

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

CYPRUS UNIVERSITY OF TECHNOLOGY
FACULTY OF HEALTH SCIENCES
NURSING DEPARTMENT



PhD Thesis

**INVESTIGATION OF THE ASSOCIATION BETWEEN
MORAL DISTRESS AND SECONDARY POST-TRAUMATIC
SYNDROME AMONG MENTAL HEALTH NURSES IN
CYPRUS**

MARIA CHRISTODOULOU-FELLA

2017

ΕΝΤΥΠΟ ΕΓΚΡΙΣΗΣ

Διδακτορική διατριβή

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

Υποστηρίχθηκε από την

ΜΑΡΙΑ ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ-ΦΕΛΛΑ

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: Δρ. Μαρία Καρανικόλα, Επίκουρη Καθηγήτρια

Πρόεδρος εξεταστικής επιτροπής: Δρ Χρυσούλα Λεμονίδου

Μέλος εξεταστικής επιτροπής: Δρ Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου

Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου

Μάιος 2017

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Δρ. Μαρία Καρανικόλα, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΤΕΠΑΚ (Επιβλέπουσα)

Δρ. Μίτλετον Νίκος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, ΤΕΠΑΚ (Μέλος)

Δρ. Ελισάβετ Παπαθανάσογλου Αναπληρώτρια Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Σχολή Επιστημών Υγείας, Πανεπιστήμιο Αλμπέρτα, Καναδάς (Μέλος)

ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ

Copyright© Μαρία Χριστοδούλου - Φελλά [2017]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η έγκριση της διδακτορικής διατριβής από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου δεν υποδηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η εκπόνηση της παρούσας διατριβής αποτέλεσε ένα επίπονο και συνάμα πολύ ενδιαφέρον ταξίδι γνώσης. Ολοκληρώνοντας την προσπάθεια αυτή, νιώθω έντονα την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους αυτούς, που με τον τρόπο τους συνέβαλαν στη διεκπεραίωσή της.

Αρχικά, νιώθω την ανάγκη να ευχαριστήσω όλους τους συναδέλφους, νοσηλευτές ψυχικής υγείας, που συμμετείχαν στην έρευνα και που χωρίς αυτούς δεν θα ήταν δυνατή η ολοκλήρωσή της.

Θέλω να εκφράσω ένα μεγάλο ευχαριστώ και την απέραντη ευγνωμοσύνη μου στην επιβλέπουσα καθηγήτρια μου, Δρ Μαρία Καρανικόλα, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε να αναλάβω αυτή την έρευνα, αλλά και για την πολύτιμη και συνεχή βοήθεια, ενθάρρυνση και υποστήριξη που μου παρείχε τα τελευταία τέσσερα χρόνια. Η παρουσία της, η συνέπειά της και το υψηλό επίπεδο επιστημονικής εποπτείας και καθοδήγησης που μου παρείχε σε όλες τις φάσεις της διατριβής, διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο στην ολοκλήρωσή της. Η παρουσία της και οι εύστοχες συμβουλές της, υπήρξαν πολύτιμος αρωγός, πηγή γνώσης, καθοδήγησης, έμπνευσης και θάρρους, καθώς και κινητήρια δύναμη για την ολοκλήρωση αυτού του πονήματος.

Θερμές ευχαριστίες εκφράζω επίσης στον Δρα Νίκο Μίτλεττον, για τις οδηγίες και συμβουλές του σε καθοριστικά σημεία της έρευνας.

Θερμές ευχαριστίες εκφράζω επίσης στην Δρ Ελισάβετ Παπαθανάσογλου για τα επικοδομητικά της σχόλια και τη θετική της σκέψη και ενέργεια.

Θερμές ευχαριστίες εκφράζω επίσης στα υπόλοιπα μέλη της εξεταστικής επιτροπής, Δρα Χρυσούλα Λεμονίδου και Δρα Μαργαρίτα Γιαννακοπούλου για τα εύστοχα τους σχόλια, τα οποία ήταν καθοριστικής σημασίας.

Επίσης εκφράζω τις θερμές μου ευχαριστίες στη Δρ Χαϊκάλη για το επιστημονικό υλικό και βοήθεια αναφορικά με τη μελέτη του ηθικού αδιεξόδου.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ, οφείλω στην οικογένεια μου, η οποία ήταν η δύναμη μου όλο αυτό το χρονικό διάστημα, και μια ταπεινή αφιέρωση στους γονείς μου Νικόλα και Αιμιλία, στον σύζυγό μου Μιχάλη και στα παιδιά μου Μαριάννα, Αιμιλία και Κωνσταντίνο, οι οποίοι επέδειξαν σισύφεια, υπομονή και με στήριξαν κατά την διάρκεια των τεσσάρων ετών.

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 φροντίδα 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 αδιέξοδο 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 περιεχομένου. 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 Τμημάτα. 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 θεραπευομένους. 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.

Γενικό Μέρος	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	
Περιγραφή θέματος ηθικού αδιεξόδου και μετατραυματικής συνδρομής	3
ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
Σπουδαιότητας παρούσας ερευνητικής μελέτης	
1.1 Σπουδαιότητα παρόντος ερευνητικού προβλήματος και χρησιμότητα των ευρημάτων	6
ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
Θεωρητικό πλαίσιο μελέτης	
2.1 Θεωρητικό υπόβαθρο	11
ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ	
Εννοιολογικό πλαίσιο	
3.1 Εννοιολογικός ορισμός για το ηθικό αδιεξόδο (moral distress)	13
3.1.1 Εργαλεία αξιολόγησης ηθικού αδιεξόδου	17
3.1.1 (α) Εργαλείο αξιολόγησης ηθικού αδιεξόδου «Moral Distress Scale» (Corley et al. 2001)	16
3.1.1 (β) Περιγραφή δημιουργίας εργαλείου αξιολόγησης ηθικού αδιεξόδου σε Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας από τους Onishi et al. 2010	20
3.1.1 (γ) Εργαλείο Work-related Moral Stress scale για την αξιολόγηση της έντασης «Ηθικής έντασης» σε Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας (Lutzen et al. 2010)	22
3.1.2 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μελετών διερεύνησης του ηθικού αδιεξόδου σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας	23
3.1.2 (α) Παράγοντες σχετιζόμενοι με την εμπειρία του ηθικού αδιεξόδου	23
3.1.2 (β) Ηθικό αδιεξόδο και νοσηλευτές ψυχικής υγείας	24
3.1.3 Λειτουργικός ορισμός του ηθικού αδιεξόδου και εργαλείο αξιολόγησης στην παρούσα μελέτη	27
3.2. Εννοιολογικός ορισμός για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή (Compassion Fatigue)	27
3.2.1. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή	30
3.2.2 Λειτουργικός ορισμός δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής	35
3.3. Εννοιολογικός Ορισμός για την Ενσυναίσθηση	36
3.3.1. Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας για την Ενσυναίσθηση	38
3.3.2 Λειτουργικός Ορισμός για την Ενσυναίσθηση	39
3.4. Εννοιολογικός ορισμός για την υγεία	40
3.4.1. Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το στρες, τη σωματική και ψυχική υγεία ασθενεία	41
3.4.2 Λειτουργικός Ορισμός για την Υγεία	43

Ειδικό Μέρος
ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Μεθοδολογία της παρούσας μελέτης

4.1. Σκοπός της παρούσας μελέτης και ερευνητικός σχεδιασμός	45
Ερευνητικός Σχεδιασμός	45
4.1.1. Σκοπός ποιοτικής μελέτης	46
Επιμέρους στόχοι ποιοτικής μελέτης	46
4.1.2. Σκοπός ποσοτικής μελέτης	46
Επιμέρους στόχοι ποσοτικής μελέτης	46
4.1.3. Ερωτήματα -Ερευνητικές Υποθέσεις	47
Ερωτήματα:	47
Ερευνητικές Υποθέσεις	48
4.2. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας	48
4.3. Πληθυσμός στόχος	49
4.3.1. Πληθυσμός στόχος ποιοτικής μελέτης	49
4.3.2. Πληθυσμός στόχος ποσοτικής μελέτης	50
4.4. Δειγματοληψία	50
4.4.1. Δειγματοληψία ποιοτικής μελέτης	50
Κριτήρια εισόδου / αποκλεισμού ποιοτικής μελέτης	51
4.4.2. Δειγματοληψία ποσοτικής μελέτης	51
Κριτήρια εισόδου αποκλεισμού ποσοτικής μελέτης	51
4.5. Συλλογή δεδομένων	52
4.5.1. Συλλογή ποιοτικών δεδομένων	52
Εργαλείο συλλογής ποιοτικών δεδομένων – οδηγός συνέντευξης	52
Ομάδες εστιασμένης συζήτησης	52
Διαδικασία οργάνωσης και διεξαγωγής των συζητήσεων στις ομάδες εστίασης	52
Δομή ομάδων εστιασμένης συζήτησης	53
4.5.2. Συλλογή ποσοτικών δεδομένων	54
Εργαλεία συλλογής ποσοτικών δεδομένων	55
4.5.2.1. Εργαλείο αξιολόγησης ηθικού αδιεξόδου για περιβάλλοντα ψυχικής υγείας	55
Αιτιολόγηση της επιλογής του εργαλείου «Moral Distress Scale»	57
4.5.2.2. Εργαλείο αξιολόγησης της έντασης της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale STSS»	57
4.5.2.3. Περιγραφή διαδικασίας ανάπτυξης της κλίμακας «Secondary Traumatic Stress Scale STSS»	59
Διαδικασία μετάφρασης-αντίστροφης μετάφρασης και στάθμισης των μετρικών χαρακτηριστικών του εργαλείου αξιολόγησης δευτερογενούς μεετα-τραυματικής συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale STSS» στην ελληνική γλώσσα	61

Αιτιολόγηση επιλογής του εργαλείου «Secondary Traumatic Stress Scale STSS» (Bride et al., 2004)	62
4.5.2.4. Κλίμακα αξιολόγησης της ενσυναίσθησης JEFFERSON SCALE OF EMPATHY (JSE)	62
Διαδικασία κατασκευής του εργαλείου	63
Εξέταση εγκυρότητας περιεχομένου	64
Παραγοντική ανάλυση της έκδοσης JSE-HP του εργαλείου	65
Βαθμολόγηση της κλίμακας	66
Αιτιολόγηση επιλογής της κλίμακας αξιολόγησης της ενσυναίσθησης JEFFERSON SCALE OF EMPATHY (JSE)	67
4.5.2.5. Ερωτηματολόγιο Αυτό-αξιολόγησης Γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (General Health Questionnaire – GHQ-28)	67
Τρόπος διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου	67
Μετρικές ιδιότητες	68
Τελική μορφή του ερωτηματολογίου	68
Παραγοντική ανάλυση	69
Εσωτερική αξιοπιστία / Εγκυρότητα	69
Μέθοδοι βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου GHQ-28	70
Αιτιολόγηση επιλογής του ερωτηματολογίου GHQ-28	71
4.5.2.6. Ερωτηματολόγιο κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων	72
4.6. Μετάφραση – Προσαρμογή των εργαλείων στην Ελληνική Γλώσσα	72
Πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation).	73
4.7. Η Αξιοπιστία των Ερωτηματολογίων της Μελέτης	73
4.8. Πιλοτική έρευνα για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων	76
4.8.1. Πιλοτική έρευνα για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου JSE	77
Δεύτερη πιλοτική μελέτη	79
4.9. Εγκυρότητα των Ερωτηματολογίων της Μελέτης	80
4.9.1. Διερευνητική Ανάλυση παραγόντων του εργαλείου Jefferson Empathy Scale	82
4.9.2. Διερευνητική Ανάλυση παραγόντων του εργαλείου Secondary Post-traumatic Stress Scale	85
4.9.3. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του εργαλείου GHQ-28	89
4.9.4.1. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του τροποποιημένου εργαλείου MDS-R (Hamric et al, 2012) για την ένταση και τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου	91
4.9.4.2. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του τροποποιημένου εργαλείου MDS-R (Hamric et al, 2012) για την συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου	94
4.10. Ανάλυση των δεδομένων	97
4.10.1. Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων	97
Θεωρία της ανάλυσης περιεχομένου σε σχέση με τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης	99
Η διαδικασία της ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου	99

Οι τρεις προσεγγίσεις της ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου	101
Σκοποί και χρήση της ανάλυσης περιεχομένου	101
4.10.2. Ανάλυση ποσοτικών δεδομένων	105
Στατιστική Ανάλυση	106

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης	109
5.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	109
Ανάλυση διαδικασίας βιώματος ηθικού αδιεξόδου όπως περιγράφηκε από τους συμμετέχοντες	109
5.1.2. Θεματικές Ενότητες	110
5.1.3. Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων	112
A' ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΥΡΙΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ: Η ΠΑΡΟΧΗ ΕΠΙΣΦΑΛΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ	112
B' ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΥΡΙΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ: ΑΝΤΙΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ	126
Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΕΜΑΤΩΝ: Η καταπάτηση των εργασιακών δικαιωμάτων	140
5.2. Αποτελέσματα ποσοτικής μελέτης	141
5.2.1. Μετρικά Χαρακτηριστικά εργαλείων μέτρησης	141
5.2.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	143
5.2.3. Συμπεριφορές που σχετίζονται με την Υγεία:	145
5.2.4. Οικογενειακά χαρακτηριστικά	139
5.2.5. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά	146
5.3. Αξιολόγηση της έντασης και της συχνότητας ηθικού αδιεξόδου	154
Αξιολόγηση της συχνότητας ΗΑ	154
Αξιολόγηση έντασης ηθικού αδιεξόδου	174
5.4. Μέτρηση της συχνότητας παρουσίας συμπτωμάτων γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής)	198
5.5. Μέτρηση της συχνότητας παρουσίας συμπτωμάτων Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής	202
5.6. Συχνότητα βαθμού ενσυναίσθησης	214
5.7. Μελέτη Συσχετίσεων των Δημογραφικών Δεδομένων και των τεσσάρων Κλιμάκων της Μελέτης (MDS, STSS, JES, GHQ-28)	217
5.7.1. Συσχετίσεις ηθικού αδιεξόδου με άλλες μεταβλητές	218
Συσχέτιση ηθικού αδιεξόδου MDS και κύριες μεταβλητές της μελέτης	222
5.7.2. Συσχέτιση Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και άλλες μεταβλητές	224
5.7.3. Συσχέτιση Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και κύριες μεταβλητές της μελέτης	227
5.7.4. Συσχέτιση Βαθμού ενσυναίσθησης και (κύριων και άλλων) μεταβλητών της μελέτης	229

5.7.5. Συσχέτιση του Αυτό- αναφερόμενου επίπεδου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και άλλες μεταβλητές	231
5.8. Ανάλυση Διακύμανσης ANOVA και post hoc test	238
5.9.1. Πρώτη Ερευνητική Υπόθεση	263
5.9.2. Δεύτερη ερευνητική υπόθεση	269
5.10. Σύνοψη των ευρημάτων της παρούσας μελέτης	277

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

6.1. Συζήτηση ποιοτικών πορισμάτων	287
6.2. Συζήτηση των περιγραφικών δεδομένων της μελέτης	292
6.3. Ηθικό αδιέξοδο	293
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	293
Ένταση ηθικού αδιεξόδου	296
Συχνότητα Ένταση ηθικού αδιεξόδου και δημογραφικά χαρακτηριστικά	296
Ηθικό αδιέξοδο και εγκατάλειψη εργασίας	299
6.4. Δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή	301
6.5. Συμπτώματα γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής)	303
6.6. Βσθμός ενσυναίσθησης και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά	304
Ενσυναίσθηση και κύριες μεταβλητές της μελέτης (ηθικό αδιέξοδο, δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή, επίπεδο γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας)	306
6.7.1. Πρώτη ερευνητική υπόθεση	308
6.7.2. Δεύτερη ερευνητική Υπόθεση:	308
6.8. Σύγκριση εργαλείου MDS-P (Onishi et al. 2010 και δεδομένων ποιοτικής μελέτης	309
6.9. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης	311
6.10. Συμπεράσματα /εισηγήσεις για την αξιοποίηση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης	314
7. Βιβλιογραφία	317
8. Παράρτημα 1	339
Παράρτημα 2	357

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

	Σελίδα
Σχήμα 1.1 Σπουδαιότητα της μελέτης	10
Σχήμα 2.1 Θεωρητικό Υπόβαθρο της μελέτης	12
Σχήμα 5.1 Απεικόνιση παροχής επισφαλούς φροντίδας προς τους θεραπευομένους	125
Σχήμα 5.2 Απεικόνιση αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς συμμετεχόντων και συναδέλφων	139
Σχήμα 5.3 Διατύπωση πρώτης ερευνητικής υπόθεσης	263
Σχήμα 5.4 Διατύπωση δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης	269

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

	Σελίδα
Γράφημα 5.1 Ποσοστιαία κατανομή των ΝΨΥ ως προ το φύλο	143
Γράφημα 5.2 Ποσοστιαίας κατανομής των ΝΨΥ σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	144
Γράφημα 5.3 Ποσοστιαία κατανομή οικογενειακής κατάστασης των ΝΨΥ	146
Γράφημα 5.4 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με την πόλη εργασίας των ΝΨΥ	147
Γράφημα 5.5 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με το πλαίσιο εργασίας των ΝΨΥ	149
Γράφημα 5.6 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με την θέση εργασίας	151
Γράφημα 5.7 Μέση τιμή βαθμού ικανοποίησης από την θεραπευτική σχέση, ικανοποίηση από την εργασία, ικανοποίηση από την προσωπική ζωή και συναισθηματική εξάντληση	153
Γράφημα 5.8 (Καταγραφή 1) Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους	158
Γράφημα 5.9 (Καταγραφή 2) Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ή/και συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον θεραπευόμενο	158
Γράφημα 5.10 (Καταγραφή 3) Προβαίνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευόμενου	159
Γράφημα 5.11 (Καταγραφή 4) Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού ή/και της οικογένειας ενός πάσχοντα που πεθαίνει να μην συζητήσω μαζί του το ζήτημα του θανάτου, ακόμη και εάν εκείνος/η το ζητάει	159
Γράφημα 5.12 (Καταγραφή 5) Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον θεραπευόμενο την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν αυτός/ή το ζητήσει	160
Γράφημα 5.13 (Καταγραφή 6) Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλευτή, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα	160
Γράφημα 5.14 (Καταγραφή 7) Επιτρέπω σε φοιτητές επιστημών υγείας να πραγματοποιήσουν επώδυνες/επικίνδυνες διαδικασίες σε θεραπευόμενους αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους	161
Γράφημα 5.15 (Καταγραφή 8) Συνεχίζω να χορηγώ την ίδια θεραπεία, η οποία ουσιαστικά δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του επειδή φοβάμαι ότι αυξάνοντας τη δόση των φαρμάκων θα προκληθούν σοβαρές παρενέργειες ή διότι δεν γνωρίζω τι άλλο να κάνω	161
Γράφημα 5.16 (Καταγραφή 9) Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες με την οικογένεια του πάσχοντα ή τον ίδιο	162
Γράφημα 5.17 (Καταγραφή 10) Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του πάσχοντα να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ίδιος θεωρεί αβάσταχτη την κατάσταση του	162
Γράφημα 5.18 (Καταγραφή 11) Εργάζομαι με ιατρούς / νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων	163
Γράφημα 5.19. (Καταγραφή 12) Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία	163

ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιο/ους από τους θεραπευόμενους	
Γράφημα 5.20 (Καταγραφή 13) Παραβλέπω καταστάσεις όπου οι θεραπευόμενοι δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς προκειμένου να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων/ θεραπειών	164
Γράφημα 5.21 (Καταγραφή 14) Γίνομαι μάρτυρας χωρίς παρεμβαίνω σε καταστάσεις κατά τις οποίες το προσωπικό υγείας δίνει ψεύτικες ελπίδες σε έναν θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του	164
Γράφημα 5.22 (Καταγραφή 15) Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις	165
Γράφημα 5.23 (Καταγραφή 16) Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων	165
Γράφημα 5.24 (Καταγραφή 17) Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών	166
Γράφημα 5.25 (Καταγραφή 18) Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος υποφέρει διότι δεν υπάρχει συνοχή (συνέχεια) στη θεραπευτική αντιμετώπισή του	166
Γράφημα 5.26 (Καταγραφή 19) Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας συνάδελφος νοσηλεύτης/τρια έκανε λάθος στην χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει	167
Γράφημα 5.27 (Καταγραφή 20) Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/ θεραπευομένων που δεν είναι ασφαλής	167
Γράφημα 5.28 (Καταγραφή 21) Εφαρμόζω οδηγίες ή την πολιτική της δομής στην οποία εργάζομαι για διακοπή της θεραπείας επειδή οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά	168
Γράφημα 5.29 (Καταγραφή 22) Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω όταν μέλη του προσωπικού γελοιοποιούν τους θεραπευόμενους	168
Γράφημα 5.30 (Καταγραφή 24) Πολλές φορές τη δομή που εργάζομαι γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευόμενους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας	169
Γράφημα 5.31 (Καταγραφή 24) Πολλές φορές στη δομή που εργάζομαι γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω διακρίσεων από το προσωπικό σε βάρος των θεραπευομένων βάσει φυλετικών/ θρησκευτικών/ κοινωνικο-οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών	169
Γράφημα 5.32 (Καταγραφή 25) Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων σχετικά με κάποιο ηθικό ζήτημα και δεν λαμβάνω δράση διότι έτσι μου έχει ζητηθεί από τον συνάδελφο που εμπλέκεται στο ζήτημα αυτό ή από άλλο άτομο σε υψηλότερη θέση εξουσίας	170
Γράφημα 5.33 (Καταγραφή 26) Πολλές φορές αντιλαμβάνομαι ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου δεν είναι επαρκείς ώστε να συνεχίσω να παρέχω φροντίδα με ασφάλεια στη δομή που εργάζομαι τώρα	170
Γράφημα 5.34 (Καταγραφή 27) Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες θεραπευόμενοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται	171

ακόμη κι αν η κατάστασή τους είναι σταθερή και είναι έτοιμοι για εξιτήριο	
Γράφημα 5.35 (Καταγραφή 28) Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες το προσωπικό ψάχνει τα υπάρχοντα των θεραπευμένων χωρίς την άδεια τους	171
Γράφημα 5.36 (Καταγραφή 29) Λόγω έλλειψης προσωπικού παρέχω πλημμελή ή/και ακατάλληλη φροντίδα στους θεραπευόμενους, όπως χρήση πάνας ακράτειας χωρίς αντίστοιχα συμπτώματα ή περιορισμό σε κλειστό χώρο θεραπευόμενων που περιφέρονται	172
Γράφημα 5.37 (Καταγραφή 30) Έχω αναμίξει φάρμακα σε φαγητό ή ποτό θεραπευόμενων επειδή αρνούνται να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή τους	172
Γράφημα 5.38 (Καταγραφή 31) Λόγω έλλειψης προσωπικού δεν αφιερώνω χρόνο για να επικοινωνήσω με τους θεραπευόμενους, οι οποίοι δεν προκαλούν προβλήματα	173
Γράφημα 5.39 (Καταγραφή 32) Εργάζομαι χωρίς να αντιδρώ/ παρεμβαίνω κάτω από συνθήκες που οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν	173
Γράφημα 5.40 (Καταγραφή 1) Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους	179
Γράφημα 5.41 (Καταγραφή 2) Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ή/και συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον θεραπευόμενο	179
Γράφημα 5.42 (Καταγραφή 3) Προβάνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευόμενου	180
Γράφημα 5.43 (Καταγραφή 4) Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού ή/και της οικογένειας ενός πάσχοντα που πεθαίνει να μην συζητήσω μαζί του το ζήτημα του θανάτου, ακόμη και εάν εκείνος/η το ζητάει	180
Γράφημα 5.44 (Καταγραφή 5) Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον θεραπευόμενο την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν αυτός/ή το ζητήσει	181
Γράφημα 5.45 (Καταγραφή 6) Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλευτή, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα	181
Γράφημα 5.46 (Καταγραφή 7) Επιτρέπω σε φοιτητές επιστημών υγείας να πραγματοποιήσουν επώδυνες/επικίνδυνες διαδικασίες σε θεραπευόμενους αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους	182
Γράφημα 5.47 (Καταγραφή 8) Συνεχίζω να χορηγώ την ίδια θεραπεία, η οποία ουσιαστικά δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του επειδή φοβάμαι ότι αυξάνοντας τη δόση των φαρμάκων θα προκληθούν σοβαρές παρενέργειες ή διότι δεν γνωρίζω τι άλλο να κάνω	182
Γράφημα 5.48 (Καταγραφή 9) Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες με την οικογένεια του πάσχοντα ή τον ίδιο	183
Γράφημα 5.49 (Καταγραφή 10) Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του πάσχοντα να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ίδιος θεωρεί αβάσταχτη την κατάσταση του	183

Γράφημα 5.50 (Καταγραφή 11) Εργάζομαι με ιατρούς /νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων	184
Γράφημα 5.51 (Καταγραφή 12) Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υπονμία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιου/ους από τους θεραπευόμενους	184
Γράφημα 5.52 (Καταγραφή 13) Παραβλέπω καταστάσεις όπου οι θεραπευόμενοι δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς προκειμένου να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων/ θεραπειών	185
Γράφημα 5.53 (Καταγραφή 14) Γίνομαι μάρτυρας χωρίς παρεμβαίνω σε καταστάσεις κατά τις οποίες το προσωπικό υγείας δίνει ψεύτικες ελπίδες σε έναν θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του	185
Γράφημα 5.54 (Καταγραφή 15) Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις	186
Γράφημα 5.55 (Καταγραφή 16) Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων	186
Γράφημα 5.56 (Καταγραφή 17) Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών	187
Γράφημα 5.57 (Καταγραφή 18). Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος υποφέρει διότι δεν υπάρχει συνοχή (συνέχεια) στη θεραπευτική αντιμετώπισή του	187
Γράφημα 5.58 (Καταγραφή 19) Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας συνάδελφος νοσηλευτής/τρια έκανε λάθος στην χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει	188
Γράφημα 5.59 (Καταγραφή 20) Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών / θεραπευομένων που δεν είναι ασφαλής	188
Γράφημα 5.60 (Καταγραφή 21) Εφαρμόζω οδηγίες ή την πολιτική της δομής στην οποία εργάζομαι για διακοπή της θεραπείας επειδή οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά	189
Γράφημα 5.61 (Καταγραφή 22) Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω όταν μέλη του προσωπικού γελοιοποιούν τους θεραπευομένους	189
Γράφημα 5.62 (Καταγραφή 23) Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευομένους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας	190
Γράφημα 5.63 (Καταγραφή 24) Πολλές φορές στη δομή που εργάζομαι γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω διακρίσεων από το προσωπικό σε βάρος των θεραπευομένων βάσει φυλετικών/ θρησκευτικών/ κοινωνικο-οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών	190
Γράφημα 5.64 (Καταγραφή 25) Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων σχετικά με κάποιο ηθικό ζήτημα και δεν λαμβάνω δράση διότι έτσι μου έχει ζητηθεί από τον συνάδελφο που εμπλέκεται στο ζήτημα αυτό ή από άλλο άτομο σε υψηλότερη θέση εξουσίας	191
Γράφημα 5.65 (Καταγραφή 26) Πολλές φορές αντιλαμβάνομαι ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου δεν είναι επαρκείς ώστε να συνεχίσω να παρέχω φροντίδα με ασφάλεια στη δομή που εργάζομαι τώρα	191

Γράφημα 5.66 (Καταγραφή 27) Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες θεραπευόμενοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται ακόμη κι αν η κατάστασή τους είναι σταθερή και είναι έτοιμοι για εξιτήριο	192
Γράφημα 5.67 (Καταγραφή 28) Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες το προσωπικό ψάχνει τα υπάρχοντα των θεραπευμένων χωρίς την άδεια τους	192
Γράφημα 5.68 (Καταγραφή 29) Λόγω έλλειψης προσωπικού παρέχω πλημμελή ή/και ακατάλληλη φροντίδα στους θεραπευόμενους, όπως χρήση πάνας ακράτειας χωρίς αντίστοιχα συμπτώματα ή περιορισμό σε κλειστό χώρο θεραπευόμενων που περιφέρονται	193
Γράφημα 5.69 (Καταγραφή 30) Έχω αναμίξει φάρμακα σε φαγητό ή ποτό θεραπευόμενων επειδή αρνούνται να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή τους	193
Γράφημα 5.70 (Καταγραφή 31) Συνειδητοποιώ ότι δεν έχω χρόνο να μιλήσω με τους θεραπευόμενους, οι οποίοι δεν προκαλούν προβλήματα	194
Γράφημα 5.71 (Καταγραφή 32) Εργάζομαι χωρίς να αντιδρώ κάτω από συνθήκες που οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν	194
Γράφημα 5.72 Νιώθω συναισθηματικά μουνδιασμένος/νη	206
Γράφημα 5.73 Η καρδιά μου χτυπάει όταν σκέφτομαι τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους	206
Γράφημα 5.74 Νιώθω σαν να ζω και εγώ την τραυματική εμπειρία(ες) που μου περιέγραφε πως υπέστη ο θεραπευόμενός μου	207
Γράφημα 5.75 Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον μου	207
Γράφημα 5.76 Έχω πρόβλημα με τον ύπνο μου	208
Γράφημα 5.77 Πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους με αναστατώνουν	208
Γράφημα 5.78 Έχει μειωθεί το ενδιαφέρον μου για να είμαι μαζί με τους άλλους ανθρώπους	209
Γράφημα 5.79 Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση	209
Γράφημα 5.80 Είμαι λιγότερος δραστήριος/α από το συνηθισμένο	210
Γράφημα 5.81 Σκέφτομαι συνεχώς τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους, χωρίς όμως να το θέλω	210
Γράφημα 5.82 Έχω δυσκολία να παραμείνω συγκεντρωμένη-ος	211
Γράφημα 5.83 Αποφεύγω ανθρώπους, τόπους, ή πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους	211
Γράφημα 5.84 Βλέπω έντονα όνειρα σχετικά με τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους	212
Γράφημα 5.85 Αποφεύγω τη συνεργασία με ορισμένους θεραπευόμενους	212
Γράφημα 5.86 Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα	213
Γράφημα 5.87 Έχω ένα συνεχές προαίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί	213
Γράφημα 5.88 Διαπιστώνω ότι υπάρχουν κενά στη μνήμη μου σχετικά με τις συνεδρίες με τους θεραπευόμενους	214

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΙΣΤΟΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

	Σελίδα
Ιστόγραμμα 5.1 Συχνότητα ηθικού αδιεξόδου στους ΝΨΥ του δείγματος	157
Ιστόγραμμα 5.2 Έντασης ηθικού αδιεξόδου στους Νοσηλευτές ψυχικής υγείας του δείγματος	177
Ιστόγραμμα 5.3 αξιολόγησης της γενικής υγείας σωματικής και ψυχικής στους ΝΨΥ του δείγματος	199
Ιστόγραμμα 5.4 Αυτό- αναφερόμενης έντασης σωματικών συμπτωμάτων	201
Ιστόγραμμα 5.5 αυτο-αναφερόμενης έντασης συμπτωμάτων άγχους	202
Ιστόγραμμα 5.6 Αναφερόμενης λειτουργικής επάρκειας	202
Ιστόγραμμα 5.7 αυτό- αναφερόμενης έντασης συμπτωμάτων κατάθλιψης	203
Ιστόγραμμα 5.8 Συχνότητα των συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής των ΝΨΥ του δείγματος	204
Ιστόγραμμα 5.9 του βαθμού ενσυναίσθησης στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας του δείγματος	217

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

	Σελίδα
Πίνακας 4.1 Παράγοντες που προέκυψαν από την ανάλυση παραγόντων της αρχικής μορφής του GHQ	67
Πίνακας 4.2 (α) Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής	78
Πίνακας 4.2 (β) Διαφοράς μέσων τιμών	78
Πίνακας 4.2 (γ) Δείκτης Συσχέτισης	78
Πίνακας 4.3 Παραδείγματα τροποποίηση ερωτήσεων για σκοπούς πολιτισμικής προσαρμογής	78
Πίνακας 4.4 (α) Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής	79
Πίνακας 4.4 (β) Διαφοράς μέσων τιμών	79
Πίνακας 4.4 (γ) Δείκτης Συσχέτισης	79
Πίνακας 4.5 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων	82
Πίνακας 4.6 Διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με περιστροφή	83
Πίνακας 4.7 Περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κύριων συνιστωσών με περιστροφή	84
Πίνακας 4.8 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων	86
Πίνακας 4.9 περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κυρίων συνιστωσών χωρίς περιστροφή	86
Πίνακας 4.10 Περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κυρίων συνιστωσών με περιστροφή	87
Πίνακας 4.11 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων	89
Πίνακας 4.12 Περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κυρίων συνιστωσών με περιστροφή	90
Πίνακας 4.13 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων χωρίς περιστροφή	92
Πίνακας 4.14 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με περιστροφή	92
Πίνακας 4.15 Προγραφή φορτίσεων ανάλυσης κυρίων συνιστωσών με περιστροφή	93
Πίνακας 4.16 Περιγραφή Διερευνητικής Ανάλυσης Παραγόντων χωρίς περιστροφή	94
Πίνακας 4.17 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με περιστροφή	95
Πίνακας 4.18 Ανάλυση κύριων συνιστωσών με περιστροφή (συχνότητα ηθικού αδιεξόδου)	96
Πίνακας 5.1 Κατανομή των ερωτηματολογίων στους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας	141
Πίνακας 5.2 Συνοπτικός αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και δοκιμασίας επαναδοκιμασίας	142
Πίνακας 5.3 Ποσοστιαία κατανομή των ΝΨΥ σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης	144
Πίνακας 5.4 ποσοστιαία κατανομή οικογενειακής κατάστασης των ΝΨΥ	145
Πίνακας 5.5 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με την πόλη εργασίας	147
Πίνακας 5.6 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με το πλαίσιο εργασίας των ΝΨΥ	148
Πίνακας 5.7 Ελάχιστες και μέγιστες τιμές για τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας	149

και εμπειρία στη παρούσα θέση των ΝΨΥ	
Πίνακας 5.8 Πίνακας ποσοστιαίας κατανομής του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με το φύλο, πόλη εργασίας και πλάσιο εργασίας	150
Πίνακας 5.9 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις για τις συνθήκες εργασίας	152
Πίνακας 5.10 Ποσοστιαίας κατανομής της πρόθεσης των ΝΨΥ για εγκατάλειψη της θέσης εργασίας	154
Πίνακας 5.11 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των αντικειμένων της κλίμακας του ηθικού αδιεξόδου της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου	155
Πίνακας 5.12 Παρουσίαση των καταστάσεων που προκαλούν συχνότερα ΗΑ στους συμμετέχοντες του δείγματος με φθίνουσα σειρά και μέσες τιμές της συχνότητας αυτών	174
Πίνακας 5.13 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των καταγραφών της τροποποιημένης κλίμακας αξιολόγησης της έντασης ηθικού αδιεξόδου	175
Πίνακας 5.14 Παρουσίαση των καταστάσεων που προκαλούν συχνότερα ΗΑ στους συμμετέχοντες του δείγματος με φθίνουσα σειρά και μέσες τιμές και τυπική απόκλιση της συχνότητας αυτών	194
Πίνακας 5.15 Παρουσίαση των καταστάσεων που προκαλούν ΗΑ με φθίνουσα σειρά συχνότητας και έντασης τους συμμετέχοντες	196
Πίνακας 5.16 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις του GHQ-28	200
Πίνακας 5.17 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις της Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής	204
Πίνακας 5.18. Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις τους των ερωτημάτων της κλίμακας της ενσυναίσθησης JSE	216
Πίνακας 5.19 Συνοπτική καταγραφή Συχνοτήτων παρουσίας των κύριων μεταβλητών (MD, STSS, GHQ-28, JSE)	218
Πίνακας 5.20 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών	220
Πίνακας 5.21 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και καθημερινές συνήθειες	221
Πίνακας 5.22 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και βαθμός ικανοποίησης	211
Πίνακας 5.23 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον παραμετρικό δείκτη Pearson r μεταξύ της συχνότητας και της έντασης του Ηθικού Αδιεξόδου και των υπολοίπων κύριων μεταβλητών της μελέτης (N=206)	224
Πίνακας 5.24 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ των κύριων μεταβλητών της μελέτης (N=206)	225
Πίνακας 5.25 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και ατομικά επαγγελματικά χαρακτηριστικά	226
Πίνακας 5.26 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και καθημερινές συνήθειες	227
Πίνακας 5.27 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και βαθμός ικανοποίησης	228
Πίνακας 5.28 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον παραμετρικό δείκτη	229

Pearson r μεταξύ της Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και των υπολοίπων κύριων μεταβλητών της μελέτης	
Πίνακας 5.29 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Ενσυναίσθησης και ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά	230
Πίνακας 5.30 Παραμετρικές συσχετίσεις μεταξύ του βαθμού Ενσυναίσθησης και καθημερινών συνηθειών / συμπεριφορών σχετιζόμενων με την υγεία με το τον δείκτη Pearson's r	231
Πίνακας 5.31 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Ενσυναίσθησης και ικανοποίησης	232
Πίνακας 5.32 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r για Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας και τις υποκλίμακες του με ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά	233
Πίνακας 5.33 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r για Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας και τις υποκλίμακες του με καθημερινές συνήθειες	234
Πίνακας 5.34 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r για Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας και τις υποκλίμακες του με βαθμό ικανοποίησης	235
Πίνακας 5.35 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον παραμετρικό δείκτη Pearson r μεταξύ του επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας και των υπολοίπων κύριων μεταβλητών της μελέτης	236
Πίνακας 5.36 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον παραμετρικό δείκτη Pearson r μεταξύ μεταβλητών της μελέτης	239
Πίνακας 5.37 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την ηλικία και το ηθικό αδιέξοδο	240
Πίνακας 5.38 Παρουσίαση διαφορών κατηγοριών μεταξύ ηλικίας και συχνότητας ηθικού αδιεξόδου με τη χρήση post hoc test (Tukey)	241
Πίνακας 5.39 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς τη συχνότητα άσκησης και το ηθικό αδιέξοδο	242
Πίνακας 5.40 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ συχνότητας ηθικού αδιεξόδου και συχνότητα άσκησης με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)	243
Πίνακας 5.41 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την οικογενειακή κατάσταση και το ηθικό αδιέξοδο	243
Πίνακας 5.42 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης και το ηθικό αδιέξοδο	244
Πίνακας 5.43 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς τη πόλη εργασίας και το ηθικό αδιέξοδο	244
Πίνακας 5.44 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ έντασης ηθικού αδιεξόδου και πόλη εργασίας με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)	245
Πίνακας 5.45 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την δομή εργασίας και το ηθικό αδιέξοδο	246
Πίνακας 5.46 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ έντασης ηθικού αδιεξόδου και δομή εργασίας με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)	247
Πίνακας 5.47 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την προϋπηρεσία και	250

το ηθικό αδιέξοδο

Πίνακας 5.48 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ έντασης ηθικού αδιεξόδου και προϋπηρεσίας με τη μέθοδο post hoc test	251
Πίνακας 5.49 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ έντασης ηθικού αδιεξόδου και θέση στην ιεραρχία με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)	252
Πίνακας 5.50 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την τάση για εγκατάλειψη του επαγγέλματος και ηθικό αδιέξοδο	253
Πίνακας 5.51 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) του βαθμού ενσυναίσθησης ως προς την ένταση του ηθικού αδιεξόδου	253
Πίνακας 5.52 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) της ηλικίας ως προς το βαθμό ενσυναίσθησης	254
Πίνακας 5.53 Παρουσίαση ανάλυσης post hoc test μεταξύ ηλικίας και βαθμού ενσυναίσθησης	255
Πίνακας 5.54 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) του βαθμού ενσυναίσθησης ως προς την ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση και με την συνολική εμπειρία (προϋπηρεσία)	256
Πίνακας 5.55 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ ενσυναίσθησης και την συνολική προϋπηρεσία και την ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)	257
Πίνακας 5.56 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) του βαθμού ενσυναίσθησης ως προς την ένταση του ηθικού αδιεξόδου και συνολικής γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής)	258
Πίνακας 5.57 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) της ηλικίας της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής	258
Πίνακας 5.58 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) του αριθμού ασθενών στη δομή και της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής	259
Πίνακας 5.59 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς το φύλο και τη συνολική γενική υγεία και τις υποκλίμακες (λειτουργικής επάρκειας και της αντίληψης για τη σωματική υγεία)	260
Πίνακας 5.60 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς τη δομή εργασίας και την υποκλίμακα του άγχους της κλίμακας της γενικής υγείας	260
Πίνακας 5.61 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς τη τάση για εγκατάλειψη της εργασίας και την κλίμακα της γενικής υγείας και τις υποκλίμακες (σωματικής υγείας, λειτουργικής επάρκειας και του άγχους)	261
Πίνακας 5.62 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) και την τάση για εγκατάλειψη της εργασίας με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)	262
Πίνακας 5.63 Παλινδρόμηση των συμπτωμάτων γενικής υγείας στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, χωρίς τη μεταβλητή της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής	265
Πίνακας 5.64 Παλινδρόμηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο χωρίς της μεταβλητή των συμπτωμάτων γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας	266
Πίνακας 5.65 Παλινδρόμηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, με τη μεταβλητή της συνολικής (σωματικής και	267

ψυχικής) υγείας

Πίνακας 5.66 Παλινδρόμηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, ελεγχόμενη για την επίδραση του φύλου (γυναικείου)	268
Πίνακας 5.67 Παλινδρόμηση της ενσυναίσθησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεταβλητή της επαγγελματικής ικανοποίησης	271
Πίνακας 5.68 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης	272
Πίνακας 5.69 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, με τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης	273
Πίνακας 5.70 Παλινδρόμηση της ενσυναίσθησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεταβλητή της επαγγελματικής ικανοποίησης	274
Πίνακας 5.71 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης	275
Πίνακας 5.72 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, με τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης	276
Πίνακας 5.73 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης EI στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις ΙΘΣ	277

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

Ελληνικές

ΗΑ	Ηθικό Αδιέξοδο
ΔΤΣ	Δευτερογενής Μετατραυματική Συνδρομή
ΕΙ	Επαγγελματική Ικανοποίηση
ΙΘΣ	Ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση
ΣΕ	Συναισθηματική εξάντληση
ΝΨΥ	Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας
ΚΝΨΥ	Κοινοτικοί Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας
ΥΨΥ	Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας
ΧΥΨΥ	Χρήστες Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας
ΣΕΓΥ	Συνολικό Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας
ΕΣΚ	Αυτό-αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτων Κατάθλιψης
ΕΠΙ	Αντίληψη Επάρκειας Προσωπικών Ικανοτήτων
ΕΣΑ	Αυτό-αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτων Άγχους

Αγγλικές

MD	Moral Distress
MDS	Moral Distress Scale
MDS-R-NQA	Moral Distress Scale-Reversed-Nurse Questionnaire Adults
R	Reversed
SPTS	Secondary Post Traumatic Stress
SPTSS	Secondary Post Traumatic Stress Scale
GHQ	General Health Questionnaire
GHQS	General Health Questionnaire Scale
JSE	Jefferson Scale of Empathy
PSE	Present State Examination
CFST	Compassion Fatigue Scale
PTSD	Post Traumatic Stress Scale
CIS	Clinical Interview Schedule

GHQ-TOT	Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας
GHQ-A	Αντίληψη του ατόμου για την σωματική του υγεία
GHQ-B	Αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων άγχους
GHQ-D	Αυτό-αναφερόμενη ένταση των συμπτωμάτων κατάθλιψης
STSS	Δευτερογενής Μετατραυματική Συνδρομή

ΑΠΟΔΟΣΗ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΩΝ ΟΡΩΝ

ΜΤ	Μέση τιμή
ΤΑ (SD)	Τυπική απόκλιση
ΤΣ	Τυπικό σφάλμα
Ε	Εύρος τιμών
ANOVA	Επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών (που ονομάζονται παράγοντες) σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή.
X² square	X τετράγωνο (X ²) (παραμετρική δοκιμασία)
CI	Διάστημα εμπιστοσύνης
OR	Odds ratio (πιθανότητα)
P value	Στατιστική σημαντικότητα
Spearman - non-parametric correlation coefficient (r)	Συντελεστής συσχέτισης σε μη παραμετρικές δοκιμασίες
Kendall - non-parametric correlation coefficient	Συντελεστής συσχέτισης στις μη παραμετρικές δοκιμασίες
t-test	Η δοκιμασία student's t-test χρησιμοποιήστε για την εκτίμηση της διαφοράς των μεταβλητών στις μέσες τιμές τους.



ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Περιγραφή θέματος ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής

Η διερεύνηση θεμάτων σχετικά με τις αξίες και τα ηθικά ζητήματα είναι σαφής ένδειξη ότι οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται σε επαγρύπνηση σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Han et al. 2010). Οι επαγγελματίες υγείας μέσα από την καθημερινή τους κλινική πρακτική έρχονται αντιμέτωποι με πολλά ζητήματα ηθικού περιεχομένου, τα οποία ενδεχομένως να οδηγήσουν σε ηθικό αδιέξοδο (Corley, 2002; Lamiani et al. 2016). Οι καταστάσεις που ενδέχεται να τους οδηγήσουν σε ηθικό αδιέξοδο φαίνεται να σχετίζονται κύρια με παράγοντες που αφορούν το περιβάλλον εργασίας, καθυπό (Deady & McCarthy 2010 Lützn et al., 2010, Musto et al 2012). Στο πλαίσιο αυτό, βιώματα ηθικού αδιεξόδου ενδέχεται να έχουν τραυματική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας (Figley, 1995; Austin et al, 2016).

Τόσο το ηθικό αδιέξοδο όσο και η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή συνιστούν δύο φαινόμενα, τα οποία ενοχοποιούνται για αρνητικές επιπτώσεις στην ποιότητα και ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας, όπως λάθη στη φροντίδα των θεραπευομένων και κυνική στάση, αλλά και μειωμένη παραγωγικότητα, και συνεπακόλουθα, αρνητική δημόσια εικόνα του επαγγέλματος, (Wilkinson, 1988; Munroe et al., 1995; Figley, 1995; Pearlman, 1999; Corley, 2002; Hanna, 2004; Han et al. 2010; Deady & McCarthy 2010; Lützn et al., 2010; Musto et al 2012). Το ηθικό αδιέξοδο βιώνεται ως εμπειρία ηθικής κατπόνησης, καθώς τα άτομα παρόλο που γνωρίζουν ποια, σύμφωνα με τις ηθικές τους αρχές, αποτελεί ηθικά σωστή πράξη, αδυνατούν να την εφαρμόσουν λόγω παραγόντων πέρα από τους ίδιους (Jameton, 1984). Ως εκ τούτου βιώματα ηθικού αδιεξόδου υποδηλώνουν ότι οι ηθικές προκλήσεις στον κλινικό χώρο δεν αντιμετωπίζονται επαρκώς (Epstein & Delgado, 2010). Παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας, όπως η φύση της παρεχόμενης φροντίδας, το ηθικό κλίμα, η οργανωτική κουλτούρα και η αποτελεσματικότητα της διοίκησης φαίνεται ότι έχουν καθοριστικό ρόλο στην εμπειρία ηθικού αδιεξόδου (McDaniel et al., 2006; Lützn et al., 2010). Επομένως, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας ενδέχεται να βιώνουν διαφορετικού είδους ηθικά αδιέξοδα συγκριτικά με νοσηλευτές διαφορετικών ειδικοτήτων που δραστηριοποιούνται σε διαφορετικά περιβάλλοντα εργασίας. Για παράδειγμα, η συνθήκες κάτω από τις οποίες γίνεται η εφαρμογή περιοριστικών μέτρων λόγω πτωχής εναισθησίας σε περιπτώσεις υποτροπής της ψυχικής νόσου, ή η στέρηση της

ελευθερίας του ατόμου, κατά την ακούσια νοσηλεία και την απομόνωση, συνιστούν ενδεχόμενες πηγές ηθικού αδιεξόδου για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Την ίδια στιγμή, υπάρχουν μαρτυρίες ψυχικά πασχόντων που περιγράφουν καταπάτηση των ανθρωπίνων και θεραπευτικών δικαιωμάτων τους κατά την περίοδο της νοσηλείας τους (Kaite et al., 2016). Ταυτόχρονα, υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι οι θεραπευόμενοι στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης αποκαλύπτουν στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας βιώματα ιδιαίτερα τραυματικών εμπειριών (Kaite et al., 2015), τα οποία ενδεχομένως να συνιστούν πηγές δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής για τους ίδιους τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

Η δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής (ΔΜΤΣ) αφορά την επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας σε επίπεδο ψυχικής και σωματικής καταπόνησης λόγω της φροντίδας ατόμων που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες. Η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή είναι μια κατάσταση συνεχούς έντασης που βιώνει ο επαγγελματίας υγείας για ένα συγκεκριμένο γεγονός ή τραύμα που έχει συμβεί στους ανθρώπους τους οποίους φροντίζει. Η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή μπορεί να εκδηλώνεται με αναβίωση του τραυματικού γεγονότος, επίμονη αποφυγή των ερεθισμάτων που συνδέονται με το τραυματικό γεγονός, μείωση της γενικής απαντητικότητας και επίμονα συμπτώματα αυξημένης διεγερσιμότητας (Figley, 1999). Παράγοντες όπως η α) φύση της θεραπευτικής σχέσης που αναπτύσσεται σε περιβάλλοντα παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας, η οποία προϋποθέτει λεπτομερή περιγραφή τραυματικών γεγονότων (Davies, 2009) και τη θεραπευτική χρήση του εαυτού ως μεθόδου θεραπείας, β) αντιμετώπιση βίαιων επιθετικών συμπεριφορών προς τους επαγγελματίες υγείας από τους χρήστες των υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Whittington & Wykes, 1992) και γ) ίδια η χρονιότητα της νόσου με την έκπτωση της λειτουργικότητας και συνεπακόλουθες υφέσεις και εξάρσεις (Needham et al., 2005) μπορεί να σχετίζονται με την παρουσία δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Οι επιπτώσεις του φαινομένου έχουν συνδεθεί όχι μόνο με επιβάρυνση της υγείας των εργαζομένων, αλλά και με την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Επομένως, με δεδομένο ότι το πεδίο μελέτης της δευτερογενούς μετάτραυματικής συνδρομής έχει αυξηθεί (Needham et al., 2005), έχει γίνει ολοένα και πιο εμφανές ότι οι επιπτώσεις των τραυματικών γεγονότων εκτείνονται πέραν των ατόμων που επηρεάζονται άμεσα (Figley, 1995). Κατά συνέπεια, η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή θεωρείται ως ένας συνήθης επαγγελματικός κίνδυνος για τους επαγγελματίες υγείας κατά την παροχή

άμεσων υπηρεσιών σε πάσχοντες πληθυσμούς (Munroe et al., 1995; Figley, 1999; Pearlman, 1999).

Παρόλο που το ερευνητικό ενδιαφέρον για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή ενισχύεται σημαντικά τα τελευταία χρόνια, ωστόσο ακόμη υπάρχουν σημαντικά ερευνητικά πάνω στο θέμα αυτό (Cornille & Meyers, 1999; Chase, 2005; Abendroth, 2005). Κατά κύριο λόγο, δύο κατηγορίες επαγγελματιών έχουν αναγνωριστεί ως περισσότερο ευπαθείς στην ανάπτυξη δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, και συγκεκριμένα το προσωπικό που εργάζεται σε υπηρεσίες επείγουσας παρέμβασης και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Stamm, 1999).

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι ιδιαίτερα ευάλωτοι στη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή λόγω της φύσης της παρεχόμενης φροντίδας και συγκεκριμένα της συχνής επαφής με ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες, αλλά και του σημαντικού βαθμού άμεσης διαπροσωπικής σχέσης, και συχνά έντονα συναισθηματικά φορτισμένης, με τους θεραπευόμενους (Figley, 1999; Friedman, 2000). Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έχουν την τάση να έχουν υψηλές προσδοκίες από τον εαυτό τους, εστιάζοντας την προσοχή τους στις ανάγκες των θεραπευόμενων παραμελώντας, πολλές φορές, τις προσωπικές τους ανάγκες, ενώ σε αρκετές περιπτώσεις παρατηρείται πλήρης άρνηση του συναισθηματικού τους πόνου (Freudenberger, 1990). Για το λόγο αυτό, θεωρείται σημαντικό οι επαγγελματίες υγείας, συνολικά, να είναι ενημερωμένοι για τους κινδύνους που ελλοχεύουν κατά τη θεραπευτική εμπλοκή τους με άτομα που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός (Munroe, 1999; Kottler, 2000). Απώτερος στόχος είναι να αποκτήσουν και να ενισχύσουν τις δεξιότητες παροχής φροντίδας στα άτομα, χωρίς όμως να καταπονούνται συναισθηματικά οι επαγγελματίες τους σχέσεις (Collins & Long, 2003). Επομένως, μελέτες αναφορικά με τη διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται τόσο θετικά όσο και αρνητικά με την ανάπτυξη συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής θεωρούνται απαραίτητες, καθώς επίσης και μελέτες που αφορούν την ικανότητα ενσυναίσθησης και του τρόπου που σχετίζεται με τα ζητήματα αυτά.

Συνολικά, φαίνεται ότι η υπερβολική έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε πάσχοντες πληθυσμούς προκαλεί κλονισμό των αξιών, των πιστεύω και της συμπεριφοράς του ατόμου, τα οποία σε συνδυασμό με αδυναμία ανακούφισης από τους στρεσογόνους παράγοντες, λόγω ανεπαρκούς κοινωνικής υποστήριξης και εκπαίδευσης, ενδέχεται να τους επιφέρουν σοβαρού βαθμού ψυχική ένταση (Lamiani et al. 2016; Hamaideh 2014).

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΠΟΥΔΑΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ

ΜΕΛΕΤΗΣ

1.1 Σπουδαιότητα παρόντος ερευνητικού προβλήματος και χρησιμότητα των ευρημάτων

Οι νοσηλευτές που βιώνουν ηθικό αδιέξοδο, υποστηρίζεται ότι βιώνουν παράλληλα απογοήτευση, θυμό και ενοχή (Webster, 2000q Corley, 2005). Τα συναισθήματα αυτά προκαλούν ένταση στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, και οι επιπτώσεις σχετίζονται περαιτέρω με υψηλή συχνότητα σωματικών ασθενειών, αυξημένο ρυθμό αλλαγής θέσεων εργασίας ή και εγκατάλειψη επαγγέλματος, χαμηλό ηθικό, μειωμένη παραγωγικότητα και λάθη στη φροντίδα των πασχόντων (Wilkinson, 1988; Corley, 2002; Hanna, 2004; Deady & McCarthy 2010; Lützén et al., 2010; Musto et al 2012). Επιπρόσθετα, συνεχή βιώματα ηθικού αδιεξόδου φαίνεται να σχετίζονται με παρατεταμένο εργασιακό στρες (Austin et al., 2005). Παρ' όλο που υπάρχουν στη διεθνή βιβλιογραφία μελέτες αναφορικά με τη σχέση ηθικού αδιεξόδου και εργασιακού στρες, ωστόσο δεν έχει μελετηθεί επαρκώς εάν το φαινόμενο του ηθικού αδιεξόδου σχετίζεται με την παρουσία της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, μίας κατάστασης που επίσης σχετίζεται με υψηλό εργασιακό στρες (Austin et al. 2016). Ειδικότερα δε για τη σχέση αυτή σε πληθυσμούς νοσηλευτών ψυχικής υγείας, στο βαθμό που γνωρίζουμε, δεν υπάρχει κάποια σχετική μελέτη στη διεθνή βιβλιογραφία. Αυτό που είναι γενικά παραδεκτό βάσει διεθνών ερευνητικών δεδομένων είναι ότι το ηθικό αδιέξοδο, αλλά και η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή έχουν αρνητικές επιπτώσεις τόσο στους νοσηλευτές (σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, συναισθηματικές συγκρούσεις, αλλαγή ή εγκατάλειψη του επαγγέλματος) όσο και στους θεραπευομένους (ποιότητα και ασφάλεια φροντίδας υγείας), καθώς και στην ίδια την υπηρεσία παροχής φροντίδας υγείας (συγκρούσεις στο περιβάλλον εργασίας, αναποτελεσματική διαχείριση των πόρων) (Wilkinson, 1988; Munroe et al., 1995; Figley, 1999; Pearlman, 1999; Corley, 2002; Hanna, 2004; Deady & McCarthy 2010; Lützén et al., 2010; Musto et al 2012).

Επιπλέον, δεν είναι γνωστά η συχνότητα και η ένταση του ηθικού αδιεξόδου και της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Κυπριακή Δημοκρατία, καθώς δεν έχει γίνει καμία ερευνητική προσπάθεια μέχρι σήμερα,

στον βαθμό που γνωρίζουμε. Επίσης, τέτοιου είδους δεδομένα είναι ιδιαίτερα περιορισμένα, ακόμη και στον διεθνή χώρο αναφορικά με την συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα δεδομένου ότι δεν υπάρχει δημοσιευμένη σχετική μελέτη από τον Ευρωπαϊκό και Νοτιοαμερικανικό χώρο (Hamaideh 2014; Ohnishi et al., 2010; Lutzen et al. 2010). Οι μέχρι τώρα μέλετες είχαν ποιοτικό σχεδιασμός (Musto & Schreiber 2012), ή αφορούσαν έννοιες σχετικές με το ηθικό αδιέξοδο, όπως ηθική ένταση (moral stress) ή ηθικό κλίμα (Lutzen et al. 2010).

Ειδικότερα, στην Κυπριακή δημοκρατία τα τελευταία χρόνια παρατηρούνται αλλαγές στο σύστημα παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας, οι οποίες ενδέχεται να σχετίζονται με υψηλά επίπεδα εργασιακής έντασης για τους ΚΝΨΥ, και ενδεχομένως ψυχολογικής και ηθικής δυσφορίας. Συγκεκριμένα, παρατηρείται αλλαγή στη δομή των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, όπου υπάρχει η τάση το επίκεντρο των υπηρεσιών να μεταφερθεί στην κοινότητα, αυξάνοντας το φόρτο εργασίας των κοινοτικών νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Επίσης, η αύξηση του αριθμού των χρηστών των κοινοτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, καθώς και η πολυπλοκότητα των αναγκών τους και των οικογενειών τους συνολικά, φέρνει, όχι μόνο τους κοινοτικούς, αλλά συνολικά όλους τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας αντιμέτωπους με νέες εργασιακές απαιτήσεις, οι οποίες ενδεχομένως να έχουν τροποποιήσει τις στάσεις τους και να τους προκαλούν νέους ηθικούς προβληματισμούς σχετικά με θέματα ασφάλειας κατά την παροχή φροντίδας (Henderson et al., 2008). Την ίδια στιγμή, αν και η εκπαίδευση στη Νοσηλευτική από το 2007 έχει γίνει πανεπιστημιακή, μέχρι αρκετά πρόσφατα (2012) δεν υπήρχαν προγράμματα εκπαίδευσης στους προηγμένους κλινικούς ρόλους προκειμένου να αντιμετωπιστούν οι πολυπλοκότερες απαιτήσεις των χρηστών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, κατάσταση που ίσως σχετίζεται με τυχόν ηθικούς προβληματισμούς αναφορικά με την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ένα ζήτημα που χρήζει περαιτέρω διερεύνηση.

Επίσης, ο αριθμός των εισαγωγών στις νοσοκομειακές δομές εμφανίζει αυξητική τάση, με το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών να αφορά αλλοδαπούς (Υπουργείο Υγείας Κυπριακής Δημοκρατίας, 2005-2011/ 2006). Συνολικά, η αύξηση αυτή και η μετανάστευση έχουν διαμορφώσει νέες απαιτήσεις για διαπολιτισμική φροντίδα στην κοινότητα αλλά και συνολικά στις ΥΨΥ, με ενδεχόμενο αντίκτυπο στις στάσεις των νοσηλευτών, αλλά και σε θέματα που αφορούν, επίσης, την ασφάλεια και την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης (Harpell et al., 2012). Υπό το πρίσμα, μάλιστα, της οικονομικής κρίσης στο νησί την τελευταία πενταετία, ενδέχεται οι συνθήκες παρατεταμένου στρες να έχουν επηρεάσει

συνολικά και το επίπεδο υγείας του γενικού πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένων τόσο των νοσηλευτών όσο και των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Επομένως, θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί το επίπεδο γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας, καθώς επίσης και ο βαθμός στον οποίο αυτό σχετίζεται με τυχόν ευπάθεια ως προς την εμφάνιση επιπλοκών υγείας λόγω παρατεταμένου εργασιακής έντασης, (Economou et al., 2012).

Ειδικότερα για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή, παρόλο που η σχετική βιβλιογραφία για το θέμα αυτό έχει αυξηθεί τα τελευταία χρόνια (Stamm, 1999), η πλειονότητα των μελετών αφορά τις υπηρεσίες οξείας φροντίδας και έχει εννοιολογικό χαρακτήρα ή πρόκειται για περιγραφικές μελέτες (Kassam-Adams, 1999). Επίσης, οι περισσότερες από τις μελέτες αυτές, όπως σημείωσε ο Kassam-Adams, (1999), έχουν ως σημαντικό περιορισμό το γεγονός ότι έχουν γίνει με εργαλεία αξιολόγησης, τα οποία δεν είναι αρκετά ευαίσθητα ώστε να ανιχνεύουν τα σχετικά συμπτώματα στους επαγγελματίες με δευτερογενή έκθεση, δεδομένου ότι έχουν σχεδιαστεί για την διερεύνηση της συμπτωματολογίας στα άτομα που έχουν εκτεθεί άμεσα στο τραυματικό γεγονός και όχι σε αυτούς που έχουν δευτερογενή έκθεση. Επιπρόσθετα, τα εργαλεία αυτά δεν έχουν εγκυροποιηθεί σε άτομα με έμμεση έκθεση σε τραύμα, όπως οι επαγγελματίες υγείας (Kassam-Adams, 1999). Όλα τα ανωτέρω υποδηλώνουν την ανάγκη για περαιτέρω μελέτες με τη χρήση εργαλείων κατάλληλα σχεδιασμένων για δευτερογενή έκθεση.

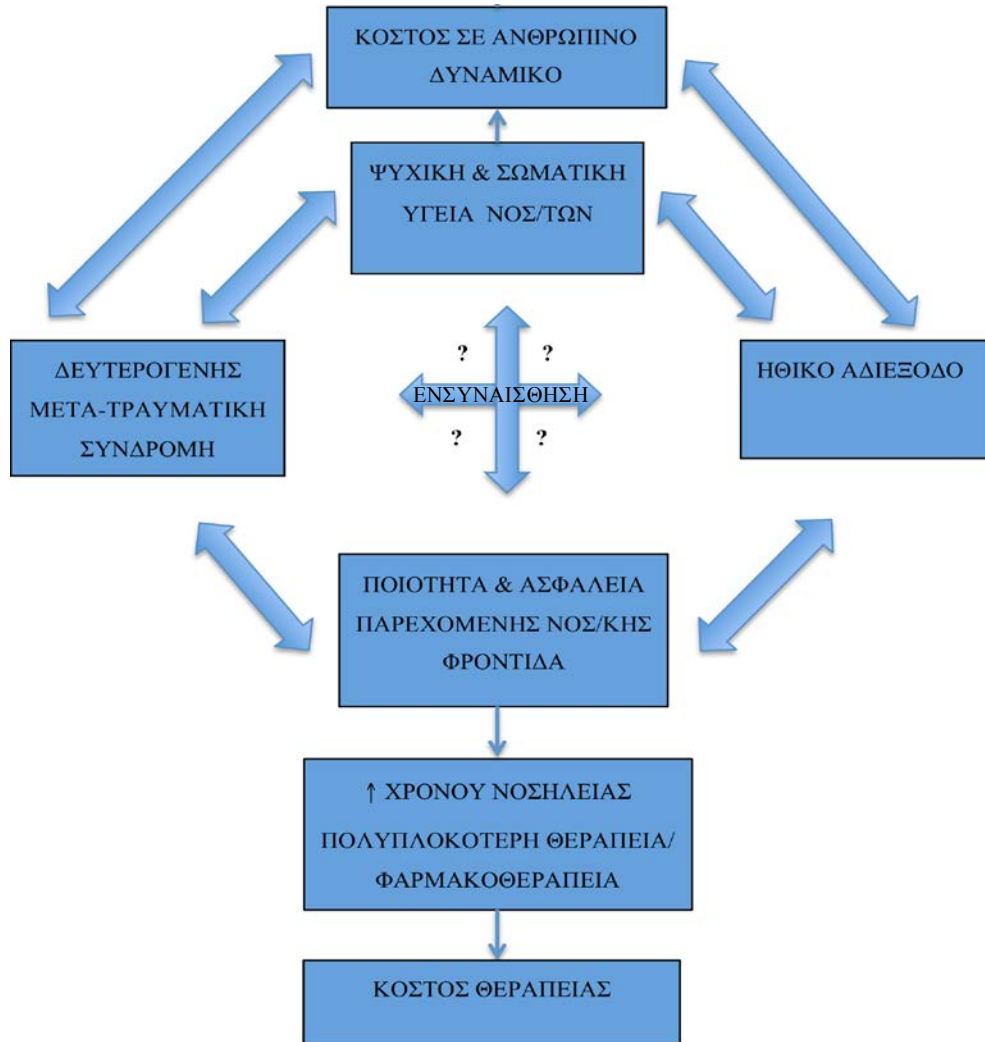
Περαιτέρω, υπάρχουν αρκετές ερευνητικές μελέτες που διερευνούν τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή σε νοσηλευτικό προσωπικό τμημάτων επειγόντων περιστατικών, ογκολογικών κλινικών και ξενώνων πασχόντων στο τελικό στάδιο νόσου (Abendroth, 2005; Chase, 2005; Aycocock & Boyle, 2009). Ωστόσο, οι μελέτες αναφορικά με το φαινόμενο σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι περιορισμένες. Μάλιστα, δεν έχει αποσαφηνιστεί σε ποιο βαθμό και με ποιο τρόπο ενδέχεται η ένταση και η συχνότητα του φαινομένου να διαφοροποιείται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Μαγγούλια, 2011).

Συνολικά, από τα δεδομένα της προτεινόμενης μελέτης αναμένεται αρχικά να δοθεί μία σαφής εικόνα της έντασης και της συχνότητας όχι μόνο του ηθικού αδιέξοδου που βιώνουν οι ΝΨΥ στην Κύπρο, αλλά και των συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, τυχόν σχέσης μεταξύ τους, αλλά και με το επίπεδο γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) και τον βαθμό ενσυναίσθησης. Μέσα από την ποσοτικοποίηση της έντασης των εν λόγω συμπτωμάτων θεωρείται ότι θα αναδειχτεί ο βαθμός της αναγκαιότητας διαμόρφωσης στοχευμένων παρεμβάσεων ενδυνάμωσης ή/και τροποποίησης των ήδη

υπαρχουσών αναφορικά με την ύφεση της έντασης των συμπτωμάτων αυτών. Ταυτόχρονα αναμένεται να αποσαφινιστούν το είδος και η συχνότητα των καταστάσεων που πυροδοτούν βιώματα ηθικού αδιεξόδου, ώστε να διαμορφωθούν στοχευμένες παρεμβάσεις σε ατομικό ή οργανωτικό επίπεδο.

Μακροπρόθεσμα, στόχος είναι να βελτιωθεί η ποιότητα και η ασφάλεια των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών ψυχικής υγείας, δεδομένου ότι φαινόμενα δευτερογενούς τραυματικής συνδρομής και ηθικού αδιεξόδου σχετίζονται με λάθη κατά τη θεραπεία, αυξημένα ποσοστά υποτροπής και επανεισαγωγών, κυνική στάση προς τους θεραπευμένους και ψυχοσωματική εξάντληση των νοσηλευτών.

Συνολικά, η αύξηση του αριθμού των ατόμων που χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες ψυχικής υγείας, δεσμεύει τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας να προσαρμοστούν στις νέες ανάγκες των νέων χρηστών του συστήματος υγείας, ενώ η νέες συνθήκες ενδεχομένως να έχουν τροποποιήσει τη στάση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας απέναντι στους πάσχοντες και στις οικογένειές τους, ή να τους φέρνουν καθημερινά αντιμέτωπους με νέα πεδία ηθικού προβληματισμού. Επομένως, όλα τα ανωτέρω οδήγησαν στην ανάγκη καταγραφής και διερεύνησης, ώστε να υπάρξει μία σαφής εικόνα της έκτασής τους και της αναγκαιότητας παρέμβασης αλλά και περαιτέρω μελετών (Σχήμα 1.1)



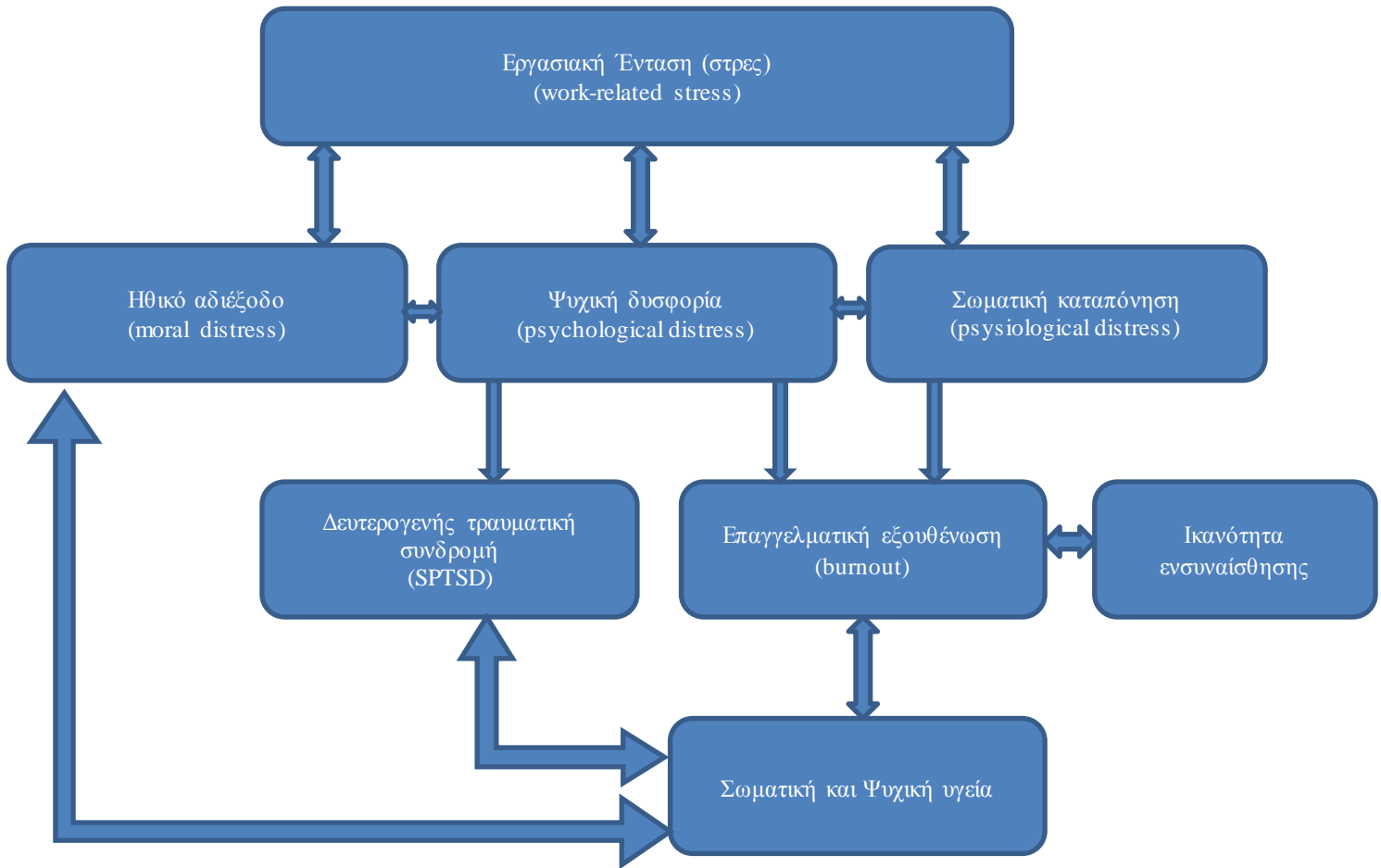
Σχήμα 1.1 Η σπουδαιότητα της μελέτης, όπως αυτή απορρέει από τη σχέση μεταξύ των κύριων μεταβλητών και α) της ασφάλειας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, και β) της παρεχόμενης φροντίδας.

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΛΕΤΗΣ

2.1 Θεωρητικό υπόβαθρο

Την τελευταία δεκαετία, πλήθος ερευνητικών δεδομένων υποδεικνύουν συνεχώς τη σχέση μεταξύ εργασιακής έντασης και επιπτώσεων στην ηθική, νευρονητική και σωματική υπόσταση των εργαζομένων στον χώρο της υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των νοσηλευτών. Μαλιστα, δεδομένα από τον χώρο της ιατρικής εργασίας και της ψυχολογίας αποκαλύπτουν συχνότερα νέες και περισσότερο διευρυμένες πηγές εργασιακής έντασης για τους νοσηλευτές, όπως το ηθικό αδιέξοδο (Austin et al. 2016), σοβαρού βαθμού επαγγελματική εξουθένωση (Alexandrova-Karamanova et al. 2016) και αυξημένα προβλήματα ψυχικής υγείας σχετιζόμενα με τραύματα προερχόμενα από τον χώρο εργασίας (Karaniola et al. 2015), όπως η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή. Ειδικότερα, υπάρχουν πλήθος δεδομένων που δείχνουν τη σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης, ως το αποτέλεσμα στην έκθεση σε συνθήκες παρατεταμένης εργασιακής έντασης, και νευρονητικής, ηθικής και σωματικής καταπόνησης των εργαζομένων, όπως επίσης και τη σχέση με της παραμέτρους που αντανακλούν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, όπως είναι η ενσυναίσθηση (Σχήμα 2.1).



Σχήμα 2.1 Θεωρητικό Υπόβαθρο της μελέτης

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΝΝΟΙΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ

3.1 Εννοιολογικός ορισμός για το ηθικό αδιέξοδο (moral distress)

Το ηθικό αδιέξοδο (moral distress) ως συναισθηματική και γνωστική αντίδραση προκύπτει όταν κάποιος γνωρίζει την ηθικά ορθή πράξη, αλλά θεσμικοί περιορισμοί καθιστούν σχεδόν αδύνατη την πραγματοποίησή της (Jameton, 1984). Ο ορισμός του ηθικού αδιεξόδου δόθηκε για πρώτη φορά από τον Jameton (1984). Η Nathaniel (2006), στη συνέχεια, όρισε το ηθικό αδιέξοδο ως τον ψυχικό πόνο και την οδύνη που επηρεάζουν το νου, το σώμα, και την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων, λόγω καταστάσεων κατά τις οποίες το άτομο έχει επίγνωση της ύπαρξης ενός ηθικού προβλήματος, της ηθικής ευθύνης του να κάνει μια ηθική κρίση, για την σωστή ηθικά πράξη, όμως λόγω περιορισμών συμμετέχει (ή οδηγείται) στην εφαρμογή μιας μη ηθικά ορθής πράξης.

Ο Wilkinson (1988), μελέτησε την εμπειρία του ηθικού αδιεξόδου, εστιάζοντας στα συναισθήματα που προκαλεί μια τέτοια κατάσταση και διαπίστωσε ότι πρόκειται για την ψυχολογική αναστάτωση και την αρνητική συναισθηματική εμπειρία, που βιώνει ένα άτομο όταν ενώ πρέπει να λάβει μια ηθική απόφαση δεν είναι σε θέση να εφαρμόσει την απόφασή του αυτή και επομένως δεν ακολουθεί την ηθική συμπεριφορά που υπαγορεύει η εν λόγω απόφαση.

Η Corley (2002) συμπλήρωσε την μέχρι τότε θεωρία περί ηθικού αδιεξόδου διατυπώνοντας ότι το ηθικό αδιέξοδο στους νοσηλευτές προκύπτει όταν το άτομο γνωρίζει ποια θεραπευτική πράξη είναι καλύτερη για τον νοσηλεύόμενο, αλλά η εφαρμογή της έρχεται σε σύγκρουση με το συμφέρον του οργανισμού και των συναδέλφων/συνεργατών, τους υπόλοιπους νοσηλευόμενους, την οικογένεια του πάσχοντα ή με την ευρύτερη κοινωνία γενικότερα. Συνολικά, το ηθικό αδιέξοδο συμβαίνει όταν το εσωτερικό περιβάλλον του νοσηλευτή, χαρακτηριζόμενο από τις αξίες και τις ηθικές και δεοντολογικές επιταγές του είναι ασυμβίβαστο με τις ανάγκες και τις επικρατούσες απόψεις του εξωτερικού περιβάλλοντος υγείας. Η Corley (2002), σημείωσε, επίσης, ότι καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου ενδέχεται να είναι καταστροφικές από τη μια, καθώς μπορεί να οδηγήσουν τους νοσηλευτές να εγκαταλείψουν το επάγγελμα, αλλά μπορεί να έχουν και θετική επίδραση από την άλλη, συντελώντας στην ενίσχυση της ευαισθητοποίησης των νοσηλευτών σε ηθικά προβλήματα, εντείνοντας τις προσπάθειες για εποικοδομητική επίλυσή τους.

Σε μια προσπάθεια διεύρυνσης του ορισμού του ηθικού αδιεξόδου, η Hanna (2004) μέσα από την ανάλυση δεδομένων ποιοτικών ερευνών, διαπίστωσε ότι παρόλο που οι νοσηλευτές δεν προσδιορίζουν με ακρίβεια τις συνέπειες του ηθικού αδιεξόδου στη συμπεριφορά τους ή σε επίπεδο σύγκρουσης με το περιβάλλον εργασίας, ωστόσο, μπορούν να περιγράψουν με ακρίβεια τα συμπτώματα της συναισθηματικής δυσφορίας και της απομόνωσης που βιώνουν λόγω αυτού, δεδομένου ότι οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας δεν αντιλαμβάνονται τα ηθικά θέματα που οι ίδιοι εντοπίζουν.

Στη συνέχεια, οι McCarthy και Deady (2008), επιχείρησαν να διαφοροποιήσουν το ηθικό αδιέξοδο από τη συναισθηματική δυσφορία. Η συναισθηματική δυσφορία αφορά μια πιο γενική κατάσταση, και τις περισσότερες φορές εκδηλώνεται στο πλαίσιο ενός στρεσογόνου εργασιακού περιβάλλοντος, χωρίς όμως να περιλαμβάνει ηθικό ζήτημα (moral element). Το ηθικό ζήτημα δεν είναι χαρακτηριστικό της συναισθηματικής δυσφορίας, ενώ αντίθετα όταν υφίστανται ηθικά ζητήματα, η συναισθηματική δυσφορία είναι παρούσα. Ακριβώς, αυτή η παρουσία ηθικού ζητήματος, διαφοροποιεί τη συναισθηματική δυσφορία από το ηθικό αδιέξοδο. Συνολικά, το ηθικό αδιέξοδο συνιστά απειλή για την ηθική ακεραιότητα του ατόμου. Η ηθική ακεραιότητα αφορά την αντίληψη επάρκειας και προσωπικής αξίας που υφίσταται όταν το άτομο έχει σαφείς και ξεκάθαρες αξίες, οι οποίες είναι σύμφωνες με τις ενέργειες και τις αντιλήψεις του (Hardingham, 2004).

Περαιτέρω, ο Jameton (1984) πρότεινε την κατηγοριοποίηση των ηθικών και δεοντολογικών προβλημάτων σε τρεις ομάδες: (α) στα προβλήματα ηθικής αβεβαιότητας, (β) στα προβλήματα ηθικού διλήμματος, και (γ) στα προβλήματα ηθικού αδιεξόδου. Αρχικά, ο Jameton (1984), προσπαθώντας να ορίσει την έννοια του ηθικού αδιεξόδου το διαχώρισε από το ηθικό δίλημμα. Περιέγραψε ότι στην περίπτωση του ηθικού διλήμματος αναγνωρίζεται η ύπαρξη ενός προβλήματος, για την αντιμετώπιση του οποίου όμως ενυπάρχουν δύο ή περισσότερες ηθικά δικαιολογημένες δράσεις, αλλά εντελώς αντίθετες μεταξύ τους. Συχνά, όταν υφίσταται ηθικό δίλημμα υπάρχουν σημαντικά μειονεκτήματα, καθώς και πλεονεκτήματα σε κάθε πιθανή απόφαση ή δράση. Επίσης, ο Jameton (1984) διαπίστωσε, ότι το πεδίο της βιοηθικής είχε δώσει πολύ μεγάλη έμφαση στην έννοια του ηθικού διλήμματος, παρά στην έννοια του ηθικού αδιεξόδου.

Παραδοσιακά, και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας περιορίζεται σε θέματα που αφορούν ηθικά διλήμματα και ηθικές και δεοντολογικές αρχές, ενώ δεν περιλαμβάνει καθόλου θέματα που αφορούν καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου (Corley, 2004). Η εκπαίδευση στην αντιμετώπιση ηθικών διλημάτων περιλαμβάνει την παρουσίαση εναλλακτικών τρόπων

δράσης και παρέχει δυνατότητες εκπαίδευσης και αναστοχασμού σε ζητήματα ηθικών αξιών (Corley, 2004). Αντίθετα, στις περιπτώσεις που προκύπτει ηθικό αδιέξοδο, η αντιμετώπισή του απαιτεί την απομόνωση τυχόν επιπτώσεων σε κοινωνικό επίπεδο ή σε επίπεδο οργανισμού απασχόλησης, ενώ τις περισσότερες φορές εμπλέκονται ζητήματα λογοδοσίας και ευθύνης (Corley, 2004). Συνολικά, σύμφωνα με την Corley (2004) πρέπει να καλλιεργηθούν συγκεκριμένες αξίες, καθώς και δεξιότητες επικοινωνίας για την αποτελεσματική κατανόηση του συστήματος παροχής φροντίδας, και κατ' επέκταση για την αντιμετώπιση των συγκρούσεων μεταξύ εσωτερικού περιβάλλοντος του νοσηλευτή και εξωτερικού περιβάλλοντος του οργανισμού, δεδομένου ότι μία τέτοιου είδους συγκρούση σχετίζεται με βιώματα ηθικού αδιεξόδου.

Το ηθικό αδιέξοδο έχει σχετιστεί με σοβαρά σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα (Hamric & Blackhall, 2007, Lee & Dupree, 2008, Forde & Aasland, 2008, Austin et al., 2008, Chen, 2009), τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις μπορεί να διαρκέσουν και για μεγάλο χρονικό διάστημα. Τέτοιες καταστάσεις ενδέχεται να έχουν ως αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να ζητήσουν αλλαγή του χώρου εργασίας ή ακόμη και να εγκαταλείψουν εντελώς το επάγγελμά τους. Το ηθικό αδιέξοδο, αν και αναγνωρίστηκε για πρώτη φορά μεταξύ των νοσηλευτών, ωστόσο θεωρείται σημαντικό να τονιστεί ότι δεν περιορίζεται μόνο στη νοσηλευτική, αλλά είναι ένα πρόβλημα που έχει εντοπιστεί σχεδόν σε όλους τους επαγγελματίες υγείας (Hamric & Blackhall 2007, Lee & Dupree 2008, Austin et al., 2008, Forde & Aasland 2008, Chen 2009, Lomiset al., 2009). Επίσης, σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών υπάρχουν διαφορές στους παράγοντες που μπορεί να προκαλέσουν ηθικό αδιέξοδο μεταξύ των διαφόρων επαγγελματιών (Hamric & Blackhall 2007, Austin et al., 2008, Forde & Aasland 2008, Lee & Dupree 2008, Chen 2009).

Μία έννοια σχετική με το ηθικό αδιέξοδο είναι η ηθική ένταση (moral stress). Ο Zuzelo (2007), ορίζει την ηθική ένταση και καταπόνηση ως μια προσπάθεια λήψης κλινικών αποφάσεων σε περιπτώσεις που χαρακτηρίζονται από αντιφατικές ηθικές αρχές, ενώ παράλληλα διακυβεύεται η αυτονομία των ασθενών. Κύρια, όμως, η έννοια της ηθικής έντασης εστιάζει στην ψυχολογική καταπόνηση που συνοδεύει κάποιο ηθικό προβληματισμό, ο οποίος δεν αφορά κατ' ανάγκη ηθικό αδιέξοδο, όπως για παράδειγμα κατά την περίπτωση κάποιου ηθικού διλήμματος. Αντίθετα, η εμπειρία του ηθικού αδιεξόδου αφορά συγκεκριμένα καταστάσεις κατά τις οποίες το άτομο δεν έχει τη δυνατότητα να πράξει σύμφωνα με τις ηθικές αρχές του λόγω εμποδίων που αφορούν κύρια εξωτερικούς

προς αυτό παράγοντες, με αποτέλεσμα να βιώνει σοβαρού βαθμού δυσφορία σε γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό επίπεδο.

Ηθική ευαισθησία

Δύο άλλες έννοιες, οι οποίες συχνά χρησιμοποιούνται σε συνδυασμό με το ηθικό αδιέξοδο είναι η ηθική ευαισθησία και το ηθικό κλίμα. Ως ηθική ευαισθησία ορίζεται η ικανότητα αναγνώρισης από το άτομο των ηθικών ζητημάτων, όταν αυτά προκύπτουν (Parmar, 2014, Rest 1986, Tanner & Christen 2013). Σύμφωνα με τον/την Gill (2000), ο όρος ηθική ευαισθησία αναφέρθηκε για πρώτη φορά τον 17^ο αιώνα από μια ομάδα Βρετανών φιλοσόφων, τους «συναισθηματικούς», που υποστήριζαν ότι οι διαφορές στην ηθική μεταξύ των ατόμων προέρχονται και από το συναίσθημα, και όχι αποκλειστικά από τη λογική. Η ηθική ευαισθησία ως έννοια θεωρήθηκε ότι καλύπτει το χάσμα μεταξύ της ηθικής γνώσης και της ηθικής συμπεριφοράς, αφού η ηθική ευαισθησία περιλαμβάνει το κίνητρο για δράση (Jensen, 1971). Επίσης ο/η Rest (1986), αναφέρει ότι η ηθική ευαισθησία είναι απαραίτητη για τη λήψη ηθικών αποφάσεων, αλλά και για την ηθική δράση. Όταν απουσιάζει από τα άτομα η ηθική ευαισθησία, τα άτομα δεν είναι σε θέση να αναγνωρίσουν κάποιο ηθικό πρόβλημα, με αποτέλεσμα να μην εκφράζεται η ανάγκη για οποιαδήποτε δράση προς την επίλυσή του (Clarkeburn 2002). Αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας, οι Lutzen και Nordin (1993) περιέγραψαν την ηθική ευαισθησία ως την αναγνώριση της κατάστασης των θεραπευομένων ως ευάλωτης, καθώς και τη συνειδητή επίγνωση των ηθικών επιπτώσεων των αποφάσεων που αφορούν τους θεραπευόμενους.

Η έννοια του ηθικού κλίματος σε περιβάλλοντα υγείας μπορεί να χρησιμοποιηθεί μεταφορικά για να περιγράψει την κουλτούρα (ατμόσφαιρα) στον χώρο εργασίας που προάγει την αντιμετώπιση αντιδεοντολογικών προβλημάτων και ενισχύει την ηθικά ορθή πρακτική (Lutzen et al, 2012). Οι Spencer et al. (2000), περιέγραψαν το «οργανωτικό» ηθικό κλίμα ως μία βασική συνιστώσα της κοινής αντίληψης για τα γενικά χαρακτηριστικά ενός οργανισμού απασχόλησης, τα οποία επηρεάζουν ένα ευρύ φάσμα αποφάσεων. Ένα θετικό ηθικό κλίμα αναφέρεται στην ομοφωνία ενός οργανισμού όσον αφορά το όραμα και τους επιδιωκόμενους στόχους. Πιο συγκεκριμένα, ένα θετικό ηθικό κλίμα περιλαμβάνει ένα σύνολο αξιών βάσει των οποίων αναπαράγονται κοινωνικά πρότυπα που είναι σύμφωνα με

την ορθή ηθική πρακτική (Spencer et al., 2000). Οι Rodney et al. (2004), όρισαν το ηθικό κλίμα στο πλαίσιο της φροντίδας υγείας ως τις άγραφες, σιωπηρές και οι ρητές αξίες που προσδιορίζουν τον τρόπο παροχής φροντίδας, και παράλληλα διαμορφώνουν τις στάσεις των εργαζομένων στους χώρους στους οποίους παρέχεται φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον/την Olson, (1998) το ηθικό κλίμα αναφέρεται, επίσης, και στην αντίληψη των ατόμων μεμονωμένα, αναφορικά με τον τρόπο οργάνωσης μίας υπηρεσίας, και η οποία επηρεάζει τις στάσεις και τη συμπεριφορά, χρησιμεύοντας ως σημείο αναφοράς για τις στάσεις των εργαζομένων.

3. 1.1 Εργαλεία αξιολόγησης του ηθικού αδιεξόδου

3.1.1 (α) Εργαλείο αξιολόγησης ηθικού αδιεξόδου «Moral Distress Scale» (Corley et al., 2001)

Μέχρι το τέλος της δεκαετίας του 1980 δεν είχε κατασκευαστεί κάποιο εργαλείο αξιολόγησης της έντασης του ηθικού αδιεξόδου (Oh & Gastmans, 2015). Προκειμένου να καλυφθεί αυτό το ερευνητικό κενό, η Corley (1995) δημιούργησε την κλίμακα «Moral Distress Scale» (Corley et al., 2001). Η κλίμακα αυτή είναι το πιο συχνά χρησιμοποιούμενο εργαλείο για την αξιολόγηση επιπέδων ηθικού αδιεξόδου και έχει κατασκευαστεί για την αξιολόγηση των επιπέδων ηθικού αδιεξόδου σε νοσηλευτές εντατικής φροντίδας (Lutzen et al, 2010; Oh & Gastmans, 2015). Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει αναθεωρηθεί δύο φορές (Corley et al., 2001).

Η Corley, βάσει της θεωρίας του Jameton (1984), για το ηθικό αδιεξόδο, κατασκεύασε αρχικά μια κλίμακα 32 ερωτήσεων (Corley, 1995). Τα θέματα που συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο ήταν αποτέλεσμα βιβλιογραφικής ανασκόπησης και συνεντεύξεων. Επιπρόσθετα, κλήθηκαν ειδικοί επιστήμονες σχετικοί με τις κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες για να επιβεβαιώσουν την εννοιολογική εγκυρότητα του περιεχομένου της κλίμακας. Η πρώτη έκδοση της κλίμακας είχε δείκτη αξιοπιστίας δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας $r=0,86$.

Στη συνέχεια, το εργαλείο αυτό χορηγήθηκε σε νοσηλευτές που εργάζονταν σε τμήματα εντατικής θεραπείας και σε νοσηλευτές άλλων τμημάτων. Παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευτές που εργάζονταν στα υπόλοιπα τμήματα του νοσοκομείου δεν βίωναν συχνά τις καταστάσεις που αναφέρονταν στο ερωτηματολόγιο, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που εργάζονταν στα τμήματα εντατικής θεραπείας, οι οποίοι παρουσίαζαν ψηλά ποσοστά ηθικού αδιεξόδου (Corley, 1995).

Οι Corley et al., (2001) στη συνέχεια, τροποποίησαν την κλίμακα αυτή και συγκεκριμένα το εύρος διαβαθμισμένων απαντήσεων, το οποίο από 6βαθμο (0-5) έγινε 8βαθμο (0-7). Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε 214 νοσηλευτές εντατικής θεραπείας και μετά από ανάλυση παραγόντων (factors analysis), διαπιστώθηκε ότι η κλίμακα έχει τρεις διαστάσεις. Αυτές είναι «Ατομική ευθύνη», (20 θέματα, Crombach's alpha 0,98) «Καταπάτηση του συμφέροντος του θεραπευόμενου» (7 θέματα, Crombach's alpha 0,82) και «Εξαπάτηση» (3 θέματα, Crombach's alpha 0,84). Για παράδειγμα, μια ερώτηση σχετική με την πρώτη υποκλίμακα ήταν: «Συνεχίζω να συμμετέχω στη φροντίδα των νοσηλευόμενων, οι οποίοι δεν έχουν καμία ελπίδα και διατηρούνται στη ζωή μέσω αναπνευστήρα, διότι κανείς δεν παίρνει την απόφαση να “βγάλει την πρίζα”. Παράδειγμα ερώτησης της δεύτερης υποκλίμακας ήταν: «Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για εξετάσεις που αξιολογώ ως μη αναγκαίες σε νοσηλευόμενους, οι οποίοι βρίσκονται σε τελικό στάδιο νόσου». Παράδειγμα ερώτησης της τρίτης υποκλίμακας ήταν: «Παραβλέπω καταστάσεις στις οποίες υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα σε κάποιο νοσηλευόμενο».

Από την ανάλυση παραγόντων προέκυψε ότι υπήρχε αλληλοκάλυψη θεμάτων, και επιπρόσθετα μερικές ερωτήσεις ήταν δύσκολο να καθοριστούν σε ποια από τις τρεις ομάδες ανήκαν (Corley, 2001).

Την ίδια στιγμή, θέματα όπως η διαχείριση του πόνου, ή η ανεπάρκεια προσωπικού προστέθηκαν στη συνέχεια στο εργαλείο, βάσει μεταγενέστερων μελετών (Corley, 2005). Η αναθεωρημένη κλίμακα των 38 θεμάτων επέδειξε εγκυρότητα περιεχομένου 100%. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής βάσει του δείκτη Crombach's alpha ήταν 0.98 αναφορικά με την ένταση των συμπτωμάτων και 0,90 όσον αφορά τη συχνότητα των συμπτωμάτων ηθικού αδιεξόδου (Corley, 2005).

Ωστόσο, πρέπει να επισημανθεί ότι το εργαλείο Moral Distress Scale των Corley et al., (2001) 38 θεμάτων απευθύνεται μόνο σε νοσηλευτές εντατικής θεραπείας. Προκειμένου να χρησιμοποιηθεί σε άλλους πληθυσμούς επαγγελματιών τροποποιήθηκε αργότερα από τους Hamric et al. (2012) ώστε να περιλαμβάνει περισσότερες αιτίες ηθικού αδιεξόδου αλλά και ερωτήσεις που να απευθύνεται σε διαφορετικά περιβάλλοντα υγείας αλλά και σε διάφορους επαγγελματικούς κλάδους (Moral Distress Scale-Revised). Ο κύριος συγγραφέας αρχικά εξασφάλισε την υποστήριξη της Corley για την αναθεώρηση του εργαλείου. Αρχικά απαλειφθηκαν από το εργαλείο τα αντικείμενα που αντανακλούν σε ξεπερασμένες προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας (Elpern et al., 2005; Hamric and Blackhall 2007). Τα

υπόλοιπα αντικείμενα της κλίμακας επαναδιατυπώθηκαν, ώστε να μπορούν να εφαρμόζονται και στα υπόλοιπα περιβάλλοντα υγείας, πέραν της εντατικής φροντίδας, αλλά και σε ένα ευρύτερο φάσμα επαγγελματιών υγείας. Προστέθηκαν επίσης νέα αντικείμενα που αποτελούν αιτίες ηθικού αδιεξόδου σύμφωνα με την σχετική ερευνητική βιβλιογραφία. Παράδειγμα αποτελεί η συμπερίληψη του αντικειμένου “Βλέπω έναν ασθενή να υποφέρει λόγω απουσίας θεραπευτικής συνέχειας”, ένα αντικείμενο που δεν υπήρχε στην αρχική κλίμακα. Επιπρόσθετα, δημιουργήθηκαν δύο ανοιχτές ερωτήσεις, ώστε να προσθέσουν οι ερωτώμενοι αιτίες που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο κατά την κλινική τους πρακτική προκειμένου, οι οποίες δεν περιλαμβάνονταν στα ήδη διατυπωμένα αντικείμενα, και ως εκ τούτου να υπάρχει η δυνατότητα να καταγραφούν περισσότερα δεδομένα. Η αναθεωρημένη κλίμακα περιλάμβανε 21 αντικείμενα. Για να αυξηθεί η δυνατότητα εφαρμογής της αναθεωρημένης κλίμακας MDS-R σε επαγγελματικούς πληθυσμούς εκτός από νοσηλευτές δημιουργήθηκαν έξι διαφορετικές εκδοχές του εργαλείου. Οι τρεις εκδοχές αφορούν επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλεύτες και λοιπούς επαγγελματίες υγείας), οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες σε ενήλικους πληθυσμούς και οι υπόλοιπες τρεις επικεντρώνονται σε επαγγελματίες, οι οποίοι προσφέρουν υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικά περιβάλλοντα υγείας. Υπάρχουν πολύ μικρές διαφορές στη διατύπωση των αντικειμένων μεταξύ των έξι εκδόσεων, ώστε να εξασφαλιστεί ότι η βασική αιτία ηθικού αδιεξόδου που μελετάται παραμένει σταθερή. Κατόπιν, έγινε ανάλυση εννοιολογικής εγκυρότητας και επιτεύχθηκε πλήρης συμφωνία για τα 19 από τα 21 στοιχεία. Το ένα στοιχείο από την κλίμακα αναδιατυπώθηκε, ένα διαγράφηκε τελείως και αντικαταστάθηκε από ένα άλλο στοιχείο και έτσι ο τελικός αριθμός των στοιχείων παρέμεινε 21. Αντικαταστάθηκε, επίσης, η κλίμακα αξιολόγησης από 7βάθμια σε 5βάθμια τύπου Likert (0-4). Κάθε ένα από τα 21 αντικείμενα περιγράφει μία κατάσταση που δυνητικά επιφέρει ηθικό αδιέξοδο, η οποία αξιολογείται από τους συμμετέχοντες ως προς τη συχνότητα με την οποία συμβαίνει, αλλά ως και προς την ένταση (επίπεδο ενόχλησης) την οποία προκαλεί στον ερωτώμενο όταν συμβαίνει. Έτσι, οι απαντήσεις στην κλίμακα για τη συχνότητα καταστάσεων ηθικού αδιεξόδου λαμβάνουν τιμές από το 0 (ποτέ) έως 4 (πολύ συχνά), ενώ στην κλίμακα για την ένταση του βιώματος από 0 (καμία ενόχληση) έως 4 (μεγάλου βαθμού ενόχληση). Οι απαντήσεις στην κλίμακα τόσο της συχνότητας όσο και της έντασης μπορεί να αθροίζονται σε ένα συνολικό σκορ για κάθε μία κλίμακα ξεχωριστά, ενώ είναι εφικτός και ο υπολογισμός μία συνολικής τιμής που να περιλαμβάνει και τη συχνότητα και την ένταση των καταστάσεων ηθικού αδιεξόδου, αντανακλώνοντας τη συνολική βαρύτητα ηθικού αδιεξόδου.

3.1.1 (β) Περιγραφή δημιουργίας εργαλείου αξιολόγησης της έντασης ηθικού αδιεξόδου σε Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας από τους Onishi et al. (2010)

Οι Ohnishi et al. (2010) στην προσπάθειά τους να μελετήσουν ποσοτικά το φαινόμενο του ηθικού αδιεξόδου που βίωναν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Ιαπωνία, χρησιμοποίησαν ως βάση το εργαλείο των 38 ερωτήσεων “Moral Distress Scale” των Corley et al. (2005). Περαιτέρω, προσπάθησαν να προσαρμόσουν το εργαλείο αυτό ώστε να ανταποκρίνεται σε περιβάλλοντα υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Ohnishi et al., 2010).

Το εργαλείο «Moral Distress Scale-P» περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις-αντικείμενα, οι οποίες προέρχονται από το πρωτότυπο εργαλείο «Moral Distress Scale» των Corley et al. (2005) και 19 επιπλέον οι οποίες προστέθηκαν από τους Ιάπωνες ερευνητές βάσει δεδομένων βιβλιογραφικής ανασκόπησης (Ohnishi et al., 2010). Στη μελέτη συμμετείχαν 264 νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

Ερωτήσεις-αντικείμενα του αρχικού εργαλείου MDS που αφορούσαν καθημερινές καταστάσεις της νοσηλείας, όπως η ιεράρχηση των επιθυμιών των οικογενειών των πασχόντων, οι παρεμβάσεις που πραγματοποιούνται χωρίς συγκατάθεση, οι περιττές εξετάσεις και θεραπείες, τα ανεπαρκή επίπεδα στελέχωσης, οι ανεπαρκείς σε γνώσεις νοσηλευτές ή γιατροί, τα θέματα κακοποίησης θεραπευόμενων, περιλήφθηκαν στο MDS-P των Ohnishi et al. (2010). Ερωτήσεις που αφορούσαν καταστάσεις που λαμβάνουν χώρα μόνο σε μονάδες εντατικής θεραπείας, και που δεν εφαρμόζονται σε περιπτώσεις φροντίδας ψυχικής υγείας, παραλήφθηκαν.

Στις εναπομείνουσες ερωτήσεις-αντικείμενα προστέθηκαν στοιχεία που προέκυψαν από βιβλιογραφική ανασκόπηση, και που αξιολογήθηκε ότι είχαν εφαρμογή σε περιβάλλοντα φροντίδας ψυχικής υγείας. Πολλά από τα νέα στοιχεία που ενσωματώθηκαν στο αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο συμπεριλαμβάνονταν σε ένα ερωτηματολόγιο που εφαρμόστηκε σε προηγούμενη έρευνα (Ohnishi et al., 2003). Ήταν θέματα σχετικά με τη μακροχρόνια νοσηλεία, την αντιδεοντολογική και ανήθικη συμπεριφορά από το προσωπικό, την ανεπαρκή φροντίδα, την ανάμειξη φαρμάκων με φαγητό και την απόκρυψη του γεγονότος από τους θεραπευόμενους, παρέμβαση στα προσωπικά αντικείμενα των θεραπευόμενων «ψάξιμο», και την ανάληψη καθηκόντων από την πλευρά των νοσηλευτών εκ μέρους των πασχόντων όπως αγορά αγαθών ή γραφειοκρατικές υποχρεώσεις, αντί να ενδυναμώνουν τα άτομα να τα χειριστούν οι ίδιοι. Τα καινούρια αντικείμενα-ερωτήσεις που ενσωματώθηκαν στο αρχικό ερωτηματολόγιο των Corley et al. (2005) αντανάκλασαν τα

ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της φροντίδας ψυχικής υγείας στην Ιαπωνία και το συγκεκριμένο πολιτισμικό πλαίσιο. Στοιχεία σχετικά με την έλλειψη χρόνου για ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης με τους θεραπευόμενους προήλθαν από τα πορίσματα της έρευνας των Austin et al. (2003). Οι συμμετέχοντες στη συγκεκριμένη μελέτη ρωτήθηκαν τόσο για την ένταση όσο και για τη συχνότητα των εμπειριών τους σε θέματα ηθικού αδιεξόδου.

Στη συνέχεια μετά από περαιτέρω στατιστική ανάλυση των 43 ερωτήσεων-αντικειμένων του εργαλείου MDS-P (Ohmishi et al., 2010) παρέμειναν μόνο 36 στοιχεία. Η ανάλυση παραγόντων υπέδειξε επίσης τρεις παράγοντες και 15 αντικείμενα. Μόλις οκτώ από τα 24 στοιχεία της αρχικής MDS παρέμειναν και φάνηκε να μην υπάρχει σχέση μεταξύ των παραγόντων της MDS και της MDS-P, καθώς υπήρξε ανακατανομή των ερωτήσεις-αντικειμένων της αρχικής κλίμακας στους τρεις νέους παράγοντες και προσθήκη επιπλέον στοιχείων. Επομένως, αποδόθηκαν διαφορετικές ονομασίες στους καινούριους τρεις παράγοντες.

Ο πρώτος παράγοντας της τροποποιημένης πλέον κλίμακας MDS-P, αφορά την «αντιδεοντολογική συμπεριφορά των φροντιστών» και αποτελείται από έξι στοιχεία. Καθένα από αυτά, σχετίζεται με καταστάσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας έχουν εμπλακεί άμεσα σε αντιδεοντολογική συμπεριφορά, όπως: «Ανάμιξη φαρμάκων με τροφή ή ποτό εν αγνοία των θεραπευόμενων και χορήγησή τους», «Μη ανάληψη δράσης σε περιπτώσεις αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς από μέλος του ιατρικού προσωπικού», «Μη αναφορά λαθών στην αγωγή/ θεραπεία», «Κακοποίηση των θεραπευόμενων», ή «Γελοιοποίηση των θεραπευόμενων».

Ο δεύτερος παράγοντας αφορά την «Ανεπαρκή στελέχωση» και αποτελείται από πέντε στοιχεία. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει θέματα όπως: «Τα επίπεδα στελέχωσης είναι τόσο χαμηλά ώστε να θεωρούνται επικίνδυνα», «Η ανεπαρκής στελέχωση οδηγεί σε ανεπαρκή φροντίδα για τους θεραπευόμενους» «Η ανεπαρκής στελέχωση οδηγεί σε παρατεταμένη νοσηλεία», «Οι νοσηλευτές δεν έχουν χρόνο για να μιλήσουν με τους νοσηλευόμενους» και τέλος «Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζονται σαν μηχανές, και οδηγούνται στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος».

Ο τρίτος παράγοντας αφορά τη «Συναινέση για παραβιάσεις των δικαιωμάτων των θεραπευόμενων» και αποτελείται από τέσσερα στοιχεία. Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει θέματα όπως «Οι νοσηλευτές ήταν σε πλήρη άγνοια για την υποβολή θεραπευόμενων σε περιττές και αχρείαστες εξετάσεις ή θεραπείες», «Οι νοσηλευτές συνεπικουρούσαν τους άλλους επαγγελματίες υγείας σε περιπτώσεις που οι πάσχοντες υποβάλλονταν σε περιττές

εξετάσεις ή θεραπείες» «Οι νοσηλευτές αγνοούν εάν οι θεραπευόμενοι λαμβάνουν τις αναγκαίες εξετάσεις ή θεραπείες, με τη συγκατάθεση των ιδίων ή των οικογενειών τους ή χωρίς», «Οι νοσηλευτές συνεπικουρούν άλλους επαγγελματίες υγείας να υποβάλουν τους πάσχοντες σε αναγκαίες μεν εξετάσεις ή θεραπείες, αλλά χωρίς τη συγκατάθεση των ιδίων ή των οικογενειών τους».

3.1.1 (γ) Εργαλείο **Work-related Moral Stress scale** για την αξιολόγηση της έντασης «Ηθικής έντασης» σε Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας (Lutzen et al. 2010)

Το εργαλείο αυτό αποτελείται από εννέα ερωτήσεις πέντε εναλλακτικών απαντήσεων που σχετίζονται με γενικά συμπτώματα απάντησης στρες. Δημιουργήθηκε από τους Lutzen et al, (2010) για την αξιολόγηση των αντιδράσεων στρες των ΝΨΥ απέναντι σε καταστάσεις που προκαλούν ένταση σε επίπεδο ηθικού προβληματισμού. Για τον λόγο αυτό το εργαλείο αξιολογεί την αντίδραση του νοσηλευτή όταν βιώνει καταστάσεις ηθικού προβληματισμού, χωρίς ωστόσο να αξιολογούνται οι καταστάσεις που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο εργαλείο είναι οι παρακάτω:

- Αισθάνεστε σωματικά κουρασμένοι;
- Δεν μπορείτε να προσφέρετε την φροντίδα που θέλετε;
- Είναι δύσκολο να χαλαρώσετε κατά τη διάρκεια του ελεύθερού σας χρόνου;
- Υποφέρετε από έλλειψη ύπνου;
- Δεν έχετε χρόνο να κάνετε περισσότερα για τους ασθενείς σας;
- Υποφέρετε από τη συνείδησή σας γιατί δεν προσφέρετε την φροντίδα που θέλετε;;
- Νιώθεις άσχημα γιατί δεν μπορείς να παρέχεις φροντίδα όπως θέλεις
- Σκέφτεστε να εγκαταλείψετε την δουλειά σας στη παροχή φροντίδα υγείας;
- Είστε πνευματικά κουρασμένος;

Η εννοιολογική εγκυρότητα του εργαλείου αξιολογήθηκε βάσει δεδομένων ποιοτικής μελέτης, καθώς και σε πιλοτική μελέτη με 49 συμμετέχοντες και μέσω διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με περιστροφή. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής βάσει του δείκτη Cronbach's alpha ήταν 0,91.

3.1.2 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας μελετών διερεύνησης του Ηθικού Αδιεξόδου σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας

3.1.2 (α) Παράγοντες σχετιζόμενοι με την εμπειρία του ηθικού αδιεξόδου

Γενικά, υποστηρίζεται ότι η συχνότητα με την οποία βιώνουν εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου οι νοσηλευτές εξαρτάται από το είδος του τμήματος στο οποίο εργάζονται νοσηλευτές και την οργανωτική κουλτούρα αυτού, από τις προσωπικές τους αξίες και από το τι αντιλαμβάνονται οι ίδιοι ότι αποτελεί ένα ηθικό ζήτημα (Austin et al. 2008; Chen, 2009). Επιπλέον, επισημαίνεται ότι οι νοσηλευτές με υψηλή ευαισθητοποίηση σε ηθικά ζητήματα υποφέρουν συχνότερα από ηθικό αδιεξόδο (Austin et al., 2008; Chen, 2009).

Ωστόσο, δεν είναι σαφές εάν η κλινική εμπειρία επηρεάζει τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου θετικά ή αρνητικά. Συγκεκριμένα, οι Elpernetal (2005), διαπίστωσαν ότι η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου παρουσιάζει σημαντική συσχέτιση με τα χρόνια κλινικής εμπειρίας. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι με την αύξηση των χρόνων κλινικής εμπειρίας, αυξάνει επίσης η συχνότητα και η ένταση εμπειριών ηθικού αδιεξόδου. Ο Wilkinson (1988), από την άλλη, υποστήριξε ότι οι έμπειροι νοσηλευτές με υψηλότερου επιπέδου ακαδημαϊκές σπουδές υποφέρουν λιγότερο συχνά από εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου.

Περαιτέρω, οι Jameton (1993) και οι Corley et al., (2001), περιγράφουν συγκεκριμένους παράγοντες σχετιζόμενους με την προσωπικότητα του νοσηλευτή αναφορικά με τα βιώματα ηθικού αδιεξόδου. Ειδικότερα, ένας παράγοντας σχετιζόμενος με την προσωπικότητα του νοσηλευτή που έχει περιγραφεί στη βιβλιογραφία αφορά την αντίληψη αδυναμίας του ατόμου να εφαρμόσει την πράξη που θεωρεί ως ηθικά σωστή. Σύμφωνα με τον Jameton (1993) αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι υπάρχουν συγκεκριμένοι περιορισμοί οι οποίοι απορρέουν από τη συμπεριφορά του νοσηλευτή όπως:

- ο φόβος του νοσηλευτή ότι μπορεί να χάσει την εργασία του,
- η αγωνία ότι μπορεί να προκληθούν συγκρούσεις,
- η έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό του,
- ο φόβος νομικών συνεπειών λόγω αμφισβήτησης των αποφάσεων των ανωτέρων,
- φαινόμενα αυτο-αμφιβολίας (Hamric, 2006).

Ωστόσο, έχουν περιγραφεί και εξωτερικοί προς το άτομο περιορισμοί, οι οποίοι ενδέχεται να αφορούν:

- ανισορροπία ισχύος μεταξύ των μελών της διεπιστημονικής ομάδας,

- πιέσεις για μείωση του κόστους νοσηλείας,
- φόβο νομικών συνεπειών από την πλευρά της διοίκησης,
- έλλειψη διοικητικής υποστήριξης και
- την οργανωτική και διοικητική πολιτική του νοσοκομείου που έρχεται σε σύγκρουση με τις ανάγκες φροντίδας των θεραπευόμενων (Jameton, 1993).

3.1.2 (β) Ηθικό αδιέξοδο και νοσηλευτές ψυχικής υγείας

Υπάρχουν πολύ λίγες μελέτες στη διεθνή βιβλιογραφία, οι οποίες έχουν διερευνήσει θέματα σχετικά με το ηθικό αδιέξοδο που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Lutzen & Nordic 1994; Lutzen and Schreiber 1998; Austin et al., 2003; Deady και McCarthy 2010; Ohnishi et al., 2010; Wojtowicz et al. 2014; Musto et al. 2012; Hamaideh, 2014; Lutzen et al. 2010; Jansen & Hanssen 2016), με τη συντριπτική πλειοψηφία αυτών να ακολουθούν ποιοτικό μεθοδολογικό σχεδιασμό. Σε μια φαινομενολογική μελέτη που διεξάχθηκε από τους Austin et al. (2003), υποστηρίχθηκε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βιώνουν ηθικό αδιέξοδο, όταν δεν είναι σε θέση να ανταποκριθούν στις ανάγκες των θεραπευόμενων. Χαρακτηριστικά αναφέρονται περιπτώσεις, που κανείς από το προσωπικό δεν βοηθούσε ανθρώπους που υπέφεραν από ψυχικό πόνο. Επίσης, έμφαση στη συγκεκριμένη μελέτη δόθηκε στο γεγονός ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι νοσηλευτές περιορίζονταν μόνο στο να γνωρίζουν τα ονόματα των ασθενών, τη διάγνωση, τα φάρμακά τους και καμία άλλη προσωπική πληροφορία για τα άτομα, μόνο και μόνο από την έλλειψη χρόνου.

Στην ποιοτική μελέτη των Deady και McCarthy (2010), η οποία αφορούσε νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε τμήματα οξείας φροντίδας υποστηρίχθηκε ότι οι νοσηλευτές βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν δεν μπορούσαν να εκφράσουν την διαφωνία τους κατά τη λήψη συγκεκριμένων κλινικών αποφάσεων. Επίσης, ηθικό αδιέξοδο βίωναν και όταν αισθάνονταν παραγκωνισμένοι από τα υπόλοιπα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας, αντιλαμβάνονταν ότι παρέμειναν απλοί παρατηρητές στο σχεδιασμό της φροντίδας ή στη λήψη αποφάσεων. Αναφορικά με το πλάνο φροντίδας των θεραπευόμενων οι συμμετέχοντες της εν λόγω μελέτης περιέγραφαν ότι θεωρούσαν πως το επίπεδο υγείας των χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας ήταν πολύ χαμηλότερο, συγκριτικά με εκείνο που θεωρούσαν οι ίδιοι ως αποδεκτό βάσει των προσωπικών και επαγγελματικών τους κριτηρίων.

Στην ποιοτική μελέτη των Wojtowicz et al. (2014), μελετήθηκε η εμπειρία του ηθικού αδιεξόδου σε φοιτητές νοσηλευτικής κατά τη διάρκεια των δεκατριών εβδομάδων της κλινικής τους άσκησης στα τμήματα εσωτερικής νοσηλείας οξείας φροντίδας ψυχικής υγείας.

Οι συμμετέχοντες υποστήριξαν ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο σχετικά με το τρόπο παροχής φροντίδας στις δομές ψυχικής υγείας. Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι αρχικά ήταν ενθουσιασμένοι με το γεγονός ότι θα έκαναν την κλινική τους άσκηση σε διάφορες δομές του τομέα της ψυχικής υγείας, αφού έτσι θα είχαν την ευκαιρία να μιλήσουν με τους ανθρώπους για τα προβλήματα τους, όμως βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν αντιλήφθηκαν ότι το προσωπικό σπάνια μιλούσε με τους θεραπευόμενους και έδινε σημασία μόνο στη φαρμακευτική αγωγή. Επίσης, ανέφεραν ότι πηγή ηθικού αδιεξόδου αποτελούσε η πατριαρχική στάση των ψυχιάτρων, η οποία ήταν παράλληλα “προκλητική” και “αλάνθαστη”. Επιπρόσθετα, σημαντική πηγή αδιεξόδου αποτελούσε η απόκρυψη πληροφοριών από τους θεραπευόμενους σχετικά με τη θεραπεία τους. Σημαντικό, επίσης, θεωρείτο το γεγονός, ότι οι φοιτητές συμμετέχοντες ένιωθαν ένταση όχι μόνο όταν συνειδητοποιούσαν ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο αλλά και όταν αντιλαμβάνονταν ότι δεν μπορούσαν να βρουν “στήριξη” και “κατανόηση” στο ηθικό τους αδιέξοδο από τους εκπαιδευτές τους.

Οι Ohnishi et al. (2010), σε μία έρευνα με 80 νοσηλευτές ψυχικής υγείας εσωτερικής φροντίδας στην Ιαπωνία, υποστήριξαν ότι αρκετοί νοσηλευτές αισθάνονται ηθικό αδιέξοδο λόγω καταστάσεων σχετιζόμενων με:

- τη μακροχρόνια εσωτερική νοσηλεία ατόμων χωρίς σοβαρή συμπτωματολογία,
- τις περιπτώσεις περιορισμού της αυτονομίας των θεραπευόμενων λόγω δυνητικής επικινδυνότητας,
- τις περιπτώσεις, κατά τις οποίες οι θεραπευτές ψυχίατροι δεν λαμβάνουν υπόψη τις επιθυμίες/ανάγκες των θεραπευόμενων.

Περαιτέρω, οι Ohnishi et al. (2003) μελέτησαν το ηθικό αδιέξοδο σε σχέση με την κουλτούρα του εργασιακού περιβάλλοντος πάνω σε ηθικά ζητήματα, και διαπίστωσαν ότι η ένταση του ηθικού αδιεξόδου σχετιζόταν με την κουλτούρα του εργασιακού περιβάλλοντος τους. Ως προς τις επιπτώσεις, το ηθικό αδιέξοδο φάνηκε να σχετίζεται με σωματικά και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία σε αρκετές περιπτώσεις διαρκούσαν για παρατεταμένο χρονικό διάστημα, με αποτέλεσμα οι νοσηλευτές να ζητούν αλλαγή χώρου εργασίας ή ακόμη και να εγκαταλείπουν εντελώς το επάγγελμα.

Ο/η Hamaideh (2014), σε μία επίσης ποσοτική περιγραφική μελέτη, μελέτησε το επίπεδο του ηθικού αδιεξόδου και τη σχέση του με την επαγγελματική εξουθένωση σε 130 Ιορδανούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας, που εργάζονται στο μεγαλύτερο ψυχιατρικό νοσοκομείο.

Υποστηρίχθηκε ότι οι νοσηλευτές βίωναν σε μεγαλύτερη ένταση ηθικό αδιέξοδο για θέματα που σχετίζονται με την “ανήθικη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας”. Το επίπεδο εκπαίδευσης και η πρόθεση εγκατάλειψης της θέσης εργασίας φάνηκε να έχουν θετική συσχέτιση με το ηθικό αδιέξοδο. Υποστηρίχθηκε, επίσης, ότι η επαγγελματική εξουθένωση, το επίπεδο εκπαίδευσης και το οικογενειακό εισόδημα αποτελούσαν προβλεπτικούς παράγοντες για την εκδήλωση ηθικού αδιεξόδου. Η ικανοποίηση από την εργασία δεν φάνηκε να σχετίζεται με το ηθικό αδιέξοδο.

Στην ποιοτική μελέτη των Musto et al (2012), διερευνήθηκαν οι τρόποι που υιοθετούν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται με έφηβους σε μονάδες εσωτερικής νοσηλείας και σε κοινοτικές δομές προκειμένου να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου. Στη συγκεκριμένη μελέτη υποστηρίχθηκε ότι, οι νοσηλευτές βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν τίθονταν θέματα που αφορούν την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Ο διάλογος για τα ηθικά αδιέξοδα και η συζήτηση για τις περιπτώσεις που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο μεταξύ των συναδέλφων ήταν η βασική στρατηγική που υιοθέτησαν οι νοσηλευτές της εν λόγω μελέτης προκειμένου να αντιμετωπίσουν τα ηθικά αδιέξοδα που βίωναν. Το “Κάνω το καλύτερο που μπορώ”, υποστηρίχθηκε ότι ήταν η πρακτική που χρησιμοποιούσαν οι νοσηλευτές της μελέτης αυτής για να αντιμετωπίσουν τις καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου.

Σκοπός της ποιοτικής μελέτης των Jansen & Hanssen (2016), ήταν να μελετηθεί η εμπειρία αλλά και οι απόψεις των νοσηλευτών ψυχικής υγείας σχετικά με την συμμετοχή των ασθενών στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων. Γενικότερα, η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετίζεται με οργανωτικές, νομικές, ηθικές, και δεοντολογικές πτυχές, που σε κάποιες ψυχιατρικές μονάδες μπορεί να προκαλέσουν ηθικές δυσκολίες και ηθική ένταση στους νοσηλευτές, ιδιαίτερα στις περιπτώσεις που η δεοντολογική επάρκεια της φροντίδα αμαυρώνεται από περιορισμούς. Στη μελέτη αυτή υποστηρίχθηκε ότι η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων ήταν δύσκολο να πραγματοποιηθεί λόγω της ασάφειας του στόχου αλλά και του περιεχομένου της συγκεκριμένης διαδικασίας. Οι συμμετέχοντες περιέγραψαν τους εαυτούς τους ως εκπροσώπους των ασθενών και θεωρούν τη συμμετοχή του ασθενή στη θεραπεία μεγάλη ευθύνη. Ανάφεραν ότι αισθάνονταν πιεσμένοι μεταξύ των ηθικών τους αξιών και του συστήματος. Ανάφεραν, επίσης, ότι βρίσκονται σε ένα ρολό διαπραγματευτή μεταξύ των ασθενών και των γιατρών, που τους καθιστά ευάλωτους σε ηθικά αδιέξοδα αλλά και στην επαγγελματική εξουθένωση. Συνολικά, τονίστηκε η δεοντολογική ευθύνη έναντι ευάλωτων ασθενών, γεγονός που καθιστούσε τους ίδιους τους συμμετέχοντες ευάλωτους σε καταστάσεις που απειλούνται οι ηθικές τους αξίες.

Οι Lutzen et al (2010) μελέτησαν τη σχέση μεταξύ ηθικής έντασης (moral stress) συνδεδεμένης με την εργασία, του ηθικού κλίματος και της ηθικής ευαισθησίας σε ένα δείγμα 49 νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι η ηθική ένταση σχετίζεται με το ηθικό κλίμα στον χώρο εργασίας και με την ηθική ευαισθησία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Η εμπειρία των νοσηλευτών σε καταστάσεις ηθικής επιβάρυνσης ή ηθικής υποστήριξης φάνηκε επηρεάζει την εμπειρία της ηθικής έντασης. Η εργασιακή ηθική ένταση φάνηκε να σχετίζεται με το ηθικό εργασιακό κλίμα και τις δύο πτυχές της ηθικής ευαισθησίας (ηθική επιβάρυνση και ηθική υποστήριξη).

Φαίνεται, επομένως, να υπάρχει μια συσχέτιση ανάμεσα στην ηθική ευαισθησία, στο ηθικό κλίμα και στην ηθική ένταση. Συνολικά, το εργασιακό στρες και η συναισθηματική επιβάρυνση των νοσηλευτών έχουν συνδεθεί με τις ηθικές επαγγελματικές απαιτήσεις και φτωχά αποτελέσματα στη φροντίδα των ασθενών.

Αρκετές μελέτες χρησιμοποίησαν το εργαλείο Moral Distress Scale (MDS) της Corley για την ποσοτικοποίηση της συχνότητας και της έντασης του ηθικού αδιεξόδου, το οποίο έχει χορηγηθεί σε νοσηλευτές χειρουργικής, ογκολογικής και εντατικής φροντίδας. Για τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας έχει χρησιμοποιηθεί η τροποποιημένη μορφή του, το MDS-P (Hamaideh 2014; Ohnishi et al., 2010).

3.1.3 Λειτουργικός ορισμός του ηθικού αδιεξόδου και εργαλείο αξιολόγησης στην παρούσα μελέτη

Για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης το ηθικό αδιέξοδο ορίζεται ως η δυσμενής εμπειρία, που βιώνει ένα άτομο σε γνωστικό, συμπεριφορικό και συναισθηματικό επίπεδο όταν καλείται να λάβει μια απόφαση ή να πράξει, γενικότερα, με τρόπο ο οποίος έρχεται σε αντίθεση με τις ηθικές αρχές και αξίες του (Wilkinson, 1988).

3.2 Εννοιολογικός ορισμός για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή (Compassion Fatigue)

Ο όρος δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή χρησιμοποιείται για να περιγράψει τις περιπτώσεις κατά τις οποίες άτομα τα οποία έρχονται σε συνεχή και στενή επαφή με επιζώντες τραυματικών γεγονότων, εμφανίζουν σημαντικού βαθμού ψυχο-νοητική διαταραχή, και επομένως, γίνονται και οι ίδιοι έμμεσα θύματα του συγκεκριμένου τραύματος (Figley, 1995). Κατά συνέπεια, η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή θεωρείται ως ένας συνήθης επαγγελματικός κίνδυνος για τους εργαζόμενους σε υπηρεσίες άμεσης παροχής

βοήθειας σε πληθυσμούς που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός (Munroe et al., 1995; Figley, 1995; Pearlman, 1999).

Οι επιπτώσεις της δευτερογενούς έκθεσης σε ένα τραυματικό γεγονός είναι σχεδόν ταυτόσημες με εκείνες της πρωτογενούς έκθεσης. Η ειδοποιός διαφορά είναι ότι η έκθεση ενός ατόμου σε ένα τραυματικό γεγονός και το επακόλουθο βιώμα του γίνεται τραυματικό γεγονός για ένα δεύτερο, έτερο, άτομο (Figley, 1995). Ο Chrestman (1999), σημειώνει ότι η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή που εκδήλωναν οι επαγγελματίες υγείας περιλαμβάνει παρόμοια συμπτώματα με εκείνα που παρατηρούνται σε άτομα που είναι άμεσα εκτεθειμένα σε τραυματικά γεγονότα, όπως αναβίωση εικόνων που σχετίζονται με το τραυματικό γεγονός που βίωσε ο θεραπευόμενος (Courtois, 1988; Danieli, 1988; Herman, 1992; McCann & Pearlmann, 1990), συμπεριφορά αποφυγής (Haley, 1974; Corsos, 1988), ευερεθιστότητα και υπερδιέγερση (McCann & Pearlmann1, 1990; Dutton & Rubinstein, 1995; Figley, 1995), συναισθήματα θλίψης (Courtois, 1988; Herman, 1992) και έκπτωση της λειτουργικότητας (McCann & Pearlmann 1990; Dutton & Rubinstein, 1995; Figley, 1995).

Συνολικά, η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή αφορά ένα σύνδρομο συμπτωμάτων σχεδόν πανομοιότυπο με εκείνο της αγχώδους διαταραχής μετά από τραυματικό στρεσογόνο γεγονός (PTSD), συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων της αναβίωσης, της συμπεριφοράς αποφυγής και της υπερδιέγερσης (Figley, 1995). Το σύνδρομο αυτό μπορεί να προκληθεί απλά και μόνο μαθαίνοντας για ένα τραυματικό γεγονός, το οποίο συνέβη σε κάποιο άλλο άτομο. Επομένως, αφορά κάποιο γεγονός, τόσο σοβαρό, ώστε να υπάρχει η δυνατότητα να τραυματιστεί ψυχό-νοητικά και κάποιο άλλο άτομο. Ειδικότερα για τους επαγγελματίες υγείας τα συμπτώματα της δευτερογενής μετατραυματικής συνδρομής εκδηλώνονται μετά από την έκθεση του εργαζόμενου σε ένα τραυματισμένο άτομο, και όχι από την απευθείας έκθεση του στο τραυματικό γεγονός αυτό καθ' αυτό. Η ενσυναίσθηση και η έκθεση είναι δύο κεντρικές έννοιες αναφορικά με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή.

Οι Gentry et al., (2002), έχουν συνοψίσει στα παρακάτω τα συμπτώματα της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής:

- παρατεταμένη υπερεγρήγορση,
- ενοχλητικές σκέψεις και έμμονες εικόνες αναβίωσης της τραυματικής εμπειρίας,
- δυσκολία διάκρισης μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής ,
- μείωση ανοχής στο στρες,
- εκρήξεις θυμού,

- αποφυγή συνεργασίας με συγκεκριμένα άτομα και αντιδράσεις φόβου,
- συναισθήματα κατάθλιψης,
- αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, ανεπαρκής εκτέλεση ρόλων,
- υπερδιέγερση,
- ανικανότητα για εργασία,
- μειωμένη ενασχόληση με την καριέρα,
- μείωση λειτουργικότητας και
- απελπισία.

Η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή μπορεί να εκδηλωθεί ξαφνικά χωρίς σαφή προειδοποιητικά συμπτώματα. Τις περισσότερες φορές αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν απελπισία και σύγχυση, καθώς και αίσθηση απομόνωσης και αποξένωσης από τον περίγυρο. Αξίζει να σημειωθεί ότι η ένταση των συμπτωμάτων αυτών συχνά δεν συνάδει με το μέγεθος των γεγονότων που τα έχουν πυροδοτήσει (Figley, 1995).

Ο Figley (1995), αναφέρει τέσσερις αιτίες για τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας που φροντίζουν θύματα τραυματικών γεγονότων βρίσκονται σε κίνδυνο για δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή:

- Η πρώτη αφορά την αποτυχημένη προσπάθεια για ενσυναίσθηση. Στην περίπτωση αυτή, ο επαγγελματίας υγείας δεν καταφέρνει να αποστασιοποιηθεί από τον πάσχοντα, ταυτίζεται μαζί του και κυριεύεται από συμπόνια, μία έννοια η οποία αν και συγχέεται με την ενσυναίσθηση, ωστόσο είναι διαφορετική (Figley, 1995)
- Η δεύτερη αιτία σχετίζεται με το γεγονός ότι πολλοί επαγγελματίες έχουν βιώσει οι ίδιοι κάποιο είδος τραυματικού συμβάντος στη ζωή τους, με αποτέλεσμα να καθίστανται ευάλωτοι.
- Η τρίτη αιτία σχετίζεται με την προηγούμενη και αφορά σε άλλα τραύματα των επαγγελματιών υγείας, τα οποία πυροδοτούνται από την έκθεση σε παρόμοια τραύματα που βιώνουν οι θεραπευόμενοί τους.
- Η τελευταία αιτία περιλαμβάνει τις περιπτώσεις τραυματικών γεγονότων που έχουν βιώσει παιδιά-θεραπευόμενοι. Τέτοιου είδους καταστάσεις θεωρούνται επώδυνες για τους περισσότερους επαγγελματίες υγείας.

Συνολικά, οι επιπτώσεις της δευτερογενούς έκθεσης σε έναν ακραίο τραυματικό στρεσογόνο παράγοντα είναι ουσιαστικά οι ίδιες με εκείνες που βιώνουν τα άτομα που είχαν υποστεί την πρωτογενή έκθεση στον στρεσογόνο παράγοντα (Figley, 1995). Για το λόγο

αυτό η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή μπορεί να θεωρηθεί ως ένας επαγγελματικός κίνδυνος για τα άτομα που παρέχουν άμεση φροντίδα σε θύματα που φέρουν ψυχικά τραύματα. Ειδικότερα, η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή έχει περιγραφεί σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας (Bell, 2003; Buchanan et al., 2006), σε εργαζόμενους σε κέντρα προστασίας παιδιών (Conrad et al., 2006), σε κληρικούς (Roberts et al., 2003) και σε κοινωνικούς λειτουργούς (Badger et al., 2008; Bride, 2007).

Αρκετοί επαγγελματίες υγείας έχουν εκφράσει τη δυσαρέσκειά τους για τη χρήση του όρου δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή, τον οποίο και θεωρούν υποτιμητικό (Figley, 1995). Για το λόγο αυτό, ο Figley (1995), πρότεινε τον όρο «κόπωση συμπόνιας», ως μια έννοια που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί εναλλακτικά, χωρίς να προκαλείται αμηχανία. Ο όρος «κόπωση συμπόνιας» αρχικά χρησιμοποιήθηκε από το νοσηλεύτη C. Joinson, το 1992.

Στον τομέα της ψυχικής υγείας, η έρευνα για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή έχει επικεντρωθεί σε ψυχολόγους (Buchanan et al., 2006; Devilly et al., 2009), αλλά όχι σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Εστιάζοντας στο νοσηλευτικό επάγγελμα, έρευνες για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή αφορούν νοσηλευτές στο τμήμα επειγόντων περιστατικών (Dominquez et al., 2009) σε ογκολογικά τμήματα (Quinal et al., 2009), σε ξενώνες (Abendroth & Flannery, 2006), και σε παιδιατρικά τμήματα (Maytum et al., 2004).

3.2.1 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή

Οι μελέτες που αναφέρονται σε συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής διαταραχής σε νοσηλευτικό προσωπικό φροντίδας ψυχικής υγείας είναι αρκετά περιορισμένες (Missouridou 2017).

Η μελέτη των Zerach και Shalev (2017) εστιάστηκε στα συμπτώματα μετατραυματικής, αλλά και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής σε ισραηλινούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας και σε κοινοτικούς νοσηλευτές, και στη σύγκριση των δύο αυτών επαγγελματικών ομάδων ως προς την ένταση των συμπτωμάτων αυτών. Επιπρόσθετα μελετήθηκαν οι απόψεις των ισραηλινών νοσηλευτών ψυχικής υγείας αναφορικά με τον βαθμό στον οποίο θεωρούσαν ότι η αιτιοπαθογένεση της ψυχικής νόσου των θεραπευομένων τους σχετιζόταν με την εκδήλωση συμπτωμάτων μετατραυματικής και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στους ίδιους. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας παρουσίαζαν μεγαλύτερης έντασης συμπτώματα μετατραυματικής συνδρομής, αλλά χαμηλότερης έντασης συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, συγκριτικά με τους κοινοτικούς νοσηλευτές. Η έκθεση των νοσηλευτών στην βία

των ασθενών, η παρουσία συμπτωμάτων μετατραυματικής συνδρομής στους ίδιους, και ο τρόπος με τον ερμήνευαν την ψυχική νόσο των θεραπευομένων τους αποτελούσαν επιβαρυντικούς παράγοντες για την εκδήλωση συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στους ίδιους. Η ανωτέρω μελέτη καταλήγει στο ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο για την εκδήλωση συμπτωμάτων νευρονοητικής διαταραχής συγκριτικά με άλλες ειδικότητες νοσηλευτών.

Σκοπός της μελέτης των Mangouliá et al. (2015) ήταν η διερεύνηση των παραγόντων κινδύνου για εκδήλωση δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής σε 174 Έλληνες νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε νοσοκομειακές δομές, και η σχέση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής με την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση συμπόνιας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε μέσω ενός ερωτηματολογίου αξιολόγησης της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL R-IV). Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ήταν σε υψηλό κίνδυνο για την εκδήλωση συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία συσχετιζόνταν στατιστικά σημαντικά. Επιπλέον, η ικανοποίηση συμπόνιας εμφάνισε σημαντική αρνητική συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση αλλά και με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή.

Με δεδομένο ότι η βία είναι συχνή στα δικανικά ψυχιατρικά νοσοκομεία, σκοπός της μελέτης των Lauvud et al. (2009) ήταν η διερεύνηση της παρουσίας συμπτωμάτων μετατραυματικής συνδρομής και της σχέσης της με την επαγγελματική ποιότητα ζωής σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονταν στα τμήματα υψίστης ασφαλείας των νοσοκομείων αυτών. Επιπλέον, διερευνήθηκαν η σχέση μεταξύ της έντασης συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και κλινικής εμπειρίας σε δικανικές δομές, είδος τμήματος εργασίας, ικανοποίησης συμπόνιας, μετατραυματικής συνδρομής και επαγγελματικής εξουθένωσης. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικής συνδρομής ήταν χαμηλή στους συμμετέχοντες. Χαμηλή ήταν επίσης και η ικανοποίηση συμπόνιας. Η έκταση της νοσηλευτικής εμπειρίας, και τα χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας σχετιζόνταν με τη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικής συνδρομής. Ωστόσο, δεν παρατηρήθηκε των μεταβλητών αυτών με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή.

Με δεδομένο, επίσης, ότι οι βίαιες επιθέσεις προς το προσωπικό των ψυχιατρικών νοσοκομείων είναι ένα συχνό φαινόμενο, σκοπός της συγχρονικής μελέτης των Jacobowitz et al. (2015) με δείγμα ευκολίας 172 επαγγελματιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων και νοσηλευτών ψυχικής υγείας, ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ μετατραυματικής συνδρομής και ποσοστού τραυματικών γεγονότων, ανθεκτικότητας στο στρες, εμπιστοσύνης και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Από τα αποτελέσματα προσδιορίστηκαν δύο προγνωστικοί παράγοντες αναφορικά με την εκδήλωση μετατραυματικής συνδρομής, και συγκεκριμένα η φροντίδα τραύματος και η επαγγελματική εξουθένωση. Επιπρόσθετα, η σοβαρότητα του τραυματικού γεγονότος, η ηλικία των επαγγελματιών υγείας και η ικανοποίηση συμπόνιας διαμεσολαβούσαν τη σχέση αυτή.

Σε μία πρόσφατη ανασκόπηση της βιβλιογραφία, αναφέρθηκαν υψηλά ποσοστά συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής μεταξύ διαφόρων νοσηλευτικών ειδικοτήτων όπως η εντατική νοσηλευτική, η ογκολογική, παιδιατρική, μαιευτική και νοσηλευτική ψυχικής υγείας. Τα αποτελέσματα της ανασκόπησης αυτής δείχνουν ότι εκτός από τη σημαντικού βαθμού επιβάρυνση που βιώνουν οι νοσηλευτές λόγω της έμμεσης έκθεσης στις τραυματικές εμεπιρίες των θεραπευομένων, η μη κατανόηση της δυναμικής του τραύματος μπορεί να περιορίσει την ικανότητά τους να αλληλεπιδρούν με ουσιαστικό και ασφαλή τρόπο, τόσο με τους ασθενείς όσο και με τις οικογένειες των θεραπευομένων τους. Επομένως, οι επιπτώσεις στην ποιότητα αλλά και στην ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας υπογραμμίζονται στην εν λόγω ανασκόπηση (Missouridou 2017).

Αναφορικά με νοσηλευτές άλλων ειδικοτήτων, σε μια παλαιότερη συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ο Beck (2011) εντόπισε επτά μελέτες που διερευνούσαν τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή στο νοσηλευτικό προσωπικό. Το δείγμα στις πέντε από τις μελέτες αυτές αφορούσε αποκλειστικά νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε παιδιατρικές κλινικές, σε ξενώνες φροντίδας τελικού σταδίου, σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, σε ογκολογικά τμήματα και σε φυλακές. Στις εναπομείναντες δύο μελέτες, το δείγμα αφορούσε σε ολόκληρη τη διεπιστημονική ομάδα, και ως εκ τούτου δεν αναφέρθηκαν ξεχωριστά ευρήματα για την υποομάδα των νοσηλευτών, αλλά τα αποτελέσματα αφορούσαν το σύνολο των επαγγελματιών που συμπεριλήφθηκαν.

Οι Townsend και Campbell (2009), διερεύνησαν τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή σε δικανικούς νοσηλευτές, οι οποίοι δούλευαν με ανθρώπους που είχαν υποστεί σεξουαλική κακοποίηση. Το δείγμα αποτελείτο από 110 δικανικούς νοσηλευτές με μακρόχρονη κλινική εμπειρία και κυρίως από γυναίκες (99%), ενώ περίπου τα μισά άτομα

του δείγματος ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού πτυχίου (43%). Ο μέση τιμή των ετών εργασίας στο τμήμα εγκληματολογίας ήταν 5,16 χρόνια. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις. Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής ήταν το «(CFST)» (Figley, 1995). Το εργαλείο αυτό επέδειξε υψηλή εσωτερική συνοχή στο δείγμα αυτό με συντελεστή Cronbach's alpha 0,91. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι περίπου το ένα τέταρτο του δείγματος ανέφεραν συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, σχετικής με σεξουαλική επίθεση. Παράγοντες, οι οποίοι βρέθηκε να σχετίζονται με την εκδήλωση συμπτωμάτων μετατραυματικής συνδρομής ήταν η έλλειψη υποστήριξης από την διοικητική υπηρεσία, οι ασαφείς θεραπευτικοί στόχοι, ο προσανατολισμός των παρεμβάσεων στην καταστολή και ο φόρτος εργασίας. Προστατευτικοί παράγοντες έναντι συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής περιλαμβάνουν την υποστήριξη από τους συναδέλφους, την ικανοποίησή λόγω τιμωρίας το θύτη, την ωριμότερη ηλικία και το υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης.

Στη μελέτη των Domnquez-Gomez & Rutledge (2009), το δείγμα αποτέλεσαν 67 νοσηλευτές εργαζόμενοι στα τμήματα επειγόντων περιστατικών τριών κοινοτικών νοσοκομείων. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να συμπληρώσουν το εργαλείο αξιολόγησης της έντασης συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale» (STSS) (Bride et al., 2004). Το 78% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 58% ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου σπουδών. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι το 33% του δείγματος περιέγραφαν συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Αναφορικά με τα συμπτώματα αναβίωσης, το συχνότερο από αυτά ήταν οι ενοχλητικές σκέψεις σχετικά με τους θεραπευόμενους. Από τα συμπτώματα της αποφυγής το συχνότερο αναφερόμενο σύμπτωμα από τους συμμετέχοντες ήταν η αποφυγή των θεραπευόμενων. Όσον αφορά την υποκλίμακα των συμπτωμάτων υπερεγρήγορης, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφεραν δυσκολία στον ύπνο ή ευερεθιστότητα.

Οι Quinal et al., (2009) αξιολόγησαν τα συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής χρησιμοποιώντας το εργαλείο STSS (Bride et al., 2004) σε 43 νοσηλευτές ογκολογίας, μέσω αυτό-συμπληρώμενων ερωτηματολογίων, τα οποία εστάλησαν ταχυδρομικά. Το 91% του δείγματος ήταν γυναίκες και το 37,2% ήταν απόφοιτοι πανεπιστημίου. Η τιμή 38 τέθηκε ως όριο, και τιμές ανώτερες αυτού θεωρούνταν ενδεικτικές της παρουσίας συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής του εργαλείου STSS βάσει του δείκτη Cronbach's alpha ήταν 0,91. Το

38% των συμμετεχόντων ανέφεραν αυξημένα επίπεδα συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Τα πέντε συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα ήταν δυσκολία έλευσης ύπνου, ενοχλητικές σκέψεις, ευερεθιστότητα, μείωση ενδιαφέροντος για το μέλλον και μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας.

Συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής αξιολογήθηκαν σε 216 νοσηλευτές, οι οποίοι εργάζονταν σε ξενώνα φροντίδας βαρέως πασχόντων τελικού σταδίου στη Φλόριντα των ΗΠΑ, με τη χρήση της κλίμακας Compassion Satisfaction and Fatigue Test (Abendroth & Flannery, 2006). Το δείγμα ήταν κυρίως γυναίκες (94%) με μέσο όρο ετών εργασίας τα 20,19 έτη και 5,65 χρόνια σε ξενώνα φροντίδας πασχόντων τελικού σταδίου. Σχεδόν το ήμισυ των συμμετεχόντων (46,8%) ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου σπουδών. Από την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε ότι το 26,4% (n=57) του δείγματος ήταν σε υψηλό κίνδυνο και το 52,3% (n=113) σε μέτριο κίνδυνο για την εκδήλωση συμπτωμάτων λόγω κόπωσης συμπόνιας.

Μια περιγραφική ποιοτική μελέτη για την κόπωσης συμπόνιας και την επαγγελματική εξουθένωση διεξάχθηκε από τους Maytum et al., (2004) με δείγμα 20 νοσηλευτές, οι οποίοι επιλέχθηκαν μέσω σκόπιμης δειγματοληψίας και οι οποίοι εργάζονταν σε παιδιατρικές κλινικές χρόνιων νοσημάτων. Οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες είχαν εργαστεί για τουλάχιστον 10 έτη στον τομέα της κλινικής νοσηλευτικής. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 11 ανοιχτές ερωτήσεις, όπως, «Περιγράψτε μου τις καταστάσεις για τις οποίες έχετε βιώσει συμπτώματα κόπωσης συμπόνιας», «Έχετε βιώσει επαγγελματική εξουθένωση ή αισθανθήκατε να είστε κοντά σε επαγγελματική εξουθένωση;». Για την ανάλυση εφαρμόστηκε ανάλυση περιεχομένου. Οι συχνότερες καταστάσεις που πυροδοτούσαν κόπωση συμπόνιας ήταν οι επώδυνες διαδικασίες στις οποίες υποβάλλονταν τα παιδιά και ο μεγάλος αριθμός θανάτων παιδιών που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες. Επίσης οι συμμετέχοντες περιέγραφαν ατομικές και ομαδικές στρατηγικές αντιμετώπισης καθώς επίσης και στρατηγικές αντιμετώπισης των συμπτωμάτων αυτών. Παραδείγματα ατομικών στρατηγικών αντιμετώπισης ήταν το χιούμορ, η θετική στάση και η ανάπτυξη μιας προσωπικής φιλοσοφίας για τη νοσηλευτική φροντίδα. Παραδείγματα στρατηγικών αντιμετώπισης ήταν ο απολογισμός με τους συναδέλφους, και η ανάπτυξη μιας προσωπικής συνειδητοποίησης για τους παράγοντες που μπορεί να οδηγήσουν σε κόπωση συμπόνιας.

Οι Meadors & Lamson (2008) διερεύνησαν τα συμπτώματα κόπωσης λόγω συμπόνιας σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε μονάδες εντατικής θεραπείας παιδιών

και τα δεδομένα λήφθηκαν κατά τη διάρκεια ενός εκπαιδευτικού σεμιναρίου. Το 62% (n=123) του δείγματος ήταν νοσηλευτές. Τα συμπτώματα κόπωσης συμπίπτει αξιολογήθηκαν βάσει ενός εργαλείου το οποίο κατασκευάστηκε από τους Meadors και Lamson (2008) για τις ανάγκες της μελέτης. Οι συμμετέχοντες που είχαν υψηλότερο επίπεδο στρες στην προσωπική ζωή τους ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κόπωσης λόγω συμπίπτει. Οι στρατηγικές αντιμετώπισης που φάνηκε να χρησιμοποιούν οι συμμετέχοντες στη μελέτη ήταν το χιούμορ, η ανάπτυξη υποστηρικτικών επαγγελματικών σχέσεων και η εστίαση της προσοχής τους στα πλεονεκτήματα της εργασίας παρά στα τραυματικά, αρνητικά γεγονότα του χώρου εργασίας.

Οι Robins et al., (2009) στη μελέτη τους για τη διερεύνηση των εμπειριών δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής σε 314 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε παιδιατρικό νοσοκομείο χρησιμοποίησαν το εργαλείο CFST (Figley & Stamm, 1996). Από το σύνολο του δείγματος, οι 136 ήταν νοσηλευτές. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι το 39% του δείγματος ανέφεραν μέτριο έως πολύ υψηλό κίνδυνο για την εμφάνιση συμπτωμάτων κόπωσης λόγω συμπίπτει. Υψηλότερα επίπεδα κόπωσης λόγω συμπίπτει σχετίζονται θετικά με τον αριθμό των ετών στην άμεση φροντίδα των πασχόντων.

3.2.2 Λειτουργικός Ορισμός δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής

Στενά συνδεδεμένες έννοιες με εκείνη της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής είναι η κόπωση λόγω συμπίπτει, η επαγγελματική εξουθένωση, η έκθεση σε τραυματικό γεγονός. Για το λόγο αυτό, οι έννοιες θα πρέπει να διαφοροποιούνται διότι η χρήση διαφορετικής ορολογίας που μερικές φορές αναφέρεται στην ίδια έννοια, συμβάλλει σε σύγχυση. Μια τέτοιου είδους σύγχυση και έλλειψη εννοιολογικής σαφήνειας, ενδεχομένως αποδυναμώνει την έρευνα για τη δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή (Missouridou 2017).

Παρ' όλο που στη βιβλιογραφία, όπως προαναφέρθηκε χρησιμοποιείται, και ο όρος κόπωση λόγω συμπίπτει στην παρούσα μελέτη θα χρησιμοποιείται στο εξής ο όρος δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή. Η αναγκαιότητα αυτή προκύπτει από το γεγονός ότι για την αξιολόγηση της έντασης του φαινομένου θα χρησιμοποιηθεί το εργαλείο το οποίο αναπτύχθηκε στη βάση των κριτηρίων κατά DSM-IV-TR (Sadock & Sadock, 2005) της διάγνωσης της αγχώδους διαταραχής μετά από τραυματικό στρεσογόνο γεγονός (PTSD).

Συγκεκριμένα, για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή ορίζεται ως το σύνδρομο ψυχο-νοητικής διαταραχής που

περιλαμβάνει συμπτώματα αναβίωσης, συμπεριφοράς αποφυγής, καθώς και υπερδιέγερσης που προκύπτουν μετά από έμμεση έκθεση του επαγγελματία υγείας, σε τραυματικά γεγονότα, και στο πλαίσιο της θεραπευτικής σχέσης με άτομο ή άτομα που είχαν άμεση έκθεση σε τραυματικά γεγονότα (Bride, 2004).

3.3 Εννοιολογικός Ορισμός για την Ενσυναίσθηση

Η ενσυναίσθηση αποτελεί θεμελιώδες συστατικό της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ νοσηλευτή – θεραπευόμενου και αυτό αντανακλάται στην ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Raynolds et al., 1999; Alligood, 2005). Η αξιολόγηση του βαθμού ενσυναίσθησης των νοσηλευτών μπορεί να χρησιμοποιηθεί και ως δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας. Ο Carl Rogers, είναι ο πρώτος ερευνητής που υποστήριξε τη σημαντικότητα της ενσυναίσθησης στη δημιουργία θεραπευτικής σχέσης. Επισημάνε την σημασία της ενσυναίσθησης, ως ενισχυτικό παράγοντα του θεραπευτικού αποτελέσματος. Στο ίδιο μοτίβο ο Jessiman (1999) υποστήριξε τη σπουδαιότητα της ενσυναίσθησης για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης, με τον Kalish (1971) να υπερθεματίζει ότι η ενσυναίσθηση είναι το πιο σημαντικό στοιχείο μιας θεραπευτικής σχέσης.

Η ενσυναίσθηση, αφορά μια διαφορούμενη έννοια, αφού δεν υπάρχει ομοφωνία σε σχέση με τον ορισμό της (Hojat et al., 2009). Παρόλο που στη βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές περιγραφές σχετικά με τα χαρακτηριστικά της ενσυναίσθησης, ως έννοια κρίνεται δύσκολη να περιγραφεί και να αξιολογηθεί (Hojat et al., 2009).

Συνολικά, η ενσυναίσθηση έχει περιγραφεί ως μια γνωστική διαδικασία, που αναφέρεται κυρίως στην κατανόηση των ανησυχιών ενός άλλου ατόμου. Σε άλλες περιπτώσεις, έχει περιγραφεί ως μια γνωστική διαδικασία κατανόησης του αισθήματος πόνου και ταλαιπωρίας ενός άλλου ατόμου (Hojat, 2007).

Η ενσυναίσθηση έχει οριστεί ως την ικανότητα αντίληψης των σκέψεων και τα συναισθημάτων ενός άλλου ατόμου, αλλά και την ικανότητα του θεραπευτή να μπορεί να επικοινωνεί αυτή την κατανόηση στο άλλο άτομο (Stein-Parbury, 2005). Ο Rogers (1957) ορίζει την ενσυναίσθηση, ως την ικανότητα του θεραπευτή να αισθανθεί το κόσμο του θεραπευόμενου “σαν να” είναι δικός του, χωρίς όμως να χάνεται η ποιότητα του “σαν να”. Αναφέρεται σε μια πλήρη κατανόηση, και ως εκ τούτου γνωστική και όχι συναισθηματική διεργασία, της εσωτερικής εμπειρίας ενός άλλου ατόμου και θεωρεί την ενσυναίσθηση ως τον πυρήνα της προσωποκεντρικής συμβουλευτικής προσέγγισης.

Ο Barret-Lennard (1980) υποστηρίζει ότι η ενσυναίσθηση αφορά ένα κυκλικό μοντέλο με τρία στάδια. Το πρώτο στάδιο αναφέρεται στην ικανότητα αναγνώρισης και κατανόησης των συναισθημάτων του άλλου ατόμου, το δεύτερο στάδιο αναφέρεται στην ικανότητα επικοινωνίας αυτής της κατανόησης στο άλλο άτομο, και το τρίτο στάδιο αναφέρεται στην αναγνώριση από το ίδιο το άτομο ότι έχει γίνει κατανοητός.

Ο Morse et al., (1992) εισηγείται τέσσερις βασικές διαστάσεις της έννοιας της ενσυναίσθησης: γνωστική, συναισθηματική, ηθική και συμπεριφορική. Η γνωστική πτυχή αναφέρεται στην αντίληψη προοπτικής, δηλαδή στην ικανότητα του επαγγελματία να κατανοεί τα πράγματα από την πλευρά του θεραπευόμενου, η συναισθηματική διάσταση αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία να κατανοεί τη συναισθηματική κατάσταση του θεραπευόμενου, η ηθική πτυχή αναφέρεται σε μια εσωτερική αλτρουιστική ικανότητα του θεραπευτή που τον κινητοποιεί για ενσυναίσθηση και η συμπεριφορική διάσταση που αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία να επικοινωνεί την ικανότητα του για ενσυναίσθηση.

Ο Davis (1994) χρησιμοποίησε ένα σύνθετο μοντέλο ενσυναίσθησης το οποίο αποτελείται από τέσσερις παράγοντες δύο γνωστικούς και δύο συναισθηματικούς. Ο πρώτος παράγοντας (1) Αντίληψη προοπτικής του άλλου (Perspective taking) αναφέρεται στη γνωστική ικανότητα του ατόμου να δει τα πράγματα από την άποψη του άλλου χωρίς απαραίτητα να υπάρχει οποιαδήποτε συναισθηματική συμμετοχή. Ο δεύτερος παράγοντας (2) η φαντασία (Fantasy) αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να ταυτιστεί με τα συναισθήματα και συμπεριφορές πλασματικών χαρακτήρων στον κινηματογράφο ή στη λογοτεχνία αναφορικά με διαστάσεις της εμπειρίας που βιώνει ο θεραπευόμενος. Ο τρίτος παράγοντας (3) το Ενσυναίσθητο ενδιαφέρον (Empathic Concern) αναφέρεται στα συναισθήματα ενδιαφέροντος ζεστασιάς και συμπάθειας του ατόμου προς άλλα άτομα, και τέλος ο παράγοντας (4) προσωπική ανησυχία ή ενσυναίσθητική ανησυχία (Personal Distress), αναφέρεται στα συναισθήματα ανησυχίας και έντασης που βιώνει το άτομο ως αντίδραση στο ακραίο γεγονός που βιώνεται από άλλα άτομα (Davis, 1980).

Πέρα από τους τέσσερις παράγοντες, οι Thornton & Thornton (1995), αναγνώρισαν και ένα πέμπτο παράγοντα που είναι το ταίριασμα της συμπεριφορικής αντίδρασης του θεραπευόμενου με εκείνη του θεραπευτή.

Ο Hojat et al., (2002) διακρίνει στην ενσυναίσθηση τη γνωστική διάστασή της και τη συναισθηματική διάσταση. Η γνωστική ενσυναίσθηση περιλαμβάνει την ικανότητα κατανόησης των εμπειριών και των συναισθημάτων του άλλου ατόμου και την οπτική των

γεγονότων από την προοπτική του θεραπευόμενου. Η συναισθηματική διάσταση του φαινομένου αναφέρεται στην πλήρη ταύτιση του θεραπευτή με τη συναισθηματική εμπειρία του θεραπευόμενου και ορίζεται ως συμπόνοια (Hojat, 2007).

Μέσα σε περιβάλλοντα υγείας ο Hojat et al., (2009) ορίζει την ενσυναίσθηση ως χαρακτηριστικό των επαγγελματιών υγείας που αφορά σε μία γνωστική δεξιότητα, η οποία περιλαμβάνει την κατανόηση των εμπειριών, των ανησυχιών και των αναγκών του θεραπευόμενου, και την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να επικοινωνούν αυτή την προσπάθεια για κατανόηση προς τους θεραπευόμενους.

Στις βασικές δεξιότητες για ενσυναίσθηση αναφέρονται και η αναγνώριση των συναισθημάτων που δεν εκφράζονται αλλά ο θεραπευόμενος αντιλαμβάνεται ότι γίνεται κατανοητός (Suchman et al., 1997). Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί μια γνωστική διαδικασία (Ightingale, 1991).

3.3.1 Ανασκόπηση της Βιβλιογραφίας για την Ενσυναίσθηση

Υπάρχει μια γενική αποδοχή ότι η ενσυναίσθηση αποτελεί θεμελιώδη συνιστώσα στη θεραπευτική σχέση μεταξύ θεραπευτή- θεραπευόμενου (Reynolds et al., 1999, Alligood, 2005). Επίσης, μέσα από ερευνητικές εργασίες υποστηρίζεται πως ο υψηλός βαθμός ενσυναίσθησης σχετίζεται με ποιοτικότερη θεραπευτική σχέση και θετικότερα κλινικά αποτελέσματα (Reynolds et al., 1999, Alligood, 2005). Ως αποτέλεσμα, ο βαθμός ενσυναίσθησης των νοσηλευτών θα πρέπει να θεωρείται ως ένα σημαντικός παράγοντας, κατά την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας υγείας.

Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να επικοινωνούν την κατανόηση τους προς την ιδιαίτερη κατάσταση που βιώνουν οι θεραπευόμενοί τους είναι βασικό συστατικό στη διαδικασία της ενσυναίσθησης, φαίνεται ότι μπορεί παράλληλα να επηρεάσει θετικά τους θεραπευόμενους και να συμβάλει στην αλλαγή των πεποιθήσεων τους για την κατάσταση της υγείας τους (Baker & Freeman, 2003). Ασθενείς με καρκίνο παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και κατάθλιψης ως αποτέλεσμα της φροντίδας που έλαβαν από νοσηλευτές που είχαν αναφέρει υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης (La Monica et al., 1987). Τα ευρήματα αυτά υποστηρίζονται και από άλλους ερευνητές (Olso, 1995) και δείχνουν , συνολικά, ότι τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και ο θυμός των πασχόντων μειώνονται, όταν αντιλαμβάνονται ότι τα συναισθήματά τους και οι εμπειρίες τους γίνονται κατανοητά και αποδεκτά από τους νοσηλευτές. Επιπλέον, η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας φαίνεται να είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην κινητοποίηση και στήριξη των

θεραπευόμενων (Kaplan, 1989). Επίσης, υποστηρίζεται ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ενσυναίσθησης των νοσηλευτών και των φοιτητών νοσηλευτικής και των θετικών θεραπευτικών αποτελεσμάτων, αλλά και αρνητική συσχέτιση μεταξύ του βαθμού ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας και του βαθμού αγωνίας και συμπτωμάτων άγχους των θεραπευόμενων (Murphy et al., 1992; Reid-Ponte, 1992; Olson, 1995; Olson & Hanchett, 1997). Ωστόσο, άλλοι ερευνητές κατάγραψαν ακριβώς τα αντίθετα αποτελέσματα, αφού έδειξαν ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ του βαθμού ενσυναίσθησης των νοσηλευτών και των θεραπευτικών αποτελεσμάτων και της ικανοποίησης των θεραπευόμενων από την παρεχόμενη φροντίδα (Warner, 1992; Watt- Watson et al., 2000; Yang et al. 2014). Αυτά τα αντιφατικά αποτελέσματα μπορεί να οφείλονται στην υποκειμενική και πολύπλοκη διάσταση της έννοιας της ενσυναίσθησης (Juping Yu & Maggie Kirk, 2009; Gallagher et al. 2017).

Η υιοθέτηση συμπεριφοράς ενσυναίσθησης από τους επαγγελματίες υγείας κατά την κλινική τους πρακτική μπορεί να είναι ιδιαίτερα ευεργετική και για τους ίδιους, αφού σε χώρους παροχής χρόνιας φροντίδας υγείας οι νοσηλευτές που είχαν στενότερη θεραπευτική σχέση με τους θεραπευόμενους ανέφεραν και ψηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017; McGilton et al., 2006; Yuguero et al. 2017). Η ενσυναίσθηση φάνηκε να σχετίζεται με προαγωγή της προσωπικής ανάπτυξης του επαγγελματία υγείας, αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση και χαμηλότερο βαθμό εργασιακής έντασης (Alligood, 2005; Reynolds et al., 1999). Από την άλλη, η απουσία της ενσυναίσθησης κατά την ανάπτυξη μιας θεραπευτικής σχέσης φαίνεται να οδηγεί σε δυσμενή κλινικά αποτελέσματα λόγω απουσίας κατανόησης προς τις ανάγκες των θεραπευόμενων και ως εκ τούτου ως προς την αντιμετώπισή τους (Ramjan, 2004; Terezan et al. 2017).

3.3.2 Λειτουργικός Ορισμός για την Ενσυναίσθηση

Στην παρούσα μελέτη η ενσυναίσθηση ορίζεται ως μία γνωστική διεργασία που περιλαμβάνει την κατανόηση των εμπειριών, των ανησυχιών και των προοπτικών του θεραπευόμενου, αλλά και την ικανότητα του επαγγελματία υγείας να επικοινωνεί αυτή την κατανόηση (Hojat et al., 2009).

3.4 Εννοιολογικός ορισμός για την Υγεία

Σύμφωνα με τον ορισμό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (ΠΟΥ), ο οποίος αν και διατυπώθηκε το 1948 παραμένει επικαίρος όσο ποτέ, ως υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής νευρονοητικής (ψυχικής) και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή ανικανότητας (Grad 2002). Αντανακλά την ικανότητα των ανθρώπων ή των κοινοτήτων να προσαρμόζονται και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά σωματικές, νευρονοητικές, ψυχολογικές και κοινωνικές αλλαγές (Huber et al. 2011).

Η αντίληψη για την υγεία και η ασθένεια, κατά κύριο λόγο προσδιορίζονται κοινωνικά, και επομένως διαφέρουν ανάλογα με τις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες, τις ιδέες και πεποιθήσεις, την εκπαίδευση και την παιδεία αλλά και τις θρησκευτικές αντιλήψεις για τη ζωή, τον θάνατο, την αμαρτία, την τιμωρία, το μίasma, καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα (για τα όρια του, την καθαριότητα, την εικόνα του, το φύλο του) που υπάρχουν σε κάθε κοινωνική ομάδα. Συνεπακόλουθα, και οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση της υγείας ενός πληθυσμού, βρίσκονται σε άμεση συσχέτιση με τον τρόπο που γίνεται αντιληπτή η υγεία και η ασθένεια από μία κοινωνική ομάδα (REF).

Οι κυριότεροι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού είναι: 1) γενετικοί, 2) περιβαλλοντικοί, όπως ο τρόπος διαβίωσης, ο τύπος κατοικίας, το είδος και οι συνθήκες εργασίας, ο βαθμός ρύπανσης περιβάλλοντος, 3) συμπεριφορικοί, όπως είδος διατροφής, κάπνισμα και χρήση εθιστικών ουσιών, βαθμός σωματικής άσκησης, 3) άμεσα σχετιζόμενοι με το σύστημα και τις υπηρεσίες υγείας, και 5) σχετικοί με τους κοινωνικούς θεσμούς, όπως το σύστημα εκπαίδευσης, και ο βαθμός στον οποίο αφορά ζήτημα και συμπεριφορές υγείας (WHO, 2017).

Με βάση τον ορισμό του ΠΟΥ για την υγεία οι Green & Tones (2010) και Scriven (2010) αναφέρθηκαν στις διαστάσεις της υγείας:

Σωματική Υγεία: Είναι η πιο εμφανής διάσταση της υγείας και αφορά στη μηχανιστική λειτουργία του σώματος. Η σωματική υγεία από τη μια συνδέεται με την ελαχιστοποίηση της ασθένειας και της αναπηρίας και από την άλλη μπορεί να αναφέρεται σε ένα ικανοποιητικό επίπεδο σωματικής κατάστασης, ώστε το άτομο να κατακτήσει τους στόχους του ή και τις απαραίτητες εμπειρίες για την ευημερία του.

Ψυχική Υγεία: Αναφέρεται στην ικανότητα του ατόμου να σκέφτεται καθαρά και συνεκτικά. Η έννοια της ψυχικής υγείας μπορεί να έχει γνωστικές και συναισθηματικές διαστάσεις. Η

συναισθηματική διάσταση της ψυχικής υγείας εμπεριέχει συναισθήματα. Η γνωστική διάσταση της ψυχικής υγείας μπορεί να ενσωματωθεί στο ολιστικό μοντέλο της υγείας αναφερόμενη στο επίπεδο το οποίο τα άτομα εκπληρώνουν το μέγιστο πνευματικό δυναμικό τους (Green & Tones, 2010; Scriven, 2010).

Ο ΠΟΥ ορίζει την ύπαρξη ψυχικής υγείας ως μια κατάσταση ευεξίας στην οποία ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται τη δική του δυναμική, μπορεί να εργάζεται παραγωγικά και αποτελεσματικά και είναι ικανός να συνεισφέρει στη δική του κοινωνία (Huber et al. 2011).

3.4.1 Ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για το στρες, τη σωματική και ψυχική υγεία και ασθένεια

Η υγεία ως αγαθό θεωρείται ίσως ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία μιας πλήρους και ευτυχισμένης ζωής. Στη διάρκεια της ανθρώπινης ιστορίας η έννοια της υγείας διέφερε ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς, και οι περισσότεροι από αυτούς την θεωρούσαν ολιστικά σαν ένα είδος αρμονίας ανάμεσα στο άτομο στο περιβάλλον του (Σουρτζή 1998). Όπως ήταν φυσικό, οι επιστήμονες επικεντρώθηκαν στο θέμα της υγείας και στους παράγοντες που την επιβαρύνουν, με στόχο την εντόπιση στοιχείων προς υιοθέτηση αλλά ή και προς αποφυγή.

Η σχέση του στρες με την υγεία ήταν αδύνατο να αφήσει ανεπηρέαστους τους σύγχρονους ερευνητές που κατέβαλαν μεγάλη προσπάθεια τα τελευταία 20-30 χρόνια στη διερεύνηση των συνεπειών του στην υγεία. Έρευνες αναφέρουν ότι η αντίδραση στρες, δημιουργείται όταν το άτομο αντιμετωπίζει ένα πιεστικό ερέθισμα και σχετίζεται με την έναρξη και τη πορεία αρκετών ασθενειών (Καραδήμας, 2005). Ο Καραδήμας (2005), υποστήριξε επίσης ότι αρνητικά συναισθήματα και η έκθεση σε συνθήκες παρατεταμένους στρες επιδρούν στη σωματική υγεία μέσω διαφόρων οδών και μηχανισμών: άμεσα μέσω του ενδοκρινικού, νευρικού και ανοσοποιητικού συστήματος και έμμεσα μέσω των επιδράσεων τους στις συνήθειες και στη συμπεριφορά του ατόμου. Επιπλέον, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι αρκετά άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες τείνουν να υιοθετούν συμπεριφορές ή συνήθειες που συμβάλουν στην βραχυπρόθεσμη αντιμετώπιση του, όπως κατανάλωση αλκοόλ, φαρμάκων, εθιστικών ουσιών ή καπνίσματος, αλλά μακροπρόθεσμα οι συμπεριφορές αυτές μπορεί να προκαλέσουν σωματική επιβάρυνση (Morrison and Bennett, 2006). Επιπρόσθετα, συγκεκριμένα νοσήματα, παρουσιάζουν υψηλή συνάφεια με την ύπαρξη στρες. Οι κυριότερες από αυτές είναι οι γαστρεντερολογικές διαταραχές, τα καρδιαγγειακά νοσήματα (υπέρταση, έμφραγμα μυοκαρδίου, καρδιακή ανακοπή), ο σακχαρώδης διαβήτης, ο καρκίνος, τα αυτοάνοσα νοσήματα (Miller, 1983).

Νεότερα ερευνητικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι η έκθεση σε συνθήκες παρατεταμένου στρες διαδραματίζει σημαντικό ρόλο τόσο στην εκδήλωση αλλά και στην πορεία των καρδιαγγειακών νοσημάτων (Bankier and Littman, 2002; Kivimaki et al., 2002; Kuper et al., 2002). Επιπρόσθετα, τα συμπτώματα κατάθλιψης φαίνεται ότι αυξάνουν τον κίνδυνο σακχαρώδους διαβήτη, υπερλιπιδαιμίας και καρδιαγγειακών νοσημάτων (Wiltink et al., 2010). Φαίνεται πως οι διαταραχές της διάθεσης, αλλά και οι αγχώδεις διαταραχές, σχετίζονται με την ενεργοποίηση του υποθάλαμου-υποφυσιακού-επινεφριδιακού άξονα, την έκκριση προ-φλεγμονωδών κυτοκινών, την αύξηση των αιμοπεταλίων, την αύξηση της χοληστερίνης και την εναπόθεση αθηρωματικής πλάκας στο ενδοθήλιο των αγγείων και την απώλεια του παρασυμπαθητικού καρδιακού ελέγχου, καταστάσεις που αυξάνουν τον κίνδυνο για καρδιαγγειακές παθήσεις και καρδιακή ανακοπή (Everson-Rose and Lewis, 2005).

Σε επισκόπηση ερευνών που μελέτησε τη σχέση συμπτωμάτων άγχους και νόσου παρατηρήθηκε ένα ευρύ φάσμα συνεπειών: μείωση της λειτουργίας του ανοσοποιητικού σε βαθμό που μπορεί να αυξήσει την ευπάθεια σε λοιμώξεις και να επιταχύνει την μετάσταση σε καρκινοπαθείς, δημιουργία αθηρωματικής πλάκας και θρόμβων που μπορεί να οδηγήσει σε έμφραγμα του μυοκαρδίου, μεταβολικές διαταραχές και επιτάχυνση της εμφάνισης του σακχαρώδους διαβήτη τύπου I, επιδείνωση ή πρόκληση ασθματικής κρίσης, εμφάνιση έλκους στο γαστρεντερικό σύστημα και κολίτιδας, βλάβη των νευρώνων του ιππόκαμπου και έκπτωση της μνήμης (McEwen and Stellar, 1993). Συνοψίζοντας, διαπιστώνεται ότι η έκθεση σε συνθήκες παρατεταμένου στρες, τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης σχετίζονται με την παρουσία αρκετών συστηματικών νοσημάτων.

Όσον αφορά τους επιβαρυντικούς παράγοντες για εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης εκτός από το φύλο, το οικογενειακό ιστορικό για ψυχιατρική νόσο, το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο αναφέρεται και το είδος του επαγγέλματος (Lorant et al. 2003). Έρευνες υποστηρίζουν αυξημένα ποσοστά ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών σε απασχολούμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα, με τους επαγγελματίες υγείας να καταλαμβάνουν ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά (Edwards et al. 2000; Tennant, 2001; Karanikola et al. 2015). Οι ιδιαίτεροι εργασιακοί παράγοντες όπως το ασταθές ωράριο, η επαφή με το θάνατο, η ευθύνη λήψης σημαντικών αποφάσεων, (Kandri et al, 2004), παράλληλα με την ευθύνη για την ανθρώπινη ζωή και όχι για αντικείμενα, και αφετέρου το γεγονός ότι οι πράξεις ή οι παραλήψεις τους, έχουν αντίκτυπο στους ίδιους τους ανθρώπους αυτούς, είναι ανάμεσα στους παράγοντες που

ευθύνονται για τα υψηλά αυτά ποσοστά για εκδήλωση ψυχολογικών και ψυχιατρικών διαταραχών (Sapountzi & Lemonidou, 1994).

3.4.2 Λειτουργικός Ορισμός για την Υγεία

Στην παρούσα μελέτη η υγεία ορίζεται βάσει του ΠΟΥ, ως η κατάσταση πλήρους σωματικής, νευρονητικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλώς η απουσία ασθένειας ή ανικανότητας (Grad 2002).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

4.1 Σκοπός της παρούσας μελέτης και ερευνητικός σχεδιασμός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνηθεί στους Ελληνο-Κυπρίους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας (ΝΨΥ) το φαινόμενο του ηθικού αδιεξόδου και η σχέση του με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή, το βαθμό ενσυναίσθησης, καθώς και το επίπεδο γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας. Δεδομένου ότι δεν υπάρχει προηγούμενη καταγραφή αναφορικά με τα ζητήματα αυτά στους Ελληνο-Κυπρίους ΝΨΥ, και ταυτόχρονα οι σχετικές μελέτες είναι αρκετά περιορισμένες στον διεθνή χώρο (Ohnishi et al., 2010), χρησιμοποιήθηκε συνδυασμός ποιοτικής και ποσοτικής μεθοδολογίας για την αρτιότερη κατανόηση των φαινομένων (Ιωσηφίδης, 2001).

Ερευνητικός Σχεδιασμός

Για τις ανάγκες της παρούσας μελέτης εφαρμόστηκε συνδυασμός ποιοτικής και ποσοτικής μεθοδολογίας. Στο πλαίσιο της ποιοτικής μεθοδολογίας χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση περιεχόμενου για τη διερεύνηση του βιώματος του ηθικού αδιεξόδου των νοσηλευτών ψυχικής υγείας. Στο πλαίσιο της ποσοτικής μεθοδολογίας εφαρμόστηκε περιγραφική μελέτη συσχετίσεων με συγχρονικές συγκρίσεις, για τη διερεύνηση της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου και της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, καθώς και για τη μεταξύ τους σχέση, και τη σχέση τους με το βαθμό ενσυναίσθησης και το επίπεδο γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής).

Οι δύο τρόποι μεθοδολογίας έτρεξαν παράλληλα με διακριτούς στόχους και όχι διαδοχικά. Το ποσοτικό μέρος περιλάμβανε τη συλλογή δεδομένων μέσω δομημένου ερωτηματολογίου. Το ποιοτικό μέρος περιλάμβανε τη διαδικασία συλλογής ποιοτικών δεδομένων μέσω ομάδων εστιασμένης συζήτησης αναφορικά με το φαινόμενο βιωμάτων ηθικού αδιεξόδου από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Κυπριακή Δημοκρατία.

Η επιλογή της ποιοτικής μεθοδολογίας στηρίχθηκε στο δεδομένο ότι δεν υπάρχει προηγούμενη καταγραφή αναφορικά με τα ζητήματα αυτά στους Ελληνο-Κυπρίους νοσηλευτές ψυχικής υγείας, ενώ την ίδια στιγμή οι σχετικές μελέτες είναι επίσης αρκετά περιορισμένες στο διεθνή χώρο (Ohnishi et al., 2010, Deady & McCarthy 2010, Lützen et al., 2010, Musto et al 2012, Jansen & Hanssen 2016). Η μέθοδος των ομάδων εστιασμένης συζήτησης επιλέχθηκε καθώς μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους

ποιοτικού ή ποσοτικού χαρακτήρα στο πλαίσιο πολυ-μεθοδολογικών προσεγγίσεων (Ιωσηφίδης, 2001). Στο πλαίσιο αυτό, τα ποιοτικά δεδομένα της παρούσας μελέτης αναμένεται να συμβάλουν α) στην πληρέστερη και σε βάθος κατανόηση των φαινομένων υπό διερεύνηση, β) στην ερμηνεία των ποσοτικών αποτελεσμάτων (Karanikola and Parathanasoglou, 2014).

Συνολικά, μέσα από τη συνδυασμένη χρήση της ποιοτικής και της ποσοτικής μεθοδολογίας επιτυγχάνεται α) ο συγκερασμός των θετικών στοιχείων κάθε μεθόδου και η συρρίκνωση των αδυναμιών κάθε μεμονωμένης μεθόδου, με απώτερο αποτέλεσμα την αλληλο-ενίσχυση κάθε μίας από αυτές τις μεθόδους, β) η τριγωνοποίηση των ερευνητικών ευρημάτων και επομένως η ενίσχυση της εσωτερικής εγκυρότητας της μελέτης και γ) συνολικά η αποφυγή λανθασμένων συμπερασμάτων (Ιωσηφίδης, 2001).

4.1.1. Σκοπός ποιοτικής μελέτης

Σκοπός της παρούσας ποιοτικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της βιωματικής εμπειρίας του ηθικού αδιεξόδου των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας στην Κύπρο.

Επιμέρους στόχοι ποιοτικής μελέτης

Διερεύνηση των αντιλήψεων και των νοημάτων των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας στην Κύπρο σχετικά με

- (α) βιώματα ηθικού αδιεξόδου που απορρέουν από τον επαγγελματικό ρόλο τους
- (β) έλεγχο των θεματικών ενοτήτων του αναθεωρημένου εργαλείου ποσοτικοποίησης της έντασης ηθικού αδιεξόδου «Moral Distress Scale-R/Nurse Questionnaire/Adult» (Hamric et al., 2012).

4.1.2. Σκοπός ποσοτικής μελέτης

Σκοπός της ποσοτικής 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, το βαθμό ενσυναίσθησης και το επίπεδο γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας.

Επιμέρους στόχοι ποσοτικής μελέτης

Επιμέρους στόχοι της ποσοτικής μελέτης ήταν η διερεύνηση στους Ελληνο-Κυπρίους ΝΨΥ:

- των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών των εργαλείων αξιολόγησης της έντασης της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale», του εργαλείου αξιολόγησης της έντασης και της συχνότητας ηθικού αδιεξόδου «Moral Distress Scale-R-NQA», και του εργαλείου αξιολόγησης του βαθμού ενσυναίσθησης «Jefferson Scale of Empathy».
- της σχέσης μεταξύ έντασης και συχνότητας ηθικού αδιεξόδου και δημογραφικών, ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών
- της σχέσης μεταξύ έντασης δευτερογενούς μετάτραυματικής συνδρομής και δημογραφικών, ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών
- της σχέσης μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής
- του βαθμού ενσυναίσθησης
- του επιπέδου γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής)
- της σχέσης μεταξύ έντασης ηθικού αδιεξόδου, δευτερογενούς τραυματικής συνδρομής, βαθμού ενσυναίσθησης και επιπέδου γενικής υγείας.

4.1.3. Ερωτήματα - Ερευνητικές Υποθέσεις

Ερωτήματα:

Ερώτημα 1: Ποια είναι η σχέση μεταξύ της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου και των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας;

Ερώτημα 2: Ποια είναι η σχέση της συχνότητας και της έντασης του ηθικού αδιεξόδου και των υπόλοιπων κύριων μεταβλητών της μελέτης του (1) επιπέδου γενικής (σωματικής και ψυχικής) Υγείας (GHQ-28), (2) της Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής (STSS) και (3) του βαθμού ενσυναίσθησης (JSE);

Ερώτημα 3: Ποια είναι η σχέση μεταξύ της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών;

Ερώτημα 4: Ποια είναι η συσχέτιση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής με τις κύριες μεταβλητές της μελέτης (1) το επίπεδο γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (GHQ-28) , (2) το ηθικό αδιεξοδο (MDS-R-NQA) και (3) το βαθμό ενσυναίσθησης (JSE);

Ερώτημα 5: Ποια είναι η σχέση του βαθμού ενσυναίσθησης και ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών;

Ερώτημα 6: Ποια είναι η σχέση του επίπεδου γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (GHQTOT) και των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας;

Ερώτημα 7: Ποια είναι η σχέση του επιπέδου γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (GHQTOT) και τις κύριες μεταβλητές της μελέτης της (1) δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, (2) του ηθικολυ αδιεξόδου (MDS-R-NQA) και (3) του βαθμού ενσυναίσθησης (JSE);

Ερευνητικές Υποθέσεις:

Q1: Η σχέση μεταξύ ΣΗΑ και συμπτωμάτων ΔΤΣ διαμεσολαβείται από την ένταση γενικών συμπτωμάτων διαταραγμένης σωματικής και ψυχικής υγείας.

Q2: Η σχέση μεταξύ Ικανοποίησης από τη Θεραπευτική σχέση (ΙΘΣ) και συμπτωμάτων Επαγγελματικής Ικανοποίησης (ΕΙ) διαμεσολαβείται από τον βαθμό της Ενσυναίσθησης.

4.2. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Τα θέματα ηθικής και δεοντολογίας που διέπουν τη συγκεκριμένη έρευνα σχετίζονται με τη εξασφάλιση γραπτών αδειών/ εγκρίσεων από όλους τους αρμόδιους φορείς, τη διατήρηση της εμπιστευτικότητας των δεδομένων, τη διαφύλαξη του απορρήτου, την ασφάλεια των συμμετεχόντων και τη δίκαιη μεταχείρισή τους. Ο σχεδιασμός της μελέτης συμβαδίζει με τις πρόνοιες της Διακήρυξης του Ελσίνκι (Declaration of Helsinki) οι οποίες αφορούν τη βιοιατρική έρευνα, που όπως υποστηρίζουν οι Beaglehole & Bonita (2001) και διασφαλίζουν τις τέσσερις βασικές αρχές για διεξαγωγή έρευνας: α) τη διατήρηση της αυτονομίας, β) το σεβασμό στα ανθρώπινα δικαιώματα, γ) την αξιοπρέπεια και την ελευθερία και δ) την αρχή της ωφελιμότητας (Beaglehole & Bonita, 2001). Για την διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκε άδεια από την Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου, από την Επιτροπή ηθικής και Δεοντολογίας του τμήματος Επιστημών Υγείας του ΤΕΠΑΚ, καθώς επίσης και από το Υπουργείο Υγείας Κύπρου (Αρ. Πρωτ.: 0309/2015), Διεύθυνση Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και από τη Διεύθυνση Νοσηλευτικών Υπηρεσιών. Επίσης πραγματοποιήθηκε προσωπική επαφή με την Προϊστάμενη Νοσηλευτική Λειτουργό των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας, για ενημέρωση και λήψη προφορικής συναίνεσης για τη διεξαγωγή της έρευνας. Επιπλέον, εξασφαλίστηκαν τα απαραίτητα δικαιώματα χρήσης των εργαλείων από τους δημιουργούς τους.

Οι νοσηλευτές κλήθηκαν να συμμετάσχουν στη μελέτη εθελοντικά με τη διαβεβαίωση ότι όλες οι πληροφορίες θα είναι εμπιστευτικές. Τους ζητήθηκε με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου να συμπληρώνουν ταυτόχρονα και το έντυπο συγκατάθεσης που περιλάμβανε πληροφορίες σχετικά με το σκοπό της έρευνας αλλά και τα δικαιώματά τους με τη συμμετοχή τους στην ερευνητική διαδικασία.

4.3. Πληθυσμός στόχος

4.3.1. Πληθυσμός στόχος ποιοτικής μελέτης

Οι συμμετέχοντες είχαν επιλεγεί με σκόπιμη δειγματοληψία (purposive sampling) (Jamieson & Williams, 2003) αφού στόχος ήταν να εξασφαλιστεί μια ειδική σύνθεση στην ομάδα (Morgan, 1988), και ακολουθήθηκε η προτεινόμενη διαδικασία δημιουργίας ομάδων εστιασμένης συζήτησης από τη σχετική βιβλιογραφία (Bloor et al., 2001, Stewart et al., 2007, Bowling, 2009, Krueger & Casey, 2009).

Τα άτομα είχαν επιλεγεί ώστε να εξασφαλίζουν ομοιογένεια όσον αφορά το κοινό χαρακτηριστικό, στη προκειμένη περίπτωση να είναι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας, που εργάζονται στις Υπηρεσίες Ψυχικής υγείας, αλλά ταυτόχρονα να διαφοροποιούνται μεταξύ τους ως προς τις εμπειρίες τους, ηλικία, κλινική εμπειρία, χώρος εργασίας ώστε να είναι εφικτή η έκφραση διαφορετικών ή και αντιφατικών απόψεων (Holloway & Wheeler, 1996, Krueger & Casey, 2009). Η επιλογή από τα διάφορα τμήματα προσφερόμενης φροντίδας, όπως από τις Μονάδες Εσωτερικής Νοσηλείας, Κοινωνική Νοσηλευτική και Τοξικοεξαρτήσεις, καθώς και από τα τμήματα Παιδιών και εφήβων εξασφάλισαν αυτή τη λεπτή ισορροπία της ομοιογένειας από τη μια αλλά και της διαφοροποίησης από την άλλη.

Για το σκοπό αυτό στάλθηκε μια σχετική ανακοίνωση σε όλα τα τμήματα των ΥΨΥ της Κύπρου, αναφορικά με την έναρξη της παρούσας μελέτης συνοδευόμενη από μια σύντομη περιγραφή της μελέτης με σαφή και κατανοητό τρόπο, στην οποία αναφερόταν ο σκοπός και οι στόχοι της μελέτης και η μεθοδολογία που θα εφαρμοζόταν. Επιπλέον, στην ανακοίνωση αναφερόταν ο φορέας μελέτης και τα στοιχεία των ερευνητών, προκειμένου τα άτομα τα οποία επιθυμούσαν να συμμετάσχουν στην ποιοτική μελέτη και στις ομάδες εστιασμένης συζήτησης να μπορούσαν να έρθουν σε επαφή με τους ερευνητές.

4.3.2. Πληθυσμός στόχος ποσοτικής μελέτης

Τον πληθυσμό στόχο της παρούσας μελέτης αποτελέσαν όλοι οι νοσηλευτές που εργάζονται στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας της Κύπρου, με απώτερο σκοπό να προσεγγιστεί ο μεγαλύτερος βαθμός αντιπροσωπευτικότητας των συλλεγθέντων δεδομένων (Μερκούρης, 2008). Δεν μπορέσαμε να υπολογίσουμε το κατάλληλο μέγεθος δείγματος διότι δεν υπάρχουν προηγούμενες μελέτες. Επομένως, επιχειρήσαμε να στρατολογήσουμε το μέγιστο δυνατό μέγεθος δείγματος και εφαρμόστηκε η μέθοδος της απογραφικής δειγματοληψίας. Για το λόγο αυτό διανεμήθηκαν 360 ερωτηματολόγια, σε όλα τα διαθέσιμα μέλη του πληθυσμού στόχο. Ωστόσο, προκειμένου να πετύχουμε στατιστική σημαντική συσχέτιση της τάξης του 0,3 με στατιστική ισχύ 90% απαιτούν κατ'ελάχιστο 90 άτομα (Cohen, 1994). Ωστόσο, δεδομένου ότι στη συγκεκριμένη μελέτη διερευνήθηκαν τα μετρικά χαρακτηριστικά του εργαλείου της ενσυναίσθησης JSE, το ελάχιστο ορίστηκε στα 200 άτομα (rule of thumb) δηλαδή 10 άτομα ανά αντικείμενο εργαλείου.

Να σημειωθεί ότι, οι υπηρεσίες για θέματα ψυχικής υγείας στην Κύπρο παρέχονται μόνο από τον κρατικό φορέα. Ο πληθυσμός στόχος της παρούσας μελέτης αφορά στους νοσηλευτές των ΥΨΥ σε παγκύπρια εμβέλεια, και συγκεκριμένα στους νοσηλευτές του ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αθαλάσσας, των Ψυχιατρικών Κλινικών των Γενικών Νοσοκομείων Λεμεσού και Λευκωσίας, των Κοινοτικών Υπηρεσιών Λευκωσίας, Λεμεσού, Πάφου, Λάρνακας και Αμμοχώστου, των Δομών Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, των Δομών Τοξικοεξαρτήσεων, των Παιδοψυχιατρικών Τμημάτων. Συγκεκριμένα, κατόπιν ενημέρωσης του προϊστάμενου των νοσηλευτικών ΥΨΥ και των υπευθύνων νοσηλευτικών λειτουργιών των υπό μελέτη τμημάτων διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια στον πληθυσμό στόχο εν ώρα εργασίας.

4.4. Δειγματοληψία

4.4.1. Δειγματοληψία ποιοτικής μελέτης

Το δείγμα αποτέλεσαν δύο ομάδες εστιασμένης συζήτησης. Η πρώτη ομάδα πραγματοποιήθηκε στην πόλη της Λεμεσού και αποτελείτο από 14 άτομα. Η συνάντηση πραγματοποιήθηκε σε αίθουσα συνεδριάσεων μακριά από το χώρο εργασίας. Η δεύτερη ομάδα πραγματοποιήθηκε στη Λευκωσία σε αίθουσα συνεδριάσεων των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας και συμμετείχαν 7 άτομα. Η οργάνωση των ομάδων εστίασης σταμάτησε με βάση το φαινόμενο του κορεσμού των πληροφοριών που αναδύθηκαν (Holloway & Wheeler, 1996,

Krueger & Casey, 2009) κατά τη διαδικασία ταυτόχρονης ανάλυσης και συλλογής (Munhall, 1994).

Κριτήρια εισόδου/ αποκλεισμού ποιοτικής μελέτης

Η επιλογή του δείγματος της ποιοτικής μελέτης πραγματοποιήθηκε με βάση τα συγκεκριμένα κριτήρια:

- επαρκής εμπειρία ως νοσηλεύτης στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας τουλάχιστον 2 ετών
- άτομα με ικανότητα αναστοχασμού και γνωστικής επεξεργασίας των εμπειριών του εργασιακού και κοινωνικού περιβάλλοντος,
- άτομα με επαρκή ικανότητα περιγραφής και διάθεση επικοινωνίας της βιωματικής εμπειρίας με τον ερευνητή και τους αποδέκτες της μελέτης,
- επίσης, για συμμετοχή στην έρευνα απαραίτητη προϋπόθεση ήταν η έκφραση επιθυμίας συμμετοχής στην έρευνα, μετά από ενημέρωση.

4.4.2. Δειγματοληψία ποσοτικής μελέτης

Η συλλογή των ποσοτικών δεδομένων έγινε μέσω αυτό-συμπληρούμενου ερωτηματολογίου που περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με δημογραφικά, ατομικά, επαγγελματικά χαρακτηριστικά, καθώς και δομημένα εργαλεία πολλαπλών απαντήσεων για την ποσοτικοποίηση της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου (MDS-R-NQA), της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής (STSS), του επιπέδου γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (GHQ-28) και του βαθμού ενσυναίσθησης (JSE).

Κριτήρια εισόδου/ αποκλεισμού ποσοτικής μελέτης

Για την επιλογή του δείγματος της ποσοτικής μελέτης τέθηκαν τα παρακάτω κριτήρια:

- α) τουλάχιστον εξάμηνη εμπειρία στις ΥΨΥ, (β) άριστη γνώση της ελληνικής γλώσσας, και γ) εργοδότηση στον κλινικό χώρο.

Η επιλογή του δείγματος της ποσοτικής μελέτης πραγματοποιήθηκε με βάση το μόνο συγκεκριμένο κριτήριο να εργάζεται ως νοσηλεύτης στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και να συναινέσει για τη συμμετοχή του στην έρευνα μετά από ενημέρωση.

4.5. Συλλογή δεδομένων

4.5.1. Συλλογή ποιοτικών δεδομένων

Η συλλογή των ποιοτικών δεδομένων έγινε με τη μέθοδο της σκόπιμης δειγματοληψίας και μέσω ημιδομημένου οδηγού συνέντευξης, βάσει της ανάλυσης περιχομένου. Το δείγμα αποτέλεσαν δύο ομάδες εστιασμένης συζήτησης 14 ατόμων 7 ατόμων αντίστοιχα. Η οργάνωση των ομάδων εστίασης σταμάτησε με βάση το φαινόμενο του κορεσμού στις πληροφορίες που αναδύονταν (Holloway & Wheeler, 1996, Krueger & Casey, 2009) κατά τη διαδικασία ταυτόχρονης ανάλυσης και συλλογής (Munhall, 1994).

Εργαλείο συλλογής ποιοτικών δεδομένων – οδηγός συνέντευξης

Για τη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων εφαρμόστηκε ο παρακάτω οδηγός συνέντευξης.

1. Περιγράψτε μου καταστάσεις οι οποίες έρχονται σε αντίθεση με τις αρχές σας στο χώρο εργασίας σας. Πώς νιώθετε; Τι κάνετε;
2. Θεωρείτε ότι η εργασία σας επηρεάζει με κάποιο τρόπο τη ζωή σας;
3. Σας επηρεάζουν με κάποιο τρόπο οι τραυματικές εμπειρίες που σας περιγράφουν οι θεραπευόμενοί σας; Δώστε ένα παράδειγμα.

Ομάδες εστιασμένης συζήτησης

Για τη συλλογή των ποιοτικών δεδομένων εφαρμόστηκε η μέθοδος των ομάδων εστιασμένης συζήτησης (Focus groups). Με τη χρήση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης υπήρξε η δυνατότητα για ταυτόχρονη παρουσίαση των απόψεων των συμμετεχόντων και την ανάδειξη των πραγματικά σημαντικών θεμάτων, έτσι όπως τα αντιλαμβάνονταν και τα ιεραρχούσαν οι ίδιοι οι συμμετέχοντες. Η αλληλεπίδραση των μελών της ομάδας είναι μια σημαντική πηγή πληροφοριών για τον ερευνητή (Macnaghten & Myers, 2004), ενώ η αξιοποίηση αυτού του στοιχείου εμπλουτίζει την ανάλυση αναδεικνύοντας θέματα που σχετίζονται με τη δυναμική η οποία μπορεί να αναπτυχθεί κατά τη διάρκεια της ομαδικής συζήτησης (Μωραΐτη, Παπαδάτου, 2010). Στόχος ήταν τα αποτελέσματα της ανάλυσης των ποιοτικών δεδομένων να συμβάλουν στην αρτιότερη ερμηνεία και κατανόηση των ποσοτικών δεδομένων.

Διαδικασία οργάνωσης και διεξαγωγής των συζητήσεων στις ομάδες εστίασης

Οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης οργανώθηκαν σε ένα άνετο μέρος, μακριά από το εργασιακό περιβάλλον. Συγκεκριμένα, η πρώτη ομάδα οργανώθηκε στην αίθουσα συνεδριάσεων του ΤΕΠΑΚ, και η δεύτερη ομάδα στην αίθουσα σεμιναρίων στις ΥΨΥ στη Λευκωσία. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν γραπτώς με μια φόρμα πληροφορημένης συγκατάθεσης, αλλά και προφορικά για το σκοπό και τη διαδικασία της μελέτης, καθώς και

για την ασφάλεια, την εμπιστευτικότητα και την εχεμύθεια αναφορικά με τα δεδομένα που επρόκειτο να συλλεγούν. Μετά από την αρχική αποδοχή τους έλαβαν ενημερωτικό υλικό που τους εξηγούσε το σκοπό και τη διαδικασία διεξαγωγής των συζητήσεων.

Ο συντονιστής των ομάδων αρχικά καλωσόρισε τους συμμετέχοντες, και τους έδωσε τη δυνατότητα να γνωριστούν μεταξύ τους. Στη συνέχεια, παρείχε πληροφόρηση σχετικά με το προς συζήτηση θέμα, καθώς και επεξηγήσεις για τη διαδικασία και παράλληλα φρόντισε να τηρηθούν οι κανόνες των συζητήσεων σε ομάδες εστιασμένης συζήτησης. Φρόντισε να μην υπάρχουν παρεκτροπές στη συζήτηση και διασφάλισε ώστε κανένας από τους συμμετέχοντες να μην μονοπωλήσει τη συζήτηση. Σε σχέση με το τελευταίο, ο συντονιστής επέτρεψε σε μια «δυνατή» προσωπικότητα να ηγηθεί ως κάποιο βαθμό της συζήτησης με σκοπό να «παρασυρθούν» και οι άλλοι σε αυτή (εκμεταλλευόμενος τη δυναμική που αναπτύσσεται σε μια ομάδα), χωρίς όμως να επιτραπεί στο άτομο αυτό τελικά να επιβάλει τις θέσεις του (Jamieson & Williams, 2003, Krueger & Casey, 2009). Για την εξασφάλιση ότι ο συντονιστής δεν θα επηρεάσει τη συζήτηση και για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της ερευνητικής διαδικασίας, ο συντονιστής που επελέγη ήταν πολύ έμπειρο άτομο στο συντονισμό ομάδων εστιασμένης συζήτησης και ταυτόχρονα σχετικά άγνωστο προς τους συμμετέχοντες. Η συζήτηση καταγράφηκε σε μαγνητόφωνο καθώς δεν είναι εύκολο να καταγραφούν όλες οι απόψεις όπως διατυπώνονται, αφού εξασφαλίστηκε η άδεια από τους συμμετέχοντες. Στη κάθε ομάδα υπήρχε και ένας παρατηρητής που κρατούσε σημειώσεις κατά τη διάρκεια της συζήτησης (μη λεκτική επικοινωνία, δυναμική της ομάδας). Κλήθηκαν συνολικά 21 συμμετέχοντες για την εξαγωγή των ομάδων εστιασμένης συζήτησης. Κλήθηκαν άτομα με ικανότητα να επικοινωνήσουν την εμπειρία τους με τον ερευνητή (Holloway & Wheeler, 1996). Οι συζητήσεις ήταν διάρκειας μεταξύ 1,5-2 ώρες, αριθμός και διάρκεια ικανοποιητικά, σύμφωνα με τους (Morgan, 1988, Krueger, 1995, Powell, 1996).

Δομή ομάδων εστιασμένης συζήτησης

Είναι πάρα πολύ σημαντική η παραγωγή μιας ελεύθερης συζήτησης εστιασμένης στο θέμα χωρίς μεροληψίες και κατευθυνόμενο προσανατολισμό (Morgan, 1994, Kitzinger, 1996). Η έναρξη της συζήτησης έγινε με γενικότερες μη κατευθυνόμενες ερωτήσεις ώστε να δοθεί έτσι η δυνατότητα επιλογής της κατεύθυνσης του θέματος από τους συμμετέχοντες. Αρχικά έγινε εισαγωγή με ερωτήσεις γνωριμίας, προκειμένου να γνωριστούν όλοι συμμετέχοντες και να αισθανθούν άνετα μεταξύ τους. Σχεδιάστηκαν οι εισαγωγικές

ερωτήσεις που είχαν στόχο να εισάγουν το θέμα και να αρχίσει ο προβληματισμός των συμμετεχόντων.

Σχεδιάστηκαν, επίσης, εκ των προτέρων ερωτήσεις μετάβασης οι οποίες και λειτούργησαν ως λογικός σύνδεσμος που οδήγησαν στη διατύπωση καίριων ερωτήσεων, καθώς και κεντρικές ερωτήσεις βάσει των οποίων διαφωτίζονταν οι κύριες πτυχές του θέματος. Τέλος, σχεδιάστηκαν οι ερωτήσεις Κλεισίματος / ανασκόπησης, που είχαν διττό σκοπό: αφενός να συνοψίσουν τα κεντρικά σημεία και να ελέγξουν την πιστότητα των απόψεων των μελών με αυτά και αφετέρου, να οδηγήσουν στον τερματισμό της συζήτησης.

4.5.2. Συλλογή ποσοτικών δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στα μέλη του πληθυσμού στόχου από την κύρια ερευνήτρια κατά τη διάρκεια του ωραρίου εργασίας τους, χωρίς να διαταραχθεί η εύρυθμη λειτουργία του τμήματος εργασίας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε αδιαφανή φάκελο χωρίς διακριτικά στοιχεία, ο οποίος περιλάμβανε και τη φόρμα συναίνεσης μετά από πληροφόρηση. Η κύρια ερευνήτρια παρέμενε στο χώρο διανομής των ερωτηματολογίων για τουλάχιστον μια ώρα, ώστε να απαντηθούν τυχόν ερωτήσεις σχετικά με τη συμπλήρωσή τους ή θέματα προστασίας προσωπικών δεδομένων κ.τ.λ. Για τα άτομα που συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο υπήρχε αδιαφανές κουτί σε προστατευμένο χώρο, και συγκεκριμένα στο χώρο ανάπαυσης των νοσηλευτών. Το κουτί ήταν διαμορφωμένο ειδικά και ασφαλισμένο ώστε να μην επιτρέπεται η παραβίασή του ή τυχόν αφαίρεση των ερωτηματολογίων από μέσα. Λόγω του κυλιόμενου ωραρίου των νοσηλευτών ήταν αδύνατη η παρουσία της κύριας ερευνήτριας σε όλες τις βάρδιες για αυτό το λόγο, σε κάθε τμήμα ορίστηκε άτομο αναφοράς το οποίο ανέλαβε την συλλογή των ερωτηματολογίων και την άμεση επικοινωνία με την ερευνήτρια όπου αυτό κρινόταν αναγκαίο. Καθορίστηκε χρονοδιάγραμμα τριών εβδομάδων για τη συλλογή των ερωτηματολογίων. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν την περίοδο μεταξύ 13 Ιουνίου 2016 μέχρι τις 4 Ιουλίου του 2016. Παράλληλα η κύρια ερευνήτρια υπενθύμιζε ανά τακτά διαστήματα, και συγκεκριμένα κάθε δύο μέρες και για διάστημα 20 ημερών στα μέλη του πληθυσμού στόχου το ενδεχόμενο συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.

Η κύρια ερευνήτρια κατόπιν συνεννόησης με το προσωπικό του τμήματος και τον επικεφαλής νοσηλευτικό λειτουργό επέστρεψε στα τμήματα για τη συλλογή των ερωτηματολογίων.

Εργαλεία συλλογής ποσοτικών δεδομένων

Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τα εργαλεία: I) για την αξιολόγηση της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου χρησιμοποιήθηκε μία τροποποιημένη μορφή του αναθεωρημένου εργαλείου Moral Distress Scale-Revised-Nurse Questionnaire (Adults) (Hamric et al., 2012), II) για τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή το εργαλείο Secondary Post-traumatic Stress Scale, (Bride et al., 2004), III), για το βαθμό ενσυναίσθησης το εργαλείο Jefferson Empathy Scale (Hojat et al., 2009) IV) για την αξιολόγηση της γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) το General Health Questionnaire-28, και ένα αυτοσυμπληρούμενο εργαλείο ατομικών οικογενειακών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών, καθώς και συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία, στηριζόμενο στο σκοπό, στα ερευνητικά ερωτήματα και στο θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας μελέτης όπως αυτά προέκυψαν από τη μελέτη της σχετικής βιβλιογραφίας.

4.5.2.1. Εργαλείο αξιολόγησης του ηθικού αδιεξόδου για περιβάλλοντα Ψυχικής Υγείας

Η ένταση και η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου για περιβάλλοντα γενικής υγείας, εκτιμώνται ταυτόχρονα με μια αναθεωρημένη έκδοση της κλίμακας του ηθικού αδιεξόδου της “Corley”, την “Moral Distress Scale-Revised” (Hamric et al., 2012). Για την επίτευξη του σκοπού της παρούσας μελέτης, μια νέα τροποποιημένη έκδοση αναπτύχθηκε ειδικά για νοσηλευτές που εργάζονται σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας (M-MDS-MHS). Μετά από προσωπική επικοινωνία που έγινε με την ερευνήτρια Corley, δημιουργό της πρώτης κλίμακας αξιολόγησης του φαινομένου του ηθικού αδιεξόδου, προτάθηκε η χρήση της αναθεωρημένης έκδοσης “Harmic Moral Distress Scale-Revised” (MDS-R), που μελετά το φαινόμενο του ηθικού αδιεξόδου, σε νοσηλευτές που φροντίζουν ενήλικες ασθενείς. Στη συνέχεια, εξασφαλίστηκε άδεια για χρήση της αναθεωρημένης έκδοσης “Moral Distress Scale-Revised”, από την καθηγήτρια Harmic. Τα στοιχεία της αναθεωρημένης κλίμακας “Moral Distress Scale-Revised”, συγκρίθηκαν με τα στοιχεία της κλίμακας των Onishi et al. (2010), η οποία κατασκευάστηκε για αξιολόγηση του φαινομένου του ηθικού αδιεξόδου σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα τα στοιχεία 11, 4, 5, 16, 1, εξαιρέθηκαν από τους Onishi et al. (2010), τα οποία όμως συμπεριλαμβάνονται στην αναθεωρημένη κλίμακα (MDS-R) της Harmic. Τα υπόλοιπα 10 στοιχεία της κλίμακας των Onishi et al. (2010), συμπεριλήφθηκαν επίσης στην κλίμακα (MDS-R). Επιπρόσθετα, το στοιχείο 7 εξαιρέθηκε

από την κλίμακα της (MDS-R) της Harmic, αφού δεν ισχύει για περιβάλλοντα ψυχικής υγείας.

Στη συνέχεια, η τροποποιημένη κλίμακα μεταφράστηκε στα ελληνικά χρησιμοποιώντας τη μέθοδο της μετάφρασης και αντίστροφης μετάφρασης. Επιπλέον, αυτή η νέα τροποποιημένη κλίμακα που προέκυψε στάλθηκε σε μια ομάδα 5 εμπειρογνομόνων για αξιολόγηση εγκυρότητας περιεχομένου της. Έγιναν συντακτικές διορθώσεις, ώστε να επιτευχθεί καλύτερη αντιστοιχία με το πλαίσιο υπηρεσιών ψυχικής υγείας, και προστέθηκαν επίσης δύο νέα στοιχεία. Η τελική τροποποιημένη κλίμακα που δημιουργήθηκε για το σκοπό της παρούσας μελέτης περιελάμβανε 32 στοιχεία (Παράρτημα 1). Αξιολογήθηκαν επίσης τα μετρικά χαρακτηριστικά αυτής της νέας τροποποιημένης έκδοσης, όπου και παρουσιάζονται λεπτομερώς.

Η νέα τροποποιημένη κλίμακα που αναπτύχθηκε για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης αποτελείται από δύο μέρη. Το κάθε μέρος περιλαμβάνει 32 στοιχεία που αξιολογείται η συχνότητα και η ένταση του ηθικού αδιεξόδου. Στο πρώτο μέρος, η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου αξιολογείται σε μια κλίμακα τύπου Likert 5 σημείων που κυμαίνεται από 0 (ποτέ) έως 4 (πολύ συχνά). Η συνολική βαθμολογία σε αυτό το τμήμα του εργαλείου κυμαίνεται από 0 έως 84. Στο δεύτερο μέρος του εργαλείου, οι συμμετέχοντες αναμένεται να αξιολογήσουν την ένταση του ηθικού αδιεξόδου που αισθάνονται όταν βιώνουν τις καταστάσεις που υπονομεύουν το πρώτο μέρος του εργαλείου, σε μια κλίμακα τύπου Likert που κυμαίνεται από 0 (καμία) έως 4 (μεγάλη έκταση). Η συνολική βαθμολογία σε αυτό το τμήμα της κλίμακας κυμαίνεται επίσης μεταξύ 0 και 84.

Επιπρόσθετα, για να μετρηθεί η συνολική σοβαρότητα του φαινομένου του ηθικού αδιεξόδου, η βαθμολογία από κάθε στοιχείο στο πρώτο μέρος πολλαπλασιάζεται με τη βαθμολογία του αντίστοιχου στοιχείου στο δεύτερο μέρος, οδηγώντας σε μια συνολική βαθμολογία, η οποία αντιπροσωπεύει τόσο τη συχνότητα εκδήλωσης όσο και την ένταση των δυσάρεστων εμπειριών. Στη συνέχεια, το αποτέλεσμα της συχνότητας εκδήλωσης και της έντασης για κάθε στοιχείο κυμαίνεται μεταξύ 0 και 16.

Συνολικά, τα αποτελέσματα και των 32 στοιχείων του εργαλείου προστίθενται για να υπολογιστεί το "συνολικό αποτέλεσμα του ηθικού αδιεξόδου". Αυτή η βαθμολογία δείχνει τη συνολική σοβαρότητα της εμπειρίας του ηθικού αδιεξόδου και οι τιμές της κυμαίνονται από 0 έως 336. Όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία τόσο μεγαλύτερη είναι η σοβαρότητα της εμπειρίας του ηθικού αδιεξόδου.

Αιτιολόγηση της επιλογής του εργαλείου «Moral Distress Scale»

Η κατασκευή ενός νέου εργαλείου για την αξιολόγηση του ηθικού αδιεξόδου βασίστηκε στο γεγονός ότι το εργαλείο που αναπτύχθηκε από τους Hamric et al. (2012) σχεδιάστηκε για περιβάλλοντα οξείας φροντίδας σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα και δεν είναι ειδικό για να αξιολογεί το ηθικό αδιέξοδο σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας. Επομένως, οργανωσιακοί παράγοντες ή παράγοντες κουλτούρας αλλά και πολιτισμικές καταστάσεις που επικρατούν σε περιβάλλοντα ψυχικής υγείας, μπορεί να υποτιμηθούν από το συγκεκριμένο εργαλείο.

Επιπρόσθετα, το εργαλείο των Onishi et al. (2010) που κατασκευάστηκε ειδικά για υπηρεσίες ψυχικής υγείας, απευθύνεται σε συγκεκριμένες καταστάσεις που αφορούν την εσωτερική νοσοκομειακή φροντίδα. Συγκεκριμένα, οι ιαπωνικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν ακολούθησαν την πολιτική της αποϊδρυματοποίησης που ξεκίνησε στις ΗΠΑ και στην Ευρώπη τη δεκαετία του '60, και που συνεχίζει μέχρι και σήμερα. Κατά συνέπεια, το πολιτιστικό υπόβαθρο αυτού του εργαλείου περιορίζει την εφαρμογή του στα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης διαφορετικού προσανατολισμού, δηλαδή στην Ευρώπη ή στις ΗΠΑ.

4.5.2.2. Εργαλείο αξιολόγησης της έντασης της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale STSS»

Το εργαλείο αξιολόγησης συμπτωμάτων της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής είναι μια κλίμακα 17 ερωτήσεων τύπου Likert, η οποία αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση των συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής που συνδέονται με την έκθεση των επαγγελματιών υγείας σε πληθυσμούς που έχουν βιώσει τραύμα (Bride et al., 2004). Κάθε μία από τις ερωτήσεις/διατυπώσεις της κλίμακας STSS αντιστοιχεί σε ένα από τα 17 συμπτώματα μετατραυματικής συνδρομής, όπως αυτά περιγράφονται στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Διαταραχών DSM-IV-TR (2000).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να αξιολογήσουν το πόσο συχνά έχουν βιώσει κάθε σύμπτωμα τις τελευταίες 7 ημέρες, και το εύρος των απαντήσεων κυμαίνεται από το «ποτέ» ως το «πολύ συχνά». Το «ποτέ» αξιολογείται με 1, το «αραιά/ σπάνια» με 2, «περιοδικά» με 3, «συχνά» με 4 και «πολύ συχνά» με 5. Η κλίμακα STSS αποτελείται από τρεις

υποκλίμακες: (α) συμπτώματα αναβίωσης (intrusion), (β) συμπτώματα αποφυγής (avoidance) και (γ) συμπτώματα διεγερσιμότητας (arousal).

Η συνολική βαθμολογία για την πλήρη κλίμακα STSS όπως και για κάθε υποκλίμακα αυτής προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας σε κάθε ένα στοιχείο των στοιχείων της υποκλίμακας. Για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αναβίωσης το συνολικό αποτέλεσμα προκύπτει από το άθροισμα των στοιχείων 2, 3, 6, 10, 13, για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αποφυγής των στοιχείων 1, 5, 7, 9, 12, 14, 17, και για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αυξημένης διεγερσιμότητας των στοιχείων 4, 8, 11, 15, 16.

Η κλίμακα STSS διαφέρει από τα άλλα εργαλεία αξιολόγησης των συμπτωμάτων της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής δεδομένου ότι οι διατυπώσεις των αντικειμένων της δημιουργήθηκαν έτσι ώστε, το τραυματικό στρεσογόνο γεγονός να είναι η έκθεση σε άτομα που έχουν βιώσει πρωτογενές τραυματικό στρεσογόνο γεγονός. Το δεδομένο αυτό υποδηλώνεται από τα αντικείμενα 2, 3, 6, 10, 12, 13, 14, 17.

Σε συμφωνία με τα κριτήρια του DSM- V (A.P.A., 2000), αναφορικά με τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής μετά από τραυματικό στρες (PTSD), τα υπόλοιπα στοιχεία δεν είναι ειδικά ως προς τον στρεσογόνο παράγοντα (στοιχεία 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 16), αλλά αφορούν στις αρνητικές επιπτώσεις του τραυματικού στρεσογόνου γεγονότος στον οργανισμό.

Οι Bride et al., (2004) αξιολόγησαν τα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά της κλίμακας STSS σε ένα δείγμα 287 κοινωνικών λειτουργών, και κατέγραψαν συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach alpha για την πλήρη STSS $\alpha=,93$, για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αναβίωσης $\alpha=,80$, για την υποκλίμακα συμπεριφοράς αποφυγής $\alpha=,87$ και για την υποκλίμακα αυξημένης διεγερσιμότητας $\alpha=,83$. Εφαρμόστηκε επίσης, διερευνητική παραγοντική ανάλυση του εργαλείου STSS, τα αποτελέσματα της οποίας υπέδειξαν το μοντέλο των τριών παραγόντων (Αναβίωση, Αποφυγή και Αυξημένη διεγερσιμότητα) με τα συγκεκριμένα αντικείμενα/στοιχεία.

Συνολικά, η κλίμακα STSS έχει επιδείξει υψηλές τιμές αξιοπιστίας επίπεδα εσωτερικής συνοχής σε πλήθος μελετών. Ο Stamm (2002) ανέφερε Cronbach' s alpha 0,87 για την STSS σε ένα δείγμα 374 εθελοντών του Ερυθρού Σταυρού που παρείχαν φροντίδα σε άτομα που είχαν εκτεθεί σε σοβαρό τραύμα. Οι Perronand & Hiltz (2006) ανέφεραν Cronbach' s alpha 0,92 για την STSS σε μια μελέτη με δείγμα 58 δικανικούς επαγγελματίες υγείας που ασχολούνταν με περιπτώσεις κακοποιημένων παιδιών. Επίσης, σε μια μελέτη 121 κοινωνικών λειτουργών σε κέντρο τραύματος καταγράφηκε αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Cronbach alpha 0,93 της κλίμακας STSS (Badgeretal., 2008). Στη μελέτη των Dominquez – Gomezetal. (2009), η STSS επέδειξε αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής 0,92 για την υποκλίμακα συμπτωμάτων αναβίωσης, 0,92 για της αποφυγής, 0,92 για της αυξημένης διεγερσιμότητα και 0,91 για τη συνολική κλίμακα.

Διερευνητική παραγοντική ανάλυση του STSS διεξήχθη σε δεδομένα από 275 κοινωνικούς λειτουργούς (Tingetal, 2005). Η ανάλυση έδειξε ότι το μοντέλο των τριών παραγόντων (συμπτώματα αναβίωσης, αποφυγής, και αυξημένης διεγερσιμότητας) που πρότειναν οι Bride et al. (2004) εφαρμόζεται ικανοποιητικά στα δεδομένα, αλλά και η εκδοχή της μονοδιάστατης κλίμακας. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής στη μελέτη αυτή για την συνολική κλίμακα STSS ήταν 0,94.

Συνολικά το εργαλείο STSS είναι το μόνο το οποίο έχει σχεδιαστεί αποκλειστικά για την αξιολόγηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Τα άλλα δύο εργαλεία που έχουν χρησιμοποιηθεί στη διεθνή βιβλιογραφία αξιολογούν ταυτόχρονα με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή (Κόπωση Συμπόνιας), την επαγγελματική εξουθένωση και την ικανοποίηση συμπόνιας.

4.5.2.3. Περιγραφή διαδικασίας ανάπτυξης της κλίμακας «Secondary Traumatic Stress Scale STSS»

Το εργαλείο STSS (Bride et al., 2005) σχεδιάστηκε βάσει του DSM-IV (ASA, 1994) προκειμένου να αξιολογηθεί η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή που θεωρήθηκε ως η κατάσταση που χαρακτηρίζεται από συμπτώματα αναβίωσης, συμπεριφοράς αποφυγής, καθώς και αυξημένης διεγερσιμότητας λόγω έμμεσης έκθεσης ενός επαγγελματία υγείας σε τραυματικό γεγονός και συγκεκριμένα κατά τη διαδικασία που ένας επαγγελματίας προσπαθεί να χειριστεί ένα άτομο με άμεση έκθεση σε τραυματικό γεγονός. Για να διατηρηθεί η αντιστοιχία με το DSM- IV TR (A.P.A., 1994) τα συμπτώματα της συναισθηματικής απόγνωσης και της λειτουργικής ανεπάρκειας αποκλείστηκαν από το εργαλείο, με την αιτιολογία ότι η λειτουργική ανεπάρκεια και η συναισθηματική καταπόνηση ενδεχόμενα αντιστοιχούν περισσότερο στην επαγγελματική εξουθένωση, μια σχετική μεν έννοια, αλλά εννοιολογικά διακριτή (Pearlman & Saakvitne, 1995, Figley, 1995, Stamm, 1999).

Επομένως το αρχικό εργαλείο περιελάμβανε τρεις ομάδες (Αναβίωσης, Αποφυγής και Αυξημένης διεγερσιμότητας) αντικειμενικών στοιχείων για βάσει των διαγνωστικών κριτηρίων για την αγχώδη διαταραχή μετά από τραυματικό γεγονός. Περαιτέρω πέντε

εμπειρογνώμονες στον τομέα της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής αξιολόγησαν τα 36 αρχικά αντικείμενα τύπου Likert του εργαλείου ως προς την εγκυρότητα περιεχομένου. Οι εμπειρογνώμονες κατέληξαν ότι έπρεπε να συμπεριληφθούν επιπλέον αντικείμενα στην αρχική μορφή του εργαλείου (DeVellis, 1991), με αποτέλεσμα να καταλήξουμε σε μια έκδοση 65 – αντικειμένων του εργαλείου STSS (DeVellis, 1991).

Η έκδοση του εργαλείου των 65–αντικειμένων δοκιμάστηκε πιλοτικά σε ένα δείγμα 37 ατόμων που επιλέχθηκαν με δειγματοληψία ευκολίας, με στόχο την μείωση του αριθμού των αντικειμένων του. Για το σκοπό αυτό εφαρμόστηκαν (α) ανάλυση αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής για κάθε υποκλίμακα με τον δείκτη Cronbach' s alpha και (β) η ανάλυση, ώστε να αξιολογηθούν η αναγνωσιμότητα, η σαφήνεια, ο βαθμός συνάφειας, και η έκταση των αντικειμένων του εργαλείου. Στη συνέχεια αφαιρέθηκαν κάποια αντικείμενα βάσει των ανωτέρω διαδικασιών και στα υπόλοιπα αντικείμενα αξιολογήθηκε η εγκυρότητα περιεχομένου. Λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος έγινε περιορισμένου βαθμού μείωση του αριθμού των αντικειμένων, και συγκεκριμένα παρέμειναν 50 αντικείμενα και ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής Cronbach' s alpha ήταν 0,97.

Στο επόμενο στάδιο ανάπτυξης του εργαλείου, η έκδοση των 50 αντικειμένων εφαρμόστηκε σε 200 απόφοιτους μιας σχολής κοινωνικής εργασίας στις ΗΠΑ με στόχο περαιτέρω στάθμιση των ψυχομετρικών χαρακτηριστικών του. Κύριος σκοπός ήταν να μειωθεί περαιτέρω ο αριθμός των αντικειμένων ώστε να παραμείνει ένα αντικείμενο αντιπροσωπευτικό να καθενός από τα 17 επιμέρους συμπτώματα της μετατραυματικής συνδρομής κατά DSM-IVTR (A.P.A., 1994). Χρησιμοποιήθηκε μεταξύ άλλων δοκιμασιών διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Jöreskog, 1993) για να ελεγχθεί η υποθετική παραγοντική δομή των συγκεκριμένων αντικειμένων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι 2 αντικείμενα αντιστοιχούσαν σε περισσότερους από έναν παράγοντα. Ως εκ τούτου, τα στοιχεία αυτά αντικαταστάθηκαν με τα στοιχεία που εκπροσωπούσαν καλύτερα στην υποθετική παραγοντική δομή του εργαλείου. Η κλίμακα που προέκυψε περιελάμβανε 17 αντικείμενα και είχε συντελεστή εσωτερικής συνοχής Cronbach' s alpha 0,94. Οι υποκλίμακες των συμπτωμάτων Αναβίωσης, Αποφυγής και συμπεριφοράς αυξημένης διεγερσιμότητας είχαν 0,83, 0,89, και 0,85, αντίστοιχα. Αν και τα αποτελέσματα ήταν ενθαρρυντικά ωστόσο έγιναν περαιτέρω τροποποιήσεις για ενίσχυση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του εργαλείου (Jöreskog, 1993).

Διαδικασία μετάφρασης-αντίστροφης μετάφρασης και στάθμισης των μετρικών χαρακτηριστικών του εργαλείου αξιολόγησης δευτερογενούς μετα-τραυματικής συνδρομής «Secondary Traumatic Stress Scale STSS» στην ελληνική γλώσσα

Η διαδικασία στάθμισης των μετρικών χαρακτηριστικών του εργαλείου στην ελληνική γλώσσα έγινε με τη πιο κάτω διαδικασία:

- Αρχικά έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας με στόχο τη συλλογή δεδομένων αναφορικά με τις τιμές αξιοπιστίας και εγκυρότητας του εργαλείου σε πληθυσμούς νοσηλευτών ψυχικής υγείας (Bride, 2004)
- Στο δεύτερο στάδιο έγινε μετάφραση του ερωτηματολογίου στην ελληνική γλώσσα. Η μετάφραση έγινε από 3 ανεξάρτητους ερευνητές που έχουν άριστη γνώση τόσο της αγγλικής όσο και της ελληνικής γλώσσας, καθώς και των εννοιών που πραγματεύεται το ερωτηματολόγιο.
- Στη συνέχεια συζητήθηκε μεταξύ των ερευνητών το περιεχόμενο του κάθε αντικειμένου του εργαλείου και σύγκριση των τριών μεταφράσεων μεταξύ τους, έγινε επίσης αποσαφήνιση των εννοιών και συμφωνήθηκε η τελική μορφή των αντικειμένων του εργαλείου.
- Στη συνέχεια έγινε αντίστροφη μετάφραση στην αγγλική γλώσσα από δύο ανεξάρτητους μεταφραστές που έχουν ως μητρική τους γλώσσα την αγγλική. Έγινε επίσης και περαιτέρω έλεγχος /σύγκριση με την αγγλική έκδοση του ερωτηματολογίου. Εκεί που κρίθηκε αναγκαίο έγιναν οι σχετικές τροποποιήσεις. Στη συνέχεια η τελική μορφή του ερωτηματολογίου που προέκυψε συζητήθηκε με μια ομάδα ειδικών σε θέματα νοσηλευτικής, ηθικής, και θέματα έρευνας όπου και έγιναν οι τελικές τροποποιήσεις.
- Στη επόμενη φάση έγινε μια πιλοτική μελέτη, στην οποία συμμετείχαν 20 νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Αξιολογήθηκε η κατανόηση και η σαφήνεια των ερωτήσεων αλλά και η δυνατότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου από τους νοσηλευτές. Στη φάση αυτή έγιναν και οι απαραίτητες τροποποιήσεις στα σημεία που κρίθηκε αναγκαίο.

Για τη διερεύνηση των μετρικών χαρακτηριστικών του εργαλείου διερευνήθηκε η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής και η αξιοπιστία δοκιμασίας- επαναδοκιμασίας, καθώς και η εννοιολογική εγκυρότητα με διερευνητική ανάλυση παραγόντων. Για την εφαρμογή του ερωτηματολογίου, έχει εξασφαλιστεί η σχετική άδεια από τους κατασκευαστές του. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής του ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο

δείκτης Cronbach alpha. Επίσης έχει γίνει έλεγχος αξιοπιστίας δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας σε διάστημα μίας εβδομάδας μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης. Ο έλεγχος της αξιοπιστίας δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας έγινε με τον μη παραμετρικό συντελεστή Kendall λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος. Περαιτέρω, έγινε διερευνητική παραγοντική ανάλυση με περιστροφή για να αξιολογηθεί η εννοιολογική εγκυρότητα του εργαλείου.

Αιτιολόγηση επιλογής της κλίμακας «Secondary Traumatic Stress Scale STSS»

Με δεδομένο ότι το εργαλείο STSS (Bride et al., 2004) σχεδιάστηκε βάσει του DSM-IV (ASA, 1994) προκειμένου να αξιολογηθεί η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή, λόγω της έμμεσης έκθεσης ενός επαγγελματία υγείας σε τραυματικό γεγονός και συγκεκριμένα κατά τη διαδικασία που ένας επαγγελματίας προσπαθεί να χειριστεί ένα άτομο με άμεση έκθεση σε τραυματικό γεγονός, ήταν και ο λόγος που οδήγησε στην επιλογή της συγκεκριμένης κλίμακας για τη μελέτη του φαινομένου της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στους κύριους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

4.5.2.4. Κλίμακα αξιολόγησης της ενσυναίσθησης JEFFERSON SCALE OF EMPATHY (JSE)

Η ερευνητική ομάδα του Hojat et al., (2009), όρισε την ενσυναίσθηση, μέσα στο πλαίσιο της εκπαίδευσης επαγγελματιών υγείας αλλά και της παροχής φροντίδας, ως ένα γνωστικό χαρακτηριστικό που περιλαμβάνει την κατανόηση των εμπειριών, των ανησυχιών και των προοπτικών του θεραπευόμενου, αλλά και την ικανότητα των επαγγελματιών να επικοινωνούν αυτή την κατανόηση. Επιπρόσθετο χαρακτηριστικό της ενσυναίσθησης, μέσα σε αυτό το πλαίσιο, είναι η έμφαση του επαγγελματία υγείας για βοήθεια με την έννοια της πρόληψης του πόνου και της ταλαιπωρίας αλλά και της παράλληλης ανακούφισής τους (Hojat, 2007, 2009, Hojat et al., 2009).

Παρόλο που υπάρχουν μερικά εργαλεία αξιολόγησης του βαθμού ενσυναίσθησης στο γενικό πληθυσμό, κανένα εργαλείο δεν είναι τόσο εξειδικευμένο ώστε να μπορεί να αξιολογεί την έννοια της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της παρεχόμενης φροντίδας (Carkhuff Indices of Discrimination and Communication (CIDC) Carkhuff, 1969), Emotional Empathy Tendency Scale (EETS) (Mehrabian & Epstein, 1972, Emotional Intelligence Scale (EIS) (Schutte et al., 1998)).

Η ερευνητική ομάδα του Jefferson Medical College για να καλύψει αυτό το κενό, δημιούργησε την κλίμακα Jefferson Scales of Empathy (JSE) για αξιολόγηση του βαθμού ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η κλίμακα Jefferson Scales of Empathy (JSE), αποτελεί ένα ψυχομετρικό εργαλείο αξιολόγησης του βαθμού ενσυναίσθησης των φοιτητών καθώς και των επαγγελματιών σε περιβάλλοντα υγείας.

Η αρχική έκδοση του εργαλείου φέρει το τίτλο “the Jefferson Scale of Physician” και πρόκειται για ένα εξειδικευμένο εργαλείο, που απευθύνεται σε γιατρούς και φοιτητές ιατρικής. Στη συνέχεια οι κατασκευαστές προέβηκαν σε ελαφρές τροποποιήσεις και προσαρμογές σε μερικά ερωτήματα στο εργαλείο, και προέκυψε η κλίμακα “Jefferson Scale of Empathy” (JSE), ώστε να μπορεί να έχει γενικότερη εφαρμογή, σε φοιτητές και σε επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων στο τομέα της υγείας.

Η Jefferson Scale of Empathy (JSE) πρόκειται για ένα σύνολο αυτό-συμπληρούμενων εργαλείων και υπάρχουν τρεις διαθέσιμες εκδοχές του εργαλείου:

- HP-Version: για γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας
- S-Version: για φοιτητές ιατρικής
- HPS-Version: φοιτητές επιστημών υγείας

Οι τρεις εκδόσεις είναι πολύ παρόμοιες μεταξύ τους όσον αφορά στο περιεχόμενο. Οι διαφοροποιήσεις αφορούν στο κείμενο ώστε να εξασφαλίζει καταλληλότητα για την μελέτη του εκάστοτε πληθυσμού- στόχου.

Διαδικασία κατασκευής του εργαλείου

Για την κατασκευή του ερευνητικού εργαλείου προηγήθηκε βιβλιογραφική ανασκόπηση για διερεύνηση του εννοιολογικού πλαισίου, των θεωρητικών απόψεων, του διαθέσιμου ερευνητικού υλικού καθώς και συμπεριφορών που είναι σχετικές με την έννοια της ενσυναίσθησης, ώστε να γίνει δυνατή η σύνταξη των ερωτημάτων που θα μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο υπό δημιουργία εργαλείο.

Στη συνέχεια δημιουργήθηκε ένα προσχέδιο ερωτηματολογίου με 90 ερωτήματα στα οποία αξιολογήθηκε η εγκυρότητα με τη μέθοδο face validity, με την λήψη δηλαδή απόψεων από μη ειδικούς αναφορικά με την έννοια της ενσυναίσθησης.

Τα ερωτήματα κάλυπταν ένα ευρύ φάσμα θεμάτων όπως την κατανόηση των υποκειμενικών εμπειριών των θεραπευόμενων και των οικογενειών τους, τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους θεραπευόμενους, τα λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα στην επικοινωνία, την αίσθηση του χιούμορ, το ενδιαφέρον για τις τέχνες, την ποίηση και τη λογοτεχνία, την

ικανότητα να συναρπάζονται από ιστορίες, το ενδιαφέρον για θεατρικά έργα και ταινίες, γνωστικές και συναισθηματικές ευαισθησίες, συναισθηματική επαφή και απόσταση ανάμεσα σε θεραπευτή και θεραπευόμενο, αντικειμενικότητα στη λήψη κλινικών αποφάσεων, κλινική ουδετερότητα, συναισθηματική έκφραση και έλεγχο του επαγγελματία, συναισθήματα, φαντασία, λεπτότητα, αντίληψη προοπτικών, υπόδηση ρόλων, καθώς και ενδείξεις clues στην επικοινωνία.

Για την συμπερίληψη των ερωτημάτων στο προσχέδιο εργαλείο ακολουθήθηκε η μέθοδος της αιτιολόγησης (rational scale method of theory-based item selection) (Reiter-Palmon & Connelly, 2000), αφού για το κάθε ερώτημα που συμπεριλαμβανόταν θα έπρεπε να υπάρχει ένα πειστικό επιχείρημα της σημασίας του σε σχέση με την εν λόγω έννοια.

Εξέταση εγκυρότητας περιεχομένου

Έγινε συστηματική εξέταση από ειδικούς για το περιεχόμενο του εργαλείου (test content) για επιβεβαίωση της καταλληλότητας και αντιπροσωπευτικότητας των ερωτημάτων στην κάλυψη των θεμάτων που πρόκειται να αξιολογηθούν με το υπό δημιουργία εργαλείο (Anastasi, 1976, Hojat et al., 2009).

Για εξέταση της εγκυρότητας του περιεχομένου χρησιμοποιήθηκε μια συντεταγμένη εκδοχή της τεχνικής (abbreviated version of the Delphi technique) (Cyphert & Gant, 1970). Διαδικασία που συνήθως χρησιμοποιείται για τη απόκτηση ανεξάρτητων απόψεων από ομάδα εμπειρογνομώνων.

Σε 100 ακαδημαϊκούς γιατρούς στάλθηκε η προκαταρκτική έκδοση του εργαλείου με μια συνοδευτική επιστολή που εξηγούσε το σκοπό της μελέτης που ήταν η κατασκευή εργαλείου αξιολόγησης της ενσυναίσθησης των επαγγελματιών υγείας. Η έννοια της ενσυναίσθησης περιγράφηκε σε συντομία, ως η κατανόηση των εμπειριών, συναισθημάτων και αισθημάτων του θεραπευόμενου.

Ζητήθηκε από την ομάδα των εμπειρογνομώνων να διαγράψουν οποιοδήποτε ερώτημα από το ερωτηματολόγιο θεωρούσαν άσχετο με την αξιολόγηση της έννοιας της ενσυναίσθησης, όπως αυτή περιγράφηκε στο προκαταρκτικό ερωτηματολόγιο. Τους ζητήθηκε επίσης, να επεξεργαστούν τις ερωτήσεις που απέμειναν όσον αφορά την απλότητα και τη σαφήνεια τους. Επιπρόσθετα, να προσθέσουν νέα στοιχεία που θεωρούνται κατά τη γνώμη τους σημαντικά για την ένταξη σε ένα ερωτηματολόγιο που προορίζεται για την αξιολόγηση της έννοιας της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της φροντίδας του θεραπευόμενου. Πενήντα πέντε εμπειρογνώμονες ανταποκρίθηκαν στην μελέτη, κάνοντας εισηγήσεις,

συντακτικές διορθώσεις, και σχόλια.

Ερωτήσεις από τη προκαταρκτική έκδοση του ερωτηματολογίου που είχαν διαγραφεί από τουλάχιστον πέντε εμπειρογνώμονες, αποκλείστηκαν από την έκδοση. Παρέμειναν μόνο 45 ερωτήματα (Hojat et al., 2001). Ενσωματώθηκαν οι συντακτικά διορθωμένες προτάσεις που λήφθηκαν από τους εμπειρογνώμονες. Η τροποποιημένη εκδοχή του εργαλείου με 45 ερωτήσεις χρησιμοποιήθηκε σε προκαταρκτικές ψυχομετρικές αξιολογήσεις (preliminary psychometric analyses).

Για την αξιολόγηση των ερωτήσεων επιλέχθηκε η 7βάθμια κλίμακα τύπου Likert (Συμφωνώ Απόλυτα=7, Διαφωνώ=1) για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου (Likert, 1932). Η επιλογή της συγκεκριμένης κλίμακας δίνει τη δυνατότητα ενός ευρύτερου φάσματος βαθμολόγησης που επιτρέπει μεγαλύτερη ποικιλία απαντήσεων και συνεπώς πιο ακριβή διάκριση (Oppenheim, 1992) Επιλέχθηκε επίσης η 7-βάθμια και όχι η κοινή 5-βάθμια κλίμακα Likert, λόγω της δυναμικής των δύο επιπρόσθετων επιλογών για μείωση της τάσης των ερωτηθέντων να χρησιμοποιούν με συνέπεια τα ακραία σημεία της κλίμακας (Polgar & Thomas, 1988, Reynolds, 2000).

Για επίτευξη προκαταρκτικής ψυχομετρικής αξιολόγησης το τροποποιημένο εργαλείο των 45 ερωτήσεων εφαρμόστηκε:

- σε 223 τριτοετείς φοιτητές στο Jefferson Medical College (193 συμπλήρωσαν το εργαλείο, με ποσοστό ανταπόκρισης 86%)
- Σε 41 γιατρούς σε ένα εσωτερικό πρόγραμμα ειδικότητας της ιατρικής στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο (residency program at Thomas Jefferson University Hospital) και στα συμβεβλημένα νοσοκομεία με το Πανεπιστημιακό.

Παραγοντική ανάλυση της έκδοσης JSE-HP του εργαλείου

Διεξήχθη παραγοντική ανάλυση για τη διερεύνηση των βασικών πτυχών της HP-Έκδοσης (για γιατρούς και άλλους επαγγελματίες υγείας). Προέκυψαν τρεις νοηματικοί παράγοντες με ιδιοτιμές μεγαλύτερες από ένα, αντιπροσωπεύοντας το 21% , 8% και 7% της συνολικής διακύμανσης, αντίστοιχα (Hojat et al., 2002).

Με βάση το περιεχόμενο των ερωτήσεων με υψηλούς παραγοντικούς συντελεστές, ο πρώτος παράγοντας ονομάστηκε «Αντίληψη Προοπτικής» και αποτελείται από 10 θετικά διατυπωμένες προτάσεις, και έχει χαρακτηριστεί ως το βασικό συστατικό της έννοιας της ενσυναίσθησης. Ο παράγοντας αυτός αντανακλά την ικανότητα του επαγγελματία υγείας να κατανοεί τα πράγματα από την πλευρά του θεραπευόμενου (Davis, 1983).

Ο δεύτερος Παράγοντας περιλαμβάνει οκτώ αρνητικά διατυπωμένες προτάσεις με υψηλό παραγοντικό συντελεστή και αφορά την "παρηγορητική φροντίδα» “Compassionate Care”. Αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία υγείας να κατανοεί την ιδιαίτερη συναισθηματική κατάσταση του θεραπευόμενου «κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου» και περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις αρνητικής διατύπωσης. Όσο υψηλότερο το σκορ τόσο χαμηλότερος ο βαθμός ενσυναίσθησης.

Τέλος, ο τρίτος παράγοντας περιλαμβάνει δύο αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις με υψηλό παραγοντικό συντελεστή: «ικανότητα να μπαίνει στα παπούτσια του θεραπευόμενου». Αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία υγείας να μπαίνει στα παπούτσια του θεραπευόμενου, χωρίς ωστόσο να υποδηλώνει ταύτιση παρά μόνο την ικανότητα αντίληψης την κατάσταση του άλλου συνολικά.

Ο μικρότερος αριθμός των ερωτήσεων που απαιτούνται ανά παράγοντα, για ένα σταθερό παραγοντικό μοτίβο είναι τρεις. Με βάση το κριτήριο αυτό, ο τρίτος παράγοντας δεν είναι τόσο σταθερός όσο οι δύο πρώτοι παράγοντες.

Ο πρώτος παράγοντας θεωρείται ο πιο σημαντικός και αξιόπιστος μεταξύ όλων των άλλων. Η παραγοντική δομή του εργαλείου του JSE είναι συνεπής με την πολύπλευρη έννοια της ενσυναίσθησης που αναφέρεται στη βιβλιογραφία (Davis, 1983, Spiro et al., 1993).

Βαθμολόγηση της κλίμακας

Το συνολικό αποτέλεσμα της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα του σκόρ κάθε μίας από τος είκοσι ερωτήσεις, και κυμαίνεται από τιμές μεταξύ 20-140, με τις υψηλότερες αθροιστικές τιμές στο εργαλείο αυτό να είναι ενδεικτικές υψηλότερου βαθμού ενσυναίσθησης. Επίσης, το συνολικό άθροισμα του εργαλείου έχει κλινική σημασία όταν απαντηθούν οι 16 από τις 20 ερωτήσεις. Όταν υπάρχουν περισσότερες από τέσσερις κενές ερωτήσεις, τότε θα πρέπει να αντικατασταθούν με το μέσο όρο της βαθμολογίας του συμμετέχοντα στις υπόλοιπες ερωτήσεις.

Τα δεδομένα για κάθε ένα συμμετέχοντα μπορεί να χρησιμοποιηθούν για τη συγκριτική θέση ενός ατόμου σχετικά με την κατανομή της βαθμολογίας του στην ενσυναίσθηση συγκριτικά με το υπόλοιπο δείγμα, καθώς και για τη διενέργεια συγκρίσεων υποομάδων ανάμεσα στο δείγμα (π.χ., συγκρίσεις μεταξύ των φύλων ή ειδικότητα ή συγκρίσεις προμέτρησης).

Αιτιολόγηση επιλογής της Κλίμακα αξιολόγησης της ενσυναίσθησης JEFFERSON SCALE OF EMPATHY (JSE)

Μετά από μελέτη της βιβλιογραφίας, για εντοπισμό εργαλείων που μετρούν την έννοια της ενσυναίσθησης φάνηκε ότι το εργαλείο (JSE) είναι εξειδικευμένο ώστε να μπορεί να αξιολογεί την έννοια της ενσυναίσθησης στο πλαίσιο της παρεχόμενης φροντίδας.

4.5.2.5. Ερωτηματολόγιο Αυτό-αξιολόγησης Γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (General Health Questionnaire – GHQ-28)

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής (Σωματικής και Ψυχικής) Υγείας (General Health Questionnaire - GHQ) πρόκειται για μια αυτό-συμπληρούμενη δοκιμασία που έχει ως σκοπό την αξιολόγηση της ψυχοσωματικής επιβάρυνσης. Γενικά, το ερωτηματολόγιο είναι εύκολο να εφαρμοστεί, γίνεται αποδεκτό από εκείνους στους οποίους απευθύνεται και κρίνεται σχετικά σύντομο και αντικειμενικό. Βασικό του πλεονέκτημα είναι ότι δεν επιτρέπει σε εκείνον που το χορηγεί να προβεί σε υποκειμενικές εκτιμήσεις για την κατάσταση υγείας του ατόμου που συμπληρώνει το εργαλείο. Στόχος του αποτελεί, η ανίχνευση ψυχιατρικών διαταραχών δίνοντας έμφαση στους ψυχολογικούς συντελεστές που επηρεάζουν την υγεία.

Τρόπος διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου

Η αρχική μορφή του ερωτηματολογίου (Goldberg, 1972) περιελάμβανε 140 ερωτήσεις, από τις οποίες εξαιρέθηκαν οι 39, γιατί μείωναν την ευαισθησία του εργαλείου και οι 8 επειδή μείωναν την ειδικότητα του. Στις υπόλοιπες 93 ερωτήσεις που παρέμειναν πραγματοποιήθηκε ανάλυση κύριων συνιστωσών (Principal Component Analysis) από την οποία προέκυψαν οι εξής παράγοντες (Πίνακας 4.1):

Πίνακας 4.1 Παράγοντες που προέκυψαν από την Ανάλυση Παραγόντων της αρχικής μορφής του GHQ

Αριθμός του παράγοντα	Δυνητικό περιγραφικό όνομα για τον Διπολικό Παράγοντα	Ποσοστό Διακύμανσης που Αντιστοιχεί
1	Γενικός παράγοντας (βαρύτητα της νόσου) 45,6%	45,6%

2	Κατάθλιψη (ψυχικών έναντι σωματικών συμπτωμάτων)	3,3%
3	Ανησυχία έναντι απάθειας	2,6%
4	Άγχος τη νύχτα έναντι άγχους κατά τη μέρα	2,1%
5	Προσωπική παραμέληση έναντι Ευερεθιστότητας	1,9%

Μετρικές ιδιότητες

Από τις 93 ερωτήσεις, επιλέχθηκαν οι 60 για το σχηματισμό του αρχικού ερωτηματολογίου GHQ. Η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου έγινε με τη μέθοδο της διαίρεσης στα δύο (split-half method) και κρίθηκε πολύ υψηλή (0,95). Η κατασκευή του ερωτηματολογίου, έγινε με την επιλογή εκείνων των ερωτήσεων που διακρίνουν καλύτερα τους "υγιείς" από τους "ασθενείς", προκειμένου να διασφαλιστεί η διακρίνουσα εγκυρότητα περιεχομένου (discriminant validity). Για τη διασφάλιση της εξωτερικής εγκυρότητάς του εργαλείου, έγιναν μελέτες με την παράλληλη εφαρμογή του ερωτηματολογίου και τυποποιημένης (standardized) ψυχιατρικής συνέντευξης με την χρήση δύο συγκεκριμένων εργαλείων, είτε με τη χρήση του Clinical Interview Schedule (CIS) των Goldberg et al., (1970) είτε του Present State Examination (PSE) των Wing et al., (1974). Ο δείκτης συσχέτισης της συνολικής βαθμολογίας ήταν μεταξύ 0,76 και 0,80 σε σχέση με τη συνολική βαθμολογία είτε του CIS είτε του PSE. Γενικά το εργαλείο κατέγραψε υψηλή ευαισθησία στο 90% περίπου, και η ειδικότητά του ανέρχεται περίπου στο 85%.

Τελική μορφή του ερωτηματολογίου

Εκτός από την πλήρη μορφή του ερωτηματολογίου με 60 θέματα (GHQ-60) έγινε προσπάθεια περαιτέρω μείωσης των ερωτήσεων, ώστε να εκπονηθούν συντομότερες μορφές. Έτσι προέκυψε μια σειρά μικρότερων ερωτηματολογίων, με διαφορετική βέβαια παραγοντική δομή:

1. Το GHQ-30, που απαντάται σε δύο τουλάχιστον μορφές (Αγγλική και Αμερικανική, διαφέρουν στη διατύπωση 4 ερωτήσεων) και αποτελείται από 6 παράγοντες (γενικός, σωματικά συμπτώματα, διαταραχές ύπνου, κοινωνική δυσλειτουργία, άγχος και δυσφορία, σοβαρή κατάθλιψη). Ερμηνεύουν το 53,5% της διακύμανσης του αρχικού GHQ-60.

2. Το GHQ-12, λειτουργεί ως δοκιμασία ανίχνευσης (screening test) με 3 παράγοντες (γενικός, κοινωνική δυσλειτουργία, απώλεια εμπιστοσύνης και κατάθλιψη).
3. Το GHQ-20, που γενικώς δε χρησιμοποιείται πολύ συχνά.
4. Το GHQ-28 ή κλιμακωτό GHQ (Goldberg και Hillier, 1979). Ερμηνεύει το 48% της διακύμανσης του αρχικού GHQ-60. Είναι η συχνότερα χρησιμοποιούμενη μορφή, με το βασικό πλεονέκτημα ότι διαχωρίζει καλύτερα από όλες τις εκδοχές του εργαλείου, το άγχος από την κατάθλιψη.

Η εκδοχή των 28 ερωτήσεων έχει σχεδιαστεί για μελέτες στις οποίες ένας ερευνητής χρειάζεται περισσότερη πληροφόρηση, από όση παίρνει από μία μόνο τιμή που δείχνει τη σοβαρότητα της κλινικής κατάστασης. Ωστόσο, το εργαλείο μπορεί να προσφέρει και μια τέτοια γενική τιμή, η οποία αντανακλά την έννοια της «μόλις σημαντικής κλινικής διαταραχής». Από το ερωτηματολόγιο εξάγονται πέντε δείκτες: (α) Σωματικά συμπτώματα, (β) Άγχος και αϋπνία, (γ) Κοινωνική δυσλειτουργία, (δ) Σοβαρή κατάθλιψη, και (ε) Γενικός δείκτης: Γενική εκτίμηση ψυχικής υγείας.

Παραγοντική ανάλυση

Από την παραγοντική ανάλυση του ερωτηματολογίου έχουν προκύψει οι παρακάτω παράγοντες:

Παράγοντας I. Αναφέρεται στην αντίληψη του ατόμου για την υγεία του και περιλαμβάνει τα θέματα 1 έως 7.

Παράγοντας II. Αναφέρεται στο άγχος που βιώνει ο ερωτώμενος και περιλαμβάνει τα θέματα 8 έως 14.

Παράγοντας III. Αναφέρεται στην κοινωνική δυσλειτουργία και περιλαμβάνει τα θέματα 15 έως 21.

Παράγοντας IV. Αναφέρεται στην κατάθλιψη και περιλαμβάνει τα θέματα 22 έως 28 (Moutzoukis, et al., 1990).

Εσωτερική αξιοπιστία / Εγκυρότητα

Η εσωτερική αξιοπιστία Cronbach's α , για τους παράγοντες του GHQ είναι: α) αντίληψη για την υγεία του 0,74, β) άγχος 0,90, γ) αντίληψη του ατόμου για την λειτουργική του επάρκεια 0,65 και δ) κατάθλιψη 0,87 για τις υποκλίμακες και 0,87 για το σύνολο του εργαλείου (Goldberg & Hillier, 1979). Όσον αφορά στην διακρίνουσα εγκυρότητα, η μέθοδος κατασκευής του ερωτηματολογίου, διαχωρίζει ευδιάκριτα τους ψυχικά πάσχοντες

από τους ψυχικά υγιείς. Για την ανίχνευση των κλινικών περιπτώσεων με τιμή ουδό 4/5 το GHQ-28 προσφέρει ευαισθησία 85,6% και εξειδίκευση 86,8%. Ο συντελεστής συσχέτισης μεταξύ συνολικής βαθμολογίας και συνολικής κλινικής εκτίμησης από έναν ψυχίατρο είναι 0,76 (Goldberg & Hillier, 1979). Η ευαισθησία και η ειδικότητα του GHQ-28 με άτομα ηλικίας 17 ετών βρέθηκε να είναι 100% και 85%, αντίστοιχα (Weyerer et al., 1986).

Στην ελληνική γλώσσα το GHQ-28 μεταφράστηκε από τους Μουτζούκης, Αδαμοπούλου, Γαρυφαλλος, και Καραστεργίου (1990) ομαδικά και με κοινή συμφωνία. Η αξιοπιστία της μετάφρασης ελέγχθηκε με τη μέθοδο μελέτης των δίγλωσσων. Ο συντελεστής alpha (Cronbach's α) για την εσωτερική συνοχή των ερωτήσεων της αγγλικής έκδοσης ήταν 0,94 και της ελληνικής έκδοσης 0,93. Η συσχέτιση των απαντήσεων μεταξύ των δύο εκδοχών, τόσο για κάθε ερώτηση χωριστά όσο και για τη συνολική βαθμολογία ήταν στατιστικώς σημαντική ($p < 0,001$). Επίσης, η συσχέτιση των δύο εκδοχών για κάθε άτομο χωριστά ήταν 96% (Κολαΐτης, 1990).

Το Ερωτηματολόγιο Γενικής Υγείας έχει χρησιμοποιηθεί και σταθμιστεί σε διάφορους πληθυσμούς και χώρες, όπως η Ισπανία, το Μεξικό, η Ιταλία, η Αγγλία, η Αυστρία, η Τουρκία, η Κίνα, το Χονγκ - Κονγκ και άλλες (Weyerer et al., 1986, Κολαΐτης, 1990).

Μέθοδοι βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου GHQ-28

1. **Ανάλυση διακριτικής λειτουργίας** (discriminant function analysis): Είναι μια πολύπλοκη μέθοδος βαθμολόγησης που συνίσταται στην απόδοση διαφορετικού βάρους σε κάθε ερώτηση. Δεν προσφέρει παρά ελάχιστα πλεονεκτήματα έναντι των υπόλοιπων μεθόδων βαθμολόγησης, τα οποία δε δικαιολογούν την πολυπλοκότητά της.
2. **Απλή ή Likert**: Συνίσταται στην απόδοση τιμής 0 στην πρώτη, έως και 3 στην τελευταία απάντηση. Πρόκειται για ένα σύνθετο μέτρο που περιλαμβάνει τόσο την περιοχή, όσο και την έκταση των συμπτωμάτων.
3. **Παραλλαγμένη Likert**: Συνίσταται στην απόδοση της τιμής 0 στις δύο πρώτες απαντήσεις (ανυπαρξία ή ελαφρά μορφή συμπτωμάτων), της τιμής 1 στην τρίτη απάντηση (μέτρια μορφή συμπτωμάτων) και της τιμής 2 στην τελευταία απάντηση (βαριά μορφή συμπτωμάτων). Φαίνεται να είναι κατώτερη της απλής Likert και δε χρησιμοποιείται ευρέως.
4. **Βαθμολόγηση GHQ**: Συνίσταται στην απόδοση της τιμής 0 στις δύο πρώτες απαντήσεις (ανυπαρξία ή ελαφρά μορφή συμπτωμάτων) και της τιμής 1 στις δύο τελευταίες απαντήσεις (μέτρια ή βαριά μορφή συμπτωμάτων). Λαμβάνει ουσιαστικά υπόψη μόνο τον αριθμό των

συμπτωμάτων και επομένως είναι ένα μέτρο της "περιοχής" τους. Η μέθοδος GHQ δεν είναι μόνο μια πολύ απλή μέθοδος βαθμολόγησης αλλά έχει και το πλεονέκτημα ότι εξουδετερώνει όλα τα λάθη που οφείλονται στους "ακραίους βαθμολογητές" και στους "μέσους βαθμολογητές", γιατί αυτοί θα βαθμολογηθούν το ίδιο, άσχετα αν έχουν την τάση να προτιμούν τις ακραίες ή τις μεσαίες στήλες, για να δείξουν αν έχουν ή δεν έχουν το στοιχείο στο οποίο αναφέρεται η ερώτηση. Μια και συμπυκνώνει μια κλίμακα τεσσάρων απαντήσεων μετατρέποντάς την σε διχοτομική, θα μπορούσε κανείς να προβλέψει ότι η απώλεια πληροφοριών θα την καθιστούσε πολύ λιγότερο ικανοποιητική ως βαθμολογική μέθοδο. Παρόλα αυτά, υπολείπεται ελάχιστα μόνο, πράγμα που σημαίνει ότι η πληροφορία που χάνεται δεν είναι και τόσο χρήσιμη από την άποψη της ανίχνευσης κλινικών περιπτώσεων.

5. Βαθμολόγηση CGHQ: Συνίσταται στην απόδοση τιμής 0 στην πρώτη απάντηση (ανυπαρξία συμπτωμάτων) και της τιμής 1 στις υπόλοιπες απαντήσεις (ελαφρά ως βαριά μορφή συμπτωμάτων). Αναπτύχθηκε από τους Goodchild και Dancan-Jones (1985). Το σκεπτικό της μεθόδου αυτής είναι ότι οι απαντήσεις "όχι περισσότερο από όσο συνήθως" θα πρέπει να θεωρούνται ως δείκτης χρόνιας νόσου και όχι ως δείκτης καλής υγείας και για το λόγο αυτό θα πρέπει να βαθμολογούνται με 1 και όχι με 0. Ο τρόπος αυτός έχει ως αποτέλεσμα να δίνει λιγότερα "ψευδή αρνητικά αποτελέσματα". Χρησιμοποιείται συνήθως ταυτόχρονα με τη μέθοδο GHQ για την εκτίμηση της χρονιότητας.

Αιτιολόγηση επιλογής του ερωτηματολογίου GHQ-28

Το GHQ-28 (Goldberg & Hillier, 1977) χρησιμοποιείται διεθνώς για την ανίχνευση των ελαφρότερων μορφών ψυχοπαθολογίας στον γενικό πληθυσμό. Το ερωτηματολόγιο ενδιαφέρεται ειδικά για τις μεταιχμιακές περιπτώσεις, και εστιάζει στην ανικανότητα να εξακολουθήσει κανείς να εκπληρώνει τις «φυσιολογικές υγιείς» λειτουργίες και στην εμφάνιση νέων φαινομένων που προκαλούν ψυχοσωματική επιβάρυνση.

Κρίθηκε σημαντικό να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα μελέτη, καθώς οι τέσσερις παράγοντες του εργαλείου, σχετίζονται άμεσα με τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας και κατ' επέκταση στα ερωτήματα που επιχειρεί να απαντήσει η παρούσα μελέτη. Ο 1^{ος} παράγοντας αναφέρεται στην αντίληψη του ατόμου για την υγεία του, ο 2^{ος} παράγοντας αναφέρεται στο άγχος που βιώνει ο ερωτώμενος, ο 3^{ος} παράγοντας στην αντίληψη του ατόμου για την λειτουργική του επάρκεια και ο 4^{ος} παράγοντας στην κατάθλιψη.

4.5.2.6. Ερωτηματολόγιο κοινωνικών και δημογραφικών στοιχείων

Το εργαλείο συλλογής δημογραφικών δεδομένων περιελάμβανε τα ατομικά χαρακτηριστικά την οικογενειακή κατάσταση, τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά, καθώς και τις συμπεριφορές τους που σχετίζονται με την υγεία. Αναλυτικότερα, σε αυτό περιλαμβάνοντας πληροφορίες σχετικά με:

α: Ατομικά χαρακτηριστικά: φύλο, ηλικία, επίπεδο εκπαίδευσης

β: Οικογενειακά χαρακτηριστικά: οικογενειακή κατάσταση, αριθμός παιδιών

γ: επαγγελματικά χαρακτηριστικά: τμήμα εργασίας, πόλη εργασίας, θέση στην ιεραρχία, χρόνια συνολικής επαγγελματικής εμπειρίας, επαγγελματική εμπειρία στην παρούσα δομή εργασίας

δ: Προφίλ της υγείας τους: Συνήθειες υγείας όπως αριθμός κυρίων γευμάτων και ενδιάμεσων σνακ κατά τη διάρκεια της ημέρας, δείκτης μάζας σώματος, καθώς και αξιολόγηση συμπεριφορών που σχετίζονται με την υγεία (Κάπνισμα, αλκοόλ και άσκηση).

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε επίσης οπτικές αναλογικές κλίμακες για αξιολόγηση της ικανοποίησης από την εργασία, από τη θεραπευτική σχέση και από την προσωπική ζωή καθώς επίσης και την ψυχική εξάντληση από την εργασία. Επίσης περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικές με τη πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας.

4.6. Μετάφραση – Προσαρμογή των εργαλείων στην Ελληνική Γλώσσα

Η διαδικασία μετάφρασης των κλιμάκων του ηθικού αδιεξόδου, όπως αυτό τροποποιήθηκε στη βάση της εκδοχής του Moral Distress Scale-R-NQA για περιβάλλοντα γενικής φροντίδας υγείας MDS-R (Hamric et al., 2012) και της εκδοχής για νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Onishi et al., 2010) (στο εξής θα αναφέρεται ως «τροποποιημένη κλίμακα Ηθικού Αδιεξόδου»), της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής Secondary Traumatic Stress (Bride et al., 2004), της ενσυναίσθησης Jefferson Empathy Scale (Hojat et al., 2009) και της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας GHQ-28 στην ελληνική, πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τα καθορισμένα πρότυπα και τις κατευθυντήριες οδηγίες (Medical Outcomes Trust Bulletin, 1997, MAPI Research Institute, 2002, Beaton et al., 2002) αφού εξασφαλίστηκε εκ των προτέρων η άδεια χρήσης τους από τους δημιουργούς των εργαλείων, μετά από σχετική αλληλογραφία και την καταβολή αντιτίμου στις δύο περιπτώσεις του Jefferson Empathy Scale και του General Health Questionnaire.

Η διαδικασία της μετάφρασης και της προσαρμογής των ερωτηματολογίων στην ελληνική γλώσσα, πραγματοποιήθηκε με την εξής διαδικασία για το κάθε ερωτηματολόγιο

ξεχωριστά: Έγινε μετάφραση και αντίστροφη μετάφραση του εργαλείου (forwarded translation, backward translation) από δύο δίγλωσσα άτομα με κλινική εμπειρία στον χώρο της υγείας και βάσει των κατευθυντήριων οδηγιών από τους κατασκευαστές του εργαλείου. Το αγγλικό πρότυπο ερωτηματολόγιο μεταφράστηκε δύο φορές από ανεξάρτητα άτομα στην ελληνική γλώσσα με στόχο την διατήρηση των κύριων χαρακτηριστικών του. Στη συνέχεια, έγινε συζήτηση μεταξύ των ερευνητών αναφορικά με το περιεχόμενο κάθε ερώτησης-αντικειμένου του εργαλείου και σύγκριση των μεταφράσεων, αποσαφήνιση εννοιών και συμφωνήθηκε η τελική μορφή των ερωτήσεων της κλίμακας. Δεν υπήρξαν μεγάλες διαφορές μεταξύ των μεταφραστών στην ερμηνεία των λέξεων, αλλά υπήρχαν μόνο μικρές συντακτικές διαφορές.

Ακολούθως, τα ερωτηματολόγια που προέκυψαν, μεταφράστηκαν στην αγγλική γλώσσα και συγκρίθηκαν με το πρότυπο αγγλικό από ένα δίγλωσσο άτομο (με μητρική γλώσσα την αγγλική), χωρίς ωστόσο να γνωρίζει την αρχική έκδοση του αγγλικού. Μετά από σύσκεψη στην οποία συμμετείχε και άλλο άτομο, ειδικό σε αυτή τη διαδικασία, υπήρξε ομοφωνία και έτσι προέκυψε η τελική έκδοχή των ερωτηματολογίων στην ελληνική γλώσσα.

Πολιτισμική προσαρμογή (cultural adaptation)

Για το τελικό ερωτηματολόγιο που διαμορφώθηκε έγινε συζήτηση με 5 νοσηλευτές πανεπιστημιακής εκπαίδευσης, όπως σχετικά προτείνεται στη διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (cognitive debriefing process) (Medical Outcomes Trust Bulletin, 1997). Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για τη σαφήνεια και την καταλληλότητα των ερωτήσεων για την κατανόηση, τη σαφήνεια, τον βαθμό δυσκολίας που αντιμετώπισαν στη συμπλήρωση τόσο στο σύνολο όσο και για κάθε μία δήλωση ξεχωριστά (cognitive debriefing interview). Από τα σχόλια που προέκυψαν στο πλαίσιο της ανατροφοδότησης που τους ζητήθηκε, φάνηκε ότι το ερωτηματολόγιο ήταν γενικά κατανοητό.

4.7. Η Αξιοπιστία των Ερωτηματολογίων της Μελέτης

Η αξιοπιστία ενός εργαλείου μέτρησης είναι ο βαθμός της συνέπειας με τον οποίο μετρά το χαρακτηριστικό που διατείνεται ότι μετρά, δηλαδή ο βαθμός στον οποίο ένα εργαλείο μετρά κάποιο χαρακτηριστικό με τον ίδιο τρόπο κάθε φορά που χρησιμοποιείται κάτω από τις ίδιες συνθήκες με τα ίδια υποκείμενα (επαναληψιμότητα της μέτρησης) (Polit

& Hungler, 1993, Spreitzer, 1995) και αποτελεί μέτρο εκτίμησης του τυχαίου σφάλματος στη μέθοδο μέτρησης (Burns & Grove, 2001).

Ένα αξιόπιστο εργαλείο βελτιώνει την ισχύ μιας μελέτης ανιχνεύοντας σημαντικές διαφορές και συσχετίσεις που υπάρχουν στον υπό μελέτη πληθυσμό (Burns & Grove, 2001). Ωστόσο, η αξιοπιστία ενός εργαλείου δεν είναι μια αμετάβλητη οντότητα, αλλά η εκτίμηση της είναι ειδική για το δείγμα το οποίο ελέγχεται. Έτσι, η αναφορά υψηλής αξιοπιστίας ενός εργαλείου δεν εγγυάται εξίσου υψηλή αξιοπιστία σε διαφορετικό πληθυσμό και για αυτό πρέπει να γίνεται κάθε φορά έλεγχος της αξιοπιστίας μέτρησης του εργαλείου, πριν γίνουν οποιεσδήποτε στατιστικές αναλύσεις (Sproull & Edwards, 1988, Burns & Grove, 2001,).

Για πολύ καλά αναπτυγμένα εργαλεία το 0,80 θεωρείται το κατώτερο αποδεκτό όριο του δείκτη αξιοπιστίας, ενώ για νέα ερευνητικά εργαλεία, η αξιοπιστία 0,70 θεωρείται αποδεκτή (Sproull & Edwards, 1988, Burns & Grove, 2001). Στο ίδιο θέμα, οι Polit & Hungler, (1993) υποστηρίζουν ότι δεν υπάρχει τυπική τιμή για την αποδοχή ενός συντελεστή αξιοπιστίας, αλλά η τιμή καθορίζεται περισσότερο από το είδος και το σκοπό της μελέτης. Αν ο σκοπός είναι συγκρίσεις σε επίπεδο ομάδων, τότε συντελεστής 0,70 ακόμα και 0,60 μπορεί να θεωρηθεί επαρκής. Αν όμως, οι μετρήσεις θα μπορεί να αποτελέσουν βάση για λήψη σημαντικών αποφάσεων, η αφορούν κρίσιμες κλινικές μετρήσεις απαιτείται ίσως και μεγαλύτερος από 0,90.

Ο έλεγχος αξιοπιστίας εστιάζεται σε τρεις μορφές αξιοπιστίας (Polit & Hungler, 1993, Burns & Grove, 2001) της σταθερότητας (stability), της ισοδυναμίας (equivalence) και της ομοιογένειας ή της εσωτερικής συνοχής (homogeneity-internal consistency).

Η αξιοπιστία σταθερότητας πρόκειται για τη συνέπεια των επαναλαμβανόμενων μετρήσεων του ίδιου χαρακτηριστικού με το ίδιο εργαλείο και συνήθως αναφέρεται ως αξιοπιστία δοκιμασίας –επαναδοκιμασίας (test-retest reliability). Στη περίπτωση ερωτηματολογίων ο έλεγχος της εν λόγω αξιοπιστίας προσδιορίζεται με τη διανομή του ίδιου εργαλείου δυο φορές στο ίδιο δείγμα του πληθυσμού με τη μεσολάβηση κάποιου χρονικού διαστήματος (2-4 εβδομάδες) και πραγματοποίησης ανάλυση συσχέτισης (pearson' r (r) στα αποτελέσματα. Υψηλός συντελεστής συσχέτισης (τιμή που να πλησιάζει το 1) αποδεικνύει και υψηλή σταθερότητα της μέτρησης του εργαλείου. Η αξιοπιστία ελέγχου – επανελέγχου δεν είναι πάντα αποτελεσματική, παράγοντες όπως η επίδραση της μνήμης στις απαντήσεις, αλλαγή αξιών, στάσεων, συμπεριφορών λόγω καταστάσεων που μεσολάβησαν, ευαισθητοποίηση στη διαδικασία, μπορεί να επηρεάσουν τα αποτελέσματα.

Στη παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε έλεγχος επαναληψιμότητας των απαντήσεων μέσω των μετρήσεων της δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας και για τα τέσσερα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν. Το δείγμα αποτέλεσαν 20 τυχαίοι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται στη πόλη της Λεμεσού. Προκειμένου να διασφαλιστεί το απόρρητο των προσωπικών δεδομένων και να μπορεί να γίνει παράλληλα και ο έλεγχος σταθερότητας της μέτρησης μέσα στο χρόνο, σε κάθε νοσηλευτή αντιστοιχήθηκε ένας κωδικός αριθμός. Ο κάθε νοσηλευτής μετά από 7 μέρες συμπλήρωσε ξανά για δεύτερη φορά το ερωτηματολόγιο που ο κωδικός του αντιστοιχούσε.

Η δοκιμασία αυτή έδειξε ότι υπάρχει ικανοποιητική επαναληψιμότητα μέτρηση του εργαλείου με οριακές τιμές:

κλίμακα συχνότητας ηθικού αδιεξόδου Spearman $\rho=0,645$, $p=0,002$

κλίμακα έντασης ηθικού αδιεξόδου Spearman $\rho=0,793$, $p<0,0001$

κλίμακα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής Spearman $\rho=0,848$, $p<0,0001$

Υποκλίμακες της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας:

α =Spearman $\rho=0,755$, $p<0,0001$

β =Spearman $\rho=0,751$, $p<0,0001$

γ =Spearman $\rho=0,680$, $p<0,0001$

δ =Spearman $\rho=0,845$, $p<0,0001$

Η αξιοπιστία ομοιογένειας ή εσωτερικής συνοχής αφορά στις ερωτήσεις του εργαλείου και στη μεταξύ τους συσχέτιση, δηλαδή στο βαθμό στον οποίο όλα τα επιμέρους τμήματα του εργαλείου μετρούν το ίδιο χαρακτηριστικό. Υπάρχουν πολλές τεχνικές ελέγχου της αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής όπως: η αξιοπιστία διχοτόμησης (split-half reliability), οι στατιστικές διαδικασίες (Cronbach's alpha coefficient για μη διχότομες απαντήσεις και Kuder-Richardson formula για διχότομες), και η ανάλυση παραγόντων (factor analysis). Οι πιο ευρέως χρησιμοποιούμενες μέθοδοι είναι ο συντελεστής συσχέτισης Cronbach's α (ή συντελεστής άλφα) και η ανάλυση παραγόντων (Polit & Hungler, 1993). Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής ελέγχθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha για τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν στην μελέτη.

Συμπερασματικά στην παρούσα μελέτη ο έλεγχος αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων διενεργήθηκε στα επίπεδα της αξιοπιστίας σταθερότητας και της αξιοπιστίας ομοιογένειας ή εσωτερικής συνοχής.

4.8. Πιλοτική έρευνα για τη διερεύνηση της εγκυρότητας και αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων

Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των εργαλείων, πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη πριν τη διεξαγωγή της κυρίως μελέτης, για την επιβεβαίωση της σταθερότητας των κλιμάκων μέσω της διαδικασίας «δοκιμασίας – επαναδοκιμασίας», η οποία περιγράφεται στα αποτελέσματα. Η μελέτη της συνάφειας των ψυχομετρικών εργαλείων είναι σημαντική σε έρευνες που βασίζονται σε αυτοσυμπληρούμενα μέσα συλλογής δεδομένων (Konac, 1992). Για τις κλίμακες της παρούσας μελέτης, η μεσολάβηση χρονικού διαστήματος μίας εβδομάδας μεταξύ των μετρήσεων, θεωρήθηκε ως η πιο κατάλληλη (Radloff, 1997).

Τον πληθυσμό-στόχο της πιλοτικής έρευνας, αποτέλεσαν τυχαίο δείγμα 20 νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας (N=20) που εργάζονται στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην πόλη της Λεμεσού. Στη συνέχεια, έγινε κωδικοποίηση και τα ίδια άτομα κλήθηκαν να απαντήσουν ξανά το ίδιο ερωτηματολόγιο μετά από μεσοδιάστημα μίας εβδομάδας (Μερκούρης, 2008).

Ο συντελεστής (r) του Pearson των βαθμολογιών των δύο μετρήσεων στο ίδιο δείγμα, και ο συντελεστής αξιοπιστίας άλφα, υπολογίστηκε και για τα 4 ερωτηματολόγια της μελέτης (κάθε κλίμακα και υποκλίμακα ξεχωριστά), έτσι ώστε να γίνει η στάθμισή τους και σε Κυπριακό πληθυσμό.

Κατά τον έλεγχο αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής (Cronbach's alpha), η κλίμακα της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου κατέγραψε Cronbach's alpha=0,893 , και η κλίμακα της έντασης Cronbach's alpha=0,941.

Στην κλίμακα μέτρησης της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0,925.

Στην κλίμακα της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0,932, και για τις τέσσερις υποκλίμακες ήταν υποκλίμακα $\alpha=0,855$, $\beta=0,898$, $\gamma=0,837$ και $\delta=0,830$.

Στη κλίμακα αξιολόγησης του βαθμού ενσυναίσθησης ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν 0,802.

Η αξιοπιστία των επαναληπτικών μετρήσεων των ερωτηματολογίων (test- retest) στις επαναληπτικές μετρήσεις της πιλοτικής έρευνας των εργαλείων Moral Distress Scale της Corley (Hamric, 2010), της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής Secondary Traumatic Stress (Bride et al, 2004), και της γενικής ψυχοσωματικής υγείας GHQ-28 ήταν αρκετά καλή, αποδεικνύοντας έτσι την πολύ καλή εσωτερική αξιοπιστία των

ερωτηματολογίων, σε κυπριακό δείγμα Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας.

Το εργαλείο όμως της ενσυναίσθησης Jefferson Empathy Scale (Hojat et al., 2009) κατέγραψε χαμηλά επίπεδα συσχέτισης μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης γεγονός που οδήγησε στην πραγματοποίηση μετατροπών και δεύτερης πιλοτικής μελέτης.

4.8.1. Πιλοτική έρευνα για τη διερεύνηση της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου JSE

Το τελικό μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα ερωτηματολόγιο που προέκυψε αρχικά δόθηκε σε τυχαίο δείγμα 20 Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας, προκειμένου να ελεγχθούν η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής με τον δείκτη Cronbach's alpha και η αξιοπιστία δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας, με διάστημα μίας εβδομάδας μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης. Στη συνέχεια, στόχος ήταν να ελεγχθεί η εννοιολογική εγκυρότητα με ανάλυση παραγόντων Varimax με περιστροφή.

Από το έλεγχο που έγινε, αρχικά ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής ήταν επαρκής και στις δύο μετρήσεις πρώτη μέτρηση Chronbach's a 0,802 και στη δεύτερη μέτρηση ήταν Chronbach's a 0,882. Στη συνέχεια, ελέγχθηκε η διαφορά των μέσων τιμών μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης και ενώ η διαφορά αυτή δεν ήταν στατιστικά σημαντική $p=0,815$ (95% CI: -3,1- 3,9) όπως ήταν επιθυμητό, ο δείκτης συσχέτισης μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης ήταν αρκετά χαμηλός Pearson (r) 0,227 (Πίνακας 4.2)

Πίνακας 4.2 (α) Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Jefferson Empathy Scale	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση
Chronbach's a n=20	0,802	0,882

Πίνακας 4.2 (β) Διαφορά μέσων τιμών

Jefferson Empathy Scale	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση
T-test n=20	$p=0,815$ (95% CI: -3,1- 3,9)	

Πίνακας 4.2 (γ) Δείκτης συσχέτισης

Jefferson Empathy Scale	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση
Pearson (r) n=20	0,227	

Λόγω του χαμηλού δείκτη συσχέτισης μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης Pearson (r) 0,227 έγινε εκ νέου έλεγχος των ερωτήσεων και εντοπίστηκαν οι ερωτήσεις που είχαν σημαντική απόκλιση μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης. Ως σημαντική απόκλιση θεωρήθηκε η αλλαγή κατεύθυνσης, δηλαδή απαντήσεις από το 1 στο 4 ή από 4 σε 7 και αντίστροφα. Εντοπίστηκαν δηλαδή οι απαντήσεις που με τη συμπεριφορά τους άλλαζαν στάση. Στη συνέχεια έγινε περαιτέρω έλεγχος του περιεχομένου τους με οδηγό την αγγλική έκδοση. Επαναλήφθηκε εκ νέου η μετάφραση και αντίστροφη μετάφραση με μια προσπάθεια να είναι πιο πολύ προσαρμοσμένη η μετάφραση στην κυπριακή διάλεκτο. Πραγματοποιήθηκαν τροποποιήσεις πολύ μικρής έκτασης χωρίς να αποκλίνουν από την αρχική διατύπωση (Πίνακας 4.3).

Πίνακας 4.3 Παραδείγματα τροποποίηση ερωτήσεων για σκοπούς πολιτισμικής προσαρμογής

Αρχική διατύπωση	Τροποποίηση
1.Το να προσπαθώ να κατανοήσω πως νιώθουν οι θεραπευόμενοι και οι οικογένειές τους δεν επηρεάζει σε τίποτα τη θεραπεία.	Το να προσπαθώ να κατανοήσω πως νιώθουν οι θεραπευόμενοι και οι οικογένειές τους δεν επηρεάζει καθόλου τη θεραπεία.
3. Μου είναι δύσκολο να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.	Δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.
4.Αναφορικά με τη σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των θεραπευομένων θεωρώ ότι η κατανόηση της γλώσσας του σώματος των θεραπευομένων είναι τόσο σημαντική όσο και η λεκτική επικοινωνία τους.	Θεωρώ ότι η κατανόηση της γλώσσας του σώματος των θεραπευομένων είναι τόσο σημαντική στην μεταξύ μας σχέση όσο και η λεκτική επικοινωνία τους.
5.Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ, η οποία θεωρώ ότι συμβάλλει σε καλύτερα κλινικά	Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ και θεωρώ ότι αυτό συμβάλλει σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα

αποτελέσματα.	
6. Δεδομένου ότι οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί , θεωρώ ότι είναι σχεδόν αδύνατον να μπορέσω να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.	Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί , θεωρώ ότι είναι σχεδόν αδύνατον να μπορέσω να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.
7. Προσπαθώ να μην δίνω σημασία στα συναισθήματά κατά τη διάρκεια της λήψης του ιστορικού σε ασθενείς με σωματικά προβλήματα.	Προσπαθώ να μην δίνω σημασία στα συναισθήματα των θεραπευομένων κατά τη λήψη του ιστορικού ή όταν τους ρωτώ για τη σωματική τους υγεία.
15. Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η αποτελεσματικότητά μου ως επαγγελματία υγείας θα ήταν περιορισμένη.	Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι περιορισμένη.
17. Προκειμένου να παράσχω καλύτερη φροντίδα στους νοσηλευόμενους προσπαθώ να σκέπτομαι όπως και εκείνοι	Προσπαθώ να σκέπτομαι όπως οι θεραπευόμενοι προκειμένου να τους παράσχω καλύτερη φροντίδα.
18. Δεν επιτρέπω να με επηρεάζουν οι συναισθηματικά φορτισμένες σχέσεις μεταξύ των θεραπευομένων και των οικογενειών τους.	Δεν επιτρέπω να με επηρεάζουν οι ισχυρές προσωπικές σχέσεις μεταξύ των θεραπευομένων και των οικογενειών τους

Δεύτερη πιλοτική μελέτη

Αφού έγιναν οι ανάλογες τροποποιήσεις και επαναδιατυπώθηκαν οι ερωτήσεις που παρουσίαζαν σημαντική απόκλιση, το ερωτηματολόγιο δόθηκε εκ νέου σε τυχαίο δείγμα 17 νοσηλευτών ψυχικής υγείας και έγινε εκ νέου έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής με τον δείκτη Cronbach's alpha και της αξιοπιστίας δοκιμασίας- επαναδοκιμασίας, με διάστημα ξανά μίας εβδομάδας μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης.

Στη δεύτερη πιλοτική μελέτη ο δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής ήταν επαρκής και στις δύο μετρήσεις. Στη πρώτη μέτρηση ο δείκτης Chronbach's α ήταν 0,899, και στη δεύτερη μέτρηση ήταν 0,784. Η διαφορά των μέσων τιμών μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης δεν ήταν στατιστικά σημαντική $p=0,162$ (95% CI: -10,49- 2,920) και ο δείκτης συσχέτισης επίσης μεταξύ πρώτης και δεύτερης μέτρησης κρίθηκε ικανοποιητικός Pearson $r=0,897$ (Πίνακας 4.4)

Πίνακας 4.4 (α) Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής με τον δείκτη Chronbach's α στη πιλοτική μελέτη μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης (n=17)

Jefferson Empathy Scale	1 ^η Μέτρηση Chrobach's α	2 ^η Μέτρηση Chrobach's α
	0,899	0,784

Πίνακας 4.4 (β) Διαφορά μέσων τιμών με paired t-test στη πιλοτική μελέτη μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης (n=17)

Jefferson Empathy Scale	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση
	Μέση τιμή 98,57+- 15,31	Μέση τιμή 102,71+- 12,667
Paired T-test	p=0,162 (95% CI: -10,49 2,920)	

Πίνακας 4.4. (γ) Δείκτης συσχέτισης με τον συντελεστή Pearson (r) στη πιλοτική μελέτη μεταξύ της πρώτης και δεύτερης μέτρησης (n=17)

Jefferson Empathy Scale	1 ^η Μέτρηση	2 ^η Μέτρηση
Pearson (r)	0,897 P=0,006	

4.9. Εγκυρότητα των ερωτηματολογίων της μελέτης

Η εγκυρότητα ενός εργαλείου μέτρησης αντιπροσωπεύει την ακρίβεια της μέτρησης, δηλαδή το βαθμό στον οποίο ένα εργαλείο μετρά πραγματικά αυτό το οποίο υποτίθεται ότι μετρά (Sproull & Edwards, 1988, Polit & Hungler, 1993) και αποτελεί μέτρο εκτίμησης του συστηματικού σφάλματος στη μέθοδο μέτρησης (Burns & Grove, 2001).

Επιπλέον ενδεικτικά στοιχεία εγκυρότητας, τα οποία ουσιαστικά αποτελούν τους τύπους εγκυρότητας, προέρχονται: α) από την εξέταση της σύγκλισης ή της απόκλισης των αποτελεσμάτων διαφορετικών στρατηγικών για τη μέτρηση της ίδιας παραμέτρου σε διαφορετικά δείγματα, με ανάλυση συσχέτισης των αποτελεσμάτων, β) από την εξέταση της ικανότητας διάκρισης μεταξύ εργαλείων που μετρούν παρόμοια φαινόμενα με διαφορεική ανάλυση, γ) από την ικανότητα πρόβλεψης του εργαλείου για μελλοντική συμπεριφορά ή μελλοντικών πρακτικών όταν διανέμεται σε διαφορετικούς πληθυσμούς με ανάλυση συσχέτισης των αποτελεσμάτων, δ) από τα αποτελέσματα της ανάλυσης παραγόντων και ε) από την αλληπάλληλη επαλήθευση της εγκυρότητας ενός εργαλείου από άλλους ερευνητές διαφορετικών μελετών.

Ένα εργαλείο μέτρησης μπορεί να είναι μαζί έγκυρο και αξιόπιστο ή απλά αξιόπιστο, αλλά όχι έγκυρο, ή τέλος, ούτε αξιόπιστο ούτε έγκυρο. Εξαιτίας της δεύτερης περίπτωσης πρέπει να εξετάζεται πρώτα η εγκυρότητα (Sproull & Edwards, 1988). Η εγκυρότητα δε χαρακτηρίζει το ίδιο το εργαλείο, αλλά την εφαρμογή του σε συγκεκριμένο δείγμα και για αυτό πρέπει να επανελέγχεται σε κάθε μελέτη (Sproull & Edwards, 1988, Burns & Grove, 2001).

Στη παρούσα μελέτη τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ελέγχθηκαν όσον αφορά την εννοιολογική εγκυρότητα με ανάλυση παραγόντων. Στο πλαίσιο αυτό, ελέγχθηκε με διερευνητική ανάλυση παραγόντων η εννοιολογική εγκυρότητα του εργαλείου αξιολόγησης του βαθμού της ενσυναίσθησης (Jefferson Empathy Scale) (Hojat et al., 2009). Στόχος ήταν να ελεγχθεί η μονοδιάστατη εκδοχή του εργαλείου, καθώς σε προηγούμενες μελέτες περιγράφονται τρεις υποκλίμακες στο εργαλείο, εκ των οποίων η μία περιλαμβάνει 2 μόνο καταγραφές, ενώ η εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ των τριών αυτών υποκλιμάκων είναι ασαφής (Hojat et al., 2009). Δεδομένου ότι το εργαλείο της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής (Secondary Traumatic Stress Scale) (Bride et al., 2004), καθώς και το τροποποιημένο εργαλείο του Ηθικού Αδιεξόδου χρησιμοποιούνται πρώτη φορά σε νοσηλευτικό προσωπικό στην Κύπρο έγινε, επίσης, διερευνητική ανάλυση παραγόντων. Στη περίπτωση του εργαλείου της γενικής υγείας σωματικής και ψυχικής GHQ-28 έγινε επίσης διερευνητική ανάλυση παραγόντων.

4.9.1. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του εργαλείου Jefferson Empathy Scale

Αρχικά έγινε διερευνητική ανάλυση παραγόντων (χωρίς περιστροφή) ώστε να φανούν οι αρχικοί παράγοντες και στη συνέχεια με περιστροφή με την μέθοδο Varimax, για επιβεβαίωση της εγκυρότητας του περιεχομένου των κλιμάκων.

Μέσω της Διερευνητικής Ανάλυσης Παραγόντων ελέγχεται η ομαδοποίηση στις ερωτήσεις του εργαλείου έτσι ώστε να δίνουν νόημα για τη σχέση που υπάρχει ανάμεσα σε αυτές. Οι αναλύσεις αυτές εξετάζουν τα σημεία των κλιμάκων ξεχωριστά για δομική εγκυρότητα. Το κριτήριο για την αποδοχή παραγόντων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι ιδιοτιμές να ήταν > 1 . Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων έγινε με ανάλυση κύριων συνιστωσών, ώστε να εξαχθεί το μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης από τους λιγότερους δυνατούς παράγοντες. Πριν από την παραγοντική ανάλυση εξετάστηκε αν ο πίνακας συσχετίσεων των μεταβλητών ήταν κατάλληλος για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη στατιστική τεχνική.

Από την ανάλυση κύριων συνιστωσών (principal component analysis) προέκυψαν 6 παράγοντες (αντί 3 που εισηγούνται οι κατασκευαστές) που αντιπροσωπεύουν το 62% της συνολικής διακύμανσης. Παράγοντας 1: 26,8% Παράγοντας 2:11,9%, Παράγοντας 3: 6,8%, Παράγοντας 4:5,8%, Παράγοντας 5: 5,3% και Παράγοντας 6:5,1%. Τα ποσοστά διακύμανση και η ιδιοτιμή κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.5.

Πίνακας 4.5 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων

Παράγοντες	Ποσοστό διακύμανσης	Ιδιοτιμή
1 ^{ος}	26,850	5,370
2 ^{ος}	11,915	2,383
3 ^{ος}	6,847	1,369
4 ^{ος}	5,881	1,176
5 ^{ος}	5,399	1,080
6 ^{ος}	5,187	1,037

Από την διερευνητική ανάλυση παραγόντων δεν διαφαίνεται η δομή του αρχικού εργαλείου, αφού υπάρχουν σημαντικές αδυναμίες, όπως:

- διαφάνηκε μια τάση αντί οι ερωτήσεις να ομαδοποιούνται ως προς τη θεωρητική τους συνάφεια να γίνεται διαχωρισμός των αρνητικών και θετικών δηλώσεων.
- Σε 4 ερωτήσεις παρατηρούνται υψηλές φορτίσεις σε 2 παράγοντες. (ερώτηση 3 στους παράγοντες 1 και 4, ερώτηση 5 στους παράγοντες 1 και 2, ερώτηση 7 στους παράγοντες 1 και 2 και ερώτηση 15 στους παράγοντες 1 και 3)

Σε μια προσπάθεια εφαρμόστηκε ανάλυση παραγόντων με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων κατά Varimax. Από αυτή την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν τρεις νοηματικοί παράγοντες με ιδιοτιμές μεγαλύτερες από ένα, αντιπροσωπεύοντας το 45,6% (Παράγοντας 1: 18,5% , Παράγοντας 2: 16, 7% και Παράγοντας 3: 10, 3% της συνολικής διακύμανσης, αντίστοιχα (Πίνακας 4.6).

Πίνακας 4.6 Διερευνητική ανάλυση παραγόντων με περιστροφή

Παράγοντες	Ποσοστό διακύμανσης	Ιδιοτιμή
1 ^{ος}	18,576	3,716
2 ^{ος}	16,720	3,344
3 ^{ος}	10,312	2,062

- Παρόλο, που στη δεύτερη προσπάθεια προέκυψαν τρεις παράγοντες όπως ακριβώς προτείνεται και από τους κατασκευαστές του εργαλείου, οι ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στον κάθε παράγοντα είναι διαφορετικές (Πίνακας 4.7).
- Επίσης, στις ερωτήσεις 10 και 12 παρατηρούνται ψηλές φορτίσεις σε 2 παράγοντες.
- Επίσης προέκυψαν 3 ισχυροί παράγοντες, παρόλο που και το αρχικό εργαλείο των κατασκευαστών έδινε 3 παράγοντες, ο τρίτος παράγοντας των κατασκευαστών ήταν πολύ αδύνατος με μόνο δύο ερωτήματα. Συμπεραίνεται ότι η μονοδιάστατη εκδοχή της κλίμακας, αντιπροσωπεύει καλύτερα τον ορισμό της ενσυναίσθησης αφού αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία για ενσυναίσθηση αλλά και στην κατανόηση του θεραπευόμενου αυτής της ικανότητας ενσυναίσθησης του επαγγελματία υγείας.

Πίνακας 4.7 Περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κύριων συνιστωσών με περιστροφή

	Κύριες Συνιστώσες		
	1	2	3
1.Το να προσπαθώ να κατανοήσω πως νιώθουν οι θεραπευόμενοι και οι οικογένειές τους δεν επηρεάζει καθόλου τη θεραπεία.	,126		-,391
2.Οι θεραπευόμενοι νιώθουν καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.	,188	,647	,280
3.Δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.	,562	,153	-,148
4.Θεωρώ ότι η κατανόηση της γλώσσας του σώματος των θεραπευομένων είναι τόσο σημαντική στην μεταξύ μας σχέση όσο και η λεκτική επικοινωνία τους.	,219	,595	,368
5.Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ και θεωρώ ότι αυτό συμβάλλει σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.		,290	,648
6. Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί , θεωρώ ότι είναι σχεδόν αδύνατον να μπορέσω να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.	,633	,118	-,313
7.Προσπαθώ να μην δίνω σημασία στα συναισθήματα των θεραπευομένων κατά τη λήψη του ιστορικού ή όταν τους ρωτώ για τη σωματική τους υγεία.	,599		
8.Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι άσχετη από το αν λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές εμπειρίες των θεραπευομένων.	,601		,262
9.Προσπαθώ να φανταστώ τον εαυτό μου στη θέση των νοσηλευομένων όταν τους φροντίζω.	-,140	,424	,182
10. Οι θεραπευόμενοι εκτιμούν το ότι κατανοώ τα συναισθήματα τους, και αυτό είναι θεραπευτικό για εκείνους	,175	,496	,488
11.Οι ασθενείς είναι δυνατόν να θεραπευτούν μόνο με την ιατρική φροντίδα. Επομένως, οι συναισθηματικοί δεσμοί με τους ασθενείς δεν επηρεάζουν σημαντικά την έκβαση της θεραπείας.	,718		,173
12.Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους θεραπευομένους τι συμβαίνει στην προσωπική τους ζωή δεν βοηθάει στο να κατανοήσω τα σωματικά συμπτώματά τους..	,630		,404
13.Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέπτονται οι θεραπευόμενοι παρατηρώντας τα μη λεκτικά μηνύματά τους (π.χ εκφράσεις προσώπου) και τη γλώσσα του σώματός τους (π.χ κινήσεις χεριών).	,390	,304	,537
14.Θεωρώ ότι τα συναισθήματα δεν έχουν καμία θέση στη θεραπεία των σωματικών ασθενειών.	,643		
15.Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι περιορισμένη.	,247	,711	-,211
16.Ένα σημαντικό στοιχείο της σχέσης μου με τους θεραπευομένους είναι η κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης των ιδίων και των οικογενειών τους.	,281	,785	,232
17.Προσπαθώ να σκέπτομαι όπως οι θεραπευόμενοι προκειμένου να τους παράσχω καλύτερη φροντίδα.	-,320	,446	,232
18.Δεν επιτρέπω να με επηρεάζουν οι ισχυρές προσωπικές σχέσεις μεταξύ των θεραπευομένων και των οικογενειών τους.	-,179	-,198	-,393
19. Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρικά κείμενα και λογοτεχνικά βιβλία.	,567	,152	
20 .Θεωρώ ότι η εκδήλωση είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας	,233	,719	-,138

Παράγοντας I: Αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία υγείας να κατανοεί τι αντιλαμβάνονται οι θεραπευόμενοι χωρίς ο ίδιος να εμπλέκεται συναισθηματικά και περιλαμβάνει τα θέματα (3, 6, 7, 8, 11, 12, 14, 19). Στον παράγοντα αυτόν φαίνεται να ομαδοποιούνται όλες οι καταγραφές του εργαλείου, καθώς οι τιμές των φορτίσεων για τη συντριπτική πλειοψηφία των καταγραφών είναι υψηλότερη του 0,2.

Παράγοντας II: Αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία υγείας να κατανοεί την συναισθηματική κατάσταση του θεραπευόμενου «και οι καταγραφές με τις υψηλότερες φορτίσεις είναι : 2, 4, 9, 10, 15, 16, 17, 20.

Παράγοντας III: Αναφέρεται στην ικανότητα του επαγγελματία υγείας για κατανόηση όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον θεραπευόμενο, και οι καταγραφές με τις υψηλότερες φορτίσεις είναι : 1, 5, 10, 12, 13, 18.

Από τα ανωτέρω φαίνεται ότι δεν σαφής η εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ των τριών αυτών παραγόντων. Για τον λόγο αυτό στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε και προτείνεται η μονοδιάστατη εκδοχή του εργαλείου.

4.9.2. Διερευνητική Ανάλυση παραγόντων του εργαλείου Secondary Post- traumatic Stress Scale

Αρχικά έγινε διερευνητική ανάλυση παραγόντων χωρίς περιστροφή και στη συνέχεια με περιστροφή με την μέθοδο Varimax, για επιβεβαίωση της εγκυρότητας του περιεχομένου των κλιμάκων. Το κριτήριο για την αποδοχή παραγόντων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι ιδιοτιμές να είναι > 1 . Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων έγινε με ανάλυση κύριων συνιστωσών, ώστε να εξαχθεί το μεγαλύτερο ποσοστό της διακύμανσης από τους λιγότερους δυνατούς παράγοντες.

Από την ανάλυση κύριων συνιστωσών (principal component analysis) επιβεβαιώθηκαν 3 παράγοντες, αριθμός που συμφωνεί με εκείνο που εισηγούνται και οι κατασκευαστές και αντιπροσωπεύουν το 60 % της συνολικής διακύμανσης. Παράγοντας 1: 24,2% Παράγοντας 2: 18,5%, Παράγοντας 3: 17,3 %. Τα ποσοστά διακύμανση και η ιδιοτιμή κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.8.

Πίνακας 4.8 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων

Παράγοντες	Ποσοστό διακύμανσης	Ιδιοτιμή
1 ^{ος}	24,187	4,112
2 ^{ος}	18,478	3,141
3 ^{ος}	17,270	2,936

Από την διερευνητική ανάλυση παραγόντων χωρίς περιστροφή (Πίνακας 4.9) φαίνεται η μονοδιάστατη εκδοχή της αφού:

- Διαφάνηκε μια τάση αντί οι ερωτήσεις να ομαδοποιούνται ως προς τη θεωρητική τους συνάφεια να γίνεται διαχωρισμός των αρνητικών και θετικών δηλώσεων.
- Εξάχθηκε 1 ισχυρός παράγοντας ο οποίος συγκεντρώνει τις υψηλότερες τιμές σε όλες τις ερωτήσεις (>0.2).

Πίνακας 4.9 Περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κυρίων συνιστωσών χωρίς περιστροφή

	Κύριες Συνιστώσες		
	1	2	3
1.Νιώθω συναισθηματικά μουνδιασμένος/νη.	,613	-,458	,057
2.Η καρδιά μου χτυπάει όταν σκέφτομαι τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	,660	-,472	,100
3.Νιώθω σαν να ζω και εγώ την τραυματική εμπειρία(ες) που μου περιέγραφε πως υπέστη ο θεραπευόμενός μου.	,593	-,410	,432
4.Έχω πρόβλημα με τον ύπνο μου.	,622	,065	-,044
5.Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον μου.	,584	,190	-,434
6.Πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους με αναστατώνουν.	,745	-,159	,054
7.Έχει μειωθεί το ενδιαφέρον μου για να είμαι μαζί με τους άλλους ανθρώπους.	,699	,340	-,136
8.Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση.	,765	-,152	-,253
9.Είμαι λιγότερος δραστήριος/α από το συνηθισμένο.	,770	-,125	-,224
10.Σκέφτομαι συνεχώς τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους, χωρίς όμως να το θέλω.	,687	,210	,388
11.Έχω δυσκολία να παραμείνω συγκεντρωμένη-ος .	,761	,145	-,153
12.Αποφεύγω ανθρώπους, τόπους, ή πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	,685	,290	-,124
13.Βλέπω έντονα όνειρα σχετικά με τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	,573	,397	,476

14.Αποφεύγω τη συνεργασία με ορισμένους θεραπευόμενους.	,652	,065	-,113
15.Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα.	,765	-,201	-,262
16.Έχω ένα συνεχές προαίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί.	,656	,152	,206
17.Διαπιστώνω ότι υπάρχουν κενά στη μνήμη μου σχετικά με τις συνεδρίες με τους θεραπευόμενους.	,674	,161	,216

Στη συνέχεια εφαρμόστηκε ανάλυση παραγόντων με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων κατά Varimax (Πίνακας 4.10). Στους παράγοντες που προέκυψαν, οι ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στον κάθε παράγοντα είναι διαφορετικές, από αυτές που προτείνονται από τους κατασκευαστές. Από την ανάλυση με περιστροφή προέκυψαν: 1 πολύ ισχυρός παράγοντας με 9 ερωτήσεις και δύο σχετικά καλοί παράγοντες με 4 ερωτήσεις ο κάθε ένας.

Παράγοντας I: Συμπτώματα Αναβίωσης και περιλαμβάνει τα θέματα (1, 2, 3, 6)

Παράγοντας II: Συμπτώματα Αποφυγής, περιλαμβάνει τα θέματα (4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 14, 15)

Παράγοντας III: Συμπτώματα Αυξημένης Διεγερσιμότητας και περιλαμβάνει τα θέματα (10, 13, 16, 17)

Πίνακας 4.10 Περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κυρίων συνιστωσών με περιστροφή

	Κύριες Συνιστώσες		
	1	2	3
1.Νιώθω συναισθηματικά μουνδιασμένος/νη.	,252	,715	,115
2.Η καρδιά μου χτυπάει όταν σκέφτομαι τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	,251	,761	,161
3.Νιώθω σαν να ζω και εγώ την τραυματική εμπειρία(ες) που μου περιέγραφε πως υπέστη ο θεραπευόμενός μου.	-,011	,748	,384
4.Έχω πρόβλημα με τον ύπνο μου.	,462	,272	,325
5.Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον μου.	,741	,065	,106
6.Πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους με αναστατώνουν.	,418	,542	,337
7.Έχει μειωθεί το ενδιαφέρον μου για να είμαι μαζί με τους άλλους ανθρώπους.	,647	,070	,446
8.Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση.	,649	,480	,143
9.Είμαι λιγότερος δραστήριος/α από το συνηθισμένο.	,638	,467	,180

10.Σκέφτομαι συνεχώς τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους, χωρίς όμως να το θέλω.	,239	,284	,728
11.Έχω δυσκολία να παραμείνω συγκεντρωμένη-ος .	,650	,259	,364
12.Αποφεύγω ανθρώπους, τόπους, ή πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	,617	,106	,421
13.Βλέπω έντονα όνειρα σχετικά με τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	,148	,090	,826
14.Αποφεύγω τη συνεργασία με ορισμένους θεραπευόμενους.	,530	,274	,293
15.Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα.	,643	,519	,111
16.Έχω ένα συνεχές προαίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί.	,331	,275	,558
17.Διαπιστώνω ότι υπάρχουν κενά στη μνήμη μου σχετικά με τις συνεδρίες με τους θεραπευόμενους.	,338	,279	,579

Όπως φαίνεται στον πίνακα 4.10, ενώ διαφαίνεται σε κάποιο βαθμό η δομή του αρχικού εργαλείου, υπάρχουν σημαντικές αδυναμίες όπως:

- Οι παράγοντες όπως διαχωρίζονται δεν συμβαδίζουν απόλυτα με αυτούς των κατασκευαστών. Ο παράγοντας αναβίωσης φορτώνει με μόνο 4 στοιχεία στην παρούσα ανάλυση παράγοντα συγκριτικά με 5 στοιχεία που προτείνεται από τους κατασκευαστές. Τα τρία πρόκειται για τα ίδια στοιχεία (2, 3, 6) ενώ τα δύο στοιχεία της κλίμακας των κατασκευαστών στη παρούσα ανάλυση συμπεριλαμβάνονται στον παράγοντα Αυξημένη Διεγερσιμότητα (στοιχεία 10 ,13).
- Ο παράγοντας της αποφυγής στην παρούσα ανάλυση φορτώνει με πολύ περισσότερα στοιχεία εννέα αντί έξι που προτείνονται από τους κατασκευαστές. Τα πέντε στοιχεία είναι κοινά (5, 7, 9, 12, 14). Το στοιχείο 17, “Διαπιστώνω ότι υπάρχουν κενά στη μνήμη μου σχετικά με τις συνεδρίες με τους θεραπευόμενους”, στη παρούσα ανάλυση φορτώνει στην κλίμακα της Αυξημένης Διεγερσιμότητας.
- Τέλος ο παράγοντας της Αυξημένης διεγερσιμότητας στη παρούσα ανάλυση φορτώνει με τέσσερα αντί πέντε στοιχεία που προτείνονται από τους κατασκευαστές και με ένα μόνο κοινό στοιχείο (16) μεταξύ των δύο αναλύσεων παράγοντα.

Στον πρώτο παράγοντα φαίνεται να ομαδοποιούνται όλες οι καταγραφές του εργαλείου, καθώς οι τιμές των φορτίσεων για τη συντριπτική πλειοψηφία των καταγραφών είναι υψηλότερη του 0.2.

Από τα ανωτέρω φαίνεται ότι δεν σαφής η εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ των τριών αυτών παραγόντων. Για τον λόγο αυτό στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε και προτείνεται η μονοδιάστατη εκδοχή του εργαλείου όπως αυτή περιγράφεται από τον παράγοντα 1.

4.9.3. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του εργαλείου GHQ-28

Αρχικά έγινε διερευνητική ανάλυση παραγόντων (χωρίς περιστροφή και στη συνέχεια με περιστροφή με την μέθοδο Varimax, για επιβεβαίωση της εγκυρότητας του περιεχομένου των κλιμάκων.

Από την ανάλυση κύριων συνιστωσών (principal component analysis) επιβεβαιώθηκαν οι 5 παράγοντες που εισηγούνται και οι κατασκευαστές και αντιπροσωπεύουν το 63,16 % της συνολικής διακύμανσης. Παράγοντας 1: 17,62% Παράγοντας 2: 13,67%, Παράγοντας 3: 13,310 %, Παράγοντας 4: 10,13% και Παράγοντας 5: 8,41%. Τα ποσοστά διακύμανση και η ιδιοτιμή κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.11.

Πίνακας 4.11 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων

Παράγοντες	Ποσοστό διακύμανσης	Ιδιοτιμή
1 ^{ος}	4,935	17,625
2 ^{ος}	3,829	13,677
3 ^{ος}	3,727	13,310
4 ^{ος}	2,839	10,138
5 ^{ος}	2,355	8,412

Εφαρμόστηκε ανάλυση παραγόντων με ορθογόνια περιστροφή των αξόνων κατά Varimax (Πίνακας 4.12). Όπως φαίνεται από τον πίνακα, ενώ διαφαίνεται σε κάποιο βαθμό η δομή του αρχικού εργαλείου, υπάρχουν σημαντικές αδυναμίες όπως: οι ερωτήσεις που συμπεριλαμβάνονται στον κάθε παράγοντα είναι διαφορετικές, από αυτές που προτείνονται από τους κατασκευαστές.

Από την ανάλυση με περιστροφή επιβεβαιώθηκαν οι 5 παράγοντες: παράγοντας 1: με 9 στοιχεία, παράγοντας 2: με 7 στοιχεία, παράγοντας 3: με 6 στοιχεία, παράγοντας 4: με 4 στοιχεία και παράγοντας 5: με 5 στοιχεία

Τα στοιχεία A2, Δ2 και Δ3 φορτώνουν σε δυο παράγοντες στους παράγοντες 3 και 5 αντίστοιχα.

Πίνακας 4.12 Περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κυρίων συνιστωσών με περιστροφή

	Κύριες Συνιστώσες				
	1	2	3	4	5
A1. Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	,483	,372	-,076	,369	,003
A2. Νιώθετε έντονα την ανάγκη για κάτι τονωτικό ή διεγερτικό;	,381	,194	,070	,353	,396
A3. Νιώθετε εξαντλημένη /ος ή/και αδιάθετη/ος;	,721	,209	-,020	,250	,113
A4. Νιώθετε πως είστε άρρωστη/ος;	,410	,210	,275	,566	,063
A5. Έχετε κεφαλαλγίες;	,445	,056	,059	,717	,129
A6. Νιώθετε σφίξιμο ή πίεση στο κεφάλι;	,338	,092	,038	,765	,202
A7. Αισθάνεστε ρίγη ή εξάψεις;	,167	,167	,330	,581	,251
B1. Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχη/ος από στεναχώρια;	,364	,087	,015	,294	,688
B2. Έχετε δυσκολία να διατηρήσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές;	,419	,061	,112	,336	,566
B3. Νιώθετε να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	,835	,107	-,003	,151	,225
B4. Νιώθετε να είστε κακόκεφη/ος και να αρπάζεστε εύκολα;	,762	,211	,094	,148	,236
B5. Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	,491	,149	,357	,195	,331
B6. Νιώθετε πως δεν αντέχετε άλλο και τα πάντα να σας καταπλακώνουν;	,592	,204	,229	,264	,345
B7. Νιώθετε συνεχώς νευρική/ος και σε υπερένταση;	,773	,195	,153	,149	,211
Γ1. Καταφέρνετε να είστε δραστήρια/ος και να παραμένετε απασχολημένη/ος;	,043	,707	,025	,277	,104
Γ2. Με τι ταχύτητα κάνετε τις δουλειές σας σε σχέση με το παρελθόν;	-,052	,617	-,060	,383	,382
Γ3. Θεωρείτε πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	,110	,742	-,074	,186	,177
Γ4. Νιώθετε ικανοποιημένη/ος με τον τρόπο που εκπληρώνετε τα καθήκοντα σας;	,220	,719	,094	,026	,066

Γ5. Νιώθετε χρήσιμη/ος σε σχέση με αυτά που συμβαίνουν γύρω σας;	,131	,750	,144	-,140	,062
Γ6. Θεωρείτε πως είστε ικανή/ος να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	,204	,625	,201	,012	-,091
Γ7. Χαίρεστε και απολαμβάνετε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;	,347	,607	,053	,101	,019
Δ1. Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε ;	,235	,113	,669	,034	,362
Δ2. Νιώθετε πως δεν υπάρχει ελπίδα στη ζωή σας;	,261	,178	,547	,074	,520
Δ3. Νιώθετε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	,200	,128	,547	-,006	,519
Δ4. Σας έχει περάσει από το μυαλό ή πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	-,065	,027	,823	,088	,061
Δ5. Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να μην μπορείτε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	,570	,147	,287	,249	-,014
Δ6. Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να εύχεστε να ήσασταν νεκρή/ός και να γλιτώνατε απ' όλα;	,127	,055	,837	,117	-,096
Δ7. Θεωρείτε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας είναι η καλύτερη λύση;	,027	,017	,844	,067	,006

4.9.4.1. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του τροποποιημένου εργαλείου MDS-R (Hamric et al, 2012) για την ένταση και τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου

Έγινε διερευνητική ανάλυση παραγόντων. Το κριτήριο για την αποδοχή παραγόντων που χρησιμοποιήθηκαν ήταν οι ιδιοτιμές να είναι > 1 . Η διερευνητική ανάλυση παραγόντων έγινε με ανάλυση κύριων συνιστωσών αρχικά πλάγια και στη συνέχεια ορθογώνια στέψη των αξόνων. Πριν από την παραγοντική ανάλυση εξετάστηκε αν ο πίνακας συσχετίσεων των μεταβλητών ήταν κατάλληλος για να πραγματοποιηθεί η συγκεκριμένη στατιστική τεχνική.

Κατά την παραγοντική ανάλυση που έγινε για την ένταση του ηθικού αδιεξόδου στο τροποποιημένο εργαλείο, αναγνωρίστηκαν 7 παράγοντες οι οποίοι εξηγούν το 84,959% της διακύμανσης. Τα ποσοστά διακύμανσης και η ιδιοτιμή κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στον πίνακα. Ο πρώτος παράγοντας ερμηνεύει το μεγαλύτερο ποσοστό διακύμανσης 39,567%, ο δεύτερος το 10,921%, ο τρίτος παράγοντας το 10,463%, ο τέταρτος το 8,269%, ο πέμπτος το 5,793%, ο έκτος το 5,398% και ο έβδομος παράγοντας το 4,548% (Πίνακας 4.13).

Πίνακας 4.13 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων χωρίς περιστροφή

Παράγοντες	Ποσοστό διακύμανσης	Ιδιοτιμή
1 ^{ος}	39,567	12,662
2 ^{ος}	10,921	3,495
3 ^{ος}	10,463	3,348
4 ^{ος}	8,269	2,646
5 ^{ος}	5,793	1,854
6 ^{ος}	5,398	1,727
7 ^{ος}	4,548	1,455

Από την αρχική διερευνητική ανάλυση παραγόντων χωρίς περιστροφή δεν διαφαίνεται η δομή του αρχικού εργαλείου, αφού υπάρχουν σημαντικές αδυναμίες, όπως:

- διαφάνηκε μια τάση αντί οι ερωτήσεις να ομαδοποιούνται ως προς τη θεωρητική τους συνάφεια να γίνεται διαχωρισμός των αρνητικών και θετικών δηλώσεων.
- Σε αρκετές ερωτήσεις παρατηρούνται υψηλές φορτίσεις σε 2 παράγοντες ή και περισσότερους παράγοντες.

Περαιτέρω εφαρμόστηκε ανάλυση κύριων συνιστωσών με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων κατά Varimax (Πίνακας 4.15). Από αυτή την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν επίσης 7 νοηματικοί παράγοντες με ιδιοτιμές eigenvalues υψηλότερες του αριθμού 1, αντιπροσωπεύοντας το 84,959% (Πίνακας 4.14)

Πίνακας 4.14 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με περιστροφή

Παράγοντες	Ποσοστό διακύμανσης	Ιδιοτιμή
1 ^{ος}	31,649	10,128
2 ^{ος}	9,849	3,152
3 ^{ος}	9,092	2,909
4 ^{ος}	8,809	2,819
5 ^{ος}	8,717	2,789
6 ^{ος}	8,562	2,740

7^{ος}

8,282

2,650

Πίνακας 4.15 Περιγραφή φορτίσεων ανάλυσης κυρίων συνιστωσών με περιστροφή

	Κύριες Συνιστώσες						
	1	2	3	4	5	6	7
MDINTEN1	,121	-,076	-,306	-,134	-,216	,107	,865
MDINTEN2	,360	-,326	,378	,538	,083	-,098	,396
MDINTEN3	,443	-,252	,172	,580	,344	-,201	,176
MDINTEN4	,165	,218	,115	,027	,219	,841	,089
MDINTEN5	,485	-,252	-,050	,175	,397	,633	,132
MDINTEN6	-,102	,073	,033	,823	,120	,102	-,101
MDINTEN7	,574	-,042	,029	,469	,486	,117	,014
MDINTEN8	,482	-,303	,268	,153	,418	,327	,443
MDINTEN9	-,001	-,086	,615	,080	-,075	,697	-,054
MDINTEN10	,634	-,023	,343	,227	-,118	,391	,100
MDINTEN11	,053	,528	,233	,171	,530	,164	,335
MDINTEN12	,939	-,036	-,077	,049	,025	-,205	,181
MDINTEN13	,843	-,183	,251	-,010	,240	,186	,215
MDINTEN14	,135	-,081	,530	,001	,601	,119	-,341
MDINTEN15	,841	,035	,235	,064	,055	,123	-,225
MDINTEN16	,890	-,077	-,042	,041	,022	,107	,267
MDINTEN17	-,121	-,095	-,011	,084	,895	,112	,031
MDINTEN18	,107	,796	,107	,166	-,197	-,118	-,174
MDINTEN19	,021	,335	,811	,052	,146	,153	,057
MDINTEN20	,614	-,171	,270	,066	,410	-,180	,458
MDINTEN21	,655	,152	,037	,539	-,155	,299	,033
MDINTEN22	,958	,179	,113	,006	,007	-,031	,102
MDINTEN23	,213	,709	,387	,006	-,237	,313	,020
MDINTEN24	,790	,267	,159	,322	-,043	,269	,066
MDINTEN25	,871	,085	,197	-,207	-,067	-,106	-,033
MDINTEN26	,817	,303	-,133	,367	,027	,164	-,102
MDINTEN27	,086	,399	,167	,085	,245	,061	,793
MDINTEN28	,628	,056	,430	,539	-,060	,157	-,014
MDINTEN29	,732	,266	,107	,237	-,054	,348	,061
MDINTEN30	,388	,175	,620	,134	,071	,025	-,052
MDINTEN31	,692	,184	-,035	-,200	,245	,352	,117
MDINTEN32	,149	,788	,011	-,321	,117	,020	,343

- Στη δεύτερη προσπάθεια προέκυψαν πάλι 7 παράγοντες (Πίνακας 4.15).

Στον πρώτο παράγοντα φαίνεται να ομαδοποιούνται όλες οι καταγραφές του

εργαλείου, καθώς οι τιμές των φορτίσεων για τη συντριπτική πλειοψηφία των καταγραφών είναι υψηλότερη του 0.2. Συγκεκριμένα συνέκλιναν σε 21 ερωτήματα.

Παράγοντας 1: περιλαμβάνει τα θέματα (2, 3, 5, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 29, 30, 31)

Παράγοντας 2: περιλαμβάνει τα θέματα (4, 11, 18, 19, 23, 24, 26, 27, 29, 32)

Παράγοντας 3: Περιλαμβάνει τα θέματα (2, 8, 9, 10, 11, 15, 19, 28, 30)

Παράγοντας 4 : Περιλαμβάνει τα θέματα (2, 3, 6, 7, 21, 24, 28, 29)

Παράγοντας 5 : Περιλαμβάνει τα θέματα (3, 4, 5, 7, 8, 10, 11, 13, 14, 17, 27)

Παράγοντας 6 : Περιλαμβάνει τα θέματα (4, 5, 8, 9, 21, 23, 24)

Παράγοντας 7 : Περιλαμβάνει τα θέματα (1, 2, 8, 11, 13, 16, 20, 27, 32)

Από τα ανωτέρω φαίνεται ότι δεν σαφής η εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ των επτά αυτών παραγόντων. Για τον λόγο αυτό στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε και προτείνεται η μονοδιάστατη εκδοχή του εργαλείου όπως αυτή περιγράφεται από τον πρώτο παράγοντα. Εξάχθηκε 1 ισχυρός παράγοντας που δικαιολογεί τη απόφαση να μην υπολογιστούν ξεχωριστά οι διαστάσεις του ερωτηματολογίου αλλά μόνο τη γενική βαθμολογία της κλίμακας. Αυτό ενισχύεται και από το γεγονός ότι ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής (Cronbach's Alpha), ανήλθε στο 0,941.

4.9.4.2. Διερευνητική ανάλυση παραγόντων του τροποποιημένου εργαλείου MDS-R (Hamric et al, 2012) για την συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου

Κατά την παραγοντική ανάλυση που έγινε για την συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου στο τροποποιημένο εργαλείο αναγνωρίστηκαν 9 παράγοντες οι οποίοι εξηγούν το 86,195% της διακύμανσης. Τα ποσοστά διακύμανσης και η ιδιοτιμή κάθε παράγοντα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.16.

Πίνακας 4.16 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων χωρίς περιστροφή

Παράγοντες	Ποσοστό διακύμανσης	Ιδιοτιμή
1 ^{ος}	30,302	9,697
2 ^{ος}	12,708	4,067
3 ^{ος}	8,705	2,785
4 ^{ος}	8,349	2,672

5 ^{ος}	7,430	2,378
6 ^{ος}	5,838	1,868
7 ^{ος}	4,886	1,563
8 ^{ος}	4,639	1,484
9 ^{ος}	3,339	1,068

Από την αρχική διερευνητική ανάλυση κύριων συνιστωσών χωρίς περιστροφή δεν διαφαίνεται η δομή του αρχικού εργαλείου, αφού υπάρχουν σημαντικές αδυναμίες, όπως:

- οι παράγοντες όπως διαχωρίζονται δεν συμβαδίζουν απόλυτα με την τροποποιημένη έκδοση του εργαλείου (9 αντί τρεις)
- διαφάνηκε μια τάση αντί οι ερωτήσεις να ομαδοποιούνται ως προς τη θεωρητική τους συνάφεια με τον τόνο της στήριξης να γίνεται διαχωρισμός των αρνητικών και θετικών δηλώσεων.
- Σε αρκετές ερωτήσεις παρατηρούνται υψηλές φορτίσεις σε 2 παράγοντες ή και περισσότερους παράγοντες

Περαιτέρω εφαρμόστηκε ανάλυση κυρίων συνιστώσων με ορθογώνια περιστροφή των αξόνων κατά Varimax. Από αυτή την παραγοντική ανάλυση προέκυψαν τρεις νοηματικοί παράγοντες με ιδιοτιμές eigenvalues υψηλότερες του αριθμού 1, αντιπροσωπεύοντας το 86,195% (Πίνακας 4.17)

Πίνακας 4.17 Περιγραφή διερευνητικής ανάλυσης παραγόντων με περιστροφή

Παράγοντες	Ποσοστό διακύμανσης	Ιδιοτιμή
1 ^{ος}	14,552	4,657
2 ^{ος}	13,487	4,316
3 ^{ος}	11,477	3,672
4 ^{ος}	11,069	3,542
5 ^{ος}	8,772	2,807
6ος	7,193	2,302
7ος	6,972	2,231

8ος	6,385	2,043
9ος	6,289	2,013

- Στη δεύτερη προσπάθεια προέκυψαν πάλι 9 κύριες συνιστώσες (Πίνακας 4.18)

Στον πρώτο παράγοντα φαίνεται να ομαδοποιούνται επίσης όλες οι καταγραφές του εργαλείου, καθώς οι τιμές των φορτίσεων για τη συντριπτική πλειοψηφία των καταγραφών είναι υψηλότερη του 0,2. Συγκεκριμένα συνέκλιναν σε 25 θέματα.

Παράγοντας 1: περιλαμβάνει συνολικά 25 θέματα (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 31, 32)

Παράγοντας 2: περιλαμβάνει τα θέματα (5, 6, 7, 10, 12, 14, 15, 16, 20, 21, 26, 29)

Παράγοντας 3: Περιλαμβάνει τα θέματα (6, 7, 10, 14, 19, 25, 26, 30)

Παράγοντας 4: Περιλαμβάνει τα θέματα (5, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 19, 21, 22)

Παράγοντας 5: Περιλαμβάνει τα θέματα (1, 4, 9, 10, 17)

Παράγοντας 6: Περιλαμβάνει τα θέματα (2, 4, 13, 17, 21)

Παράγοντας 7: Περιλαμβάνει τα θέματα (2, 3, 4, 5, 20, 21, 28)

Παράγοντας 8: Περιλαμβάνει τα θέματα (2, 10, 28, 30)

Παράγοντας 9: Περιλαμβάνει τα θέματα (1, 18, 22, 25, 26)

Από τα ανωτέρω φαίνεται ότι δεν σαφής η εννοιολογική διαφοροποίηση μεταξύ των εννέα αυτών παραγόντων. Για τον λόγο αυτό στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε και προτείνεται η μονοδιάστατη εκδοχή του εργαλείου. Αυτό ενισχύεται και από το γεγονός ότι ο συντελεστής εσωτερικής συνοχής (Cronbach's Alpha), ανήλθε στο 0,893.

Πίνακας 4.18 Ανάλυση κύριων συνιστωσών με περιστροφή (συχρότητα ηθικού αδιεξόδου)

	Κύριες Συνιστώσες								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
MD1FR	,748	,197	,103	,160	,129	,036	,221	,306	-,088
MD2FR	-,096	,773	,299	,016	,023	,268	,117	,182	-,190
MD3FR	,526	,380	,387	,102	,412	,203	,162	,063	-,215
MD4FR	,122	,086	-,184	,041	-,051	-,066	-,108	,888	-,075
MD5FR	-,080	-,178	-,806	,043	-,321	,157	,205	,160	-,067
MD6FR	,341	,026	-,032	,828	,084	,000	,111	,119	,186

MD7FR	,013	,218	-,520	,614	,012	,288	,287	-,114	,097
MD8FR	,720	,141	,391	,153	,334	,179	-,245	,076	-,035
MD9FR	,878	,099	,092	,102	-,105	-,150	-,214	,078	,027
MD10FR	-,156	,097	-,553	,247	,146	-,153	,145	-,012	,632
MD11FR	,329	-,027	,795	,251	,059	,085	,267	-,091	-,126
MD12FR	,582	,549	-,122	,039	-,144	,145	-,058	-,156	,166
MD13FR	,186	,882	,044	,160	-,078	,187	-,092	,104	,132
MD14FR	,699	-,111	,123	,405	,447	,177	,049	-,074	,026
MD15FR	,298	,591	-,225	,441	,003	,000	-,043	-,424	-,251
MD16FR	,160	-,043	,043	-,009	,218	,856	,097	-,155	,176
MD17FR	,264	,074	,402	,498	,348	-,215	-,028	,478	,099
MD18FR	,569	,073	,398	,080	,195	-,027	,377	-,313	,239
MD19FR	,132	-,039	-,031	,009	-,007	,175	-,167	-,093	,895
MD20FR	,238	,246	,061	,336	,150	,090	,675	-,026	-,261
MD21FR	-,061	,344	-,318	,130	-,174	,647	,043	,060	,003
MD22FR	,589	,527	,066	,082	,343	,054	,037	-,365	,101
MD23FR	,206	,370	,555	,313	-,148	-,259	,396	-,105	-,092
MD24FR	,229	,766	-,006	,076	,163	-,325	,142	,005	-,003
MD25FR	,307	,344	,343	,110	,478	,273	,348	-,203	,254
MD26FR	-,273	-,093	-,065	,176	-,207	,082	,842	-,069	,011
MD27FR	,162	,434	,384	,402	,079	,456	-,025	-,417	-,029
MD28FR	,251	,361	,081	,198	,809	-,040	,037	-,089	-,093
MD29FR	-,146	,415	,088	,645	-,352	,213	,217	-,090	,060
MD30FR	-,008	-,372	,085	-,064	,777	,096	-,176	,055	,114
MD31FR	,271	,123	,287	,747	,219	-,041	,229	,002	-,064
MD32FR	-,108	-,004	,417	,421	-,011	,379	,052	,290	,512

Από την ανάλυση παραγόντων φάνηκε ότι όσον αφορά την ένταση και τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου, δεν είναι σαφής η διαφοροποίηση μεταξύ των παραγόντων. Η μονοδιάστατη εκδοχή προτείνεται ως μια καλή επιλογή στη παρούσα ερευνητική εργασία.

4.10. Ανάλυση των δεδομένων

4.10.1 Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων

Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου έχει οριστεί ως: «μια ερευνητική μέθοδος για την υποκειμενική ερμηνεία του περιεχομένου των δεδομένων ενός κειμένου μέσω από τη συστηματική διαδικασία κατάταξης, κωδικοποίησης και εντοπισμού θεμάτων ή μοτίβων» (Hsieh & Shannon, 2005), «οποιαδήποτε μείωση των ποιοτικών δεδομένων, και η κάθε προσπάθεια για μείωση ενός όγκου ποιοτικών δεδομένων με τη προσπάθεια εντοπισμού των βασικών συγκλίσεων και εννοιών» (Patton, 2002).

Μέσα από τους ορισμούς διαπιστώνεται ότι η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου δίνει έμφαση στην ολοκληρωμένη άποψη του λόγου/κειμένων και στα συγκεκριμένα πλαίσια τους. Αναφέρεται στο περιεχόμενο των κειμένων και εξετάζει έννοιες, θέματα και μοτίβα που μπορεί να είναι έκδηλα ή λανθάνοντα, σε ένα συγκεκριμένο κείμενο. Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου, είναι μία από τις πολλές ερευνητικές μεθόδους, όπως είναι η εθνογραφία, θεμελιωμένη θεωρία, φαινομενολογία, ιστορική έρευνα, που χρησιμοποιούνται για την ανάλυση των δεδομένων κειμένου. Η έρευνα με τη χρήση ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου επικεντρώνεται στα χαρακτηριστικά της γλώσσας, της επικοινωνίας, με προσοχή στο περιεχόμενο ή στα συμφοραζόμενα του κειμένου (Patton, 2002).

Η ανάλυση περιεχομένου είναι μια ερευνητική τεχνική, που χρησιμοποιείται για την αναπαραγωγή έγκυρων συμπερασμάτων από την ερμηνεία και κωδικοποίηση γραπτού και προφορικού υλικού. Έχει καθιερωθεί ως μια εκ των καλύτερων τεχνικών έρευνας στους κόλπους των κοινωνικών επιστημών και των ανθρωπιστικών επιστημών, αφού έχει ως στόχο «την αντικειμενική συστηματική και ποιοτική περιγραφή του φανερού περιεχομένου, της επικοινωνίας του γραπτού ή του προφορικού λόγου» με τελική επιδίωξη την ερμηνεία (Berelson, 1948). Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου είναι κυρίως επαγωγική, αφού βασίζεται στην εξέταση των ζητημάτων και θεμάτων, καθώς και στις συνέπειες τους. Σε ορισμένες περιπτώσεις, η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου προσπαθεί να παράγει θεωρία. Στόχος της ανάλυσης περιεχομένου είναι «να παρέχει γνώση και κατανόηση του φαινομένου υπό μελέτη» (Downe-Wamboldt, 1992). Μια διαδικασία που επιτρέπει στους ερευνητές να κατανοήσουν την κοινωνική πραγματικότητα με ένα υποκειμενικό αλλά και επιστημονικό τρόπο.

Η ποιοτική προσέγγιση ανάλυσης περιεχομένου, παράγει συνήθως περιγραφές ή τυπολογίες, μαζί με εκφράσεις από τα θέματα και αντικατοπτρίζει το πώς βλέπουν τον κοινωνικό κόσμο οι συμμετέχοντες. «Κατά την ανάλυση περιεχομένου, ο ερευνητής αναλύει κάποιο συγκεκριμένο μήνυμα εντοπίζοντας παράλληλα τις διάφορες συμβολικές ενότητες εννοιών, και τα διάφορα θέματα που περιέχονται σε αυτό» (Λαμπίρη, Δημάκη, 1990). Με τον τρόπο αυτό, τα αποτελέσματα της μελέτης μπορεί να γίνουν καλύτερα κατανοητά από τον ερευνητή καθώς επίσης και από τους αναγνώστες (Berg, 2001). Η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου δίνει προσοχή σε μοναδικά θέματα που απεικονίζουν το εύρος των εννοιών του φαινομένου, παρά στη στατιστική σημασία της εμφάνισης συγκεκριμένων κειμένων ή εννοιών.

Θεωρία της ανάλυσης περιεχομένου σε σχέση με τον σκοπό και τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας μελέτης

Η επιλογή της ανάλυσης περιεχομένου ως μεθοδολογικής προσέγγισης στη παρούσα μελέτη έγκειται στο γεγονός ότι μεταξύ των στόχων της μελέτης είναι η προσπάθεια να περιγραφεί να διερευνηθεί και να κατανοηθεί η εμπειρία του ηθικού αδιεξόδου που βιώνουν οι των νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Κύπρο. Ειδικότερα στόχος ήταν να εντοπιστούν οι παράγοντες που πιθανόν να πυροδοτούν καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου αλλά και κατ'επέκταση να περιγραφούν τα γνωρίσματα αυτού του φαινομένου. Το επαγωγικό σύστημα κατηγοριών αναμένεται ότι θα συμβάλει στην επίτευξη του σκοπού και των ερευνητικών ερωτημάτων της παρούσας έρευνας.

Συγκεκριμένα, η επιλογή της ανάλυσης περιεχομένου στην παρούσα μελέτη βασίζεται στο γεγονός ότι η συγκεκριμένη μέθοδος ενδείκνυται για μία τέτοια μελέτη, διότι δε μελετά τη συχνότητα εμφάνισης ενός χαρακτηριστικού αλλά αντίθετα, εστιάζει στο άδηλο περιεχόμενο του υπό έρευνα υλικού, με τη θέση ότι ακόμη και οι αποσιωπήσεις μπορεί να είναι καθοριστικής σημασίας. Έτσι, μελετάται όχι μόνο το δηλούμενο περιεχόμενο του υπό διερεύνηση υλικού αλλά και το άδηλο κάτι που βοηθά στην ανάδειξη του προσανατολισμού του υπό έρευνα περιεχομένου και οδηγεί στη διατύπωση αξιοποιήσιμων προτάσεων σχετικά με αυτό.

Η διαδικασία της ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου

Η διαδικασία της ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου, αρχίζει από τα πρώτα στάδια της συλλογής δεδομένων. Αυτή η έγκαιρη συμμετοχή στη φάση της ανάλυσης βοηθά στην εμπρός και πίσω μετακίνηση μεταξύ της ανάπτυξης της έννοιας και της συλλογής των δεδομένων, και μπορεί να βοηθήσει ώστε η μετέπειτα συλλογή των δεδομένων να κρατηθεί σε μια κατεύθυνση προς τις πηγές που είναι πιο χρήσιμες για την απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων (Miles & Huberman, 1994). Για την εξαγωγή έγκυρων και αξιόπιστων συμπερασμάτων, η ποιοτική ανάλυση περιεχομένου περιλαμβάνει ένα σύνολο συστηματικών και διαφανών διαδικασιών για την επεξεργασία δεδομένων. Ανάλογα με τους στόχους της μελέτης, η ανάλυση περιεχομένου μπορεί να είναι πιο ευέλικτη και πιο τυποποιημένη, αλλά γενικά μπορεί να διαιρεθεί σε συγκεκριμένα βήματα, αρχίζοντας με την προετοιμασία των δεδομένων και προχωρώντας μέσα από τα γραπτά συμπεράσματα σε μια έκθεση.

Το κλειδί στην κατανόηση της ανάλυσης περιεχομένου και στην ολοκληρωτική εφαρμογή της εξαρτάται από την κατανόηση της σημασίας των λέξεων: αντικειμενική, συστηματική, ποσοτική και προφανές περιεχόμενο (Λαμπίρη, 1990).

Η **αντικειμενικότητα** επιτυγχάνεται όταν οι κατηγορίες της ανάλυσης ορίζονται τόσο καλά, ώστε διαφορετικά άτομα μεταξύ τους να καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα. Δηλαδή, αν η ανάλυση περιεχομένου ήταν υποκειμενική, το κάθε άτομο θα είχε μια δική του ανάλυση περιεχομένου ανάλογα με το πως αντιλαμβάνονταν τα πράγματα. Έτσι λοιπόν ο ερευνητής πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός μιας και τα αποτελέσματα εξαρτώνται από τη σωστή και ακριβή διαδικασία παρά από τον ίδιο τον αναλυτή.

Με τη λέξη **συστηματική** εννοείται, ότι ένα σετ διαδικασιών εφαρμόζεται το ίδιο σε όλη την ανάλυση περιεχομένου. Επιπρόσθετα, σημαίνει ότι οι κατηγορίες είναι φτιαγμένες με τέτοιο τρόπο ώστε να αναλύεται όλο το σχετικό περιεχόμενο, και ότι οι αναλύσεις είναι κατά τέτοιο τρόπο σχεδιασμένες ώστε να διασφαλίζονται τα σχετικά δεδομένα σε μια ερώτηση ή υπόθεση.

Ποσοτική, αναφέρεται στην απλή καταγραφή των αριθμητικών τιμών ή των συχνοτήτων κατά την οποία διάφοροι καθορισμένοι τύποι εμφανίζονται στο περιεχόμενο.

Το **προφανές του περιεχομένου**, αναφέρεται απλά στο εμφανές, το οποίο συνεπάγεται ότι το περιεχόμενο πρέπει να κωδικοποιείται ακριβώς όπως εμφανίζεται και όχι όπως μπορεί ο αναλυτής περιεχομένου να νομίζει ότι εμφανίζεται.

Η ανάλυση περιεχομένου, πρόκειται για μια απλοποιημένη, σχηματοποιημένη, εύκολη, και γρήγορη μέθοδο. Αφορά λιγότερο το ύψος του κειμένου και περισσότερο τις εκφραζόμενες ιδέες. Η διαφοροποίηση είναι τεχνητή, διότι οι λέξεις εκφράζουν ιδέες. Η ανάλυση του περιεχομένου χαρακτηρίζεται από το γεγονός ότι οι αναλυόμενες ενότητες δεν είναι συνήθως λέξεις, αλλά έννοιες: εντάσσονται σ' αυτήν την κατηγορία δύο λέξεις συνώνυμες ή δυο λέξεις διαφορετικές, με την ίδια όμως σημασία. Εξ' άλλου, πολύ συχνά, οι χρησιμοποιούμενες ενότητες αποτελούνται από θέματα ή από ολόκληρες φράσεις του κειμένου.

Με δεδομένο ότι το φυσικό περιεχόμενο της επικοινωνίας διακρίνεται σε φανερό και άδηλο (σε λανθάνον), μέσω της ανάλυσης του περιεχομένου μιας επικοινωνίας «μελετώνται όλα τα στοιχεία κάθε μορφής επικοινωνίας» (Βάμβουκας, 1991). Σύμφωνα με τον δημιουργό της μεθόδου, Laswell, στο κλασικό σχήμα κάθε επικοινωνίας υπάρχει ένας πομπός, που απευθύνει ένα μήνυμα σε έναν ή περισσότερους αποδέκτες. Μέσω της ανάλυσης περιεχομένου μελετώνται τα στοιχεία της επικοινωνίας, τα οποία πρακτικώς συνοψίζονται

στα απλά ερωτήματα του τύπου: «ποιος, τι, σε ποιον, γιατί, πώς» απευθύνει κάποιος ένα μήνυμα, και ποιο το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας.

Οι τρεις προσεγγίσεις της ποιοτικής ανάλυσης περιεχομένου

Η ανάλυση περιεχομένου είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη τεχνική έρευνας. Παρόλο που πρόκειται για μια συγκεκριμένη μέθοδο υπάρχουν τρεις διακριτές προσεγγίσεις: η συμβατική, η κατευθυνόμενη και η αθροιστική.

Συμβατική ανάλυση περιεχομένου: οι κωδικοποιημένες κατηγορίες προέρχονται απευθείας από τα δεδομένα του κειμένου.

Κατευθυνόμενη προσέγγιση ανάλυσης περιεχομένου: η ανάλυση βασίζεται με μια θεωρία, ή στα σχετικά ευρήματα της έρευνας που χρησιμοποιούνται ως οδηγός για την αρχική κωδικοποίηση.

Αθροιστική ανάλυση περιεχομένου: περιλαμβάνει καταμέτρηση και συγκρίσεις συνήθως των λέξεων-κλειδιών ή του περιεχομένου, που ακολουθείται από την ερμηνεία του υποκείμενου πλαισίου.

Σκοποί και χρήση της ανάλυσης περιεχομένου

Μέσω της ανάλυσης περιεχομένου δίνεται η δυνατότητα μελέτης όλων των στοιχείων της επικοινωνίας, όπως: τον προσδιορισμό των χαρακτηριστικών του πομπού και των αποδεκτών, τη μελέτη των σκοπών και των μέσων του μηνύματος με τα οποία επιχειρείται η πρόκληση προσοχής και του ενδιαφέροντος των αποδεκτών καθώς και τη μελέτη των αποτελεσμάτων που επιφέρει το μήνυμα στους αποδέκτες. Με αυτό το τόπο η μέθοδος της ανάλυσης περιεχομένου χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό: (α) των χαρακτηριστικών του περιεχομένου, (β) των χαρακτηριστικών του πομπού επικοινωνίας, (γ) των χαρακτηριστικών των αποδεκτών της επικοινωνίας και των επιπτώσεων της σε αυτούς, με σκοπό την εξαγωγή έγκυρων συμπερασμάτων (Βάμβουκας, 1991).

Προσδιορισμός χαρακτηριστικών του περιεχομένου: Η ροή της επικοινωνίας αναλύεται σε διαδοχικά χρονικά διαστήματα και ταξινομείται στο ίδιο σύστημα κατηγοριών, επιτρέποντας την αντικειμενική καταγραφή των χαρακτηριστικών των μηνυμάτων σε διάφορες χρονικές περιόδους. Έτσι, αναλύεται η εξέλιξη της σκέψης, των αξιών και των προτύπων που αποδέχεται κάθε πομπός και ομάδα αποδεκτών (Λαμπίρη, 1990).

Προσδιορισμός των χαρακτηριστικών του πομπού επικοινωνίας: Μέσω της ανάλυσης περιεχομένου παρέχεται η δυνατότητα έμμεσης διερεύνησης του παραγωγού της

επικοινωνίας, ο οποίος εκφράζεται μέσω του υλικού που έχει δημιουργήσει (κείμενο, έργο τέχνης) και αποτελεί μια αποδεκτή ένδειξη των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του και της ψυχολογικής του κατάστασης (Βάμβουκας, 1991).

Προσδιορισμός χαρακτηριστικών των αποδεκτών της επικοινωνίας: Η ανάλυση του περιεχομένου της επικοινωνίας αντανακλά πέραν των αναφερόμενων και τα χαρακτηριστικά των ατόμων στα οποία απευθύνονται τα μηνύματα (στάσεις, αξίες, ενδιαφέροντα). Μέσω της μεθόδου μελετώνται παράλληλα και οι αντιδράσεις ατόμων και ομάδων, το οποίο μεθερμηνευόμενο σημαίνει, το εάν και κατά πόσο το μήνυμα προκαλεί αντιδράσεις, κινητοποιεί, ευαισθητοποιεί ή έχει επιπτώσεις είτε κατά την διάρκεια της επικοινωνίας είτε μετά την ολοκλήρωσή της.

Η μελέτη (α) του ύφους των μηνυμάτων, (β) των προσωπικοτήτων των εμπλεκόμενων παραγόντων στην επικοινωνιακή διαδικασία και (γ) των εκφραστικών μέσων, πέρα από τη σημαντική αξία που έχει στη γλωσσική διερεύνηση (Duverger, 1976), χρησιμεύει παράλληλα στην αναζήτηση των προσδιοριστικών στοιχείων των διαφόρων μορφών συμπεριφοράς και στη διάγνωση των αιτιών της, αλλά και στη κατανόηση της ψυχολογικής κατάστασης των συμμετεχόντων (Βάμβουκας, 1991). Επιπρόσθετα, παρότι η μορφή του λόγου λαμβάνεται υπόψη κατά την ανάλυση του ποιοτικού περιεχομένου, στην ανάλυση του περιεχομένου μελετάται κυρίως το βάθος, δηλαδή το περιεχόμενο του υλικού της επικοινωνίας, ως φαινομένου παρατηρήσιμου, που προκύπτει από τις καθεαυτό κοινωνικές σχέσεις.

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με κωδικοποίηση και κατηγοριοποίηση των θεμάτων. Σημαντικό είναι να αξιοποιηθεί το στοιχείο της αλληλεπίδρασης των συμμετεχόντων κατά τη διάρκεια της συζήτησης (Kitzinger, 1996)

Σύμφωνα με τους Nyamathi & Shuler (1990) για τις ποιοτικές μελέτες είναι μεθοδολογικά αναγκαίο να γίνεται αξιολόγηση της πιστότητας (credibility) των δεδομένων. Όσον αφορά στην εγκυρότητα των δεδομένων, αυτά θα πρέπει να αντανακλούν αυτό που στην ουσία αντανακλάται μέσα από τα δεδομένα των συγκεκριμένων ομάδων είναι δηλαδή, η διαδικασία ανάπτυξης μιας ομαδικής οπτικής πάνω σε ένα θέμα. Τα δεδομένα θα πρέπει να έχουν εφαρμοσιμότητα σε παρόμοιες ομάδες. Οι ομάδες εστιασμένης συζήτησης διαθέτουν θεωρητική εφαρμοσιμότητα αλλά όχι αναγκαία και εμπειρική.

Για την ανάλυση των ποιοτικών δεδομένων της παρούσας έρευνας ακολουθήθηκαν οι πιο κάτω διαδικασίες. Μετά από κάθε συνάντηση ομάδας εστιασμένων συνεντεύξεων γινόταν άμεσα απομαγνητοφώνηση των συνεντεύξεων. Στη συνέχεια, έγινε η ανάγνωση του

κειμένου της απομαγνητοφωνημένης συνέντευξης και σε συνδυασμό με τις σημειώσεις που κρατούσε ο παρατηρητής, έγινε συμπλήρωση των στοιχείων που αφορούσαν θέματα όπως τη μη λεκτική επικοινωνία των νοσηλευτών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην ομάδα εστιασμένων συνεντεύξεων. Στις απομαγνητοφωνημένες συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκε ανάλυση περιεχομένου από τον κύριο ερευνητή και τον συνερευνητή και παράλληλα έγινε επιπρόσθετη ανάλυση και από άλλον ανεξάρτητο ερευνητή για να διασφαλιστεί η εγκυρότητα της ερμηνείας των ποιοτικών δεδομένων (Latimer, 2003). Ο εντοπισμός όμοιων κωδικών από δύο ζεύγη ερευνητών διασφάλιζε την εγκυρότητα της ερμηνείας των ποιοτικών δεδομένων της έρευνας (Graneheim et al., 2004). Ακόμη, για την ανάλυση εφαρμόστηκε η μέθοδος της κωδικοποίησης και της θεματικής κατηγοριοποίησης. Για την κωδικοποίηση των απομαγνητοφωνημένων συνεντεύξεων, οι ερευνητές μελέτησαν τις συνεντεύξεις προκειμένου να εντοπίσουν σημαντικές απόψεις των νοσηλευτών για το ηθικό αδιέξοδο και τις κωδικοποίησαν. Στη συνέχεια, συγκρίθηκαν οι διάφοροι κωδικοί, βασιζόμενοι στις διαφορές και τις ομοιότητες που προέκυψαν και έτσι έγινε εφικτή η διαμόρφωση των θεματικών κατηγοριών που αναδύθηκαν από την ανάλυση των δεδομένων (Latimer, 2003).

Η επόμενη φάση της επεξεργασίας και ανάλυσης των δεδομένων ήταν η «διαίσθηση» ή «ενόραση» του φαινομένου (intuiting), που είχε σκοπό να διαισθανθεί ο ερευνητής το φαινόμενο, «να κοιτάζει μέσα στη βιωμένη εμπειρία του υποκειμένου με τα μάτια διάπλατα ανοιχτά, έχοντας αφήσει στην άκρη τις γνώσεις, τις θεωρίες και τα δεδομένα, παρακολουθώντας την εμπειρία κατάπληκτος» (Oiler, 1982). Επομένως, στόχος ήταν ο ερευνητής να συγκεντρωθεί απόλυτα στο φαινόμενο, να εισχωρήσει μέσα στην εμπειρία και να αισθανθεί το περιεχόμενό της, χωρίς όμως να «καταληφθεί» από αυτό σε βαθμό που να επηρεάζεται η αντίληψή του. Για το σκοπό αυτό ο ερευνητής πρέπει να «κρατά τα μάτια του ανοιχτά, να βλέπει και να ακούει».

Η ανάλυση (analyzing) ήταν το επόμενο βήμα του μεθοδολογικού σχεδιασμού (Spiegelberg, 1976). Η διαδικασία αυτή είχε στόχο την ταυτοποίηση της δομής του φαινομένου μέσω σύγκρισης των περιγραφών και αντιπαραβολής των δεδομένων, προκειμένου να εντοπιστούν τα επαναλαμβανόμενα στοιχεία και έτσι έγινε εφικτή η ταυτοποίηση των συστατικών στοιχείων του φαινομένου (ποιος, που, πότε και γιατί).

Ειδικότερα, η ανάλυση αρχικά περιλάμβανε την ακρόαση των μαγνητοφωνημένων συναντήσεων και στη συνέχεια την απομαγνητοφώνησή τους. Έγινε καταγραφή σε φύλλο χαρτιού A4, το οποίο ήταν χωρισμένο σε τρεις στήλες. Στη μεσαία στήλη ήταν τυπωμένο το απομαγνητοφωνημένο κείμενο, ενώ οι δύο στήλες εκατέρωθεν προορίζονταν για τα σχόλια

των τριών ανεξάρτητων ατόμων που ανέλυσαν τη συνέντευξη. Στη συνέχεια, επαναλήφθηκε η ακρόαση των μαγνητοφωνημένων συναντήσεων και ο έλεγχος του απομαγνητοφωνημένου κειμένου. Μέσα από τη διαδικασία αυτή αποκτήθηκε έτσι μια γενική εικόνα της αφήγησης του κάθε συμμετέχοντα. Η ακρόαση της μαγνητοφωνημένης συνέντευξης αποτελεί καθοριστική διαδικασία, καθώς ο τόνος της φωνής και οι διακυμάνσεις της επέδρασαν ώστε να αναπτυχθεί μια περισσότερο προσωπική επαφή με τους συμμετέχοντες ακόμη και όταν δεν ήταν οι ίδιοι παρόντες. Περίπου μια εβδομάδα αργότερα, έγινε ανάγνωση της απομαγνητοφωνημένης συνέντευξης, με στόχο να προσδιοριστούν οι αντιλήψεις και η βιωμένη εμπειρία των συμμετεχόντων. Στη συνέχεια, υπογραμμίστηκαν τα σημεία που οι συμμετέχοντες περιέγραψαν, τις αντιλήψεις, τα συναισθήματα και τις εμπειρίες τους και παράλληλα εκατέρωθεν του κειμένου ο αναλυτής κατέγραφε τα σχόλιά του σχετικά με το τι αντιλαμβανόταν πως συνέβαινε ή έλεγε ο συμμετέχων. Περαιτέρω, υπογραμμίστηκαν με διαφορετικά χρώματα αντίστοιχα τα συναισθήματα, οι εμπειρίες και οι ερμηνείες ή αντιλήψεις των συμμετεχόντων. Η διαδικασία αυτή πραγματοποιήθηκε για κάθε ομάδα από τρεις ανεξάρτητους αναλυτές. Πριν την επόμενη φάση της ανάλυσης πραγματοποιήθηκαν συνεχόμενες συναντήσεις και των τριών ερευνητών προκειμένου να διαπιστωθεί ο βαθμός ταύτισης των παρατηρήσεων. Ο βαθμός ταύτισης ήταν ικανοποιητικός, και έτσι ακολούθησε το επόμενο βήμα της ανάλυσης.

Στη φάση αυτή δημιουργήθηκαν οι θεματικές ομάδες που απεικόνιζαν τα κοινά συναισθήματα και κοινές εμπειρίες, διαδικασία από την οποία αναδύθηκαν τα κοινά θέματα. Στη συνέχεια, ακολούθησε η ομαδοποίηση των αρχικών αυτών κοινών θεμάτων. Η διαδικασία αυτή προσδιόρισε και το φαινόμενο του κορεσμού, καθώς πλέον δεν υπήρχαν νέα θέματα, αλλά επαναλαμβάνονταν αυτά που είχαν ήδη προκύψει.

Στη συνέχεια, επαναλήφθηκε η ανάγνωση των αρχικών συνεντεύξεων και η υπογράμμιση του περιεχομένου των συνεντεύξεων στις ομάδες των αρχικών θεμάτων με βάση κωδικοποιημένα χρώματα. Με τον τρόπο αυτό προέκυψαν τα ουσιαστικά θέματα. Η καταγραφή των αντιλήψεων για το ηθικό αδιέξοδο πραγματοποιήθηκε με βάση τα αρχικά και τα ουσιαστικά θέματα που προέκυψαν από την παραπάνω ανάλυση.

Η περιγραφή του φαινομένου (describing) ήταν το τελευταίο βήμα (Spiegelberg, 1976). Ο σκοπός της περιγραφής είναι η κατανόηση και η καθοδήγηση του ακροατή στα στάδια της εμπειρίας (Oiler, 1982). Για τη διαδικασία αυτή κρίθηκαν ως κατάλληλες τεχνικές (Peterson & Zderad, 1976) η σύγκριση και η αντιπαραβολή και ανάλογα με την περίπτωση η μεμονωμένη μελέτη.

Ειδικότερα, η ταυτοποίηση των βασικών χαρακτηριστικών του φαινομένου υποβοηθήθηκε από τον προσδιορισμό εκείνων των στοιχείων, χωρίς τα οποία δεν υφίσταται το φαινόμενο. Η επεξήγηση του φαινομένου μέσω απόρριψης των πιθανών συγχυτικών χαρακτηριστικών, η επεξήγηση μέσω μεταφορών, αναλογικών παραδειγμάτων ή παρομοιώσεων, καθώς και η ταξινόμηση του φαινομένου (classify) ήταν μερικές ακόμη τεχνικές που κρίθηκαν κατάλληλες για την περιγραφή του φαινομένου. Γενικά, η φαινομενολογία αποκαλείται η επιστήμη των παραδειγμάτων, καθώς η φαινομενολογική περιγραφή συχνά συνίσταται από παραδείγματα που επιτρέπουν στους αναγνώστες να δουν μέσα από αυτά τη βαθύτερη σημασία ή τη δομή της βιωματικής εμπειρίας που έχει περιγραφεί (Munhall, 1994).

4.10.2. Ανάλυση ποσοτικών δεδομένων

Τα δεδομένα της ποσοτικής μελέτης αναλύθηκαν με το στατιστικό πακέτο Κοινωνικών Επιστημών (statistical Package for Social Sciences – 17 edition).

Αρχικά για τη διερεύνηση των μεταβλητών της μελέτης χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική, όπου αναφέρονται η συχνότητα (N), η μέση τιμή (MT) και η σταθερή απόκλιση (\pm SD) των μεταβλητών. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως $p=0,005$. Η κατανομή των μεταβλητών ελέγχθηκε ως προς την κανονικότητα και ανάλογα εφαρμόστηκαν παραμετρικές ή μη παραμετρικές δοκιμασίες. Προσδιορίστηκαν τα μετρικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων και έγινε έλεγχος αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής και υπολογίστηκε ο συντελεστής Cronbach's alpha και ο δείκτης αξιοπιστίας δοκιμασίας - επαναδοκιμασίας (test- re- test). Έγινε επίσης ανάλυση παραγόντων με περιστροφή για διερεύνηση της εγκυρότητας περιεχομένου των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν. Η περιγραφική στατιστική χρησιμοποιήθηκε επίσης για ερμηνεία δημογραφικών ατομικών και επαγγελματικών / εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών που συμπεριλήφθηκαν, στο ερωτηματολόγιο όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, τα χρόνια υπηρεσίας στον κλινικό χώρο, τα χρόνια υπηρεσίας στο χώρο εργασίας τη στιγμή λήψης των δεδομένων. Επιπρόσθετα χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του ηθικού αδιέξοδου (MDS), της δευτερογενούς τραυματικής συνδρομής (STSS), του βαθμού ενσυναίσθησης (JSE) και της γενικής ψυχοσωματικής υγείας (GHQ-28) , όπως αυτά καταγράφηκαν από τους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας στην παρούσα μελέτη.

Στατιστική Ανάλυση

Τα μετρικά χαρακτηριστικά των κλιμάκων προσδιορίστηκαν με τη μελέτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής και τον υπολογισμό του συντελεστή Crombach's α . Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας καθορίστηκε το 5% (p -value < 0,005) σε όλες τις δοκιμασίες. Ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ δύο μεταβλητών εκφράστηκε με τον παραμετρικό συντελεστή συσχέτισης Pearson's r (r) και τον μη παραμετρικό συντελεστή Kendalls T , όπου υπαγορευόταν εξαιτίας περιορισμών των μεταβλητών. Έγινε διερευνητική παραγοντική ανάλυση (Explanatory factor analysis) των εργαλείων MDS, JSE, STSS και GHQ-28.

Για περαιτέρω διερεύνηση της συσχέτισης του ηθικού αδιεξόδου με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή, το βαθμό ενσυναίσθησης και τη γενική (σωματική και ψυχική) υγεία, αλλά και άλλα χαρακτηριστικά όπως το φύλο, η ηλικία, τα χρόνια υπηρεσίας τα δεδομένα υποβλήθηκαν όλα σε ανάλυση με τη δοκιμασία ANOVA.

Η δοκιμασία ANOVA, επιχειρεί να αναδείξει την επίδραση των κατηγορικών ανεξάρτητων μεταβλητών (που ονομάζονται παράγοντες) σε μια διαστημική εξαρτημένη μεταβλητή. Όταν η πιθανότητα του F είναι μικρότερη του ,05, για κάθε ανεξάρτητη μεταβλητή, συμπεραίνουμε ότι η μεταβλητή δεν έχει καμιά επίδραση στην εξαρτημένη. Το F -test είναι μια συνολική δοκιμασία της μηδενικής υπόθεσης ότι οι μέσες τιμές των ομάδων των μεταβλητών στην εξαρτημένη μεταβλητή, δεν διαφέρουν. Για την δοκιμασία ANOVA, οι παραδοχές είναι: (1) η ομοιογένεια των διακυμάνσεων: η εξαρτημένη μεταβλητή πρέπει να έχει την ίδια διακύμανση σε κάθε κατηγορία της ανεξάρτητης μεταβλητής. Ένας αυθαίρετος κανόνας λέει ότι θα πρέπει η αναλογία της μεγαλύτερης προς την μικρότερη ομάδα διακυμάνσεων να είναι μικρότερη από 3, (2) η δοκιμασία της ομοιογένειας της διακύμανσης Levene's, χρησιμοποιείται για να ελέγξει την παραδοχή της ανάλυσης ANOVA ότι κάθε ομάδα (κατηγορία) της ανεξάρτητης μεταβλητής, έχει την ίδια διακύμανση. Εάν η δοκιμασία αυτή είναι σημαντική στο επίπεδο σημαντικότητας ,05, ή μικρότερο, η/ο ερευνητής, απορρίπτει την μηδενική υπόθεση ότι οι ομάδες έχουν όμοια διακύμανση. Ωστόσο, πρέπει να σημειώσουμε ότι σε περίπτωση που δεν εκπληρώνεται η συνθήκη της ομοιογένειας των διακυμάνσεων, δεν είναι κακό για την ανάλυση ANOVA, που είναι σχετικά ανθεκτική (robust) όταν οι ομάδες του δείγματος είναι παρόμοιου μεγέθους.

Επιπρόσθετα, πραγματοποιήθηκαν πολυμεταβλητές αναλύσεις παλινδρόμησης με τη μέθοδο γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με εξαρτημένες μεταβλητές τις συνολικές βαθμολογίες από όλα τα εργαλεία αξιολόγησης. Για τη συσχέτιση του ηθικού αδιεξόδου με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή, τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε

ανάλυση στο μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης, έτσι ώστε να γίνουν οι απαραίτητες διορθώσεις για την τυχόν επίδραση ειδικών συγχυτικών παραγόντων. Αυτό κρίθηκε σημαντικό να γίνει έτσι ώστε να διερευνηθεί κατά πόσον η συσχέτιση που παρατηρείται είναι ανεξάρτητη των μεταβλητών που εντοπίζεται ότι σχετίζονται με την δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή στις μονομεταβλητές αναλύσεις. Επειδή δεν υπάρχει όριο τιμών για την κλίμακα του MDS και του JES, η συσχέτιση έγινε με βάση το διαχωρισμό σε τεταρτημόρια των παρατηρούμενων τιμών.

Για περαιτέρω έλεγχο των μεταβλητών του εργαλείου τα δεδομένα υποβλήθηκαν σε ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis), για να εξεταστεί η σχέση μεταξύ δύο ή περισσότερων μεταβλητών με σκοπό την πρόβλεψη προσδιοριστών παραγόντων. Έτσι πραγματοποιήθηκαν πολυμεταβλητές αναλύσεις με το μοντέλο linear regression model. Σε κάθε πρόβλημα παλινδρόμησης διακρίνουμε δύο είδη μεταβλητών: τις ανεξάρτητες ή ελεγχόμενες ή επεξηγηματικές (independent, predictor, casual, input, explanatory variables) και τις εξαρτημένες ή απόκρισης (dependent, response variables). Ως εξαρτημένη μεταβλητή χρησιμοποιήθηκε η μεταβλητή των γενικών συμπτωμάτων της ψυχικής υγείας και ως ανεξάρτητες η συνολική κλίμακα του ηθικού αδιεξόδου και η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή. Η τεχνική της παλινδρόμησης είναι μια ευρέως χρησιμοποιούμενη στατιστική τεχνική μοντελοποίησης για την έρευνα της συσχέτισης μεταξύ μίας εξαρτημένης μεταβλητής και μιας ή περισσότερων ανεξάρτητων μεταβλητών. Ο συντελεστής προσδιορισμού r εκφράζει το ποσοστό της μεταβλητότητας των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής που εξηγείται, μέσω του μοντέλου, από τις ανεξάρτητες μεταβλητές. Αν στο γραμμικό μοντέλο εισαχθεί μια επιπλέον μεταβλητή, δεν είναι δυνατόν η τιμή του συντελεστή προσδιορισμού να μειωθεί. Ο διορθωμένος συντελεστής προσδιορισμού συμπεριφέρεται διαφορετικά. Αν εισαχθεί μια επιπλέον μεταβλητή, η τιμή του μπορεί είτε να αυξηθεί είτε να ελαττωθεί. Αν η νέα μεταβλητή που εισάγεται δεν συνεισφέρει σημαντικά στην ερμηνεία της μεταβλητότητας των τιμών της εξαρτημένης μεταβλητής, η τιμή του διορθωμένου r^2 ελαττώνεται.

Οι μη προσδιοριστικές σχέσεις μεταξύ μεταβλητών ονομάζονται στοχαστικές – στατιστικές σχέσεις. Γενικά, δύο μεταβλητές που συνδέονται είτε με συναρτησιακή – προσδιοριστική σχέση είτε με στοχαστική σχέση λέγονται εξαρτημένες. Αν υπάρχει εξάρτηση μεταξύ δύο μεταβλητών, τότε μπορούμε τη μια από αυτές να τη χαρακτηρίσουμε ως αιτία και την άλλη ως αποτέλεσμα. Αυτό όμως, μόνο στην περίπτωση που η εξάρτηση

οφείλεται σε σχέση αιτιότητας των δύο μεταβλητών και όχι σε μια απλή συμμεταβολή η οποία μπορεί να οφείλεται σε εξάρτηση των δύο μεταβλητών από μια τρίτη μεταβλητή.

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Αποτελέσματα ποιοτικής μελέτης

5.1.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Στις ομάδες εστίασης συνολικά συμμετείχαν 21 άτομα, 10 γυναίκες και 11 άνδρες, οι οποίοι εργάζονται σε διάφορα τμήματα των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Επτά από τους συμμετέχοντες εργάζονταν σε τμήματα απεξάρτησης, ένας στην υπηρεσία φροντίδα ψυχικής υγείας παιδιών και εφήβων, επτά στην υπηρεσία κοινοτικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, ένας στην υπηρεσία ψυχικής υγείας των φυλακών, δύο στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας και δύο σε Ψυχιατρική Κλινική. Επισημαίνεται, ωστόσο, όλοι οι συμμετέχοντες είχαν εμπειρία σε ποικίλα τμήματα των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμαινόταν μεταξύ 25 και 53 ετών. 15 από τους συμμετέχοντες ήταν παντρεμένοι. Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου σπουδών και τέσσερις ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου.

Ανάλυση διαδικασίας βιώματος ηθικού αδιεξόδου όπως περιγράφηκε από τους συμμετέχοντες

Δεδομένου ότι σκοπός της ποιοτικής μελέτης ήταν η διερεύνηση βιωμάτων ηθικής σύγκρουσης, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε καταστάσεις ηθικών διλημμάτων, προκλήσεων και συγκρούσεων που αντιμετώπιζαν καθημερινά στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά και σε άλυτα ηθικά ζητήματα τα οποία τους οδηγούσαν σε βιώματα έντονης και παρατεταμένης έντασης. Χαρακτηριστικά, στην προσπάθειά τους οι συμμετέχοντες να περιγράψουν τα βιώματα έντασης σχετικά με ηθικά ζητήματα και την αδυναμία να πράξουν την ενδुकνυόμενη ηθικά ορθή πράξη προκειμένου να ανακουφιστούν, χρησιμοποιούσαν συχνά τη φράση «νιώθω τα χέρια μου δεμένα».

Οι περιγραφές των συμμετεχόντων αφορούσαν την άσκηση του ρόλου τους, καθώς και θέματα συνεργασίας με τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας των υπηρεσιών ψυχικής υγείας. Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν τόσο σε προσωπικές τους εμπειρίες, χρησιμοποιώντας εκφράσεις, όπως «με ενοχλεί ιδιαίτερα εμένα», αλλά και σε αυτά που «βλέπουν», «ακούν» να γίνονται μέσα στο εργασιακό περιβάλλον. Αναφέρθηκαν δηλαδή και

στη δευτερογενή εμπειρία, όταν έρχονται αντιμέτωποι ή σε αλληλεπίδραση με τη στάση του «άλλου».

Πόρισμα της μελέτης αποτελεί το γεγονός ότι κατά το βίωμα μιας ηθικής σύγκρουσης ή ενός ηθικού ζητήματος ή ακόμη ενός ηθικού διλήμματος στον εργασιακό χώρο, βιώνεται παράλληλα και μια ενόχληση: *«Αυτό που με ενοχλεί ιδιαίτερα εμένα»*. Συγκεκριμένα, από τις περιγραφές προέκυψε ότι: όταν στον εργασιακό χώρο έρχονται αντιμέτωποι με θέματα που άπτονται της ηθικής, το αντιλαμβάνονται, αφού βιώνουν παράλληλα και μια συναισθηματική δυσφορία. Αυτή η συναισθηματική δυσφορία, «η ενόχληση» όπως περιγράφηκε βιώνεται με συναισθήματα σύγχυσης και σοκ. Αυτή «η ενόχληση» εγείρει στον επαγγελματία υγείας μια νοητική διεργασία *«...με έβαλε στο να πάω σπίτι και να σκέφτομαι»*. Αυτή η νοητική διεργασία είναι η διαδικασία που αναπτύσσεται από τον επαγγελματία υγείας στην προσπάθεια εντοπισμού του σωστού ή του λάθους. Επιπρόσθετα, με το βίωμα της «ενόχλησης» και τα συναισθήματα που προκαλούνται, στις περιπτώσεις που εγείρονται ζητήματα ηθικής, υπάρχει επίσης και μια «αντίδραση». Η αντίδραση μπορεί να είναι φυγή, ανυπακοή ή ακόμη και αδυναμία αντίδρασης. Σε αυτό το σημείο, στην αδυναμία αντίδρασης σύμφωνα με την ηθική του επαγγελματία υγείας, γεννιέται το ηθικό αδιέξοδο. Ανάμεσα δηλαδή, στα συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί από το συναισθηματικό «μπλοκάρισμα» (μούδιασμα), και στην αδυναμία αντίδρασης σύμφωνα με την ηθική. Κατά το βίωμα του ηθικού αδιεξόδου κυρίαρχο συναίσθημα είναι ο θυμός. Με το βίωμα του θυμού, λόγω του ηθικού αδιεξόδου, ξεκινά μια νοητική διεργασία αποκατάστασης. Η νοητική αυτή διεργασία μπορεί να είναι φιλοσοφική, *«αν ήταν παιδί μου»*, ή μπορεί να είναι ηθική συνειδησιακή, *«με στιγματίσει»*. Μέσα από τις συνεντεύξεις η λέξη κλειδί που επιβεβαιώνει τη νοητική διεργασία είναι η λέξη *«τελικά»*, η οποία εντοπίζεται σε όλες τις αναφορές. Οι συμμετέχοντες κάπου καταλήγουν, οδηγούνται σε συμπέρασμα *«Τελικά εκείνα που μαθαίνουμε εφαρμόζονται;»**«Τελικά δεν εφαρμόζονται»*.

5.1.2. Θεματικές ενότητες

1. Βιωματικές καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου και σχετιζόμενοι παράγοντες

A' ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΥΡΙΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ: Η ΠΑΡΟΧΗ ΕΠΙΣΦΑΛΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ

1^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Ελλιπής εκπαίδευση και ανεπάρκεια δεξιοτήτων

2^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Απουσία ή/και ανεπάρκεια διαδικασιών και κανονισμών που να διασφαλίζουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων - περιορισμένη αυτονομία και συνεπακόλουθη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

3^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Η διοικητική ανεπάρκεια/Οι κανονισμοί της υπηρεσίας /θεσμικό πλαίσιο

4^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Απουσία κατάλληλων θεραπευτικών δομών

5^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Παροχή φροντίδας από ανεπαρκείς συνεργάτες

6^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Επισφαλής ποιότητα συνεργασίας με την οικογένεια και περιορισμένη συμμετοχή της στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων

1^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Απουσία συνεργασίας από οικογένεια

2^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Η διατήρηση του απορρήτου

7^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Η συνέχιση μιας αναποτελεσματικής θεραπείας

8^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Η διατήρηση χαμηλού κόστους φροντίδας

Β' ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΥΡΙΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ: ΑΝΤΙΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ

1^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Καταπάτηση των δικαιωμάτων των θεραπευόμενων κατά την εφαρμογή θεραπείας

1^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Η σωματική καθήλωση

2^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Η εφαρμογή μη αναγκαίας χημικής καθήλωσης

3^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Η κρυφή ανάμειξη φαρμάκων

4^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Καταπάτηση του δικαιώματος ιδιωτικότητας στη θεραπεία των θεραπευόμενων

5^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Υποτίμηση θεραπευόμενων

2^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Σωματική κακοποίηση θεραπευόμενων από μέλος του προσωπικού

3^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Υπεξαίρεση χρημάτων από τους θεραπευόμενους

4^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Απόκρυψη της αλήθειας και ψευδής πληροφόρησης των θεραπευόμενων από τους ιατρούς αναφορικά με τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας

5^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Εφαρμογή των επιθυμιών της οικογένειας εις βάρος των θεραπευόμενων

6^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Συμπεριφορά Διάσπασης θεραπευτικού συνεχούς από συναδέλφους και συνεργάτες

1^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Αντιδεοντολογική συμπεριφορά αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση

2^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Ανυπόστατες καταγγελίες συναδέλφων για παροχή πλημμελούς φροντίδας

3^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Ψέματα με στόχο την ανακούφιση

7^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Η ανορθόδοξη χρήση των πόρων

Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΕΜΑΤΩΝ: Η καταπάτηση των εργασιακών δικαιωμάτων

1^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Εργασία χωρίς άδεια ανάπαυσης

5.1.3. Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων

ΘΕΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΟΤΗΤΕΣ

1. Βιοματικές καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου και σχετιζόμενοι παράγοντες

Α' ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΥΡΙΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ: Η ΠΑΡΟΧΗ ΕΠΙΣΦΑΛΟΥΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΡΟΣ ΤΟΥΣ ΘΕΡΑΠΕΥΟΜΕΝΟΥΣ

Περιπτώσεις ηθικής δυσφορίας και έντασης λόγω παροχής επισφαλούς φροντίδας προς τους θεραπευόμενους περιγράφηκαν κύρια ως αποτέλεσμα: α) ελλιπούς εκπαίδευσης και ανεπάρκειας δεξιοτήτων β) ελλιπούς στελέχωσης, γ) μετάθεσης ευθύνης, δ) έλλειψης κατάλληλων δομών και διαδικασιών, ε) διοικητικής ανεπάρκειας, στ) παροχής φροντίδας από ανεπαρκείς συνεργάτες ζ) επισφαλούς ποιότητας συνεργασίας με την οικογένεια και περιορισμένη συμμετοχή της στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων, η) συνέχισης μιας αναποτελεσματικής θεραπείας, θ) διατήρησης χαμηλού κόστους φροντίδας, ι) μικρής προϋπηρεσίας, κ) κανονισμών της υπηρεσίας/θεσμικού πλαισίου, λ) θεωρίας σε αντίθεση με την πράξη, όπως φαίνεται μέσα από τις περιγραφές των παρακάτω κύριων θεμάτων:

1^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Ελλιπούς εκπαίδευση και ανεπάρκεια δεξιοτήτων

Από τη συζήτηση προέκυψε ότι, οι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν αντιλαμβάνονται ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητές τους δεν επαρκούν προκειμένου να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά ένα θεραπευόμενο και τις καταστάσεις που τον αφορούν. Αυτά φαίνονται στο απόσπασμα που αφορά νοσηλευτή με 15-χρόνια εμπειρίας:

«Γενικά διλήμματα! Οι γονείς της εν το ζέρουν! Εγώ ζέρω το ! (ύφος σε αντίθεση) Γιατί μου το εμπιστεύτηκε ; Πως εν να το χειριστώ ;! Νιώθω άβολα! Μιλούμε για θέματα που έχουν να κάνουν με κάποιο που μπορεί να είναι λίγο ταμπού κ.λ.π[...]. Μιαν γυναίκα! Άντρα!; Με σεξουαλικού περιεχομένου κ.λ.π. τα οποίαπροβληματίζομαι μέχρι που να αγγίζω; και πώς να τα αγγίζω ; Γενικά πώς πρέπει να τα χειριστώ ; Γιατί μου τα λέει εμένα τώρα τούτη η κοπέλα ; Και δεν τα είπε σε τόσα άλλα άτομα που έχει περάσει ;.. Επειδή έκαμε και παρόμοιες θεραπείες ...και το λέει σε εμένα τούτα τα θέματα κ.λ.π. και έτσι έχουν περιπλακεί πολλά.... Ο τρόπος του χειρισμού! ...και κυρίως το δεοντολογικό κομμάτι....το τι_πρέπει να πω ! και τι πρέπει να κάμω! [...] Βέβαια δεν ήξερα !. Δεν ήξερα τι να πω! Εγώ θεωρώ ότι θέλει μεγάλη εκπαίδευση κάποιος [...] » (1)

Στο ίδιο θέμα, δηλαδή σε θέματα που αφορούν οι ελλιπής δεξιότητες αντιμετώπισης περιπτώσεων που αφορούν σεξουαλική κακοποίηση, νοσηλεύτρια με είκοσι χρόνια εμπειρίας αναφέρει:

«μια νέα εμπειρία, την οποία δεν είχα αντιμετωπίσει , έχω σχεδόν 20 χρόνια υπηρεσίας ! Πρώτη φορά εκαλούμουν να αντιμετωπίσω αυτή την εμπειρία ! Να έχω μπροστά μου έναν βιαστή! Έναν άντρα ο οποίος κακοποιεί σεξουαλικά τα παιδιά του, για 5 με 6 χρόνια ! και να καλούμαι να πιάσω ιστορικό ! να κάνω μια αξιολόγηση!.....Ναι! και να στηρίζω με κάποιο τρόπο, τέλος πάντων! αυτό το άτομο που έχω απέναντι μου! [...]Τούτο το πράμα έρχεται σίγουρα αντιμετώπιση στα ηθικά μου έτσι πιστεύω.....και πεποιθήσεις;! [...]Εγώ βιώνω σίγουρα έναν έντονο έτσι συναίσθημα φόβου ...και ...όχι φόβου! Θυμού!.....! Θυμού!..και...γιατί τυχαίνει !..ειδικά σε ένα περιστατικό που είχαμε πρόσφατα έτσι...αηδίας! γιατί περιγράφει ...σκηνές! ο ίδιος εν ήζέρω πώς τα αντιλαμβάνεται!....και πώς;! .εεεεμ .σε σημείο που θέλω να φύω που την αίθουσα! Να τον αφήσω και να φύω να βγω έξωΕμμ μπορώ να πω προσπάθησα έτσι μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα να πιάσω εκείνα που ήθελα να πιάσω!...πληροφορίες που ήθελα να πιάσω!..και μετά έδωσα τον παρακάτω! Επειδή εν εμπορούσα να συνεχίσω!... [...] Και προσπαθώ! συνήθως προσπαθώ να...μην εμπλέκομαι με τούτα τα άτομα! Αποφεύγω! Νιώθω αηδία! Νιώθω αηδία απέναντί του! Και έν μπορώ να βοηθήσω! [...] Ότι πρέπει να το αντιμετωπίσω! Ότι σε κάποια στιγμή πρέπει να το δουλέψω με τον εαυτό μου!, να το συζητήσω, να το μοιραστώ με κάποιους άλλους, [...] Και σιγά σιγά...πρέπει να...μπορώ να προσφέρω! [...] Να βοηθήσω!Το συγκεκριμένονιώθω ότι υστερώ σε τούτο το σημείο ότι δεν μπορώ να προσφέρω! [...] Ίσως είναι η έλλειψη

*εκπαίδευσης;! ίσως εν η πρώτη εμπειρία που έχω με έτσι άτομα;!..δεν ξέρω..[...]*το γεγονός ότι είμαι νοσηλεύτρια ψυχικής υγείας, ότι καλούμαι να προσφέρω και πρέπει να προσφέρω! Να δώσω στήριξη και δεν μπορώ!»(15)

Σε σχέση με το γενικότερο θέμα της ελλιπούς εκπαίδευσης και της επάρκειας δεξιοτήτων ένας άλλος συμμετέχων αναφέρει:

“[...]το προσωπικό δεν ήταν εκπαιδευμένο να νοσηλεύει ανήλικους χρήστες! δηλαδή κάποτε εντάξει! εν μπορούμε να τα κάνουμε όλα! Γι’ αυτό υπάρχουν και οι εξειδικεύσεις! [...]” (2)

Επίσης αναφέρθηκαν και στις περιπτώσεις που δεν ήταν άμεση η περίπτωση κατά την οποία ο συμμετέχων δεν μπορούσε να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά ένα θεραπευόμενο λόγω ελλιπούς εκπαίδευσης ή ανεπάρκειας δεξιοτήτων, αλλά που το προσωπικό αντιλαμβανόταν ότι η φροντίδα ήταν πλημμελής λόγω άλλων καταστάσεων μα που και πάλι δημιουργούνται τέτοιες αντιδράσεις:

«Ενοσηλεύετον στην ψυχιατρική κλινική...ήταν Σάββατο ..και την είχαμε υπό παρακολούθηση! Εντάξει τελικά Παρασκευή αποφασίσαν ότι εν έπρεπε να ήταν υπό παρακολούθηση! [...] και θυμούμαι έπην σπίτι της,...και εβκήκε πάνω στην πολυκατοικία και έπεσε και αυτοκτόνησε! [...] Ένιωθα ότι..... είχαμε κάποια ευθύνη για τούτο το περιστατικό επειδή έπρεπε να την είχαμε υπό συνεχή...εμπορούσαμε να το αποτρέψουμε τούτο το γεγονός...το να πάει, να βγει και αν χάσει τη ζωή της! Εντάξει! ενιώθαμεν άσχημα [...] Μπορώ να πω επηρέασε με στο..... αν θα παρθεί κάποια απόφαση να είμαι πιοΠαρόλο που δεν ήμουν μέσα εγώ που πάρθηκε η απόφαση ένιωθα να ήμουν... πιο παρατηρητική; [...]” (3)

2^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Απουσία ή/και ανεπάρκεια διαδικασιών και κανονισμών που να διασφαλίζουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων - περιορισμένη αυτονομία και συνεπακόλουθη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε συγκεκριμένες περιπτώσεις που αφορούν τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που ενέχουν υψηλό ρίσκο για την ασφάλεια του θεραπευόμενου χωρίς να δίνεται η δυνατότητα στους νοσηλευτές να συμμετέχουν στη λήψη των αποφάσεων αυτών, είτε με άμεσο τρόπο (π.χ δεν είναι στην αρμοδιότητα των νοσηλευτών) είτε με έμμεσο (π.χ λήψη αποφάσεων κατά την απουσία των νοσηλευτών). Ανάφεραν επίσης ότι βιώνουν ηθικό

αδιέξοδο όταν αισθάνονται παραγκωνισμένοι από τα υπόλοιπα μέλη της θεραπευτικής ομάδας στη λήψη απόφασης, και οι ίδιοι τις περισσότερες φορές είναι αυτοί που έρχονται αντιμέτωποι με τις συνέπειες της απόφασης, όπως στην περίπτωση που μια πρόωρη έξοδος ήταν αιτία για αυτοκτονία και σε μια άλλη περίπτωση που η πρόωρη έξοδος από τις υπηρεσίες κατέληξε σε κακοποίηση.

«Εγώ θα φέρω ένα παράδειγμα [...] Έτυχε περιστατικά τα οποία δεν συμφωνούσαμε με την απόφαση της ομάδας! Εν συμφωνούσαμε με τον τρόπο χειρισμού τους ! [...] και στο τέλος το αποτέλεσμα ήταν αρνητικό συνήθως ! [...] Αν ο νεαρός τούτος , έβγαине έξω! Έδινε του και άδεια ο γιατρός, να ξεκινήσει να πάει στο σπίτι του!..και εκατέληγε στη χρήση;! Ένα συγκεκριμένο άτομο κατέληξε στη φυλακή!..όταν επέστρεψε είπε ότι βιάστηκε στη φυλακή!...ήταν κάτι το οποίο εμένα προσωπικά εσιόκαρε με! [...] αν η μονάδα, αν η απόφαση της ομάδας δεν ήταν να του δοθεί το επίδομα, να του δοθεί άδεια! ...και θα μπορούσαμε εμείς να το αποτρέψουμε [...] πιθανά με την επιμονή μας ότι δεν έπρεπε να πάει ! Πρώτον. Δεύτερον, να συζητήσουμε πιο πολλά με τον άρρωστο!...το θα κάμει;..αν ήταν στοχευμένη η έξοδος του!...αν δεν ήταν τόσο επιπόλαια; [...] Μάλλον η βάρδια! Το ότι δεν εργαζόμασταν την ημέρα που.....αποφασίστηκε [...] στη δουλειά μας πολλές φορές ...αφήνουμε την ευθύνη ...δηλαδή είναι θέμα ευθύνης_....δηλαδή αν εγώ δεν αφήσω σημειώσεις ; ένα διαβαστούν!...αν εγώ είμαι κουρασμένη και στείλω sick leave και αφήσω τον άρρωστο μου ...σε κάποιον άλλο συνάδελφο ο οποίος...δεν έχει χρόνο να ασχοληθεί μαζί του ... ;[...] ... ακόμα και τώρα που το αναφέρνουμε ενοχλά το γεγονός ότι το συγκεκριμένο παιδί ας πούμε επέρασε τούτη την εμπειρία! Που αν ήμουν εκεί.... μπορούσε η άδεια να εξελιχθεί διαφορετικά!.....δηλαδή... να επικοινωνήσω με κάποιο συγγενή του, να μπορέσει να τον συνοδεύσει κάποιος άλλος , ή η άδειά του να μην ήταν τόσο ας πούμε ανεξάρτητη...από μέρους της υπηρεσίας [...] ξέρετε πολλές φορές μπορεί να μας συμβεί σε προσωπικό επίπεδο να.....πέστε ότι πεθαίνει κάποιος δικός μας ...και λέμε....δεν έκανα αυτά που θα μπορούσα να κάνω για αυτό τον άνθρωπο...νομίζω τούτο το συναίσθημα! Δηλαδή που δεν έκανα αυτό που έπρεπε να κάνω! Που δεν... ε...πώς να το θέσω;...που δεν το έκανα! Δηλαδή αυτό που λείπει και η θρησκεία μας ! Δεν θα κριθείς για αυτά που έκανες αλλά για αυτά που θα μπορούσες να κανεις και δεν τα έκανες!» (4)

Αναφορικά με τις εφαρμοζόμενες διαδικασίες, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις που οι θεραπευόμενοι παίρνουν πρόωρα εξιτήριο από μονάδες νοσηλείας, χωρίς

να έχει βελτιωθεί η ψυχική τους κατάσταση με αρνητικές συνέπειες για τους ίδιους του θεραπευόμενους. Νοσηλεύτρια με 20 χρόνια εμπειρίας ανέφερε μια δική της εμπειρία όταν η ίδια βρισκόταν στα αρχικά στάδια της καριέρας της:

«Ενοσηλεύετον στην ψυχιατρική κλινική...ήταν Σάββατο ..και την είχαμε υπό παρακολούθηση! Εντάξει! Τελικά Παρασκευή αποφασίσαν ότι εν έπρεπε να ήταν υπό παρακολούθηση! [...] Και θυμούμαι επήεν σπίτι της, ...και εβκήκε πάνω στην πολυκατοικία κα έπεσε και αυτοκτόνησε! [...] Ένιωθα ότι.....εν είχαμε κάποιαν ευθύνη για τούτο το περιστατικό επειδή έπρεπε να την είχαμε υπό συνεχή...εμπορούσαμε να το αποτρέψουμε τούτο το γεγονός...το να πάει, να βγει και αν χάσει τη ζωή της! Εντάξει! Ενιώθαμεν άσχημα [...] Μπορώ να πω επηρέασε με στο..... αν θα παρθεί κάποια απόφαση να είμαι πιοπαρόλο που δεν ήμουν μέσα εγώ που πάρθηκε η απόφαση ένιωθα να ήμουν... πιο παρατηρητική; ... [...] Ένιωθα ότι εμπορούσε να μεν εσυνέβαινε το γεγονός. [...] ίσως εμπορούσε να επηρεαστεί ο γιατρός να μην βγει από την ειδική! Να παραμείνει μέσα στη μονάδα [...] Ενώ η απόφαση είχε βγει που την Παρασκευή και ήταν Σάββατο και εγώ δεν εργαζόμουν να πω την γνώμη μου στην ομάδα ότι ...» (3)

Συμμετέχων με 14 χρόνια εμπειρίας σε τμήματα Κοινωνικής νοσηλευτικής ψυχικής υγείας πρόσθεσε στο ίδιο θέμα :

“...άλλο περιστατικό το οποίο ήταν πάλι νεαρός! σε σοβαρή έτσι υποτροπή! [...] έλειπε από το σπίτι και εκοιμάτουν στο αυτοκίνητον ο νεαρός δύο με τρεις μήνες , χαμένος! .. ούτε η μάμα ήξερε που έτρωε, αν έτρωε; να πρέπει να γίνει εισαγωγή στο νοσοκομείο στη Λευκωσία! , να γίνεται η εισαγωγή! να γίνεται τηλεφωνική μας ενημέρωση, τόσο των συναδέλφων όσο και στους γιατρούς !..εεε να ζητούμε, να κρίνεται ότι τούτο το άτομο είναι επικίνδυνο και για τον εαυτό του και για τους άλλους , -ένα χρόνο πριν είχε πυρπολήσει το σπίτι του-.... εεεμ να γίνεται τούτη η ενημέρωση , τα πάντα και να ζητούμε “αφήστε τον (μέσα στο νοσοκομείο) μέχρι να γίνει μια σωστή θεραπεία [...] ώστε να μπορούμε να παρέμβουμε εμείς μετά στην κοινότητα!”.... και να μεν γίνεται τίποτα! και να έρχεται η μαμά κλαμένη και να μας λέει “εμίλησα με τον γιατρό! είπα του τα πάντα! [...] ναι!, να τους λέει “σας παρακαλώ αφήστε τον ακόμα λίγο!” έδωσαν του εξιτήριο σε 4-5 μέρες και να τους λέει “αφήστε τον ακόμη λίγο” και να της τον στέλνουν με το travel express [...] Και να του λένουν η μάμα σου θέλει να σε κλείσει

στο ψυχιατρείο! Ήμασταν τόσο θυμωμένοι ούλοι! Με τούτη την κατάσταση! Εντάξει! εν ηξέρω αν... τι κάμνω εγώ;” (5)

Νεαρός συμμετέχων με 8 χρόνια υπηρεσίας κατάθεσε την εμπειρία του αναφορικά με τους κανονισμούς λήψης απόφασης σε θαλάμους εσωτερικής υποχρεωτικής νοσηλείας, και συγκεκριμένα στις περιπτώσεις που παρόλο που εκφράζουν την άποψή τους δεν εισακούγονται λόγω του τρόπου λειτουργίας κάποιων χώρων, αλλά και του νομικού πλαισίου.

“Υπάρχει και η μαγική λέξη απόφαση όμως! ,... να συμπληρώσω κάτι ...όσον αφορά τουλάχιστον τις εξαρτήσεις εν λλίο πιο οργανωμένος ο τρόπος που δουλεύουμε και οι αποφάσεις συνήθως είναι δημοκρατικές! Συνήθως!..στην περίπτωση τώρα των θαλάμων όμως, με παρόμοια παραδείγματα που μπορεί να είσαι παρών και να μιλούν για το συγκεκριμένο θεραπευόμενο που είναι δικός σου!, ...να εκφέρεις μιαν άποψη!, είτε ότι είναι νωρίς για άδεια , είτε ότι είναι νωρίς για απόλυση!..... η απόφαση όμως στους θαλάμους είναι μόνο από το γιατρό που ...εφαρμόζεται... οπότε πολλές φορές είδαμε έτσι μπουμερανγκ κάποιες καταστάσεις!... είτε να ξαναρθεί με διάταγμα γιατί βιάστηκε ο γιατρός να απολύσει, παρόλο που εμείς ενδιαφωνούσαμε !...εντάξει....οπότεν ποιος λαμβάνει την απόφαση νομίζω εν καίριο...”(6)

Στο ίδιο θέμα συμμετέχων με 25 χρόνια εμπειρίας ανέφερε ότι βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν δεν μπορούν να εκφράσουν τη θεραπευτική τους άποψη κατά τη λήψη κάποιων συγκεκριμένων κλινικών αποφάσεων. Κάτι που προκύπτει λόγω λειτουργικών δυσκολιών που επιβάλλουν την απουσία από το τμήμα λόγω του συστήματος βάρδιας από τη μια, αλλά και στη μη μεταβίβαση των εισηγήσεων των νοσηλευτών αναφοράς στο γιατρό από την άλλη, και ως αποτέλεσμα να μένουν απλοί θεατές στο σχεδιασμό της φροντίδας.

«Το να λείπουμε από τη συγκεκριμένη στιγμή που παίρνονται οι αποφάσεις !, ...και να παρθούν αποφάσεις οι οποίες θα καταλήξουν σε κάτι ..αρκετά δύσκολο...[...] Γενικά για όλες τις μονάδες που εργαστήκαμε! Να λείπουμε λόγω βάρδιας από την ώρα των αποφάσεων! [...] Οπότε μια άε το πούμε αρνητική απόφαση, μια απόφαση που δεν εμπίπτει μέσα στη...σφαιρικά στον άρρωστο για το καλό του ας πούμε...να παρθεί! Εντελώς έτσι ! να το πούμε και επιπόλαια πολλές φορές!...να περάσουμε , ...να προσπεράσουμε ένα πρόβλημα!...οπότε στο τέλος

επιστρέφοντας πίσω στη δουλειά!...εν να αντιμετωπίσει αντιμετωπίσεις τον άρρωστο, που δεν θα δεχθεί πιθανόν την απόφαση ...η απόφαση ναν....όπως και τούτο που έγινε πιθανόν με την..... Να...εμπορούσε αν ήταν εκεί η να πει ξέρετε ας μην βγει από ειδική...ας την κρατήσουμε!..ας μην τη στείλουμε με άδεια! Εμπορούσε να ακουστεί!...Ενώ δεν ήταν μέσα (σε βάρδια) [...] πολλά γεγονότα σε πολλές.... (4)

“Μάλλον η βάρδια! Το ότι δεν εργαζόμασταν την ημέρα που.....αποφασίστηκε” (4)

“Ναι ! Κάποιοι αλλά ...στη δουλειά μας πολλές φορές ...αφήνουμε την ευθύνη ...δηλαδή είναι θέμα ευθύνηςδηλαδή αν εγώ δεν αφήσω σημειώσεις ; να διαβαστούν!...αν εγώ είμαι κουρασμένη και στείλω sick leave και αφήσω τον άρρωστο μου ...σε κάποιον άλλο συνάδελφο ο οποίος...δεν έχει χρόνο να ασχοληθεί μαζί του ... ;!” (4)

Μέσα από τη συζήτηση τονίστηκε η σημαντικότητα του ρόλου του νοσηλευτή, με τη 24ωρη παρουσία του στις θεραπευτικές δομές να έχει ως αποτέλεσμα το βάρος της οποιασδήποτε απόφασης να πέφτει στους ώμους των νοσηλευτών:

“Οι νοσηλευτές όπως ξέρετε όλοι , είμαστε πιο κοντά στον άρρωστο! Πιο κοντά στις ανάγκες του! Πιο κοντά στη ζωή του !...στην καθημερινότητα του!...Οπότε μια άε το πούμε αρνητική απόφαση, μια απόφαση που δεν emπίπτει μέσα στη...σφαιρικά στον άρρωστο γι από καλό του ας πούμε...να να παρθεί! Εντελώς έτσι ! να το πούμε και επιπόλαια πολλές φορές!...να περάσουμε , ...να προσπεράσουμε ένα πρόβλημα!...οπότε στο τέλος επιστρέφοντας πίσω στη δουλειά!...εν να αντιμετωπίσει στον άρρωστο, που δεν θα δεχθεί πιθανόν την απόφαση ...η απόφαση ναν....όπως και τούτο που έγινε πιθανόν με την [...]!

Να...εμπορούσε αν ήταν εκεί [...] να πει ξέρετε ας μην βγει από ειδική...ας την κρατήσουμε!..ας μην τη στείλουμε με άδεια! Εμπορούσε να ακουστεί!...Ενώ δεν ήταν μέσα και το βιώνει η] [...] ακόμα τούτο το συγκεκριμένο γεγονός!...πολλά γεγονότα σε πολλές....” (4)

3^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Η διοικητική ανεπάρκεια/ Οι κανονισμοί της υπηρεσίας /θεσμικό πλαίσιο

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βιώνουν ηθικό αδιέξοδο που οφείλεται στην παροχή επισφαλούς φροντίδας, λόγω διοικητικής ανεπάρκειας. Μέσα από τις ομάδες εστίασης περιγράφηκαν καταστάσεις που λόγω της διοικητικής ανεπάρκειας, επηρεάζεται η ποιότητα και η ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας.

Νοσηλευτής με 10 χρόνια εμπειρία στο χώρο αναφέρει:

“Γιατί είμαι συνένοχος, είμαι συμμετοχος σε αυτό το σύστημα! είμαι συμμετοχος σε αυτή την ομάδα! για την οποία εδώ και χρόνια δεν έγινε κάτι! και δεν ξέρω τον λόγο! μπορώ προφανώς να φανταστώ τον λόγο! υπάρχουν άνθρωποι οι οποίοι έχουν θέσεις στις ΥΨΥ γενικότερα οι οποίοι είναι λανθασμένα εκεί! δεν έχουν τις απαιτούμενες γνώσεις να διοικήσουν ανθρώπινο δυναμικό, ειδικά επαγγελματίες υγείας! υπάρχουν συνεχώς συγκρούσεις μεταξύ των προϊσταμένων για θέματα ρόλων, εξουσίας, και οτιδήποτε άλλο μπορείτε να φανταστείτε υπάρχει σε αυτήν την κοινωνία ! νιώθω ότι πλέον δεν έχω άλλη δύναμη να το παλέψω. [...] Και τούτον, έρχεται σε σύγκρουση με αυτό που είχαμε πει προηγουμένως με τις ηθικές αξίες, αρχές που χαρακτηρίζουν την προσωπικότητα την δική μου!” (10)

Στο θέμα της διοικητικής ανεπάρκειας συμμετέχων με 10χρονη εμπειρία στο χώρο των εξαρτήσεων ανέφερε:

“[...] Η μια υπηρεσία έσειρνε την ευθύνη στην άλλη για να φύει η ευθύνη που πάνω της, εεεμ ο επιστημονικός συντονιστής του προγράμματος, εεμ εν γιατρός. εεε απλώς επήρεν την απόφαση χωρίς να λαμβάνει.... Χωρίς να λαμβάνει την υπόλοιπη ομάδα ... βασικά όι υπόψη , αλλά εν την έλαβε εδέχτηκέν την! Παθητικά! Τζιαι απαιτούσε το ίδιο τζιαι που μας! [...] Τούτη η ισορροπία ένεμπόρε να την κρατήσουμε ! Εντάξει η απάντηση που τον διευθυντή ήταν ότι,.... η απόφαση ήρτεν που τον Υπουργό, και είμαστεν υπάλληλοι του Υπουργού, και πρέπει να ακολουθήσουμε τούτο το πράμα!(6)

Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ανάμεσα στους παράγοντες που ενοχοποιούνται στην εμφάνιση ηθικού αδιεξόδου είναι οι κανονισμοί αλλά και τα πλαίσια λειτουργίας που έχουν ως αποτέλεσμα την παροχή επισφαλούς φροντίδας:

«Οι κανόνες υπηρεσίας ! πολλές φορές αναγκάζομαστε με βάσει τον κανονισμό να μην συμπεριφερθούμε όπως εμείς πιστεύουμε ότι θα ήταν πιο δεοντολογικό ! πιο ηθικό!» (3)

“Εγώ να συνεργάζομαι με [...] να το γνωρίζω αυτό το κομμάτι, και να μην επιτρέπεται [...] Ναι σαν λειτουργός [...] να το γνωρίζεις! και να μην επιτρέπεται να το βάλεις στην θεραπεία, ήταν ένα θέμα που πάντα αντιμετώπιζα με το πλαίσιο.

[...] Πάρα πολύ άσχημα [...] Εν Κάτι πολλά αντιφατικό! Δηλαδή θέλω σε εδώ να βοηθήσεις! εγώ να γνωρίζω πράγματα!, αλλά τα οποία όμως δεν μπορώ να σας τα πω να ξεκλειδωθούν τα πράγματα για να προχωρήσει η θεραπεία [...]" (11)

4^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Απουσία κατάλληλων θεραπευτικών δομών

Μέσα από τις ομάδες εστίασης αναδύθηκε ένα θέμα το οποίο αποτελεί περίπτωση ηθικού αδιεξόδου, και συγκεκριμένα πρόκειται για την παροχή επισφαλούς φροντίδας υγείας λόγω ανεπάρκειας ή απουσίας θεραπευτικών δομών. Συγκεκριμένα, το ηθικό αδιέξοδο απορρέει από το γεγονός ότι οι δομές των ΥΨΥ δεν προασπίζουν τις προϋποθέσεις ασφαλούς νοσηλείας σε κτιριακό επίπεδο καθώς και σε επίπεδο ανθρωπίνου δυναμικού.

«Γενικά οι χώροι δουλειάς μας ένε καθόλου ασφαλείς. Δηλαδή ένε έχουν τίποτε. [...].» (4)

“ Απίστευτα πράγματα! Εντάξει και όσον αφορά πάλι τους θαλάμους εισδοχής . [...] Έχουμε δύο admissions δύο δωμάτια που υποτίθεται είναι ειδικής παρακολούθησης. Έχει περιόδους που δουλεύουμε με 5, 6 ειδικές παρακολούθησεις . Ο γιατρός έρχεται εξετάζει κάποιον, κάνει μια χαρά τη δουλειά του, λέει ότι είναι επικίνδυνος, βάλτε τον στην ειδική παρακολούθηση. [...] Εμείς τον βάζουμε σε δωμάτια κανονικά, οπότεν ερχόμαστε εμείς οι ίδιοι (αντιμέτωποι με αυτό), γιατί δεν έχουμε τα αναγκαία [...] Έτσι έχεις ένα άτομο στην ειδική ! και σου λέει και ο δεύτερος στην ειδική! Δεν έχουμε άλλο δωμάτιο ειδικής! [...] Θα μπει σε μονόκλινο'; [...] Όχι έν θα σου πει ο γιατρός! Ο γιατρός θα γράψει ειδική παρακολούθηση. [...] Το λέμε (ότι δεν έχουμε άλλο δωμάτιο ειδικής παρακολούθησης διαθέσιμο)! Αλλά όταν το περιστατικό κρίνεται ότι είναι ειδικής ! τι εν να Κάμει ο γιατρός; Ο γιατρός εν να γράψει ειδική! [...] Πάντα το ξέρουν ότι οι ειδικές είναι κατειλημμένες. [...] η ευθύνη είναι του νοσηλευτή! Που τη στιγμή που ο γιατρός υπογράφει ειδική παρακολούθηση! Η ευθύνη είναι καθαρά νοσηλευτική! [...] όχι

δεν μπορείς να μην αποδεχτείς την ειδική! [...] Ιδίως αμάν έν πολλά επιθετικός ο ασθενής και ξέρω εγώ! Βέβαια έχεις την αγωνία! Τι έν να γίνει!” (6)

Νεαρή νοσηλεύτρια αναφέρει την εμπειρία της για τις συνθήκες που επικρατούν στα δωμάτια ασφαλείας στους θαλάμους εισδοχής:

“ Το άλλο που θεωρώ εγώ πολλά ανήθικο είναι που έρχεται ο γιατρός και λαλεί σου να βάλεις το περιστατικό σε ειδική παρακολούθηση σε ένα δωμάτιο! Το οποίο είναι ένα δωμάτιο τέτοιο ! και έτυχε μας πολλές φορές! Να κτυπά το κεφάλι του πάνω στον τοίχο ο άρρωστος! Να κάμνει διάφορα! Που δεν είναι ασφάλειας εκείνο το δωμάτιο [...]. Δεν γίνεται να σου λαλεί! Βάλε τον ασθενή σε ασφαλές περιβάλλον! Και να το βάλλεις σε ένα δωμάτιο! Που ξεπίτηδες να κτυπά τό κεφάλι του στο τοίχο γιατί εν μέσα σε εκείνο το δωμάτιο !και δεν είναι ασφάλειας εκείνο το δωμάτιο! Για μένα εν πολλά ανήθικο τούτο το πράμα που γίνεται! Δεν είναι ασφάλειας! απλώς περιπεζούμαστε ότι είναι ασφαλείας [...]» (8)

«[...]Ανήλικος μέσα σε χρόνιους χρήστες! Εεε ότι εν γνωρίζαν έρχονταν μέσα παντές και έβαλλα μεν τους μέσα σε ένα πανεπιστήμιο για να μάθουν ότι εν ηξέρουν! ή να κάνουν διασυνδέσεις με την υπόλοιπη πιάτσα! ε εεε πως διασφαλίζεται η ασφάλεια; γιατί ένας πολλά σημαντικός ρόλος μας είναι να παρέχεται και ασφάλεια!εεεν μέσα στο χώρο! και ότι ένε σωστό! Εν κακοποίηση τούτο το πράμα! [...] το προσωπικό δεν ήταν εκπαιδευμένο να νοσηλεύει ανήλικους χρήστες! δηλαδή κάποτε εντάζει! εν μπορούμε να τα κάνουμε όλα! Γι' αυτό υπάρχουν τζιαι εξειδικεύσεις! εεε η απάντηση σε τούτα ήταν[...]..είχαμε θυμώσει! Είχα θυμώσει γιατί εν εισακούουμουν στην ουσία εχρησιμοποίησαν την μονάδα για να καλύψουμε μια , μια ένα κενό του κράτους. Η μια υπηρεσία έσειρνε την ευθύνη στην άλλη για να φύει η ευθύνη που πάνω της, εεεμ ο επιστημονικός συντονιστής του προγράμματος, εεμ εν γιατρός. εεε απλώς επήρεν την απόφαση χωρίς να λαμβάνει.... Χωρίς να λαμβάνει την υπόλοιπη ομάδα ... βασικά όι υπόψη , αλλά εν την έλαβε εδέχτηκεν την! Παθητικά! Τζιαι απαιτούσε το ίδιο τζιαι που μας!]....] Τούτη η ισορροπία ένεμπόρε να την κρατήσουμε ! Εντάζει η απάντηση που τον διευθυντή ήταν ότι,.... η απόφαση ήρτεν που τον Υπουργό, και είμασταν υπάλληλοι του Υπουργού, και πρέπει να ακολουθήσουμε τούτο το πράμα!(6)

“Ανήλικος μέσα σε χρόνιους χρήστες! [...] πως διασφαλίζεται η ασφάλεια; γιατί ένας πολλά σημαντικός ρόλος μας είναι να παρέχεται και ασφάλεια! [...] ...! Εν κακοποίηση τούτο

το πράμα! [...] ένιωσα ότι ήμουν συνένοχος σε τούτο, γιατί τελικά ενοσηλεύσαμε το! Τελικά ακάμαμε κακό σε τούτον τον άνθρωπο! Τούτη είναι η αλήθεια ! γιατί ήρτε με μια χρήση εεε..... εντάξει ήταν μια ανήλικη πολλά παραβατική, πολλά κακοποιημένη και νιώθω ότι εκακοποιήσαμε την σε εισαγωγικά γιατί εν ε μπορούσαμε/ [...] να την προστατεύσουμε!... [...] Εντάξει η απάντηση που τον διευθυντή ήταν ότι, η απόφαση ήρτεν που τον Υπουργό, και είμαστεν υπάλληλοι του Υπουργού, και πρέπει να ακολουθήσουμε τούτο το πράμα! “ (2)

«Οι κανόνες υπηρεσίας ! πολλές φορές αναγκαζόμαστε με βάσει τον κανονισμό να μην συμπεριφερθούμε όπως εμείς πιστεύουμε ότι θα ήταν πιο δεοντολογικό !πιο ηθικό!» (2)

Στο ίδιο θέμα νοσηλευτής με 15 χρόνια εμπειρίας αναφέρεται στο κενό που δημιουργείται όταν δεν υπάρχουν οι κατάλληλες δομές για την αποτελεσματική θεραπεία ενός ατόμου:

“Το πρόβλημα που μπαίνει είναι κατά πόσο θα το βοηθήσει εκείνο το άτομο να νοσηλευτεί στο χώρο της κλινικής, διότι στην ουσία η βοήθεια που θα πάρει από κοντά μας δεν θα είναι μεγάλη διότι [...] Στην απόφαση στο να νοσηλεύσουμε αυτό το άτομο, ότι θα τού είναι ωφέλιμο, στο να μην το νοσηλεύσουμε! Από την άλλη όμως το να μην το νοσηλεύσεις, υπάρχει ένα κενό , όταν υπάρχουν, όταν παρουσιάζονται και ψυχιατρικά προβλήματα , και θέματα χρήσης, στο που νοσηλεύονται αυτά τα άτομα!” (12)

5^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Παροχή φροντίδας από ανεπαρκείς συνεργάτες

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις που συνεργάζονται με επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δεν είναι τόσο ικανοί για την φροντίδα των θεραπευόμενων.

“[...] Τα τελευταία χρόνια, υπήρξε μια διαχείριση από πλευράς της συγκεκριμένης ψυχιάτρου, η οποία μας έφερνε, με έφερνε εμένα προσωπικά, συνεχώς σε καθημερινά [...] και με έφερναν να σκέφτομαι, ποιος είναι ο ρόλος μου, δηλαδή [...], να γίνομαι μάρτυρας κάποιων θεμάτων, που όπως λέει και ο κώδικας νοσηλευτικής δεοντολογίας είμαστε και συνήγοροι, όχι των πελατών των ασθενών των ατόμων αλλά και όλων των ατόμων που θα αποταθούν στις υπηρεσίες για να πάρουν κάτι. [...] να γίνομαι μάρτυρας ας πούμε λανθασμένων συνταγογραφήσεων ... [...] Ότι θέλω να σταματήσω την δουλειά μου!” (10)

“Ναι! μετά από τόσα χρόνια εμπειρίας, και συνεχή εκπαίδευση που θεωρώ ότι έχω σαν άτομο, θεωρώ ότι υστερεί σε πολλά θέματα που αφορούν την ψυχιατρική προσέγγιση, να το πω έτσι, την οικογένεια και την παροχή απλής συμβουλευτικής μέχρι την, το παράδειγμα που σας έδωσα, την συνταγογράφηση ενός απλού φαρμάκου!” (10)

«Ότι έρχεται ο γιατρός γράφει τη δόση του Θεού! Και φεύγει. Και εγώ πρέπει να το εκτελέσω! [...]» (4)

“Ο συνεργάτης δεν είναι καλά! χρήζει οπωσδήποτε βοήθειας ο ίδιος! Να κακοποιούνται περιστατικά τα οποία είναι στα χέρια του !... [...] Η παραμέληση εν κακοποίηση!” (11)

6^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Επισφαλής ποιότητα συνεργασίας με την οικογένεια και περιορισμένη συμμετοχή της στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων

1^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Απουσία συνεργασίας από οικογένεια

Αναφέρθηκαν περιπτώσεις που οι νοσηλευτές βίωσαν ηθικό αδιέξοδο όταν η οικογένεια δεν συνεργάζεται για τη θεραπεία. Στις περιπτώσεις που η ίδια η οικογένεια διέκοψε συνεργασία αφού θα ήταν αναγκασμένη να διαθέσει περισσότερο χρόνο για τη θεραπευόμενη κάτι που δεν ήθελαν, παρόλο που η θεραπευόμενη παρουσίαζε σημεία βελτίωσης και η διακοπή προμηνούσε παλινδρόμηση.

“...[...] μπορεί να μην είχε βελτιωθεί, τόσο η ψυχική του υγεία ...και πάλι θα μπορούσε να είχε βελτιωθεί εάν υπήρχε πιο καλή συνεργασία με την οικογένεια!, ιδιαίτερα με την μητέρα η οποία έκαμνε το κουμάντο! , δηλαδή εάν έδινε τη φαρμακευτική αγωγή ή εάν δεν έβαλλεν αυτά τα μεντα παίρνεις και έγινες όπως το ζόμπι!, ήντα λοις έγινες έτσι; Και είδες τον ξάδελφο σου πως έγινε; [...] Θεωρώ ότι θα είχε και πιο καλή εικόνα! Έτσι;..., ψυχική εικόνα [...]. “τζιαι ενώ εγώ νιώθω ότι εβελτιώθηκε έστω η ποιότητα ζωής αυτού του απόμου,..... η μητέρα έγινε έτσι πολύ επιθετική στην τελευταία μας συνάντηση! λέγοντας μου ότι εγώ ευθύνομαι τώρα για τον εγκλωβισμό της μητέρας στο σπίτι, (Μιλά αργά) γιατί από τη στιγμή που εμεταφέρθηκε η κόρη εκεί, δεν μπορεί να φύγει η μητέρα από το σπίτι! [...] Όμως δεν υπήρχε η συνεργασία με την μητέρα [...] εάν θα έπρεπε να συνεχίσω! να προσπαθήσω! και να δώσω μια θεραπευτική

συνέχεια!, ή εάν θα έπρεπε να διακόψω. [...] και η ίδια η ασθενής μου είπε, «η μητέρα μου δεν θέλει να έρχεσαι». και έτσι εδιακόπηκε, [...] “ (14)

Αναφέρθηκαν επίσης περιπτώσεις που οι νοσηλευτές βίωσαν ηθικό αδιέξοδο αφού η ίδια η οικογένεια απέκρυψε πληροφορίες όσον αφορά την ψυχική κατάσταση του θεραπευόμενου και τους έθεσε σε κίνδυνο.

“Τούτο με απογοήτευσε! η σχέση γονείς, ενώ εξητούσε για αρκετές φορές την θεραπεία του γιου της! σε ιδιωτικά! να παίρνει τα φάρμακα! να γίνονται τα ενέσιμα σε ιδιωτικά νοσοκομεία! για να μην βλέπει ο κόσμος! λόγω του στίγματος! λόγω και του επαγγέλματος που ήταν ο ίδιος ο ασθενής!. Ε εεε εκείνο με απογοήτευσε λέω έκρυβαν το πρόβλημα για το καλό επροσπαθούσαν να βοηθήσουμε και στο τέλος δεν ήταν και πλήρης η να μας ενημερώσουν πλήρως για το ιστορικό να μπορούμε να το αντιμετωπίσουμε με...” (16)

2^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Η διατήρηση του απορρήτου

Αναφέρθηκαν περιπτώσεις που οι κανονισμοί του θεραπευτικού πλαισίου για εχεμύθεια, ήταν περιοριστικοί στη θεραπευτική εξέλιξη:

“Πάρα πολύ άσχημα όταν ήμουν με τους γονείς. Οι οποίοι γονείς από τη μια τους ζητούσες να συμμετέχουν στη θεραπείακαι εμείς να τους λέμε ναι πρέπει να μπει στην θεραπευτική διαδικασία! αλλά εσύ να έχεις την γνώση και την εξουσία σε εισαγωγικά και να τους πετάσσεις έξω ταυτόχρονα!. Εν κάτι πολλά αντιφατικό! Δηλαδή θέλω σε εδώ να βοηθήσεις! εγώ να γνωρίζω πράγματα!, αλλά τα οποία όμως δεν μπορώ να σας τα πω να ξεκλειδωθούν τα πράγματα για να προχωρήσει η θεραπεία του παιδιού τους!.” (11)

7^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Η συνέχιση μιας αναποτελεσματικής θεραπείας

Οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν στηρίζουν τους θεραπευόμενους να συνεχίσουν να λαμβάνουν μια αγωγή η οποία μπορεί να μην είναι και η καλύτερη και να έχει ως αποτέλεσμα την παροχή επισφαλούς φροντίδας προς τους θεραπευόμενους:

“εμείς στηρίζουμε τον ασθενή έξω στην κοινότητα, να παίρνει την αγωγή του, παρόλο που ξέρουμε ότι, να πούμε ότι εν φάρμακα πχ το έπαιρνε σε original τώρα παίρνει το γενόσημο,

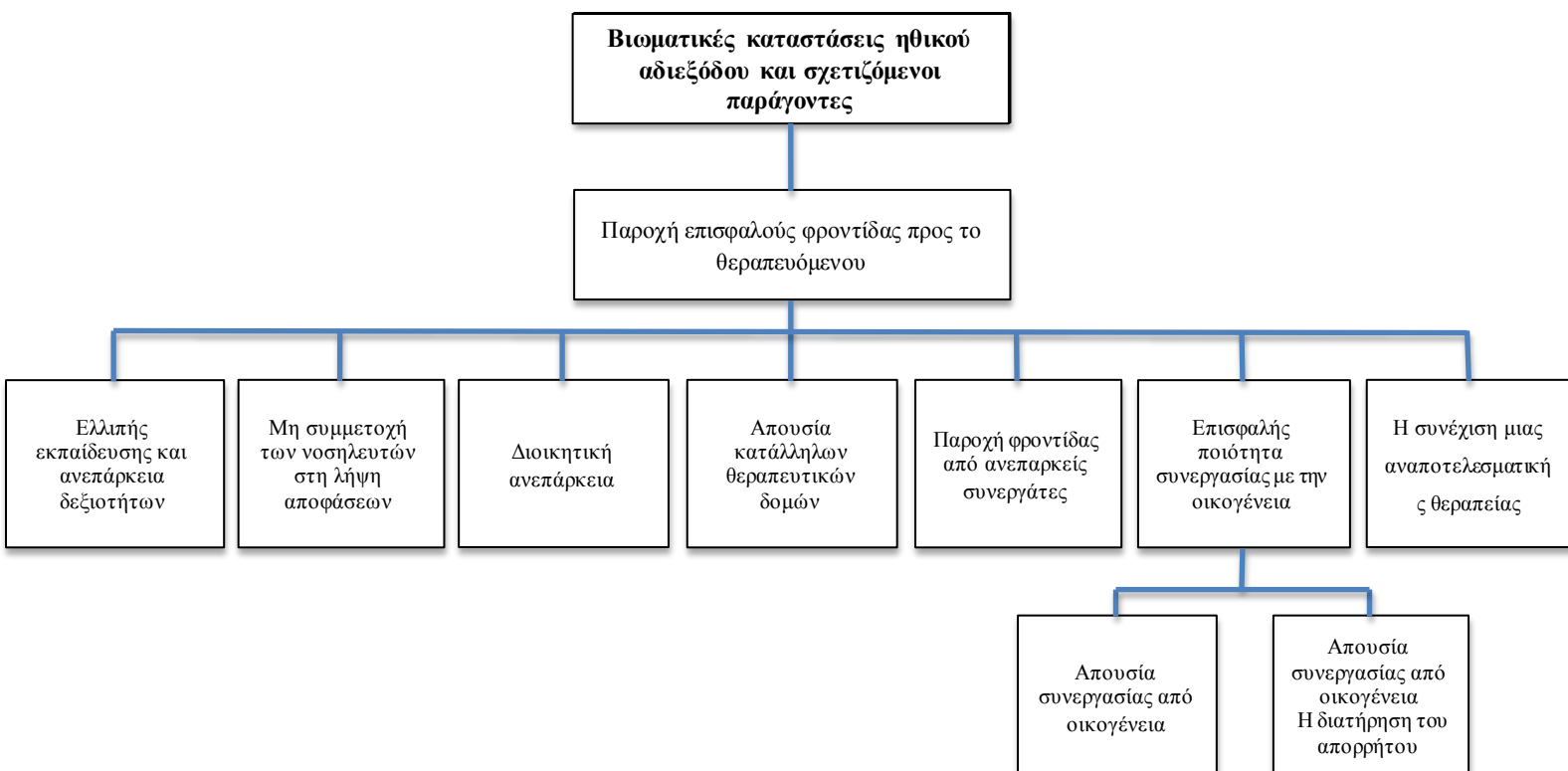
λόγω του ότι το νοσοκομείο εκείνο παρέχει πλέον!. Εν κατά πόσο ας πούμε στηρίζουμε τον να παίρνει εκείνο το φάρμακο αφού ξέρουμε οι ίδιοι, ότι τα αποτελέσματα εν θανάτου το ίδιο και βλέπουμε το με τις υποτροπές “ (9)

8^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Η διατήρηση χαμηλού κόστους φροντίδας

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε περίπτωση ηθικού αδιεξόδου κατά την οποία η προσπάθεια διατήρησης χαμηλού προϋπολογισμού, όπως η μη πρόσληψη βοηθητικού προσωπικού, έχει ως αποτέλεσμα παροχή χαμηλής ποιότητας φροντίδας.

«Κάποιες στιγμές φέρνει μας λίγο σε αμηχανία.....είτε είναι οι καθηλώσεις , είτε είναι η συμμόρφωση τέλος πάντων των θεραπευόμενων.....έτσι; εντάξει! Τούτο το πράγμα στην πορεία βλέπουμε όμως ότι εν τροχοπέδη, στην εξέλιξη της δουλειάς μας Δηλαδή, κάθε νοσηλευτής έχει και το ρόλο του συμβούλου και του key worker ...με τους θεραπευόμενους....! Οπότε σκεφτείτε έναν παράδειγμα την προηγούμενη ημέρα να κάμνεις καθήλωση σε έναν θεραπευόμενο !.....και την επόμενη να πρέπει να μπει στο ρόλο και στο πετσί του σύμβουλου και του key worker.» (6)

Σχήμα 5.1 Απεικόνιση παροχής επισφαλούς φροντίδας προς τους θεραπευόμενους



Β' ΕΝΟΤΗΤΑ ΚΥΡΙΩΝ ΘΕΜΑΤΩΝ: ΑΝΤΙΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΣΥΜΜΕΤΕΧΟΝΤΩΝ ΚΑΙ ΣΥΝΑΔΕΛΦΩΝ

Στην ενότητα αντιδεοντολογική συμπεριφορά συμμετεχόντων και συναδέλφων οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βιώνουν ηθικό αδιέξοδο σε θέματα που αφορούν α) καταπάτηση των δικαιωμάτων των θεραπευόμενων κατά την εφαρμογή θεραπείας, β) συμπεριφορά Διάσπασης θεραπευτικού συνεχούς από συναδέλφους και συνεργάτες ψέματα με στόχο την ανακούφιση, γ) σωματική κακοποίηση θεραπευόμενων από μέλος του προσωπικού, δ) ανορθόδοξη χρήση των πόρων, ε) υπεξαίρεση χρημάτων από τους θεραπευόμενους, στ) απόκρυψη της αλήθειας και ψευδής πληροφόρησης των θεραπευόμενων από τους ιατρούς αναφορικά με τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας, ζ) εφαρμογή των επιθυμιών της οικογένειας εις βάρος των θεραπευόμενων, η) συγκάλυψη, θ) ανήθικη συμπεριφορά προς τους θεραπευόμενους.

1^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Καταπάτηση των δικαιωμάτων των θεραπευόμενων κατά την εφαρμογή θεραπείας

Αναφέρθηκαν περιπτώσεις που οι Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν είναι υποχρεωμένοι να ακολουθήσουν οδηγίες γιατρών ή διοικητικά ανώτερων παρά τη θέληση τους αλλά και παρά τη θέληση του θεραπευόμενου, όπως χορήγηση ενέσιμης αγωγής ακόμη και με άσκηση βίας, με καθήλωση.

1^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Η σωματική καθήλωση

Ένα συχνό φαινόμενο ήταν η προσπάθεια σωματικής καθήλωσης του θεραπευόμενου. Οι νοσηλευτές αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις, που οι θεραπευόμενοι μπορεί να γίνονται θύματα βίαιης συμπεριφοράς κατά την προσπάθεια καθήλωσής τους, είτε από τους επαγγελματίες υγείας, είτε ακόμη και από τα σώματα ασφαλείας.

“Εμείς εβοηθήσαμε την αστυνομία.... Εχρησιμοποιήσαμε τους πιο ήπιους τρόπους που μπορούσαμε για να την καθηλώσουμε να μην κτυπήσει! Ύστερα όμως έπρεπε να φύγουμε που το σημείον εκείνο! Έπρεπε να μείνει η αστυνομία! [...] ...”γιατίόι λαλεί μου” και....εσηκώστηκεν τζιαι επάταν την.!. Εζήγησα της, όμως επροσπάθησα να της εξηγήσω ας πούμε, ότι ένεν σωστό τούτον το πράμα που κάμνεις!. Έπιαναν την που τα μαλλιά! έκτυπουσαν

την! Εεεε ήταν σε φάση που η κοπέλα ενε καταλάβαινε...ήντα που έκαμνε! [...] Ήθελα να βοηθήσω την κοπέλα! ήθελα να εξηγήσω του αστυνομικού, της αστυνομίκινας, αλλά ένε μπορούσα να του επιβληθώ [...] είχα έτσι να το πούμεν θυμό!, [...] ότι ένε μπορούσα να κάμω κάτι [...]" (9)

“Ότι την ώρα που την ετραβούσαν, ...εεε..και έβλεπα την φάση την ώρα που την ετραβούσαν την να την κάτσουν, τα χέρια της ήταν πίσω ήταν δεμένα [...] Με χειροπέδες! Ναι! Εφκήκα που το γραφείο και έκαμνα έτσι (τρίβει τους καρπούς) . Ε εεμ νομίζω κάποιου το είπα! εεε πόνησα τα χέρια μου! και ένιωθα το εκείνη την ώρα! Άου! [...] Όι νιώθω και για μένα! Ότι ας πούμε λέω εντάζει!, εγώ τελικά επαρέμβηκα να πω κάτι; έκαμα κάτι; Είπα τους κάτι; (δυναμώνει σταδιακά η ένταση φωνής) [...] Εντάζει εν ένιωσα καλά με τον εαυτό μου να πω την αλήθεια! Εν ένιωσα καλά!... [...] λέω γιατί ας πούμε, εφοβήθηκα να πω κάτι; ήταν τα μου κάνουν εμένα κάτι; Σαφώς Όχι! Εν Εδικαιούμουν και εγώ ας πούμε; αφού ήξερα ότι ήταν λάθος! Να τους πω, εντάζει ρε παιδί μου εν ανάγκη να την τραβάτε έτσι; Όπως είπε και ο συνάδελφος κρατάτε τις τα πόδια! “ (5)

«Η εμπειρία που θέλω να μοιραστώ με την ομάδα, είναι κάτι το οποίο νιώθω ότι με στιγμάτισε. Ήταν στα αρχικά στάδια της καριέρας μου, όταν με την συνοδεία του προϊσταμένου καθοδηγούμουν στα πρώτα μου βήματα στην [...] (7)

“Επειδή ο άρρωστος ήταν ιδιαίτερα αρνητικός, ο προϊστάμενος εθεώρησε καλό να φωνάζει τον γιο του, να πιέζει ο ίδιος ο γιος του τον κορμό του αρρώστου, ο ίδιος να πιέζει τα πόδια του και κλήθηκα εγώ σαν νέος συνάδελφος να κάνω το ενέσιμο. Εκείνη την στιγμή είχα νιώσει ιδιαίτερα περίεργα και ήθελα πάρα πολλά να αντιδράσω... εν τούτης έκαμα το ενέσιμο.. [...] Ένιωθα ιδιαίτερο θυμό! Ήταν εντελώς αντίθετο σε εκείνο που πήγαινα να κάμω! σε κείνο που είχα διδαχτεί να κάμνω! και σε εκείνο που πραγματικά οφείλαμε να κάμουμε σαν επαγγελματίες στο σπίτι ενός ανθρώπου! Στο σπίτι που ουσιαστικά εν προσωπικός του χώρος! Εκαταπιέσαμεν τον μέσα στο προσωπικό του τον χώρο! Εμείς οι ίδιοι οι επαγγελματίες! [...] ένιωθα αδύναμος απέναντι σε έναν προϊστάμενο! ο οποίος είσχιε την εξουσία! [...]" (7)

2^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Η εφαρμογή μη αναγκαίας χημικής καθήλωσης

«Εγώ προσωπικά εκτελούσα οδηγίες,.... της ανώτερης! [...] Εντάξει, μπορούσαμε να αποφύγουμε πολλές φορές το να χορηγήσουμε ενέσιμο!...αλλά εν το εκάμαμε! [...] και...άκουσα την οδηγία που ήρτεν που το γιατρό και που την ανώτερη! [...] Γιατί είμαι πολλά μικρή στην υπηρεσία και εν εμπορούσα να μιλήσω! Για αυτό!» (8)

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν και σε άλλες περιπτώσεις που η εφαρμογή χημικής και σωματικής καθήλωσης γινόταν χωρίς ιατρική οδηγία, με σκοπό τη μείωση του φόρτου εργασίας. Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις που μέλη του προσωπικού χορηγούσαν χωρίς ιατρική οδηγία κατασταλτικά φάρμακα, εφάρμοζαν μηχανικά περιοριστικά μέτρα, και σε άλλες περιπτώσεις ανάθεταν καθήκοντα βοηθητικού προσωπικού στους θεραπευόμενους για να μειωθεί ο φόρτος εργασίας τους.

« [...] να παίρνεις 3 γιαούρτια να αδειάζεις μέσα truxal , ένα μπουκάλι truxal ένα μπουκάλι , τότε είχαμε τα rohiprol , αλλά με το γιαούρτι δεν έβλεπες και πόσα έπινε ο αρρώστος [...] Τούτο το πράμα ήταν κάτι το οποίο δεν αντέχεται! Να βλέπεις το πρωί τους αρρώστους και να ήταν μισοπεθαμένοι! και αν ο νοσηλευτής εδικαιολογούσε τούτο το κομμάτι! [...]και όμως εβλέπαμεν τα να γίνονται! Δεν εκαταγκέλλονταν...εν τα μετέφερε κάποιος σε άλλον επίπεδο!...»(4)

«Το να βάλουμε ασθενείς να κάνουν μπάνιο άλλους ασθενείς! [...] Εγώ ένιωθα θυμό» (3)

“ Η το να δένουν τους αρρώστους! [...] : ήταν ένα βάρος συνείδησης !” (4)

«[...] εντάξει ήταν γενικά αποδεκτές τούτες οι μέθοδοι! παρόλο που διαφωνούσαμε εμείς σαν πρωτοδιόριστοι [...]βιώναμε και σύγκρουση, Ναι [...] (6)

«Εμένα με ενοχλούσαν τα φάρμακα περισσότερο! Με ενοχλούσε να έβρω τη Γιωργούλα που λέμε το πρωί να μην... ήταν μισοπεθαμένη...δηλαδή το χέρι της έκαμνες έτσι ..και έπεφτε κάτω ας πούμε!...εκείνο το μωρόήτανούτε σου προκαλούσε καθόλου ..προβλήματα...γιατί να το κοιμίσω σε τόσο βαθμό ...και να μην μπορεί το πρωί να μου αρθρώσει 3 λέξεις....δεν με

ενοχλούσε...ποιον ενοχλούσαν τούτα τα πράματα;! ...και όμως εβλέπαμεν τα να γίνονται! Δεν καταγγέλλονταν...εν τα μετέφερε κάποιος σε άλλον επίπεδο!...» (4)

3^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Η κρυφή ανάμειξη φαρμάκων

Συμμετέχων αναφέρθηκε ότι βιώνει ηθικό αδιέξοδο όταν ενθαρρύνει την οικογένεια για κρυφή ανάμειξη φαρμάκων με το φαγητό ως ύστατη προσπάθεια για εξασφάλιση θεραπείας σε άτομο που αρνείται φαρμακευτική θεραπεία:

“ κατά πόσο ένας που αρνείται να πάρει θεραπεία, θα πρέπει να δοθεί το μήνυμα προς την οικογένεια ,να του βάζει κρυφά φάρμακα. ... [.....] Το έχω χρησιμοποιήσει! αλλά όσες φορές στο έχω χρησιμοποιήσει άλλες τόσες έχω μπει σε τούτο τοσε τον το προβληματισμό! . Τελικά πόσο σωστό είναι;].....]” (7)

4^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Καταπάτηση του δικαιώματος ιδιωτικότητας στη θεραπεία των θεραπευόμενων

Αναφέρθηκαν σε καταστάσεις που καταπατούνται τα ανθρώπινα δικαιώματα των θεραπευόμενων, όπως εκείνο του σεβασμού των προσωπικών δεδομένων λόγω έλλειψης χώρου.

«[...] Παρόμοιο παράδειγμα είχα στις φυλακές!...να δουλεύουμε συμβουλευτικά με τους κατάδικους, παύλα ασθενείς μας ! ... να είμαστε σε ένα χώρο πιο μικρό από την αίθουσα που καθόμαστε και να κάνουμε συναντήσεις ταυτόχρονα 4 λειτουργοί! [...] μετά από 5 μήνες καταφέραμε να πάρουμε παραβάν , αλλά ουσιαστικά μόνο το οπτικό πεδίο κόφκεις !και να πρέπει να παίρνεις ιστορικό [...].» (6)

“ [...] υπάρχουν μόνο 3 ντους και πρέπει να μπουν οι άρρωστες να κάνουν μπάνιο πριν να φαν ! πριν να πιουν φάρμακα! Πριν να τις δει ο γιατρός! και όταν έχεις να κάνεις μπάνιο 10, 12 άτομα, εν θα τις βάλεις μια μια γιατί τα ντους εν ...εν να μπουν 3 άτομα μαζί[...] (4)

“Ας πούμε ζούμε σε τόσο σύγχρονη εποχή! Που εν γίνεται να....φέρνεις μέσα άτομα ...να έρχονται οι ασθενείς μέσα 4 γυναίκες και να βλέπει η μια την άλλη γυμνή! ...και και να είμαστε και 3 νοσοκόμες και να τις βλέπουμε....» (8)

5^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Υποτίμηση θεραπευόμενων

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις που επαγγελματίες υγείας με τη συμπεριφορά τους δεν έδειχναν σεβασμό προς τους θεραπευόμενους:

«.....! να μην απαντά το τηλέφωνο! χτυπά το τηλέφωνο! Είναι στο γραφείο, δεν το απαντά! .. είναι στο γραφείο της δεν το απαντά! και πιάνουν με εμένα που εμπλέκομαι εγώ “Κύριε, περνούμε την γιατρό και δεν μας απαντά”. “Είναι στο γραφείο της. Ξαναδοκιμάστε”. Δεν απαντά, δεν απαντά, δεν απαντά για μέρες δεν απαντά. Για μέρες δεν απαντά τα τηλέφωνα.... [...] “και άρα γίνομαι εγώ ξανά δέκτης παραπόνων, και των θεμάτων που έχουν να διαχειριστούν, να διαχειριστεί η γιατρός!” (10)

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν είναι παρόντες σε συμπεριφορές υπεροψίας, υποτίμησης και έλλειψης σεβασμού σε βάρος των θεραπευόμενων:

“[...] το θέμα της συμπεριφορά τους! απότομη συμπεριφορά! Υποτιμητική συμπεριφορά! Από τη θέση σαν γιατρός που σε μια θέση ισχύς εξουσίας! και πολλές φορές υπεροψίας! προς τον απλό [...] ο οποίος έχει ανάγκη για να έρθει εκεί να ζητήσει την βοήθεια για [...]” (10)

Οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν γίνονταν μάρτυρες υβριστικής και υποτιμητικής συμπεριφοράς από νοσηλευτές προς τους θεραπευόμενους.

“ξέρεις εν και ξέχασα!” Λαλώ της “τι;” είπε μου δύο ονόματα συναδέλφων! Εντάξει; η μια συνάδελφος έλεε μου ότι της έλεε αισχρόλογα!” (4)

“Νοσηλείας! Ότι της έλεε αισχρόλογα!” (4)

“Εμένα έτυχε μου συνάδελφος ...ο οποίος ύβρισε!...ύβρισε χαρακτηριστικά είπε μια λέξη ενός ασθενή! ...το οποίο εμένα με ενόχλησε αφάνταστα! ..δεν θα έκαμνα ποτέ μου έτσι πράμα!...ένιωσα και άσχημα για τον ασθενή! Διότι αντιλαμβανόταν ήταν σε θέση....ήταν καλό περιστατικό” (3)

Βιώνουν αδιέξοδο όταν αισθάνονται ότι τα επίπεδα φροντίδας είναι πολύ πιο χαμηλά από τα προσωπικά τους και επαγγελματικά τους κριτήρια. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν ήταν παρόντες σε περιπτώσεις που νοσηλευτές συμπεριφέρονταν κυνικά και μη ανθρωπιστικά σε απλά αιτήματα των θεραπευόμενων.

“Δηλαδή τούτον το ...αν τζιαι ήταν νεκρή ώρα, αν και δεν ήταν απασχολημένη με κάτι, ένιωσα ότι γινόταν κατάχρηση εξουσίας, γιατί είπε της δεν είναι ώρα τώρα, δεν μπορούμε να ασχοληθούμε με το εσώρουχο σου , πήαινε κάτσε και μετά θωρούμε, μετά βλέπουμε. (μίμηση φωνής και κοφτές προτάσεις). Ας πούμε τούτον εμένα ... μπορώ να πω ότι εσιόκαρε με ας πούμε, διότι σκέφτηκα ότι μπορούσε να ήταν κάποιος δικός μου σε εκείνη την θέσησκέφτηκα ότι ...εν ένας θεραπευόμενος και έχουμε μιαν εξουσία εμείς οπότε ... πως την διαχειριζόμαστε..... ε τούτον ήταν κάτι έτσι έναν παράδειγμα που μπορώ να σκεφτώ.” (17)

“Το ότι ένας επαγγελματίας υγείας! την δεδομένη στιγμή! έσχει δύναμη! που τη θέση που βρίσκεται! Ένας θεραπευόμενος! ο οποίος ...έσχει την ανάγκη μας! και εμείς διαχειριζόμαστε τούτην την ανάγκη και τούτην εξουσία που έχουμε ... όχι τόσο θεραπευτικά!” (17)

2^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Σωματική κακοποίηση θεραπευόμενων από μέλος του προσωπικού

Αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις που βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν οι θεραπευόμενοι τους εμπιστεύτηκαν ότι υπέστησαν κακοποίηση από μέλος του προσωπικού:

«... [...] σε μια βάρδια που πήγα, ήρθε θεραπευόμενος να μου δείξει κτυπήματα στο σώμα του, και κατονόμασε συνάδελφο! [...] Αρκετά νεαρός εγώ στην υπηρεσία, ήμουν στον πρώτο χρόνο του διορισμού. Ήταν κάτι που με αναστάτωσε πάρα πολύ [...] εκείνο που είδα να γίνεται από την αρχή της υπηρεσίας μου ..είναι να κουκουλώνονται τα πάντα! [...] τούτο το πράγμα εδημιούργησε μου ένα αίσθημα απογοήτευσης [...] απογοήτευση ένιωθα! Και λύπη, θυμό...» (6)

«Εμένα έτυχε μου συνάδελφος ...ο οποίος ύβρισε!...ύβρισε χαρακτηριστικά είπε μια λέξη ενός ασθενή! ...το οποίο εμένα με ενόχλησε αφάνταστα! ..[...] ένιωσα και άσχημα για τον ασθενή. [...] Εν του είπα κάτι εκείνη την ώρα [...]» (3)

« [...] εσκέφτουμουν το πάρα πολλά έντονα! έφρα που την δουλειά εκείνη την μέρα και ήμουν πάρα πολλά αναστατωμένη! σε σημείο στη βάρδια που εσυνέβηκε εκείνο το πράμα έτρεχαν τα μάτια μου! Εν ήξερα πως να το αντιμετωπίσω [...] για μένα, ήταν πολύ μεγάλο σοκ να το ζω μόλις επήα στην υπηρεσία, γιατί ήταν ένα άτομο που εν εμιλούσε ούτε ελληνικά, ούτε αγγλικά. Δεν εμπορούσε να ζητήσει βοήθεια, και επέρασε τούτο το γεγονός που επέρασε. Ενώ ήμουν τζιαμαί και εγώ και η άλλη συνάδελφος και δεν μπορούσαμε να κάνουμε κάτι [...] Τούτο το πράμα ενοχλούσε ενοχλούσε με; ένιωθα ας πούμε ότι έπρεπε να Κάνω Κάτι παραπάνω και εν έκανα εκείνη τη στιγμή.» (8)

3^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Υπεξαίρεση χρημάτων από τους θεραπευόμενους

Αναφέρθηκαν ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν αντιλαμβάνονταν ότι μέλος του προσωπικού προέβαινε σε συμπεριφορά υπεξαίρεσης χρημάτων από τους θεραπευόμενους:

«[...] να πω ότι ο τάδε συνάδελφος...κλέφκει! ήμουν παρών! [...] Πράματα των αρρώστων [...]» (6)

«Είναι το άτομο που χειριζόταν τα λεφτά των αρρώστων. [...] Τα ρέστα ήταν πάντα μειωμένα [...] Έτυχε ας πούμε ο άρρωστος να πει “ου μα θέλω τόσα πίσω, θέλω τόσα πίσω” και η απάντηση να ήταν “μα χρωστάς μου και που τα χτεσιν”. Εγώ άκουα. Ήμουν εκεί. Δεν άνοιζα το στόμα μου να πω “Έλεος!”» (4)

« [...] έκανα το ψώνισμα μια ημέρα και επιστρέφοντας εγώ από την καντίνα έπιασα την κόλλα μετά των ασθενών και πήγαινα και έδινα του κάθε νου τα ρέστα! Το 80% των αρρώστων έβλεπα με έτσι! (στόμα ανοικτό)! Δηλαδή για μήνες, μήνες δεν είχαν ρέστα! Το ψώνισμα ξέρεις ότι οι χρόνιοι θάλαμοι συνήθως εν χαρακτηριστικό. Πάντα αγοράζουν τα ίδια [...]» (6)

Αναφέρθηκαν επίσης ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν ήταν παρόντες σε οικονομικές διαπραγματεύσεις οι οποίες ήταν εις βάρος των θεραπευόμενων:

«Πάντα έλειπαν τα δκνο! Είναι το άτομο που χειριζόταν τα λεφτά των αρρώστων! όχι ! τα ρέστα ήταν πάντα μειωμένα! Έτυχε ας πούμε ο άρρωστος να πει ου... μα θέλω τόσα πίσω! Εν τζιαί ήταν και τοσο παλαβός, θέλω τόσα πίσω!..” (4)

4^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Απόκρυψη της αλήθειας και ψευδής πληροφόρησης των θεραπευόμενων από τους ιατρούς αναφορικά με τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας

Αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις που δεν αποκαλύπτουν την αλήθεια στο θεραπευόμενο για την κατάσταση της υγείας του, και συγκεκριμένα για τη διαδικασία εφαρμογής ακούσιας νοσηλείας, ακόμα και όταν το ζητήσει.

«Δεν υπάρχει πληροφόρηση των ασθενών που τους γιατρούς [...] Κάτι που εκνευρίζουμε αφάνταστα [...] Είναι ότι έρχετον εισδοχή μια ασθενής και δεν της έλεε ότι έρχεται στον συγκεκριμένο θάλαμο και ότι θα μείνει στον συγκεκριμένο θάλαμο! Γιατί έτσι της είπαν (ότι δεν θα νοσηλευτεί)! Έτσι της είπε ο γιατρός (ότι δεν θα μείνει μέσα)! Έτσι της είπε ο αστυνομικός (ότι δεν θα μείνει μέσα)! Έτσι της είπε ο δικαστής! (ότι δεν μείνει μέσα). Έτσι της είπε ούλλο το σύστημα μέχρι να έρθει στον θάλαμο ακούσιας νοσηλείας και να της πούμε και εμείς ότι δεν θα μείνει! Γιατί κάμνουμε το τούτο το πράμα! Είχε φορές πού γίνετον! Εγώ παραδέχομαι ότι έκαμα το. [...] Εγώ παραδέχομαι ότι στην αρχή που επήα δουλειά έκαμνα το τούτο! Έλεγα ψέματα στην ασθενή! [...] Εγίνετον τούτο το πράμα! Δηλαδή να πεις ψέματα της ασθενής! Να σου λαλεί ...”μα ήρτα για να μείνω;”... και να της λαλείς “όχι εν θα μείνεις!... τώρα να έρτει ο γιατρός και να μας πει!...εν να σε δει ο γιατρός!”. Εν να σε δει ο γιατρός;! Ας πούμε τούτο το πράμα για μένα ήταν πολλά ...[...]» (8)

Στο ίδιο θέμα πρόσθεσαν όμως ότι τους ενοχλεί η συνωμοσία του ψέματος. Επεξηγηματικά, σε ερώτηση του θεραπευόμενου όπως τότε επίκειται η απόλυση του να του απαντούν με ένα ψεύτικο χρονοδιάγραμμα, το οποίο με τη λήξη του να είναι και η αιτία θυμού και επιθετικής συμπεριφοράς. Ως αποτέλεσμα το άτομο να δέχεται ενέσιμη θεραπεία για καταστολή της διέγερσης που προκλήθηκε από το «αθώο ψέμα».

«Έχουμε και τακτικά τούτα τα μικρά ψέματα που είπαμε σε εισαγωγικά! Παρόλο που ξέρεις ότι πάντα φέρνουμε το μερίδιο της ευθύνης μας! κάμνεις εισδοχή έναν επιθετικό! βλέπεις την επιθετικότητα! Η ερώτηση του ανθρώπου “πόσες μέρες εν να μείνω δαμαί;” εσύ για να γλυτώσεις προσωρινά τον καβγά μπαίνουμε συχνά στο παιχνίδι να πούμε 3,4 μέρες! Εντάξει όντως ηρεμά ο άρρωστος! όντως ηρεμά γιατί λέει ήντα που εν 3,4 μέρες; Εν να περάσουν! Ο άνθρωπος έβαλε στόχο είπες του την Παρασκευή την Τρίτη φεύκω! [...] Την Τρίτη που δεν θα απολυθεί γίνεται επιθετικός! με το δίκαιό του! και μπαίνεις και στο ρόλο μετά να κάμνεις

καθήλωση, ηρεμιστική ένεση! Μα εσύ τροφοδότησες εκείνη την ένεση ουσιαστικά τούτες τις 4 μέρες που του λέεις ότι » (6)

5^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Εφαρμογή των επιθυμιών της οικογένειας εις βάρος των θεραπευόμενων

Αναφέρθηκαν περιπτώσεις που έπρεπε να συμμορφωθούν με τις επιθυμίες της οικογένειας για συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας παρόλο που οι ίδιοι έκριναν ότι κάτι τέτοιο δεν ήταν το καλύτερο για τον θεραπευόμενο. Επίσης ανέφεραν ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν έβλεπαν μπροστά στα μάτια τους να γίνονται άτυπες συμφωνίες για ικανοποίηση αιτημάτων των συγγενών εις βάρος των θεραπευόμενων και να μην μπορούν καν να το αναφέρουν.

“Ο γιατρός ο συγκεκριμένος, ήρθε μια άρρωστη....ήξερεν τον η κόρη της !...μια κόρη είχε....και σε μια εβδομάδα ήταν θεαματική η βελτίωση της άρρωστης! και ένιωθε το και η ίδια! Δεν ήρθε μέσα για κάποια ψύχωση ας πούμε!..ήταν μια διαταραχή ..προς άνοια φαίνεταιουν! [...] Και θυμούμαι ότι ...έπηρα την άρρωστη να την πάρω στα γραφεία να την δει ο γιατρόςκαι η άρρωστη ήταν γεμάτη χαρά ότι θα απολύετον! [...] Ήταν γύρω στα 67, 70 η γυναίκα! Και είμαστε και εμείς χαρούμενοι γιατί ήταν μια καλή πρόγνωση ! μια καλή διαδικασία που πέρασε η γυναίκα! ...και επήα...και όταν την είδε ο γιατρός λαλεί της “πρέπει να σου αλλάξω τα φάρμακα σου!” ... λαλεί του “γιατρέ εν να πάω...εν με απολύσετε ; εν να πάω με άδεια” ξέρω εγώ; και λέει της “οί εν είσαι καλά !...εν είσαι καλά!”... η γυναίκα...επαλάβωσε!...και είδα την να Κάθεται έτσι πάνω στην καρέκλα!...εκοπήκαν και εμένα τα πόδια μου για να είμαι ειλικρινής! ...γιατί άκουα πράματα που εν.....! “εν είσαι καλά !” λαλεί της ...”θα σου αλλάξω τα φάρμακα σου!”....εε...”μα ήντα που έχω;” λαλεί του η γυναίκα!...ήταν ένα πολλά θεατρικό.... Ο συγκεκριμένος γιατρός επροκάλεν μας πάντα...ε αντιπάθεια!...με το τρόπο που συμπεριφέρετον στις άρρωστες! Ήταν τζιαι προς τους νοσηλευτές απότομος και εχθρικός !...λέει μου “πάρτη!, πάρτη! Πάρτη !” λέει μου πίσω καικαι έπαιρνα την άρρωστη και έκλαιεν η γυναίκα!.....και λαλεί μου “ήντα που έχω; [...]μπαίνουμε μέσα στο θάλαμο! Πιάνουμε την κόρη! Και η κόρη απαντά απότομα έτσι με πολλή εχθρικήτητα ! οί η μάμα μου ενεν καλά και εν θέλω να ακούσω τίποτε ! εγώ μιλώ με το γιατρό! Επικοινωνώ με το γιατρό ! μεν με ξαναενοχλήσετε εγώ μόνο με το γιατρό μιλώ!...και να δεις! ...στο τέλος η άρρωστη υποτροπίασε! ...έκλαιε συνέχεια!..αρχίσαμε και δίναμε της άλλα φάρμακα , γιατί είδαν τη και άλλοι γιατροί και ξέρω εγώ! Έχασε εντελώς τις.....πέστε το! ...τις δεξιότητες της ! εμαράζωσε! Κοινώς εβλέπαμε έναν άρρωστο να μαραζώνει! ...και έμαθα

με το γιατί!...η κόρη δεν την ήθελε τη μάνα της σπίτι!..ο γαμπρός βασικά,,γιατί υπήρχε μια σύγκρουση!...να πάει σε γηροκομείο! Και η γυναίκα δεν ήταν σε ...δηλ στην ουσία έβαλαν την ξεπήτηδες μες το ψυχιατρείο! Για να καταλήξουν να την πείσουν!...να πειστούν όλοι!...ότι πρέπει να πάει σε γηροκομείο!...γιατί η κόρη και ο γιατρός δεν την θέλαν στο σπίτι!...[...] Η εξουσία ήταν αλλού!..εν είχαμε εξουσία να κάμουμε!...ούτε προς την οικογένεια, μπορέσαμε να επέμβουμε γιατί ήταν προκαθορισμένη συμφωνία!...η εξουσία ήταν αλλού και εμείς ήμασταν ηλίθιες !...και το θύμα η γυναίκα!...» (4)

«Την είχαμε στο τμήμα εισδοχής γυναικών. Μάλιστα. Την έβαλε ο γιος της μέσα γιατί ήθελε να της φάει την περιουσία, και δεν την απολύαν μέχρι να την διαγνώσουν, μέχρι να πουν Ok! Δεν έχει τίποτε! [...] αφού ήταν καλά η άρρωστη, φάρμακα έν έπινε.» (4)

«Είναι ο ρόλος μας όταν βλέπουμε μια συμπεριφορά όταν ξεφεύγει από τα όρια της οριζόμενης βάσει του κανόνα ηθικής και δεοντολογίας συμπεριφορά οφείλουμε να λειτουργήσουμε ως συνήγοροι!» (6)

6^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Συμπεριφορά Διάσπασης θεραπευτικού συνεχούς από συναδέλφους και συνεργάτες

1^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Αντιδεοντολογική συμπεριφορά αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση

Μέσα από τις ομάδες εστίασης ένα ακόμη θέμα που αναδύθηκε ως περίπτωση ηθικού αδιεξόδου είναι η αντιδεοντολογική συμπεριφορά αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση με αποτέλεσμα να βάλλεται η ποιότητα ασφάλειας της παρεχόμενης φροντίδας.

“[...] Εγώ πήγα μίλησα με τον προϊστάμενο μου και του λέω “δεν γίνεται να μας ακυρώνει. Να ακυρώνει την απόφαση μιας ομάδας, η απόφαση του γιατρού!, από τη στιγμή που είμαστε όλοι ισότιμα μέλη μιας ομάδας “. Ο ίδιος, μίλησε με το γιατρό, αλλά δεν άλλαξε κάτι! “Εγώ υπογράφω την συνταγή! [...] άρα έτσι θα γίνει! “Και έτσι ο θεραπευόμενος έφυγε ικανοποιημένος, [...] και εγώ ένιωσα το συναίσθημα της ακύρωσης, τι κάμνω δαμαί; ποιος είναι ο ρόλος μου; και όλα τα συναφή.” (13)

“ [...] είμαστε ,ούλλη η ΘΟ ένωσε να διά την καλύτερη δυνατή φροντίδα και την πιο καλή ποιότητα! στην ουσία εν διούμε ποιότητα! δηλαδή η ασυνεννοησία των ρόλων μας , δημιουργεί μας ματαίωση εμάς, αλλά κατ’ επέκταση εν ανήθικο απέναντι στο άρρωστο γιατί [...] Γιατί τούτο το split που γίνεται στην ομάδα,στην ουσία μειώνει την ποιότητα φροντίδας απέναντι του, γιατί τούτος τούτο έμαθε να χειρίζεται τα πράγματα!” (2)

Στο ίδιο θέμα νεαρή νοσηλεύτρια ανάφερε την εμπειρία της να βιώνει ακύρωση μπροστά σε θεραπευόμενους από την αντιδεοντολογική συμπεριφορά της προϊστάμενης της!

«Εκείνη τη στιγμή! Γιατί μετά που οδηγίες της γιατρού ότι η συγκεκριμένη ασθενής έπρεπε να ήταν στο δωμάτιο ειδικής παρακολούθησης !...και έπρεπε να ήταν! Γιατί κτύπησε νοσηλευτικό προσωπικό ...και στην απογευματινή βάρδια ας πούμε,...επειδή θα είχε...προς μέρος της και τη συμπάθεια της ασθενής ! ακύρωσε μας ούλλους! Ακύρωσε ουλλην τη βάρδια βασικά! [...] Ανήθικο πρώτο το ότι....ακύρωνε με εμένα ως νοσηλεύτρια ...αλλά βασικά ακύρωνε και ουλλη τη θεραπευτική προσέγγιση που είχαμε προς την ασθενή!” (8)

2^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Ανυπόστατες καταγγελίες συναδέλφων για παροχή πλημμελούς φροντίδας

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε περιπτώσεις που καταγγέλλονται επαγγελματίες υγείας για πλημμελή φροντίδα χωρίς την ύπαρξη επαρκών στοιχείων. Οι συμμετέχοντες ανάφεραν ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν οι ίδιοι έγιναν θύματα κακεντρεχών σχολίων που έθιγαν την επαγγελματική τους επάρκεια:

“Ναι ! τούτο έπιασε το η προϊσταμένη, χειρίστηκε το με τρόπο ...που να ...γα να μην μετακινηθεί ηενοούμενή της , και συκοφαντήθηκα ! ..μέσα που τούτο το σύστημα.....” (4)

“Δεν ήμουν ούτε.....ενοούμενη ..ούτε μέσον είχα! ..ούτε ήθελα κάτι που τους άλλους! Ημουν απλώς μια νοσηλεύτρια! Δύο χρονών υπάλληλος! Μπήκα σε μια δουλειά γιατί την είχα ανάγκη! Μου άρεσε! Τη συνέχισα!...δεν είχα κανένα λόγο απέναντι σε τούτους τους ανθρώπους , να τους συμπεριφερθώ με το α ή β λόγο! Εν οι άλλοι που προκαλέσαν σε εμένα τόσο αρνητικά συναισθήματα!..νομίζω εν αξίζει να το περνά κάποιος σε μια υπηρεσία που μπαίνει! Ιδίως στη δική μας υπηρεσία, που εν υπηρεσία προσφοράς! Και έχει τόσα πολλά πράγματα να δώσεις που

...δηλαδή βκάλλεις που την ψυχή σου για να δώσεις! Πολλές φορές απ' ότι εκείνα που σου ζητά η υπηρεσία! Πόσα πράματα εκάμαμε χωρίς να είμαστε υπόχρεοι να τα Κάνουμε! (4)

“Σαν άνθρωπος ! δηλαδή πάλεψα για την...άδικα κατ' εμένα , για την εικόνα μου! Την οποία μου την χαλάσαν κάποιιο για δικά τους συμφέροντα!” (4)

Επιπρόσθετα οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν γίνονται θύματα δόλιας συμπεριφοράς από συνάδελφους τους νοσηλευτές για να έχουν οι ίδιοι ευνοϊκή μεταχείριση π.χ. να μην δουλέψουν αργίες:

“Ενόχλησε με περισσότερο! Αφού ήταν σειρά της ! δεν έκανε ποτέ πρωτοχρονιά,! γιατί να την κάνω εγώ την πρωτοχρονιά; Που δεν έκανε ποτέ της και είχε και ξέρω εγώ 20 χρόνια υπηρεσία! κατάφερνε, σε όποιο θάλαμο πήγαινε να λέει...ξεγλιστρά! εγώ γιατί ας πούμε; και ήταν πολύ ενοχλητικό!” (4)

“Να σου συμβεί και κάτι άλλο να έρχονται οι παλιές οι συναδέλφισσες και να λένε εμείς εκάμαμε τούτες τις βάρδιες! και να σηκώνεται η σιστερ να πηγαίνει κάτω και να βρίσκει ότι δεν έκαμαν ποτέ στην καριέρα τους! κάποιες! εντάξει; και να έρχεται πίσω και να σου το λαλεί! Να σου λέει ξέρεις ...το λέει στη συγκεκριμένη συνάδελφο δεν έκανες ποτέ σου Άγιο Σάββατο νυχτέρι! ανένδοτη η άλλη εν θα κάμω! πως νιώθεις ας πούμε;” (4)

“... Θα το βιώνεις για πάντα! όχι ας πούμε δεν σε σεβαστήκαν!” (4)

Επιπρόσθετα αναφέρθηκαν σε καταστάσεις που οι ίδιοι βιώνουν αντιδεοντολογική συμπεριφορά από ιεραρχικά ανώτερο, η οποία αφορά διασπαστική συμπεριφορά αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση και επειδή είναι χαμηλότερος στην ιεραρχία, ή και λόγω άτυπων σχέσεων, δεν του επιτρέπεται να καταγγείλει τη συγκεκριμένη συμπεριφορά ή να υπερασπιστεί τον εαυτό του.

«Γιατί το πρωί έμαθα ότι εκεταγγέλθηκα για το συγκεκριμένο περιστατικό! Ότι εγώ! Στην ανώτερη μου! Στην πιο πάνω! Ότι εγώ ! αναστάτωσα την άρρωστη! Ότι μου είπαν να σχολάσω! Και ότι αντέδρασαν στις οδηγίες τους!...ήταν η πρώτη φορά μετά που 4 χρόνια που δούλευα σε θάλαμο εισδοχής ...που ένιωθα ότι έπρεπε να αλλάζω θάλαμο!...που αγαπούσα

πάρα πολύ το συγκεκριμένο θάλαμο! , αλλά εδημιούργησε μου τόσο έντονο...και στη προσπάθεια μου μετά που.....δυο μέρες να έβρω το συγκεκριμένο άτομο και να του μιλήσω! τη συγκεκριμένη ανώτερη και να της πω....”Ξέρεις θέλω να σου μιλήσω για το γεγονός που έγινε προχθές!” ...είπε μου και εγώ θέλω να σου πω πολλά , αλλά εν αν γίνεις αλλαγή που τούτο το θάλαμο! Ήταν η απάντηση της ! χωρίς να με αφήσει να της ! Χωρίς αν της πω “Ξέρεις εν αναστάτωση την άρρωστη! Ή ότι εν ισχύει τούτο το πράγμα! Ή ότι ένιωσα άσχημα ότι μου είπες μπροστά που την ασθενή να φύω ας πούμε!” [...] ακύρωνε με εμένα ως νοσηλεύτρια ...αλλά βασικά ακύρωνε και ουλλη τη θεραπευτική προσέγγιση που είχαμε προς την ασθενή! [...]» (8)

3^ο ΥΠΟΘΕΜΑ: Ψέματα με στόχο την ανακούφιση

Ένα θέμα που αναδύθηκε μέσα από τις ομάδες εστίασης ως περίπτωση ηθικού αδιεξόδου αφορά τη χρήση ψεμάτων με στόχο την ανακούφιση του πάσχοντα. Συγκεκριμένα ανέφεραν ότι βιώνουν ηθικό αδιέξοδο από πράγματα που ίσως να φαίνονται πιο απλά, όπως το να λένε ψέματα. Ψέματα για το καλό, για να δώσουν ελπίδα, για να ηρεμήσουν έναν άνθρωπο:

« [...] μπορείς να πεις ψέματα σε κάποιον συγγενή για το τρόπο που θα λειτουργήσει (για να λειτουργήσει με συγκεκριμένο τρόπο). Και διερωτάσαι! Αν εμένα μου το έλεγαν έτσι (χωρίς το ψέμα) θα το έκανα; θα ήταν σωστό για εμένα; Δηλαδή εγώ, τώρα, γιατί να πω στη μάνα του τάδε: “ξέρεις, κάμε το αυτό, αυτό ,αυτό,”. Σε εμένα αν το έλεγε κάποιος άλλος (με αυτόν τον τρόπο) θα το δεχόμουν; [...]Με ενοχλεί το ψέμα! Και όταν αναγκαστώ να πω ψέμα [...] η μάνα πήρε τηλέφωνο. Έλεγε τα δικά της. Εκλαιε. Ήθελε κάτι από εμάς! Κάτι περισσότερο, ας πούμε! Νομίζω είπα πολλά ψέματα για να την καθησυχάσω [...] Είναι έναν είδος αναγκαστικού ψέματος αλλά εμπορούσα να μην το κάμω! [...] (το έκανα για) να σταματήσει εκείνος ο άνθρωπος να πονεί τόσο πολλά. Να ελπίζει! [...]Να πούμε τούτα τα ψέματα! Να στηρίζουμε ανθρώπους! [...] αλλά με ενοχλά!» (4)

«Να χτυπιέται η μάμμα! „σαν αν χάνει το παιδί της! ... να χτυπιέται πραγματικά...να μην μπορεί να πιστέψει εκείνα που ακούει να λέει ο γιος της! Να μπαίνει σε μια γωνιά και να κλαίει! Και να πρέπει να αναγκάζομαι εγώ ή ο οποιοσδήποτε συνάδελφος, να είμαι τζιαμαί! να την στηρίζεις!, να της πεις ψέματα!, ουσιαστικά! για να την κάμεις να νιώσει λλίον πιο καλά να απαλύνεις λλίον το πόνο της! Τη δεδομένη στιγμή για να μπορέσει και εκείνη στη συνέχεια να...» (15)

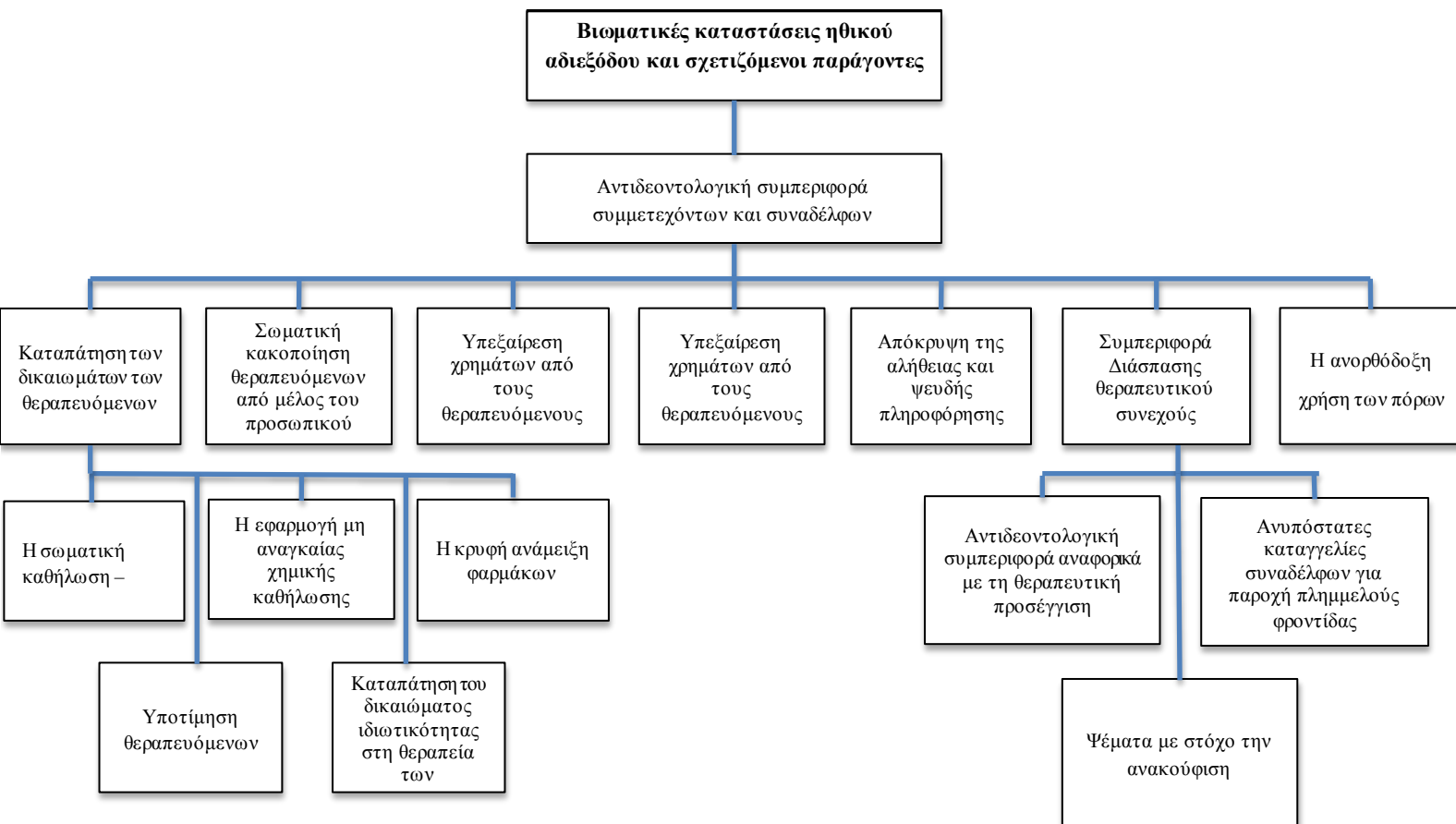
«Αν θα γίνει καλά ένας ψυχωσικός;! Ρωτά η μητέρα κάποιου νεαρού:”Πότε θα γίνει καλά ο γιος μου;” Έτυχε μου! Έτυχε μου πάρα πολλές φορές εμένα να με ρωτά! Νέο περιστατικό! Πότε εν να γίνει καλά! ...Μπορεί να πούμε και ψέματα!» (15)

7^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Η ανορθόδοξη χρήση των πόρων

Αναφέρθηκαν σε περίπτωση κατά την οποία γίνεται ανορθόδοξη χρήση πόρων του συστήματος υγείας προς εξυπηρέτηση οφέλους ιεραρχικά ανωτέρων και εις βάρος των υπολοίπων θεραπευόμενων:

« [...] γηροκομούμεν τη μητέρα συναδέλφου για πολλά χρόνια σε ψυχιατρική κλινική [...] ένα σκάνδαλο [...]. (4)

Σχήμα 5.2 Απεικόνιση αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς συμμετεχόντων και συναδέλφων



Γ' ΕΝΟΤΗΤΑ ΘΕΜΑΤΩΝ: Η καταπάτηση των εργασιακών δικαιωμάτων

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν ότι βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν βιώνουν θέματα που αφορούν: α) εργασία χωρίς άδεια ανάπαυσης, β) αμφισβήτηση επαγγελματικής επάρκειας και όταν γίνονται οι ίδιοι γ) θύματα δόλιας συμπεριφοράς από συνάδελφο.

1^ο ΚΥΡΙΟ ΘΕΜΑ: Εργασία χωρίς άδεια ανάπαυσης

Οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν σε καταστάσεις, που εργαζόμενοι εργάζονται χωρίς άδεια ανάπαυσης αφού είναι έκτακτοι και φοβούνται για τη δουλειά τους.

«Πράγματα τα οποία δεν μπορείς ...τούτο ...είναι καθαρά διοικητικό...καθαρά της υπηρεσίας! και εγώ θα περάσω σε κάτι άλλο!.. έρχεται πάνω ένας συνάδελφος που το 23 ! και φέρνει μαζί του 4 day off! Χρωστούμενα! Τι σημαίνει τούτο; Ότι τούτος ο άνθρωπος εδούλευε ένα μήνα χωρίς day off! Πουθενά στο κόσμο τούτο το πράγμα! Και όμως λόγω των φυλακισμένων , που όλοι ξέρουμε τι έγινε! Εβρεθήκαν στο admission εβρεθήκαν σε δύσκολη θέση! Καλή ώρα του ανθρώπου του συναδέλφου να δουλέψει χωρίς day off!! . ο προϊστάμενος για να κυλά η λίστα και να βγει η δουλειά, οι πιο πάνω αφού υπάρχει προσωπικό ! και αφού θέλει να! Δουλέψει! Μα ας σκεφτούμε πιο πίσω που τούτο το κομμάτι! [...]Θέλει; Εν έκτακτος! Τούτος ο άνθρωπος πόσα πράγματα άφηκε από τη ζωή του για να είναι εκεί! Πόσες Κυριακές ...[...]» (4)

5.2. Αποτελέσματα ποσοτικής μελέτης

Στη μελέτη συμμετείχαν 206 νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Με δεδομένο ότι διανεμήθηκαν 360 ερωτηματολόγια, ο βαθμός ανταπόκρισης ήταν 57,2% (Πίνακας 5.1).

Πίνακας 5.1 Κατανομή των ερωτηματολογίων στους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας

	ΔΟΘΗΚΑΝ	ΕΠΙΣΤΡΑΦΗΚΑΝ		ΜΗ ΕΠΙΣΤΡΑΦΕΝΤΑ	
ΛΕΥΚΩΣΙΑ	266	120	45%	146	54,8%
ΛΕΜΕΣΟΣ	61	55	91%	5	0,08%
ΛΑΡΝΑΚΑ	20	18	9%	2	1%
ΠΑΦΟΣ	13	13	100%	0	0
<i>ΣΥΝΟΛΟ</i>	<i>360</i>	<i>206</i>	<i>57,5%</i>	<i>153</i>	<i>42,5%</i>

5.2.1. Μετρικά Χαρακτηριστικά εργαλείων μέτρησης

Μελέτη Αξιοπιστίας

Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής

Αναφορικά με τη μελέτη αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής υπολογίστηκε ο δείκτης Cronbach's alpha, ο οποίος και βρέθηκε επαρκής για όλα τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη (Πίνακας 5.2).

Τροποποιημένη Κλίμακα Ηθικού Αδιεξόδου M-MDS-MHS

Αναφορικά με την υποκλίμακα της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου καταγράφηκε δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha $\alpha=0,926$, ενώ για την υποκλίμακα της έντασης του ηθικού αδιεξόδου ο δείκτης αυτός ήταν Cronbach's alpha $\alpha=0,962$ (Πίνακας 5.2).

Για την κλίμακα της έντασης δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής (Bride et al., 2004) καταγράφηκε δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha $\alpha=0,926$ (Πίνακας 5.2).

Για την κλίμακα της ενσυναίσθησης Jefferson Scale of Empathy (Hotzat et al., 2007) καταγράφηκε δείκτης αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής Cronbach's alpha $\alpha=0,777$ (Πίνακας 5.2).

Για το εργαλείο αυτό-αξιολόγησης της Γενικής (σωματικής και ψυχικής) Υγείας (General Health questionnaire GHQ-28) και αναφορικά με τις τέσσερις υποκλίμακές του και τον δείκτη Cronbach's alpha αυτών βρέθηκαν τα παρακάτω: α) υποκλίμακα αυτο-αναφερόμενης έντασης σωματικών συμπτωμάτων $\alpha=0,855$, β) υποκλίμακα αυτο-αναφερόμενης έντασης συμπτωμάτων άγχους $\alpha=0,898$, γ) υποκλίμακα -αναφερόμενης λειτουργικής επάρκειας $\alpha=0,837$ και τέλος δ) υποκλίμακα αυτο-αναφερόμενης έντασης συμπτωμάτων κατάθλιψης με $\alpha=0,830$. (Πίνακας 5.2)

Αξιοπιστία δοκιμασίας- επαναδοκιμασίας

Στη συνέχεια ελέγχθηκε η διαφορά των μέσων τιμών μεταξύ 1^{ης} και 2^{ης} μέτρησης καθώς και ο δείκτης συσχέτισης Pearson (r) μεταξύ της πρώτης και της δεύτερης μέτρησης (Πίνακας 5.2) για όλα τα εργαλεία.

Πίνακας 5.2 Συνοπτική παρουσίαση του βαθμού αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής και δοκιμασίας –επαναδοκιμασίας

Εργαλεία	Αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (Cronbach's a)	Αξιοπιστία δοκιμασίας-επαναδοκιμασίας (test-retest Pearson's r)
1.Κλίμακα Ηθικού Αδιεξόδου M-MDS-MHS	κλίμακα έντασης ηθικού αδιεξόδου $\alpha=0,926$	0,793 $p<0,0001$
	κλίμακα συχνότητας ηθικού αδιεξόδου $\alpha = 0,962$	0,645 $p<0,001$
2.Κλίμακα Δευτερογενούς Μετατραυματικής Συνδρομής SPTSS	$\alpha=0,925$	0,848 $p<0,001$
3.Κλίμακα της ενσυναίσθησης (Jefferson Scale of Empathy)	$\alpha=0,777$	0,897 $p=0,006$
4.Εργαλείο μέτρησης της γενικής (ψυχικής & σωματικής) υγείας	Υποκλίμακα αυτο-αναφερόμενης έντασης σωματικών $\alpha=0,855$	$r=0,755$

(General Health Questionnaire-28)	συμπτωμάτων		$p<0,001$
	Υποκλίμακα αυτο-αναφερόμενης έντασης συμπτωμάτων άγχους	$\alpha=0,898$	$r=0,751$ $p<0,001$
	Υποκλίμακα αυτό-αναφερόμενης λειτουργικής επάρκειας	$\alpha=0,837$	$r=0,680$ $p=0,001$
	Υποκλίμακα αυτο-αναφερόμενης έντασης συμπτωμάτων κατάθλιψης	$\alpha=0,830$	$r=0,845$ $p<0,001$

5.2.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

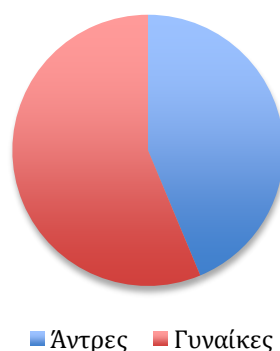
Οι πίνακες και τα διαγράμματα που ακολουθούν παρουσιάζουν το δημογραφικό προφίλ του δείγματος. Η περιγραφή του δημογραφικού προφίλ των συμμετεχόντων έχει χωριστεί σε ενότητες, όπου παρουσιάζονται τα **ατομικά χαρακτηριστικά**, τα **οικογενειακά χαρακτηριστικά**, και τα **επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους**.

Ατομικά χαρακτηριστικά

Φύλο

Από το σύνολο των ΝΨΥ (N=206) που συμμετείχαν στη μελέτη το 43,7% του δείγματος ήταν άντρες και το 56,3% ήταν γυναίκες (Γράφημα 5.1), κάτι που θεωρείται αναμενόμενο αφού τη χρονική στιγμή της συλλογής των δεδομένων στις ΥΨΥ εργάζονταν στις 174 άνδρες (48,3%) και 186 γυναίκες (51,6%).

Γράφημα 5.1 Ποσοστιαία κατανομή των ΝΨΥ ως προς το φύλο



Ηλικία

Η μέση τιμή της ηλικίας των συμμετεχόντων (N=206) ήταν $MT=35,19$ - η τυπική απόκλιση $TA= 7,564$ και το εύρος ηλικίας τους ήταν $E= 24-64$ έτη.

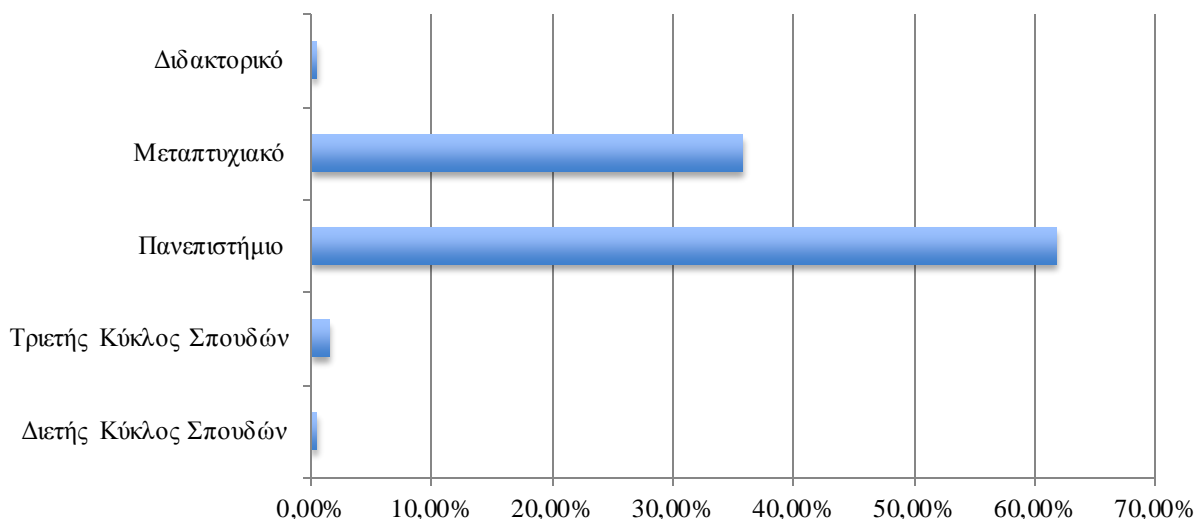
Επίπεδο εκπαίδευσης

Οι συμμετέχοντες στην πλειονότητά τους ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου σπουδών σε ποσοστό 99,3%, το 1,5% (N=3) ήταν απόφοιτοι του τριετούς κύκλου εκπαίδευσης, και το 0,5% (N=1) του διετούς κύκλου εκπαίδευσης. Το 35,8% (N=73) ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών και το 0,5% (N=1) κάτοχοι διδακτορικού τίτλου σπουδών (Πίνακας 5.3, Γράφημα 5.2)

Πίνακας 5.3 Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης.

Εκπαίδευση	N(204)	Ποσοστό %
Διετής Κύκλος Σπουδών	1	0,5%
Τριετής Κύκλος Σπουδών	3	1,5%
Πανεπιστήμιο	126+73	99,3%
Μεταπτυχιακό επίπεδο	73	35,8%
Διδακτορικό επίπεδο	1	0,5%

Γράφημα 5.2 Ποσοστιαία κατανομή των συμμετεχόντων σύμφωνα με το επίπεδο εκπαίδευσης



5.2.3. Συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία

Οι συμπεριφορές που σχετίζονται με την υγεία, οι οποίες αξιολογήθηκαν ήταν η κατανάλωση αλκοόλ και η συχνότητα σωματικής άσκησης.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το 54,7% (N=110) των συμμετεχόντων δεν κατανάλωναν καθόλου αλκοόλ, το 43,3% (N =87) κατανάλωναν λιγότερο από 1-2 ποτήρια την ημέρα και το 2% (N=4) καταναλώνουν 3-4 ποτήρια καθημερινά.

Αναφορικά με τη συχνότητα σωματικής άσκησης, οι συμμετέχοντες (N=204) ανέφεραν ότι γυμνάζονται 1-3 φορές την εβδομάδα (MT= 1,86).

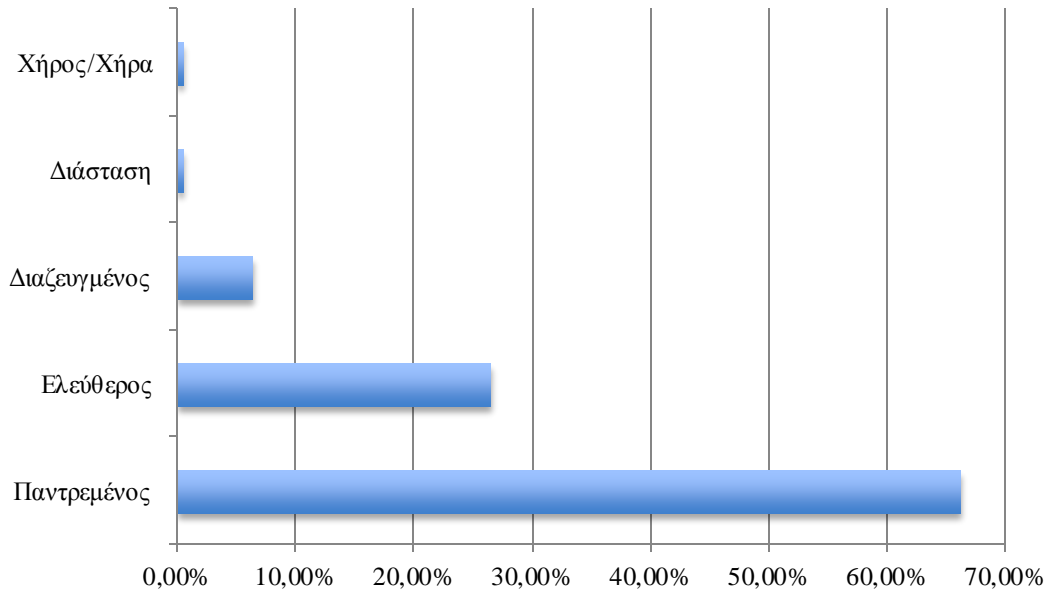
5.2.4. Οικογενειακά χαρακτηριστικά

Οικογενειακή κατάσταση:

Το 66,2% (N=135) του δείγματος ήταν παντρεμένοι, το 26,5% (N=54) ελεύθεροι, το 6,4% (N=13) διαζευγμένοι, το 0,5% (N =1) σε διάσταση και το 0,5% (N=1) χήροι/χήρες. (Πίνακα 5.4, Γράφημα 5.3)

Πίνακας 5.4 Ποσοστιαία κατανομή οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων

Οικογενειακή Κατάσταση	N (204)	Ποσοστό %
Παντρεμένη-ος	135	66,2%
Ελεύθερη-ος	54	26,5%
Διαζευγμένη-ος	13	6,4%
Σε διάσταση	1	0,5%
Χήρος/Χήρα	1	0,5%

Γράφημα 5.3 Ποσοστιαία κατανομή οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων.**Αριθμός παιδιών των συμμετεχόντων**

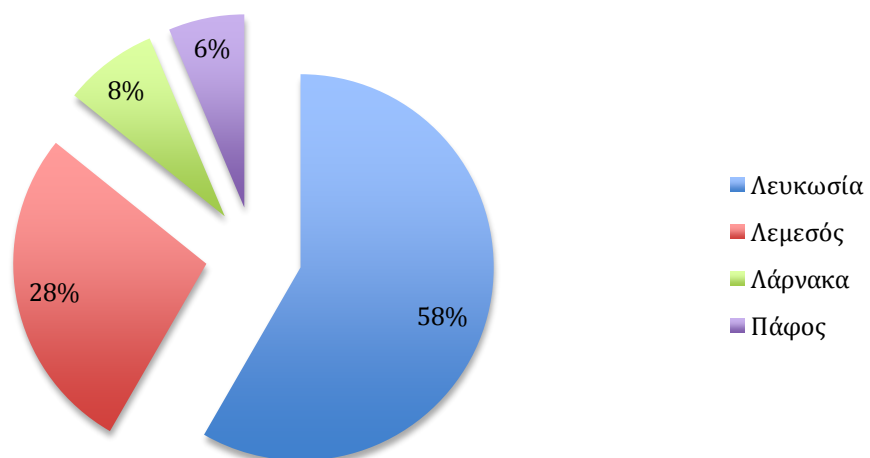
Η μέση τιμή παιδιών που είχαν οι συμμετέχοντες (N=206) ήταν 1,23 με ΤΑ= 1,13 και εύρος διακύμανσης E= 0-5.

5.2.5. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά**Τόπος εργασίας**

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων εργάζονταν στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στη Λευκωσία, και μάλιστα σε ποσοστό 57,8%, η οποία είναι η πόλη στην οποία παρέχονται το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας. Ακολουθεί η Λεμεσός με ποσοστό συμμετεχόντων να εργάζονται σε αυτή 27,2%, καθώς είναι η δεύτερη μεγαλύτερη επαρχία με διάσπαρτες δομές ψυχικής Υγείας. Στη Λάρνακα εργάζονταν το 7,8% και τέλος στην Πάφο το 6,3%. (Πίνακας 5.5, Γράφημα 5.4). Στον Πίνακα 5.9 απεικονίζονται οι πραγματικές και οι ποσοστιαίες τιμές των επαγγελματικών χαρακτηριστικών του δείγματος, και η κατανομή σύμφωνα με την πόλη εργασίας και το πλαίσιο εργασίας.

Πίνακας 5.5 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με τη πόλη εργασίας (N206).

Πόλη εργασίας	N (206)	Ποσοστό %
Λευκωσία	119	57,8%
Λεμεσός	56	27,2%
Λάρνακα	18	7,8%
Πάφος	13	6,3%

Γράφημα 5.4 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με τη πόλη εργασίας (N206) των συμμετεχόντων.

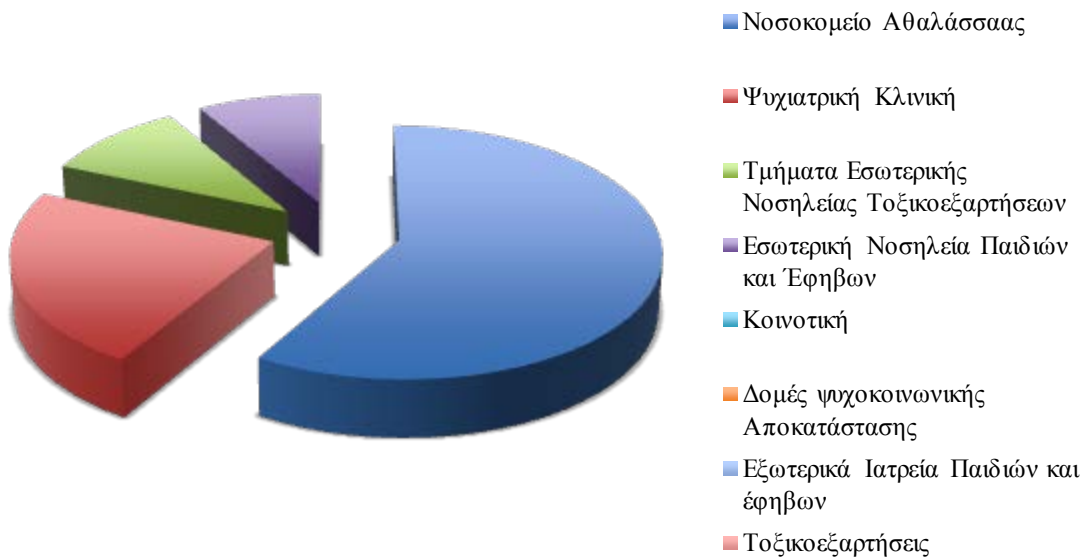
Πλαίσιο εργασίας

Το 23,8% του δείγματος εργαζόταν σε Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, το 21,8% του δείγματος εργαζόταν στο Νοσοκομείο Αθαλάσσας, το 9,8% σε Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων, το 15% σε τμήματα εσωτερικής νοσηλείας για θεραπεία απεξάρτησης, το 7,3% σε κοινοτικές δομές θεραπείας απεξάρτησης, το 3,4% σε κέντρα ημερήσιας αποκατάστασης, το 6,9% σε τμήματα εσωτερικής νοσηλείας παιδιών και έφηβων, 8,3% σε εξωτερικά ιατρεία υπηρεσιών παιδιών και έφηβων και τέλος 2,9% στις φυλακές (Πίνακας 5.6, Γράφημα 5.5).

Πίνακας 5.6 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με το πλαίσιο εργασίας των συμμετεχόντων.

Τμήμα Εργασίας	N(204)	Ποσοστό %
Νοσοκομείο Αθαλάσσας	45	22,1%
Ψυχιατρική Κλινική	20	9,8%
Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων	15	7,4%
Εσωτερική Νοσηλεία Παιδιών και Έφηβων	14	6,8%
Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας	49	24,%
Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	7	3,4%
Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων	17	8,3%
Υπηρεσία Θεραπείας Τοξικοεξαρτήσεων	31	15,2%
Φυλακές	6	2,9%

Γράφημα 5.5 Ποσοστιαία κατανομή σύμφωνα με το πλαίσιο εργασίας των συμμετεχόντων



Προϋπηρεσία και συνολική υπηρεσία στη παρούσα θέση

Η διακύμανση της συνολικής εργασιακής υπηρεσίας βρέθηκε να κυμαίνεται από ένα χρόνο υπηρεσίας μέχρι 42 χρόνια υπηρεσίας (MT= 11,63- TA =7,377). Η υπηρεσία στο τμήμα εργασίας κατά την συλλογή των ερωτηματολογίων βρέθηκε να κυμαίνεται από 0 μέχρι και 23 χρόνια (N194) (MT=3,96 - TA=3,827) (Πίνακας 5.7). Ο πίνακας 5.8 παρουσιάζει δεδομένα του Υπουργείου υγείας της Κυπριακής Δημοκρατίας, αναφορικά με τα επαγγελματικά αυτά χαρακτηριστικά του συνόλου των εργαζομένων στις ΥΨΥ.

Πίνακας 5.7 Ελάχιστες και μέγιστες τιμές για τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας και εμπειρία στη παρούσα θέση των συμμετεχόντων.

	Ελάχιστος	Μέγιστος	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Συνολική Επαγγελματική εμπειρία	1,00	42,00	11,63	7,377

Εμπειρία στην Παρούσα θέση	0,00	23,00	3,96	3,827
-----------------------------------	------	-------	------	-------

Πίνακας 5.8 Πίνακας ποσοστιαίας κατανομής του προσωπικού των υπηρεσιών ψυχικής υγείας σύμφωνα με το φύλο, την πόλη εργασίας και το πλαίσιο εργασίας.

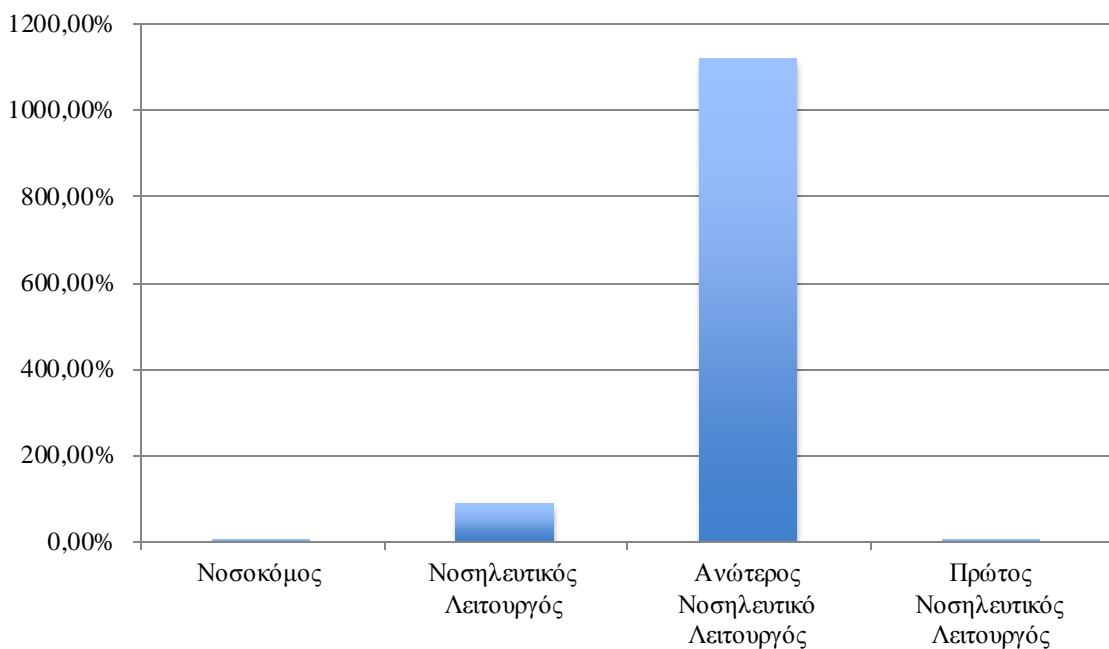
	N=389	Ποσοστό %
Αντρες	188	48,3%
Γυναίκες	201	51,6%
Πόλη Εργασίας	N=389	Ποσοστό %
Λευκωσία	284	73,0%
Λεμεσός	68	17,4%
Λάρνακα	22	5,6%
Πάφος	15	3,8%
Τμήμα Εργασίας	N=389	Ποσοστό %
Νοσοκομείο Αθαλάσσης	130	33,4%
Ψυχιατρικές Κλινικές Γενικών Νοσοκομείων	55	14,1%
Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Υπηρεσίες Θεραπείας Τοξικοεξαρτήσεων	36	9,2%
Εσωτερική Νοσηλεία Παιδιών και Έφηβων	20	5,1%
Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας	73	18,7%
Δομές Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης	8	2,0%

Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων	22	5,6%
Υπηρεσίες θεραπείας Τοξικοεξαρτήσεις	36	9,2%
Φυλακές	9	2,3%

Ιεραρχική θέση εργασίας

Η πλειονότητα των συμμετεχόντων ήταν Νοσηλευτικοί λειτουργοί 87,8% (N=180) 11,2% (N=23) Ανώτεροι Νοσηλευτικοί λειτουργοί, και μόλις το 1% (N=2) Πρώτοι Νοσηλευτικοί Λειτουργοί (Γράφημα 5.6)

Γράφημα 5.6 Ποσοστιαία κατανομή συμμετεχόντων σύμφωνα με την ιεραρχική θέση εργασίας



Δείκτες ασφάλειας φροντίδας

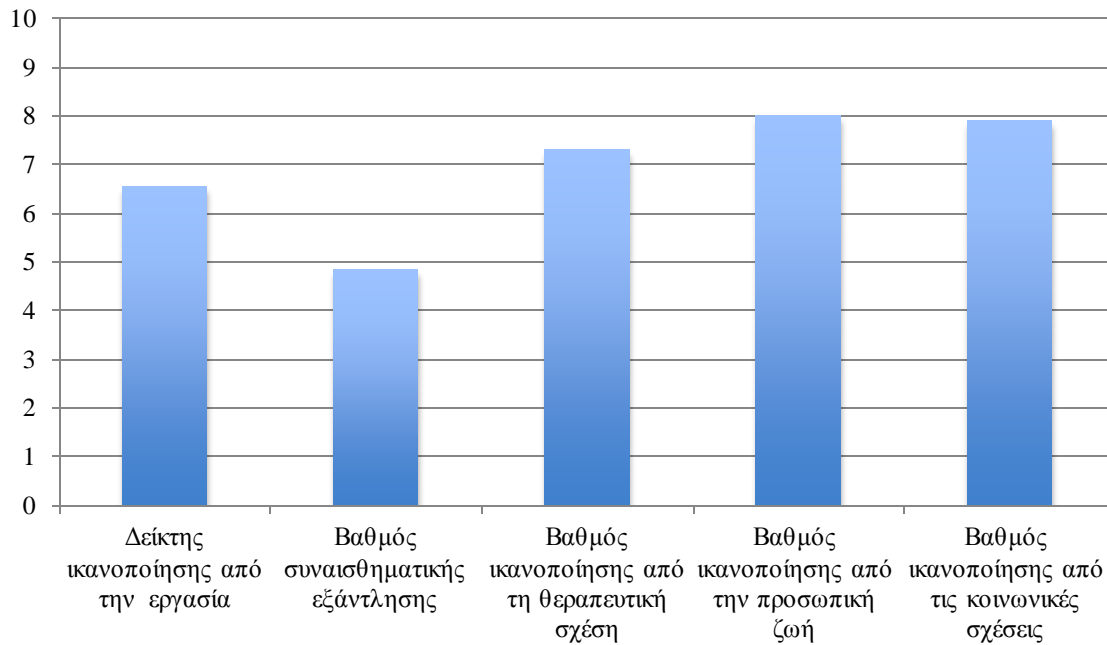
Ο αριθμός θεραπευόμενων στους θαλάμους νοσηλείας βρέθηκε να κυμαίνεται από 2 έως 40 (N126) (MT=9,73 -TA=5,877). Η αναλογία νοσηλευτών θεραπευόμενων βρέθηκε να κυμαίνεται από 1-40 (N132) (MT 7,56 - TA 9,907). (Πίνακας 5.9).

Πίνακας 5.9 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις μεταβλητών ασφαλείας συνθηκών εργασίας.

	N	Ελάχιστη (min)	Μέγιστη (max)	Μέση τιμή (Mean)	Τυπική απόκλιση (standard Deviation)
Αριθμός νοσηλευτομένων στο τμήμα εργασίας	126	2	40	9,73	5,877
Ανλογία θεραπευομένων/νοσηλευτών	132	1	40	7,56	9,907
Αριθμός επανεισαγωγών τον τελευταίο μήνα	78	1	40	6,73	6,340
Αριθμός νυκτερινών βαρδίων τον μήνα	101	1	6	4,05	,910
Αριθμός θανάτων από οποιαδήποτε αιτία στο τμήμα που εργάζομαι	7	1	8	2,14	2,610

Αξιολογήθηκαν επίσης με οπτικές αναλογικές κλίμακες από (0-10) οι πιο κάτω μεταβλητές: βαθμός ικανοποίησης από την εργασία (MT=6,551 -TA=2,055), βαθμός συναισθηματικής εξάντλησης (MT= 4,835 -TA= 2,687), βαθμός ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση (MT=7,299- TA=1,820), η ικανοποίηση από την προσωπική ζωή (MT=8,0 -TA=1,487), και η ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις (MT=7,897,- TA=1,435), των συμμετεχόντων. Από τα αποτελέσματα, φαίνεται ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας είναι ικανοποιημένοι από την προσωπική τους ζωή και τις κοινωνικές τους σχέσεις, καθώς επίσης και από την ποιότητα της θεραπευτικής τους σχέσης, που αναπτύσσουν με τους θεραπευόμενους. Εκφράζουν μέτριο βαθμό ικανοποίησης από τις συνθήκες εργασίας και φάνηκε ότι βιώνουν σε σχετικά μέτριο βαθμό συναισθηματική εξάντληση (Γράφημα 5.7).

Γράφημα 5.7 Μέση τιμή βαθμού ικανοποίησης από την θεραπευτική σχέση, ικανοποίηση από την εργασία, ικανοποίηση από την προσωπική ζωή και συναισθηματική εξάντληση



Μετάταξη:

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα έπρεπε να απαντήσουν εάν έχουν ποτέ αποχωρήσει από την δομή στην οποία εργάζονται εξαιτίας του ακατάλληλου τρόπου με τον οποίο πιθανόν να παρέχεται η φροντίδα στους θεραπευόμενους. Οι απαντήσεις που θα έπρεπε να επιλέξουν ήταν: «*ναι, παραιτήθηκα από τη θέση μου*», «*Ναι, σκέφτηκα να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα*» και «*Όχι ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ ή να εγκαταλείψω μια θέση*». Από τους παρακάτω πίνακες διαπιστώνεται ότι ένα πολύ μικρό ποσοστό, 1,6% N(3) ανέφερε ότι κατά τη διάρκεια της καριέρας του αναγκάστηκε να εγκαταλείψει τη θέση εργασίας του, και η θέση που κατείχαν όταν εγκατέλειψαν την θέση εργασίας τους ήταν αυτή του νοσηλευτικού λειτουργού. Το 22,4% N(43) του δείγματος ανέφερε ότι ήθελε να φύγει, να εγκαταλείψει τη θέση εργασίας του, αλλά δεν το έκανε, και ένα μεγάλο ποσοστό το 76%, N(146) δεν σκέφτηκε ποτέ να εγκαταλείψει την θέση εργασίας του (Πίνακας 5.10).

Πίνακας 5.10 Ποσοστιαία κατανομή της πρόθεσης τωνσυμμετεχόντων για εγκατάλειψη της θέσης εργασίας

Πρόθεση εγκατάλειψης κλινικής θέσης	N	%
Ναι, παραιτήθηκα από τη θέση μου	3	1,6%
Ναι σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	43	22,4%
Όχι ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ ή να εγκαταλείψω μια θέση	146	76%

5.3. Αξιολόγηση της έντασης και της συχνότητας ηθικού αδιεξόδου

Αξιολόγηση της συχνότητας ΗΑ

Αναφορικά με τη διερεύνηση της συχνότητας ηθικού αδιεξόδου στο δείγμα της μελέτης η μέση τιμή (ΜΤ) και η τυπική απόκλιση (ΤΑ) της συνολικής βαθμολογίας στην τροποποιημένη κλίμακα της συχνότητας ΗΑ ήταν ΜΤ=37,82 και ΤΑ=20,12, αντίστοιχα. Το εύρος τιμών (ΕΤ) της κλίμακας είναι 0-128. Λόγω απουσίας θεωρητικού πλαισίου για την επιλογή οριακής τιμής στη βαθμολογία της τροποποιημένης κλίμακας ΗΑ, η συχνότητα παρουσίας του φαινομένου κρίθηκε με βάση το θεωρητικό εύρος [α' τεταρτημόριο: 0-30/ β' τεταρτημόριο: 31-62/ γ' τεταρτημόριο: 63-95/ δ' τεταρτημόριο: 96-128]. Βάσει αυτών, η τιμή αυτή υποδηλώνει μέτρια προς χαμηλή συχνότητα ηθικού αδιεξόδου (Πίνακας 5.11).

Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 5.11 η κατάσταση η οποία προκαλεί συχνότερα βιώματα ηθικού αδιεξόδου στους ΝΨΥ του δείγματος είναι «*Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλεύτη, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα*». Επιπλέον, και οι καταστάσεις που φαίνονται στον Πίνακα 5.11 φάνηκε να προκαλούν συχνότερα βιώματα ηθικού αδιεξόδου στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας του δείγματος συγκριτικά με τις υπόλοιπες.

Πίνακας 5.11 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των αντικειμένων της κλίμακας της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου

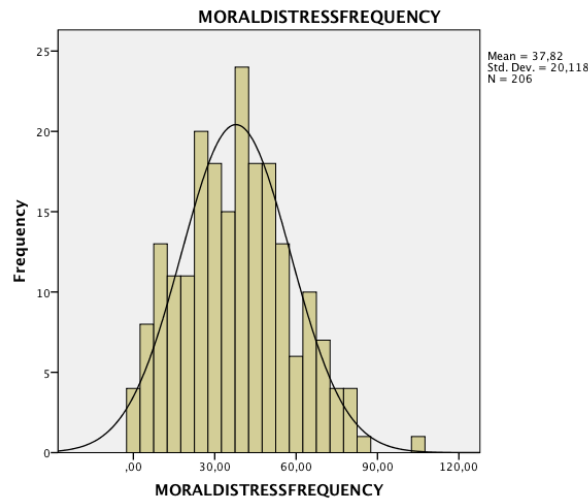
	N	Ελάχιστος	Μέγιστος	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
1. Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους.	206	0	4	1,67	1,357
2. Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ή/και συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον θεραπευόμενο.	206	0	4	1,38	1,144
3. Προβαίνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις επειδή υπάρχει ιατρική οδηγία ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευόμενου.	206	0	4	1,93	1,154
4. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού ή/και της οικογένειας ενός πάσχοντα που πεθαίνει να μην συζητήσω μαζί του το ζήτημα του θανάτου, ακόμη και εάν εκείνος/η το ζητάει.	206	0	4	1,16	1,115
5. Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον θεραπευόμενο την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν αυτός/ή το ζητήσει.	206	0	4	1,41	1,108
6. Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλευτή, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα.	206	0	4	2,32	1,270
7. Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες/Επιτρέπω σε φοιτητές επιστημών υγείας να πραγματοποιήσουν επώδυνες/επικίνδυνες διαδικασίες σε θεραπευόμενους αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους.	206	0	4	,54	,824
8. Συνεχίζω να χορηγώ την ίδια θεραπεία, η οποία ουσιαστικά δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του επειδή φοβάμαι ότι αυξάνοντας τη δόση των φαρμάκων θα προκληθούν σοβαρές παρενέργειες ή διότι δεν γνωρίζω τι άλλο να κάνω.	206	0	4	1,19	1,205
9. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες με την οικογένεια του πάσχοντα ή τον ίδιο.	206	0	4	1,02	1,038
10. Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του πάσχοντα να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ίδιος θεωρεί αβάσταχτη την κατάσταση του.	206	0	4	,17	,605
11. Εργάζομαι με ιατρούς /νοσηλευτές οι οποίοι δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων.	206	0	4	1,67	1,276
12. Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιον/ους από τους θεραπευόμενους.	206	0	4	,67	,957
13. Παραβλέπω / Βοηθώ τους ιατρούς σε καταστάσεις όπου οι θεραπευόμενοι δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς προκειμένου να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων/ θεραπειών.	206	0	4	1,26	,930
14. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς παρεμβαίνω σε καταστάσεις κατά τις οποίες το προσωπικό υγείας δίνει ψεύτικες ελπίδες σε έναν θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του.	206	0	4	1,24	,99

15. Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις.	206	0	4	1,13	1,101
16. Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων.	206	0	4	1,29	1,170
17. Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών.	206	0	4	1,86	1,281
18. Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος υποφέρει διότι δεν υπάρχει συνοχή (συνέχεια) στη θεραπευτική αντιμετώπισή του.	206	0	4	2,10	1,09
19. Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας ιατρός ή ένας συνάδελφος νοσηλευτής/τρια έκανε λάθος στην χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει.	206	0	4	,83	1,007
20. Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/θεραπευομένων που δεν είναι ασφαλής.	206	0	4	1,72	1,364
21. Εφαρμόζω οδηγίες ή την πολιτική της δομής στην οποία εργάζομαι για διακοπή της θεραπείας επειδή οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά.	206	0	4	,82	,995
22. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω όταν μέλη του προσωπικού γελοιοποιούν τους θεραπευομένους.	206	0	4	,78	,971
23. Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευομένους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας.	206	0	4	1,86	1,19
24. Πολλές φορές στη δομή που εργάζομαι γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω διακρίσεων από το προσωπικό σε βάρος των θεραπευομένων βάσει φυλετικών/ θρησκευτικών/ κοινωνικο-οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών.	206	0	4	,96	1,123
25. Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων σχετικά με κάποιο ηθικό ζήτημα και δεν λαμβάνω δράση διότι έτσι μου έχει ζητηθεί από τον συνάδελφο που εμπλέκεται στο ζήτημα αυτό ή από άλλο άτομο σε υψηλότερη θέση εξουσίας.	206	0	4	0,90	0,76
26. Χρειάζεται ή μου ζητείται να παρέχω φροντίδα σε περιπτώσεις για τις οποίες οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου δεν είναι επαρκείς ώστε να συνεχίσει να προασπίζεται η ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας.	206	0	4	,82	,975
27. Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες θεραπευόμενοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται ακόμη κι αν η κατάστασή τους είναι σταθερή και είναι έτοιμοι για εξιτήριο.	206	0	4	1,25	1,223
28. Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες το προσωπικό ψάχνει τα υπάρχοντα των θεραπευμένων χωρίς την άδεια τους.	206	0	4	,62	,994
29. Λόγω έλλειψης προσωπικού παρέχω πλημμελή ή/και ακατάλληλη φροντίδα στους θεραπευόμενους, όπως χρήση πάνας ακράτειας χωρίς αντίστοιχα συμπτώματα ή περιορισμό σε κλειστό χώρο θεραπευομένων που περιφέρονται.	206	0	4	,87	1,201
30. Έχω αναμίξει φάρμακα σε φαγητό ή ποτό θεραπευομένων επειδή αρνούνται να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή τους.	206	0	4	1,01	1,193
31. Λόγω έλλειψης προσωπικού δεν αφιερώνω χρόνο για να επικοινωνήσω με θεραπευομένους, οι οποίοι δεν προκαλούν προβλήματα.	206	0	4	1,42	1,307

32. Εργάζομαι χωρίς να αντιδρώ/ παρεμβαίνω υπό συνθήκες, κατά τις οποίες οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν.

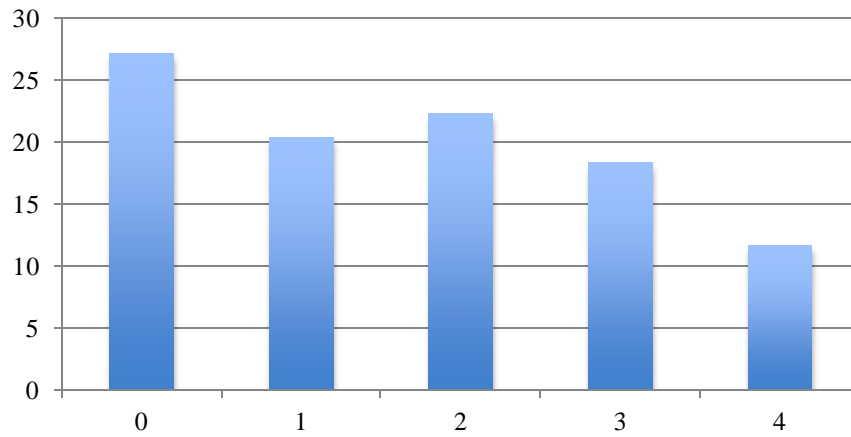
206 0 4 1,23 1,255

Ιστόγραμμα 5.1 Κατανομή της συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου στους ΝΨΥ του δείγματος

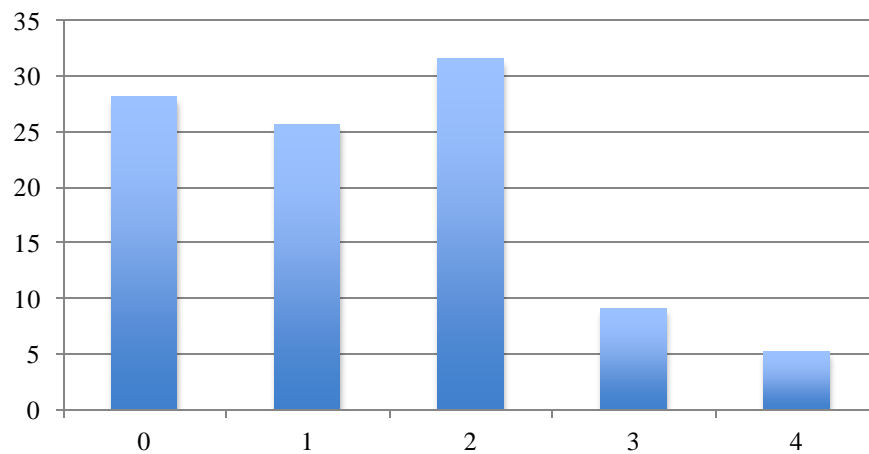


Στα Γραφήματα που ακολουθούν παρουσιάζεται η συχνότητα εμφάνισης κάθε παράγοντα ηθικού αδιεξόδου όπως περιγράφονται στην τροποποιημένη κλίμακα της συχνότητας του Ηθικού Αδιεξόδου για τους ΝΨΥ του δείγματος. Φαίνεται ότι οι καταστάσεις οι οποίες εμφανίζονται συχνότερα και οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο (βαθμολογήθηκαν υψηλότερα από τους συμμετέχοντες με 3 ή 4 όπου (0=ποτέ έως και 4=συμβαίνει πολύ συχνά), ήταν αυτές οι οποίες διατυπώνονται στα ζητήματα κατά φθίνουσα σειρά: 6, 18, 3, 23, 17, 20, 11, 1. Οι καταστάσεις αυτές φαίνεται ότι αφορούν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την επάρκεια αυτών που συμμετέχουν σε αυτή.

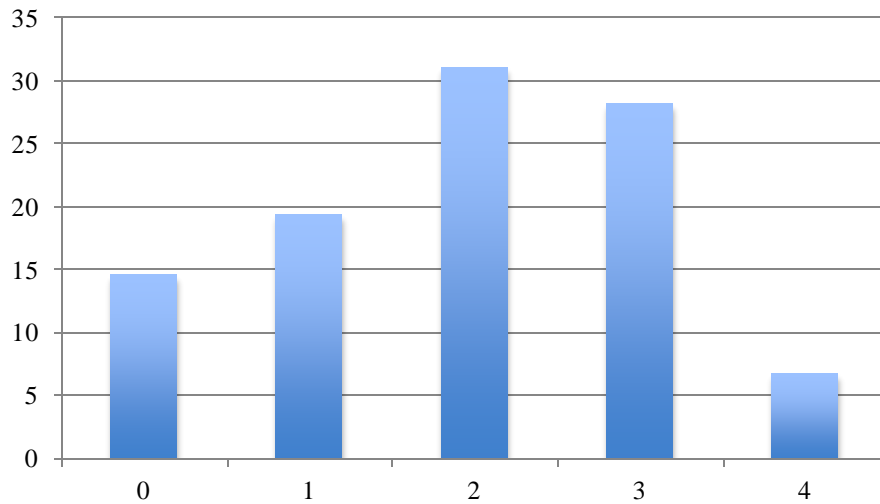
Γράφημα 5.8 (Καταγραφή 1) Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους



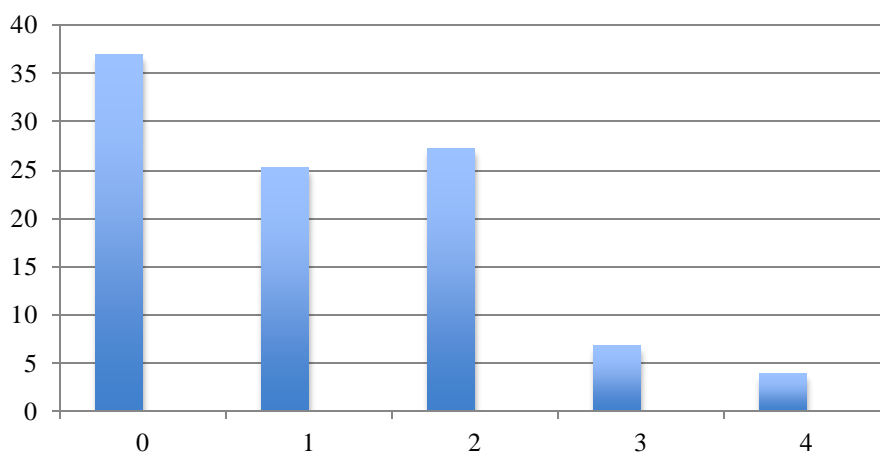
Γράφημα 5.9 (Καταγραφή 2) Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ή/και συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον θεραπευόμενο



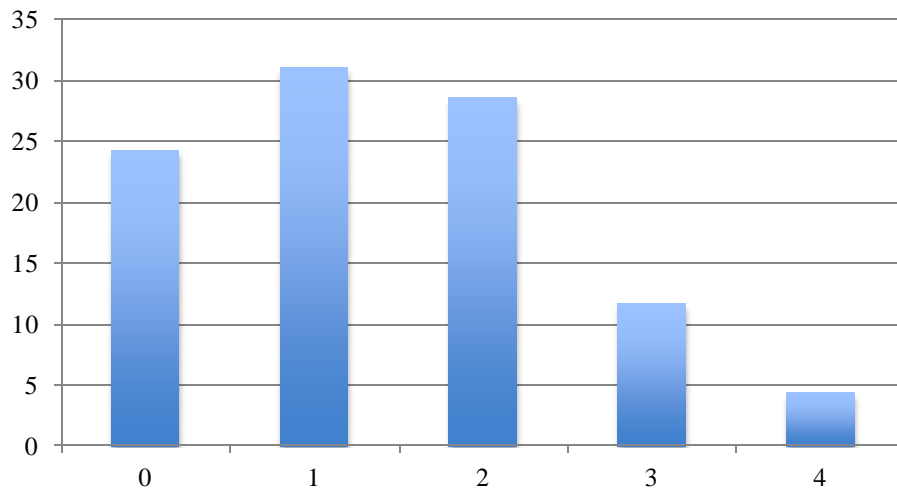
Γράφημα 5.10 (Καταγραφή 3) Προβαίνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευομένου



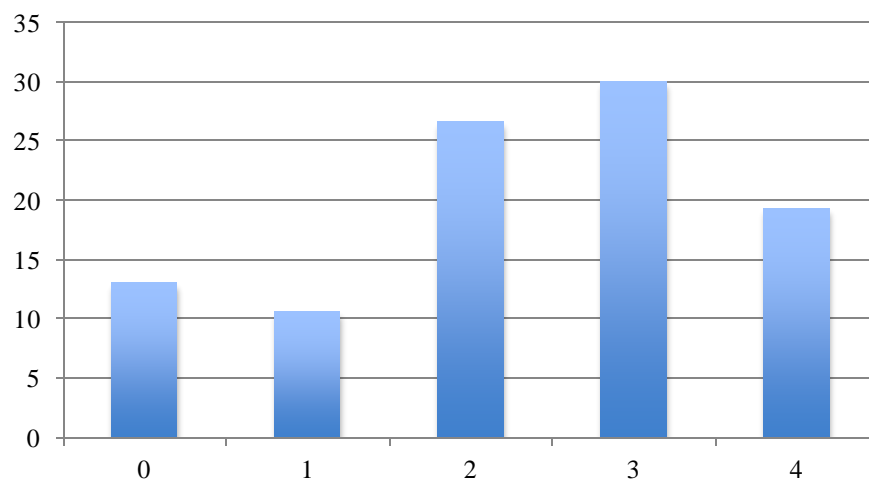
Γράφημα 5.11 (Καταγραφή 4) Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού ή/και της οικογένειας ενός πάσχοντα που πεθαίνει να μην συζητήσω μαζί του το ζήτημα του θανάτου, ακόμη και εάν εκείνος/η το ζητάει



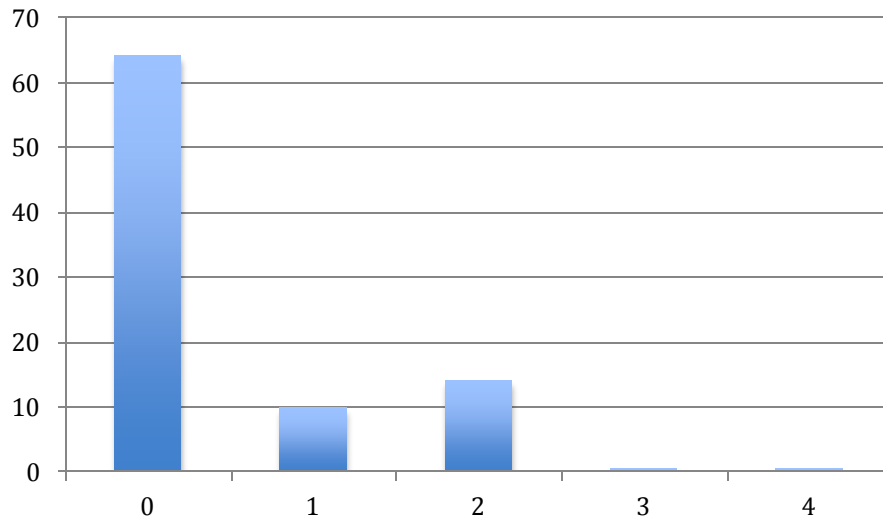
Γράφημα 5.12 (Καταγραφή 5) Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον θεραπευόμενο την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν αυτός/ή το ζητήσει



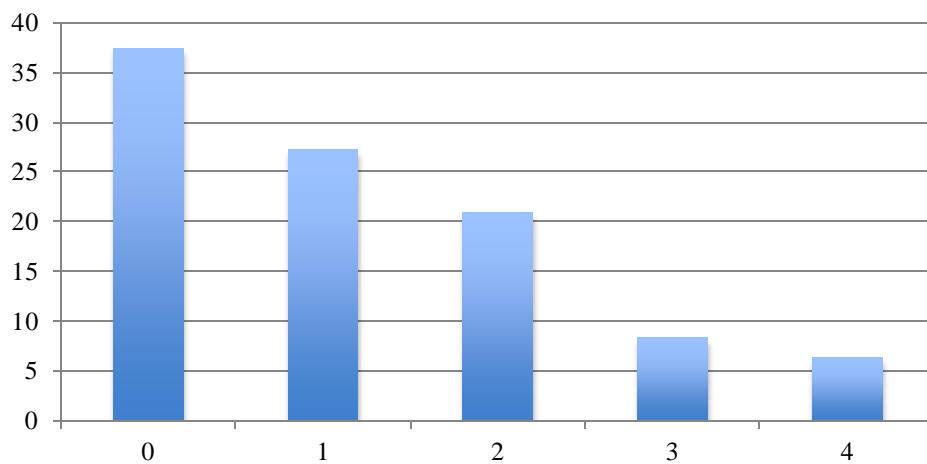
Γράφημα 5.13 (Καταγραφή 6) Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλευτή, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα



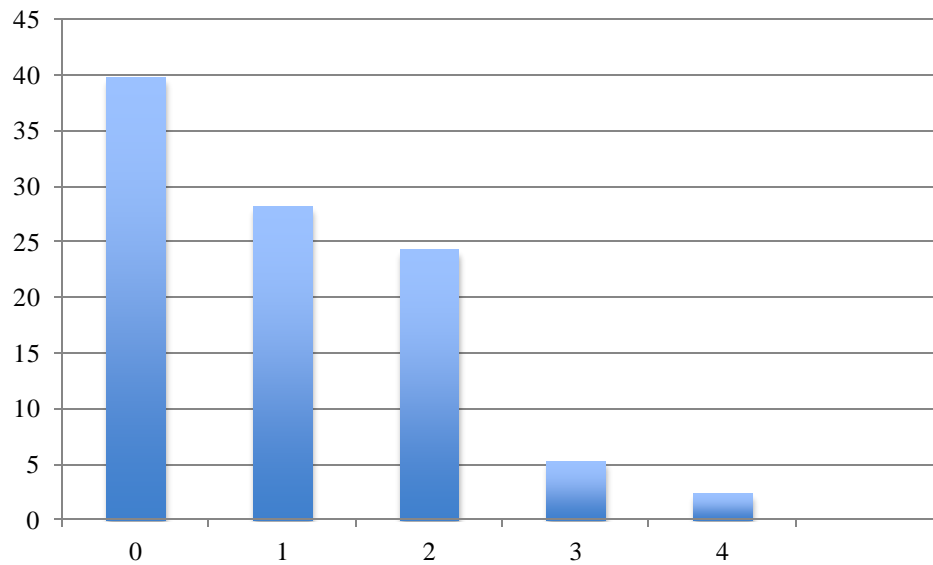
Γράφημα 5.14 (Καταγραφή 7) Επιτρέπω σε φοιτητές επιστημών υγείας να πραγματοποιήσουν επώδυνες/επικίνδυνες διαδικασίες σε θεραπευόμενους αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους



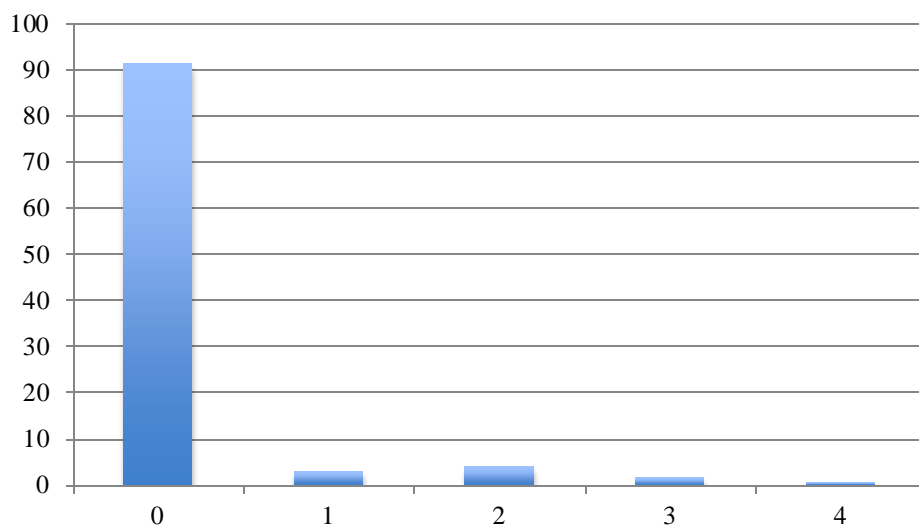
Γράφημα 5.15 (Καταγραφή 8) Συνεχίζω να χορηγώ την ίδια θεραπεία, η οποία ουσιαστικά δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του επειδή φοβάμαι ότι αυξάνοντας τη δόση των φαρμάκων θα προκληθούν σοβαρές παρενέργειες ή διότι δεν γνωρίζω τι άλλο να κάνω



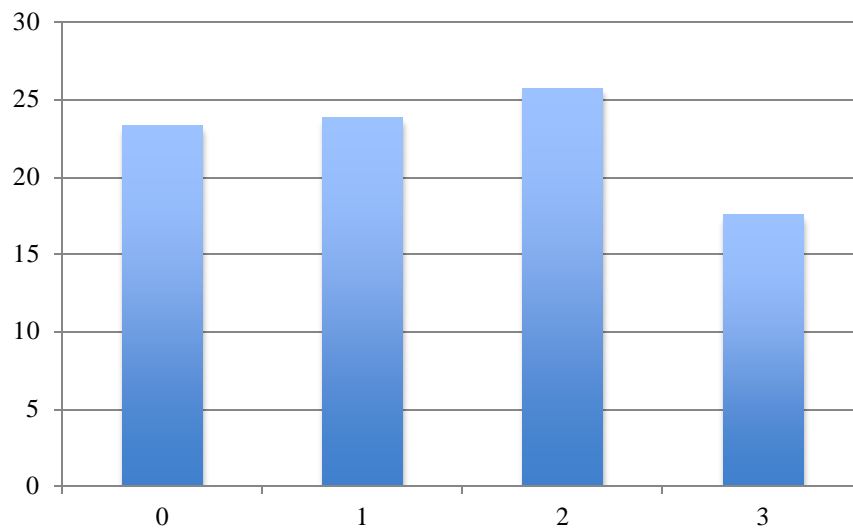
Γράφημα 5.16 (Καταγραφή 9) Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες με την οικογένεια του πάσχοντα ή τον ίδιο



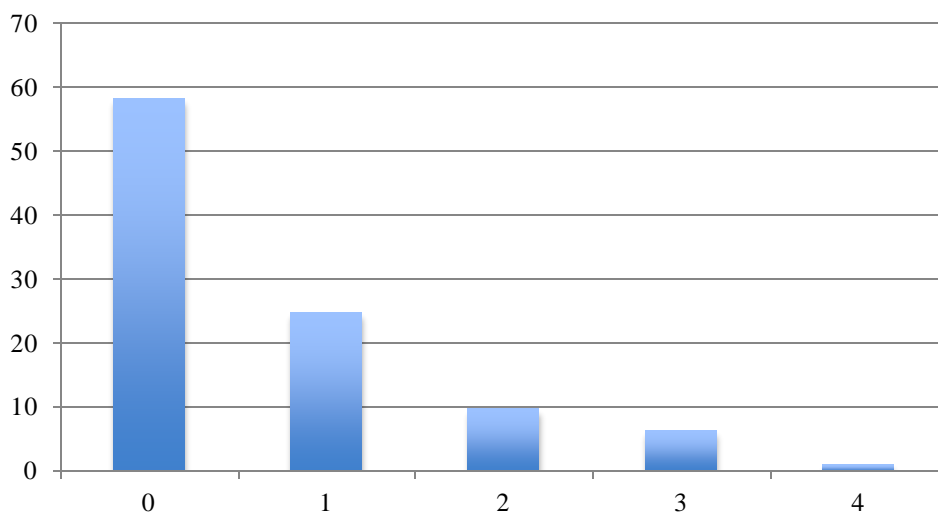
Γράφημα 5.17 (Καταγραφή 10) Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του πάσχοντα να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ίδιος θεωρεί αβάσταχτη την κατάσταση του



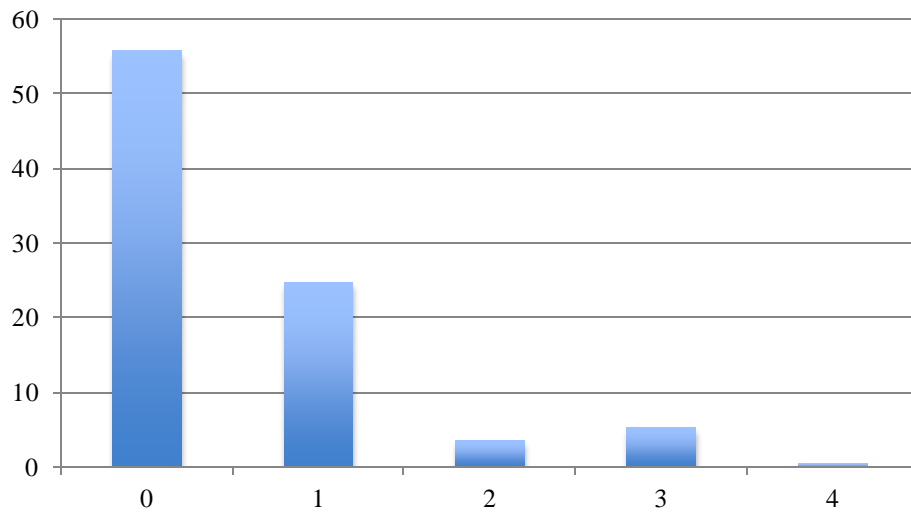
Γράφημα 5.18 (Καταγραφή 11) Εργάζομαι με ιατρούς /νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων



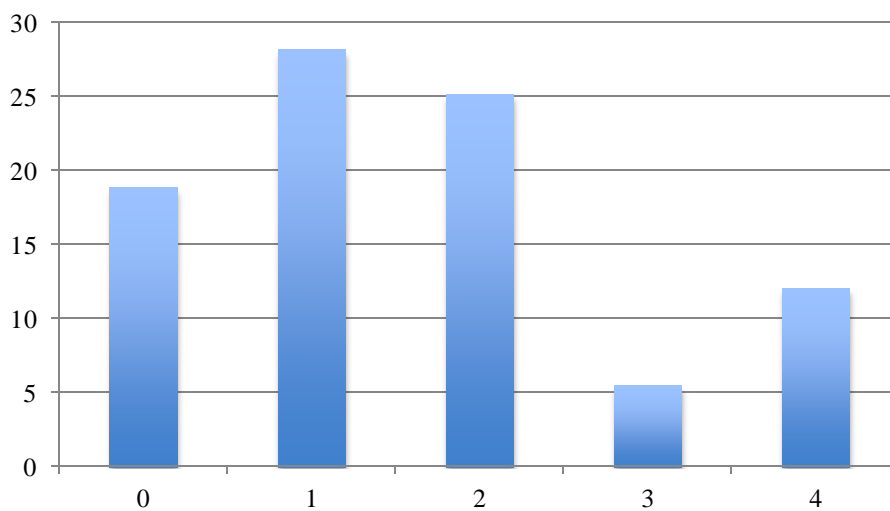
Γράφημα 5.19 (Καταγραφή 12) Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιον/ους από τους θεραπευομένους



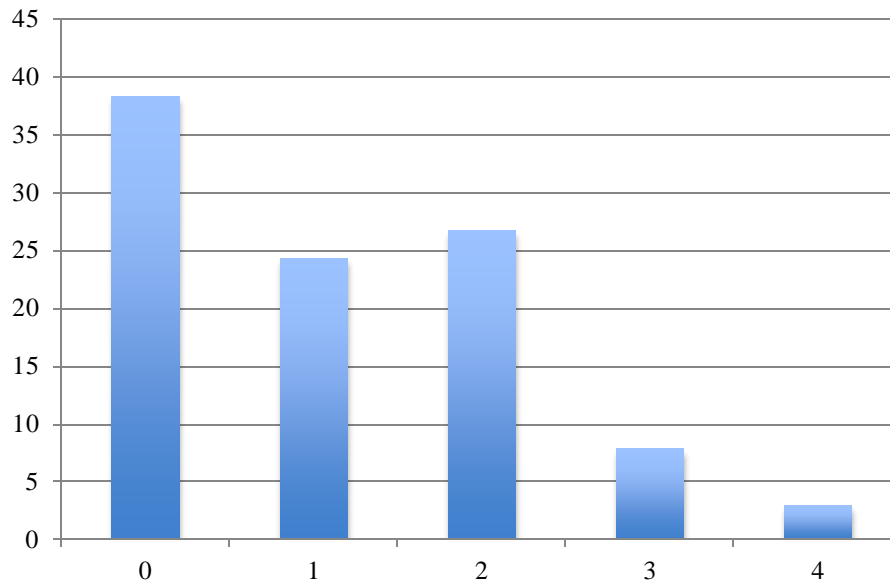
Γράφημα 5.20 (Καταγραφή 13) Παραβλέπω καταστάσεις όπου οι θεραπευόμενοι δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς προκειμένου να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων/ θεραπειών



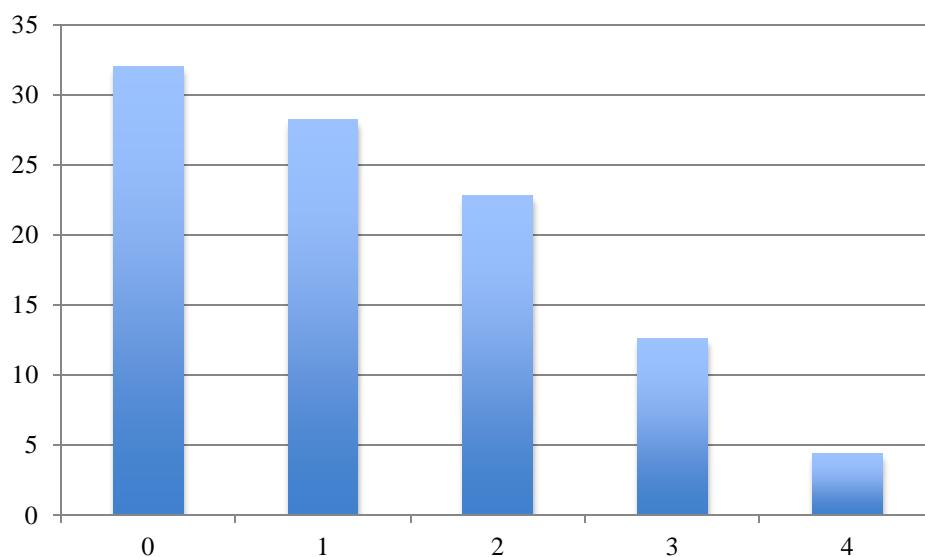
Γράφημα 5.21 (Καταγραφή 14) Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω σε καταστάσεις κατά τις οποίες το προσωπικό υγείας δίνει ψεύτικες ελπίδες σε έναν θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του



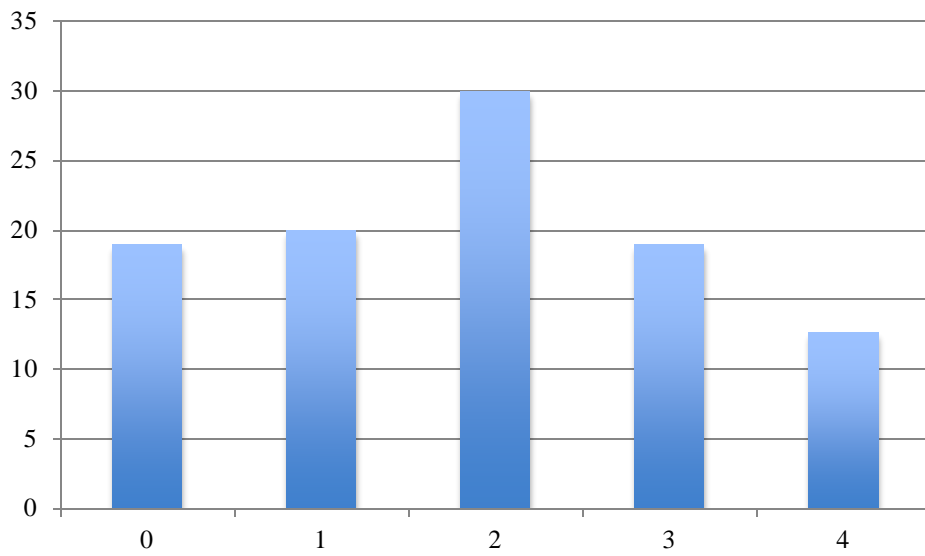
Γράφημα 5.22 (Καταγραφή 15) Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις



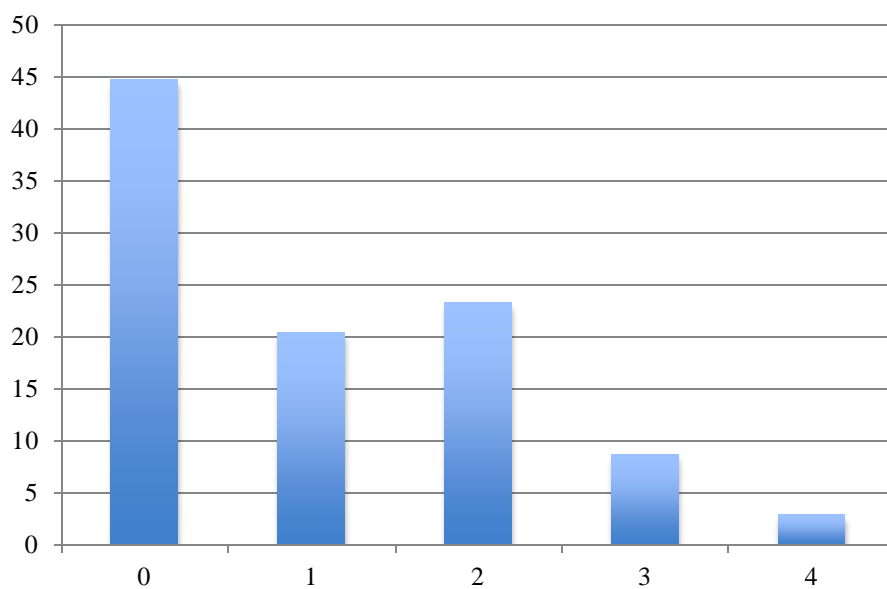
Γράφημα 5.23 (Καταγραφή 16) Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων



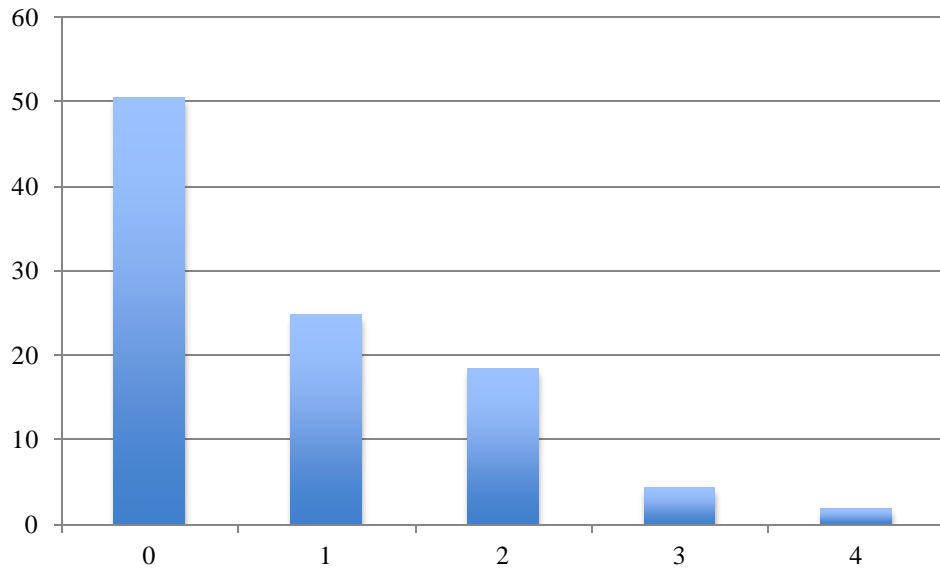
Γράφημα 5.24 (Καταγραφή 17) Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών



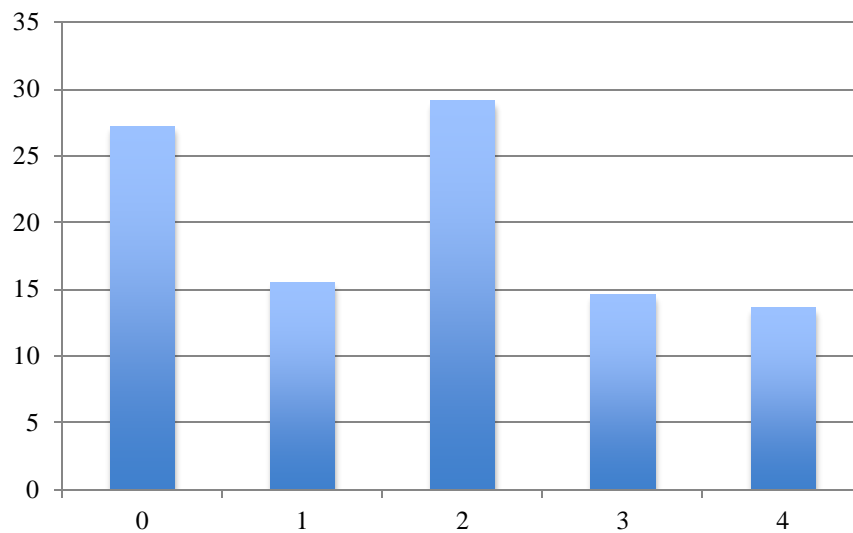
Γράφημα 5.25 (Καταγραφή 18) Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος υποφέρει διότι δεν υπάρχει συνοχή (συνέχεια) στη θεραπευτική αντιμετώπισή του



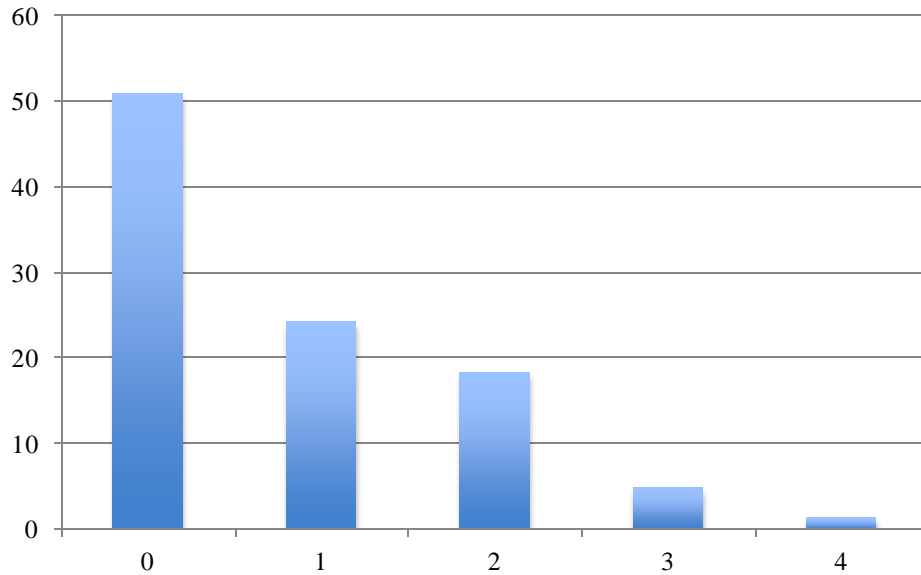
Γράφημα 5.26 (Καταγραφή 19) Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας συνάδελφος νοσηλευτής/τρια έκανε λάθος στην χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει



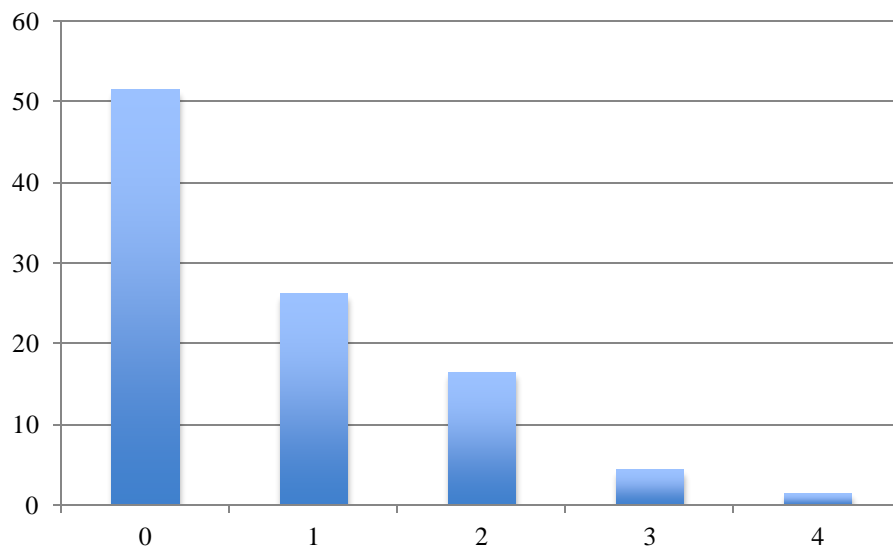
Γράφημα 5.27 (Καταγραφή 20) Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/ θεραπευομένων που δεν είναι ασφαλής



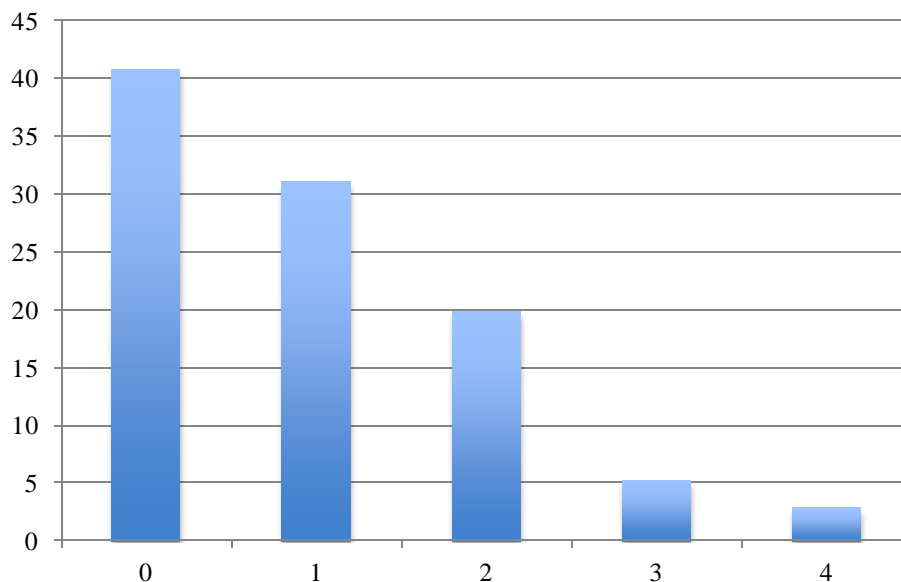
Γράφημα 5.28 (Καταγραφή 21) Εφαρμόζω οδηγίες ή την πολιτική της δομής στην οποία εργάζομαι για διακοπή της θεραπείας επειδή οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά



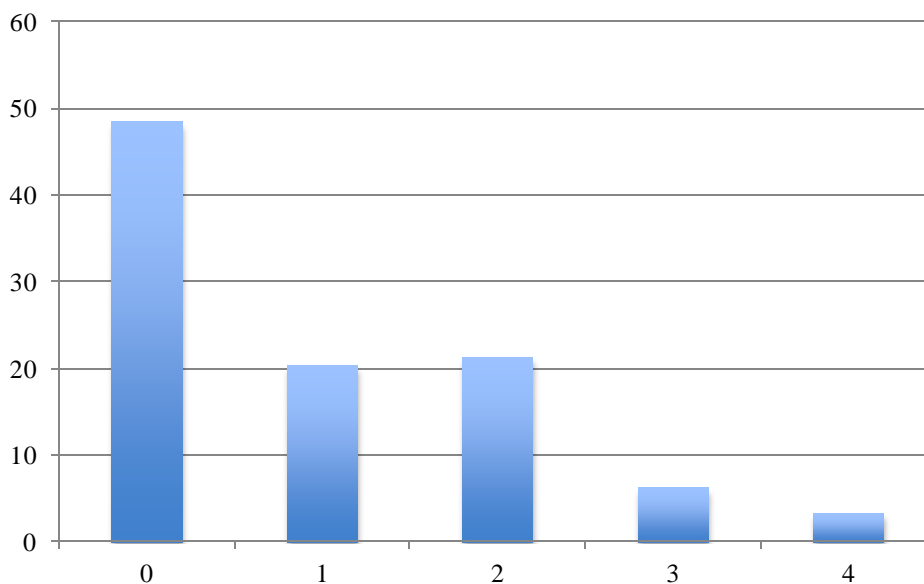
Γράφημα 5.29 (Καταγραφή 22) Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω όταν μέλη του προσωπικού γελοιοποιούν τους θεραπευομένους



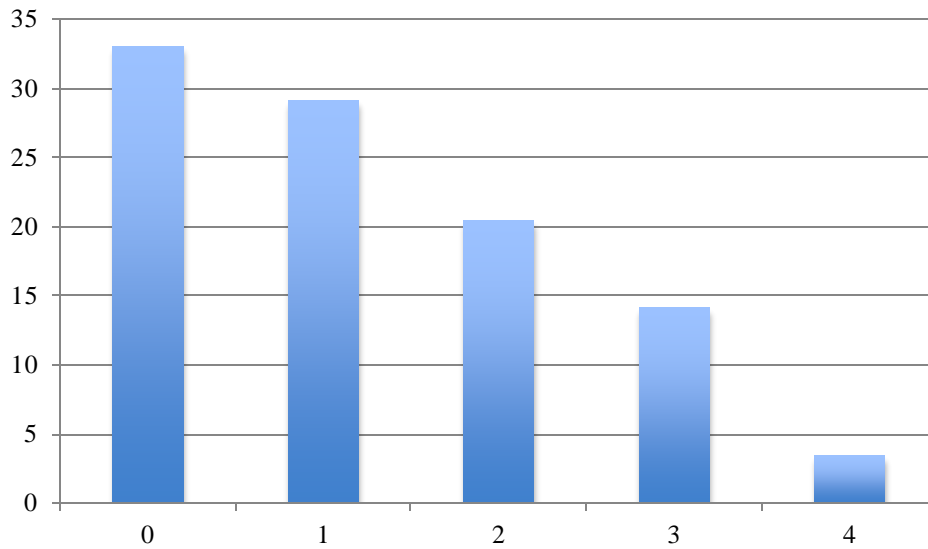
Γράφημα 5.30 (Καταγραφή 24) Πολλές φορές στη δομή που εργαζομαι γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευομένους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας



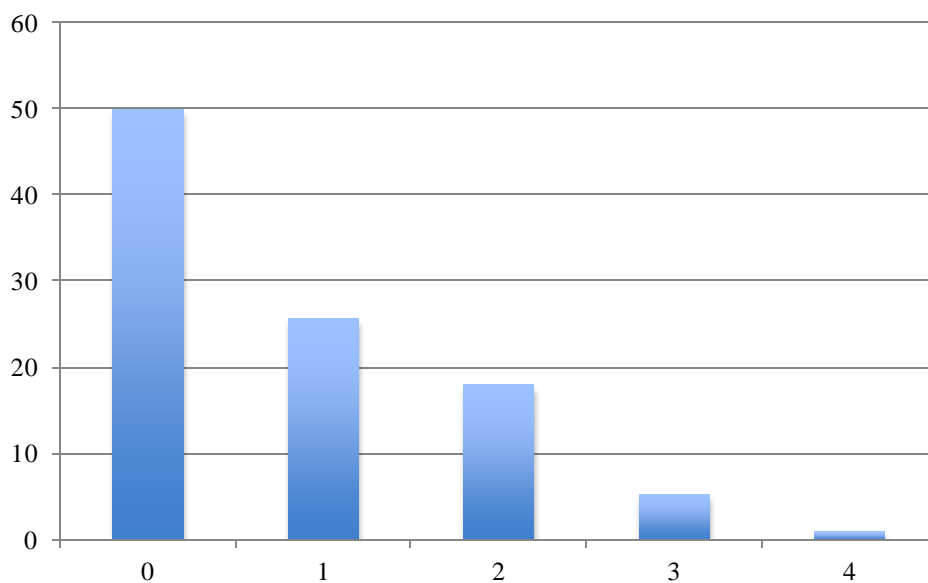
Γράφημα 5.31 (Καταγραφή 24) Πολλές φορές στη δομή που εργαζομαι γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω διακρίσεων από το προσωπικό σε βάρος των θεραπευομένων βάσει φυλετικών/ θρησκευτικών/ κοινωνικο-οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών



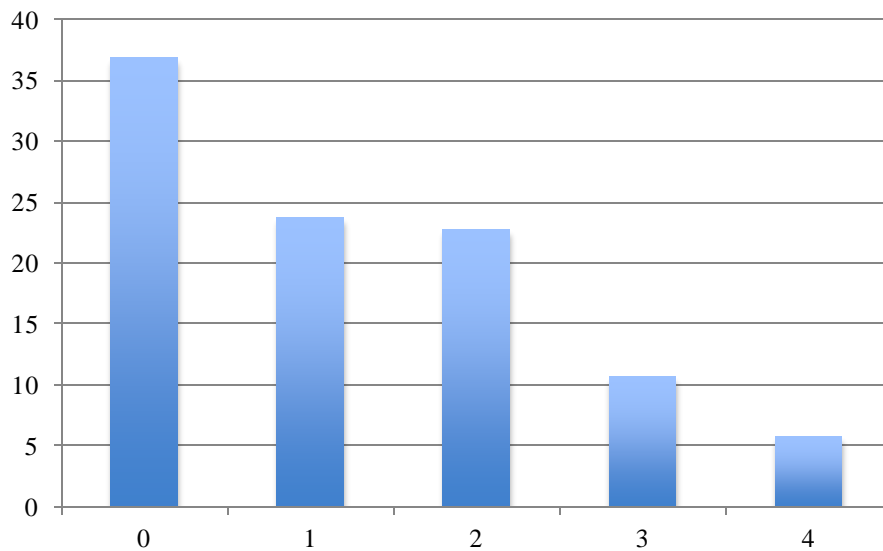
Γράφημα 5.32 (Καταγραφή 25) Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων σχετικά με κάποιο ηθικό ζήτημα και δεν λαμβάνω δράση διότι έτσι μου έχει ζητηθεί από τον συνάδελφο που εμπλέκεται στο ζήτημα αυτό ή από άλλο άτομο σε υψηλότερη θέση εξουσίας



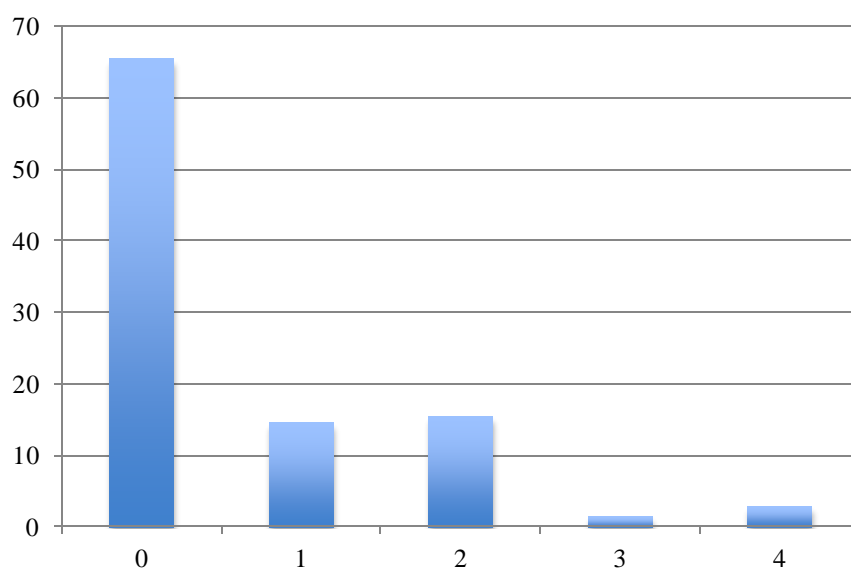
Γράφημα 5.33 (Καταγραφή 26) Πολλές φορές αντιλαμβάνομαι ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου δεν είναι επαρκείς ώστε να συνεχίσω να παρέχω φροντίδα με ασφάλεια στη δομή που εργάζομαι τώρα



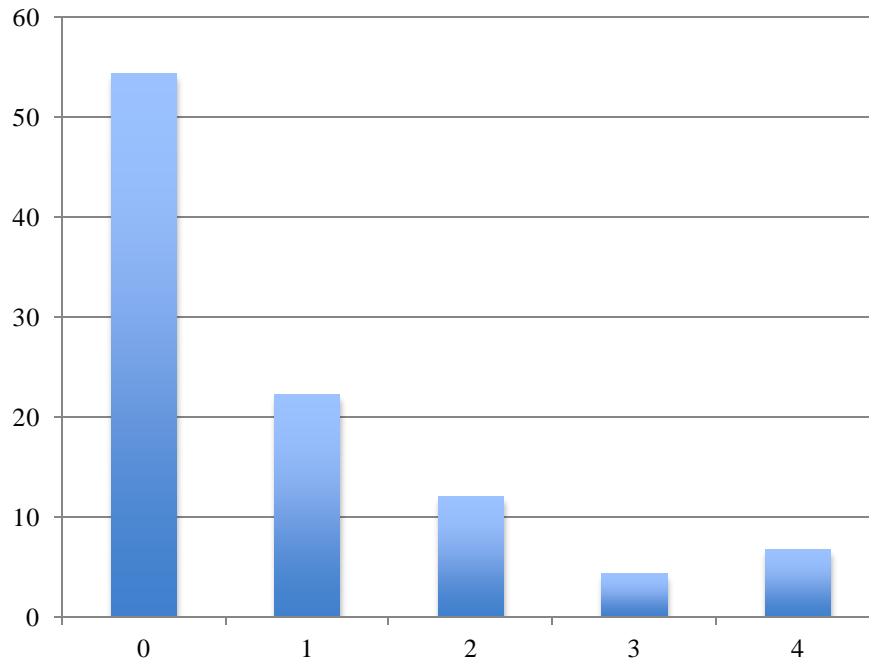
Γράφημα 5.34 (Καταγραφή 27) Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες θεραπευόμενοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται ακόμη κι αν η κατάστασή τους είναι σταθερή και είναι έτοιμοι για εξιτήριο



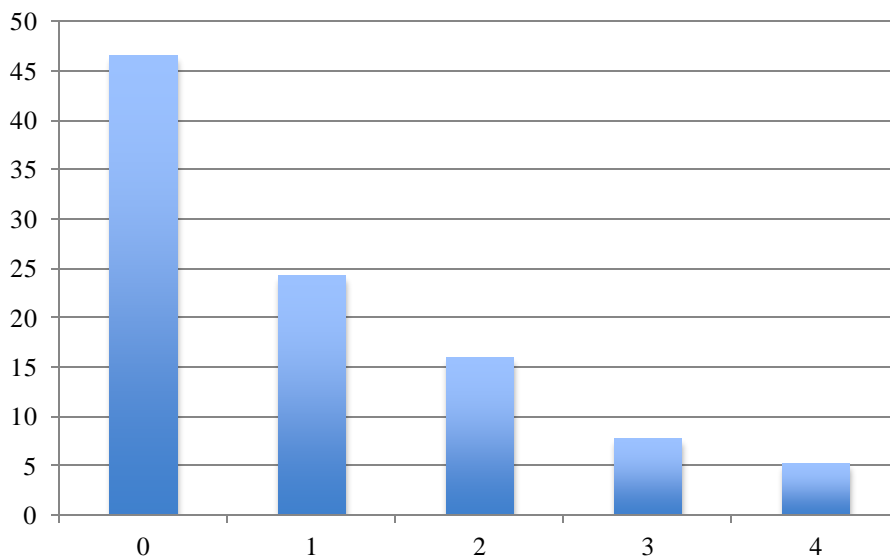
Γράφημα 5.35 (Καταγραφή 28) Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες το προσωπικό ψάχνει τα υπάρχοντα των θεραπευμένων χωρίς την άδεια τους



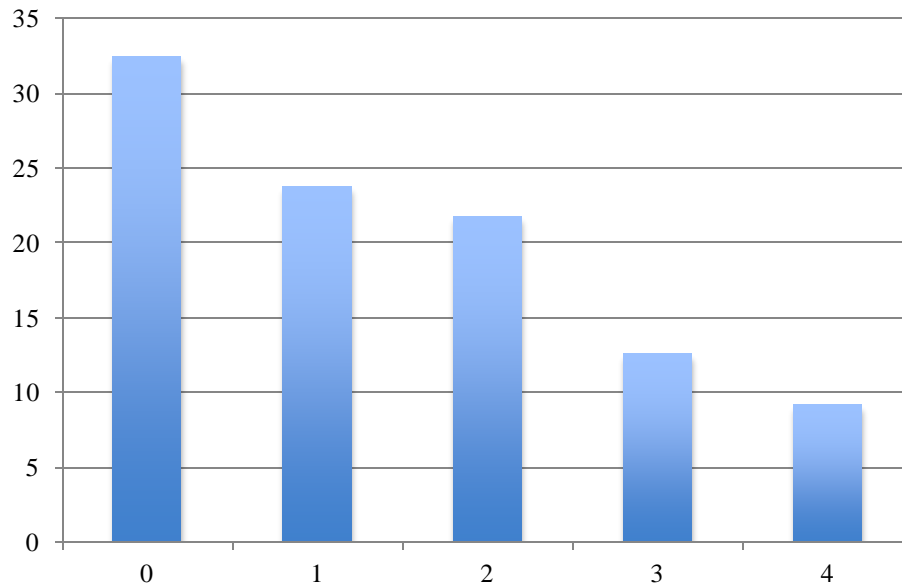
Γράφημα 5.36 (Καταγραφή 29) Λόγω έλλειψης προσωπικού παρέχω πλημμελή ή/και ακατάλληλη φροντίδα στους θεραπευόμενους, όπως χρήση πάνας ακράτειας χωρίς αντίστοιχα συμπτώματα ή περιορισμό σε κλειστό χώρο θεραπευομένων που περιφέρονται



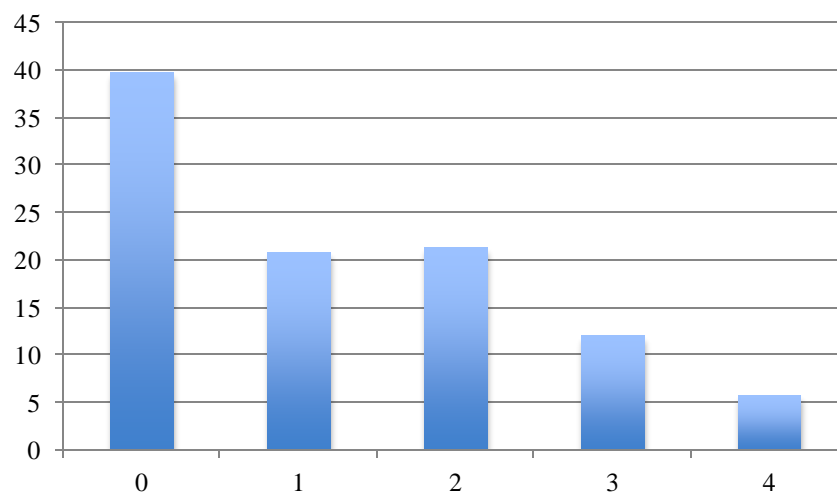
Γράφημα 5.37 (Καταγραφή 30) Έχω αναμίξει φάρμακα σε φαγητό ή ποτό θεραπευομένων επειδή αρνούνται να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή τους



Γράφημα 5.38 (Καταγραφή 31) Λόγω έλλειψης προσωπικού δεν αφιερώνω χρόνο για να επικοινωνήσω με τους θεραπευόμενους, οι οποίοι δεν προκαλούν προβλήματα



Γράφημα 5.39 (Καταγραφή 32) Εργάζομαι χωρίς να αντιδρώ/ παρεμβαίνω κάτω από συνθήκες που οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν



Πίνακας 5.12 Παρουσίαση των καταστάσεων που προκαλούν συχνότερα ΗΑ στους συμμετέχοντες του δείγματος με φθίνουσα σειρά και μέσες τιμές της συχνότητας αυτών

Φθίνουσα σειρά συχνότητας ΗΑ	Κατάσταση ΗΑ	ΜΤ	ΤΑ
1	Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλευτή, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα.	2,32	1,270
2	Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος υποφέρει διότι δεν υπάρχει συνοχή (συνέχεια) στη θεραπευτική αντιμετώπισή του.	2,10	1,09
3	Προβαίνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις επειδή υπάρχει ιατρική οδηγία ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευομένου.	1,93	1,154
4	Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευομένους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας.	1,86	1,19
5	Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών.	1,86	1,281
6	Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/θεραπευομένων που δεν είναι ασφαλής	1,72	1,364

Γενικά η συχνότητα της εμφάνισης στρεσογόνων καταστάσεων σε περιβάλλοντα

ψυχικής υγείας είναι σχετικά χαμηλή στους κύριους νοσηλευτές ψυχικής υγείας του δείγματος, οι καταστάσεις όμως που τους ενοχλούν φαίνεται να έχουν σχέση με τη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την επαγγελματική επάρκεια αυτών που συμμετέχουν σε αυτή τη διαδικασία.

Αξιολόγηση της έντασης ηθικού αδιεξόδου

Κάθε διατύπωση/ αντικείμενο της κλίμακας για την αξιολόγηση της έντασης ηθικού αδιεξόδου παίρνει τιμές από 0= δεν με ενοχλεί καθόλου και 4= (με ενοχλεί) σε μεγάλο βαθμό. Το εύρος τιμών (ET) της κλίμακας είναι 0-128. Λόγω απουσίας θεωρητικού πλαισίου για την επιλογή οριακής τιμής στη βαθμολογία της τροποποιημένης κλίμακας HA, η συχνότητα παρουσίας του φαινομένου κρίθηκε με βάση του θεωρητικού εύρους [α' τεταρτημόριο: 0-30/ β' τεταρτημόριο: 31-62/ γ' τεταρτημόριο: 63-95/ δ' τεταρτημόριο: 96-128].

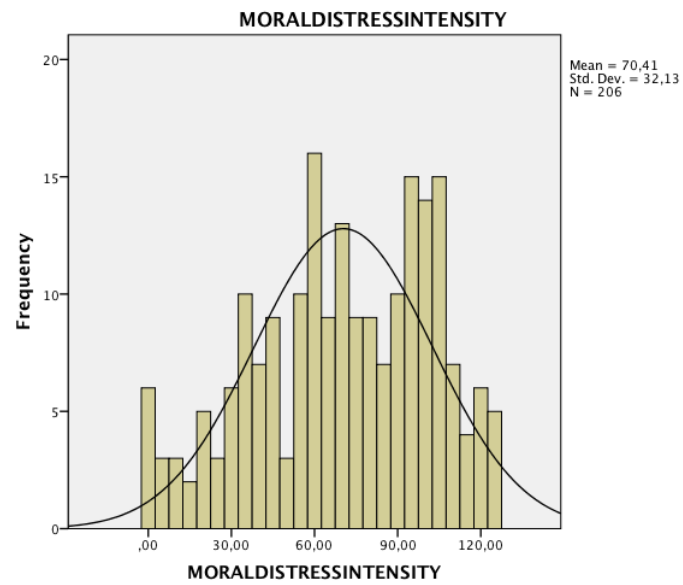
Η κλίμακα αξιολόγησης της έντασης του ηθικού αδιεξόδου δεν καταγράφει μόνο τον βαθμό ενόχλησης αλλά και τη δυνητική ενόχληση, αφού οι συμμετέχοντες έχουν τη δυνατότητα να απαντήσουν πόσο θα τους ενοχλούσε μία κατάσταση στην περίπτωση που συνέβαινε. Η μέση τιμή (MT) και η τυπική απόκλιση (TA) της συνολικής βαθμολογίας στην τροποποιημένη κλίμακα ήταν MT = 70,41 και TA = 32,13, αντίστοιχα. Βάσει του εύρους τιμών των ανωτέρω τεταρτημορίων, η τιμή αυτή υποδηλώνει μέτρια προς υψηλή ένταση ηθικού αδιεξόδου (Πίνακας 5.13). Οι καταστάσεις που προκαλούν υψηλότερη ένταση ηθικού αδιεξόδου στους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας του δείγματος ήταν αυτές που διατυπώνονται στις καταγραφές 12, 18, 20, 32, 3, 1, 11, 23, 16, 19, 15, βάσει φθίνουσας σειράς (Πίνακας 5.14).

Πίνακας 5.13 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των καταγραφών της τροποποιημένης κλίμακας αξιολόγησης της έντασης ηθικού αδιεξόδου

	N	Ελάχιστος	Μέγιστος	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
1. Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους.	206	0	4	2,49	1,527
2. Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ή/και συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον θεραπευόμενο.	206	0	4	1,91	1,315

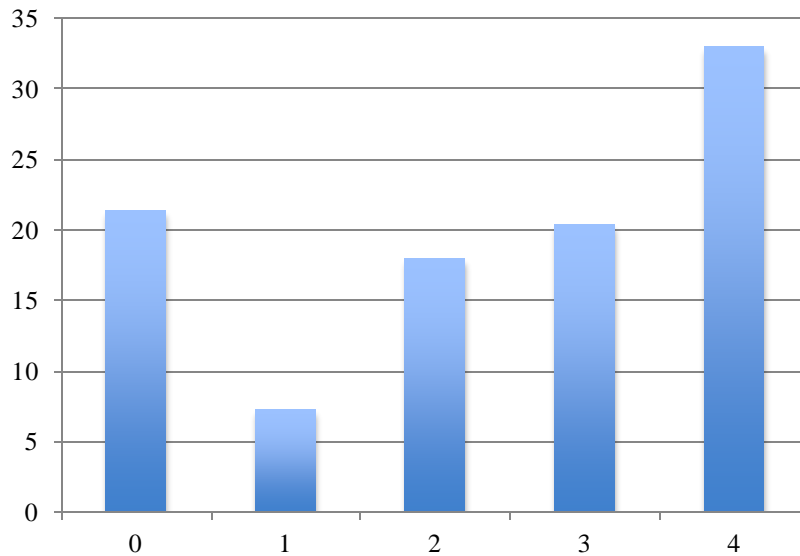
3. Προβαίνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις επειδή υπάρχει ιατρική οδηγία ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευομένου.	206	0	4	2,49	1,219
4. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού ή/και της οικογένειας ενός πάσχοντα που πεθαίνει να μην συζητήσω μαζί του το ζήτημα του θανάτου, ακόμη και εάν εκείνος/η το ζητάει.	206	0	4	2,06	1,344
5. Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν το ζητούν.	206	0	4	2,27	1,301
6. Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλεύτη, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα.	206	0	4	1,82	1,429
7. Επιτρέπω/Γίνομαι μάρτυρας περιπτώσεων κατά τις οποίες φοιτητές επιστημών υγείας πραγματοποιούν επώδυνες/επικίνδυνες διαδικασίες σε θεραπευόμενους αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους.	206	0	4	1,52	1,510
8. Συνεχίζω να χορηγώ την ίδια θεραπεία, η οποία ουσιαστικά δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του επειδή ο ιατρός φοβάται ότι αυξάνοντας τη δόση των φαρμάκων θα προκληθούν σοβαρές παρενέργειες ή διότι δεν γνωρίζει τι άλλο να κάνω.	206	0	4	1,94	1,445
9. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες με την οικογένεια του πάσχοντα ή τον ίδιο.	206	0	4	2,15	1,435
10. Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του πάσχοντα να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ίδιος θεωρεί αβάσταχτη την κατάσταση του.	206	0	4	1,89	1,802
11. Εργάζομαι με ιατρούς /νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων.	206	0	4	2,48	1,385
12. Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιον/ους από τους θεραπευόμενους.	206	0	4	2,58	1,537
13. Παραβλέπω καταστάσεις όπου οι θεραπευόμενοι δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς προκειμένου να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων/ θεραπειών.	206	0	4	2,22	1,494
14. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς παρεμβαίνω σε καταστάσεις κατά τις οποίες το προσωπικό υγείας δίνει ψεύτικες ελπίδες σε έναν θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του..	206	0	4	2,49	1,264
15. Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις.	206	0	4	2,30	1,378
16. Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων.	206	0	4	2,33	1,360
17. Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών.	206	0	4	2,22	1,339
18. Βοηθώ τους ιατρούς στην εκτέλεση εξετάσεων ή θεραπειών χωρίς τη συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση των θεραπευόμενων.	206	0	4	2,58	1,418
19. Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας ιατρός ή ένας συνάδελφος νοσηλεύτης έκανε λάθος στη χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει.	206	0	4	2,32	1,448
20. Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/θεραπευομένων που δεν είναι ασφαλής.	206	0	4	2,50	1,361

21. Εφαρμόζω οδηγίες ή την πολιτική της δομής στην οποία εργάζομαι για διακοπή της θεραπείας επειδή οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά.	206	0	4	2,01	1,472
22. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω όταν μέλη του προσωπικού γελοιοποιούν τους θεραπευόμενους.	206	0	4	2,27	1,556
23.Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευόμενους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας.	206	0	4	2,37	1,361
24. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω διακρίσεων από το προσωπικό σε βάρος των θεραπευόμενων βάσει φυλετικών/ θρησκευτικών/ κοινωνικο-οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών.	206	0	4	2,25	1,566
25. Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων σχετικά με κάποιο ηθικό ζήτημα και δεν λαμβάνω δράση διότι έτσι μου έχει ζητηθεί από τον συνάδελφο που εμπλέκεται στο ζήτημα αυτό ή από άλλο άτομο σε υψηλότερη θέση εξουσίας.	206	0	4	1,80	1,243
26. Χρειάζεται ή μου ζητείται να παρέχω φροντίδα σε περιπτώσεις για τις οποίες οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου δεν είναι επαρκείς ώστε να συνεχίσει να προασπίζεται η ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας.	206	0	4	1,83	1,492
27.Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες θεραπευόμενοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται ακόμη κι αν η κατάστασή τους είναι σταθερή και είναι έτοιμοι για εξιτήριο.	206	0	4	2,18	1,409
28. Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες το προσωπικό ψάχνει τα υπάρχοντα των θεραπευμένων χωρίς την άδεια τους.	206	0	4	1,88	1,588
29. Λόγω έλλειψης προσωπικού παρέχω πλημμελή ή/και ακατάλληλη φροντίδα στους θεραπευόμενους, όπως χρήση πάνας ακράτειας χωρίς αντίστοιχα συμπτώματα ή περιορισμό σε κλειστό χώρο θεραπευόμενων που περιφέρονται.	206	0	4	2,03	1,580
30. Έχω αναμίξει κρυφά από τους θεραπευόμενους τα φάρμακά τους σε φαγητό ή ποτό επειδή αρνούσαν να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή τους.	206	0	4	1,68	1,476
31. Λόγω έλλειψης προσωπικού δεν αφιερώνω χρόνο για να επικοινωνήσω με θεραπευόμενους, οι οποίοι δεν προκαλούν προβλήματα.	206	0	4	2,28	1,420
32. Εργάζομαι χωρίς να αντιδρώ/ παρεμβαίνω υπό συνθήκες, κατά τις οποίες οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν.	206	0	4	2,50	1,516

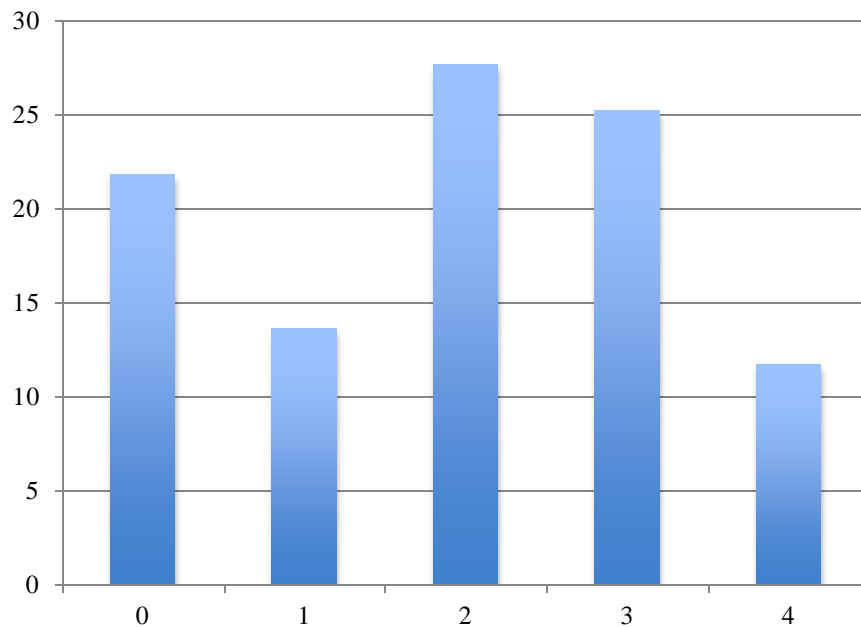
Ιστόγραμμα 5.2 Έντασης ηθικού αδιεξόδου στους ΝΨΥ του δείγματος

Στα παρακάτω γραφήματα παρουσιάζεται μέση τιμή της έντασης ηθικού αδιεξόδου βάσει των καταγραφών στην τροποποιημένη κλίμακα αξιολόγησης της ηθικού.

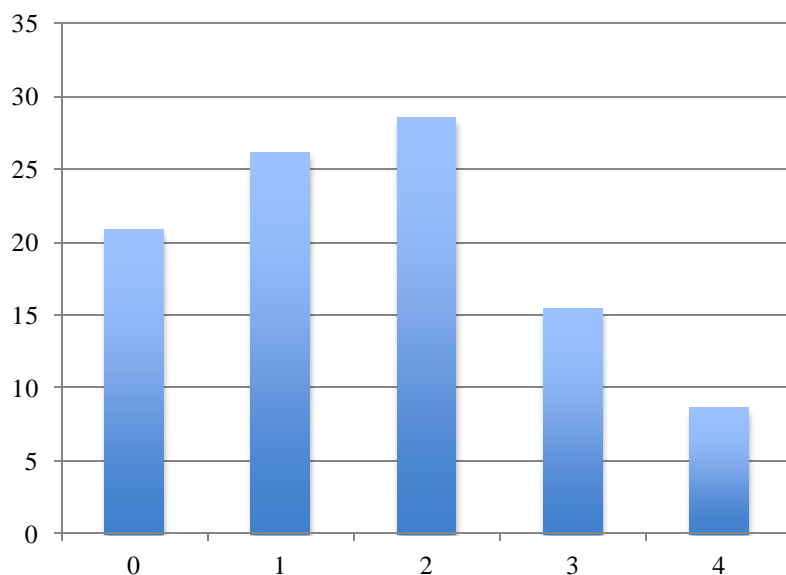
Γράφημα 5.40 (Καταγραφή 1) Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους



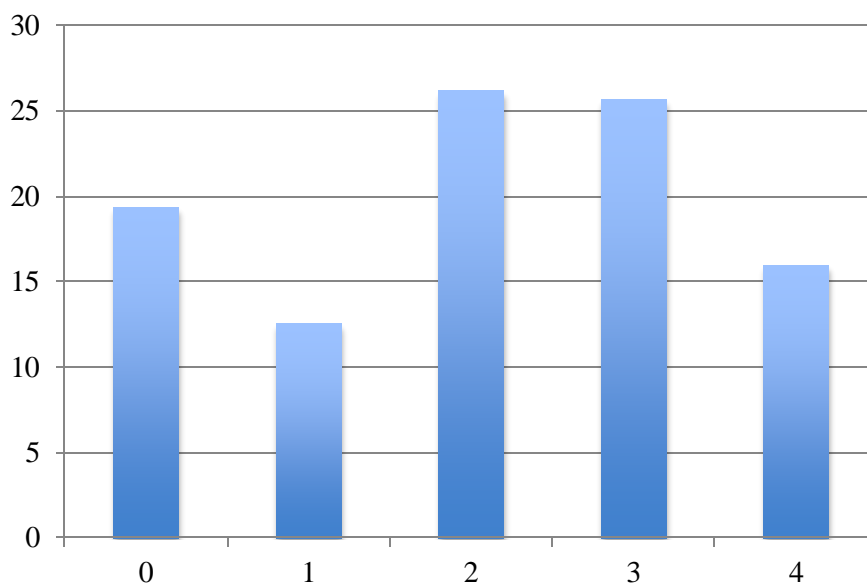
Γράφημα 5.41 (Καταγραφή 2) Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ή/και συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον θεραπευόμενο.



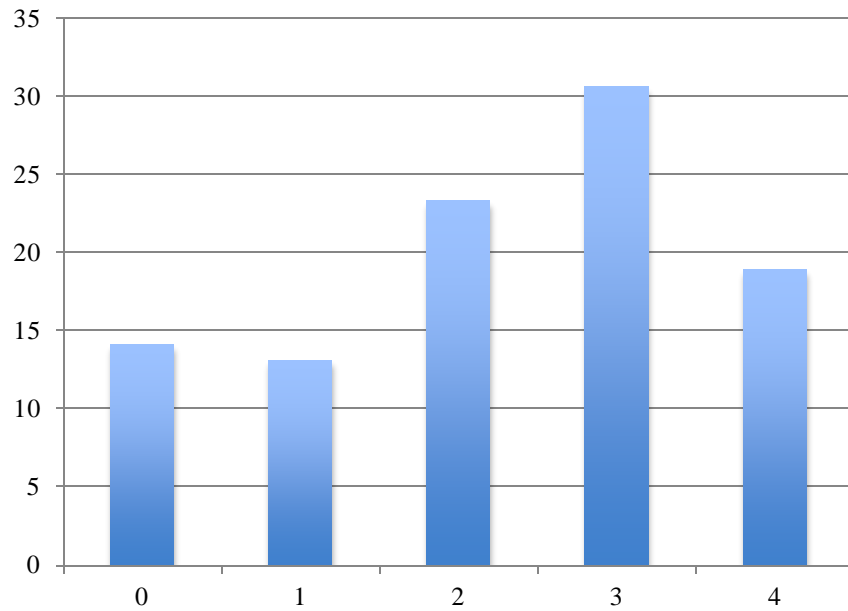
Γράφημα 5.42 (Καταγραφή 3) Προβάνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευομένου



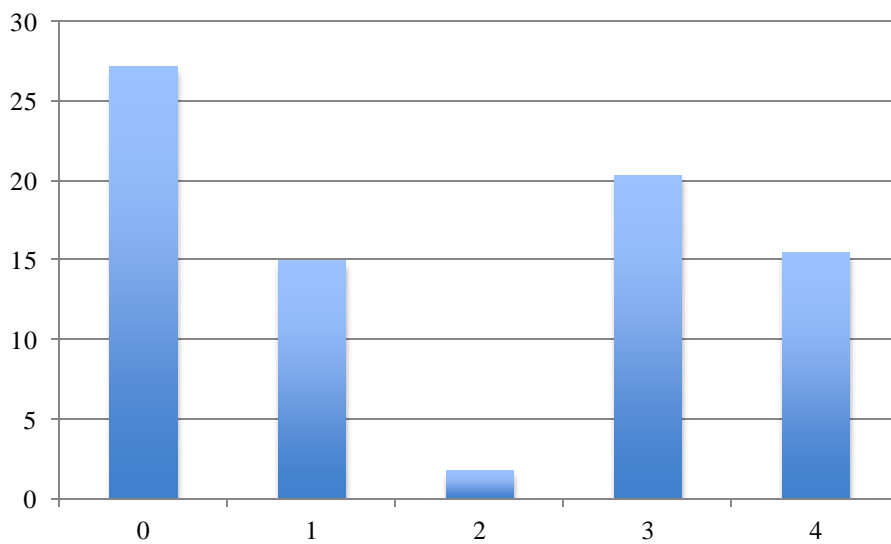
Γράφημα 5.43 (Καταγραφή 4) Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού ή/και της οικογένειας ενός πάσχοντα που πεθαίνει να μην συζητήσω μαζί του το ζήτημα του θανάτου, ακόμη και εάν εκείνος/η το ζητάει



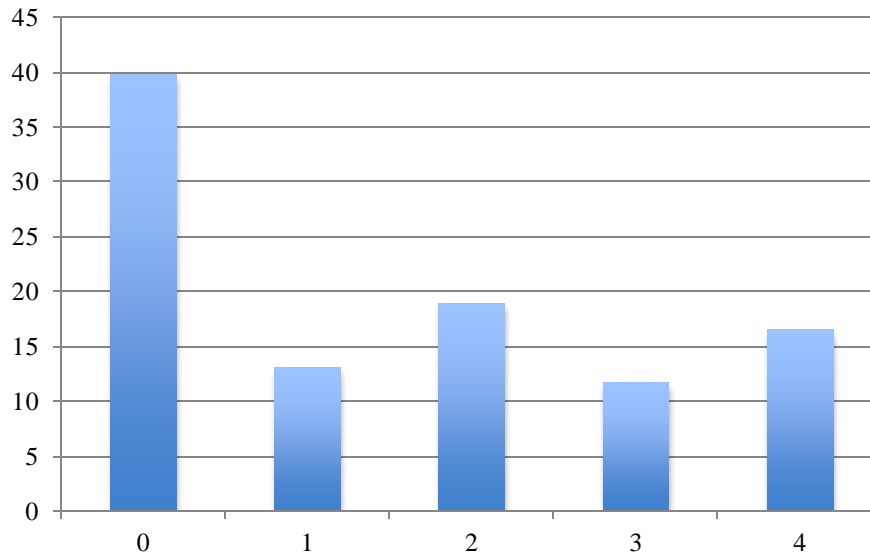
Γράφημα 5.44 (Καταγραφή 5) Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον θεραπευόμενο την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν αυτός/ή το ζητήσει



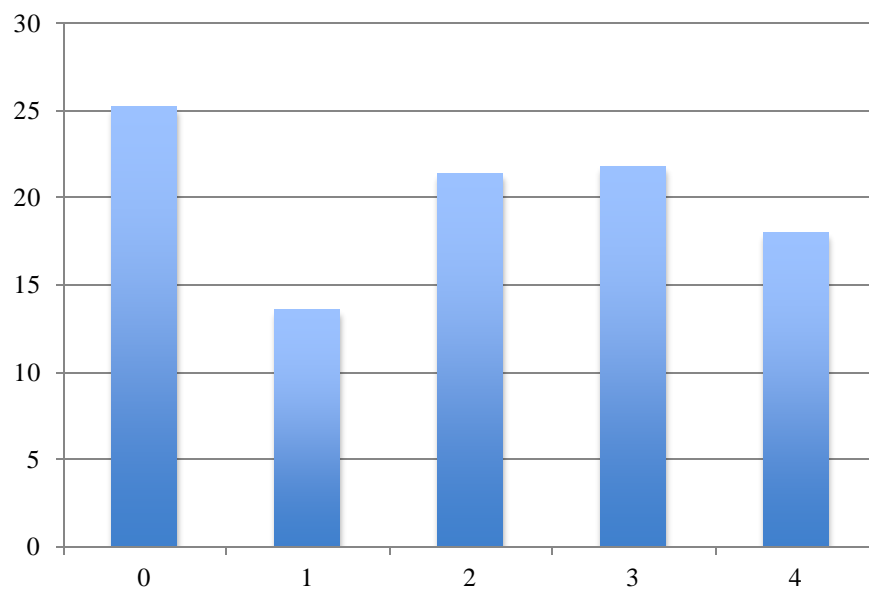
Γράφημα 5.45 (Καταγραφή 6) Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλευτή, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα



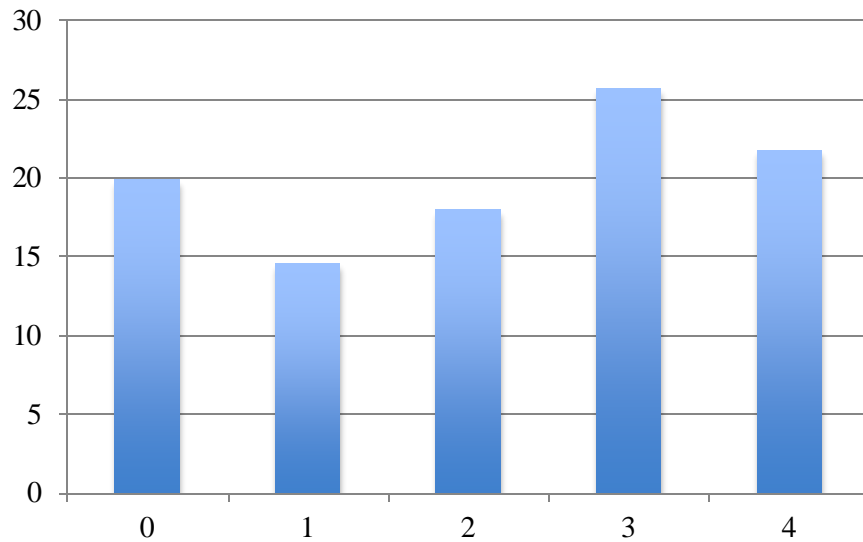
Γράφημα 5.46 (Καταγραφή 7) Επιτρέπω σε φοιτητές επιστημών υγείας να πραγματοποιήσουν επώδυνες/επικίνδυνες διαδικασίες σε θεραπευόμενους αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους



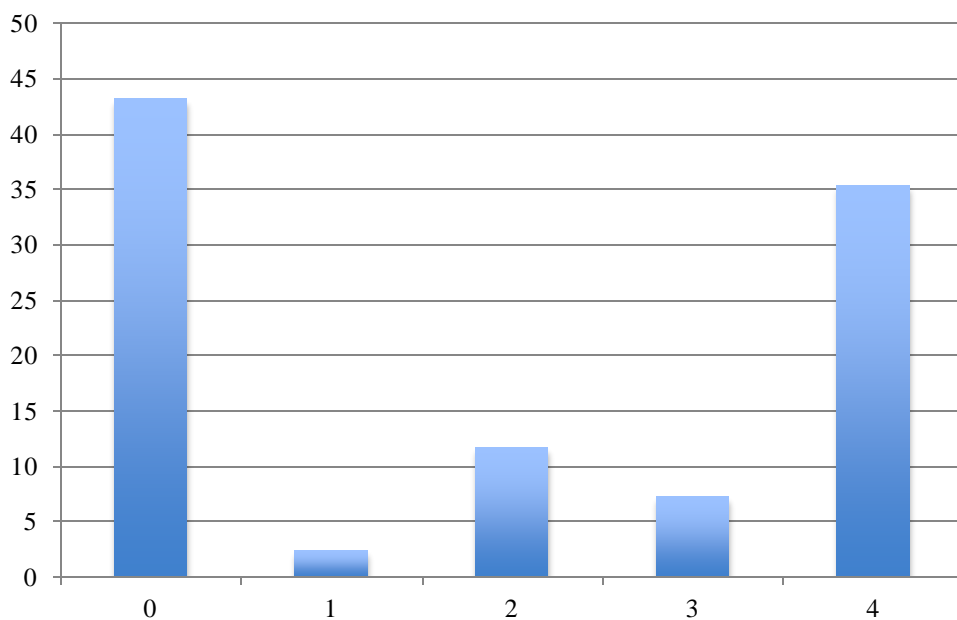
Γράφημα 5.47 (Καταγραφή 8) Συνεχίζω να χορηγώ την ίδια θεραπεία, η οποία ουσιαστικά δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του επειδή φοβάμαι ότι αυξάνοντας τη δόση των φαρμάκων θα προκληθούν σοβαρές παρενέργειες ή διότι δεν γνωρίζω τι άλλο να κάνω



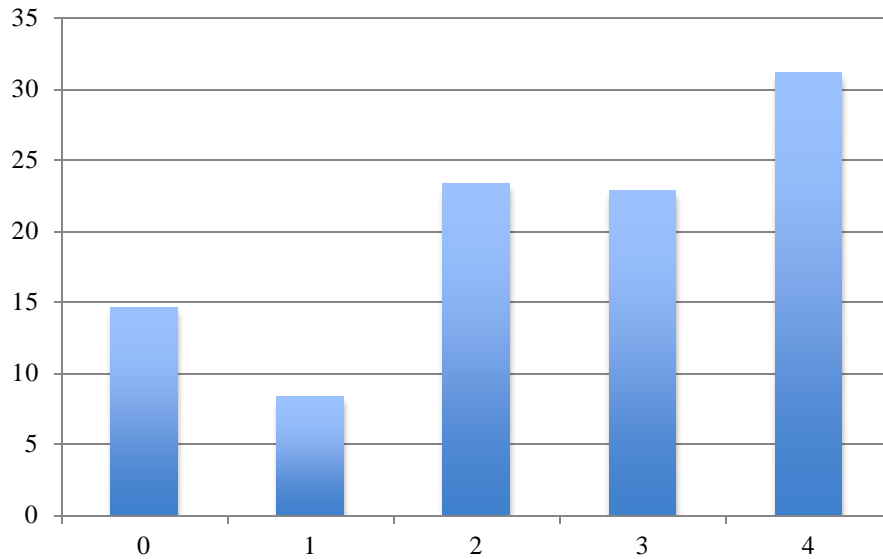
Γράφημα 5.48 (Καταγραφή 9) Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες με την οικογένεια του πάσχοντα ή τον ίδιο



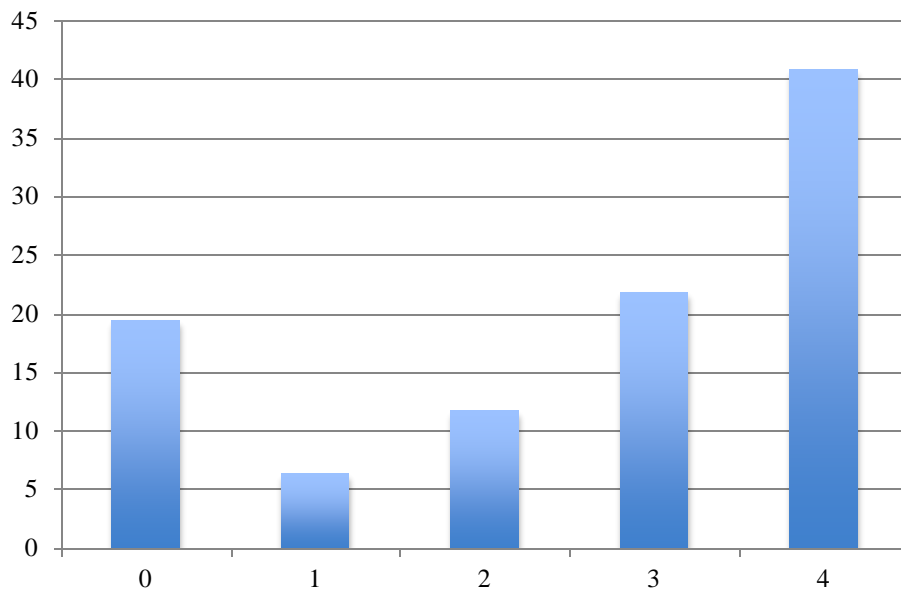
Γράφημα 5.49 (Καταγραφή 10) Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του πάσχοντα να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ίδιος θεωρεί αβάσταχτη την κατάστασή του



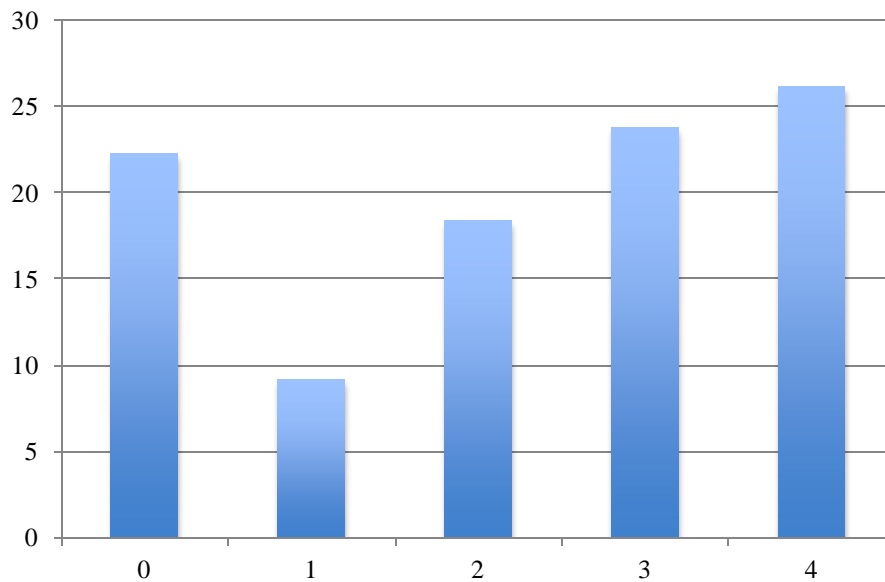
Γράφημα 5.50 (Καταγραφή 11) Εργάζομαι με ιατρούς /νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων



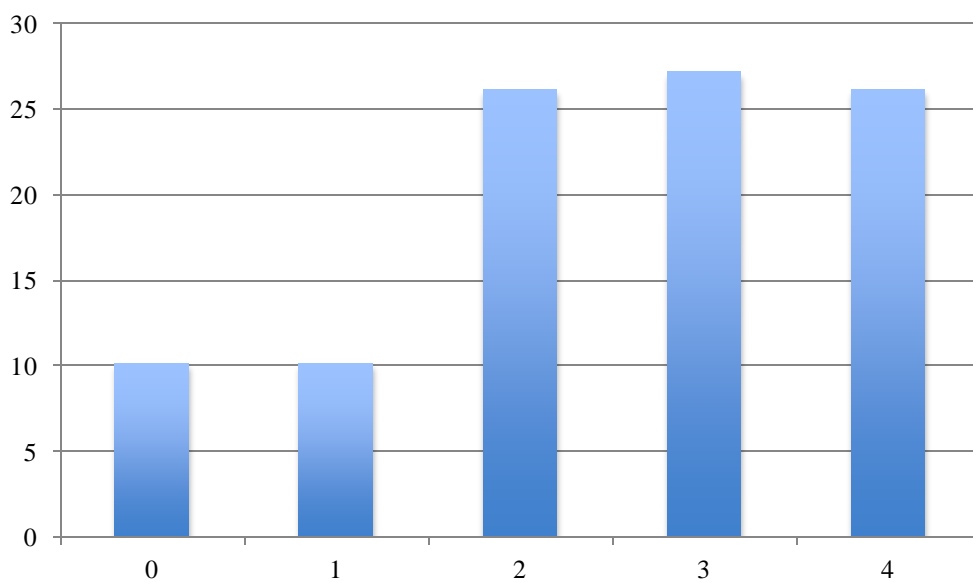
Γράφημα 5.51 (Καταγραφή 12) Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιον/ους από τους θεραπευόμενους



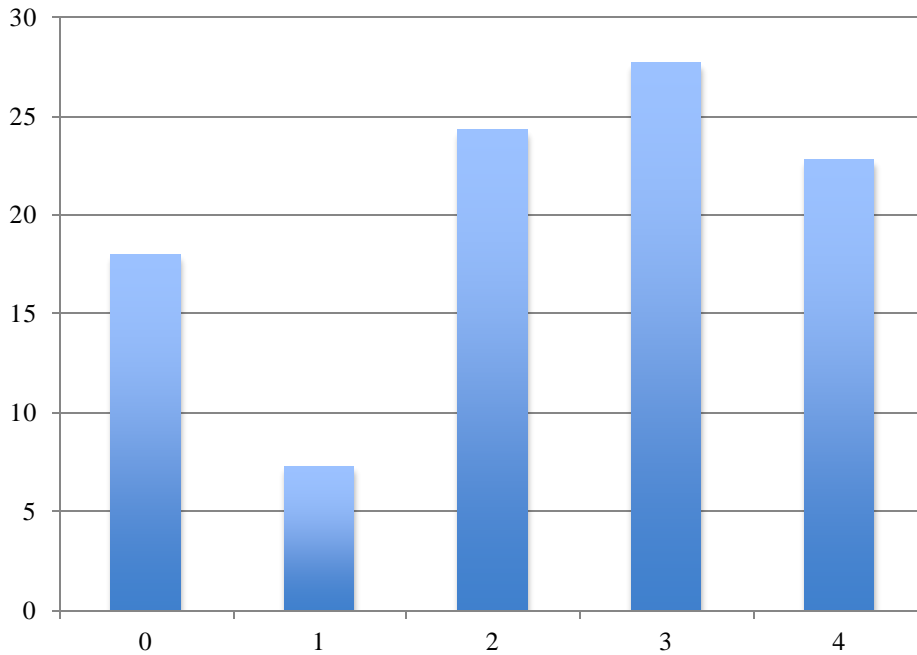
Γράφημα 5.52 (Καταγραφή 13) Παραβλέπω καταστάσεις όπου οι θεραπευόμενοι δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς προκειμένου να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων/ θεραπειών



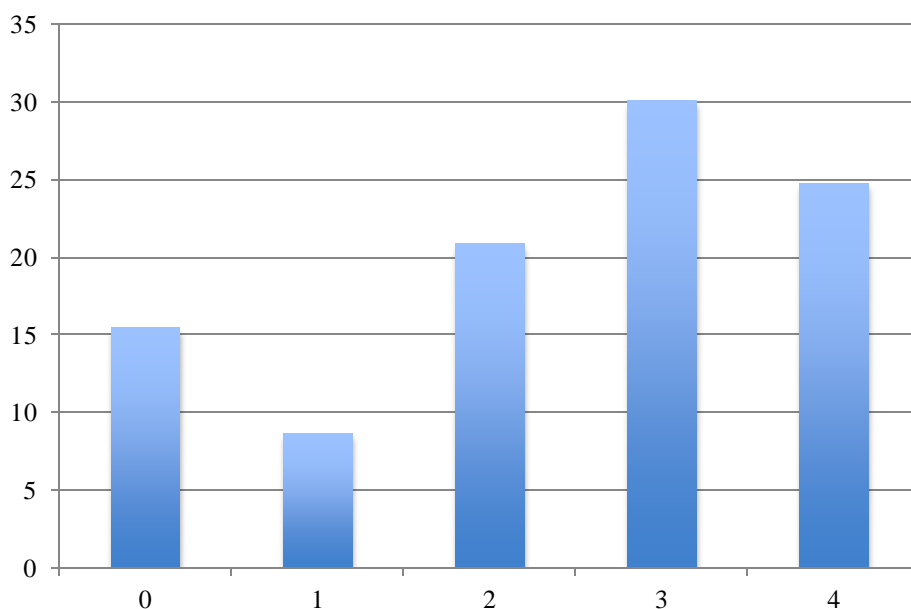
Γράφημα 5.53 (Καταγραφή 14) Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω σε καταστάσεις κατά τις οποίες το προσωπικό υγείας δίνει ψεύτικες ελπίδες σε έναν θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του



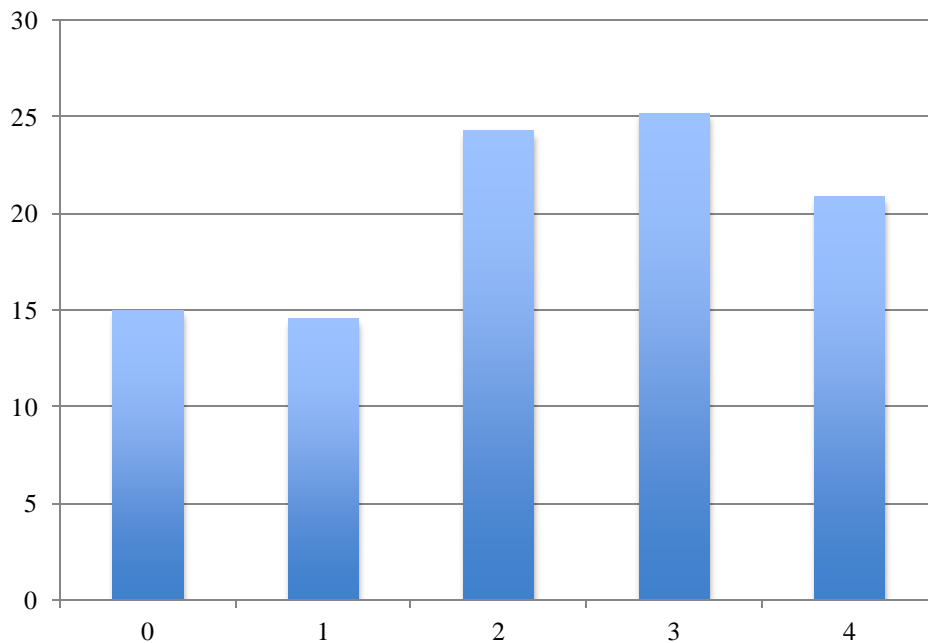
Γράφημα 5.54 (Καταγραφή 15) Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις



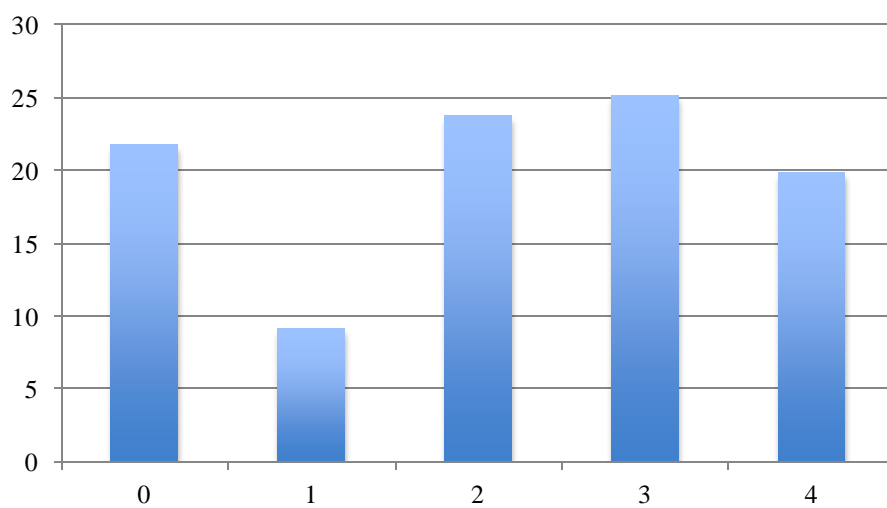
Γράφημα 5.55 (Καταγραφή 16) Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων



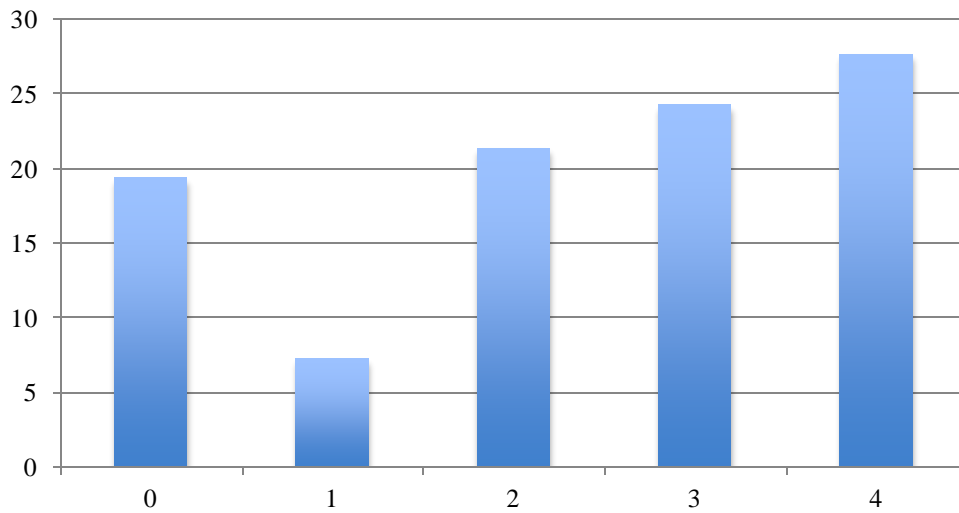
Γράφημα 5.56 (Καταγραφή 17) Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών



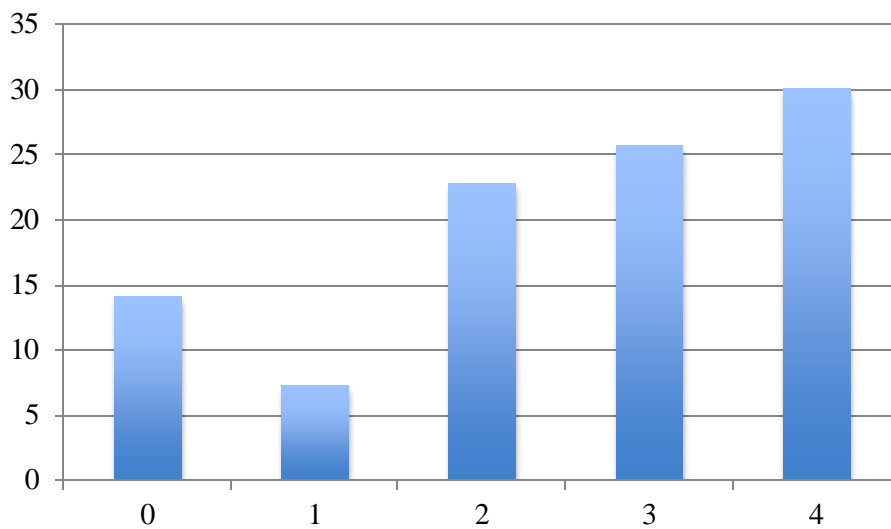
Γράφημα 5.57 (Καταγραφή 18). Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες ο θεραπευόμενος υποφέρει διότι δεν υπάρχει συνοχή (συνέχεια) στη θεραπευτική αντιμετώπισή του



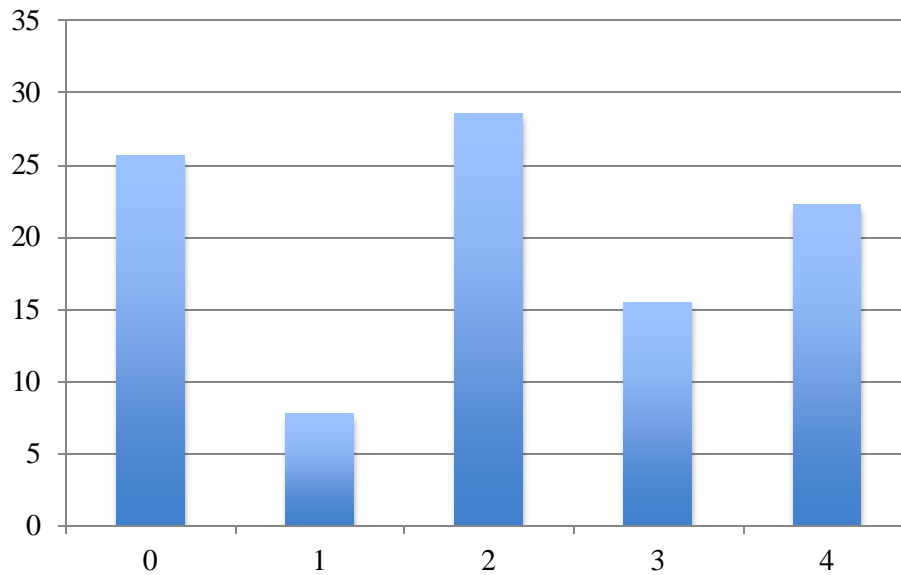
Γράφημα 5.58 (Καταγραφή 19) Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας συνάδελφος νοσηλευτής/τρια έκανε λάθος στην χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει



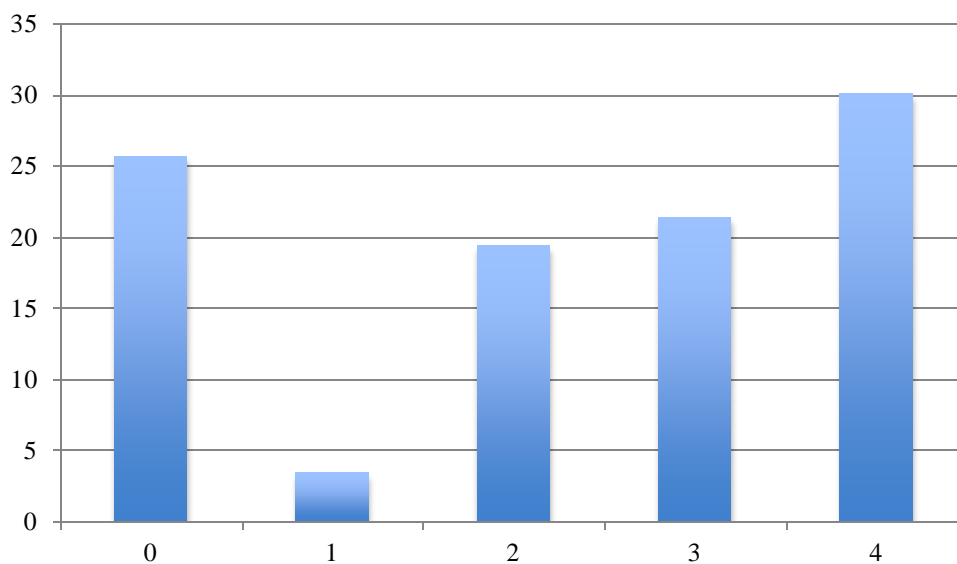
Γράφημα 5.59 (Καταγραφή 20) Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/θεραπευομένων που δεν είναι ασφαλής



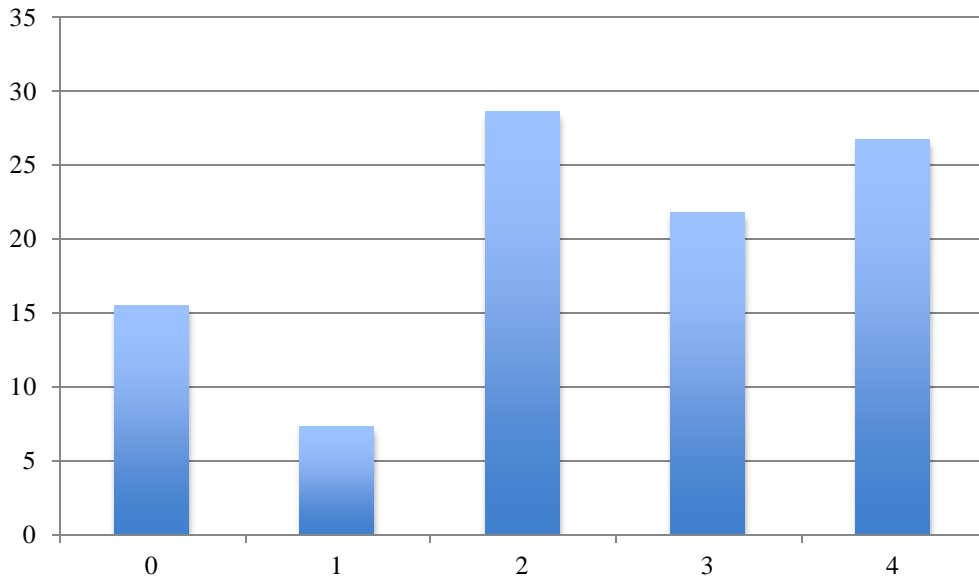
Γράφημα 5.60 (Καταγραφή 21) Εφαρμόζω οδηγίες ή την πολιτική της δομής στην οποία εργάζομαι για διακοπή της θεραπείας επειδή οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά



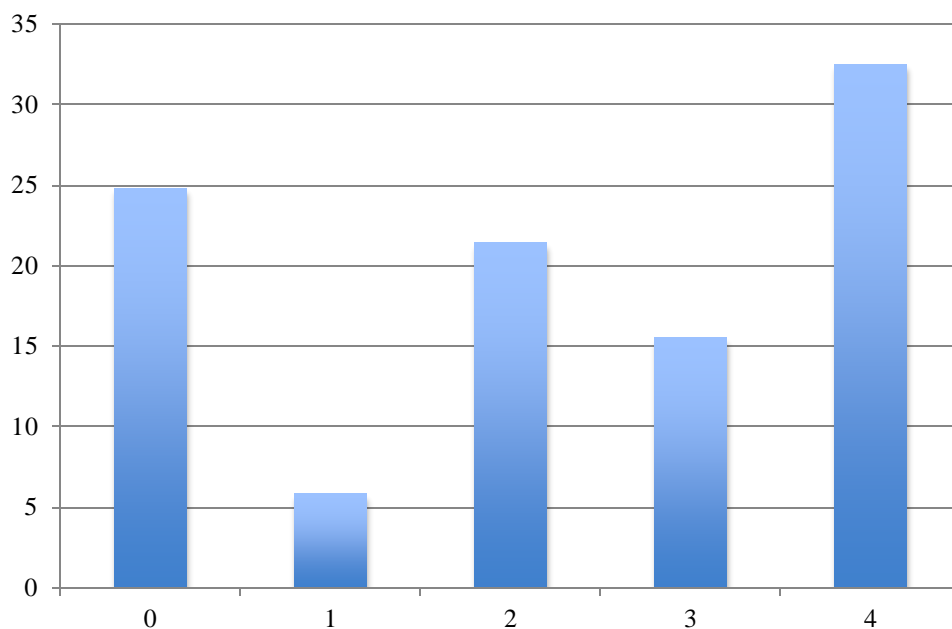
Γράφημα 5.61 (Καταγραφή 22) Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω όταν μέλη του προσωπικού γελοιοποιούν τους θεραπευόμενους



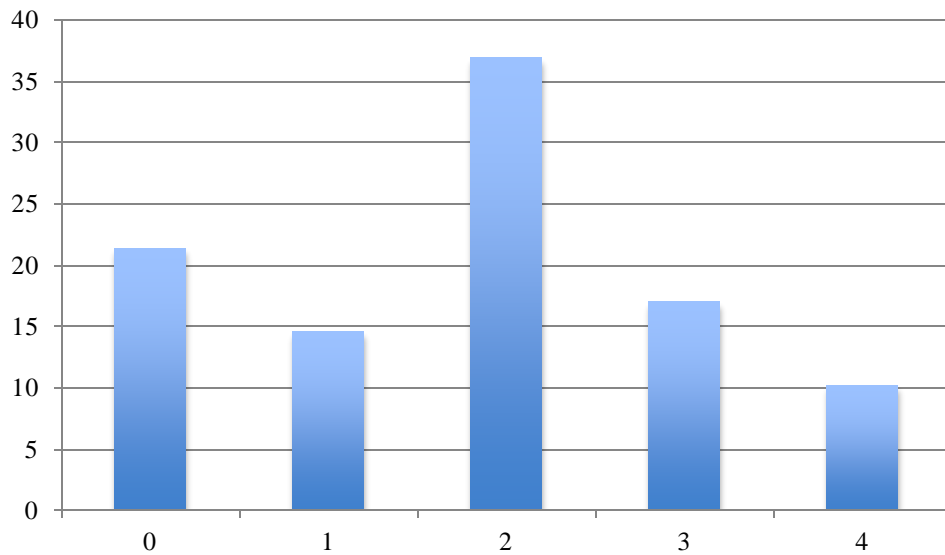
Γράφημα 5.62 (Καταγραφή 23) Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευομένους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας



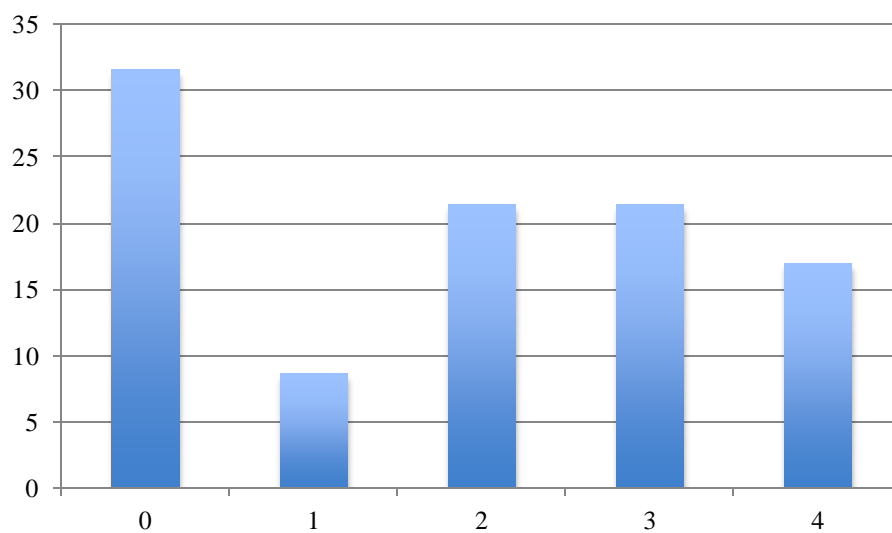
Γράφημα 5.63 (Καταγραφή 24) Πολλές φορές στη δομή που εργαζομαι γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω διακρίσεων από το προσωπικό σε βάρος των θεραπευομένων βάσει φυλετικών/ θρησκευτικών/ κοινωνικο-οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών



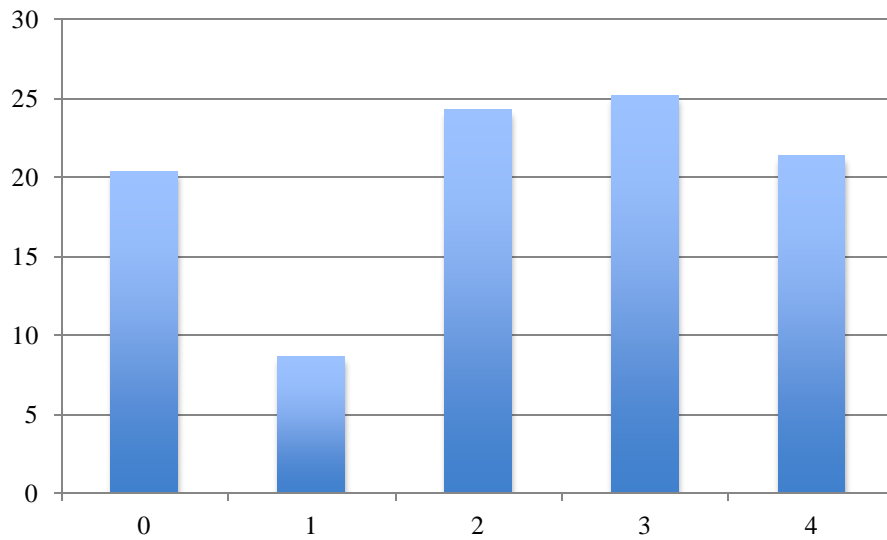
Γράφημα 5.64 (Καταγραφή 25) Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων σχετικά με κάποιο ηθικό ζήτημα και δεν λαμβάνω δράση διότι έτσι μου έχει ζητηθεί από τον συνάδελφο που εμπλέκεται στο ζήτημα αυτό ή από άλλο άτομο σε υψηλότερη θέση εξουσίας



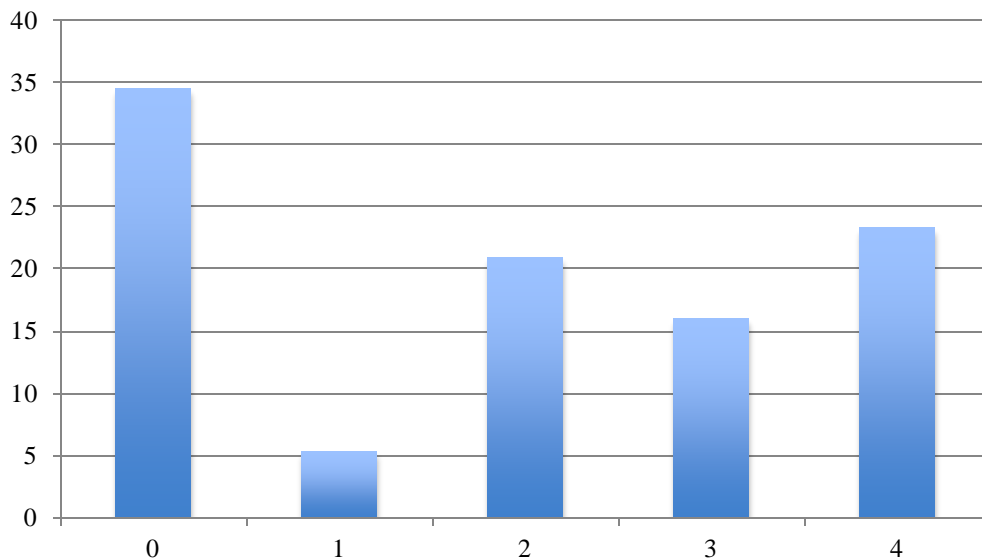
Γράφημα 5.65 (Καταγραφή 26) Πολλές φορές αντιλαμβάνομαι ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου δεν είναι επαρκείς ώστε να συνεχίσω να παρέχω φροντίδα με ασφάλεια στη δομή που εργάζομαι τώρα



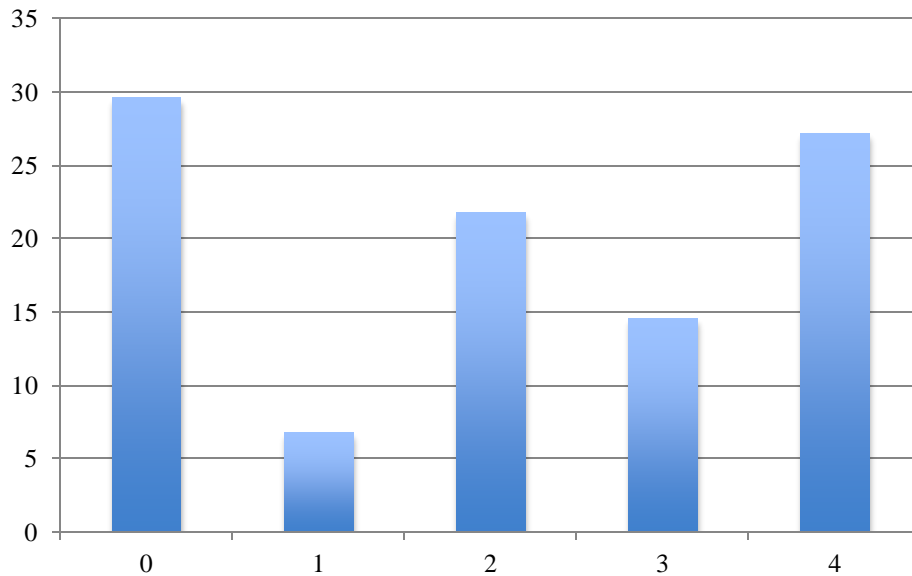
Γράφημα 5.66 (Καταγραφή 27) Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες θεραπευόμενοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται ακόμη κι αν η κατάστασή τους είναι σταθερή και είναι έτοιμοι για εξιτήριο



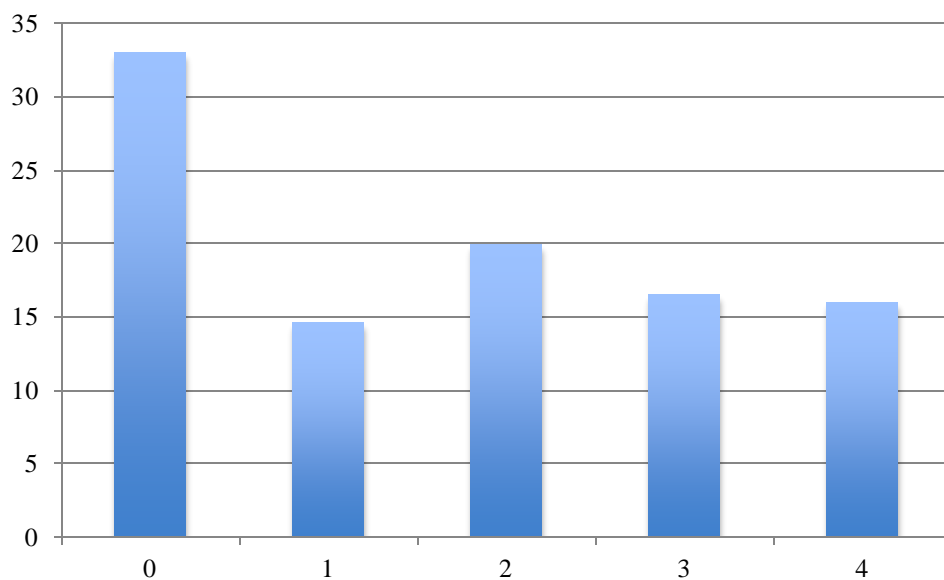
Γράφημα 5.67 (Καταγραφή 28) Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες το προσωπικό ψάχνει τα υπάρχοντα των θεραπευμένων χωρίς την άδειά τους



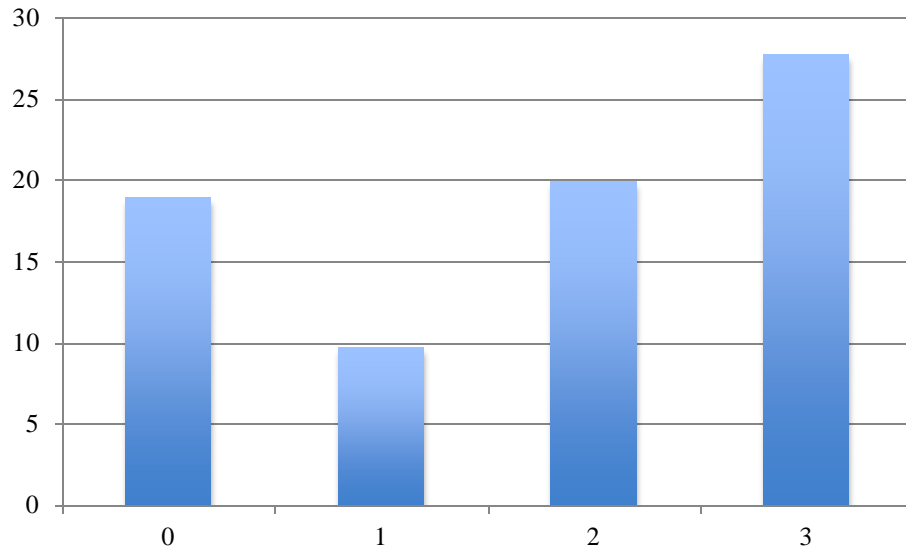
Γράφημα 5.68 (Καταγραφή 29) Λόγω έλλειψης προσωπικού παρέχω πλημμελή ή/και ακατάλληλη φροντίδα στους θεραπευόμενους, όπως χρήση πάνας ακράτειας χωρίς αντίστοιχα συμπτώματα ή περιορισμό σε κλειστό χώρο θεραπευομένων που περιφέρονται



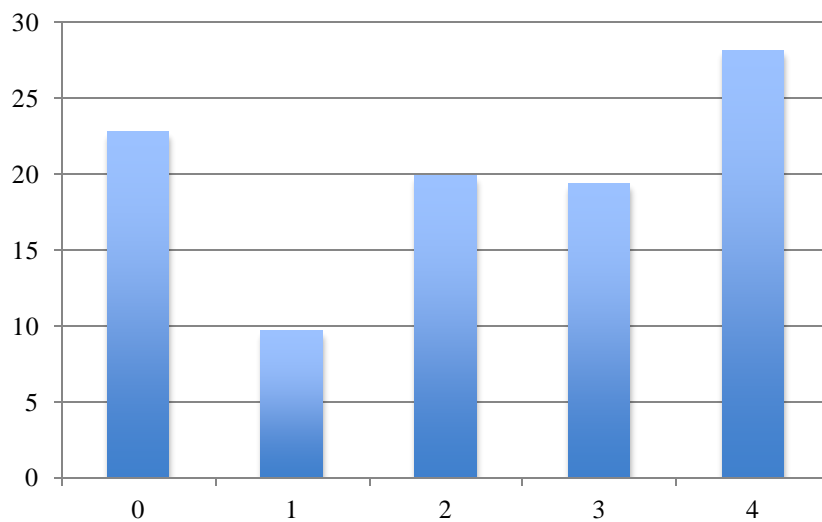
Γράφημα 5.69 (Καταγραφή 30) Έχω αναμίξει φάρμακα σε φαγητό ή ποτό θεραπευομένων επειδή αρνούνται να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή τους



Γράφημα 5.70 (Καταγραφή 31) Συνειδητοποιώ ότι δεν έχω χρόνο να μιλήσω με τους θεραπευόμενους, οι οποίοι δεν προκαλούν προβλήματα



Γράφημα 5.71 (Καταγραφή 32) Εργάζομαι χωρίς να αντιδρώ κάτω από συνθήκες που οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν



Πίνακας 5.14 Παρουσίαση των καταστάσεων που προκαλούν συχνότερα ΗΑ στους συμμετέχοντες του δείγματος με φθίνουσα σειρά και μέσες τιμές και τυπική απόκλιση της συχνότητας αυτών

Φθίνουσα σειρά	Κατάσταση ΗΑ	ΜΓ	ΤΑ
	έντασης ΗΑ		
12	12. Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιον/ους από τους θεραπευόμενους.	2,58	1,537
18	18. Βοηθώ τους ιατρούς στην εκτέλεση εξετάσεων ή θεραπειών χωρίς τη συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση των θεραπευόμενων.	2,58	1,418
20	20. Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/θεραπευόμενων που δεν είναι ασφαλής.	2,50	1,361
32	32. Εργάζομαι χωρίς να αντιδρώ/ παρεμβαίνω υπό συνθήκες, κατά τις οποίες οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν.	2,50	1,516
3	3. Προβαίνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις επειδή υπάρχει ιατρική οδηγία ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευόμενου.	2,49	1,219
1	1. Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους.	2,49	1,527
11	11. Εργάζομαι με ιατρούς /νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων.	2,48	1,385
23	23. Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευόμενους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας.	2,37	1,361
16	16. Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων.	2,33	1,360
19	19. Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας ιατρός ή ένας συνάδελφος νοσηλευτής έκανε λάθος στη χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει.	2,32	1,448
15	15. Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις.	2,30	1,378

Οι περισσότερες καταστάσεις, οι οποίες φάνηκε να προκαλούν την υψηλότερη ένταση ηθικού αδιεξόδου σχετίζονται με αντιδεοντολογική συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, με κυριότερη από αυτές τη μη αναφορά περιστατικών κακοποίησης θεραπευόμενων. Βέβαια, στις πρώτες θέσεις των υψηλών τιμών έντασης ηθικού αδιεξόδου βρίσκονταν και οι καταστάσεις που σχετίζονταν με την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Οι καταστάσεις που αφορούν τόσο τη συχνότητα όσο και την ένταση του ηθικού

αδιεξόδου στους συμμετέχοντες παρουσιάζονται με φθίνουσα σειρά εμφάνισης στον πίνακα 5.15.

Πίνακας 5.15 Παρουσίαση των καταστάσεων που προκαλούν ΗΑ με φθίνουσα σειρά συχνότητας και έντασης τους συμμετέχοντες

	Φθίνουσα σειρά συχνότητας	Φθίνουσα σειρά έντασης
1. Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους.	7	7
2. Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ή/και συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον θεραπευόμενο.	11	25
3. Προβαίνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις επειδή υπάρχει ιατρική οδηγία ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευομένου.	3	7
4. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού ή/και της οικογένειας ενός πάσχοντα που πεθαίνει να μην συζητήσω μαζί του το ζήτημα του θανάτου, ακόμη και εάν εκείνος/η το ζητάει.	18	21
5. Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν το ζητούν.	10	15
6. Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλεύτη, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα.	1	29
7. Επιτρέπω/Γίνομαι μάρτυρας περιπτώσεων κατά τις οποίες φοιτητές επιστημών υγείας πραγματοποιούν επώδυνες/επικίνδυνες διαδικασίες σε θεραπευόμενους αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους.	31	32
8. Συνεχίζω να χορηγώ την ίδια θεραπεία, η οποία ουσιαστικά δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του επειδή ο ιατρός φοβάται ότι αυξάνοντας τη δόση των φαρμάκων θα προκληθούν σοβαρές παρενέργειες ή διότι δεν γνωρίζει τι άλλο να κάνω.	17	24

9. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες με την οικογένεια του πάσχοντα ή τον ίδιο.	20	20
10. Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του πάσχοντα να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ίδιος θεωρεί αβάσταχτη την κατάσταση του.	32	26
11. Εργάζομαι με ιατρούς /νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων.	8	8
12. Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιον/ους από τους θεραπευόμενους.	29	1
13. Παραβλέπω καταστάσεις όπου οι θεραπευόμενοι δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς προκειμένου να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων/ θεραπειών.	13	18
14. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς παρεμβαίνω σε καταστάσεις κατά τις οποίες το προσωπικό υγείας δίνει ψεύτικες ελπίδες σε έναν θεραπευόμενο ή στην οικογένειά του..	15	5
15. Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις.	19	12
16. Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων.	12	10
17. Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών.	4	17
18. Βοηθώ τους ιατρούς στην εκτέλεση εξετάσεων ή θεραπειών χωρίς τη συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση των θεραπευόμενων.	2	2
19. Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας ιατρός ή ένας συνάδελφος νοσηλευτής έκανε λάθος στη χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει.	26	11
20. Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/θεραπευόμενων που δεν είναι ασφαλής.	6	4

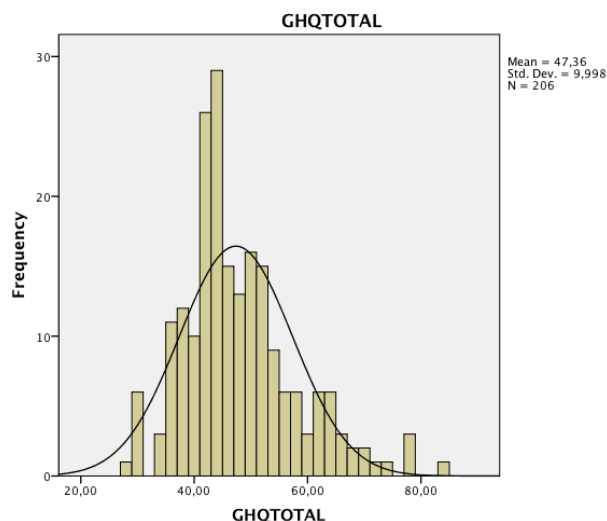
21. Εφαρμόζω οδηγίες ή την πολιτική της δομής στην οποία εργάζομαι για διακοπή της θεραπείας επειδή οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά.	27	23
22. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω όταν μέλη του προσωπικού γελοιοποιούν τους θεραπευόμενους.	28	14
23.Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων κατά τις οποίες παρέχεται στους θεραπευόμενους χαμηλής ποιότητας φροντίδα λόγω κακής επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας.	5	9
24. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω διακρίσεων από το προσωπικό σε βάρος των θεραπευόμενων βάσει φυλετικών/ θρησκευτικών/ κοινωνικο-οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών.	22	16
25. Γίνομαι μάρτυρας καταστάσεων σχετικά με κάποιο ηθικό ζήτημα και δεν λαμβάνω δράση διότι έτσι μου έχει ζητηθεί από τον συνάδελφο που εμπλέκεται στο ζήτημα αυτό ή από άλλο άτομο σε υψηλότερη θέση εξουσίας.	23	30
26. Χρειάζεται ή μου ζητείται να παρέχω φροντίδα σε περιπτώσεις για τις οποίες οι γνώσεις και οι δεξιότητες μου δεν είναι επαρκείς ώστε να συνεχίσει να προασπίζεται η ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας.	25	28
27.Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες θεραπευόμενοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται ακόμη κι αν η κατάστασή τους είναι σταθερή και είναι έτοιμοι για εξιτήριο.	14	19
28. Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες το προσωπικό ψάχνει τα υπάρχοντα των θεραπευμένων χωρίς την άδεια τους.	30	27
29. Λόγω έλλειψης προσωπικού παρέχω πλημμελή ή/και ακατάλληλη φροντίδα στους θεραπευόμενους, όπως χρήση πάνας ακράτειας χωρίς αντίστοιχα συμπτώματα ή περιορισμό σε κλειστό χώρο θεραπευόμενων που περιφέρονται.	24	22
30. Έχω αναμίξει κρυφά από τους θεραπευόμενους τα φάρμακά τους σε φαγητό ή ποτό επειδή αρνούσαν να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή τους.	21	31

31. Λόγω έλλειψης προσωπικού δεν αφιερώνω χρόνο για να επικοινωνήσω με θεραπευομένους, οι οποίοι δεν προκαλούν προβλήματα.	9	13
32. Εργάζομαι χωρίς να αντιδρώ/ παρεμβαίνω υπό συνθήκες, κατά τις οποίες οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλουν να παραιτηθούν.	16	3

5.4. Μέτρηση της συχνότητας παρουσίας συμπτωμάτων γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής)

Ερώτημα της μελέτης αφορούσε την αξιολόγηση της Γενικής Υγείας (σωματικής και ψυχικής) με το GHQ-28. Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να δηλώσουν αν είχαν κάποια από τα συμπτώματα τους τελευταίους 2-3 μήνες από το καθόλου, όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως, μάλλον περισσότερο από συνήθως, πολύ περισσότερο από συνήθως. Η συνολική κλίμακα παίρνει τιμές από 28-112. Όσον αφορά τα συνολικά αποτελέσματα της κλίμακας παρουσιάζεται μια διακύμανση στη βαθμολογία από 28 – 83. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας ήταν $MT=47,36$ και $TA=9,998$ αντίστοιχα (Πίνακας 5.16, Ιστόγραμμα 5.3).

Ιστόγραμμα 5.3 Κατανομή της τιμής της συνολικής έντασης συμπτωμάτων γενικής υγείας στους συμμετέχοντες.



Πίνακας 5.16 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των τιμών της κλίμακας GHQ-28

		N	Ελάχιστος	Μέγιστος	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
A1	Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	206	1	4	2,01	,494
A2	Νιώθετε έντονα την ανάγκη για κάτι τονωτικό ή διεγερτικό;	206	1	4	2,10	,708
A3	Νιώθετε εξαντλημένη /ος ή/και αδιάθετη/ος;	206	1	4	2,09	,693
A4	Νιώθετε πως είστε άρρωστη/ος;	206	1	4	1,58	,633
A5	Έχετε κεφαλαλγίες;	206	1	4	1,82	,742
A6	Νιώθετε σφίξιμο ή πίεση στο κεφάλι;	206	1	4	1,73	,760
A7	Αισθάνεστε ρίγη ή εξάψεις;	206	1	4	1,48	,668
B1	Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχη/ος από στεναχώρια;	206	1	4	1,78	,723
B2	Έχετε δυσκολία να διατηρήσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές;	206	1	4	1,73	,748
B3	Νιώθετε να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	206	1	4	2,00	,759
B4	Νιώθετε να είστε κακόκεφη/ος και να αρπάζετε εύκολα;	206	1	4	1,95	,720
B5	Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	206	1	4	1,58	,633
B6	Νιώθετε πως δεν αντέχετε άλλο και τα πάντα να σας καταπλακώνουν;	206	1	4	1,55	,681
B7	Νιώθετε συνεχώς νευρική/ος και σε υπερένταση;	206	1	4	1,77	,742
G1	Καταφέρνετε να είστε δραστήρια/ος και να παραμένετε απασχολημένη/ος;	206	1	4	1,97	,457
G2	Με τι ταχύτητα κάνετε τις δουλειές σας σε σχέση με το παρελθόν;	206	1	4	2,11	,591
G3	Θεωρείτε πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	206	1	3	1,93	,376
G4	Νιώθετε ικανοποιημένη/ος με τον τρόπο που εκπληρώνετε τα καθήκοντα σας;	206	1	4	2,00	,527
G5	Νιώθετε χρήσιμη/ος σε σχέση με αυτά που συμβαίνουν γύρω σας;	206	1	4	1,94	,585
G6	Θεωρείτε πως είστε ικανή/ος να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	206	1	4	1,82	,499
G7	Χαίρεστε και απολαμβάνετε τις συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;	206	1	4	1,90	,550
Δ1	Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε ;	206	1	4	1,29	,532
Δ2	Νιώθετε πως δεν υπάρχει ελπίδα στη ζωή σας;	206	1	3	1,24	,470
Δ3	Νιώθετε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	206	1	3	1,16	,393
Δ4	Σας έχει περάσει από το μυαλό ή πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	206	1	3	1,12	,369
Δ5	Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να μην μπορείτε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	206	1	4	1,51	,638
Δ6	Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να εύχεστε να ήσασταν νεκρή/ός και να γλιτώνατε απ' όλα;	206	1	3	1,12	,336
Δ7	Θεωρείτε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας είναι η καλύτερη λύση;	206	1	3	1,11	,359

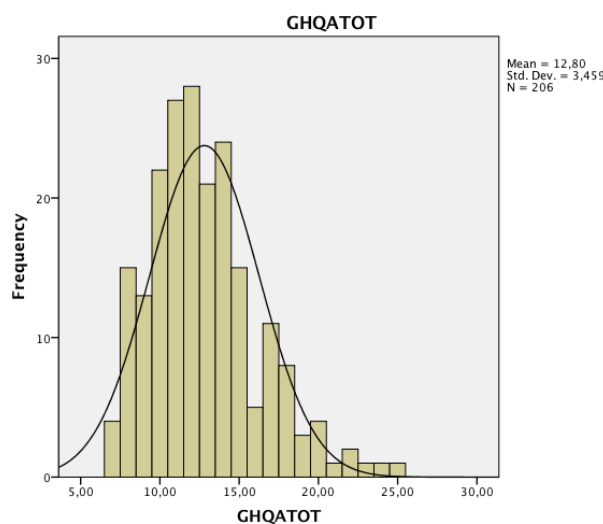
Αξιολόγηση της συχνότητας των υποκλιμάκων

Η βαθμολόγηση των υπο-κλιμάκων γίνεται με βάση την κλίμακα Likert, καθώς δεν υπάρχει ενδεικτική κρίσιμη τιμή. Η κάθε υπο-κλίμακα έχει επτά ερωτήσεις και εύρος τιμών 7-28. Η ψηλότερη βαθμολογία στην κάθε υπο-κλίμακα σημαίνει και αυξημένα προβλήματα.

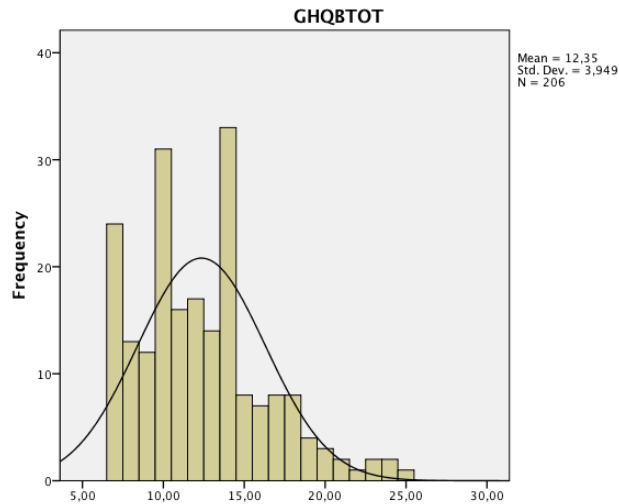
Οι ψηλότερες βαθμολογίες παρατηρούνται στην κατηγορία της αντίληψης για την επάρκεια των ικανοτήτων, ακολουθεί η υποκλίμακα που αξιολογεί την αντίληψη για τη σωματική υγεία, στη συνέχεια η υποκλίμακα που αξιολογεί το Άγχος και Αϋπνία». Η μικρότερη τιμή παρατηρείται, όπως ήταν αναμενόμενο, στη κατηγορία της «Σοβαρής κατάθλιψης» καθώς οι ερωτήσεις αφορούν τον αυτοκτονικό ιδεασμό.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την υποκλίμακα της αντίληψης για τη σωματική υγεία στα αποτελέσματα παρουσιάζεται μια διακύμανση στη βαθμολογία από 7 – 28. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας ήταν $MT=12,80$ και $TA=3,459$, αντίστοιχα. (Πίνακας 5.16, Ιστόγραμμα 5.4). Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν στα ερωτήματα «Νιώθετε έντονα την ανάγκη για κάτι τονωτικό ή διεγερτικό;» «Νιώθετε εξαντλημένη /ος ή/και αδιάθετη/ος;»

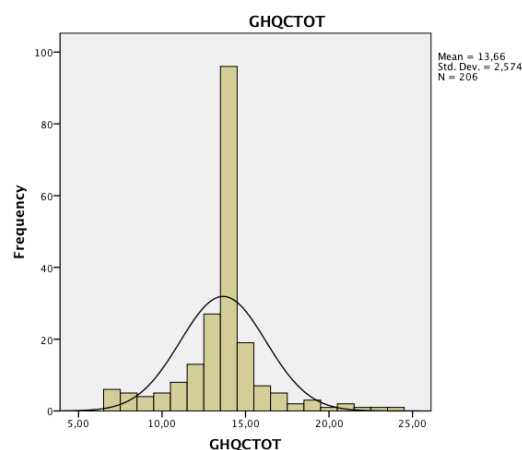
Ιστόγραμμα 5.4 Κατανομή αυτοαναφερόμενης έντασης σωματικών συμπτωμάτων



Βάσει της κατανομής των τιμών αυτής της υποκλίμακας των συμπτωμάτων του άγχους παρουσιάζεται μια διακύμανση στη βαθμολογία από 7 – 25. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας ήταν $MT=12,35$ και $TA=3,949$, αντίστοιχα. (Πίνακας 5.16, Ιστόγραμμα 5.5) τα ερωτήματα με τις υψηλότερες μέσες τιμές ήταν: «Νιώθετε να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;» «Νιώθετε να είστε κακόκεφη/ος και να αρπάζεστε εύκολα;»

Ιστόγραμμα 5.5 Κατανομή αυτοαναφερόμενης έντασης συμπτωμάτων άγχους

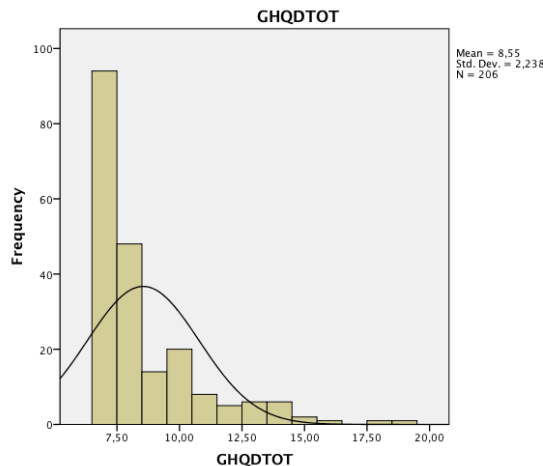
Η υποκλίμακα για την αντίληψη της επάρκειας των ικανοτήτων παρουσιάζει μια διακύμανση στη βαθμολογία από 7 – 24. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας ήταν $MT=13,66$ και $TA=2,574$ αντίστοιχα. (Πίνακας 5.16, Ιστόγραμμα 5.6). Στη συγκεκριμένη υποκλίμακα τις υψηλότερες μέσες τιμές κατέγραψαν τα ερωτήματα : «Με τι ταχύτητα κάνετε τις δουλειές σας σε σχέση με το παρελθόν;» «Νιώθετε ικανοποιημένη/ος με τον τρόπο που εκπληρώνετε τα καθήκοντα σας;»

Ιστόγραμμα 5.6 Κατανομή αυτοαναφερόμενης κοινωνικής/προσωπικής λειτουργικής επάρκειας

Τέλος στην υποκλίμακα που αξιολογεί τα συμπτώματα κατάθλιψης και συμπεριφοράς αυτοκτονία τα αποτελέσματα παρουσίασαν μια διακύμανση στη βαθμολογία από 7 – 19. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας ήταν $MT=8,549$ και $TA=2,238$ αντίστοιχα. (Πίνακας 5.16, Ιστόγραμμα 5.7). Το ερώτημα με τον υψηλότερο μέσο όρο αλλά

και πάλι σε πολύ χαμηλά επίπεδα κατέγραψε το ερώτημα : «Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να μην μπορείτε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;»

Ιστόγραμμα 5.7 Κατανομή της αυτοαναφερόμενης έντασης συμπτωμάτων κατάθλιψης



5.5. Μέτρηση της συχνότητας παρουσίας συμπτωμάτων Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής

Η κλίμακα παίρνει τιμές από 0-85, και το εύρος των απαντήσεων κυμαίνεται από το «ποτέ» ως το «πολύ συχνά». Οι δηλώσεις αφορούν το τρόπο που έχουν νιώσει οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν έρθει σε επαφή με άτομα που έχουν βιώσει ψυχολογικά προβλήματα. Το «ποτέ» αξιολογείται με 1, το «αραιά/ σπάνια» με 2, «περιοδικά» με 3, «συχνά» με 4 και «πολύ συχνά» με 5. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της συχνότητας της παρουσίας συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στους Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας παρουσιάζεται μια διακύμανση στη βαθμολογία από E=17– 61. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας ήταν MT=31,09 και TA=10,24, αντίστοιχα. (Πίνακας 5.17, Ιστόγραμμα 5.8)

Η κλίμακα STSS αποτελείται από τρεις υποκλίμακες: (α) συμπτώματα αναβίωσης (intrusion), (β) συμπτώματα αποφυγής (avoidance) και (γ) συμπτώματα διεγερσιμότητας (arousal).

Η συνολική βαθμολογία για την πλήρη κλίμακα STSS όπως και για κάθε υποκλίμακα αυτής προκύπτει από την άθροιση της βαθμολογίας σε κάθε ένα στοιχείο των στοιχείων της υποκλίμακας. Για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αναβίωσης το συνολικό σκορ αποτέλεσμα προκύπτει από το άθροισμα των στοιχείων 2, 3, 6, 10, 13 για την υποκλίμακα

των συμπτωμάτων αποφυγής των στοιχείων 1, 5, 7, 9, 12, 14, 17, και για την υποκλίμακα των συμπτωμάτων αυξημένης διεγερσιμότητας των στοιχείων 4, 8, 11, 15, 16.

Η κλίμακα STSS διαφέρει από τα άλλα εργαλεία αξιολόγησης των συμπτωμάτων της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής δεδομένου ότι οι διατυπώσεις των αντικειμένων της δημιουργήθηκαν έτσι ώστε, το τραυματικό στρεσογόνο γεγονός να είναι η έκθεση σε άτομα που έχουν βιώσει πρωτογενές τραυματικό στρεσογόνο γεγονός. Το δεδομένο αυτό υποδηλώνεται από τα αντικείμενα 2, 3, 6, 10, 12, 13, 14, 17.

Σε συμφωνία με τα κριτήρια του DSM - IV (A.P.A., 2000), αναφορικά με τα συμπτώματα της αγχώδους διαταραχής μετά από τραυματικό στρες (PTSD) , τα υπόλοιπα στοιχεία δεν είναι ειδικά ως προς τον στρεσογόνο παράγοντα (στοιχεία 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 15, 16), αλλά αφορούν στις αρνητικές επιπτώσεις του τραυματικού στρεσογόνου γεγονότος στον οργανισμό.

Στη συγκεκριμένη ερευνητική εργασία οι συμμετέχοντες παρουσίασαν τις ψηλότερες μέσες τιμές στα ερωτήματα (1, 8, 15, 9, 5) τα οποία σύμφωνα με τους κατασκευαστές του εργαλείου αφορούν τις αρνητικές επιπτώσεις του τραυματικού γεγονότος στον οργανισμό, μετά από έκθεση σε τραυματικό γεγονός.

“Νιώθω συναισθηματικά μουνδιασμένος/νη”

“Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση»

«Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα»

«Είμαι λιγότερος δραστήριος/α από το συνηθισμένο»

«Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον μου». (Πίνακας 5.18)

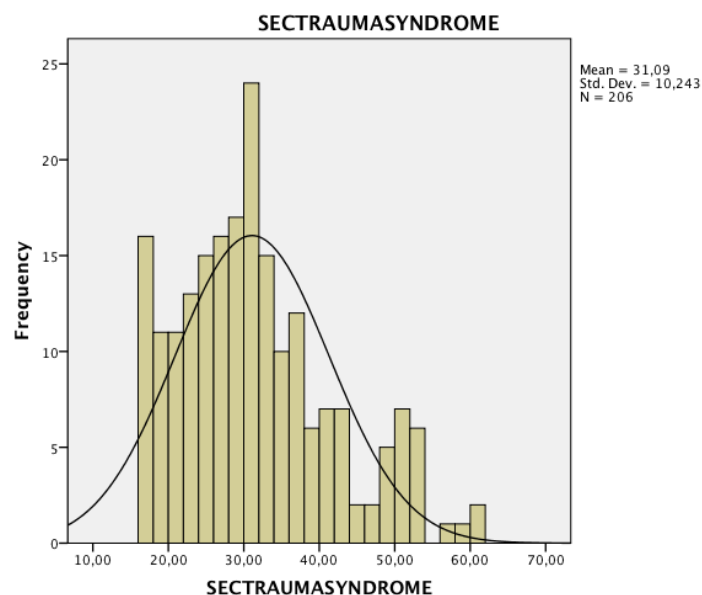
Από τη συνολική μέση τιμή προκύπτει ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βιώνουν μέτριου βαθμού συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής.

Πίνακας 5.17 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των αντικειμένων της κλίμακας αξιολόγησης της έντασης συμπτωμάτων Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής STSS

		N	Ελάχιστος	Μέγιστος	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
1	Νιώθω συναισθηματικά μουνδιασμένος/νη.	206	1	5	2,34	,963
2	Η καρδιά μου χτυπάει όταν σκέφτομαι τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	206	0	5	1,82	,928
3	Νιώθω σαν να ζω και εγώ την τραυματική εμπειρία(ες) που μου περιέγραφε πως υπέστη ο θεραπευόμενός μου.	206	1	5	1,88	,926
4	Έχω πρόβλημα με τον ύπνο μου.	206	0	5	1,81	,978
5	Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον	206	1	5	1,97	1,042

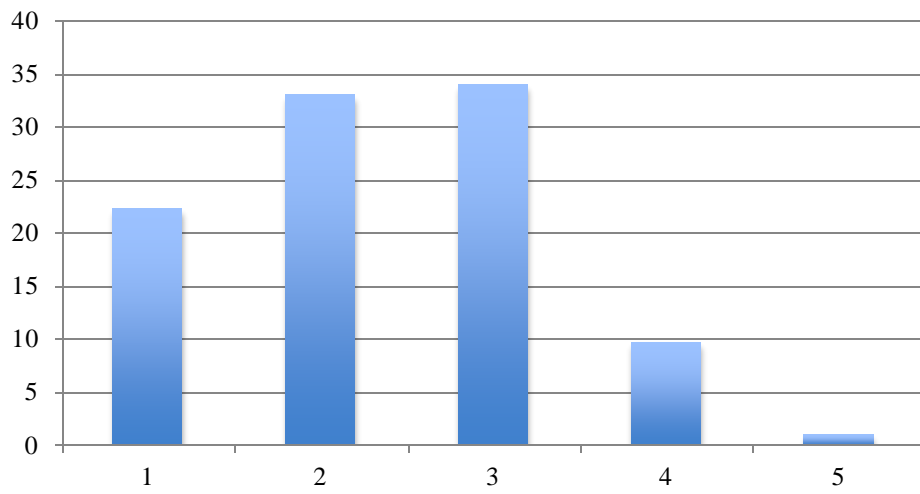
6	μου. Πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους με αναστατώνουν.	206	1	5	1,79	,810
7	Έχει μειωθεί το ενδιαφέρον μου για να είμαι μαζί με τους άλλους ανθρώπους.	206	1	4	1,63	,855
8	Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση.	206	1	5	2,11	1,003
9	Είμαι λιγότερος δραστήριος/α από το συνηθισμένο.	206	1	5	2,05	,938
10	Σκέφτομαι συνεχώς τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους, χωρίς όμως να το θέλω.	206	1	4	1,73	,734
11	Έχω δυσκολία να παραμείνω συγκεντρωμένη-ος .	206	1	5	1,86	,869
12	Αποφεύγω ανθρώπους, τόπους, ή πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	206	1	5	1,66	,983
13	Βλέπω έντονα όνειρα σχετικά με τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	206	1	5	1,32	,570
14	Αποφεύγω τη συνεργασία με ορισμένους θεραπευόμενους.	206	1	5	1,73	,833
15	Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα.	206	1	5	2,09	,986
16	Έχω ένα συνεχές προαίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί.	206	1	4	1,60	,795
17	Διαπιστώνω ότι υπάρχουν κενά στη μνήμη μου σχετικά με τις συνεδρίες με τους θεραπευόμενους.	206	1	5	1,70	,875

Ιστόγραμμα 5.8 Κατανομή συχνότητα των συμπτωμάτων Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στους ΝΨΥ του δείγματος

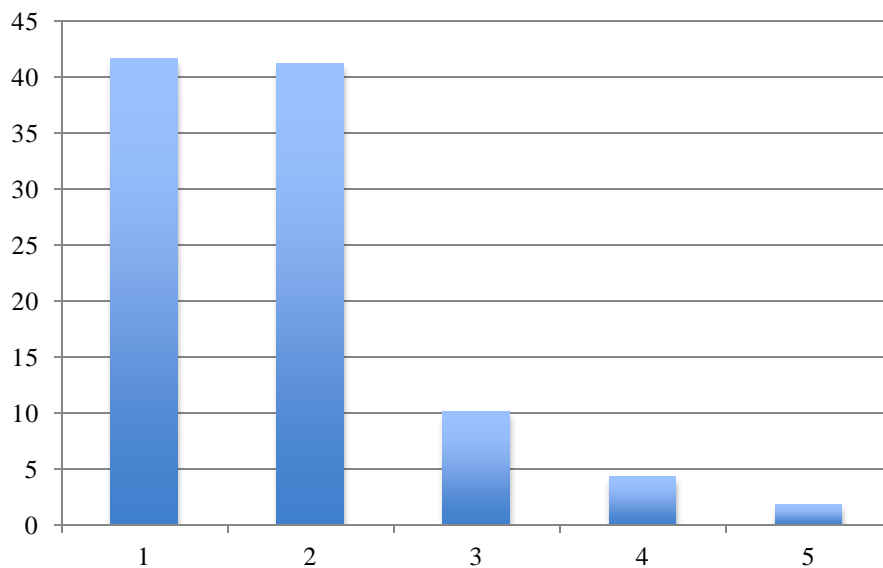


Στα γραφήματα (5.72- 5.88.) απεικονίζεται ο τρόπος που έχουν νιώσει οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας όταν έρχονται σε επαφή με άτομα που έχουν βιώσει ψυχολογικά τραύματα. Φαίνεται ότι τα συναισθήματα και τα συμπτώματα που έχουν σχέση με τη δευτερογενή τραυματική συνδρομή είναι αυτά που βαθμολογήθηκαν με 4= συχνά ή 5= πολύ συχνά. Αυτές οι τιμές διατυπώθηκαν στα αντικείμενα (1, 8, 9, 15, 5).

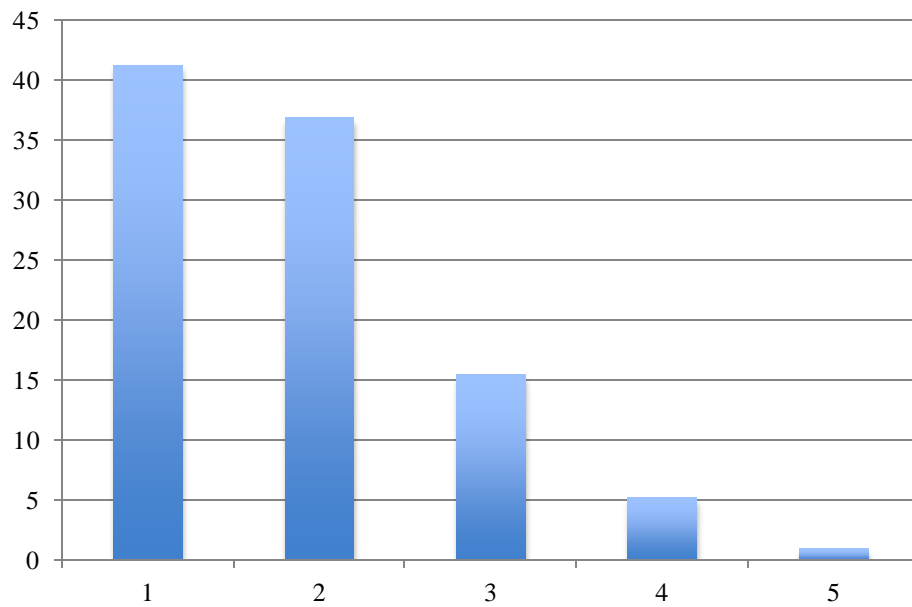
Γράφημα 5.72 Νιώθω συναισθηματικά μουδιασμένος/νη.



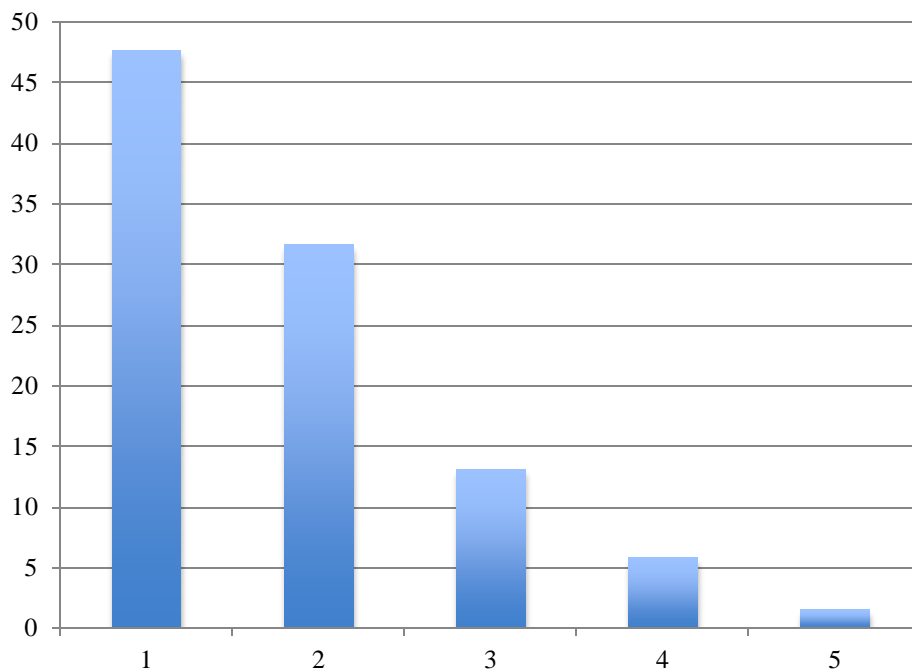
Γράφημα 5.73 Η καρδιά μου χτυπάει όταν σκέφτομαι τη δουλειά μου με τους θεραπευομένους

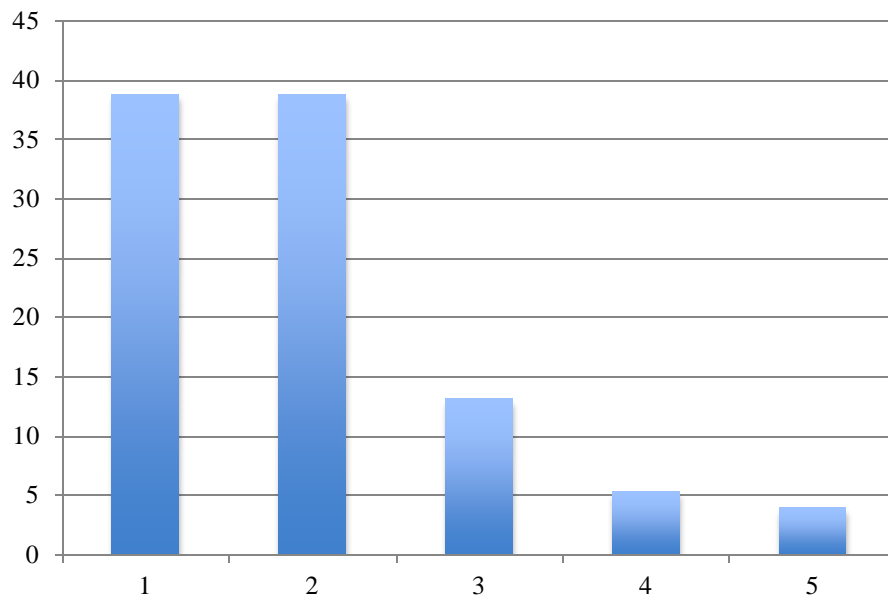
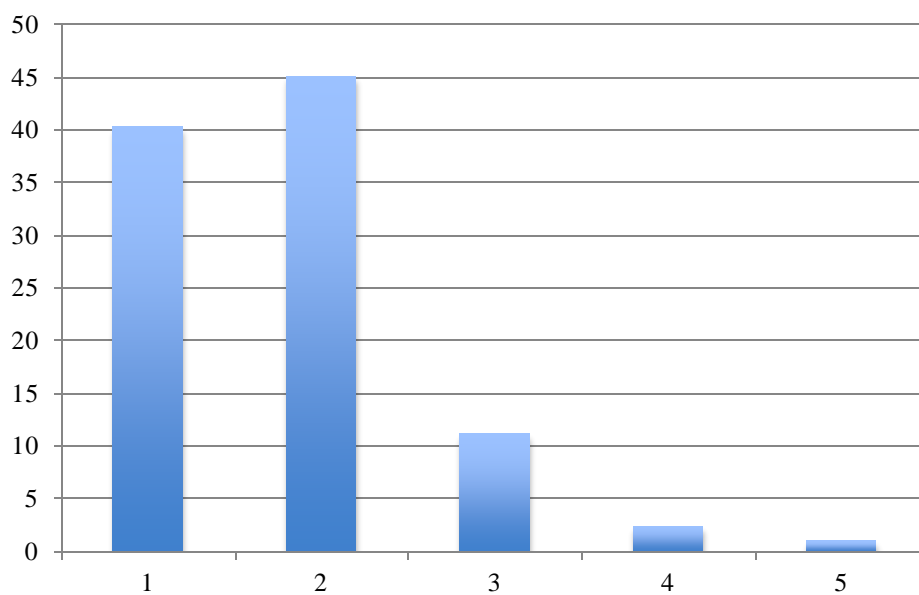


Γράφημα 5.74 Νιώθω σαν να ζω και εγώ την τραυματική εμπειρία(ες) που μου περιέγραφε πως υπέστη ο θεραπευόμενός μου

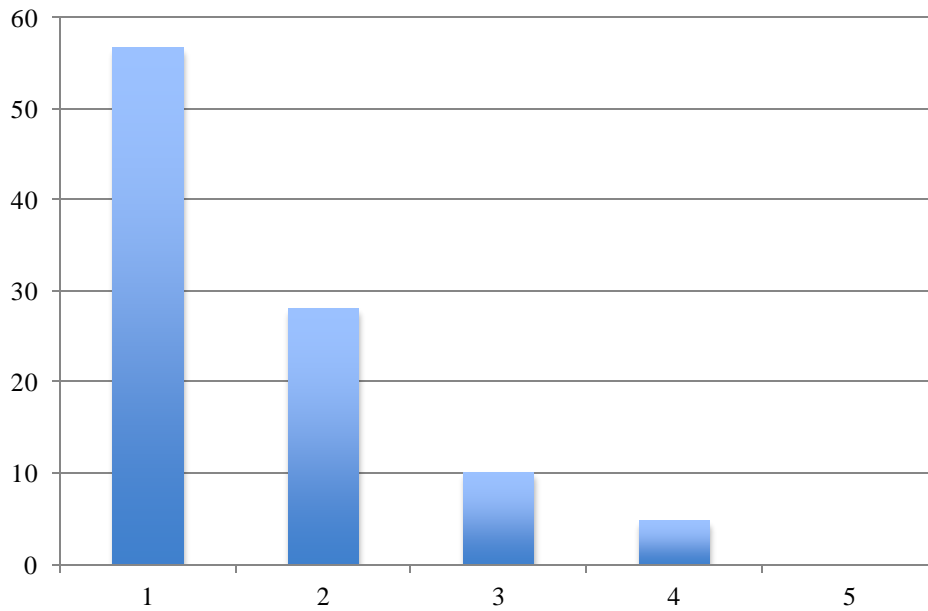


Γράφημα 5.75 Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον μου

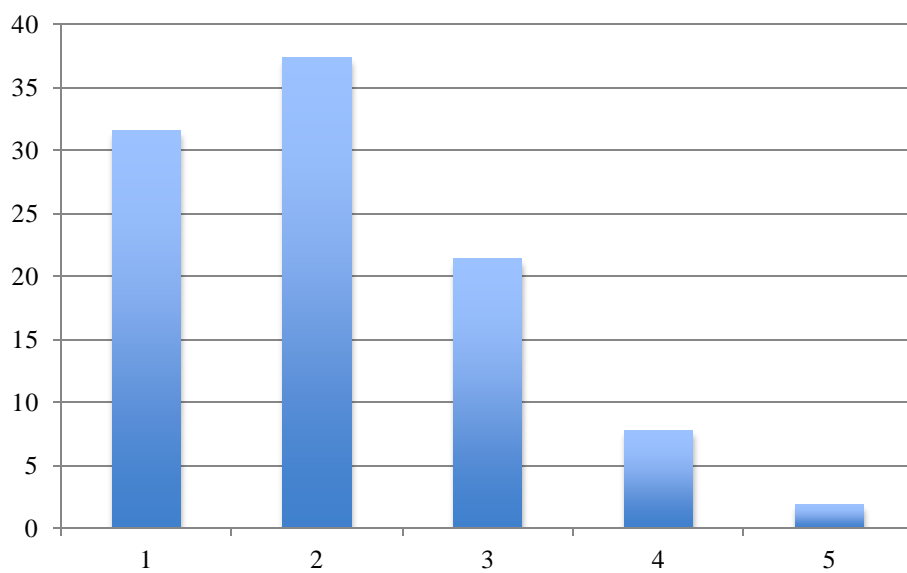


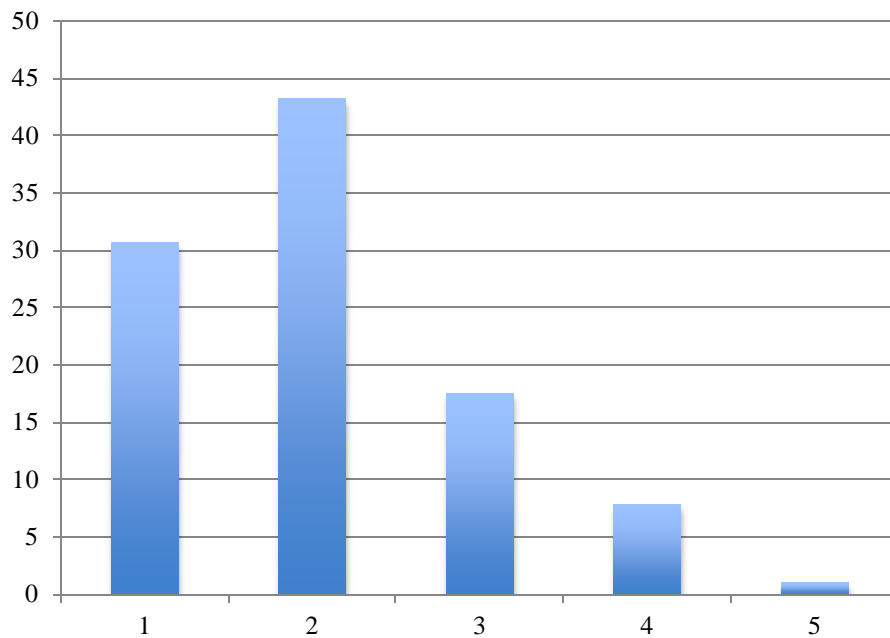
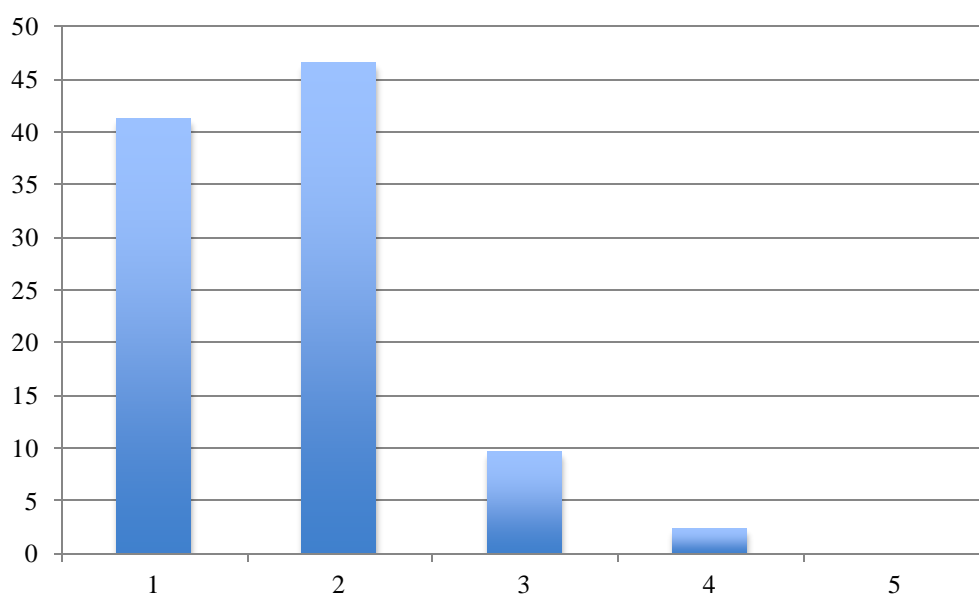
Γράφημα 5.76 Έχω πρόβλημα με τον ύπνο μου**Γράφημα 5.77** Πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευομένους με αναστατώνουν

Γράφημα 5.78 Έχει μειωθεί το ενδιαφέρον μου για να είμαι μαζί με τους άλλους ανθρώπους

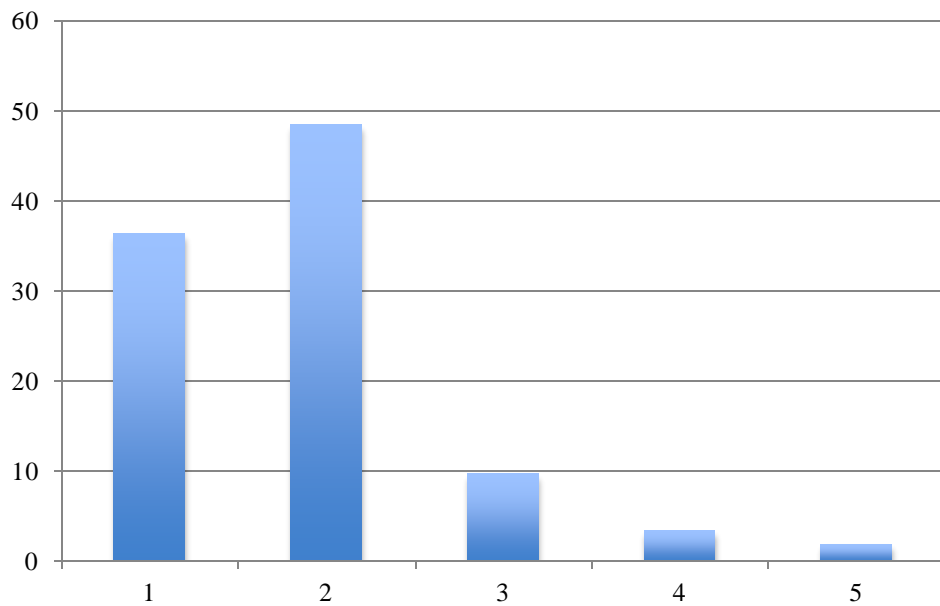


Γράφημα 5.79 Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση

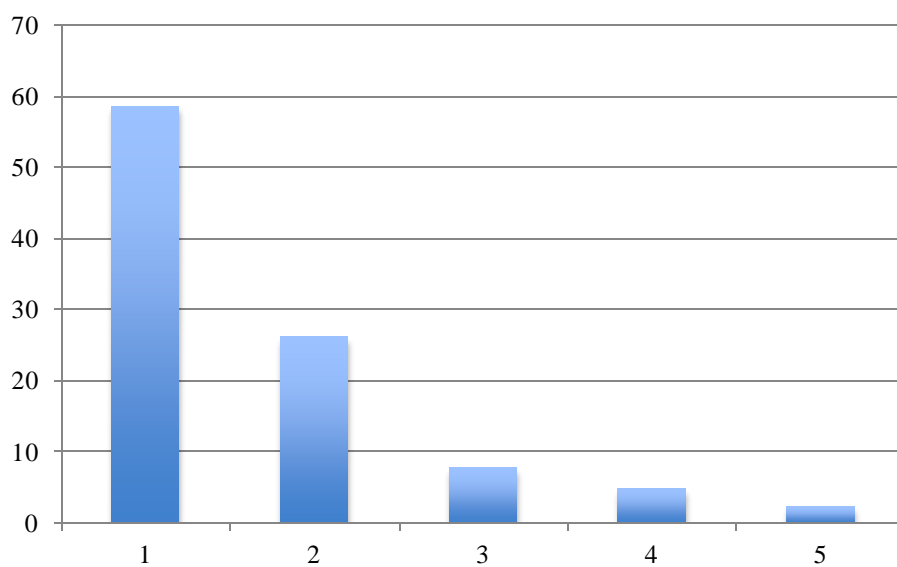


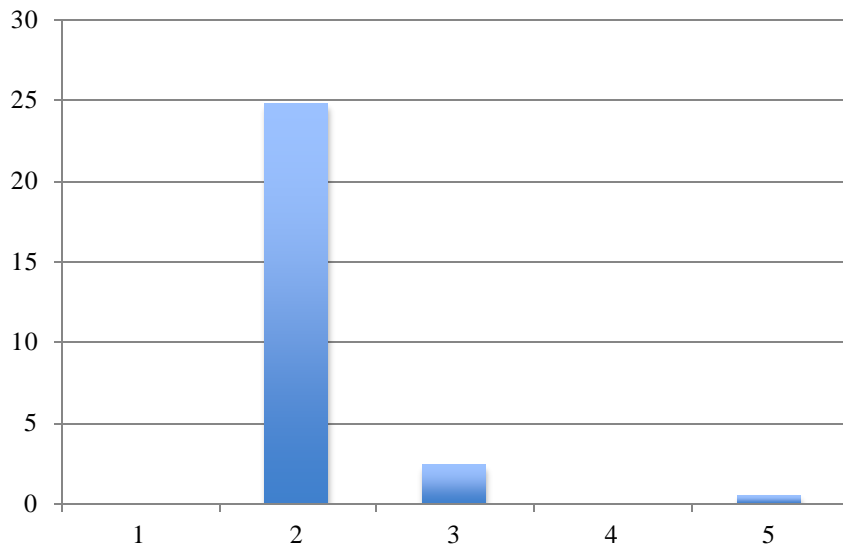
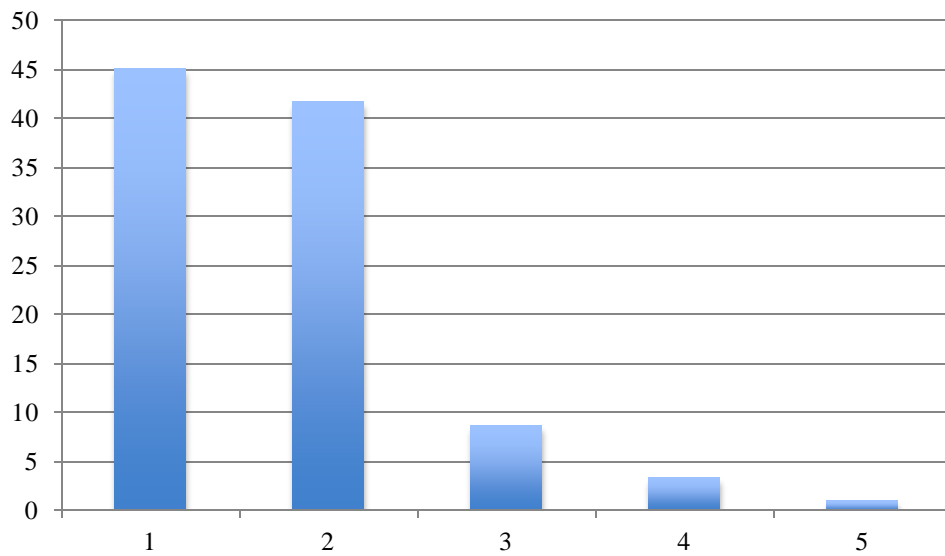
Γράφημα 5.80 Είμαι λιγότερος δραστήριος/α από το συνηθισμένο**Γράφημα 5.81** Σκέφτομαι συνεχώς τη δουλειά μου με τους θεραπευομένους, χωρίς όμως να το θέλω

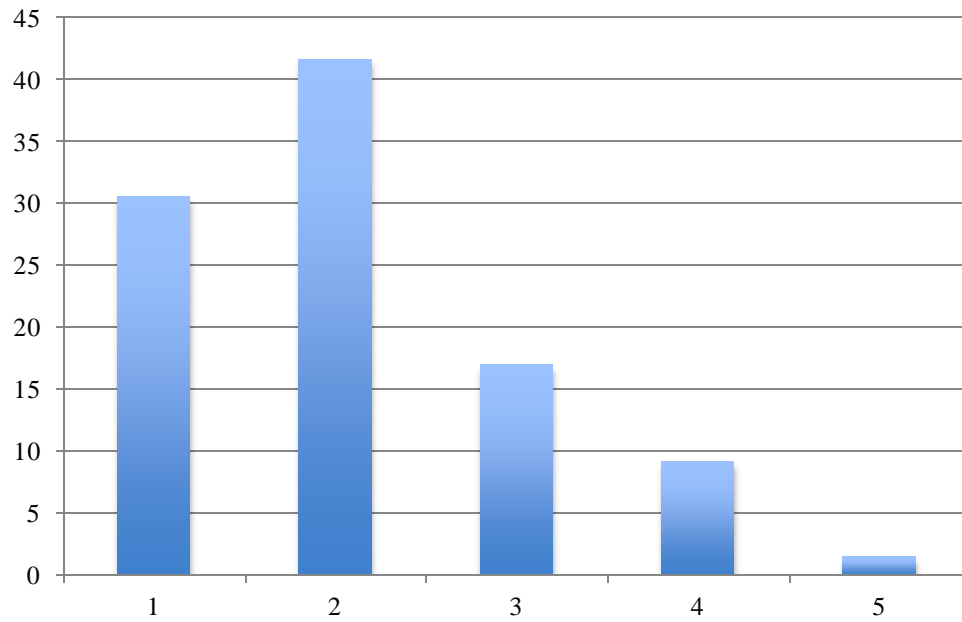
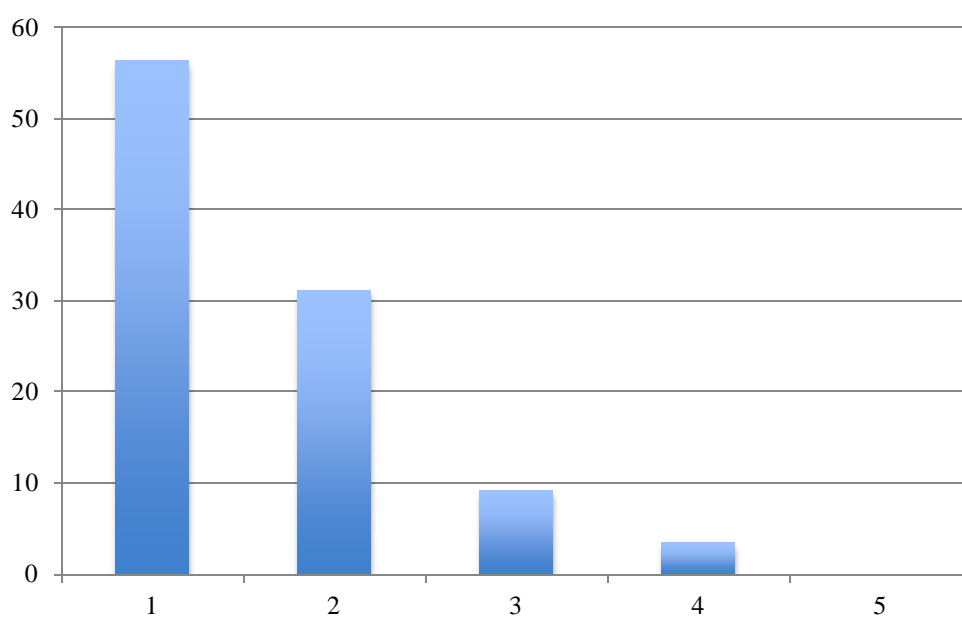
Γράφημα 5.82 Έχω δυσκολία να παραμείνω συγκεντρωμένη-ος



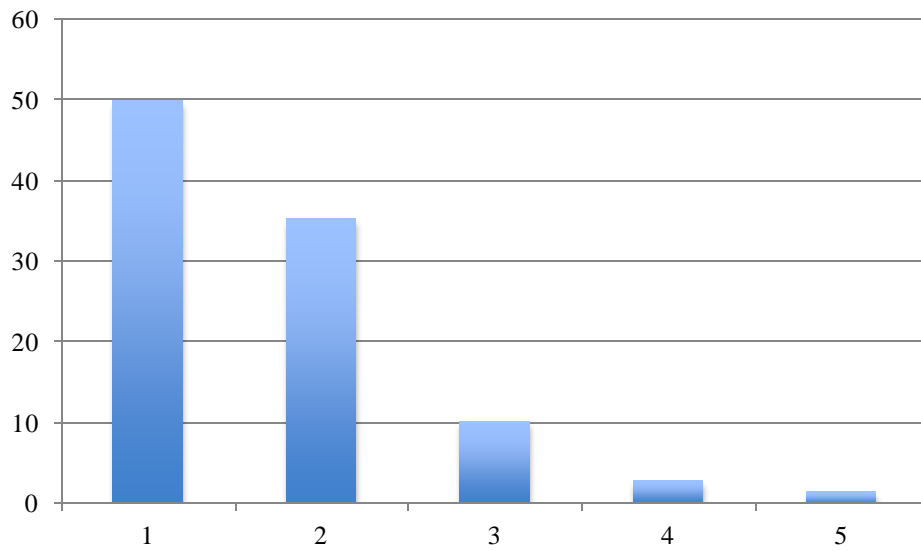
Γράφημα 5.83 Αποφεύγω ανθρώπους, τόπους, ή πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους



Γράφημα 5.84 Βλέπω έντονα όνειρα σχετικά με τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους**Γράφημα 5.85** Αποφεύγω τη συνεργασία με ορισμένους θεραπευόμενους

Γράφημα 5.86 Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα**Γράφημα 5.87** Έχω ένα συνεχές προαίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί

Γράφημα 5.88 Διαπιστώνων ότι υπάρχουν κενά στη μνήμη μου σχετικά με τις συνεδρίες με τους θεραπευόμενους



5.6. Συχνότητα βαθμού ενσυναίσθησης

Το συνολικό αποτέλεσμα της κλίμακας προκύπτει από το άθροισμα του σκόρ κάθε μίας από τος είκοσι ερωτήσεις, και κυμαίνεται από τιμές μεταξύ 20-140, με τις υψηλότερες αθροιστικές τιμές στο εργαλείο αυτό να είναι ενδεικτικές υψηλότερου βαθμού ενσυναίσθησης. Η κλίμακα της ενσυναίσθησης παίρνει τιμές από 1- 7. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συναισθήματα και σκέψεις που βιώνουν οι νοσηλευτές σε σχέση με τους θεραπευόμενους που φροντίζουν. Οι συμμετέχοντες εκφράζουν την διαφωνία τους 1=Διαφωνώ πλήρως και τη συμφωνία τους με το 7= Συμφωνώ πλήρως. Ο αριθμός 4 =ούτε συμφωνώ , ούτε διαφωνώ, εκφράζει ουδετερότητα. Όσον αφορά τα αποτελέσματα της συχνότητα της παρουσίας της ενσυναίσθησης στους κύριους νοσηλευτές ψυχικής υγείας παρουσιάζεται μια διακύμανση στη βαθμολογία από E= 69– 134. Η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της συνολικής βαθμολογίας ήταν MT=105,9 και TA=12,67, αντίστοιχα (Πίνακας 5.18, Ιστόγραμμα 5.9).

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η κύριοι νοσηλευτές ψυχικής υγείας παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης. Οι υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφηκαν στις πιο κάτω δηλώσεις:

«Θεωρώ ότι η κατανόηση της γλώσσας του σώματος των θεραπευομένων είναι τόσο σημαντική στην μεταξύ μας σχέση όσο και η λεκτική επικοινωνία τους»

«Οι θεραπευόμενοι νιώθουν καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους»

«Θεωρώ ότι τα συναισθήματα δεν έχουν καμία θέση στη θεραπεία των σωματικών ασθενειών»

«Θεωρώ ότι η εκδήλωση ενσυναίσθησης είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας»

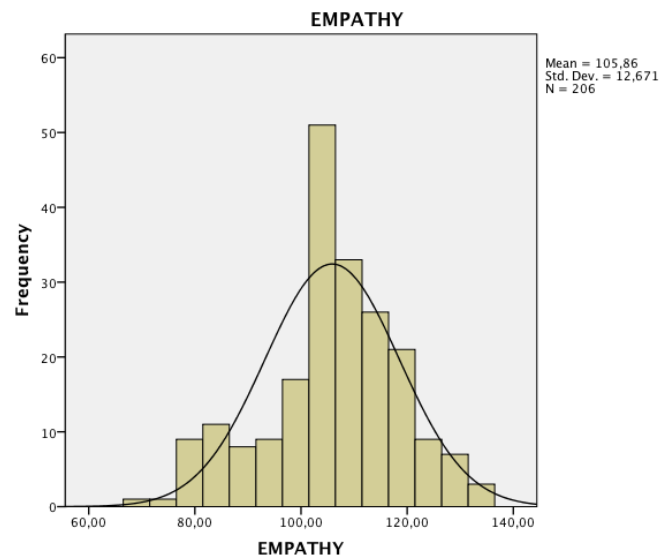
«Ένα σημαντικό στοιχείο της σχέσης μου με τους θεραπευομένους είναι η κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης των ιδίων και των οικογενειών τους» (Πίνακας 5.18)

Πίνακας 5.18 Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις τους των ερωτημάτων της κλίμακας της ενσυναίσθησης JSE

		N	Ελάχιστο ς	Μέγιστο ς	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
1	Το να προσπαθώ να κατανοήσω πως νιώθουν οι θεραπευόμενοι και οι οικογένειές τους δεν επηρεάζει καθόλου τη θεραπεία.	206	1	7	4,15	2,015
2	Οι θεραπευόμενοι νιώθουν καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.	206	1	7	6,03	1,082
3	Δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.	206	1	7	5,02	1,475
4	Θεωρώ ότι η κατανόηση της γλώσσας του σώματος των θεραπευομένων είναι τόσο σημαντική στην μεταξύ μας σχέση όσο και η λεκτική επικοινωνία τους.	206	2	7	6,04	1,063
5	Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ και θεωρώ ότι αυτό συμβάλλει σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.	206	1	7	5,45	1,195
6	Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, θεωρώ ότι είναι σχεδόν αδύνατον να μπορέσω να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.	206	1	7	4,77	1,708
7	Προσπαθώ να μην δίνω σημασία στα συναισθήματα των θεραπευομένων κατά τη λήψη του ιστορικού ή όταν τους ρωτώ για τη σωματική τους υγεία.	206	1	7	5,46	1,678
8	Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι άσχετη από το αν λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές εμπειρίες των θεραπευομένων.	206	1	7	5,54	1,454
9	Προσπαθώ να φανταστώ τον εαυτό μου στη θέση των νοσηλευομένων όταν τους φροντίζω.	206	1	7	4,54	1,654
10	Οι θεραπευόμενοι εκτιμούν το ότι κατανοώ τα συναισθήματά τους, και αυτό είναι θεραπευτικό για εκείνους.	206	1	7	5,58	1,230
11	Οι ασθένειες είναι δυνατόν να θεραπευτούν μόνο με την ιατρική φροντίδα. Επομένως, οι συναισθηματικοί δεσμοί με τους ασθενείς δεν επηρεάζουν σημαντικά την έκβαση της θεραπείας.	206	1	7	5,76	1,441
12	Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους θεραπευομένους τι συμβαίνει στην προσωπική τους ζωή δεν βοηθάει στο να κατανοήσω τα σωματικά συμπτώματά τους..	206	1	7	5,70	1,374
13	Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέπτονται οι θεραπευόμενοι παρατηρώντας τα μη λεκτικά μηνύματά τους (π.χ εκφράσεις προσώπου) και τη γλώσσα του σώματός τους (π.χ κινήσεις χεριών).	206	1	7	5,64	1,256
14	Θεωρώ ότι τα συναισθήματα δεν έχουν καμία θέση στη θεραπεία των σωματικών ασθενειών.	206	1	7	5,98	1,329

15	Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι περιορισμένη.	206	1	7	5,52	1,564
16	Ένα σημαντικό στοιχείο της σχέσης μου με τους θεραπευομένους είναι η κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης των ιδίων και των οικογενειών τους.	206	1	7	5,93	1,082
17	Προσπαθώ να σκέπτομαι όπως οι θεραπευόμενοι προκειμένου να τους παράσχω καλύτερη φροντίδα.	206	1	7	4,24	1,678
18	Δεν επιτρέπω να με επηρεάζουν οι ισχυρές προσωπικές σχέσεις μεταξύ των θεραπευομένων και των οικογενειών τους.	206	1	7	2,88	1,464
19	Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρικά κείμενα και λογοτεχνικά βιβλία.	206	1	7	5,67	1,510
20	Θεωρώ ότι η εκδήλωση ενσυναίσθησης είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.	206	1	7	5,96	1,334

Ιστόγραμμα 5.9 Κατανομή των τιμών βαθμού ενσυναίσθησης στους ΝΨΥ του δείγματος



Συνοπτική καταγραφή συχνοτήτων παρουσίας των κύριων μεταβλητών της μελέτης

Στον Πίνακα 5.20 παρουσιάζονται οι ελάχιστες και οι μέγιστες τιμές, ο μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Πίνακας 5.19 Συνοπτική καταγραφή συχνοτήτων παρουσίας των κύριων μεταβλητών (MD, STSS, GHQ-28, JSE)

	Ελάχιστη	Μέγιστη	ΜΟ	ΤΑ
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	1	103	37,82	20,12
Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου	0	127	76,41	31,13
Γενική Υγεία	28	83	47,36	9,998
Αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων διαταραγμένης σωματικής Υγείας	7	25	12,80	3,459
Αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων Άγχους	7	25	12,35	3,949
Αντίληψη για την επάρκεια προσωπικών/επαγγελματικών ικανοτήτων	7	24	13,66	2,574
Αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων κατάθλιψης	7	19	8,549	2,238
Έναση δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής	17	61	31,09	10,24
Βαθμός ενσυναίσθησης	69	134	105,9	12,67

5.7. Μελέτη Συσχετίσεων των Δημογραφικών μεταβλητών και των τιμών των τεσσάρων Κλιμάκων της Μελέτης (M-MDS-MHS, STSS, JES, GHQ-28)

Για τη μελέτη συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson αφού τα δεδομένα της μελέτης διαπιστώθηκε (με βάση τον έλεγχο Kolmogorov-Smirnov) ότι ακολουθούσαν κανονική κατανομή. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε ως $\alpha=0,05$.

Ο συντελεστής Pearson παίρνει τιμές από -1 έως +1. Ο βαθμός της ευθύγραμμης συσχέτισης αξιολογείται με την τιμή r ενώ η κατεύθυνση με το πρόσημο του. Τιμή 0 σημαίνει ότι δεν υπάρχει ευθύγραμμη συσχέτιση (linear correlation). Αρνητική τιμή σημαίνει αρνητική συσχέτιση και θετική τιμή θετική συσχέτιση. Γενικά μια συσχέτιση θεωρείται:

- Μηδενική =0 (δεν υπάρχει γραμμική συσχέτιση)
- Πολύ μικρή (ελαφρύ) (<0,25)
- Μικρή (ήπια) (0,25-0,49)
- Μέτρια (0,50-0,69)
- Υψηλή (0,70-0,89)
- Πολύ υψηλή (>0,90)
- Απόλυτη (=1) (θετική ή αρνητική)

5.7.1. Συσχετίσεις ηθικού αδιεξόδου με άλλες μεταβλητές

Το πρώτο ερευνητικό ερώτημα της μελέτης αφορούσε τη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου από τη μια πλευρά, και των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας του δείγματος, από την άλλη.

Τα ατομικά χαρακτηριστικά, περιελάμβαναν το φύλο, επίπεδο εκπαίδευσης και συγκεκριμένες συνήθειες, όπως η χρήση αλκοόλ, συνήθειες άσκησης αλλά και διατροφής (Πίνακας 5.20).

Όσον αφορά τα οικογενειακά χαρακτηριστικά περιελάμβαναν την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων και τον αριθμό παιδιών. Τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά περιελάμβαναν τη πόλη εργασίας, το χώρο (δομή εργασίας), τη συνολική προϋπηρεσία στις ΥΨΥ, την υπηρεσία στη θέση εργασίας κατά την συλλογή των ερωτηματολογίων και κάποιες ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες όπως είναι η αναλογία νοσηλευτών θεραπευόμενων, ο μέση τιμή της νυχτερινής βάρδιας στο μήνα, ο αριθμός Θανάτων το τελευταίο μήνα, και ο αριθμός των υποτροπών (Πίνακας 5.21). Μελετήθηκαν επίσης ο βαθμός συναισθηματικής εξάντλησης, ο βαθμός ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση, ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία, ο βαθμός ικανοποίησης από την προσωπική ζωή, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης από τις προσωπικές σχέσεις των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας (Πίνακας 5.22).

Πίνακας 5.20 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών

		Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου
Ηλικία	Pearson Correlation	-0,044	-0,208**
	Sig. (2-tailed)	0,530	0,003
	N	202	202
Αριθμός παιδιών	Pearson Correlation	-0,065	-0,195**
	Sig. (2-tailed)	0,350	0,005
	N	206	206
Προϋπηρεσία	Pearson Correlation	-0,012	-0,168*
	Sig. (2-tailed)	0,861	0,016
	N	203	203
Υπηρεσία στη παρούσα θέση	Pearson Correlation	-0,080	-0,143*
	Sig. (2-tailed)	0,265	0,046
	N	194	194
Αριθμός ασθενών στη δομή	Pearson Correlation	0,065	-0,055
	Sig. (2-tailed)	0,471	0,538
	N	126	126
Αναλογία νοσηλευτών /ασθενών	Pearson Correlation	0,133	0,139
	Sig. (2-tailed)	0,127	0,112
	N	132	132
Αριθμός νυχτερινή2 βάρδιας τελευταίο μήνα	Pearson Correlation	0,133	0,139
	Sig. (2-tailed)	0,127	0,112
	N	132	132
Αριθμός Υποτροπών	Pearson Correlation	-0,106	-0,019
	Sig. (2-tailed)	0,354	0,872
	N	78	78
Θάνατοι			

Πίνακας 5.21 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και καθημερινές συνήθειες

		Συχνότητα Αδιεξόδου	Ηθικού Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου
Συχνότητα ημερήσια κατανάλωσης αλκοόλ	Pearson Correlation	0,146*	0,088
	Sig. (2-tailed)	0,038	0,215
	N	201	201
Καθημερινή άσκηση	Pearson Correlation	-0,004	-0,039
	Sig. (2-tailed)	0,955	0,578
	N	204	204
Δείκτης Μάζας Σώματος	Pearson Correlation	-0,009	-0,062
	Sig. (2-tailed)	0,927	0,504
	N	119	119
αριθμός κυρίων γευμάτων κατά τη διάρκεια της μέρας	Pearson Correlation	0,080	-0,017
	Sig. (2-tailed)	0,255	0,812
	N	204	204
Αριθμός σνακς κατά τη διάρκεια της μέρας	PearsonCorrelation	0,023	0,087
	Sig. (2-tailed)	0,746	0,224
	N	197	197

Πίνακας 5.22 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και βαθμός ικανοποίησης

		Συχνότητα Αδιεξόδου	Ηθικού Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου
Συναισθηματική εξάντληση	Pearson Correlation	0,102	0,127
	Sig. (2-tailed)	0,144	0,069
	N	206	206
εργασιακή Ικανοποίηση	Pearson Correlation	-0,138*	-0,088
	Sig. (2-tailed)	0,049	0,210
	N	206	206
ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή	Pearson Correlation	0,020	0,170*
	Sig. (2-tailed)	0,777	0,015
	N	206	206
Η Ικανοποίηση από τη Θεραπευτική σχέση	Pearson Correlation	-0,231**	-0,108
	Sig. (2-tailed)	0,001	0,124
	N	206	206
Ικανοποίηση από τις Κοινωνικές σχέσεις	Pearson Correlation	-0,020	0,053
	Sig. (2-tailed)	0,773	0,453
	N	203	203

Αρχικά για τη διερεύνηση των συσχετίσεων μεταξύ του Ηθικού αδιεξόδου και των ατομικών, οικογενειακών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών χρησιμοποιήθηκε ο δείκτης Pearson (r) Με την χρήση μη παραμετρικών μετρήσεων του δείκτη βρέθηκε στατιστικά σημαντικό το αποτέλεσμα ότι η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου παρουσιάζει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ηλικία kendall's tau _b $-0,17$ $p < 0,001$

Με τη χρήση μη παραμετρικών μεθόδων βρέθηκε ότι η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου σχετίζεται με την πόλη εργασίας ($p=,042$), με την οικογενειακή κατάσταση ($p=,045$), με τη θέση στην ιεραρχία ($p=,002$), με το είδος της υπηρεσίας (νοσοκομειακή/κοινοτική) στην οποία εργοδοτείτε το άτομο ($p=,006$) καθώς επίσης και με τη συχνότητα σωματικής άσκησης ($p=0,010$)

Συσχέτιση Ηθικού Αδιεξόδου MDS και κύριες μεταβλητές της μελέτης

Μεταξύ των στόχων της μελέτης ήταν η διερεύνηση της συχνότητας και της έντασης του ηθικού αδιεξόδου και των υπόλοιπων κύριων μεταβλητών της μελέτης: του αυτό αναφερόμενου επιπέδου Γενικής (ψυχικής και σωματικής) Υγείας (GHQ-28), της Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής (STSS), και του βαθμού ενσυναίσθησης (JSE).

Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου σχετίζεται με την ένταση του ηθικού αδιεξόδου ($r=0,329$, $p<0.000$), με θετική μέτρια στατιστικά σημαντική συσχέτιση, γεγονός που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η συχνότητα των στρεσογόνων καταστάσεων τόσο αυξάνεται και ο βαθμός που αυτές οι καταστάσεις «ενοχλούν».

Σχετίζεται, επίσης, στατιστικά σημαντικά με το αυτό-αναφερόμενο επίπεδο Γενικής (Ψυχικής και Σωματικής) Υγείας με θετική ήπια συσχέτιση ($r=0,269$, $p<0.000$), και με τις επιμέρους διαστάσεις του, και συγκεκριμένα με την αυτό-αναφερόμενη ένταση Συμπτωμάτων Άγχους με θετική μέτρια συσχέτιση ($r=0,300$, $p<0,000$), την αυτό-αναφερόμενη ένταση Σωματικών Συμπτωμάτων με θετική ήπια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r=0,272$, $p<0,000$), καθώς επίσης και με την αυτό-αναφερόμενη ένταση Συμπτωμάτων Κατάθλιψης και Ιδεών Αυτοκτονίας, με θετική ελαφρά στατιστικά σημαντική συσχέτιση ($r=0,176$, $p=0,012$).

Επίσης, παρατηρήθηκε θετική μέτρια στατιστικά σημαντικά συσχέτιση με την ένταση συμπτωμάτων Δευτερογενούς Μετα-τραυματικής Συνδρομής ($r=0,365$, $p<0,000$) (Πίνακας 5.23).

Δεν βρέθηκε καμία συσχέτιση αφού τα αποτελέσματα δεν κρίθηκαν στατιστικά σημαντικά μεταξύ της έντασης του ηθικού αδιεξόδου και των υπόλοιπων κύριων μεταβλητών της μελέτης, του επιπέδου Γενικής (σωματικής και ψυχικής) Υγείας (GHQ-28), της Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής (STSS) και του βαθμού ενσυναίσθησης (JSE) (Πίνακας 5.24).

Πίνακας 5.23 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον παραμετρικό δείκτη Pearson r μεταξύ της συχνότητας και της έντασης του Ηθικού Αδιεξόδου και των υπολοίπων κύριων μεταβλητών της μελέτης (N=206)

Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου ($r= 0,329$, $p<000,1$)
	Επίπεδο Γενικής Υγείας Σωματικής και Ψυχικής
	GHQ-Total ($r=0,269$, $p<0,0001$)
	GHQ -B ($r=0,300$, $p<0,0001$)
	GHQ-A ($r=0,272$, $p,0,001$)
	GHQ-D ($r=0,176$, $p,0,001$)
	STSS ($r=0,365$, $p<0,0001$)

GHQ-TOT :Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας

GHQ- A: αντίληψη του ατόμου για την σωματική του υγεία

GHQ-B: αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων άγχους

GHQ-D: αυτό-αναφερόμενη ένταση των συμπτωμάτων κατάθλιψης

STSS: Δευτερογενής Μετατραυματική Συνδρομή

Πίνακας 5.24 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ των κύριων μεταβλητών της μελέτης (N=206)

	Συχνότητα Ηθικού Αδειξόδου MDSFR	Ένταση Ηθικού Αδειξόδου MDSINT	GHQ-28 TO TAL ΣΥΝΟΛΙΚΟ	GHQD	GHQC	GHQB	GHQA	ΔΜΣ STSS	Ενσυναίσθηση (JSE)
Συχνότητα Ηθικού Αδειξόδου MDSFR		0,329 <0,0001	0,269 <0,0001	0,176 0,012	0,069 0,326	0,300 <0,0001	0,272 <0,0001	0,365 <0,0001	-0,126 0,071
Ένταση Ηθικού Αδειξόδου MDSINT	206		0,193 <0,0001	0,047 0,502	0,111 0,114	0,218 0,002	0,195 0,005	0,158 0,024	0,018 0,01
Συνολικό Γενικής Υγείας GHQ-28 TO TAL				0,697 <0,0001	0,684** <0,0001	0,909 <0,0001	0,893 <0,0001	0,647 <0,0001	0,104 0,138
GHQDTOT Κατάθλιψη					0,331 <0,0001	0,551 <0,0001	0,492 <0,0001	0,433 <0,0001	-0,211 0,002
GHQCTOT Κοινωνική Δυσλειτουργία						0,461 <0,0001	0,491 <0,0001	0,372 <0,0001	-0,003 0,97
GHQBTOT Άγχος							0,786 <0,0001	0,696 <0,0001	-0,085 0,226
GHQATOT Αντίληψη του ατόμου για την υγεία του								0,519 <0,0001	-0,065 0,0357
Δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή STSS								206	-0,099 0,0156
Ενσυναίσθηση JSE									206

**Correlation is significant at the 0,01 level (2-tailed).

5.7.2. Συσχέτιση Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και άλλες μεταβλητές

Το δεύτερο ερώτημα ήταν η διερεύνηση μεταξύ της σχέσης της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι δεν παρουσιάζει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά με ατομικά δημογραφικά και τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά (Πίνακας 5.25, Πίνακας 5.26). Μελετήθηκαν επίσης ο δείκτης Pearson (r), ο βαθμός συναισθηματικής εξάντλησης, ο βαθμός ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση, ο βαθμός

ικανοποίησης από την εργασία, ο βαθμός ικανοποίησης από την προσωπική ζωή, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης από τις προσωπικές σχέσεις των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η Δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή παρουσιάζει μέτρια θετική συσχέτιση με την Συναισθηματική Εξάντληση ($r=0,343$ $p<0,0001$) και ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη Θεραπευτική σχέση ($r=-0,24$ $p<0,0001$) (Πίνακας 5.27).

Πίνακας 5.25 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και ατομικά επαγγελματικά χαρακτηριστικά

	Δευτερογενής Μετατραυματική Συνδρομή	
Ηλικία	Pearson Correlation	0,124
	Sig. (2-tailed)	0,078
	N	202
Αριθμός παιδιών	Pearson Correlation	-0,176*
	Sig. (2-tailed)	0,011
	N	206
Προπηρεσία	Pearson Correlation	-0,110
	Sig. (2-tailed)	0,118
	N	203
Υπηρεσία στη παρούσα θέση	Pearson Correlation	0,024
	Sig. (2-tailed)	0,737
	N	194
Αριθμός ασθενών στη δομή	Pearson Correlation	0,174
	Sig. (2-tailed)	0,051
	N	126
Αναλογία νοσηλευτών /ασθενών	Pearson Correlation	0,083
	Sig. (2-tailed)	0,346
	N	132
Αριθμός νυχτερινής βάρδιας τελευταίο μήνα	Pearson Correlation	0,036
	Sig. (2-tailed)	0,754
	N	78
Αριθμός Υποτροπών	Pearson Correlation	0,125

Αριθός Θανάτων	Sig. (2-tailed)	0,214
	N	101
	Pearson Correlation	0,358
	Sig. (2-tailed)	0,431
	N	7

Πίνακας 5.26 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και καθημερινές συνήθειες

		Δευτερογενής Τραυματική Συνδρομή	Ενσυναίσθηση
Συχνότητα ημερήσια κατανάλωσης αλκοόλ	Pearson Correlation	0,136	0,104
	Sig. (2-tailed)	0,053	0,140
	N	201	201
Καθημερινή άσκηση	Pearson Correlation	-0,009	0,005
	Sig. (2-tailed)	0,855	0,949
	N	204	204
Δείκτης Μάζας Σώματος	Pearson Correlation	0,002	0,153
	Sig. (2-tailed)	0,979	0,096
	N	119	119
αριθμός κυρίων γευμάτων κατά τη διάρκεια της μέρας	Pearson Correlation	0,130	0,068
	Sig. (2-tailed)	0,063	0,334
	N	204	204
Αριθμός σνακς κατά τη διάρκεια της μέρας	Pearson Correlation	,0021	0,050
	Sig. (2-tailed)	0,090	0,485
	N	197	197

Πίνακας 5.27 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και μεταβλητών βαθμού ικανοποίησης

	Ένταση Δευτερογενούς Μετατραυματικής Συνδρομής	
Συναισθηματική εξάντληση	Pearson Correlation	0,343
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	206
Εργασιακή Ικανοποίηση	Pearson Correlation	-0,209*
	Sig. (2-tailed)	0,003
	N	206
Ικανοποίηση από την προσωπική ζωή	Pearson Correlation	0,114
	Sig. (2-tailed)	0,103
	N	206
Ικανοποίηση από τη Θεραπευτική σχέση	Pearson Correlation	-0,241**
	Sig. (2-tailed)	0,000
	N	206
Ικανοποίηση από τις Κοινωνικές σχέσεις	Pearson Correlation	-0,199
	Sig. (2-tailed)	0,004
	N	203

5.7.3. Συσχέτιση Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και κύριες μεταβλητές της μελέτης

Όσον αφορά τη Δευτερογενούς Μετα-τραυματική Συνδρομή βρέθηκε να σχετίζεται θετικά μέτρια και στατιστικά σημαντικά με την ένταση του Ηθικού Αδιεξόδου ($r=0,365$, $p<0,0001$), με το αυτό-αναφερόμενο επίπεδο γενικής υγείας (GHQTOT) θετικά ισχυρά ($r=0,647$, $p<0,0001$), καθώς και με τις επιμέρους διαστάσεις του (υποκλίμακες), και συγκεκριμένα με την αυτό-αναφερόμενη ένταση των σωματικών συμπτωμάτων ($r=0,519$, $p<0,0001$), την αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων άγχους ($r=0,696$, $p<0,0001$), την αντίληψη του ατόμου για την επάρκεια των ικανοτήτων του ($r=0,372$, $p<0,0001$), καθώς και την αυτό-αναφερόμενη ένταση των συμπτωμάτων κατάθλιψης ($r=0,433$, $p<0,0001$) (Πίνακας 5.28).

Πίνακας 5.28 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον παραμετρικό δείκτη Pearson r μεταξύ της Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και των υπολοίπων κύριων μεταβλητών της μελέτης

Ένταση Δευτερογενούς Μετατραυματικής Συνδρομής βάσει τιμής στο εργαλείο STSS	Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου ($r=0,365$, $p<0,0001$)
	Αυτό-αναφερόμενο επίπεδο γενικής υγείας (GHQTOT) ($r=0,647$, $p<0,0001$)
	GHQ-A Αυτό-αναφερόμενη Ένταση Σωματικών Συμπτωμάτων ($r=0,519$, $p<0,0001$),
	GHQ-B άγχους Αυτό-αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτων Άγχους ($r=0,696$, $p<0,0001$)
	GHQ-C Αντίληψη Επάρκειας Προσωπικών Ικανοτήτων ($r=0,372$, $p<0,0001$)
	GHQ-D κατάθλιψης ($r=0,433$, $p<0,0001$)

GHQ-TOT :Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας

GHQ- A: αντίληψης του ατόμου για την σωματική του υγεία

GHQ-B: αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων άγχους

GHQ-C: Αντίληψη Επάρκειας Προσωπικών Ικανοτήτων

GHQ-D: αυτό-αναφερόμενη ένταση των συμπτωμάτων κατάθλιψης

ΣΕΓΥ: Συνολικό Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας

ΕΣΚ: Αυτό-αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτων Κατάθλιψης

ΕΠΙ: Αντίληψη Επάρκειας Προσωπικών Ικανοτήτων

ΕΣΑ: Αυτό-αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτων Άγχους

5.7.4. Συσχέτιση βαθμού ενσυναίσθησης και λοιπων μεταβλητών

Το τέταρτο ερώτημα αφορούσε τη διερεύνηση του βαθμού ενσυναίσθησης και ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών (Πίνακας 5.29, 5.30, 5.31).

Πίνακας 5.29 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Ενσυναίσθησης και ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών.

	Ενσυναίσθηση	
Ηλικία	Pearson	0,215
	Correlation	0,002
	Sig. (2-tailed)	202
	N	202
Αριθμός παιδιών	Pearson	-0,100
	Correlation	0,153
	Sig. (2-tailed)	206
	N	
Συνολική προϋπηρεσία	Pearson	0,200
	Correlation	0,004
	Sig. (2-tailed)	203
	N	
Προϋπηρεσία στη παρούσα θέση εργασίας	Pearson	-0,050
	Correlation	0,491
	Sig. (2-tailed)	194
	N	
Απόλυτος αριθμός θεραπευομένων στη δομή εργασίας	Pearson	0,046
	Correlation	0,609
	Sig. (2-tailed)	126
	N	
Αναλογία νοσηλευτών /θεραπευομένων	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	0,145
		0,096
	N	132
Αριθμός νοσηλευομένων σε υποτροπή τον τελευταίο μήνα	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	0,114
		0,319
	N	78

Αριθμός νυχτερινών βαρδιών	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-0,056 0,580
	N	101
Αριθμός θάνατων από οποιαδήποτε αιτία στο τμήμα εργασίας	Pearson Correlation Sig. (2-tailed)	-0,516 0,236
	N	7

Πίνακας 5.30 Παραμετρικές συσχετίσεις μεταξύ του βαθμού Ενσυναίσθησης και καθημερινών συνηθειών / συμπεριφορών σχετιζόμενων με την υγεία με τον δείκτη Pearson's r.

Μεταβλητή	Βαθμός Συσχέτισης Pearson' r	Βαθμός στατιστικής σημαντικότητας (p value)
Ημερήσια κατανάλωσης αλκοόλ	0,104	0,140
Καθημερινή άσκηση	0,005	0,949
Δείκτης Μάζας Σώματος	0,153	119
αριθμός κυρίων γευμάτων κατά τη διάρκεια της μέρας	0,068	0,334
Αριθμός σνακς κατά τη διάρκεια της μέρας	0,050	

Πίνακας 5.31 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r μεταξύ Ενσυναίσθησης και παραμέτρων ικανοποίησης.

	Ενσυναίσθησης	
Συναισθηματική εξάντληση	Pearson Correlation	0,076
	Sig. (2-tailed)	0,275
	N	206
Εργασιακή Ικανοποίηση	Pearson Correlation	0,009
	Sig. (2-tailed)	0,895
	N	206
Ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή	Pearson Correlation	0,056
	Sig. (2-tailed)	0,425
	N	206
Η Ικανοποίηση από τη Θεραπευτική σχέση	Pearson Correlation	-0,179
	Sig. (2-tailed)	0,010
	N	203-
Ικανοποίηση από τις Κοινωνικές σχέσεις	Pearson Correlation	-0,116
	Sig. (2-tailed)	0,098
	N	203

5.7.5. Συσχέτιση του Αυτό- αναφερόμενου επίπεδου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και άλλες μεταβλητές

Το αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας διερευνήθηκε όσον αφορά τα ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας. Με τη χρήση του δείκτη Pearson (r) δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά με τα πιο πάνω (Πίνακας 5.32, 5.33).

Μελετήθηκαν επίσης ο βαθμός συναισθηματικής εξάντλησης, ο βαθμός ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση, ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία, ο βαθμός ικανοποίησης από την προσωπική ζωή, καθώς και ο βαθμός ικανοποίησης από τις προσωπικές σχέσεις των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας. Από τα αποτελέσματα καταγράφεται ότι το αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας παρουσιάζει ελαφριά θετική συσχέτιση με την συναισθηματική εξάντληση ($r=0,356$, $p<0,0001$) και ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την

ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις ($r=-0,29$ $p<0,0001$) (Πίνακας 5.34)

Πίνακας 5.32 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r για Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας και τις υποκλίμακες του με ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

		GHQ TOTAL Συνολικό Αυτοαναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας	GHQDTOT Αυτοαναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτων Κατάθλαξης	GHQTOT Αντίληψη Επάρκειας Προσωπικών Ικανοτήτων	GHQBTOT Αυτοαναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτων Άγχους	GHQATOT Αυτοαναφερόμενη Σωματικών Συμπτωμάτων
Ηλικία	Correlation	-0,025	-0,051	0,050	-0,044	0,006
	Coefficient Sig. (2- tailed)	0,606	0,342	0,345	0,384	0,900
	N	202	202	202	202	202
Αριθμός παιδιών	Correlation	-0,020	-0,033	-0,054	-0,027	0,037
	Coefficient Sig. (2- tailed)	0,702	0,567	0,346	0,620	0,499
	N	206	206	206	206	206
Προϋπηρεσία	Correlation	0,033	0,001	0,044	0,013	0,057
	Coefficient Sig. (2- tailed)	0,508	0,984	0,403	0,802	0,260
	N	203	203	203	203	203
Υπηρεσία στη παρούσα θέση	Correlation	-0,058	-0,044	0,008	-0,059	-0,034
	Coefficient Sig. (2- tailed)	0,271	0,440	0,884	0,272	0,528
	N	194	194	194	194	194
Αριθμός ασθενών στη δομή	Correlation					
	Coefficient Sig. (2- tailed)	0,058	0,178	0,032	-0,008	0,079
	N					

Πίνακας 5.33 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r για Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας και τις υποκλίμακες του με καθημερινές συνήθειες

		GHQTO TAL Συνολικό Αυτό- αναφερό μενο Επίπεδο Γενικής Υγείας	GHQDΤΟΤ Αυτό- αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμά των Κατάθλιψης	GHQCTOT Αντίληψη Επάρκειας Προσωπικό ν Ικανοτήτων	GHQBTOT Αυτό- αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμά των Άγχους	GHQATOT Αυτό- αναφερόμενη Ένταση Σωματικών Συμπτωμά των
Συχνότητα ημερήσια κατανάλωσι ς αλκοόλ	Correlation Coefficient	0,036	0,049	-0,028	0,101	0,066
	Sig. (2-tailed)	0,609	0,486	0,693	0,155	0,350
	N	201	201	201	201	201
Καθημερινή άσκηση	Correlation Coefficient	-0,106	-0,093	-0,101	-0,056	-0,144*
	Sig. (2-tailed)	0,131	0,185	0,149	0,429	0,040
	N	204	204	204	204	204
Δείκτης Μάζας Σώματος	Correlation Coefficient	0,003	-0,012	0,016	0,046	-0,007
	Sig. (2-tailed)	0,975	0,895	0,865	0,619	0,944
	N	119	119	119	119	119
αριθμός κυρίων γευμάτων κατά τη διάρκεια της μέρας	Correlation Coefficient	0,109	0,047	0,105	0,171	0,030
	Sig. (2-tailed)	0,120	0,508	0,136	0,014	0,666
	N	204	204	204	204	204
Αριθμός σνακς κατά τη διάρκεια της μέρας	Correlation Coefficient	0,044	0,088	-0,009	0,074	0,003
	Sig. (2-tailed)	0,541	0,218	0,902	0,299	0,972
	N	197	197	197	197	197

Πίνακας 5.34 Παραμετρικές συσχετίσεις με τον δείκτη Pearson r για Αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας και τις υποκλίμακες του με βαθμό ικανοποίησης

		GHQT OTAL Συνολικό Αυτό- αναφε- ρόμενο Επίπεδο Γενικής Υγείας	GHQDTOT Αυτό- αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτω ν Κατάθλιψης	GHQCTOT Αντίληψη Επάρκειας Προσωπικό ν Ικανοτήτων	GHQBTOT Αυτό- αναφερόμενη Ένταση Συμπτωμάτω ν Άγχους	GHQATOT Αυτό- αναφερόμενη Ένταση Σωματικών Συμπτωμάτω ν
Συναισθηματική εξάντληση	Correlation Coefficient	,364**	,218**	,240**	,333**	,354**
	Sig. (2-tailed)	,000	,002	,001	,000	,000
	N	206	206	206	206	206
Εργασιακή Ικανοποίηση	Correlation Coefficient	-,171*	-,045	-,223**	-,121	-,162*
	Sig. (2-tailed)	,014	,524	,001	,083	,020
	N	206	206	206	206	206
Η Ικανοποίηση από τη Θεραπευτική σχέση	Correlation Coefficient	-,214**	-,157*	-,194**	-,159*	-,158*
	Sig. (2-tailed)	,002	,024	,005	,022	,023
	N	206	206	206	206	206
Ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή	Correlation Coefficient	-,241**	-,255**	-,196**	-,206**	-,199**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,005	,003	,004
	N	206	206	206	206	206
Ικανοποίηση από τις Κοινωνικές σχέσεις	Correlation Coefficient	-,277**	-,308**	-,225**	-,204**	-,250**
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,001	,004	,000
	N	203	203	203	203	203

Συσχέτιση του Αυτό- αναφερόμενου επίπεδου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και τις κύριες μεταβλητές της μελέτης

Από τη μελέτη για διερεύνηση των υποκλίμακων του εργαλείου της Αυτό-αναφερόμενης Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT), το αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας βρέθηκε να σχετίζεται θετικά μέτρια με την συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου ($r=0,269$, $p<0,0001$) και να υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση με τη Δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή ($r=0,647$, $p<0,0001$) (Πίνακας 5.35).

Πίνακας 5.35 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον παραμετρικό δείκτη Pearson r μεταξύ του επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας και των υπολοίπων κύριων μεταβλητών της μελέτης

Αυτό- αναφερόμενο επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT)	Συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου($r=0,269$, $p<0,0001$) Δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή ($r=0,647$, $p<0,0001$)
---	--

Συσχέτιση του υποκλιμάκων του εργαλείου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και άλλων μεταβλητών

Οι υποκλίμακες του εργαλείου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας GHQ-28 (GHQ- A: αντίληψης του ατόμου για την σωματική του υγεία, GHQ-B: αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων άγχους, GHQ-C: Αντίληψη Επάρκειας Προσωπικών Ικανοτήτων, GHQ-D: αυτό-αναφερόμενη ένταση των συμπτωμάτων κατάθλιψης) διερευνήθηκαν όσον αφορά τα ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας. Με τη χρήση του δείκτη Pearson (r) δεν προέκυψε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των υποκλιμάκων και των πιο πάνω μεταβλητών.

Μελετήθηκαν επίσης οι υποκλίμακες για διερεύνηση οποιασδήποτε συσχέτισης με το βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, το βαθμό ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση, την εργασία, την προσωπική ζωή, καθώς και από τις προσωπικές σχέσεις των Νοσηλευτών

Ψυχικής Υγείας.

Η υποκλίμακα της Αυτό-αναφερόμενης Έντασης Συμπτωμάτων Κατάθλιψης παρουσιάζει: α) αρνητική ισχυρή συσχέτιση με την Ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις ($r=-0,36$), β) αρνητική επίσης ισχυρή συσχέτιση παρουσιάζει και με την ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή ($r=-0,26$ $p<0,0001$) και γ) ισχυρή αρνητική με την από ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση ($r=0 -0,18$ $p<0,0001$)

Η υποκλίμακα της Επάρκειας προσωπικών ικανοτήτων παρουσιάζει: α) ήπια θετική συσχέτιση με την Συναισθηματική εξάντληση ($r=0,245$ $p<0,0001$) και β) ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση ($r=-0,27$ $p<0,0001$)

Η υποκλίμακα του άγχους παρουσιάζει μέτρια θετική συσχέτιση με την Συναισθηματική εξάντληση ($r=0,343$ $p<0,0001$)

Συσχέτιση του υποκλιμάκων του εργαλείου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και τις κύριες μεταβλητές της μελέτης

Από τη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των υποκλιμάκων του εργαλείου Αυτό-αναφερόμενου επίπεδου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας και τις κύριες μεταβλητές της μελέτης (ηθικό αδιέξοδο MDS, δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή STSS, και ενσυναίσθηση JSE) δεν προέκυψε καμία στατιστική σημαντική διαφορά.

Μελέτη μη παραμετρικών μεθόδων του εργαλείου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και των υποκλιμάκων του.

Μελετήθηκαν επίσης οι διαφορές με τη χρήση μη παραμετρικών μεθόδων του εργαλείου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και των υποκλιμάκων του.

Η γενική ψυχοσωματική υγεία (GHQTOT) διαφέρει ανάμεσα στα δύο φύλα ($p=0,024$), καθώς επίσης και η GHQA, που αφορά στο αυτό-αναφερόμενο επίπεδο σωματικών συμπτωμάτων ($p=0,015$) και η GHQC, η οποία αφορά την αντίληψη επάρκειας προσωπικών ικανοτήτων ($p=0,003$), και η οποία αντανακλά το βαθμό αντίληψης του ατόμου περί κοινωνικής δυσλειτουργίας.

Η κλίμακα του άγχους του ερωτηματολογίου της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας (GHQ-B) σχετίζεται με το είδος της υπηρεσίας (νοσοκομειακή/ κοινοτική) στην οποία εργοδοτείται το άτομο ($p=0,024$)

Η συνολική κλίμακα της γενικής υγείας (GHQTOT) ($p=0,013$) και οι δύο υποκλίμακες τους άγχους (GHQ-B) και της κοινωνικής δυσλειτουργίας (GHQ-C) ($p=,026$) σχετίζονται με την επιθυμία παραίτησης από τη δουλειά ($p=0,015$).

Συσχετίσεις άλλων μεταβλητών στη μελέτη

Η ηλικία βρέθηκε να σχετίζεται θετικά και ισχυρά, στατιστικά σημαντικά, με τον αριθμό παιδιών ($r=0,505$, $p<0,0001$), πολύ ισχυρή συσχέτιση την προϋπηρεσία ($r=0,922$, $p<0,0001$), και ελαφριά συσχέτιση με την προϋπηρεσία στην παρούσα θέση ($r=0,314$ $p<0,0001$). (Πίνακας 5.36)

Ο αριθμός ασθενών στη βάρδια βρέθηκε να σχετίζεται στατιστικά σημαντικά με τον αριθμό Θανάτων τον τελευταίο μήνα από οποιαδήποτε αιτία.

Η αναλογία Νοσηλευτών / ασθενών βρέθηκε να παρουσιάζει μια μέτρια συσχέτιση αφού κρίθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα με υπηρεσία στη Παρούσα θέση ($r=0,386$, $p<0,0001$)

Η Συναισθηματική εξάντληση βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά και μέτρια με το βαθμό εργασιακής ικανοποίησης ($r=0,-40$ $p<0,0001$)

Ο βαθμός εργασιακής ικανοποίησης βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά με τη Συναισθηματική Εξάντληση ($r=0,-40$ $p<0,0001$)

Η εργασιακή Ικανοποίηση παρουσιάζει μέτρια αρνητική συσχέτιση με τη Συναισθηματική Εξάντληση, ισχυρή θετική συσχέτιση με τη ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση ($r=-0,535$ $p<0,0001$), μια ήπια θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από προσωπική ζωή ($r=0,256$ $p<0,0001$) και μέτρια θετική συσχέτιση από την Ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις ($r=0,316$ $p<0,0001$).

Η ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή βρέθηκε να παρουσιάζει στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα και ισχυρή θετική συσχέτιση με τη Συναισθηματική Εξάντληση ($r=0,535$ $p<0,0001$), μέτρια θετική συσχέτιση με την Ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση ($r=0,259$ $p<0,0001$), και επίσης θετική μέτρια συσχέτιση με την Ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις ($r=0,348$ $p<0,0001$).

Η Ικανοποίηση από τη Θεραπευτική σχέση βρέθηκε να παρουσιάζει μια αρνητική ήπια συσχέτιση με Συναισθηματική Εξάντληση ($r=-0,256$ $p<0,0001$), ισχυρή θετική συσχέτιση με την Ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή ($r=0,651$ $p<0,0001$), και ήπια θετική συσχέτιση με την Ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις ($r=0,259$ $p<0,0001$)

Η Ικανοποίηση από τις Κοινωνικές σχέσεις παρουσιάζει θετική ελαφριά συσχέτιση με την Συναισθηματική Εξάντληση ($r=0,316$ $p<0,0001$), ελαφριά θετική συσχέτιση με την

Ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή($r=0,348$ $p<0,0001$) και ισχυρή θετική συσχέτιση με την Ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση($r=0,651$ $p<0,0001$)

Πίνακας 5.36 Στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις με τον παραμετρικό δείκτη Pearson r μεταξύ μεταβλητών της μελέτης

Ηλικία	αριθμό παιδιών ($r=0,505$ $p<0,0001$)
	υπηρεσία στην παρούσα θέση ($r=0,314$ $p<0,0001$)
Αριθμός Παιδιών	ηλικία ($r=0,505$ $p<0,0001$)
	προϋπηρεσία ($r=0,514$ $p<0,0001$)
Προϋπηρεσία	ηλικία ($r=0,922$ $p<0,0001$)
	αριθμό παιδιών ($r=0,514$ $p<0,0001$)
Αναλογία Νοσηλευτών ασθενών	χρόνια υπηρεσίας στη Παρούσα θέση ($r=0,386$ $p<0,0001$)
Συναισθηματική εξάντληση	εργασιακής ικανοποίησης ($r=0,-40$ $p<0,0001$)
Εργασιακή Ικανοποίηση	συναισθηματική Εξάντληση, ($r=0,-40$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση ($r=0,535$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από προσωπική ζωή ($r=0,256$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις ($r=0,316$ $p<0,0001$)
Ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή	συναισθηματική Εξάντληση ($r=0,535$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση ($r=0,259$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις ($r=0,348$ $p<0,0001$)
Η Ικανοποίηση από τη Θεραπευτική σχέση	συναισθηματική Εξάντληση ($r=0,256$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή ($r=0,651$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από τις προσωπικές σχέσεις ($r=0,259$ $p<0,0001$)
Ικανοποίηση από τις Κοινωνικές σχέσεις	συναισθηματική Εξάντληση ($r=0,316$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή ($r=0,348$ $p<0,0001$)
	ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση ($r=0,651$ $p<0,0001$)

5.8. Ανάλυση Διακύμανσης ANOVA και post hoc test

Για εξέταση της μεταβλητότητας που υπάρχει στο δείγμα εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης (ANOVA). Για την καλύτερη ανάλυση έγινε διαχωρισμός των επιμέρους συνιστωσών της μεταβλητότητας του δείγματος προκειμένου να διευκρινιστεί κατά πόσο είναι σημαντικές οι διαφορετικές πηγές προέλευσης. Στην παρούσα μελέτη

πραγματοποιήθηκε ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA. Για να μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ των ομάδων, συγκεκριμένες μεταβλητές από αριθμητικές έγιναν κατηγορηματικές. Συγκεκριμένα, η ηλικία έχει χωριστεί σε 4 κατηγορίες 1: κάτω από 30 χρονών , 2: μεταξύ 30-35, 3: 36-39 και 4: πάνω από 40. Ο βαθμός ενσυναίσθησης σε 3 κατηγορίες 1: χαμηλά επίπεδα βαθμού ενσυναίσθησης, 2: μέτρια επίπεδα και 3: υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης. Η υπηρεσία στην παρούσα θέση 1: λιγότερο από 5 χρόνια , 2: 5 -9 χρόνια και 3: περισσότερο από 10 χρόνια. Όσον αφορά τη συνολική εμπειρία 1: κάτω από 10 χρόνια, 2: 10 με 19 χρόνια υπηρεσίας και 3: περισσότερο από 20 χρόνια υπηρεσίας.

Στατιστικές σημαντικές διαφορές μεταξύ συχνότητας και έντασης ηθικού αδιεξόδου και ομάδων ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών

Εφαρμόστηκε ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, προκειμένου να μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ του ηθικού αδιεξόδου και ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών.

Ατομικά χαρακτηριστικά

Ηλικία

Από την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, εντοπίστηκαν οι διαφορές μεταξύ της ηλικίας και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ηλικία σχετίζεται με τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου $F=6,592$ και το $Sig=0,000$ (Πίνακας 5.37).

Πίνακας 5.37 Διαφορές μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την ηλικία και το ηθικό αδιέξοδο

Ηλικία		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Συχνότητα Ηθικού	Between Groups	7324,860	3	2441,620	6,592	,000
Αδιεξόδου	Within Groups	73333,516	198	370,371		

Total	80658,376	201
-------	-----------	-----

Για εντοπισμό των διαφορών εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην περίπτωση της ηλικίας με τη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου. Οι νοσηλευτές που ανήκουν στην κατηγορία 1, με ηλικία μικρότερη των 30 χρονών, έρχονται συχνότερα σε καταστάσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο, συγκριτικά με τους νοσηλευτές που ανήκουν στην κατηγορία 4 που είναι μεγαλύτεροι από 40 χρονών.

Επιπρόσθετα η κατηγορία 2, που αφορά τους συμμετέχοντες μεταξύ 30 και 35 χρονών, έρχονται συχνότερα σε καταστάσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ανήκουν στην κατηγορία 4 και αντιστοιχεί στα άτομα που είναι μεγαλύτεροι από 40 χρονών.

Το ίδιο συμβαίνει και με την κατηγορία 3, που αντιστοιχεί στους συμμετέχοντες μεταξύ 36 – 40 χρονών που έρχονται συχνότερα σε επαφή με καταστάσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο συγκριτικά με τους νοσηλευτές που ανήκουν στην κατηγορία 4, που είναι δηλαδή μεγαλύτεροι από 40 χρονών. (Πίνακας 5.38)

Πίνακας 5.38 Παρουσίαση διαφορών κατηγοριών μεταξύ ηλικίας και συχνότητας ηθικού αδιεξόδου με τη χρήση post hoc test (Tukey)

Dependent Variable	(I)	(J)	Mean		95% Confidence Interval		
			Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	1,00	2,00	2,03932	3,59619	,942	-7,2783	11,3570
		3,00	2,70833	4,12012	,913	-7,9668	13,3835
		4,00	16,11531*	4,04096	,001	5,6453	26,5854
	2,00	1,00	-2,03932	3,59619	,942	-11,3570	7,2783
		3,00	,66901	3,80470	,998	-9,1889	10,5269
		4,00	14,07599*	3,71884	,001	4,4405	23,7114
	3,00	1,00	-2,70833	4,12012	,913	-13,3835	7,9668
		2,00	-,66901	3,80470	,998	-10,5269	9,1889

	4,00	13,40698*	4,22760	,009	2,4534	24,3606
4,00	1,00	-16,11531*	4,04096	,001	-26,5854	-5,6453
	2,00	-14,07599*	3,71884	,001	-23,7114	-4,4405
	3,00	-13,40698*	4,22760	,009	-24,3606	-2,4534

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Συχνότητα Άσκησης

Από την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, εντοπίστηκαν διαφορές μεταξύ των κατηγοριών της συχνότητα άσκησης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου $F= 3,866$ και το $Sig=0,023$ (Πίνακας 5.39)

Πίνακας 5.39 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς τη συχνότητα άσκησης και τη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου

Συχνότητα άσκησης		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Between Groups	3032,189	2	1516,094	3,866	,023
	Within Groups	78827,321	201	392,176		
	Total	81859,510	203			

Για εντοπισμό των διαφορών των κατηγοριών που αφορούν τη συχνότητα άσκησης εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου και τη συχνότητα άσκησης (Πίνακας 5.40). Όσον αφορά τη συχνότητα άσκησης (3 με 4 φορές την εβδομάδα) τα αποτελέσματα δείχνουν στατιστικά σημαντική διαφορά με την κατηγορία με συχνότητα άσκησης (μια με δύο φορές την εβδομάδα). Οι συμμετέχοντες που ασκούνται τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα βιώνουν συχνότερα καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που γυμνάζονται 1-2 φορές την εβδομάδα (Πίνακας 5.40)

Πίνακας 5.40 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ συχνότητας ηθικού αδιεξόδου και συχνότητα άσκησης με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)

Dependent Variable	(I) Ασκησης	Συχνότητα (J) boby exercising	Frequency of Difference (I-J)	Mean	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
							Lower Bound	Upper Bound
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Καθόλου	Μία με δύο φορές την εβδομάδα		7,47233	3,19188	,053	-,0644	15,0090
		3-4 φορές την εβδομαδα		-1,14872	3,58767	,945	-9,6200	7,3225
	Μία με δύο φορές την εβδομάδα	Καθόλου		-7,47233	3,19188	,053	-15,0090	,0644
		3-4 φορές την εβδομαδα		-8,62105*	3,60607	,046	-17,1357	-,1064
	3-4 φορές την εβδομάδα	Καθόλου		1,14872	3,58767	,945	-7,3225	9,6200
		Μία με δύο φορές την εβδομάδα		8,62105*	3,60607	,046	,1064	17,1357

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Οικογενειακή Κατάσταση

Από την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, εντοπίστηκαν επίσης διαφορές μεταξύ της οικογενειακής κατάστασης και του ηθικού αδιεξόδου. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οικογενειακή κατάσταση σχετίζεται τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου $F= 2,664$ και το $Sig=0,034$ (Πίνακας 5.41).

Πίνακας 5.41 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την οικογενειακή κατάσταση και τη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου

Οικογενειακή κατάσταση		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Συχνότητα Ηθικού	Between Groups	4109,154	4	1027,288	2,664	,034

Αδιεξόδου	Within Groups	76737,842	199	385,617
	Total	80846,995	203	

Επίπεδο εκπαίδευσης

Από την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA εντοπίστηκαν επίσης στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ επιπέδου εκπαίδευσης, και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται με τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου $F=3,348$ και το $Sig=0,011$. (Πίνακας 5.42)

Πίνακας 5.42 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς το επίπεδο εκπαίδευσης και τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου

Επίπεδο εκπαίδευσης		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Between Groups	5058,407	4	1264,602	3,348	,011
	Within Groups	75172,588	199	377,752		
	Total	80230,995	203			

Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά

Διάφορες μεταξύ ομάδων με τη μέθοδο ANOVA μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και επαγγελματικών χαρακτηριστικών

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι υπάρχει στατιστική διαφορά ανάμεσα στις κατηγορίες σχετικά με τη πόλη εργασίας. Η πόλη εργασίας σχετίζεται με τη συχνότητα $F=2,439$ και το $Sig=0,048$, και την ένταση του ηθικού αδιεξόδου $F=2,491$ και το $Sig=0,044$, τα αποτελέσματα κρίθηκαν στατιστικά σημαντικά αφού $F>1$ και το $Sig<0,05$ (Πίνακας 5.43).

Πίνακας 5.43 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς τη πόλη εργασίας και την ένταση του ηθικού αδιεξόδου

Πόλη εργασίας		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου	Between Groups	9996,296	4	2499,074	2,491	,044
	Within Groups	201631,451	201	1003,142		

Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Total	211627,748	205			
	Between Groups	3840,965	4	960,241	2,439	,048
	Within Groups	79129,390	201	393,679		
	Total	82970,354	205			

Για εντοπισμό των διαφορών εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ένταση του ηθικού αδιεξόδου και την πόλη εργασίας (Πίνακας 5.42). Όσον αφορά στην πόλη εργασίας, από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι η ένταση του ηθικού αδιεξόδου παρουσιάζει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους συμμετέχοντες της Λεμεσού και της Πάφου αλλά και της Πάφου με της Λευκωσίας. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες με πόλη εργασίας την Λεμεσό και την Λευκωσία βιώνουν με μεγαλύτερη ένταση καταστάσεις που προκαλούν ηθικό αδιεξόδο συγκριτικά με τους συμμετέχοντες της κατηγορίας της Πάφου. (Πίνακας 5.44).

Πίνακας 5.44 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ έντασης ηθικού αδιεξόδου και πόλη εργασίας με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)

Dependent Variable	(I) Πόλη Εργασίας	(J) Πόλη Εργασίας	Mean Difference			95% Confidence Interval	
			(I-J)	Std. Error	Sig.	Lower Bound	Upper Bound
Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου	Λεμεσός	Λευκωσία	1,63445	5,13254	,998	-12,4939	15,7628
		Λάρνακα	-,08036	8,97828	1,000	-24,7949	24,6342
		Πάφος	27,12637*	9,75079	,046	,2854	53,9674
		Αμμόχωστος	30,85714	22,79219	,658	-31,8829	93,5972
	Λευκωσία	Λεμεσός	-1,63445	5,13254	,998	-15,7628	12,4939
		Λάρνακα	-1,71481	8,43363	1,000	-24,9301	21,5004
		Πάφος	25,49192*	9,25173	,050	,0247	50,9592
		Αμμόχωστος	29,22269	22,58319	,695	-32,9421	91,3874
	Λάρνακα	Λεμεσός	,08036	8,97828	1,000	-24,6342	24,7949
		Λευκωσία	1,71481	8,43363	1,000	-21,5004	24,9301
		Πάφος	27,20673	11,82629	,149	-5,3475	59,7609

		Αμμόχωστος	30,93750	23,75431	,690	-34,4510	96,3260
	Paphos	Λεμεσός	-27,12637*	9,75079	,046	-53,9674	-,2854
		Λευκωσία	-25,49192*	9,25173	,050	-50,9592	-,0247
		Λάρνακα	-27,20673	11,82629	,149	-59,7609	5,3475
		Αμμόχωστος	3,73077	24,05692	1,000	-62,4907	69,9522
	Αμμόχωστος	Λεμεσός	-30,85714	22,79219	,658	-93,5972	31,8829
		Λευκωσία	-29,22269	22,58319	,695	-91,3874	32,9421
		Λάρνακα	-30,93750	23,75431	,690	-96,3260	34,4510
		Πάφος	-3,73077	24,05692	1,000	-69,9522	62,4907

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Δομή εργασίας

Από την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, εντοπίστηκαν οι διαφορές μεταξύ της δομής εργασίας και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η δομή εργασίας σχετίζεται με τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου $F=3,234$ και το $Sig=0,002$ (Πίνακας 5.45).

Πίνακας 5.45 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την δομή εργασίας και τη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου

Δομή Εργασίας		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Between Groups	9544,732	8	1193,091	3,234	,002
	Within Groups	71949,680	195	368,973		
	Total	81494,412	203			

Για εντοπισμό των διαφορών εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου και στη δομή εργασίας (Πίνακας 5.46). Όσον αφορά στη δομή εργασίας τα αποτελέσματα δείχνουν στατιστικά σημαντική διαφορά με την κατηγορία των νοσηλευτών που εργάζονται στο νοσοκομείο Αθαλάσσας με τους νοσηλευτές των κοινοτικών δομών και των εξωτερικών δομών τοξικοεξάρτησης. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές που εργάζονται στο

Νοσοκομείο Αθαλάσσας έρχονται πιο συχνά αντιμέτωποι με καταστάσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο συγκριτικά με τους νοσηλευτές που εργάζονται στην κοινοτική υπηρεσία και στις εξωτερικές δομές τοξικοεξάρτησης.

Πίνακας 5.46 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ συχνότητας ηθικού αδιεξόδου και δομή εργασίας με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)

Dependent Variable	(I) Current working ward	(J) Current working ward	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Νοσοκομείο Αθαλάσσας	Μονάδες Εσωτερικής νοσηλείας Παιδιών και Έφηβων	14,08571	5,87832	,292	-4,3544	32,5259
		Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων	11,86667	5,72692	,495	-6,0985	29,8319
		Ψυχιατρική Κλινική	5,25000	5,16217	,984	-10,9436	21,4436
		Υπηρεσία Κοινοτικής	15,77959*	3,96604	,003	3,3382	28,2210
		Κέντρο Ημέρας	24,22857	7,80447	,055	-,2539	48,7110
		Εξωτερικές Δομές Τοξικοεξάρτησης	15,31613*	4,48350	,022	1,2515	29,3808
		Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων	15,62353	5,46842	,106	-1,5308	32,7779
		Φυλακές	9,63333	8,34834	,965	-16,5552	35,8219
		Μονάδες Εσωτερικής Νοσηλείας Έφηβων	-14,08571	5,87832	,292	-32,5259	4,3544
	Νοσοκομείο Αθαλάσσας	Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων	-2,21905	7,13816	1,000	-24,6113	20,1732
		Ψυχιατρική Κλινική	-8,83571	6,69357	,924	-29,8333	12,1619
		Υπηρεσία Κοινοτικής	1,69388	5,82110	1,000	-16,5668	19,9546
		Κέντρο Ημέρας	10,14286	8,89188	,967	-17,7508	38,0365
		Εξωτερικές Δομές Τοξικοεξάρτησης	1,23041	6,18527	1,000	-18,1726	20,6335
		Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων	1,53782	6,93249	1,000	-20,2093	23,2849

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ

	Φυλακές	-4,45238	9,37287	1,000	-33,8549	24,9501
Τμήματα	Εσωτερικής Νοσοκομείο Αθαλάσσας	-11,86667	5,72692	,495	-29,8319	6,0985
Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων	Μονάδες Εσωτερικής νοσηλείας Παιδιών και Έφηβων	2,21905	7,13816	1,000	-20,1732	24,6113
	Ψυχιατρική Κλινική	-6,61667	6,56101	,985	-27,1984	13,9651
	Υπηρεσία Κοινοτικής	3,91293	5,66818	,999	-13,8680	21,6939
	Κέντρο Ημέρας	12,36190	8,79253	,894	-15,2201	39,9439
	Εξωτερικές Δομές Τοξικοεξάρτησης	3,44946	6,04157	1,000	-15,5028	22,4017
	Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων	3,75686	6,80459	1,000	-17,5890	25,1027
	Φυλακές	-2,23333	9,27867	1,000	-31,3403	26,8736
Ψυχιατρική Κλινική	Νοσοκομείο Αθαλάσσας	-5,25000	5,16217	,984	-21,4436	10,9436
	Μονάδες Εσωτερικής νοσηλείας Παιδιών και Έφηβων	8,83571	6,69357	,924	-12,1619	29,8333
	Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων	6,61667	6,56101	,985	-13,9651	27,1984
	Υπηρεσία Κοινοτικής	10,52959	5,09693	,500	-5,4594	26,5186
	Κέντρο Ημέρας	18,97857	8,43558	,378	-7,4837	45,4408
	Εξωτερικές Δομές Τοξικοεξάρτησης	10,06613	5,50917	,664	-7,2160	27,3483
	Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων	10,37353	6,33663	,783	-9,5044	30,2514
	Φυλακές	4,38333	8,94115	1,000	-23,6649	32,4315
Υπηρεσία Κοινοτικής	Νοσοκομείο Αθαλάσσας	-15,77959*	3,96604	,003	-28,2210	-3,3382
	Μονάδες Εσωτερικής νοσηλείας Παιδιών και Έφηβων	-1,69388	5,82110	1,000	-19,9546	16,5668
	Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων	-3,91293	5,66818	,999	-21,6939	13,8680
	Ψυχιατρική Κλινική	-10,52959	5,09693	,500	-26,5186	5,4594
	Κέντρο Ημέρας	8,44898	7,76147	,975	-15,8986	32,7966
	Εξωτερικές Δομές Τοξικοεξάρτησης	-,46346	4,40822	1,000	-14,2920	13,3650

		Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων		-1,5606	5,40688	1,000	-17,1173	16,8052
		Φυλακές		-6,14626	8,30816	,998	-32,2088	19,9163
	Κέντρο Ημέρας	Νοσοκομείο Αθαλάσσας		-24,22857	7,80447	,055	-48,7110	,2539
		Μονάδες Εσωτερικής νοσηλείας Παιδιών και Έφηβων		-10,14286	8,89188	,967	-38,0365	17,7508
		Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων		-12,36190	8,79253	,894	-39,9439	15,2201
		Ψυχιατρική Κλινική		-18,97857	8,43558	,378	-45,4408	7,4837
		Υπηρεσία Κοινοτικής		-8,44898	7,76147	,975	-32,7966	15,8986
		Εξωτερικές Δομές Τοξικοεξάρτησης		-8,91244	8,03820	,972	-34,1281	16,3032
		Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων		-8,60504	8,62639	,986	-35,6659	18,4558
		Φυλακές		-14,59524	10,68671	,909	-48,1192	18,9288
	Εξωτερικές Τοξικοεξάρτησης	Δομές Νοσοκομείο Αθαλάσσας		-15,31613*	4,48350	,022	-29,3808	-1,2515
		Μονάδες Εσωτερικής νοσηλείας Παιδιών και Έφηβων		-1,23041	6,18527	1,000	-20,6335	18,1726
		Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων		-3,44946	6,04157	1,000	-22,4017	15,5028
		Ψυχιατρική Κλινική		-10,06613	5,50917	,664	-27,3483	7,2160
		Υπηρεσία Κοινοτικής		,46346	4,40822	1,000	-13,3650	14,2920
		Κέντρο Ημέρας		8,91244	8,03820	,972	-16,3032	34,1281
		Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων		,30740	5,79712	1,000	-17,8780	18,4928
		Φυλακές		-5,68280	8,56725	,999	-32,5581	21,1925
	Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων	Νοσοκομείο Αθαλάσσας		-15,62353	5,46842	,106	-32,7779	1,5308
		Μονάδες Εσωτερικής νοσηλείας Παιδιών και Έφηβων		-1,53782	6,93249	1,000	-23,2849	20,2093
		Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων		-3,75686	6,80459	1,000	-25,1027	17,5890
		Ψυχιατρική Κλινική		-10,37353	6,33663	,783	-30,2514	9,5044
		Υπηρεσία Κοινοτικής		,15606	5,40688	1,000	-16,8052	17,1173

		Κέντρο Ημέρας	8,60504	8,62639	,986	-18,4558	35,6659
		Εξωτερικές Δομές Τοξικοεξάρτησης	-,30740	5,79712	1,000	-18,4928	17,8780
		Φυλακές	-5,99020	9,12139	,999	-34,6038	22,6234
	Φυλακές	Νοσοκομείο Αθαλάσσιας	-9,63333	8,34834	,965	-35,8219	16,5552
		Μονάδες Εσωτερικής νοσηλείας Παιδιών και Έφηβων	4,45238	9,37287	1,000	-24,9501	33,8549
		Τμήματα Εσωτερικής Νοσηλείας Τοξικοεξαρτήσεων	2,23333	9,27867	1,000	-26,8736	31,3403
		Ψυχιατρική Κλινική	-4,38333	8,94115	1,000	-32,4315	23,6649
		Κοινωνική Υπηρεσία	6,14626	8,30816	,998	-19,9163	32,2088
		Κέντρο Ημέρας	14,59524	10,68671	,909	-18,9288	48,1192
		Εξωτερικές Δομές Τοξικοεξάρτησης	5,68280	8,56725	,999	-21,1925	32,5581
		Εξωτερικά Ιατρεία Παιδιών και έφηβων	5,99020	9,12139	,999	-22,6234	34,6038

Προϋπηρεσία

Από την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, εντοπίστηκαν οι διαφορές μεταξύ της συνολικής προϋπηρεσίας και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι προϋπηρεσία σχετίζεται με τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου $F=7,664$ και το $Sig=0,001$ (Πίνακας 5.47)

Πίνακας 5.47 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την προϋπηρεσία και συχνότητας ηθικού αδιεξόδου

Προϋπηρεσία		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Between Groups	5683,669	2	2841,835	7,664	,001
	Within Groups	74160,124	200	370,801		
	Total	79843,793	202			

Στη συνέχεια για εντοπισμό των διαφορών εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και

τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντική διαφορά στη περίπτωση της προϋπηρεσία με τη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου. Οι νοσηλευτές που ανήκουν στην κατηγορία 1: λιγότερο από 10 χρόνια εμπειρίας έρχονται συχνότερα αντιμέτωποι με τις καταστάσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο συγκριτικά με τους νοσηλευτές που ανήκουν στην κατηγορία 3: περισσότερο από 20 χρόνια αλλά και στην κατηγορία 2: 10 με 19 χρόνια αντίστοιχα.(Πίνακας 5.48)

Πίνακας 5.48 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ συχνότητας ηθικού αδιεξόδου και προϋπηρεσίας με τη μέθοδο post hoc test

Dependent Variable	(I) preocc_3	(J) preocc_3	Mean		Sig.	95% Confidence Interval	
			Difference (I-J)	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	1,00	2,00	2,94451	2,99258	,588	-4,1218	10,0109
		3,00	14,85532*	3,81300	,000	5,8517	23,8589
	2,00	1,00	-2,94451	2,99258	,588	-10,0109	4,1218
		3,00	11,91081*	3,95033	,008	2,5829	21,2387
	3,00	1,00	-14,85532*	3,81300	,000	-23,8589	-5,8517
		2,00	-11,91081*	3,95033	,008	-21,2387	-2,5829

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Θέση στην ιεραρχία

Για εντοπισμό των διαφορών εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου και τη θέση στην ιεραρχία (Πίνακας 5.50). Όσον αφορά στη θέση στην ιεραρχία, τα αποτελέσματα δείχνουν στατιστικά σημαντική διαφορά με την κατηγορία των πρώτων νοσηλευτικών λειτουργιών και των ανώτερων νοσηλευτικών λειτουργιών να βιώνουν σε μικρότερη ένταση καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου συγκριτικά με την ομάδα των νοσηλευτικών λειτουργιών. Το ίδιο επίσης συμβαίνει με την κατηγορία των ανώτερων νοσηλευτικών λειτουργιών, με τους πρώτους νοσηλευτικούς λειτουργούς να είναι αυτοί που βιώνουν σε μικρότερη ένταση καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου. Δηλαδή, όσο ψηλότερα βρίσκεται κανείς στην ιεραρχία να βιώνει λιγότερο έντονα τις καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου.

Πίνακας 5.49 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ έντασης ηθικού αδιεξόδου και θέση στην ιεραρχία με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)

Dependent Variable	(I) Current position held	(J) Current position held	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου	Νοσηλευτικός Λειτουργός	Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	21,37681*	6,85856	,006	5,1829	37,5707
		Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	65,83333*	22,02264	,009	13,8352	117,8314
	Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	Νοσηλευτικός Λειτουργός	-21,37681*	6,85856	,006	-37,5707	-5,1829
		Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	44,45652	22,83368	,128	-9,4566	98,3696
	Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	Νοσηλευτικός Λειτουργός	-65,83333*	22,02264	,009	-117,8314	-13,8352
		Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	-44,45652	22,83368	,128	-98,3696	9,4566
Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου	Νοσηλευτικός Λειτουργός	Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	14,50193*	4,28014	,002	4,3960	24,6078
		Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	32,58889*	13,74340	,049	,1391	65,0387
	Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	Νοσηλευτικός Λειτουργός	-14,50193*	4,28014	,002	-24,6078	-4,3960
		Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	18,08696	14,24954	,414	-15,5579	51,7318
	Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	Νοσηλευτικός Λειτουργός	-32,58889*	13,74340	,049	-65,0387	-,1391
		Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	-18,08696	14,24954	,414	-51,7318	15,5579

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Από την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, εντοπίστηκαν οι διαφορές μεταξύ της τάσης για εγκατάλειψη του επαγγέλματος και της συχνότητας και της έντασης του ηθικού αδιεξόδου. Από τα αποτελέσματα φάνηκε ότι η τάση εγκατάλειψης του

επαγγέλματος σχετίζεται με την ένταση του ηθικού αδιεξόδου $F= 9,008$ και το $Sig=0,000$, και τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου $F= 8,278$ και το $Sig=0,000$. (Πίνακας 5.50).

Πίνακας 5.50 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την τάση για εγκατάλειψη του επαγγέλματος και την συχνότητα και την ένταση του ηθικού αδιεξόδου

Τάση εγκατάλειψης			Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Ένταση Αδιεξόδου	Ηθικού	Between Groups	17282,983	2	8641,491	9,008	,000
		Within Groups	193785,457	202	959,334		
		Total	211068,439	204			
Συχνότητα Αδιεξόδου	Ηθικού	Between Groups	6185,601	2	3092,801	8,278	,000
		Within Groups	75469,404	202	373,611		
		Total	81655,005	204			

Ηθικό Αδιέξοδο και κύριες μεταβλητές της μελέτης (βαθμός ενσυναίσθησης)

Εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, προκειμένου να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ του βαθμού ενσυναίσθησης και των δεδομένων της μελέτης, ο βαθμός ενσυναίσθησης χωρίστηκε σε 3 κατηγορίες (1: χαμηλά επίπεδα βαθμού ενσυναίσθησης, 2: μέτρια επίπεδα και 3: υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης) και μελετήθηκαν οι κύριες μεταβλητές της μελέτης. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ενσυναίσθηση σχετίζεται με την ένταση του ηθικού αδιεξόδου αφού το $F= 5,128$ και το $Sig<0,05$ (Πίνακας 5.51).

Πίνακας 5.51 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) του βαθμού ενσυναίσθησης ως προς την ένταση του ηθικού αδιεξόδου

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου	Between Groups	10177,781	2	5088,890	5,128	,007
	Within Groups	201449,967	203	992,364		

	Total	211627,748	205
--	-------	------------	-----

Ενσυναίσθηση

Διάφορες με τη μέθοδο ANOVA μεταξύ ενσυναίσθησης και επαγγελματικά και ατομικά χαρακτηριστικά

Ατομικά χαρακτηριστικά

Με την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, προκύπτει ότι η ηλικία σχετίζεται με το βαθμό ενσυναίσθησης αφού το $F=3,619$ και το $Sig=0,014$ (Πίνακας 5.52).

Πίνακας 5.52 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) της ηλικίας ως προς το βαθμό ενσυναίσθησης

Ηλικία		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Ενσυναίσθηση	Between Groups	1693,551	3	564,517	3,619	,014
	Within Groups	30883,365	198	155,977		
	Total	32576,916	201			

Στατιστικά σημαντικές διάφορες με τη μέθοδο ANOVA μεταξύ ενσυναίσθησης και ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Ατομικά χαρακτηριστικά

Ηλικία

Για εντοπισμό των διαφορών μεταξύ των ηλικιακών ομάδων εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και δείχνουν σημαντική διαφορά στην περίπτωση της ενσυναίσθησης, μεταξύ της κατηγορίας 1 που αντιστοιχεί κάτω από 30 χρονών και της κατηγορίας 4 που αντιστοιχεί πάνω από 40 χρονών. Από τα αποτελέσματα διαπιστώνεται ότι οι συμμετέχοντες που ανήκουν στην κατηγορία 1 δηλαδή που είναι νεαρότεροι από 30 χρονών έχουν χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που ανήκουν στην κατηγορία 4 και είναι δηλαδή μεγαλύτεροι από 40 χρονών (Πίνακας 5.53).

Πίνακας 5.53 Παρουσίαση ανάλυσης post hoc test μεταξύ ηλικίας και βαθμού ενσυναίσθησης

Dependent Variable	(I) age_gr4	(J) age_gr4	Mean		Sig.	95% Confidence Interval	
			Difference (I-J)	Std. Error		Lower Bound	Upper Bound
Ενσυναίσθηση	1,00	2,00	-2,95481	2,33374	,586	-9,0015	3,0919
		3,00	-5,95833	2,67375	,119	-12,8860	,9693
		4,00	-8,02229*	2,62238	,013	-14,8168	-1,2277
	2,00	1,00	2,95481	2,33374	,586	-3,0919	9,0015
		3,00	-3,00352	2,46906	,617	-9,4008	3,3938
		4,00	-5,06747	2,41334	,157	-11,3204	1,1854
	3,00	1,00	5,95833	2,67375	,119	-,9693	12,8860
		2,00	3,00352	2,46906	,617	-3,3938	9,4008
		4,00	-2,06395	2,74350	,876	-9,1723	5,0444
	4,00	1,00	8,02229*	2,62238	,013	1,2277	14,8168
		2,00	5,06747	2,41334	,157	-1,1854	11,3204
		3,00	2,06395	2,74350	,876	-5,0444	9,1723

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Διαφορές με τη μέθοδο ANOVA μεταξύ ενσυναίσθησης και ικανοποίηση από την θεραπευτική σχέση και συνολική προϋπηρεσία

Μελετήθηκαν η σχέση ανάμεσα στο βαθμό ενσυναίσθησης με κατηγορίες (1: χαμηλά επίπεδα βαθμού ενσυναίσθησης, 2: μέτρια επίπεδα, 3: υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης) και τη συνολική προϋπηρεσία και την ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση. Από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι, ο βαθμός ενσυναίσθησης έχει στατιστικά σημαντική διαφορά με την συνολική προϋπηρεσία με $F= 4,591$ και το $Sig=0,011$ και με το βαθμό ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση $F= 3,640$ και το $Sig=0,028$. (Πίνακας 5.54)

Πίνακας 5.54 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) του βαθμού ενσυναίσθησης ως προς την ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση και με την συνολική εμπειρία (προϋπηρεσία)

Ενσυναίσθηση		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Συνολική Προϋπηρεσία	Between Groups	482,523	2	241,261	4,591	,011
	Within Groups	10510,768	200	52,554		
	Total	10993,291	202			
Βαθμός ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση	Between Groups	14,605	2	7,302	3,640	,028
	Within Groups	401,223	200	2,006		
	Total	415,828	202			

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Στη συνέχεια, για εντοπισμό των διαφορών εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντική διαφορά στην περίπτωση της συνολική προϋπηρεσίας, μεταξύ της κατηγορίας 1 που αντιστοιχεί στα χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης με τις κατηγορίες 2 και 3 μέτριου και υψηλού βαθμού ενσυναίσθησης, αντίστοιχα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι, τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης έχουν και την περισσότερη εμπειρία, αφού στατιστικά σημαντικά προκύπτουν τα αποτελέσματα συγκριτικά με την κατηγορία 2 που αντιστοιχεί με μέτριου βαθμού ενσυναίσθησης με την κατηγορία 1 που αντιστοιχεί σε χαμηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και την 3 που αντιστοιχεί με τα ψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης συγκριτικά με την 1. Όσον αφορά την ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση, τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης έχουν και τη μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση (Πίνακας 5.55).

Πίνακας 5.55 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ ενσυναίσθησης και την συνολική προϋπηρεσία και την ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)

Dependent Variable	(I) emp_3	(J) emp_3	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Συνολική προϋπηρεσία	1,00	2,00	-3,500*	1,249	,015	-6,45	-,55
		3,00	-3,056*	1,258	,042	-6,03	-,09
	2,00	1,00	3,500*	1,249	,015	,55	6,45
		3,00	,444	1,234	,931	-2,47	3,36
	3,00	1,00	3,056*	1,258	,042	,09	6,03
		2,00	-,444	1,234	,931	-3,36	2,47
Βαθμός ικανοποίησης από τις κοινωνικές επαφές	1,00	2,00	-,5522	,2447	,064	-1,130	,026
		3,00	-,5865*	,2429	,044	-1,160	-,013
	2,00	1,00	,5522	,2447	,064	-,026	1,130
		3,00	-,0343	,2429	,989	-,608	,539
	3,00	1,00	,5865*	,2429	,044	,013	1,160
		2,00	,0343	,2429	,989	-,539	,608

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

Στατιστικά σημαντικές διαφορές με τη μέθοδο ANOVA μεταξύ ενσυναίσθησης και κύριων μεταβλητών της μελέτης

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ενσυναίσθηση σχετίζεται με την ένταση του ηθικού αδιεξόδου αφού το $F= 5,128$ και το $Sig<0,05$ καθώς και τη συνολική γενική (σωματική και ψυχική) υγεία αφού το $F= 3,925$ και το $Sig<0,05$ (Πίνακας 5.56).

Πίνακας 5.56 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) του βαθμού ενσυναίσθησης ως προς την ένταση του ηθικού αδιεξόδου και συνολικής γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής)

		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Ένταση Ηθικού Αδιεξόδου	Between Groups	10177,781	2	5088,890	5,128	,007
	Within Groups	201449,967	203	992,364		
	Total	211627,748	205			
GHQDTOT	Between Groups	38,238	2	19,119	3,925	,021
	Within Groups	988,776	203	4,871		
	Total	1027,015	205			

Διάφορες με τη μέθοδο ANOVA μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Ατομικά χαρακτηριστικά

Με την ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA. προκειμένου να μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ της ηλικίας και των δεδομένων της μελέτης, αποτα αποτελέσματα προκύπτει ότι, η ηλικία σχετίζεται με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή αφού το $F=2,694$ και το $Sig<0,05$ (Πίνακας 5.57).

Πίνακας 5.57 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) της ηλικίας της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής

Ηλικία		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Δευτερογενής Μετατραυματική Συνδρομή	Between Groups	833,379	3	277,793	2,694	,047
	Within Groups	20419,299	198	103,128		
	Total	21252,678	201			

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Εφαρμόστηκε επίσης η ανάλυση της διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, προκειμένου να μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ του αριθμού των ασθενών στη δομή και της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι ο αριθμός των θεραπευόμενων στη δομή σχετίζεται με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή $F=1,947$ και το $Sig=0,028$. (Πίνακας 5.58)

Πίνακας 5.58 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) του αριθμού ασθενών στη δομή και της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής

Αριθμό ασθενών στη δομή		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Δευτερογενής Μετατραυματική Συνδρομή	Between Groups	2623,940	13	201,842	1,947	,028
	Within Groups	17832,925	172	103,680		
	Total	20456,866	185			

Στατιστικά σημαντικές διαφορές με τη μέθοδο ANOVA μεταξύ συνολικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) και ατομικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικά

Ατομικά χαρακτηριστικά

Φύλο

Εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, προκειμένου να μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ του φύλου και των δεδομένων της μελέτης. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι το φύλο σχετίζεται με την συνολική γενική υγεία (σωματική και ψυχική) $F=1,176$ και το $Sig=0,042$, καθώς επίσης και την υποκλίμακα γ (που αφορά τη λειτουργική επάρκεια) $F=8,003$ και το $Sig=0,05$, και την υποκλίμακα α (αντίληψη του ατόμου για τη σωματική του υγεία) $F=6,748$ και το $Sig=0,010$ (Πίνακας 5.59)

Πίνακας 5.59 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς το φύλο και τη συνολική γενική υγεία και τις υποκλίμακες (λειτουργικής επάρκειας και αντίληψης για τη σωματική υγεία)

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
GHQ TOTAL	Between Groups	411,037	1	411,037	4,176	,042
	Within Groups	20080,381	204	98,433		
	Total	20491,417	205			
GHQCTOT	Between Groups	51,283	1	51,283	8,003	,005
	Within Groups	1307,246	204	6,408		
	Total	1358,529	205			
GHQATOT	Between Groups	78,533	1	78,533	6,748	,010
	Within Groups	2374,307	204	11,639		
	Total	2452,840	205			

Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

Δομή εργασίας

Εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, προκειμένου να μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ της δομής εργασίας και της γενικής υγείας σωματικής και ψυχικής. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η δομή εργασίας σχετίζεται με την υποκλίμακα β που αφορά την ένταση των συμπτωμάτων άγχους, της κλίμακας της συνολικής γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) $F=2,560$ και το $Sig=0,011$ (Πίνακας 5.60)

Πίνακας 5.60 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς τη δομή εργασίας και την υποκλίμακα του άγχους της κλίμακας της γενικής υγείας

Τύπο εργασίας	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
---------------	----------------	----	-------------	---	------

GHQBTOT	Between Groups	300,898	8	37,612	2,560	,011
	Within Groups	2865,509	195	14,695		
	Total	3166,407	203			

Τάση για εγκατάλειψη

Εφαρμόστηκε ανάλυση διακύμανσης με τη χρήση της one way ANOVA, προκειμένου να μπορούν να εντοπιστούν οι διαφορές μεταξύ της τάσης για εγκατάλειψη της εργασίας και της γενικής υγείας σωματικής και ψυχικής. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η τάση για εγκατάλειψη της εργασίας σχετίζεται με την συνολική υγεία ($F=5,447$, $Sig=0,005$), την υποκλίμακα α ($F=5,086$, $Sig=0,007$), (αντίληψη του ατόμου για την σωματική του υγεία), την υποκλίμακα β ($F=4,883$, $Sig=0,009$) (αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων άγχους) και την υποκλίμακα γ ($F=4,430$, $Sig=0,013$) (λειτουργική επάρκεια ικανοτήτων) (Πίνακας 5.61).

Πίνακας 5.61 Διάφορες μεταξύ ομάδων (ANOVA) ως προς την τάση για εγκατάλειψη της εργασίας και την κλίμακα της γενικής υγείας και τις υποκλίμακες σωματικής υγείας, λειτουργικής επάρκειας και του άγχους

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
GHQATOT	Between Groups	120,195	2	60,098	5,086	,007
	Within Groups	2233,133	189	11,816		
	Total	2353,328	191			
GHQBTOT	Between Groups	147,352	2	73,676	4,883	,009
	Within Groups	2851,893	189	15,089		
	Total	2999,245	191			
GHQCTOT	Between Groups	56,310	2	28,155	4,430	,013
	Within Groups	1201,310	189	6,356		
	Total	1257,620	191			
GHQ TOTAL	Between Groups	1026,557	2	513,279	5,447	,005
	Within Groups	17808,110	189	94,223		
	Total	18834,667	191			

Στατιστικά σημαντικές διαφορές με τη μέθοδο ANOVA post hoc test μεταξύ γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) και τάσης για εγκατάλειψη της εργασίας

Στη συνέχεια για εντοπισμό των διαφορών εφαρμόστηκε η μέθοδος post hoc test και τα αποτελέσματα δείχνουν σημαντική διαφορά στην περίπτωση της εμπειρίας της τάσης για παραίτηση με το βαθμό γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας, με την υποκλίμακα α (που αντιπροσωπεύει την αντίληψη του ατόμου για τη σωματική υγεία). Τα αποτελέσματα υποστηρίζουν ότι αυτοί που ήταν στην κατηγορία που σκέφτηκαν να εγκαταλείψουν μια κλινική θέση εργασίας αλλά δεν το έπραξαν είχαν συμπτώματα διαταραγμένης σωματικής υγείας, από αυτούς που ποτέ δεν ήθελαν να παραιτηθούν από την εργασία. Τα άτομα που είχαν την εμπειρία να παραιτηθούν από μια θέση εργασίας είχαν καλύτερα επίπεδα στην κλίμακα άγχους από αυτούς που ήθελαν να παραιτηθούν αλλά δεν το έκαναν. Τα άτομα που ανήκαν στην κατηγορία των ατόμων που δεν ήθελαν να εγκαταλείψουν μια εργασία κατέγραψαν υψηλότερα επίπεδα στην κλίμακα της λειτουργικής επάρκειας ικανοτήτων συγκριτικά με εκείνους που ήθελαν να παραιτηθούν αλλά δεν το έκαναν. Όσον αφορά στη συνολική κλίμακα της γενικής υγείας, τα άτομα που είχαν την εμπειρία παραίτησης από μια εργασία είχαν καλύτερα επίπεδα στην κλίμακα της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας συγκριτικά με αυτούς που ήθελαν να παραιτηθούν αλλά δεν το έκαναν (Πίνακας 5.62).

Πίνακας 5.62 Παρουσίαση διαφορών μεταξύ γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) και την τάση για εγκατάλειψη της εργασίας με τη μέθοδο post hoc test (Tukey)

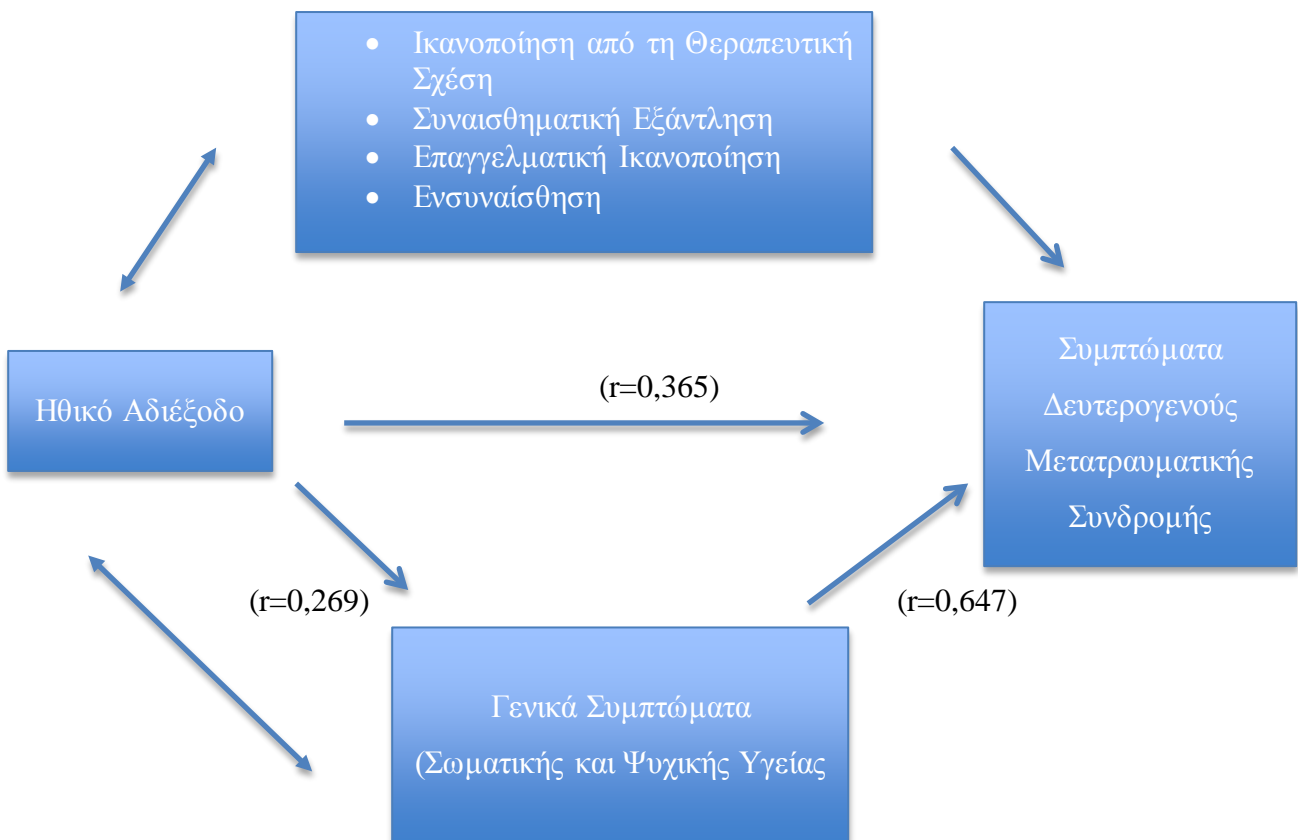
Dependent Variable	(I) Experience about intension tio quit the job	(J) Experience about intension tio quit the job	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
Σωματικά Συμπτώματα	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	-2,94574	2,05263	,325	-7,7947	1,9032
		Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	-1,09817	2,00485	,848	-5,8343	3,6379
	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	2,94574	2,05263	,325	-1,9032	7,7947
		Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	1,84756*	,59641	,006	,4386	3,2565
	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	1,09817	2,00485	,848	-3,6379	5,8343	

Συμπτώματα Άγχους	Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	-1,84756*	,59641	,006	-3,2565	-,4386
	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	-5,98450*	2,31964	,029	-11,4642	-,5048
		Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	-4,43607	2,26564	,126	-9,7883	,9161
	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	5,98450*	2,31964	,029	,5048	11,4642
		Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	1,54842	,67399	,059	-,0438	3,1406
	Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	4,43607	2,26564	,126	-,9161	9,7883
Επάρκεια Ικανοτήτων		Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	-1,54842	,67399	,059	-3,1406	,0438
	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	-3,20155	1,50550	,087	-6,7580	,3549
		Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	-2,10502	1,47046	,327	-5,5787	1,3687
	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	3,20155	1,50550	,087	-,3549	6,7580
		No intension to qyuite	1,09653*	,43744	,035	,0632	2,1299
	Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	2,10502	1,47046	,327	-1,3687	5,5787
Συνολικό Γενικής (σωματικής και ψυχικής υγείας)		Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	-1,09653*	,43744	,035	-2,1299	-,0632
	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	-13,75969*	5,79645	,049	-27,4528	-,0666
		Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	-9,09817	5,66153	,245	-22,4726	4,2762
	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	13,75969*	5,79645	,049	,0666	27,4528
		Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	4,66152*	1,68422	,017	,6828	8,6402
	Ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ	Εμπειρία εγκατάλειψης μιας εργασίας	9,09817	5,66153	,245	-4,2762	22,4726
	Σκέφτηκα, να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα	-4,66152*	1,68422	,017	-8,6402	-,6828	

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

5.9.1. Πρώτη Ερευνητική Υπόθεση

Σχήμα 5.3 Δατύπωση πρώτης ερευνητικής υπόθεσης



Από τα αποτελέσματα της ανάλυσης διμεταβλητών συσχετίσεων (Pearson's r) βρέθηκε ότι η συνολική μεταβλητή για την ένταση και τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου παρουσιάζει θετική μέτρια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ένταση των συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής ($r=0,365$, $p<0,000$), καθώς και ελαφριά συσχέτιση με την ένταση των γενικών συμπτωμάτων διαταραγμένης σωματικής και ψυχικής υγείας ($r=0,269$, $p<0,000$). Με αυτό ως δεδομένο, διατυπώνεται η πρώτη ερευνητική υπόθεση, η παρουσία καταστάσεων ηθικού αδιεξόδου επιφέρει την εμφάνιση συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής ανάλογα με την ένταση της παρουσίας συμπτωμάτων διαταραγμένης σωματικής και ψυχικής υγείας (Σχήμα 5.4).

Επομένως, στόχος είναι να ελεγχθεί η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και συνολικής βαρύτητας ηθικού αδιεξόδου (συνολική μεταβλητή της συχνότητας και της έντασης του ΗΑ), και ο βαθμός στον οποίο διαμεσολαβείται από το επίπεδο γενικής ψυχικής και σωματικής υγείας. Η σχέση αυτή περαιτέρω ελέγχεται για τον βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, τον βαθμό ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις και τον βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης.

Μοντέλο 1. Παλινδρόμηση της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, χωρίς τη μεσολάβηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής.

Πίνακας 5.63 Παλινδρόμηση των συμπτωμάτων γενικής υγείας στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, χωρίς τη μεταβλητή της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής

Μεταβλητές	Μοντέλο 1			Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
	B	Τυπική Απόκλιση	Beta	
Επαγγελματική Ικανοποίηση	0,128	0,390	0,026	0,743
Συνολικό Ηθικό αδιέξοδο	0,033	0,010	0,208	0,002
Συναισθηματική Εξάντληση	1,125	0,260	0,302	<0,0001
Ικανοποίηση θεραπευτική σχέση	-0,669	0,418	-0,122	0,111

R^2 adjust score=0.172

Durbin-Watson=1.848

ANOVA : $p < 0.0001$

Μοντέλο 2. Παλινδρόμηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, χωρίς τη μεσολάβηση της μεταβλητής της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας

Πίνακας 5.64 Παλινδρόμηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο χωρίς της μεταβλητή των συμπτωμάτων γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας

Μεταβλητές	Μοντέλο 2			
	b	Τυπική απόκλιση	Beta	Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
Επαγγελματική Ικανοποίηση	0,049	0,393	0,010	0,9
Συνολικό Ηθικό αδιέξοδο	0,044	0,011	0,269	<0,0001
Συναισθηματική Εξάντληση	1,021	0,262	0,268	<0,0001
Ικανοποίηση θεραπευτική σχέση	-0,761	0,421	-0,135	0,072

R^2 adjust score=0,20

Durbin-Watson=1,846

ANOVA: $p < 0,0001$

Μοντέλο 3. Παλινδρόμηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, με τη μεσολάβηση της μεταβλητής της συνολικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας

Πίνακας 5.65 Παλινδρόμηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, με τη μεταβλητή της συνολικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας

Μεταβλητές	Μοντέλο 3			Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
	b	Τυπική απόκλιση	Beta	
Επαγγελματική Ικανοποίηση	-0,023	0,326	-0,005	0,944
Συνολικό Ηθικό αδιέξοδο	0,025	0,009	0,154	0,005
Συναισθηματική Εξάντληση	0,386	0,227	0,101	0,09
Ικανοποίηση θεραπευτική σχέση	-0,383	0,352	-0,068	0,278
Γενική (σωματική και ψυχική) υγεία	0,565	0,059	0,551	<0,0001

R^2 adjust score=0,449

Durbin-Watson=1,862

ANOVA: $p < 0,0001$

Από τα παραπάνω μοντέλα φαίνεται ότι όταν στη σχέση μεταξύ της μεταβλητής συνολικού ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής υπεισέρχεται η μεταβλητή της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας μειώνεται ο βαθμός συσχέτισης της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και συνολικού ηθικού αδιεξόδου (από 0,269 σε 0,154), αλλά η σχέση παραμένει στατιστικά σημαντική. Επομένως, η σχέση αυτή

διαμεσολαβείται μερικώς από το επίπεδο της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας. Δηλαδή φαίνεται ότι το συνολικό ηθικό αδιέξοδο επηρεάζει την ένταση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής αφού ληφθεί υπόψη το επίπεδο της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας.

Δεδομένου ότι στο δείγμα της παρούσας μελέτης υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς το επίπεδο της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας (t -test, $p=0,042$), η σχέση αυτή ελέγχθηκε και με βάση το φύλο (γυναικείο).

Μοντέλο 4. Παλινδρόμηση της ΔΤΣ στο ΓΨΣΥ, με τη μεσολάβηση της μεταβλητής του φύλου.

Πίνακας 5.66 Παλινδρόμηση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής στο συνολικό ηθικό αδιέξοδο, ελεγχόμενη για την επίδραση του φύλου (γυναικείου)

Μοντέλο 4				
Μεταβλητές	b	Beta	Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)	
Συνολικό Ηθικό αδιέξοδο	0,025	0,005	0,2	0,005
Συναισθηματική Εξάντληση	0,4	0,09	0,17	0,02
Ικανοποίηση θεραπευτική σχέση	-0,4	0,278	-	0,278
Γενική (σωματική και ψυχική) υγεία	0,56	<0,0001	0,64*	<0,0001

R^2 adjust score=0,577

Durbin-Watson=1,8

ANOVA,: $p<0,0001$

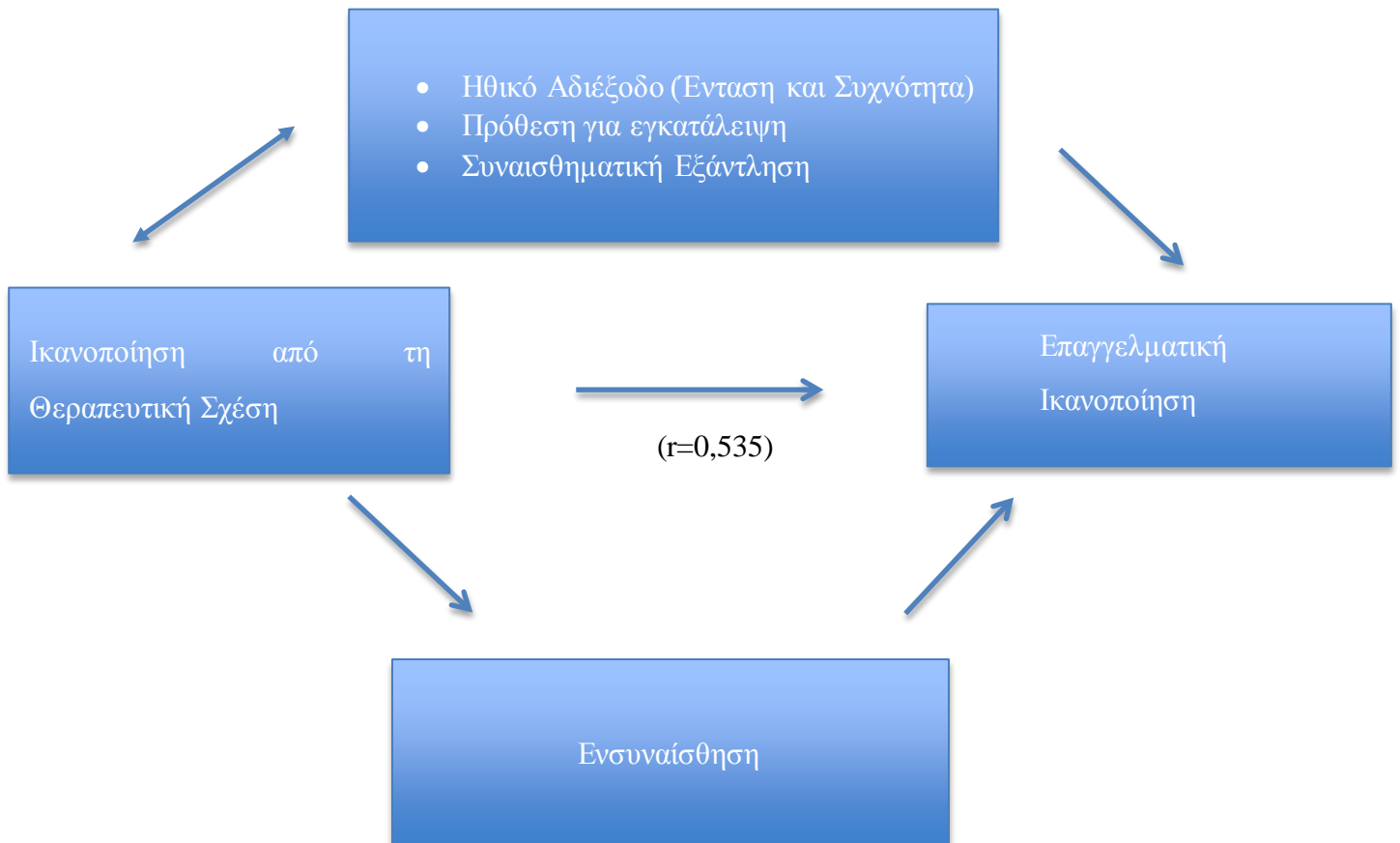
* $p<0,002$

Από τους πίνακες 5.65 και 5.66 φαίνεται ότι με την προσθήκη του φύλου, το μοντέλο βελτιώνεται και η συσχέτιση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας και συνολικού ηθικού αδιεξόδου γίνεται ισχυρότερη. Επομένως, όπως προαναφέρθηκε παρόλο που η συσχέτιση μεταξύ συνολικού ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, είναι ήπια (0,154), σε κάποιο βαθμό διαμεσολαβείται από το επίπεδο της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας. Μάλιστα, αυτή η επίδραση είναι ισχυρότερη όταν η σχέση ελέγχεται για το φύλο (από 0,551 σε 0,64). Συμπερασματικά, το συνολικό ηθικό αδιεξόδο φαίνεται ότι είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, που εξαρτάται από το επίπεδο της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας, καθώς και από το φύλο. Επομένως, τα άτομα με διαταραγμένο επίπεδο γενικής ψυχικής και σωματικής υγείας, καθώς και οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπή ως προς την ανάπτυξη συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής μετά από έκθεση σε καταστάσεις που προκαλούν ηθικό αδιεξόδο.

Όταν περαιτέρω η σχέση μεταξύ δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, συνολικού ηθικού αδιεξόδου, και γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας, ελέγχθηκε για τον βαθμό ενσυναίσθησης (ανάλυση στην ομάδα υψηλής ενσυναίσθησης $empathy > 111$), βρέθηκε ότι αποδυναμώνεται η επίδραση του συνολικού ηθικού αδιεξόδου στη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή (0,154 σε 0,10) και ενισχύεται η ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση στη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή, από μη στατιστικά σημαντική σε ήπια αρνητική (Beta=-0,186, $p=0,024$). Επομένως, ο βαθμός ενσυναίσθησης είναι τροποποιητικός παράγων στη σχέση δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, συνολικού ηθικού αδιεξόδου και γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας, (R^2 adjust score=0,587; Durbin-Watson=1,55; ANOVA: $p < 0,0001$). Συνολικά, στα άτομα με υψηλή ενσυναίσθηση η επίδραση του συνολικού ηθικού αδιεξόδου στην εκδήλωση συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής είναι σχεδόν ανύπαρκτη, και ο κύριος παράγων επίδρασης είναι η παρουσία συμπτωμάτων διαταραγμένου επιπέδου γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας.

5.9.2. Δεύτερη ερευνητική υπόθεση

Σχήμα 5.4 Διατύπωση δεύτερης ερευνητικής υπόθεσης



Από τα αποτελέσματα των διμεταβλητών συσχετίσεων (Pearson's r) βρέθηκε ότι η μεταβλητή της ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση παρουσιάζει θετική μέτρια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την Επαγγελματική Ικανοποίηση ($r=0,535$ $p<0,0001$), καθώς και μια πολύ ήπια θετική συσχέτιση με το βαθμό Ενσυναίσθησης ($r=0,179$ $p<0,0001$). Με αυτό ως δεδομένο, διατυπώνεται η δεύτερη ερευνητική υπόθεση, που είναι ο βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης επηρεάζεται από τον βαθμό ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις και η σχέση αυτή διαμεσολαβείται από τον βαθμό ενσυναίσθησης (Σχήμα 5.5).

Επομένως, στόχος είναι να ελεγχθεί η σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις (μοντέλο1), η σχέση μεταξύ επαγγελματικής

ικανοποίησης και ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις χωρίς να ελέγχεται από τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης (μοντέλο 2), και η σχέση μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις, ελεγχόμενη από τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης (μοντέλο 3).

Σε κάθε ένα από τα ανωτέρω μοντέλα, κάθε σχέση ελέγχεται για τις παρακάτω μεταβλητές: σοβαρότητα ηθικού αδιεξόδου (συνολική μεταβλητή συχνότητας και έντασης ηθικού αδιεξόδου), πρόθεση προς αποχώρηση από την εργασία, βαθμός συναισθηματικής εξάντλησης. Παρόλο που στη δι-παραγοντική ανάλυση δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων για καμία από τις ανωτέρω μεταβλητές (t-test), τα ανωτέρω μοντέλα ελέγχθηκαν ως προς το φύλο (γυναικείο)

Έλεγχος υπόθεσης χωρίς τη μεταβλητή του φύλου.

Μοντέλο 1. Παλινδρόμηση της ενσυναίσθησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεσολάβηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Πίνακας 5.67 Παλινδρόμηση της ενσυναίσθησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεταβλητή της επαγγελματικής ικανοποίησης

Μεταβλητές	Μοντέλο 1			Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
	B	Τυπική Απόκλιση	Beta	
Πρόθεση Αποχώρησης από την Εργασία	0,990	3,805	0,028	0,795
Συναισθηματική εξάντληση	0,480	0,537	0,097	0,374
Ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις	2,243	0,809	0,305	0,007
Σοβαρότητα ηθικού αδιεξόδου	0,012	0,024	0,055	0,602

R^2 adjust score=0,041

Durbin-Watson=2,10

ANOVA: $p=0,11$

Από το μοντέλο αυτό φαίνεται ότι η ενσυναίσθηση εξηγεί μόλις το 4 % της ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις, ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες δεν σχετίζονται με την ενσυναίσθηση στο μοντέλο αυτό.

Μοντέλο 2. Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεσολάβηση της ενσυναίσθησης

Πίνακας 5.68 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης

Μεταβλητές	Μοντέλο 2			Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
	B	Τυπική απόκλιση	Beta	
Πρόθεση Αποχώρησης από την Εργασία	-1,529	0,476	-0,247	0,002
Συναισθηματική εξάντληση	-0,219	0,067	-0,263	0,002
Ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις	0,513	0,101	0,44	<0,0001
Σοβαρότητα ηθικού αδιεξόδου	<0,0001	0,003	0,009	0,913

R^2 adjust score=0,418

Durbin-Watson=2,1

ANOVA: $p<0,0001$

Από το μοντέλο αυτό φαίνεται ότι η επαγγελματική ικανοποίηση εξηγεί το 45,5% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις.

Μοντέλο 3. Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, με τη μεσολάβηση της μεταβλητής της ενσυναίσθησης.

Πίνακας 5.69 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, με τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης

Μεταβλητές	Μοντέλο 3			Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
	B	Τυπική απόκλι ση	Beta	
Ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις	0,514	0,065	0,455	<0,0001
Συναισθηματική εξάντληση	-0,198	0,043	-0,259	<0,0001
Σοβαρότητα ηθικού αδιεξόδου	0,001	0,002	0,003	0,953
Πρόθεση Αποχώρησης από την Εργασία	-1,220	0,276	-0,242	<0,0001
Ενσυναίσθηση	-0,008	0,009	-0,048	0,385

R^2 adjust score=0,418

Durbin-Watson=2,133

ANOVA: $p < 0,0001$

Από τα ανωτέρω μοντέλα φαίνεται ότι όταν η σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και επαγγελματικής ικανοποίησης είναι ανεξάρτητη από το βαθμό ενσυναίσθησης.

Έλεγχος υπόθεσης στην ομάδα συμμετεχόντων γυναικείου φύλου.

Μοντέλο 1. Παλινδρόμηση της ενσυναίσθησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεσολάβηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Πίνακας 5.70 Παλινδρόμηση της ενσυναίσθησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεταβλητή της επαγγελματικής ικανοποίησης

Μεταβλητές	Μοντέλο 1			Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
	B	Τυπική Απόκλιση	Beta	
Πρόθεση Αποχώρησης από την Εργασία	0,990	3,805	0,028	0,795
Συναισθηματική εξάντληση	0,480	0,537	0,097	0,374
Ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις	2,243	0,809	0,305	0,007
Σοβαρότητα ηθικού αδιεξόδου	0,012	0,024	0,055	0,602

R^2 adjust score=0,041

Durbin-Watson=2,1

ANOVA: p=0,11

Από το μοντέλο αυτό φαίνεται ότι η ενσυναίσθηση εξηγεί μόλις το 4 % της ΙΘΣ, ενώ οι υπόλοιποι παράγοντες δεν σχετίζονται με την ενσυναίσθηση στο μοντέλο αυτό.

Μοντέλο 2. Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεσολάβηση της ενσυναίσθησης

Πίνακας 5.71 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις, χωρίς τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης

Μεταβλητές	Μοντέλο 2			Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
	B	Τυπική Απόκλιση	Beta	
Πρόθεση Αποχώρησης από την Εργασία	-1,529	0,476	-0,264	0,002
Συναισθηματική εξάντληση	-0.219	0,067	-0,274	0,002
Ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις	0,513	0,101	0,430	<0,0001
Σοβαρότητα ηθικού αδιεξόδου	<0,0001	0,003	0,009	0,913

R^2 adjust score=0,428

Durbin-Watson=1,69

ANOVA : $p < 0,0001$

Από το μοντέλο αυτό φαίνεται ότι η επαγγελματική ικανοποίηση εξηγεί το 45,5% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις.

Μοντέλο 3. Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, με τη μεσολάβηση της μεταβλητής της ενσυναίσθησης.

Πίνακας 5.72 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις, με τη μεταβλητή της ενσυναίσθησης

Μεταβλητές	Μοντέλο 3			Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
	B	Τυπική απόκλιση	Beta	
Ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις	0,554	0,105	0,465	<0,0001
Συναισθηματική Εξάντληση	-0,210	0,067	-0,263	0,002
Σοβαρότητα ηθικού αδιεξόδου	0,001	0,003	0,015	0,188
ΠΑΕ	-1,510	0,474	-0,260	0,002
Ενσυναίσθηση	-0,019	0,014	-0,114	175

R^2 adjust score=0,434

Durbin-Watson=1,65

ANOVA: $p < 0,0001$

Από τα ανωτέρω μοντέλα φαίνεται ότι όταν η σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και επαγγελματικής ικανοποίησης είναι ανεξάρτητη από το βαθμό ενσυναίσθησης και το φύλο, δεδομένου ότι η βαθμός συσχέτισης παρέμεινε σχεδόν ο ίδιος.

Έλεγχος υπόθεσης στην ομάδα συμμετεχόντων με υψηλή ενσυναίσθηση.

Περαιτέρω ελέγχθηκε η σχέση στην ομάδα των συμμετεχόντων με υψηλή ενσυναίσθηση (> 111) (χωρίς ωστόσο έλεγχο φύλου).

Μοντέλο1. Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης ΕΙ στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις ΙΘΣ .

Πίνακας 5.73 Παλινδρόμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης ΕΙ στην ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις ΙΘΣ

Μεταβλητές	Μοντέλο 1			
	B	Τυπική Απόκλιση	Beta	Επίπεδο στατιστικής Σημαντικότητας (p value)
Πρόθεση Αποχώρησης από την Εργασία	-0,852	0,412	-0,189	0,043
Συναισθηματική εξάντληση	-0,217	0,068	-0,302	0,002
Ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση	0,509	0,090	0,516	<0,0001
Σοβαρότητα ηθικού αδιεξόδου	0,001	0,002	0,056	0,540

R^2 adjust score=0,041

Durbin-Watson=2,1

ANOVA: p=0,11

Από το μοντέλο αυτό φαίνεται ότι κατά τον έλεγχο της σχέσης μεταξύ επαγγελματικής ικανοποίησης και ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις στην ομάδα συμμετεχόντων με την υψηλή ενσυναίσθηση, ο βαθμός συσχέτισης αυξήθηκε ελαφρά.

5.10. Σύνοψη των ευρημάτων της παρούσας μελέτης

Αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής 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. Συγκεκριμένα, η μελέτη αποσκοπούσε να διερευνήσει την ένταση και τη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου και της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και τη συσχέτισή του με δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά. Επιπρόσθετα, αποσκοπούσε στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και τη συσχέτισή τους με το βαθμό ενσυναίσθησης και το επίπεδο γενικής και ψυχοσωματικής υγείας.

Για την επίτευξη του στόχου αυτού, τον πληθυσμό-στόχο αποτέλεσαν όλοι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που εργάζονται στο δημόσιο τομέα στην Κύπρο. Το τελικό δείγμα της έρευνας ανήλθε στους 206 Νοσηλευτές Ψυχικής Υγείας.

Η καταγραφή της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου, της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, του επιπέδου γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας, καθώς και ο βαθμός ενσυναίσθησης των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας, αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας, αφού πρόκειται για έννοιες που καθορίζουν την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, και δεν έχουν μελετηθεί ειδικότερα μεταξύ των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, τόσο σε διεθνές επίπεδο όσο και σε εθνικό. Σημαντικό εύρημα αποτελεί η συσχέτιση που παρατηρήθηκε μεταξύ της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου και της δευτερογενής μετατραυματικής συνδρομής, αντικείμενο που αποτελεί και την πρωτοτυπία της παρούσας ερευνητικής εργασίας αφού, τόσο το ηθικό αδιεξόδο όσο και η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή σχετίζονται με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την ψυχοσωματική υγεία των νοσηλευτών και την παραγωγικότητα. Η σπουδαιότητα της παρούσας μελέτης έγκειται στο ότι ενδέχεται να παρέχει δεδομένα για μια πληρέστερη κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με το επίπεδο γενικής και ψυχοσωματικής υγείας των νοσηλευτών και ως εκ τούτου να συμβάλει στην ενδυνάμωση του πληθυσμού στόχου με απώτερο σκοπό την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας.

Η παρούσα μελέτη ανέχνευσε σχετικά χαμηλό ποσοστό της συχνότητας ηθικού αδιεξόδου. Όσο όμως αυξάνεται η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου αυξάνεται και η έντασή του. Με απλά λόγια, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας δεν βιώνουν συχνά περιπτώσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιεξόδο, όταν όμως βιώσουν ηθικό αδιεξόδο η ένταση που το βιώνουν είναι πολύ μεγάλη. Αναφορικά με τις καταστάσεις που οδηγούν τους νοσηλευτές ψυχικής

υγείας σε ηθικό αδιέξοδο αναφέρονται περιπτώσεις που έχουν σχέση με κακοποίηση θεραπευόμενων, μάταιη φροντίδα και οι μη ικανοί συνεργάτες.

Επιπρόσθετα ανίχνευσε ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βιώνουν ένα σχετικά μέτριο βαθμό συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής.

Τα επίπεδα της γενικής και σωματικής και ψυχικής υγείας των νοσηλευτών ψυχικής υγείας ανιχνεύονται σε ικανοποιητικό βαθμό με αυξημένα τα επίπεδα της σωματικής υγείας και της λειτουργικής επάρκειας και μειωμένα τα συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης.

Τα επίπεδα του βαθμού ενσυναίσθησης είναι σχετικά ψηλά στους κύριους νοσηλευτές ψυχικής υγείας. Η σχέση μεταξύ Ικανοποίησης από τη Θεραπευτική σχέση και Επαγγελματική Ικανοποίηση δεν επηρεάζεται από την ενσυναίσθηση.

Τέλος, επιβεβαιώθηκε η υπόθεση, ότι η σχέση μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής διαμεσολαβείται από τα συμπτώματα επιβαρυσμένης γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας για κάθε ερευνητικό ερώτημα είναι τα εξής:

Ερώτημα 1: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου και των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας.

Από τα ευρήματα βρέθηκε ότι η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου σχετίζεται:

- Με την ηλικία, οι νεαρότεροι σε ηλικία συμμετέχοντες να βιώνουν συχνότερα καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου
- Με τη συχνότητα άσκησης, με τα άτομα που ασκούνται περισσότερο (τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα) να έρχονται συχνότερα σε καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου συγκριτικά με τα άτομα που ασκούνται μια με δύο φορές την εβδομάδα
- με την οικογενειακή κατάσταση
- με το επίπεδο εκπαίδευσης

- με την πόλη εργασίας, συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες που εργάζονται στις ΥΨΥ της Λεμεσού και Λευκωσίας να βιώνουν με μεγαλύτερη ένταση καταστάσεις που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο συγκριτικά με τους εργαζόμενους στην πόλη της Παφου
- με το είδος της υπηρεσίας (νοσοκομειακή/ κοινοτική) στην οποία εργοδοτείται το άτομο. Συγκεκριμένα, οι νοσηλευτές στο Νοσοκομείο Αθαλάσσιας έρχονται πιο συχνά αντιμέτωποι με καταστάσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο συγκριτικά με τους εργαζόμενους στην κοινοτική υπηρεσία και στις εξωτερικές δομές τοξικοεξάρτησης.
- με την προϋπηρεσία, με τους νοσηλευτές με λιγότερα από 10 χρόνια κλινικής εμπειρίας να έρχονται συχνότερα αντιμέτωποι με τις καταστάσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο
- με τη θέση στην ιεραρχία, όσο χαμηλότερα βρίσκονται στην ιεραρχία να βιώνουν σε μεγαλύτερη ένταση καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου.

Λαμβάνοντας υπόψη τα πιο πάνω ευρήματα, διαφαίνεται ότι η συχνότητα με την οποία οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας βιώνουν ηθικό αδιέξοδο σχετίζεται με εργασιακούς (θέση στην ιεραρχία, είδος εργασίας, πόλη εργασίας) αλλά και ατομικούς παράγοντες (συχνότητα άσκησης, οικογενειακή κατάσταση, και ηλικία).

Ερώτημα 2: Η διερεύνηση της συχνότητας και της έντασης του ηθικού αδιεξόδου και των υπόλοιπων κύριων μεταβλητών της μελέτης του (1) του επιπέδου Γενικής (ψυχικής και σωματικής) Υγείας (GHQ-28), (2) της Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής (STSS) και (3) του βαθμού ενσυναίσθησης (JSE).

Λαμβάνοντας υπόψη τα ευρήματα της παρούσας έρευνας διαφαίνεται ότι:

η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου παρουσιάζει:

- μέτρια θετική συσχέτιση με την ένταση την ηθικού αδιεξόδου, γεγονός που σημαίνει ότι όσο αυξάνεται η συχνότητα των στρεσογόνων καταστάσεων τόσο αυξάνεται και ο βαθμός που αυτές οι καταστάσεις «ενοχλούν».
- θετική μέτρια συσχέτιση με την ένταση συμπτωμάτων Δευτερογενούς Μετατραυματικής Συνδρομής

- ήπια θετική συσχέτιση με το αυτό-αναφερόμενο επίπεδο Γενικής (Ψυχικής και Σωματικής) Υγείας

Διαφάνηκε επίσης ότι η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου σχετίζεται και με τις επιμέρους διαστάσεις του εργαλείου, και συγκεκριμένα παρουσιάζει:

- θετική μέτρια συσχέτιση με την αυτό-αναφερόμενη ένταση Συμπτωμάτων Άγχους
- θετική ήπια συσχέτιση την αυτό-αναφερόμενη ένταση Σωματικών Συμπτωμάτων
- θετική ελαφρά συσχέτιση με την αυτό-αναφερόμενη ένταση Συμπτωμάτων Κατάθλιψης και Ιδεών Αυτοκτονίας.

Ερώτημα 3: Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών.

Διαφάνηκε ότι η Δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή παρουσιάζει:

- μέτρια θετική συσχέτιση με την Συναισθηματική Εξάντληση και
- ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη Θεραπευτική σχέση
- σχετίζεται με την ηλικία
- σχετίζεται με τον αριθμό των θεραπευομένων στη δομή

Ερώτημα 4 Συσχέτιση Δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και κύριες μεταβλητές της μελέτης (1) του επιπέδου Γενικής (σωματικής και ψυχικής) Υγείας (GHQ-28), (2) το ηθικό αδιέξοδο (MD) και (3) το βαθμό ενσυναίσθησης (JSE).

Η Δευτερογενής Μετα-τραυματική Συνδρομή φαίνεται ότι παρουσιάζει:

- σχετικά θετική μέτρια συσχέτιση με την ένταση του Ηθικού Αδιεξόδου και
- θετικά ισχυρή συσχέτιση με το αυτό-αναφερόμενο επίπεδο γενικής υγείας (GHQTOT), καθώς και με τις επιμέρους διαστάσεις του εργαλείου:

- την αυτό-αναφερόμενη ένταση των σωματικών συμπτωμάτων
- την αυτό-αναφερόμενη ένταση συμπτωμάτων άγχους
- την αντίληψη του ατόμου για την επάρκεια των ικανοτήτων του
- την αυτό-αναφερόμενη ένταση των συμπτωμάτων κατάθλιψης

Ερώτημα 5: Η διερεύνηση του βαθμού ενσυναίσθησης και ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών.

Από τα αρχικά ευρήματα της παρούσας έρευνας διαφάνηκε ότι ο βαθμός ενσυναίσθησης δεν παρουσιάζει καμία στατιστικά σημαντική διαφορά με τα ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά, καθώς επίσης και με τις κύριες αλλά και τις επιμέρους μεταβλητές της παρούσας έρευνας. Στη συνέχεια, με τη μέθοδο των πολυμεταβλητών αναλύσεων διαπιστώθηκε ότι:

- οι νεαρότεροι συμμετέχοντες έχουν χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης συγκριτικά με τους συμμετέχοντες που είναι μεγαλύτεροι από 40 χρονών.
- ο βαθμός ενσυναίσθησης σχετίζεται με τα χρόνια κλινικής εμπειρίας, με τα άτομα με χαμηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης έχουν και την λιγότερη εμπειρία.
- ο βαθμός ενσυναίσθησης σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις με τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης να έχουν και την μεγαλύτερη ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις.
- ο βαθμός ενσυναίσθησης σχετίζεται με το ηθικό αδιέξοδο. Άτομα με υψηλότερα επίπεδα στο βαθμό ενσυναίσθησης να βιώνουν σε μεγαλύτερη ένταση καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου.

Ερώτημα 6: Η διερεύνηση του επίπεδου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των Νοσηλευτών Ψυχικής Υγείας

Από τα ευρήματα της έρευνας διαφαίνεται ότι το αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής

(ψυχικής & σωματικής) Υγείας:

- παρουσιάζει ελαφριά θετική συσχέτιση με την συναισθηματική εξάντληση
- παρουσιάζει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις
- σχετίζεται με το φύλο (γυναίκες)
- σχετίζεται με τη δομή εργασίας
- την τάση για εγκατάλειψη της εργασίας. Τα άτομα που είχαν την εμπειρία να παραιτηθούν από μια εργασία είχαν καλύτερα επίπεδα στην κλίμακα της γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας συγκριτικά με αυτούς που ήθελαν να παραιτηθούν αλλά δεν το έκαναν.

Συσχέτιση του επιπέδου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) με τις κύριες μεταβλητές της μελέτης

Από τα ευρήματα διαφαίνεται ότι:

- Το αυτό-αναφερόμενο Επίπεδο Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας παρουσιάζει θετική μέτρια συσχέτιση με την συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου και
- ισχυρή θετική συσχέτιση με τη Δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή

Ερώτημα 7 Συσχέτιση των υποκλιμάκων του εργαλείου Γενικής (ψυχικής & σωματικής) Υγείας (GHQTOT) και άλλων μεταβλητών

Από τα ευρήματα της έρευνας προέκυψε ότι η υποκλίμακα της Έντασης Συμπτωμάτων Κατάθλιψης παρουσιάζει:

- αρνητική ισχυρή συσχέτιση με την Ικανοποίηση από τις κοινωνικές σχέσεις
- αρνητική ισχυρή συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη προσωπική ζωή
- ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση

Η υποκλίμακα της Επάρκειας προσωπικών ικανοτήτων:

- παρουσιάζει ήπια θετική συσχέτιση με την Συναισθηματική εξάντληση

- παρουσιάζει ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση
- σχετίζεται με το φύλο (γυναίκες)
- σχετίζεται με την τάση για εγκατάλειψη της εργασίας. Τα άτομα που ανήκαν στην κατηγορία των ατόμων που εγκατέλειψαν μια εργασία κατέγραψαν υψηλότερα επίπεδα στην κλίμακα της λειτουργικής επάρκειας ικανοτήτων συγκριτικά με αυτούς που ήθελαν να παραιτηθούν αλλά δεν το έκαναν.

Η υποκλίμακα του άγχους:

- παρουσιάζει μέτρια θετική συσχέτιση με την Συναισθηματική εξάντληση
- σχετίζεται με τη δομή εργασίας
- σχετίζεται με την τάση για εγκατάλειψη της εργασίας. Τα άτομα που είχαν την εμπειρία να παραιτηθούν από μια εργασία είχαν καλύτερα επίπεδα στην κλίμακα άγχους από αυτούς που ήθελαν να παραιτηθούν αλλά δεν το έκαναν.

Η υποκλίμακα της αντίληψης για τη σωματική υγεία:

- σχετίζεται με το φύλο (γυναίκες)
- σχετίζεται με την τάση για εγκατάλειψη της εργασίας. Αυτοί που είχαν την εμπειρία να εγκαταλείψουν μια εργασία είχαν καλύτερα επίπεδα σωματικής υγείας, από αυτούς που ήθελαν να παραιτηθούν από τη δουλειά αλλά δεν το έπραξαν.

Ερευνητικές Υποθέσεις

Πρώτη ερευνητική υπόθεση: Η σχέση μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής διαμεσολαβείται από την ένταση γενικών συμπτωμάτων διαταραγμένης σωματικής και ψυχικής υγείας.

Τα αποτελέσματα αποκαλύπτουν την επιβεβαίωση της ερευνητικής υπόθεσης δεδομένου ότι:

- στατιστικά θετική συσχέτιση, μεταξύ του ηθικού αδιεξόδου και των συμπτωμάτων γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας
- το ηθικό αδιέξοδο σχετίζεται με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή με και χωρίς την παρουσία των συμπτωμάτων γενικής σωματικής & ψυχικής υγείας στις ανεξάρτητες μεταβλητές (στατιστικά θετική συσχέτιση)

- Η σχέση του ηθικού αδιεξόδου με τη γενική υγεία (σωματική και ψυχική) είναι ανεξάρτητη των άλλων μεταβλητών (συναισθηματική εξάντληση, ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση, ηθικό αδιέξοδο, επαγγελματική ικανοποίηση).
- υπάρχει σημαντική, θετική σχέση μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής.
- τα συμπτώματα της γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) σχετίζονται στατιστικά σημαντικά με τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή
- ότι το συνολικό ηθικό αδιέξοδο επηρεάζει την ένταση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής αφού ληφθεί υπόψη το επίπεδο της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας.
- τα άτομα με διαταραγμένο επίπεδο γενικής ψυχικής και σωματικής υγείας, καθώς και οι γυναίκες είναι περισσότερο επιρρεπή ως προς την ανάπτυξη συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής μετά από έκθεση σε καταστάσεις που προκαλούν ηθικό αδιέξοδο.

Δεύτερη ερευνητική υπόθεση: Η σχέση μεταξύ Ικανοποίησης από τη Θεραπευτική σχέση (ΙΘΣ) και συμπτωμάτων Επαγγελματικής Ικανοποίησης (ΕΙ) διαμεσολαβείται από τον βαθμό της Ενσυναίσθησης.

Τα ευρήματα απορρίπτουν την ερευνητική υπόθεση δεδομένου ότι:

- υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, μεταξύ της ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και του βαθμού ενσυναίσθησης.
- η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και του βαθμού ενσυναίσθησης είναι ανεξάρτητη των άλλων μεταβλητών (βαθμός συναισθηματικής εξάντλησης, βαθμός ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση, το ηθικό αδιέξοδο και η πρόθεση για εγκατάλειψη του επαγγέλματος).
- στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση.
- η σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και επαγγελματικής ικανοποίησης δεν διαμεσολαβείται από το βαθμό ενσυναίσθησης ούτε από το φύλο
- ο βαθμός ενσυναίσθησης δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση

- η σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και επαγγελματικής ικανοποίησης δεν διαμεσολαβείται από τα υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης >111).
- Η υψηλή ενσυναίσθηση δεν παρουσιάζει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την επαγγελματική ικανοποίηση
- Η προσθήκη της μεταβλητής του υψηλού βαθμού ενσυναίσθησης αυξάνει τις άμεσες συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και επαγγελματικής ικανοποίησης
- Η σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και επαγγελματικής ικανοποίησης είναι αυτόνομη και δεν διαμεσολαβείται από το βαθμό ενσυναίσθησης.

Τα οφέλη από τα αποτελέσματα της παρούσας ερευνητικής μελέτης είναι διττά. Αρχικά έχει μελετηθεί η ένταση και η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου και η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή έννοιες αχαρτογράφητες στα κυπριακά δεδομένα και ιδιαίτερα στο χώρο της ψυχικής υγείας. Η ποιοτική διερεύνηση τού θέματος της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου έχει συμβάλει στην κατανόηση και ερμηνεία των ποσοτικών δεδομένων.

Με την παρούσα μελέτη έχει επίσης ανιχνευθεί το επίπεδο της γενικής και ψυχοσωματικής υγείας των Νοσηλευτών ψυχικής υγείας και ο βαθμός ενσυναίσθησης. Με τη μελέτη όλων των μεταβλητών μαζί αλλά και επιμέρους της κάθε μίας μεταβλητής ξεχωριστά, καθώς και με τη συσχέτισή τους με το κοινωνικό-προφίλ των Νοσηλευτών ψυχικής υγείας περιγράφεται μια ξεκάθαρη εικόνα για το προφίλ του Κύπριου νοσηλευτή ψυχικής υγείας, αλλά και για τις παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν σε διοικητικό επίπεδο για την ενδυνάμωση του νοσηλευτή ψυχικής υγείας ώστε να είναι ικανός να ανταποκριθεί στις αυξανόμενες ανάγκες υγείας.

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Βασικός σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου, του βαθμού έντασης των συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας (ΝΨΥ) στην Κύπρο, καθώς και της σχέσης μεταξύ αυτών των δύο μεταβλητών. Για την εμπειριστατωμένη μελέτη της σχέσης μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών διερευνήθηκαν και παράγοντες που πιθανόν να τη διαμεσολαβούν, και συγκεκριμένα ο βαθμός ενσυναίσθησης και το επίπεδο γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας. Επομένως, η παρούσα μελέτη έχει συμβάλλει στην καταγραφή των καταστάσεων που επιφέρουν ηθικό αδιέξοδο στους Κυπρίους ΝΨΥ, στη συχνότητα των καταστάσεων αυτών, αλλά και στην ένταση του ηθικού αδιεξόδου που βιώνεται κατά τις καταστάσεις αυτές. Επιπλέον, καταγράφηκε η ένταση των συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικής συνδρομής και η σχέση της με τις ανωτέρω παραμέτρους.

Η παγκόσμια βιβλιογραφία είναι πολύ περιορισμένη τόσο αναφορικά με το ζήτημα του ηθικού αδιεξόδου όσο και της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής σε πληθυσμούς νοσηλευτών ψυχικής υγείας (Μαγγούλια 2011; Missouridou 2017; Hamaideh 2014). Μάλιστα, η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη προσπάθεια ποσοτικοποίησης της έντασης και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου που βιώνουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στον Ευρωπαϊκό χώρο (Hamideh 2014; Onishi et al 2010), συμπεριλαμβανομένης και της Κυπριακής Δημοκρατίας. Προηγούμενες μελέτες έχουν διερευνήσει το θέμα με ποιοτικό σχεδιασμό (Musto & Schreiber 2012), ή έχουν διερευνήσει έννοιες σχετικές με το ηθικό αδιέξοδο, όπως το ηθικό κλίμα (ethical climate) ή την ηθική καταπόνηση (moral stress)(Lutzen et al. 2010).

Οι ερευνητικές υποθέσεις και τα ερωτήματα που τέθηκαν αρχικά, απαντήθηκαν και επιβεβαιώθηκαν στα αποτελέσματα της μελέτης. Με βάση τους σκοπούς, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης αλλά και τη διεθνή βιβλιογραφία ακολουθεί συζήτηση των κυριότερων ευρημάτων.

6.1.Συζήτηση ποιοτικών αποτελεσμάτων

Μέρος των ευρημάτων της παρούσας ποιοτικής μελέτη βρίσκονται σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων ερευνητών αναφορικά με το ηθικό αδιέξοδο. Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες επιβεβαίωσαν συγκεκριμένες διαστάσεις της εμπειρίας ηθικού αδιεξόδου, ειδικά ως προς τις συναισθηματικές αντιδράσεις, όπως αυτές έχουν περιγραφεί πρωτότερα στη διεθνή βιβλιογραφία (Corley et al., 2001, Fry et al., 2002, Keddy, 1999, Wilkinson, 1987/8). Ειδικότερα, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ότι βίωναν θυμό, απογοήτευση και ενοχή. Σε συμπεριφορικό επίπεδο περιέγραψαν έντονη δυσφορία, ένταση και απομόνωση. Οι γνωστικές αντιδράσεις περιελάμβαναν αρνητική αυτοκριτική, αντίληψη αδυναμίας και πτώση της αυτοεκτίμησης. Τα συμπτώματα της συναισθηματικής δυσφορίας και της απομόνωσης περιγράφονται επίσης στις μελέτες των Deady και McCarthy (2010) και Elpern et al (2005), στις οποίες οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι βιώνουν συναισθηματική δυσφορία όταν οι υπόλοιποι επαγγελματίες υγείας δεν αντιλαμβάνονται τα ηθικά θέματα που οι ίδιοι εντόπιζαν, ειδικά ως προς τη λήψη κλινικών αποφάσεων.

Σε σχέση με τους παράγοντες που φάνηκε να σχετίζονται με τέτοια ζητήματα, οι συμμετέχοντες, όταν περιέγραφαν βιοματικές εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου διευκρίνιζαν ότι αυτές είχαν συμβεί στα αρχικά στάδια της καριέρας τους, και όταν βρίσκονταν χαμηλά στην ιεραρχία. Μάλιστα, καθώς οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν περισσότερα από δέκα χρόνια υπηρεσίας, προκειμένου να προσδιορίσουν χρονικά το γεγονός χρησιμοποιούσαν εκφράσεις όπως «όταν ήμουν νέος» ή «τότε δεν είχα εξουσία». Το δεδομένο αυτό επιβεβαιώθηκε και από την ανάλυση των ποσοτικών δεδομένων της παρούσας μελέτης, καθώς τόσο η συχνότητα όσο και η ένταση του ηθικού αδιεξόδου βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά υψηλότερα στις ηλικίες κάτω από 30 έτη συγκριτικά με τα άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 40 ετών, καθώς και στους νοσηλευτικούς λειτουργούς συγκριτικά με τους προϊστάμενους και τους ιεραρχικά υψηλόβαθμους νοσηλευτές. Ενδεχομένως, η υψηλότερη αυτονομία που εξασφαλίζεται μέσω μιας ιεραρχικά υψηλόβαθμης θέσης και η ισχυροποίηση της επαγγελματικής ταυτότητας που επέρχεται με της ηλικιακή και επαγγελματική ωριμότητα ίσως να συνιστούν παράγοντες που καθιστούν τον νοσηλευτή περισσότερο ικανό να πράξει κλινικά σύμφωνα με τις ηθικές αρχές του, προστατευοντάς τον, ταυτόχρονα, από εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου. Μάλιστα, τέτοιου είδους ζητήματα φαίνεται να απασχολούν του νοσηλευτές ακόμη και από τα φοιτητικά τους χρόνια στο πλαίσιο της κλινικής εκπαίδευσής τους (Wojtowicz et al. 2014).

Τα ανωτέρω, έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα των Elpern et al (2005) για

νοσηλευτές εντατικής φροντίδας, σύμφωνα με τα οποία η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου φαίνεται να αυξάνεται με τα χρόνια κλινικής εμπειρίας. Ένα τέτοιο εύρημα πιθανά να ερμηνεύεται βάσει των δεδομένων της μελέτης των Lutzen et al (2006) σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι οποίοι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας με περισσότερα από πέντε χρόνια κλινικής εμπειρίας είναι ηθικά πιο ευαίσθητοι από τους λιγότερο έμπειρους νοσηλευτές. Σημειώνεται, ωστόσο, ότι τα ερευνητικά δεδομένα αναφορικά με τη συσχέτιση της ηθικής ευαισθησίας και του ηθικού αδιεξόδου είναι αντιφατικά, καθώς κάποιοι ερευνητές σημειώνουν μία θετική σχέση μεταξύ των δύο αυτών εννοιών, ενώ άλλοι περιγράφουν ακριβώς το αντίθετο (Borhani et al. 2015; Christen & Katsaron 2016; Escolar-Chua 2016). Η έννοια της ηθικής ευαισθησίας σύμφωνα με τους Lutzen et al. (2006/2010) εμπεριέχει τη διάσταση της ηθικής επιβάρυνσης (moral burden), της ηθικής ισχύος (moral strength) και της ηθικής ευθύνης (moral responsibility), τα οποία φαίνεται να υφίστανται διακυμάνσεις ανάλογα με την ηλικία και το βαθμό κλινικής εμπειρίας, αλλά και βάσει οργανωτικών χαρακτηριστικών του χώρου εργασίας, όπως η κουλτούρα και το ηθικό κλίμα.

Για το λόγο αυτό, διευκρινίζεται ότι και στην παρούσα μελέτη αν και τις περισσότερες φορές οι συμμετέχοντες αναφέρονταν σε εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου κατά τα πρώτα χρόνια της καριέρας τους, ωστόσο δεν απουσίαζαν σχετικές περιγραφές και από τη πιο πρόσφατη εμπειρία τους. Τα δεδομένα αυτά εγείρουν προβληματισμό αναφορικά με την επίδραση της εξουσίας και της θέσης στην ιεραρχία, καθώς και της κλινικής εμπειρίας στην αναγνώριση, συνειδητοποίηση, παραδοχή και έκφραση των καταστάσεων που οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο. Παράλληλα, το δεδομένο αυτό ενδέχεται να υποδηλώνει ότι τα φαινόμενα ηθικού αδιεξόδου σχετίζονται κύρια με χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος εργασίας, όπως προαναφέρθηκε, όπως το εργασιακό ηθικό κλίμα, η οργανωτική κουλτούρα και το συστημα διοίκησης, και όχι με ατομικά χαρακτηριστικά, όπως είναι τα χρόνια προϋπηρεσίας, η ηλικία ή η θέση στην ιεραρχία (Silen et al. 2011).

Μάλιστα, αναφορικά με την οργανωτική κουλτούρα και τη διοίκηση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας υπάρχουν δεδομένα που δείχνουν ότι οι νοσηλευτές μην έχοντας υποστήριξη από τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας κατά τη λήψη κλινικών αποφάσεων φαίνεται να συναινούν ακόμη και σε επισφαλείς ή ηθικά ακατάλληλες αποφάσεις, είτε της διεπιστημονικής ομάδας είτε των διοικητικά ανωτέρων σε μια προσπάθεια να ενσωματωθούν στην διεπαγγελματική ομάδα (Deady & McCarthy, 2010; Keddy 1999). Φαίνεται, δηλαδή, ότι η ανάγκη για ενσωμάτωση δρα ως ανασταλτικός παράγοντας, σύμφωνα και με τους

συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, ώστε να μην προβαίνουν σε ενέργειες που οι ίδιοι πιστεύουν ότι έπρεπε να γίνουν, με αποτέλεσμα να μην αμφισβητούν την απόφαση της ομάδας και να αφήνουν ανυποστήριχτη τη δική τους ηθικά ορθή άποψη. Αυτός είναι ακόμη ένας λόγος για τον οποίο ενδεχομένως οι νεότεροι νοσηλευτές βίωναν πιο συχνά στην παρούσα μελέτη καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου.

Στο πλαίσιο αυτό, ένας άλλος παράγοντας που τονίστηκε με σαφήνεια από τους συμμετέχοντες αναφορικά με την πυροδότηση καταστάσεων ηθικού αδιεξόδου και ο οποίος σχετίζεται άμεσα με τα ανωτέρω, είναι η απουσία ή η ανεπάρκεια εσωτερικών υπηρεσιακών διαδικασιών και κανονισμών, και κύρια θεσμικών ρυθμίσεων, που να διασφαλίζουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη κλινικών αποφάσεων. Το δεδομένο αυτό υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες (Austin et al. 2003; Deady & McCarthy 2010). Μάλιστα, στην ποιοτική μελέτη των Wojtowicz et al. (2014) με δείγμα φοιτητές νοσηλευτικής στον Καναδά αναφορικά με εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου κατά τη διάρκεια των 13 εβδομάδων της κλινικής τους εκπαίδευσης σε ψυχιατρικές δομές εσωτερικής νοσηλείας, οι συμμετέχοντες ανέφεραν, μεταξύ των άλλων παραγόντων που συνέβαλαν στην εμφάνιση ηθικού αδιεξόδου, την εξουσία που παρέχεται στους ιατρούς από την ιεραρχική δομή του συστήματος υγείας και τη συνεπακόλουθη περιθωριοποίηση των νοσηλευτών και των θεραπευομένων στη λήψη κλινικών αποφάσεων, με αντίκτυπο στην ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Κατ'ανάλογο τρόπο, οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης περιέγραψαν με σαφήνεια ως αιτία μία βασική αιτία ηθικού αδιεξόδου τον αποκλεισμό τους από τη λήψη κλινικών αποφάσεων, βάσει της «κοινά» αποδεκτής αιτιολογίας ότι “ο γιατρός ξέρει καλύτερα”. Στις περιπτώσεις αυτές, περιέγραφαν καταστάσεις κατά τις οποίες δεν λαμβάνονταν υπόψη η κλινική εμπειρία και η γνώση των συμμετεχόντων για το ιστορικό και την κλινική πορεία των θεραπευομένων προκειμένου να αποφευχθεί η λήψη μη ορθών κλινικών αποφάσεων, με αποτέλεσμα να βάλλεται η ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας. Τέτοιου είδους δεδομένα έχουν υποστηριχθεί στο παρελθόν από τους Fry (2000) και Sundin-Huard & Fahy (1999), με αναφορές σε περιπτώσεις κατά τις οποίες οι κλινικές απόψεις των νοσηλευτών να υποτιμώνται εις βάρος της ασφάλειας των θεραπευομένων, και χωρίς, βεβαίως, οι νοσηλευτές να μπορούν να ανατρέψουν τις αποφάσεις αυτές γεγονός το οποίο οδηγούσε σε ηθικό αδιέξοδο. Επισημαίνεται ότι στη βιβλιογραφία υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα συσχετίζουν την περιορισμένη κλινική αυτονομία των νοσηλευτών και την φτώχη

ποιότητα συνεργασίας με τους ιατρούς με την παρουσία βιωμάτων ηθικού αδιεξόδου (Karanikola et al. 2014).

Χαρακτηριστικά, μάλιστα, οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, ανέφεραν ότι συχνά εμποδίζονταν, είτε άμεσα είτε έμμεσα, από τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας να συμμετάσχουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, με αποτέλεσμα οι ίδιοι να βιώνουν ηθικό αδιέξοδο στις περιπτώσεις λήψης επισφαλών κλινικών αποφάσεων, χωρίς την ίδια στιγμή να μπορούν να παρέμβουν ώστε να ανατρέψουν την εφαρμογή τους. Μάλιστα, τέτοιου είδους περιπτώσεις φαίνεται να επηρεάζουν περισσότερο τους νοσηλευτές που έχουν πιο στενές σχέσεις με τους θεραπευόμενους, δεδομένου ότι τότε αισθάνονται ακόμη περισσότερο υπεύθυνοι απέναντι τους για τις αποφάσεις αυτές (Musto & Schreiber, 2012). Στο πλαίσιο αυτό, οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης τόνισαν τη σπουδαιότητα της 24ωρης παρουσίας των νοσηλευτών στις θεραπευτικές δομές σε σχέση με τη συχνότητα βιωμάτων ηθικού αδιεξόδου σε αυτούς. Χαρακτηριστικά, περιέγραψαν ότι η συνεχής παρουσία των νοσηλευτών στον κλινικό χώρο, πέραν του ότι τους καθιστά σταθερά πρόσωπα αναφοράς, ταυτόχρονα έχει ως αποτέλεσμα, το βάρος οποιασδήποτε κλινικής απόφασης να τους επηρεάζει άμεσα. Αυτό επιβεβαιώνεται από περαιτέρω ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν ότι οι νοσηλευτές συγκριτικά με τις υπόλοιπες ομάδες επαγγελματιών υγείας είναι περισσότερο ευάλωτοι σε ηθικό αδιέξοδο διότι είναι παρόντες στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων επαφής των θεραπευομένων με το σύστημα παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας (Liaschenko 2004). Επιπρόσθετα, άλλες μελέτες δείχνουν ότι οι γιατροί και τα υπόλοιπα μέλη της διεπαγγελματικής ομάδας τις περισσότερες φορές βρίσκονται μακριά από τις άμεσες συνέπειες των πράξεων αλλά και των κλινικών τους αποφάσεων (Wojtowicz et al., 2014). Κατ' ανάλογο τρόπο, οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης ανέφεραν ότι πολλές φορές νιώθουν εκτεθειμένοι απέναντι στους θεραπευόμενους και σε σχέση με τη λήψη επισφαλών και ηθικά ανάρμοστων κλινικών αποφάσεων. Επισήμαναν, δε, ότι παρόλο που δεν έχουν εξ' ολοκλήρου την ευθύνη για τη λήψη κάποιας συγκεκριμένης απόφασης, ωστόσο είναι εκείνη που θα πρέπει να την εφαρμόσουν και να λογοδοτήσουν για αυτές στους θεραπευόμενους και στις οικογένειές τους, γεγονός που τους φέρνει σε άμεση επαφή με τις καταστάσεις που πυροδοτούν ηθικό αδιέξοδο. Όμοια με άλλες μελέτες, (Keddy, 1999), έτσι και στην ποιοτική μελέτη εμπειριών ηθικού αδιεξόδου των Deady και McCarthy (2010) σε Ιρλανδούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας, οι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι νιώθουν εγκαταλειμμένοι από τα υπόλοιπα μέλη της διεπιστημονικής θεραπευτικής ομάδας, και κύρια από τους γιατρούς, κατά τις περιπτώσεις αυτές.

Συνολικά, όλοι οι συμμετέχοντες περιέγραψαν ως κύρια πηγή ηθικού αδιεξόδου τη χαμηλή ποιότητα ασφάλειας και ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας, ενώ χαρακτηριστικά υπερτόνισαν τη διοικητική και οργανωτική ανεπάρκεια και τον τρόπο με τον οποίο επηρέαζε αρνητικά την παρεχόμενη φροντίδα. Ειδικότερα, περιγράφηκαν συναισθήματα απογοήτευσης, παράλληλα με ηθικό αδιέξοδο, όταν οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονταν ότι τα επίπεδα φροντίδας ήταν αρκετά χαμηλότερα συγκριτικά με τα προσωπικά και επαγγελματικά τους κριτήρια. Βιώματα ηθικού αδιεξόδου όταν η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας είναι ασυμβίβαστη με της ηθικές και δεοντολογικές αρχές των νοσηλευτών αναφέροντα στη διεθνή βιβλιογραφία (Musto & Schreiber, 2012).

Εκτός, όμως, από τη διοικητική ανεπάρκεια, ερευνητικά δεδομένα (Austin et al. 2003; Lütznitz et al. 2010) υποστηρίζουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν ηθικό αδιέξοδο ακόμη και όταν δεν μπορούν να συνεργαστούν ή να συνδεθούν με τους θεραπευόμενους με ουσιαστικό τρόπο, βιώματα τα οποία περιγράφηκαν και από τους συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης. Επιπλέον, ως προς την ποιότητα και την ασφάλεια της παρεχόμενης φροντίδας, οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης περιέγραψαν βιωματικές εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου όταν ήταν υποχρεωμένοι να ακολουθήσουν οδηγίες των γιατρών ή διοικητικά ανώτερων, όχι μόνο παρά τη θέλησή τους, αλλά κύρια παρά τη θέληση του θεραπευόμενου, όπως στην περίπτωση της χορήγησης ενέσιμης αγωγής, ακόμη και με την άσκηση βίας ή και με καθήλωση. Αυτές οι εμπειρίες επιβεβαιώνονται και από άλλα δεδομένα, όπως στη μελέτη των Wojtowicz et al. (2014) σε φοιτητές νοσηλευτικής, αλλά και στην παλαιότερη ποιοτική μελέτη των Svedberg et al. (2000) σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας στη Σουηδία, οι οποίοι ανέφεραν χαρακτηριστικά το ηθικό αδιέξοδο που βίωναν ως αποτέλεσμα της διαφωνίας τους με τη διεπαγγελματική ομάδα, και ειδικότερα με τον γιατρό, όσον αφορά την ηθικά σωστή ενέργεια, δεδομένου “ότι πει ο γιατρός είναι νόμος”. Κύρια, όμως, οι ίδιοι οι θεραπευόμενοι επιβεβαιώνουν στη διεθνή βιβλιογραφία περιπτώσεις εξαναγκασμού και στέρησης θεμελιωδών δικαιωμάτων κατά την παροχή υπηρεσιών ψυχικής υγείας (Everett 2000; Hagen & Nixon 2011; Kaite et al. 2015/2016; 2016; Laugharne & Priebe 2006; Olofsson & Jacobsson 2001; Rogers 1993).

Τέτοιου είδους γεγονότα εγείρουν διαχρονικά ηθική ένταση και αδιέξοδο στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Hansen & Janssen 2016; Svedberg et al. 2000). Συνολικά, οι συμμετέχοντες υποστήριζαν ότι βίωναν έντονα ηθικό αδιέξοδο όταν βρίσκονται μπροστά σε περιπτώσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας δεν συμπεριφέρονταν με σεβασμό προς τους θεραπευόμενους, καθώς και όταν δεν ελάμβαναν υπόψη τους τις επιθυμίες. Η μη

αποκάλυψη της αλήθειας στον θεραπευόμενο για την κατάσταση της υγείας του, ή για τις συνθήκες νοσηλείας του (ακούσια νοσηλεία), αποτελούσε πολύ συχνά αιτία ηθικού αδιεξόδου για τους συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης, καθώς και για συμμετέχοντες άλλων μελετών (Wojtowicz et al., 2014). Οι περιπτώσεις, μάλιστα, νοσηλευτών που βιώνουν ηθικό αδιέξοδο όταν είναι παρόντες σε περιπτώσεις που δίνονται ανεπαρκείς ή παραπλανητικές πληροφορίες στους θεραπευόμενους σχετικά με τη νοσηλεία και τη χορηγούμενη φαρμακοθεραπεία ήταν συχνά από τους συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης. Αυτά τα ευρήματα έχουν αναφερθεί και από άλλους ερευνητές, οι οποίοι έχουν σημειώσει ότι οι χρήστες των υπηρεσιών του συστήματος ψυχικής υγείας, συχνά θεωρούν ότι δεν τους δίνονται πλήρεις πληροφορίες σχετικά με όλα τα πιθανά προβλήματα και παρενέργειες που σχετίζονται με τα φάρμακά τους, αλλά και ότι νιώθουν ότι εξαναγκάζονται ή εκφοβίζονται ώστε να λαμβάνουν τη φαρμακευτική αγωγή τους, ή ακόμη και ότι οι επαγγελματίες υγείας προσπαθούν να τους ξεγελάσουν για τον σκοπό αυτό (Burstow & Weitz, 1988; Everett, 2000; Hagen et al., 2010; Happell et al., 2004; Kaite et al. 2015/2016; Whitaker, 2002; Wojtowicz et al. 2014). Όμοια, και στην παρούσα μελέτη, οι συμμετέχοντες περιέγραψαν την ενθάρρυνση «κρυφής» χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής και τα συνεπακόλουθα βιώματα ηθικού αδιεξόδου όταν παρότρυναν την οικογένεια των θεραπευομένων να αναμείξουν κρυφά τα φάρμακα με το φαγητό τους, ως ύστατη προσπάθεια για εξασφάλιση της λήψης της αγωγής στα άτομα που αρνούνται τη φαρμακευτική θεραπεία. Το γεγονός αυτό υποδηλώνει πως το σύστημα παροχής φροντίδα ψυχικής υγείας στην Κύπρο παραμένει ιατροκεντρικό, με τον θεραπευόμενο και την οικογένεια του να παραμένουν στο περιθώριο της λήψης αποφάσεων, κατάσταση η οποία είναι άμεσα συνδεδεμένη με εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε αυτό. Επομένως, με τον τρόπο αυτό φαίνεται ακόμη πιο καθαρά η σχέση μεταξύ οργανωτικών και διοικητικών παραμέτρων του συστήματος υγείας και βιωμάτων ηθικού αδιεξόδου, παρά μία σχέση μεταξύ προσωπικών χαρακτηριστικών και τέτοιου είδους καταπόνηση.

6.2. Συζήτηση των ποσοτικών δεδομένων της μελέτης

Συζήτηση δημογραφικών χαρακτηριστικών δείγματος ποσοτικής μελέτης

Οι συμμετέχοντες/απαντητές της ποσοτικής μελέτης κατά ελαφρά πλειοψηφία ήταν γυναίκες (56,3%). Συνολικά, οι συμμετέχοντες εργάζονταν κατά μέσο όρο 12 χρόνια στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και περίπου 4 χρόνια στην παρούσα κλινική τους θέση. Η

εργασιακή εμπειρία τους φάνηκε να διαφέρει αρκετά από αντίστοιχα διεθνή δεδομένα και σε σχέση με άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες, με τη μέση νοσηλευτική εμπειρία στη νοσοκομειακή φροντίδα να είναι συγκριτικά μεγαλύτερη (Παπαθανάσογλου και συν 2003). Πιθανόν όμως αυτό να παρατηρείται λόγω της οικονομικής κρίσης, καθώς στο πλαίσιο αυτό η Κυπριακή Δημοκρατία παρείχε κίνητρα για άμεση έξοδο από την εργασία στους δημοσίους υπαλλήλους. Πέρα από τα οικονομικά κίνητρα, η απόφαση αποδέσμευσης, επίσης, μπορεί να απορρέει από την χαμηλή επαγγελματική ικανοποίηση, από σοβαρές οικογενειακές ανάγκες, από βιώματα έντασης στον χώρο εργασίας, από απουσία κινήτρων, και γενικότερα από τις συνθήκες εργασίας που δεν ευνοούν την μακρόχρονη διαβίωση των νοσηλευτών στο χώρο εργασίας (Παπαθανάσογλου et al., 2003).

Ο μεγαλύτερος αριθμός των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι πανεπιστημιακού τίτλου σπουδών και το 35,8% αυτών ήταν κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου σπουδών. Αυτό είναι αποτέλεσμα της πολιτικής απόφασης της Κυπριακής Δημοκρατίας του 2007 για κατάργηση της τριετούς εκπαίδευσης για την απόκτηση διπλώματος στη Νοσηλευτική, και την προσφορά προγράμματος εξομοίωσης πτυχίου από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου και το Τμήμα Νοσηλευτικής της Σχολής Επιστημών Υγείας, εξασφαλίζοντας έτσι την παροχή υψηλής ποιότητας εκπαίδευσης στους παροχείς νοσηλευτικής φροντίδας. Όσον αφορά την μεταπτυχιακή εκπαίδευση, εκτός από το Τεχνολογικό Πανεπιστήμιο Κύπρου, το οποίο προσφέρει μεταπτυχιακό πρόγραμμα ειδίκευσης στην Ψυχιατρική Νοσηλευτική - Νοσηλευτική Ψυχικής Υγείας και πρόγραμμα επιπέδο Μάστερς στην προηγμένη κλινική φροντίδα νοσηλευτικής ψυχικής υγείας, στην Κύπρο λειτουργούν από το 2007 και ιδιωτικά πανεπιστήμια, τα οποία προσφέρουν εκτός από προπτυχιακά προγράμματα και πληθώρα μεταπτυχιακών προγραμμάτων στη Νοσηλευτική. Με τον τρόπο αυτό έχει δοθεί στους Κυπρίους νοσηλευτές η δυνατότητα να διευρύνουν τις σπουδές τους. Οι νοσηλευτές από την άλλη, ενθαρρύνονται για περαιτέρω μεταπτυχιακή εκπαίδευση και απόκτηση καινοτόμων γνώσεων και δεξιοτήτων, αφού υποστηρίζονται σε αυτή την προσπάθειά τους και από τις διοικήσεις των νοσοκομείων με προσαρμογή βαρδιών και χορήγηση αδειών. Επίσης, εν αναμονή της εφαρμογής του νέου κρατικού σχεδίου για την Υγεία, το οποίο θα οδηγήσει στην αυτονόμηση των νοσοκομείων και στην κατάργηση της μονιμότητας των θέσεων εργασίας, καθώς και στη μεταρρύθμιση της δημόσιας υπηρεσίας με αξιολόγηση της απόδοσης και των προαγωγών με πιστοποιημένες γνώσεις και δεξιότητες, είναι παράγοντες που ωθούν τους Κυπρίους νοσηλευτές σε περαιτέρω εκπαίδευση, θωρακίζοντας έτσι τον εαυτό τους μπροστά στην ανασφάλεια του μέλλοντος. Πρόκειται, όμως, και για ένα

φαινόμενο που έρχεται σε πλήρη συμφωνία με τη διεθνή πρακτική, με τη νοσηλευτική εκπαίδευση να κινείται προς τις υψηλότερες βαθμίδες στις περισσότερες χώρες (Hunt & Wainwright 1995; Reynolds 1991).

6.3. Ηθικό αδιέξοδο

Συχνότητα Ηθικού Αδιεξόδου

Η παρούσα μελέτη υποστηρίζει ότι οι συμμετέχοντες δεν βιώνουν συχνά καταστάσεις που τους οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο, εύρημα που υποστηρίζεται και από άλλες μελέτες, στις οποίες οι νοσηλευτές αναφέρουν χαμηλά επίπεδα όσον αφορά στη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου (Ganz and Berkovitz, 2012; McAndrew and Garcia, 2011; Corley et al, 2005; Piers et al, 2012; Silen et al, 2011; Cavaliere et al, 2010; Pauly et al, 2009). Αν και τα διεθνή δεδομένα προέρχονται στη συντριπτική πλειοψηφία τους από άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες λόγω της απουσίας μελετών που να έχουν ποσοτικοποιήσει το φαινόμενο αυτό σε νοσηλευτές ψυχικής υγείας (Hamaideh 2014; Onishi et al. 2010), φαίνεται ωστόσο ότι οι καταστάσεις που επιφέρουν τέτοια είδους καταπόνηση σχετίζονται κύρια με ελλιπή ποιότητα και επισφαλή παρεχόμενη φροντίδα.

Ειδικότερα, στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι πιο συχνά βιώνεται ως ηθικά επιβαρυντική η κατάσταση το *«Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλευτή, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα»*. Το εύρημα αυτό επιβεβαιώθηκε και από την ποιοτική μελέτη με τους συμμετέχοντες να αναφέρονται σε περιπτώσεις που συνεργάζονταν με επαγγελματίες υγείας οι οποίοι δεν ήταν αρκούντως ικανοί για την φροντίδα των θεραπευόμενων, παρά την αύξηση των μεταπτυχιακών προγραμμάτων.

Μεταξύ άλλων, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στη παρούσα μελέτη ανέφεραν ότι η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου που βίωναν αυξανόταν όταν αντιλαμβάνονταν ότι ενεργούσαν με τρόπο ο οποίος δεν ήταν σύμφωνος με το συμφέρον των θεραπευόμενων, υπό το φάσμα της έννοια της μάταιης φροντίδας, δεδομένο που επίσης υποστηρίζεται από μελέτες σε άλλους χώρους και κύρια στην εντατική νοσηλευτική φροντίδα (Meltzer and Huckabay, 2004; Mobley and Rady, 2007; Cavaliere et al, 2010; Piers et al, 2012; Rice et al, 2008; Silen et al. 2011), αλλά και της ανάρμοστης συμπεριφοράς προς τους θεραπευόμενους από άλλα μέλη της οικογένειας του πάσχοντος (Ganz et al, 2012; Laabs 2005). Ειδικότερα, στο πλαίσιο της ποιοτικής μελέτης, οι συμμετέχοντες ανέφεραν περιπτώσεις που έπρεπε να συμμορφωθούν με τις επιθυμίες της οικογένειας, παρόλο που οι

ίδιοι έκριναν ότι δεν ήταν το καλύτερο για τον θεραπευόμενο. Επίσης, ανέφεραν ότι βίωναν ηθικό αδιέξοδο όταν έβλεπαν μπροστά στα μάτια τους να γίνονται άτυπες συμφωνίες για ικανοποίηση αιτημάτων των συγγενών εις βάρος των θεραπευόμενων και να μην μπορούν να το αναφέρουν. Τέτοια ευρήματα επιβεβαιώνονται και από άλλες ερευνητικές μελέτες σε πληθυσμούς νοσηλευτών ψυχικής υγείας που υποστηρίζουν ότι η συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου σχετίζεται με καταστάσεις όπως η παροχή ακατάλληλης φροντίδας προς τους θεραπευόμενους (Ohnishi et al. 2010).

Στο ίδιο πλαίσιο, από τις αφηγήσεις των συμμετεχόντων, φάνηκε ότι η απόκρυψη της αλήθειας από τους θεραπευόμενους ήταν ένα ακόμη ζήτημα, το οποίο ενοχλούσε σε σημαντικό βαθμό τους νοσηλευτές, όπως επίσης και ο έμμεσος εξαναγκασμός τους να συναινέσουν και οι ίδιοι σε τέτοιες καταστάσεις, με αποτέλεσμα να γίνονται και οι ίδιοι θύματα μιας πατερναλιστικής προσέγγισης, την οποία οι γιατροί φαίνεται να υιοθετούν για να προστατευτούν τάχα οι νοσηλευόμενοι από τις δυσάρεστες συνέπειες της αλήθειας. Βέβαια, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, μία τέτοιου είδους προσέγγιση μπορεί να φαίνεται καθησυχαστική αρχικά, όμως με το πέρασμα του χρόνου ο θεραπευόμενος γίνεται βίαιος και επιθετικός, δεδομένου ότι δεν εφαρμόζονται οι αποφάσεις που φαίνεται να είχαν ληφθεί κατά την εισαγωγή. Τέτοια φαινόμενα, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες όχι μόνο αποτελούσαν συχνές πηγές ηθικού αδιεξόδου, αλλά ενδεχομένως επηρέαζαν αρνητικά την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης.

Συνολικά, τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι οι νοσηλευτές βιώνουν συχνότερα ηθικό αδιέξοδο όταν αντιλαμβάνονται ότι υπάρχει δυσλειτουργικό ηθικό κλίμα στο εργασιακό περιβάλλον (Corley et al, 2005; McAndrew and Garcia, 2011; Pauly et al, 2009; Silen et al 2011; Vryonides et al. 2016). Οι συμμετέχοντες της παρούσας μελέτης αναφέρθηκαν σε αντιδεοντολογική συμπεριφορά συναδέλφων και συνεργατών αναφορικά με τη θεραπευτική προσέγγιση, και έκαναν χαρακτηριστικά λόγο για «νοοτροπία των παλαιότερων συναδέλφων». Δεδομένου ότι η έννοια του θετικού ηθικού κλίματος αντανακλά μία κουλτούρα στον χώρο εργασίας που προάγει την αποτελεσματική αντιμετώπιση και καταστολή αντιδεοντολογικών στάσεων, και ως εκ τούτου την ενίσχυση ηθικά ορθών πρακτικών (Lutzen et al, 2010), γίνεται αντιληπτό ότι συμπεριφορές όπως η απόκρυψη της αλήθειας και η ψευδής πληροφόρηση των θεραπευόμενων από τους ιατρούς, και συνεπακόλουθα και από τους νοσηλευτές, για τη διαδικασία ακούσιας νοσηλείας και τη χρονική διάρκειά της, αναρρωτιέται κανείς για το ηθικό κλίμα που επικρατεί στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Βάσει των περιγραφών των συμμετεχόντων, αυτό φαίνεται αν είναι μάλλον

δυσλειτουργικό, τουλάχιστον αναφορικά με συγκεκριμένα ζητήματα φροντίδας υγείας. Επομένως, η διοικητική και οργανωτική αναθεώρηση και πιθανά αναπροσαρμογή του φαίνεται να είναι αναγκαία.

Ένταση ηθικού αδιεξόδου

Από τα αποτελέσματα υποστηρίζεται ότι οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας όταν βιώνουν καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου η ένταση που τις βιώνουν είναι σχετικά αυξημένη. Η επιβάρυνση, δηλαδή, των ηθικά πιεστικών καταστάσεων φαίνεται να είναι πολύ μεγάλη. Υψηλά επίπεδα έντασης ηθικού αδιεξόδου υποστηρίζονται και από άλλες μελέτες σε άλλες νοσηλευτικές ειδικότητες (Cavaliere et al, 2010; Corley et al, 2001/ 2005; Ganz and Berkovitz, 2012; McAndrew and Garcia, 2011; Pauly et al, 2009; Piers et al, 2012).

Οι καταστάσεις που βρέθηκε να προκαλούν τη μεγαλύτερη ένταση ηθικού αδιεξόδου ήταν αυτές που σχετίζονταν με απόκρυψη υποψίας κακοποίησης θεραπευομένων, παροχή μάταιης φροντίδας, συνεργασία με ανεπαρκείς συναδέλφους, με πατερναλιστική στάση των ιατρών και θέματα κόστους. Εκτός, όμως από την υποψία σωματικής κακοποίησης, κατά την ποιοτική ανάλυση περιγράφηκαν και εμπειρίες, οι οποίες αφορούσαν συμπεριφορές υπεροψίας, υποτίμησης και έλλειψης σεβασμού προς τους θεραπευομένους από το προσωπικό των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ή ακόμη και υβριστική συμπεριφορά σε βάρος των θεραπευομένων. Όμοια με την παρούσα μελέτη, και η βιβλιογραφική ανασκόπηση των Oh και Gastmans (2015) δείχνει ότι μία κύρια πηγή υψηλής έντασης ηθικού αδιεξόδου είναι η συνεργασία με ανεπαρκείς συνεργάτες.

Ένα άλλο εύρημα της παρούσας μελετέτης ήταν η θετική συσχέτιση μεταξύ έντασης ηθικού αδιεξόδου και βαθμού ενσυναίσθησης, το οποίο θα μπορούσε να αποδοθεί στη σχέση μεταξύ ηθικής ευαισθησίας και ενσυναίσθησης (Lutzen et al. 2010).

Συχνότητα, ένταση ηθικού αδιεξόδου και δημογραφικά χαρακτηριστικά

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ότι τόσο η συχνότητα όσο και η ένταση του ηθικού αδιεξόδου παρουσιάζουν ισχυρή αρνητική συσχέτιση με την ηλικία, καθώς οι νεαρότεροι νοσηλευτές φάνηκε πως έρχονταν πιο συχνά αντιμέτωποι με καταστάσεις που οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο. Αυτό θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι οι νεαρότεροι σε ηλικία νοσηλευτές είναι συνήθως και αυτοί που έχουν και την χαμηλότερη θέση στην ιεραρχία, και οι οποίοι κατά συνέπεια διστάζουν να εκφράσουν τις απόψεις τους όταν πρέπει να ληφθούν αποφάσεις για θέματα ηθικού περιεχομένου. Από την

άλλη, οι νοσηλευτές σε υψηλότερες ιεραρχικά θέσεις έχουν τη δυνατότητα, την εμπειρία και την αυτοπεποίθηση να εκφράσουν τις διαφωνίες τους κατά τη λήψη απόφασης σε ηθικά ζητήματα (Musto & Schreiber, 2012). Μία επιπλέον ερμηνεία μπορεί να δοθεί στη βάση του ότι λόγω της θέσης τους έχουν μεγαλύτερη δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, και επομένως συνηγορίας υπέρ των θεραπευομένων, αλλά και υποστήριξης των θέσεων τους σε ηθικά ζητήματα (Hefferman & Heilig 1999; Wojtowicz et al, 2014). Από την άλλη, υπάρχουν δεδομένα που έρχονται σε αντίθεση με το εύρημα αυτό, υποστηρίζοντας ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία νοσηλευτές έρχονται πιο συχνά αντιμέτωποι με καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου (Rice et al, 2008; Mobley and Rady, 2007). Επιπλέον, σχετικά με το θέμα αυτό, άλλες μελέτες δεν έχουν καταγράψει καμία στατιστική σημαντική συσχέτιση μεταξύ της ηλικίας και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου (Corley et al, 2001; McAndrew and Garcia, 2011; Piers et al, 2012; Ohnishi et al 2010; Pauly et al, 2009). Ωστόσο, και από τα ευρήματα της παρούσας ποιοτικής μελέτης υποστηρίζεται η αντιστροφή σχέση μεταξύ συχνότητας και έντασης ηθικού αδιεξόδου, καθώς οι περισσότερες εμπειρίες που περιγράφηκαν αναφορικά με το ηθικό αδιέξοδο αφορούσαν τα πρώτα χρόνια στην υπηρεσία ή όταν ήταν νεαρότεροι στην ηλικία.

Στη παρούσα μελέτη δεν καταγράφηκε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της συχνότητας του ηθικού αδιεξόδου, δεδομένου μάλιστα ότι ο αριθμός των γυναικών ήταν περίπου ίδιος με εκείνο των ανδρών, σε αρμονία και με άλλες μελέτες (Corley et al., 2001; McAndrew and Garcia, 2011; Pauly et al., 2009). Βρέθηκε, ωστόσο, ότι η κλινική εμπειρία σχετίζεται με το ηθικό αδιέξοδο, του οποίου η συχνότητα και η ένταση μειώνονται όσο αυξάνεται και η κλινική εμπειρία, κάτι που έρχεται σε αντίθεση με τους Corley et al, (2001) και Pauly et al (2009), που υποστηρίζουν ότι τα χρόνια εμπειρίας δεν επηρεάζουν τη συχνότητα ή την ένταση του ηθικού αδιεξόδου. Αναφορικά με τη θέση στην ιεραρχία, τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης υποστηρίζουν ότι όσο χαμηλότερα βρίσκεται κανείς στην ιεραρχία τόσο συχνότερα και εντονότερα βιώνει καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου. Αυτό ενδεχομένως να εξηγείται από το γεγονός ότι στην Κυπριακή Νοσηλευτική Υπηρεσία, οι νοσηλευτές που βρίσκονται χαμηλότερα στην ιεραρχία είναι και αυτοί που είναι περισσότερο αναμειγμένοι στο κλινικό έργο και βρίσκονται πιο κοντά στους θεραπευόμενους, σε αντίθεση με αυτούς που βρίσκονται σε ιεραρχικά ανώτερη θέση και βρίσκονται σε απόσταση από τους κλινικούς ρόλους. Οι ιεραρχικά ανώτεροι είναι περισσότερο επιφορτισμένοι με διοικητικό έργο και αντίστοιχες αποφάσεις, και όχι εκείνοι που θα πρέπει να πάρουν αποφάσεις σχετικά με τη φροντίδα των ασθενών σε καθημερινή

βάση. Από την άλλη πλευρά, όμως, είναι εκείνοι οι οποίοι έχουν και την ευθύνη για την επίλυση των ηθικών αδιεξόδων όταν προκύπτουν. Επομένως, είτε λειτουργούν στο πλαίσιο ενός μάλλον δυσλειτουργικού ηθικού κλίματος, είτε λόγω της μεγαλύτερης εμπειρίας τους να προλαμβάνουν ή/και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα ηθικά ζητήματα, με αποτέλεσμα να μην βιώνουν ηθικό αδιέξοδο με την ίδια συχνότητα με τους νεότερους νοσηλευτές.

Όσον αφορά τους ατομικούς παράγοντες φάνηκε ότι τα άτομα που γυμνάζονται μία με δύο φορές την εβδομάδα είναι λιγότερο επιρρεπή σε καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου από αυτούς που γυμνάζονται τρεις με τέσσερις φορές την εβδομάδα. Παρόλο που η γυμναστική συμβάλει στην βελτίωση της διάθεσης και στην βελτίωση της αυτοεικόνας των ανθρώπων, ωστόσο βάσει των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι η αυξημένη συχνότητα σωματικής άσκησης είναι συνδεδεμένη με συχνότερα βιώματα ηθικού αδιεξόδου. Με δεδομένο ότι η έκκριση της σεροτονίνης και των ενδορφινών κατά τη διάρκεια της άσκησης, συμβάλλουν στην καλύτερη διάθεση και δρουν κατευναστικά σε περιπτώσεις θυμού ή έντονου άγχους, μπορεί να υποθεθεί ότι πρόκειται για ένα τυχαίο εύρημα ή προφανώς τα άτομα που βιώνουν συχνότερα καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου να έχουν αυξήσει την συχνότητα άσκησής τους ως μία στρατηγική ανακούφισης.

Περαιτέρω, φάνηκε ότι το είδος της δομής εργασίας σχετιζόταν με τη συχνότητα ηθικού αδιεξόδου, με τους συμμετέχοντες από το Νοσοκομείο Αθαλάσσας και τις ψυχιατρικές κλινικές να βιώνουν συχνότερα καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου συγκριτικά με συμμετέχοντες άλλων δομών, και κύρια κοινοτικών δομών. Ανάλογα ευρήματα υποστηρίζονται και από τους Piers et al, (2012), οι οποίοι συνέκριναν τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου μεταξύ νοσηλευτών τμημάτων οξείας φροντίδας και νοσηλευτών γηριατρικών τμημάτων. Ωστόσο, αναφορικά με το νοσοκομείο Αθαλάσσας κατά την ποιοτική ανάλυση φάνηκε ότι το θεσμικό πλαίσιο φροντίδας βάσει του οποίου η συντριπτική πλειοψηφία των θεραπευομένων βρίσκονται εκεί ακούσια, οι κτηριακές εγκαταστάσεις και ο τρόπος παροχής φροντίδας εκεί συνιστούν ζητήματα τα οποία συχνά φέρνουν αντιμέτωπους τους νοσηλευτές με καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου. Συγκεκριμένα, οι ακατάλληλες κτηριακές υποδομές, η εργασιακή κουλτούρα, η διαδικασία λήψης θεραπευτικών αποφάσεων και το θεσμικό πλαίσιο έθετε σε κίνδυνο όχι μόνο τη σωματική ακεραιότητα των θεραπευομένων, αλλά και την ίδια τη θεραπευτική σχέση. Για παράδειγμα, από τις περιγραφές των συμμετεχόντων της ποιοτικής μελέτης που εργάζονταν στο νοσοκομείο Αθαλάσσας αποκαλύφθηκε το φαινόμενο της εφαρμογής χημικής και σωματικής καθήλωσης

χωρίς ιατρική οδηγία, με σκοπό τη μείωση του φόρτου εργασίας ως αιτία ηθικού αδιεξόδου. Δεδομένου ότι οι νοσηλευτές καλούνται να λειτουργούν ως συνήγοροι των θεραπευόμενων είναι σαφές ότι τέτοιες καταστάσεις πυροδοτούν εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου, τη στιγμή μάλιστα που τις περισσότερες φορές ούτε καν η αναλογία νοσηλευτών προς θεραπευόμενους δεν δικαιολογεί τέτοιου είδους πρακτικές. Επομένως, είναι περισσότερο πιθανό τέτοιες πρακτικές να σχετίζονται με την ποιότητα του ηθικού κλίματος που επικρατεί σε συγκεκριμένους χώρους, και συγκεκριμένα στο νοσοκομείο Αθαλάσσας, παρά με τις συνθήκες εργασίας αυτές, καθ'αυτές.

Στην παρούσα μελέτη η πόλη στην οποία εργάζονταν οι συμμετέχοντες βρέθηκε να σχετίζεται με την ένταση ηθικού αδιεξόδου. Ειδικότερα, βρέθηκε ότι οι συμμετέχοντες που εργάζονταν στην πόλη της Πάφου ανέφεραν τη χαμηλότερη ένταση ηθικού αδιεξόδου συγκριτικά με τους εργαζόμενους στη Λευκωσία και στη Λεμεσό, αντίστοιχα. Το εύρημα αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι η Πάφος είναι η πιο απομακρυσμένη επαρχία και μία κλειστή κοινωνία με σαφείς διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των μελών της ευρύτερης κοινότητας. Επομένως, οι κοινωνικοί δεσμοί μεταξύ του ολιγάριθμου προσωπικού της κοινοτικής υπηρεσίας ψυχικής υγείας της Πάφου και της ευρύτερης κοινωνίας της, από τη μία, αλλά και το θετικό ηθικό κλίμα από την άλλη, ίσως να εξηγούν το εύρημα αυτό. Βέβαια, επισημαίνεται ότι στην Πάφου δεν υπάρχουν νοσοκομειακές δομές παραμόνο κοινοτικές. Οι εργαζόμενοι στις νοσοκομειακές δομές ανέφεραν την μεγαλύτερη συχνότητα και ένταση εμπειρών ηθικού αδιεξόδου, και ως εκ τούτου αυτός ίσως είναι ένας ακόμη παράγοντας που αιτιολογεί το εύρημα αυτό.

Ηθικό αδιέξοδο και εγκατάλειψη εργασίας

Με βάση τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, αξίζει να σημειωθεί, ότι ενώ οι συμμετέχοντες βιώνουν συνολικά μετρίου βαθμού ηθικό αδιέξοδο και μέτριο προς χαμηλό βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης, ωστόσο δεν σκέπτονται να αποχωρήσουν από τη θέση εργασίας του, καθώς οι 3 στους 4 συμμετέχοντες δεν έχουν καν σκεφτεί να παραιτηθούν ή να εγκαταλείψουν τη θέση τους. Το γεγονός αυτό αποτελεί ένα θέμα που εγείρει ερωτήματα για τις ευρύτερες εργασιακές δυνατότητες των νοσηλευτών ψυχικής υγείας στην Κύπρο. Συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας προσφέρονται μόνο από τον δημόσιο τομέα, άρα η εγκατάλειψη μιας μόνιμης θέσης εργασίας, ίσως τελικά δεν αποτελεί επιλογή δεδομένου ότι ο παραιτηθείς έχει ιδιαίτερα περιορισμένες δυνατότητες εναλλακτικής επαγγελματικής αποκατάστασης στην περίπτωση αυτή. Επιπλέον, ακόμη και η αλλαγή θέσης εργασίας, ή ακόμη και η έκφραση ενδιαφέροντος για εργασία σε μια άλλη δομή, τις περισσότερες φορές

αφορά συνεργασία και πάλι με τους ίδιους ίσως συναδέλφους, συνεργάτες, και προϊσταμένους. Επομένως, η αλλαγή θέσης εργασίας φαίνεται να μην είναι μία πραγματική διέξοδος. Βεβαία, ο στόχος δεν είναι αυτός, αλλά η ανατροπή των εργασιακών συνθηκών που υποδαυλίζουν τετοιού είδους καταστάσεις.

Την πρόθεση εγκατάληψης της θέσης εργασίας λόγω του ηθικού αδιεξόδου έχουν διερευνήσει και άλλες μελέτες (Bowles & Candela 2005, Corley 2002, Endacott & Dawson 1997, Fournier et al 2007, Gutierrez 2005, Hamric & Blackhall 2007, Redman & Fry 2000, Schwenzer & Wang 2006, Ulrich et al 2007). Στη μελέτη των Hamric & Blackhall (2007) και στην ερώτηση «Έχεις ποτέ σκεφτεί να παραιτηθείς από την κλινική σου θέση επειδή αισθάνθηκες δυσάρεστα με τον τρόπο με τον οποίο το ίδρυμα σου έχει χειριστεί την παροχή φροντίδας σε ασθενή», το 23% των νοσηλευτών απάντησαν θετικά. Ωστόσο, μόνο ένας νοσηλευτής τελικά παραιτήθηκε. Στον πληθυσμό των ιατρών μόνο ένα 3% απάντησε θετικά και κανένας δεν παραιτήθηκε. Οι περισσότεροι νοσηλευτές δεν θεωρούσαν ικανοποιητικό το επίπεδο συνεργασίας, ενώ οι ιατροί ήταν περισσότερο ευχαριστημένοι. Οι νοσηλευτές με υψηλή ένταση ηθικού αδιεξόδου ανέφεραν χαμηλότερη επαγγελματική ικανοποίηση, έλλειψη ικανοποιητικής συνεργασίας με τους ιατρούς, ενώ είχαν σκεφτεί αρκετές φορές να παραιτηθούν. Τα ευρήματα αυτά είναι σύμφωνα με αυτά της παρούσας μελέτης. Συγκεκριμένα, στη παρούσα μελέτη από το σύνολο των συμμετεχόντων μόνο 3 νοσηλευτές παραιτήθηκαν από τη θέση τους (ποσοστό 1,6%), αλλά ένας σχετικά μεγάλος αριθμός (22,4%) σκέφτηκαν να παραιτηθούν, αλλά δεν το έπραξαν. Το γεγονός, όμως, ότι δεν παραιτήθηκαν, ίσως να οφείλεται στο ότι δεν υπάρχει δυνατότητα εργοδότησης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας στον ιδιωτικό τομέα, όπως προαναφέρθηκε.

Όμοια, η Corley (1995) στις πρώτες της μελέτες είχε διαπιστώσει ότι 15% των νοσηλευτών είχαν παραιτηθεί από την εργασία τους, ενώ το 1999 αυτός ο αριθμός είχε αυξηθεί (26%). Η Hart (2005) επίσης διαπιστώνει στην έρευνά της ότι το αρνητικό ηθικό περιβάλλον στην εργασία σχετίζεται με την απόφαση των νοσηλευτών να παραιτηθούν. Επίσης, οι Corley et al. (2005), διερεύνησαν τη σχέση ανάμεσα στο ηθικό περιβάλλον και το ηθικό αδιέξοδο. Τελικά, διαπίστωσαν ότι 25% των νοσηλευτών εγκατέλειψαν τις θέσεις τους λόγω του ηθικού αδιεξόδου το οποίο βίωναν.

6.4 Δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη φάνηκε ότι βιώνουν μέτριου βαθμού συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, γεγονός το οποίο δείχνει ότι πράγματι η παροχή φροντίδας σε πληθυσμούς με υψηλή συχνότητα τραυματικών εμπειριών συνοδεύεται από μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής

Στην παρούσα μελέτη οι συμμετέχοντες παρουσίασαν τις ψηλότερες μέσες τιμές στα αντικείμενα «Νιώθω συναισθηματικά μουδιασμένος/νη» , «Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση», «Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα», «Είμαι λιγότερο δραστήριος/α από το συνηθισμένο», «Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον μου». Τα ευρήματα συνάδουν με τα αποτελέσματα της έρευνας των Domnquez-Gomez & Rutledge (2009), στην οποία περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες ανέφεραν δυσκολία στον ύπνο ή ευερεθιστότητα. Κατ' ανάλογο τρόπο παρουσιάζονται και τα ερευνητικά αποτελέσματα των Quinal et al (2009), με το 38% των συμμετεχόντων να αναφέρουν αυξημένα επίπεδα συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, με τα πέντε συχνότερα αναφερόμενα συμπτώματα να είναι δυσκολία έλευσης ύπνου, ενοχλητικές σκέψεις, ευερεθιστότητα, μείωση ενδιαφέροντος για το μέλλον και μειωμένο επίπεδο δραστηριότητας. Τα ευρήματα αυτά, υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής παρέμβασης και στήριξης για τους ίδιους τους επαγγελματίες υγείας, με στόχο τη διαχείριση των συμπτωμάτων αυτών, αλλά και την ενδυνάμωσή τους.

Επίσης, παρατηρήθηκε, όπως αναμενόταν, αρνητική συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, αλλά και θετική σχέση μεταξύ έντασης συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και συναισθηματικής εξάντλησης. Τα εύρηματα αυτά δείχνουν ότι η νευρονητική καταπόνηση των νοσηλευτών συνοδεύεται από δυσλειτουργικές επαγγελματικές στάσεις, χωρίς βεβαία να είναι σαφής η κατεύθυνση της σχέσης αυτής βάσει του συγχρονικού χαρακτήρα της παρούσας μελέτης. Επομένως, είναι πιθανό τα άτομα τα οποία βιώνουν χαμηλή ικανοποίηση από τις θεραπευτικές σχέσεις ή υψηλότερη ένταση συναισθηματικής εξάντλησης να είναι περισσότερο ευάλωτα ως προς την ανάπτυξη συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, και όχι το αντίθετο. Μέσα στο ευρύ πεδίο άσκησης της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας οι νοσηλευτές έρχονται αντιμέτωποι με τις απαιτήσεις για όλο και υψηλότερη ποιότητα φροντίδας των θεραπευομένων και των οικογενειών τους από τη μια, αλλά και με την επαγγελματική πολυπλοκότητα από την άλλη.

Η βία, η επιθετικότητα, οι μη συνεργάσιμοι θεραπευόμενοι, αλλά από την άλλη οι κακοποιημένοι ασθενείς, το στίγμα και η προκατάληψη για τη ψυχική νόσο αποτελούν παραδείγματα καθημερινών προκλήσεων που αντιμετωπίζουν οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας, και τα οποία ενδεχόμενα σχετίζονται με τα ανωτέρω συμπτώματα.

Περαιτέρω, βρέθηκε ότι η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή παρουσιάζει μέτρια αρνητική συσχέτιση με το βαθμό ικανοποίησης από τις κοινωνικές σχέσεις, ενώ δεν φάνηκε να συσχετίζεται με την ικανοποίηση από την προσωπική ζωή. Τα αποτελέσματα της μελέτης των Meadors & Lamson (2008) δείχνουν ότι τα άτομα με υψηλότερα επίπεδα στρες στην προσωπική τους ζωή ανέφεραν σημαντικά υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κόπωσης λόγω συμπόνιας, τα οποία ενδεχομένως να εξηγούν τα ανωτέρω αποτελέσματα.

Επίσης, όπως αναμενόταν παρατηρήθηκε θετική ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και της έντασης των συμπτωμάτων διαταραγμένης γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας. Μάλιστα, όσον αφορά στις τέσσερις υποκλίμακες του εργαλείου αξιολόγησης της έντασης των συμπτωμάτων διαταραγμένης γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής): ένταση των σωματικών συμπτωμάτων, ένταση των συμπτωμάτων άγχους, αντίληψη του ατόμου για την επάρκεια των ικανοτήτων του, καθώς και ένταση συμπτωμάτων κατάθλιψης, αυτές σχετίζονταν η κάθε μία ξεχωριστά με την παρουσία συμπτωμάτων δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Δεδομένου ότι οι κλίμακες αυτές στην ουσία αξιολογούν γενικά συμπτώματα νευρο-νοητικής (ψυχικής) και κύρια καταθλιπτικά συμπτώματα καθίσταται κατανοητή η ανωτέρω συσχέτιση. Όπως επισημαίνουν οι Meadors και Lamson (2008), όταν οι νοσηλευτές παραμελούν τη φροντίδα του εαυτού τους και παράλληλα αποτυγχάνουν να αναγνωρίσουν τα πρώιμα συμπτώματα της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, μπορεί να θέσουν σε κίνδυνο την ικανότητά τους για παροχή ποιοτικής φροντίδας, αλλά και την υγεία τους. Επομένως, παρεμβάσεις προς αυτή την κατεύθυνση, τόσο σε εκπαιδευτικό, προπτυχιακό, επίπεδο, όσο και σε επίπεδο υπηρεσίας, είτε μέσω κλινικής εποπτείας είτε μέσω συνεχιζόμενης εκπαίδευσης θεωρούνται σημαντικές.

Επιπρόσθετα, βρέθηκε ότι η ένταση της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής παρουσίαζε θετική συσχέτιση με τον αριθμό των θεραπευόμενων στη δομή. Αν και τα επίπεδα στελέχωσης στην Κύπρο είναι πάρα πολύ ψηλά, (η αναλογία νοσηλευτών θεραπευόμενων είναι ένας προς δύο), το πιο πάνω εύρημα οδηγεί στο συμπέρασμα ότι κάποιες δομές πιθανά να είναι υπερστελεχωμένες, εις βάρος κάποιων άλλων. Με βάση αυτή την υπόθεση προκύπτει η ανάγκη σωστής κατανομής των νοσηλευτών στις δομές. Επομένως,

επισημαίνεται ότι κατά τη στελέχωση των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνονται υπόψη παράγοντες, όπως οι εξειδικευμένες ανάγκες μιας συγκεκριμένης δομής, δείκτες ασφάλειας, αλλά και οι απαιτήσεις σε ειδικά εκπαιδευμένο προσωπικό, ώστε να παρέχεται ποιοτική και αποτελεσματική φροντίδα από τη μια, αλλά και να προστατεύονται οι νοσηλευτές από την άλλη.

6.5. Συμπτώματα γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής)

Από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης προκύπτει ότι οι συμμετέχοντές της, αξιολογούσαν το συνολικό επίπεδο της γενικής (σωματικής και ψυχικής) τους υγείας ως ικανοποιητικό, και συγκεκριμένα ως υψηλό το επίπεδο της σωματικής υγείας και της λειτουργικής επάρκειας και ως χαμηλή την ένταση συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης. Παρόμοια αποτελέσματα υποστηρίζονται και από τις μελέτες των Abokheili et al, (2014) και Karanikola και Kaita (2013), σύμφωνα με τα οποία ένας στους δεκά νοσηλευτές ψυχικής υγείας αναφέρουν κλινικά συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Άλλες μελέτες, ωστόσο, σε πληθυσμούς άλλων νοσηλευτικών ειδικοτήτων αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά, τα οποία κυμαίνονται από 21% έως 28% (Borrill et al. 2001; Divinakumar, 2010). Σε κάθε περίπτωση όμως, το αυτό-αναφερόμενο επίπεδο υγείας θεωρείται ως ένας από τους πιο σημαντικούς δείκτες αξιολόγησης της υγείας (Bjorner, 1996). Ο υποκειμενικός αυτός τρόπος αξιολόγησης αποτελεί πρώιμο δείκτη επιδείνωσης της υγείας, ακόμη και απουσίας διαγνωσμένης διαταραχής (Dean and Holstei, 1991).

Από τα αποτελέσματα φάνηκε, επίσης, μία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της έντασης των συμπτωμάτων διαταραγμένης γενικής υγείας και του φύλου. Συγκεκριμένα, οι γυναίκες ανέφεραν χειρότερα επίπεδα γενικής υγείας (σωματικής και ψυχικής) συγκριτικά με τους άντρες συμμετέχοντες, δεδομένο που συνάδει με τον ΠΟΥ για τον γενικό πληθυσμό, αλλά και άλλες μελέτες (Yee Schulz, 2000). Ειδικότερα, οι γυναίκες συμμετέχουσες ανέφεραν περισσότερα σωματικά ενοχλήματα και συμπτώματα μειωμένης προσωπικής/κοινωνικής λειτουργικότητας συγκριτικά με τους άντρες συμμετέχοντες. Μια πιθανή αιτία γι' αυτό ίσως σχετίζεται με διαφορετική τάση αυτό-αποκάλυψης προσωπικών πληροφοριών μεταξύ γυναικών και ανδρών.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η συσχέτιση μεταξύ του επιπέδου της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας με την επιθυμία παραίτησης από την εργασία. Ενδιαφέρον, επίσης, έχει και το γεγονός ότι τα άτομα που εφάρμοσαν την επιθυμία παραίτησης σε πράξη, είχαν χειρότερα επίπεδα γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας, καθώς και περισσότερα

συμπτώματα άγχους και κοινωνικής δυσλειτουργίας, συγκριτικά με αυτούς που ήθελαν να παραιτηθούν αλλά δεν το έκαναν.

Σε κάθε περίπτωση, το νοσηλευτικό επάγγελμα σχετίζεται με υψηλά επίπεδα έντασης (Cole and Nelson 2001), και ειδικότερα η ειδικότητα της νοσηλευτικής ψυχικής υγείας (Karanikola & Papathanassoglou 2013). Ενδεχομένως, λοιπόν, το επαγγελματικό στρες και οι συνθήκες εργασίας με τα αυξημένα καθήκοντα, να έχουν σημαντική επίδραση στη σωματική και ψυχική υγεία των νοσηλευτών. Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας μπορεί να βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες λόγω της φύσης της εργασίας τους με αποτέλεσμα να καθίστανται πιο ευάλωτοι σε συμπτώματα διαταραών της διάθεσης, όπως είναι τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης (Abokheili et al, 2014; Cole and Nelson 2001; Karanikola & Papathanassoglou 2013). Επιπλέον, σύμφωνα με τους Abokheili et al. (2014) η νυχτερινή εργασία έχει αρνητικές σωματικές, ψυχικές και κοινωνικές επιπτώσεις στη ζωή των νοσηλευτών, και επηρεάζει παράλληλα την αποδοτικότητά τους. Αυτό ίσως είναι μία αιτία, η οποία μπορεί να σχετίζεται με το γεγονός ότι ένας στους δέκα νοσηλευτές της παρούσας μελέτης ανέφερε κλινικής έντασης συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης. Άλλωστε, η αϋπνία μπορεί να εκδηλώνεται ως αποτέλεσμα άγχους, θυμού ή κατάθλιψης ή μπορεί να είναι η ίδια αιτία του στρες (Sadock & Sadock 2005).

Στην παρούσα μελέτη βρέθηκε ότι όλες οι μεταβλητές της ικανοποίησης (από τις κοινωνικές σχέσεις, την εργασία, την προσωπική ζωή, τις θεραπευτικές σχέσεις) σχετίζονται με χαμηλότερης έντασης συμπτώματα κατάθλιψης. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι ίσως τα άτομα χωρίς κλινικά συμπτώματα κατάθλιψης έχουν υψηλότερη αυτοκετίμηση, χαρακτηριστικό που συνάδει με αντίληψη ικανοποιητικής κοινωνικής και προσωπικής ζωής. Επίσης, προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα σε Κυπρίους νοσηλευτές ψυχικής υγείας επιβεβαιώνουν τη σύνδεση μεταξύ παρουσίας κλινικών συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης και χαμηλής επαγγελματικής ικανοποίησης (Karanikola & Kaite, 2013).

Διαπιστώθηκε επίσης ότι όταν οι νοσηλευτές βιώνουν συναισθηματική εξάντληση, βιώνουν και υψηλά επίπεδα άγχους, εύρημα που υποστηρίζεται και από την ερευνητική εργασία του Divinakumar (2010), με το 27,2% του δείγματος να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση. Το μακροχρόνιο και επίπονο στρες είναι μια σημαντική αιτία εκδήλωσης συμπτωμάτων σωματικών και ψυχικών διαταραχών (Abokheili et al, 2014; Karanikola & Papathanassoglou, 2013).

Από την άλλη, η συσχέτιση μεταξύ του αυτό-αναφερόμενου επιπέδου κοινωνικής/προσωπικής λειτουργικότητας και ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση ενδεχομένως να

υποδηλώνει την αλληλεπίδραση μεταξύ αντίληψης της προσωπικής εικόνας και επαγγελματικών στάσεων, ή ακόμη και επαγγελματικής επάρκειας. Δεδομένα προηγούμενων μελετών έχουν συσχετίσει το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευτών από το επαγγελματί τους, καθώς και την ένταση συναισθηματικής εξάντλησης με το αυτό-αναφερόμενη επίπεδο αυτοκτίμησης (Karaniola et al. 2007), ενισχύοντας περαιτέρω τα ευρήματα αυτά της παρούσας μελέτης. Από την άλλη, το εύρημα ότι οι συμμετέχοντες που αντιλαμβάνονταν τη θεραπευτική σχέση ως μη ικανοποιητική, θεωρούσαν την ίδια στιγμή και ότι η προσωπική και κοινωνική λειτουργικότητα τους ήταν χαμηλή ενδεχομένως να υποδηλώνει έμμεσα την απόδοση προσωπικής υπαιτιότητας σε επίπεδο λειτουργικότητας, αναφορικά με τη χαμηλή αντιλαμβανόμενη ποιότητα θεραπευτικής σχέσης.

6.6. Βαθμός ενσυναίσθησης και κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά

Οι Κύπριοι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην παρούσα μελέτη παρουσίαζαν υψηλά αυτό-αναφερόμενα επίπεδα ενσυναίσθησης. Είναι ενδιαφέρον, ωστόσο, ότι ο βαθμός ενσυναίσθησης δεν συσχετίστηκε στατιστικά σημαντικά με τα κοινωνικό - δημογραφικά χαρακτηριστικά που μελετήθηκαν. Βέβαια, ενδέχεται ο βαθμός ενσυναίσθησης να σχετίζεται με άλλες μεταβλητές, οι οποίες δεν έχουν περιληφθείς την παρούσα μελέτη, αλλά θα μπορούσαν να αποτελέσουν αντικείμενο διερεύνησης μελλοντικών ερευνητικών προσπάθειών. Κάτι τέτοιο όμως έχει αναφερθεί ξανά στη βιβλιογραφία, καθώς στην ερευνητική μελέτη του/της Mousa (2015), παρόλο που οι συμμετέχοντες ανέφεραν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης, αυτό δεν είχε καμία στατιστικά σημαντική συσχέτιση με κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Ωστόσο, άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο βαθμό ενσυναίσθησης (Çakmak, & Demirbaş, 2014, Ouzouni, & Nakakis, 2012, Williams et al., 2014; Schutte, 2001), ενώ άλλα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι μετά από εκτεταμένη εκπαίδευση σε θέματα ενσυναίσθησης, οι άντρες φοιτητές μπορούν να έχουν ελαφρώς υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης συγκριτικά με τις γυναίκες (Mahmoud, 2013).

Γενικά, η διεθνής βιβλιογραφία (Allgood & May, 2000, Çakmak, & Demirbaş, 2014, Ouzouni, & Nakakis, 2012, Nunes et al. 2011), δείχνει ότι ο βαθμός ενσυναίσθησης σχετίζεται με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας όπως είναι το φύλο και η ηλικία. Όσον αφορά την ηλικία, στην παρούσα μελέτη και μετά από τη διενέργεια πολυμεταβλητών αναλύσεων διαπιστώθηκε ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία συμμετέχοντες, ανέφεραν υψηλότερα επίπεδα ενσυναίσθησης συγκριτικά με τους νεαρότερους. Θα

μπορούσε, επομένως, να πει κανείς ότι πρόκειται για ένα αισιόδοξο εύρημα αφού η κλινική εμπειρία φαίνεται να συμβάλλει στη βελτίωση της ικανότητας ενσυναίσθησης των νοσηλευτών. Από την άλλη, το εύρημα αυτό υποδηλώνει την αναγκαιότητα για κλινική εποπτείας και καθοδήγηση των νεαρότερων νοσηλευτών, ώστε να αποκτήσουν γνώσεις και να αναπτύξουν τις στάσεις που απαιτούνται για υιοθέτηση συμπεριφοράς ενσυναίσθησης.

Ενσυναίσθηση και κύριες μεταβλητές της μελέτης (ηθικό αδιέξοδο, δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή, επίπεδο γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας)

Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός, ότι να και ο βαθμός ενσυναίσθησης βρέθηκε να συσχετίζεται με τα συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής, με το συνολικό επίπεδο γενικής σωματικής και ψυχικής υγείας και με την ένταση και τη συχνότητα του ηθικού αδιεξόδου, ωστόσο στην πολυπαραγοντική ανάλυση οι συσχετίσεις αυτές δεν παρέμειναν στατιστικά σημαντικές.

Βιβλιογραφικά υποστηρίζεται ότι η ενσυναίσθηση μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως προβλεπτικός παράγοντας της κλινικής ικανότητας και της διαγνωστικής ακρίβειας (Velski & Hojat, 2006; Sayumporn et al., 2012). Συγκεκριμένα, υπάρχει μια γενικότερη αποδοχή της σύνδεσης του βαθμού ενσυναίσθησης με τη θετική έκβαση της κλινικής πορείας των νοσηλευόμενων (Yu & Kirk, 2008). Η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να επικοινωνούν την κατανόησή τους προς τους νοσηλευόμενους, είναι βασικό συστατικό στη διαδικασία της ενσυναίσθησης, και μπορεί παράλληλα να επηρεάσει θετικά τους νοσηλευόμενους, αλλά και να συμβάλει στην αλλαγή των πεποιθήσεών τους για την κατάσταση της υγείας τους (Baker & Freeman, 2003). Ασθενείς με καρκίνο παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης ως αποτέλεσμα της φροντίδας που έλαβαν από νοσηλευτές που ανέφεραν υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης (La Monica et al, 1987). Ανάλογα ευρήματα υποστηρίζονται και από την Oiso (1995) και οδηγούν στο συμπέρασμα ότι τα συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης, καθώς και ο θυμός των πασχόντων μειώνονται, πιθανά όταν αντιλαμβάνονται ότι τα συναισθήματα και οι εμπειρίες τους γίνονται κατανοητά από τους νοσηλευτές.

Η Hochschild (1993) σημειώνει ότι η παρουσία της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική συναισθηματική αλληλεπίδραση αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, μετά τη διενέργεια πολυμεταβλητών αναλύσεων, με την ενσυναίσθηση να μην διαμεσολαβεί τη σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και εργασιακής ικανοποίησης. Η

σχέση δηλαδή μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και εργασιακής ικανοποίησης δεν επηρεάζεται από την ενσυναίσθηση. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι για την εργασιακή ικανοποίηση πιθανόν να συμβάλλουν άλλοι παράγοντες, πέραν της ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση, οι οποίοι δεν έχουν μελετηθεί. Ο επαγγελματίας υγείας μπορεί ο ίδιος να είναι ικανοποιημένος από τη θεραπευτική σχέση, αφού αυτή η ικανοποίηση μπορεί να είναι αποτέλεσμα της ανατροφοδότησης από τον θεραπευόμενο. Για την εργασιακή ικανοποίηση όμως, ίσως να απαιτείται ανατροφοδότηση, επιβεβαίωση αλλά και αναγνώριση της προσφοράς από τους ιεραρχικά ανώτερους, ή ακόμη και από το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (Karanikola & Parathanassoglou 2015). Επιπρόσθετα, για την ικανοποίηση από την εργασία ίσως να συμβάλλουν παράγοντες όπως η επίτευξη των προσωπικών στόχων και προσδοκιών του νοσηλευτή.

Στην ερευνητική μελέτη των Dal Santo et al. (2014) με τη χρήση του ίδιου εργαλείου που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη (Jefferson Empathy Scale) διαπιστώθηκε ότι ο γνωστικός πυρήνας της έννοιας της ενσυναίσθησης, ως η αντίληψη και κατανόηση της κατάστασης του θεραπευομένου, παρουσίαζε θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση από την εργασία. Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται στην παρούσα μελέτη μόνο από τη μονοπαραγοντική συσχέτιση, το οποίο υποδηλώνει ότι ενδεχόμενα υπάρχουν άλλοι παράγοντες που διαμεσολαβούν τη σχέση αυτή, και οι οποίοι δεν διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Ανάλογα ευρήματα φάνηκαν και αναφορικά με τη σχέση μεταξύ ενσυναίσθησης και ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση. Σύμφωνα, μάλιστα, με τη διεθνή βιβλιογραφία, η ικανοποίηση αυτή ενισχύεται όταν οι νοσηλευτές είναι σε θέση να χειριστούν τα δικά τους συναισθήματα, αλλά και των θεραπευόμενων (Hochschild 1993). Άλλωστε, η γνωστική διαδικασία της ενσυναίσθησης προϋποθέτει ότι ο επαγγελματίας υγείας είναι σε θέση να διαχωρίσει τον εαυτό του από τα συναισθήματα του άλλου, και ως εκ τούτου να διατηρήσει την ακέραιη αντίληψη σε ποιον ανήκουν τα συναισθήματα (Dal Santo et al, 2014). Επιπρόσθετα, όταν οι νοσηλευτές καταφέρουν να έχουν αποτελεσματική συνεργασία με τον θεραπευόμενο, τότε ενδεχομένως να αισθάνονται και οι ίδιοι ικανοποίηση από την επαγγελματική τους ζωή (Perry, 2012). Επομένως, όταν οι νοσηλευτές μπορούν να κατανοήσουν τα συναισθήματα των θεραπευόμενων ενδεχομένως με τον τρόπο αυτό διασφαλίζουν ικανοποιητικές διαπροσωπικές σχέσεις και ποιοτικότερη παρεχόμενη φροντίδα υγείας, αλλά και επαγγελματική ζωή.

6.7. 1. Πρώτη ερευνητική υπόθεση

Από τα ευρήματα υποστηρίζεται η υπόθεση της παρούσας μελέτης ότι η σχέση μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής διαμεσολαβείται από τα συμπτώματα επιβαρυνμένης γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας. Επομένως, φαίνεται ότι οι συμμετέχοντες που είχαν επιβαρυνμένη γενική (σωματική και ψυχική) υγεία και βίωναν παράλληλα και ηθικό αδιέξοδο, ενδεχομένως να ήταν πιο ευάλωτοι να εκδηλώσουν και συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής συγκριτικά με τους νοσηλευτές που βιώνουν ηθικό αδιέξοδο αλλά έχουν καλά επίπεδα σωματικής και ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η έκθεση σε συνθήκες παρατεταμένης έντασης, όπως είναι και το ηθικό αδιέξοδο, συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα, όπως είναι η κεφαλαλγία, η αϋπνία, η υπέρταση και οι γαστρεντερικές ενοχλήσεις, αλλά και ψυχο-νευτο-νοητικά, όπως η εξουθένωση, το άγχος και η συναισθηματική εξάντληση (Hamric, 2010). Τα ευρήματα αυτά εξηγούν εν μέρει το διαμεσολαβητικό ρόλο του επιπέδου γενικής υγείας στη σχέση μεταξύ ηθικού αδιεξόδου και δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής.

6.7.2. Δεύτερη ερευνητική Υπόθεση:

Από τις πολυπαραγοντικές αναλύσεις απορρίφθηκε η υπόθεση ότι η σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τη θεραπευτική σχέση και επαγγελματική ικανοποίησης επηρεάζεται από την ενσυναίσθηση. Η απόρριψη της παρούσας υπόθεσης έρχεται σε αντίθεση με την θέση του Hochschild (1993) που σημειώνει ότι η παρουσία της ενσυναίσθησης στη θεραπευτική συναισθηματική αλληλεπίδραση αυξάνει την εργασιακή ικανοποίηση των νοσηλευτών. Όμοια, και η/ο Wilczek-Rużyczka (2009), τονίζει τη συμβολή της ενσυναίσθησης στην αποτελεσματική θεραπευτική σχέση, θεωρώντας την ως ένα ουσιαστικό στοιχείο στη διαδικασία της παροχής φροντίδας και στη διασφάλιση ποιότητας, αλλά και ως έναν προστατευτικό παράγοντα για τους νοσηλευτές, αφού προάγει την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν με επιτυχία έντονα στρεσογόνες καταστάσεις (Mackintosh, 2006). Επίσης, και οι Dal Santo et al. (2014) τονίζουν τη θετική συσχέτιση της ενσυναίσθησης και της ικανοποίησης από την εργασία.

Ωστόσο, αυτό το εύρημα της παρούσας μελέτης υποδηλώνει ότι κατά πάσα πιθανότητα υπάρχουν άλλοι παράγοντες που διαμεσολαβούν τη σχέση μεταξύ ικανοποίησης από τις θεραπευτικές σχέσεις και επαγγελματικής ικανοποίησης, πέρα από την ενσυναίσθηση, οι οποίοι δεν συμπεριλήφθηκαν στην παρούσα μελέτη (Theodosius, 2008).

6.8. Σύγκριση εργαλείου MDS-P (Onishi et al. 2010 και δεδομένων ποιοτικής μελέτης

Μέσα από την ποιοτική μελέτη, ταυτοποιήθηκαν συγκεκριμένες καταστάσεις που προκαλούσαν ηθικό αδιέξοδο στους συμμετέχοντες. Ειδικότερα, περιγράφηκαν καταστάσεις που έχουν σχέση με την παροχή επισφαλούς φροντίδας προς τους θεραπευόμενους, με αντιδεοντολογική συμπεριφορά συναδέλφων και με καταπάτηση εργασιακών δικαιωμάτων συναδέλφων.

Ο πρώτος παράγοντας της τροποποιημένης κλίμακας MDS-P (Ohnishi et al. 2010), αφορά την «αντιδεοντολογική συμπεριφορά των φροντιστών» και αποτελείται από έξι στοιχεία. Καθένα από αυτά, σχετίζεται με καταστάσεις κατά τις οποίες οι επαγγελματίες υγείας έχουν εμπλακεί άμεσα σε αντιδεοντολογική συμπεριφορά, όπως: «Ανάμιξη φαρμάκων με τροφή ή ποτό εν αγνοία των θεραπευόμενων και χορήγησή τους», «Μη ανάληψη δράσης σε περιπτώσεις αντιδεοντολογικής συμπεριφοράς από μέλος του ιατρικού προσωπικού», «Μη αναφορά λαθών στην αγωγή/ θεραπεία», «Κακοποίηση των ασθενών», ή «Γελοιοποίηση των θεραπευόμενων». Τα στοιχεία αυτά περιγράφηκαν από όλους τους συμμετέχοντες της ποιοτικής μελέτης, και κύρια από όσους είχαν εμπειρία σε νοσοκομειακές δομές. Συγκεκριμένα οι συμμετέχοντες στην παρούσα μελέτη περιέγραψαν ως αντιδεοντολογική συμπεριφορά θέματα που είχαν σχέση με καταπάτηση δικαιωμάτων των θεραπευόμενων κατά την εφαρμογή θεραπείας, όπως η σωματική καθήλωση, η εφαρμογή μη αναγκαίας χημικής καθήλωσης, η υποτίμηση θεραπευόμενων, και η καταπάτηση του δικαιώματος της ιδιωτικότητας των νοσηλευόμενων.

Οι συμμετέχοντες, αναφέρθηκαν, επίσης, και σε θέματα που είχαν σχέση με υπεξαίρεση χρημάτων, απόκρυψη αλήθειας και ψευδή πληροφόρηση για τις συνθήκες νοσηλείας, εφαρμογή επιθυμιών της οικογένειας εις βάρος των θεραπευόμενων, συμπεριφορές διάσπασης θεραπευτικού συνεχούς από συνεργάτες, και τέλος ανορθόδοξη χρήση των πόρων για επίτευξη των συμφερόντων του προσωπικού υγείας.

Επομένως, ο παράγοντας «αντιδεοντολογική συμπεριφορά» του εργαλείου MDS-P (Ohnishi et al. 2010) αν και επιβεβαιώνεται από τη θεματική ενότητα «αντιδεοντολογική συμπεριφορά» της παρούσας ποιοτικής ανάλυσης, ωστόσο φαίνεται και ότι υπολείπεται δεδομένου ότι δεν συμπερολαμβάνονται σε αυτόν κάποιες από τις περιπτώσεις που αναφέρθηκαν στην παρούσα μελέτη.

Ο δεύτερος παράγοντας του τροποποιημένου εργαλείου MDS-P (Ohnishi et al. 2010), αφορά την «Ανεπαρκή στελέχωση» και αποτελείται από πέντε στοιχεία. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει θέματα όπως: «Τα επίπεδα στελέχωσης είναι τόσο χαμηλά ώστε να θεωρούνται

επικίνδυνα», «Η ανεπαρκής στελέχωση οδηγεί σε ανεπαρκή φροντίδα για τους θεραπευόμενους» «Η ανεπαρκής στελέχωση οδηγεί σε παρατεταμένη νοσηλεία», «Οι νοσηλευτές δεν έχουν χρόνο για να μιλήσουν με τους νοσηλευόμενους» και τέλος «Οι νοσηλευτές αντιμετωπίζονται σαν μηχανές, και οδηγούνται στην εγκατάλειψη του επαγγέλματος». Μέσα από την ποιοτική προσέγγιση της παρούσας μελέτης δεν αναδύθηκαν στοιχεία που να σχετίζονται με την ανεπαρκή στελέχωση, εκτός από το τελευταίο αντικείμενο το οποίο συσχετίζεται με τις περιγραφές των συμμετεχόντων για εργασία συναδέλφων χωρίς άδεια ανάπαυσης (ρεπό), και συγκεκριμένα η περίπτωση της καταπάτησης εργασιακών δικαιωμάτων και εργασίας χωρίς άδεια ανάπαυσης. Μέσα όμως από τη συγκεκριμένη περιγραφή δεν φάνηκε να αποδίδεται η ανάγκη για εργασία χωρίς ρεπό σε έλλειψη προσωπικού, αλλά σε άνιση μεταχείριση παλιότερων και νεότερων εργαζομένων από τους προϊστάμενος.

Ο τρίτος παράγοντας του τροποποιημένου εργαλείου MD-P (Ohnishi et al. 2010), αφορά την «Συναίνεση για παραβιάσεις των δικαιωμάτων των νοσηλευόμενων» και αποτελείται από τέσσερα στοιχεία. Ο παράγοντας αυτός περιλαμβάνει θέματα όπως «Οι νοσηλευτές ήταν σε πλήρη άγνοια για την υποβολή θεραπευόμενων σε περιττές και αχρείαστες εξετάσεις ή θεραπείες», «Οι νοσηλευτές συνεπικουρούσαν τους άλλους επαγγελματίες υγείας σε περιπτώσεις που οι πάσχοντες υποβάλλονταν σε περιττές εξετάσεις ή θεραπείες» «Οι νοσηλευτές αγνοούν εάν οι θεραπευόμενοι λαμβάνουν τις αναγκαίες εξετάσεις ή θεραπείες, με τη συγκατάθεση των ιδίων ή των οικογενειών τους ή χωρίς», «Οι νοσηλευτές συνεπικουρούν άλλους επαγγελματίες υγείας να υποβάλουν τους πάσχοντες σε αναγκαίες μεν εξετάσεις ή θεραπείες, αλλά χωρίς τη συγκατάθεση των ιδίων ή των οικογενειών τους». Μέσα από την ποιοτική ανάλυση της παρούσας μελέτης δεν αναδύθηκαν θέματα που σχετίζονται με περιττές εξετάσεις που υποβάλλονται οι θεραπευόμενοι. Αυτό ίσως να αντανakλά τις ιδιαίτερες συνθήκες της παροχής φροντίδας στην Ιαπωνία αφού πρόκειται για δημόσιο ασφαλιστικό σύστημα, με μια τάση για διενέργεια περιττών εξετάσεων και φαινόμενα προκλητής ζήτησης αφού έτσι θα αυξηθούν τα έσοδα του Νοσοκομείου. Τα ευρήματα της παρούσας ποιοτικής ανάλυσης υποστηρίζουν ακριβώς το αντίθετο, με τους συμμετέχοντες να αναφέρουν ότι τους ενοχλεί να βλέπουν να συνεχίζεται μια αναποτελεσματική θεραπεία (όπως είναι η χορήγηση γενόσημου φαρμάκου) με αποκλειστική αιτιολογία τη διατήρηση χαμηλού κόστους φροντίδας, όπως επίσης και η πολιτική του κράτους να μην υπάρχουν στα δημόσια νοσοκομεία τα γνήσια φάρμακα αλλά μόνο τα γενόσημα. Επίσης, οι συμμετέχοντες αναφέρθηκαν και στη μη πρόσληψη

βοηθητικού προσωπικού, στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής συγκράτησης του δημοσιοοικονομικού κόστους, με αποτέλεσμα τα χαμηλά επίπεδα φροντίδας.

Επιπρόσθετα, στην παρούσα ποιοτική μελέτη αναδύθηκε ως θεματική ενότητα η παροχή επισφαλούς φροντίδας. Οι παράγοντες που περιγράφηκαν ήταν σχετικοί με θέματα ελλειπών εκπαιδευσης και ανεπάρκειας δεξιοτήτων, με απουσία ή ανεπάρκεια διαδικασιών που να εξασφαλίζουν τη συμμετοχή των νοσηλευτών στη λήψη αποφάσεων, με περιορισμένη αυτονομία του νοσηλευτή, με διοικητική ανεπάρκεια, με παροχή φροντίδας από ανεπαρκείς συνεργάτες, με συνέχιση μιας αναποτελεσματικής θεραπείας και με τη διατήρηση χαμηλού κόστους φροντίδας.

Τα στοιχεία που αναδύθηκαν από την ποιοτική προσέγγιση του θέματος είναι στοιχεία που αντανακλούν στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας αλλά και στην ηθική διάσταση της νοσηλευτικής. Όλα αυτά τα στοιχεία θα πρέπει να συμπεριληφθούν σε μελλοντικά εργαλεία αξιολόγησης της συχνότητας και της έντασης του ηθικού αδιεξόδου και να υποβληθούν εκ νέου σε διερευνητική στατιστική ανάλυση παραγόντων.

6.9. Περιορισμοί της παρούσας μελέτης

Στην αξιολόγηση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης θα πρέπει να ληφθεί υπόψη ο συγχρονικός σχεδιασμός της και συγκεκριμένα μεθοδολογικά ζητήματα. Ο συγχρονικός χαρακτήρας δεν επιτρέπει συμπεράσματα αναφορικά με την αιτιακή συσχέτιση μεταξύ των διαφόρων παραγόντων (π.χ. ηθικό αδιέξοδο και δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή). Υπάρχει η πιθανότητα οι καταστάσεις που οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο να επιδεινώνουν τα συμπτώματα της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής ή το επίπεδο της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας, ή τα συμπτώματα της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής να επιδεινώνουν τη γενική (σωματική και ψυχική) υγεία. Για παράδειγμα, η δευτερογενής μετατραυματική συνδρομή μπορεί να είναι η αιτία που οδηγεί τους νοσηλευτές σε καταστάσεις που βιώνονται ως ηθικό αδιέξοδο. Το ίδιο ισχύει και για την επαγγελματική ικανοποίηση (ενδεχομένως η ικανοποίηση από τη θεραπευτική σχέση να είναι η αιτία της επαγγελματικής ικανοποίησης). Το ίδιο ενδέχεται να συμβαίνει και με την ενσυναίσθηση.

Προηγούμενα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι τις περισσότερες φορές τα άτομα που βιώνουν σοβαρά συμπτώματα ψυχικών και σωματικών διαταραχών, συμπεριλαμβανομένων συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικής συνδρομής ή χαμηλού επιπέδου γενικής υγείας, δεν συμμετέχουν σε μελέτες. Επομένως, ενδέχεται να έχει υποεκτιμηθεί το ποσοστό των ατόμων που βιώνουν τα ανωτέρω συμπτώματα, καθώς και η

έντασή τους. Επίσης, υπάρχει προβληματισμός αναφορικά με το βαθμό αυτο-αποκάλυψης στον οποίο έχουν προβεί οι συμμετέχοντες, τόσο στις ομάδες εστίασης, δεδομένης της παρουσίας και άλλων ατόμων, όσο και στη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, αν και ανώνυμων δεδομένης της έμφυτης τάσης των ατόμων για διατήρηση θετικής αυτό-εικόνας, και ως εκ τούτου υποεκτίμησης της έντασης συμπτωμάτων ψυχικής διαταραχής, ή υπερεκτίμησης του βαθμού ενσυναίσθησης. Βέβαια, ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η αυτο-αποκάλυψη άλλων ατόμων εγείρει συναισθήματα ενσυναίσθησης στους υπολοίπους και συνεπακόλουθα ενισχύει και το δικό τους βαθμό αυτο-αποκάλυψης. Ωστόσο, δεν είναι γνωστός ο βαθμός στον οποίο το πολιτισμικό πλαίσιο τη Κύπρου επηρεάζει το φαινόμενο αυτό.

Επίσης, περιορισμό της παρούσας μελέτης αποτελεί η χρήση της τροποποιημένης έκδοσης του εργαλείου αξιολόγησης του ηθικού αδιεξόδου M-MDS-MHS. Παρόλο, που στη διαμόρφωση του εργαλείου αυτού έγινε προσπάθεια να συμπεριληφθούν τα περισσότερα αντικείμενα του εργαλείου MDS-P των Onishi et al. (2010), ωστόσο υπάρχει ο κίνδυνος να συμπεριλαμβάνονται στοιχεία που να αφορούν συνθήκες παροχής φροντίδας που να ανταποκρίνονται μόνο στην Ιαπωνική κουλτούρα. Η Ιαπωνία δεν ακολούθησε την πολιτική της αποϊδρυματοποίησης η οποία προτάθηκε από τις ΗΠΑ και την Ευρώπη τη δεκαετία του 1950. Συγκεκριμένα, από τις περιγραφές των κατασκευαστών του εργαλείου MDS-P στην Ιαπωνία υπάρχουν 1079 ψυχιατρικά νοσοκομεία και το 89% αυτών βρίσκονται υπό την κυριότητα εταιρειών ιδιωτικού δικαίου, οι οποίες ενδεχομένως λόγω αυξημένων απαιτήσεων για κερδοφορία να ακολουθούν πολιτικές, οι οποίες να εγείρουν συχνότερα ή διαφορετικά ηθικά αδιέξοδα στο προσωπικό φροντίδας. Αντίθετα, στην Κύπρο υπάρχει μόνο ένα κρατικό ψυχιατρικό Νοσοκομείο 116 κλινών και με πολύ μικρό αριθμό θεραπευομένων να έχουν ανάγκη παροχής μακροπρόθεσμης φροντίδας εσωτερικής νοσηλείας. Η αποϊδρυματοποίηση και η ψυχοκοινωνική αποκατάσταση αποτελούν κύριες πρακτικές στον τρόπο παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας στην Κύπρο, με αποτέλεσμα να έχει αναπτυχθεί ένα παγκύπριο δίκτυο παροχής φροντίδας ψυχικής υγείας μέσα από τα κέντρα κοινοτικής και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. Συγκεκριμένα, μόνο το 22,1% των νοσηλευτών ψυχικής υγείας του δείγματος στην παρούσα μελέτη εργαζόταν στο Νοσοκομείο Αθαλάσσιας.

Επίσης, σύμφωνα πάντα με τους κατασκευαστές του εργαλείου MDS-P (Onishi et al. 2010) η υποστελέχωση αποτελεί ένα επίσης πρόβλημα στον τρόπο παροχής φροντίδας στην Ιαπωνία, με αναλογία 17.5 νοσηλευτών ανά 100 κλίνες, συγκριτικά με 42.1 νοσηλευτές για 100 κλίνες σε αντίστοιχο θάλαμο γενικού νοσοκομείου. Το ίδιο χάσμα στελέχωσης

παρατηρείται και μεταξύ των γιατρών με αναλογία 3,3 ψυχιάτρους ανά 100 κλίνες, συγκριτικά με 12,9 γιατρούς ανά 100 κλίνες σε ένα θάλαμο του γενικού νοσοκομείου. Τα στατιστικά αυτά στοιχεία αντανακλώνονται και στον τρόπο παροχής φροντίδας και στα συνεπακόλουθα ηθικά αδιέξοδα στον πληθυσμό αυτό, δεδομένου ότι από την ανάλυση παραγόντων του εργαλείου MDS-P, η μία διάσταση του εργαλείου αφορούσε την ανεπαρκή στελέχωση (Onishi et al. 2010). Αντίθετα, στην Κύπρο η αναλογία των νοσηλευτών/θεραπευομένων είναι κατά πολύ υψηλότερη (1: 2 κατά μέσο όρο στις μονάδες εσωτερικής νοσηλείας).

Στο πλαίσιο αυτό, ένας άλλος περιορισμός της μελέτης αφορά το βαθμό στον οποίο το τροποποιημένο εργαλείο M-MDS-MHS που χρησιμοποιήθηκε ανταποκρίνεται στις συγκεκριμένες συνθήκες του συστήματος φροντίδας ψυχικής υγείας της Κύπρου, δεδομένου ότι δεν υπάρχουν προηγούμενα ερευνητικά στοιχεία για το θέμα του ηθικού αδιεξόδου στην Κύπρο. Για τον λόγο αυτό, παράλληλα με την ποσοτική μελέτη διεξήχθη και ποιοτική διερεύνηση του φαινομένου, με στόχο τη σε βάθος μελέτη του ηθικού αδιεξόδου και την ανάδειξη των ιδιαίτερων χαρακτηριστικών της παρεχόμενης φροντίδας ψυχικής υγείας και του τρόπου που συνδέονται αυτά με εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου. Τα δεδομένα αυτά, αν και θα μπορούσαν να είναι χρήσιμα για την ανάπτυξη μελλοντικών εργαλείων ποσοτικοποίησης του ηθικού αδιεξόδου, ωστόσο δεν συμπεριλήφθηκαν στο ερωτηματολόγιο M-MDS-MHS, αφού κάτι τέτοιο δεν συμπεριλήφθηκε στους στόχους της μελέτης και ως εκ τούτου ο σχεδιασμός της υπαγόρευε την ταυτόχρονη διεξαγωγή της ποσοτικής και της ποιοτικής έρευνας. Ωστόσο, το γεγονός αυτό συνιστά έναν επιπλέον περιορισμό της παρούσας μελέτης.

Τέλος, επιπρόσθετος περιορισμός είναι ο μικρός βαθμός ανταπόκρισης συμμετοχής στη μελέτη, ο οποίος ήταν 57,2%. Σύμφωνα, όμως, με τον αριθμό των νοσηλευτών που εργάζονται στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, ο αριθμός των συμμετεχόντων στην παρούσα μελέτη ήταν αντιπροσωπευτικός του πληθυσμού στόχου. Αυτό, συμπεραίνεται από το γεγονός ότι τα δεδομένα στελέχωσης κατά πόλη και κατά δομή παροχής υπηρεσιών ψυχικής υγείας, ήταν ανάλογα του δείγματος της μελέτης. Επιπρόσθετα, η μειωμένη ανταπόκριση ίσως οφείλεται σε «κόπωση» των νοσηλευτών στη συμπλήρωση ερωτηματολογίων λόγω της πληθώρας ερευνητικής δραστηριότητας που παρατηρείται τα τελευταία χρόνια.

6.10. Συμπεράσματα /εισηγήσεις για την αξιοποίηση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης

Οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας στην Κύπρο δεν βιώνουν συχνά ηθικό αδιέξοδο. Ωστόσο, όταν αναπτύσσονται τέτοια βιώματα, η ένταση τους είναι αρκετά υψηλή. Επιπλέον, τα βιώματα ηθικού αδιεξόδου φαίνεται να συνυπάρχουν με συμπτώματα δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής. Επιπλέον, οι νοσηλευτές ψυχικής υγείας που έχουν επιβαρυνμένη 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. Ειδικότερα, η μη συμμετοχή των νοσηλευτών και των θεραπευόμενων στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων με αντίκτυπο στην ασφάλεια και στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας φαίνεται ότι σχετίζεται άμεσα με βιωματικές εμπειρίες ηθικού αδιεξόδου, καθώς επίσης και η καταπάτηση των δικαιωμάτων των θεραπευόμενων κατά την παροχή φροντίδας. Τα δεδομένα αυτά υποδηλώνουν πως το σύστημα παροχής φροντίδα ψυχικής υγείας στην Κύπρο παραμένει ιατροκεντρικό, με τον θεραπευόμενο και την οικογένεια του να παραμένουν στο περιθώριο της λήψης αποφάσεων.

Προτεινόμενες παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο

Δεδομένης, επομένως, της σχέσης μεταξύ οργανωτικών και διοικητικών παραμέτρων του συστήματος υγείας και βιωμάτων ηθικού αδιεξόδου, παρά μίας σχέσης μεταξύ προσωπικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών και τέτοιου είδους καταπόνηση, αναδεικνύεται η σπουδαιότητα ανάπτυξης στρατηγικών σε επίπεδο οργανωτικής ενδυνάμωσης. Στοχος είναι να περιοριστούν οι καταστάσεις που οδηγούν σε ηθικό αδιέξοδο από τη μια, αλλά και που υποθάλπτουν τη γενική (σωματική και ψυχική) υγεία των νοσηλευτών, από την άλλη.

Στο πλαίσιο αυτό, η θεσμική κατοχύρωση του ρόλου του κοινοτικού νοσηλευτή ψυχικής υγείας θεωρείται ύψιστης προτεραιότητας, καθώς στην παρούσα φάση η επίσκεψη στο σπίτι από τους νοσηλευτές ψυχικής υγείας δεν είναι θεσμικά κατοχυρωμένη στην Κυπριακή Δημοκρατία. Το γεγονός αυτό καθιστά ευάλωτους του κοινοτικούς νοσηλευτές ψυχικής υγείας απέναντι σε καταστάσεις που πυροδοτούν ηθικό αδιέξοδο στο συγκεκριμένο πλαίσιο φροντίδας, καθώς παραμένουν ουσιαστικά και θεσμικά αποδυναμωμένοι ως προς τη δυνατότητα παρέμβασης.

Επιπλέον, η θεσμική κατοχύρωση της κλινικής εποπτείας με συστηματικό και δομημένο τρόπο, ιδιαίτερα κατά τα πρώτα χρόνια εργοδότησης των νοσηλευτών ψυχικής

υγείας θεωρείται, επίσης, σημαντική τόσο ως προς την ενδυνάμωση της ηθικής ευαισθησίας των νοσηλευτών, αλλά και ως προς την ενδυνάμωση του ηθικού εργασιακού κλίματος (Lutzen et al. 2003; Severinsson & Kamaker 1999).

Σημαντική θεωρείται και η θεσμική κατοχύρωση της συμμετοχής των νοσηλευτών στη λήψη θεραπευτικών αποφάσεων στο πλαίσιο τη διεπιστημονικής ομάδας. Οπωσδήποτε όμως, απαραίτητο είναι να θεσμοθετηθούν μέτρα προστασίας και στήριξης των επαγγελματιών υγείας όταν προβαίνουν στην αποκάλυψη καταστάσεων που ενέχουν κίνδυνο καταπάτησης των δικαιωμάτων των θεραπευομένων και των οικογενειών τους, ή απειλούν την ασφάλεια και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, τόσο για τους ίδιους αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας που καταγγέλεται ότι εμπλέκονται σε καταστάσεις που πυροδοτούν ηθικό αδιέξοδο (Rushton et al. 2006). Στο πλαίσιο αυτό, θεωρείται χρήσιμη η θεσμοθέτηση των ομάδων υποστήριξης σε μια ατμόσφαιρα ενθάρρυνσης και σεβασμού.

Επίσης, προτείνεται η θεσμοθέτηση ενός συστήματος διαχρονικής αξιολόγησης του ηθικού αδιεξόδου, της δευτερογενούς μετατραυματικής συνδρομής και του επιπέδου της γενικής (σωματικής και ψυχικής) υγείας, αλλά και του βαθμού ενσυναίσθησης των νοσηλευτών ψυχικής υγείας, και συνεπακόλουθα η διαμόρφωση εσωτερικών για κάθε τμήμα εργασίας υπηρεσιών στήριξης σε ατομικό και ομαδικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας, αλλά και εκπαίδευσης αυτών σε θέματα σχετικά.

Προτεινόμενες παρεμβάσεις σε εκπαιδευτικό και ερευνητικό επίπεδο

Παράλληλα, προτείνεται να διαμορφωθούν, όχι μόνο υπηρεσιακά, αλλά και σε επίπεδο προπτυχιακής εκπαίδευσης δομημένα μαθήματα, ώστε οι νοσηλευτές να εκπαιδεύονται να αναγνωρίζουν είτε στους ίδιους είτε σε συναδέλφους 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 θεραπευομένους, αλλά και την προσωπική και επαγγελματική ευεξία τους (Mahmoud, 2013; Mete, 2007). Παραδοσιακά στην εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας δίνεται έμφαση σε ηθικά διλήμματα και δεοντολογικές αρχές αλλά δεν δίνεται καθόλου έμφαση σε καταστάσεις ηθικού αδιεξόδου (Corley, 2004).

Παράλληλα, τα στοιχεία που έχουν αναδυθεί μέσα από την ποιοτική διερεύνηση του φαινομένου του ηθικού αδιεξόδου, προτείνεται να συμπεριληφθούν σε μελλοντικά εργαλεία αξιολόγησης του ηθικού αδιεξόδου στους νοσηλευτές ψυχικής υγείας.

Επίσης, η προαγωγή και θεσμική στήριξη μελετών με συμμετοχικό ενεργητικό σχεδιασμό (participatory action research) σε θέματα ψυχικής υγείας ενδεχομένων να ενδυναμώσει μέσα

από την ερευνητική συνεργασία επαγγελματιών υγείας και χρηστών των υπηρεσιών ψυχικής υγείας τη συμμετοχή των θεραπευομένων στη διαδικασία λήψης απόφασης (Dunn 2017).

Προτεινόμενες παρεμβάσεις σε προσωπικό επίπεδο

Όσον αφορά το ηθικό αδιέξοδο, τη δευτερογενή μετατραυματική συνδρομή και τη γενική (σωματική και ψυχική) υγεία, προτείνονται παρεμβάσεις και σε προσωπικό επίπεδο για την ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας. Αυτές ενδέχεται να περιλαμβάνουν από απλές παρεμβάσεις για την υπενθύμιση της συμβολής των καθημερινών συνηθειών στην υγεία, αλλά και πιο εξειδικευμένες παρεμβάσεις που να αφορούν την ενδυνάμωση των προσωπικών χαρακτηριστικών των νοσηλευτών, όπως για παράδειγμα της αποφασιστικότητας ή της εκπαίδευσης σε αποτελεσματικές δεξιότητες αντιμετώπισης πιεστικών καταστάσεων (İlhan et al. 2016).

7. Βιβλιογραφία

7.1 Διεθνής βιβλιογραφία

- Abokheili, N.S. Abres, F..H.Hamedan, S.S. (2014) Mental Health Status of the Psychiatric Nurses at Zare Teaching Hospital. *J. Psych. Beh. Stud.* Vol., 2 (2), 50-54.
- Abendroth Abendroth, M., & Flannery, J. (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8, 346–356.
- Alexandrova-Karamanova A, Todorova I, Montgomery A, et al. (2016). Burnout and health behaviors in health professionals from seven European countries. *Int Arch Occup Environ Health*, vol. 89, pp.1059-1075.
- Alligood, M., & May, B. (2000). A nursing theory of personal system empathy: interpreting a conceptualization of empathy in King's interacting systems. *Nursing Science Quarterly*, 13(3), 243-247.
- Aström, S., Nilsson,M., Norberg, A, Winblad, B. (1990) Empathy, experience of burnout and attitudes towards demented patients among nursing staff in geriatric care. *Journal of Advanced Nursing*. 15:1236-44. PMID:2269745 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.1990.tb01738.x>.
- Austin, W., Bergum, V. andGoldberg, L. (2003) Unable to answer the call of our patients:mental health nurses'experience of moral distress. *Nurs. inquiry* 10: 177–83.
- Austin, W., Lemermeyer, G., Goldberg, L., Bergum, V., & Johnson, M. S. (2005). Moral distress in healthcare practice: The situation of nurses. *HEC Forum*, 17(1), 33-48.
- Austin, W., Rankel, M., Kagan, L., Bergum, V., &Lemermeyer, G. (2005). To stay or to go, to speak or stay silent, to act or not to act: Moral distress as experienced by psychologists. *Ethics & Behavior*, 15(3), 197-212.
- Austin, W. J., Kagan, L., Rankel, M., &Bergum, V. (2008). The balancing act: Psychiatrists' experience of moral distress. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 11(1), 89-97.
- Austin C.L, Saylor R, Finley P. (2016) Moral Distress in Physicians and Nurses: Impact on Professional Quality of Life and Turnover”, *Psychol Trauma*. [Epub ahead of print]
- Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13, 183–191.

- Bankier B. and Littman A. (2002) Psychiatric disorders and coronary heart disease in women – A still neglected topic: Review of the literature from 1971 to 2000. *Psychotherapy and Psychosomatics*, **71**: 133-140.
- Badger, S.A. O’ Donnell, M.E. Sharif M.A. Boyd C.S. Hannon, R.J. Lau, L.L. Lee B. Soong, C.V. (2008). Risk factors for abdominal aortic aneurysm and the influence of social deprivation. *Angiology*: Oct-No;59(5):559-66
- Beaglehole & Bonita (2001) *Public Health at Crossroads- achievements and prospects*. University Press, ISBN 0-521-58665-8, Cambridge.
- Beck, C.T., (2011).Secondary traumatic stress in nurses: A systematic review, *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), pp. 1-10.
- Berelson, B. (1971). *Content Analysis in communication research*. New York: Hafner Publishing Company.
- Berg, B.L. (2001). *Qualitative Research Methods for the Social Sciences*. Boston: Allyn and Bacon.
- Christen M, Katsarov J. (2016) Moral Sensitivity as a Precondition of Moral Distress. *Am J Bioeth.* 16(12):19-21.
- Borhani F, Abbaszadeh A, Mohamadi E, Ghasemi E, Hoseinabad-Farahani MJ. (2015) Moral sensitivity and moral distress in Iranian critical care nurses. *Nurs Ethics.* pii: 0969733015604700 [Epub ahead of print]
- Bowles C., Candela L. (2005). First job experiences of recent RN graduates: Improving the work environment. *Journal of Nursing Administration*; 35(3):130-137.
- Bride, B. E., Robinson, M. R., Yegidis, B., &Figley, C. R. (2004).Development and validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27–35.
- Bjorner JB, Kristensen TS, Orth-Gomer K, Tibblin G., Sullivan M., Westerholm P. (1996). Self- rated health: a useful concept in research, prevention and clinical medicine. Swedish Council for planning and coordination of research. Stockholm.
- Burstow, B. & Weitz, D. (1988). *Shrink Resistant: The Struggle against Psychiatry in*

- Canada. Vancouver: New Star Books. Canadian Nurses Association (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. Ottawa, ON: Canadian Nurses Association.
- Cartwright, 1953 στον Βάμβουκας, Μ. Ι. (1991). Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία. Αθήνα.
- Cavaliere TA, Daly B, Dowling D, et al. (2010). Moral distress in neonatal intensive care unit RNs. *Adv Neonatal Care* 10: 145–156.
- Chase, M. (2005). Emergency Department nurses' lived experience with compassion fatigue. MSc Thesis. Florida State university, School of Nursing.
- Chen, P. (2009). When nurses and doctors can't do the right thing. Retrieved June 30, 2010 from www.nytimes.com/2009/02/06/health/05chen.html.
- Chrestman, K. R. (1999). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 29-36). Lutherville, MD: Sidran.
- Cohen, MZ & Omery, A (1994). 'Schools of phenomenology: implications for research', in M Morse (ed.) *Critical Issues in Qualitative Research Methods*, Thousand Oaks, CA, Sage, pp. 136-56.
- Cole D, Nelson L, (2001). Stress at work: the relationship between hope. *Psychosocial Nursing*. 26(4): 7-18.
- Collins, S. & Long, A., (2003). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental health Nursing*, 10.
- Corley MC, Elswick RK, Gorman M, et al. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *J Adv Nurs* 33: 250–256
- Corley, M. C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), 280-285.
- Corley, M. C. (2002). Nurse moral distress: A proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-650.
- Corley, M. C., Elswick, R. K., Gorman, M., & Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-256.

- Corley, M. C., Minick, P., Elswick, R., Kand, M.,(2005).Nurse moral distress and ethical work environment . *Nursing Ethics*12: 381-90.
- Courtois, C. A. (1988). *Healing the incest wound: Adult survivors in therapy*. New York: Norton.
- Dal Santo L., Pohl S., Luisa Saiani L., Battistelli A. (2014). Empathy in the emotional interactions with patients. Is it positive for nurses too? *Journal of Nursing Education and Practice*, 2014, Vol. 4, No. 2 URL: <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v4n2p74>.
- Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: Psychotherapists' reactions to victims of the Nazi Holocaust. In J. P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahana (Eds.), *Human adaptation to extreme stress: From the Holocaust to Vietnam* (pp. 219-238). New York: Plenum.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113– 126.
- Davies, L., (2009). Vicarious traumatization : The impact of nursing upon nurses. MSc Thesis. Victoria University of Wellington, School of Nursing.
- Deady, R. & McCarthy, J. (2010). A study of the situations, features, and coping mechanisms experienced by Irish psy- chiatric nurses experiencing moral distress. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46 (3), 209–220.
- Dean K., Holstein BE. (1991). Health promotion among the ederly. In: *Health Promotion research*. WHO Regional Publications, European Series No.37 37: 341-63.
- Deville, G. J., Wright, R., &Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout?Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 373–385.
- Dominquez-Gomez, E., & Rutledge, D. N. (2009).Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35, 199–204.
- Duarte J, Pinto-Gouveia J (2017) Empathy and feelings of guilt experienced by nurses: A cross-sectional study of their role in burnout and compassion fatigue symptoms. *Applied Nursing Research* 35: 42-47.

- Dunn V. (2017). Young people, mental health practitioners and researchers co-produce a Transition Preparation Programme to improve outcomes and experience for young people leaving Child and Adolescent Mental Health Services (CAMHS). *BMC Health Serv Res.* 17(1):293.
- Dutton, M. A., & Rubinstein, F. L. (1995). Working with people with PTSD: Research implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 82-100). New York: Brunner/Mazel.
- Elpern, E. H., Covert, B., & Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, 14(6), 523-530.
- Endacott R., Dawson D. (1997) Clinical decisions made by nurses in intensive care – results of a telephone survey. *Nursing in Critical Care*, 2 4 p191-19.
- Epstein, E. G. (2008). End-of-life experiences of nurses and physicians in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatology*, 28, 771-778.
- Epstein, E.G., Delgado, S., (2010). "Understanding and Addressing Moral Distress" *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing* 15, (3), Manuscript 1.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330-342.
- Erlen JA, Sereika SM. (1997). Critical care nurses, ethical decision-making and stress. *Journal of Advanced Nursing*, 26:953-961.
- Escolar-Chua RL. Moral sensitivity, moral distress, and moral courage among baccalaureate Filipino nursing students. *Nurs Ethics*. 2016 Jun 29. pii: 0969733016654317. [Epub ahead of print].
- Everett, B. (2000). *A Fragile Revolution: Consumers and Psychiatric Survivors Confront the Power of the Mental Health System*. Waterloo, Ontario, Canada: Wilfrid Laurier University Press.
- Everson-Rose S. and Lewis T. (2005) Psychosocial factors and cardiovascular diseases. *Annual Review of Public Health*, 26: 469-500.
- Figley, C. R. (Ed.). (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York, NY: Brunner/Mazel, Inc.

- Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self care issues for clinicians, researchers, and educators* (pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.
- Fournier B, Kipp W, Mill J, Walusimbi M. (2007). Nursing care of AIDS patients in Uganda. *J Transcult Nurs*. Jul;18(3):257-64.
- Forde, R., & Aasland, O.G. (2008). Moral distress among Norwegian doctors. *Journal of Medical Ethics*, 34(7), 521-525.
- Freudenberger, H.J., (1990). Hazards of psychotherapy practice. *Psychotherapy in Private Practice*, 8 (1), 31-34.
- Friedman, M.J., (2000). PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians. in: M. Scott & J. Palmer, eds. *Trauma and post traumatic stress disorder*. New York: Cassell, pp 1-14.
- Gallagher P, Moriarty H, Huthwaite M, Lim B. (2017) Challenging some assumptions about empathy. *Clin Teach*. doi: 10.1111/tct.12607. [Epub ahead of print]
- Gallagher P, Moriarty H, Huthwaite M, Lim B. (2017) Challenging some assumptions about empathy. *Clin Teach*. doi: 10.1111/tct.12607. [Epub ahead of print]
- Ganellen, J.J. & Blaney, P.H., (1984). Hardiness and Social support as moderators of the effects of life stress. *Journal of personality and Social Psychology*, 47, 56-163.
- Ganz FD and Berkovitz K. (2012). Surgical nurses' perceptions of ethical dilemmas, moral distress and quality of care. *J Adv Nurs* 68: 1516–1525.
- Gill M. (2000) Shaftesbury's Two accounts of the reason to be virtuous. *J Hist Philos* :38: 529–48.
- Goldberg D. P. and Blackwell B. (1970) Psychiatric Illness in General Practice: A Detailed Study Using a New Method of Case Identification. *Br Med J*. 23(2): 439–443.
- Goldberg, D. & Hillier, V. (1977), *A scaled version of the General Health Questionnaire*. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Goldberg DP, Hillier VF. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*, 9:139-45.

- Goldberg, D.(1972) *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University Press, Oxford.
- Grad, Frank P. (2002). "The Preamble of the Constitution of the World Health Organization". *Bulletin of the World Health Organization*. 80 (12): 982.
- Graneheim UH, Lundman B. (2004).Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 2004, 24, 105-112.
- Grawitz, M., (1976), *Methodes des sciences sociales*, Paris, Ed. Dallo.
- Green, R.L. &Nowack, K.M., (1993). Stress, hardiness and absenteeism: Results of a 3-year longitudinal study. Los Angeles Police Department and Organizational Performance Dimensions.
- Green, J & Tones, K (2010) 2nd ed. *Health Promotion: planning and Strategies*. London: Sage Publications Ltd
- Groenewald, T. (2004). A phenomenological research design illustrated. *International Journal of Qualitative Methods*, 3(1), 1-26.
- Gutierrez K. (2005) Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 24:229-241.
- Hagen, B., Nixon, G. & Peters, T. (2010). The greater of two evils? How people with transformative psychotic experiences view psychotropic medications. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 12 (1), 44–59
- Haley, S. A. (1974). When the patient reports atrocities: Specific treatment considerations of the Vietnam veteran. *Archives of General Psychiatry*, 30, 191-196.
- Hamaideh, H.S. (2014). Moral distress and its correlates among mental health nurses in Jordan. *International Journal of Mental health Nursing: Volume 23*, 33-41.
- Hamric, A. (2010). Moral distress and nurse-physician relationships. *Virtual Mentor* 12(1), January, 6-11.
- Hamric, A. B., &Blackhall, L. J. (2007). Nurse-physician perspectives on the care of dying patients in intensive care units: Collaboration, moral distress, and ethical climate. *Critical Care Medicine*, 35(2), 422-429.

- Hamric, A. B., Davis, W. S., & Childress, M. D. (2006). Moral distress in health care professionals. *Pharos*, 69(1), 16-23.
- Hamric, A.B., Borchers, C.T., & Epstein, E.G. (2012). Development and testing of an instrument to measure moral distress in healthcare professionals. *AJOB Primary Research*, 3(2), pp. 1-9.
- Han SS, Kim J, Kim YS, Ahn S. Validation of a Korean version of the Moral Sensitivity Questionnaire. *Nurs Ethics*. 2010 Jan;17(1):99-105.
- Hanna, D. R. (2004). Moral distress: The state of the science. *Research & Theory for Nursing Practice*, 18(1), 73-93.
- Happell, B., Manias, E. & Roper, C. (2004). Wanting to be heard: Mental health consumers' experiences of information about medication. *International Journal of Mental Health Nursing*, 13 (4), 242–248.
- Hardingham, L. B. (2004). Integrity and moral residue: Nurses as participants in a moral community. *Nursing Philosophy*, 5(2), 127-134.
- Hart SE (2005) Hospital ethical climates and registered nurses' turnover intentions. *Journal of School Nursing*, 37:173-177.
- Hefferman, P. & Heilig, S. (1999). Giving "moral distress" a voice: Ethical concerns among neonatal intensive care unit personnel. *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 8(2), 173-178.
- Hendricks-Thomas JM, Crosby DM, Mooney DC. (1995). Education in critical care nursing: a new beginning. *Intensive Crit Care Nurse*, 11:93-99.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hochschild, A. R. (1983) *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, PMID:6218886.
- Hojat, M. Mangione S., Gonella J., Nasca T., Veliski J Kane G. (2001) Empathy in Medical Education and Patient Care. *Academic Medicine* Volume 76-issue 7-p 669.

Hojat, M. Gonella J., Nasca T., Mangione S., Vengare M. (2002) Physician empathy : definitions, componente, measurement, and relationship to gender and specialty. CRMEHC Faculty Papers <http://jdc.jefferson.edu/crmehc/4>.

Hojat, M. (2007). *Empathy in patient care: Antecedents, development, measurement and outcomes*. New York: Springer.

Hojat M, Vergare MJ, Maxwell K, Brainard G, Herrine SK, Isenberg GA, Veloski J, Gonnella JS. (2009)The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school. *Acad Med.* Sep;84(9):1182-91. doi: 10.1097/ACM.0b013e3181b17e55.

Holloway, I & Wheeler, S (2010). *Qualitative Research in Nursing and Healthcare*, 3rd edn., Wiley-Blackwell, United Kingdom.

Holloway, I. & Freshwater, D., (2007). *Narrative Research in Nursing*. Oxford: Blackwell.

Hsieh, H.-F., & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.

Huber M, Knottnerus JA, Green, L., van der Horst H, Jadad AR, Kromhout D, Smid H. (2011). "How should we define health?". *BMJ*. 343: d4163. doi:10.1136/bmj.d4163. PMID 21791490.

Hunt G, Wainwright P. (1995). European aspects of the nursing role. In: *Expanding the role of the nurse*. Blackwell, London. 86-97.

İlhan N, Sukut Ö, Akhan LU, Batmaz M. The effect of nurse education on the self-esteem and assertiveness of nursing students: A four-year longitudinal study. *Nurse Educ Today*. 39:72-8.

Jacobowitz W, Moran C, Best C, Mensah L. Post-Traumatic Stress, Trauma-Informed Care, and Compassion Fatigue in Psychiatric Hospital Staff: A Correlational Study. *Issues Ment Health Nurs*. 2015;36(11):890-9.

Jansen & Hanssen (2016). Patient participation: causing moral stress in psychiatric nursing? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Doi: 10.1111/scs.12358

Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

- Jameton, A. (1993). Dilemmas of moral distress: Moral responsibility and nursing practice. *AWHONNS Clinical Issues in Perinatal & Womens Health Nursing*, 4(4), 542-551.
- Jensen H. (1971) Motivation and the moral sense in Francis Hutcheson's ethical theory. (International archives of the history of ideas, vol. 46).
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22, 116-121.
- Kaite CP, Karanikola MN, Vouzavali FJ, Koutroubas A, Merkouris A, Papathanasoglou ED (2016). The experience of Greek-Cypriot individuals living with mental illness: preliminary results of a phenomenological study. *BMC Psychiatry*. 16 (1):343.
- Kaite C, Karanikola M, Merkouris A, Papathanasoglou EDE. (2015) An ongoing struggle with the self and the illness». A meta-synthesis of the studies of the lived experience of severe mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 29, pp. 458-473.
- Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. (1989) Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care*. Mar;27(3 Suppl):S110-27.
- Karanikola MN, Albarran JW, Drigo E, Giannakopoulou M, Kalafati M, Mpouzika M, Tsiaousis GZ, Papathanasoglou ED. (2014) Moral distress, autonomy and nurse-physician collaboration among intensive care unit nurses in Italy. *J Nurs Manag*. 22(4):472-84.
- Karanikola, M., Giannakopoulou, M., Kaite, C., Mpouzika, M, Papathanasoglou, E.D.E (2015) Dysfunctional psychological responses of nurses working in Intensive Care Units: A systematic review of the literature. *Revista da Escola de Enfermagem da USP (Rev Esc Enferm USP)*, vol. 49, pp. 847-857.
- Karanikola MN, Kaite C. (2013) Greek-Cypriot mental health nurses' professional satisfaction and association with mild psychiatric symptoms. *Int J Ment Health Nurs*. 22(4):347-58.
- Karanikola MN, Papathanasoglou EE. (2013) Exploration of the burnout syndrome occurrence among mental health nurses in Cyprus. *Arch Psychiatr Nurs*.27(6):319-26.
- Karanikola MN, Papathanasoglou ED, Giannakopoulou M, Koutroubas A. 2007 Pilot exploration of the association between self-esteem and professional satisfaction in Hellenic hospital nurses. *J Nurs Manag*. 15(1):78-90

- Kassam-Adams, N. (1999). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 37-50). Lutherville, MD: Sidran.
- Kit Zinger J. (1996). Introducing focus groups. In: Mays N, Pope C (eds) *Qualitative research in health care*. BMJ Publishing Group, London, 36–45.
- Kitzinger J. (1994). The methodology of focus group: the importance of interaction between research participants. *Sociol Health Ill* 16,103–121.
- Kivimaki M., Leino-Arjas P., Luukkonen R., Riihimäki H., Vahtera J., Kirjonen J.(2002) Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees. *British Medical Journal*, **325**: 857-860.
- Kottler, J.A.,(2000). *Doing good: Passion and commitment for helping others*. Philadelphia: Brunner - Routledge.
- Kopta, S. M., et al. (1999). Individual psychotherapy outcome and process research: Challenge leading to great turmoil or positive transition? *Annual Review of Psychology*, *50*, 441-469.
- Keddy B, F Gregor, S Foster and D Denney. 1999. Theorizing about nurses' work lives: The aftermath of living with healthcare 'reform'. *Nursing Inquiry* 6: 58–64.
- Krueger RA.(1988).*The focus group kit*.Sage Publications, London.
- Krueger RA, Casey MA. (2000). *Focus groups: A practical guide for applied research*. 3rd ed. Sage Publications, London.
- Kuper H., Marmot M., Hemingway H. (2002) Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminar Vascular Medicine*, **2**(3): 267-314.
- Laabs CA. (2005). Moral problems and distress among nurse practitioners in primary care. *J Am Acad Nurse Pract* 17: 76–84.
- Lamiani G, Borghi L, Argentero P (2015). “When healthcare professionals cannot do the right thing: A systematic review of moral distress and its correlates”, *J Health Psychol*, vol. 45, pp. 430-437.

- Latimer J. (2003). *Advanced Qualitative Research for Nursing*. Blackwell Publishing, Australia.
- Laugharne, R. & Priebe, S. (2006). Trust, choice and power in mental health: A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41 (11), 843–852.
- Lauvrud C, Nonstad K, Palmstierna T. (2009) Occurrence of post traumatic stress symptoms and their relationship to professional quality of life (ProQoL) in nursing staff at a forensic psychiatric security unit: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*.7:31.
- Laverty, S. M. (2003). Hermeneutic phenomenology and phenomenology: A comparison of historical and methodological considerations. *International Journal of Qualitative Methods*, 2(3), 1-29.
- Layard R., Nickell, S. and R. Jackman (1991). *Unemployment: macroeconomic performance and the labour market*, Oxford University Press.
- Lee, K. J., & Dupree, C. Y. (2008). Staff experiences with end-of-life care in the pediatric intensive care unit. *Journal of Palliative Medicine*, 11(7), 986-990.
- Liaschenko J and E Peter. (2004). Nursing ethics and conceptualizations of nursing: Profession, practice and work. *Journal of Advanced Nursing* 46: 488–95.
- Lomis, K. D., Carpenter, R. O., & Miller, B. M. (2009). Moral distress in the third year of medical school; a descriptive review of student case reflections. *American Journal of Surgery*, 197(1), 107-112.
- Lopez, K. & Willis, D. (2004). Descriptive Versus Interpretive Phenomenology: Their Contributions to Nursing Knowledge. *Qualitative health research*, 14(5),726-735.
- Lorant, V., Demarest, S., Miermans, P-J. & Van Oyen, H. (2007) Survey error in measuring socio-economic risk factors in health status: a comparison of a survey and a census. *International Journal of Epidemiology*, 36 (6), 1292-1299
- Lutzen K, Dahlqvist, V, Ericksson S, Norberg A. (2006).Developing the concept of moral sensitivity in health care practice. *Nurs Ethics* 13, 187-96
- Lutzen K., Blom T., Ewalds-Kvist B., Winch S. (2010) Moral stress, moral climate and moral sensitivity among psychiatric professionals. *Nursing Ethics*17(2) 213–224
- Lutzen K, Nordin C. (1993) Benevolence, a central moral concept derived from a grounded

theory: study of nursing decision making in psychiatric settings. *J Adv Nurs*: 18: 1106–11.

Mahmoud, H. (2013). Emotional intelligence among baccalaureate students at the Faculty of Nursing, Alexandria University: a cross-sectional study. Master Thesis, Faculty of Nursing, Alexandria University, Egypt.

Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. (2015) Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs*. 29(5):333-8.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113.

Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 171–179.

McAndrew NS, Leske JS and Garcia A. (2011). Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. *J Trauma Nurs* 18: 221–230.

McCann, I. L., & Pearlmann, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.

McCarthy, J., & Deady, R. (2008). Moral distress reconsidered. *Nursing Ethics*, 15(2), 254-262.

McDaniel, C. (1997). Development and psychometric properties of the Ethics Environment Questionnaire. *Med Care* .35, 901-914.

McEwen B. and Stellar E. (1993) Stress and the individual: mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153.

Meadors, P., & Lamson, A. (2008). Compassion fatigue and secondary traumatization: Provider self care on intensive care units for children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22, 24–34.

Meltzer LS and Huckabay LM. (2004). Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care* 13: 202–208.

- Mete, S. (2007). The empathetic tendencies and skills of nursing students. *Social Behavior and Personality*, 35(9), 1181-1188.
- Miles, M., & Huberman, A.M. (1994). *Qualitative Data Analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Miller N. (1983) Behavioral medicine: symbiosis between laboratory and clinic. *Annual Review of Psychology*, **34**: 1-31.
- Missouridou E. (2017) Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *J Trauma Nurs*. 24(2):110-115.
- Mobley MJ, Rady MY, Verheijde JL, et al. (2007). The relationship between moral distress and perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Crit Care Nurs* 23: 256–263.
- Morrison-Beedy, D.,Côté-Arsenault, D., Feinstein, N.F.(2001). Maximizing results with focus groups: Moderator and analysis issues. *ApplNurs Res* 14, 48–53.
- Morrison V. and Bennett P. (2006) *An introduction to Health Psychology*, England: Pearson Education Limited.
- Morgan, D.L. (1996). Focus groups. *Annu Rev Sociol* 22,129–152.
- Morgan, D. (1988). Focus groups as qualitative research. Sage Publications, London.
- Morgan, D.L.(1995). Why things (sometimes) go wrong in focus groups. *Qual Health Res* 5, 516–523.
- Morgan, D.L. (1988). Krueger Ray The focus group kit. Sage Publications, California.
- Mousa M. A. E. G. A. (2015). Empathy toward Patients with Mental Illness among Baccalaureate Nursing Students: Impact of a Psychiatric Nursing and Mental Health Educational Experience. *Journal of Education and Practice* www.iiste.org ISSN 2222-1735 (Paper) ISSN 2222-288X (Online) Vol.6, No.24.
- Munhall, P (2012). *Nursing Research: A qualitative perspective*, 5th edn, Jones & Barlett, Canada.
- Munroe, J. F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rapperport, K., & Zimering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A treatment team model. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 209-231). New York: Brunner/Mazel.

- Munroe, J.F., (1999). Ethical issues associated with secondary trauma in therapists. In C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 209-231.
- Musto, L Schreiber R (2012). Doing the best I can do: Moral distress in adolescent mental Health Nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 33:137–144, 2012.
- Nathaniel, A. (2002). Moral distress among nurses. *American Nurses Association: Ethics and human rights issues updates*. 1(3).
<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/EthicsStandards/Resources/IssuesUpdate/UpdateArchive/IssuesUpdateSpring2002/MoralIDistress.aspx> (2002, accessed August 2010).
- Needham, I. et al., (2005). The impact of patient aggression on carers scale: Instrument derivation and psychometric testing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19(3), 296-300.
- Nightingale SD, Yarnold PR, Greenberg MS, (1991). Sympathy, empathy, and physician resource utilization. *J Gen Intern Med*. 1991 Sep-Oct;6(5):420-3.
- Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training. *International Journal of Medical Education*, 2, 12-17.
- Nyamathi, A. Shuler, P. (1990). Focus group interview: A research technique for informed nursing practice. *J Adv Nurs* 15, 1281–1288.
- OECD (1994) *The OECD jobs study: evidence and explanations*, 2 Volumes, OECD, Paris.
- Oh, Y, Gastmans, C. (2015). Moral distress experienced by nurses: A quantitative literature review. *Nursing Ethics* 2015, Vol. 22(1) 15–31.
- O' Halloran, T. & Linton, J., (2000). Stress on the job: Self-care recourses for counselors. *Journal of Medical Health counseling*, 22(4), 354-364.
- Ohnishi, K., Asai, A., Akabayashi, A. (2003). Seishinka-kangosha no rinritekinayami: Jittaichosawotoshiteseshinkakango no mondaitenwosaguru. (Moral distress in psychiatric nurses: an attempt to explore ethical problems in psychiatric nursing by a questionnaire.) *Bull Health Sci Hirosaki* 2, 1–7 (in Japanese).

- 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.
- Olofsson, B. & Jacobsson, L. (2001). A plea for respect: Involuntary hospitalized psychiatric patients' narratives about being subjected to coercion. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8 (4), 357–366.
- Olson LL. (1998). Hospital nurses' perceptions of the ethical climate of their work setting. *Image J Nurs Sch*: 30: 345–9.
- Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2012). An exploratory study of student nurses' empathy. *Health Science Journal*, 6(3), 534-552.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research and Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Pauly BM, Varcoe C, Storch J, et al. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nurs Ethics* 16: 561–573.
- Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W.W. Norton.
- Pearlman, L. A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 51-64). Lutherville, MD: Sidran.
- Pedersen, R. (2009). Empirical research on empathy in medicine - A critical review. *Patient Education and Counseling*. 76(3): 307-322.
PMid:19631488 <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.012>.
- Perry, L. (2012). Choosing nursing: becoming, staying, flourishing. *Journal of Advanced Nursing*. 68: 1441-1442. PMid:22712896 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2012.06074.x>.
- Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, et al. (2012). End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. *J Am Med Dir Assoc* 13: 80. e7–e13.
- Powell, R.A., Single, H.M., (1996). Focus groups. *Int J Qual Health Care* 8, 499–504.

- Redman BK, Fry ST. (2000). Nurses ethical conflicts: What is really known about them? *Nurs Ethics* 7 (4) 360-366.
- Reed, J., Payton, V.R., (1997). Focus groups: Issues of analysis and interpretation. *J Adv Nurs*, 26,765–771.
- Rest, J. R. (1986). *Moral development: Advances in research and theory*. New York, NY: Praeger.
- Reynolds A, Wood S, Gamero M. (1991). Critical care concepts in baccalaureate nursing education. *Critical Care Nurse*, 11 (7): 12-15.
- Rice EM, Rady MY, Hamrick A, et al. (2008) Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag* 16: 360–373.
- Roberts, S. B., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., Figley, C. R. (2003). Compassion fatigue among chaplains, clergy, and other respondents after September 11th. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 191, 756–758.
- Rogers, A. (1993). Coercion and ‘voluntary’ admission: An examination of psychiatric patient views. *Behavioural Sciences and the Law*, 11, 259–267.
- Rushton, C. H. (2006). Defining and addressing moral distress: Tools for critical care nursing leaders. *AACN Advanced Critical Care*, 17(2), 161-168.
- Sadock BJ, Sadock AV. Kaplan and Sadock’s Pocket Handbook of Clinical Psychiatry, 4th edn, Lippincott Williams & Wilkins, NY, 2005.
- Sayumporn, W., Gallagher, S., Brown, P., Evans, J., Flynn, V., & Lopez, V. (2012). The perception of nurses in their management of patients experiencing anxiety. *Journal of Nursing Education and Practice*. 2(3): 25-45. <http://dx.doi.org/10.5430/jnep.v2n3p38>.
- Schneiders J., Drukker M., Van Der Ende J., Verhulst FC., Van Os J., Nicolson NA. (2002). Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from childhood into early adolescence,. *J Epidemiol community Health*, 57:699-703.
- Schutte, N., Malouff, J., Hall L., Huggerty D., Cooper J., Golden C., Dornhaim L. (1998). Development and Valuation of a measure of emotional intelligenc. *Personality and Individual Differences* 25 167-177.

- Schutte, N., Malouff, J., Bobik, C., Coston, T., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E., & Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *The Journal of Social Psychology*, 141(4), 523-536.
- Schwenzer KJ, Wang L. (2006). Assessing moral distress in respiratory care practitioners. *Critical Care Medicine*;34(12):2967-2973.
- Scriven, A (2010) 6th ed Promoting Health: A practical Guide. Elsevier Ltd.
- Silen M, Svantesson M, Kjellstrom S, et al. (2011). Moral distress and ethical climate in a Swedish nursing context: perceptions and instrument usability. *J Clin Nurs* 20: 3483–3493.
- Sirilla J, Thompson K, Yamokoski T, Risser MD, Chipps E. (2017) Moral Distress in Nurses Providing Direct Patient Care at an Academic Medical Center. *Worldviews Evid Based Nurs*, vol.14, pp.128-135.
- Spencer EM, Mills AE, Rorty M, Werhane P. (2000) Organization ethics in health care. New York: Oxford University Press, 5–6.
- Spiro, H., McCrea M.G., Peschel C., St. James D. (1993) *Empathy and the practice of medicine*. Yale University School of Medicine.
- Stamm, B. H. (Ed.). (1999). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed.). Lutherville, MD: Sidran.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In C. R. Figley (Ed.), *Treating compassion fatigue* (107–119). New York: Brunner-Routledge.
- Sundin-Huard, D. Fahy, K. (1999) Moral distress, advocacy and burnout: Theorising the relationships. *International Journal of Nursing Practice* 199, 5: 8-13.
- Tanner, C., and M. Christen. (2013). Moral intelligence. A framework for understanding moral competences. In *Empirically informed ethics: Morality between facts and norms*, Library of Ethics and Applied Philosophy, ed. M. Christen, J. Fischer, M. Huppenbauer, C. Tanner, and C. van Schaik, 119–36. Berlin, Germany: Springer.
- Tarrant T, Sabo CE. Role conflict, role ambiguity, and job satisfaction in nurse executives. *Nurs Adm Q*. 2010 ;34(1):72-82.

Terezam R, Reis-Queiroz J, Hoga LAK. The importance of empathy in health and nursing care. *Rev Bras Enferm.* 2017 May-Jun;70(3):669-670.

Ting, L., Jacobson, J. M., Sanders, S., Bride, B. E., & Harrington, D. (2005). The Secondary Traumatic Stress Scale (STSS): Confirmatory factor analysis with a national sample of mental health social workers. *Journal of Woman Behavior in the Social Environment*, 11, 177–194.

Thomas, K. (1996). Cognitive element of empowerment. *Academy of Management Review*. 15: 666-681.

Townsend, S. M., & Campbell, R. (2009). Organizational correlates of secondary traumatic stress and burnout among sexual assault nurse examiners. *Journal of Forensic Nursing*, 5, 97–106.

Ulrich Connie, Patricia O'Donnell, Taylor C, Farrar Danis M, Grady C. (2007). Ethical Climate, Ethics Stress, and the Job Satisfaction of Nurses and Social Workers in the United States *Social Science and Medicine*, 65(8): 1708–1719.

Valent, P., (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. In C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* in New York: Brunner/Mazel, 21-50.

van Manen, M (1990). *Researching lived experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*, Sunny Press, New York.

Veloski, J., & Hojat, M. (2006). *Measuring specific elements of professionalism: empathy, teamwork and lifelong learning*. Oxford: Oxford University Press, PMID:1831612.

Ethical climate and missed nursing care in cancer care units.

Vryonides S, Papastavrou E, Charalambous A, Andreou P, Eleftheriou C, Merkouris A.

Nurs Ethics. 2016. pii: 0969733016664979. [Epub ahead of print]

Webster, G., Bayliss, F., (2000). Moral residue. In S. Rubin, & L. Zoloth (Eds.), *Margin of error: The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, MD: University Publishing Group, Inc.

Whitaker, R. (2002). *Mad in America: Bad Science, Bad Medicine, and the Enduring*

Mistreatment of the Mentally Ill. Cambridge: Perseus.

Whittington, R & Wykes, T., (1992). Staff strain and social support in an psychiatric hospital following assault by a patient, *Journal of Advance Nursing*, 17(4), 480-486.

Wilczek-Rużyczka E. (2009). Empathy in the therapeutic relationship between the physician, nurse, and patient. © Borgis - New Medicine, 24-28.

Wilkinson, J. M. (1988). Moral distress in nursing practice: Experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.

Wiltink J., Beutel M., Till Y., Ojeda F., Wild P., Münzel T., Blankenberg S., Michal M. (2010) Prevalence of distress, comorbid conditions and well being in the general population. *Journal of Affective Disorders*

Wojtowicz, B. Hagen, B. Van Daalen-Smith, C. (2014) No place to turn: Nursing students' experiences of moral distress in mental health settings. *International Journal of Mental Health Nursing* (2014) 23, 257–264.

Yang CP, Hargreaves WA, Bostrom A. (2014) Association of empathy of nursing staff with reduction of seclusion and restraint in psychiatric inpatient care. *Psychiatr Serv* 65(2):251-4.

Yee J. and .Schulz.R (2000). Gender differences in psychiatric morbidity among family caregivers: A review and analysis. *The Gerontologist*; Apr 40, 2; Health Module pg. 147

Yu, J. & Kirk, M. (2008). Measurement of empathy in nursing research: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*. 64(5): 440-454.

Yuguero O, Marsal JR, Esquerda M, Soler-González J.(2017) Occupational burnout and empathy influence blood pressure control in primary care physicians. *BMC Fam Pract* 18(1):63.

Zerach G, Shalev TB. (2015) The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Arch Psychiatr Nurs* 29(3):135-42.

Zuzelo PR. (2007) Exploring the moral distress of registered nurses. *Nurs Ethics* 14: 344–59.

7.2 Ελληνική βιβλιογραφία

- Βάμβουκας, Μ. Ι. (1991). Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία. Αθήνα.
- Duverger, M. (1976) στο Βάμβουκας, Μ. Ι. (1991). Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία. Αθήνα.
- Duverger, M. (1990). Μέθοδοι κοινωνικών επιστημών, τ. Β΄. Παπαδόδημας, Ν. (μτφ.). Αθήνα: ΕΚΚΕ.
- Ιωσηφίδης, Θ., (2003). Εισαγωγή στην Ανάλυση Δεδομένου Ποιοτικής Κοινωνικής Έρευνας, Μυτιλήνη: Πανεπιστήμιο Αιγαίου.
- Ιωσηφίδης, Θ., (2008). Ποιοτικές Μέθοδοι Έρευνας στις Κοινωνικές Επιστήμες. Αθήνα: Κριτική.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2001) «Η Μέθοδος των FocusGroups στην Κοινωνική Έρευνα: η Περίπτωση του Ερευνητικού Προγράμματος MEDACTION». Εισήγηση στο «Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο: Κοινωνικές Εξελίξεις στην Σύγχρονη Ελλάδα και Ευρώπη», Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών (ΕΚΚΕ), Σύλλογος Ελλήνων Κοινωνιολόγων (ΣΕΚ). Αθήνα, Πάντειο Πανεπιστήμιο. 24-26 Μαΐου.
- Καραδήμας Ε. (2005) *Ψυχολογία της υγείας ,Θεωρία και κλινική πράξη*, Τυπωθήτω, Αθήνα.
- Λαμπίρη – Δημάκη Ι., (1990), Η Κοινωνιολογία και η Μεθοδολογία της, εκδ. Σάκουλα, Αθήνα-Κομοτηνή.
- Λυδάκη, Α. (2001). Ποιοτικές μέθοδοι της κοινωνικής έρευνας. Αθήνα: Καστανιώτης
- Μανγκούλια, Π. Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2011, Αθήνα.
- Μερκούρης, Α. (2008) Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Έρευνας. Ιων, Αθήνα.
- Μωραΐτη, Α. & Παπαδάτου, Δ. (2010) . Η χρήση των ομάδων εστιασμένης συζήτησης στη συλλογή ποιοτικών δεδομένων. Νοσηλευτική 49(4), 347-354.
- Παπαθανάσογλου Ε., Μερκούρης Α., Πιστόλας Β., Παπαγιαννάκη Δ., Τζιάλλας, Λεμονίδου Χ. (2003). Μονάδες Εντατικής Θεραπείας Εμφραγματιών στ,ν Ελλάδα: Διερεύνηση της οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. Νοσηλευτική, 42(2) 206-218.
- Πούρκος, Μ. & Δαφέρμος, Μ., (2010). Ποιοτική Έρευνα στις Κοινωνικές Επιστήμες.

Αθήνα: ΤΟΠΟΣ

Ραφτόπουλος Β., Θεοδοσοπούλου Θ. (2002). ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΜΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ. ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 19(5):577-589.

Σαπουντζή-Κρέπια, Δ., (2005). Μεθοδολογία Έρευνας, Θεσσαλονίκη: Αλεξάνδρειο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσσαλονίκης.

Σαχίνη-Καρδάση, Α., (2007). Μεθοδολογία Έρευνας: Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας. Γ΄ Έκδοση. Αθήνα: ΒΗΤΑ.

Σουρτζή Π. (1998): Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, **10** (4):179-185.

Ung, 1974 στον Βάμβουκας, Μ. Ι. (1991). Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία. Αθήνα.

8. Παράρτημα 1

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΥΠΡΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



**Ερωτηματολόγιο για την εκπόνηση
Ερευνητικής Διατριβής**

Λεμεσός 2015

ΤΜΗΜΑ 1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΚΑΙ ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ σημειώστε με \surd ή συμπληρώστε την απάντησή σας στον χώρο που παρέχεται.

1. Φύλο 1. Άνδρας 2. Γυναίκα

2. Πόλη Εργασίας.....

3. Ηλικία έτη

4. Οικογενειακή Κατάσταση

1. Ελεύθερος/η	
2. Παντρεμένος/η	
3. Σε Διάσταση	
4. Διαζευγμένος/η	
5. Χήρος/Χήρα	

5. Αριθμός παιδιών

6. Εκπαίδευση

1. Δίπλωμα Τριετούς Κύκλου Νοσηλευτικής Σχολής	
2. Μεταβατικό Πρόγραμμα Ειδίκευσης της Νοσηλευτικής Σχολής Κύπρου	
3. Πανεπιστημιακό πτυχίο	
4. Μεταπτυχιακό δίπλωμα επιπέδου Μάστερς	
5. Διδακτορικό δίπλωμα	

6. Άλλο (παρακαλώ αναφέρετε)

7. Επαγγελματική εμπειρία ως νοσηλεύτης /τρία.....(αριθμός ετών)

8. Επαγγελματική Εμπειρία στο τμήμα που εργάζεστε τώρα.....(αριθμός ετών)

9. Θέση εργασίας

1. Νοσοκόμος	
2. Νοσηλευτικός Λειτουργός	
3. Ανώτερος Νοσηλευτικός Λειτουργός	

4. Πρώτος Νοσηλευτικός Λειτουργός	
5. Βοηθός Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός	
6. Προϊστάμενος Νοσηλευτικός Λειτουργός	

10. Τμήμα Εργασίας

Μονάδες Εσωτερικής Νοσηλείας	1. Νοσοκομείο Αθαλάσσας	
	2. Εσωτερική Νοσηλεία Παιδιών και Έφηβων	
	3. Άνωση	
	4. Ψυχιατρική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου	
5. Κοινωνική Δομή		
6. Κέντρα Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης		
7. Δομές Τοξικο-εξάρτησης		
8. Υπηρεσίες παιδιών και εφήβων		

11. Αριθμός ατόμων που φροντίζω ανά βάρδια

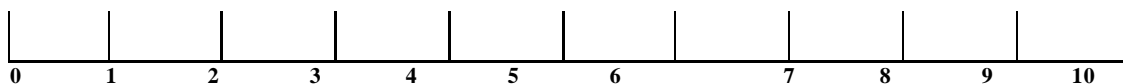
12. Αναλογία Νοσηλευτών/Θεραπευομένων συνολικά στη δομή που εργάζομαι

13. Αριθμός επαν-εισαγωγών τον τελευταίο μήνα στη δομή που εργάζομαι

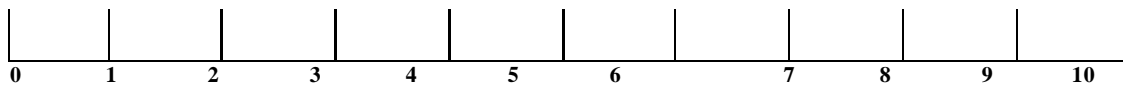
14. Πόσες νυχτερινές βάρδιες εργάζεστε κατά μέσο όρο τον μήνα;

15. Αριθμός θανάτων από οποιαδήποτε αιτία τον τελευταίο μήνα στη δομή που εργάζομαι

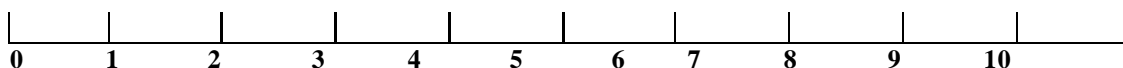
16. Πόσο εξαντλημένος νιώθετε ψυχικά λόγω της δουλειάς σας τον τελευταίο μήνα; (Παρακαλώ κυκλώστε)



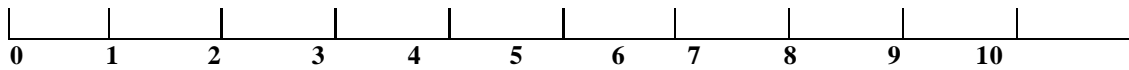
17. Πόσο ικανοποιημένος νιώθετε από την εργασία σας συνολικά; (Παρακαλώ κυκλώστε)



18. Πόσο ικανοποιημένος νιώθετε από την ποιότητα των σχέσεών σας με τους θεραπευόμενούς σας συνολικά; (Παρακαλώ κυκλώστε)



19. Πόσο ικανοποιημένη-ος νιώθετε από την προσωπική σας ζωή συνολικά; (Παρακαλώ κυκλώστε)



20. Πόσο ικανοποιημένη-ος νιώθετε από τις κοινωνικές σας σχέσεις συνολικά; (Παρακαλώ κυκλώστε)



21. Πόσο αλκοόλ πίνετε; 1. Καθόλου 2. Λιγότερο από 1-2 ποτήρια/ ημέρα 3. Περισσότερο από 3-4 ποτήρια/ ημέρα

22. Πόσο συχνά γυμνάζεστε; 1. Καθόλου 2. 1-2 φορές/ εβδομάδα 3. 3-4 φορές/ εβδομάδα

23. Υπολογίστε τον Δείκτη Μάζας Σώματός σας βάσει του τύπου «Βάρος Σώματος (κιλά)/ [ύψος (μέτρα)]² »

24. Πόσα κύρια γεύματα τρώτε την ημέρα;

25. Πόσα ενδιάμεσα γεύματα (σνακ) τρώτε την ημέρα;

26. Έχετε ποτέ παραιτηθεί ή σκεφτεί να παραιτηθείτε από την κλινική σας θέση επειδή έχετε αισθανθεί δυσάρεστα με τον τρόπο κατά τον οποίο παρέχεται η φροντίδα στους θεραπευόμενους στην δομή στην οποία εργάζεστε;

<p>Ναι, παραιτήθηκα από τη θέση μου.</p> <p>Παρακαλώ σημειώστε τη θέση που κατείχατε τη δεδομένη στιγμή στην δομή εργασίας σας.</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>Ναι, σκέφτηκα να παραιτηθώ αλλά δεν έφυγα.</p>	
<p>Όχι, ποτέ δεν σκέφτηκα να παραιτηθώ ή να εγκαταλείψω μια θέση.</p>	

Κλίμακα Α

Παρακάτω περιγράφονται κάποιες καταστάσεις οι οποίες ενδέχεται να συμβαίνουν στο πλαίσιο της καθημερινής πρακτικής σας. Εάν έχετε βιώσει κάποιες από αυτές ενδεχομένως να σας προκάλεσαν κάποιου βαθμού ενόχληση ή ένταση. Παρακαλώ σημειώστε με √ πόσο συχνά έχετε βιώσει κάθε κατάσταση όπως περιγράφεται. Σημειώστε, επίσης, και πόσο σας ενόχλησε. Εάν δεν έχετε βιώσει ποτέ μια συγκεκριμένη κατάσταση επιλέξτε (0) στη στήλη της συχνότητας.

ΣΗΜΑΝΤΙΚΟ: 1. Ακόμα και εάν δεν έχετε βιώσει μια συγκεκριμένη κατάσταση παρακαλώ σημειώστε πόσο θα σας ενοχλούσε αυτή η κατάσταση εάν υποθετικά σας συνέβαινε στην κλινική σας πράξη (σημειώστε την ένταση).

2. Θυμηθείτε ότι σε κάθε ερώτηση θα πρέπει να απαντήσετε στις ΔΥΟ (2) διαστάσεις: Συχνότητα και Ένταση, δηλαδή πόσο συχνά βιώνεται την ενόχληση και πόσο σας επιβαρύνει, σημειώνοντας την

απάντησή σας στην κατάλληλη στήλη.

	Συχνότητα					Πόσο σας ενόχλησε					
	Ποτέ		Πολύ Συχνά			Καθόλου		Σε μεγάλο βαθμό			
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
1. Παρέχω φροντίδα κατώτερη από το ιδανικό επίπεδο, εξαιτίας πιέσεων για τη μείωση του κόστους.											
2. Συμμορφώνομαι με την επιθυμία της οικογένειας για συνεχιζόμενη εφαρμογή περιοριστικών μέτρων ή/και συνέχιση της νοσοκομειακής νοσηλείας ακόμα και αν κρίνω ότι αυτό δεν είναι το καλύτερο για τον θεραπευόμενο.											
3. Προβάνω σε εκτεταμένες θεραπευτικές παρεμβάσεις ακόμα και όταν θεωρώ πως δεν αλλάζουν την κλινική εικόνα του θεραπευομένου.											
4. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού ή/και της οικογένειας ενός πάσχοντα που πεθαίνει να μην συζητήσω μαζί του το ζήτημα του θανάτου, ακόμη και εάν εκείνος/η το ζητάει.											
5. Συμμορφώνομαι με την ιατρική οδηγία να μην πω στον θεραπευόμενο την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του ακόμα και όταν αυτός/ή το ζητήσει.											
6. Βοηθάω έναν ιατρό ή/και νοσηλευτή, ο οποίος κατά τη γνώμη μου δεν έχει τις κατάλληλες ικανότητες για να παρέχει φροντίδα.											
7. Επιτρέπω σε φοιτητές επιστημών υγείας να πραγματοποιήσουν επώδυνες/επικίνδυνες διαδικασίες σε θεραπευόμενους αποκλειστικά για να βελτιώσουν τις δεξιότητές τους.											
8. Συνεχίζω να χορηγώ την ίδια θεραπεία, η οποία ουσιαστικά δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του επειδή φοβάμαι ότι αυξάνοντας τη δόση των φαρμάκων θα προκληθούν σοβαρές παρενέργειες ή διότι δεν γνωρίζω τι άλλο να κάνω.											

9. Συμμορφώνομαι με το αίτημα του ιατρού να μην συζητήσω τις πιθανές εναλλακτικές θεραπείες με την οικογένεια του πάσχοντα ή τον ίδιο.												
	Συχνότητα					Πόσο σας ενόχλησε						
	Ποτέ		Πολύ Συχνά			Καθόλου		Σε μεγάλο βαθμό				
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4		
10. Ανταποκρίνομαι στο αίτημα του πάσχοντα να τον βοηθήσω να αυτοκτονήσει όταν ο ίδιος θεωρεί αβάσταχτη την κατάσταση του.												
11. Εργάζομαι με ιατρούς /νοσηλευτές που δεν είναι τόσο ικανοί όσο απαιτείται για τη φροντίδα των πασχόντων.												
12. Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία ότι κάποιος από το προσωπικό υγείας φέρεται άσχημα ή κακοποιεί κάποιον/ους από τους θεραπευομένους.												
13. Παραβλέπω καταστάσεις όπου οι θεραπευόμενοι δεν έχουν πληροφορηθεί επαρκώς προκειμένου να δώσουν τη συγκατάθεσή τους για την εφαρμογή συγκεκριμένων εξετάσεων/θεραπειών.												
14. Εφαρμόζω τις οδηγίες για χορήγηση συγκεκριμένης φαρμακευτικής αγωγής ακόμα και όταν αυτή δεν ανακουφίζει τον πάσχοντα από τα συμπτώματά του.												
15. Ακολουθώ τις επιθυμίες της οικογένειας σχετικά με τη φροντίδα του πάσχοντος, ακόμα και όταν διαφωνώ με αυτές, διότι η διοίκηση του νοσοκομείου θέλει να αποφεύγει τυχόν μηνύσεις.												
16. Εφαρμόζω τις οδηγίες των ιατρών, οι οποίες δίνονται βάσει των επιθυμιών της οικογένειας του πάσχοντος εις βάρος των επιθυμιών των ίδιων των πασχόντων.												
17. Εφαρμόζω τις ιατρικές οδηγίες για διενέργεια περιττών εξετάσεων και θεραπειών.												
18. Βοηθώ τους ιατρούς στην εκτέλεση εξετάσεων ή θεραπειών χωρίς τη συγκατάθεση μετά από πληροφόρηση των θεραπευόμενων.												
19. Παραβλέπω καταστάσεις όπου υπάρχει υποψία κακοποίησης των θεραπευόμενων από το προσωπικό υγείας												

20. Αποφεύγω να λάβω μέτρα όταν πληροφορηθώ ότι ένας συνάδελφος νοσηλευτής/τρια έκανε λάθος στην χορήγηση φαρμάκων και δεν το έχει αναφέρει.														
	Συχνότητα					Πόσο σας ενόχλησε								
	Ποτέ		Πολύ Συχνά			Καθόλου		Σε μεγάλο βαθμό						
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4				
21. Εργάζομαι με αναλογία νοσηλευτών/θεραπευομένων που δεν είναι ασφαλής.														
22. Εφαρμόζω οδηγίες ή την πολιτική της δομής στην οποία εργάζομαι για διακοπή της θεραπείας επειδή οι θεραπευόμενοι αδυνατούν να ανταπεξέλθουν οικονομικά.														
23. Γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω όταν μέλη του προσωπικού γελοιοποιούν τους θεραπευομένους.														
24. Ακολουθώ τις οδηγίες των ιατρών να αποκρύπτω την αλήθεια από τους θεραπευόμενους για την κατάσταση της υγείας τους παρόλο που οι ίδιοι ζητούν να ενημερωθούν.														
25. Πολλές φορές στη δομή που εργάζομαι γίνομαι μάρτυρας χωρίς να παρεμβαίνω διακρίσεων από το προσωπικό σε βάρος των θεραπευομένων βάσει φυλετικών/ θρησκευτικών/ κοινωνικο-οικονομικών και άλλων χαρακτηριστικών.														
26. Όταν θεωρώ μια παρέμβαση σωστή βοηθώ τους ιατρούς στην εκτέλεσή τους, ακόμη και χωρίς τη συναίνεση του θεραπευομένου ή της οικογένειά του, παρά το ότι δεν υπάρχει λόγος επείγουσας ανάγκης.														
27. Πολλές φορές αντιλαμβάνομαι ότι οι γνώσεις και οι δεξιότητές μου δεν είναι επαρκείς ώστε να συνεχίσω να παρέχω φροντίδα με ασφάλεια στη δομή που εργάζομαι τώρα.														
28. Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες θεραπευόμενοι εξακολουθούν να νοσηλεύονται ακόμη κι αν η κατάστασή τους είναι σταθερή και είναι έτοιμοι για εξιτήριο.														

29. Γίνομαι μάρτυρας, χωρίς να παρεμβαίνω, καταστάσεων, κατά τις οποίες το προσωπικό ψάχνει τα υπάρχοντα των θεραπευμένων χωρίς την άδεια τους.											
	Συχνότητα					Πόσο σας ενόχλησε					
	Ποτέ		Πολύ Συχνά			Καθόλου Σε μεγάλο βαθμό					
	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	
30. Λόγω έλλειψης προσωπικού παρέχω πλημμελή ή/και ακατάλληλη φροντίδα στους θεραπευόμενους, όπως χρήση πάνας ακράτειας χωρίς αντίστοιχα συμπτώματα ή περιορισμό σε κλειστό χώρο θεραπευόμενων που περιφέρονται.											
31. Έχω αναμίξει φάρμακα σε φαγητό ή ποτό θεραπευόμενων επειδή αρνούνται να λάβουν τη φαρμακευτική αγωγή τους.											
32. Συνειδητοποιώ ότι δεν έχω χρόνο να μιλήσω με τους θεραπευόμενους, οι οποίοι δεν προκαλούν προβλήματα.											
33. Εργάζομαι κάτω από συνθήκες που οι νοσηλευτές θεωρούνται μηχανές, με αποτέλεσμα να θέλω να παραιτηθώ.											

Κλίμακα Β

Οι πιο κάτω δηλώσεις αφορούν στον τρόπο που έχουν νιώσει οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έχουν έρθει σε επαφή με άτομα που έχουν βιώσει ψυχολογικά τραύματα. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συχνά η κάθε δήλωση ήταν αληθινή για εσάς τις τελευταίες 7 μέρες, κυκλώνοντας τον αντίστοιχο αριθμό δίπλα από αυτήν.

		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ				
		Ποτέ	Αραιά/ Σπάνια	Περιοδικά	Συχνά	Πολύ Συχνά
		1	2	3	4	5
1	Νιώθω συναισθηματικά	1	2	3	4	5

	μουδιασμένος/νη.					
2	Η καρδιά μου χτυπάει όταν σκέφτομαι τη δουλειά μου με τους θεραπευομένους.	1	2	3	4	5
3	Νιώθω σαν να ζω και εγώ την τραυματική εμπειρία(ες) που μου περιέγραφε πως υπέστη ο θεραπευόμενός μου.	1	2	3	4	5
4	Έχω πρόβλημα με τον ύπνο μου.	1	2	3	4	5
		ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ				
		Ποτέ	Αραιά/ Σπάνια	Περιοδικά	Συχνά	Πολύ συχνά
		1	2	3	4	5
5	Νιώθω απαισιόδοξα για το μέλλον μου.	1	2	3	4	5
6	Πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους θεραπευομένους με αναστατώνουν.	1	2	3	4	5
7	Έχει μειωθεί το ενδιαφέρον μου για να είμαι μαζί με τους άλλους ανθρώπους.	1	2	3	4	5
8	Νιώθω νευρικός και σε υπερένταση.	1	2	3	4	5
9	Είμαι λιγότερος δραστήριος/α από το συνηθισμένο.	1	2	3	4	5
10	Σκέφτομαι συνεχώς τη δουλειά μου με τους θεραπευομένους, χωρίς όμως να το θέλω.	1	2	3	4	5
11	Έχω δυσκολία να παραμείνω συγκεντρωμένη-ος .	1	2	3	4	5
12	Αποφεύγω ανθρώπους, τόπους, ή πράγματα που μου θυμίζουν τη δουλειά μου με τους	1	2	3	4	5

	θεραπευόμενους.					
13	Βλέπω έντονα όνειρα σχετικά με τη δουλειά μου με τους θεραπευόμενους.	1	2	3	4	5
14	Αποφεύγω τη συνεργασία με ορισμένους θεραπευόμενους.	1	2	3	4	5
15	Νιώθω ότι εκνευρίζομαι εύκολα.	1	2	3	4	5
16	Έχω ένα συνεχές προαίσθημα ότι κάτι κακό θα συμβεί.	1	2	3	4	5
17	Διαπιστώνω ότι υπάρχουν κενά στη μνήμη μου σχετικά με τις συνεδρίες με τους θεραπευόμενους.	1	2	3	4	5

Κλίμακα Γ

Παρακάτω ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με κάποια σωματικά και ψυχικά ενοχλήματα. Παρακαλούμε να διαβάσετε τις ερωτήσεις αυτές προσεκτικά και να **σημειώσετε $\sqrt{\text{πάνω στο κουτάκι με την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει, ανάλογα με το εάν έχετε βιώσει κάποια από τα ενοχλήματα αυτά κατά τους τελευταίους 2-3 μήνες.$**

Είναι αρκετά σημαντικό **να απαντήσετε όλες τις ερωτήσεις** με ειλικρίνεια.

Σας ευχαριστούμε πολύ για τη συνεργασία

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων εβδομάδων

A1	Αισθάνεστε εντελώς καλά και απόλυτα υγιής;	Καλύτερα απ' ότι <input type="text"/> συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως <input type="text"/>	Χειρότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
A2	Νιώθετε έντονα την ανάγκη για κάτι τονωτικό ή διεγερτικό;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>

A3	Νιώθετε εξαντλημένη /ος ή/και αδιάθετη/ος;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
A4	Νιώθετε πως είστε άρρωστη/ος;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
A5	Έχετε κεφαλαλγίες;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
A6	Νιώθετε σφίξιμο ή πίεση στο κεφάλι;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
A7	Αισθάνεστε ρίγη ή εξάψεις;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
B1	Έχετε ξαγρυπνήσει πολλές φορές επειδή ήσασταν ανήσυχη/ος από στεναχώρια;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερες απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον περισσότερες απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ περισσότερες απ' ότι συνήθως <input type="text"/>

B2	Έχετε δυσκολία να διατηρήσετε τον ύπνο σας χωρίς διακοπές;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι μεγαλύτερη απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον μεγαλύτερη απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ μεγαλύτερη απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
B3	Νιώθετε να βρίσκεστε συνεχώς κάτω από πίεση;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
B4	Νιώθετε να είστε κακόκεφη/ος και να αρπάζεστε εύκολα;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
B5	Φοβάστε ή πανικοβάλλεστε χωρίς σοβαρό λόγο;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
B6	Νιώθετε πως δεν αντέχετε άλλο και τα πάντα να σας καταπλακώνουν;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>
B7	Νιώθετε συνεχώς νευρική/ος και σε υπερένταση;	Καθόλου <input type="text"/>	Όχι περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Μάλλον περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>	Πολύ περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="text"/>

Γ1	Καταφέρνετε να είστε δραστήρια/ος και να παραμένετε απασχολημέν/οση;	Περισσότερο απ' <input type="checkbox"/> ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως <input type="checkbox"/>	Μάλλον λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Γ2	Με τι ταχύτητα κάνετε τις δουλειές σας σε σχέση με το παρελθόν;	Γρηγορότερα απ' <input type="checkbox"/> ότι συνήθως	Το ίδιο όπως συνήθως <input type="checkbox"/>	Πιο αργά απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ πιο αργά απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Γ3	Θεωρείτε πως σε γενικές γραμμές τα καταφέρνετε καλά;	Καλύτερα απ' ότι <input type="checkbox"/> συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως <input type="checkbox"/>	Χειρότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ χειρότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Γ4	Νιώθετε ικανοποιημένη/ος με τον τρόπο που εκπληρώνετε τα καθήκοντα σας;	Περισσότερο απ' <input type="checkbox"/> ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως <input type="checkbox"/>	Λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Γ5	Νιώθετε χρήσιμη/ος σε σχέση με αυτά που συμβαίνουν γύρω σας;	Περισσότερο απ' <input type="checkbox"/> ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως <input type="checkbox"/>	Λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Γ6	Θεωρείτε πως είστε ικανή/ος να παίρνετε αποφάσεις για διάφορα θέματα;	Περισσότερο απ' <input type="checkbox"/> ότι συνήθως	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως <input type="checkbox"/>	Λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>

Γ7	Χαίρεστε και απολαμβάνετε συνηθισμένες καθημερινές δραστηριότητες;	Περισσότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Περίπου το ίδιο όπως συνήθως <input type="checkbox"/>	Λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ λιγότερο απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Δ1	Σκέφτεστε πως δεν αξίζετε ;	Όχι, ποτέ <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Δ2	Νιώθετε πως δεν υπάρχει ελπίδα στη ζωή σας;	Όχι, ποτέ <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Δ3	Νιώθετε πως δεν αξίζει κανείς να ζει;	Όχι, ποτέ <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Δ4	Σας έχει περάσει από το μυαλό ή πιθανότητα να δώσετε τέλος στη ζωή σας;	Όχι, ποτέ <input type="checkbox"/>	Δεν νομίζω <input type="checkbox"/>	Έχει περάσει από το μυαλό μου κάποιες φορές <input type="checkbox"/>	Το σκέφτομαι συνέχεια <input type="checkbox"/>
Δ5	Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να μην μπορείτε να κάνετε τίποτα γιατί τα νεύρα σας ήταν σε άσχημη κατάσταση;	Όχι, ποτέ <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>

Δ6	Έχετε βρεθεί σε κατάσταση να εύχεστε να ήσασταν νεκρή/ός και να γλιτώνετε απ' όλα;	Όχι, ποτέ <input type="checkbox"/>	Όχι συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Μάλλον συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>	Πολύ συχνότερα απ' ότι συνήθως <input type="checkbox"/>
Δ7	Θεωρείτε πως η ιδέα να δώσετε τέλος στη ζωή σας είναι η καλύτερη λύση;	Κατηγορηματικά <input type="checkbox"/> όχι	Δεν νομίζω <input type="checkbox"/>	Έχει περάσει από το μυαλό μου <input type="checkbox"/>	Κατηγορηματικά Ναι <input type="checkbox"/>

Κλίμακα Δ

Με το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί σκοπός είναι να γίνουν κατανοητά τα συναισθήματα που βιώνουν οι νοσηλευτές και οι σκέψεις τους σε σχέση με τους θεραπευομένους που φροντίζουν. Όσο πιο δεξιά βρίσκεται ένας αριθμός τόσο μεγαλύτερη **ΣΥΜΦΩΝΙΑ** εκφράζει σε σχέση με την πρόταση αριστερά. Αντίθετα όσο πιο αριστερά είναι ο αριθμός τόσο μεγαλύτερη **ΔΙΑΦΩΝΙΑ** εκφράζει προς την αντίστοιχη πρόταση. Ο αριθμός **4** που βρίσκεται στο κέντρο εκφράζει **ΟΥΔΕΤΕΡΟΤΗΤΑ** ή **ΑΝΑΠΟΦΑΣΙΣΤΙΚΟΤΗΤΑ**. Για παράδειγμα, αν διαφωνείτε κάθετα σε σχέση με κάποια πρόταση, κυκλώνετε τον αριθμό 1. Αν είστε σχεδόν σύμφωνη-ος, κυκλώνετε τον αριθμό 6. Παρακαλείστε να συμπληρώσετε όλες τις ερωτήσεις. Είναι πολύ σημαντικό να εκφράσετε αυτό που πραγματικά νιώθετε, καθώς και να μην γυρίσετε πίσω σε κάποια πρόταση για να διορθώσετε την απάντησή σας.
ΕΠΙΣΗΜΑΙΝΕΤΑΙ ΟΤΙ ΔΕΝ ΕΞΕΤΑΖΟΝΤΑΙ ΟΙ ΓΝΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΚΑΙ ΔΕΝ ΚΡΙΝΕΣΤΕ ΓΙΑ ΤΙΣ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ.

		Διαφωνώ πλήρως	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ μερικώς	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ πλήρως
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Το να προσπαθώ να κατανοήσω πως νιώθουν οι θεραπευόμενοι και οι οικογένειές τους δεν επηρεάζει καθόλου τη θεραπεία.	1	2	3	4	5	6	7

2.	Οι θεραπευόμενοι νιώθουν καλύτερα όταν κατανοώ τα συναισθήματά τους.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Δυσκολεύομαι να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Θεωρώ ότι η κατανόηση της γλώσσας του σώματος των θεραπευομένων είναι τόσο σημαντική στην μεταξύ μας σχέση όσο και η λεκτική επικοινωνία τους.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Έχω καλή αίσθηση του χιούμορ και θεωρώ ότι αυτό συμβάλλει σε καλύτερα κλινικά αποτελέσματα.	1	2	3	4	5	6	7
6.	Επειδή οι άνθρωποι είναι διαφορετικοί, θεωρώ ότι είναι σχεδόν αδύνατον να μπορέσω να δω τα πράγματα από την οπτική των θεραπευομένων.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Προσπαθώ να μην δίνω σημασία στα συναισθήματα των θεραπευομένων κατά τη λήψη του ιστορικού ή όταν τους ρωτώ για τη σωματική τους υγεία.	1	2	3	4	5	6	7
		Διαφωνώ πλήρως	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ μερικώς	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ πλήρως
		1	2	3	4	5	6	7

8.	Η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι άσχετη από το αν λαμβάνονται υπόψη οι προσωπικές εμπειρίες των θεραπευομένων.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Προσπαθώ να φανταστώ τον εαυτό μου στη θέση των νοσηλευομένων όταν τους φροντίζω.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Οι θεραπευόμενοι εκτιμούν το ότι κατανοώ τα συναισθήματά τους, και αυτό είναι θεραπευτικό για εκείνους.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Οι ασθένειες είναι δυνατόν να θεραπευτούν μόνο με την ιατρική φροντίδα. Επομένως, οι συναισθηματικοί δεσμοί με τους ασθενείς δεν επηρεάζουν σημαντικά την έκβαση της θεραπείας.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Θεωρώ ότι το να ρωτήσω τους θεραπευομένους τι συμβαίνει στην προσωπική τους ζωή δεν βοηθάει στο να κατανοήσω τα σωματικά συμπτώματά τους..	1	2	3	4	5	6	7
13.	Προσπαθώ να καταλάβω τι σκέπτονται οι θεραπευόμενοι παρατηρώντας τα μη λεκτικά μηνύματά τους (π.χ εκφράσεις προσώπου) και τη γλώσσα του σώματός τους	1	2	3	4	5	6	7

	(π.χ κινήσεις χεριών).							
		Διαφωνώ πλήρως	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ μερικώς	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ	Μάλλον Συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ πλήρως
		1	2	3	4	5	6	7
14	Θεωρώ ότι τα συναισθήματα δεν έχουν καμία θέση στη θεραπεία των σωματικών ασθενειών.	1	2	3	4	5	6	7
15.	Η ενσυναίσθηση είναι μια θεραπευτική δεξιότητα, χωρίς την οποία η αποτελεσματικότητα της θεραπείας είναι περιορισμένη.	1	2	3	4	5	6	7
16.	Ένα σημαντικό στοιχείο της σχέσης μου με τους θεραπευόμενους είναι η κατανόηση της συναισθηματικής κατάστασης των ιδίων και των οικογενειών τους.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Προσπαθώ να σκέπτομαι όπως οι θεραπευόμενοι προκειμένου να τους παράσχω καλύτερη φροντίδα.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Δεν επιτρέπω να με επηρεάζουν οι ισχυρές προσωπικές σχέσεις μεταξύ των θεραπευομένων και των οικογενειών τους.	1	2	3	4	5	6	7

19.	Δεν μου αρέσει να διαβάζω μη ιατρικά κείμενα και λογοτεχνικά βιβλία.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Θεωρώ ότι η εκδήλωση ενσυναίσθησης είναι ένας σημαντικός θεραπευτικός παράγοντας της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.	1	2	3	4	5	6	7