα ζωής αφορούσε τους κοινωνικούς λειτουργούς και διερευνούσε το άγχος, ικανοποίηση με συμπόνια, την κόπωση και την εξάντληση (Stamm, 2010). Οι μετρήσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, του μετατραυματικού στρες και της κόπωσης από συμπόνια προήλθαν από βιβλιογραφική ανασκόπηση βασισμένη στο τραύμα για κοινωνικούς λειτουργούς (Bride et al., 2004; Stamm, 1993).

Η επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι ο τρόπος που ο ρόλος που έχει ένα άτομο στην εργασία επηρεάζει, θετικά ή αρνητικά, την ποιότητα ζωής του. Σύμφωνα με αυτό, αντιλαμβάνεται κανείς ότι η επαγγελματική ποιότητα ζωής αφορά όλους τους εργαζόμενους και όχι μόνο τους επαγγελματίες υγείας (Stamm, 2010). Η συμπόνια είναι συχνά απαραίτητη για να γίνει κάποιος σωστός επαγγελματίας υγείας, ιατρός ή νοσηλευτής. Πράγματι, είναι ένας βασικός κανόνας στον όρκο του Ιπποκράτη. Ωστόσο, τα οφέλη και τα μειονεκτήματα της παροχής φροντίδας στην πρώτη γραμμή μπορεί να είναι ατομικά. Η φροντίδα ασθενών που είναι σε κρίσιμη κατάσταση μπορεί να οδηγήσει τους νοσηλευτές να αντιμετωπίζουν τραύματα και ταλαιπωρία σε καθημερινή βάση. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε αυτά οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες (Hamilton et al., 2016). Οι νοσηλευτές ταυτίζονται στην καθημερινότητά τους με τις σωματικές, ψυχολογικές και συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών, το οποίο από μόνου του είναι αγχωτικό. Οι νοσηλευτές εκτίθενται με αυτό τον τρόπο σε αγχωτικούς παράγοντες καθημερινά και αναπτύσσουν και οι ίδιοι σημεία στρες τα οποία τις περισσότερες φορές αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν. Αυτό αρχικά θα προκαλέσει συναισθηματική εξάντληση και εάν δεν αναγνωριστεί και αντιμετωπιστεί έγκαιρα θα προκαλέσει δευτερογενές τραυματικό στρες (Berger et al., 2015).

Οι νοσηλευτές που εκτίθενται σε τραυματικά γεγονότα έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν επαγγελματική εξουθένωση και να έχουν δευτερογενές τραυματικό στρες που είναι επιζήμιο για την επαγγελματική τους ποιότητα ζωής. Ωστόσο, η ικανοποίηση από συμπόνια μετρά τις θετικές πτυχές του επαγγέλματος που αισθάνονται οι νοσηλευτές για το ρόλο που έχουν στο επάγγελμά τους (Cohen et al., 2017). Οι προαναφερθείσες έννοιες είναι συνιστώσες της επαγγελματικής ποιότητας ζωής και μετρούν ουσιαστικά τα συναισθήματα που βιώνουν οι εργαζόμενοι, θετικά ή αρνητικά, στο χώρο εργασίας τους. Η επαγγελματική

ποιότητα ζωής περιλαμβάνει και αξιολογεί τρία περιβάλλοντα, το εργασιακό (οργανωτικό και ατομικό), του ασθενή (έκθεση επαγγελματία υγείας σε πρωτογενές ή δευτερογενές τραύμα) και του ίδιου του επαγγελματία υγείας (Stamm, 2010).

2.2. Συστατικά της επαγγελματικής ποιότητας ζωής

Η επαγγελματική ποιότητα ζωής αποτελείται από δύο μέρη, τη θετική (ικανοποίηση συμπόνιας) η οποία είναι η ευχαρίστηση να κάνει κανείς τη δουλειά του και την αρνητική (κόπωση με συμπόνια) η οποία είναι το αποτέλεσμα τραυματικού στρες και κόπωσης (Copeland & Henry, 2018; Yu et al., 2016).

2.2.1. Ικανοποίηση συμπόνιας

Ο όρος ικανοποίηση συμπόνιας χρησιμοποιείται για να περιγράψει τα θετικά συναισθήματα που αντλεί ένας άνθρωπος με το να παρέχει βοήθεια σε άλλους ανθρώπους που βιώνουν τραυματικές καταστάσεις (Sacco et al., 2015). Έχει τεκμηριωθεί ότι το φύλο ενός ατόμου έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ικανοποίησή του από συμπόνια. Σε μία μελέτη βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές αρσενικού φύλου που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας έχουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης συμπόνιας από τους νοσηλευτές συναδέλφους τους γυναικείου φύλου (Mooney et al., 2017). Αντίθετα, άλλη μελέτη βρήκε ότι οι γυναίκες νοσηλεύτριες που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας έχουν σημαντικά υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης από συμπόνια σε σχέση με τους άντρες νοσηλευτές (Sacco et al., 2015).

Η συμπόνια θεωρείται μια θετική πτυχή της νοσηλευτικής και ένα από τα συστατικά που προσελκύουν όσους θέλουν να αφοσιωθούν στο επάγγελμα. Η ικανοποίηση που αντλούν οι νοσηλευτές από το επάγγελμα συμβάλλουν στην ανακούφιση από τον πόνο που βιώνουν (Jakimowicz et al., 2018). Αυτό συμβαίνει όταν οι επαγγελματίες υγείας έχουν σχέση με τους ασθενείς τους. Η αύξηση της επικράτησης της συμπόνιας είναι ζωτικής σημασίας για τη βελτίωση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Hunsaker et al., 2015).

Υπάρχουν αποτελεσματικές στρατηγικές για την προώθηση της ικανοποίησης από συμπόνια, οι οποίες περιλαμβάνουν το ενδιαφέρον, τη δέσμευση και την εκτίμηση που δείχνει η ηγεσία στους εργαζόμενους. Όλοι αυτοί οι παράγοντες βελτιώνουν την ευεξία του

εργαζομένου και το κάνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένο από την εργασία του. Επίσης, υπάρχει ένας αριθμός ατομικών προστατευτικών παραγόντων που διευκολύνουν την ικανοποίηση από συμπόνοια των νοσηλευτών, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής άσκησης, του χρόνου για προβληματισμό και της εξασφάλισης επαρκούς χρόνου ανάπαυσης μετά από τραυματικά περιστατικά ή μεγάλες περιόδους απασχόλησης (Dasan et al., 2015). Η ικανοποίηση από συμπόνοια σχετίζεται με την αισιοδοξία και την αυτοεκτίμηση του ατόμου, βλέπει συνεχώς τη θετική πλευρά των καταστάσεων που βιώνει, απορρίπτοντας συνεχώς τις αρνητικές καταστάσεις, τα επώδυνα συναισθήματα και το στρες που οδηγούν τελικά σε επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη και δευτερογενές τραυματικό στρες (Koverova, 2016).

Οι νοσηλευτές αισθάνονται ευτυχισμένοι και ολοκληρωμένοι από επάγγελμά τους όταν παρέχουν ποιοτική φροντίδα που ενισχύει την ευημερία των ασθενών. Η παροχή φροντίδας σε έναν ασθενή αυξάνει το πνεύμα του νοσηλευτή και του δίνει αυξημένη επιθυμία να συνεχίσει να παρέχει υψηλής ποιότητας νοσηλευτική φροντίδα στον ασθενή. Ως αποτέλεσμα, είναι απαραίτητο να κατανοηθούν τα αίτια της ικανοποίησης με συμπόνοια προκειμένου να αυξηθεί η σημασία της στον εργασιακό χώρο και ειδικά στη νοσηλευτική. Η Αμερικανική Ένωση Νοσηλευτών δηλώνει ότι η ικανοποίηση από συμπόνοια μπορεί να οδηγήσει σε στενή σχέση με τους ασθενείς και να έχει θετική επίδραση σε όλους τους εμπλεκόμενους. Οι θετικές εμπειρίες συνδέονται με αυξημένα θετικά αποτελέσματα τόσο για τους νοσηλευτές όσο και για τους ασθενείς (Mathias & Wentzel, 2017).

Το εργασιακό περιβάλλον είναι σημαντικό όσον αφορά τον βαθμό στον οποίο οι νοσηλευτές έχουν ικανοποίηση με συμπόνοια και το περιβάλλον μπορεί είτε να ενισχύσει είτε να μειώσει την ικανότητα των νοσηλευτών να εκπληρώσουν τις κινητήριες ανάγκες τους (Sacco et al., 2015). Η ηγεσία παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση από συμπόνοια των νοσηλευτών. Έχει βρεθεί μάλιστα ότι μία αλλαγή στην ηγεσία συνήθως μειώνει την ικανοποίηση από συμπόνοια των νοσηλευτών. Ένα ασταθές στυλ ηγεσίας δεν παρακινεί το νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται σε αυτά τα περιβάλλοντα αυξημένα ποσοστά παραιτήσεων και μειωμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς. Η διατήρηση αυτών των κρίσιμων πόρων είναι ζωτικής σημασίας για τη δημιουργία και τη διατήρηση της ικανοποίησης συμπόνοιας (ANA, 2015). Όταν η ικανοποίηση από συμπόνοια καλλιεργείται από τους μάνατζερ ενός οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης, αυτό μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στο εργασιακό περιβάλλον (Larsen, 2017).

2.2.2. Επαγγελματική Εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση προέρχεται από το παρατεταμένο άγχος συναισθηματικής ή ψυχικής φύσης στην εργασία. Έχει παρατηρηθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει αρνητικά την ικανότητα των εργαζομένων να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους και να συμμετέχουν στην εργασία (B. S. Choi et al., 2018).

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης απασχολεί περισσότερο τους νοσηλευτές. Θεωρείται μια μορφή συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, μαζί με συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και προσωπική επιτυχία (Alharbi et al., 2016). Αρκετές μελέτες έχουν εξετάσει τους παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση στους νοσηλευτές, καθώς η επαγγελματική εξουθένωση έχει σημαντικό αντίκτυπο τόσο στην ευημερία των νοσηλευτών όσο και στην ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης (B. S. Choi et al., 2018). Η επαγγελματική εξουθένωση έχει βρεθεί ότι επηρεάζει αρνητικά την απόδοση των νοσηλευτών, διακυβεύει την ασφάλεια και την ικανοποίηση του ασθενούς. Προηγούμενες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση σε νοσηλευτές έχουν επικεντρωθεί σε παράγοντες που σχετίζονται με το επάγγελμα, όπως ο φόρτος εργασίας, οι συγκρούσεις ευθυνών, η μονότονη φύση της εργασίας και η πίεση χρόνου (Alharbi et al., 2016).

Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με την πρόθεση των νοσηλευτών να παραιτηθούν και να εγκαταλείψουν το επάγγελμα. Επίσης, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε κακή έκβαση των ασθενών λόγω της φροντίδας που παρέχεται από νοσηλευτές, ειδικά εκείνους που εργάζονται σε εξειδικευμένους τομείς όπως η μονάδα εντατικής θεραπείας, επειδή συνήθως κατακλύζονται από μεγάλο φόρτο εργασίας, έχουν περιορισμένους πόρους και χρειάζονται εξειδίκευση για να φροντίσουν τους βαριά πάσχοντες ασθενείς οι οποίοι έχουν υψηλή εξάρτηση. Η επαγγελματική εξουθένωση περιγράφεται ως μια κατάσταση ψυχικής υγείας που προέρχεται από συναισθηματικό στρες που προκαλείται από ψυχολογικά χαρακτηριστικά που προέρχονται από συναισθηματική εξάντληση (B. S. Choi et al., 2018).

Ως αποτέλεσμα, η εργασιακή ικανοποίηση μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την επαγγελματική εξουθένωση, κάτι που θα οδηγούσε στο να εγκαταλείψουν οι νοσηλευτές την εργασία ή την ειδικότητά τους. Η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από τη συνεχή έκθεση σε στρεσογόνα περιβάλλοντα που οδηγούν σε αίσθημα απελπισίας και κόπωσης. Τα κλινικά συμπτώματα περιλαμβάνουν κόπωση, πονοκεφάλους και προβλήματα με τον χώρο

εργασίας, τα οποία εκλαμβάνονται ως μειωμένη ποιότητα ζωής στην εργασία (Alharbi et al., 2016).

Η φτωχή ποιότητα ζωής στο χώρο εργασίας είναι συχνή μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν ασθενείς που κινούνται προς την παροχή άνεσης. Οι υπερωρίες σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας μπορεί να οδηγήσουν σε κόπωση και σε δευτερογενές τραυματικό στρες που μειώνει την ποιότητα ζωής των εργαζομένων (Klein et al., 2018).

Η φροντίδα ασθενών με σοβαρές ασθένειες ή/και ασθένειες τελικού σταδίου βαραίνουν τους νοσηλευτές τόσο σωματικά όσο και συναισθηματικά. Όχι μόνο οι νοσηλευτές αισθάνονται τον πόνο και την ταλαιπωρία των ασθενών, αλλά επίσης επικοινωνούν και παρηγορούν τα μέλη της οικογένειας, γεγονός που με τη σειρά τους προκαλεί την αγωνία των μελών της οικογένειας σχετικά με τον επικείμενο ή πραγματικό θάνατο του ασθενούς. Οι νοσηλευτές συχνά κατακλύζονται από την απώλεια και τη θλίψη που οδηγεί σε κόπωση από συμπόνοια, μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από σωματικό και ψυχικό πόνο και κόπωση (Klein et al., 2018).

Η μειωμένη επαγγελματική ποιότητα ζωής μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες στους νοσηλευτές, στους ασθενείς και στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Οι νοσηλευτές που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση και στρες που προκαλείται από τραύμα έχουν σωματική, συναισθηματική και ψυχική κόπωση, τα οποία οδηγούν σε μειωμένη ικανότητα παροχής φροντίδας με συμπόνοια, η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ασφάλεια των ασθενών, την ποιότητα της παρεχόμενης περίθαλψης και τελικά την ικανοποίηση των ασθενών (Klein et al., 2018). Οι Beaumont, Durkin, Martin και Carson (2016:240) περιέγραψαν τη μειωμένη ποιότητα ζωής ως προσωπική ταλαιπωρία που προκαλείται από το άγχος που προέρχεται από εργασία με τραύμα (τρίτογενές τραυματικό στρες) ή την έλλειψη αντιστοιχίας μεταξύ των προσδοκιών περίθαλψης και της πραγματικότητας. Η ποιότητα ζωής των νοσηλευτών έχει μειωθεί. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι βιώνουν υψηλό επίπεδο συναισθηματικής προσκόλλησης με τους ασθενείς, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να μην έχουν πια συμπάθεια για τους ασθενείς, να είναι ευερέθιστοι και να μην έχουν πολύ ενέργεια (Beaumont et al., 2016).

Ο όρος σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια κατάσταση που περιλαμβάνει μια μακρά περίοδο ταλαιπωρίας, όπου το σώμα εξαντλείται από

την αντιμετώπιση του στρες, οδηγώντας σε έλλειψη ενέργειας και κατάθλιψη. Ο ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συγκεκριμένος καθώς περιλαμβάνει ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης αίσθησης προσωπικής επιτυχίας (Vahedian-Azimi et al., 2019).

Σύμφωνα με τους Hunt, Denieffe & Gooney (2017:9), η επαγγελματική εξουθένωση είναι αργή και προοδευτική, ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε στρεσογόνες συνθήκες εργασίας που έχουν αρνητική επίδραση στο άτομο και στον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης. Τα μακροπρόθεσμα έξοδα που σχετίζονται με οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης είναι ενδεικτικά ενός τμήματος του εργατικού δυναμικού που υποφέρει και επιθυμεί να εγκαταλείψει το νοσηλευτικό επάγγελμα, ως αποτέλεσμα συναισθηματικής εργασίας, έλλειψης ανταμοιβών ή αποτέλεσμα ανισορροπίας μεταξύ οργάνωσης και προσωπικών αξιών (Hunt et al., 2017).

Στη σημερινή εποχή, υπάρχει τάση για αυξημένη ζήτηση υπηρεσιών με λιγότερους ανθρώπινους και σε αρκετές περιπτώσεις και υλικούς πόρους, με συνέπεια οι επαγγελματίες υγείας να βιώνουν αυξημένο άγχος και επαγγελματική εξουθένωση. Οι νοσηλευτές εργάζονται περισσότερες ώρες και αισθάνονται λιγότερο ικανοί να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών. Επιπλέον, η επανειλημμένη έκθεση σε άρρωστους, τραυματισμένους, υποφέροντες ή ετοιμοθάνατους ασθενείς μπορεί να οδηγήσει σε μείωση της ποιότητας ζωής των επαγγελματιών υγείας και μείωση της συνολικής ποιότητας ζωής τους. Η μείωση της συνολικής ποιότητας ζωής των νοσηλευτών με τη σειρά της οδηγεί σε χαμηλότερη παραγωγικότητα, αυξημένες ημέρες απουσίας από την εργασία λόγω ασθένειας και αυξημένα ποσοστά παραιτήσεων, τα οποία έχουν τελικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση και ασφάλεια των ασθενών (Klein et al., 2018).

Η μειωμένη επαγγελματική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών ευθύνεται για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες. Άλλοι το έχουν αναγνωρίσει ως κίνδυνο στο χώρο εργασίας και φαίνεται ότι η επικράτηση αυξάνεται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας (Klein et al., 2018). Μια μελέτη από την Ταϊλάνδη τεκμηρίωσε ότι σχεδόν ένας στους τέσσερις νοσηλευτές ήταν δυσαρεστημένοι με την εργασία τους και σχεδόν το 40% των νοσηλευτών είχε υψηλή επαγγελματική εξουθένωση. Τεκμηρίωσαν τη σχέση μεταξύ της δυσαρεστημένης εργασίας των νοσηλευτών και της πρόθεσής τους να φύγουν και να αναλάβουν άλλη εργασία. Στην ίδια μελέτη η επιθυμία των νοσηλευτών να παραιτηθούν από τον οργανισμό υγειονομικής περίθαλψης συνδέθηκε

αρνητικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Το εργασιακό περιβάλλον, η ηγεσία που ασκείται και ο αριθμός των νοσηλευτών που στελεχώνουν ένα τμήμα σχετίζονται με τη δυσαρέσκεια από την εργασία, την υψηλή συναισθηματική εξάντληση και την κακή ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Koy et al., 2015).

2.2.3. Δευτερογενές τραυματικό στρες

Στις πιο σοβαρές περιπτώσεις, οι νοσηλευτές μπορεί να αναπτύξουν τα συμπτώματα του τραυματικού στρες που είναι δευτερεύον ως προς την έκθεση σε πολλαπλές τραυματικές καταστάσεις. Το μετατραυματικό στρες είναι είτε οξείας είτε χρόνιας φύσης και μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο τόσο στην εργασία όσο και στη ζωή. Οι νοσηλευτές που εργάζονται στη μονάδα εντατικής θεραπείας είναι επιρρεπείς στην ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικού στρες ως αποτέλεσμα αυτής της υπερβολικής έκθεσης σε τραυματικές καταστάσεις (Vahedian-Azimi et al., 2019). Το δευτερογενές τραυματικό στρες θεωρείται ότι είναι το αποτέλεσμα της δευτερογενούς έκθεσης σε γεγονότα που είναι τραυματικά ή στρεσογόνα σε άτομα που έχουν ήδη βιώσει ένα τραυματικό γεγονός. Οι αρνητικές επιπτώσεις του τραυματικού στρες περιλαμβάνουν φόβο, δυσκολία στον ύπνο, έντονες σκέψεις και αποφυγή (Copeland & Henry, 2018).

Το άγχος που σχετίζεται με το τραύμα στους νοσηλευτές μπορεί να προέρχεται από την επαναλαμβανόμενη συμμετοχή τους σε τραυματικές καταστάσεις και την αδυναμία να συμπονέσουν τα άτομα που εμπλέκονται. Παρά τη σημασία της ενσυναίσθησης στη νοσηλευτική, μπορεί να είναι οι τραυματικές εμπειρίες των ασθενών που προκαλούν τους νοσηλευτές να βιώσουν δευτερογενές τραυματικό στρες. Οι ψυχολογικές αποκρίσεις των νοσηλευτών σε τραυματικά γεγονότα θεωρούνται συχνά φυσιολογικές και υποχωρούν συνήθως σε σύντομο χρονικό διάστημα. Όμως, η επαναλαμβανόμενη έκθεση μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη δευτερογενούς τραυματικού στρες (Ratrout & Hamdan-Mansour, 2017).

2.3. Μέτρηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής

Ο Stamm (1993) είναι εκείνος που πρόσθεσε ένα συστατικό της ικανοποίησης με συμπόνια, το οποίο οδήγησε στη δημιουργία του Compassion Satisfaction and Fatigue Test, γνωστό ως ProQOL. Η τρέχουσα έκδοση του ProQOL (Stamm, 2010) προέρχεται από πολλαπλές αναθεωρήσεις προηγούμενων οργάνων (Bride et al., 2004).

Οι νοσηλευτές έχουν άμεση εμπειρία για το τι σημαίνει για αυτούς να έχουν κόπωση από συμπόνια. Στην επιστημονική κοινότητα δεν υπάρχει καθολική συμφωνία σχετικά με τον ορισμό ή τη μέτρηση της κόπωσης που σχετίζεται με τη συμπόνια στη νοσηλευτική (Ayccock & Boyle, 2009). Οι κλινικοί νοσηλευτές και οι ερευνητές έχουν χρησιμοποιήσει συχνά το ProQOL για να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των πρωτοβουλιών που αποσκοπούν στη βελτίωση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής των νοσηλευτών (Wentzel & Brysiewicz, 2017).

Οι ερευνητές έχουν αρχίσει να ερευνούν νέες μεθόδους ή να τροποποιούν το ProQOL για να μετρήσουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών. Οι Hemsworth et al. (2018) αμφισβήτησαν τη νομιμότητα και τη συνέπεια των στοιχείων κόπωσης συμπόνιας στο ProQOL (Hemsworth et al., 2018). Οι Heritage et al. (2018) ανέφεραν επίσης ότι το ProQOL έχει κακή κατασκευαστική εγκυρότητα με τους νοσηλευτές, επειδή σε ένα δείγμα 1.615 νοσηλευτών, 9 από τα 20 στοιχεία σχετικά με την κόπωση από συμπόνια δεν είχαν επαρκείς λεπτομέρειες, ήταν διφορούμενα ή δεν μέτρησαν το στόχο τους. Το μοντέλο Rasch χρησιμοποιήθηκε για τη βελτίωση του ProQOL δημιουργώντας το ProQOL-21, το οποίο είναι πιο κατάλληλο για νοσηλευτές (Heritage et al., 2018). Ομοίως, οι Sabery et al. (2019) κατέγραψαν την έλλειψη ανησυχίας σχετικά με την παράλειψη νοσηλευτών στην ανάπτυξη του ProQOL και διαπίστωσαν ότι το όργανο δεν προέβλεπε με συνέπεια τους παράγοντες κινδύνου για κόπωση από συμπόνια στους νοσηλευτές. Ως εκ τούτου, ανέπτυξαν το Compassion Fatigue Inventory of risk factor (RFCFI) με τη συμβολή των νοσηλευτών και τη συμμετοχή του κοινού για την αξιολόγηση των παραγόντων κινδύνου που σχετίζονται με την κόπωση από συμπόνια (Sabery et al., 2019).

2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την επαγγελματική ποιότητα ζωής

Η επαγγελματική ποιότητα ζωής επηρεάζεται από το εργασιακό περιβάλλον, το περιβάλλον του ασθενή και από το προσωπικό περιβάλλον του ατόμου (Stamm, 2010).

2.4.1. Εργασιακό περιβάλλον

Το εργασιακό περιβάλλον των νοσηλευτών περιλαμβάνει τον είδος του ωραρίου που εργάζεται (κυκλικό έναντι σταθερό), τον αριθμό των ωρών στη βάρδια (8ωρη έναντι 12ωρη βάρδια), το είδος του τμήματος (κλειστό έναντι ανοιχτό τμήμα), καθώς και τη διοικητική υποστήριξη που έχει στο χώρο εργασίας (Kowitlawkul et al., 2019). Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε σταθερές βάρδιες έχουν μεγαλύτερο βαθμό ισορροπίας μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής από τους νοσηλευτές που εργάζονται σε εκ περιτροπής βάρδιες ή πολλαπλές βάρδιες, με την υποστήριξη της διοίκησης στο χώρο εργασίας να το διευκολύνει αυτό (Reivich & Shatte, 2016). Επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι η διαδικασία διερεύνησης του τρόπου αποτελεσματικής συνεργασίας με άλλους υπαλλήλους και ενδιαφερόμενα μέρη προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τόσο σε προσωπικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο, ταυτόχρονα (Kelbiso et al., 2017).

Η επαγγελματική ποιότητα ζωής είναι μια πολύ σημαντική έννοια που σχετίζεται με την ικανότητα του εργαζομένου να εκπληρώσει τις ακόλουθες προσωπικές απαιτήσεις μέσω της δικής του απασχόλησης: θεσμική υποστήριξη, ασφάλεια και ενσωμάτωση στον ρόλο του, καθώς και την ικανοποίησή του με αυτόν. Αυτό θεωρείται υψίστης σημασίας για την ευημερία του εργαζομένου. Αυτή η ιδέα εφαρμόζεται όλο και περισσότερο για να περιγράψει περιβαλλοντικές και ανθρωπιστικές αξίες που αγνοούνται από τις τεχνολογικές κοινωνίες στην επιδίωξή τους για ανάπτυξη, αποτελεσματικότητα και οικονομικό κέρδος (Zavala et al., 2016).

Οι νοσηλευτές υπόκεινται σε συνεχές άγχος στη θέση τους, κάτι που απαιτεί υψηλό βαθμό συμπάθειας προς τους ασθενείς, το οποίο είναι σημαντικό όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση. Σε αυτό το σημείο πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η ενσυναίσθηση, η οποία όταν εξαντληθεί προκαλεί οξεία έναρξη σωματικών, συναισθηματικών και επαγγελματικών συμπτωμάτων που επηρεάζουν αρνητικά τις σχέσεις τους μεταξύ τους και τη φροντίδα που παρέχεται στους ασθενείς στο χώρο εργασίας (Sorenson et al., 2016). Οι συγκρούσεις που σχετίζονται με τη βία τόσο προς τους ασθενείς όσο και προς το ίδιο το

νοσηλευτικό προσωπικό σχετίζονται με χαμηλή εργασιακή ικανοποίηση και κατάθλιψη (Zavala et al., 2016).

Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει ζητήματα με την εργασία και τη ζωή, συμπεριλαμβανομένων των αγχωτικών περιβαλλόντων και της κακής διαχείρισης των ανθρώπινων πόρων, καθώς αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν στην απόφαση των νεαρών νοσηλευτών να εγκαταλείψουν τη δουλειά τους (Boamah & Laschinger, 2016). Τέτοιοι παράγοντες είναι οι ακατάλληλες και πολλές φορές επικίνδυνες συνθήκες εργασίας, οι περιορισμένοι υλικοί πόροι που δυσχεραίνουν ακόμη περισσότερο το έργο των νοσηλευτών, ο υπερβολικός φόρτος εργασίας και τα εξουθενωτικά ωράρια εργασίας που σχετίζονται με την έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού και η μη εκτίμηση του επαγγέλματος του νοσηλευτή. Το φτωχό εργασιακό περιβάλλον έχει συσχετιστεί με επαγγελματική εξουθένωση, εργασιακή δυσαρέσκεια, μειωμένη παραγωγικότητα, κακής ποιότητας περίθαλψη και αυξημένες απουσίες, τα οποία είναι όλα συμπτώματα της κόπωσης που σχετίζεται με τη συμπίνα (Zavala et al., 2016).

Ως αποτέλεσμα, το νοσηλευτικό επάγγελμα συνοδεύεται από μια συναισθηματική επιβάρυνση που είναι ειδική για το επάγγελμα. Ο αριθμός των ωρών που οι νοσηλευτές εργάζονται την εβδομάδα, το κυκλικό ωράριο και συγκεκριμένα ο αριθμός των εναλλαγών βάρδιας, οι συγκρούσεις ρόλων, η πίεση χρόνου, τα προβλήματα που δημιουργούνται στην οικογένεια από τη φύση του επαγγέλματος και η προσωπικότητα του ατόμου που έχει ως αποτέλεσμα διαφορετική ανθεκτικότητα, απόκριση στο στρες, απογοήτευση, εξωστρέφεια και νευρωτισμό συμβάλλουν σε ποικίλα αποτελέσματα σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο (Iorga et al., 2016). Επίσης, οι Iorga et al. (2016:325) εξηγούν ότι παράγοντες όπως ο αριθμός των ωρών εργασίας, οι αγχωτικές δουλειές και η εργασία υπό πίεση χρόνου, οι δύσκολες σχέσεις με ανωτέρους, συναδέλφους ή δύσκολους ασθενείς μαζί με την έλλειψη ανταμοιβών ή την έλλειψη εκτίμησης έχουν αρνητικό αντίκτυπο στο εργασιακό περιβάλλον.

2.4.2. Περιβάλλον του ασθενή

Η φροντίδα των ασθενών είναι πολύ κουραστική και ειδικά όταν οι ασθενείς εξαρτώνται από τη φροντίδα που παρέχουν οι νοσηλευτές. Η παρεχόμενη φροντίδα είναι εκείνη που διασφαλίζει την ποιότητα του οργανισμού υγειονομικής περίθαλψης και την ικανοποίηση των

ασθενών, προάγοντας την ψυχική υγεία. Οι νοσηλευτές έχουν περισσότερες πιθανότητες να βιώσουν εργασιακό στρες από όλους τους επαγγελματίες υγείας. Οι κύριες αιτίες του άγχους είναι η χρήση εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας, τα προβλήματα επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτών και ιατρών, καθώς και η διαχείριση - αντιμετώπιση ηθικών θεμάτων, η παροχή φροντίδας σε ασθενείς που βρίσκονται σε κρίσιμη κατάσταση ή στο τελικό στάδιο της ζωής τους, η παρακολούθηση του θανάτου ασθενών και η υποχρέωση να αντιμετωπίσουν τις οικογένειές τους (Mohammadi et al., 2017).

Η σχέση νοσηλευτή και ασθενή μπορεί να αλλάξει ανάλογα με τη φροντίδα που παρέχεται. Το περιβάλλον μπορεί επηρεάσει αρνητικά την ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα με τις επιπτώσεις αυτές να μετριάζονται όταν υπάρχει μια θετική σχέση μεταξύ νοσηλευτών και ασθενών. Δεν θα πρέπει να λησμονιέται η επιρροή του κοινωνικού περιβάλλοντος και του πλαισίου που περιβάλλει τη φροντίδα, γεγονός που δείχνει ότι συγκεκριμένοι χώροι φροντίδας μπορούν να έχουν σημαντικό αντίκτυπο στη σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή. Ο έλεγχος και η δημιουργία ενός υγιούς περιβάλλοντος μπορεί να ενισχύσει την ασφάλεια των ασθενών (Wiechula et al., 2016).

2.4.3. Περιβάλλον των νοσηλευτών

Η επαγγελματική ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζεται από την ποιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, την περιβαλλοντική ποιότητα της νοσηλευτικής πρακτικής και την επίδραση του προσωπικού και των περιβαλλοντικών παραγόντων στην εργασιακή ικανοποίηση, τη συναισθηματική εξάντληση και κακή ποιότητα φροντίδας. Η κόπωση σχετίζεται με τον αριθμό των νοσηλευτών που στελεχώνουν το νοσοκομείο. Η ποιότητα της φροντίδας καθορίζεται πρωτίστως από την εργασιακή ικανοποίηση του νοσηλευτή. Η έλλειψη επαρκών νοσηλευτών είναι άμεσα υπεύθυνη για την αυξημένη διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο, τις λοιμώξεις που προκύπτουν κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών και τον επιπολασμό των ελκών πίεσης. Η έλλειψη νοσηλευτών σχετίζεται με περισσότερους θανάτους ασθενών (Koy et al., 2015).

Στον κλινικό τομέα, οι νοσηλευτές υπόκεινται σε λεκτική κακοποίηση από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους καθώς και από άλλους ιατρούς, υπόκεινται επίσης σε σωματικές επιθέσεις και απειλές, αναπτύσσοντας επαγγελματική εξουθένωση και

δευτερογενές τραυματικό στρες, μειώνοντας με αυτό τον τρόπο την επαγγελματική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν από το νοσοκομείο. Για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να εφαρμοστούν στα νοσοκομεία και στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης στρατηγικές μείωσης της βίας έναντι των νοσηλευτών (S. H. Choi & Lee, 2017).

3. Σκοπός

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης ηθικής βλάβης και Επαγγελματικής ποιότητας ζωής - δευτερογενούς τραυματικού στρες σε Νοσηλευτές Ψυχικής υγείας. Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής για τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, αποτελεί αντικείμενο έρευνας τις τελευταίες δεκαετίες, ενώ υπάρχει σύνδεση της ποιότητας ζωής τους με την παραγωγικότητα στην εργασία τους.

Τα κύρια ερευνητικά ερωτήματα τα οποία η παρούσα εργασία επιδιώκει να απαντήσει είναι τα παρακάτω:

1. Ποια είναι η συχνότητα εμφάνισης ηθικής βλάβης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας;
2. Ποια είναι η σχέση μεταξύ ηθικής βλάβης και δευτερογενούς τραυματικού στρες στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας;
3. Πώς επηρεάζει η ηθική βλάβη την επαγγελματική ποιότητα ζωής των νοσηλευτών ψυχικής υγείας;
4. Υπάρχουν διαφορές στον βαθμό ηθικής βλάβης και δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ διαφορετικών δημογραφικών ομάδων (π.χ. φύλο, ηλικία, χρόνια εμπειρίας) στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας;
5. Σε ποιο βαθμό η ηθική βλάβη συμβάλλει στην επαγγελματική εξουθένωση και στην πρόθεση παραίτησης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας;

4. Μεθοδολογία

Είδος Μελέτης

Η παρούσα μελέτη είναι συγχρονική.

Πληθυσμός της μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας και βοηθοί Νοσηλευτών οι οποίοι εργάζονταν στο Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (Ψ.Ν.Α.) Δρομοκαΐτειο.

Κριτήρια ένταξης

Στη μελέτη συμπεριλήφθηκαν:

- νοσηλευτές (ΠΕ, ΤΕ) ψυχικής υγείας
- βοηθοί νοσηλευτών
- άτομα που εργάζονταν σε δομές ψυχικής υγείας δημόσιου νοσοκομείου

Κριτήρια αποκλεισμού

Από τη μελέτη αποκλείστηκαν:

- τραυματιοφορείς
- βοηθοί θαλάμου
- όσοι δεν συναίνεσαν με τους σκοπούς της μελέτης

Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων αποτελείται από πέντε ενότητες. Η πρώτη ενότητα αποτελείται από ένα ειδικά σχεδιασμένο έντυπο καταγραφής κοινωνικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών.

Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει την κλίμακα Professional Quality of Life Scale (ProQOL-V), που αναπτύχθηκε από τη Stamm. Είναι ένα εργαλείο αυτοαναφοράς 30 ερωτήσεων με απαντήσεις σε κλίμακα Likert από 1 (ποτέ) έως 5 (πολύ συχνά). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει τρεις υποκλίμακες: την ικανοποίηση από τη συμπόνια (Compassion Satisfaction - CS), την επαγγελματική εξουθένωση (Burnout - BO) και την κόπωση της συμπόνιας/δευτερογενές τραυματικό στρες (Compassion Fatigue/Secondary Trauma - CF/STS). Κάθε υποκλίμακα αποδίδει διαφορετική βαθμολογία. Στην παρούσα μελέτη χρησιμοποιήθηκε η ελληνική εκδοχή του ProQOL-V, με ικανοποιητικές τιμές αξιοπιστίας Cronbach's α : 0.78 για την ικανοποίηση από τη συμπόνια, 0.81 για την επαγγελματική εξουθένωση, και 0.75 για την κόπωση της συμπόνιας (Misouridou et al., 2020). Ο δείκτης συνάφειας Cronbach α της κλίμακας βρέθηκε 0,832 που σημαίνει ότι η κλίμακα έχει υψηλή αξιοπιστία.

Η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει την κλίμακα Occupational Moral Injury Scale, η οποία είναι ένα εργαλείο που αναπτύχθηκε για τη μέτρηση της ηθικής βλάβης στους εργαζόμενους της πρώτης γραμμής υγείας και τους πρώτους ανταποκριτές. Η ηθική βλάβη αναφέρεται σε ψυχολογική δυσφορία που προκύπτει από εμπειρίες όπου οι εργαζόμενοι δεν μπορούν να ενεργήσουν σύμφωνα με τις ηθικές τους αξίες, λόγω επαγγελματικών καταστάσεων ή καταναγκαστικών συνθηκών. Η κλίμακα αυτή αξιολογεί διάφορες διαστάσεις της ηθικής βλάβης, όπως οι συναισθηματικές και γνωστικές συνέπειες που σχετίζονται με ηθικά διλήμματα ή παραβιάσεις. Η ανάπτυξη και η επικύρωσή της περιλάμβανε εμπειρική έρευνα και προσαρμογές για να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εργαζομένων σε κρίσιμες θέσεις όπως νοσηλευτές, ιατροί και πυροσβέστες (Thomas et al., 2023). Ο δείκτης συνάφειας Cronbach α της κλίμακας βρέθηκε 0,958 που σημαίνει ότι η κλίμακα έχει πολύ υψηλή αξιοπιστία.

Η τέταρτη ενότητα περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο που μετρά τα χαρακτηριστικά προσωπικότητας. Αυτά τα χαρακτηριστικά είναι η εξωστρέφεια, η συμφωνία, η ευσυνειδησία, η συναισθηματική σταθερότητα και η δεκτικότητα σε εμπειρίες (Gosling et al., 2003; Jones & Paulhus, 2014). Ο δείκτης συνάφειας Cronbach α της κλίμακας βρέθηκε 0,771 που σημαίνει ότι η κλίμακα έχει πολύ καλή αξιοπιστία.

Η πέμπτη ενότητα περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο που μετράει την προσωπικότητα, το Short Dark Triad (SD3). Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 27 δηλώσεις με τις απαντήσεις

να δίνονται σε μία κλίμακα Likert 5 επιπέδων (1= Διαφωνώ απόλυτα και 5= Συμφωνώ απόλυτα). Προκύπτουν 3 διαστάσεις που διερευνούν τον Μακιαβελισμό (9 ερωτήσεις), τον Ναρκισσισμό (9 ερωτήσεις) και την Ψυχοπάθεια (9 ερωτήσεις) (Jones & Paulhus, 2014).

Τα ερωτηματολόγια ήταν αυτοσυμπληρούμενα. Ο χρόνος συμπλήρωσής τους ήταν περίπου 15 λεπτά.

Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν οικειοθελής. Η ερευνήτρια επισκέφθηκε τα τμήματα που εργάζονταν οι συμμετέχοντες και τους ενημέρωσε για τους σκοπούς της μελέτης. Στη συνέχεια, τους έδινε το ερωτηματολόγιο, το έντυπο συναίνεσης και δύο φακέλους. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο και να υπογράψουν το έντυπο συναίνεσης. Τα τοποθετούσαν ξεχωριστά σε δύο φακέλους, τους οποίους και σφράγιζαν. Οι φάκελοι τοποθετούνταν από τους ίδιους τους συμμετέχοντες σε ένα κουτί που υπήρχε για το σκοπό αυτό. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων και η τοποθέτησή τους στο κουτί έγινε σε απουσία της ερευνήτριας προς αποφυγή μεροληψίας.

Ηθική και Δεοντολογία

Κατά τη συλλογή δεδομένων δεν ζητήθηκαν και δεν καταγράφηκαν τα προσωπικά δεδομένων των συμμετεχόντων, όπως ονοματεπώνυμο, αριθμός μητρώου ή αριθμός ταυτότητας. Για τη χρήση των ερωτηματολογίων στάλθηκε email στους δημιουργούς τους, ζητήθηκε και λήφθηκε η άδεια χρήσης τους. Τέλος, ζητήθηκε και λήφθηκε άδεια από το επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου για τη διεξαγωγή της μελέτης.

Στατιστική Ανάλυση

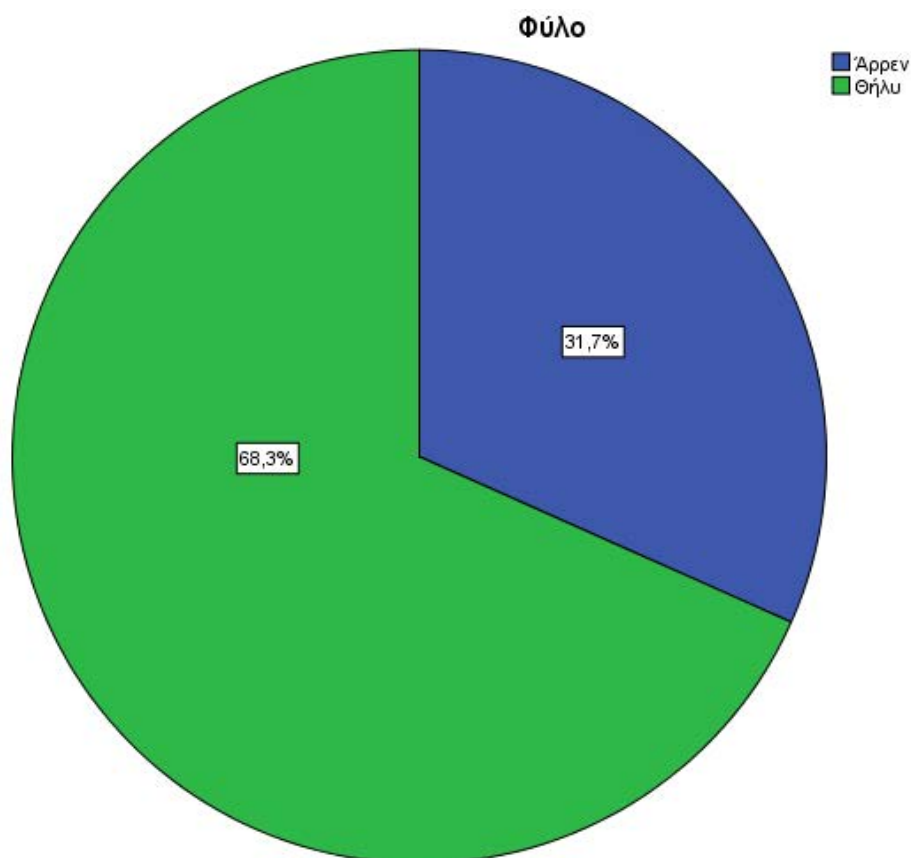
Η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη χρήση του στατιστικού πακέτου Statistical Package for Social Sciences (SPSS) v.26.0 και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε σε 5%. Αρχικά έγινε περιγραφική στατιστική. Στα ποιοτικά δεδομένα υπολογίστηκαν οι συχνότητες και τα ποσοστά και στο ποσοτικά ο μέσος όρος και η

τυπική απόκλιση. Στη συνέχεια έγινε επαγωγική στατιστική, όπου χρησιμοποιήθηκε το t-test για τη σύγκριση δύο ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ τους και η one Way Anova analysis για τη σύγκριση τριών ή περισσότερων ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ τους.

5. Αποτελέσματα

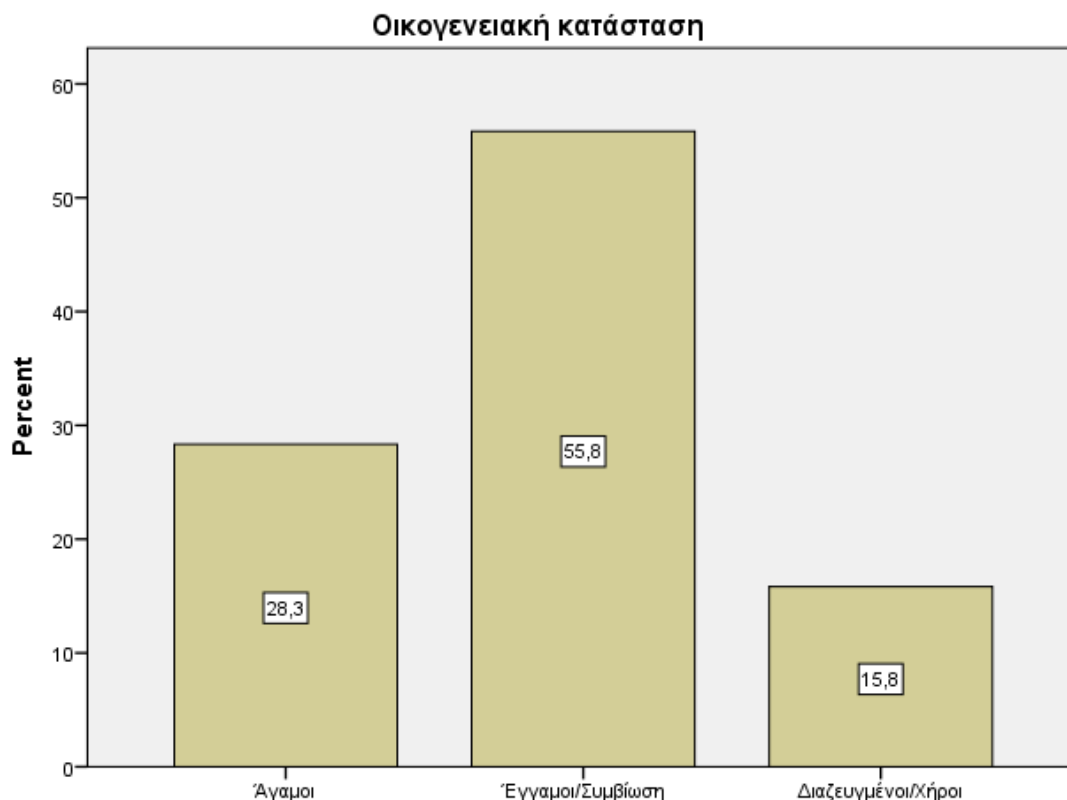
5.1. Δημογραφικά Δεδομένα

Στη μελέτη συμμετείχαν συνολικά 120 συμμετέχοντες ηλικίας $45,4 \pm 10,4$ έτη, εκ των 82 (68,3%) ήταν γυναίκες ηλικίας $46,1 \pm 10,6$ έτη και 38 (31,7%) άντρες ηλικίας $43,8 \pm 9,9$ έτη (σχήμα 1).



Σχήμα 1. Φύλο συμμετεχόντων.

Από το σύνολο συμμετεχόντων, 67 (55,8%) άτομα ήταν έγγαμοι ή σε συμβίωση, 34 (28,3%) άγαμοι και 19 (15,8%) ήταν διαζευγμένοι ή χήροι (σχήμα 2). Ι συμμετέχοντες είχαν $1,2 \pm 1,1$ παιδιά με ελάχιστο 0 και μέγιστο 4 παιδιά.

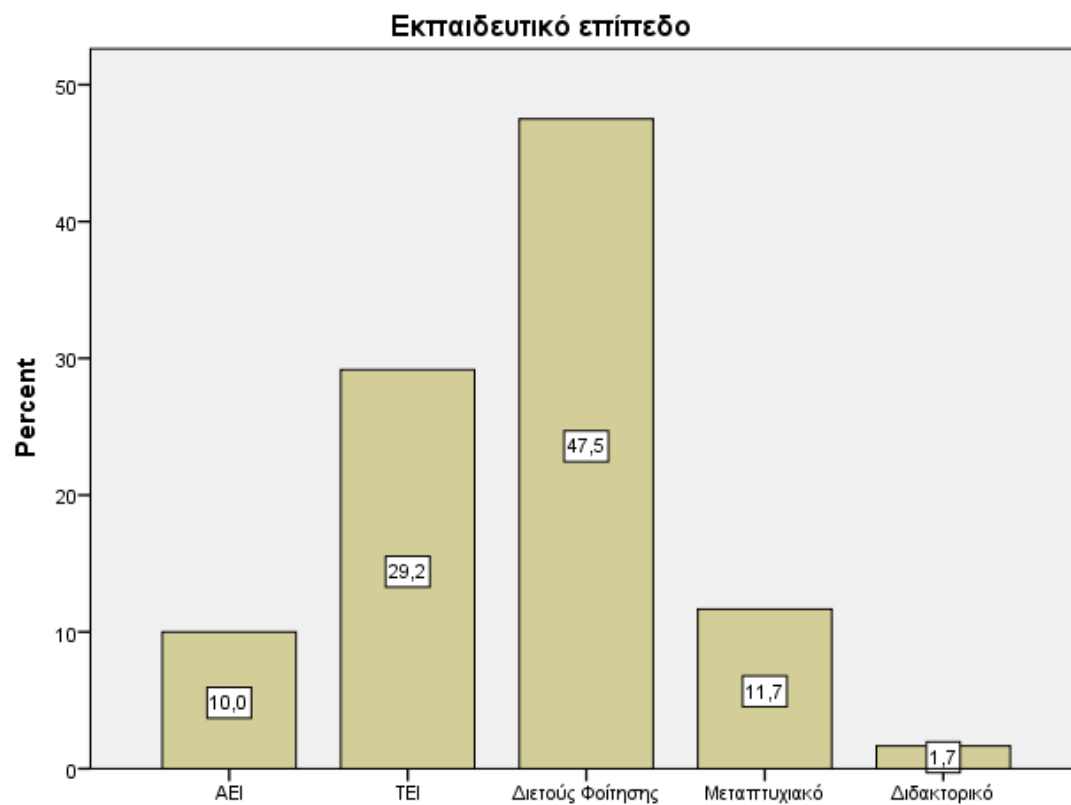


Σχήμα 2. Οικογενειακή κατάσταση συμμετεχόντων.

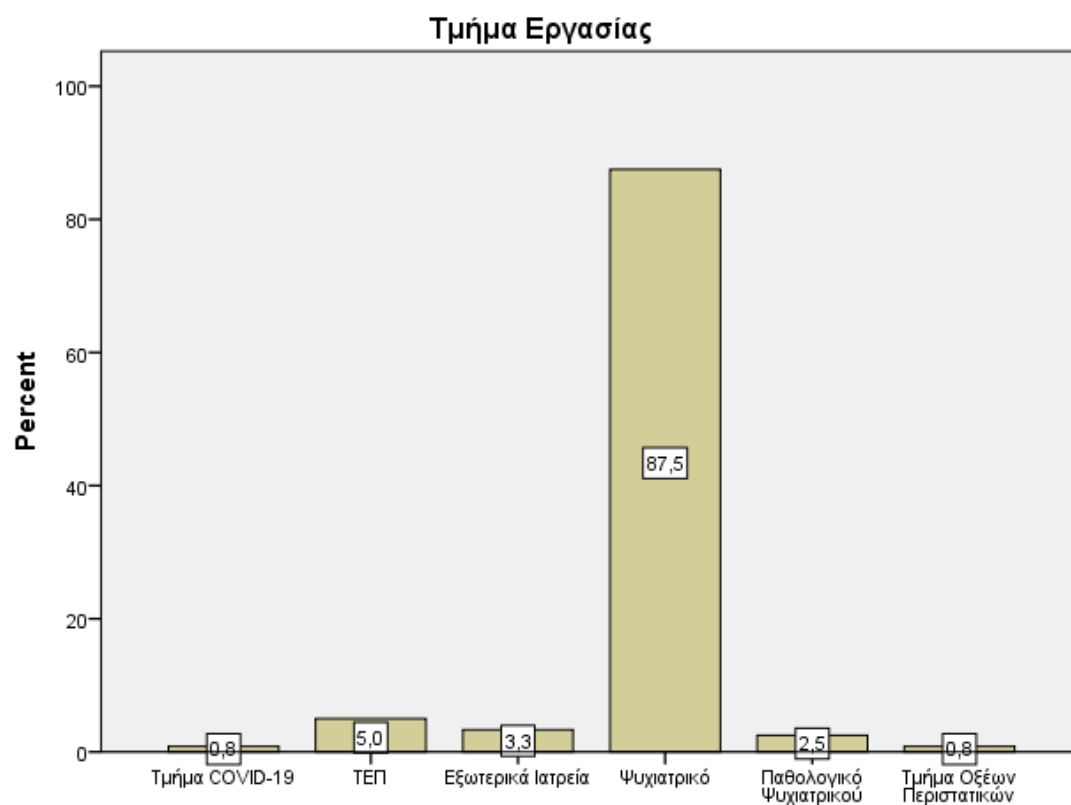
Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, 57 (47,5%) συμμετέχοντες ήταν διετούς φοίτησης, 35 (29,2%) συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι τεχνολογικής εκπαίδευσης, 14 (11,7%) συμμετέχοντες ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος, 12 (10%) συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι πανεπιστημιακής εκπαίδευσης και 2 (1,7%) συμμετέχοντες ήταν κάτοχοι διδακτορικού διπλώματος (σχήμα 3).

Αναφορικά με το τμήμα εργασίας, 105 (87,5%) συμμετέχοντες εργάζονταν σε ψυχιατρικό τμήμα, 6 (5%) στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ), 4 (3,3%) στα εξωτερικά ιατρεία, 3 (2,5%) στο παθολογικό ψυχιατρικού, 1 (0,8%) συμμετέχων στο τμήμα COVID-19 και 1 (0,8%) συμμετέχων στο τμήμα οξέων περιστατικών (σχήμα 4).

Η συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων ήταν $19,2 \pm 10,4$ έτη με ελάχιστο 1 έτος και μέγιστο 38 έτη. Η προϋπηρεσία των συμμετεχόντων στο τμήμα που εργάζονταν τη στιγμή της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν $7,4 \pm 6,9$ έτη με ελάχιστο 0 και μέγιστο 35 έτη.

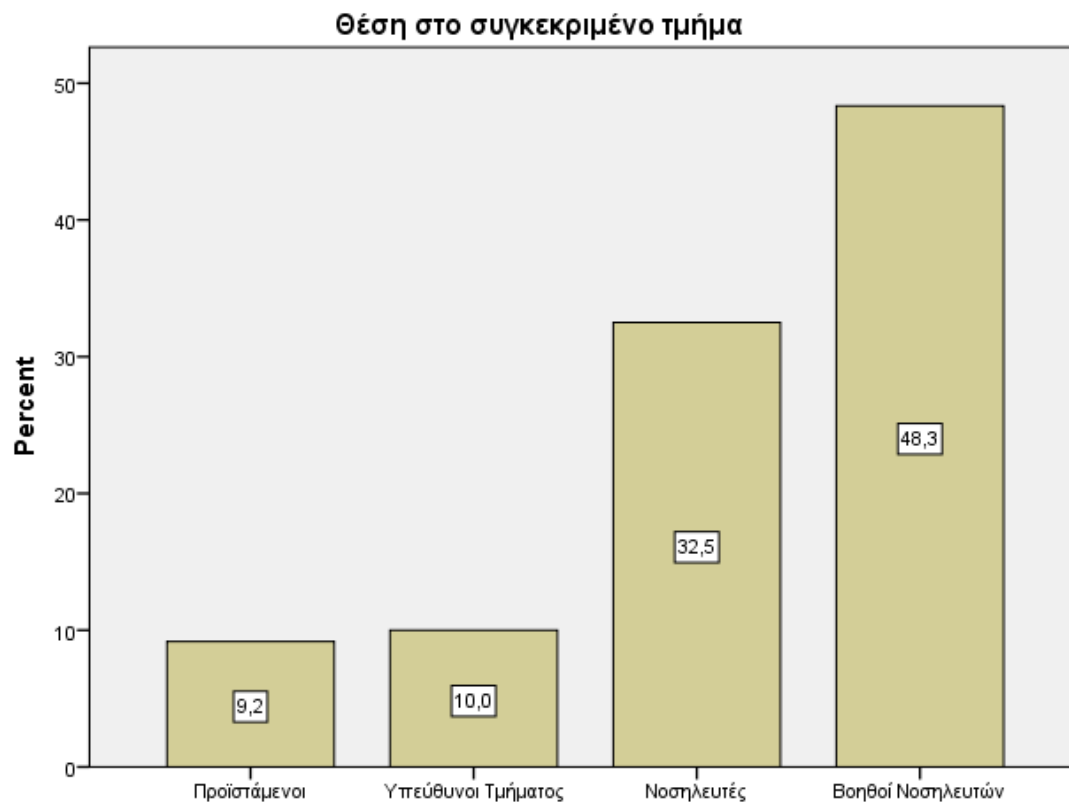


Σχήμα 3. Εκπαιδευτικό επίπεδο συμμετεχόντων



Σχήμα 4. Τμήμα Εργασίας συμμετεχόντων.

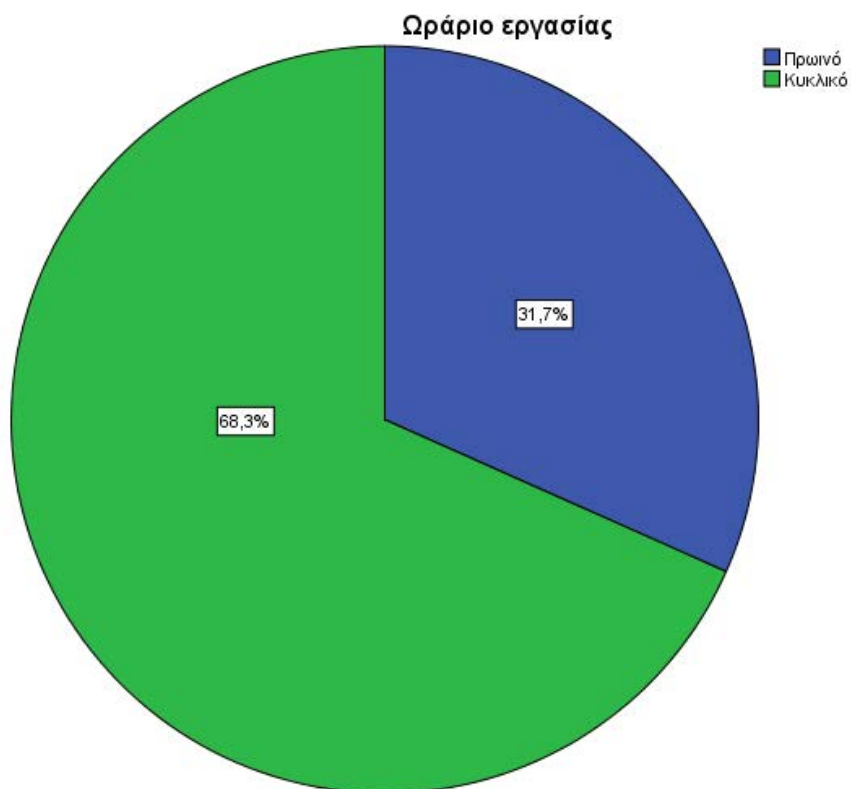
Συνολικά, 58 (48,3%) συμμετέχοντες ήταν βοηθοί νοσηλευτών, 39 (32,5%) ήταν νοσηλευτές, 12 (10%) υπεύθυνοι τμήματος και 11 (9,2%) ήταν προϊστάμενοι (σχήμα 5).



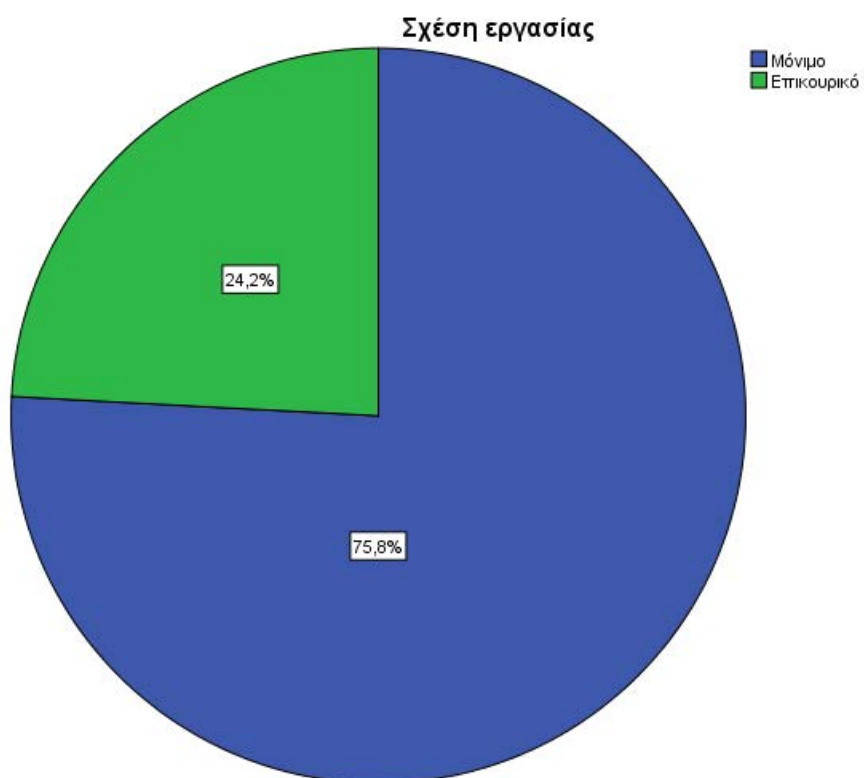
Σχήμα 5. Θέση συμμετεχόντων.

Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 82 (68,3%) εργάζονταν σε κυκλικό ωράριο και 38 (31,7%) σε σταθερό πρωινό ωράριο (σχήμα 6).

Η πλειονηφία των συμμετεχόντων (75,8%) ήταν μόνιμοι υπάλληλοι και οι υπόλοιποι 29 (24,2%) επικουρικοί (σχήμα 7).

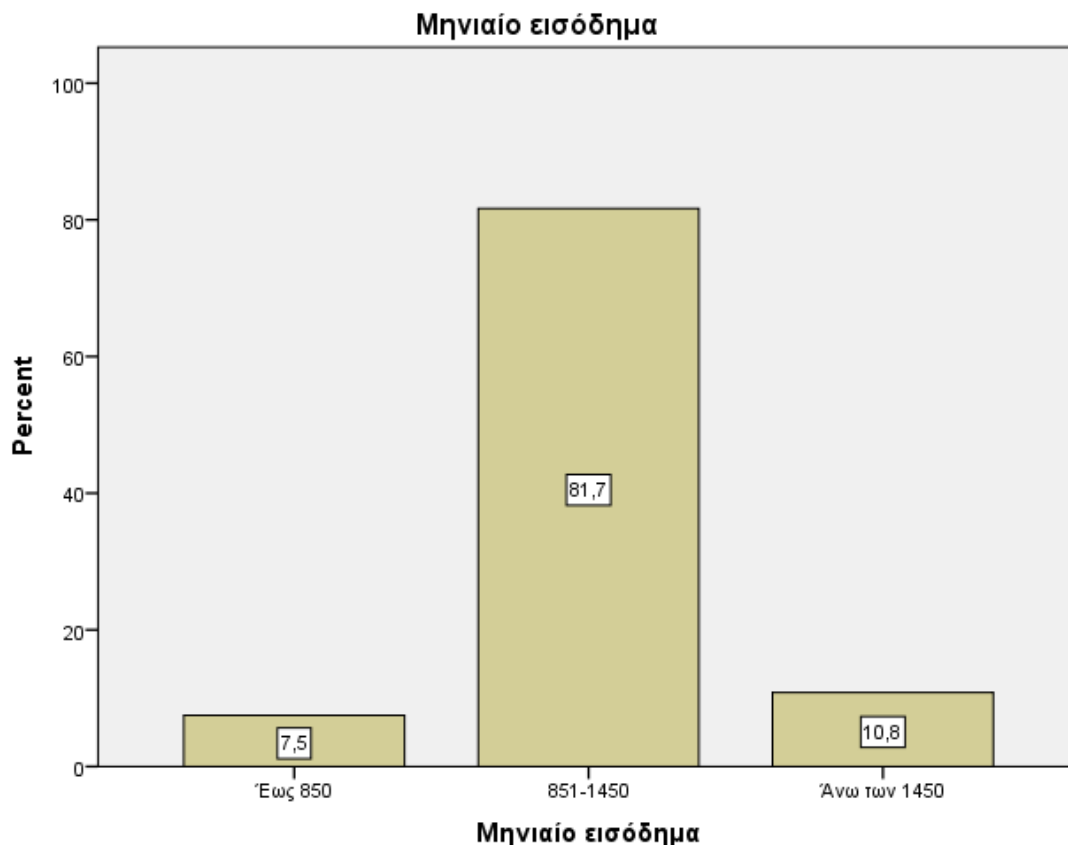


Σχήμα 6. Ωράριο εργασίας συμμετεχόντων.



Σχήμα 7. Σχέση εργασίας συμμετεχόντων.

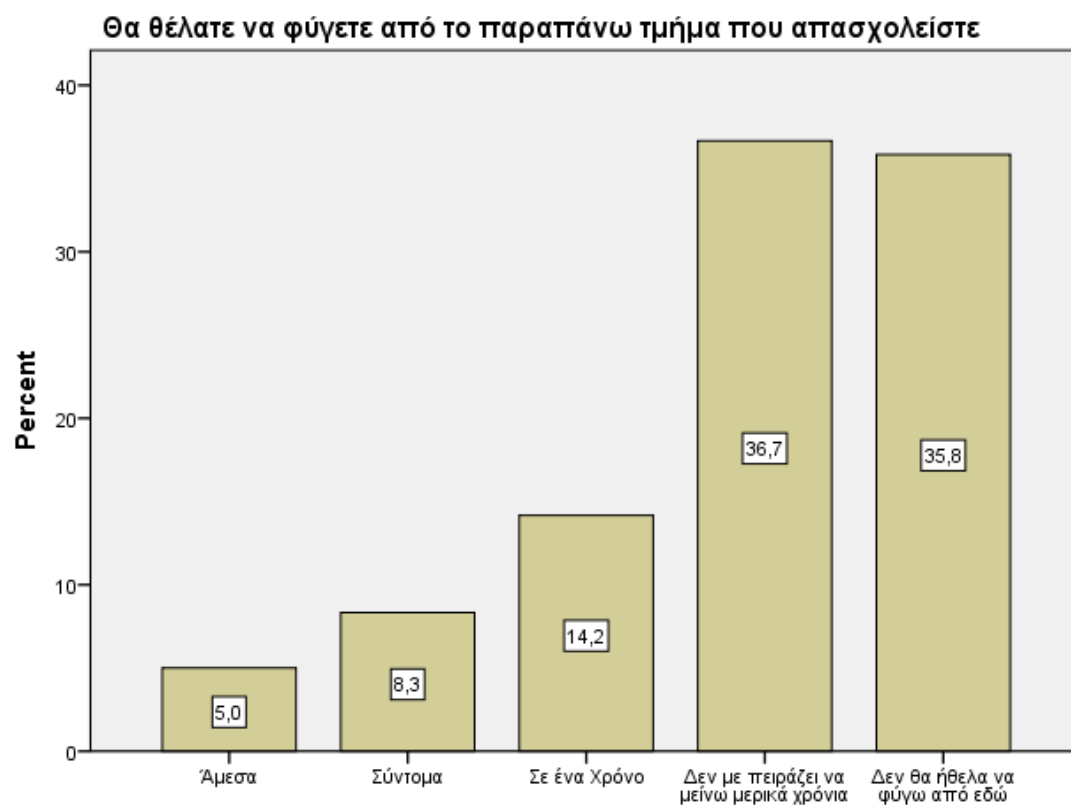
Συνολικά, 98 (81,7%) συμμετέχοντες είχαν μηνιαίο εισόδημα 851-1540 ευρώ, 13 (10,8%) συμμετέχοντες είχαν μηνιαίο εισόδημα πάνω από 1450 ευρώ και 9 (7,5%) συμμετέχοντες είχαν μηνιαίο εισόδημα μέχρι 850 ευρώ (σχήμα 8).



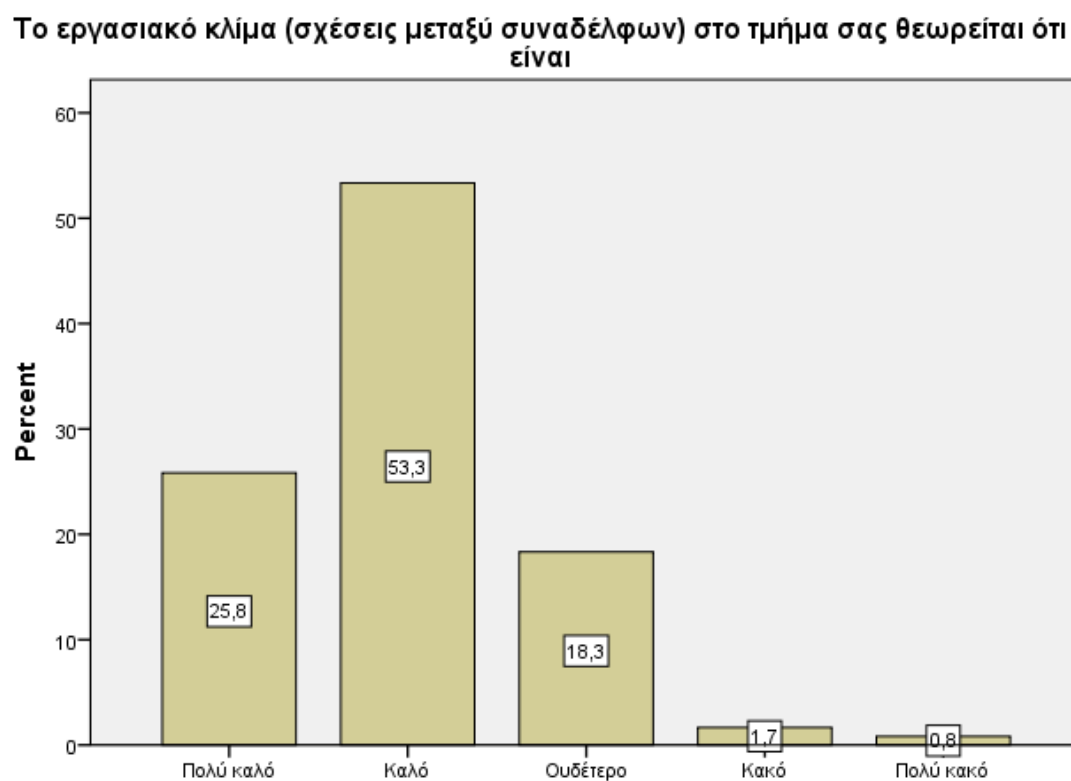
Σχήμα 8. Μηνιαίο εισόδημα συμμετεχόντων.

Στην ερώτηση «Θα θέλατε να φύγετε από το παραπάνω τμήμα που απασχολείστε», 44 (36,7%) συμμετέχοντες απάντησαν δεν με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια, 43 (35,8%) δεν θα ήθελα να φύγω από εδώ, 17 (14,2%) σε ένα χρόνο, 10 (8,3%) σύντομα και 6 (5%) άμεσα (σχήμα 9).

Στην ερώτηση «Το εργασιακό κλίμα (σχέσεις μεταξύ συναδέλφων) στο τμήμα σας θεωρείται ότι είναι», 64 (53,3%) συμμετέχοντες απάντησαν καλό, 31 (25,8%) πολύ καλό, 22 (18,3%) ουδέτερο, 2 (1,7%) κακό και 1 (0,8%) συμμετέχων απάντησε πολύ κακό (σχήμα 10).



Σχήμα 9. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Θα θέλατε να φύγετε από το παραπάνω τμήμα που απασχολείστε



Σχήμα 10. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Το εργασιακό κλίμα (σχέσεις μεταξύ συναδέλφων) στο τμήμα σας θεωρείται ότι είναι

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (60,8%) είχαν μερικές ημέρες μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες και 28 (23,3%) συμμετέχοντες δεν είχαν καθόλου ενδιαφέρον. Ακόμη, 61 (50,8%) συμμετέχοντες ένιωθαν μερικές μέρες πεσμένοι, καταθλιμμένοι ή απελπισμένοι και 46 (38,3%) δεν ένιωθαν καθόλου. Επίσης, 67 (55,8%) συμμετέχοντες ένιωθαν μερικές μέρες νευρικοί, αγχωμένοι ή ευερέθιστοι και 44 (36,7%) δεν ένιωθαν καθόλου. Επιπλέον, 80 (66,7%) συμμετέχοντες δεν ένιωσαν καθόλου ότι μπορούν να σταματήσουν ή να ελέγξουν το άγχος τους και 32 (26,7%) συμμετέχοντες δεν μπορούσαν να το ελέγξουν μερικές ημέρες. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον πίνακα 1.

Πίνακας 1. Απαντήσεις συμμετεχόντων στην ερώτηση: Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;	Καθόλου	Μερικές ημέρες	Περισσότερες από τις μισές ημέρες	Σχεδόν κάθε ημέρα
Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες	28 23,3%	73 60,8%	14 11,7%	5 4,2%
Νιώσατε πεσμένος (η), καταθλιμμένος (η) ή απελπισμένος(η)	46 38,3%	61 50,8%	10 8,3%	3 2,5%
Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος (η)	44 6,7%	67 55,8%	8 6,7%	1 0,8%
Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας	80 66,7%	33 27,5%	4 3,3%	3 2,5%

5.2. Επαγγελματική ποιότητα ζωής

Όσον αφορά τη συχνότητα με τον τρόπο που οι συμμετέχοντες έχουν βιώσει αυτές τις εμπειρίες τις τελευταίες 30 ημέρες, με φθίνουσα σειρά (πιο συχνά προς ποτέ) οι συμμετέχοντες απάντησαν πως είναι το άτομο που πάντα ήθελαν να είναι ($3,93 \pm 0,9$), είναι πολύ στοργικά άτομα ($3,78 \pm 0,9$), λαμβάνουν ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορούν να φροντίζουν τους ανθρώπους ($3,77 \pm 0,9$), έχουν πεποιθήσεις οι οποίες τους στηρίζουν ($3,76 \pm 0,8$), τους αρέσει η εργασία τους ως πάροχος φροντίδας ($3,68 \pm 1,1$), είναι περήφανοι για το τι μπορούν να κάνουν για να παρέχουν φροντίδα ($3,61 \pm 0,9$), είναι ευχαριστημένοι ($3,59 \pm 0,9$), έχουν ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για τα άτομα που φροντίζουν και για το πώς θα μπορούσαν να τα βοηθήσουν ($3,52 \pm 0,9$), η εργασία τους τους κάνει να νιώθουν ικανοποιημένοι ($3,48 \pm 0,9$), είναι ευτυχείς που επέλεξαν να κάνουν αυτή την εργασία ($3,46 \pm 0,9$), σκέφτονται ότι είναι πετυχημένοι ως πάροχοι φροντίδας ($3,35 \pm 0,9$), τους απασχολεί έντονα η έγνοια που έχουν για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία φροντίζουν ($3,28 \pm 0,9$), είναι ευχαριστημένοι με τον τρόπο που είναι σε θέση να συμβαδίσουν με τις τεχνικές και τα πρωτόκολλα παροχής φροντίδας ($3,28 \pm 0,9$), νιώθουν αναζωογονημένοι από την εργασία τους με τα άτομα που φροντίζουν ($3,21 \pm 1,02$), πιστεύουν ότι μπορούν να κάνουν τη διαφορά μέσω της εργασίας τους ($3,07 \pm 1,1$), νιώθουν ότι συνδέονται με τους άλλους ($2,97 \pm 0,9$), νιώθουν παγιδευμένοι από το σύστημα ($2,94 \pm 1,2$), νιώθουν εξάντληση λόγω της εργασίας τους ως πάροχοι φροντίδας ($2,64 \pm 1,1$), νιώθουν καταβεβλημένοι γιατί ο φόρτος της εργασίας τους, τους φαίνεται ατελείωτος ($2,42 \pm 1,2$), νιώθουν εγκλωβισμένοι από τη δουλειά τους ως πάροχοι φροντίδας ($2,29 \pm 1,1$), λόγω της φροντίδας, νιώθουν «στα όρια της αντοχής τους» για διάφορα πράγματα ($2,21 \pm 1,1$), αναπηδούν ή ξαφνιάζονται από απροσδόκητους ήχους ($2,16 \pm 0,9$), νιώθουν θλίψη λόγω των τραυματικών εμπειριών των ατόμων που φροντίζουν ($1,94 \pm 0,9$), δεν μπορούν να ανακαλέσουν στη μνήμη τους σημαντικά κομμάτια της εργασίας τους, που αφορούν θύματα τραυματισμού ($1,76 \pm 0,9$), είναι δύσκολο να διαχωρίσουν την προσωπική τους ζωή, από τη ζωή τους ως πάροχοι φροντίδας ($1,62 \pm 0,8$), αποφεύγουν συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή τους θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ατόμων που φροντίζουν ($1,56 \pm 0,9$), νιώθουν σαν να βιώνουν το τραύμα κάποιου που έχουν φροντίσει ($1,53 \pm 0,8$), νομίζουν ότι ίσως έχουν επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος των ατόμων που φροντίζουν ($1,50 \pm 0,8$), δεν είναι τόσο παραγωγικοί στη δουλειά τους, επειδή χάνουν τον ύπνο τους λόγω των τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζουν ($1,38 \pm 0,7$) και ως αποτέλεσμα της φροντίδας τους, έχουν ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις ($1,38 \pm 0,7$). Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται οι

απαντήσεις των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ποιότητας ζωής PROQOL-V.

Πίνακας 2. Απαντήσεις συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ποιότητας ζωής PROQOL-V.

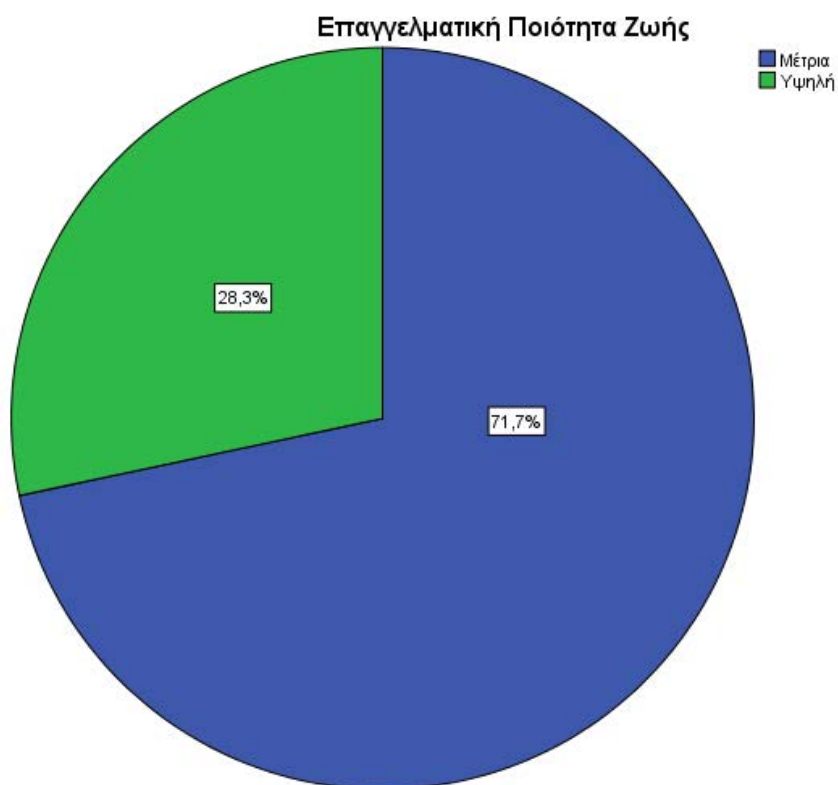
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ Συχνά
Είμαι ευχαριστημένος	6 5%	6 5%	30 25%	67 55,8%	11 9,2%
Με απασχολεί έντονα η έγνοια που έχω για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία φροντίζω	4 3,3%	20 16,7%	46 38,3%	39 32,5%	11 9,2%
Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να φροντίζω τους ανθρώπους	-	8 6,7%	43 35,8%	38 31,7%	31 25,8%
Νιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους	7 5,8%	30 25%	51 42,5%	24 20%	8 6,7%
Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	31 25,8%	54 45%	25 20,8%	5 4,2%	5 4,2%
Νιώθω αναζωογονημένος από την εργασία μου με τα άτομα που φροντίζω	8 6,7%	18 15%	46 38,3%	37 30,8%	11 9,2%
Είναι δύσκολο να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή, από τη ζωή μου ως πάροχος φροντίδας	64 53,3%	43 35,8%	9 7,5%	3 2,5%	1 0,8%

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ Συχνά
Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά μου, επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω των τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω	86 71,7%	27 22,5%	4 3,3%	2 1,7%	1 0,8%
Νομίζω ότι ίσως έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος των ατόμων που φροντίζω	80 66,7%	25 20,8%	12 10%	1 0,8%	2 1,7%
Νιώθω εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου ως πάροχος φροντίδας	37 30,8%	29 24,2%	38 31,7%	14 11,7%	2 1,7%
Λόγω της φροντίδας, νιώθω "στα όρια της αντοχής μου " για διάφορα πράγματα	36 30%	40 33,3%	29 24,2%	13 10,8%	2 1,7%
Μου αρέσει η εργασία μου ως πάροχος φροντίδας	4 3,3%	9 7,5%	35 29,3%	45 37,5%	27 22,5%
Νιώθω θλίψη λόγω των τραυματικών εμπειριών των ατόμων που φροντίζω	51 42,5%	35 29,2%	26 31,7%	6 5%	2 1,7%
Νιώθω σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω φροντίσει	76 63,3%	29 24,2%	11 9,2%	3 2,5%	1 0,8%
Έχω πεποιθήσεις οι οποίες με στηρίζουν	1 0,8%	6 5%	32 26,7%	63 52,5%	18 15%
Είμαι ευχαριστημένος με τον τρόπο που είμαι σε θέση να συμβαδίσω με τις τεχνικές και τα πρωτόκολλα παροχής φροντίδας	4 3,3%	14 11,7%	54 45%	41 34,2%	7 5,8%

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ Συχνά
Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι	2 1,7%	7 5,8%	22 18,3%	56 46,7%	33 27,5%
Η εργασία μου με κάνει να νιώθω ικανοποιημένος	4 3,3%	11 9,2%	45 37,5%	44 36,7%	16 13,3%
Νιώθω εξάντληση λόγω της εργασίας μου ως πάροχος φροντίδας	20 16,7%	33 27,5%	43 35,8%	18 15%	6 5%
Έχω ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για τα άτομα που φροντίζω και για το πώς θα μπορούσα να τα βοηθήσω	2 1,7%	13 10,8%	43 35,8%	45 37,5%	17 14,2%
Νιώθω καταβεβλημένος γιατί ο φόρτος της εργασίας μου, μου φαίνεται ατελείωτος	32 26,7%	33 27,5%	34 28,3%	15 12,5%	6 5%
Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της εργασίας μου	13 10,8%	16 13,3%	50 41,7%	32 26,7%	9 7,5%
Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ατόμων που φροντίζω	76 63,3%	26 21,7%	14 11,7%	3 2,5%	1 0,8%
Είμαι περήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να παρέχω φροντίδα	5 4,2%	5 4,2%	42 35%	48 40%	20 16,7%
Ως αποτέλεσμα της φροντίδας μου, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις	87 72,5%	25 20,8%	4 3,3%	3 2,5%	1 0,8%

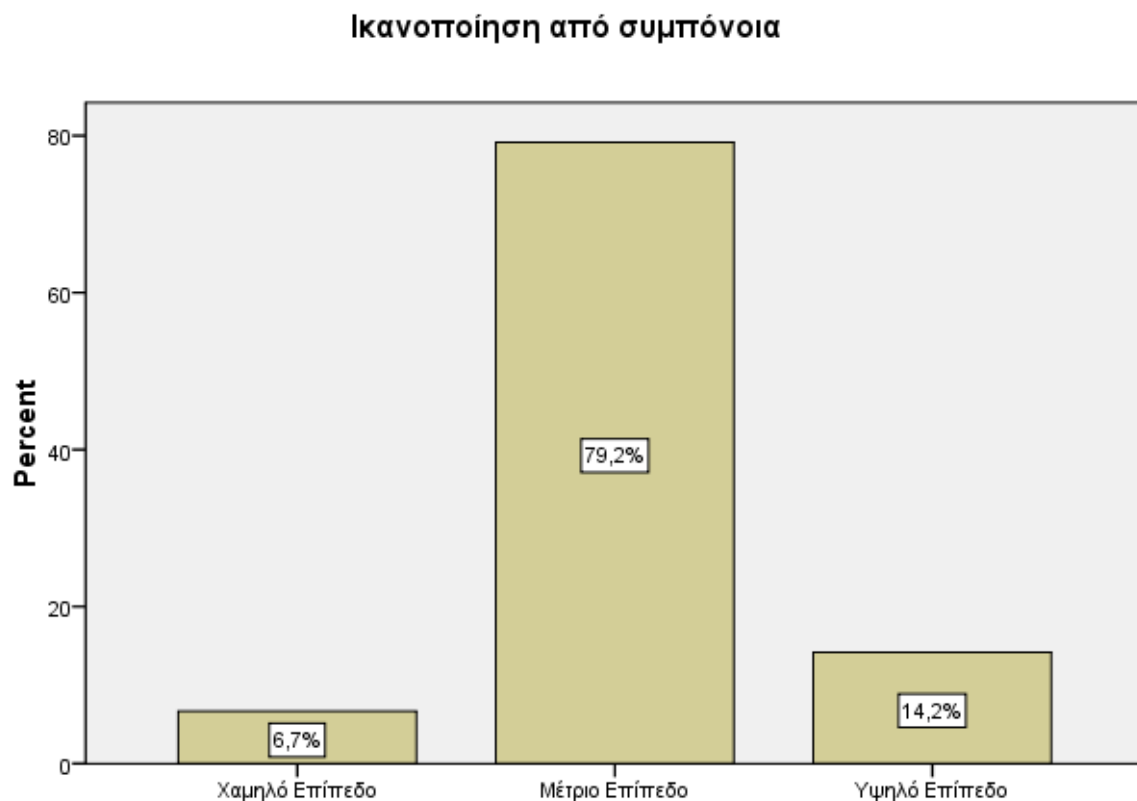
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ Συχνά
Νιώθω παγιδευμένος από το σύστημα	18 15%	21 17,5%	45 37,5%	22 18,3%	14 11,7%
Σκέφτομαι ότι είμαι επιτυχημένος ως πάροχος φροντίδας	7 5,8%	8 6,7%	48 40%	50 41,7%	7 5,8%
Δεν μπορώ να ανακαλέσω στη μνήμη μου σημαντικά κομμάτια της εργασίας μου, που αφορούν θύματα τραυματισμού	63 52,5%	29 24,2%	23 19,2%	4 3,3%	1 0,8%
Είμαι πολύ στοργικό άτομο	2 1,7%	9 7,5%	21 17,5%	69 57,5%	19 15,8%
Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή την εργασία	5 4,2%	6 5%	54 45%	39 32,5%	16 13,3%

Η συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου της επαγγελματικής ποιότητας ζωής είναι $76,9 \pm 9,5$. Συνολικά, 86 (71,7%) συμμετέχοντες είχαν μέτρια επαγγελματική ποιότητα ζωής και 34 (28,3%) είχαν υψηλή επαγγελματική ποιότητα ζωής (σχήμα 11).



Σχήμα 11. Επαγγελματική ποιότητα ζωής συμμετεχόντων.

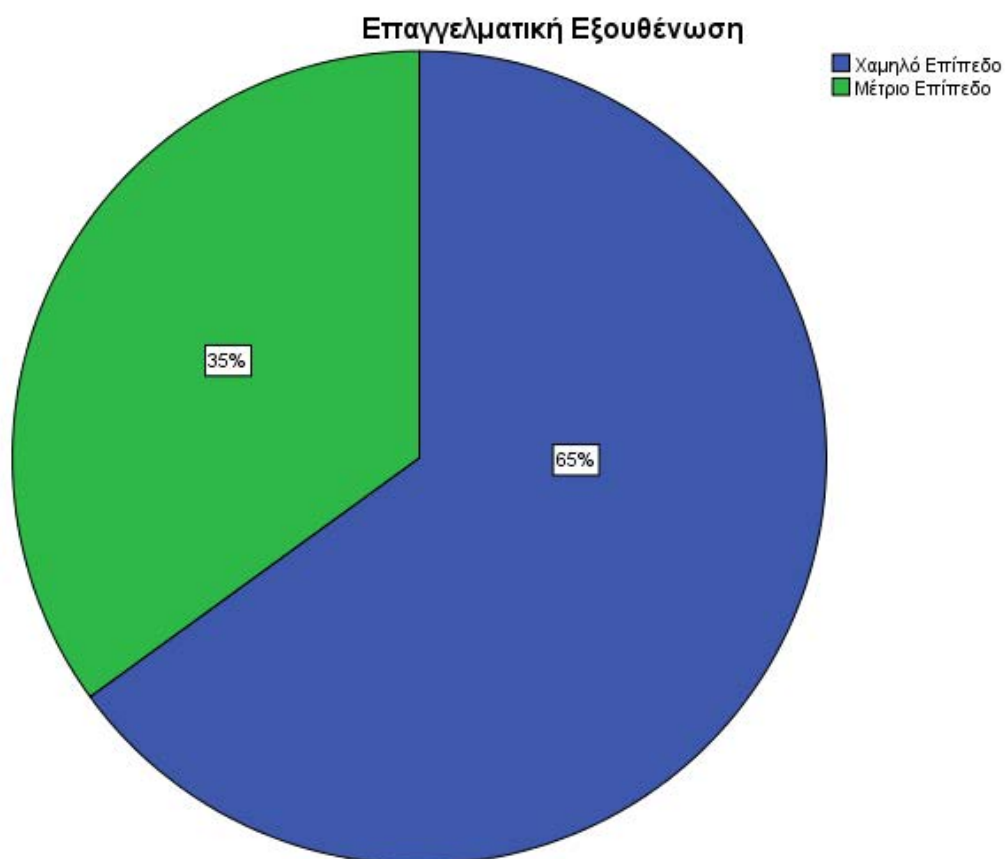
Η επαγγελματική ικανοποίηση των συμμετεχόντων βρέθηκε $34,4 \pm 6,9$. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, 95 (79,2%) είχαν μέτρια επίπεδα ικανοποίησης από συμπίνοια, 17 (14,2%) υψηλά επίπεδα και 8 (6,7%) χαμηλά επίπεδα (πίνακας 3, σχήμα 12).



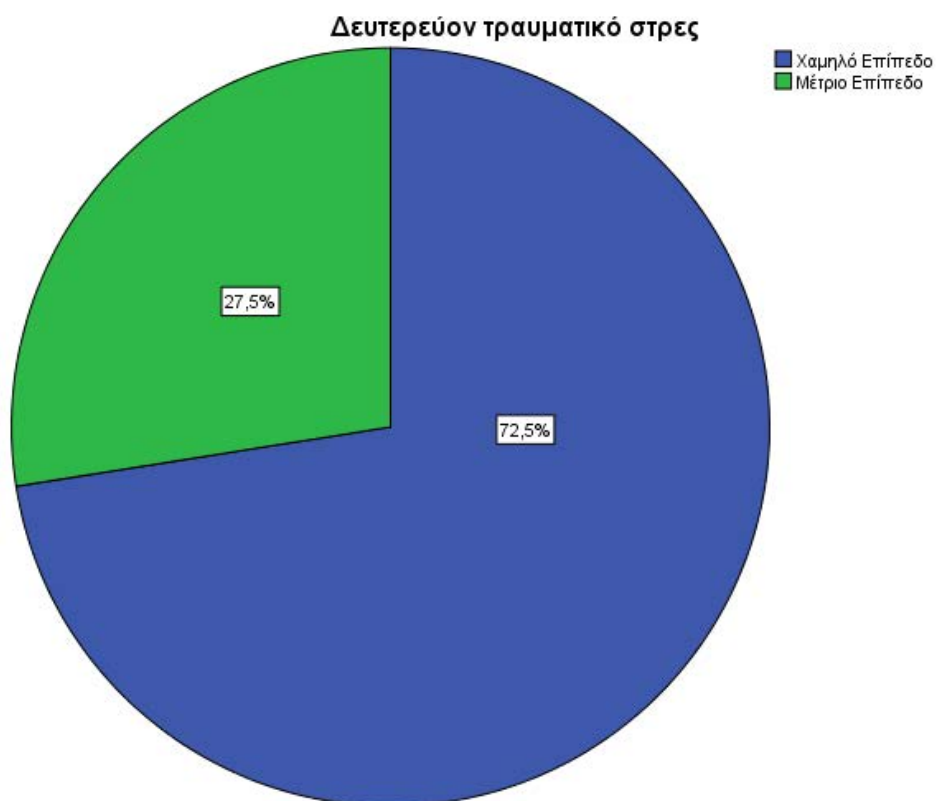
Σχήμα 12. Επαγγελματική ικανοποίηση συμμετεχόντων.

Η επαγγελματική εξουθένωση των συμμετεχόντων βρέθηκε $21,4 \pm 4,5$. Στο σύνολο, 78 (65%) συμμετέχοντες είχαν χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και 42 (35%) συμμετέχοντες είχαν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (πίνακας 3, σχήμα 13).

Το δευτερεύον τραυματικό στρες των συμμετεχόντων βρέθηκε $18,9 \pm 5,6$. Συνολικά, 87 (72,5%) συμμετέχοντες είχαν χαμηλά επίπεδα δευτερεύον τραυματικού στρες και 33 (27,5%) συμμετέχοντες είχαν μέτρια επίπεδα δευτερεύον τραυματικού στρες (πίνακας 3, σχήμα 14).



Σχήμα 13. Επαγγελματική εξουθένωση συμμετεχόντων.



Σχήμα 14. Δευτερεύον τραυματικό στρες συμμετεχόντων.

Πίνακας 3. Βαθμολογία του ερωτηματολογίου επαγγελματικής ποιότητας ζωής και των διαστάσεών του.

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος±ΤΑ
Συνολική βαθμολογία PROQOL-V	53	111	76,9±9,5
Ικανοποίηση από συμπόνοια	15	48	34,4±6,9
Επαγγελματική εξουθένωση	12	36	21,4±4,5
Δευτερεύον τραυματικό στρες	11	41	18,9±5,6

5.3. Ηθική Βλάβη

Όσον αφορά τις δύσκολες εμπειρίες που έχουν οι συμμετέχοντες στο χώρο εργασίας τους, συμφωνούν κατά φθίνουσα σειρά με τις προτάσεις ότι είναι θυμωμένοι γιατί ο εργασιακός τους χώρος περιμένει πολλά από τους υπαλλήλους αλλά δεν τους φροντίζει ως αντάλλαγμα (66,6%) και ότι η εμπειρία τους έχει δείξει ότι δεν μπορούν να βασιστούν στον εργασιακό τους χώρο για να τους φροντίσει (48,3%).

Επίσης, οι συμμετέχοντες διαφωνούν κατά φθίνουσα σειρά με τις προτάσεις ότι τα συναισθήματα που τους υπόδειξαν παραπάνω τους προκαλούν σημαντική καταπόνηση ή τους δυσκολεύουν να λειτουργήσουν σε σχέσεις, στη δουλειά, στο σπίτι ή σε άλλους τομείς της ζωής τους σημαντικούς για εκείνους (93,4%), ότι αγνοώντας τη συνειδήσή τους προκειμένου να κάνω τη δουλειά τους έκανε δύσκολο για εκείνους να εμπιστευτούν τον εαυτό τους (85%), ότι ντρέπονται για τις επιλογές που έχουν κάνει στη δουλειά τους, οι οποίες είναι ενάντια στις πεποιθήσεις τους σχετικά με το σωστό και το λάθος (77,5%), ότι αισθάνονται ένοχοι που αναγκάστηκαν να κάνουν πράγματα στη δουλειά με τα οποία δε συμφωνούσαν ηθικά μαζί τους (77,5%), ότι ντρέπονται για τα πράγματα που πείστηκαν να κάνουν στη δουλειά, τα οποία ήταν αντίθετα με τη συνειδήσή τους (77,5%), ότι νιώθουν θυμό όταν σκέφτονται τα πράγματα τα οποία αποφάσισαν να κάνουν στη δουλειά τους, που δεν ταίριαζαν με τις ηθικές τους αξίες (76,7%), ότι η επιλογή να ενεργούν ενάντια στις δικές τους ηθικές αξίες στη δουλειά τους τους έχει δυσκολέψει να βρουν νόημα στη δουλειά τους (75,9%), ότι είναι δύσκολο για εκείνους να βρουν νόημα σε ηθικά αμφισβητήσιμα πράγματα τα οποία αναγκάστηκαν να κάνουν στη

δουλειά τους (75,9%), ότι είναι θυμωμένοι γιατί αναγκάστηκαν να κάνουν πράγματα στη δουλειά τα οποία ήταν αντίθετα με τις πεποιθήσεις τους σχετικά με το σωστό και το λάθος (74,8%), ότι αναρωτιούνται αν μπορούν να εμπιστευτούν τους άλλους λόγω των αποφάσεων που έχουν πάρει στον χώρο εργασίας, οι οποίες είναι αντίθετες με τη συνείδησή τους (70%), ότι νιώθουν ένοχοι για πράγματα που επέλεξαν να κάνουν στη δουλειά τα οποία ήταν αντίθετα με τη συνείδησή τους (70%), ότι με το να είναι μάρτυρες ανήθικης συμπεριφοράς στη δουλειά, χωρίς να είναι ικανοί να το αλλάξουν, έχουν σπάσει την αίσθηση του σκοπού που είχαν (68,3%), ότι αισθάνονται ένοχοι για τις φορές που υποχώρησαν και επέτρεψαν να συνεχίσουν να συμβαίνουν άσχημα πράγματα στο χώρο δουλειάς τους (62,5%), ότι με το να είναι ανίκανοι να σταματήσουν τους ανθρώπους να κάνουν πράγματα με τα οποία δε συμφωνούν ηθικά στη δουλειά, τους έχει κάνει να εμπιστεύονται λιγότερο τους άλλους (60,9%), ότι ο τρόπος με τον οποίο ο χώρος εργασίας τους απέτυχε να τους φροντίσει, τους κάνει να αμφισβητούν την καριέρα τους (59,2%), ότι ακόμα κι αν είναι πέρα από τον έλεγχό τους, η μη ηθική συμπεριφορά που έχουν δει από τους άλλους στο χώρο εργασίας τους, τους κάνει να ντρέπονται (59,1%), ότι είναι θυμωμένοι που δεν επέλεξαν να αντισταθούν απέναντι σε πράγματα τα οποία ήταν ενάντια στις πεποιθήσεις τους σχετικά με το σωστό και το λάθος στη δουλειά (57,4%), ότι έχουν απογοητευτεί επιτρέποντας να συμβαίνουν πράγματα στη δουλειά τους, τα οποία ήξεραν ότι δεν ήταν σωστό να συνεχίσουν να συμβαίνουν (52,5%) και ότι τους θυμώνει το γεγονός ότι δεν μπορούν να σταματήσουν τους άλλους από το να κάνουν πράγματα στη δουλειά, τα οποία είναι ενάντια στις αξίες τους (46,7%). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα Occupational Moral Injury Scale παρουσιάζονται στον πίνακα 4.

Πίνακας 4. Απαντήσεις των συμμετεχόντων στην κλίμακα Occupational Moral Injury Scale

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Είμαι θυμωμένος γιατί ο εργασιακός μου χώρος περιμένει πολλά από τους υπαλλήλους αλλά δεν μας φροντίζει ως αντάλλαγμα	2 1,7%	10 8,3%	12 10%	16 13,3%	22 18,3%	27 22,5%	31 25,8%
Η εμπειρία μου έχει δείξει ότι δεν μπορώ να βασιστώ στον εργασιακό μου χώρο για να με φροντίσει	5 4,2%	10 8,3%	31 25,8%	16 13,3%	18 15%	24 20%	16 13,3%
Ο τρόπος με τον οποίο ο χώρος εργασίας μου απέτυχε να με φροντίσει, με κάνει να αμφισβητώ την καριέρα μου	18 15%	39 32,5%	14 11,7%	19 15,8%	10 8,3%	15 12,5%	5 4,2%
Νιώθω ένοχος για πράγματα που επέλεξα να κάνω στη δουλειά τα οποία ήταν αντίθετα με τη συνείδησή μου	38 31,7%	39 32,5%	7 5,8%	15 12,5%	12 10%	4 3,3%	5 4,2%
Ντρέπομαι για τις επιλογές που έχω κάνει στη δουλειά μου, οι οποίες είναι ενάντια στις πεποιθήσεις μου	43 35,8%	36 30%	14 11,7%	12 10%	10 8,3%	2 1,7%	3 2,5%

σχετικά με το σωστό και το λάθος							
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Νοιώθω θυμό όταν σκέφτομαι τα πράγματα τα οποία αποφάσισα να κάνω στη δουλειά μου, που δεν ταίριαζαν με τις ηθικές μου αξίες	41 34,2%	39 32,5%	12 10%	10 8,3%	7 5,8%	7 5,8%	4 3,3%
Αναρωτιέμαι αν μπορώ να εμπιστευτώ τους άλλους λόγω των αποφάσεων που έχω πάρει στον χώρο εργασίας , οι οποίες είναι αντίθετες με τη συνείδησή μου	38 31,7%	36 30%	10 8,3%	16 13,3%	12 10%	5 4,2%	3 2,5%
Η επιλογή να ενεργώ ενάντια στις δικές μου ηθικές αξίες στη δουλειά μου με έχει δυσκολέψει να βρω νόημα στη δουλειά μου	41 34,2%	41 34,2%	9 7,5%	8 6,7%	11 9,2%	8 6,7%	2 1,7%
Αισθάνομαι ένοχος που αναγκάστηκα να κάνω πράγματα στη δουλειά με τα οποία δε συμφωνούσα ηθικά μαζί τους	36 30%	46 38,3%	11 9,2%	8 6,7%	10 8,3%	5 4,2%	4 3,3%
Ντρέπομαι για τα πράγματα που πείστηκα να κάνω	41 34,2%	39 32,5%	13 10,8%	11 9,2%	5 4,2%	7 5,8%	4 3,3%

στη δουλειά, τα οποία ήταν αντίθετα με τη συνείδησή μου							
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Είμαι θυμωμένος γιατί αναγκάστηκα να κάνω πράγματα στη δουλειά τα οποία ήταν αντίθετα με τις πεποιθήσεις μου σχετικά με το σωστό και το λάθος	39 32,5%	39 32,5%	11 9,2%	10 8,3%	10 8,3%	9 7,5%	2 1,7%
Είναι δύσκολο για μένα να βρω νόημα σε ηθικά αμφισβητήσιμα πράγματα τα οποία αναγκάστηκα να κάνω στη δουλειά μου	44 36,7%	32 26,7%	15 12,5%	14 11,7%	6 5%	7 5,8%	2 1,7%
Αισθάνομαι ένοχος για τις φορές που υποχώρησα και επέτρεψα να συνεχίσουν να συμβαίνουν άσχημα πράγματα στο χώρο δουλειάς μου	30 25%	32 26,7%	13 10,8%	9 7,5%	19 15,8%	11 9,2%	6 5%
Έχω απογοητευτεί επιτρέποντας να συμβαίνουν πράγματα στη δουλειά μου, τα οποία ήξερα ότι δεν ήταν σωστό να	22 18,3%	29 24,2%	12 10%	16 13,3%	22 18,3%	14 11,7%	5 4,2%

συνεχίσουν να συμβαίνουν							
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Είμαι θυμωμένος που δεν επέλεξα να αντισταθώ απέναντι σε πράγματα τα οποία ήταν ενάντια στις πεποιθήσεις μου σχετικά με το σωστό και το λάθος στη δουλειά	25 20,8%	28 23,3%	16 13,3%	23 19,2%	11 9,2%	9 7,5%	8 6,7%
Αγνοώντας τη συνείδησή μου προκειμένου να κάνω τη δουλειά μου έκανε δύσκολο για μένα να εμπιστευτώ τον εαυτό μου	48 40%	40 33,3%	14 11,7%	7 5,8%	3 2,5%	7 5,8%	1 0,8%
Ακόμα κι αν είναι πέρα από τον έλεγχό μου, η μη ηθική συμπεριφορά που έχω δει από τους άλλους στο χώρο εργασίας μου, με κάνει να ντρέπομαι	33 27,5%	22 18,3%	16 13,3%	14 11,7%	13 10,8%	13 10,8%	9 7,5%
Με θυμώνει το γεγονός ότι δεν μπορώ να σταματήσω τους άλλους από το να κάνουν πράγματα στη δουλειά, τα	18 15%	20 16,7%	18 15%	21 17,5%	22 18,3%	12 10%	9 7,5%

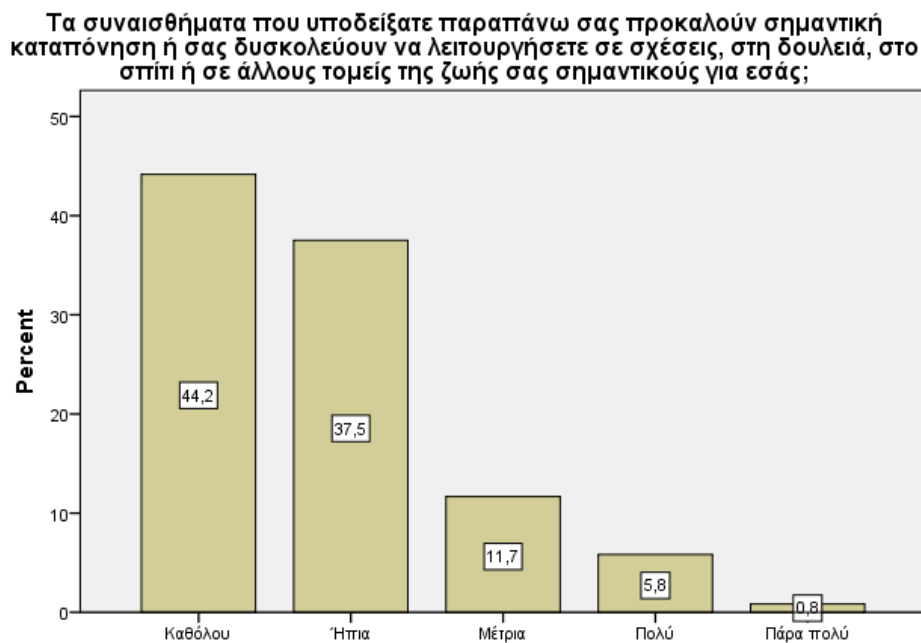
οποία είναι ενάντια στις αξίες μου							
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Μάλλον Διαφωνώ	Ούτε Συμφωνώ Ούτε Διαφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ Απόλυτα
Με το να είμαι ανίκανος να σταματήσω τους ανθρώπους να κάνουν πράγματα με τα οποία δε συμφωνώ ηθικά στη δουλειά, με έχει κάνει να εμπιστεύομαι λιγότερο τους άλλους	24 20%	32 26,7%	17 14,2%	13 10,8%	20 16,7%	10 8,3%	4 3,3%
Με το να είμαι μάρτυρας ανήθικης συμπεριφοράς στη δουλειά, χωρίς να είμαι ικανός να το αλλάξω, έχει σπάσει την αίσθηση του σκοπού που είχα	33 27,5%	34 28,3%	15 12,5%	15 12,5%	8 6,7%	9 7,5%	6 5%

Οι συμμετέχοντες βρέθηκαν να έχουν μέτρια προς ήπια επίπεδα ηθικής βλάβης ($60,2 \pm 25,7$), αισθάνονται μέτρια επίπεδα προδοσίας ($12,7 \pm 4,5$), εργασίας με τον οργανισμό ($12,7 \pm 7,3$), εργασία υπό πίεση ($10 \pm 6,1$), πράξη παράλειψης ($11,9 \pm 6,2$) και μαρτυρία ($12,9 \pm 6,3$). Η βαθμολογία των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο OMIS και στις διαστάσεις του παρουσιάζονται στον πίνακα 5.

Πίνακας 5. Βαθμολογία στο ερωτηματολόγιο OMIS και στις διαστάσεις του.

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος±ΤΑ
Συνολική βαθμολογία Ηθικής Βλάβης	20	129	60,2±25,7
Προδοσία	3	21	12,7±4,5
Εργασία με τον Οργανισμό	5	33	12,7±7,3
Εργασία υπό πίεση	4	26	10±6,1
Πράξη παράλειψης	4	27	11,9±6,2
Μαρτυρία	4	28	12,9±6,3

Οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι τα συναισθήματα που υπόδειξαν παραπάνω δεν τους προκαλούν (44,2%) ή τους προκαλούν ήπια (37,5%) καταπόνηση ή τους δυσκολεύουν να λειτουργήσουν σε σχέσεις, στη δουλειά, στο σπίτι ή σε άλλους τομείς της ζωής τους σημαντικούς για εκείνους (σχήμα 15).



Σχήμα 15. Βαθμός στον οποίο τα συναισθήματα που υπόδειξαν οι συμμετέχοντες παραπάνω τους προκαλούν σημαντική καταπόνηση ή τους δυσκολεύουν να λειτουργήσουν σε σχέσεις, στη δουλειά, στο σπίτι ή σε άλλους τομείς της ζωής τους σημαντικούς για εκείνους

5.4. Προσωπικότητα

Ο πίνακας 6 παρουσιάζει το μέσο όρο των απαντήσεων των συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο προσωπικότητας Ten-Item Personality Inventory.

Πίνακας 6. Βαθμολογία συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο Ten-Item Personality Inventory

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος±ΤΑ
Εξωστρεφή, ενθουσιώδη	1	7	4,74±1,6
Επικριτικό, εριστικό	1	7	2,38±1,4
Κάποιον που μπορείς να βασιστείς πάνω του, πειθαρχημένο	1	7	5,58±1,2
Αγχώδη, που ταραάζεται εύκολα	1	7	2,66±1,6
Δεκτικοί σε νέες εμπειρίες, πολυσύνθετο	1	7	5,04±1,5
Μαζεμένο, ήσυχο	1	7	4,06±1,6
Συμπονετικό, εγκάρδιο	2	7	5,58±1,1
Ανοργάνωτο, απρόσεκτο	1	7	1,99±1,2
Ήρεμο, συναισθηματικά σταθερό	1	7	5,38±1,2
Συμβατικό, μη δημιουργικό	1	7	2,73±1,6

Από το ερωτηματολόγιο Ten-Item Personality Inventory προκύπτουν πέντε διαστάσεις. Σύμφωνα με τις διαστάσεις, οι συμμετέχοντες είχαν σχετικά υψηλά επίπεδα εξωστρέφειας (5,16±1,3), συμφωνίας (5,79±0,9), ευσυνειδησίας (5,79±0,9), συναισθηματικής σταθερότητας (5,36±0,9) και δεκτικότητα σε εμπειρίες (5,16±1,3). Η βαθμολογία των διαστάσεων του ερωτηματολογίου παρουσιάζονται στον πίνακα 7.

Πίνακας 7. Βαθμολογία διαστάσεων του ερωτηματολογίου Ten-Item Personality Inventory

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος±ΤΑ
Εξωστρέφεια	1	7	5,16±1,3
Συμφωνία	3	7	5,79±0,9
Ευσυνειδησία	3	7	5,79±0,9
Συναισθηματική σταθερότητα	3	7	5,36±0,9
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	1	7	5,16±1,3

5.5. Σκοτεινή Τριάδα της προσωπικότητας

Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν με φθίνουσα σειρά ότι δεν είχαν ποτέ μπλεξίματα με τον νόμο ($4,42 \pm 1,1$), επέμεναν να τους δείχνουν τον σεβασμό που αξίζουν ($3,79 \pm 1,1$), δεν είναι σοφό να αποκαλύπτουν τα μυστικά τους ($3,68 \pm 0,9$), είναι ένας συνηθισμένος άνθρωπος ($3,65 \pm 1,1$), αποφεύγουν επικίνδυνες καταστάσεις ($3,62 \pm 1,1$), τους αρέσει να γνωρίζουν σημαντικούς ανθρώπους ($3,59 \pm 1$), νιώθουν αμηχανία όταν κάποιος τους επαινεί ($3,32 \pm 1,1$), μισούν να είναι το επίκεντρο της προσοχής ($3,14 \pm 1,1$), ό,τι κι αν χρειαστεί πρέπει να φέρουν τους σημαντικούς ανθρώπους με το μέρος τους ($2,82 \pm 1,1$), να αποφεύγουν την άμεση σύγκρουση με άλλους γιατί μπορούν να τους φανούν χρήσιμοι στο μέλλον ($2,81 \pm 1,1$), υπάρχουν πράγματα που πρέπει να κρύβουν από τους άλλους για να διατηρήσουν τη φήμη τους ($2,70 \pm 1,1$), οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να χειραγωγηθούν ($2,49 \pm 0,9$), τους αρέσει να χρησιμοποιούν έξυπνη χειραγωγήση για να πετυχαίνουν τους στόχους τους ($2,46 \pm 1,1$), είναι σοφό να συκρατούν πληροφορίες που μπορούν να χρησιμοποιούν εναντίον των άλλων αργότερα ($2,37 \pm 1,1$), βεβαιώνουν ότι τα σχέδιά τους ωφελούν εκείνους και όχι τους άλλους ($2,35 \pm 1,1$), ξέρουν ότι είναι ξεχωριστοί γιατί όλοι τους το λένε συνέχεια ($2,34 \pm 0,9$), πολλές ομαδικές δραστηριότητες τείνουν να είναι βαρετές χωρίς εκείνους ($2,28 \pm 0,9$), οι άνθρωποι τους βλέπουν ως γεννημένο ηγέτη ($2,18 \pm 1,1$), τους έχουν συγκρίνει με διάσημους ανθρώπους ($1,98 \pm 0,8$), τους αρέσει να εκδικούνται τις αρχές ($1,83 \pm 1,1$), απολαμβάνουν να κάνουν σεξ με ανθρώπους που γνωρίζουν ελάχιστα ($1,82 \pm 0,9$), οι άνθρωποι που τα βάζουν μαζί τους το μετανιώνουν πάντα ($1,68 \pm 0,9$), είναι αλήθεια ότι μπορούν να είναι κακός με τους άλλους ($1,62 \pm 0,9$), πρέπει να περιμένουν την κατάλληλη στιγμή για να εκδικηθούν τους ανθρώπους ($1,60 \pm 0,9$), οι άνθρωποι συχνά λένε ότι είναι εκτός ελέγχου ($1,58 \pm 0,9$), θα πουν οτιδήποτε για να αποκτήσουν αυτό που θέλουν

(1,43±0,7) και η εκδίκηση πρέπει να είναι γρήγορη και μοχθηρή (1,42±0,8). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στη Σκοτεινή Τριάδα της προσωπικότητας παρουσιάζονται στον πίνακα 8.

Πίνακας 8. Απαντήσεις συμμετεχόντων στο ερωτηματολόγιο Σκοτεινή Τριάδα της προσωπικότητας

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Δεν είναι σοφό να αποκαλύπτεις τα μυστικά σου.	1 0,8%	11 9,2%	41 34,2%	40 33,3%	27 22,5%
Μου αρέσει να χρησιμοποιώ έξυπνη χειραγώγηση για να πετυχαίνω τους στόχους μου.	21 17,5%	49 40,8%	30 25%	14 11,7%	6 5%
Ό,τι κι αν χρειαστεί, πρέπει να φέρεις τους σημαντικούς ανθρώπους με το μέρος σου.	18 15%	21 17,5%	52 43,3%	23 19,2%	6 5%
Να αποφεύγεις την άμεση σύγκρουση με άλλους γιατί μπορεί να σου φανούν χρήσιμοι στο μέλλον.	16 13,3%	24 20%	54 45%	19 15,8%	7 5,8%
Είναι σοφό να συγκρατείς πληροφορίες που μπορείς να χρησιμοποιήσεις εναντίον των άλλων αργότερα.	31 25,8%	35 29,2%	38 31,7%	11 9,2%	5 4,2%
Πρέπει να περιμένεις την κατάλληλη στιγμή για να εκδικηθείς τους ανθρώπους.	72 60%	32 26,7%	9 7,5%	6 5%	1 0,8%

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Υπάρχουν πράγματα που πρέπει να κρύβεις από τους άλλους για να διατηρήσεις τη φήμη σου.	21 17,5%	31 25,8%	38 31,7%	23 19,2%	7 5,5%
Βεβαιώσου ότι τα σχέδιά σου ωφελούν εσένα, όχι τους άλλους.	32 26,7%	37 30,8%	33 27,5%	13 10,8%	5 4,2%
Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να χειραγωγηθούν.	19 15,8%	44 36,7%	39 32,5%	15 12,5%	3 2,5%
Οι άνθρωποι με βλέπουν ως γεννημένο ηγέτη.	34 28,3%	44 36,7%	31 25,8%	8 6,7%	3 2,5%
Μισώ να είμαι το επίκεντρο της προσοχής.	13 10,8%	20 16,7%	36 30%	39 32,5%	12 10%
Πολλές ομαδικές δραστηριότητες τείνουν να είναι βαρετές χωρίς εμένα.	24 20%	52 43,3%	32 26,7%	10 8,3%	2 1,7%
Ξέρω ότι είμαι ξεχωριστός γιατί όλοι να μου το λένε συνέχεια.	23 19,2%	50 41,7%	33 27,5%	11 9,2%	3 2,5%
Μου αρέσει να γνωρίζω σημαντικούς ανθρώπους.	8 6,7%	4 3,3%	34 28,3%	57 47,5%	17 14,2%
Νιώθω αμηχανία όταν κάποιος με επαινεί.	5 4,2%	26 21,7%	31 25,8%	42 35%	16 13,3%
Με έχουν συγκρίνει με διάσημους ανθρώπους.	36	59	17	8	-

	30%	49,2%	14,2%	6,7%	
	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Είμαι ένας συνηθισμένος άνθρωπος.	5 4,2%	16 13,3%	25 20,8%	44 36,7%	30 25%
Επιμένω να μου δείχνουν τον σεβασμό που αξίζω.	6 5%	9 7,5%	21 17,5%	52 43,3%	32 26,7%
Μου αρέσει να εκδικούμαι τις αρχές.	59 49,2%	37 30,8%	14 11,7%	6 5%	4 3,3%
Αποφεύγω επικίνδυνες καταστάσεις.	4 3,3%	15 12,5%	33 27,5%	39 32,5%	29 24,2%
Η εκδίκηση πρέπει να είναι γρήγορη και μοχθηρή.	86 71,7%	23 19,2%	8 6,7%	1 0,8%	2 1,7%
Οι άνθρωποι συχνά λένε ότι είμαι εκτός ελέγχου.	73 60,8%	33 27,5%	8 6,7%	3 2,5%	3 2,5%
Είναι αλήθεια ότι μπορώ να είμαι κακός με τους άλλους.	72 60%	28 23,3%	14 11,7%	6 5%	-
Οι άνθρωποι που τα βάζουν μαζί μου το μετανιώνουν πάντα.	72 60%	24 20%	17 14,2%	5 4,2%	2 1,7%
Δεν είχα ποτέ μπλεξίματα με τον νόμο.	4 3,3%	11 9,2%	1 0,8%	19 15,8%	85 70,8%

	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε συμφωνώ Ούτε διαφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
Απολαμβάνω να κάνω σεξ με ανθρώπους που γνωρίζω ελάχιστα.	60 50%	26 21,7%	30 25%	4 3,3%	-
Θα πω οτιδήποτε για να αποκτήσω αυτό που θέλω.	81 67,5%	30 25%	6 5%	2 1,7%	1 0,8%

Οι συμμετέχοντες βρέθηκαν να έχουν μέτρια επίπεδα μακιαβελισμού ($2,61 \pm 0,4$), μέτρια επίπεδα ναρκισσισμού ($3,04 \pm 0,3$) και μέτρια επίπεδα ψυχοπάθειας ($2,98 \pm 0,4$). Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 9.

Πίνακας 9. Βαθμολογία στις διαστάσεις της σκοτεινής τριάδας της προσωπικότητας.

	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος $\pm$ ΤΑ
Μακιαβελισμός	1	5	$2,61 \pm 0,4$
Ναρκισσισμός	1	5	$3,04 \pm 0,3$
Ψυχοπάθεια	1	5	$2,98 \pm 0,4$

5.6. Συσχετίσεις

Φύλο

Οι γυναίκες σε σχέση με τους άντρες βρέθηκαν να έχουν σημαντικά καλύτερη επαγγελματική ποιότητα ζωής ($78,2 \pm 8,6$ έναντι $74,3 \pm 10,8$, $p < 0,05$) και βίωναν σημαντικά λιγότερο δευτερεύον τραυματικό στρες ($19,8 \pm 5,3$ έναντι $17,1 \pm 5,9$, $p < 0,05$). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 10.

Πίνακας 10. Συσχετίσεις μεταξύ των δύο φύλων

	Άντρες	Γυναίκες	p-value
Συνολική βαθμολογία PROQOL-V	$74,3 \pm 10,8$	$78,2 \pm 8,6$	0,037
Δευτερεύον Τραυματικό Στρες	$17,1 \pm 5,9$	$19,8 \pm 5,3$	0,014

Οικογενειακή κατάσταση

Μεταξύ άγαμων, έγγαμων και διαζευγμένων/χίρων δεν βρέθηκαν σημαντικά στατιστικές διαφορές.

Εκπαιδευτικό επίπεδο

Οι συμμετέχοντες τριτοβάθμιας εκπαίδευσης έναντι των συμμετεχόντων δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης είχαν σημαντικά μεγαλύτερο επίπεδο μακιαβελισμού ($2,7 \pm 0,4$ έναντι $2,5 \pm 0,4$, $P = 0,008$).

Όσο μεγαλύτερο είναι το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων, τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα μακιαβελισμού που έχουν, αφού βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού διπλώματος είχαν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα μακιαβελισμού σε σχέση με τους απόφοιτους τριτοβάθμιας εκπαίδευσης και τους συμμετέχοντες που ήταν διετούς εκπαίδευσης ($3,13 \pm 0,4$ έναντι $2,97 \pm 0,3$ έναντι $2,93 \pm 0,4$, $P = 0,008$).

Τμήμα Εργασίας

Δεν βρέθηκαν σημαντικά στατιστικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με το τμήμα που εργάζονταν.

Θέση στο συγκεκριμένο τμήμα

Οι προϊστάμενοι και οι υπεύθυνοι έναντι των νοσηλευτών και βοηθών νοσηλευτών βρέθηκαν να έχουν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα εξωστρέφειας ($4,93 \pm 1,2$ έναντι $4,2 \pm 1,4$, $p=0,021$).

Ωράριο εργασίας

Δεν βρέθηκαν σημαντικά στατιστικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με το ωράριο που εργάζονταν.

Σχέση εργασίας

Δεν βρέθηκαν σημαντικά στατιστικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με τη σχέση εργασίας που είναι στον οργανισμό.

Μηνιαίο εισόδημα

Δεν βρέθηκαν σημαντικά στατιστικές διαφορές μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με το μηνιαίο τους εισόδημα.

Θα θέλατε να φύγετε από το παραπάνω τμήμα που απασχολείστε

Οι συμμετέχοντες που δεν ήθελαν να αλλάξουν τμήμα εργασίας είχαν σημαντικά μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης σε σχέση με εκείνους που ήθελαν να αλλάξουν τμήμα εργασίας ($35,66 \pm 6,3$ έναντι $31,12 \pm 7,4$, $p<0,05$).

Οι συμμετέχοντες που ήθελαν να αλλάξουν τμήμα εργασίας ένιωθαν σημαντικά περισσότερο προδομένοι σε σχέση με εκείνους που δεν ήθελαν να αλλάξουν τμήμα εργασίας ($14,61 \pm 3,9$ έναντι $12,02 \pm 4,5$, $p < 0,05$). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 11.

Πίνακας 11. Συσχετίσεις μεταξύ των συμμετεχόντων ανάλογα με το αν θέλουν να αλλάξουν τμήμα

	Αλλαγή Τμήμα	Μη αλλαγή Τμήμα	p-value
Επαγγελματική Ικανοποίηση	$31,12 \pm 7,4$	$35,66 \pm 6,3$	0,001
Προδοσία	$14,61 \pm 3,9$	$12,02 \pm 4,5$	0,004

Εργασιακό κλίμα

Οι συμμετέχοντες που υποστήριζαν ότι είχαν καλό εργασιακό κλίμα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη συνολική βαθμολογία PROQOL-V ($77,84 \pm 9,6$ έναντι $73,72 \pm 8,6$, $p < 0,05$), σημαντικά μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση ($35,6 \pm 6,6$ έναντι $30,1 \pm 6,2$, $p < 0,05$) και ήταν σημαντικά περισσότερο δεκτικοί σε εμπειρίες ($5,3 \pm 1,1$ έναντι $4,62 \pm 1,7$, $p < 0,05$).

Οι συμμετέχοντες που υποστήριζαν ότι είχαν ουδέτερο ή κακό εργασιακό κλίμα είχαν σημαντικά μεγαλύτερη επαγγελματική εξουθένωση ($23,16 \pm 4,7$ έναντι $20,97 \pm 4,4$, $p < 0,05$). Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12. Συσχετίσεις μεταξύ του εργασιακού κλίματος

	Καλό	Κακό	p-value
Συνολική βαθμολογία PROQOL-V	$77,84 \pm 9,6$	$73,72 \pm 8,6$	0,044
Επαγγελματική Ικανοποίηση	$35,6 \pm 6,6$	$30,1 \pm 6,2$	0,001
Επαγγελματική εξουθένωση	$20,97 \pm 4,4$	$23,16 \pm 4,7$	0,031
Δεκτικότητα σε εμπειρίες	$5,3 \pm 1,1$	$4,62 \pm 1,7$	0,017

Ηθική Βλάβη

Η ηθική βλάβη των συμμετεχόντων βρέθηκε να συσχετίζεται θετικά με την επαγγελματική ποιότητα ζωής ($r=0,494$, $p<0,05$), την επαγγελματική ικανοποίηση ($r=0,489$, $p<0,05$), την επαγγελματική εξουθένωση ($r=0,444$, $p<0,05$) και το δευτερεύον τραυματικό στρες ($r=0,468$, $p<0,05$).

Η ηθική βλάβη των συμμετεχόντων βρέθηκε να συσχετίζεται αρνητικά με τη συμφωνία ($r=-0,273$, $p<0,05$), την ευσυνειδησία ($r=-0,339$, $p<0,05$) και τη συναισθηματική σταθερότητα ($r=-0,228$, $p<0,05$).

Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 12.

Πίνακας 12. Συσχετίσεις με την ηθική βλάβη.

	N	r	p-value
Επαγγελματική ποιότητα ζωής	120	0,494	0,005
Επαγγελματική Ικανοποίηση	120	0,489	0,001
Επαγγελματική εξουθένωση	120	0,444	0,001
Δευτερεύον τραυματικό στρες	120	0,468	0,001
Συμφωνία	120	-0,273	0,003
Ευσυνειδησία	120	-0,339	0,001
Συναισθηματική σταθερότητα	120	-0,228	0,012

Σκοτεινή Τριάδα

Ο μακιαβελισμός βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τον ναρκισσισμό ($r=0,273$) και την ψυχοπάθεια ($r=0,356$).

Ο ναρκισσισμός βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τον μακιαβελισμό ($r=0,273$) και την ψυχοπάθεια ($r=0,308$).

Η ψυχοπάθεια βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τον μακιαβελισμό ($r=0,356$) και τον ναρκισσισμό ($r=0,308$).

Οι συσχετίσεις παρουσιάζονται στον πίνακα 13.

Πίνακας 13. Συσχετίσεις μεταξύ των στοιχείων της σκοτεινής τριάδας

		Μακιαβελισμός	Ναρκισσισμός	Ψυχοπάθεια
Μακιαβελισμός	Pearson	1	0,273	0,356
	p-value		0,003	0,000
	N	120	120	120
Ναρκισσισμός	Pearson	0,273	1	0,308
	p-value	0,003		0,001
	N	120	120	120
Ψυχοπάθεια	Pearson	0,356	0,308	1
	p-value	0,000	0,001	
	N	120	120	120

6. Συζήτηση

Σκοπός της παρούσης εργασίας είναι η διερεύνηση της σχέσης ηθικής βλάβης και Επαγγελματικής ποιότητας ζωής - δευτερογενούς τραυματικού στρες σε Νοσηλευτές Ψυχικής υγείας. Στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες βρέθηκαν να έχουν μέτρια προς ήπια επίπεδα ηθικής βλάβης. Με φθίνουσα σειρά μεγαλύτερη βαθμολογία είχαν οι διαστάσεις της μαρτυρίας, της προδοσίας, της εργασίας με τον Οργανισμό, της πράξης παράλειψης και της εργασίας υπό πίεση. Παρόμοια, μία μελέτη στην Ιαπωνία σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε μία μονάδα οξείας ψυχικής υγείας βρήκε ότι βίωναν μέτρια προς ήπια επίπεδα ηθικής δυσφορίας. Όσον αφορά τις υποκλίμακες μεγαλύτερη βαθμολογία, δηλαδή μεγαλύτερη ηθική δυσφορία προκαλούσαν η συναίνεση που έπρεπε να «δώσουν» για να παραβιαστούν τα δικαιώματα των ασθενών, η ανήθικη συμπεριφορά των νοσηλευτών και των φροντιστών και η υποστελέχωση (Ando & Kawano, 2018). Στα ίδια αποτελέσματα κατέληξε μία μελέτη σε 228 νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Ιταλία. Σε αυτή τη μελέτη, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που παρείχαν υπηρεσίες σε νοσηλευόμενους ασθενείς βρέθηκαν να έχουν υποστεί μεγαλύτερα επίπεδα ηθικής βλάβης σε σχέση με τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε εξωτερικά ιατρεία ή σε υπηρεσίες αποκατάστασης (Delfrate et al., 2018). Αντίστοιχα αποτελέσματα βρέθηκαν σε παλαιότερη μελέτη σε 264 νοσηλευτές ψυχικής υγείας την Ιαπωνία, με τη διαφορά ότι σε αυτή τη μελέτη η βαθμολογία ηθικής βλάβης ήταν μεγαλύτερη πιθανόν επειδή η πλειοψηφία του δείγματος στη μελέτη ήταν νοσηλευτές ψυχικής υγείας από ιδιωτικά νοσοκομεία (Ohnishi et al., 2010).

Στην παρούσα μελέτη η ηθική βλάβη των νοσηλευτών ψυχικής υγείας βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική ικανοποίηση, το οποίο είναι σύμφωνο με άλλη μελέτη (Ando & Kawano, 2018) και θετικά με την επαγγελματική εξουθένωση. Σε μία μελέτη η ηθική βλάβη βρέθηκε να σχετίζεται θετικά με τις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά όχι με τα προσωπικά επιτεύγματα (Delfrate et al., 2018). Θετική συσχέτιση μεταξύ ηθικής βλάβης και συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμού βρέθηκε και σε άλλη μελέτη που διεξήχθη στην Ιαπωνία (Ohnishi et al., 2010). Με δεδομένο ότι η ηθική δυσφορία είναι πιο δύσκολο να ανιχνευθεί, αυτό που ανιχνεύεται πιο εύκολα είναι η επαγγελματική εξουθένωση των νοσηλευτών. Για αυτό το λόγο η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να αποτελέσει σημαντικό πρόβλημα αν δεν αναγνωριστεί έγκαιρα από τη Διοίκηση του νοσοκομείου (Majrabi et al.,

2022). Οι νοσηλευτές που έχουν επαγγελματική εξουθένωση κάνουν περισσότερα λάθη, τα οποία διακυβεύουν την κουλτούρα ασφαλείας του οργανισμού και την ανθεκτικότητα των νοσηλευτών (Majrabi et al., 2022), μειώνοντας την ικανοποίηση και αυξάνοντας τα ποσοστά παραιτήσεων (Christodoulou-Fella et al., 2017).

Η υποστελέχωση είναι ένας παράγοντας που αυξάνει την ηθική βλάβη στο νοσηλευτικό προσωπικό. Με την υποστελέχωση αυξάνεται ο φόρτος εργασίας των νοσηλευτών και οι νοσηλευτές δεν μπορούν να αφιερώσουν τον απαιτούμενο χρόνο στους ασθενείς, το οποίο επηρεάζει αρνητικά την παρεχόμενη φροντίδα στους ασθενείς. Αυτό είναι ακόμη πιο έντονο σε ασθενείς ψυχικής υγείας, γιατί πριν την παροχή φροντίδας χρειάζεται αρκετός χρόνος για να οικοδομηθεί μία υγιής σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή και να γίνει θεραπευτική συνομιλία. Επίσης οι ασθενείς με προβλήματα ψυχικής υγείας μπορεί να βρίσκονται σε απομόνωση και να χρειάζονται συχνή επίβλεψη και αξιολόγηση. Όλοι αυτοί οι παράγοντες οδηγούν σε μειωμένη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους νοσηλευτές, επιβαρύνοντας ακόμη περισσότερο ηθικά (Jansen et al., 2020).

Η ηθική δυσφορία που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχει χαρακτηριστεί επαγγελματικός κίνδυνος όχι μόνο επειδή παρέχουν υπηρεσίες σε ασθενείς με ψυχικά νοσήματα (Christodoulou-Fella et al., 2017), αλλά επειδή αναγκάζονται κατά την παροχή υπηρεσιών να παραβιάσουν τα ανθρώπινα δικαιώματά τους (Ohnishi et al., 2020) και την ελευθερία τους, όπως γίνεται για παράδειγμα κατά το δέσιμο των ασθενών στο κρεβάτι ή με τις ακούσιες νοσηλείες (Ghafouri et al., 2021).

Αρκετοί παράγοντες επηρεάζουν τη συχνότητα και η σοβαρότητα της ηθικής δυσφορίας που βιώνουν οι νοσηλευτές. Οι εξωτερικοί παράγοντες που επηρεάζουν την ηθική δυσφορία των νοσηλευτών υπερτερούν των εσωτερικών παραγόντων. Οι εξωτερικοί παράγοντες είναι η βία (Jansen et al., 2020; Jansen, Danbolt, et al., 2022), νομικές συγκρούσεις (Jansen, Danbolt, et al., 2022; Jansen, Hem, et al., 2022), έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους ιεραρχικά ανώτερους (Jansen, Danbolt, et al., 2022; Jansen, Hem, et al., 2022) και έλλειψη ανθρώπινων (υποστελέχωση) και υλικών πόρων (Jansen et al., 2020; Jansen, Danbolt, et al., 2022; Jansen, Hem, et al., 2022; Ohnishi et al., 2010).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι γυναίκες είχαν σημαντικά καλύτερη επαγγελματική ποιότητα ζωής και βίωναν σημαντικά λιγότερο δευτερεύον τραυματικό στρες σε σχέση με τους άντρες. Έχει αναφερθεί ευρέως στη βιβλιογραφία ότι οι άντρες υπερτερούν

των συναισθηματικών τους δεξιοτήτων έναντι των γυναικών και για αυτό το λόγο επηρεάζονται περισσότερο από καταστάσεις που κυριαρχεί το συναίσθημα όπως η ταλαιπωρία των ασθενών (Grieve & Panebianco, 2013; Hyde et al., 2020; Hyde & Grieve, 2014, 2018). Από την άλλη μεριά είναι γνωστό ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης, η οποία πολλές φορές λειτουργεί προστατευτικά (Grieve & Panebianco, 2013).

Ενώ σε άλλες μελέτες στη βιβλιογραφία τα χαρακτηριστικά της σκοτεινής τριάδας έχουν βρεθεί να υπερτερούν στους άντρες με το σκεπτικό ότι οι άντρες είναι περισσότεροι ναρκισσιστές από τις γυναίκες και για αυτό θέλουν να κυριαρχούν (Muris et al., 2017; Waddell et al., 2020), στην παρούσα μελέτη δεν βρέθηκε διαφορά μεταξύ των δύο φύλων. Το μικρό ποσοστό των αντρών που υπάρχουν στο νοσηλευτικό επάγγελμα είναι πιθανόν ο λόγος που το αποτέλεσμα της παρούσας μελέτης δεν επιβεβαιώθηκε με αντίστοιχα της βιβλιογραφίας. Στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες δεν είχαν μεγάλη ηλικιακή απόκλιση και για αυτό το λόγο τα χαρακτηριστικά της σκοτεινής τριάδας δεν βρέθηκαν να διαφέρουν ούτε μεταξύ των διαφόρων ηλικιών. Είναι γνωστό, όμως, ότι τα σκοτεινά χαρακτηριστικά του Μακιαβελισμού και της Ψυχοπάθειας, κάνουν την εμφάνισή τους σε νεαρή ηλικία και εξασθενούν με την πάροδο του χρόνου (Klimstra et al., 2020; Spurk & Hirschi, 2018).

Η παρούσα μελέτη έδειξε σημαντικές συσχετίσεις μεταξύ του μακιαβελισμού, του ναρκισσισμού και της ψυχοπάθειας, αποτέλεσμα το οποίο είναι σύμφωνο με τη βιβλιογραφία (Muris et al., 2017). Συγκεκριμένα, τα τρία χαρακτηριστικά της σκοτεινής τριάδας βρέθηκαν να έχουν θετική συσχέτιση μεταξύ τους. Ο Μακιαβελισμός συνήθως σχετίζεται με την Ψυχοπάθεια. Οι άνθρωποι που έχουν αυτά τα δύο χαρακτηριστικά εμφανίζουν ύπουλη και πονηρή συμπεριφορά (Muris et al., 2017). Ο Ναρκισσισμός βρέθηκε να έχει χαμηλότερη συσχέτιση με τον μακιαβελισμό και την ψυχοπάθεια δείχνοντας ότι είναι ένα πιο μοναδικό χαρακτηριστικό σε σχέση με τα άλλα δύο. Ο Ναρκισσισμός εκτός της κακόβουλης πλευράς του έχει και μία ευάλωτη πλευρά, όπου το άτομο θέλει να παρουσιάζεται μεγαλοπρεπές για να καλύψει την ανασφάλεια και κατωτερότητα που αισθάνεται (Miller et al., 2010).

Περιορισμοί της Μελέτης

Η παρούσα μελέτη έχει ορισμένους περιορισμούς. Πρώτον, το δείγμα αφορά μόνο ένα νοσοκομείο. Οπότε τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν στο σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού της χώρας που εργάζεται σε δομές ψυχικής υγείας. Άλλος περιορισμός είναι το ότι η ερευνήτρια προέρχεται και εργάζεται στο νοσοκομείο που διεξήχθη η μελέτη και με συνδυασμό ότι η μέθοδος δειγματοληψίας που ακολουθήθηκε είναι με ερωτηματολόγιο, μπορεί οι συμμετέχοντες να ήταν «επιεικείς» στις απαντήσεις που έδωσαν, με το φόβο μην «δυσανεστήσουν» τους προϊστάμενούς τους ή τη Διοίκηση του νοσοκομείου.

Συμπεράσματα

Οι νοσηλευτές σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας αντιμετωπίζουν διάφορες καταστάσεις που μπορούν να οδηγήσουν σε ηθική δυσφορία. Στην παρούσα μελέτη το νοσηλευτικό προσωπικό ψυχικής υγείας βρέθηκε να έχει ήπια προς μέτρια επίπεδα ηθικής δυσφορίας. Η ηθική δυσφορία έχει σημαντικές επιπτώσεις στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι οι νοσηλευτές που βιώνουν ηθική δυσφορία έχουν μειωμένα επίπεδα επαγγελματικής ποιότητας ζωής, επαγγελματικής ικανοποίησης, επαγγελματικής εξουθένωσης και αυξημένα επίπεδα δευτερεύοντος τραυματικού στρες. Όλα αυτά έχουν αρνητικό αντίκτυπο στην ποιότητα της παρεχόμενης ψυχιατρικής περίθαλψης και προσβάλλουν τη σωματική, ψυχολογική και συναισθηματική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι η μεγαλύτερη ομάδα επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε νοσοκομεία και σε δομές ψυχικής υγείας ειδικότερα. Οι διοικήσεις και οι διευθύνσεις δεν προστατεύουν το νοσηλευτικό προσωπικό, με αποτέλεσμα πολλοί νεοδιοριζόμενοι νοσηλευτές που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας να παραιτούνται εντός των δύο πρώτων ετών μετά το διορισμό τους (Gold, 2022).

Ο συνδυασμός της αυξανόμενης οξύτητας και της φύσης της νόσου των ασθενών με διαταραχές ψυχικής υγείας σε συνδυασμό με την έλλειψη νοσηλευτών ψυχικής υγείας τονίζει την ανάγκη διεξαγωγής περαιτέρω ερευνών για τη διερεύνηση της ηθικής δυσφορίας και τις παρεμβάσεις που πρέπει να εφαρμοστούν σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας για να προλάβουν ή/και να αντιμετωπίσουν την ηθική δυσφορία που βιώνουν. Κατά το σχεδιασμό τέτοιων προγραμμάτων πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικοί και θεσμικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ηθική δυσφορία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Βιβλιογραφία

Agarwal, S. D., Pabo, E., Rozenblum, R., & Sherritt, K. M. (2020). Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 395. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6326>

Alharbi, J., Wilson, R., Woods, C., & Usher, K. (2016). The factors influencing burnout and job satisfaction among critical care nurses: a study of Saudi critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 708–717. <https://doi.org/10.1111/jonm.12386>

ANA. (2015). Examining compassion fatigue, compassion satisfaction. *The American Nurse*, 47(5), 14.

Anderson, E., Solch, A. K., Fincke, B. G., Meterko, M., Wormwood, J. B., & Vimalananda, V. G. (2020). Concerns of Primary Care Clinicians Practicing in an Integrated Health System: a Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(11), 3218–3226. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06193-3>

Ando, M., & Kawano, M. (2018). Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nursing Ethics*, 25(5), 571–579. <https://doi.org/10.1177/0969733016660882>

Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183–191. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.183-191>

- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>
- Beck, J., Falco, C. N., O'Hara, K. L., Bassett, H. K., Randall, C. L., Cruz, S., Hanson, J. L., Dean, W., & Senturia, K. (2023). The Norms and Corporatization of Medicine Influence Physician Moral Distress in the United States. *Teaching and Learning in Medicine*, 35(3), 335–345. <https://doi.org/10.1080/10401334.2022.2056740>
- Becton, J. B., Gilstrap, J. B., & Forsyth, M. (2017). Preventing and correcting workplace harassment: Guidelines for employers. *Business Horizons*, 60(1), 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2016.09.005>
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A., & Owens, H. (2015). Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e11–e17. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.02.005>
- Boamah, S. A., & Laschinger, H. (2016). The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E164–E174. <https://doi.org/10.1111/jonm.12318>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>

Campos, I. C. M., Da Silva, L., Trevisan, R. L., & Cruz, R. M. (2012). Moral harassment at work model and inability. *Work*, 41(SUPPL.1), 2060–2067. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0431-2060>

Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P. A., & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*, 28(5), 590–602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>

Choi, B. S., Sun Kim, J., Lee, D. W., Paik, J. W., Chul Lee, B., Won Lee, J., Lee, H. S., & Lee, H. Y. (2018). Factors Associated with Emotional Exhaustion in South Korean Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry Investigation*, 15(7), 670–676. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.12.31>

Choi, S. H., & Lee, H. (2017). Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 25(7), 508–518. <https://doi.org/10.1111/jonm.12488>

Christodoulou-Fella, M., Middleton, N., Papathanassoglou, E. D. E., & Karanikola, M. N. K. (2017). Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *BioMed Research International*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/1908712>

Coetzee, S. K., & Kloppe, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>

Cohen, R., Leykin, D., Golan-Hadari, D., & Lahad, M. (2017). Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery*, 50, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.009>

Copeland, D., & Henry, M. (2018). The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. *International Emergency Nursing*, 39, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.01.006>

Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V., & Taylor, C. (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency Medicine Journal*, 32(8), 588–594. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-203671>

Davenport, N., Schwartz, R. D., & Elliott, G. P. (1999). *Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace*. Social defence View project Organisational learning View project. Iowa, Civil Society Publishing, 13(4), 504. <https://www.researchgate.net/publication/235250096>

Dean, W., Talbot, S., & Dean, A. (2019). Reframing Clinician Distress: Moral Injury Not Burnout. *Federal Practitioner: For the Health Care Professionals of the VA, DoD, and PHS*, 36(9), 400–402. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31571807>

Delfrate, F., Ferrara, P., Spotti, D., Terzoni, S., Lamiani, G., Canciani, E., & Bonetti, L. (2018). Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: A multicenter survey. *Medicina Del Lavoro*, 109(2), 97–109. <https://doi.org/10.23749/mdl.v109i2.6876>

- Elghazouani, F., Barrimi, M., Aarab, C., Zebadi, A. M., Aalouane, R., & Rammouz, I. (2018). Moral harassment: Investigation at the university hospital of Fez in Morocco. *Annales Medico-Psychologiques*, 176(4), 337–342. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.12.011>
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Erickson, S. M., Rockwern, B., Koltov, M., & McLean, R. M. (2017). Putting Patients First by Reducing Administrative Tasks in Health Care: A Position Paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(9), 659. <https://doi.org/10.7326/M16-2697>
- Ferreira, M. J. M., Macena, R. H. M., Mota, R. M. S., Pires Neto, R. da J., da Silva, A. M. C., Vieira, L. J. E. S., Kendall, B. C., & Kerr, L. R. F. S. (2017). Prevalência e fatores associados à violência no ambiente de trabalho em agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(9), 2989–3002. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11092017>
- Finley, B., & Sheppard, K. (2017). Compassion Fatigue: Exploring Early-Career Oncology Nurses' Experiences. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(3), E61–E66. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.E61-E66>
- Ghafouri, R., Lotfi-Bajestani, S., Nasiri, M., Ohnishi, K., & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2021). Psychometrics of the moral distress scale in Iranian mental health nurses. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00674-4>

- Gold, T. K. (2022). Leadership Empowerment Behavior and Psychiatric Nurses' Intent to Leave. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(10), 923–928. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2072548>
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. (2003). A Very Brief Measure of the Big Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality*. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504–528.
- Grieve, R., & Panebianco, L. (2013). Assessing the role of aggression, empathy, and self-serving cognitive distortions in trait emotional manipulation. *Australian Journal of Psychology*, 65(2), 79 – 88. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2012.00059.x>
- Hamilton, S., Tran, V., & Jamieson, J. (2016). Compassion fatigue in emergency medicine: The cost of caring. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 28(1), 100–103. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12533>
- Hardingham, L. B. (2004). Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*, 5(2), 127–134. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00160.x>
- Hemsworth, D., Baregheh, A., Aoun, S., & Kazanjian, A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.006>
- Heritage, B., Rees, C. S., & Hegney, D. G. (2018). The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PLOS ONE*, 13(2), e0193478. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193478>

Houck, D. (2014). Helping Nurses Cope With Grief and Compassion Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454–458. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.454-458>

Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>

Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: a review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, 22(1–2), 7–22. <https://doi.org/10.1177/1744987116678902>

Hyde, J., & Grieve, R. (2014). Able and willing: Refining the measurement of emotional manipulation. *Personality and Individual Differences*, 64, 131–134. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.036>

Hyde, J., & Grieve, R. (2018). The dark side of emotion at work: Emotional manipulation in everyday and work place contexts. *Personality and Individual Differences*, 129, 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.025>

Hyde, J., Grieve, R., Norris, K., & Kemp, N. (2020). The dark side of emotional intelligence: the role of gender and the Dark Triad in emotional manipulation at work. *Australian Journal of Psychology*, 72(4), 307–317. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12294>

ILO. (2019). Convenção sobre a eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho. 9. https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_831984/lang--pt/index.htm

- Iorga, M., Soponaru, C., & Ioan, B. G. (2016). The burnout syndrome of forensic pathologists. The influences of personality traits, job satisfaction and environmental factors. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 24(4), 325–332. <https://doi.org/10.4323/rjlm.2016.325>
- Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2018). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care*, 31(6), 396–405. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.10.003>
- Jansen, T. L., Danbolt, L. J., Hanssen, I., & Hem, M. H. (2022). How may cultural and political ideals cause moral distress in acute psychiatry? A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03832-3>
- Jansen, T. L., Hem, M. H., Dambolt, L. J., & Hanssen, I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*, 27(5), 1315–1326. <https://doi.org/10.1177/0969733019877526>
- Jansen, T. L., Hem, M. H., Danbolt, L. J., & Hanssen, I. (2022). Coping with moral distress on acute psychiatric wards: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 29(1), 171–180. <https://doi.org/10.1177/09697330211010246>
- Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the Short Dark Triad (SD3): A Brief Measure of Dark Personality Traits. *Assessment*, 21(1), 28–41. <https://doi.org/10.1177/1073191113514105>
- Kelbiso, L., Belay, A., & Woldie, M. (2017). Determinants of Quality of Work Life among Nurses Working in Hawassa Town Public Health Facilities, South Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Nursing Research and Practice*, 2017, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2017/5181676>

- Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 522–528. <https://doi.org/10.1111/jnu.12162>
- Kirkpatrick, H., & Heller, G. (2014). Post-traumatic stress disorder: Theory and treatment update. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337–346. <https://doi.org/10.2190/PM.47.4.h>
- Klein, C. J., Rikkenbach-Hays, J. J., Sollenberger, L. M., Harney, D. M., & McGarvey, J. S. (2018). Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(6), 882–888. <https://doi.org/10.1177/1049909117740848>
- Klimstra, T. A., Jeronimus, B. F., Sijtsma, J. J., & Denissen, J. J. A. (2020). The unfolding dark side: Age trends in dark personality features. *Journal of Research in Personality*, 85, 103915. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.103915>
- Komanduri, P. (2021). PRACTITIONER APPLICATION: Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *Journal of Healthcare Management*, 66(5), 365–366. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-21-00175>
- Koverova, M. (2016). Psychometric properties of the Slovak version of the Professional quality of life scale: Preliminary results. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*, 6(2). <https://doi.org/10.18844/gjpr.v6i2.561>
- Kowitlawkul, Y., Yap, S. F., Makabe, S., Chan, S., Takagai, J., Tam, W. W. S., & Nurumal, M. S. (2019). Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *International Nursing Review*, 66(1), 61–69. <https://doi.org/10.1111/inr.12457>

- Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y., & Fisher, M. (2015). Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 1825–1831. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150288>
- Larsen, B. (2017). The influence of compassion satisfaction and its effect on the the influence of compassion satisfaction and its effect on the nurse-patient relationship. *Grace Peterson Nursing Research Colloquium*, 58, 1–18. *Grace Peterson Nursing Research Colloquium*
- Litz, B. T., & Kerig, P. K. (2019). Introduction to the Special Issue on Moral Injury: Conceptual Challenges, Methodological Issues, and Clinical Applications. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 341–349. <https://doi.org/10.1002/jts.22405>
- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- Lucas, G., Colson, S., Boyer, L., Gentile, S., & Fond, G. (2022). Work environment and mental health in nurse assistants, nurses and health executives: Results from the AMADEUS study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2268–2277. <https://doi.org/10.1111/jonm.13599>
- Luquette, J. S. (2017). Factors affecting the subsequent development of compassion fatigue in registered nurses. 77(9-B(E)), No-Pagination Specified-No Pagination Specified.
- Majrabi, M., Hasan, A. A., & Alasmee, N. (2022). Nurses Burnout, Resilience and Its Association with Safety Culture: A Cross Sectional Study. *Open Journal of Nursing*, 12(01), 70–102. <https://doi.org/10.4236/ojn.2022.121006>

Mantri, S., Lawson, J. M., Wang, Z., & Koenig, H. G. (2021). Prevalence and Predictors of Moral Injury Symptoms in Health Care Professionals. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 209(3), 174–180. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001277>

Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>

Mathias, C. T., & Wentzel, D. L. (2017). Descriptive study of burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in undergraduate nursing students at a tertiary education institution in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 40(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1784>

McCay, R., Lyles, A. A., & Larkey, L. (2018). Nurse Leadership Style, Nurse Satisfaction, and Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(4), 361–367. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000317>

Miller, J. D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., & Campbell, W. K. (2010). Searching for a Vulnerable Dark Triad: Comparing Factor 2 Psychopathy, Vulnerable Narcissism, and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality*, 78(5), 1529–1564. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00660.x>

Misouridou, E., Pavlou, V., Kasidi, K., Apostolara, P., Parissopoulos, S., Mangoulia, P., & Fradelos, E. (2020). Translation and Cultural Adaptation of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL V) for Greece. *Materia Socio Medica*, 32(3), 187. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.187-190>

Mohammadi, M., Peyrovi, H., & Mahmoodi, M. (2017). The Relationship between Professional Quality of Life and Caring Ability in Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(5), 273–277. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000263>

Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. B. (2017). A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue with Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158–163. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000284>

Muris, P., Merckelbach, H., Otgaar, H., & Meijer, E. (2017). The Malevolent Side of Human Nature: A Meta-Analysis and Critical Review of the Literature on the Dark Triad (Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy). *Perspectives on Psychological Science*, 12(2), 183–204. <https://doi.org/10.1177/1745691616666070>

Nelson, K. E., Hanson, G. C., Boyce, D., Ley, C. D., Swavely, D., Reina, M., & Rushton, C. H. (2022). Organizational Impact on Healthcare Workers' Moral Injury During COVID-19. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 52(1), 57–66. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001103>

Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., Nakahara, J., & Narita, Y. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*, 17(6), 726–740. <https://doi.org/10.1177/0969733010379178>

Ohnishi, K., Stone, T. E., Yoshiike, T., & Kitaoka, K. (2020). The role of online ethics consultation on mental health. *Nursing Ethics*, 27(5), 1261–1269. <https://doi.org/10.1177/0969733020906596>

Patterson, J. E., Edwards, T. M., Griffith, J. L., & Wright, S. (2021). Moral distress of medical family therapists and their physician colleagues during the transition to COVID - 19. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 289 – 303. <https://doi.org/10.1111/jmft.12504>

Rainer, J. B., & Schneider, J. K. (2020). Testing a Model of Speaking up in Nursing. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 50(6), 349–354. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000896>

Ramos, A. M., Barlem, E. L. D., Barlem, J. G. T., Rocha, L. P., Dalmolin, G. de L., & Figueira, A. B. (2017). Cross-cultural adaptation and validation of the Moral Distress Scale-Revised for nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1011–1017. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0518>

Ratrout, H. F., & Hamdan-Mansour, A. M. (2017). Factors Associated with Secondary Traumatic Stress among Emergency Nurses: An Integrative Review. *Open Journal of Nursing*, 07(11), 1209–1226. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.711088>

Reivich, K., & Shatte, A. (2016). The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 5(1), 1689–1699. <https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/download/1659/1508%0Ahttp://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/qre/article/view/1348%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09500799708666915%5Cnhttps://mckinseyonsociety.com/downloads/reports/Educa>

Riedel, P.-L., Kreh, A., Kulcar, V., Lieber, A., & Juen, B. (2022). A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1666. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031666>

Rushton, C. H. (2016). Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 111–119. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016275>

Rushton, C. H. (2017). Cultivating Moral Resilience. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(2), S11–S15. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000512205.93596.00>

Rushton, C. H., Thomas, T. A., Antonsdottir, I. M., Nelson, K. E., Boyce, D., Vioral, A., Swavely, D., Ley, C. D., & Hanson, G. C. (2022). Moral Injury and Moral Resilience in Health Care Workers during COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*, 25(5), 712–719. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0076>

Sabery, M., Tafreshi, M. Z., Hosseini, M., Mohtashami, J., & Ebadi, A. (2019). Development and Psychometric Assessment of Risk Factors of Compassion Fatigue Inventory in Nurses. *Journal of Nursing Measurement*, 27(2), E62–E80. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.27.2.E62>

Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32–42. <https://doi.org/10.4037/ccn2015392>

Savel, R. H., & Munro, C. L. (2015). Moral Distress, Moral Courage. *American Journal of Critical Care*, 24(4), 276–278. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015738>

Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182–191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>

Sheikhbahaei, S., Garg, T., & Georgiades, C. (2023). Physician Burnout versus Moral Injury and the Importance of Distinguishing Them. *RadioGraphics*, 43(2). <https://doi.org/10.1148/rg.220182>

Simon, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., & Klemmack, D. (2005). Secondary Traumatic Stress and Oncology Social Work. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), 1–14. https://doi.org/10.1300/J077v23n04_01

Smith-MacDonald, L., Lentz, L., Malloy, D., Brémault-Phillips, S., & Carleton, R. N. (2021). Meat in a Seat: A Grounded Theory Study Exploring Moral Injury in Canadian Public Safety Communicators, Firefighters, and Paramedics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12145. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212145>

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456–465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>

Spurk, D., & Hirschi, A. (2018). The Dark Triad and competitive psychological climate at work: A model of reciprocal relationships in dependence of age and organization change. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2018.1515200>

Stamm, B. H. (1993). Conceptualizing traumatic stress: A metatheoretical structural approximation. Wyoming.

Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL. Org, 78. http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
<https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>

Thomas, V., Bizumic, B., & Quinn, S. (2023). The Occupational Moral Injury Scale: Development and validation in frontline health and first responder workers. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000482>

Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L., & Miller, A. C. (2019). Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), 311–322. <https://doi.org/10.1177/0885066617696853>

Waddell, C., Van Doorn, G., March, E., & Grieve, R. (2020). Dominance or deceit: The role of the Dark Triad and hegemonic masculinity in emotional manipulation. *Personality and Individual Differences*, 166, 110160. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110160>

Wentzel, D., & Brysiewicz, P. (2017). Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 44(3), E124–E140. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.E124-E140>

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723–734. <https://doi.org/10.1111/jan.12862>

Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>

- Zavala, M. O. Q., Klinj, T. P., & Carrillo, K. L. S. (2016). Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1149.2713>
- Agarwal, S. D., Pabo, E., Rozenblum, R., & Sherritt, K. M. (2020). Professional Dissonance and Burnout in Primary Care. *JAMA Internal Medicine*, 180(3), 395. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2019.6326>
- Alharbi, J., Wilson, R., Woods, C., & Usher, K. (2016). The factors influencing burnout and job satisfaction among critical care nurses: a study of Saudi critical care nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(6), 708–717. <https://doi.org/10.1111/jonm.12386>
- ANA. (2015). Examining compassion fatigue, compassion satisfaction. *The American Nurse*, 47(5), 14.
- Anderson, E., Solch, A. K., Fincke, B. G., Meterko, M., Wormwood, J. B., & Vimalananda, V. G. (2020). Concerns of Primary Care Clinicians Practicing in an Integrated Health System: a Qualitative Study. *Journal of General Internal Medicine*, 35(11), 3218–3226. <https://doi.org/10.1007/s11606-020-06193-3>
- Ando, M., & Kawano, M. (2018). Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nursing Ethics*, 25(5), 571–579. <https://doi.org/10.1177/0969733016660882>
- Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2), 183–191. <https://doi.org/10.1188/09.CJON.183-191>

- Beaumont, E., Durkin, M., Hollins Martin, C. J., & Carson, J. (2016). Compassion for others, self-compassion, quality of life and mental well-being measures and their association with compassion fatigue and burnout in student midwives: A quantitative survey. *Midwifery*, 34, 239–244. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.11.002>
- Beck, J., Falco, C. N., O'Hara, K. L., Bassett, H. K., Randall, C. L., Cruz, S., Hanson, J. L., Dean, W., & Senturia, K. (2023). The Norms and Corporatization of Medicine Influence Physician Moral Distress in the United States. *Teaching and Learning in Medicine*, 35(3), 335–345. <https://doi.org/10.1080/10401334.2022.2056740>
- Becton, J. B., Gilstrap, J. B., & Forsyth, M. (2017). Preventing and correcting workplace harassment: Guidelines for employers. *Business Horizons*, 60(1), 101–111. <https://doi.org/10.1016/j.bushor.2016.09.005>
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A., & Owens, H. (2015). Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), e11–e17. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.02.005>
- Boamah, S. A., & Laschinger, H. (2016). The influence of areas of worklife fit and work-life interference on burnout and turnover intentions among new graduate nurses. *Journal of Nursing Management*, 24(2), E164–E174. <https://doi.org/10.1111/jonm.12318>
- Bride, B. E., Robinson, M. M., Yegidis, B., & Figley, C. R. (2004). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14(1), 27–35. <https://doi.org/10.1177/1049731503254106>

Campos, I. C. M., Da Silva, L., Trevisan, R. L., & Cruz, R. M. (2012). Moral harassment at work model and inability. *Work*, 41(SUPPL.1), 2060–2067. <https://doi.org/10.3233/WOR-2012-0431-2060>

Čartolovni, A., Stolt, M., Scott, P. A., & Suhonen, R. (2021). Moral injury in healthcare professionals: A scoping review and discussion. *Nursing Ethics*, 28(5), 590–602. <https://doi.org/10.1177/0969733020966776>

Choi, B. S., Sun Kim, J., Lee, D. W., Paik, J. W., Chul Lee, B., Won Lee, J., Lee, H. S., & Lee, H. Y. (2018). Factors Associated with Emotional Exhaustion in South Korean Nurses: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry Investigation*, 15(7), 670–676. <https://doi.org/10.30773/pi.2017.12.31>

Choi, S. H., & Lee, H. (2017). Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *Journal of Nursing Management*, 25(7), 508–518. <https://doi.org/10.1111/jonm.12488>

Christodoulou-Fella, M., Middleton, N., Papathanassoglou, E. D. E., & Karanikola, M. N. K. (2017). Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services. *BioMed Research International*, 2017. <https://doi.org/10.1155/2017/1908712>

Coetzee, S. K., & Kloppe, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235–243. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>

Cohen, R., Leykin, D., Golan-Hadari, D., & Lahad, M. (2017). Exposure to traumatic events at work, posttraumatic symptoms and professional quality of life among midwives. *Midwifery*, 50, 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.03.009>

Copeland, D., & Henry, M. (2018). The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre. *International Emergency Nursing*, 39, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2018.01.006>

Dasan, S., Gohil, P., Cornelius, V., & Taylor, C. (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency Medicine Journal*, 32(8), 588–594. <https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-203671>

Davenport, N., Schwartz, R. D., & Elliott, G. P. (1999). *Mobbing: Emotional Abuse in the American Workplace*. Social defence View project Organisational learning View project. Iowa, Civil Society Publishing, 13(4), 504. <https://www.researchgate.net/publication/235250096>

Dean, W., Talbot, S., & Dean, A. (2019). Reframing Clinician Distress: Moral Injury Not Burnout. *Federal Practitioner: For the Health Care Professionals of the VA, DoD, and PHS*, 36(9), 400–402. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31571807>

Delfrate, F., Ferrara, P., Spotti, D., Terzoni, S., Lamiani, G., Canciani, E., & Bonetti, L. (2018). Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: A multicenter survey. *Medicina Del Lavoro*, 109(2), 97–109. <https://doi.org/10.23749/mdl.v109i2.6876>

- Elghazouani, F., Barrimi, M., Aarab, C., Zebadi, A. M., Aalouane, R., & Rammouz, I. (2018). Moral harassment: Investigation at the university hospital of Fez in Morocco. *Annales Medico-Psychologiques*, 176(4), 337–342. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.12.011>
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, 31(1), 25–36. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.004>
- Erickson, S. M., Rockwern, B., Koltov, M., & McLean, R. M. (2017). Putting Patients First by Reducing Administrative Tasks in Health Care: A Position Paper of the American College of Physicians. *Annals of Internal Medicine*, 166(9), 659. <https://doi.org/10.7326/M16-2697>
- Ferreira, M. J. M., Macena, R. H. M., Mota, R. M. S., Pires Neto, R. da J., da Silva, A. M. C., Vieira, L. J. E. S., Kendall, B. C., & Kerr, L. R. F. S. (2017). Prevalência e fatores associados à violência no ambiente de trabalho em agentes de segurança penitenciária do sexo feminino no Brasil. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(9), 2989–3002. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.11092017>
- Finley, B., & Sheppard, K. (2017). Compassion Fatigue: Exploring Early-Career Oncology Nurses' Experiences. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 21(3), E61–E66. <https://doi.org/10.1188/17.CJON.E61-E66>
- Ghafouri, R., Lotfi-Bajestani, S., Nasiri, M., Ohnishi, K., & Atashzadeh-Shoorideh, F. (2021). Psychometrics of the moral distress scale in Iranian mental health nurses. *BMC Nursing*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-021-00674-4>

Gold, T. K. (2022). Leadership Empowerment Behavior and Psychiatric Nurses' Intent to Leave. *Issues in Mental Health Nursing*, 43(10), 923–928. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2072548>

Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. (2003). A Very Brief Measure of the Big Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality*. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504–528.

Grieve, R., & Panebianco, L. (2013). Assessing the role of aggression, empathy, and self-serving cognitive distortions in trait emotional manipulation. *Australian Journal of Psychology*, 65(2), 79 – 88. <https://doi.org/10.1111/j.1742-9536.2012.00059.x>

Hamilton, S., Tran, V., & Jamieson, J. (2016). Compassion fatigue in emergency medicine: The cost of caring. *EMA - Emergency Medicine Australasia*, 28(1), 100–103. <https://doi.org/10.1111/1742-6723.12533>

Hardingham, L. B. (2004). Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*, 5(2), 127–134. <https://doi.org/10.1111/j.1466-769X.2004.00160.x>

Hemsworth, D., Baregheh, A., Aoun, S., & Kazanjian, A. (2018). A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument. *Applied Nursing Research*, 39, 81–88. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.006>

Heritage, B., Rees, C. S., & Hegney, D. G. (2018). The ProQOL-21: A revised version of the Professional Quality of Life (ProQOL) scale based on Rasch analysis. *PLOS ONE*, 13(2), e0193478. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0193478>

Houck, D. (2014). Helping Nurses Cope With Grief and Compassion Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 18(4), 454–458. <https://doi.org/10.1188/14.CJON.454-458>

Hunsaker, S., Chen, H. C., Maughan, D., & Heaston, S. (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186–194. <https://doi.org/10.1111/jnu.12122>

Hunt, P. A., Denieffe, S., & Gooney, M. (2017). Burnout and its relationship to empathy in nursing: a review of the literature. *Journal of Research in Nursing*, 22(1–2), 7–22. <https://doi.org/10.1177/1744987116678902>

Hyde, J., & Grieve, R. (2014). Able and willing: Refining the measurement of emotional manipulation. *Personality and Individual Differences*, 64, 131–134. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.02.036>

Hyde, J., & Grieve, R. (2018). The dark side of emotion at work: Emotional manipulation in everyday and work place contexts. *Personality and Individual Differences*, 129, 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.03.025>

Hyde, J., Grieve, R., Norris, K., & Kemp, N. (2020). The dark side of emotional intelligence: the role of gender and the Dark Triad in emotional manipulation at work. *Australian Journal of Psychology*, 72(4), 307–317. <https://doi.org/10.1111/ajpy.12294>

ILO. (2019). Convenção sobre a eliminação da violência e do assédio no mundo do trabalho. 9. https://www.ilo.org/brasilia/noticias/WCMS_831984/lang-pt/index.htm

Iorga, M., Soponaru, C., & Ioan, B. G. (2016). The burnout syndrome of forensic pathologists. The influences of personality traits, job satisfaction and environmental factors. *Romanian Journal of Legal Medicine*, 24(4), 325–332. <https://doi.org/10.4323/rjlm.2016.325>

Jakimowicz, S., Perry, L., & Lewis, J. (2018). Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care*, 31(6), 396–405. <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.10.003>

Jansen, T. L., Danbolt, L. J., Hanssen, I., & Hem, M. H. (2022). How may cultural and political ideals cause moral distress in acute psychiatry? A qualitative study. *BMC Psychiatry*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03832-3>

Jansen, T. L., Hem, M. H., Dambolt, L. J., & Hanssen, I. (2020). Moral distress in acute psychiatric nursing: Multifaceted dilemmas and demands. *Nursing Ethics*, 27(5), 1315–1326. <https://doi.org/10.1177/0969733019877526>

Jansen, T. L., Hem, M. H., Danbolt, L. J., & Hanssen, I. (2022). Coping with moral distress on acute psychiatric wards: A qualitative study. *Nursing Ethics*, 29(1), 171–180. <https://doi.org/10.1177/09697330211010246>

Jones, D. N., & Paulhus, D. L. (2014). Introducing the Short Dark Triad (SD3): A Brief Measure of Dark Personality Traits. *Assessment*, 21(1), 28–41. <https://doi.org/10.1177/1073191113514105>

Kelbiso, L., Belay, A., & Woldie, M. (2017). Determinants of Quality of Work Life among Nurses Working in Hawassa Town Public Health Facilities, South Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Nursing Research and Practice*, 2017, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2017/5181676>

Kelly, L., Runge, J., & Spencer, C. (2015). Predictors of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in Acute Care Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(6), 522–528. <https://doi.org/10.1111/jnu.12162>

Kirkpatrick, H., & Heller, G. (2014). Post-traumatic stress disorder: Theory and treatment update. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 47(4), 337–346. <https://doi.org/10.2190/PM.47.4.h>

Klein, C. J., Riggerbach-Hays, J. J., Sollenberger, L. M., Harney, D. M., & McGarvey, J. S. (2018). Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(6), 882–888. <https://doi.org/10.1177/1049909117740848>

Klimstra, T. A., Jeronimus, B. F., Sijtsma, J. J., & Denissen, J. J. A. (2020). The unfolding dark side: Age trends in dark personality features. *Journal of Research in Personality*, 85, 103915. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2020.103915>

- Komanduri, P. (2021). PRACTITIONER APPLICATION: Value-Based Healthcare Initiatives in Practice: A Systematic Review. *Journal of Healthcare Management*, 66(5), 365–366. <https://doi.org/10.1097/JHM-D-21-00175>
- Koverova, M. (2016). Psychometric properties of the Slovak version of the Professional quality of life scale: Preliminary results. *Global Journal of Psychology Research: New Trends and Issues*, 6(2). <https://doi.org/10.18844/gjpr.v6i2.561>
- Kowitlawkul, Y., Yap, S. F., Makabe, S., Chan, S., Takagai, J., Tam, W. W. S., & Nurumal, M. S. (2019). Investigating nurses' quality of life and work-life balance statuses in Singapore. *International Nursing Review*, 66(1), 61–69. <https://doi.org/10.1111/inr.12457>
- Koy, V., Yunibhand, J., Angsuroch, Y., & Fisher, M. (2015). Relationship between nursing care quality, nurse staffing, nurse job satisfaction, nurse practice environment, and burnout: literature review. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 1825–1831. <https://doi.org/10.18203/2320-6012.ijrms20150288>
- Larsen, B. (2017). The influence of compassion satisfaction and its effect on the the influence of compassion satisfaction and its effect on the nurse-patient relationship. *Grace Peterson Nursing Research Colloquium*, 58, 1–18. *Grace Peterson Nursing Research Colloquium*
- Litz, B. T., & Kerig, P. K. (2019). Introduction to the Special Issue on Moral Injury: Conceptual Challenges, Methodological Issues, and Clinical Applications. *Journal of Traumatic Stress*, 32(3), 341–349. <https://doi.org/10.1002/jts.22405>

- Litz, B. T., Stein, N., Delaney, E., Lebowitz, L., Nash, W. P., Silva, C., & Maguen, S. (2009). Moral injury and moral repair in war veterans: A preliminary model and intervention strategy. *Clinical Psychology Review*, 29(8), 695–706. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.07.003>
- Lucas, G., Colson, S., Boyer, L., Gentile, S., & Fond, G. (2022). Work environment and mental health in nurse assistants, nurses and health executives: Results from the AMADEUS study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 2268–2277. <https://doi.org/10.1111/jonm.13599>
- Luquette, J. S. (2017). Factors affecting the subsequent development of compassion fatigue in registered nurses. 77(9-B(E)), No-Pagination Specified-No Pagination Specified.
- Majrabi, M., Hasan, A. A., & Alasmee, N. (2022). Nurses Burnout, Resilience and Its Association with Safety Culture: A Cross Sectional Study. *Open Journal of Nursing*, 12(01), 70–102. <https://doi.org/10.4236/ojn.2022.121006>
- Mantri, S., Lawson, J. M., Wang, Z., & Koenig, H. G. (2021). Prevalence and Predictors of Moral Injury Symptoms in Health Care Professionals. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 209(3), 174–180. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000001277>
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*, 15(2), 103–111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>
- Mathias, C. T., & Wentzel, D. L. (2017). Descriptive study of burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in undergraduate nursing students at a tertiary education institution in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 40(1). <https://doi.org/10.4102/curationis.v40i1.1784>

McCay, R., Lyles, A. A., & Larkey, L. (2018). Nurse Leadership Style, Nurse Satisfaction, and Patient Satisfaction. *Journal of Nursing Care Quality*, 33(4), 361–367. <https://doi.org/10.1097/NCQ.0000000000000317>

Miller, J. D., Dir, A., Gentile, B., Wilson, L., Pryor, L. R., & Campbell, W. K. (2010). Searching for a Vulnerable Dark Triad: Comparing Factor 2 Psychopathy, Vulnerable Narcissism, and Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality*, 78(5), 1529–1564. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2010.00660.x>

Misouridou, E., Pavlou, V., Kasidi, K., Apostolara, P., Parissopoulos, S., Mangoulia, P., & Fradelos, E. (2020). Translation and Cultural Adaptation of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL V) for Greece. *Materia Socio Medica*, 32(3), 187. <https://doi.org/10.5455/msm.2020.32.187-190>

Mohammadi, M., Peyrovi, H., & Mahmoodi, M. (2017). The Relationship between Professional Quality of Life and Caring Ability in Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 36(5), 273–277. <https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000263>

Mooney, C., Fetter, K., Gross, B. W., Rinehart, C., Lynch, C., & Rogers, F. B. (2017). A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue with Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauma Nursing*, 24(3), 158–163. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000284>

Muris, P., Merckelbach, H., Otgaar, H., & Meijer, E. (2017). The Malevolent Side of Human Nature: A Meta-Analysis and Critical Review of the Literature on the Dark Triad (Narcissism, Machiavellianism, and Psychopathy). *Perspectives on Psychological Science*, 12(2), 183–204. <https://doi.org/10.1177/1745691616666070>

Nelson, K. E., Hanson, G. C., Boyce, D., Ley, C. D., Swavely, D., Reina, M., & Rushton, C. H. (2022). Organizational Impact on Healthcare Workers' Moral Injury During COVID-19. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 52(1), 57–66. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000001103>

Ohnishi, K., Ohgushi, Y., Nakano, M., Fujii, H., Tanaka, H., Kitaoka, K., Nakahara, J., & Narita, Y. (2010). Moral distress experienced by psychiatric nurses in Japan. *Nursing Ethics*, 17(6), 726–740. <https://doi.org/10.1177/0969733010379178>

Ohnishi, K., Stone, T. E., Yoshiike, T., & Kitaoka, K. (2020). The role of online ethics consultation on mental health. *Nursing Ethics*, 27(5), 1261–1269. <https://doi.org/10.1177/0969733020906596>

Patterson, J. E., Edwards, T. M., Griffith, J. L., & Wright, S. (2021). Moral distress of medical family therapists and their physician colleagues during the transition to COVID - 19. *Journal of Marital and Family Therapy*, 47(2), 289 – 303. <https://doi.org/10.1111/jmft.12504>

Rainer, J. B., & Schneider, J. K. (2020). Testing a Model of Speaking up in Nursing. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 50(6), 349–354. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000896>

Ramos, A. M., Barlem, E. L. D., Barlem, J. G. T., Rocha, L. P., Dalmolin, G. de L., & Figueira, A. B. (2017). Cross-cultural adaptation and validation of the Moral Distress Scale-Revised for nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1011–1017. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0518>

Ratrout, H. F., & Hamdan-Mansour, A. M. (2017). Factors Associated with Secondary Traumatic Stress among Emergency Nurses: An Integrative Review. *Open Journal of Nursing*, 07(11), 1209–1226. <https://doi.org/10.4236/ojn.2017.711088>

Reivich, K., & Shatte, A. (2016). The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 5(1), 1689–1699. <https://revistas.ufrj.br/index.php/rce/article/download/1659/1508%0Ahttp://hipatiapress.com/hpjournals/index.php/qre/article/view/1348%5Cnhttp://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09500799708666915%5Cnhttps://mckinseysociety.com/downloads/reports/Educa>

Riedel, P.-L., Kreh, A., Kulcar, V., Lieber, A., & Juen, B. (2022). A Scoping Review of Moral Stressors, Moral Distress and Moral Injury in Healthcare Workers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1666. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031666>

Rushton, C. H. (2016). Moral Resilience: A Capacity for Navigating Moral Distress in Critical Care. *AACN Advanced Critical Care*, 27(1), 111–119. <https://doi.org/10.4037/aacnacc2016275>

Rushton, C. H. (2017). Cultivating Moral Resilience. *AJN, American Journal of Nursing*, 117(2), S11–S15. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000512205.93596.00>

Rushton, C. H., Thomas, T. A., Antonsdottir, I. M., Nelson, K. E., Boyce, D., Vioral, A., Swavely, D., Ley, C. D., & Hanson, G. C. (2022). Moral Injury and Moral Resilience in Health Care Workers during COVID-19 Pandemic. *Journal of Palliative Medicine*, 25(5), 712–719. <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0076>

Sabery, M., Tafreshi, M. Z., Hosseini, M., Mohtashami, J., & Ebadi, A. (2019). Development and Psychometric Assessment of Risk Factors of Compassion Fatigue Inventory in Nurses. *Journal of Nursing Measurement*, 27(2), E62–E80. <https://doi.org/10.1891/1061-3749.27.2.E62>

Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32–42. <https://doi.org/10.4037/ccn2015392>

Savel, R. H., & Munro, C. L. (2015). Moral Distress, Moral Courage. *American Journal of Critical Care*, 24(4), 276–278. <https://doi.org/10.4037/ajcc2015738>

Shay, J. (2014). Moral injury. *Psychoanalytic Psychology*, 31(2), 182–191. <https://doi.org/10.1037/a0036090>

Sheikhbahaei, S., Garg, T., & Georgiades, C. (2023). Physician Burnout versus Moral Injury and the Importance of Distinguishing Them. *RadioGraphics*, 43(2). <https://doi.org/10.1148/rg.220182>

Simon, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., & Klemmack, D. (2005). Secondary Traumatic Stress and Oncology Social Work. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), 1–14. https://doi.org/10.1300/J077v23n04_01

Smith-MacDonald, L., Lentz, L., Malloy, D., Brémault-Phillips, S., & Carleton, R. N. (2021). Meat in a Seat: A Grounded Theory Study Exploring Moral Injury in Canadian Public Safety Communicators, Firefighters, and Paramedics. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 12145. <https://doi.org/10.3390/ijerph182212145>

Sorenson, C., Bolick, B., Wright, K., & Hamilton, R. (2016). Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 456–465. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>

Spurk, D., & Hirschi, A. (2018). The Dark Triad and competitive psychological climate at work: A model of reciprocal relationships in dependence of age and organization change. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/1359432X.2018.1515200>

Stamm, B. H. (1993). Conceptualizing traumatic stress: A metatheoretical structural approximation. Wyoming.

Stamm, B. H. (2010). The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL. Org, 78. http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
<https://proqol.org/uploads/ProQOLManual.pdf>

Thomas, V., Bizumic, B., & Quinn, S. (2023). The Occupational Moral Injury Scale: Development and validation in frontline health and first responder workers. *Traumatology*. <https://doi.org/10.1037/trm0000482>

Vahedian-Azimi, A., Hajiesmaeili, M., Kangasniemi, M., Fornés-Vives, J., Hunsucker, R. L., Rahimibashar, F., Pourhoseingholi, M. A., Farrokhvar, L., & Miller, A. C. (2019). Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 34(4), 311–322. <https://doi.org/10.1177/0885066617696853>

Waddell, C., Van Doorn, G., March, E., & Grieve, R. (2020). Dominance or deceit: The role of the Dark Triad and hegemonic masculinity in emotional manipulation. *Personality and Individual Differences*, 166, 110160. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110160>

Wentzel, D., & Brysiewicz, P. (2017). Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Oncology Nursing Forum*, 44(3), E124–E140. <https://doi.org/10.1188/17.ONF.E124-E140>

Wiechula, R., Conroy, T., Kitson, A. L., Marshall, R. J., Whitaker, N., & Rasmussen, P. (2016). Umbrella review of the evidence: What factors influence the caring relationship between a nurse and patient? *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 723–734. <https://doi.org/10.1111/jan.12862>

Yu, H., Jiang, A., & Shen, J. (2016). Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 57, 28–38. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012>

Zavala, M. O. Q., Klinj, T. P., & Carrillo, K. L. S. (2016). Quality of life in the workplace for nursing staff at public healthcare institutions. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1149.2713>

Παράρτημα



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Αγαπητοί/ες συμμετέχοντες/ουσες,

Το ερωτηματολόγιο αυτό διανέμεται στο πλαίσιο της μεταπτυχιακής μου εργασίας στο Τμήμα Ιατρικής, στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ»

Οι απαντήσεις είναι απολύτως ανώνυμες και εμπιστευτικές, και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν μόνο στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου 15 λεπτά. Αν έχετε οποιαδήποτε απορία μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μου στο εξής email: Ευχαριστώ θερμά εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα διαθέσετε.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Α. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΑΤΟΜΙΚΑ - ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Ηλικία: _____ (έτη)

2. Φύλο: Άρρεν [] Θήλυ [] Άλλο []

3. Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η [] Παντρεμένος/η Συμβίωση [] Διαζευγμένος/χήρος []

4. Αριθμός τέκνων: _____

5. Εκπαιδευτικό επίπεδο:

ΑΕΙ [] ΤΕΙ [] Διετούς φοίτησης []

Μεταπτυχιακό [] Διδακτορικό []

6. Τμήμα που εργάζεστε τώρα:

Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Covid-19 [] Τμήμα Covid-19 []

Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών [] Εξωτερικά Ιατρεία []

Χειρουργικό [] Καρδιολογικό []

Ψυχιατρικό [] Άλλο: _____

7. Έτη προϋπηρεσίας:

Απάντηση: _____ (έτη)

8. Έτη προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο τμήμα :

Απάντηση: _____ (έτη)

9. Θέση στο συγκεκριμένο τμήμα:

Προϊστάμενος/η [] Υπεύθυνος τμήματος []

Νοσηλεύτης [] Βοηθός Νοσηλεύτη []

Άλλο: _____

10. Ποιο είναι το ωράριο εργασίας σας;

Πρωινή εργασία [] Κυκλικό ωράριο-βάρδιες []

11. Ποια η σχέση εργασίας σας;

Μόνιμο προσωπικό [] Επικουρικό προσωπικό - Σύμβαση []

12. Ποιο το μηνιαίο εισόδημα σε ευρώ

Έως 850 []

851-1.450 []

Άνω των 1450 []

13. Θα θέλατε να φύγετε από το παραπάνω τμήμα που απασχολείστε;

Άμεσα []

Σύντομα []

Σε ένα χρόνο []

Δε με πειράζει να μείνω μερικά χρόνια [] Δεν θα ήθελα να φύγω από εδώ []

14. Το εργασιακό κλίμα (σχέσεις μεταξύ συναδέλφων) στο τμήμα σας θεωρείται ότι είναι:

Πολύ καλό []

Καλό []

Ουδέτερο []

Κακό []

Πολύ κακό []

Τις τελευταίες 2 εβδομάδες πόσο συχνά σας ενόχλησαν τα παρακάτω προβλήματα;	Καθόλου	Μερικές ημέρες	Περισσότερες από τις μισές ημέρες	Σχεδόν κάθε ημέρα
Είχατε μικρό ενδιαφέρον για δραστηριότητες ή λίγη ευχαρίστηση από δραστηριότητες	0	1	2	3
Νιώσατε πεσμένος (η), καταθλιμμένος (η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
Νιώσατε νευρικός (ή), αγχωμένος (η) ή ευερέθιστος (η)	0	1	2	3
Δεν μπορούσατε να σταματήσετε ή να ελέγξετε το άγχος σας	0	1	2	3

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. 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

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

Παρακάτω είναι μερικές δηλώσεις που περιγράφουν πώς μπορεί να αισθάνονται οι άνθρωποι για δύσκολες εμπειρίες στο χώρο εργασίας τους. Επιλέξτε μια απάντηση για να υποδείξετε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε δήλωση σχετικά με τη δική σας εμπειρία.

Διαφωνώ απόλυτα (1) Διαφωνώ (2) Μάλλον διαφωνώ (3) Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ (4)
Μάλλον Συμφωνώ (5) Συμφωνώ (6) Συμφωνώ απόλυτα (7)

1	Είμαι θυμωμένος γιατί ο εργασιακός μου χώρος περιμένει πολλά από τους υπαλλήλους αλλά δεν μας φροντίζει ως αντάλλαγμα	1	2	3	4	5	6	7
2	Η εμπειρία μου έχει δείξει ότι δεν μπορώ να βασιστώ στον εργασιακό μου χώρο για να με φροντίσει	1	2	3	4	5	6	7
3	Ο τρόπος με τον οποίο ο χώρος εργασίας μου απέτυχε να με φροντίσει, με κάνει να αμφισβητώ την καριέρα μου	1	2	3	4	5	6	7
4	Νιώθω ένοχος για πράγματα που επέλεξα να κάνω στη δουλειά τα οποία ήταν αντίθετα με τη συνείδησή μου	1	2	3	4	5	6	7
5	Ντρέπομαι για τις επιλογές που έχω κάνει στη δουλειά μου , οι οποίες είναι ενάντια στις πεποιθήσεις μου σχετικά με το σωστό και το λάθος	1	2	3	4	5	6	7
6	Νοιώθω θυμό όταν σκέφτομαι τα πράγματα τα οποία αποφάσισα να κάνω στη δουλειά μου, που δεν ταίριαζαν με τις ηθικές μου αξίες	1	2	3	4	5	6	7
7	Αναρωτιέμαι αν μπορώ να εμπιστευτώ τους άλλους λόγω των αποφάσεων που έχω πάρει στον χώρο εργασίας , οι οποίες είναι αντίθετες με τη συνείδησή μου	1	2	3	4	5	6	7
8	Η επιλογή να ενεργώ ενάντια στις δικές μου ηθικές αξίες στη δουλειά μου με έχει δυσκολέψει να βρω νόημα στη δουλειά μου	1	2	3	4	5	6	7
9	Αισθάνομαι ένοχος που αναγκάστηκα να κάνω πράγματα στη δουλειά με τα οποία δε συμφωνούσα ηθικά μαζί τους	1	2	3	4	5	6	7
10	Ντρέπομαι για τα πράγματα που πείστηκα να κάνω στη δουλειά, τα οποία ήταν αντίθετα με τη συνείδησή μου	1	2	3	4	5	6	7
11	Είμαι θυμωμένος γιατί αναγκάστηκα να κάνω πράγματα στη δουλειά τα οποία ήταν αντίθετα με τις πεποιθήσεις μου σχετικά με το σωστό και το λάθος	1	2	3	4	5	6	7
12	Είναι δύσκολο για μένα να βρω νόημα σε ηθικά αμφισβητήσιμα πράγματα τα οποία αναγκάστηκα να κάνω στη δουλειά μου	1	2	3	4	5	6	7
13	Αισθάνομαι ένοχος για τις φορές που υποχώρησα και επέτρεψα να συνεχίσουν να συμβαίνουν άσχημα πράγματα στο χώρο δουλειάς μου	1	2	3	4	5	6	7
14	Έχω απογοητευτεί επιτρέποντας να συμβαίνουν πράγματα στη δουλειά μου, τα οποία ήξερα ότι δεν ήταν σωστό να συνεχίσουν να συμβαίνουν	1	2	3	4	5	6	7
15	Είμαι θυμωμένος που δεν επέλεξα να αντισταθώ απέναντι σε πράγματα τα οποία ήταν ενάντια στις πεποιθήσεις μου σχετικά με το σωστό και το λάθος στη δουλειά	1	2	3	4	5	6	7
16	Αγνοώντας τη συνείδησή μου προκειμένου να κάνω τη δουλειά μου έκανε δύσκολο για μένα να εμπιστευτώ τον εαυτό μου	1	2	3	4	5	6	7
17	Ακόμα κι αν είναι πέρα από τον έλεγχό μου, η μη ηθική συμπεριφορά που έχω δει από τους άλλους στο χώρο εργασίας μου, με κάνει να ντρέπομαι	1	2	3	4	5	6	7
18	Με θυμώνει το γεγονός ότι δεν μπορώ να σταματήσω τους άλλους από το να κάνουν πράγματα στη δουλειά, τα οποία είναι ενάντια στις αξίες μου	1	2	3	4	5	6	7
19	Με το να είμαι ανίκανος να σταματήσω τους ανθρώπους να κάνουν πράγματα με τα οποία δε συμφωνώ ηθικά στη δουλειά, με έχει κάνει να εμπιστεύομαι λιγότερο τους άλλους	1	2	3	4	5	6	7
20	Με το να είμαι μάρτυρας ανήθικης συμπεριφοράς στη δουλειά, χωρίς να είμαι ικανός να το αλλάξω, έχει σπάσει την αίσθηση του σκοπού που είχα	1	2	3	4	5	6	7

21	Τα συναισθήματα που υποδείξατε παραπάνω σας προκαλούν σημαντική καταπόνηση ή σας δυσκολεύουν να λειτουργήσετε σε σχέσεις, στη δουλειά, στο σπίτι ή σε άλλους τομείς της ζωής σας σημαντικούς για εσάς;	Καθόλου (1) Ήπια (2) Μέτρια(3) Πολύ (4) Πάρα πολύ (5)
----	--	---

Greek Version of the TIPI (Ten-Item Personality Inventory)

Παρακάτω παρατίθενται μερικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που μπορεί να σας ταιριάζουν ή όχι. Παρακαλώ γράψτε έναν αριθμό δίπλα σε κάθε πρόταση για να δηλώσετε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε ή διαφωνείτε με αυτήν την πρόταση. Αξιολογήστε σε ποιο βαθμό το ζεύγος των χαρακτηριστικών σας ταιριάζει, ακόμη και εάν το ένα χαρακτηριστικό σας ταιριάζει περισσότερο από το άλλο.

Διαφωνώ απόλυτα (1) Διαφωνώ (2) Μάλλον διαφωνώ (3) Ούτε
συμφωνώ ούτε διαφωνώ (4) Μάλλον Συμφωνώ (5) Συμφωνώ (6) Συμφωνώ
απόλυτα (7)

Θεωρώ τον εαυτό μου:

1. _____ Εξωστρεφή, ενθουσιώδη.
2. _____ Επικριτικό, εριστικό.
3. _____ Κάποιον που μπορείς να βασιστείς πάνω του, πειθαρχημένο.
4. _____ Αγχώδη, που ταραάζεται εύκολα.
5. _____ Ανοιχτό σε νέες εμπειρίες, πολυσύνθετο.
6. _____ Μαζεμένο, ήσυχο.
7. _____ Συμπονετικό, εγκάρδιο.
8. _____ Ανοργάνωτο, απρόσεκτο.
9. _____ Ήρεμο, συναισθηματικά σταθερό.
10. _____ Συμβατικό, μη δημιουργικό.

Παρακαλώ υποδείξτε πόσο συμφωνείτε με τις παρακάτω δηλώσεις:

Διαφωνώ απόλυτα (1), Διαφωνώ (2), Ούτε συμφωνώ ουτε διαφωνώ (3), Συμφωνώ (4), Συμφωνώ απόλυτα (5)

1	Δεν είναι σοφό να αποκαλύπτεις τα μυστικά σου.	1	2	3	4	5
2	Μου αρέσει να χρησιμοποιώ έξυπνη χειραγώγηση για να πετυχαίνω τους στόχους μου.	1	2	3	4	5
3	Ό,τι κι αν χρειαστεί, πρέπει να φέρεις τους σημαντικούς ανθρώπους με το μέρος σου.	1	2	3	4	5
4	Να αποφεύγεις την άμεση σύγκρουση με άλλους γιατί μπορεί να σου φανούν χρήσιμοι στο μέλλον.	1	2	3	4	5
5	Είναι σοφό να συγκρατείς πληροφορίες που μπορείς να χρησιμοποιήσεις εναντίον των άλλων αργότερα.	1	2	3	4	5
6	Πρέπει να περιμένεις την κατάλληλη στιγμή για να εκδικηθείς τους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
7	Υπάρχουν πράγματα που πρέπει να κρύβεις από τους άλλους για να διατηρήσεις τη φήμη σου.	1	2	3	4	5
8	Βεβαιώσου ότι τα σχέδιά σου ωφελούν εσένα, όχι τους άλλους.	1	2	3	4	5
9	Οι περισσότεροι άνθρωποι μπορούν να χειραγωγηθούν.	1	2	3	4	5
10	Οι άνθρωποι με βλέπουν ως γεννημένο ηγέτη.	1	2	3	4	5
11	Μισώ να είμαι το επίκεντρο της προσοχής.	1	2	3	4	5
12	Πολλές ομαδικές δραστηριότητες τείνουν να είναι βαρετές χωρίς εμένα.	1	2	3	4	5
13	Ξέρω ότι είμαι ξεχωριστός γιατί όλοι να μου το λένε συνέχεια.	1	2	3	4	5
14	Μου αρέσει να γνωρίζω σημαντικούς ανθρώπους.	1	2	3	4	5
15	Νιώθω αμηχανία όταν κάποιος με επαινεί.	1	2	3	4	5
16	Με έχουν συγκρίνει με διάσημους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
17	Είμαι ένας συνηθισμένος άνθρωπος.	1	2	3	4	5
18	Επιμένω να μου δείχνουν τον σεβασμό που αξίζω.	1	2	3	4	5
19	Μου αρέσει να εκδικούμε τις αρχές.	1	2	3	4	5
20	Αποφεύγω επικίνδυνες καταστάσεις.	1	2	3	4	5
21	Η εκδίκηση πρέπει να είναι γρήγορη και μοχθηρή.	1	2	3	4	5

22	Οι άνθρωποι συχνά λένε ότι είμαι εκτός ελέγχου.	1	2	3	4	5
23	Είναι αλήθεια ότι μπορώ να είμαι κακός με τους άλλους.	1	2	3	4	5
24	Οι άνθρωποι που τα βάζουν μαζί μου το μετανιώνουν πάντα.	1	2	3	4	5
25	Δεν είχα ποτέ μπλεξίματα με τον νόμο.	1	2	3	4	5
26	Απολαμβάνω να κάνω σεξ με ανθρώπους που γνωρίζω ελάχιστα.	1	2	3	4	5
27	Θα πω οτιδήποτε για να αποκτήσω αυτό που θέλω.	1	2	3	4	5



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
«ΔΡΟΜΟΚΑΪΤΕΙΟ» Ν.Π.Δ.Δ.
ΙΕΡΑ ΟΔΟΣ 343 - 124 61 ΧΑΪΔΑΡΙ
ΤΗΛ.: 2132046100
ΤΜΗΜΑ: ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
ΑΡΜΟΔΙΟΣ: Μ. ΣΟΥΤΑ
ΤΗΛ.: 2132046105



@ΣΗΔΕ ΙΡΙΔΑ
67861e570031807a4d77195f
ΑΠ: 695
Υπογραφή: 14/01/25 10:21
Διανομή: 14/01/25 10:22

Χαϊδάρη 13/1/2024

Προς

Την κ. Ειρήνη Στυλιανού

ΘΕΜΑ: Απάντηση σε αίτημα

ΣΧΕΤ.: Η αριθ. πρωτ. 22518/ 27-9-2024 αίτησή σας

Σε απάντηση στην αναφερόμενη σχετική αίτησή σας και κατόπιν γνωμοδοτήσεως του Επιστημονικού Συμβουλίου και εγκρίσεως του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου, σας ενημερώνουμε ότι σας χορηγείται η άδεια για την πραγματοποίηση ερευνητικής μελέτης, με τη συλλογή δεδομένων συμπλήρωσης ερωτηματολογίου από νοσηλευτές, με τίτλο: «Διερεύνηση της σχέσης επαγγελματικής ποιότητας ζωής – δευτερογενούς τραυματικού στρες και ηθικής βλάβης σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας», υπό τις προϋποθέσεις, τις οποίες θέτει ο Υπεύθυνος Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων του Νοσοκομείου μας (ανωνυμία στα ερωτηματολόγια, υπεύθυνη δήλωσή σας ότι θα φέρεται ακέραια την ευθύνη εάν διαρρεύσουν τα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων, για τα επόμενα πέντε έτη).

Ο ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

ΙΩΑΝΝΗΣ ΣΥΚΑΛΙΑΣ



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**



Λάρισα, 08/10 /2024

Αρ. πρωτ: 2/01-10- 09-2024 εξ

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την συνεδρίασή που πραγματοποιήθηκε στις 08/10/2024 έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή έρευνας με θέμα «Διερεύνηση της Σχέσης Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής -Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες και Ηθικής Βλάβης σε Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας» από την κ. Στυλιανού.

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Νοσηλευτικής

Η Πρόεδρος

Τα μέλη

**Άννα Μαυροφόρου
Καθηγήτρια Ά Βαθμίδας**

**Μαλλιαρού Μαρία
Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**Φραδέλος Ευάγγελος
Επίκουρος Καθηγητής**