

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΤΗΣ ΣΧΕΣΗΣ ΜΕΤΑΞΥ ΗΘΙΚΟΥ
ΑΔΙΕΞΟΔΟΥ ΚΑΙ ΔΕΥΤΕΡΟΓΕΝΟΥΣ
ΜΕΤΑΤΡΑΥΜΑΤΙΚΗΣ ΣΥΝΔΡΟΜΗΣ ΣΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ
ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΚΥΠΡΟ**

ΜΑΡΙΑ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ-ΦΕΛΛΑ

2017

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που συνδέουν τόσο το ηθικό αδιέξοδο όσο και τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή που βιώνουν οι νοσηλευτές με ψυχοσωματικά ενοχλήματα, μειωμένη παραγωγικότητα και πτωχή ασφάλεια και ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας. Το ηθικό αδιέξοδο αφορά το βίωμα μιας ηθικής έντασης, κατά το οποίο τα άτομα, ενώ γνωρίζουν ποια είναι η ηθικά ορθή απόφαση, ωστόσο λόγω παραγόντων πέρα από τους ίδιους, αναγκάζονται να οδηγηθούν στη λήψη μιας άλλης απόφασης. Παράγοντες όπως το περιβάλλον εργασίας και ως εκ τούτου ζητήματα κουλτούρας φαίνεται ότι διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην εμπειρία του ηθικού αδιεξόδου. Ειδικότερα, τα ηθικά ζητήματα που καλούνται οι νοσηλευτές να αντιμετωπίσουν στο πλαίσιο της κλινικής πρακτικής τους, ενδέχεται να είναι εξαιρετικά στρεσογόνα. Στο πλαίσιο αυτό έχουν καταγραφεί μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, λάθη στη χορηγούμενη θεραπεία και υψηλή συχνότητα αδειών λόγω ασθένειας αλλά και αυξημένη συχνότητα αλλαγής θέσης εργασίας (μετάταξη), χαμηλό ηθικό και εγκατάλειψη επαγγέλματος.

Η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή ή κόπωση συμπόνιας, αποτελεί τη φυσική συνέπεια της παροχής φροντίδας σε ανθρώπους που υποφέρουν ή είναι βαρέως πάσχοντες, και αφορά μια κατάσταση συνεχούς και έντονης ανησυχίας που σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο τραυματικό βίωμα των ανθρώπων που φροντίζει ο επαγγελματίας υγείας. Η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή έχει επίσης σχετιστεί στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με αυξημένη συχνότητα σωματικών ασθενειών και αλλαγής θέσης εργασίας, εγκατάλειψη επαγγέλματος, χαμηλό ηθικό, μειωμένη παραγωγικότητα, λάθη στη φροντίδα των θεραπευομένων, και κατ' επέκταση με αρνητική δημόσια εικόνα του επαγγέλματος. Τόσο το ηθικό αδιέξοδο όσο και η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή σχετίζονται με την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας, την ψυχοσωματική υγεία των νοσηλευτών και την παραγωγικότητα. Ωστόσο, η μεταξύ τους σχέση δεν έχει μελετηθεί επαρκώς έως σήμερα, και ειδικότερα σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας, τόσο σε διεθνές επίπεδο όσο και σε εθνικό, παρόλο που και τα δύο φαινόμενα σχετίζονται με την εργασιακή ένταση..

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου και της σχέσης του με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Κύπρο.

Επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν:

- η διερεύνηση των μετρικών χαρακτηριστικών του εργαλείου αξιολόγησης της έντασης της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale»,
- η προσαρμογή και εγκυροποίηση του τροποποιημένου για τον σκοπό της παρούσας μελέτης εργαλείου αξιολόγησης της έντασης και της συχνότητας ηθικού αδιεξόδου «M-Moral Distress Scale-MHS» για περιβάλλοντα φροντίδας ψυχικής υγείας,
- η προσαρμογή και εγκυροποίηση του εργαλείου αξιολόγησης του βαθμού ενσυναίσθησης “Jefferson Scale of Empathy”,
- η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ έντασης και συχνότητας ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και δημογραφικών, ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών,
- η διερεύνηση του βαθμού ενσυναίσθησης, του επιπέδου γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας και η σχέση τους με το ηθικό αδιεξόδο και τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή.

Μεθοδολογία / Σχεδιασμός: Πρόκειται για συνδυασμό ποσοτικής και ποιοτικής μεθοδολογίας. Συγκεκριμένα, εφαρμόστηκε ανάλυση περιεχομένου για τη σε βάθος κατανόηση των διαστάσεων της εμπειρίας ηθικού αδιεξόδου στον συγκεκριμένο πληθυσμό και περιγραφική μελέτη συσχέτισης με συγχρονικές συγκρίσεις για την ποσοτικοποίηση της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου και της σχέσης τους με την ένταση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, με το επίπεδο γενικής και σωματικής υγείας και του βαθμού ενσυναίσθησης. Περαιτέρω, τα δεδομένα από την ποιοτική ανάλυση χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο των θεματικών ενοτήτων του εργαλείου αξιολόγησης του ηθικού αδιεξόδου, «M-Moral Distress Scale-MHS», όπως τροποποιήθηκε για περιβάλλοντα φροντίδας ψυχικής

υγείας. Η διαδικασία αυτή θεωρήθηκε απαραίτητη, δεδομένου ότι το εργαλείο αυτό έχει σχεδιαστεί για νοσηλευτές γενικής φροντίδας.

Συλλογή και ανάλυση δεδομένων. Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων έγινε με σκόπιμη δειγματοληψία, μέσω δύο ομάδων εστιασμένης συζήτησης, με συνολικό αριθμό εικοσιένα συμμετεχόντων, και βάσει ημιδομημένου οδηγού συνέντευξης. Η ανάλυση των δεδομένων αυτών έγινε με τη μέθοδο ανάλυσης περιεχόμενου. Η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων έγινε με απογραφική δειγματοληψία και μέσω ερωτηματολογίων που περιλάμβαναν ερωτήσεις σχετικά με ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, καθώς και δομημένα εργαλεία διαβαθμισμένων απαντήσεων για την αξιολόγηση της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου «M-Moral Distress Scale-MHS», της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale», του βαθμού Ενσυναίσθησης «Jefferson Scale of Empathy» και της Γενικής (σωματικής και ψυχικής) Υγείας «General Health Questionnaire-28», την περίοδο μεταξύ 13 Ιουνίου 2016 μέχρι τις 4 Ιουλίου του 2016. Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση περιγραφικής στατιστικής. Αναφορικά με τα μετρικά χαρακτηριστικά των εργαλείων διερευνήθηκαν η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και η αξιοπιστία δοκιμασίας - επαναδοκιμασίας, και η εννοιολογική εγκυρότητα μέσω διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με περιστροφή. Για τη χρήση των εργαλείων, εξασφαλίστηκε η σχετική άδεια από τους κατασκευαστές τους.

Αποτελέσματα: Στην ποιοτική μελέτη συμμετείχαν 21 νοσηλευτές ψυχικής υγείας, έντεκα άντρες και δέκα γυναίκες, (μέση ηλικία= 37,47 έτη), που εργάζονταν σε νοσοκομειακές και κοινοτικές δομές των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι βιωματικές καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου που περιγράφηκαν από τους συμμετέχοντες αφορούσαν την παροχή επισφαλούς φροντίδας προς τους θεραπευομένους, αντιδεοντολογική συμπεριφορά, και καταπάτηση εργασιακών δικαιωμάτων συναδέλφων. Οι περιπτώσεις ηθικού αδιεξόδου λόγω παροχής επισφαλούς φροντίδας περιγράφηκαν κύρια ως αποτέλεσμα: α) ελλιπούς εκπαίδευσης και ανεπάρκειας δεξιοτήτων των συμμετεχόντων β) έλλειψης κατάλληλων δομών και διαδικασιών, γ) διοικητικής ανεπάρκειας, δ) παροχής φροντίδας από ανεπαρκείς συνεργάτες, ε) επισφαλούς ποιότητας συνεργασίας με την οικογένεια, και στ) περιορισμένης συμμετοχής των θεραπευομένων και των οικογενειών τους στη λήψη θεραπευτικών

αποφάσεων. Οι περιπτώσεις αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς αφορούσαν α) καταπάτηση των δικαιωμάτων των θεραπευομένων κατά την εφαρμογή θεραπείας, β) σωματική κακοποίηση θεραπευομένων από μέλος του προσωπικού, γ) απόκρυψη της αλήθειας και ψευδή πληροφόρηση των θεραπευομένων αναφορικά με τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας, δ) εφαρμογή των επιθυμιών της οικογένειας εις βάρος των θεραπευομένων, και ε) ανήθικη συμπεριφορά προς τους θεραπευόμενους. Η καταπάτηση εργασιακών δικαιωμάτων των συναδέλφων αφορούσε α) εργασία χωρίς άδεια ανάπαυσης, β) αμφισβήτηση επαγγελματικής επάρκειας και γ) θυματοποίηση συναδέλφων λόγω δόλιας συμπεριφοράς άλλων συναδέλφων/συνεργατών. Στην ποσοτική μελέτη συμμετείχαν 206 Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, που εργάζονται στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας σε παγκύπρια εμβέλεια, και συγκεκριμένα στο ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθαλάσσας, στις Ψυχιατρικές Κλινικές των Γενικών Νοσοκομείων Λεμεσού και Λευκωσίας, στις Κοινοτικές Υπηρεσίες Λευκωσίας, Λεμεσού, Πάφου, Λάρνακας και Αμμοχώστου, στις Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, στις Δομές Τοξικοεξαρτήσεων, στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας στις Φυλακές και στα Παιδοψυχιατρικά Τμήματα. Το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 57,2%. Το 43,7% του δείγματος ήταν άντρες και το 56,3% ήταν γυναίκες (μέση ηλικία= 35,19 έτη). Το 61,8% του δείγματος ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου και το 35,8% κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Ο μέση τιμή υπηρεσίας ήταν 11,63 χρόνια. Οι συμμετέχοντες δεν ανέφεραν συχνά καταστάσεις που να τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο. Στις περιπτώσεις όμως που βίωναν ηθικό αδιέξοδο η ένταση ήταν πολύ μεγάλη. Οι καταστάσεις που οδηγούσαν τους συμμετέχοντες σε ηθικό αδιέξοδο σχετίζονταν με κακοποίηση θεραπευομένων, με μάταιη φροντίδα και με τη συνεργασία με μη ικανούς συνεργάτες. Η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου βρέθηκε να σχετίζεται με την πόλη εργασίας ($p=0,042$), με την οικογενειακή κατάσταση ($p=0,045$), με τη θέση στην ιεραρχία ($p=0,002$), το είδος της υπηρεσίας ($p=0,006$), καθώς και με τη συχνότητα άσκησης ($p<0,0001$). Η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου βρέθηκε να παρουσιάζει μέτρια θετική συσχέτιση με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή ($r=0,365$, $p<0.000$) και με το επίπεδο γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας ($r=0,269$, $p<0.000$). Οι συμμετέχοντες βρέθηκε να βιώνουν σε σχετικά μέτριο βαθμό συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Η ένταση των συμπτωμάτων αυτών εμφάνισε θετική μέτρια συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση ($r=0,343$, $p<0.000$) και αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση ($r=-0,24$, $p<0.000$). Οι συμμετέχοντες βρέθηκε να αξιολογούν τα

επίπεδα της γενικής (σωματικής και ψυχικής) τους υγείας, ως πολύ ικανοποιητικά. Συγκεκριμένα, καταγράφηκαν υψηλά επίπεδα προσωπικής και κοινωνικής λειτουργικότητας και χαμηλή ένταση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Τα επίπεδα της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας βρέθηκε να παρουσιάζουν θετική μέτρια συσχέτιση με τη συναισθηματική εξάντληση ($r=0,356$, $p<0,000$) και αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις ($r=-0,29$, $p<0,000$). Τα επίπεδα του βαθμού ενσυναίσθησης βρέθηκαν υψηλά (Μέση τιμή=105,9). Επίσης, βρέθηκε ότι όταν στη σχέση μεταξύ συνολικού ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής υπεισέρχεται η μεταβλητή της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας μειώνεται ο μεταξύ τους βαθμός συσχέτισης (από 0,269- $p<0,0001$ σε 0,154 - $p=0,006$), αλλά η σχέση παραμένει στατιστικά σημαντική. Αντίθετα, βρέθηκε ότι η σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και επαγγελματικής ικανοποίησης ήταν ανεξάρτητη από το βαθμό ενσυναίσθησης και το φύλο, δεδομένου ότι η βαθμός συσχέτισης παρέμεινε σχεδόν ο ίδιος (0,44 $p=0,0001$ σε 0,45 $p=0,001$).

Συμπεράσματα: Τα βιώματα ηθικού αδιεξόδου φαίνεται να συνυπάρχουν με συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Επιπλέον, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που έχουν επιβαρυσμένη γενική (σωματική και ψυχική) υγεία και βιώνουν παράλληλα και ηθικό αδιέξοδο, φαίνεται να είναι πιο πιθανόν να εκδηλώσουν συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, συγκριτικά με τους νοσηλευτές που βιώνουν ηθικό αδιέξοδο, αλλά έχουν καλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας. Οι παράγοντες που οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο φάνηκε ότι αφορούν κύρια την οργανωτική κουλτούρα και τη διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επομένως, υπάρχει ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών σε επίπεδο οργανωτικής ενδυνάμωσης που θα περιορίσουν τις καταστάσεις που οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο από τη μια, αλλά και ανάπτυξης προγραμμάτων ενδυνάμωσης της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας των νοσηλευτών από την άλλη. Παράλληλα, προτείνεται οι νοσηλευτές να εκπαιδεύονται ώστε να αναγνωρίζουν τα πρώιμα συμπτώματα της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και τις δυνητικές καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου, θωρακίζοντας έτσι την ικανότητά τους για παροχή ασφαλούς και ποιοτικής φροντίδας στους θεραπευόμενους. Τα στοιχεία που έχουν αναδυθεί μέσα από την ποιοτική διερεύνηση του φαινομένου του ηθικού αδιεξόδου, θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε μελλοντικά εργαλεία αξιολόγησης του ηθικού

αδιεξόδου στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, και να υποβληθούν σε στατιστική ανάλυση παραγόντων και στη συνέχεια να διερευνηθούν ξανά με μία συγχρονική έρευνα.

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Ηθικό αδιέξοδο, δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή, ενσυναίσθηση, υγεία, σωματική και ψυχική υγεία, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ασφάλεια φροντίδας, ψυχική ένταση, ψυχιατρικές δομές.

ABSTRACT

Background: There is research data linking both moral distress (MD) and secondary post-traumatic syndrome experienced by nurses with mental and physiological distress, reduced productivity and poor safety and quality of care. Moral distress arises when one must act in a way that contradicts his/her personal beliefs and values. Factors associated with experiences of moral distress mainly regard organizational culture and ethical climate of the working environment. Overall, nurses appear vulnerable to moral distress when faced with ethical issues in clinical practice. The impact of moral distress may manifest as anger, guilt, decreased self-esteem, low morale, reduced productivity and intention to quit the profession.

Unexpressed grief in health professionals caring for the chronically mentally ill patients may lead to the development of symptoms of secondary post-traumatic syndrome. The impact of secondary post-traumatic syndrome has been associated with an increased incidence of physical illnesses, job retention, low morale, decreased productivity, mistakes / neglect in provided care, as well as negative public image of the profession. Both, moral distress and secondary post-traumatic syndrome are related to the quality and safety of care, mental and physical health status of nurses, as well as productivity levels. Although, both moral distress and secondary post-traumatic syndrome are associated with work-related stress, however, the relationship between them has not been sufficiently studied to date, particularly among mental

health nurses, both internationally and at national level. Moreover, there are no empirical quantitative studies to date exploring the intensity and frequency of morally distressing situation in European or North American MHNs.

Purpose: The aim of the present study was to investigate the frequency and intensity of morally distressing experiences among Cypriot mental health nurses (MHNs) and possible associations with secondary post-traumatic syndrome. The following objectives were also included:

- Exploration of the metric properties of the modified “Moral Distress Scale” for Mental Health Services (M-MDS-MHS), “Secondary Traumatic Stress Scale”, and “Jefferson Scale of Empathy”
- Exploration of the degree of MD, empathy and symptoms of secondary post-traumatic syndrome, as well as possible associations among them,
- Exploration of the association between MD, empathy and symptoms of secondary post-traumatic syndrome with demographic, educational and work-related factors.

Material and Method: A mixed methods approach encompassing both quantitative and qualitative design was applied. Content analysis was used for in-depth understanding of the participants’ narratives regarding morally distressing experiences, along with a descriptive, correlational and cross-sectional design aiming to quantify self-reported measures about the intensity and frequency of moral distress (as measured by M-MDS-MHS), degree of empathy (as measured by Jefferson Scale of Empathy), severity of secondary post-traumatic syndrome (as measured by Secondary Traumatic Stress Scale) and level of general symptoms of mental distress (as measured by GHQ-28) . Qualitative data were, also, used for the validation of the thematic topics of the M-MDS-MHS, developed for the purpose of the present study.

Data collection and analysis: Following informed consent, collection of qualitative data was done through semi-structured interviews during two focus groups, with a total of 21 participants. The collection of quantitative data was done through self-reported questionnaires, including questions about personal, social, demographic, educational and professional characteristics (part a), along with the scales for the

measurement of the main variables (part b). The metric properties of these scales included internal consistency (Cronbach's alpha) and test-retest reliability assessment, as well as construct validity through factor analysis with varimax rotation. Descriptive and inferential statistics were used in the analysis of the quantitative data. Possible associations among main variables, as well as between the main study variables and socio-demographic characteristics were assessed with Pearson (r) test. The level of statistical significance was set at 0.05. Data collection took place between June and July 2016. All copyrighted scales were used under permission.

Results: 21 MHNs participated in the qualitative study, 11 males and 10 females (mean age=37,47 years), employed in both hospital and community settings. The most commonly reported morally distressing incidents regarded safety of the provided care, unethical/ unideological behavior towards patients, and witnessing violation of nurses' labor rights. Unsafe provided care was mainly attributed to: a) inadequate education and lack of skills of the participants, b) insufficient procedures and inadequate services, c) administrative deficiencies, d) unskilled colleagues, and e) poor quality of the relationship between healthcare professionals and patient/family. Along with limited patients' participation in therapeutic decision-making. Unethical professional behavior was mainly described as: (a) abuse of patients' rights during the treatment, (b) patient physical abuse by a staff member (c) concealment of the truth about involuntary hospitalization, d) ignoring patients' wishes in the name of the priorities of patient's' family. Witnessing violation of labor rights concerned a)working without day-off, b) unethical behavior among colleagues.

The sample of the quantitative study encompassed 206 MHNs. 43,7% of them were male and 56,3% were female. Their mean age was 35,19 years. 61,8% were Bachelor degree holders and 35,8% were post-graduate degree holders. Their average clinical experience was 11,63 years. Regarding the frequency of morally distressing situations this was found moderate to low. Half of the participants reported experiencing at least one of 32 MD incidents described very often. The most frequent incidents were *“assisting an unskilled colleague”* and *“undertaking extensive therapeutic interventions even if they don't change patients' clinical picture”*. The most intense MD situations were: *“ignore situations where there is a suspicion of patient abuse by healthcare workers”* (62.6% of the participants rated this item as intense or very

intense-, while 7.3% of them reported its occurrence as often or very often); “conducting interventions without patients’ informed consent”, (45.1% of the participants rated this item as intense/very intense, while 11.6% of them reported its occurrence as often or very often); and “unsafe nurse-to-patient ratio”(52% of the participants rated this item as intense/very intense, while 6.3% of them reported its occurrence as often or very often). The frequency of moral distress was related to the city of employment ($p=,042$), marital status ($p=,045$), position in the hierarchy ($p=,002$), type of service employed ($p=,006$) and frequency of body exercising ($p<0,0001$). Furthermore, MD frequency exhibited a positive, moderate correlation with symptoms of secondary post- traumatic syndrome ($r=0,365$, $p<0,000$), as well as positive, moderate correlation with general symptoms of mental distress ($r=0,269$, $p<0,000$). The participants reported moderate severity of symptoms of secondary post-traumatic syndrome. The degree of these symptoms indicated a positive, moderate correlation with the degree of emotional exhaustion ($r=0,343$, $p<0,000$), and a negative association with the satisfaction from therapeutic relationships ($r=-0,24$, $p<0,000$). Additionally, the participants self-assessed their general health status as very satisfactory. Personal/social functioning was rated as high, while anxiety and depressive symptoms were rated as low. GHQ-28 score was positively correlated with emotional exhaustion ($r=0,356$, $p<0,000$) and negatively with satisfaction from social relationships ($r=-0,29$, $p<0,000$). The degree of empathy was reported as high (mean value=105,9). When the relationship between the cumulative moral distress (accounting for both the intensity and the frequency of morally distressing situations) and the severity of secondary post-traumatic syndrome symptoms was controlled for the severity of general symptoms of mental distress , it was decreased (from 0.269- $p = 0.000$ to 0.154- $p = 0.006$), however remaining statistically significant. The relationship between satisfaction from therapeutic relationships and professional satisfaction was found independent of the degree of empathy and gender, since the degree of correlation remained almost the same when controlled for the aforementioned variables (0.44- $p< 0.0001$, to 0.45- $p = 0.001$).

Conclusions: The present findings provide preliminary evidence on the association between moral distress and post-traumatic symptomatology in MHNs. Since secondary

post-traumatic syndrome symptoms were more likely among mental health nurses who experience morally distressing situations and general symptoms of mental distress, supportive interventions are warranted. Situations that may lead health professionals in moral distress seem to be mainly related to the work environment, thus interventions related to organizational empowerment of MHNs need to be developed.

KEYWORDS

Moral distress, secondary post-traumatic syndrome, empathy, health status, physical health, mental health, mental health nurses, mental distress, psychological distress, work-related stress, patient safety, psychiatric unit, psychiatric hospital.