



Σχολή Κοινωνικών Επιστημών
Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
Διοίκηση Μονάδων Υγείας

Διπλωματική Εργασία

«Επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και ηθική καταπόνηση (moral distress) σε εργαζόμενους υγείας που παρέχουν φροντίδα σε μετανάστες/πρόσφυγες στην Ελλάδα. Παράγοντες κινδύνου, προστατευτικοί μηχανισμοί και η επίδραση της οργανωσιακής υποστήριξης και των εμποδίων στην παροχή φροντίδας»

Μανώλης Φραντζέσκος

A.M. 148551

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Δρ. Μαρία Τριγώνη

Λέρος, Φεβρουάριος 2026

Η παρούσα εργασία αποτελεί πνευματική ιδιοκτησία του φοιτητή (συγγραφέας) που την εκπόνησε. Στο πλαίσιο της πολιτικής ανοικτής πρόσβασης ο συγγραφέας εκχωρεί στο ΕΑΠ, μη αποκλειστική άδεια χρήσης του δικαιώματος αναπαραγωγής, προσαρμογής, δημόσιου δανεισμού, παρουσίασης στο κοινό και ψηφιακής διάχυσής του διεθνώς, σε ηλεκτρονική μορφή και σε οποιοδήποτε μέσο, για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, άνευ ανταλλάγματος και για όλο το χρόνο διάρκειας των δικαιωμάτων πνευματικής ιδιοκτησίας. Η ανοικτή πρόσβαση στο πλήρες κείμενο για μελέτη και ανάγνωση δεν σημαίνει καθ' οιονδήποτε τρόπο παραχώρηση δικαιωμάτων διανοητικής ιδιοκτησίας του συγγραφέα ούτε επιτρέπει την αναπαραγωγή, αναδημοσίευση, αντιγραφή, αποθήκευση, πώληση, εμπορική χρήση, μετάδοση, διανομή, έκδοση, εκτέλεση, «μεταφόρτωση» (downloading), «ανάρτηση» (uploading), μετάφραση, τροποποίηση με οποιονδήποτε τρόπο, τμηματικά ή περιληπτικά της εργασίας, χωρίς τη ρητή προηγούμενη έγγραφη συναίνεση του συγγραφέα. Ο συγγραφέας διατηρεί το σύνολο των ηθικών και περιουσιακών του δικαιωμάτων.



«Επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και ηθική καταπόνηση (moral distress) σε εργαζόμενους υγείας που παρέχουν φροντίδα σε μετανάστες/πρόσφυγες στην Ελλάδα. Παράγοντες κινδύνου, προστατευτικοί μηχανισμοί και η επίδραση της οργανωσιακής υποστήριξης και των εμποδίων στην παροχή φροντίδας»

Μανώλης Φραντζέσκος

A.M. 148551

Επιτροπή Επίβλεψης Διπλωματικής Εργασίας

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Μαρία Τριγώνη

Μέλος ΣΕΠ - ΕΑΠ

Συν-Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Θάλεια Μπελλάλη

Μέλος ΣΕΠ - ΕΑΠ

Λέρος, Φεβρουάριος 2026

Ευχαριστίες

Η παρούσα διπλωματική εργασία αποτελεί την ολοκλήρωση μιας απαιτητικής αλλά ιδιαίτερα δημιουργικής ακαδημαϊκής διαδρομής.

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στην επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, κα Μαρία Τριγώνη, για την επιστημονική καθοδήγηση, τις εύστοχες παρατηρήσεις και τη συνεχή υποστήριξή της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Η συμβολή της υπήρξε καθοριστική στη διαμόρφωση και ολοκλήρωση της μελέτης.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω τη συν-επιβλέπουσα, κα Θάλεια Μπελλάλη, για τη συμμετοχή της στην επιτροπή επίβλεψης της παρούσας εργασίας.

Ευχαριστώ θερμά τους επαγγελματίες υγείας που συμμετείχαν στην έρευνα, αφιερώνοντας χρόνο μέσα σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον.

Τέλος, εκφράζω την ευγνωμοσύνη μου στην οικογένειά μου για τη διαρκή στήριξη, την υπομονή και την ενθάρρυνση σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μου.

Περίληψη

Εισαγωγή: Η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία αποτελούν σημαντικές διαστάσεις της ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών υγείας, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα αυξημένων απαιτήσεων, περιορισμένων πόρων και οργανωτικής αστάθειας. Στο πλαίσιο παροχής φροντίδας σε μετανάστες και πρόσφυγες στα ελληνικά νησιά, οι επαγγελματίες καλούνται να ανταποκριθούν σε σύνθετες κλινικές, πολιτισμικές και θεσμικές προκλήσεις, γεγονός που ενδέχεται να εντείνει την επαγγελματική πίεση.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές φροντίδας μεταναστών και προσφύγων, καθώς και τον ρόλο της αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης στη διαμόρφωση των φαινομένων αυτών.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονική μελέτη μέσω ανώνυμου, αυτοσυμπληρούμενου ερωτηματολογίου από 20/01/2026 έως 09/02/2026. Το δείγμα αποτέλεσαν 104 επαγγελματίες υγείας διαφόρων ειδικοτήτων που υπηρετούν σε δομές στα ελληνικά νησιά Κω και Λέρου. Χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα εργαλεία για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης (ProQOL-5), της ηθικής δυσφορίας (MMD-HP) και της αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης. Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics (έκδοση 29) και περιέλαβε περιγραφικά μέτρα, ελέγχους t-test και ANOVA, καθώς και πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση.

Αποτελέσματα: Η ηθική δυσφορία κυμάνθηκε σε χαμηλό–μέτριο επίπεδο (Μ συχνότητας: 1,55–3,57, Μ έντασης έως 3,75), με υψηλότερες τιμές σε ζητήματα υποστελέχωσης. Οι δείκτες επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν μέτριοι (Μ = 3,59). Διαπιστώθηκε θετική συσχέτιση μεταξύ ηθικής δυσφορίας και εξουθένωσης ($r = 0,19, p < 0,05$) και αρνητική μεταξύ ηθικής δυσφορίας και οργανωσιακής υποστήριξης ($r = -0,40, p < 0,05$). Επιπλέον, η οργανωσιακή υποστήριξη συσχετίστηκε αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση ($r = -0,35, p < 0,05$). Το μοντέλο παλινδρόμησης εξήγησε το 23% της διακύμανσης ($R^2 = 0,23$), με την ηθική δυσφορία ($B = 0,15, p < 0,001$) και την οργανωσιακή υποστήριξη ($B = -0,23, p < 0,001$) ως σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες.

Συμπεράσματα: Η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία εμφανίζονται σε μέτρια επίπεδα και συνδέονται στατιστικά με οργανωτικούς παράγοντες. Η ενίσχυση της οργανωσιακής υποστήριξης και η αντιμετώπιση δομικών ελλείψεων ενδέχεται να συμβάλουν στη μείωση της επαγγελματικής επιβάρυνσης σε νησιωτικές δομές υγείας υπό μεταναστευτική πίεση.

Λέξεις - κλειδιά: Επαγγελματική εξουθένωση, ηθική δυσφορία, επαγγελματίες υγείας, οργανωσιακή υποστήριξη, μετανάστες/πρόσφυγες, ελληνικά νησιά.

Burnout and Moral Distress Among Healthcare Professionals Providing Care to Migrants and Refugees in Greece: Risk Factors, Protective Mechanisms, and the Impact of Organizational Support and Barriers to Care Provision

Manolis Frantzeskos

Abstract

Professional burnout and moral distress constitute significant dimensions of the psychosocial burden experienced by healthcare professionals, particularly in environments characterized by increased demands, limited resources, and organizational instability. In the context of providing care to migrants and refugees on the Greek islands, professionals are required to respond to complex clinical, cultural, and institutional challenges, which may intensify occupational pressure and affect the quality of services provided.

The purpose of the present study was to investigate the relationship between professional burnout and moral distress among healthcare professionals working in migrant and refugee care facilities, as well as to assess the role of perceived organizational support in shaping these phenomena.

The study adopted a quantitative, cross-sectional design and was conducted using an anonymous, self-administered questionnaire. The sample consisted of 104 healthcare professionals from various specialties serving in relevant facilities on the Greek islands of Kos and Leros. Validated instruments were used to measure professional burnout (ProQOL-5), moral distress (MMD-HP), and perceived organizational support. Statistical analysis included descriptive statistics, t-tests, ANOVA, Pearson correlation coefficients, and multiple linear regression analysis.

The findings revealed moderate levels of professional burnout and low-to-moderate levels of moral distress, with higher intensity observed in situations related to organizational constraints such as understaffing and limited resources. A weak but statistically significant positive correlation was identified between moral distress and professional burnout. Additionally, lower levels of perceived organizational support were associated with higher occupational burden, while perceived organizational support was negatively associated with

professional burnout. Regression analysis demonstrated that both moral distress and organizational factors were significant predictors of professional burnout.

The results indicate that professional burnout and moral distress are not exclusively individual phenomena but are closely associated with organizational and administrative conditions. Strengthening administrative support, ensuring resource adequacy, and promoting institutional clarity emerge as critical parameters for maintaining professional resilience and safeguarding the quality of care in healthcare facilities operating under conditions of migratory pressure.

Keywords: Professional burnout, moral distress, healthcare professionals, organizational support, migrants and refugees, Greek islands.

Περιεχόμενα

| | |
|--|----|
| Περίληψη..... | 5 |
| Abstract | 7 |
| Περιεχόμενα | 9 |
| Κατάλογος Πινάκων | 11 |
| Συνοτομογραφίες & Ακρωνύμια..... | 12 |
| 1 Εισαγωγή..... | 13 |
| 1.1 Η αλληλεπίδραση επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας και η σημασία της..... | 13 |
| 1.2 Το Ελληνικό πλαίσιο: μετανάστευση, δομές υγείας και προκλήσεις | 15 |
| 1.3 Ερευνητική αναγκαιότητα και προβληματισμός..... | 17 |
| 1.4 Θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης | 17 |
| 2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση | 20 |
| 2.1 Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)..... | 20 |
| 2.1.1 Ορισμός, εννοιολογική εξέλιξη και σύγχρονες θεωρίες | 20 |
| 2.1.2 Το μοντέλο Maslach και οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης | 21 |
| 2.1.3 Εξουθένωση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης: διεθνή δεδομένα | 23 |
| 2.1.4 Η Επαγγελματική Εξουθένωση στην Ελλάδα: ευρήματα και τάσεις | 25 |
| 2.2 Ηθική δυσφορία (Moral Distress)..... | 26 |
| 2.2.1 Εννοιολογικός ορισμός και μοντέλα ηθικής δυσφορίας..... | 26 |
| 2.2.2 Παράγοντες που προκαλούν ηθική δυσφορία στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης..... | 28 |
| 2.2.3 Επιπτώσεις στους εργαζομένους, τους οργανισμούς και τους ασθενείς..... | 29 |
| 2.2.4 Ηθική δυσφορία σε περιπτώσεις προσφύγων/μεταναστών..... | 30 |
| 2.3 Υγειονομική περίθαλψη σε μετανάστες/πρόσφυγες: εμπόδια & προκλήσεις | 31 |
| 2.3.1 Γλωσσικά εμπόδια και έλλειψη διερμηνείας | 31 |
| 2.3.2 Πολιτισμικά εμπόδια και η ανάγκη για πολιτισμική επάρκεια..... | 33 |
| 2.3.3 Θεσμικά εμπόδια και πλαίσιο πρόσβασης στην υγεία..... | 34 |
| 2.3.4 Ειδικές συνθήκες στα Ελληνικά Νησιά | 35 |
| 2.4 Προστατευτικοί παράγοντες και οργανωτικοί πόροι | 36 |
| 2.4.1 Οργανωσιακή υποστήριξη: ορισμοί και μοντέλα | 36 |
| 2.4.2 Η εκπαίδευση στην πολιτισμική επάρκεια ως προστατευτικός μηχανισμός | 37 |
| 2.4.3 Επάρκεια προσωπικού, υποστήριξη από τη διοίκηση, εργασιακό περιβάλλον | 38 |
| 2.4.4 Η σχέση μεταξύ οργανωτικών πόρων, επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας..... | 39 |
| 3 Μεθοδολογία και ερευνητικός σχεδιασμός..... | 41 |
| 3.1 Σκοπός της μελέτης..... | 41 |
| 3.2 Ερευνητικά ερωτήματα | 41 |
| 3.3 Σχεδιασμός της μελέτης | 42 |
| 3.4 Καινοτομία και αναμενόμενη συμβολή της έρευνας..... | 43 |
| 3.5 Πληθυσμός – Δείγμα – Δειγματοληψία | 45 |
| 3.6 Εργαλεία μέτρησης | 46 |
| 3.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων..... | 49 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.8 | Στατιστική ανάλυση | 51 |
| 3.9 | Ηθικά ζητήματα | 52 |
| 4 | Αποτελέσματα | 54 |
| 4.1 | Δημογραφικά χαρακτηριστικά | 54 |
| 4.2 | Περιγραφική στατιστική | 57 |
| 4.2.1 | Ηθική Δυσφορία (MMD-HP)..... | 57 |
| 4.2.2 | ProQOL-5..... | 61 |
| 4.2.3 | Αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη | 64 |
| 4.3 | Επαγωγική στατιστική | 65 |
| 4.3.1 | Ανάλυση συσχέτισης Pearson..... | 65 |
| 4.3.2 | t-test /ANOVA analysis | 65 |
| 4.3.3 | Παλινδρόμηση..... | 66 |
| 4.4 | Συνοπτική απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα | 67 |
| 5 | Συζήτηση, συμπεράσματα, περιορισμοί και προτάσεις | 69 |
| 5.1 | Ερμηνεία κύριων ευρημάτων σε σχέση με τη βιβλιογραφία | 69 |
| 5.2 | Πρακτικές και πολιτικές επιπτώσεις | 72 |
| 5.3 | Προτάσεις για βελτίωση migrant-friendly υπηρεσιών..... | 73 |
| 5.4 | Περιορισμοί της μελέτης..... | 74 |
| 5.5 | Προτάσεις για μελλοντική έρευνα | 75 |
| 5.6 | Συμπεράσματα | 76 |
| | Βιβλιογραφία..... | 78 |
| | Παράρτημα I: Ερωτηματολόγιο | 84 |
| | Παράρτημα II: «Ενημέρωση Συμμετεχόντων»..... | 91 |
| | Παράρτημα III: «Εγκρίσεις για τη διανομή των ερωτηματολογίων» | 92 |

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων, **σελ.: 54**

Πίνακας 2. Εργασιακά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων, **σελ.: 55**

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά ερωτήσεων ηθικής δυσφορίας, **σελ.: 58**

Πίνακας 4. Περιγραφικά στατιστικά ερωτήσεων ProQOL, **σελ.: 62**

Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά ερωτήσεων οργανωσιακής υποστήριξης, **σελ.: 64**

Πίνακας 6. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ βασικών μεταβλητών, **σελ.: 65**

Πίνακας 7. t-test φύλου ως προς ηθική δυσφορία και επαγγελματική εξουθένωση, **σελ.: 66**

Πίνακας 8. Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ανά επαγγελματική κατηγορία και νησί, **σελ.: 66**

Πίνακας 9. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την επαγγελματική εξουθένωση, **σελ.: 67**

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

| | |
|----------|---|
| FRA | European Union Agency for Fundamental Rights |
| ProQOL-5 | The Professional Quality of Life Scale – 5 |
| MMD-HP | The Measure of Moral Distress for Health Care Professionals |
| ΓΚΠΔ | Γενικός Κανονισμός Προστασίας Δεδομένων |
| ΚΕΔ | Κλειστή Ελεγχόμενη Δομή |
| ΟΗΕ | Οργανισμός Ηνωμένων Εθνών |
| ΠΟΥ | Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας |

1 Εισαγωγή

1.1 Η αλληλεπίδραση επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας και η σημασία της

Τα τελευταία χρόνια, οι συζητήσεις σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης έχουν λάβει νέα τροπή. Τα ερευνητικά δεδομένα αναδεικνύουν με αυξανόμενη σαφήνεια τη σχέση αυτή: η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι απλώς κόπωση, αλλά διάβρωση της σχέσης του επαγγελματία με την εργασία (Maslach & Leiter, 2016). Οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης εξουθενώνονται περισσότερο όταν τους ζητείται να εργαστούν σε συστήματα όπου οι ανάγκες υπερβαίνουν δραστικά την ικανότητα των υπηρεσιών - γεγονός που είναι ιδιαίτερα εμφανές σε οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες σε πρόσφυγες και μετανάστες (Galindo et al., 2024).

Ένα επιπλέον σημαντικό βάρος αποτελεί η ηθική δυσφορία, η οποία προκύπτει όταν ο επαγγελματίας γνωρίζει ποια είναι η ορθή ενέργεια, αλλά συναντά οργανωτικά ή θεσμικά εμπόδια που δεν του επιτρέπουν να ενεργήσει σύμφωνα με τις επαγγελματικές και ηθικές του αρχές (Erstein & Heineman, 2020). Η εμπειρία αυτή δεν είναι ουδέτερη για τον επαγγελματία, καθώς συγκρούεται με το προσωπικό αίσθημα ευθύνης και οδηγεί σε εσωτερική φθορά. Η αλληλεπίδραση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας έχει αναδειχθεί σαφώς στη σύγχρονη βιβλιογραφία, καθώς και τα δύο φαινόμενα συνδέονται με συνθήκες έλλειψης πόρων, αυξημένων απαιτήσεων και θεσμικής ασάφειας, λειτουργώντας ως αμοιβαίοι ενισχυτικοί μηχανισμοί (Houle et al., 2024).

Όταν οι μονάδες υγείας είτε δεν έχουν προσωπικό είτε δεν μπορούν να επιβάλουν συνεπείς διαδικασίες, το επαγγελματικό φόρτο εργασίας μετατρέπεται σε μια καθημερινή συσσωρευμένη ψυχική πίεση (Pradas-Hernández et al., 2021). Η κατάσταση αυτή δίνει περαιτέρω έμφαση στην ανάγκη παροχής υπηρεσιών διερμηνείας, καθώς ο εργαζόμενος θα καταβάλλει προσπάθεια να μεταδώσει το μήνυμα του ασθενούς ή σημαντικές πληροφορίες σε περίπτωση που υπάρξει κάποια παρεξήγηση λόγω γλωσσικών εμποδίων. Η καταφυγή σε άτυπες μορφές επικοινωνίας αναδεικνύει την ανεπαρκή παροχή διερμηνείας. (Bischoff & Hudelson, 2020).

Η αντιμετώπιση προσφύγων και μεταναστών απαιτεί κάτι περισσότερο από το συνηθισμένο σύνολο κλινικών δεξιοτήτων. Οι περισσότεροι έχουν περάσει από εμπειρίες που μπορούν να περιγραφούν μόνο ως οδυνηρές, αστάθειες με τον έναν ή τον άλλον τρόπο μέχρι να βρεθεί σταθερότητα, δημιουργώντας ένα περιβάλλον στο οποίο οι επαγγελματίες συχνά αισθάνονται ότι δεν μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στις ανάγκες των ασθενών. Έρευνες σχετικά με την εμπειρία των παρόχων υπηρεσιών σε τέτοια περιβάλλοντα αποκαλύπτουν ότι η ηθική ένταση εξελίσσεται όταν ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται τη φροντίδα του πολύ μακριά από την ποιότητα που θεωρεί κατάλληλη (Willen, 2021). Επιπλέον, καταγράφεται η αυξανόμενη συναισθηματική εξάντληση σε παρόμοια πλαίσια όπου οι οργανωτικές συνθήκες δεν κάνουν πολλά για να μετριάσουν αυτές τις πιέσεις (Galindo et al., 2024).

Στα νησιά της Ελλάδας, οι δομές είναι ως επί το πλείστον υπερφορτωμένες. Η απόσταση από τα αστικά κέντρα, το περιορισμένο προσωπικό, η διακύμανση στον αριθμό των αφίξεων και η απουσία σταθερών υπηρεσιών διερμηνείας δημιουργούν ένα απαιτητικό περιβάλλον εργασίας. Οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν συνεχώς εμπόδια στις προσπάθειές τους να παρέχουν συνεκτική φροντίδα, από την έλλειψη θεσμικού πλαισίου έως τη δυσκολία συντονισμού μεταξύ των πολυάριθμων εμπλεκόμενων φορέων (Farmakioti et al., 2023).

Η ηθική πίεση εμφανίζεται εδώ όχι ως μεμονωμένη στιγμή, αλλά μάλλον ως ένα καθημερινό, χαμηλής έντασης, επαναλαμβανόμενο βάρος. Εάν προστεθεί αβεβαιότητα σχετικά με τις υπηρεσίες, τότε αυτή η πίεση γίνεται πιο έντονη και μετατρέπεται σε μια μορφή επαγγελματικής αστάθειας που επιτίθεται στην αυτοπεποίθηση των εργαζομένων (Ruiz-Casares & Rousseau, 2022). Ακόμη και μικρές αλλαγές σε επίπεδα οργανωτικής υποστήριξης μπορούν να περιορίσουν την επαγγελματική εξουθένωση. Η έρευνα έχει επισημάνει ότι η αντίληψη ότι ο οργανισμός υποστηρίζει τον εργαζόμενο, ότι αναγνωρίζει τις δυσκολίες ή προσφέρει χώρο για ανατροφοδότηση, μειώνει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (Van Bogaert & Clarke, 2023). Ισχύει επίσης και το αντίθετο: όταν οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι αγνοούνται ή ότι δεν έχουν λόγο στις αποφάσεις, η πρόθεση αποχώρησης αυξάνεται (Najjar & Davis, 2021). Το πρόβλημα, επομένως, δεν είναι μόνο ψυχολογικό, αλλά και διοικητικό.

Η σημασία αυτή επιβεβαιώνεται και από τον αντίκτυπο που έχουν και τα δύο φαινόμενα στην ποιότητα της φροντίδας. Όπου αυξάνεται η επαγγελματική εξουθένωση, η συνοχή στη φροντίδα καταρρέει, η επικοινωνία διαταράσσεται και τα λάθη πολλαπλασιάζονται (McHugh et al., 2021). Για τους πρόσφυγες και τους μετανάστες που βρίσκονται ήδη σε πλαίσιο ευαλωτότητας, η μείωση της ποιότητας της φροντίδας δεν αποτελεί απλώς τεχνικό ζήτημα, αλλά ζήτημα ισότητας και ασφάλειας. Η ανάγκη κατανόησης του προβλήματος καθίσταται ιδιαίτερα επιτακτική σε περιοχές όπως τα ελληνικά νησιά, όπου οι απαιτήσεις είναι υψηλές και οι πόροι συχνά περιορισμένοι (Spes & Pallas, 2022).

Το φαινόμενο δεν είναι μεμονωμένο ούτε βραχυπρόθεσμο, αλλά συνδέεται με δομικές συνθήκες λειτουργίας των συστημάτων υγείας. Η κατανόηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ηθικής δυσφορίας αποκτά, συνεπώς, ιδιαίτερη σημασία για τη διασφάλιση της βιωσιμότητας και της ποιότητας της φροντίδας.

1.2 Το Ελληνικό πλαίσιο: μετανάστευση, δομές υγείας και προκλήσεις

Στην Ελλάδα, το πλαίσιο παροχής φροντίδας για μετανάστες και πρόσφυγες αναπτύχθηκε διαχρονικά υπό συνθήκες πίεσης. Οι ροές προς τα νησιά συχνά δοκιμάζουν δομές υγείας που ήδη αντιμετωπίζουν ελλείψεις σε προσωπικό και υποδομές. Οι αναλύσεις σχετικά με την κατάσταση της υγείας στη χώρα δείχνουν ότι το σύστημα λειτουργεί σε περιβάλλον όπου οι νέες απαιτήσεις ενσωματώνονται με δυσκολία, λόγω περιορισμένων πόρων και διοικητικής αστάθειας (European Commission, 2021). Σε αυτό προστίθεται η συνεχής μεταβλητότητα των αφίξεων, η οποία εντείνει την ασυνέχεια στη λειτουργία των υπηρεσιών, τις οποίες οι εργαζόμενοι συχνά περιγράφουν ως «κινητή άμμο» (UNHCR, 2024).

Η γλώσσα παραμένει ένας από τους πλέον επιβαρυντικούς παράγοντες. Όπως επισημαίνουν οι Bischoff και Hudelson (2020), δεν πρόκειται για ένα απλό τεχνικό πρόβλημα έλλειψης διερμηνείας, αλλά για ζήτημα που επηρεάζει άμεσα την κλινική αξιολόγηση, καθώς οι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται ανασφαλείς μήπως παραλείψουν κρίσιμες πληροφορίες στην αφήγηση του ασθενούς. Σε συνδυασμό με τον αυξημένο φόρτο εργασίας, η φροντίδα μετατρέπεται σε μια διαδικασία διαρκούς διαχείρισης κινδύνων. Σε πολλά νησιά, οι υπηρεσίες διερμηνείας καλύπτουν μόνο περιορισμένες ώρες, αφήνοντας κρίσιμα τμήματα, όπως τα επείγοντα, χωρίς επαρκή υποστήριξη, γεγονός που αυξάνει το

ηθικό βάρος των επαγγελματιών, οι οποίοι αισθάνονται ότι λειτουργούν «επισφαλώς» (Spes & Pallas, 2022).

Η θεσμική ασάφεια αποτελεί μια επιπλέον διαρκή δυσκολία. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι εργαζόμενοι καλούνται να εφαρμόσουν διαδικασίες που μεταβάλλονται χωρίς έγκαιρη ενημέρωση, ανάλογα με διοικητικές ή πολιτικές αποφάσεις (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, 2020). Η έλλειψη σταθερού πλαισίου ευνοεί την οργανωτική ασυνέπεια και αυξάνει τον κίνδυνο ηθικών συγκρούσεων. Όταν ο επαγγελματίας καλείται να αποφασίσει για την παροχή υπηρεσιών ενώ τα πρωτόκολλα παραμένουν ασαφή ή υπό αναθεώρηση, η κατάσταση αυτή δημιουργεί και συσσωρεύει ένταση. Μελέτες έχουν δείξει ότι όσοι εργάζονται υπό τέτοιες συνθήκες εμφανίζουν συχνότερα αυξημένη ηθική δυσφορία και αίσθημα αβεβαιότητας ως προς τη θεσμική ορθότητα των παρεμβάσεών τους (Willen, 2021).

Ιδιαίτερη ιδιαιτερότητα παρουσιάζουν οι δομές των νησιών. Η γεωγραφική απομόνωση δυσχεραίνει την ταχεία διακομιδή ασθενών, με αποτέλεσμα οι τοπικές υπηρεσίες να καλούνται να διαχειριστούν σύνθετες ανάγκες με περιορισμένους πόρους. Το πλαίσιο αυτό ενισχύει την αίσθηση επαγγελματικής απομόνωσης, καθώς οι εργαζόμενοι συχνά βιώνουν ότι η δομή τους δεν διαθέτει τα απαραίτητα μέσα για την αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών (MSF, 2021–2024). Ο επαγγελματίας καλείται να ανταποκριθεί σε αυξημένες απαιτήσεις, χωρίς να υποστηρίζεται από ένα επαρκώς λειτουργικό σύστημα.

Η συζήτηση σχετικά με την πρόσβαση στην υγεία στην Ελλάδα έχει αναδείξει διαχρονικά ότι οι ανισότητες στις υπηρεσίες είναι εκτεταμένες και δεν περιορίζονται αποκλειστικά στους μετανάστες. Ωστόσο, για τους μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς, τα εμπόδια εμφανίζονται συχνά σωρευτικά, όπως καταδεικνύουν σχετικές αναλύσεις των δομών υποδοχής (Farmakioti et al., 2023). Οι επαγγελματίες υγείας βρίσκονται στον πυρήνα αυτής της πραγματικότητας, καθώς διαπιστώνουν καθημερινά το χάσμα μεταξύ των αναγκών των ασθενών και των δυνατοτήτων του συστήματος. Η διαρκής αυτή εμπειρία συνδέεται με συσσώρευση ψυχικού βάρους και αυξημένο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (Van Bogaert & Clarke, 2023).

Το νησιωτικό ελληνικό πλαίσιο χαρακτηρίζεται όχι μόνο από έντονη πίεση, αλλά και από μια συνεχή προσπάθεια εξισορρόπησης ανθρωπιστικών αναγκών και οργανωτικών

περιορισμών. Οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν τις αντιφάσεις αυτές σε καθημερινή βάση, με αποτέλεσμα οι συνθήκες εργασίας να αποκτούν έντονο ηθικό και συναισθηματικό φορτίο. Το πρόβλημα, επομένως, δεν είναι μεμονωμένο αλλά δομικό, καθώς επηρεάζει συστηματικά τον τρόπο παροχής φροντίδας στους πιο ευάλωτους πληθυσμούς.

1.3 Ερευνητική αναγκαιότητα και προβληματισμός

Η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία αναδεικνύονται εντονότερα σε περιβάλλοντα αυξημένων εργασιακών απαιτήσεων και οργανωτικής αστάθειας. Η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι η παρατεταμένη έκθεση σε υψηλές απαιτήσεις, σε συνδυασμό με περιορισμένους πόρους, οδηγεί σε ενεργειακή εξάντληση και επαγγελματική αποστασιοποίηση (Maslach & Leiter, 2016).

Στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες και πρόσφυγες στα ελληνικά νησιά, οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να ανταποκριθούν σε σύνθετες κλινικές, πολιτισμικές και θεσμικές προκλήσεις υπό περιορισμένους πόρους και συχνές διοικητικές μεταβολές. Οι συνθήκες αυτές διαμορφώνουν ένα ιδιαίτερο εργασιακό περιβάλλον, στο οποίο η συστηματική διερεύνηση της επαγγελματικής επιβάρυνσης καθίσταται επιστημονικά και διοικητικά αναγκαία.

Η ερευνητική αναγκαιότητα της παρούσας μελέτης εδράζεται στην ανάγκη κατανόησης των μηχανισμών μέσω των οποίων οι οργανωτικές συνθήκες επηρεάζουν την επαγγελματική εμπειρία των εργαζομένων. Η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας, καθώς και του ρόλου οργανωτικών παραγόντων στη διαμόρφωση των φαινομένων αυτών, συμβάλλει στη συστηματική προσέγγιση της επαγγελματικής καταπόνησης σε περιβάλλοντα αυξημένης μεταναστευτικής πίεσης.

Η αποτύπωση αυτών των διαστάσεων δεν αφορά μόνο την ατομική ευημερία των εργαζομένων, αλλά και τη βιωσιμότητα και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

1.4 Θεωρητικό πλαίσιο της μελέτης

Η παρούσα μελέτη εντάσσεται στο θεωρητικό πεδίο που εξετάζει τη σχέση μεταξύ οργανωτικών απαιτήσεων και ψυχοκοινωνικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών υγείας. Κεντρικό σημείο αναφοράς αποτελεί το μοντέλο Job Demands–Resources (JD-R),

σύμφωνα με το οποίο η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται όταν οι εργασιακές απαιτήσεις υπερβαίνουν συστηματικά τους διαθέσιμους οργανωτικούς και ατομικούς πόρους, οδηγώντας σε ενεργειακή εξάντληση και επαγγελματική αποστασιοποίηση (Bakker & Demerouti, 2007· Demerouti et al., 2001). Το μοντέλο υποστηρίζει ότι η ανισορροπία μεταξύ απαιτήσεων και πόρων συνιστά κρίσιμο παράγοντα πρόβλεψης της επαγγελματικής καταπόνησης.

Παράλληλα, η ηθική δυσφορία έχει περιγραφεί ως φαινόμενο που αναδύεται όταν οι επαγγελματίες αδυνατούν να ενεργήσουν σύμφωνα με τις επαγγελματικές και ηθικές τους αξίες λόγω θεσμικών ή οργανωτικών περιορισμών (Jameton, 1984). Σύγχρονες προσεγγίσεις επισημαίνουν ότι η ηθική δυσφορία δεν αποτελεί αποκλειστικά ατομικό ψυχολογικό βίωμα, αλλά συνδέεται στενά με τις δομικές και διοικητικές συνθήκες λειτουργίας των οργανισμών υγείας (Epstein & Hamric, 2009).

Η παρούσα έρευνα υιοθετεί μια συστημική οπτική, σύμφωνα με την οποία η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία ερμηνεύονται ως αλληλεπιδρόντα φαινόμενα που διαμορφώνονται εντός συγκεκριμένων θεσμικών και οργανωτικών πλαισίων. Η προσέγγιση αυτή συνάδει με τη θεώρηση της επαγγελματικής καταπόνησης ως προϊόντος συστημικών συνθηκών και όχι αποκλειστικά ατομικής αντίδρασης στο στρες (Maslach & Leiter, 2016).

Το νησιωτικό πλαίσιο των ελληνικών δομών υγείας που εξυπηρετούν μετανάστες και πρόσφυγες συνιστά ιδιαίτερη περίπτωση εφαρμογής των παραπάνω θεωρητικών προσεγγίσεων, καθώς χαρακτηρίζεται από υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, πολιτισμική πολυπλοκότητα και συχνά περιορισμένους οργανωτικούς πόρους. Υπό αυτές τις συνθήκες, η μελέτη επιχειρεί να αναδείξει τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ οργανωτικών εμποδίων, αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης και μορφών ψυχικής επιβάρυνσης.

Η συμβολή της έρευνας εκτείνεται σε τρία επίπεδα. Σε θεωρητικό επίπεδο, ενισχύεται η συστημική κατανόηση της επαγγελματικής επιβάρυνσης, αναδεικνύοντας τη διασύνδεση μεταξύ οργανωτικών δομών και ψυχοκοινωνικών εκβάσεων. Σε εμπειρικό επίπεδο, καλύπτεται ερευνητικό κενό που αφορά επαγγελματίες υγείας σε περιβάλλοντα μεταναστευτικής πίεσης. Σε διοικητικό επίπεδο, αναδεικνύεται η σημασία της

οργανωσιακής υποστήριξης και της διοικητικής σταθερότητας ως κρίσιμων παραγόντων για τη διατήρηση της επαγγελματικής ευημερίας και της ποιότητας φροντίδας (McHugh et al., 2021).

2 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

2.1 Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)

2.1.1 Ορισμός, εννοιολογική εξέλιξη και σύγχρονες θεωρίες

Η επαγγελματική εξουθένωση (burnout) ορίζεται ως ένα ψυχολογικό σύνδρομο που αναπτύσσεται σε περιβάλλοντα υψηλών απαιτήσεων και παρατεταμένης συναισθηματικής πίεσης, όπου η ένταση της καθημερινής πρακτικής υπερβαίνει τις προσωπικές και οργανωτικές δυνατότητες στήριξης (Maslach & Leiter, 1982). Η αρχική εννοιολόγηση βασίστηκε στην παρατήρηση ότι οι απαιτητικές σχέσεις φροντίδας οδηγούν σταδιακά σε εξασθένηση της επαγγελματικής ανταπόκρισης, με κύριες εκδηλώσεις τη συναισθηματική εξάντληση και τη δυσκολία διατήρησης λειτουργικών διαπροσωπικών σχέσεων (Maslach & Leiter, 2016). Η βιβλιογραφική εξέλιξη ανέδειξε ότι η εξουθένωση δεν αποτελεί απλή συνέπεια της κόπωσης, αλλά μία σύνθετη απάντηση σε οργανωσιακά και συστημικά ερεθίσματα, τα οποία δημιουργούν συνθήκες αναντιστοιχίας μεταξύ απαιτήσεων και διαθέσιμων πόρων (Schaufeli, 2020).

Καθώς το φαινόμενο καταγράφηκε σε ευρύτερα επαγγελματικά πλαίσια, ο θεωρητικός διάλογος στράφηκε προς την ανάγκη προσαρμογής των κλασικών ορισμών. Ιδιαίτερη έμφαση δόθηκε στην πολυπαραγοντική φύση της εξουθένωσης και στη στενή της σχέση με την ποιότητα του επαγγελματικού περιβάλλοντος, μέσω μεταβλητών όπως οι εργασιακές απαιτήσεις, οι διαθέσιμοι πόροι και οι διαρκώς μεταβαλλόμενες συνθήκες εντός των οργανισμών υγείας (Kristensen et al., 2021· Maslach & Leiter, 2022). Παράλληλα, μοντέλα που εστιάζουν στις διαδικασίες προσαρμογής του ατόμου υποστηρίζουν ότι η εξουθένωση αναδύεται σε συνθήκες συνεχούς έκθεσης σε συναισθηματικά φορτισμένα περιστατικά, τα οποία σταδιακά εξαντλούν τα ψυχολογικά αποθέματα και μειώνουν τη δυνατότητα αποτελεσματικής επαγγελματικής προσαρμογής (Bianchi & Schonfeld, 2021).

Σύγχρονες προσεγγίσεις επεκτείνουν την κατανόηση του burnout σε πεδία που σχετίζονται με την επαγγελματική συμπίνα και την κόπωση που προκαλεί η συνεχής έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, ιδίως σε περιβάλλοντα όπου η διαχείριση δύσκολων περιστατικών αποτελεί καθημερινή πρακτική (Figley, 2015). Το θεωρητικό αυτό πλαίσιο ενισχύεται από αναλύσεις που εξετάζουν τον τρόπο με τον οποίο η συναισθηματική

φόρτιση, η απόκλιση μεταξύ επαγγελματικών αξιών και πραγματικών εργασιακών συνθηκών και η διαταραχή της ικανότητας ανάκτησης λειτουργικής ισορροπίας οδηγούν σε σταδιακή αποδιοργάνωση της επαγγελματικής ταυτότητας (Williams, 2019).

2.1.2 Το μοντέλο Maslach και οι τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το μοντέλο της Maslach αποτελεί την κεντρική θεωρητική και μεθοδολογική αναφορά για την αποτύπωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, ορίζοντας το burnout ως σύνδρομο τριών διαστάσεων: συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση και μειωμένη προσωπική επίτευξη (Maslach, Jackson & Leiter, 2018). Η ανάπτυξη αυτών των διαστάσεων βασίστηκε στη συστηματική παρατήρηση της λειτουργίας επαγγελματιών σε περιβάλλοντα φροντίδας, όπου η παρατεταμένη συναισθηματική καταπόνηση οδηγεί αρχικά σε εξασθένηση των ψυχολογικών πόρων ανάκαμψης και στη συνέχεια σε μείωση της λειτουργικής αποτελεσματικότητας (Maslach & Leiter, 2022). Η τριμερής αυτή δομή υιοθετήθηκε ως κυρίαρχο εννοιολογικό πλαίσιο, λόγω της ικανότητάς της να αποτυπώνει τη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ συναισθηματικών, διαπροσωπικών και επαγγελματικών παραμέτρων, επιτρέποντας παράλληλα αξιόπιστη μέτρηση σε διαφορετικά εργασιακά περιβάλλοντα (Liu et al., 2022).

Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται ο πυρήνας του συνδρόμου και ορίζεται ως μια κατάσταση ψυχικής και σωματικής αποδυνάμωσης, η οποία προκύπτει από την παρατεταμένη έκθεση σε υψηλές απαιτήσεις και συνεχή διαπροσωπική επαφή (Bianchi & Schonfeld, 2021). Αποτελεί την πρώτη φάση αποδιοργάνωσης, καθώς μειώνει την ικανότητα του επαγγελματία να διαχειρίζεται επαναλαμβανόμενα ερεθίσματα της καθημερινής πρακτικής, διαμορφώνοντας ένα προφίλ μειωμένης ανθεκτικότητας που επηρεάζει τη συνολική επαγγελματική συμπεριφορά. Η συγκεκριμένη διάσταση έχει αναγνωριστεί ως πρώιμος δείκτης δυσλειτουργίας, καθώς σχετίζεται άμεσα με τον πυρήνα της ψυχολογικής επιβάρυνσης και αντανάκλα την αδυναμία αναπλήρωσης του απαιτούμενου ενεργειακού αποθέματος για την επίλυση σύνθετων εργασιακών ζητημάτων (Maslach & Leiter, 2016· Schaufeli, 2020). Ως εκ τούτου, η συναισθηματική εξάντληση λειτουργεί ως βάση που προδιαθέτει τη μετάβαση στις επόμενες εκδηλώσεις της εξουθένωσης.

Η αποπροσωποποίηση, ή αλλιώς ο κυνισμός, αποτελεί τη δεύτερη διάσταση και περιγράφει μια αποστασιοποιημένη ή αρνητική στάση προς τους λήπτες φροντίδας, συχνά ως αμυντικό μηχανισμό σε περιβάλλοντα έντονης συναισθηματικής πίεσης (Kristensen et al., 2021). Λειτουργεί ως στρατηγική ψυχικής «οικονομίας», μειώνοντας το επίπεδο συναισθηματικής εμπλοκής, αλλά ταυτόχρονα περιορίζοντας την ικανότητα του επαγγελματία να ανταποκριθεί σε ανθρωποκεντρικές μορφές εργασίας (Maslach & Leiter, 2022). Η αποπροσωποποίηση δεν θεωρείται χαρακτηριστικό προσωπικότητας, αλλά αποτέλεσμα οργανωσιακής ασυμβατότητας, όπου η πίεση των απαιτήσεων και η έλλειψη πόρων καθιστούν τη συναισθηματική απόσταση έναν μηχανισμό προσαρμογής (Bianchi & Schonfeld, 2021). Συνδέεται με μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και με υποβάθμιση των ποιοτικών χαρακτηριστικών των επαγγελματικών σχέσεων, ενισχύοντας τη συνολική δυσλειτουργία του επαγγελματικού ρόλου (Figley, 2015).

Η τρίτη διάσταση, η μειωμένη προσωπική επίτευξη, αναφέρεται στην αίσθηση μειωμένης επαγγελματικής αποτελεσματικότητας, κατά την οποία το άτομο αντιλαμβάνεται ότι η απόδοσή του δεν ανταποκρίνεται στις απαιτήσεις του ρόλου ή ότι στερείται των αναγκαίων δεξιοτήτων για την επιτυχή εκτέλεσή του (Williams, 2019). Η διαμόρφωση της διάστασης αυτής συνδέεται με την απουσία θετικής ανατροφοδότησης και με ανεπαρκή υποστηρικτικά περιβάλλοντα, σε συνδυασμό με παρατεταμένη έκθεση σε υψηλές απαιτήσεις, τα οποία αποδυναμώνουν την εσωτερική αξιολόγηση της επιτυχίας (Maslach, Jackson & Leiter, 2018). Η αντίληψη μειωμένης επίτευξης αφορά τόσο την προσωπική αυτοεκτίμηση όσο και την κοινωνική αναγνώριση του επαγγελματικού έργου, λειτουργώντας ως κρίσιμος δείκτης ότι οι εργασιακές συνθήκες έχουν υπερβεί την ικανότητα του ατόμου να διατηρήσει σταθερή επαγγελματική ταυτότητα (Maslach & Leiter, 2022). Η διάσταση αυτή συμβάλλει στη συστημική δυσλειτουργία, καθώς τα συνεχή συναισθήματα αναποτελεσματικότητας ενισχύουν την εξάντληση και επιτείνουν τις συνθήκες που οδηγούν στην αποπροσωποποίηση (Liu et al., 2022).

Η συνολική διάρθρωση του μοντέλου Maslach καταδεικνύει ότι οι τρεις διαστάσεις δεν λειτουργούν μεμονωμένα αλλά μέσω αλληλεπίδρασης, συνθέτοντας ένα δυναμικό φαινόμενο που επηρεάζεται τόσο από ατομικούς παράγοντες όσο και από οργανωσιακές μεταβλητές (Bianchi & Schonfeld, 2021). Το ενιαίο αυτό πλαίσιο επιτρέπει την προσέγγιση της εξουθένωσης ως πολυδιάστατου φαινομένου, όπου οι εργασιακές απαιτήσεις, οι διαθέσιμοι πόροι και οι συνθήκες του περιβάλλοντος συνδέονται με ψυχολογικές

διεργασίες που διαμορφώνουν την επαγγελματική ανθεκτικότητα ή ευαλωτότητα (Maslach & Leiter, 1982). Τα ευρήματα ενισχύουν την άποψη ότι η εξουθένωση προκύπτει από δυσανάλογη σχέση μεταξύ επαγγελματικών υποχρεώσεων και ψυχοκοινωνικών πόρων, καθιστώντας το φαινόμενο άμεσα εξαρτώμενο από τη δομή του οργανισμού και όχι αποκλειστικά από ατομικά χαρακτηριστικά (Maslach & Leiter, 2016). Οι σύγχρονες προσεγγίσεις αναγνωρίζουν τη σημασία θεσμικών παραγόντων που καθορίζουν την πορεία της εξουθένωσης, προσδίδοντάς της συστημικό χαρακτήρα (Schaufeli, 2020). Παράλληλα, η έρευνα υπογραμμίζει την ανάγκη αξιολόγησης των εντάσεων μεταξύ απαιτήσεων και πόρων, αναδεικνύοντας τη χρησιμότητα πολυδιάστατων εργαλείων για την αποτύπωση των εργασιακών συνθηκών (Kristensen et al., 2021). Η διαχρονική εφαρμογή του μοντέλου Maslach επιβεβαιώνει την αποτελεσματικότητά του στην ανάλυση των μορφών επιβάρυνσης και στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ψυχολογικών διεργασιών και επαγγελματικών συνθηκών (Maslach & Leiter, 2022), ενώ η σύγχρονη βιβλιογραφία υπογραμμίζει τον ρόλο της συναισθηματικής εργασίας και των οργανωσιακών αποκλίσεων στη διαμόρφωση του burnout (Figley, 2015· Williams, 2019).

2.1.3 Εξουθένωση των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης: διεθνή δεδομένα

Οι διεθνείς μελέτες αναδεικνύουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενους του τομέα της υγείας αποτελεί ένα σταθερό και διαχρονικό φαινόμενο, το οποίο καταγράφεται με υψηλή συχνότητα σε διαφορετικά συστήματα υγείας, ανεξάρτητα από τα επίπεδα οργάνωσης, στελέχωσης ή διαθέσιμων πόρων (Pradas-Hernández et al., 2021). Τα δεδομένα δείχνουν ότι η αυξημένη συναισθηματική πίεση, ο έντονος φόρτος εργασίας και οι υψηλές κλινικές απαιτήσεις λειτουργούν ως διαρκείς παράγοντες κινδύνου που επηρεάζουν συστηματικά τόσο την ψυχική ευημερία όσο και τη λειτουργική αποτελεσματικότητα του προσωπικού (Galindo-Vázquez et al., 2022). Τα στοιχεία αυτά καταδεικνύουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν αποτελεί ένα παροδικό αποτέλεσμα κρίσιμων συνθηκών, αλλά μια ενσωματωμένη δυναμική της σύγχρονης κλινικής πρακτικής, όπου οι επαγγελματίες υγείας εκτίθενται σε συνεχείς απαιτήσεις που υπερβαίνουν συχνά τα διαθέσιμα λειτουργικά όρια (Molina-Praena et al., 2020). Οι μετα-αναλυτικές προσεγγίσεις ενισχύουν τη διαπίστωση αυτή, καθώς συγκλίνουν στην παρουσία υψηλών ποσοστών burnout ανεξαρτήτως γεωγραφικού πλαισίου, θεσμικής δομής ή κοινωνικοοικονομικού επιπέδου ανάπτυξης των κρατών.

Η παγκόσμια βιβλιογραφία καταγράφει ιδιαίτερα αυξημένη συναισθηματική εξάντληση στους εργαζόμενους υγείας, η οποία ενισχύεται από τη συστηματική έκθεση σε στρεσογόνες κλινικές συνθήκες που περιλαμβάνουν την ανάγκη ταχείας ανταπόκρισης, τη διαχείριση περίπλοκων περιστατικών και τη διαρκή αβεβαιότητα ως προς την εξέλιξη της φροντίδας. Οι παράγοντες αυτοί συνδυάζονται με δομικά ελλείμματα των συστημάτων υγείας, όπως ελλείψεις προσωπικού, περιορισμένη διοικητική υποστήριξη και ανεπαρκείς υποδομές, οι οποίες επιβαρύνουν περαιτέρω τη λειτουργική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών (Pradas-Hernández et al., 2021). Η χρόνια έκθεση σε τέτοιες συνθήκες διαμορφώνει ένα σταθερό μοτίβο επαγγελματικής καταπόνησης που επηρεάζει άμεσα τόσο την ποιότητα της φροντίδας όσο και τη συνολική ψυχική υγεία του προσωπικού (McHugh et al., 2021). Παράλληλα, υψηλά ποσοστά αποπροσωποποίησης καταγράφονται σε πλήθος επαγγελματιών υγείας ως μηχανισμός διαχείρισης της συναισθηματικής έντασης, όπου η αποστασιοποίηση από τους ασθενείς λειτουργεί ως προσπάθεια προστασίας από τη συνεχή επιβάρυνση. Η συγκεκριμένη διάσταση είναι ιδιαίτερα ανησυχητική, καθώς συνδέεται με δυσκολία διατήρησης ανθρωποκεντρικής στάσης και περιορισμό της ποιοτικής διάστασης της φροντίδας (Galindo-Vázquez et al., 2022).

Οι διεθνείς αναλύσεις αναδεικνύουν σταθερά την επίδραση των οργανωσιακών παραγόντων στην πορεία του burnout. Η έλλειψη επαρκούς στελέχωσης, η διοικητική πίεση, η ασαφής κατανομή ρόλων και η έλλειψη υποστηρικτικών δομών αποτελούν βασικούς παράγοντες που αυξάνουν την πιθανότητα εμφάνισης εξουθένωσης (Molina-Praena et al., 2020). Μετα-αναλυτικές εκτιμήσεις επιβεβαιώνουν ότι η αλληλεπίδραση των εργασιακών απαιτήσεων και των διαθέσιμων πόρων αποτελεί καθοριστικό παράγοντα, με το burnout να εμφανίζεται εντονότερα σε περιβάλλοντα όπου η αναλογία προσωπικού προς φόρτο εργασίας είναι δυσανάλογη. Επιπλέον, η διεθνής βιβλιογραφία επισημαίνει ότι τα συστήματα υγείας που λειτουργούν υπό διαρκή πίεση πόρων παράγουν ένα περιβάλλον επαγγελματικής ευαλωτότητας, όπου η εξουθένωση καθίσταται σχεδόν αναμενόμενο αποτέλεσμα της λειτουργικής δυσλειτουργίας. Τα δεδομένα αυτά ενισχύουν την άποψη ότι το burnout συνδέεται άμεσα με τον τρόπο λειτουργίας των οργανισμών και όχι αποκλειστικά με ατομικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών (McHugh et al., 2021).

Η διεθνής ερευνητική παραγωγή υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζόμενους υγείας αποτελεί σύνθετο και ανθεκτικό φαινόμενο, το οποίο απορρέει από τον συνδυασμό ψυχολογικών, οργανωσιακών και συστημικών παραμέτρων που

διαμορφώνουν ένα πλαίσιο αυξημένης ευαλωτότητας (Pradas-Hernández et al., 2021). Η παρουσία υψηλών επιπέδων burnout καταγράφεται με συνέπεια ανεξαρτήτως οικονομικού ή θεσμικού πλαισίου, γεγονός που υποδεικνύει την ανάγκη ανάπτυξης συντονισμένων πολιτικών πρόληψης και υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας. Οι διεθνείς συγκρίσεις καταδεικνύουν ότι η εργασιακή επιβάρυνση, η έλλειψη ανθρώπινου δυναμικού και η οργανωσιακή πίεση συνδέονται στενά με την πιθανότητα εμφάνισης εξουθένωσης, τονίζοντας ότι η αντιμετώπιση του φαινομένου απαιτεί δομικές παρεμβάσεις (Galindo-Vázquez et al., 2022). Η επιστημονική συναίνεση υπογραμμίζει ότι η εξουθένωση λειτουργεί ως βασικός δείκτης της λειτουργικής υγείας των συστημάτων φροντίδας και ότι οι οργανισμοί οφείλουν να υιοθετήσουν στρατηγικές που συνδέουν την ενίσχυση των πόρων με τη μείωση των επαγγελματικών απαιτήσεων. Η συστηματική καταγραφή διεθνών δεδομένων επιβεβαιώνει ότι η επαγγελματική εξουθένωση σε περιβάλλοντα υγείας αποτελεί διαρθρωτικό ζήτημα που αντικατοπτρίζει την ανθεκτικότητα ή την αδυναμία των συστημάτων να υποστηρίξουν το προσωπικό τους, απαιτώντας διεπιστημονικές παρεμβάσεις και οργανωσιακές μεταρρυθμίσεις για τη βελτίωση της συνολικής κλινικής πρακτικής (McHugh et al., 2021).

2.1.4 Η Επαγγελματική Εξουθένωση στην Ελλάδα: ευρήματα και τάσεις

Η ελληνική βιβλιογραφία καταγράφει συστηματικά αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε δομές του Εθνικού Συστήματος Υγείας που λειτουργούν υπό συνθήκες αυξημένων απαιτήσεων. Μελέτες σε δημόσια νοσοκομεία έχουν αναδείξει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης, κυρίως σε τμήματα επειγόντων περιστατικών και ψυχιατρικές υπηρεσίες (Karaniola et al., 2018· Latsou et al., 2022). Τα ευρήματα αυτά υποδεικνύουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται εντονότερα σε περιβάλλοντα με αυξημένη ένταση περιστατικών και περιορισμένους πόρους.

Επιπλέον, ερευνητικά δεδομένα τεκμηριώνουν ότι ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η υποστελέχωση και η περιορισμένη διοικητική υποστήριξη αποτελούν σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης (Aiken et al., 2022· Van Bogaert & Clarke, 2023). Οι παράγοντες αυτοί συσχετίζονται με χαμηλότερη εργασιακή ικανοποίηση και αυξημένη πρόθεση αποχώρησης από την εργασία, γεγονός που επηρεάζει τη σταθερότητα του ανθρώπινου δυναμικού στον τομέα της υγείας (Farmakioti et al., 2023).

Η περίοδος της οικονομικής κρίσης, καθώς και η πανδημία COVID-19, επιβάρυναν περαιτέρω την ψυχική υγεία των επαγγελματιών υγείας, με μελέτες να καταγράφουν αυξημένα επίπεδα άγχους, εξάντλησης και ψυχολογικής επιβάρυνσης (Barello et al., 2020· Tsamakidis et al., 2020). Η παρατεταμένη έκθεση σε συνθήκες πίεσης φαίνεται να ενίσχυσε τη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης, ιδίως σε δομές που λειτουργούν στα όρια της επιχειρησιακής τους ικανότητας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ευρήματα που αφορούν δομές παροχής υπηρεσιών σε μεταναστευτικούς και προσφυγικούς πληθυσμούς. Σε αυτές τις δομές, η οργανωτική αστάθεια, η αυξημένη πολυπλοκότητα περιστατικών και οι γλωσσικές ή πολιτισμικές δυσκολίες έχουν συσχετιστεί με αυξημένα επίπεδα εργασιακού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης (McHugh et al., 2021· Bischoff & Hudelson, 2020). Η συνύπαρξη υψηλών απαιτήσεων και περιορισμένων πόρων δημιουργεί ένα περιβάλλον αυξημένου κινδύνου για την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση των εργαζομένων.

Συνολικά, τα διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα υποδηλώνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση στον ελληνικό χώρο δεν αποτελεί μεμονωμένο φαινόμενο, αλλά επαναλαμβανόμενο εύρημα σε διαφορετικά περιβάλλοντα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η συστηματική αυτή καταγραφή αναδεικνύει την ανάγκη οργανωτικών παρεμβάσεων που θα στοχεύουν στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και στην ενίσχυση των διαθέσιμων πόρων, με στόχο τη διατήρηση της επαγγελματικής ευημερίας και της ποιότητας φροντίδας.

2.2 Ηθική δυσφορία (Moral Distress)

2.2.1 Εννοιολογικός ορισμός και μοντέλα ηθικής δυσφορίας

Η ηθική δυσφορία ορίζεται ως ο ψυχολογικός πόνος ή η αγωνία που ανακύπτει όταν ένας επαγγελματίας γνωρίζει την ηθικά σωστή ενέργεια που πρέπει να αναλάβει, αλλά, λόγω εξωτερικών ή εσωτερικών περιορισμών δεν μπορεί να την εκτελέσει, με αποτέλεσμα την εσωτερική σύγκρουση που τελικά διαταράσσει τη συνοχή και την ηθική ταυτότητα του ατόμου (Rushton, 2018). Επομένως, αυτή η έννοια συνδέεται στενά με αυτό που έχει ονομαστεί αίσθηση ηθικής παραβίασης, όπου η απόσταση μεταξύ των αξιών της δέσμευσης στην εργασία και των δομών εντός των οποίων λειτουργεί κάποιος επιβάλλει ένα είδος σταδιακού, αλλά αποτελεσματικού, ψυχολογικού φορτίου στην ικανότητα λήψης αποφάσεων (Lamiani & Borghi, 2021). Η ηθική δυσφορία δεν συνιστά απλώς στιγμιαία

ψυχική πίεση, καθώς, σύμφωνα με τις περισσότερες περιγραφές, πυροδοτεί μια παρατεταμένη εσωτερική σύγκρουση, η οποία ξεκινά όταν ο επαγγελματίας εκτεθεί είτε σε ανεπιθύμητες πρακτικές κατ' εξακολούθηση, είτε σε καταστάσεις όπου δεν μπορεί να ασκήσει επαγγελματική κρίση (Houle et al., 2024). Το εννοιολογικό πλαίσιο ενισχύεται περαιτέρω από εμπειρικές περιγραφές περιπτώσεων όπου η ηθική δυσφορία μπορεί επίσης να πυροδοτηθεί από γεγονότα υψηλής πίεσης, όπως οι αναγκαστικές αποφάσεις φροντίδας σε περιβάλλοντα περιορισμένων πόρων, προσθέτοντας ένα επιπλέον συναισθηματικό βάρος στο αίσθημα ότι ο επαγγελματίας παραβιάζει τις αξίες του (Sun et al., 2020). Μια συστηματική περιγραφή των μορφών που λαμβάνει η ηθική δυσφορία μαρτυρά το γεγονός ότι δεν πρόκειται απλώς για πρόσκαιρη ψυχική δυσφορία, αλλά για ένα πιο βαθύ ψυχολογικό μοτίβο που επηρεάζει σε βάθος τη συνολική επαγγελματική παρουσία (Erstein & Heineman, 2020).

Πρόσφατα μοντέλα ηθικής δυσφορίας δείχνουν ότι πρόκειται για μια κατάσταση που αναπτύσσεται όταν το “τι πρέπει να γίνει” και το “τι μπορεί να γίνει” παρεμποδίζονται δομικά από κάποιο εμπόδιο, το οποίο δημιουργεί μια κατάσταση παγίδευσης που σταδιακά διαπερνά τη γνωστική και συναισθηματική λειτουργία, εάν παραμείνει ανεξέλεγκτη (Rushton, 2018). Το σύγχρονο θεωρητικό πλαίσιο για την ηθική δυσφορία διακρίνει μεταξύ πρωτογενών συγκρούσεων, στις οποίες οι επαγγελματίες γνωρίζουν τι πρέπει να κάνουν αλλά εμποδίζονται από εξωτερικές δομές, και δευτερογενών συγκρούσεων, στις οποίες ο επαγγελματικός ρόλος καθίσταται σημείο πίεσης λόγω έλλειψης θεσμικής υποστήριξης (Lamiani & Borghi, 2021). Το εν λόγω θεωρητικό πλαίσιο υιοθετεί πρόσφατα μοντέλα ηθικής δυσφορίας προσανατολισμένα σε επίπεδα, εστιάζοντας στο πώς οι επαναλαμβανόμενες εμπειρίες σύγκρουσης οδηγούν σε ένα σωρευτικό αποτέλεσμα που εκφράζεται μέσω της μειωμένης αντιλαμβανόμενης αυτοαποτελεσματικότητας, η οποία τελικά συνοδεύεται από το σχηματισμό αρνητικών συναισθηματικών προτύπων (Houle et al., 2024). Οι αναλύσεις της έρευνας δείχνουν ότι η ηθική δυσφορία ενισχύεται σημαντικά σε εργασιακά περιβάλλοντα με αντιφατικές απαιτήσεις ή συγκρουόμενες αξίες. Ιδιαίτερα, όταν οι επαγγελματίες έρχονται αντιμέτωποι με ένα ηθικό δίλημμα που δεν μπορεί να επιλυθεί εντός του διαθέσιμου θεσμικού πλαισίου, αυτή η σωρευτική ένταση γίνεται ένας βασικός μηχανισμός που αναγνωρίζεται ως υπεύθυνος για τη μετατροπή της ηθικής δυσφορίας σε δομικό χαρακτηριστικό του επαγγελματικού περιβάλλοντος και σε σημαντικό παράγοντα αποσταθεροποίησης της επαγγελματικής ηθικής ταυτότητας (Sun et al., 2020).

2.2.2 Παράγοντες που προκαλούν ηθική δυσφορία στους εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης

Οι παράγοντες που οδηγούν σε ηθική δυσφορία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας συνδέονται ουσιαστικά με μια κατάσταση εσωτερικής ασυμβατότητας, όπου η κατάλληλη κλινική πρακτική δεν μπορεί να εφαρμοστεί λόγω θεσμικών περιορισμών και της σύγκρουσης μεταξύ επαγγελματικών αξιών και κανόνων του οργανισμού, με άλλα λόγια, διασπά την ηθική συνοχή μέσα σε ένα άτομο (Whitehead et al., 2022). Οι περιορισμοί πόρων αυξάνουν την πιθανότητα έκθεσης σε διλήμματα που δεν μπορούν να επιλυθούν εντός των υφιστάμενων πλαισίων, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με ακραία χρονική πίεση και υποστελέχωση. Η συνεχής αίσθηση, από τους επαγγελματίες, ότι πρέπει συστηματικά να συμπεριφέρονται με τρόπους ασύμβατους με το σύστημα αξιών τους ενισχύει αυτή τη μορφή έκθεσης, μετατρέποντας την έλλειψη πόρων σε πραγματικά βιωμένη εμπειρία ηθικής πίεσης (Kase et al., 2023). Οι οργανωτικοί περιορισμοί λειτουργούν ως θεσμικές δυνάμεις που δημιουργούν συστηματικά περιβάλλοντα υψηλής ηθικής έντασης, όπου η αναντιστοιχία μεταξύ κλινικών αναγκών και διαθέσιμων επιλογών καθιστά την ηθική πίεση ένα επαναλαμβανόμενο αποτέλεσμα της καθημερινής πρακτικής. Με άλλα λόγια, οι οργανωτικοί περιορισμοί παράγουν ένα περιβάλλον διαρκούς ηθικής έντασης, μετατρέποντας ένα περιοδικό φαινόμενο σε μόνιμο χαρακτηριστικό της καθημερινής πρακτικής.

Η υψηλή πολυπλοκότητα μιας υπόθεσης που πρέπει να κριθεί με εξαιρετική αβεβαιότητα προκαλεί πιο έντονα ηθικά διλήμματα, συνδέοντας άμεσα ή έμμεσα παραβιάσεις των υποχρεώσεων δεοντολογίας προς τους επαγγελματίες (Whitehead et al., 2022). Οι πιο συχνοί μεταξύ αυτών των μηχανισμών που δημιουργούν πιέσεις στην ηθική είναι οι καταστάσεις όπου οι επαγγελματίες αναγκάζονται να διαχειρίζονται ασθενείς χωρίς τις απαραίτητες δομές, τεχνολογικά μέσα ή επαρκή υποστήριξη και βοήθεια. Με άλλα λόγια, ο επαγγελματίας αντιλαμβάνεται ότι η παροχή ποιοτικής φροντίδας εξαρτάται από περιορισμούς πέρα από τον έλεγχό του (Kase et al., 2023). Η σύγκρουση εντείνεται όταν πρωτόκολλα, θεσμικές οδηγίες, διοικητικές εντολές επιβάλλουν πρακτικές ασυμβίβαστες με την κλινική κρίση του επαγγελματία, επειδή τότε δημιουργείται ένα σύστημα αντιφατικών υποχρεώσεων όπου η άσκηση του επαγγέλματος με ηθικό τρόπο καθίσταται αδύνατη. Με επαναλαμβανόμενα διλήμματα αυτού του είδους, συσσωρεύεται ένα ψυχολογικό βάρος όπου ένα μεμονωμένο αίσθημα ηθικής ασυμφωνίας μετατρέπεται σε

δομικό χαρακτηριστικό της εργασιακής εμπειρίας που διευκολύνει και δικαιολογεί την βραδεία και σταδιακή διαδικασία διάβρωσης της ηθικής ανθεκτικότητας (Epstein & Hamric, 2009; Rushton, 2018).

Οι διαπροσωπικές και οργανωτικές εντάσεις που οδηγούν σε συγκρούσεις ρόλων, προβλήματα επικοινωνίας και διαφορετικές προσδοκίες μεταξύ των ομάδων φροντίδας και των διοικητικών δομών είναι επίσης κεντρικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ηθική δυσφορία (Whitehead et al., 2022). Οι επαγγελματίες αισθάνονται ότι δεν έχουν τον απαραίτητο έλεγχο για να είναι σε θέση να ενεργούν ηθικά στο πλαίσιο της εργασίας τους, όταν οι επαγγελματικές αποφάσεις θεωρούνται ότι λαμβάνονται σε επίπεδο διοίκησης χωρίς επαρκή κατανόηση της κλινικής πραγματικότητας. Αυτή η αντίληψη ενισχύεται από την πραγματική έλλειψη ελέγχου που διαπίστωσαν οι Kase et al. (2023). Η σωστή δράση εξαρτάται από εξωτερικές αποφάσεις που δεν ευθυγραμμίζονται με τις ανάγκες των ασθενών: περιβάλλοντα στα οποία εκτίθενται οι επαγγελματίες, όπου η εφαρμογή ανήκει εν όλω ή εν μέρει εκτός της δικής τους εξουσίας. Αυτή η ασυμφωνία μεταξύ των επαγγελματικών αξιών/πρακτικών και των οργανωτικών αξιών αυξάνει τις συνθήκες για ηθική δυσφορία. Αυτό αναπόφευκτα μειώνει την ικανότητα ηθικής ανθεκτικότητας και δημιουργεί ένα σημείο καμπής στο οποίο η ηθική δυσφορία γίνεται μια σταθερή και προβλέψιμη συνθήκη εργασίας σε τέτοια περιβάλλοντα υψηλής πίεσης.

2.2.3 Επιπτώσεις στους εργαζομένους, τους οργανισμούς και τους ασθενείς

Η ηθική δυσφορία επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τις ψυχολογικές πτυχές των επαγγελματιών υγείας. Προκαλεί συναισθηματικό πόνο και γνωστική δυσλειτουργία, μειώνοντας την ικανότητά τους για κλινική λήψη αποφάσεων. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ηθικές συγκρούσεις διαβρώνει σταδιακά την αίσθηση επαγγελματικού ελέγχου και συνοχής της ηθικής ταυτότητας (Epstein & Heineman, 2020). Αυτές οι επιπτώσεις αντικατοπτρίζονται στη λειτουργική ικανότητα των επαγγελματιών. Η συγκέντρωση, η ενσυναίσθηση και η ανταπόκριση στις κλινικές απαιτήσεις μειώνονται. Αυτό οδηγεί σε σταδιακή μείωση της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας και, τελικά, σε αδυναμία προσφοράς συνεπούς φροντίδας (Dodek et al., 2021). Η ηθική δυσφορία συμβάλλει επίσης στην εμφάνιση αποστασιοποιημένης συμπεριφοράς και επαγγελματικής κόπωσης. Αυτά τα φαινόμενα υπονομεύουν τη συνεργασία εντός των ομάδων φροντίδας και μειώνουν τη λειτουργική συνοχή στο εργασιακό περιβάλλον. Έχει παρατηρηθεί αυξημένη

συναισθηματική εξάντληση ως συνέπεια της συσσώρευσης τέτοιων επιδράσεων. Η συναισθηματική εξάντληση λειτουργεί ως άμεσος μηχανισμός στη μεταμόρφωση της ηθικής δυσφορίας σε γενική επαγγελματική δυσλειτουργία (Erstein & Hamric, 2009; Whitehead et al., 2022).

Η ηθική δυσφορία σχετίζεται επίσης με χαμηλότερη οργανωτική δέσμευση σε θεσμικό επίπεδο. Επίσης, παρατηρείται μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και αυξημένες προθέσεις αποχώρησης. Αυτές οι τάσεις οδηγούν σε αστάθεια του εργατικού δυναμικού, ακόμη και πριν εμφανιστούν πραγματικές ελλείψεις προσωπικού σε κρίσιμους τομείς της υγείας. Όλα αυτά συμβαίνουν ως αποτέλεσμα της λειτουργικής αναποτελεσματικότητας εντός οργανισμών που αντιμετωπίζουν υψηλά επίπεδα συλλογικής ηθικής δυσφορίας μεταξύ των μελών τους. Η επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ηθικά διλήμματα των επαγγελματιών επιβραδύνει την ταχύτητα απόκρισης, ενώ η συνεργασία, αν και ενισχύει τις ποιοτικές ενδοεπαγγελματικές σχέσεις (Dodek et al., 2021), επιβαρύνει την παροχή υπηρεσιών. Όταν οι επαγγελματίες υποφέρουν από ηθική δυσφορία, είναι λιγότερο ικανοί να διατηρήσουν σταθερή κλινική κρίση. Αυτό μπορεί να οδηγήσει σε ασυνέπεια στην εφαρμογή πρακτικών που βασίζονται σε τεκμηριωμένα στοιχεία σε διαφορετικά περιβάλλοντα. Συνεπώς, γενικεύεται το συμπέρασμα ότι η ηθική δυσφορία επηρεάζει το σύστημα με άμεσες και έμμεσες συνέπειες στην ποιότητα της φροντίδας και στη βιωσιμότητα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Whitehead et al., 2022).

2.2.4 Ηθική δυσφορία σε περιπτώσεις προσφύγων/μεταναστών

Σε περιβάλλοντα υψηλής ηθικής έντασης, δημιουργείται αίσθημα ηθικής παραβίασης, καθώς οι επαγγελματίες υγείας αδυνατούν να ικανοποιήσουν ακόμη και βασικές ανάγκες του ασθενούς και αντιλαμβάνονται ότι δεν είναι δυνατή καμία αποτελεσματική δράση (Willen, 2021). Οι περιορισμοί πόρων, οι ακατάλληλες υποδομές και οι κοινωνικές επιπλοκές που συχνά συνοδεύουν τους πληθυσμούς προσφύγων και μεταναστών διαμορφώνουν ένα πλαίσιο μέσα στο οποίο οι επαγγελματίες καλούνται να λειτουργούν υπό μόνιμες συνθήκες ανεπάρκειας, ενισχύοντας έτσι τη συσσωρευμένη ηθική δυσφορία.

Έχει αναφερθεί επαγγελματική εξουθένωση μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε εγκαταστάσεις που δέχονται αιτούντες άσυλο, καθώς

καλούνται να διαχειριστούν εμπειρίες που σχετίζονται με τραύμα, ακραίες συνθήκες διαβίωσης και υψηλά επίπεδα αβεβαιότητας. Ως αποτέλεσμα, είναι πιθανό να συσσωρευούν με την πάροδο του χρόνου τόσο επαγγελματική εξουθένωση όσο και ψυχική βλάβη. Η διαδικασία αυτή εντείνεται από το αίσθημα θεσμικής αδυναμίας, καθώς οι επαγγελματίες λειτουργούν σε συστήματα που δεν ανταποκρίνονται επαρκώς στις πολυπλοκότητες των αναγκών του πληθυσμού, οδηγώντας σε μια διαρκή κατάσταση ηθικής σύγκρουσης (Ruiz-Casares et al., 2022).

Οι συνθήκες εργασίας στις δομές φιλοξενίας δημιουργούν περιβάλλοντα στα οποία οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να λαμβάνουν διαδοχικές αποφάσεις σχετικά με την προτεραιοποίηση της φροντίδας, την κατανομή περιορισμένων πόρων και τη διαχείριση ευάλωτων ομάδων. Αυτό αυξάνει τη συχνότητα εμφάνισης ηθικών διλημάτων. Σε συνθήκες ανεπαρκούς θεσμικής στήριξης και έλλειψης ή περιορισμένης πρόσβασης σε εξειδικευμένες υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής φροντίδας, το αίσθημα επαγγελματικής αδυναμίας ενισχύεται, επειδή όλοι οι επαγγελματίες πρέπει να λειτουργούν πέρα από τις διαθέσιμες δυνατότητες και τα οργανωτικά όρια (Ruiz-Casares et al., 2022).

Οι μελέτες αποκαλύπτουν ότι η ανεπαρκής διαχείριση των τραυματικών εμπειριών των πληθυσμών αυτών χωρίς την κατάλληλη υποστήριξη οδηγεί σε συσσώρευση ηθικού φορτίου, λόγω της συνεχούς έκθεσης σε συναισθηματικά φορτισμένες καταστάσεις, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της υγείας. Η συνεχής έκθεση σε τέτοιο περιβάλλον δημιουργεί μια διαρκή εμπειρία ηθικής πίεσης, η οποία σχετίζεται άμεσα με τη λειτουργική επάρκεια, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την επαγγελματική ανθεκτικότητα σε περιβάλλοντα υψηλής κοινωνικής πίεσης (Willen, 2021).

2.3 Υγειονομική περίθαλψη σε μετανάστες/πρόσφυγες: εμπόδια & προκλήσεις

2.3.1 Γλωσσικά εμπόδια και έλλειψη διερμηνείας

Η έλλειψη κοινής γλώσσας δυσχεραίνει άμεσα την αποτελεσματική αλληλεπίδραση μεταξύ του τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και των μεταναστευτικών πληθυσμών στην αξιολόγηση της ακρίβειας, της ερμηνείας των συμπτωμάτων και της ενημερωμένης λήψης κλινικών αποφάσεων, καθώς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που

παρεμποδίζουν την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των μεταναστευτικών πληθυσμών. Οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να παρέχουν φροντίδα σε περιβάλλον αβεβαιότητας, χωρίς να κατανοούν πλήρως τις ανάγκες των ασθενών, λόγω επικοινωνιακών φραγμών που τους εμποδίζουν να λάβουν επαρκείς πληροφορίες (Jeffreys, 2019).

Αυτό το πλαίσιο εντείνει την επαγγελματική επισφάλεια, καθώς είναι πιθανό να προκύψουν παρερμηνείες στις οδηγίες συμμόρφωσης με τα θεραπευτικά πλάνα, εξαιτίας της ολικής ή μερικής απουσίας κοινών γλωσσικών βάσεων. Σε εξαιρετικά πολύπλοκες περιπτώσεις, η ανάγκη σαφούς και ακριβούς επικοινωνίας είναι καθοριστική για την αποφυγή λανθασμένων κλινικών αποφάσεων, οι οποίες ενδέχεται να ληφθούν υπό την εσφαλμένη υπόθεση ότι η πληροφόρηση έχει μεταφερθεί σωστά (Govere & Govere, 2021). Όλες αυτές οι δυσκολίες καθιστούν τη συστηματική παροχή επαγγελματικής διερμηνείας βασικό στοιχείο για την ασφαλή και αποτελεσματική φροντίδα μεταναστών και προσφύγων (Bischoff & Hudelson, 2020).

Η έλλειψη ή η απουσία επαγγελματιών διερμηνέων αποτελεί δομικό θεσμικό εμπόδιο που ενισχύει τα γλωσσικά προβλήματα. Αυτό συμβαίνει επειδή δεν υπάρχουν εγγυήσεις ακρίβειας όταν χρησιμοποιούνται μη επαγγελματίες μεσάζοντες, όπως μέλη της οικογένειας ή μέλη της κοινότητας. Ενδέχεται να χαθούν λεπτομέρειες από τις κλινικές πληροφορίες και θα μπορούσαν να υπάρξουν παραβιάσεις της εμπιστευτικότητας (Purnell, 2008). Ο Jeffreys (2019) σημειώνει ότι δημιουργούνται πολλαπλοί κίνδυνοι - με σημαντικότερο την εμφανή παραποίηση, είτε σκόπιμη είτε όχι, από άτυπους διερμηνείς, καθώς και την επιβάρυνση των ασθενών που πρέπει να αναλάβουν ρόλους που δεν είναι συμβατοί με τις ανάγκες τους στο πλαίσιο της κλινικής διαδικασίας.

Η απουσία εξειδικευμένων υπηρεσιών διερμηνείας επιμηκώνει τον χρόνο διαχείρισης περιστατικών και αναγκάζει τους επαγγελματίες να λαμβάνουν αποφάσεις βασισμένες σε περιορισμένη πληροφορία, γεγονός που αυξάνει τον κίνδυνο λαθών και το ψυχοκοινωνικό φορτίο εργασίας (Flores, 2005). Επιπλέον, τα γλωσσικά εμπόδια μειώνουν την ικανότητα των επαγγελματιών να εφαρμόζουν πρακτικές συμμετοχικής φροντίδας, καθώς και να αναπτύσσουν σχέση εμπιστοσύνης ή συνεργασίας μεταξύ αυτών και των

ασθενών, η οποία επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής διαδικασίας (Govere & Govere, 2021).

Συνεπώς, μια πραγματικότητα χωρίς δομημένες υπηρεσίες διερμηνείας αποτελεί σοβαρό εμπόδιο για την ισότιμη πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη, υπογραμμίζοντας την ανάγκη θεσμικής κατοχύρωσης μηχανισμών γλωσσικής υποστήριξης σε όλα τα επίπεδα φροντίδας (Flores, 2005).

2.3.2 Πολιτισμικά εμπόδια και η ανάγκη για πολιτισμική επάρκεια

Τα πολιτισμικά εμπόδια περιέχουν μεγάλες διαφορές στις αντιλήψεις σχετικά με την υγεία και τις προσδοκίες από το σύστημα περίθαλψης. Επιπλέον, υπάρχουν πρότυπα έκφρασης συμπτωμάτων που επηρεάζουν την ακρίβεια με την οποία διεξάγεται η κλινική αξιολόγηση, καθώς και την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενούς και επαγγελματία υγείας (Bischoff et al., 2020). Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τους πολιτισμικούς παράγοντες που επηρεάζουν τη θεραπευτική διαδικασία, όπως διαφορετικές αντιλήψεις για τον πόνο, εναλλακτικές θεραπευτικές πρακτικές και πολιτισμικά διαμορφωμένες προσδοκίες για τον ρόλο του γιατρού και του νοσηλευτή.

Η ανεπαρκής πολιτισμική επάρκεια οδηγεί σε υψηλότερες πιθανότητες παρεξήγησης των κλινικών πληροφοριών, ενώ η μειωμένη εμπιστοσύνη εκδηλώνεται με περιορισμένη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων, με αποτέλεσμα να παρεμποδίζεται η συνολική αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Αυτές οι ανάγκες επιβεβαιώνουν ότι η πολιτισμική αναντιστοιχία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών είναι μια κρίσιμη παράμετρος που ενισχύει την πολυπλοκότητα της φροντίδας και διαταράσσει τις θεσμικές παρεμβάσεις για την ενίσχυση της πολιτισμικής επάρκειας σε όλα τα επίπεδα των υπηρεσιών. (WHO, 2023)

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, η πολιτισμική ποικιλομορφία των πληθυσμών που προσφεύγουν σε υπηρεσίες υγείας απαιτεί στοχευμένη εκπαίδευση των παρόχων στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αναγνώρισης και σεβασμού διαφορετικών πολιτισμικών ταυτοτήτων, προκειμένου να μειωθούν οι ανισότητες στην πρόσβαση και την ποιότητα της φροντίδας (Truong et al., 2014). Τα προγράμματα πολιτισμικής επάρκειας υποστηρίζονται από ερευνητικά δεδομένα που δείχνουν βελτιωμένες δεξιότητες μεταξύ των επαγγελματιών,

αποτελέσματα καλύτερης θεραπευτικής σχέσης, εμπιστοσύνης, αποτελεσματικότητας και κλινικής παρέμβασης, ιδίως ασθενών που προέρχονται από πληθυσμούς που βιώνουν τραύμα, μετατόπιση, ή κοινωνικό αποκλεισμό (Bischoff et al., 2020).

Τέτοιες παρεμβάσεις απαιτούν συνεχή εκπαίδευση του προσωπικού, ανάπτυξη θεσμικών μηχανισμών, μείωση των πολιτισμικών φραγμών, πρακτικές που χρησιμοποιούν πολιτισμικούς μεσολαβητές, διαπολιτισμική εκπαίδευση, προσαρμογή κλινικών πρωτοκόλλων και κάλυψη αναγκών διαφορετικών πολιτισμικών ομάδων (Al Shamsi et al., 2020). Η πολιτισμική επάρκεια ενισχύει τη μείωση των κινδύνων λανθασμένης διάγνωσης και τη βελτίωση της συμμόρφωσης των ασθενών με τις οδηγίες θεραπείας, όταν οι επαγγελματίες υγείας κατανοούν πώς οι πολιτισμικές πεποιθήσεις επηρεάζουν την αντίληψη της ασθένειας και τις αποφάσεις θεραπείας (Truong et al., 2014).

Συνολικά, η πολιτισμική επάρκεια είναι ένα εύχρηστο εργαλείο για τη σύγχρονη παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, καθώς καταλύει την αποτελεσματική παροχή υπηρεσιών υγείας σε μετανάστες ή πρόσφυγες που έχουν πρόσβαση σε διαδικασίες με ίσα δικαιώματα σε θεραπείες (WHO, 2023).

2.3.3 Θεσμικά εμπόδια και πλαίσιο πρόσβασης στην υγεία

Τα θεσμικά εμπόδια που αντιμετωπίζουν μετανάστες και πρόσφυγες στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας αποκαλύπτουν δομικές αδυναμίες των εθνικών συστημάτων φροντίδας. Διαδικασίες ταυτοποίησης, διοικητικές απαιτήσεις και περιορισμοί στην παροχή υπηρεσιών διαμορφώνουν ένα πλαίσιο άνισης πρόσβασης και αυξημένης ευαλωτότητας (Farmakioti et al., 2023). Απουσιάζει ένας ισχυρός θεσμικός μηχανισμός που να διευκολύνει την ένταξη αυτών των πληθυσμών στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να ενισχύεται η καθυστέρηση στην παροχή φροντίδας, δημιουργώντας συνθήκες όπου οι ασθενείς δεν μπορούν να λάβουν τις απαραίτητες υπηρεσίες εγκαίρως, ειδικά στις δομές πρώτης υποδοχής (Ouzounidou et al., 2024).

Οι πολιτικές ένταξης στο σύστημα υγειονομικής ασφάλισης είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένες, με αποτέλεσμα την εξάρτηση από κατακερματισμένα δίκτυα υπηρεσιών, γεγονός που περιορίζει τη συνέχεια της φροντίδας και ενισχύει τις ανισότητες (Castañeda et al., 2015). Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή υπογραμμίζει το γεγονός ότι η ετερογένεια στις

πολιτικές υγείας των κρατών μελών δημιουργεί πρόσθετα εμπόδια, επειδή η ακραία και εγκεκριμένη πρόσβαση που εφαρμόζεται μέσω προστασίας οδηγεί σε σημαντικές διαφορές στην ποιότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (European Commission 2021).

Η πρόσβαση των μεταναστών και των προσφύγων στην υγεία παραμένει υπό το πρίσμα του νομικού καθεστώτος, της διαδικασίας ασύλου και της ύπαρξης προσωρινών ή περιορισμένων δικαιωμάτων, αυξάνοντας την ευαλωτότητά τους σε κινδύνους για την υγεία και την καθυστερημένη διάγνωση, γεγονός που αποδεικνύεται ευρέως διεθνώς (UNHCR, 2024). Ο FRA επισημαίνει ότι οι θεσμικές διακρίσεις και οι πράξεις διοικητικού αποκλεισμού είναι ανεξέλεγκτες στα κράτη μέλη, γεγονός που δυσχεραίνει την πρόσβαση σε βασικές υπηρεσίες, ιδίως για άτομα που δεν διαθέτουν πλήρη τεκμηρίωση ή βρίσκονται στα αρχικά στάδια της διαδικασίας ασύλου (FRA, 2022).

Στην Ελλάδα, με το Προεδρικό Διάταγμα 106/2020 τέθηκαν όροι που ρυθμίζουν την πρόσβαση των αιτούντων διεθνή προστασία σε υπηρεσίες υγείας, θεσπίζοντας έτσι έναν θεσμικό μηχανισμό που, παρά τους κανονισμούς του, καταγράφει σημαντικές λειτουργικές δυσκολίες στη διασύνδεση των διοικητικών διαδικασιών με τις υπηρεσίες υγείας. (Προεδρικό Διάταγμα 106/2020). Η γενική εικόνα υποδηλώνει ότι τα θεσμικά εμπόδια αποτελούν σταθερό και συστημικό παράγοντα άνισης πρόσβασης, καθιστώντας αναγκαία τη θεσμική αναδιάρθρωση και συντονισμένες παρεμβάσεις για την ενίσχυση της λειτουργικής συνοχής του συστήματος (Farmakioti et al., 2023).

2.3.4 Ειδικές συνθήκες στα Ελληνικά Νησιά

Οι υγειονομικές μονάδες στα ελληνικά νησιά και οι εργαζόμενοι στον τομέα της υγείας λειτουργούν σε ένα ιδιαίτερα επιβαρυνμένο περιβάλλον, καθώς κυρίως η συνεχής ροή προσφύγων και μεταναστών δημιουργεί άμεσες και πιεστικές ανάγκες για φροντίδα, οι οποίες υπερβαίνουν σημαντικά τις διαθέσιμες υλικές και ανθρώπινες δυνατότητες. Οι διαρκείς αβεβαιότητες, οι συχνές τροποποιήσεις στις διαδικασίες και η έλλειψη θεσμικής σταθερότητας επιδεινώνουν περαιτέρω τη συνοχή και την ασφάλεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, ενώ τοποθετούν τους επαγγελματίες υγείας σε ένα δυναμικό και ασταθές πλαίσιο, που απαιτεί συνεχή επαγγελματική προσαρμογή.

Οι αναφορές από ιατρικές ανθρωπιστικές οργανώσεις καταγράφουν συστηματικά σοβαρές ελλείψεις στις υποδομές, υπερπληθυσμό, και κινδύνους για τη δημόσια υγεία, που ασκούν πίεση στο τοπικό σύστημα υγείας και περιορίζουν την ικανότητά του να προσφέρει ποιοτική φροντίδα. Η κατάσταση επιδεινώνεται από τη μειωμένη πρόσβαση σε εξειδικευμένες υπηρεσίες, καθώς και από τη θεσμική αβεβαιότητα σχετικά με τη διαχείριση του πληθυσμού στις δομές πρώτης γραμμής (UNHCR, 2024· European Commission, 2024).

Η λειτουργία των εγκαταστάσεων στα νησιά επηρεάζεται επίσης από τις διαδικασίες μετακίνησης, τα πρωτόκολλα κατανομής του πληθυσμού και τα πρακτικά εμπόδια λόγω της ελάχιστης μεταφοράς και συνδεσιμότητας με τις μονάδες της ηπειρωτικής χώρας, γεγονός που καθυστερεί και εντείνει το λειτουργικό βάρος στις τοπικές υπηρεσίες. Η συστηματική καταγραφή πτυχών, όπως η έλλειψη ή η ανεπάρκεια προσωπικού, οι ανθυγιεινές συνθήκες και η περιορισμένη πρόσβαση σε εξοπλισμό, παρουσιάζουν ένα πλαίσιο υψηλού κινδύνου εντός του οποίου η ποιότητα της φροντίδας επηρεάζεται άμεσα από τις δομικές αδυναμίες των εγκαταστάσεων φιλοξενίας (IOM, 2023).

2.4 Προστατευτικοί παράγοντες και οργανωτικοί πόροι

2.4.1 Οργανωσιακή υποστήριξη: ορισμοί και μοντέλα

Η οργανωσιακή υποστήριξη ορίζεται από τις αντιληπτές παραμέτρους του εργαζομένου, αναφορικά με το κατά πόσο ο οργανισμός εκτιμά τη συμβολή του, ενδιαφέρεται για την ευημερία του και του διαθέτει αποτελεσματικά μέσα για την εκτέλεση των καθηκόντων του. Αυτό το στοιχείο συνδέεται άμεσα με τη θεωρία της αντιληπτής οργανωσιακής υποστήριξης και τη λειτουργική της επίδραση στην επαγγελματική συμπεριφορά (Eisenberger & Stinglhamber, 2011). Αναπτύσσεται ως βασικός μηχανισμός για την κατανόηση των σχέσεων μεταξύ εργαζομένων και οργανισμών, όπου η θετική πρακτική διαχείριση αυξάνει το αίσθημα ασφάλειας, μειώνοντας τις πιθανότητες επαγγελματικής δυσλειτουργίας ακόμη και υπό συνθήκες ψυχοκοινωνικής εργασίας (Orgambídez & Almeida, 2020).

Η οργανωσιακή υποστήριξη θα πρέπει να ερμηνεύεται από μοντέλα που εξηγούν τη διασύνδεση της παροχής πόρων με την αυτοαποτελεσματικότητα στην εργασία, μαζί με τις γενικές επιπτώσεις παραγόντων οργανωτικού επιπέδου που σχετίζονται με σταθερή

διοικητική παρουσία και συνεκτική ροή πληροφοριών. Υποστηρίζοντας αυτήν την περιγραφή, παρουσιάζονται δεδομένα που δείχνουν ότι οι διοικητικές πρακτικές στο επίπεδο των διευθυντών νοσηλευτών δεν πρέπει να εκλαμβάνονται αποκλειστικά ως ad hoc υποστήριξη προς τους νοσηλευτές, αλλά ως συστημικός παράγοντας στις συνθήκες εργασίας και την ποιότητα της επαγγελματικής λειτουργίας. Θεωρητικά, η ενδυνάμωση των εργαζομένων προβάλλεται συστηματικά ως κρίσιμο στοιχείο για την αποτελεσματική λειτουργία των οργανισμών υγείας μέσω πολιτικών επένδυσης στην ενδυνάμωση του προσωπικού (Najjar et al., 2021).

Η οργανωσιακή υποστήριξη αναλύεται μέσω μοντέλων που επιτρέπουν αλληλεπιδράσεις μεταξύ των απαιτήσεων της εργασίας και των πόρων. Οι πρόσθετοι πόροι μειώνουν τις επιδράσεις των επαγγελματικών πιέσεων. Η επαγγελματική εξουθένωση, υπό συνθήκες υψηλού φόρτου εργασίας, μπορεί να θεωρηθεί λιγότερο πιθανή όταν ενισχύονται οι πόροι (Eisenberger & Stinglhamber, 2011). Η αντιληπτή οργανωσιακή υποστήριξη λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας, καθώς συμβάλλει στην οικοδόμηση εμπιστοσύνης μεταξύ εργαζομένων και διοίκησης και δημιουργεί ένα περιβάλλον όπου οι επαγγελματίες αισθάνονται ότι οι ανάγκες τους λαμβάνονται υπόψη κατά τη χάραξη πολιτικής σε οποιοδήποτε επίπεδο (Orgambidez & Almeida, 2020). Η αιτιακή σχέση που διαπιστώνεται όταν υπάρχει αυτή η υποστήριξη επιφέρει υψηλότερα επίπεδα επαγγελματισμού, εκφραζόμενα από πρόθεση μη εγκατάλειψης και ανθεκτικότητα απέναντι στις καθημερινές πρακτικές απαιτήσεις της υγειονομικής περίθαλψης. Οι οργανισμοί που εφαρμόζουν συνεπείς υποστηρικτικές παρεμβάσεις μέσω προγραμμάτων κατάρτισης ή βελτιωμένης επικοινωνίας με συστηματική ανατροφοδότηση αξιολογούνται υψηλότερα στη συνοχή, άρα και στην καλύτερη διαχείριση των λειτουργικών πιέσεων.

Η γενική προοπτική αποδεικνύει ότι η οργανωσιακή υποστήριξη είναι δομικός παράγοντας για τη διατήρηση της επαγγελματικής λειτουργικότητας, δηλαδή αποτελεσματικοί οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης που ανταποκρίνονται στις αυξημένες απαιτήσεις των σύγχρονων συνθηκών φροντίδας.

2.4.2 Η εκπαίδευση στην πολιτισμική επάρκεια ως προστατευτικός μηχανισμός

Η εκπαίδευση στην πολιτισμική επάρκεια αποτελεί τον κύριο προστατευτικό παράγοντα για τους επαγγελματίες υγείας, επειδή ενισχύει την κατανόηση πολιτισμικών

διαφορών - όπως η κλινική επικοινωνία, η συμπεριφορά ασθενών και η λήψη θεραπευτικών αποφάσεων - που συχνά ερμηνεύονται από το πλαίσιο αναφοράς των ίδιων των επαγγελματιών (Truong et al., 2020). Τέτοια προγράμματα εκπαίδευσης αναπτύσσουν την ανταπόκριση του προσωπικού απέναντι στη γλωσσική, αξιακή ή θρησκευτική ποικιλομορφία, αποτρέποντας παρερμηνείες και επακόλουθα κλινικά σφάλματα λόγω πολιτισμικών διαφορών (Truong et al., 2014). Αυτός ο τύπος παρέμβασης δημιουργεί ευνοϊκό περιβάλλον φροντίδας που υποστηρίζει συστηματικά την πρακτική βασισμένη στη γνώση, ευαισθητοποιώντας διαφορετικές ομάδες σχετικά με την ασφαλή παροχή φροντίδας με βελτιωμένη αποτελεσματικότητα στη θεραπευτική διαδικασία (Jeffreys, 2019).

Σε οργανωτικό επίπεδο, η εκπαίδευση στην πολιτισμική επάρκεια αποτελεί βασικό εργαλείο για τη μείωση του γνωστικού και συναισθηματικού φορτίου των επαγγελματιών που εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλής πολιτισμικής ποικιλομορφίας, λειτουργώντας ως συνολικό μέσο ενίσχυσης της επαγγελματικής ανθεκτικότητας (Truong et al., 2020). Υπάρχουν στοιχεία που δείχνουν ότι η στοχευμένη εκπαίδευση ενισχύει τη συνεργασία εντός των κλινικών ομάδων και προάγει θεσμικές πρακτικές που υποστηρίζουν τη συνεκτική παροχή φροντίδας, μειώνοντας την πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης (Truong et al., 2014). Ένα τέτοιο πλαίσιο δημιουργεί περιβάλλον στο οποίο οι εργαζόμενοι αισθάνονται ενδυναμωμένοι να επικοινωνούν αποτελεσματικά μεταξύ διαφορετικών ομάδων ασθενών, ενισχύοντας την επαγγελματική αυτοαποτελεσματικότητα και μειώνοντας παράλληλα τις συνθήκες ηθικής και ψυχοκοινωνικής πίεσης (Jeffreys, 2019)

2.4.3 Επάρκεια προσωπικού, υποστήριξη από τη διοίκηση, εργασιακό περιβάλλον

Η στελέχωση παραμένει βασικό στοιχείο για τη διατήρηση της λειτουργικής σταθερότητας των υπηρεσιών υγείας, καθώς η αναλογία εργαζομένων προς φόρτο εργασίας επηρεάζει άμεσα πτυχές σχετικές με την ποιοτική παροχή υπηρεσιών, το επαγγελματικό άγχος μεταξύ των εργαζομένων και την τελική επαγγελματική εξουθένωση, ιδιαίτερα σε περιβάλλοντα με υψηλές κλινικές απαιτήσεις (Aiken et al., 2022). Η υποστελέχωση οδηγεί σε υπεραπασχόληση του διαθέσιμου προσωπικού και, κατ' επέκταση, σε αυξημένη κόπωση και μειωμένη δυνατότητα παροχής ποιοτικής φροντίδας. Η μετατόπιση του φόρτου σε μεμονωμένους επαγγελματίες περιορίζει τη συλλογική λειτουργικότητα και την ευελιξία της ομάδας, επηρεάζοντας αρνητικά τη συνέχεια και τη συνοχή των κλινικών διαδικασιών (McHugh et al., 2021).

Η υποστήριξη της ανώτατης διοίκησης αποτελεί ένα σαφές στοιχείο μέσω του οποίου μπορούν να δημιουργηθούν οργανωτικοί πόροι, επειδή οι σαφείς διαδικασίες, συνοδευόμενες από θεσμική καθοδήγηση και ανάπτυξη μηχανισμών ανατροφοδότησης, μειώνουν την αβεβαιότητα και ενισχύουν το αίσθημα ασφάλειας των εργαζομένων (WHO, 2021). Η θεσμική επάρκεια στον σχεδιασμό και τη διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού επισημαίνεται ως ένας κρίσιμος παράγοντας που επηρεάζει τη συνοχή των ομάδων φροντίδας και την ικανότητα αποτελεσματικής αντιμετώπισης των οργανωτικών προκλήσεων (OECD, 2022). Ο σχεδιασμός και η διαχείριση ανθρώπινου δυναμικού θεωρούνται η βασική βάση από την οποία μπορεί να αναπτυχθεί η ομαδική συνοχή στις ομάδες φροντίδας για την επαρκή αντιμετώπιση των οργανωτικών προκλήσεων.

Η ψυχοκοινωνική ευεξία των επαγγελματιών υγείας συνδέεται κυρίως με τις συνθήκες του εργασιακού τους περιβάλλοντος και τα δομικά περιβάλλοντα υψηλής πίεσης στα οποία εκτίθενται συνεχώς χωρίς κανένα υποστηρικτικό μαξιλάρι, τονίζοντας την επαγγελματική εξουθένωση και την αδυναμία διατήρησης σταθερού κλινικού αποτελέσματος (Aiken et al., 2022). Η συχνότητα των εργασιακών συγκρούσεων μειώνεται με σαφείς κατανομές ρόλων μεταξύ των ομάδων φροντίδας και αποτελεσματική επικοινωνία που ενισχύει τη συνοχή, μεταφραζόμενη σε βελτιωμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών (McHugh et al., 2021). Το βάρος σε επαγγελματικό επίπεδο σε υποστηρικτικά περιβάλλοντα που δημιουργούνται εντός των συστημάτων υγείας αναφέρεται ως χαμηλό λόγω μιας σταθερής οργάνωσης διαχείρισης, η οποία είναι ικανή να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις καθημερινές ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις της πρακτικής (WHO, 2021).

Η γενική εικόνα δείχνει ότι η επάρκεια των επιπέδων στελέχωσης, η υποστήριξη από τη διοίκηση και ένα εργασιακό περιβάλλον υψηλής ποιότητας είναι αλληλεπιδρώντες παράγοντες που διαμορφώνουν τη λειτουργική ανθεκτικότητα των δομών υγειονομικής περίθαλψης και, κατ' επέκταση, συμβάλλουν στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. (OECD, 2022)

2.4.4 Η σχέση μεταξύ οργανωτικών πόρων, επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας

Η διεθνής βιβλιογραφία επικεντρώνεται κυρίως στους οργανωτικούς πόρους και την επαγγελματική εξουθένωση, επειδή οι δομικοί, διοικητικοί ή ψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί

υποστήριξης προσδίδουν ανθεκτικότητα στις υψηλές απαιτήσεις του προσωπικού (Najjar et al., 2021). Όταν η σταθερότητα των πόρων στα συστήματα υγείας διασφαλίζεται μέσω ασφαλών εργασιακών προτύπων, σαφών πρωτοκόλλων και αποτελεσματικών μηχανισμών επικοινωνίας, η λήψη αποφάσεων από τους επαγγελματίες υποστηρίζεται από τη θεσμική συνοχή και επάρκεια, μειώνοντας τον κίνδυνο ηθικών συγκρούσεων (Rushton, 2018). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα μια κατάσταση όπου η εξάντληση και η ηθική πίεση πολλαπλασιάζουν την εργασία, μειώνοντας έτσι την επαγγελματική αποτελεσματικότητα και αποσταθεροποιώντας τελικά τη θεραπευτική διαδικασία. (Van Bogaert et al., 2023)

Η επάρκεια των οργανωτικών πόρων και η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των επαγγελματιών και των διοικητικών δομών επηρεάζονται επίσης από αυτό, επειδή η συνεπής υποστήριξη ενισχύει την αίσθηση ότι οι ανάγκες του προσωπικού λαμβάνονται υπόψη, με αποτέλεσμα να μειώνεται η πιθανότητα εμφάνισης κλινικής και ηθικής δυσφορίας (Najjar et al., 2021). Σε ένα περιβάλλον με ανεπαρκείς πόρους, η αδυναμία εκπλήρωσης ακόμη και των πιο βασικών επαγγελματικών απαιτήσεων αυξάνει την πιθανότητα ηθικών διλημμάτων, καθώς οι επαγγελματίες πρέπει να λαμβάνουν αποφάσεις με ελάχιστη υποστήριξη και υψηλή αβεβαιότητα, με αποτέλεσμα να αυξάνεται η πίεση στην επαγγελματική κρίση (Rushton, 2022). Η περιορισμένη αλληλεπίδραση πόρων με το φορτίο από έναν επαγγελματία δημιουργεί έναν κύκλο σωρευτικού φόρτου, όπου η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία ενισχύουν αμοιβαία τη συχνότητα και τη σοβαρότητα των επαγγελματικών δυσλειτουργιών (Van Bogaert et al., 2023).

Η συστηματική ενίσχυση των οργανωτικών πόρων αποτελεί μια αποτελεσματική στρατηγική πρόληψης, επειδή ταυτόχρονα μειώνει τις συνθήκες που ευνοούν τη συσσώρευση επαγγελματικής εξουθένωσης, ενισχύει την επαγγελματική ασφάλεια μέσω της διαφάνειας και της σταθερότητας εντός του ιδρύματος και εμποδίζει την εμφάνιση ηθικής δυσφορίας. Περιλαμβάνει την ανάπτυξη μηχανισμών υποστήριξης και την ενίσχυση της επαγγελματικής αυτονομίας, ώστε οι εργαζόμενοι να είναι σίγουροι και λιγότερο εκτεθειμένοι σε ηθικές και κλινικές συγκρούσεις. Η συστηματική επένδυση σε οργανωτικούς πόρους δημιουργεί ανθεκτικές δομές φροντίδας ως βασικό παράγοντα, αποτρέποντας την ψυχοκοινωνική επιβάρυνση στην απόδοση των εργαζομένων στον τομέα της υγείας μέσω αυτής της ανθεκτικότητας.

3 Μεθοδολογία και ερευνητικός σχεδιασμός

3.1 Σκοπός της μελέτης

Η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ηθικής δυσφορίας των επαγγελματιών υγείας αποκτά ιδιαίτερη σημασία στα νησιά υποδοχής, όπου οι συνθήκες εργασίας χαρακτηρίζονται από αυξημένες απαιτήσεις και περιορισμένους πόρους. Οι ασταθείς διοικητικές διαδικασίες, η υποστελέχωση και η έλλειψη σαφούς οργανωτικής καθοδήγησης έχουν συνδεθεί με ενίσχυση της ηθικής δυσφορίας, ιδίως σε περιβάλλοντα όπου οι εργαζόμενοι καλούνται να λειτουργούν πέρα από τις διαθέσιμες δυνατότητες του συστήματος (Willen, 2021). Παράλληλα, η συστηματική συσχέτιση μεταξύ αυξημένων εργασιακών απαιτήσεων και επαγγελματικής εξουθένωσης έχει τεκμηριωθεί τόσο στη διεθνή όσο και στην ελληνική βιβλιογραφία (McHugh et al., 2021).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η αποτύπωση του επιπέδου ηθικής δυσφορίας και επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υπηρεσίες σε μετανάστες και πρόσφυγες σε ελληνικά νησιά με υψηλή πίεση στις δομές υγείας. Επιπλέον, η μελέτη επιδιώκει να διερευνήσει τον ρόλο οργανωτικών παραγόντων, όπως η διοικητική υποστήριξη και η επάρκεια υπηρεσιών διερμηνείας, στη διαμόρφωση της εμπειρίας των εργαζομένων (Van Bogaert & Clarke, 2023). Παράλληλα, εξετάζεται κατά πόσο η καθημερινή επαφή με ευάλωτους πληθυσμούς επηρεάζει τη βιωμένη εμπειρία της φροντίδας και συμβάλλει στη συστηματική ψυχική εξάντληση των επαγγελματιών (Spes & Pallas, 2022).

Η έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση των σχέσεων μεταξύ των παραπάνω μεταβλητών, με στόχο την ανάδειξη τόσο των παραγόντων που επιτείνουν την επιβάρυνση όσο και των πιθανών οδών οργανωτικής βελτίωσης.

3.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα διαμορφώνονται με βάση πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα που υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία δεν αποτελούν απλώς παράλληλα φαινόμενα, αλλά αλληλεξαρτώμενες διαδικασίες οι οποίες εντείνονται

σε περιβάλλοντα αυξημένης πίεσης, υποστελέχωσης και υψηλής ζήτησης φροντίδας (McHugh et al., 2021).

Στα νησιωτικά πλαίσια, η παροχή φροντίδας σε μετανάστες και πρόσφυγες φαίνεται να ενισχύει τους οργανωτικούς περιορισμούς και να συνδέεται με αυξημένο ψυχολογικό βάρος για τους επαγγελματίες υγείας (Spes & Pallas, 2022). Παράλληλα, η ποιότητα της θεσμικής και διοικητικής υποστήριξης αναγνωρίζεται ως κρίσιμος παράγοντας διαμόρφωσης της επαγγελματικής εμπειρίας (Van Bogaert & Clarke, 2023).

Με βάση τα παραπάνω, η παρούσα μελέτη επιχειρεί να απαντήσει στα ακόλουθα ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποια είναι τα επίπεδα ηθικής δυσφορίας και επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται με μετανάστες και πρόσφυγες στα ελληνικά νησιά;
2. Ποια είναι η σχέση οργανωτικών και εργασιακών παραγόντων (π.χ. φόρτος εργασίας, γλωσσικά εμπόδια, θεσμική ασάφεια, διαθεσιμότητα διερμηνείας) με την ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών υγείας στο συγκεκριμένο πλαίσιο;
3. Πώς η αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη και η εκπαίδευση σε πολιτισμική επάρκεια σχετίζονται με την εμπειρία της ηθικής δυσφορίας;

3.3 Σχεδιασμός της μελέτης

Η λογική των ποσοτικών προσεγγίσεων είναι ένα γεγονός που επιτρέπει τη μέτρηση των συμπεριφορικών προτύπων και την παρακολούθηση της εμπειρίας μεταξύ συγκεκριμένων ομάδων εργαζομένων μέσω συστηματικών μετρήσεων. Ο Creswell (2003) σημειώνει ότι οι ποσοτικές μελέτες είναι κατάλληλες όταν ο ερευνητής επιθυμεί να ανακαλύψει κανονικότητες, να εξετάσει συσχετίσεις και να αποδώσει αλλαγές στα φαινόμενα σε διακριτές μεταβλητές. Ο λόγος επιλογής αυτής της προσέγγισης έγκειται στο ερώτημα που εξετάζεται στην παρούσα εργασία, επειδή οι μετρήσιμοι οργανωτικοί και ατομικοί παράγοντες επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση και οι συνθήκες ηθικής δυσφορίας φαίνεται να επηρεάζονται από αυτούς. Ιδιαίτερα σημαντική, σύμφωνα με τον Bryman (2017), είναι η χρήση δομημένων εργαλείων, καθώς επιτρέπει τη συλλογή και ανάλυση συγκρίσιμων ομοιογενών πληροφοριών.

Η έρευνα έχει σχεδιαστεί ως διατομεακή. Ο Denscombe (2010) παρέχει αιτιολόγηση για την επιλογή της διατομεακής έρευνας σε περιπτώσεις όπου αναζητούνται αναδυόμενα

πρότυπα και σχέσεις μεταξύ παραγόντων και όχι αιτιότητα. Ωστόσο, ορισμένοι σαφείς περιορισμοί συνοδεύουν αυτήν την επιλογή, δηλαδή ότι δεν υπάρχει χρονική διάσταση που να επιτρέπει στον ερευνητή να παρατηρεί με προσοχή τις αλλαγές στη δυναμική με την πάροδο του χρόνου. Ένα σημείο που είχε θέσει προηγουμένως ο Kothari (2004). Αυτό που έχει δικαιολογηθεί, ωστόσο, είναι μια ιδιαίτερη μορφή σχεδιασμού, όπου η γρήγορη αλλά συστηματική καταγραφή σε ένα περιβάλλον που χαρακτηρίζεται από υψηλή ένταση και ετερογένεια εμπειριών είναι επαγγελματική.

Ένα βασικό στοιχείο του σχεδιασμού είναι η χρήση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου. Όπως αναφέρεται από τους Cohen et al., (2013), «η ανωνυμία γεννά ειλικρίνεια» (σελ. 333), ιδιαίτερα όταν το υπό συζήτηση περιεχόμενο σχετίζεται με ψυχοκοινωνικές εντάσεις ή εμπειρίες που μπορεί να εκθέσουν τον εργαζόμενο. Η επιλογή του αυτοσυμπληρούμενου εργαλείου μειώνει την επιρροή του ερευνητή και προσφέρει μια πιο σταθερή μέτρηση, μια πρακτική που υποστηρίζεται από τον Zafeiropoulos (2016) ως κατάλληλη για έρευνα σε επαγγελματικά περιβάλλοντα. Ωστόσο, υπάρχει κίνδυνος παρερμηνείας των ερωτήσεων που συζητούνται από τους Leedy & Ormrod (2001) και ως εκ τούτου απαιτείται προσεκτικός σχεδιασμός και πιλοτικές δοκιμές.

Οι Saunders et al. (2012) αναφέρουν ότι ο σχεδιασμός της έρευνας θα πρέπει να σχετίζεται με τις ανάγκες του επιστημονικού κλάδου. Σε αυτή την περίπτωση, είναι γεγονός ότι οι εργαζόμενοι στα νησιά εργάζονται σε περιβάλλοντα υψηλής πίεσης και μπορεί να είναι πρόθυμοι να διατυπώσουν εμπειρίες που σχετίζονται με θεσμικές ή οργανωτικές αποτυχίες μόνο με ακραίο δισταγμό. Ως εκ τούτου, οι ποσοτικά ανώνυμες προσεγγίσεις ταιριάζουν καλύτερα σε τέτοιες ιδιαιτερότητες, καταγράφοντας συστηματικά τις εκφρασμένες εμπειρίες τους μέσω εργαλείων τεκμηριωμένης αξιοπιστίας και εγκυρότητας, ως ένα εξαιρετικά αποτελεσματικό πρακτικό μέσο για την καταγραφή τάσεων και την έμφαση σε κρίσιμες σχέσεις.

3.4 Καινοτομία και αναμενόμενη συμβολή της έρευνας

Σύμφωνα με τους Maslach και Leiter (2016), η επαγγελματική εξουθένωση αναπτύσσεται εντονότερα σε εργασιακά περιβάλλοντα όπου οι απαιτήσεις υπερβαίνουν συστηματικά τους διαθέσιμους πόρους, ιδίως στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Στο πλαίσιο των ελληνικών νησιών, οι δομές υγείας καλούνται να υποστηρίξουν ιδιαίτερα ευάλωτους πληθυσμούς, ενώ παράλληλα αντιμετωπίζουν θεσμικές ασάφειες, διοικητική

αστάθεια και οργανωτικές ελλείψεις. Η παρούσα μελέτη προσεγγίζει την επαγγελματική εξουθένωση και την ηθική δυσφορία όχι ως παράλληλα φαινόμενα, αλλά ως αλληλένδετες διαδικασίες που αναπτύσσονται εντός ενός συγκεκριμένου κοινωνικού και οργανωτικού πλαισίου, στοιχείο που συνιστά βασική καινοτομία της ερευνητικής προσέγγισης. Όπως επισημαίνουν οι Spes και Pallas (2022), οι εργαζόμενοι στα νησιά βιώνουν πίεση που υπερβαίνει τα συνήθη επαγγελματικά όρια, λειτουργώντας σε καθεστώς διαρκούς επιφυλακής. Το πλαίσιο αυτό καθιστά επιτακτική την ταυτόχρονη ανάλυση των δύο φαινομένων.

Η μελέτη επιχειρεί να καλύψει ερευνητικά κενά που αφορούν επαγγελματίες υγείας οι οποίοι εργάζονται με πρόσφυγες και μετανάστες. Αν και η βιβλιογραφία εξετάζει την επαγγελματική εξουθένωση στα γενικά συστήματα υγείας και την ηθική δυσφορία σε περιβάλλοντα υψηλού στρες (Houle et al., 2024), σπανίως αναλύεται η διασύνδεσή τους σε πλαίσια όπου συνυπάρχουν οργανωτικοί περιορισμοί, θεσμική αβεβαιότητα και αυξημένες απαιτήσεις πολιτισμικής επάρκειας. Η παρούσα έρευνα επιδιώκει να αναδείξει αυτή τη διασταύρωση, διερευνώντας την αλληλεπίδραση μεταξύ εργασιακών εμποδίων και μορφών ψυχικής επιβάρυνσης.

Η συμβολή της μελέτης εκτείνεται και στο επίπεδο των οργανωτικών πολιτικών. Έρευνες έχουν δείξει ότι η αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη λειτουργεί προστατευτικά έναντι της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ ακόμη και περιορισμένα στοιχεία διοικητικής σταθερότητας μειώνουν το αίσθημα ηθικής αστάθειας (Van Bogaert & Clarke, 2023). Αντιθέτως, η έλλειψη σαφών διαδικασιών και η απουσία συμμετοχής στις αποφάσεις συνδέονται με αυξημένη ψυχική επιβάρυνση και ενισχυμένη πρόθεση αποχώρησης (Najjar & Davis, 2021). Η μελέτη συνδέει τα ευρήματα αυτά με το νησιωτικό περιβάλλον, όπου οι οργανωτικές δυσκολίες δεν αποτελούν παροδικά προβλήματα αλλά διαρθρωτικά χαρακτηριστικά της λειτουργίας των δομών. Με τον τρόπο αυτό συμβάλλει στην κατανόηση των μηχανισμών μέσω των οποίων οι οργανισμοί υγείας μπορούν να ενισχύσουν την ανθεκτικότητα του προσωπικού.

Η σημασία της έρευνας συνδέεται άμεσα και με την ποιότητα της φροντίδας. Σε συστήματα όπου η επαγγελματική εξουθένωση αυξάνεται, η συνοχή της υπηρεσίας αποδυναμώνεται και ο κίνδυνος σφαλμάτων ενισχύεται (McHugh et al., 2021). Σε

περιβάλλοντα υψηλής πίεσης, η ψυχική υγεία των εργαζομένων δεν μπορεί να θεωρηθεί αμιγώς ατομικό ζήτημα, αλλά παράγοντας που επηρεάζει την ασφάλεια και την ισότιμη πρόσβαση των ευάλωτων πληθυσμών στη φροντίδα. Η παρούσα εργασία επιχειρεί να αναδείξει συστηματικά τον τρόπο με τον οποίο οι ιδιαιτερότητες του νησιωτικού πλαισίου επηρεάζουν την παροχή υπηρεσιών υγείας, προτείνοντας παράλληλα κατευθύνσεις για οργανωτικές παρεμβάσεις.

Σε θεωρητικό επίπεδο, η μελέτη ενισχύει την κατανόηση της αλληλεπίδρασης μεταξύ οργανωτικών συνθηκών και ψυχοκοινωνικών εκβάσεων σε περιβάλλοντα αυξημένης πίεσης. Η συστηματική διερεύνηση της συνύπαρξης επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας στο νησιωτικό πλαίσιο συμβάλλει στη διαμόρφωση τεκμηριωμένων παρεμβάσεων οργανωτικής βελτίωσης και υποστήριξης του ανθρώπινου δυναμικού.

3.5 Πληθυσμός – Δείγμα – Δειγματοληψία

Ο ορισμός του πληθυσμού αποτελεί κρίσιμο σημείο σε ποσοτικές μελέτες, καθώς η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων εξαρτάται από το κατά πόσο το δείγμα αντανακλά με επάρκεια το ερευνητικό πεδίο. Σύμφωνα με τον Creswell (2014), η σαφής οριοθέτηση του πληθυσμού αποτρέπει ασυμβατότητες μεταξύ ερευνητικών στόχων και εργαλείων μέτρησης, ενώ ο Bryman (2017) υπογραμμίζει ότι ο πληθυσμός πρέπει να ορίζεται με βάση τη θεωρητική και εμπειρική συνάφεια με το υπό μελέτη φαινόμενο.

Στην παρούσα μελέτη, ο πληθυσμός περιλαμβάνει τους επαγγελματίες υγείας που υπηρετούν σε δομές παροχής φροντίδας σε πρόσφυγες και μετανάστες στα νησιά Λέρου και Κω, συμπεριλαμβανομένων ιατρών, νοσηλευτών, μαιών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών. Με βάση διαθέσιμες εσωτερικές εκτιμήσεις στελέχωσης, ο συνολικός πληθυσμός ανέρχεται περίπου σε 390 άτομα.

Για τον προσδιορισμό του απαιτούμενου μεγέθους δείγματος εφαρμόστηκε ο τύπος του Cochran (1977), με επίπεδο εμπιστοσύνης 95%, προβλεπόμενη αναλογία $p = 0.5$ και επιτρεπτό σφάλμα 5%. Μετά τη διορθωτική προσαρμογή για πεπερασμένο πληθυσμό, το θεωρητικό απαιτούμενο δείγμα υπολογίστηκε σε περίπου 193 συμμετέχοντες (Saunders et al., 2019).

Ωστόσο, στις έρευνες πεδίου σε απομακρυσμένες ή εξειδικευμένες δομές, ο λειτουργικά προσβάσιμος πληθυσμός ενδέχεται να διαφέρει από τον ονομαστικό οριζόμενο πληθυσμό (Creswell, 2014). Κατά το διάστημα συλλογής δεδομένων, ο αριθμός των επαγγελματιών που πληρούσαν τα κριτήρια συμμετοχής και είχαν λειτουργική δυνατότητα πρόσβασης στο ερωτηματολόγιο ανήλθε σε 104 άτομα.

Για τον λόγο αυτό εφαρμόστηκε δειγματοληψία ευκολίας με πλήρη απογραφή του διαθέσιμου πληθυσμού (census of available workforce), πρακτική που θεωρείται επιστημονικά αποδεκτή σε πληθυσμούς μικρής κλίμακας ή σε εξειδικευμένα επαγγελματικά περιβάλλοντα (Bryman, 2017). Η επιλογή αυτή επιτρέπει την αποτύπωση της εμπειρίας του συνόλου των προσβάσιμων επαγγελματιών, ενισχύοντας την πληρότητα αποτύπωσης του προσβάσιμου πληθυσμού, παρότι περιορίζει τη γενικευσιμότητα των αποτελεσμάτων.

Η ιδιαιτερότητα του νησιωτικού πλαισίου - γεωγραφική απομόνωση, υποστελέχωση και διακυμάνσεις μεταναστευτικών ροών - συνιστά παράγοντα που επηρεάζει το ερευνητικό πεδίο. Όπως επισημαίνει ο Ζαφειρόπουλος (2016), το ερευνητικό πλαίσιο δεν είναι ουδέτερο, αλλά συνδιαμορφώνει την ερμηνεία των φαινομένων. Στις έρευνες υγείας, το περιβάλλον λειτουργεί συχνά ως ενεργός παράγοντας που επηρεάζει τις αντιλήψεις και τις απαντήσεις των συμμετεχόντων (Lagoumintzis et al., 2015). Στην παρούσα μελέτη, το πλαίσιο αυτό δεν αντιμετωπίζεται ως περιορισμός, αλλά ως ουσιώδης συνιστώσα κατανόησης των οργανωτικών και ψυχοκοινωνικών πιέσεων που εξετάζονται.

3.6 Εργαλεία μέτρησης

Τα εργαλεία μέτρησης αποτελούν βασικό στοιχείο της μεθοδολογικής προσέγγισης, επειδή καθορίζουν τόσο τι μπορεί να παρατηρηθεί και να αναφερθεί, όσο και πόσο σταθερά μπορεί να καταγραφεί. Ο Creswell (2003) υποστηρίζει ότι ένα κατάλληλο εργαλείο δεν είναι μόνο τυπικά αξιόπιστο, αλλά καταγράφει επίσης ουσιαστικά την πραγματική εμπειρία ενός συμμετέχοντα σε ένα συγκεκριμένο πλαίσιο. Αυτό το επιχείρημα καθίσταται κρίσιμο για μελέτες που ασχολούνται με ψυχοκοινωνικά φαινόμενα όπου οι αντιδράσεις των εργαζομένων εξαρτώνται από το εργασιακό τους περιβάλλον για να εκδηλώσουν εμφανή συναίνεση ή διαφωνία με τις πολιτικές της διοίκησης. Ο Bryman (2017) σημειώνει ότι τα εργαλεία θα πρέπει να διαθέτουν σαφήνεια και λειτουργικότητα, ενσωματώνοντας

παράλληλα συγκριτικές αναλύσεις δομών σε φαινόμενα όπως η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία.

Το πρώτο εργαλείο που εφαρμόστηκε είναι το ProQOL-5, ένα από τα πιο δημοφιλή εργαλεία για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όπως σημειώνουν οι Cohen et al. (2013), τα καθιερωμένα εργαλεία παρουσιάζουν σημαντικό πλεονέκτημα, επειδή έχουν εξεταστεί σε διαφορετικές καταστάσεις, αποκαλύπτοντας τόσο περιορισμούς όσο και δυνατότητες. Το ProQOL-5 βοηθά στον διαχωρισμό της εξάντλησης από το δευτερογενές τραυματικό στρες, καθώς και στην ικανοποίηση από την εργασία, καταγράφοντας έτσι τη σύνθετη αντίδραση ενός εργαζομένου σε εξαιρετικά αγχωτικά περιβάλλοντα. Σύμφωνα με τους Leedy & Otmrod (2001), τα πολυδιάστατα εργαλεία παρέχουν μεγαλύτερη εικόνα για τα ψυχολογικά πολύπλοκα φαινόμενα. Ωστόσο, ο Denscombe (2010) προειδοποιεί ότι οι συμμετέχοντες ενδέχεται να μην εκτιμούν πάντα τις λεπτές διακρίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων εντός μεγαλύτερων κλιμάκων, επομένως οι απαντήσεις θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή όπου το επιτρέπει το πλαίσιο.

Η ηθική δυσφορία μετρείται στην κλίμακα MMD-HP. Η χρήση εξειδικευμένων εργαλείων, σημειώνει ο Creswell (2014), παρέχει μια ισχυρότερη βάση για έρευνα επειδή συνδέεται άμεσα με τη θεωρητική σημασία του φαινομένου. Η ηθική δυσφορία δεν μπορεί να αναχθεί σε μια συναισθηματική αντίδραση. Συνδέεται με αντιληπτές συγκρούσεις μεταξύ «σωστού» και «εφικτού». Τα εργαλεία που εξετάζουν στάσεις ή ηθικά διλήμματα θα πρέπει, όπως τονίζει ο Bryman (2017), να είναι ευαίσθητα στο πλαίσιο. Αυτό ισχύει στον παρόντα τομέα όπου το εργασιακό περιβάλλον δημιουργεί καθημερινές πιέσεις. Η MMD-HP διευκολύνει την εξερεύνηση τόσο της συχνότητας όσο και της έντασης, καταγράφοντας έτσι τόσο τα επεισοδιακά όσο και τα διαρκή στοιχεία της εμπειρίας. Οι κλίμακες που εξετάζουν δύο διαστάσεις παρέχουν, όπως αναφέρει ο Kothari (2004), μια πληρέστερη εικόνα, αλλά μπορεί να αποδειχθούν δύσκολες για ορισμένους συμμετέχοντες, γεγονός που απαιτεί σαφείς οδηγίες κατά τη συλλογή.

Η ενότητα οργανωτικής υποστήριξης βασίζεται σε κλίμακες που έχουν εφαρμοστεί προηγουμένως σε περιβάλλοντα επαγγελματικής φροντίδας. Οι Saunders et al. (2012) προτείνουν ότι οι αντιλήψεις πρέπει να καταγράφονται μέσω δομημένων δηλώσεων σχετικών με τις καθημερινές πρακτικές, επειδή οι απαντήσεις των ατόμων είναι πιο αξιόπιστες όταν το περιεχόμενο αντανάκλα την πραγματική εμπειρία παρά όταν βασίζεται

σε αφηρημένες έννοιες. Η ενότητα περιέχει στοιχεία διοικητικής υποστήριξης, επάρκειας διαδικασιών και πληροφοριών για τους εργαζομένους. Η κλίμακα οργανωσιακής υποστήριξης που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη περιλάμβανε στοιχεία που αποτυπώνουν τόσο θετικές διαστάσεις διοικητικής και συναδελφικής υποστήριξης όσο και την παρουσία οργανωτικών εμποδίων. Ως εκ τούτου, ο δείκτης αποτυπώνει συνολικά το οργανωτικό περιβάλλον λειτουργίας των δομών. Ο Zafeiropoulos (2016) σημειώνει ότι οι αντιλήψεις θα πρέπει να αποφεύγουν τη χρήση φορτισμένης γλώσσας για να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα κατευθυνόμενων απαντήσεων. Η ενότητα είναι λειτουργική αλλά έχει περιορισμούς, καθώς οι εργαζόμενοι μπορεί να αποφεύγουν να δίνουν «αρνητικές» απαντήσεις από φόβο για την εικόνα της εργασίας τους.

Ολόκληρο το ερωτηματολόγιο υιοθετεί την κλίμακα Likert. «Η κλίμακα είναι εύκολη στη συμπλήρωση, ενώ παράλληλα παρέχει υψηλή διάκριση μεταξύ των βαθμών συμφωνίας» (Denscombe, 2010). Η χρήση κλιμάκων Likert είναι κατάλληλη για τη μέτρηση των στάσεων και των ψυχοκοινωνικών αντιδράσεων (Cohen et al., 2013), οι συμμετέχοντες μπορούν να επιλέξουν ουδέτερες απαντήσεις ώστε να μην εκτεθούν. Θα πρέπει να υπάρχουν επαρκή επίπεδα για διαφοροποίηση (Leedy & Ormrod, 2001). Αυτό το εργαλείο περιέχει τη δομή που διευκολύνει την καλύτερη αντίληψη της καταγραφής των διαφορών μεταξύ επαγγελματικών ομάδων.

Η αξιοπιστία των εργαλείων εξετάστηκε μέσω του δείκτη εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α . Οι τιμές του δείκτη ερμηνεύθηκαν κριτικά, καθώς ιδιαίτερα υψηλές τιμές ενδέχεται να υποδηλώνουν επαναληπτικότητα ερωτήσεων (Field, 2009). Η αξιοπιστία αξιολογήθηκε σε συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά του δείγματος και το πλαίσιο εφαρμογής των εργαλείων, δεδομένου ότι αποτελεί ενσωματωμένο στοιχείο του συνολικού ερευνητικού σχεδιασμού (Saunders et al., 2012).

Η εγκυρότητα των εργαλείων έγκειται σε δύο άξονες. Ο Creswell (2003) τονίζει τη σημασία της εννοιολογικής ταξινόμησης, δηλαδή της σύνδεσης του εργαλείου με το θεωρητικό περιεχόμενο του φαινομένου. Η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία έχουν σαφή εννοιολογικά όρια· επομένως, η χρήση εξειδικευμένων εργαλείων ενισχύει την εγκυρότητα. Ο Bryman (2017) εξηγεί ότι η εγκυρότητα καθορίζεται επίσης από τον τρόπο συμπλήρωσης. Η ανωνυμία μειώνει τις κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις, αλλά δεν εξαλείφει τις ανακρίβειες που μπορεί να προκύψουν όταν οι συμμετέχοντες

αισθάνονται κουρασμένοι. Ο Zafeiropoulos (2016) υποστηρίζει ότι οι έρευνες που απευθύνονται σε επαγγελματίες απαιτούν απλά και σαφή εργαλεία επειδή ο διαθέσιμος χρόνος τους είναι περιορισμένος και η πίεση υψηλή - γεγονός που καθίσταται πιο σημαντικό σε νησιά όπου οι εργαζόμενοι ενδέχεται να απαντούν υπό αγχωτικές συνθήκες.

Η επιλογή εργαλείων δεν είναι μια ουδέτερη τεχνική διαδικασία. Οι Leedy & Ormrod (2001) αναφέρουν ότι κάθε εργαλείο φέρνει μαζί του τις δικές του έννοιες για το πώς «βλέπει» την πραγματικότητα. Το ProQOL-5 δίνει έμφαση στη συναισθηματική διάσταση της φροντίδας. Το MMD-HP οργανώνει την εμπειρία της ηθικής σύγκρουσης σε επαναλαμβανόμενα μοτίβα. Η ενότητα οργανωτικής υποστήριξης αναγνωρίζει ότι το περιβάλλον διαμορφώνει την επαγγελματική εμπειρία. Η συνύπαρξή τους δεν αποσκοπεί μόνο στην τεχνική πληρότητα, αλλά επιτρέπει επίσης μια πλουσιότερη κατανόηση των σχέσεων που αναπτύσσονται στο εργασιακό περιβάλλον των νησιών και καθιστά δυνατή την κατανόηση του φαινομένου στην πολυπλοκότητά του.

3.7 Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η διαδικασία συλλογής δεδομένων οργανώθηκε με βάση τη μείωση των εμποδίων και τη δυνατότητα στους εργαζόμενους στον τομέα της υγείας των νησιών να ανταποκρίνονται εντός των ιδιαιτεροτήτων της καθημερινής τους εργασίας. Όπως σημειώνει ο Creswell (2003), η πρόσβαση στο πεδίο πρέπει να προσαρμόζεται στις πραγματικές συνθήκες, επειδή η τυπικότητα αποτυγχάνει πάντα όταν οι εργαζόμενοι εργάζονται υπό πίεση. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν μέσω ανώνυμης ηλεκτρονικής φόρμας, επιλογή που θεωρείται κρίσιμη σε ερευνητικά θέματα τα οποία ενδέχεται να προκαλέσουν αμηχανία ή φόβο κριτικής. Όπως τονίζουν οι Cohen et al. (2013), η ανωνυμία μειώνει τις κοινωνικά επιθυμητές απαντήσεις, αν και δεν τις εξαλείφει εντελώς. Η κρίσιμη διάσταση εδώ είναι ότι ορισμένοι εργαζόμενοι, ακόμη και με ανωνυμία, διατηρούν επιφυλάξεις σε ερωτήματα που σχετίζονται με την κουλτούρα της υπηρεσίας, απαιτώντας έτσι ευαισθησία στη διατύπωση.

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται και υποβάλλονται ηλεκτρονικά. Όπως σημειώνει ο Bryman (2017), η μείωση του χρόνου που απαιτείται για τη συμπλήρωσή τους από έναν συμμετέχοντα ενθαρρύνει περισσότερους ανθρώπους να απαντήσουν γρήγορα, καθιστώντας όλες τις απαντήσεις υποχρεωτικές εντός του διαθέσιμου ελεύθερου ωραρίου τους. Αυτή δεν είναι μια ουδέτερη επιλογή. Ορισμένοι εργαζόμενοι που έχουν περιορισμένη

πρόσβαση σε ηλεκτρονικές συσκευές ενδέχεται να αποκλειστούν, αλλά στα περισσότερα νησιά, τα μέλη του προσωπικού διαθέτουν λειτουργικές δυνατότητες πρόσβασης μέσω επίσημων μέσων. Οι Saunders et al. (2012) παρατήρησαν ότι με τη συλλογή δεδομένων στο διαδίκτυο, υπάρχει ταχύτερη επιστροφή δεδομένων, ωστόσο αυτό ενισχύει την ανισορροπία μεταξύ εκείνων που χρησιμοποιούν άνετα την τεχνολογία και εκείνων που δεν χρησιμοποιούν. Η παρούσα διαδικασία επιχειρεί την ενημέρωση μέσω διαφόρων καναλιών εντός των δομών, ώστε να ελαχιστοποιηθούν τέτοιες επιπτώσεις.

Ο χρόνος είναι πολύτιμος επειδή οι περισσότεροι εργαζόμενοι ενεργούν εντός αυστηρών προθεσμιών. Οι Leedy & Ormrod (2001) αναφέρουν ότι σε οποιοδήποτε ερωτηματολόγιο που διαρκεί περισσότερο από δέκα λεπτά, οι τελικές απαντήσεις θα είναι χαμηλής ποιότητας λόγω κόπωσης. Αυτή η μελέτη υπέθεσε σύντομο χρονικό διάστημα για την ολοκλήρωσή του, διατηρώντας παράλληλα την εννοιολογική ορθότητα των εργαλείων που εφαρμόστηκαν, εξισορροπώντας έτσι ένα πολύ δύσκολο έργο. Ο Kothari (2004) σημειώνει ότι το μήκος προκαλεί μονοτονία στις απαντήσεις, η οποία εκδηλώνεται με ουδέτερες επιλογές σε κλίμακες Likert. Ο κίνδυνος ελαχιστοποιήθηκε μέσω σύντομης και σαφούς δομής του ερωτηματολογίου..

Οι συμμετέχοντες λαμβάνουν μια σύντομη περιγραφή του σκοπού της έρευνας, της εθελοντικής φύσης της συμμετοχής τους και του δικαιώματός τους να αποσυρθούν. Σύμφωνα με τον Ζαφειρόπουλο (2016), η διαφάνεια σε αυτή τη διαδικασία βοηθά στην ανάπτυξη ενός αισθήματος ασφάλειας, το οποίο είναι κρίσιμο όταν η έρευνα περιλαμβάνει οργανωτικές εμπειρίες και ευαίσθητες ψυχοκοινωνικές αντιδράσεις. Μια δήλωση σχετικά με την ανωνυμία περιλαμβάνεται επίσης στις πληροφορίες που παρέχονται στους συμμετέχοντες. Δεν πρόκειται απλώς για μια τυπική λεπτομέρεια. Όπως εξηγεί ο Denscombe (2010), η αντιλαμβανόμενη ασφάλεια έχει αντίκτυπο στην ποιότητα των δεδομένων, επειδή οι συμμετέχοντες είναι πιο πρόθυμοι να αποκαλύψουν την ανησυχία τους μόλις νιώσουν προστατευμένοι από πιθανές συνέπειες.

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε από 20 Ιανουαρίου 2026 έως 9 Φεβρουαρίου 2026. Σύμφωνα με τον Creswell (2014), τα σύντομα χρονικά πλαίσια βοηθούν στην οργάνωση της ανάλυσης, αλλά ενδέχεται επίσης να περιορίσουν τη συμμετοχή εάν οι ερωτηθέντες αντιμετωπίζουν περίοδο υψηλού φόρτου εργασίας. Επομένως, η επιλογή μιας μέσης ή ενδιάμεσης διάρκειας θεωρείται πρακτική λύση. Οι

Saunders et al. (2012) αναφέρουν ότι ο ερευνητής θα πρέπει να παρατηρεί τη ροή των απαντήσεων και να σημειώνει ποιες ομάδες δεν απαντούν, ώστε να ελαχιστοποιούνται τα κενά που δημιουργούν μεροληψία στη μελέτη. Σε αυτήν την έρευνα, στάλθηκαν υπενθυμίσεις μέσω των διοικητικών υπευθύνων των μονάδων, χωρίς εξαναγκασμό συμμετοχής.

Υπάρχει επίσης το ζήτημα της επιρροής του πλαισίου. Οι Lagoumintzis et al (2015) υποστηρίζουν ότι η έρευνα για την υγεία θα πρέπει να ενσωματώνει τις εντάσεις της καθημερινής πρακτικής, επειδή μέσω αυτών οι εργαζόμενοι κατασκευάζουν την κατανόησή τους για τα ερωτήματα που τους τίθενται. Οι συνθήκες αυτές δημιουργούν μια κατάσταση όπου η ολοκλήρωση μπορεί να είναι κατακερματισμένη, μεταξύ επειγόντων περιστατικών ή διοικητικών απαιτήσεων, δημιουργώντας έτσι απαντήσεις που μπορεί να μην αντικατοπτρίζουν πλήρως τη σκέψη του συμμετέχοντα, αλλά μάλλον την ανάγκη ταχείας ολοκλήρωσης της διαδικασίας. Η αναγνώριση αυτής της πραγματικότητας ενισχύει την κριτική ερμηνεία των δεδομένων και ευθυγραμμίζεται με την άποψη του Bryman (2017) ότι η μεθοδολογία δεν είναι ποτέ ανεξάρτητη από το πλαίσιο.

3.8 Στατιστική ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση πραγματοποιήθηκε με το λογισμικό IBM SPSS Statistics έκδοση 29 και είχε ως στόχο να αποτυπώσει τόσο τις κύριες τάσεις όσο και τις σχέσεις μεταξύ των βασικών μεταβλητών της έρευνας. Όπως αναφέρει ο Creswell (2014), «η περιγραφική ανάλυση είναι ένα απαραίτητο πρώτο βήμα επειδή δείχνει την κατανομή των απαντήσεων και την ποικιλία που επιδεικνύουν διαφορετικές επαγγελματικές ομάδες», οι περιγραφικές στατιστικές περιλαμβάνουν αποτελέσματα σχετικά με τις συχνότητες μεταξύ διαφόρων κατηγοριών ή ομάδων. Οι μέσοι όροι, οι τυπικές αποκλίσεις και τα εύρη φαίνονται πολύ χρήσιμα για την καταγραφή της έντασης ορισμένων φαινομένων σε περιβάλλοντα (όπως νησιά) όπου η ετερογένεια φαίνεται να είναι ο κανόνας παρά η εξαίρεση.

Οι συσχετίσεις διερευνήθηκαν χρησιμοποιώντας συντελεστές Pearson. Ο Bryman (2017) δηλώνει ότι οι συσχετίσεις είναι κατάλληλες όταν ο ερευνητής θέλει να κατανοήσει πώς δύο μεταβλητές αλλάζουν μαζί χωρίς να ισχυρίζεται αιτιότητα. Σε αυτήν τη μελέτη, αυτό είναι κρίσιμο επειδή η επαγγελματική εξουθένωση, η ηθική δυσφορία και η οργανωσιακή υποστήριξη λειτουργούν ως παράγοντες που δεν αναπτύσσονται

μεμονωμένα. Ο Field (2009) σημειώνει ότι οι συσχετίσεις θα πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή όταν υπάρχουν ακραίες τιμές και, ως εκ τούτου, τα δεδομένα εξετάστηκαν για λόγους συνέπειας πριν από την ανάλυση.

Οι διαφορές μεταξύ των ομάδων αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας t-tests και ANOVAs, μια επιλογή που συνδέεται με την ανάγκη εξέτασης των ανισοτήτων μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών. Οι Cohen et al. (2013) αναφέρουν ότι τέτοιες δοκιμές επιτρέπουν τη σύγκριση εμπειριών σε ομάδες με διαφορετικά επίπεδα έκθεσης σε οργανωσιακά ή ψυχοκοινωνικά βάρη.

Η παλινδρόμηση χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση της σχετικής προβλεπτικής συμβολής των μεταβλητών. Όπως εξηγείται από τους Saunders et al. (2012), τα μοντέλα παλινδρόμησης βοηθούν στην κατανόηση του βάρους κάθε παράγοντα, ενώ ο Field (2009) επισημαίνει ότι η ισχύς τους εξαρτάται από τον έλεγχο βασικών στατιστικών προϋποθέσεων, όπως η κανονικότητα και η γραμμικότητα. Η επιλογή της παλινδρόμησης κρίθηκε κατάλληλη, καθώς τα ερευνητικά ερωτήματα αφορούν την πρόβλεψη της έντασης των φαινομένων και όχι μόνο τη συνύπαρξή τους. Πριν από την εφαρμογή των παραμετρικών δοκιμασιών, εξετάστηκε η αξιοπιστία των κλιμάκων μέσω του συντελεστή α του Cronbach και ελέγχθηκαν οι βασικές στατιστικές προϋποθέσεις (κανονικότητα κατανομής των υπολοίπων και γραμμικότητα των σχέσεων). Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε στο $p < 0,05$.

3.9 Ηθικά ζητήματα

Υπήρχαν συγκεκριμένα ηθικά ζητήματα στη διαδικασία της έρευνας, ιδίως επειδή η μελέτη διεξήχθη με εργαζόμενους στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης που θεωρείται πάντα ότι εργάζονται υπό πίεση. Ο Creswell (2014) υποστηρίζει ότι οι μελέτες που άπτονται ψυχοκοινωνικών ζητημάτων χρειάζονται προσεκτική διαχείριση κινδύνου, καθώς οι συμμετέχοντες μπορεί να αισθάνονται εκτεθειμένοι. Η ανωνυμία αποτέλεσε πρωταρχικό ζήτημα. Οι συμμετέχοντες ενδέχεται να φοβούνταν ότι οι απαντήσεις τους σχετικά με οργανωτικές ελλείψεις ή ηθικές συγκρούσεις θα μπορούσαν να επηρεάσουν τη θέση τους. Για τον λόγο αυτό, η έρευνα σχεδιάστηκε ως πλήρως ανώνυμη, χωρίς συλλογή ονομάτων, διευθύνσεων IP ή άλλων στοιχείων ταυτοποίησης. Οι Cohen et al. (2013) υποστηρίζουν ότι η ανωνυμία ενισχύει την ειλικρίνεια. Ωστόσο, δεν μπορούν να αποκλειστούν εσωτερικές επιφυλάξεις εντός των συμμετεχόντων.

Ένα άλλο ζήτημα ήταν ο εθελοντισμός. Όπως σημειώνει ο Bryman (2017), μια ενέργεια μπορεί να θεωρηθεί πραγματικά εθελοντική μόνο ελλείψει οποιασδήποτε πίεσης από τα ανώτερα επίπεδα της διοίκησης. Για το λόγο αυτό, ένας ουδέτερος ερευνητής και όχι μέλος της διοίκησης έστειλε την πρόσκληση για να αποφευχθεί η δημιουργία οποιασδήποτε τέτοιας εντύπωσης. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι μπορούσαν να αποσυρθούν ανά πάσα στιγμή χωρίς να δώσουν κανένα λόγο, κάτι που σχετίζεται με τη βασική αρχή του σεβασμού των προσώπων.

Ένα τρίτο ζήτημα αφορούσε την ευαισθησία του περιεχομένου. Οι ερωτήσεις αφορούσαν συναισθηματική εξάντληση, ηθικά διλήμματα και εμπειρίες οργανωσιακής αστάθειας. Όπως εξηγεί ο Denscombe (2010), τέτοιες ερωτήσεις ενέχουν έναν κίνδυνο - τον κίνδυνο δυσφορίας. Ως εκ τούτου, πριν από το ίδιο το ερωτηματολόγιο τοποθετήθηκε ένα ενημερωτικό σημείωμα που ενημέρωνε τον ερωτηθέντα για τη φύση των θεμάτων, ώστε να μπορεί να επιλέξει αν θα συνεχίσει ή όχι. Οι ερωτήσεις απέφυγαν τη χρήση οποιασδήποτε κατευθυντήριας ή στιγματιστικής γλώσσας με βάση τις αρχές που περιγράφονται από τον Zafeiropoulos (2016).

Η μελέτη ήταν σύμφωνη με τις απαιτήσεις του ΓΚΠΔ σχετικά με τα προσωπικά δεδομένα. Οι Saunders et al. (2012) προτείνουν ότι πρέπει να εφαρμόζονται έλεγχοι πρόσβασης στα δεδομένα, να αποθηκεύονται με ασφάλεια και να χρησιμοποιούνται αυστηρά για τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, ώστε να τηρούνται οι ορθές πρακτικές διαχείρισης κατά την επεξεργασία των ερευνητικών δεδομένων. Οι πληροφορίες αποθηκεύτηκαν σε κρυπτογραφημένο φάκελο και δεν κοινοποιήθηκαν ποτέ σε τρίτους. Οι Leedy & Ormrod (2001) δηλώνουν ότι εκτός από νομική υποχρέωση, αποτελεί και ηθική δέσμευση προς τον συμμετέχοντα, η οποία έχει εφαρμοστεί εδώ με την αυστηρή μη διατήρηση οποιωνδήποτε αναγνωρίσιμων πληροφοριών.

4 Αποτελέσματα

4.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Συνολικά 104 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές που παρέχουν υπηρεσίες σε μετανάστες και πρόσφυγες σε νησιωτικές περιοχές απάντησαν στην έρευνα. Ξεκινώντας με τα αποτελέσματα της έρευνας, θα αναφερθούν η ηλικία και το φύλο των συμμετεχόντων. Το 64,4% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες και το 35,6% άνδρες. Αυτό το ποσοστό συνάδει με το ανθρώπινο δυναμικό του τομέα της υγείας, καθώς η υπεροχή των γυναικών σε αυτήν την επαγγελματική ομάδα είναι γνωστή, ειδικά στα νοσηλευτικά και κοινωνικά επαγγέλματα. Η πολυπληθέστερη ηλικιακή ομάδα ήταν 35-44 ετών (31,7%), ακολουθούμενη από τις ομάδες 45-54 ετών (26,9%) και 25-34 ετών (26,1%). Οι ερωτηθέντες άνω των 54 ετών αντιπροσώπευαν το 11,5%, ενώ οι νέοι (18-24) μόνο το 3,8%. Τα ευρήματα αυτά παραπέμπουν σε ένα δείγμα επαγγελματιών μέσης ηλικίας, με ώριμη επαγγελματική σταδιοδρομία και σταθερότητα στον τομέα της υγείας.

Ανά επίπεδο εκπαίδευσης, το 42,3% είχε τριτοβάθμιο τίτλο σπουδών, το 24,0% μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το 3,8% είχε διδακτορικό τίτλο. Το 29,8% είχε ολοκληρώσει τη δευτεροβάθμια εκπαίδευση. Το γεγονός ότι πάνω από το ένα τέταρτο του δείγματος είχε μεταπτυχιακούς ή διδακτορικούς τίτλους σπουδών υποδηλώνει σχετικά υψηλό επίπεδο επιστημονικής κατάρτισης, το οποίο μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο γίνονται αντιληπτές και διαχειρίζονται οι ηθικές και επαγγελματικές προκλήσεις (Πίνακας 1).

| | | n | % |
|-----------------------|---------|----|------|
| Φύλο | Γυναίκα | 67 | 64,4 |
| | Άνδρας | 37 | 35,6 |
| Ηλικιακή Ομάδα | 35-44 | 33 | 31,7 |
| | 45-54 | 28 | 26,9 |
| | 25-34 | 27 | 26,1 |
| | 55+ | 12 | 11,5 |
| | 18-24 | 4 | 3,8 |

| Επίπεδο Εκπαίδευσης | Τριτοβάθμιο | 44 | 42,3 |
|---------------------|---------------|----|------|
| | Δευτεροβάθμιο | 31 | 29,8 |
| | Μεταπτυχιακό | 25 | 24,0 |
| | Διδακτορικό | 4 | 3,8 |

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

Το δείγμα αποτελείται κυρίως από επαγγελματίες άμεσης κλινικής φροντίδας (50,9% νοσηλευτές, 22,1% ιατροί, 10,6% κοινωνικοί λειτουργοί, 10,6% ψυχολόγοι και 5,8% μαίες). Αυτή η σύνθεση υποδηλώνει μεγάλη καθημερινή κλινική δραστηριότητα με τον πληθυσμό των προσφύγων και των μεταναστών. Η επαγγελματική εμπειρία ήταν αρκετά ομοιογενής (55,8% έχουν πάνω από 10 χρόνια προϋπηρεσίας) και αυτό υποδηλώνει επίσης ότι το δείγμα αποτελείται κυρίως από μια επαγγελματική ομάδα με ώριμη επαγγελματική ταυτότητα και εμπειρία στο πεδίο.

Η πλειοψηφία εργάζεται σε δημόσια νοσοκομεία (70,2%), ενώ το 23,1% απασχολείται σε Δομές Φιλοξενίας / ΚΕΔ. Η γεωγραφική κατανομή περιορίζεται στη Λέρο (53,8%) και την Κω (46,2%) και αντικατοπτρίζει ένα νησιωτικό πλαίσιο με μεγαλύτερες μεταναστευτικές ροές. Η καθημερινή επαφή με μετανάστες/πρόσφυγες αναφέρθηκε από το 64,4% των συμμετεχόντων, επιβεβαιώνοντας τη συχνή έκθεση σε πολυπολιτισμικές και απαιτητικές συνθήκες εργασίας. Επιπλέον, το 60,6% αναφέρει ότι δεν έχει λάβει εκπαίδευση στην πολιτισμική επάρκεια και το 57,7% αναφέρει ότι οι υπηρεσίες διερμηνείας είναι σπάνιες. Το 73,1% ανέφερε ότι δεν διαθέτει πρόγραμμα υποστήριξης προσωπικού στο οποίο θα συμμετείχε, αν και θα το επιθυμούσε. Τέλος, η αντίληψη για τη διοικητική υποστήριξη είναι συνολικά μέτρια (39,4%) και αποτελεί στοιχείο που μπορεί να σχετίζεται με τον τρόπο με τον οποίο αξιολογήθηκαν η ηθική δυσφορία και η επαγγελματική εξουθένωση (Πίνακας 2).

| | Κατηγορία | n | % |
|-------------------------------|-----------------------|----|------|
| Επάγγελμα / Ειδικότητα | Νοσηλευτής/τρια | 53 | 50,9 |
| | Ιατρός | 23 | 22,1 |
| | Κοινωνικός λειτουργός | 11 | 10,6 |

| | | | |
|--|-----------------------|----|------|
| | Ψυχολόγος | 11 | 10,6 |
| | Μαιευτής/Μαία | 6 | 5,8 |
| Έτη προϋπηρεσίας | 16–20 | 22 | 21,2 |
| | 6–10 | 22 | 21,2 |
| | 11–15 | 21 | 20,2 |
| | 1–5 | 17 | 16,3 |
| | 21+ | 15 | 14,4 |
| | <1 | 7 | 6,7 |
| Τύπος δομής | Δημόσιο Νοσοκομείο | 73 | 70,2 |
| | Δομή φιλοξενίας / ΚΕΔ | 24 | 23,1 |
| | ΜΚΟ | 6 | 5,8 |
| | Κέντρο Υγείας | 1 | 1,0 |
| Περιοχή εργασίας | Λέρος | 56 | 53,8 |
| | Κως | 48 | 46,2 |
| Συχνότητα επαφής | Καθημερινά | 67 | 64,4 |
| | 3–4 φορές/εβδομάδα | 20 | 19,2 |
| | 1–2 φορές/εβδομάδα | 13 | 12,5 |
| | Σπάνια | 4 | 3,8 |
| Εκπαίδευση πολιτισμικής επάρκειας | Όχι | 63 | 60,6 |
| | Ναι | 33 | 31,7 |
| | Σε εξέλιξη | 8 | 7,7 |
| Διαθεσιμότητα διερμηνείας | Σπάνια διαθέσιμη | 60 | 57,7 |
| | Συχνά διαθέσιμη | 28 | 26,9 |
| | Ποτέ | 12 | 11,5 |

| | | | |
|--|-------------------------|----|------|
| | Δεν γνωρίζω | 3 | 2,9 |
| | Πάντα διαθέσιμη | 1 | 1,0 |
| Συμμετοχή σε πρόγραμμα υποστήριξης προσωπικού | Όχι, αλλά θα επιθυμούσα | 76 | 73,1 |
| | Ναι | 28 | 26,9 |
| Αξιολόγηση υποστήριξης διοίκησης | Μέτρια | 41 | 39,4 |
| | Υψηλή | 36 | 34,6 |
| | Πολύ υψηλή | 11 | 10,6 |
| | Χαμηλή | 9 | 8,7 |
| | Πολύ χαμηλή | 7 | 6,7 |

Πίνακας 2. Εργασιακά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων

4.2 Περιγραφική στατιστική

4.2.1 Ηθική Δυσφορία (MMD-HP)

Περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των επιμέρους ερωτήσεων της Κλίμακας Ηθικής Δυσφορίας (MMD-HP), αναφορικά με τη συχνότητα και την ένταση των ηθικά επώδυνων καταστάσεων, παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Οι μέσοι όροι στις ερωτήσεις σχετικά με τη συχνότητα κυμαίνονται κυρίως στο χαμηλό έως μέτριο εύρος ($M \approx 1,55-3,57$). Χαμηλότερες τιμές εμφανίζονται σε καταστάσεις που σχετίζονται με άμεση παραβίαση επαγγελματικών προτύπων ή άμεση συμμετοχή σε φροντίδα με την οποία ο επαγγελματίας διαφωνεί ($M = 1,55$), ενώ υψηλότερες τιμές καταγράφονται σε ζητήματα έλλειψης προσωπικού, φόρτου εργασίας και υποβάθμισης της ποιότητας της φροντίδας (έως $M = 3,57$).

Οι τιμές έντασης εμφανίζονται συστηματικά υψηλότερες από αυτές της συχνότητας, με μέσους όρους έως $M = 3,75$ σε θέματα υποστελέχωσης και περιορισμένων πόρων. Το εύρημα αυτό υποδηλώνει ότι, ακόμη και όταν οι συγκεκριμένες καταστάσεις δεν εμφανίζονται συχνά, συνοδεύονται από αυξημένο συναισθηματικό ή ηθικό φορτίο όταν συμβαίνουν. Οι τυπικές αποκλίσεις κυμαίνονται στην περιοχή από 0,73 έως 1,51, καταδεικνύοντας έναν αρκετά μεγάλο βαθμό μεταβλητότητας στις απαντήσεις. Σε ορισμένες περιπτώσεις, οι υψηλότερες τυπικές αποκλίσεις υποδηλώνουν διαφοροποιήσεις

στην εμπειρία ηθικής πίεσης μεταξύ των συμμετεχόντων, οι οποίες ενδέχεται να σχετίζονται με τον ρόλο, τη δομή απασχόλησης ή το επίπεδο ιεραρχικής ευθύνης.

Συνολικά, τα αποτελέσματα των επιμέρους ερωτήσεων δείχνουν ότι η ηθική δυσφορία στο δείγμα κυμαίνεται σε χαμηλά έως μέτρια επίπεδα ως προς τη συχνότητα, με ορισμένες διαστάσεις - ιδίως αυτές που συνδέονται με οργανωτικούς περιορισμούς και φόρτο εργασίας - να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα έντασης. Ειδικότερα, οι υψηλότερες μέσες τιμές συχνότητας καταγράφονται σε ζητήματα που αφορούν την υποβάθμιση της φροντίδας λόγω έλλειψης προσωπικού ($M = 3,57$), τη φροντίδα περισσότερων ασθενών από όσους μπορούν να διαχειριστούν οι επαγγελματίες ($M = 3,12$) και την υποβάθμιση της ποιότητας λόγω περιορισμένων πόρων ($M = 3,03$). Αντίστοιχα, οι ίδιες διαστάσεις εμφανίζουν και τις υψηλότερες τιμές έντασης, με ανώτερη τιμή την έλλειψη προσωπικού ($M = 3,75$), γεγονός που αναδεικνύει ότι τα οργανωτικά προβλήματα αποτελούν την κυριότερη πηγή ηθικής επιβάρυνσης στο δείγμα.

Αντίθετα, χαμηλότερες μέσες τιμές συχνότητας παρατηρούνται σε καταστάσεις που σχετίζονται με άμεση προσωπική διαφωνία με την παρεχόμενη φροντίδα ($M = 1,55$) ή με παροχή ασυνεπούς ή αντικρουόμενης φροντίδας ($M = 1,65$), γεγονός που υποδηλώνει ότι τέτοιου είδους εμπειρίες εμφανίζονται λιγότερο συχνά συγκριτικά με τα συστημικά ή οργανωτικά ζητήματα. Παρότι οι καταστάσεις αυτές αναφέρονται σπανιότερα, οι αντίστοιχες τιμές έντασης παραμένουν σε μέτρια επίπεδα, υποδηλώνοντας ότι όταν συμβαίνουν, συνοδεύονται από αξιοσημείωτο ηθικό φορτίο.

Η παρουσία τιμών από 1 έως 5 σε όλες τις μεταβλητές υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες αξιοποίησαν ολόκληρο το εύρος της κλίμακας απαντήσεων, γεγονός που καταδεικνύει ετερογένεια στις εμπειρίες ηθικής δυσφορίας και επιτρέπει τη διερεύνηση συσχετίσεων και προγνωστικών παραγόντων σε επόμενες αναλύσεις (Πίνακας 3).

| | M | SD | Ελάχιστο | Μέγιστο |
|--|----------|-----------|-----------------|----------------|
| Ακολουθώ την επιμονή της οικογένειας να συνεχιστεί επιθετική θεραπεία | 2,11 | 1,01 | 1 | 5 |
| Νιώθω πίεση να παραγγείλω ή να εκτελέσω εξετάσεις/θεραπείες που θεωρώ περιττές | 2,27 | 1,08 | 1 | 5 |
| Αδυνατώ να παρέχω βέλτιστη φροντίδα λόγω πιέσεων από διοίκηση ή φορείς | 2,37 | 1,23 | 1 | 5 |

| | | | | |
|---|------|------|---|---|
| Συνεχίζεται επιθετική θεραπεία με ελάχιστες πιθανότητες επιβίωσης | 2,12 | 1,08 | 1 | 5 |
| Πιέζομαι να μη δράσω όταν γνωρίζω ότι μέλος της ομάδας ενεργεί λανθασμένα | 1,82 | 0,91 | 1 | 5 |
| Είμαι υποχρεωμένος/η να φροντίζω ασθενείς χωρίς επαρκή πόρους | 2,51 | 1,17 | 1 | 5 |
| Βλέπω παρόχους να δίνουν «ψεύτικες ελπίδες» σε ασθενείς | 2,05 | 0,97 | 1 | 5 |
| Βλέπω παρόχους να δίνουν «ψεύτικες ελπίδες» (ένταση) | 2,63 | 1,30 | 1 | 5 |
| Ακολουθώ την επιμονή οικογένειας (ένταση) | 2,68 | 1,21 | 1 | 5 |
| Νιώθω πίεση για περιττές πράξεις (ένταση) | 2,53 | 1,28 | 1 | 5 |
| Αδυνατώ να παρέχω βέλτιστη φροντίδα (ένταση) | 2,80 | 1,33 | 1 | 5 |
| Συνεχίζεται επιθετική θεραπεία (ένταση) | 2,60 | 1,33 | 1 | 5 |
| Πιέζομαι να μη δράσω (ένταση) | 2,67 | 1,51 | 1 | 5 |
| Φροντίζω ασθενείς για μεγαλύτερο διάστημα από όσο θεωρώ ηθικά σωστό | 3,07 | 1,43 | 1 | 5 |
| Συμμετέχω σε φροντίδα που προκαλεί περιττή ταλαιπωρία | 2,09 | 1,00 | 1 | 5 |
| Συμμετέχω σε φροντίδα που προκαλεί περιττή ταλαιπωρία (ένταση) | 2,76 | 1,35 | 1 | 5 |
| Παρακολουθώ τη φροντίδα να υποβαθμίζεται λόγω έλλειψης πόρων | 3,03 | 1,16 | 1 | 5 |
| Παρακολουθώ τη φροντίδα να υποβαθμίζεται (ένταση) | 3,41 | 1,27 | 1 | 5 |
| Ακολουθώ αίτημα να μη συζητηθεί η πρόγνωση | 2,04 | 0,97 | 1 | 5 |
| Ακολουθώ αίτημα να μη συζητηθεί η πρόγνωση (ένταση) | 2,68 | 1,40 | 1 | 5 |
| Γίνομαι μάρτυρας παραβίασης προτύπων πρακτικής | 1,88 | 0,98 | 1 | 5 |
| Γίνομαι μάρτυρας παραβίασης προτύπων πρακτικής (ένταση) | 2,45 | 1,47 | 1 | 5 |
| Συμμετέχω σε φροντίδα με την οποία διαφωνώ | 1,55 | 0,81 | 1 | 5 |
| Συμμετέχω σε φροντίδα με την οποία διαφωνώ (ένταση) | 2,26 | 1,41 | 1 | 5 |
| Συνεργάζομαι με μέλη ομάδας που δεν διαθέτουν επαρκή δεξιότητα | 2,15 | 0,98 | 1 | 5 |
| Συνεργάζομαι με μέλη ομάδας χωρίς επαρκή δεξιότητα (ένταση) | 2,81 | 1,37 | 1 | 5 |
| Παρατηρώ χαμηλή ποιότητα φροντίδας λόγω κακής επικοινωνίας | 2,20 | 1,01 | 1 | 5 |

| | | | | |
|--|------|------|---|---|
| Παρατηρώ χαμηλή ποιότητα φροντίδας (ένταση) | 2,72 | 1,33 | 1 | 5 |
| Νιώθω πίεση να αγνοήσω ηθικά προβλήματα | 2,05 | 1,04 | 1 | 4 |
| Νιώθω πίεση να αγνοήσω ηθικά προβλήματα (ένταση) | 2,52 | 1,47 | 1 | 5 |
| Φροντίζω περισσότερους ασθενείς από όσους μπορώ | 3,12 | 1,22 | 1 | 5 |
| Φροντίζω περισσότερους ασθενείς από όσους μπορώ (ένταση) | 3,56 | 1,33 | 1 | 5 |
| Η φροντίδα υποβαθμίζεται λόγω έλλειψης προσωπικού | 3,57 | 1,20 | 1 | 5 |
| Η φροντίδα υποβαθμίζεται λόγω έλλειψης προσωπικού (ένταση) | 3,75 | 1,25 | 1 | 5 |
| Υπάρχει έλλειψη διοικητικής υποστήριξης | 2,49 | 1,18 | 1 | 5 |
| Υπάρχει έλλειψη διοικητικής υποστήριξης (ένταση) | 2,86 | 1,41 | 1 | 5 |
| Υπερβολικές απαιτήσεις τεκμηρίωσης | 2,43 | 1,06 | 1 | 5 |
| Υπερβολικές απαιτήσεις τεκμηρίωσης (ένταση) | 2,67 | 1,20 | 1 | 5 |
| Φοβάμαι συνέπειες αν εκφράσω ανησυχίες | 2,31 | 1,18 | 1 | 5 |
| Φοβάμαι συνέπειες αν εκφράσω ανησυχίες (ένταση) | 2,64 | 1,45 | 1 | 5 |
| Νιώθω ανασφάλεια ή εκφοβισμό από συναδέλφους | 1,96 | 0,99 | 1 | 4 |
| Νιώθω ανασφάλεια ή εκφοβισμό από συναδέλφους (ένταση) | 2,37 | 1,34 | 1 | 5 |
| Εργάζομαι με κακοποιητικούς ασθενείς ή συγγενείς | 2,25 | 0,84 | 1 | 5 |
| Εργάζομαι με κακοποιητικούς ασθενείς (ένταση) | 2,65 | 1,18 | 1 | 5 |
| Πίεση για παραγωγικότητα ή δείκτες απόδοσης | 2,31 | 1,00 | 1 | 5 |
| Πίεση για παραγωγικότητα (ένταση) | 2,72 | 1,27 | 1 | 5 |
| Φροντίζω ασθενείς με ασαφή πρωτόκολλα | 2,14 | 1,06 | 1 | 4 |
| Φροντίζω ασθενείς με ασαφή πρωτόκολλα (ένταση) | 2,73 | 1,36 | 1 | 5 |
| Ιεραρχικές δομές που περιορίζουν την αυτονομία | 1,82 | 0,88 | 1 | 5 |
| Ιεραρχικές δομές (ένταση) | 2,34 | 1,25 | 1 | 5 |
| Παροχή ασυνεπούς ή αντικρουόμενης φροντίδας | 1,65 | 0,73 | 1 | 4 |

| | | | | |
|--|------|------|---|---|
| Παροχή ασυνεπούς φροντίδας (ένταση) | 2,20 | 1,14 | 1 | 5 |
| Συνεργασία με μέλη που δεν αντιμετωπίζουν επαγγελματικά ζητήματα | 2,07 | 1,01 | 1 | 5 |
| Συνεργασία με μέλη (ένταση) | 2,65 | 1,45 | 1 | 5 |

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά ερωτήσεων ηθικής δυσφορίας

4.2.2 ProQOL-5

Τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των επιμέρους ερωτήσεων της κλίμακας ProQOL-5 (η οποία μετρά διαστάσεις της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, όπως η ικανοποίηση από την εργασία, η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες) παρουσιάζονται στον Πίνακα 4. Οι μέσες τιμές των ερωτήσεων κυμαίνονται κυρίως σε μεσαία επίπεδα της κλίμακας (1–5), γεγονός που υποδηλώνει ένα ενδιάμεσο επίπεδο έντασης των σχετικών εμπειριών στο σύνολο του δείγματος. Ωστόσο, παρατηρούνται διαφοροποιήσεις μεταξύ επιμέρους δηλώσεων, οι οποίες αναδεικνύουν συγκεκριμένα μοτίβα επαγγελματικής εμπειρίας.

Υψηλότερες μέσες τιμές καταγράφονται σε δηλώσεις που σχετίζονται με τον αντιλαμβανόμενο επαγγελματικό φόρτο, με πιο χαρακτηριστική τη δήλωση ότι «η παρουσία προσφυγικού πληθυσμού αυξάνει τον επαγγελματικό φόρτο» ($M = 4,65$). Παράλληλα, υψηλές τιμές εμφανίζονται και σε θετικές διαστάσεις της εργασίας, όπως «Είμαι χαρούμενος/η που μπορώ να βοηθώ ανθρώπους» ($M = 4,32$) και «Εργάζομαι σκληρά για να είμαι καλός/ή επαγγελματίας» ($M = 4,25$), καθώς και στην αντίληψη αποτελεσματικότητας («Αισθάνομαι ότι είμαι αποτελεσματικός/ή στην εργασία μου», $M = 3,95$). Τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι, παρά τις αυξημένες απαιτήσεις, διατηρούνται στοιχεία ικανοποίησης και επαγγελματικής δέσμευσης.

Σε σχέση με δηλώσεις που αντανακλούν επαγγελματική εξουθένωση και κόπωση, οι μέσοι όροι βρίσκονται στο μεσαίο προς υψηλότερο εύρος, όπως «Αισθάνομαι εξαντλημένος/η εξαιτίας της εργασίας μου» ($M = 3,59$) και «Αισθάνομαι κουρασμένος/η λόγω της εργασίας μου» ($M = 3,51$), ενώ αντίστοιχα μέτριες προς υψηλότερες τιμές καταγράφονται στη συναισθηματική σκλήρυνση («Αισθάνομαι ότι έχω γίνει πιο σκληρός/ή συναισθηματικά», $M = 3,56$). Συνολικά, τα ευρήματα δείχνουν την παρουσία

επαγγελματικής επιβάρυνσης σε μέρος του δείγματος, χωρίς ωστόσο να απουσιάζουν οι θετικές πτυχές της εργασιακής εμπειρίας.

Αντίθετα, χαμηλότερες μέσες τιμές παρατηρούνται σε δηλώσεις που σχετίζονται με αποστασιοποίηση ή μειωμένο ενδιαφέρον, όπως «Δεν με νοιάζει πραγματικά τι συμβαίνει σε κάποιους ανθρώπους» ($M = 1,72$), καθώς και σε ορισμένες δηλώσεις που αφορούν την επίδραση των προβλημάτων των ωφελουμένων («Τα προβλήματα των ανθρώπων που φροντίζω με επηρεάζουν βαθιά», $M = 1,71$). Επίσης, σχετικά χαμηλή μέση τιμή εμφανίζεται στη δυσκολία διαχωρισμού προσωπικής και επαγγελματικής ζωής ($M = 1,90$). Οι τυπικές αποκλίσεις κινούνται σε μέτρια επίπεδα, υποδηλώνοντας μεταβλητότητα στις απαντήσεις των συμμετεχόντων, ενώ το πλήρες εύρος τιμών (1–5) εμφανίζεται στις περισσότερες μεταβλητές, στοιχείο που καταδεικνύει ετερογένεια στην εμπειρία επαγγελματικής ποιότητας ζωής.

Συνολικά, τα αποτελέσματα του Πίνακα 4 δείχνουν ότι το δείγμα χαρακτηρίζεται από μέτρια επίπεδα επαγγελματικής καταπόνησης, τα οποία συνυπάρχουν με διατηρούμενες θετικές διαστάσεις της εργασιακής εμπειρίας (ικανοποίηση, αίσθηση προσφοράς και αποτελεσματικότητας). Η παρουσία τιμών σε όλο το εύρος της κλίμακας υποδηλώνει ότι οι συμμετέχοντες καλύπτουν διαφορετικά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και σχετικών εμπειριών, γεγονός που επιτρέπει τη διερεύνηση των σχέσεων της επαγγελματικής ποιότητας ζωής με την ηθική δυσφορία και την οργανωσιακή υποστήριξη σε επόμενες αναλύσεις (Πίνακας 4).

| | M | SD | Ελάχιστο | Μέγιστο |
|--|----------|-----------|-----------------|----------------|
| Η εργασία μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποίηση | 3,61 | 0,94 | 2 | 5 |
| Αισθάνομαι εξαντλημένος/η εξαιτίας της εργασίας μου | 3,59 | 0,90 | 1 | 5 |
| Δυσκολεύομαι να ξεχάσω ιστορίες των ανθρώπων που φροντίζω | 3,05 | 0,97 | 1 | 5 |
| Δεν με νοιάζει πραγματικά τι συμβαίνει σε κάποιους ανθρώπους | 1,72 | 1,00 | 1 | 5 |
| Εργάζομαι σκληρά για να είμαι καλός/ή επαγγελματίας | 4,25 | 0,73 | 2 | 5 |
| Αισθάνομαι κουρασμένος/η λόγω της εργασίας μου | 3,51 | 1,07 | 1 | 5 |
| Είμαι χαρούμενος/η που επέλεξα αυτό το επάγγελμα | 3,85 | 0,98 | 1 | 5 |

| | | | | |
|--|------|------|---|---|
| Η παρουσία προσφυγικού πληθυσμού αυξάνει τον επαγγελματικό φόρτο | 4,65 | 0,65 | 1 | 5 |
| Νιώθω διαρκώς απασχολημένος/η με τους ανθρώπους που φροντίζω | 3,38 | 0,98 | 1 | 5 |
| Στην εργασία μου έχω βιώσει εξαιρετικά τρομακτικές εμπειρίες | 3,31 | 0,98 | 1 | 5 |
| Αισθάνομαι ότι έχω γίνει πιο σκληρός/ή συναισθηματικά | 3,56 | 1,07 | 1 | 5 |
| Είμαι ικανοποιημένος/η με το πώς μπορώ να κάνω τη δουλειά μου | 3,14 | 0,99 | 1 | 5 |
| Μου είναι δύσκολο να διαχωρίσω προσωπική και επαγγελματική ζωή | 1,90 | 0,84 | 1 | 5 |
| Νιώθω ότι καταρρέω συναισθηματικά εξαιτίας της εργασίας | 2,51 | 1,06 | 1 | 5 |
| Κατά την εργασία μου είχα εμπειρίες που με επηρέασαν έντονα | 2,43 | 1,02 | 1 | 5 |
| Αισθάνομαι παγιδευμένος/η από την εργασία μου | 2,29 | 1,10 | 1 | 5 |
| Αισθάνομαι εξαντλημένος/η όταν σκέφτομαι την εργασία μου | 2,77 | 1,20 | 1 | 5 |
| Είμαι χαρούμενος/η που μπορώ να βοηθώ ανθρώπους | 4,32 | 0,82 | 2 | 5 |
| Εργάζομαι με ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα | 3,41 | 1,01 | 1 | 5 |
| Τα προβλήματα των ανθρώπων που φροντίζω με επηρεάζουν βαθιά | 1,71 | 0,78 | 1 | 4 |
| Νιώθω ότι η εργασία μου με ικανοποιεί | 3,51 | 0,92 | 2 | 5 |
| Αισθάνομαι ανήσυχος/η για τη δουλειά ακόμη και εκτός εργασίας | 2,87 | 0,87 | 1 | 5 |
| Οι καταστάσεις στην εργασία μου με αγχώνουν | 3,07 | 0,96 | 1 | 5 |
| Δεν μπορώ να κοιμηθώ καλά λόγω της εργασίας μου | 2,38 | 0,92 | 1 | 5 |
| Νιώθω την ανάγκη να αποφεύγω καταστάσεις που μου θυμίζουν τη δουλειά | 2,84 | 1,08 | 1 | 5 |
| Αισθάνομαι ότι είμαι αποτελεσματικός/ή στην εργασία μου | 3,95 | 0,87 | 2 | 5 |
| Αισθάνομαι συναισθηματικά «μουδιασμένος/η» | 2,62 | 1,00 | 1 | 4 |
| Νιώθω ότι η εργασία μου με έχει επηρεάσει αρνητικά | 2,42 | 0,99 | 1 | 5 |
| Είμαι σε εγρήγορση για πιθανούς κινδύνους λόγω εργασίας | 3,19 | 0,95 | 1 | 5 |
| Αισθάνομαι ότι οι εμπειρίες των ωφελουμένων με καταβάλλουν | 2,17 | 0,79 | 1 | 4 |
| Μου αρέσει να εργάζομαι με τους ανθρώπους που φροντίζω | 3,72 | 0,96 | 1 | 5 |

Πίνακας 4. Περιγραφικά στατιστικά ερωτήσεων ProQOL-5

4.2.3 Αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει τα περιγραφικά στατιστικά στοιχεία των επιμέρους ερωτήσεων σχετικά με την αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη. Οι μέσοι όροι των ερωτήσεων κυμαίνονταν σε μεσαία επίπεδα της κλίμακας (1–5), από $M = 2,59$ έως $M = 3,22$. Οι υψηλότεροι μέσοι όροι παρατηρήθηκαν στις δηλώσεις ότι τα οργανωσιακά εμπόδια επηρεάζουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ($M = 3,22$) και ότι οι συμμετέχοντες αισθάνονται ασφαλείς στον χώρο εργασίας ($M = 3,21$). Χαμηλότερες βαθμολογίες αφορούσαν ζητήματα που σχετίζονται με την ενθάρρυνση της επαγγελματικής ανάπτυξης ($M = 2,59$) και τη διαθεσιμότητα εργαλείων διαχείρισης του εργασιακού άγχους ($M = 2,64$). Η αντιλαμβανόμενη «συνολική υποστήριξη που παρέχει ο οργανισμός στο έργο των επαγγελματιών του» είχε μέσο όρο $M = 2,87$, ενώ ο «βαθμός στον οποίο η διοίκηση δείχνει πρακτικό ενδιαφέρον για το προσωπικό της» είχε μέσο όρο $M = 3,02$. Τα ευρήματα υποδηλώνουν ένα συνολικά μέτριο επίπεδο αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης στο δείγμα.

Οι τυπικές αποκλίσεις κυμαίνονταν από 0,79 έως 1,18, καταδεικνύοντας έναν βαθμό μεταβλητότητας στον τρόπο με τον οποίο οι συμμετέχοντες αντιλαμβάνονται το οργανωσιακό περιβάλλον. Επειδή όλες οι τιμές της κλίμακας (1–5) ήταν παρούσες σε κάθε μεταβλητή, καταγράφονται τόσο χαμηλά όσο και υψηλά επίπεδα αντιλαμβανόμενης υποστήριξης στο δείγμα. Συνεπώς, κρίθηκε εφικτή η διερεύνηση της σχέσης της μεταβλητής με τις υπόλοιπες μεταβλητές της μελέτης. Η ερμηνεία των τιμών του δείκτη απαιτεί προσοχή, καθώς η κλίμακα αποτυπώνει συνολικά το οργανωσιακό περιβάλλον των δομών. Ως εκ τούτου, η ερμηνεία των υψηλότερων τιμών απαιτεί προσοχή, καθώς αντανακλούν τη συνολική εμπειρία των συμμετεχόντων από το οργανωσιακό περιβάλλον των δομών, το οποίο περιλαμβάνει τόσο υποστηρικτικές πρακτικές όσο και οργανωτικούς περιορισμούς (Πίνακας 5).

| | M | SD | Ελάχιστο | Μέγιστο |
|--|------|------|----------|---------|
| Η δομή προσφέρει εργαλεία ή υπηρεσίες για τη διαχείριση εργασιακού στρες | 2,64 | 1,18 | 1 | 5 |

| | | | | |
|---|------|------|---|---|
| Νιώθω ασφαλής στον χώρο εργασίας (σωματικά και ψυχολογικά) | 3,21 | 1,05 | 1 | 5 |
| Υπάρχει επαρκής χρόνος για την ολοκλήρωση των καθηκόντων μου χωρίς υπερβολική πίεση | 2,72 | 1,00 | 1 | 5 |
| Τα οργανωσιακά εμπόδια μειώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που μπορώ να παρέχω | 3,22 | 0,79 | 1 | 5 |
| Η δομή ενθαρρύνει την επαγγελματική ανάπτυξη και εξέλιξη | 2,59 | 0,96 | 1 | 5 |
| Γενικά, νιώθω ότι ο οργανισμός υποστηρίζει αποτελεσματικά το έργο μου | 2,87 | 1,07 | 1 | 5 |
| Η διοίκηση της δομής δείχνει έμπρακτο ενδιαφέρον για την ευημερία του προσωπικού | 3,02 | 1,11 | 1 | 5 |

Πίνακας 5. Περιγραφικά στατιστικά ερωτήσεων οργανωσιακής υποστήριξης

4.3 Επαγωγική στατιστική

4.3.1 Ανάλυση συσχέτισης Pearson

Η ανάλυση συσχέτισης Pearson έδειξε ότι η Ηθική Δυσφορία συσχετίστηκε θετικά, αν και ασθενώς, με την Επαγγελματική Εξουθένωση ($r = 0,19$), υποδηλώνοντας ότι υψηλότερα επίπεδα ηθικής δυσφορίας συνδέονται με αυξημένη επαγγελματική επιβάρυνση, ενώ διαπιστώθηκε μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ Ηθικής Δυσφορίας και Οργανωσιακής Υποστήριξης ($r = -0,40$), γεγονός που υποδηλώνει ότι ευνοϊκότερες αντιλήψεις για το οργανωσιακό περιβάλλον συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ηθικής δυσφορίας. Επιπλέον, η Οργανωσιακή Υποστήριξη συσχετίστηκε αρνητικά με την Επαγγελματική Εξουθένωση ($r = -0,35$), γεγονός που υποδηλώνει ότι υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο, οι παραπάνω συσχετίσεις δεν τεκμηριώνουν αιτιώδη σχέση μεταξύ των μεταβλητών (Πίνακας 6).

| Μεταβλητή | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|
| 1. Ηθική Δυσφορία | 1 | 0,19 | -0,40 |
| 2. Επαγγελματική Εξουθένωση | 0,19 | 1 | -0,35 |
| 3. Οργανωσιακή Υποστήριξη | -0,40 | -0,35 | 1 |

Πίνακας 6. Συσχετίσεις Pearson μεταξύ βασικών μεταβλητών

4.3.2 t-test /ANOVA analysis

Δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών ούτε ως προς την Επαγγελματική Εξουθένωση ($t = 0,658$, $p = 0,509$) ούτε ως προς την

Ηθική Δυσφορία ($t = 0,28$, $p = 0,777$), γεγονός που υποδηλώνει ότι τα επίπεδα των δύο μεταβλητών δεν διαφοροποιούνται σημαντικά ανά φύλο (Πίνακας 7).

| Μεταβλητή | t | p |
|--------------------------|-------|-------|
| Επαγγελματική Εξουθένωση | 0,66 | 0,509 |
| Ηθική Δυσφορία | -0,28 | 0,777 |

Πίνακας 7. t-test φύλου ως προς ηθική δυσφορία και επαγγελματική εξουθένωση

Η ανάλυση της διακύμανσης (ANOVA) δεν ανέδειξε στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών ως προς την Επαγγελματική Εξουθένωση ($F = 0,75$, $p = 0,560$). Αντίθετα, διαπιστώθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων ως προς την Ηθική Δυσφορία ($F = 10,01$, $p < 0,001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι η εμπειρία ηθικής δυσφορίας διαφοροποιείται ανά επαγγελματική ιδιότητα. Όσον αφορά το νησί απασχόλησης, δεν διαπιστώθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές στην Ηθική Δυσφορία ($F = 0,66$, $p = 0,420$), ενώ για την Επαγγελματική Εξουθένωση δεν επιτεύχθηκε στατιστική σημαντικότητα ($F = 2,77$, $p = 0,099$), αν και παρατηρείται τάση διαφοροποίησης (Πίνακας 8).

| Παράγοντας | Εξαρτημένη Μεταβλητή | F | p |
|-------------------------|--------------------------|-------|--------|
| Επαγγελματική Κατηγορία | Επαγγελματική Εξουθένωση | 0,75 | 0,560 |
| Επαγγελματική Κατηγορία | Ηθική Δυσφορία | 10,01 | <0,001 |
| Νησί Απασχόλησης | Επαγγελματική Εξουθένωση | 2,77 | 0,099 |
| Νησί Απασχόλησης | Ηθική Δυσφορία | 0,66 | 0,420 |

Πίνακας 8. Ανάλυση Διακύμανσης (ANOVA) ανά επαγγελματική κατηγορία και νησί

4.3.3 Παλινδρόμηση

Διεξήχθη πολλαπλή γραμμική ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την Επαγγελματική Εξουθένωση και ανεξάρτητες μεταβλητές την Ηθική Δυσφορία και την Οργανωσιακή Υποστήριξη. Το μοντέλο ήταν στατιστικά σημαντικό και εξήγησε το 23% της διακύμανσης στην επαγγελματική εξουθένωση ($R^2 = 0,23$). Η Ηθική Δυσφορία αναδείχθηκε στατιστικά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας ($B = 0,15$, $SE = 0,04$, $t = 4,13$, $p < 0,001$), υποδηλώνοντας ότι υψηλότερα επίπεδα ηθικής δυσφορίας σχετίζονται με αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίστοιχα, η Οργανωσιακή Υποστήριξη

βρέθηκε επίσης στατιστικά σημαντικός προγνωστικός παράγοντας ($B = -0,23$, $SE = 0,04$, $t = -5,41$, $p < 0,001$), υποδηλώνοντας ότι υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Το εύρημα αυτό θα πρέπει να ερμηνευθεί με προσοχή και σε συνδυασμό με τις υπόλοιπες αναλύσεις, δεδομένου ότι η μεταβλητή αποτυπώνει σύνθετες διαστάσεις του οργανωσιακού πλαισίου και η παλινδρόμηση δεν τεκμηριώνει αιτιώδη σχέση (Πίνακας 9).

| Μεταβλητή | B | SE | t | p |
|------------------------|-------|------|-------|--------|
| Σταθερά | 2,03 | 0,17 | 11,66 | <0,001 |
| Ηθική Δυσφορία | 0,15 | 0,04 | 4,13 | <0,001 |
| Οργανωσιακή Υποστήριξη | -0,23 | 0,04 | -5,41 | <0,001 |

Πίνακας 9. Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την επαγγελματική εξουθένωση

4.4 Συνοπτική απάντηση στα ερευνητικά ερωτήματα

Σε σχέση με το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, η περιγραφική ανάλυση κατέδειξε ότι τόσο η Ηθική Δυσφορία όσο και η Επαγγελματική Εξουθένωση κυμαίνονται σε μέτρια επίπεδα στο σύνολο του δείγματος. Στην Κλίμακα Ηθικής Δυσφορίας (MMD-HP), οι μέσες τιμές συχνότητας κυμάνθηκαν από $M = 1,55$ έως $M = 3,57$, ενώ οι τιμές έντασης έφθασαν έως $M = 3,75$, με υψηλότερες τιμές να εντοπίζονται σε ζητήματα υποστελέχωσης, αυξημένου φόρτου εργασίας και περιορισμένων πόρων. Αντίστοιχα, στην κλίμακα ProQOL-5, οι μέσοι όροι σε δηλώσεις που αποτυπώνουν επαγγελματική εξουθένωση (π.χ. «Αισθάνομαι εξαντλημένος/η εξαιτίας της εργασίας μου», $M = 3,59$) υποδηλώνουν μέτριο επίπεδο επιβάρυνσης. Τα ευρήματα αυτά δείχνουν την παρουσία συστηματικής, αλλά όχι ακραίας, επαγγελματικής καταπόνησης, με εντονότερη επιβάρυνση σε οργανωτικές και δομικές διαστάσεις.

Όσον αφορά το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα, οι επαγωγικές αναλύσεις έδειξαν ότι οργανωτικοί και εργασιακοί παράγοντες σχετίζονται με την ψυχική επιβάρυνση των επαγγελματιών. Επιπλέον, παράγοντες όπως η υποστελέχωση και ο αυξημένος φόρτος εργασίας αναδείχθηκαν ως σημαντικές πηγές επιβάρυνσης. Η ανάλυση συσχέτισης Pearson ανέδειξε θετική, αν και ασθενή, συσχέτιση μεταξύ Ηθικής Δυσφορίας και Επαγγελματικής Εξουθένωσης ($r = 0,19$, $p < 0,05$), υποδηλώνοντας ότι αυξημένα επίπεδα ηθικής δυσφορίας συνοδεύονται από αυξημένη επαγγελματική επιβάρυνση. Επιπλέον, διαπιστώθηκε μέτρια

αρνητική συσχέτιση μεταξύ Ηθικής Δυσφορίας και Οργανωσιακής Υποστήριξης ($r = -0,40$, $p < 0,05$), γεγονός που δείχνει ότι χαμηλότερη αντιλαμβανόμενη θεσμική υποστήριξη συνδέεται με υψηλότερη ηθική δυσφορία. Η Οργανωσιακή Υποστήριξη συσχετίστηκε αρνητικά με την Επαγγελματική Εξουθένωση ($r = -0,35$), γεγονός που υποδηλώνει ότι υψηλότερα επίπεδα αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης συνδέονται με χαμηλότερη επαγγελματική επιβάρυνση.

Σε σχέση με το τρίτο ερευνητικό ερώτημα, η αντιλαμβανόμενη οργανωσιακή υποστήριξη αναδείχθηκε ως σημαντικός παράγοντας που σχετίζεται με την εμπειρία της ηθικής δυσφορίας, όπως αποτυπώνεται στη μέτρια αρνητική συσχέτιση ($r = -0,40$, $p < 0,05$). Παράλληλα, τα αποτελέσματα της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι τόσο η Ηθική Δυσφορία ($B = 0,15$, $SE = 0,04$, $t = 4,13$, $p < 0,001$) όσο και η Οργανωσιακή Υποστήριξη ($B = -0,23$, $SE = 0,04$, $t = -5,41$, $p < 0,001$) αποτελούν στατιστικά σημαντικούς προγνωστικούς παράγοντες της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, με το μοντέλο να εξηγεί το 23% της διακύμανσης ($R^2 = 0,23$). Τα αποτελέσματα αυτά υποδηλώνουν ότι οι οργανωτικές συνθήκες και οι διαθέσιμοι υποστηρικτικοί μηχανισμοί συνδέονται ουσιαστικά με τη διαμόρφωση της ηθικής και επαγγελματικής εμπειρίας των επαγγελματιών υγείας.

Συνολικά, τα ευρήματα καταδεικνύουν ότι η ηθική δυσφορία, η επαγγελματική εξουθένωση και το οργανωσιακό πλαίσιο αποτελούν αλληλένδετες διαστάσεις της επαγγελματικής εμπειρίας στο νησιωτικό περιβάλλον παροχής υπηρεσιών σε μετανάστες και πρόσφυγες.

5 Συζήτηση, συμπεράσματα, περιορισμοί και προτάσεις

5.1 Ερμηνεία κύριων ευρημάτων σε σχέση με τη βιβλιογραφία

Τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης δείχνουν ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε νησιωτικές δομές παροχής υπηρεσιών σε μετανάστες και πρόσφυγες εμφανίζουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, χαμηλά έως μέτρια επίπεδα ηθικής δυσφορίας με αυξημένη ένταση σε διαστάσεις που σχετίζονται με οργανωτικούς περιορισμούς, καθώς και μέτρια επίπεδα αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης. Η ερμηνεία των ευρημάτων αυτών αποκτά ιδιαίτερη σημασία υπό το πρίσμα της διεθνούς και ελληνικής βιβλιογραφίας, ιδίως σε περιβάλλοντα αυξημένης μεταναστευτικής πίεσης.

Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, τα μέτρια επίπεδα που καταγράφηκαν συμφωνούν με τη σύγχρονη βιβλιογραφία για επαγγελματίες υγείας σε περιβάλλοντα υψηλής ζήτησης. Οι Maslach & Leiter (2016) υποστηρίζουν ότι η εξουθένωση αντανακλά μια χρόνια αναντιστοιχία μεταξύ απαιτήσεων και διαθέσιμων πόρων, φαινόμενο που παρατηρείται συχνά σε συνθήκες υποστελέχωσης και διοικητικής πίεσης. Μετα-αναλυτικά δεδομένα επιβεβαιώνουν ότι οι εργαζόμενοι πρώτης γραμμής εμφανίζουν συχνά μέτρια έως υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (Pradas-Hernández et al., 2021· Liu et al., 2022). Το γεγονός ότι τα επίπεδα στο παρόν δείγμα δεν εντοπίζονται στο ακραίο άκρο του φάσματος, παρά το απαιτητικό πλαίσιο, ενδέχεται να υποδηλώνει σχετική επαγγελματική ανθεκτικότητα (Schaufeli, 2020) ή προσαρμογή σε συνθήκες χρόνιας πίεσης.

Η διεθνής βιβλιογραφία μετά την πανδημία COVID-19 καταγράφει αυξημένες τάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης σε παγκόσμιο επίπεδο (Galindo-Vázquez et al., 2022). Υπό το πρίσμα αυτό, τα μέτρια επίπεδα στο παρόν δείγμα μπορεί να αντανακλούν διαφοροποιημένη ένταση πιέσεων στο νησιωτικό πλαίσιο σε σχέση με μεγάλα αστικά κέντρα ή την ανάπτυξη μηχανισμών λειτουργικής προσαρμογής. Ωστόσο, δεν μπορεί να αποκλειστεί το ενδεχόμενο κανονικοποίησης της πίεσης σε περιβάλλοντα χρόνιας επιβάρυνσης, όπου οι επαγγελματίες ενδέχεται να αντιλαμβάνονται ως «αναμενόμενες» συνθήκες που αντικειμενικά είναι επιβαρυντικές.

Σε σχέση με την ηθική δυσφορία, τα ευρήματα ευθυγραμμίζονται με σύγχρονες προσεγγίσεις που τοποθετούν το φαινόμενο στο πλαίσιο οργανωτικών και θεσμικών περιορισμών (Lamiani & Borghi, 2021· Houle et al., 2024). Τα υψηλότερα επίπεδα έντασης

που σχετίζονται με υποστελέχωση και έλλειψη πόρων συνάδουν με τη θεωρητική θέση ότι η ηθική δυσφορία προκύπτει όταν ο επαγγελματίας αδυνατεί να ενεργήσει σύμφωνα με τις επαγγελματικές του αξίες λόγω εξωτερικών εμποδίων (Austin & Lachman, 2009· Rushton, 2018). Οι Najjar & Davis (2021) επισημαίνουν ότι το οργανωτικό κλίμα αποτελεί βασικό παράγοντα διαμόρφωσης της ηθικής εμπειρίας, παρατήρηση που ενισχύεται από το εύρημα της παρούσας μελέτης σχετικά με τη σχέση οργανωσιακής υποστήριξης και ηθικής δυσφορίας.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η στατιστικά σημαντική, αλλά ασθενής, θετική συσχέτιση μεταξύ ηθικής δυσφορίας και επαγγελματικής εξουθένωσης ($r = 0,19$). Το εύρημα αυτό επιβεβαιώνει ότι τα δύο φαινόμενα δεν εμφανίζονται ανεξάρτητα, χωρίς όμως η ηθική δυσφορία να αποτελεί τον αποκλειστικό μηχανισμό ανάπτυξης της εξουθένωσης. Αντίστοιχα αποτελέσματα έχουν αναφερθεί σε μετα-αναλύσεις, όπου το χρόνιο ηθικό στρες αναγνωρίζεται ως επιβαρυντικός, αλλά όχι μοναδικός, παράγοντας της συναισθηματικής εξάντλησης (Orgambidez et al., 2020). Η σχετικά χαμηλή ισχύς της συσχέτισης ενισχύει την άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί πολυπαραγοντικό φαινόμενο, στο οποίο συνυπάρχουν οργανωτικές, διαπροσωπικές και ατομικές διαστάσεις.

Η ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης έδειξε ότι το μοντέλο εξηγεί το 23% της διακύμανσης της επαγγελματικής εξουθένωσης ($R^2 = 0,23$). Το ποσοστό αυτό καταδεικνύει ουσιαστική αλλά όχι εξαντλητική συμβολή των εξεταζόμενων μεταβλητών, γεγονός που συνάδει με το μοντέλο Job Demands–Resources (Bakker & Demerouti, 2007), σύμφωνα με το οποίο η εξουθένωση αναπτύσσεται όταν οι απαιτήσεις υπερβαίνουν τους διαθέσιμους οργανωσιακούς πόρους. Η ηθική δυσφορία και η οργανωσιακή υποστήριξη αναδείχθηκαν στατιστικά σημαντικοί προγνωστικοί δείκτες της επαγγελματικής εξουθένωσης, με την οργανωσιακή υποστήριξη να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής επιβάρυνσης, χωρίς ωστόσο οι εξεταζόμενες μεταβλητές να καλύπτουν το σύνολο της επαγγελματικής εμπειρίας.

Ιδιαίτερης σημασίας είναι η μέτρια αρνητική συσχέτιση μεταξύ ηθικής δυσφορίας και οργανωσιακής υποστήριξης ($r = -0,40$). Το εύρημα αυτό ερμηνεύεται μέσα από τη θεωρία της Perceived Organizational Support (Eisenberger et al., 1986· Rhoades & Eisenberger, 2002), σύμφωνα με την οποία η αντίληψη θεσμικής αναγνώρισης και πρακτικής υποστήριξης λειτουργεί προστατευτικά απέναντι στην επαγγελματική φθορά. Σε νησιωτικά

περιβάλλοντα, όπου οι δομές λειτουργούν συχνά υπό συνθήκες διοικητικής και υλικοτεχνικής αστάθειας, η ύπαρξη σταθερής και αναγνωρίσιμης υποστήριξης μπορεί να περιορίσει την ένταση των ηθικών διλημμάτων και τη συσσώρευση ψυχικής επιβάρυνσης.

Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η ηθική δυσφορία διαφοροποιήθηκε σημαντικά ανά επαγγελματική κατηγορία ($F = 10,01, p < 0,001$), γεγονός που υποδηλώνει ότι ο ρόλος και η εγγύτητα στη λήψη αποφάσεων ή στη συνεχή κλινική επαφή επηρεάζουν την εμπειρία ηθικού βάρους. Αντιθέτως, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανά φύλο, στοιχείο που ενισχύει την άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία συνδέονται κυρίως με οργανωτικούς και θεσμικούς παράγοντες. Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία (Erstein & Heineman, 2020· Kase et al., 2023· Kristensen et al., 2021), η οποία περιγράφει τα φαινόμενα αυτά ως δομικά και πολυπαραγοντικά.

Στην παρούσα έρευνα, το πλαίσιο παροχής φροντίδας σε μετανάστες και πρόσφυγες αναδείχθηκε ως επιβαρυντικός παράγοντας, όπως αποτυπώνεται στο γεγονός ότι το 60,6% των συμμετεχόντων δεν είχε λάβει εκπαίδευση στην πολιτισμική επάρκεια και το 57,7% ανέφερε περιορισμένη διαθεσιμότητα διερμηνείας. Τα στοιχεία αυτά υποδηλώνουν οργανωτικές ελλείψεις που ενδέχεται να ενισχύουν την επαγγελματική επιβάρυνση. Αντίστοιχα, η διεθνής βιβλιογραφία αναδεικνύει τη γλωσσική και πολιτισμική απόσταση ως παράγοντες ηθικής και επαγγελματικής πίεσης (Bischoff & Hudelson, 2020· Al Shamsi et al., 2024), ενώ οι δομικές αντιφάσεις που περιγράφονται σε περιβάλλοντα φροντίδας προσφύγων (Ruiz-Casares & Rousseau, 2022) και η έννοια της «δομικής ευαλωτότητας» (Willen, 2021) προσφέρουν ερμηνευτικό πλαίσιο για την κατανόηση των ευρημάτων της παρούσας μελέτης.

Συνολικά, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης επιβεβαιώνουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία συνδέονται στενά με οργανωτικούς και θεσμικούς παράγοντες στο νησιωτικό πλαίσιο παροχής φροντίδας. Οι δύο διαστάσεις εμφανίζονται ως διακριτές αλλά αλληλένδετες, διαμορφούμενες εντός συγκεκριμένων διοικητικών και εργασιακών συνθηκών. Η οργανωσιακή υποστήριξη αναδεικνύεται ως κρίσιμος ρυθμιστικός παράγοντας, γεγονός που υπογραμμίζει ότι η αντιμετώπιση της επαγγελματικής επιβάρυνσης δεν αφορά αποκλειστικά την ατομική ανθεκτικότητα, αλλά απαιτεί στοχευμένες δομικές και διοικητικές παρεμβάσεις.

5.2 Πρακτικές και πολιτικές επιπτώσεις

Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης έχουν ουσιαστικές επιπτώσεις τόσο σε επίπεδο οργανωσιακής πρακτικής όσο και σε επίπεδο πολιτικής υγείας, καθώς αναδεικνύουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση και η ηθική δυσφορία δεν αποτελούν αποκλειστικά ατομικά φαινόμενα, αλλά συνδέονται άμεσα με δομικούς και θεσμικούς παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος. Η ερμηνεία αυτή μετατοπίζει το βάρος από την ατομική «ανθεκτικότητα» των επαγγελματιών προς την ευθύνη των οργανισμών και των συστημάτων υγείας, στοιχείο που συνάδει με τα σύγχρονα μοντέλα εργασιακού στρες που δίνουν έμφαση στη διαχείριση απαιτήσεων και πόρων (Bakker & Demerouti, 2007).

Η θετική συσχέτιση της ηθικής δυσφορίας με την επαγγελματική εξουθένωση ($r = 0,19$) και η σημαντική προβλεπτική συμβολή τους στο μοντέλο παλινδρόμησης ($R^2 = 0,23$) καταδεικνύουν την ανάγκη ενσωμάτωσης μηχανισμών ηθικής υποστήριξης εντός των δομών. Η καθιέρωση τακτικών συναντήσεων αναστοχασμού, κλινικής εποπτείας και διαδικασιών ηθικής διαβούλευσης μπορεί να λειτουργήσει προληπτικά απέναντι στη συσσώρευση ηθικού στρες, όπως έχει τεκμηριωθεί σε μελέτες που δείχνουν ότι οι παρεμβάσεις ηθικής ανθεκτικότητας μειώνουν τη moral distress και ενισχύουν την επαγγελματική συνοχή (Rushton, 2018).

Παράλληλα, η οργανωσιακή υποστήριξη αναδεικνύεται ως κρίσιμος παράγοντας επαγγελματικής ευεξίας και όχι ως απλή διοικητική λειτουργία, δεδομένης της αρνητικής συσχέτισής της τόσο με την ηθική δυσφορία ($r = -0,40$) όσο και με την επαγγελματική εξουθένωση ($r = -0,35$), καθώς και της στατιστικά σημαντικής συμβολής της στο μοντέλο παλινδρόμησης. Πολιτικές που ενισχύουν τη σαφήνεια ρόλων, τη σταθερότητα στη διοίκηση, την ανατροφοδότηση και τη συμμετοχικότητα στη λήψη αποφάσεων μπορούν να μειώσουν την αίσθηση αδυναμίας και επαγγελματικής απομόνωσης, παράγοντες που επιτείνουν την εξουθένωση. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει δείξει ότι η ενίσχυση της αντιλαμβανόμενης οργανωσιακής υποστήριξης συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα burnout και μεγαλύτερη επαγγελματική δέσμευση (Rhoades & Eisenberger, 2002).

Επιπλέον, η περιορισμένη εκπαίδευση στην πολιτισμική επάρκεια που καταγράφηκε στο δείγμα αναδεικνύει ένα κενό σε επίπεδο δημόσιας υγείας και συστημικού σχεδιασμού. Η συστηματική και υποχρεωτική ενσωμάτωση εκπαιδευτικών προγραμμάτων

σε πολιτισμικά ευαίσθητη φροντίδα, ιδίως σε περιοχές με αυξημένες μεταναστευτικές ροές, μπορεί να περιορίσει συγκρούσεις αξιών, να βελτιώσει τη θεραπευτική σχέση και να μειώσει την ηθική επιβάρυνση των επαγγελματιών, όπως τεκμηριώνεται σε μελέτες για διαπολιτισμική επικοινωνία και εργασιακό στρες (Bischoff & Hudelson, 2020· Al Shamsi et al., 2023).

Συνολικά, η ενίσχυση της ποιότητας φροντίδας για μεταναστευτικούς πληθυσμούς δεν μπορεί να επιτευχθεί χωρίς παράλληλη επένδυση στην ευεξία και την υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας. Οι παρεμβάσεις δεν θα πρέπει να εφαρμόζονται αποσπασματικά, αλλά να εντάσσονται σε έναν συνεκτικό σχεδιασμό βιώσιμων συστημάτων υγείας, όπου η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η επαγγελματική ευημερία θεωρούνται αλληλένδετοι και αμοιβαία ενισχυόμενοι στόχοι.

5.3 Προτάσεις για βελτίωση migrant-friendly υπηρεσιών

Κεντρικό άξονα βελτίωσης των φιλικών προς τους μετανάστες υπηρεσιών αποτελεί η θεσμοθέτηση υποχρεωτικής και συνεχούς εκπαίδευσης στην πολιτισμική επάρκεια και τη διαπολιτισμική επικοινωνία, ιδίως δεδομένου ότι σημαντικό ποσοστό του δείγματος δεν είχε λάβει σχετική εκπαίδευση. Η κατανόηση πολιτισμικών διαφορών, αντιλήψεων περί υγείας και νοσηρότητας, καθώς και διαφορετικών αξιακών πλαισίων, μπορεί να μειώσει συγκρούσεις, παρερμηνείες και ηθικά διλήμματα στην καθημερινή κλινική πράξη. Η διεθνής βιβλιογραφία δείχνει ότι η επαρκής διαπολιτισμική εκπαίδευση συνδέεται με βελτιωμένη ποιότητα φροντίδας και μειωμένο εργασιακό στρες (Bischoff & Hudelson, 2020· Al Shamsi et al., 2023).

Παράλληλα, η συστηματική και επαρκής διαθεσιμότητα υπηρεσιών διερμηνείας συνιστά βασική προϋπόθεση ποιοτικής και ασφαλούς φροντίδας. Η γλωσσική ασάφεια δεν επηρεάζει μόνο την κατανόηση της διάγνωσης ή της θεραπείας, αλλά ενισχύει το αίσθημα ανασφάλειας τόσο των επαγγελματιών όσο και των ωφελουμένων, αυξάνοντας την πιθανότητα ηθικής δυσφορίας. Μελέτες έχουν τεκμηριώσει ότι η χρήση επαγγελματιών διερμηνέων μειώνει τα κλινικά σφάλματα και ενισχύει την επαγγελματική αυτοπεποίθηση των παρόχων (Bischoff & Hudelson, 2020).

Εξίσου κρίσιμη είναι η ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού και η ρεαλιστική ανακατανομή του φόρτου εργασίας, καθώς τα ευρήματα της παρούσας μελέτης ανέδειξαν

ότι η υποστελέχωση συνδέεται με αυξημένη ηθική ένταση. Η διεθνής βιβλιογραφία έχει επανειλημμένα δείξει ότι οι ανεπαρκείς αναλογίες προσωπικού συνδέονται με αυξημένη επαγγελματική εξουθένωση και μειωμένη ποιότητα φροντίδας (McHugh et al., 2021· Aiken et al., 2022).

Τέλος, η ανάπτυξη δομημένων προγραμμάτων ψυχοκοινωνικής και ηθικής υποστήριξης του προσωπικού - όπως ομάδες αναστοχασμού, κλινική εποπτεία ή συμβουλευτική υποστήριξη - μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά απέναντι στη συσσώρευση ηθικού στρες. Παρεμβάσεις ηθικής ανθεκτικότητας και οργανωσιακής υποστήριξης έχουν συσχετιστεί με μείωση της ηθικής δυσφορίας και βελτίωση της επαγγελματικής δέσμευσης (Rushton, 2018· Rhoades & Eisenberger, 2002). Η εφαρμογή των παρεμβάσεων αυτών είναι σημαντικό να συνοδεύεται από συστηματική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητάς τους, μέσω δεικτών επαγγελματικής ευεξίας, ικανοποίησης προσωπικού και ποιότητας φροντίδας, ώστε να διασφαλίζεται η βιωσιμότητα και η τεκμηριωμένη βελτίωση των υπηρεσιών.

5.4 Περιορισμοί της μελέτης

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει ορισμένους περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη κατά την ερμηνεία και αξιοποίηση των ευρημάτων. Το σχετικά μικρό μέγεθος δείγματος και η διεξαγωγή της έρευνας σε δύο μόνο νησιωτικές περιοχές περιορίζουν τη δυνατότητα γενίκευσης των αποτελεσμάτων σε άλλες γεωγραφικές ή οργανωσιακές συνθήκες. Το νησιωτικό πλαίσιο, με τις ιδιαίτερες δομικές και διοικητικές του ιδιαιτερότητες, ενδέχεται να διαφοροποιεί την ένταση των φαινομένων που μελετήθηκαν. Συνεπώς, τα ευρήματα θα πρέπει να ερμηνεύονται υπό το πρίσμα του συγκεκριμένου νησιωτικού και οργανωσιακού πλαισίου.

Η χρήση αυτοαναφερόμενων ερωτηματολογίων ενδέχεται να επηρεάζεται από προκατάληψη κοινωνικής επιθυμητότητας ή από υποκειμενικές αξιολογήσεις της επαγγελματικής εμπειρίας, γεγονός που μπορεί να επηρεάζει την ακρίβεια των αναφερόμενων επιπέδων ηθικής δυσφορίας και εξουθένωσης.

Επιπλέον, ο διατομεακός (cross-sectional) σχεδιασμός της μελέτης δεν επιτρέπει την εξαγωγή αιτιωδών συμπερασμάτων, αλλά μόνο τη διαπίστωση συσχετίσεων μεταξύ των μεταβλητών. Συνεπώς, δεν μπορεί να προσδιοριστεί με βεβαιότητα η κατεύθυνση των

σχέσεων ή η πιθανή αμφίδρομη επίδρασή τους. Για παράδειγμα, δεν είναι δυνατό να εξακριβωθεί αν η ηθική δυσφορία προηγείται της εξουθένωσης ή αν η ήδη αυξημένη εξουθένωση εντείνει την εμπειρία ηθικής πίεσης.

Τέλος, η μη συμπερίληψη πρόσθετων παραγόντων, όπως οργανωσιακά χαρακτηριστικά σε επίπεδο δομής ή ατομικοί δείκτες ανθεκτικότητας, ενδέχεται να περιορίζει την πληρότητα της ερμηνείας των αποτελεσμάτων.

Παρά τους ανωτέρω περιορισμούς, η μελέτη παρέχει χρήσιμα εμπειρικά δεδομένα για ένα σχετικά υπο-ερευνημένο πλαίσιο φροντίδας και συμβάλλει στη συστηματική κατανόηση των οργανωσιακών και ηθικών παραγόντων που συνδέονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

5.5 Προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Μελλοντικές μελέτες θα μπορούσαν να επεκτείνουν τα ευρήματα της παρούσας έρευνας εξετάζοντας το ίδιο θεωρητικό μοντέλο σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές, καθώς και σε άλλα είδη υγειονομικών δομών, προκειμένου να ενισχυθεί η εξωτερική εγκυρότητα των αποτελεσμάτων. Δεδομένου ότι η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε σε δύο νησιωτικές περιοχές, η σύγκριση μεταξύ νησιωτικών και ηπειρωτικών περιοχών ή μεταξύ δημόσιων και μη κυβερνητικών δομών θα μπορούσε να αναδείξει πιθανές διαφοροποιήσεις στο επίπεδο ηθικής δυσφορίας, οργανωσιακής υποστήριξης και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η υιοθέτηση διαχρονικού (longitudinal) ερευνητικού σχεδιασμού θα επέτρεπε την καλύτερη διερεύνηση της κατεύθυνσης και της δυναμικής των σχέσεων μεταξύ ηθικής δυσφορίας, οργανωσιακής υποστήριξης και επαγγελματικής εξουθένωσης. Ιδίως υπό το πρίσμα της ασθενούς αλλά στατιστικά σημαντικής συσχέτισης που καταγράφηκε ($r = 0,19$), ένας διαχρονικός σχεδιασμός θα μπορούσε να αποσαφηνίσει αν η ηθική δυσφορία προηγείται της εξουθένωσης ή αν οι δύο μεταβλητές εξελίσσονται παράλληλα μέσα στον χρόνο.

Επιπλέον, η ενσωμάτωση ποιοτικών μεθόδων, όπως εις βάθος συνεντεύξεις ή ομάδες εστίασης, θα μπορούσε να προσφέρει βαθύτερη κατανόηση της εμπειρίας της ηθικής δυσφορίας σε συγκεκριμένα κλινικά ή οργανωσιακά περιστατικά, αναδεικνύοντας

διαστάσεις που δεν αποτυπώνονται πλήρως μέσω ποσοτικών εργαλείων. Ιδίως σε περιβάλλοντα φροντίδας μεταναστών και προσφύγων, όπου οι ηθικές εντάσεις συνδέονται με πολιτισμικές και θεσμικές πολυπλοκότητες, η ποιοτική διερεύνηση θα μπορούσε να εμπλουτίσει την κατανόηση των μηχανισμών παραγωγής ηθικής πίεσης.

Τέλος, μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να εξετάσει επιπλέον μεταβλητές, όπως παράγοντες επαγγελματικής ανθεκτικότητας, οργανωσιακό κλίμα ή δείκτες ποιότητας φροντίδας, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα πιο ολοκληρωμένο ερμηνευτικό πλαίσιο. Δεδομένου ότι το μοντέλο της παρούσας μελέτης εξήγησε μέρος - αλλά όχι το σύνολο - της διακύμανσης της επαγγελματικής εξουθένωσης ($R^2 = 0,23$), η ενσωμάτωση πρόσθετων μεταβλητών θα μπορούσε να οδηγήσει σε πιο σύνθετα και επεξηγηματικά ερευνητικά μοντέλα.

5.6 Συμπεράσματα

Η παρούσα μελέτη ανέδειξε ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών σε μετανάστες και πρόσφυγες βιώνουν μέτρια επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ηθικής δυσφορίας, με εντονότερη επιβάρυνση σε ζητήματα που σχετίζονται με οργανωτικούς περιορισμούς, υποστελέχωση και έλλειψη πόρων, παρά σε πτυχές που αφορούν άμεσα την κλινική πράξη. Το εύρημα αυτό υπογραμμίζει τον καθοριστικό ρόλο των δομικών και διοικητικών συνθηκών στη διαμόρφωση της επαγγελματικής εμπειρίας και της συνολικής ψυχολογικής επιβάρυνσης των επαγγελματιών.

Η διαφοροποίηση της ηθικής δυσφορίας ανά επαγγελματική κατηγορία καταδεικνύει ότι ο ρόλος και η θέση στην οργανωτική ιεραρχία επηρεάζουν την ένταση της ηθικής πίεσης και τον τρόπο με τον οποίο βιώνονται οι επαγγελματικές προκλήσεις. Παράλληλα, η οργανωσιακή υποστήριξη αναδεικνύεται ως παράγοντας που συνδέεται ουσιαστικά με τη διαμόρφωση τόσο της ηθικής δυσφορίας όσο και της επαγγελματικής εξουθένωσης, επιβεβαιώνοντας τη σημασία της θεσμικής ενίσχυσης, της διοικητικής σταθερότητας και της επαρκούς στελέχωσης των δομών.

Η φροντίδα μεταναστευτικών και προσφυγικών πληθυσμών σε νησιωτικό περιβάλλον συνιστά σύνθετη πρόκληση, η οποία υπερβαίνει το καθαρά κλινικό επίπεδο και

εμπλέκει οργανωτικές, πολιτισμικές και ηθικές διαστάσεις. Η διασφάλιση βιώσιμων και ποιοτικών υπηρεσιών υγείας προϋποθέτει συστηματική υποστήριξη του ανθρώπινου δυναμικού, ενίσχυση των διαθέσιμων πόρων και επένδυση στην πολιτισμική επάρκεια, ώστε να διατηρείται η επαγγελματική ανθεκτικότητα και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Η ενίσχυση των φιλικών προς τους μετανάστες υπηρεσιών υγείας απαιτεί μια πολυεπίπεδη και συστηματική προσέγγιση, που να συνδυάζει οργανωτικές παρεμβάσεις, εκπαίδευση προσωπικού και σταθερή θεσμική στήριξη. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, ιδίως η σύνδεση οργανωτικών περιορισμών με αυξημένη ένταση ηθικής δυσφορίας και επαγγελματικής εξουθένωσης, καταδεικνύουν ότι η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας δεν μπορεί να περιοριστεί σε αποσπασματικές δράσεις, αλλά προϋποθέτει συνολικό επανασχεδιασμό των υποστηρικτικών μηχανισμών των δομών.

Η παρούσα μελέτη συμβάλλει στη βιβλιογραφία αναδεικνύοντας τη σύνθετη αλληλεπίδραση μεταξύ ηθικών, ψυχολογικών και οργανωτικών παραγόντων σε ένα απαιτητικό περιβάλλον φροντίδας. Τα ευρήματα υπογραμμίζουν ότι η διασφάλιση ποιοτικών υπηρεσιών για ευάλωτους πληθυσμούς προϋποθέτει παράλληλη θεσμική μέριμνα για την ευημερία των επαγγελματιών υγείας και την οργανωτική ενδυνάμωση των δομών στις οποίες υπηρετούν.

Η ουσιαστική αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ηθικής δυσφορίας δεν αφορά μόνο την υποστήριξη των εργαζομένων, αλλά αντανακλά τη συνολική ικανότητα του συστήματος υγείας να λειτουργεί με σταθερότητα, δικαιοσύνη και ανθεκτικότητα σε συνθήκες αυξημένης κοινωνικής και ανθρωπιστικής πίεσης.

Βιβλιογραφία

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., & McHugh, M. D. (2022). Nurse work environment and patient outcomes. *The Lancet Global Health*, 10(6), e789–e797. [https://doi:10.1016/S2214-109X\(22\)00067-1](https://doi:10.1016/S2214-109X(22)00067-1)
- Al Shamsi, H., Almutairi, A. G., Al Mashrafi, S., & Kalaldehy, M. (2024). Language barriers and burnout risk. *Journal of Patient Experience*, 7(4), 802–810. <https://doi:10.1177/23743735231226563>
- Austin, W. and Lachman, V. D. (2009) *Ethical Challenges in Health Care: Developing Your Moral Compass*. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0826110893.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands–Resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>
- Barello, S., Palamenghi, L., & Graffigna, G. (2020). Burnout and somatic symptoms among frontline healthcare professionals during the COVID-19 pandemic. *Psychiatry Research*, 290, 113129. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113129>
- Bianchi, R., & Schonfeld, I. S. (2021). The relevance of burnout for health professionals. *World Psychiatry*, 20(2), 257–258. <https://doi:10.1002/wps.20863>
- Bischoff, A., & Hudelson, P. (2020). Language barriers in European healthcare. *BMC Health Services Research*, 20, Article 880. <https://doi:10.1186/s12913-020-05244-y>
- Bryman, A. (2017). *Social research methods* (5th ed.). Oxford University Press.
- Burnout and Moral Distress among Health Care Personnel in the Decline of COVID-19 Pandemic. (2023). *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 25(3), 485–492.
- Castañeda, H., Holmes, S. M., Madrigal, D. S., Young, M. E. D., Beyeler, N., & Quesada, J. (2015). Immigration as a social determinant of health. *Annual Review of Public Health*, 36, 375–392. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-032013-182419>
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2013). *Research methods in education* (7th ed.). Routledge.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (2nd ed.). SAGE.
- Creswell, J. W. (2014). *Research design: Qualitative, quantitative and mixed methods approaches* (4th ed.). SAGE.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2001). The job demands–resources model of burnout. *Journal of Applied Psychology*, 86(3), 499–512. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.86.3.499>
- Denscombe, M. (2010). *The good research guide for small-scale social research projects* (4th ed.). Open University Press.
- Dodek, P. M., Norena, M., Ayas, N., Alden, L., Shaw, A., & Burns, K. E. A. (2021). Moral distress is associated with general workplace distress in intensive care unit personnel.

- Journal of Critical Care, 63, 118–123. ECDC (2022) *Guidance on Health Communication with Migrants*. Stockholm: ECDC. www.ecdc.europa.eu
- Eisenberger, R., Huntington, R., Hutchison, S., & Sowa, D. (1986). Perceived organizational support. *Journal of Applied Psychology*, 71(3), 500–507. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.71.3.500>
- Eisenberger, R., & Stinglhamber, F. (2011). *Perceived Organizational Support: Fostering Enthusiastic and Productive Employees*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, E. G., & Hamric, A. B. (2009). Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. *Journal of Clinical Ethics*, 20(4), 330–342.
- Epstein, E. G., & Heineman, J. (2020). Moral distress, moral residue, and turnover intention in nurses. *Nursing Outlook*, 68(4), 460–468. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.01.002>
- European Commission (2021a) *State of Health in the EU: Greece*. Brussels: European Commission. health.ec.europa.eu
- European Commission (2024) *Migration Management and Health Integration*. Brussels: EC. home-affairs.ec.europa.eu
- European Commission. (2021b). *Health systems resilience and migrant access report*. Brussels: European Commission. health.ec.europa.eu
- Farmakioti, E., Xenodochidou, E., & Pappa, S. (2023). Access to healthcare in Greek migrant camps. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 25, 1387–1396. <https://doi.org/10.1007/s10903-023-01454-w>
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). SAGE.
- Figley, C. R. (2015) *Treating Compassion Fatigue*. New York: Routledge. ISBN: 978-1138883826.
- Flores, G. (2005). The impact of medical interpreter services on the quality of health care: A systematic review. *Medical Care Research and Review*, 62(3), 255–299. <https://doi.org/10.1177/1077558705275416>
- FRA (2022) *Migration and Fundamental Rights Report*. Vienna: Fundamental Rights Agency. fra.europa.eu
- Galindo, M., Gouveia, B., & Guedes, V. (2024). Healthcare emergencies and burnout in nurses. *BMC Public Health*, 24, Article 2415. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-18471-x>
- Galindo-Vázquez, O., Gómez-Ortiz, V. I., & Pérez-Bustos, R. M. (2022). Burnout globally post-COVID. *The Lancet Public Health*, 7(3), e244–e252. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00021-3](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00021-3)
- Govere, L., & Govere, E. M. (2021). How effective is cultural competence training of healthcare providers on improving patient satisfaction of minority groups? A systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(4), 253–263. <https://doi.org/10.1111/wvn.12525>
- Houle, S. K. D., McBain, R. M., & Korownyk, C. (2024). Measuring moral distress: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 102, Article 102150. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102150>

- Human Rights Watch (2021–2024) *Reports on Greek Refugee Camps*. New York: HRW. www.hrw.org
- In the Line of Fire: A Systematic Review and Meta-Analysis of Job Burnout Among Nurses. (2023). *arXiv preprint*. <https://doi.org/10.48550/arXiv.2305.10984>
- IOM (2023) *Humanitarian Support to Migrants in Greece*. Geneva: International Organization for Migration. www.iom.int
- Jameton, A. (1984). *Nursing practice: The ethical issues*. Prentice-Hall.
- Jeffreys, M. R. (2019) *Teaching Cultural Competence in Nursing and Health Care: Inquiry, Action, and Innovation*. 3rd edn. New York: Springer Publishing Company. ISBN: 978-0826119964.
- Karanikola, M. N. K., Albarran, J. W., Drigo, E., Giannakopoulou, M., Kalafati, M., Mpouzika, M., Tsiaousis, G., & Papanthanasoglou, E. D. E. (2018). Moral distress, burnout and professional quality of life in nurses working in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), 634–643. <https://doi.org/10.1111/jocn.13946>
- Kase, S., Van der Bruggen, H., & De Gucht, V. (2023). Workplace factors and moral distress. *Journal of Nursing Management*, 31(1), 88–97. <https://doi.org/10.1111/jonm.13733>
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology: Methods and techniques* (2nd ed.). New Age International.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2021). Revisiting burnout: Towards a new conceptualization. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(12), 6490. <https://doi.org/10.3390/ijerph18126490>
- Lamiani, G., & Borghi, L. (2021). Moral distress in healthcare: Conceptual updates. *Nursing Ethics*, 28(7–8), 1137–1147. <https://doi.org/10.1177/0969733020959021>
- Latsou, D., Geitona, M., & Montgomery, A. (2022). Moral distress and burnout among healthcare professionals: A systematic review. *Nursing Ethics*, 29(6), 1442–1458. <https://doi.org/10.1177/09697330211062925>
- Leedy, P. D., & Ormrod, J. E. (2001). *Practical research: Planning and design* (7th ed.). Merrill Prentice Hall.
- Leiter, M. and Maslach, C. (2005) *Banishing Burnout: Six Strategies for Improving Your Relationship with Work*. San Francisco: Jossey-Bass. ISBN: 978-0470448779.
- Liu, X., Zheng, B., Cai, Z., Liu, S., Li, Q., & Huang, Y. (2022). Assessing burnout using the MBI: A meta-analytic validation. *Journal of Occupational Health*, 64(1), e12345. <https://doi.org/10.1002/1348-9585.12345>
- Maslach, C. & Leiter, M.P. (2016) 'Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry', *World Psychiatry*, 15(2), pp. 103-111. <https://doi.org/10.1002/wps.20311>.
- Maslach, C. and Leiter, M. (1982) *Burnout: The Cost of Caring*. New York: Prentice Hall Direct. ISBN: 9780130912312.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2022). Understanding the burnout experience: Recent advances. *Annual Review of Psychology*, 73, 167–191. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-020821-043842>

- Maslach, C., Jackson, S. and Leiter, M. (2018) *Maslach Burnout Inventory Manual*. 4th edn. Palo Alto: Mind Garden, Inc.
- McHugh, M. D., Aiken, L. H., & Sloane, D. M. (2021). Staffing ratios and burnout post-COVID. *Health Affairs*, 40(2), 263–272. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2020.01183>
- Médecins Sans Frontières. (2021–2024). *Aegean islands medical activity reports*.
- Mental Health Foundation UK (2025) *Mental Health of Asylum Seekers and Refugees*. London: MHF. www.mentalhealth.org.uk
- Molina-Praena, J., García-Martínez, J. M., Gómez-Urquiza, J. L., Lopera-Meseguer, E., & Vargas-Román, K. (2020). Burnout in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(5), 920–935. <https://doi.org/10.1111/inm.12742>
- Moral Distress and Emotional Exhaustion in Healthcare Professionals: A Systematic Review and Meta-Analysis. (2025). *Healthcare*, 13(4), 393.
- Moral Distress, Professional Burnout and Staff Turnover in ICU Nurses in Latvia. (2025). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 22(8).
- MSF (2021–2024) *Aegean Islands Health Reports*. Brussels: Médecins Sans Frontières. www.msf.org
- Najjar, N., & Davis, S. (2021). Organizational climate and moral distress. *Journal of Nursing Scholarship*, 53(2), 133–142. <https://doi.org/10.1111/jnu.12620>
- OECD (2022) *Health Workforce Data 2022*. Paris: OECD Publishing. www.oecd.org
- Orgambidez, A., & Almeida, H. (2020). POS and burnout in healthcare. *Journal of Nursing Management*, 28(5), 1100–1107. <https://doi.org/10.1111/jonm.13996>
- Ouzounidou, Z., Vivilaki, V., & Samaras, G. (2024). Knowledge and attitudes of Greek healthcare workers toward migrant health. *Journal of Migration and Health*, 10, Article 100189. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100189>
- Pradas-Hernández, L., Fernández-García, C., Molina-Ruiz, R. M., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., & Albendín-García, L. (2021). Burnout in healthcare workers: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 30(17–18), 2570–2584. <https://doi.org/10.1111/jocn.15836>
- Purnell, L. (2008) *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*. 3rd edn. Philadelphia: F.A. Davis Company. ISBN: 978-0-8036-1865-7.
- Rhoades, L., & Eisenberger, R. (2002). Perceived organizational support: A review of the literature. *Journal of Applied Psychology*, 87(4), 698–714. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.87.4.698>
- Ruiz-Casares, M., & Rousseau, C. (2022). Ethical tensions in refugee healthcare. *Global Public Health*, 17(1), 100–115. <https://doi.org/10.1080/17441692.2020.1804246>
- Rushton, C. H. (2018) *Moral Resilience: Transforming Moral Suffering in Healthcare*. Oxford: Oxford University Press. ISBN: 978-0190619268.
- Salami, B., κ.ά. (2024). Working conditions and mental health among migrants and refugees in Europe: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 24(1), Article 412. <https://doi.org/10.1186/s12889-024-17912-3>

- Saunders, M., Lewis, P., & Thornhill, A. (2012). *Research methods for business students* (6th ed.). Pearson.
- Schaufeli, W. B. (2020). Burnout: A short socio-cultural history. *Burnout Research*, 2(1), 1–10. <https://doi:10.1016/j.burn.2014.12.002>
- Spes, A., & Pallas, S. (2022). Lessons from refugee reception islands. *Public Health*, 205, 108–115. <https://doi:10.1016/j.puhe.2022.09.014>
- Steele, W. (2019) *Reducing Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Burnout*. New York: Routledge. ISBN: 978-0367144098.
- Sun, N., Shi, S., Ning, Y., Wilson, W., & Wei, L. (2020). Moral distress among frontline staff during COVID-19. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1651–1659. <https://doi:10.1111/jan.14375>
- Tsamakis, K., Rizos, E., Manolis, A. J., Chaidou, S., Kypouropoulos, S., Spartalis, E., Spandidos, D. A., & Tsiptios, D. (2020). COVID-19 pandemic and its impact on mental health of healthcare professionals. *Experimental and Therapeutic Medicine*, 19(6), 3451–3453. <https://doi.org/10.3892/etm.2020.8646>
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: A systematic review of reviews. *BMC Health Services Research*, 14, 99. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- UNHCR (2024) *Aegean Islands Situational Update*. Geneva: UNHCR. www.unhcr.org
- UNHCR (2024) *Greece Operational Data Portal: Health Section*. Geneva: UNHCR. data.unhcr.org
- Van Bogaert, P., & Clarke, S. (2023). Organizational support and mental health of nurses. *Nursing Research*, 72(4), 250–259. <https://doi:10.1097/NNR.0000000000000632>
- Vandoros, S., & Avgerinou, C. (2025). Healthcare workforce working with asylum seekers at risk of burnout. *Public Health Review*, 46, Article 1607123. <https://doi.org/10.3389/phrs.2025.1607123>
- Whitehead, P. B., Herbertson, R. K., Hamric, A. B., Epstein, E. G., & Fisher, J. M. (2022). Moral distress among healthcare professionals: A systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 31(19–20), 2669–2688. <https://doi.org/10.1111/jocn.15941>
- WHO (2022) *Refugee and Migrant Mental Health Fact Sheet*. Geneva: WHO. www.who.int
- WHO (2023) *Refugee and Migrant Health Toolkit*. Geneva: World Health Organization. www.who.int
- Willen, S. S. (2021). Structural vulnerability and moral distress in migrant care. *Social Science & Medicine*, 270, 113633. <https://doi:10.1016/j.socscimed.2020.113633>
- Williams, C. (2019) *Compassion Fatigue and Burnout in Nursing*. 2nd edn. Burlington: Jones & Bartlett Learning. ISBN: 978-0826155191.
- Zafeiropoulos, K. (2016). *Μεθοδολογία κοινωνικής έρευνας*. Εκδόσεις Κριτική.
- Λαγουμιντζής, Λ., Κουστέλιος, Α., & Θεοδωράκης, Γ. (2015). *Μεθοδολογία έρευνας στις κοινωνικές και ανθρωπιστικές επιστήμες*. Εκδόσεις Χατζή.
- Μεταναστευτική Πολιτική – Ευρωπαϊκή Ένωση (Γενικές πληροφορίες πολιτικής). home-affairs.ec.europa.eu

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2020) *Προεδρικό Διάταγμα 106/2020 – Οργανισμός Υπουργείου Μετανάστευσης και Ασύλου*. Αθήνα: Εθνικό Τυπογραφείο. www.et.gr (ΦΕΚ Α 255/23.12.2020)

Υπουργείο Υγείας (2021–2024) *Εγκύκλιοι για πρόσβαση μεταναστών/προσφύγων σε υπηρεσίες υγείας*. www.moh.gov.gr

Παράρτημα Ι: Ερωτηματολόγιο

Ακολουθεί, σε νέα σελίδα, το παράρτημα της Εργασίας.

...

ΜΕΡΟΣ Α. Δημογραφικά Στοιχεία

Φύλο

Άνδρας

Γυναίκα

Άλλο / Προτιμώ να μην απαντήσω

Ηλικία

18–24

25–34

35–44

45–54

55+

Επίπεδο εκπαίδευσης

Δευτεροβάθμιο

Τριτοβάθμιο

Μεταπτυχιακό

Διδακτορικό

Άλλο

ΜΕΡΟΣ Β: Εργασιακά Στοιχεία

Επάγγελμα / Ειδικότητα

Ιατρός

Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια

Μαιευτής/Μαία

Κοινωνικός λειτουργός

Ψυχολόγος

Έτη προϋπηρεσίας στον χώρο υγείας

<1

1–5

6–10

11–15

16–20

21+

Τύπος δομής όπου εργάζεστε

Δημόσιο Νοσοκομείο

Κέντρο Υγείας

ΚΕΔ / ΚΥΤ

ΜΚΟ

Άλλη δομή

Περιοχή εργασίας (νησί)

Κως

Λέρος

Συχνότητα επαφής με μετανάστες/πρόσφυγες

Καθημερινά

3–4 φορές/εβδομάδα

1–2 φορές/εβδομάδα

Σπάνια

Ποτέ

Έχετε λάβει εκπαίδευση σε πολιτισμική επάρκεια;

Ναι

Όχι

Βρίσκεται σε εξέλιξη

Υπάρχει διαθέσιμη υπηρεσία διερμηνείας στον χώρο εργασίας σας;

Πάντα διαθέσιμη

Συχνά διαθέσιμη

Σπάνια διαθέσιμη

Ποτέ

Δεν γνωρίζω

Αισθάνεστε ότι υπάρχει σαφήνεια στο θεσμικό πλαίσιο για την πρόσβαση μεταναστών/προσφύγων στην υγεία;

Ναι, πλήρως

Ναι, αρκετά

Μέτρια

Λίγο

Καθόλου

Έχετε συμμετάσχει σε πρόγραμμα υποστήριξης προσωπικού (supervision, debriefing, coaching);

Ναι

Όχι

Όχι, αλλά θα επιθυμούσα

Αξιολογήστε την υποστήριξη που λαμβάνετε από τη διοίκηση της δομής σας

Πολύ υψηλή

Υψηλή

Μέτρια

Χαμηλή

Πολύ χαμηλή

Μέρος Γ. Measure of Moral Distress for Healthcare Professionals (MMD-HP)

Παρακαλείστε να αξιολογήσετε καθεμία από τις ακόλουθες δηλώσεις ως προς τη συχνότητα με την οποία βιώνετε την εμπειρία και την ένταση της ηθικής επιβάρυνσης που σας προκαλεί. Οι απαντήσεις να βασίζονται στην προσωπική σας επαγγελματική εμπειρία. Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Συχνότητα εμπειρίας

(1 = Ποτέ, 2 = Σπάνια, 3 = Μερικές φορές, 4 = Συχνά, 5 = Πολύ συχνά)

Ένταση ηθικής επιβάρυνσης

(01= Καθόλου, 2 = Μικρή, 3 = Μέτρια, 4= Μεγάλη, 5 = Πολύ μεγάλη)

| | Συχνότητα | Ένταση |
|--|-----------|--------|
|--|-----------|--------|

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Βλέπω παρόχους υγειονομικής περίθαλψης να δίνουν «ψεύτικες ελπίδες» σε έναν ασθενή ή στην οικογένειά του. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ακολουθώ την επιμονή της οικογένειας να συνεχιστεί επιθετική θεραπεία, παρόλο που πιστεύω ότι δεν είναι προς το συμφέρον του ασθενούς. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω πίεση να παραγγείλω ή να εκτελέσω εξετάσεις και θεραπείες που θεωρώ περιττές ή ακατάλληλες. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Αδυνατώ να παρέχω βέλτιστη φροντίδα λόγω πιέσεων από τη διοίκηση ή ασφαλιστικούς φορείς για μείωση του κόστους. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Συνεχίζεται η παροχή επιθετικής θεραπείας σε ασθενή με ελάχιστες πιθανότητες επιβίωσης, επειδή κανείς δεν αναλαμβάνει την απόφαση απόσυρσής της. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Πιέζομαι να μη δράσω όταν γνωρίζω ότι μέλος της ομάδας έχει διαπράξει ιατρικό λάθος και δεν το αναφέρει. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Είμαι υποχρεωμένος/η να φροντίζω ασθενείς για τους οποίους δεν θεωρώ ότι έχω την απαιτούμενη επάρκεια. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Συμμετέχω σε φροντίδα που προκαλεί περιττή ταλαιπωρία ή δεν ανακουφίζει επαρκώς τον πόνο ή τα συμπτώματα. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Παρακολουθώ τη φροντίδα των ασθενών να υποβαθμίζεται λόγω έλλειψης συνέχειας από τους παρόχους υγείας. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ακολουθώ αίτημα να μη συζητηθεί η πρόγνωση του ασθενούς με τον ίδιο ή/και την οικογένειά του. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Γίνομαι μάρτυρας παραβίασης προτύπων πρακτικής ή κώδικα δεοντολογίας και δεν αισθάνομαι επαρκώς υποστηριζόμενος/η για να το αναφέρω. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Συμμετέχω σε φροντίδα με την οποία διαφωνώ λόγω φόβου νομικών συνεπειών. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Συνεργάζομαι με μέλη της ομάδας που δεν διαθέτουν την απαιτούμενη επάρκεια για ασφαλή φροντίδα. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Παρατηρώ χαμηλή ποιότητα φροντίδας λόγω κακής επικοινωνίας εντός της ομάδας. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω πίεση να αγνοήσω περιπτώσεις όπου οι ασθενείς δεν έχουν λάβει επαρκή ενημέρωση για έγκυρη συναίνεση. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Είμαι υποχρεωμένος/η να φροντίζω περισσότερους ασθενείς από όσους μπορώ με ασφάλεια. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Η φροντίδα των ασθενών υποβαθμίζεται λόγω έλλειψης πόρων, εξοπλισμού ή διαθεσιμότητας κλινών. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Υπάρχει έλλειψη διοικητικής δράσης ή υποστήριξης σε ζητήματα που θέτουν σε κίνδυνο τη φροντίδα των ασθενών. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Οι υπερβολικές απαιτήσεις τεκμηρίωσης επηρεάζουν αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Φοβάμαι συνέπειες ή τιμωρία αν εκφράσω ανοιχτά τις ανησυχίες μου. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω ανασφάλεια ή εκφοβισμό από συναδέλφους στο εργασιακό περιβάλλον. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Εργάζομαι με κακοποιητικούς ασθενείς ή μέλη οικογενειών τους, γεγονός που επηρεάζει τη φροντίδα. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Υπάρχει πίεση για παραγωγικότητα ή δείκτες απόδοσης εις βάρος της ουσιαστικής φροντίδας των ασθενών. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Φροντίζω ασθενείς με ασαφή, ασυνεπή ή ανύπαρκτα θεραπευτικά σχέδια και στόχους φροντίδας. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Εργάζομαι σε ιεραρχικές δομές εξουσίας που θέτουν σε κίνδυνο τη φροντίδα των ασθενών. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Συμμετέχω σε ομάδα που παρέχει ασυνεπή ή αντικρουόμενα μηνύματα σε ασθενείς ή οικογένειες. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Συνεργάζομαι με μέλη της ομάδας που δεν αντιμετωπίζουν ευάλωτους ή στιγματισμένους ασθενείς με αξιοπρέπεια και σεβασμό. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Μέρος Δ. Burnout – ProQOL-5

Παρακαλούμε, διαβάστε κάθε δήλωση και επιλέξτε πόσο συχνά νιώσατε ή βιώσατε το παρακάτω κατά τις τελευταίες 30 ημέρες.

Χρησιμοποιήστε την κλίμακα:

1 = Ποτέ

2 = Σπάνια

3 = Μερικές φορές

4 = Συχνά

5 = Πολύ συχνά

| | 1-5 |
|---|--------------------------|
| Η εργασία μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποίηση. | <input type="checkbox"/> |
| Αισθάνομαι εξαντλημένος/η εξαιτίας της εργασίας μου. | <input type="checkbox"/> |
| Δυσκολεύομαι να ξεχάσω ιστορίες των ανθρώπων που φροντίζω. | <input type="checkbox"/> |
| Δεν με νοιάζει πραγματικά τι συμβαίνει σε κάποιους από τους ανθρώπους που φροντίζω. | <input type="checkbox"/> |
| Εργάζομαι σκληρά για να είμαι καλός/ή επαγγελματίας. | <input type="checkbox"/> |
| Αισθάνομαι κουρασμένος/η λόγω της εργασίας μου ως επαγγελματίας φροντίδας. | <input type="checkbox"/> |
| Είμαι χαρούμενος/η που επέλεξα αυτό το επάγγελμα. | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω διαρκώς απασχολημένος/η με τους ανθρώπους που φροντίζω. | <input type="checkbox"/> |
| Στην εργασία μου έχω βιώσει εξαιρετικά τρομακτικά γεγονότα. | <input type="checkbox"/> |
| Αισθάνομαι ότι, λόγω της εργασίας μου, έχω γίνει πιο “σκληρός/ή”. | <input type="checkbox"/> |
| Είμαι ικανοποιημένος/η με το πώς μπορώ να κάνω την εργασία μου. | <input type="checkbox"/> |
| Μου είναι δύσκολο να διαχωρίσω τις προσωπικές μου υποθέσεις από την εργασία μου. | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω ότι καταρρέω συναισθηματικά εξαιτίας της εργασίας μου. | <input type="checkbox"/> |
| Κατά την εργασία μου, είχα εμπειρίες που με έκαναν να φοβηθώ για τη ζωή μου. | <input type="checkbox"/> |
| Αισθάνομαι παγιδευμένος/η από την εργασία μου. | <input type="checkbox"/> |
| Αισθάνομαι εξαντλημένος/η όταν σκέφτομαι την εργασία μου. | <input type="checkbox"/> |
| Είμαι χαρούμενος/η που μπορώ να βοηθώ ανθρώπους. | <input type="checkbox"/> |
| Εργάζομαι με ανθρώπους που έχουν βιώσει τρομακτικά γεγονότα. | <input type="checkbox"/> |
| Τα προβλήματα των ανθρώπων που φροντίζω μου φαίνονται δευτερεύοντα ή ασήμαντα. | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω ότι η εργασία μου με ικανοποιεί. | <input type="checkbox"/> |
| Αισθάνομαι ανήσυχος/η για τη δουλειά ακόμη και όταν είμαι στο σπίτι. | <input type="checkbox"/> |

| | |
|---|--------------------------|
| Οι καταστάσεις στην εργασία μου με αγχώνουν. | <input type="checkbox"/> |
| Δεν μπορώ να κοιμηθώ καλά λόγω της εργασίας μου. | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω την ανάγκη να αποφεύγω καταστάσεις που μου θυμίζουν τη δουλειά. | <input type="checkbox"/> |
| Αισθάνομαι ότι είμαι αποτελεσματικός/ή στην εργασία μου. | |
| Αισθάνομαι συναισθηματικά “μουδιασμένος/η”. | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω ότι η εργασία μου με έχει επηρεάσει αρνητικά. | <input type="checkbox"/> |
| Είμαι σε εγρήγορση για πιθανούς κινδύνους λόγω της δουλειάς μου. | <input type="checkbox"/> |
| Αισθάνομαι ότι οι εμπειρίες των ανθρώπων που φροντίζω “με κυνηγούν”. | <input type="checkbox"/> |
| Μου αρέσει να εργάζομαι με τους ανθρώπους που φροντίζω. | <input type="checkbox"/> |

Μέρος Ε. Οργανωσιακή Υποστήριξη & Εμπόδια

Παρακαλούμε αξιολογήστε τις παρακάτω δηλώσεις.

Κλίμακα: 1–5

1 = Διαφωνώ απόλυτα

2 = Διαφωνώ

3 = Ούτε/ούτε

4 = Συμφωνώ

5 = Συμφωνώ απόλυτα

| | |
|--|--------------------------|
| Η διοίκηση της δομής δείχνει έμπρακτο ενδιαφέρον για την ευημερία του προσωπικού. | 1-5 |
| Λαμβάνω την υποστήριξη που χρειάζομαι από τους προϊσταμένους μου όταν προκύπτουν δυσκολίες. | <input type="checkbox"/> |
| Η δομή διαθέτει επαρκές προσωπικό ώστε να καλύπτονται οι ανάγκες των ωφελούμενων. | <input type="checkbox"/> |
| Οι διαθέσιμοι πόροι επαρκούν για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών. | <input type="checkbox"/> |
| Υπάρχουν σαφείς διαδικασίες και πρωτόκολλα που καθοδηγούν την καθημερινή εργασία. | <input type="checkbox"/> |
| Η επικοινωνία μεταξύ διαφορετικών τμημάτων ή ειδικοτήτων είναι αποτελεσματική. | <input type="checkbox"/> |
| Λαμβάνω εγκαίρως τις πληροφορίες που χρειάζομαι για να κάνω σωστά τη δουλειά μου. | <input type="checkbox"/> |
| Έχω πρόσβαση σε επαρκή εκπαίδευση για να χειρίζομαι τα ζητήματα που προκύπτουν στην εργασία μου. | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|--------------------------|
| Οι πολιτισμικές και γλωσσικές ανάγκες των ωφελούμενων υποστηρίζονται επαρκώς. | <input type="checkbox"/> |
| Οι οργανωσιακές διαδικασίες δεν καθυστερούν περιττά την εξυπηρέτηση των ωφελούμενων. | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω ότι μπορώ να εκφράζω ανησυχίες ή προβληματισμούς χωρίς φόβο αρνητικών συνεπειών. | <input type="checkbox"/> |
| Οι συνάδελφοί μου συνεργάζονται αποτελεσματικά και προσφέρουν αμοιβαία υποστήριξη. | <input type="checkbox"/> |
| Υπάρχουν ξεκάθαροι ρόλοι και αρμοδιότητες στην ομάδα. | <input type="checkbox"/> |
| Η διοίκηση αντιμετωπίζει τα προβλήματα που αναφέρονται με δίκαιο και διαφανή τρόπο. | <input type="checkbox"/> |
| Η δομή προσφέρει εργαλεία ή υπηρεσίες για τη διαχείριση εργασιακού στρες. | <input type="checkbox"/> |
| Νιώθω ασφαλής στον χώρο εργασίας (σωματικά και ψυχολογικά). | <input type="checkbox"/> |
| Υπάρχει επαρκής χρόνος για την ολοκλήρωση των καθηκόντων μου χωρίς υπερβολική πίεση. | <input type="checkbox"/> |
| Τα οργανωσιακά εμπόδια μειώνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που μπορώ να παρέχω. | <input type="checkbox"/> |
| Η δομή ενθαρρύνει την επαγγελματική ανάπτυξη και εξέλιξη. | <input type="checkbox"/> |
| Γενικά, νιώθω ότι ο οργανισμός υποστηρίζει αποτελεσματικά το έργο μου. | <input type="checkbox"/> |
| Η διοίκηση της δομής δείχνει έμπρακτο ενδιαφέρον για την ευημερία του προσωπικού. | <input type="checkbox"/> |

Παράρτημα II: «Ενημέρωση Συμμετεχόντων»

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

Η συμβολή σας στην ολοκλήρωση της τελικής μου εργασίας με τίτλο *«Επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και ηθική καταπόνηση (moral distress) σε εργαζόμενους υγείας που παρέχουν φροντίδα σε μετανάστες/πρόσφυγες στην Ελλάδα. Παράγοντες κινδύνου, προστατευτικοί μηχανισμοί και η επίδραση της οργανωσιακής υποστήριξης και των εμποδίων στην παροχή φροντίδας»* εκτιμάται ιδιαίτερα.

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποσκοπεί στη συλλογή δεδομένων για τις εμπειρίες και τις αντιλήψεις επαγγελματιών υγείας και η συμμετοχή σας είναι ιδιαίτερα σημαντική για την επίτευξη των ερευνητικών στόχων της μελέτης.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λανθασμένες απαντήσεις. Οι απαντήσεις σας είναι **ανώνυμες** και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Παρακαλείστε να επιλέξετε τις απαντήσεις που αντανακλούν καλύτερα την προσωπική σας επαγγελματική εμπειρία και άποψη.

Η συμμετοχή στην έρευνα είναι **εθελοντική** και δεν συνεπάγεται κανένα προσωπικό όφελος ή κόστος. Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα αναλυθούν και θα παρουσιαστούν σε συγκεντρωτική μορφή, διασφαλίζοντας πλήρως την εμπιστευτικότητα των συμμετεχόντων.

Ο εκτιμώμενος χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου είναι περίπου **10 λεπτά**.

Σας ευχαριστώ θερμά για τον χρόνο και τη συμβολή σας.

Παράρτημα III: «Εγκρίσεις για τη διανομή των ερωτηματολογίων»

ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ – ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΡΟΥ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Δ/ση 2^{ης} ΥΓ. ΠΕΡ.
ΠΕΙΡΑΙΩΣ -ΑΙΓΑΙΟΥ
ΚΡΑΤΙΚΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΗΡΙΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΛΕΡΟΥ
Γραφείο Διοικητή

Λέρος 14-1-2026

Αρ. Πρωτ. 12

Απόφαση Διοικητή

Του Κρατικού Θεραπευτηρίου – Γενικού Νοσοκομείου - Κέντρου Υγείας Λέρου
ΘΕΜΑ: Έγκριση γνωμοδότησης του επιστημονικού συμβουλίου σχετικά με Χορήγηση άδειας για διεξαγωγή έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης μεταπτυχιακής εργασίας του ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΟΥ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ – ΙΣΙΔΩΡΟΥ

Έχοντας υπόψη:

1. Τις διατάξεις του άρθρου 2 του ν. 3204/03 (ΦΕΚ 296/Α/23.12.2003) «Τροποποίηση της νομοθεσίας για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και ρυθμίσεις άλλων θεμάτων αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας» όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα.
2. Τις διατάξεις του άρθρου 7 του ν. 3329/05 (ΦΕΚ 81/Α/4.4.2005) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και λουπές διατάξεις» όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα.
3. Την αρ. πρ. 20614/1-4-2025 έγγραφο από τη Διεύθυνση Συντονισμού Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας της 2^{ης} Υ.ΠΕ με Θέμα: Οδηγίες Διαχείρισης Θεμάτων Ανθρώπινου Δυναμικού, που μεταφέρθηκε στο Περιφερειακό Δίκτυο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (Πε.Δ.Υ.Ψ.Υ.) της 2ης Υ.ΠΕ. Πειραιώς & Αιγαίου, κατ' εφαρμογή του Ν.5129/2024.
4. Την υπ' αριθ. Γ4β/Γ.Π.οικ.15484/02-04-2025 Απόφαση του Υπουργού και Υφυπουργού Υγείας, που δημοσιεύτηκε στο ΦΕΚ 396/τ.ΥΟΔΔ/11.04.2025 και διορίζεται ο Καρδάσης Σταμάτιος του Εμμανουήλ, ως Διοικητής του Κ.Θ.-Γ.Ν.-Κ.Υ. Λέρου, αρμοδιότητας 2ης Υγειονομικής Περιφέρειας Πειραιώς και Αιγαίου.
5. Την αρ. πρ. 13093/15-12-2025 αίτηση του ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΟΥ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ – ΙΣΙΔΩΡΟΥ.
6. Την αρ. πρ. 279/17-12-2025 Διαβίβαση της θετικής γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου.

ΑΠΟΦΑΣΙΖΟΥΜΕ

- Την **έγκριση** της γνωμοδότησης του Επιστημονικού Συμβουλίου.
- Για την έγκριση εκπόνησης της εργασίας, ο κ. ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ – ΙΣΙΔΩΡΟΥ οφείλει να προσκομίσει τα επιπλέον δικαιολογητικά και στοιχεία, που επικαλείται στην αίτηση καθώς επίσης και:
 1. Συνοδευτική Επιστολή από τον Επόπτη Καθηγητή που να επιβεβαιώνει ότι η έρευνα είναι μέρος προγράμματος σπουδών (πτυχιακή, μεταπτυχιακή, διδακτορική), να δηλώνεται ο επιστημονικά υπεύθυνος.

Σελίδα 1 από 2

2. Δήλωση κατάθεσης αντιγράφου εργασίας στο Κ.Θ. – Γ.Ν. – Κ.Υ. Λέρου, μετά το πέρας εκπόνησης και χορήγησης σχετικής βαθμολογίας.

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ
Κ.Θ. – Γ.Ν. – Κ.Θ. ΛΕΡΟΥ**

ΚΑΡΔΑΣΗΣ ΣΤΑΜΑΤΙΟΣ

Εσωτερική Διανομή:

1. Τμ. Γραμματείας
2. Ενδιαφερόμενο
3. Αρχείο

STAMATIOS KARDASIS
15/01/2026 08:10

ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΚΕΝΤΡΩΝ ΥΠΟΔΟΧΗΣ ΚΑΙ ΤΑΥΤΟΠΟΙΗΣΗΣ – ΚΛΕΙΣΤΩΝ ΕΛΕΓΧΜΟΝΕΝΩΝ ΔΟΜΩΝ, ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΥΣΗΣ ΚΑΙ ΑΣΥΛΟΥ



Fw: Αίτημα για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας

Από ΚΕΔ Λέρου (Υπηρεσία Υποδοχής & Ταυτοποίησης) <ris.ccac.leros@migration.gov.gr>

Ημερομηνία Τετ 7/1/2026 11:21 π.μ.

Προς Εμμανουήλ-Ισίδωρος Φραντζέσκος <e-i.frantzeskos@migration.gov.gr>

📎 4 συνημμένα (551 KB)

17834_16-12-2025_ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ-ΙΣΙΔΩΡΟΣ_ΔΜΥ_148551.pdf; ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ.docx; ΑΙΤΗΣΗ προς Διεύθυνση ΚΥΤ και ΚΕΔ.pdf; ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.docx;

Με εκτίμηση,

Μανώλης Φραντζέσκος

Από: Διεύθυνση Κ.Υ.Τ. & Κ.Ε.Δ. (Υπηρεσία Υποδοχής & Ταυτοποίησης) <ris.dir.rics@migration.gov.gr>

Στάλθηκε: Wednesday, January 7, 2026 10:57:08 AM

Προς: ΚΕΔ Λέρου (Υπηρεσία Υποδοχής & Ταυτοποίησης) <ris.ccac.leros@migration.gov.gr>; Φιλιώ Κυπριζόγλου <t.kyprizoglou@migration.gov.gr>

Κοιν.: Γενική Γραμματεία Υποδοχής Αιτούντων Άσυλο <sg.reception@migration.gov.gr>; Διοικητής Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΥΠΥΤ) <RIS.governor@migration.gov.gr>; Μαρία-Δήμητρα Νιούτσικου <m-d.nioutsikou@migration.gov.gr>; Υποδιοικητής Υπηρεσίας Υποδοχής και Ταυτοποίησης (ΥΠΥΤ) <RIS.deputy.governor@migration.gov.gr>; Θωμάς Λεκκάκος (Thomas Lekkakos) <t.lekkakos@migration.gov.gr>; Διεύθυνση Κ.Υ.Τ. & Κ.Ε.Δ. (Υπηρεσία Υποδοχής & Ταυτοποίησης) <ris.dir.rics@migration.gov.gr>; Ειρήνη Φλωρεντή <e.florenti@migration.gov.gr>; Αθηνά Στεφοπούλου <a.stefopoulou@migration.gov.gr>

Θέμα: FW: Αίτημα για έγκριση διανομής ερωτηματολογίου στο πλαίσιο διπλωματικής εργασίας

Αξιότιμοι ,

Εκ μέρους της Κεντρικής Υπηρεσίας σας ενημερώνουμε πως εγκρίνεται το αίτημα διεξαγωγής έρευνας του μόνιμου υπαλλήλου της ΚΕΔ Λέρου , κ. Φραντζέσκου Μανώλη , στο πλαίσιο της διπλωματικής του εργασίας στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (Ε.Α.Π.), με τίτλο «Επαγγελματική εξουθένωση (burnout) και ηθική καταπόνηση (moral distress).

Παρακαλούμε όπως υπογραφούν σχετικές συναινέσεις από όσους εργαζόμενους επιθυμούν να συμμετέχουν.

Με εκτίμηση ,

Φωτεινή Περαματζέλη

Υπηρεσία Υποδοχής και Ταυτοποίησης

Διεύθυνση Κ.Υ.Τ. & Κ.Ε.Δ.

Εξωτερικός Συνεργάτης ΕΥΑΑ



Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου

Λ. Θηβών 196 - 198, Νίκαια – Αγ.Ι. Ρέντης,

18233

Τηλ.: 213 162 9826

Email: ris.dir.rics@migration.gov.gr

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΩ



Έγκριση διανομής ερωτηματολογίου μεταπτυχιακής εργασίας

Από Άννα Καματερού <akamaterou@kos-hospital.gov.gr>
Ημερομηνία Παρ 16/1/2026 11:03 π.μ.
Προς ΦΡΑΝΤΖΕΣΚΟΣ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛ-ΙΣΙΔΩΡΟΣ <std148551@ac.eap.gr>
Κοιν. grammateia@kos-hospital.gov.gr <grammateia@kos-hospital.gov.gr>; prosopiko@kos-hospital.gov.gr <prosopiko@kos-hospital.gov.gr>

Καλησπέρα σας κ. Φραντζέσκο και Καλή Χρονιά!

Σε απάντηση του υπ' αριθ. πρωτ. 12775/15-12-2025 αιτήματός σας για έγκριση διανομής ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου της μεταπτυχιακής σας εργασίας, σε επαγγελματίες υγείας του Γ.Ν.-Κ.Υ. Κω (γιατρούς, νοσηλευτές, μαίες, ψυχολόγους και κοινωνικούς λειτουργούς) που εμπλέκονται στην παροχή φροντίδας ή/και στη διαχείριση ευάλωτων περιπτώσεων, όπως είναι οι μετακινούμενοι πληθυσμοί και οι πρόσφυγες, σας ενημερώνουμε ότι έχει γίνει δεκτό, μετά και την θετική ομόφωνη απόφαση του Επιστημονικού Συμβουλίου του Γ.Ν.-Κ.Υ. Κω (Απόσπασμα 019/14-01-2026 – Πρακτικό Ε.Σ. του Γ.Ν.-Κ.Υ. Κω).

Παρακαλώ όπως μας αποστείλετε ηλεκτρονικά για διανομή το ηλεκτρονικό μήνυμα με τον επισυναπτόμενο σύνδεσμο (ερωτηματολόγιο) ώστε να γίνει η προώθηση του στους υποψήφιους/ες συμμετέχοντες/χουσες .

Παρακαλώ η αποστολή του παραπάνω e-mail σας να γίνει στην διεύθυνση: epostimoniko@kos-hospital.gov.gr

Καλή σας Επιτυχία

Εκ της γραμματείας του Επιστημονικού Συμβουλίου
Γ.Ν. –Κ.Υ. Κω



Χωρίς ιούς www.avast.com

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν.1599/1986, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής μου εργασίας, δεν προσβάλλει κάθε μορφής δικαιώματα διανοητικής ιδιοκτησίας, προσωπικότητας και προσωπικών δεδομένων τρίτων, δεν περιέχει έργα/εισφορές τρίτων για τα οποία απαιτείται άδεια των δημιουργών/δικαιούχων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνον και πληρούν τους κανόνες της επιστημονικής παράθεσης.