



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών Υγείας
Ιατρική Σχολή
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με πρόσφυγες»

Τσώνη Σεβαστή

A.M. 20160612

Επιβλέπων καθηγητής: Δημήτριος Αναγνωστόπουλος, Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ- Δ/ντής, Παιδοψυχιατρική Κλινική ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Γεράσιμος Κολαΐτης: Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

Παπανικολάου Α.: Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Ιατρική Σχολή ΕΚΠΑ, Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία»

ΑΘΗΝΑ ,

Μάρτιος, 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ.....	4
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και ιστορική αναδρομή του όρου.....	11
1.2 Θεωρητικά μοντέλα	13
1.3 Συμπτώματα της εργασιακής εξουθένωσης	16
1.4 Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματίες ψυχικής υγείας	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Γενεσιουργοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	25
2.1.1 Εργασιακές συνθήκες	25
2.1.2 Ατομικά χαρακτηριστικά	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης σε ατομικό και σε συλλογικό επίπεδο	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Η διαδικασία της μετανάστευσης	32
4.2 Μετανάστευση και ψυχική υγεία ανήλικων προσφύγων – Παιδιά που βιώνουν τραύμα	33
4.3 Δουλεύοντας με παιδιά που βιώνουν το τραύμα	33
ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	42

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	44
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
Δείγμα Μελέτης.....	45
Μέσα Συλλογής Δεδομένων	46
Στατιστική Ανάλυση.....	47
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	49
ΣΥΖΗΤΗΣΗ	60
ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ	76
ΙΙΙ. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ.....	68
ΙV. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	80

ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

«Φταίει που είναι σαν να είναι
πόλεμος

Και είναι τόσο κρίμα που κάτι πρέπει να φταίει

Που κανείς δε μας θυμάται ...

Γιατί μπορεί να γίναμε άχρωμοι αλλά ακόμα προσπαθούμε

Κουρδισμένοι σα ρομπότ

Στο βωμό της κρίσης, δε θυσιάζουμε τη δουλεία μας

Θυσιάζουμε τη ζωή μας

Σώζουμε ζωές θυσιάζοντας τη δική μας

Και έρχεται μια γιαγιά, ένας παππούς και σου λέει, την ευχή μου παιδί μου

Και αντί να κρατήσεις την ευχή

Τη μοιράζεις στους ασθενείς

Και εύχεσαι να πιάσει»

Απόσπασμα

Γ. Χρονοπούλου

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα εργασία δεν θα μπορούσε να είχε πραγματοποιηθεί χωρίς την αρωγή κάποιων ανθρώπων που από την αρχή ήταν δίπλα μου στη συγκεκριμένη προσπάθεια.

Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κο Αναγνωστόπουλο, Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ, ο οποίος αγκάλιασε από την πρώτη στιγμή το θέμα με το οποίο ασχολήθηκα. Η βοήθεια του ήταν πολύτιμη και η επιστημονική του καθοδήγηση ουσιαστική. Εν συνεχεία, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κο Κολαΐτη, Καθηγητή Παιδοψυχιατρικής ΕΚΠΑ, ο οποίος με βοήθησε τόσο κατά την σύλληψη της ιδέας, όσο και στην υλοποίησή της παρούσας εργασίας. Ευχαριστώ ακόμα, την Κα Τριανταφύλλου, Ψυχολόγος, PhD, για την αμέριστη βοήθεια και υπομονή της, καθ όλη την διαδικασία της συγγραφής της εργασίας μου.

Ευχαριστώ, την Κοντομήτρου Μαρία, την Κα Ντρε Βασιλική και τη Μυλωνά Σαββίνα για τη βοήθειά τους στη συλλογή δεδομένων, τον Βασίλη Γραμμένο και τον Γιάννη Μακρή, για τη βοήθειά τους σε θέματα μετάφρασης.

Τέλος, ευχαριστώ από καρδιάς όλους τους συναδέλφους στις μονάδες που εκδήλωσαν το ενδιαφέρον τους για την παρούσα έρευνα και συμπλήρωσαν ερωτηματολόγια, αλλά κυρίως στους συναδέλφους μου στην ΜΚΟ PRAKSIS, οι οποίοι με στήριξαν πρακτικά αλλά και ηθικά, τόσο κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας εργασίας αλλά και σε όλη τη διάρκεια του μεταπτυχιακού προγράμματος.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) έχει αποκτήσει τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερο ενδιαφέρον. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται με πρόσφυγες αποτελούν ομάδα υψηλού κινδύνου για εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και οι συνέπειες οι οποίες επακολουθούν σε ένα τέτοιο σύνδρομο, επηρεάζουν τόσο τους ίδιους τους εργαζομένους, όσο και την ποιότητα της φροντίδας την οποία παρέχουν στους ασθενείς τους. Οι λόγοι για τους οποίους τα ποσοστά είναι τόσο μεγάλα στον συγκεκριμένο πληθυσμό, ποικίλλουν και έχουν να κάνουν με ατομικούς παράγοντες αλλά και με τη δυσκολία του να εργάζεται κάποιος σε ένα πλαίσιο με ψυχικά ασθενείς, ειδικότερα αν πρόκειται για ανήλικους πρόσφυγες.

Σκοπός: Στη παρούσα εργασία διερευνήθηκε η εργασιακή εξουθένωση που βιώνουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα αυτοί που εργάζονται με ανήλικους πρόσφυγες και τις οικογένειες τους και συγκρίθηκε η εμφάνιση του συνδρόμου σε αυτούς τους επαγγελματίες, σε σχέση με άλλους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι δεν εργάζονται σε μονάδες με ανήλικους πρόσφυγες. Παράλληλα, διερευνήθηκε αν υπάρχει συσχέτιση της εργασιακής εξουθένωσης με διάφορους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες των εργαζομένων.

Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν δύο ομάδες: 56 επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονται με οικογένειες ανήλικων προσφύγων και 61 επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανηλίκων που δεν εργάζονται κατά βάση με προσφυγικό πληθυσμό. Για τη συλλογή δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το ανώνυμο ερωτηματολόγιο *Maslach Burnout Inventory (MBI)* και μια φόρμα με κοινωνικό - δημογραφικά στοιχεία.

Αποτελέσματα: Ενώ και οι δύο ομάδες που ελέγχθηκαν παρουσίασαν υψηλά ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονται με οικογένειες ανήλικων προσφύγων παρουσίασαν στην πλειοψηφία τους υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανηλίκων που δεν απασχολούνται με προσφυγικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα, στην υποκλίμακα της "Συναισθηματικής Εξουθένωσης", η μέση βαθμολογία για τα άτομα που εργάζονταν σε με προσφυγικό πληθυσμό ήταν 38.3 σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, οι οποίοι είχαν μέση βαθμολογία 25.2 ($p\text{-value}<0.001$). Στην υποκλίμακα της "Αποπροσωποποίησης" οι εργαζόμενοι με ανήλικους

πρόσφυγες είχαν μέση βαθμολογία 19.1 έναντι 11.0 των εργαζομένων που εργάζονται με άλλους πληθυσμούς ($p\text{-value}<0.001$) και τέλος οι εργαζόμενοι με ανήλικους πρόσφυγες είχαν μέση βαθμολογία στην υποκλίμακα της "Προσωπικής Επίτευξης" 28.3 έναντι 23.3 ($p\text{-value}<0.001$), που δείχνει ότι είχαν χαμηλό μεν αίσθημα προσωπικής επίτευξης αλλά υψηλότερο σε σχέση με εργαζόμενους σε άλλες υπηρεσίες. Τέλος, όσον αφορά τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με ανήλικους πρόσφυγες παρουσίασαν υψηλότερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης στη διάσταση της συναισθηματικής εξουθένωσης και της αποπροσωποποίησης και χαμηλότερα στη διάσταση της προσωπικής επίτευξης, σε σχέση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με άλλους πληθυσμούς. Υψίστης σημασίας είναι η ανάγκη ύπαρξης περισσότερων μελετών γύρω από προγράμματα παρέμβασης, αλλά και τρόπους αντιμετώπισης του συνδρόμου.

Λέξεις – κλειδιά: εργασιακή εξουθένωση, επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συνθήκες εργασίας, ανήλικοι, προσφυγικός πληθυσμός

ABSTRACT

Introduction: The problem of “burnout” has been particularly interesting in recent years. These professionals working with minor refugees are a high-risk group for burnout syndrome, and the consequences of this syndrome affect both themselves and the quality of care they provide to their patients. The reasons for this vary, and most of them have to do in general with idiosyncratic factors and the difficulty of working with mental patients, especially with minor refugees.

Aim: This work is intended to investigate the work-related exhaustion experienced by mental health professionals, in particular those working with minor refugees and their families, comparing to other group of practitioners who offer their services to minor non-refugees.

Methods: The study sample consisted of 56 mental health professionals who work with minor refugees and their families on the one hand, and on the other 61 mental health

professionals who are practicing on minor non-refugee population. For data collection was used the anonymous questionnaire *Maslach Burnout Inventory (MBI)*, and a form measuring socio-demographic data.

Results: While the two groups that were controlled demonstrated high percentages of burnout, the mental health professionals that work with refugee families with minors, demonstrated substantially higher burnout percentages than the mental health professionals that do not work with refugee population. More specifically, at "emotional exhaustion" the mean of those working with refugees was 38.3 while the control group had a mean of 25.2 (p-value<0.001). The mean "depersonalization" of mental health professionals working with refugees who are minors was 19.1 while the rest of the mental health professionals had a mean of 11.0 (p-value<0.001). Furthermore, the professionals that worked with refugees who were minors, had a mean "personal accomplishment" of 28.3 while the rest of the health professionals had a mean of 23.3 (p-value<0.001) which clearly indicates that they had a low sense of personal accomplishment but higher compared to the professionals of other services. No further statistically significant correlations were found regarding the socio-demographic characteristics.

Conclusions: According to the results of this current study, professionals working with minor refugees are exposed to a statistically higher risk of burnout comparing to those working with other groups of population, so the hypothesis has been confirmed. The need of additional research concerning programs of intervention and also confrontation plans is of high importance.

Keywords: burnout syndrome, mental health professionals, working conditions, minors, refugees

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι δύσκολες συνθήκες στον εργασιακό χώρο, όπως για παράδειγμα τα εξουθενωτικά ωράρια, οι άσχημες σχέσεις με τους συναδέλφους, η έλλειψη εποπτείας, τα αυξημένα εργασιακά καθήκοντα, διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην επαγγελματική ζωή του εργαζομένου. Σύμφωνα με τα ερευνητικά ευρήματα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι συχνά εκτίθενται σε άσχημες εργασιακές συνθήκες, είναι περισσότερο ευάλωτοι στο στρες, το οποίο εάν δεν αντιμετωπίσουν έγκαιρα μπορεί να τους οδηγήσει στην επαγγελματική εξουθένωση (Cushway, Tyler & Nolan, 1996). Εργασιακό στρες θεωρείται η κατάσταση εκείνη κατά την οποία συσσωρεύονται καταστάσεις που προκαλούν άγχος στον εργαζόμενο και σχετίζονται με την εργασία του (Κάντας, 1995) και επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στο άτομο, όπως απουσίες από το χώρο εργασίας, επιθετικότητα, μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση, κατάθλιψη κ.α. (Bartz & Maloney, 1986).

Στην παρούσα εργασία, μελετάμε την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται με ανήλικους πρόσφυγες και τις οικογένειές τους. Σύμφωνα με έρευνα των FirthCozens & Payne (1999), από τις 5.500 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες αφορούν τους επαγγελματίες της υγείας, σε ποσοστό 34%. Έτσι λοιπόν, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, εμφανίζεται περισσότερο συχνά σε γιατρούς και νοσηλευτές, καθώς αυτοί οι επαγγελματίες έρχονται σε καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο (Madathil, Heck & Schuldborg, 2014). Κάτι αντίστοιχο ισχύει και στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, καθώς μετά από βιβλιογραφική αναζήτηση που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της μελέτης, εντοπίστηκαν πολλές έρευνες οι οποίες αποδεικνύουν τη δυσκολία του να εργάζεται κανείς σε πλαίσιο με άτομα που πάσχουν από κάποια ψυχική ασθένεια (πχ. Demir, Ulusoy & Ulusoy, 2003, Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill & Hannigan, 2000).

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολυάριθμες, ωστόσο κατά τις τελευταίες δεκαετίες η μελέτη του συνδρόμου σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, έχει αυξηθεί. Αυτό συμβαίνει καθώς όπως αναφέρθηκε, οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι έρχονται πιο συχνά αντιμέτωποι με τον ανθρώπινο πόνο. Οι περισσότερες μελέτες που έχουν διεξαχθεί έχουν να κάνουν με τη διερεύνηση των αιτιατών σχέσεων μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και των παραγόντων που την προκαλούν, τόσο ατομικών όσο και περιβαλλοντολογικών. Όσον αφορά

τα ελληνικά δεδομένα οι μελέτες οι οποίες αφορούν επαγγελματίες που απασχολούνται με ανήλικους ψυχικά πάσχοντες είναι ελάχιστες και μελέτες που αφορούν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται με ανήλικους πρόσφυγες, δεν έχουν πραγματοποιηθεί.

Δεδομένων των ελλείψεων αυτών στην παρούσα ερευνητική μελέτη επιχειρήσαμε να διερευνήσουμε α) τη συγκριτική αξιολόγηση εμφάνισης εργασιακής εξουθένωσης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε δομές που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε οικογένειες που συμπεριλαμβάνουν και ανήλικους πρόσφυγες και σε επαγγελματίες οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας ανηλίκων που κατά κύριο λόγο ασχολούνται με ελληνικό πληθυσμό β) τους προσωπικούς κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση του συνδρόμου.

Τα αποτελέσματά μπορούν να συμβάλουν στην καλύτερη κατανόηση του φαινομένου και των παραγόντων που το πυροδοτούν καθώς στη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών των εργαζομένων ψυχικής υγείας και την εξασφάλιση του καλύτερου δυνατού επιπέδου παροχής υπηρεσιών των ανηλίκων που πάσχουν κατό κάποια ψυχική διαταραχή.

Στο πρώτο μέρος της εργασίας (Θεωρητικό) γίνεται μια εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρουσιάζονται οι εννοιολογικές προσεγγίσεις που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, γίνεται μια σύντομη ιστορική αναδρομή του συνδρόμου και αναφέρονται κάποια θεωρητικά μοντέλα που προσπαθούν να ερμηνεύσουν το φαινόμενο. Στη συνέχεια γίνεται εκτενής αναφορά στους αιτιολογικούς παράγοντες του συνδρόμου, περιγράφονται τα στάδια, τα συμπτώματα, οι επιπτώσεις και οι τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου. Ως συνέχεια του θεωρητικού μέρους της εργασίας, γίνεται αναφορά στις δυσκολίες που παρουσιάζει η εργασία των ειδικών ψυχικής υγείας με ανήλικους ψυχικά ασθενείς κυρίως με παιδιά που έχουν βιώσει τραύμα. Μια τέτοια κατηγορία είναι και οι ανήλικοι πρόσφυγες. Στο δεύτερο μέρος της εργασίας (Ερευνητικό) γίνεται αναφορά στο υλικό και τη μεθοδολογία έρευνας, παρουσιάζονται ο σκοπός και οι στόχοι της, τα ερευνητικά ερωτήματα, ο σχεδιασμός και ο πληθυσμός της έρευνας, τα εργαλεία συλλογής δεδομένων και η δομή τους, η διαδικασία συλλογής δεδομένων καθώς και οι τεχνικές που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυσή τους. Τέλος, αναφέρονται τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε και τα συμπεράσματα στα οποία οδηγηθήκαμε.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης και ιστορική αναδρομή του όρου

Η έννοια της εργασίας αποτελεί βασικό κομμάτι της ανθρώπινης κοινωνίας. Τα περισσότερα ενήλικα άτομα καλούνται καθημερινά να εργάζονται αρκετές ώρες, πράγμα που σε ένα μεγάλο βαθμό καθορίζει και το επίπεδο της ζωής τους. Η ικανοποίηση από την εργασία ενισχύει το αίσθημα της προσωπικής επιτυχίας, καταξίωσης και αυτοπεποίθησης. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, WHO, 1974) , για την προστασία της σωματικής και ψυχικής υγείας των εργαζομένων, η εργασία οφείλει να εξυπηρετεί τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους, να φροντίζει για την ασφάλειά τους, να ενισχύει την αυτοεκτίμηση και την αυτό-αποτελεσματικότητά και γενικά να εξασφαλίζει ένα ικανοποιητικό επίπεδο ποιότητας ζωής. Παρόλα αυτά, στη εποχή που διανύουμε πλήθος κοινωνικοπολιτικών και τεχνολογικών συνθηκών έχουν μετατρέψει την εργασία σε πηγή άγχους. Οι υψηλές απαιτήσεις της εργασίας, οι άσχημες συνθήκες εργασίας με τα εξοντωτικά ωράρια, ο ανταγωνισμός και τα ολοένα και μεγαλύτερα προσδοκώμενα αποτελέσματά έχουν ως συνέπεια την μείωση της ποιότητας της εργασίας. Όλα αυτά σε συνδυασμό με την αβεβαιότητα που επικρατεί σχετικά με την εύρεση εργασίας, την ανεργία, τις οικονομικές συνθήκες , έχουν ως αποτέλεσμα την επικράτηση ενός εύφορου εδάφους για την ανάπτυξη πολλών ψυχικών διαταραχών. Η κατάθλιψη και οι αγχώδεις διαταραχές είναι μερικές από αυτές.

Οι κοινωνικοί επιστήμονες στην προσπάθειά τους να αναλύσουν πιο διεξοδικά το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, χρησιμοποίησαν τον όρο “burnout” , που στα ελληνικά δεδομένα αποδίδεται ως εργασιακή εξουθένωση. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, τα πρώτα άρθρα για το burnout γράφτηκαν από τον Herbert Freudenberger, ο οποίος δούλευε ως ψυχίατρος σε κλινική απεξάρτησης. Ο Freudenberger μελέτησε τη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση των δυνάμεων των εργαζομένων, την απώλεια του ενδιαφέροντος, την απογοήτευση, την αποχώρηση από την εργασία, καθώς και την ποικιλία πνευματικών και σωματικών συμπτωμάτων που παρουσίαζαν αρκετοί από τους εθελοντές (Freudenberger, 1974). Ο ίδιος εισήγαγε τον όρο της εργασιακής εξουθένωσης (burnout), από την καθημερινή χρήση της λέξης burnout που ως τότε χρησίμευε για να περιγράψει την χρόνια κατάχρηση και τον εθισμό των ναρκομανών (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Μετά τον Freudenberger έγιναν πολλές μελέτες πάνω στο θέμα της εξάντλησης των

εργαζομένων στους χώρους εργασίας τους και παρατηρήθηκαν πολλές απόπειρες ορισμού ενός άγνωστου μέχρι τότε όρου. Ο λόγος που η έννοια της εργασιακής εξουθένωσης έχει ορισθεί ποικιλοτρόπως στη διεθνή έρευνα είναι ότι ο όρος περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων και είναι δύσκολο να περιοριστούν σε έναν κοινό ορισμό. Ο Freudenberger, (1986), για παράδειγμα, όρισε την εργασιακή εξουθένωση ως αδυναμία στην επίδοση ή εξουθένωση λόγω των υπερβολικών απαιτήσεων στη δουλειά. Το άτομο γίνεται άκαμπτο και αδυνατεί να προσαρμοστεί σε νέες καταστάσεις. Αυτό εμποδίζει την πρόοδο του καθώς για να συμβεί αυτή απαιτείται προσπάθεια και δομικές αλλαγές. Σημαντική είναι και η συμβολή της Maslach στον τομέα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με την Maslach (1982), ο όρος “επαγγελματική εξουθένωση” παρουσιάζεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης που εμφανίζεται σε άτομα που έχουν επαγγελματική σχέση με άλλους ανθρώπους”. Σχετίζεται δηλαδή, με συναισθήματα που βιώνουν εργαζόμενοι, των οποίων τα επαγγέλματα απαιτούν επανειλημμένη έκθεση σε συναισθηματικά φορτισμένες διαπροσωπικές σχέσεις. Οι Maslach & Jackson (1981), αναφέρουν επίσης ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι τόσο ψυχική όσο και σωματική και έχει να κάνει με την απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, ο επαγγελματίας είναι συναισθηματικά εξαντλημένος και δεν παρουσιάζει καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας προς τους ασθενείς του. Η Maslach ασχολήθηκε με τους αμυντικούς μηχανισμούς που αναπτύσσουν οι εργαζόμενοι, οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες και πολύ συχνά παρουσίαζαν εξάντληση ή αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς. Στο πλαίσιο της ερευνητικής της μελέτης πήρε συνεντεύξεις από διάφορους εργαζόμενους, μεταξύ των οποίων επαγγελματιών υγείας, νοσηλευτριών, ψυχιάτρων κτλ. Με βάση τις συνεντεύξεις αυτές κατέληξε σε σημαντικά συμπεράσματα της εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, την οποία και αντιμετώπιζε ως ένα σοβαρό κοινωνικό φαινόμενο. Σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1981), η επαγγελματική εξουθένωση αντιμετωπίζεται ως σύνδρομο που αποτελείται από τρεις συνιστώσες την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Οι συγκεκριμένοι παράγοντες φαίνεται ότι εμφανίζονται πιο έντονα σε επαγγελματίες που ασχολούνται με επαγγέλματα κοινωνικού χαρακτήρα όπως είναι οι γιατροί, οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι εκπαιδευτικοί (Madathil, Heck & Schuldberg, 2014). Το ερωτηματολόγιο των Maslach και Jackson (1981/1986) MBI, το οποίο χρησιμοποιήθηκε, σχεδιάστηκε αρχικά για τη μέτρηση της εργασιακής εξουθένωσης σε εργαζόμενους, των οποίων τα επαγγέλματα

ήταν προσανατολισμένα στον άνθρωπο. Παραδείγματα τέτοιων επαγγελμάτων είναι οι νοσηλεύτες, οι γιατροί κλπ., ενώ αργότερα σχεδιάστηκε και μία δεύτερη εκδοχή του ερωτηματολογίου το οποίο προοριζόταν για εκπαιδευτικούς. Τα επόμενα χρόνια η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης επεκτάθηκε σε επαγγέλματα που δεν ήταν προσανατολισμένα στο άτομο, αλλά και στην εκπαίδευση (Fong,1993). Τα επόμενα χρόνια επίσης, χρησιμοποιήθηκε πιο εξελιγμένη μεθοδολογία και στατιστικά εργαλεία για την μέτρησή της εργασιακής εξουθένωσης.

1.2 Θεωρητικά μοντέλα

Για την ερμηνεία του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης έχουν αναπτυχθεί διάφορα θεωρητικά μοντέλα τα οποία επιχειρούν να εξηγήσουν το φαινόμενο και η πλειονότητα αυτών αναζητούν τα αίτια του συνδρόμου στη δυναμική αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και περιβάλλοντός του. Άλλοι πάλι ερευνητές , τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που ο/η επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του/της τον εαυτό αλλά και από τον χώρο στον οποίο εργάζεται (Firth-Cozens & Payne, 1999).

Μια από τις πιο σημαντικές προσπάθειες για ερμηνεία του φαινομένου είναι το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982). Όπως αναφέρθηκε ήδη σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) η επαγγελματική εξουθένωση αντιμετωπίζεται ως σύνδρομο που αποτελείται από τρεις συνιστώσες την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.

Το πρώτο στοιχείο είναι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion) και αφορά την αίσθηση ψυχικής και σωματικής κούρασης που νιώθει ο εργαζόμενος κατά τη διάρκεια της εργασίας του. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας να αισθάνονται, ότι δεν μπορούν πλέον να αποδώσουν αποτελεσματικά στην εργασία τους και συχνά απομακρύνονται από αυτή, την οποία και θεωρούν πηγή της εξάντλησής τους (Burk & Greenglass, 2001). Κατά την αναφορά των εργαζομένων στο επάγγελμά τους αναφέρουν αρκετά συχνά έννοιες όπως εξάντληση και υπερβολική κούραση, η οποία όμως από μόνη της δεν αρκεί προκειμένου να μιλάμε για επαγγελματική εξουθένωση, καθώς η επαγγελματική εξουθένωση δεν μπορεί να μελετηθεί λαμβάνοντας υπόψη μόνο το άτομο και όχι γενικά το πλαίσιο που εργάζεται (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Το δεύτερο στοιχείο είναι η αποπροσωποποίηση, η οποία έχει να κάνει με την

απομάκρυνση του ατόμου από τους πελάτες ή τους ασθενείς του. Η αποπροσωποποίηση αποτελεί συνέπεια της συναισθηματικής εξάντλησης και ένα μηχανισμό άμυνας έναντι αυτής. Συνήθως, ο εργαζόμενος καταλήγει να έχει μία ψυχρή στάση απέναντι στα άτομα, τα οποία τείνει να αντιμετωπίζει ως αντικείμενα, ενώ αποφεύγει οποιαδήποτε ουσιαστική επικοινωνία μαζί τους. Όπως αναφέρουν οι Maslach, Schaufeli & Leiter, (2001), ο εργαζόμενος αγνοεί συνειδητά όλα εκείνα τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των ατόμων με τα οποία έρχεται σε επαφή, ώστε να μπορεί να απομακρυνθεί πιο εύκολα από αυτά. Κατά τον Cherniss (1980), η αποπροσωποποίηση είναι μια διαδικασία απεμπλοκής του εργαζόμενου από το στρες, την πίεση και την κόπωση που βιώνει, αντιπροσωπεύει δηλαδή ένα μηχανισμό προσαρμογής στις συνθήκες που επικρατούν.

Ωστόσο, ο τρίτος παράγοντας που καθορίζει το βαθμό εργασιακής εξουθένωσης, είναι πιο σύνθετος από τους δύο προηγούμενους. Πιο συγκεκριμένα, η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων συνδέεται με την αναποτελεσματικότητα που αισθάνεται ο εργαζόμενος και την αρνητική κριτική που ασκεί στον ίδιο του τον εαυτό, θεωρώντας ότι δεν είναι σε θέση να προσφέρει τίποτα το αξιόλογο στο χώρο εργασίας του (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων μπορεί να συνδέεται με τους δυο προηγούμενους παράγοντες, αφού όταν κάποιος αισθάνεται εξουθενωμένος και αναπτύσσει μία κυνική και απόμακρη συμπεριφορά απέναντι στα άτομα, τείνει να πιστεύει ότι δεν έχει καταφέρει τίποτα το αξιόλογο στο χώρο εργασίας του, ενώ δεν αποκλείεται σύμφωνα με τον Leiter (1993), η αίσθηση της αναποτελεσματικότητας να αναπτύσσεται ανεξάρτητα από τους άλλους δύο παράγοντες.

Καταλήγοντας, αν θέλουμε να εστιάσουμε σε κάποιους κοινούς παράγοντες οι οποίοι εμφανίζονται στη βιβλιογραφία και ορίζουν την εργασιακή εξουθένωση, αυτό που παρατηρούμε είναι ότι τρεις είναι οι πυλώνες στους οποίους αναφέρονται πιο συχνά οι ερευνητές, και αυτοί αφορούν την αρνητική εμπειρία που βιώνει το άτομο σχετικά με την εργασία του, τα ψυχολογικά και σωματικά συμπτώματα που είναι αποτέλεσμα αυτής της αρνητικής εμπειρίας και την επέκταση των συμπτωμάτων στην καθημερινή τους ζωή, πέρα από το πλαίσιο της εργασίας (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Οι τρεις αυτές επιμέρους διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν πολλές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική όσο και στη σωματική υγεία των ατόμων, τα οποία παρουσιάζουν μια σειρά από συμπτώματα, τα οποία θα αναφερθούν στη συνέχεια. Σημαντική είναι σε κάθε περίπτωση η έγκαιρη διάγνωση του συνδρόμου και η δημιουργία στρατηγικών παρέμβασης για την αποφυγή του.

Πέρα από το μοντέλο των τριών διαστάσεων της εργασιακής εξουθένωσης της Maslach (1982), υπήρξαν και άλλες σημαντικές προσπάθειες ερμηνείας του φαινομένου. Μια από αυτές ήταν Το μοντέλο των Edelwich & Brodsky.

Οι Edelwich & Brodsky (1980) περιέγραψαν μια σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτά είναι ο ενθουσιασμός, η αμφιβολία και αδράνεια, η απογοήτευση και ματαιώση και η απάθεια. Ο επαγγελματίας στην αρχή της καριέρας του έχει ενθουσιασμό, υψηλούς στόχους και μεγάλες προσδοκίες, οι οποίες δεν ανταποκρίνονται πάντα στην πραγματικότητα. Στο στάδιο αυτό, ο εργαζόμενος επενδύει στην εργασία και στις σχέσεις με τους ασθενείς του σε μεγάλο βαθμό. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται. Τότε είναι και που περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της αμφιβολίας και αδράνειας, με τις προσδοκίες του να διαψεύδονται. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως αποτέλεσμα. Κυρίαρχα συναισθήματα είναι η απογοήτευση και η ματαιώση. Σταδιακά, ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην πλήρη απογοήτευση. Συχνά οδηγείται στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως απάθεια, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους και είναι απαθής και προς τους αποδέκτες των υπηρεσιών του αλλά και προς τους συναδέλφους του. Ο κύριος λόγος που συνεχίζει να εργάζεται είναι βιοποριστικός.

Άλλη μια προσπάθεια ερμηνείας του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί το Διαδραστικό Μοντέλο του Cherniss (1980). Σύμφωνα με τον Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια διαδικασία, παρά ένα μεμονωμένο συμβάν, τα στάδια της οποίας είναι τα ακόλουθα όπως αναφέρεται στους (Kosmatou & Kaffetzaki, 2018). Αρχικά, το πρώτο στάδιο περιλαμβάνει τη φάση του εργασιακού στρες. Πρόκειται για μια διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους του ατόμου αλλά και τα προσδοκίες που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε άτομο στα πλαίσια της εργασίας του, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

Η δεύτερη φάση είναι αυτή της «εξάντλησης»: Πρόκειται για ανταπόκριση του συναισθήματος στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον/την εργαζόμενο πηγή εξάντλησης. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μια κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

Τέλος, υπάρχει και η φάση της «αμυντικής κατάληξης». Σε αυτή την φάση πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζόμενου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά στην εργασία του και εκδηλώνει απάθεια και πολλές φορές αδιαφορία για τους/τις εξυπηρετούμενους του. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά (Cherniss, 1980).

Ακόμα ένα θεωρητικό μοντέλο που έχει αναπτυχθεί σχετικά με την εμφάνιση της εργασιακής εξουθένωσης, είναι αυτό των (Pines & Aronson, 1988). Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson, 1988). Όταν ο εργαζόμενος, ξεκινώντας την καριέρα του θέτει υψηλούς στόχους και εντάσσεται σε έναν εργασιακό χώρο που του παρέχει καλές συνθήκες εργασίας, αποδίδει στο μέγιστο βαθμό. Αντίθετα, όταν εντάσσεται σε ένα πιεστικό για τον ψυχισμό χώρο εργασίας, τότε είναι επιρρεπής στην επαγγελματική εξουθένωση. Με άλλα λόγια, οι συγκεκριμένες περιβαλλοντικές συνθήκες εργασίας αποτελούν τον καθοριστικό παράγοντα που προσδιορίζει κατά πόσο ένα άτομο θα βιώσει επαγγελματική εξουθένωση ή θα αποδώσει στα καθήκοντά του. Στα πλαίσια αυτού του κοινωνικό – ψυχολογικού μοντέλου, οι ατομικοί παράγοντες επηρεάζουν μόνο τη χρονική στιγμή της εμφάνισης του συνδρόμου καθώς και την ένταση με την οποία ο εργαζόμενος βιώνει τα συμπτώματά του.

1.3 Συμπτώματα της εργασιακής εξουθένωσης

Όσον αφορά τα συμπτώματα της εργασιακής εξουθένωσης, υπάρχουν όπως θα δούμε στη συνέχεια πολλές μελέτες οι οποίες τα απαριθμούν. Σε γενικές γραμμές, εμφανίζονται κυρίως σε συναισθηματικό, νοητικό οργανικό και συμπεριφορικό επίπεδο καθώς και σε

επίπεδο κινήτρων (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Όσον αφορά τις αλλαγές στην ψυχολογία του, ο επαγγελματίας νιώθει δυσφορία για την εργασία του, έχει μελαγχολική και καταθλιπτική διάθεση, έντονους φόβους, ευερεθιστότητα ακόμα και θυμό. Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, σε αρκετά σημεία, μοιάζουν με αυτά της κατάθλιψης, του συνδρόμου μετατραυματικού στρες και με τις αγχώδεις διαταραχές (Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, 1992). Το άτομο πιστεύει ότι δεν είναι ικανός στον επαγγελματικό τομέα, παρουσιάζει χαμηλή αυτοεκτίμηση, φτωχή μνήμη, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, στην συγκέντρωση και στην ταχύτητα (Fagin, Carson, Leary, De Villiers, Bartlett, O'Malley, & Brown, 1996). Μειώνεται σταδιακά η ικανότητα της ενσυναίσθησης για τους ασθενείς του και γενικά είναι επιρρεπής σε ατυχήματα και απροσεξίες. Πολύ συχνά νιώθει ότι δεν έχει το κύρος που είχαν παλαιότερα και είναι καχύποπτος προς τους συναδέλφους του. Το άτομο συχνά γίνεται απόμακρο, δεν έχει όρεξη για άλλες δραστηριότητες, οι συγκρούσεις με τα μέλη της οικογένειάς του γίνονται όλο και πιο συχνές. Πολύ σημαντικό σύμπτωμα αποτελεί το γεγονός ότι στην ουσία το άτομο χάνει το κίνητρο του για την εργασία. Αισθήματα πλήξης, αποθάρρυνσης και παραίτησης το κατακλύζουν. Οι αποδέκτες των υπηρεσιών του λαμβάνουν το αντίκτυπο της στάσης του, καθώς συχνά γίνεται απότομος ακόμα και αδιάφορος απέναντί τους.

Αρκετά εμφανή είναι και τα οργανικά συμπτώματα, στα οποία περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους, όπως πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκολίες ύπνου, ναυτία, δυσκολία στην αναπνοή, υπέρταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι (Tyler & Cushway, 1998). Όλα αυτά τα συμπτώματα, έχουν αντίκτυπο στην καθημερινή του ζωή και στις διαπροσωπικές του σχέσεις.

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται βραχυπρόθεσμα αλλά κλιμακώνεται σταδιακά, με αποτέλεσμα τη δημιουργία μακροχρόνιων προβλημάτων όπως αίσθημα δυσφορίας, απελπισίας και ανεπάρκειας προς τις απαιτήσεις της εργασίας, τα οποία έχουν αντίκτυπο σε πολλούς τομείς της καθημερινότητας των ασθενών (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld & Van Dierendonck, 2000). Συνιστά μια χρόνια κατάσταση, κατά την οποία ο εργαζόμενος χάνει κάθε ενδιαφέρον για την εργασία του. Η έλλειψη ενδιαφέροντος, ενέργειας και ενθουσιασμού κατέχουν κυρίαρχη θέση. Η Christina Maslach, όπως είδαμε σε

προηγούμενο κεφάλαιο, πήρε συνεντεύξεις από έναν μεγάλο αριθμό εργαζομένων, προκειμένου να της μιλήσουν για το άγχος που βίωναν στην εργασία τους. Έτσι, μέσα από αυτή την αρχική έρευνα της Maslach (1976) ξεκίνησαν να καταγράφονται τα κλινικά συμπτώματα της εργασιακής εξουθένωσης και οι επιπτώσεις της στην πνευματική υγεία των εργαζομένων.

Όπως αναφέρει ο Θελερίτης (2010), είναι εξαιρετικά σημαντικό να αναγνωρίζουμε τα πρώιμα σημάδια του stress που μπορεί να οδηγήσουν σε εργασιακή εξουθένωση. Τα σωματικά συμπτώματα έχουν να κάνουν με: πόνο στον αυχένα και ώμοι πιασμένοι ή σε σύσπαση, οσφυαλγία, αίσθημα κόπωσης, ταχυσφυγμία ή αίσθημα παλμών, τρόμος, εφίδρωση, ζάλη ή αίσθημα λιποθυμίας, δυσκολία στη κατάποση, αίσθημα πνιγμού, κοιλιακό άλγος, δυσπεψία, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, συχνουρία, αδιαφορία για σεξουαλική δραστηριότητα, ακαθυσία. Οι αλλαγές στη συμπεριφορά έχουν να κάνουν με: αδυναμία ολοκλήρωσης δραστηριοτήτων, υπερκατανάλωση αλκοόλ, υπερφαγία, έναρξη καπνίσματος ή αύξηση των τσιγάρων που καπνίζει το άτομο καθημερινώς, υπερβολική συζήτηση και ενασχόληση με στρεσογόνες καταστάσεις. Οι αλλαγές στο συναίσθημα αφορούν: έντονη ανησυχία, συχνό κλάμα, θυμός, αίσθημα αδυναμίας να αλλάξει τα πράγματα νευρικότητα, απώλεια νοήματος στη ζωή αλλά και των στόχων που το άτομο είχε θέσει, αίσθημα βαρεμάρας, αίσθημα μοναξιάς, αίσθημα δυστυχίας χωρίς ξεκάθαρη αιτία, καταθλιπτικά συναισθήματα. Και τέλος τα συμπτώματα που έχουν να κάνουν με τη γνωστική λειτουργία είναι τα εξής :συνεχής ανησυχία, μειωμένη συγκέντρωση, δυσκολία ανάκλησης αναμνήσεων, απώλεια της αίσθησης του χιούμορ, αναποφασιστικότητα, απώλεια δημιουργικότητας, αδυναμία του ανθρώπου να έχει «καθαρή» σκέψη (Θελερίτης, 2010).

Τέλος αξίζει να αναφέρουμε ότι πολύ συχνά γίνεται σύγχυση στο εργασιακό στρες και στην εργασιακή εξουθένωση. Πρόκειται για δύο παρόμοιες ψυχολογικές εργασίες αλλά όχι ταυτόσημες. Κατά το εργασιακό στρες, οι απαιτήσεις της εργασίας είναι πολύ μεγάλες και υπερβαίνουν τις δυνάμεις του ατόμου ενώ στην εργασιακή εξουθένωση το άτομο λόγω της μακρόχρονης ανισορροπίας απαιτήσεων και πηγών σε συνδυασμό με το εργασιακό στρες παρουσιάζει αδυναμία να προσαρμοστεί σε οποιαδήποτε κατάσταση. Επομένως η εργασιακή εξουθένωση αποτελεί μια πιο διευρυμένη έννοια. Πρόκειται για μια κατάσταση η οποία μπορεί να προκαλέσει αρνητικά συμπτώματα στο άτομο, δεν πρέπει όμως σε καμία περίπτωση να συνδέεται άμεσα με αυτά (Brill, 1984). Στρες μπορεί να βιώσει ο καθένας μας, ωστόσο δεν θα οδηγήσει πάντα σε επαγγελματική εξουθένωση. Το burnout συχνά

συννοδεύεται από συναισθήματα που έχουν να κάνουν με ανάγκη εγκατάλειψης της δουλειάς, ανεπιθύμητα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα και μειωμένο επίπεδο αποτελεσματικότητας σε σχέση με παλαιότερα (Pines & Keinan, 2005).

1.4 Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματίες ψυχικής υγείας

Μετά από αναζήτηση της διεθνούς και εγχώριας βιβλιογραφίας, γίνεται εμφανώς αντιληπτό ότι το θέμα της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει σε μεγάλο βαθμό τους ερευνητές. Τα ποσοστά άγχους είναι ιδιαίτερος μεγάλα και πολλές φορές μάλιστα σχετίζονται ακόμα και με καταθλιπτικά συμπτώματα. Με βάση τις έρευνες που μελετήθηκαν, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και γενικότερα το θεραπευτικό προσωπικό, είναι περισσότερο ευάλωτοι στο στρες, το οποίο αν δεν αντιμετωπίσουν έγκαιρα μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική εξάντληση (Cushway, Tyler & Nolan, 1996). Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ενδέχεται να είναι περισσότερο επιβαρυνμένοι καθώς καλούνται να αντιμετωπίσουν άτομα με σοβαρές ψυχικές διαταραχές για μεγάλα χρονικά διαστήματα. Όταν οι ασθενείς είναι ανήλικοι η επιβάρυνση είναι αναμενόμενο να είναι ακόμα μεγαλύτερη. Η εργασιακή εξουθένωση σε επαγγελματίες υγείας, ιδιαίτερα σε νοσηλευτές φαίνεται να έχει μελετηθεί σε μεγαλύτερο βαθμό. Οι Farber και Heifetz (1982), ερευνήσαν την επικράτηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους γιατρούς που πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς με ψυχικά και διανοητικά προβλήματα, Η έρευνά τους ανίχνευσε την παρουσία εξουθένωσης στο 71% των ψυχολόγων, στο 43% των ψυχιάτρων και στο 73% των κοινωνικών λειτουργών. Ενώ οι μελέτες για επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται με ενήλικες είναι αρκετές, οι μελέτες οι οποίες αφορούν επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται με παιδιά με ψυχικές ασθένειες είναι περιορισμένες. Αυτό είναι κάτι το οποίο πρέπει να αλλάξει καθώς μελετώντας το θέμα της εργασιακής εξουθένωσης διαπιστώνουμε ότι οι συγκεκριμένοι εργαζόμενοι έχουν πολλούς λόγους να βιώσουν εργασιακό στρες. Οι Moore & Cooper, (1996), αναφέρουν ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας δέχονται τις ίδιες πιέσεις στη εργασία τους με τους υπόλοιπους εργαζομένους αλλά αντιμετωπίζουν επιπλέον συναισθηματική ένταση για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα, λόγω της ιδιαιτερότητας της ειδικότητάς τους. Άλλο χαρακτηριστικό παράδειγμα, αποτελεί η μελέτη των Pines & Maslach, 1978, η οποία κατέδειξε ότι όσο

μεγαλύτερο το χρονικό διάστημα απασχόλησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σε κάποιο ψυχιατρικό πλαίσιο, τόσο μειώνεται το αίσθημα ικανοποίησης των εργαζομένων και υιοθετούνται αρνητικές στάσεις για την ψυχική νόσο. Ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διαχρονική μελέτη των Prosser, Johnson, Kuipers, Szmukler, Bebbington, & Thornicroft, (1996), σύμφωνα με τους οποίους οι νοσηλευτές και οι κοινωνικοί λειτουργοί παρουσίαζαν τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και οι θεραπευτές με περισσότερα έτη εργασίας ήταν λιγότερο ευάλωτοι στην εξουθένωση. Παρόμοια αποτελέσματα ανέδειξε και έρευνα των Guthrie, Tattan, Williams, Black, & Bacliocotti, (1999), σύμφωνα με την οποία οι νεαρότεροι ψυχίατροι εμφάνιζαν μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με τους μεγαλύτερους σε ηλικία, καθώς ήταν λιγότερο έμπειροι στη διαχείριση δύσκολων ψυχιατρικών περιστατικών. Σύμφωνα με τη συστηματική ανασκόπηση των Fothergill, Edwards, & Burnard, 2004, που περιλάμβανε 23 μελέτες σχετικές με το εργασιακό στρες των ψυχιάτρων σημαντικοί στερσογόνοι παράγοντες είναι οι ακόλουθοι α) οι δυσμενείς συνθήκες εργασίας, όπως η έλλειψη υποστήριξης, τα εξαντλητικά ωράρια, οι χαμηλές αμοιβές, ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου και άλλα β) τη δυσκολία αντιμετώπισης σοβαρών περιστατικών και τη ματαίωση που πολλές φορές ακολουθεί μια αποτυχία η οποία μερικές φορές μπορεί να καταλήξει και σε παραίτηση γ) υποκειμενικοί παράγοντες της προσωπικότητας ορισμένων ψυχιάτρων. Για παράδειγμα, υπάρχουν έρευνες όπου ορισμένοι τύποι προσωπικότητας ψυχιάτρων πχ νευρωσικοί μπορεί να εμφανίζουν πιο εύκολα συμπτώματα εργασιακής εξουθένωσης (Naisberg, Fennig, Fennig, Keinan & Elizur, 1991). Οι μελέτες που αφορούν τον κλάδο των ψυχολόγων είναι εμφανώς λιγότερες. Οι περισσότερες από αυτές στηρίζονται σε μικρά δείγματα και δεν υπάρχουν επαρκή δεδομένα (Τριανταφύλλου, 2013). Έτσι αντικρουόμενα αποτελέσματά υπάρχουν σε μελέτες σε ψυχολόγους που αφορούν το φύλο, την ηλικία, τα χρόνια προϋπηρεσίας και τις εργασιακές συνθήκες (Ackerley, Burnell, Holder, & Kurdek, 1988, Thornton, 1992). Με βάση τη συστηματική ανασκόπηση των (Hannigan, Edwards, & Burnard, 2004), όπου το δείγμα αφορούσε κλινικούς ψυχολόγους στο Ηνωμένο Βασίλειο τα δύσκολα περιστατικά των ασθενών, ο φόρτος εργασίας και η δυσκολία διαχείρισης του άγχους τους, αποτελούσαν παράγοντες όπου οδηγούσαν σε επαγγελματική εξουθένωση. Όπως αναφέρει η Τριανταφύλλου (2013), οι ψυχολόγοι που εργάζονται σε κάποιον οργανισμό επιβαρύνονται εξαιτίας του αυξημένου χρόνου απασχόλησης με διοικητικά καθήκοντα, σε αντίθεση με τους ελεύθερους επαγγελματίες όπου βιώνουν υψηλότερα επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων και

έχουν μεγαλύτερο έλεγχο των εργασιακών δραστηριοτήτων τους. Η άμεση πληρωμή επίσης των ψυχολόγων που δουλεύουν ιδιωτικά αποτελεί ακόμα μια διαφορά σχετικά με τους μισθωτούς. Τέλος, οι εργαζόμενοι που απασχολούνται σε κάποιο ψυχιατρικό πλαίσιο – οργανισμό έρχονται καθημερινά σε επαφή με μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών . Επομένως μπορούμε να συμπεράνουμε ότι στους μισθωτούς ψυχολόγους επιδρούν περισσότερο παράγοντες που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

Στον τομέα απασχόλησης με ανήλικους με ψυχικά προβλήματα, τα πράγματα δεν φαίνονται να αλλάζουν και πολύ. Μελέτες έχουν αναδείξει την ύπαρξη έντονου εργασιακού στρες, σε επαγγελματίες που παρέχουν φροντίδα σε παιδιά με κίνδυνο (McGee, 1989). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τους Mills & Huebner (1998), από ένα μεγάλο δείγμα σχολικών ψυχολόγων, περίπου το 40% ανέφερε υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης, το 10% παρουσίαζε αντιδράσεις αποπροσωποποίησης και το 19% μειωμένη αίσθηση προσωπικής ολοκλήρωσης. Και μόνο εργασία με ανήλικους που διατρέχουν κάποιο σωματικό ή ψυχολογικό πρόβλημα έχει διαπιστωθεί ότι αποτελεί παράγοντα εργασιακού στρες για τους επαγγελματίες. Με βάση έρευνα που πραγματοποίησαν οι Sprang, Craig & Clark (2011), αποδείχθηκε ότι η εργασία με παιδιά που διατρέχουν σοβαρό κίνδυνο μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα ανάπτυξης συμπτωμάτων που σχετίζονται με εργασιακή εξουθένωση. Οι συνθήκες εργασίας, δουλεύοντας με τέτοια παιδιά είναι πολύ απαιτητικές και πολλές φορές οι επαγγελματίες εκτίθενται σε μια σειρά τραυματικών γεγονότων, που όπως φαίνεται από μελέτη των Pearlman & Mac Ian (1995), μπορεί να τους δημιουργήσει αρνητικά συναισθήματα και έντονο άγχος. Για παράδειγμα, πολύ συχνά αυτό συμβαίνει με επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται με ανήλικους με ψυχικά προβλήματα, οι οποίοι ήταν θύματα οικογενειακής βίας. Συγκεκριμένα, επαγγελματίες οι οποίοι έρχονται σε καθημερινή επαφή κατά την εργασία τους με ανήλικους, οι οποίοι περιγράφουν τραυματικά και βίαια γεγονότα τα οποία έχουν ζήσει, αντιμετωπίζουν έντονη δυσφορία, η οποία μπορεί να τους οδηγήσει σε έντονο εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση. Από την έρευνα έγινε αντιληπτό ότι ακόμα πιο έντονα είναι τα συμπτώματα στους επαγγελματίες που παίρνουν τις συνεντεύξεις (Pearlman & Mac Ian, 1995). Σύμφωνα με τον Pearlman (1999) η θεραπεία με άτομα που έχουν υποστεί ενδοοικογενειακή βία συνεπάγεται συνεχόμενη επαφή με το τραύμα, κάτι το οποίο μπορεί να επηρεάσει τους θεραπευτές (δευτερογενές τραύμα). Η έκθεση σε τραυματικά συμβάντα φαίνεται ότι αυξάνει το άγχος που βιώνουμε προκειμένου να βοηθήσουμε τα θύματα που έχουν υποστεί τραύμα (Figley, 2013). Το άγχος αυτό μπορεί

να οδηγήσει τους θεραπευτές σε μετατραυματικά συμπτώματα, αλλαγή στα γνωστικά σχήματα και διαταραχές στις προσωπικές τους σχέσεις. Οι θεραπευτές περνούν από μια εσωτερική διαδικασία καθώς προσπαθούν τόσο να κατανοήσουν τις ιστορίες που ακούνε από τους πελάτες τους, όσο και να ενσωματώσουν αυτές τις ιστορίες στα δικά τους υπάρχοντα γνωστικά σχήματα. Κατά τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας ενσωμάτωσης, οι ψυχοθεραπευτές αντιμετωπίζουν συχνά δευτεροπαθείς τραυματικές αντιδράσεις στρες που επηρεάζουν αρνητικά τη διαδικασία θεραπείας, καθώς και την προσωπική τους ζωή, εκτός εργασίας (Canfield, 2005).

Πέρα από την επαφή αυτή καθεαυτή με τα παιδιά, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, τις περισσότερες φορές συνεργάζονται και με τις οικογένειές τους. Μελέτη των Ben-Porat & Itzhaky (2009), που εξέτασαν τις θετικές και τις αρνητικές συνέπειες των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που απασχολούνταν με θύματα οικογενειακής βίας (συγκεκριμένα σύγκριναν κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στον τομέα της ενδοοικογενειακής βίας και κοινωνικούς λειτουργούς που δεν εργάζονται σε αυτόν τον τομέα) και διαπίστωσαν ότι οι δυο ομάδες δεν διέφεραν ιδιαίτερα στα επίπεδα τραυματισμού μετά από την επαφή τους με τους θεραπευόμενους, ωστόσο διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές και αλλαγές στην ζωή των θεραπευτών ως αποτέλεσμα της εργασίας τους σε αυτόν τον τομέα. Ένας λόγος όπου ίσως να μην υπήρχαν σημαντικές αλλαγές στις δυο ομάδες στο δευτερογενές άγχος μπορεί να οφείλεται στο ότι και οι άλλοι θεραπευτές ασχολούνταν με εξίσου τραυματικά γεγονότα, έρχονταν δηλαδή εξίσου σε επαφή με άλλες δύσκολες καταστάσεις.

Μελέτες σχετικά με την εργασιακή εξουθένωση πραγματοποιήθηκαν και στον ελληνικό χώρο. Ο πληθυσμός ο οποίος κατά βάση έχει μελετηθεί ως προς τα ποσοστά εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός των επαγγελματιών υγείας και κυρίως του νοσηλευτικού προσωπικού. Ενδεικτικά παρουσιάζουμε κάποιες έρευνες οι οποίες είχαν σχετικά κοινά αποτελέσματά ως προς την εμφάνιση του συνδρόμου στο νοσηλευτικό προσωπικό νοσοκομείων. Μια πρόσφατη τέτοια έρευνα είναι αυτή των Παπακωνσταντίνου, Παναγοπούλου & Φλουρέντζος (2016), η οποία αφορά την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό. Συγκεκριμένα, μελετήθηκε το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού και των παραγόντων που επιδρούν προστατευτικά ή επιβαρυντικά στην εμφάνισή της. Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 240 νοσηλευτές-μέλη ομάδων νοσηλευτών. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό βίωνε υψηλού βαθμού συναισθηματική εξάντληση, αυξημένη

αποπροσωποποίηση και υψηλή αίσθηση επίτευξης προσωπικών επιτευγμάτων . Το 70,8% του δείγματος εμφάνισε αγχώδεις διαταραχές. Τα σημαντικότερα προβλήματα υγείας ήταν οι πόνοι στη μέση (65,8%), οι αϋπνίες (47,5%) και οι ημικρανίες (42,5%).

Μια έρευνα με παρόμοια αποτελέσματα είναι και αυτή των Αντωνίου και Αντωνοδημητράκη (2001), οι οποίοι επισήμαναν ότι, στα ιατρικά επαγγέλματα οι λόγοι που τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τόσο μεγάλα, ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος, πχ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α., όπως επίσης παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα πχ. περιορισμένα μέσα, ανεπάρκεια νοσηλευτικού δυναμικού, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α.

Σε έρευνα του Διλιντά (2010) περιγράφηκε η επαγγελματική εξουθένωση ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης που έχει ποικίλες επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας και δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους ασθενείς. Το δείγμα της έρευνάς του αποτελούνταν από 218 εργαζομένους που επιλέχθηκαν τυχαία και ανήκαν σε όλα σχεδόν τα τμήματα και τις κλινικές του νοσοκομείου. Η μέθοδος που ακολουθήθηκε για τη συλλογή των στοιχείων ήταν η συμπλήρωση ανώνυμου ερωτηματολογίου. Τα αποτελέσματα της έρευνάς του έδειξαν ότι η επαγγελματική εξουθένωση κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα και για τις τρεις διαστάσεις της.

Πέρα από το νοσηλευτικό προσωπικό γενικότερα, βρίσκουμε και πιο ειδικές έρευνες οι οποίες αφορούν το ιατρικό προσωπικό εργαζομένων με ψυχικά πάσχοντες. Τέτοια έρευνα είναι και αυτή των Κυλούδης, Γεωργιάδης, Ρεκλείτη, Γιαγλής & Βόζνιακ (2015), η οποία αφορά 62 επαγγελματίες ψυχικής υγείας, με ερωτηματολόγιο και διαπίστωσαν ότι οι εργαζόμενοι παρουσίαζαν υψηλές βαθμολογίες σε ποσοστά άγχους και κατάθλιψης. Κατά την ανάλυση των δεδομένων φάνηκε η σημαντική επίδραση της ηλικίας των εργαζομένων και της οικογενειακής τους κατάστασης.

Τέλος, οι Αθανασιάδης, Τσάρας, Παπαθανασίου, Λαχανά, Γκούβα & Κοτρώτσιου (2011), πραγματοποίησαν έρευνα κατά την οποία προσπάθησαν να εκτιμήσουν το εργασιακό stress και τη χρήση αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Το μελετώμενο πληθυσμό αποτέλεσαν 300 επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε ιδιωτικές και δημόσιες ψυχιατρικές κλινικές, καθώς και σε ψυχιατρικά νοσοκομεία της χώρας. Η συλλογή του

υλικού έγινε με τη χρήση ενός ερωτηματολογίου που περιελάμβανε κλίμακα τριαντατεσσάρων ερωτήσεων για την ανίχνευση στρεσογόνων παραγόντων, την κλίμακα αυτοεκτίμησης του Spielberger καθώς και ερωτήσεις σχετικά με τη χρήση αλκοόλ. Αυτό που αναδείχθηκε από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι ότι μεγαλύτερη συχνότητα εργασιακών στρεσογόνων παραγόντων εμφανίστηκε σε νοσηλευτές παρά σε ιατρούς, καθώς επίσης και στους εργαζόμενους ιδιωτικών ψυχιατρικών κλινικών σε σχέση με τους εργαζόμενους του δημόσιου τομέα. Το γεγονός ότι οι νοσηλευτές αντιμετωπίζουν σε μεγαλύτερη συχνότητα στρεσογόνους παράγοντες από ότι οι ιατροί αντικατοπτρίζεται και στις μετρήσεις του άγχους, τόσο ως κατάσταση όσο και ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας. Επίσης οι εργαζόμενοι στις ιδιωτικές ψυχιατρικές κλινικές εμφάνισαν μεγαλύτερο δείκτη άγχους ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σε σχέση με τους εργαζόμενους του δημόσιου τομέα.

Καταλήγοντας, μετά από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε σε ελληνικές έρευνες διαπιστώθηκε ότι τα συμπεράσματα των ερευνών είναι σε μεγάλο βαθμό παρόμοια με αυτά των διεθνών μελετών. Ωστόσο, και σε αυτό το σημείο πρέπει να υπογραμμιστεί ότι παρά τις πολυάριθμες μελέτες για την εργασιακή εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, δεν υπάρχουν ούτε στον ελληνικό χώρο μελέτες που να αφορούν εργαζόμενους ψυχικής υγείας, οι οποίοι απασχολούνται με ανήλικους πρόσφυγες, κάτι το οποίο μας κάνει ιδιαίτερη εντύπωση, αν αναλογιστεί κανείς τα μεγάλα προσφυγικά ρεύματα που υπάρχουν αυτή τη στιγμή στην Ελλάδα, αλλά και τον πολυάριθμο αριθμό εργαζομένων που απασχολείται με αυτόν το πληθυσμό.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 Γενεσιουργοί παράγοντες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι παράγοντες που μπορούν να οδηγήσουν στην εργασιακή εξουθένωση μπορούν να χωριστούν σε ατομικούς, οι οποίοι αναφέρονται σε ατομικά - δημογραφικά χαρακτηριστικά και σε χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του ατόμου και σε περιβαλλοντολογικούς, που αφορούν το πλαίσιο των εργαζομένων και τις συνθήκες εργασίας τους.

Μέσα από πληθώρα ερευνών διαπιστώνουμε ότι τα κυριότερα αίτια εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη συμπαράστασης από συναδέλφους, η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία τους και η έλλειψη κινήτρων και αξιών, αίτια τα οποία καθορίζουν την αντίδραση του ατόμου στη συναισθηματική ένταση την ώρα της εργασίας (Αδαλή, Πριάμη, Ευαγγέλου και συν, 2002). Δεδομένου ότι οι εξυπηρετούμενοι είναι ανήλικοι, είναι λογικό να σκεφτόμαστε ότι οι συνθήκες στις οποίες εργάζονται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας θα είναι πιο προσεγμένες. Κάτι τέτοιο ειδικά στο ελληνικό πλαίσιο δεν ισχύει τις περισσότερες φορές.

2.1.1. Εργασιακές συνθήκες

Ακολουθούν κάποιες από τις συνθήκες οι οποίες μπορούν να συντελέσουν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης, έτσι όπως αναφέρθηκαν στη βιβλιογραφία. Η Handy (1988) δίνει έμφαση στον ενεργητικό ρόλο των εργαζομένων. Μέσα από μελέτες φάνηκε, ότι οι λειτουργίες μιας επιχείρησης ή ενός οργανισμού, καθώς και δομές τους, μπορεί να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό τους εργαζομένους, οδηγώντας τους ακόμη και στην επαγγελματική εξουθένωση. Ο φόρτος εργασίας αποτελεί άλλον ένα υψίστης σημασίας παράγοντα που μπορεί να οδηγήσει σε εργασιακό στρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας των Kilfedder et al (2001) το νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε ψυχιατρικό νοσοκομείο παρουσιάζει έντονα συμπτώματα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία του. Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε με δείγμα 10.319 νοσηλευτές/τριες διαπιστώθηκε ότι, το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν υπεύθυνο για την φροντίδα μεγαλύτερου από τον προβλεπόμενο αριθμό ασθενών, εμφάνισε διπλάσιες πιθανότητες συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης και μείωση της εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν υπεύθυνο για μικρότερο αριθμό ασθενών (Aiken et al., 2002). Σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli & Leiter (2001), η υπερβολική εργασία για το

διαθέσιμο χρόνο που πρέπει να πραγματοποιηθεί αποτελεί βασικό παράγοντα εμφάνισης burnout. Στις περισσότερες υπηρεσίες υγείας συγκεκριμένα, οι ανήλικοι που χρήζουν θεραπείας είναι πολλοί και δεν αντιστοιχούν στο μικρό αριθμητικό προσωπικό. Επομένως, είναι αναμενόμενο το ήδη υπάρχον προσωπικό να φορτωθεί πολύ περισσότερη δουλειά, κάτι που μπορεί να προκαλέσει εργασιακό στρες. Άλλος λόγος, είναι η σύγκρουση και η αβεβαιότητα ρόλων μέσα στο εργασιακό πλαίσιο. Οι απαιτήσεις συχνά είναι μεγάλες και πολλές φορές αντικρουόμενες. Όταν κάποιος εργάζεται με ανήλικους είναι πολύ πιθανόν πέρα από τους ίδιους τους ανήλικους και τη σοβαρότητα της κατάστασης που βιώνουν, να έχει να διαχειριστεί και το οικογενειακό τους περιβάλλον, το οποίο πολύ συχνά έχει παράλογες και εξωπραγματικές απαιτήσεις. Όλα αυτά, σε συνδυασμό με τη μειωμένη ασφάλεια και την έλλειψη πόρων δημιουργούν το ιδανικό περιβάλλον για την ανάπτυξη εργασιακού στρες, το οποίο μπορεί να οδηγήσει στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα πράγματα γίνονται ακόμα πιο δύσκολα σε περιπτώσεις που υπάρχει έλλειψη στήριξης από συναδέλφους και απουσία εποπτών. Έτσι το βάρος της θεραπείας ενός παιδιού με ψυχική ασθένεια πέφτει όλο πάνω στον θεραπευτή του. Η Severinsson (2003), μελέτησε την επαγγελματική εξουθένωση, παίρνοντας συνεντεύξεις από τους ίδιους τους νοσηλευτές που βίωσαν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι. Ο χώρος που εργάζονται οι συγκεκριμένοι νοσηλευτές ανάλογα με την ειδικότητά τους φαίνεται ότι σχετίζεται με την ύπαρξη και τον βαθμό της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η έρευνα αφορούσε ενήλικες, ωστόσο κάτι αντίστοιχο ισχύει και κατά την εργασία με ανήλικους. Η ύπαρξη κατάλληλου χώρου είναι σημαντική για την ομαλή έκβαση της θεραπείας μαζί τους.

Ο Golembiewski (1981) θεωρεί ότι η εργασιακή εξουθένωση ξεκινάει μέσα στον εργασιακό χώρο από καταστάσεις που προκαλούν άγχος και εξελίσσεται σταδιακά, με σωματικά συμπτώματα, και μείωση της επίδοσης κάτι που έχει ως αποτέλεσμα μια σειρά αλλαγών που προκαλούνται στο άτομο αλλά και στο περιβάλλον το οποίο εργάζεται. Ο Golembiewski συμφωνεί με τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως τις προσδιόρισε η Maslach, αλλά διαφωνεί με τη σειρά εμφάνισής τους. Υποστηρίζει ότι η διαδικασία της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεκινάει με την αποπροσωποποίηση, συνεχίζεται με την απώλεια της αίσθησης προσωπικής επίτευξης και καταλήγει στην συναισθηματική εξάντληση.

Η εργασία των Prosser et al, (1997), εξέτασε 121 εργαζόμενους σε ψυχιατρικές μονάδες ανιχνεύοντας αρχικά τους εργασιακούς παράγοντες που ερμηνεύουν το στρες και την εργασιακή ικανοποίηση. Τα ευρήματα της έρευνας ανέδειξαν τη σπουδαιότητα του εργασιακού περιβάλλοντος για την ψυχική υγεία των εργαζομένων, τη εξουθένωση και την ικανοποίηση. Η υψηλότερη εργασιακή ικανοποίηση παρουσιάστηκε να συσχετίζεται με τον τρόπο διοίκησης της μονάδας και γενικότερα με τη συνεργασία με τους συναδέλφους. Τέλος, η συναισθηματική εξάντληση και τα χαμηλότερα επίπεδα υγείας των εργαζομένων φάνηκε ότι επηρεάζονται αισθητά από την ικανοποίηση που αντλούν οι εργαζόμενοι από την επαγγελματική τους καριέρα.

Σύμφωνα με τους Schaufeli & Enzman (1998), η εμφάνιση της εργασιακής εξουθένωσης έχει να κάνει τόσο με το άτομο, όσο και με το περιβάλλον συνδυαστικά. Η άποψη αυτή φαίνεται να βρίσκει όλο και περισσότερους υποστηρικτές. Συγκεκριμένα, οι Schaufeli & Enzman (1998) πρότειναν ένα τέτοιο ενοποιημένο περιγραφικό μοντέλο. Αυτό είχε να κάνει με στοιχεία του ατόμου όπως ισχυρό εσωτερικό κίνητρο, το οποίο θεωρείται αναγκαίο για τη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης, το μη ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον και τη διαιώνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη χρήση μη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης.

2.1.2. Ατομικά χαρακτηριστικά

Πέρα όμως από τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος, σημαντικοί είναι και οι προσωπικοί παράγοντες που συμβάλουν στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως για παράδειγμα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του επαγγελματία. Οι ατομικές προσεγγίσεις αναζητούν τις αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χαρακτήρα και τις προσδοκίες του ατόμου. Οι επαγγελματίες υγείας που είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης σύμφωνα με τον (Farber, 1983), είναι άνθρωποι ευαίσθητοι, ιδεαλιστές, αφοσιωμένοι στην εργασία τους αλλά συγχρόνως ανήσυχοι ευάλωτοι και εσωστρεφείς. Σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) η ηλικία του επαγγελματία ψυχικής υγείας φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο καθώς άτομα ηλικίας 30-40 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα εργασιακού στρες. Με βάση άλλες έρευνες, μικρότερες ηλικίες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Campbell, Sonnad, Eckhauser & Greenfield, 2001). Ωστόσο υπάρχουν και

έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες η ηλικία δεν παίζει κάποιον στατιστικά σημαντικό ρόλο (Yiu-Kee & Tang, 1995). Παρατηρούμε επομένως ότι τα αποτελέσματά των ερευνών τις περισσότερες φορές είναι αμφιλεγόμενα, σχετικά με την ηλικία και την εργασιακή εξουθένωση.

Όσον αφορά το φύλο οι μελέτες είναι επίσης αντικρουόμενες. Φαίνεται πως υπερέχουν με μικρή διαφορά οι γυναίκες στην εμφάνιση εργασιακού στρες μόνο στον τομέα όμως που έχει να κάνει με την εξάντληση. Αυτό σύμφωνα με τους Αδαλή, Πριάμη, Ευαγγέλου και συν (2002), συμβαίνει γιατί φαίνεται να επιβαρύνονται ιδιαίτερα καθώς αντιμετωπίζουν εκτός από τα παραπάνω, τις οικογενειακές υποχρεώσεις, την εργασία στο σπίτι και μεταφέρουν τα επαγγελματικά τους προβλήματα σ' αυτό. Από την άλλη, σύμφωνα με τους Day & Chambers (1991), Tamura, Guy, Brady & Grace (1995), δεν έχει παρατηρηθεί συσχέτιση μεταξύ της εξουθένωσης και του φύλου.

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση οι παντρεμένοι επίσης παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες. Πιθανός λόγος είναι η παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο σπίτι (Maslach & Jackson, 1985). Σχετικά με το επίπεδο της εκπαίδευσης τα άτομα με μεγαλύτερη εκπαίδευση παρουσίασαν και υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, κάτι που πιθανόν έχει να κάνει με περισσότερες ευθύνες που επωμίζονται στο εργασιακό τους περιβάλλον (Cash, 1989). Ωστόσο και στο θέμα της εκπαίδευσης οι έρευνες παρουσιάζουν αντιφάσεις στα αποτελέσματα (Τριανταφύλλου, 2013).

Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας φαίνεται επίσης να συσχετίζονται με την εμφάνιση άγχους στο εργασιακό περιβάλλον και αυτά έχουν να κάνουν κυρίως με χαμηλά επίπεδα ανθεκτικότητας που μπορεί να έχει ο επαγγελματίας ψυχικής υγείας, υπερβολική ανάγκη ελέγχου και χαμηλή αυτοπεποίθηση (Semmer & Meier, 2003). Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα άτομα τα οποία βιώνουν burnout, ξεκίνησαν την καριέρα τους με ενθουσιασμό και υψηλούς στόχους και ίσως απογοητεύτηκαν.

Συνοψίζοντας, αξίζει να αναφερθεί ότι τελευταία, οι προσεγγίσεις πάνω στο θέμα των αιτιών της εργασιακής εξουθένωσης τείνουν να συνδυάζουν πολλούς διαφορετικούς παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση του φαινομένου. Για παράδειγμα οι Schaufeli & Enzman (1998) πρότειναν ένα τέτοιο ενοποιημένο περιγραφικό μοντέλο. Αυτό εμπεριέχει τα κοινά στοιχεία, δηλαδή το ισχυρό εσωτερικό κίνητρο, το οποίο θεωρείται αναγκαίο για τη δημιουργία της επαγγελματικής εξουθένωσης, το μη ευνοϊκό εργασιακό περιβάλλον και τη

διαίωριση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη χρήση μη αποτελεσματικών τρόπων αντιμετώπισης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Συνέπειες επαγγελματικής εξουθένωσης σε ατομικό επίπεδο και συλλογικό επίπεδο

Ως προς τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης συναντάμε στην βιβλιογραφία πλήθος αλλαγών σε όλα τα επίπεδα ζωής του εργαζόμενου, με εμφανείς επιπτώσεις τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο στους εργαζομένους ψυχικής υγείας οι οποίοι απασχολούνται με ανήλικους ασθενείς. Οι ιδιαίτερες απαιτήσεις της εργασίας, τα εξαντλητικά ωράρια, το άγχος που αντιμετωπίζει ο εργαζόμενος έχει άμεσες επιπτώσεις σε όλους τους τομείς της δραστηριότητάς του.

Η απόσυρση από την εργασία κατέχει βασικό ρόλο στα δυσάρεστα αισθήματα που μεταφέρουν οι εργαζόμενοι. Η πρόθεση να εγκαταλείψουν στην εργασία τους είναι επίσης εμφανής. Από αυτούς που τελικά παραμένουν στη δουλειά, το burnout τους οδηγεί σε χαμηλότερη παραγωγικότητα και αποτελεσματικότητα. Οι επαγγελματίες που αντιμετωπίζουν εξάντληση συχνά βιώνουν και συγκρούσεις με τους συναδέλφους τους. Σε μελέτες που έγιναν σε κέντρα ημερήσια φροντίδας, οι εργαζόμενοι στη φροντίδα παιδιών, οι οποίοι βίωναν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, ήταν λιγότερο υπομονετικοί και ανεκτικοί και περισσότερο κακόκεφοι. Επίσης, ανέφεραν μεγαλύτερη απομάκρυνση από τα παιδιά, είτε συζητώντας με συναδέλφους περισσότερο απ' ότι έπρεπε, είτε καθυστερώντας στα διαλείμματα για φαγητό (Maslach & Pines, 1977).

Σύμφωνα με τον Figley (1997), ανάμεσα στα συμπτώματα του ατόμου που πάσχει από burnout περιλαμβάνονται τα παρακάτω. Έκπτωση στη συγκέντρωση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, έλλειψη ευελιξίας, αποπροσανατολισμός, αισθήματα αδυναμίας, ενοχής, θυμού, φόβου, θλίψης, κατάθλιψης, ανυπομονησία, κοινωνική απόσυρση, διαταραχές ύπνου, διατροφικές διαταραχές, υπαρξιακοί προβληματισμοί, απομόνωση, ενοχές, ευερεθιστότητα, διαπληκτισμοί, έντονη εφίδρωση, ταχύπνοια, αύξηση της ταχύτητας σφυγμού, δύσπνοια, μυϊκοί πόνοι, ίλιγγος, αποπροσανατολισμός και άλλα.

Πέρα όμως από τα ψυχολογικά συμπτώματα εμφανή είναι στη βιβλιογραφία και τα σωματικά, τα οποία αφορούν τα τυπικά συμπτώματα του στρες. Για παράδειγμα, πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκολίες ύπνου, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι (Tyler & Cushway, 1998).

Αφού δημιουργούνται τόσο μεγάλες αλλαγές στον εργαζόμενο σε προσωπικό επίπεδο , όπως είναι αναμενόμενο δημιουργούνται και πολλές αλλαγές στις σχέσεις τους με τους άλλους ανθρώπους. Ο επαγγελματίας, ο οποίος νοσεί από αυτή την κατάσταση αδυνατεί να ανταποκριθεί τόσο στα οικογενειακά όσο και στα κοινωνικά του καθήκοντα (Figley, 1997). Η εξουθένωση, η οποία τον καταβάλλει, τον κάνει μη ικανό συμμετάσχει σε δραστηριότητες που συμμετείχε παλιότερα και να απομακρύνεται από το οικογενειακό και φιλικό του περιβάλλον. Η σχέση του με τους συναδέλφους του επίσης αλλάζει λόγω της συνεχόμενης κόπωσης που υφίσταται.

Τέλος, είναι σημαντικό να τονισθεί ότι η σωματική εξουθένωση δεν είναι κάτι το οποίο θα συμβεί από τη μία μέρα στην άλλη, αντίθετα περιλαμβάνει στάδια. Σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli, & Leiter, (2001) τα συμπτώματα μπορούν να ξεκινήσουν από ένα σημαντικό αριθμό αρνητικών συναισθημάτων του εργαζομένου και να καταλήξουν μέχρι και σε κατάθλιψη. Η έγκαιρη αναγνώριση και αντιμετώπιση των συμπτωμάτων αποτελεί τον μοναδικό τρόπο για την πρόληψη του κινδύνου της επαγγελματικής εξουθένωσης προκειμένου τα δυσάρεστα συναισθήματα αν μην επεκταθούν και σε άλλες δραστηριότητες του ατόμου (Bakker, Schaufeli, Sixma, Bosveld & Van Dierendonck, 2000).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Η διαδικασία της μετανάστευσης

Η μετανάστευση είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο που επικρατεί από την εποχή που για πρώτη φορά εμφανίστηκε η ανθρώπινη οντότητα. Οι λόγοι για τους οποίους ένα άτομο ή μια οικογένεια αποφασίζουν να αφήσουν τον τόπο τους και να εγκατασταθούν σε κάποιον άλλο τόπο, ποικίλουν. Ανάμεσα στις πιο σημαντικές αιτίες αναφέρεται η εργασία, η οικογενειακή επανένωση, ο επαναπατρισμός, οι σπουδές και η αναζήτηση πολιτικού ασύλου (Σκλάβου, 2007). Ανεξάρτητα από τους λόγους όμως αυτής της μετεγκατάστασης, οι επιπτώσεις τόσο στο άτομο, όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό, οικονομικό και πολιτικό γίνεσθαι είναι τεράστιες. Η εγκατάσταση σε ένα νέο πλαίσιο, δεν γίνεται πάντα από ένα μόνο άτομο, τις περισσότερες φορές μάλιστα ακολουθεί ολόκληρη η οικογένεια, συμπεριλαμβανομένων και ανηλίκων. Σύμφωνα με τη Σκλάβου (2007), όσον αφορά το ελληνικό πλαίσιο, αυτή τη στιγμή διεξοδική καταγραφή για το σύνολο των αλλοδαπών που διαμένουν στη χώρα μας, δεν έχει πραγματοποιηθεί, οπότε τα όποια στοιχεία γνωρίζουμε προέρχονται αποκλειστικά από τις υπηρεσίες στις οποίες οι αλλοδαποί προέρχονται για άδειες παραμονής. Η κυβέρνηση, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις, η εκκλησία και οι τοπικές κοινότητες έχουν καταβάλει μεγάλη ανθρωπιστική προσπάθεια προκειμένου να φιλοξενούν νεοαφιχθέντες πρόσφυγες και να αντιμετωπίζουν τις πρωτογενείς ανάγκες τους. Παρ' όλα αυτά, χιλιάδες άνθρωποι συνεχίζουν να φθάνουν καθημερινά, κάνοντας τις ανάγκες μεγαλύτερες από τους διαθέσιμους πόρους (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016). Όπως αναφέρουν οι Fazel, Reed, Panter-Brick και Stein (2012), περίπου το ήμισυ από τον πληθυσμό που μεταναστεύει είναι παιδιά. Τα τελευταία δέκα χρόνια εκτιμάται ότι περισσότερα από δυο εκατομμύρια παιδιά σκοτώθηκαν κατά το ταξίδι τους προς τον προορισμό τους, περίπου έξι εκατομμύρια τραυματίστηκαν και ένα εκατομμύριο από αυτά έμειναν ορφανά. Ωστόσο, ως ένα μέτρο προστασίας για τα δικαιώματα αυτών των παιδιών, το 1989 δημιουργείται η σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών για τα δικαιώματα του παιδιού, η οποία προσφέρει ένα σημαντικό θεωρητικό και νομικό πλαίσιο στην προστασία τους, παρόλα αυτά πολλές φορές πολλά από τα δικαιώματα των παιδιών τόσο στην μεταφορά τους στη νέα χώρα όσο και κατά τη διαμονή τους καταπατούνται.

Μια ξεχωριστή κατηγορία αποτελούν και οι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες, οι

οποίοι καταφτάνουν στην χώρα υποδοχής. Οι Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, και Spinhoven (2007), μελέτησαν τις τυχόν διαφορές στην ψυχοπαθολογία ανάμεσα στους ασυνόδευτους έφηβους πρόσφυγες, σε αυτούς που είχαν έρθει με τις οικογένειές τους και στους γηγενείς. Οι ασυνόδευτοι έφηβοι, ανέφεραν σταθερά σημαντικά υψηλότερα ποσοστά στα προβλήματα εσωτερίκευσης, τις τραυματικές αντιδράσεις στο στρες και τα αγχωτικά γεγονότα ζωής. Το φύλο φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στα δείγματα γηγενών και προσφύγων αναφορικά με τη ψυχολογική δυσφορία, τα προβλήματα συμπεριφοράς και τις αντιδράσεις τραυματικού στρες. Η μεγαλύτερη ηλικία συσχετίστηκε σημαντικά με υψηλότερες βαθμολογίες μόνο στην ομάδα των ασυνόδευτων προσφύγων. Οι ντόπιοι σημείωσαν υψηλότερα ποσοστά σε προβλήματα εξωτερίκευσης από ότι οι άλλες ομάδες. Οι ασυνόδευτοι έφηβοι ανέφεραν ότι έχουν βιώσει δύο φορές περισσότερα αγχωτικά γεγονότα ζωής από τους πρόσφυγες και τους γηγενείς. Επίσης, φαίνεται να έχουν σημαντικά υψηλότερο κίνδυνο για την ανάπτυξη της ψυχοπαθολογίας από τους πρόσφυγες που ζουν με ένα μέλος της οικογένειας ή τους γηγενείς. Τα παιδιά και οι έφηβοι πρόσφυγες υφίστανται σημαντικές σωματικές και πνευματικές προκλήσεις πριν και κατά τη διάρκεια του ταξιδιού τους και βιώνουν συνεχείς κακουχίες μετά την άφιξή τους, όπως η έκθεση στη βία, ο αποχωρισμός από τις οικογένειές τους, η ανασφάλεια, η ανεπαρκής στέγαση, η εμπορία και η σεξουαλική εκμετάλλευση (Giannakopoulos & Anagnostopoulos, 2016).

Συνοψίζοντας, αυτό που γίνεται αντιληπτό από τη βιβλιογραφία είναι ότι τόσο οι οικογένειες προσφύγων όσο και οι ασυνόδευτοι ανήλικοι πρόσφυγες συχνά είναι πιθανό να παρουσιάζουν μια σειρά από ψυχικές διαταραχές. Στη συνέχεια θα αναφερθούν διεξοδικά κάποιες έρευνες που αφορούν τη μετανάστευση και την ψυχική υγεία των ανήλικων προσφύγων καθώς και τη δυσκολία του να εργάζεται κάποιος επαγγελματίας υγείας με αυτές τις ομάδες παιδιών.

4.2 Μετανάστευση και ψυχική υγεία ανήλικων προσφύγων – Παιδιά που βιώνουν τραύμα

Η σύγχρονη ελληνική κοινωνία χαρακτηρίζεται από πολλές μεταβολές που συμβάλουν στην διαμόρφωση μιας νέας πραγματικότητας. Μια από τις μεγαλύτερες παραμέτρους αυτής της κοινωνικής μεταβολής αποτελεί η αυξανόμενη παρουσία οικογενειών

μεταναστών κυρίως εκείνων που εισέρχονται από θαλάσσια σύνορα. Σταδιακά η Ελλάδα έχει εξελιχθεί σε χώρα υποδοχής, με πολυπολιτισμική σύνθεση και μέλημα την κοινωνική ένταξη αυτών των οικογενειών (Καλλινικάκη, 2009). Έτσι όπως είναι αναμενόμενο γεννιούνται νέες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας σωματικής και ψυχικής, εκπαίδευσης, απασχόλησης, κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής φροντίδας. Οι μεταναστευτικές ομάδες γεννούν νέες ανάγκες για υπηρεσίες υγείας, εκπαίδευσης, απασχόλησης, κοινωνικής ασφάλισης και κοινωνικής φροντίδας, οι οποίες αναμένεται να καλυφθούν από το ήδη υπάρχον κοινωνικό σύστημα (Ψημμένος & Σκαμνάκης, 2008). Το κράτος όμως στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν πληροί τις προϋποθέσεις για την κάλυψη αυτών των αναγκών. Οι συγκεκριμένες ανεπάρκειες όπως και εκείνες που δημιουργεί η απουσία μιας συνεκτικής πολιτικής μεγεθύνονται στις περιπτώσεις οικογενειών αλλοδαπών, μεταναστών και προσφύγων. Η μετανάστευση και η παλιννόστηση συνιστούν σύνθετες ψυχοκοινωνικές διεργασίες αποχωρισμού των ατόμων από την εθνοομάδα τους, οι οποίες συχνά ακολουθούνται από ψυχοπιεστικά γεγονότα, μέχρι να φτάσει η τελική εναρμόνιση. Πρωταρχικής σημασίας είναι η τήρηση των νόμων που αφορούν τα ανήλικα παιδιά (Καλλινικάκη, 2009). “Σύμφωνα με τη Συνθήκη της Γενεύης, το Πρωτόκολλο της Νέας Υόρκης, τη Σύμβαση για τα Δικαιώματα του Παιδιού, που έχει κυρωθεί από την Ελλάδα, αλλά και το Ελληνικό Σύνταγμα προστασία των παιδιών προσφύγων, σημαίνει ότι σε όλες τις αποφάσεις που τα αφορούν, είτε λαμβάνονται από δημόσιο ή ιδιωτικό φορέα, είτε από αρχή, οργανισμό ή νομοθετικό όργανο, λαμβάνεται πρωτίστως υπόψη το συμφέρον τους, και ότι λαμβάνονται εκείνα τα μέτρα που θα διασφαλίζουν ότι τα παιδιά απολαμβάνουν την κατάλληλη προστασία και ανθρωπιστική βοήθεια” (Καλλινικάκη, 2009). Οι ανήλικοι οι οποίοι έρχονται στην Ελλάδα ανήκουν σε δυο κατηγορίες. Έρχονται είτε με την οικογένειά τους, είτε είναι ασυνόδευτοι. Η προστασία που πρέπει να δέχονται τα συγκεκριμένα παιδιά είναι ύψιστης σημασίας, καθώς οι κίνδυνοι στους οποίους είναι εκτεθειμένα είναι τεράστιοι, μιας και δεν γνωρίζουν τη γλώσσα, τον πολιτισμό της χώρας όπου μεταβαίνουν αλλά και πολλές φορές είναι χωρίς την παρουσία κάποιου κηδεμόνα, έτσι είναι πολύ πιθανό να πέσουν θύματα οποιασδήποτε μορφής εκμετάλλευσης (Καλλινικάκη, 2009).

Πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί που να αφορούν τη διερεύνηση της ψυχοπαθολογίας των ανήλικων προσφύγων, με πολλές φορές αντικρουόμενα αποτελέσματα. Για παράδειγμα σύμφωνα με τους Anagnostopoulos, Vlassopoulou, Rotsika, Pehlivanidou, Legaki, Rogakou & Lazaratou (2004), οι οποίοι συνέλεξαν δεδομένα από τα αρχεία 35

παιδιών μεταναστών που παρουσιάστηκαν μέσα σε τρία χρόνια, στο Κέντρο Ψυχικής Υγείας του Ψυχιατρικού Τμήματος του Πανεπιστημίου Αθηνών. Οι ανήλικοι πρόσφυγες συγκρίθηκαν με 70 παιδιά από ελληνικές οικογένειες. Τα δεδομένα αφορούσαν πληροφορίες σχετικά με τον τόπο γέννησης του παιδιού, τις τρέχουσες συνθήκες διαβίωσης, τη χώρα προέλευσης των γονέων, την κοινωνική και οικονομική κατάσταση, το επάγγελμα, το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των γονιών, την κοινωνική ασφάλιση, το ψυχιατρικό ιστορικό, τον λόγο παραπομπής, τις διαγνωστικές και θεραπευτικές υπηρεσίες που δόθηκαν. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, δεν διαπιστώθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τη δομή της οικογένειας και τη ψυχοπαθολογία των γονέων. Ωστόσο, οι οικογένειες μεταναστών είχαν σημαντικά χειρότερη οικονομική κατάσταση, χαμηλότερες θέσεις εργασίας και ήταν συνήθως ανασφάλιστες. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές όσον αφορά τις παραμέτρους αξιοποίησης των υπηρεσιών, με εξαίρεση την «συνεργασία με άλλες υπηρεσίες». Δεν διαπιστώθηκαν διαφορές ως προς τη συχνότητα ή τον τύπο της ψυχιατρικής διάγνωσης. Ωστόσο, το 91% της ομάδας μεταναστών έλαβε διάγνωση, σε αντίθεση με το 49% των ελληνικών οικογενειών. Τα παιδιά μεταναστών δεν παρουσίασαν πιο σοβαρή ή ποικίλη ψυχοπαθολογία από ότι τα παιδιά της Ελλάδας. Οι οικογένειες των μεταναστών χρησιμοποιούσαν τις ίδιες υπηρεσίες όπως οι ελληνικές οικογένειες. Ωστόσο, ήταν προφανές ότι οι οικογένειες μεταναστών δεν ζήτησαν βοήθεια τόσο εύκολα όσο οι Ελληνικές οικογένειες.

Συνεχίζοντας τη βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με το τραύμα που βιώνουν οι ανήλικοι πρόσφυγες αλλά και οι οικογένειες τους, βρίσκουμε πλούσια βιβλιογραφία. Σύμφωνα με τους (Carballo & Nerukar, 2001) η εκτέλεση του εγχειρήματος της μετανάστευσης αποτελεί μια ιδιαίτερα στρεσογόνα διαδικασία καθώς το παιδί αλλά και για τη οικογένεια τις περισσότερες φορές καλούνται να φύγουν βίαια από την πατρίδα τους. Έτσι, μέσα από μελέτες οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε πλήθος οικογενειών προσφύγων ή μεταναστών, γίνεται αντιληπτό ότι πολλές από αυτές παρουσιάζουν αυξημένο παράγοντα κινδύνου εκδήλωσης ψυχικών δυσλειτουργιών. Όπως αναφέρουν οι Fazel, Reed, Panter-Brick και Stein, (2012) οι πιο συχνές ψυχολογικές επιπτώσεις στα παιδιά προσφύγων και μεταναστών είναι η εμφάνιση κατάθλιψης, διαταραχών ύπνου και διαταραχών άγχους, κατάχρησης ουσιών. Τα ποσοστά των συγκεκριμένων διαταραχών σε ασυνόδευτα παιδιά αυξάνονται δραματικά σε σχέση με τα παιδιά που βρίσκονται έστω και με ένα μέλος της οικογένειάς τους. Οι ψυχικές αυτές διαταραχές μπορεί να προέρχονται είτε από προηγούμενα

τραυματικά γεγονότα που έζησαν στην πατρίδα τους (λόγου χάρη πόλεμος, θάνατος οικείου προσώπου, αποχωρισμός από αγαπημένα πρόσωπα, πείνα, φυσικές καταστροφές) είτε από δύσκολες καταστάσεις που από πολύ μικρή ηλικία καλούνται να αντιμετωπίσουν στην χώρα που μεταναστεύουν (για παράδειγμα, αβεβαιότητα, άρνηση του κοινωνικού πλαισίου να τους αφομοιώσει, κίνδυνος θυματοποίησης – διακρίσεων και άλλα) (Pumariega, Rothe & Pumariega, 2005).

Οι ψυχοπιεστικές καταστάσεις στις οποίες εκτίθενται οι περισσότεροι πρόσφυγες μπορούν να γίνουν κατανοητές, εάν τις χωρίσουμε σε τρία διαφορετικά στάδια: (1) ενώ βρίσκονται στη χώρα καταγωγής τους, (2) κατά τη διάρκεια του ταξιδιού στη χώρα υποδοχής και (3) όταν πρέπει να εγκατασταθούν στην χώρα φιλοξενίας (Hodes, 2000). Αρχικά, στις χώρες καταγωγής τους, πολλοί πρόσφυγες έχουν υποστεί σοβαρό τραύμα. Συνήθως αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν τα σπίτια τους εξαιτίας πολέμου ή μάχης και ως εκ τούτου, βίωσαν βία, βασανιστήρια και απώλειες στενών συγγενών και φίλων. Τα παιδιά των προσφύγων, βιώνουν μια περίοδο ανισορροπίας, ενώ η σχολική τους εκπαίδευση, εάν υπάρχει, διαταράσσεται. Η γονική δυσφορία και η γενική ανασφάλεια είναι κοινές εμπειρίες. Έπειτα, το ταξίδι σε μια νέα χώρα είναι επίσης μια περίοδος επιπλέον άγχους. Μπορεί να χρειαστούν πολλοί μήνες κατά τη διάρκεια των οποίων οι πρόσφυγες εκτίθενται σε απειλητικούς για τη ζωή τους κινδύνους. Τα παιδιά των προσφύγων σε αυτές τις περιόδους μπορούν να βιώσουν τον αποχωρισμό από τους γονείς είτε τυχαία είτε ως στρατηγική για να εξασφαλίσουν την ασφάλειά τους. Καθώς οι λύσεις για διαφυγή είναι περιορισμένες, πολλά παιδιά καταλήγουν στα χέρια των λαθρεμπόρων είτε επειδή είναι οι μοναδικοί που μπορούν να φύγουν από την οικογένεια είτε επειδή έχουν μεγαλύτερη προστασία στη χώρα υποδοχής λόγω της ανηλικότητάς τους. Και τέλος, το τελικό στάδιο εύρεσης της πολυπόθητης ψυχικής και σωματικής ηρεμίας σε άλλη χώρα μπορεί να είναι μια στιγμή πρόσθετης δυσκολίας καθώς υπάρχει τεράστια νομική διαδικασία προκειμένου να εξασφαλίσουν τα απαραίτητα νομικά έγγραφα προκειμένου να αποκτήσουν τη νομιμότητά τους και να ενταχθούν σε μια νέα κοινωνία. Συχνά, έχουν να αντιμετωπίσουν το άγχος και την οικογενειακή φτώχεια. Κατά την άφιξή του, ένα παιδί πρόσφυγας θα πρέπει να εγκατασταθεί σε ένα νέο σχολείο ή κάποιο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο και να βρει μια ομάδα συνομήλικων να ενταχθεί. Τα νέα δεδομένα, συμπεριλαμβανομένης της ποιότητας υποδοχής και της υποστήριξης στη χώρα ασύλου, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες πρόβλεψης μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων στη ζωή του παιδιού και του εφήβου. Αυτή η περίοδος αναφέρεται όλο και περισσότερο ως

μια περίοδος «δευτερογενούς τραύματος» για να επισημάνει τα προβλήματα που έχουν οι πρόσφυγες να αντιμετωπίσουν. Δεν είναι όμως και λίγες οι φορές που τα παιδιά καλούνται να αναλάβουν πρόωρα ρόλους ενηλίκων, ώστε να μπορέσουν να προσαρμοστούν όσο καλύτερα γίνεται και να επιβιώσουν (Montgomery, 2008).

Η Terr (1991), περιέγραψε δύο βασικούς τύπους τραυματικών εμπειριών στα παιδιά:

- «Τραυματικές εμπειρίες τύπου Ι» που αναφέρονται σε παιδικό τραύμα και συνήθως χαρακτηρίζονται από μια ενιαία, ξαφνική και απροσδόκητη έκθεση σε έναν στρεσογόνο παράγοντα.
- «Τραυματικές εμπειρίες τύπου ΙΙ» στις οποίες τα τραύματα προκύπτουν από την παρατεταμένη και συνεχή έκθεση σε επανειλημμένους στρεσογόνους παράγοντες, όπως συχνά συμβαίνει στην ψυχολογική ή σεξουαλική κακοποίηση.

Το τραύμα, όπως ήδη αναφέρθηκε, μπορεί να έχει προκύψει είτε πριν τη μετανάστευση, (λόγω βίας, πολέμου, έλλειψη φαγητού, νερού και στέγης, απώλεια αγαπημένων προσώπων κλπ.) είτε κατά την διάρκεια (σωματικοί τραυματισμοί, κλοπές, υποσιτισμός, διαχωρισμός από οικογένεια, αβεβαιότητα για το μέλλον κλπ.) είτε μετά την άφιξη στη χώρα υποδοχής (περιορισμοί στη γλώσσα, διακρίσεις, απώλεια κοινωνικοοικονομικού στάτους, βία στη γειτονιά, απομόνωση, μπούλινγκ, ρατσισμός) (Beiser, Hou, Hyman & Tousignant, 2002). Οι Fawzi, και συν. (2009), σε έρευνά τους σχετικά με την διαταραχή μετά-τραυματικού στρες και κατάθλιψης ανάμεσα σε μαθητές μετανάστες, αναφέρουν πως οι εκτιμήσεις επιπολασμού της κατάθλιψης και του μετα-τραυματικού στρες ήταν 14,0% και 11,6% αντιστοίχως, ενώ το 7,9% εμφάνιζε διαταραχή μετά-τραυματικού στρες μαζί με κατάθλιψη. Οι παράγοντες που συσχετίστηκαν περισσότερο με την κατάθλιψη ήταν: ιστορικό θανάτου του πατέρα, δύσκολη προσαρμογή στο σχολείο, ανεπαρκείς επαφές με συνομηλίκους, ενώ για το μετα-τραυματικό στρες: ανησυχία για σωματική ασφάλεια, εντάσεις με τους γονείς, έλλειψη αισθήματος ασφάλειας στη νέα γειτονιά. Οι Fazel & Stein (2003) αναφέρουν επίσης ότι η μείωση της σχολικής επίδοσης μπορεί να αποτελέσει δείκτη κατάθλιψης στη νεολαία μεταναστών. Εναλλακτικά, οι ακαδημαϊκές δυσκολίες που οφείλονται σε γλωσσικά εμπόδια ή άλλα προβλήματα που σχετίζονται με την προσαρμογή μπορεί να επηρεάσουν την αίσθηση της αυτοεκτίμησης ενός

νέου ατόμου, συμβάλλοντας επίσης ενδεχομένως στην εμφάνιση καταθλιπτικών συμπτωμάτων.

Άλλες μελέτες παιδιών δείχνουν ότι ο επιπολασμός των συναισθηματικών και συμπεριφορικών διαταραχών είναι υψηλός, με τις συχνότερες διαγνωστικές κατηγορίες να είναι η μετα-τραυματική διαταραχή στρες (PTSD), το άγχος με διαταραχές ύπνου και η κατάθλιψη. Η επίπτωση αυτών των διαταραχών είναι δύσκολο να εκτιμηθεί, αλλά οι περισσότερες μελέτες έχουν βρει σημαντικά αυξημένα επίπεδα διαταραχών σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Τα παιδιά, ωστόσο, συχνά εμφανίζονται με ένα μείγμα συμπτωμάτων και δεν πληρούν απαραίτητα τα κριτήρια μιας μόνο διαγνωστικής κατηγορίας, με πιο σύνθετες το μείγμα μετατραυματικής και καταθλιπτικής συμπτωματολογίας (Montgomery, 2008). Πιο συγκεκριμένα, μπορεί να παρουσιάσουν διαταραχές συγκέντρωσης, απόσυρση, σοβαρές αντιδράσεις θλίψης και οδύνης, επιθετικότητα, μειωμένο ενδιαφέρον, υπερ-διέγερση, χαμηλή αυτοεκτίμηση, σοβαρά αισθήματα ενοχής, μοιρολατρική άποψη για το μέλλον, κατάχρηση ουσιών, βίαιη συμπεριφορά, αυτοκτονικές τάσεις, ψυχώσεις, παραβατική συμπεριφορά (Derluyn & Broekaert, 2008). Στην προσχολική ηλικία, μπορεί να εμφανιστούν και συμπεριφορές παλινδρόμησης.

Εκτός των άλλων, ιδιαίτερα δύσκολη είναι και η πρόσβαση των προσφύγων σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Επειδή τα παιδιά των προσφύγων αντιμετωπίζουν πρόσθετους φραγμούς στην περίθαλψη, οι ειδικοί υποπτεύονται ότι τα περισσότερα παιδιά πρόσφυγες που χρειάζονται υπηρεσίες ψυχικής υγείας δεν βρίσκουν το δρόμο τους στην αναζήτηση για βοήθεια (Geltman, Augustyn, Barnett, Klass, & Groves, 2000). Μία έρευνα σχετικά με τα προγράμματα υγείας των προσφύγων σε εννέα περιοχές στις ΗΠΑ διαπίστωσε ότι ενώ το 78% των χώρων προσέφεραν φροντίδα ψυχικής υγείας, μόνο το 33% των χώρων πραγματοποίησαν εξετάσεις ψυχικής υγείας (Vergara, Miller, Martin, & Cookson, 2003). Αυτό υποδηλώνει ότι οι πρόσφυγες με προβλήματα ψυχικής υγείας είναι απίθανο να εντοπιστούν και, ως εκ τούτου, είναι απίθανο να λάβουν θεραπεία. Συνολικά, τα ευρήματα αυτά υποδηλώνουν ότι απαιτούνται παρεμβάσεις που διευκολύνουν την πρόσβαση και τη συμμετοχή σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας για παιδιά πρόσφυγες.

Από την άλλη πλευρά βέβαια, υπάρχουν κάποιες έρευνες που δείχνουν ότι το ποσοστό των ψυχιατρικών διαταραχών μεταξύ των νέων προσφύγων δεν είναι υψηλότερο από αυτό των παιδιών που γεννήθηκαν στην πατρίδα τους (Beiser, 2005, Vollebergh, 2005). Στην πραγματικότητα, πολλοί πρόσφυγες νέοι καταφέρνουν να προσαρμοστούν εξαιρετικά

καλά κατά την άφιξή τους και κάποιοι άλλοι ξεπερνούν τους ομογενείς τους στην φιλοδοξία και τα ακαδημαϊκά επιτεύγματα. Άλλες μελέτες αποκαλύπτουν ότι πολλά παιδιά που αντιμετωπίζουν ιστορικό έκθεσης σε πόλεμο και πολιτική βία καταφέρνουν τελικά να έχουν σχετικά καλή ψυχική υγεία (Rousseau, Drapeau & Rahimi, 2003, Betancourt, & Khan, 2008). Αυτά τα ευρήματα μπορεί να οφείλονται είτε στην ψυχική ανθεκτικότητα που μπορεί να αναπτύσσουν κάποια παιδιά ή στις πολύ καλές συνθήκες που επικρατούν σε κάποιες χώρες φιλοξενίας και αυτό ευνοεί σημαντικά την ένταξή τους.

4.3 Δουλεύοντας με παιδιά που βιώνουν το τραύμα

Λόγω της μεγάλης άφιξης προσφυγικών πληθυσμών τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας έρχονται αντιμέτωποι με όλο και περισσότερους ανθρώπους με διαφορετικό πολιτισμικό υπόβαθρο. Σημαντικό είναι λοιπόν αρχικά να εκτιμηθούν και να κατανοηθούν οι πολιτισμικές διαφορές και ανάγκες προκειμένου να γίνει σωστή διάγνωση και να βρεθεί το κατάλληλο θεραπευτικό σχέδιο.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Γραφείο Ευρώπης) έχει προβεί, για την ικανοποίηση των αναγκών ψυχικής υγείας των μεταναστών, στις ακόλουθες συστάσεις προς τα κράτη μέλη:

- Οι μετανάστες δικαιούνται πλήρες φάσμα υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως απάντηση στις ανάγκες τους
- Οι μετανάστες δικαιούνται πρόσβασης στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας (διευκολύνοντας την με πχ. υπηρεσίες διαμεσολάβησης και διερμηνείας και κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό)
- Οι παρεχόμενες υπηρεσίες πρέπει να είναι ολοκληρωμένες και κατάλληλες για τις ανάγκες των μεταναστών (παρέμβαση σε διάφορα επίπεδα όπως παροχή τροφής και στέγης πριν από ή ταυτόχρονα με την έναρξη μιας κλινικής παρέμβασης)
- Αναγνωρίζεται η ανάγκη για σφαιρικές προσεγγίσεις
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να είναι ευαίσθητες και να ανταποκρίνονται στις πολιτισμικές ιδιαιτερότητες των μεταναστών (ανάπτυξη νέων πολιτισμικών μορφών

με το πέρασμα του χρόνου διαμέσου της ενεργητικής συμμετοχής της κάθε ξεχωριστής κουλτούρας των μεταναστών και την αποτροπή των στερεοτύπων)

- Προκειμένου να είναι σε θέση να συναντούν τις ανάγκες των μεταναστών είναι ουσιαστικής σημασίας οι υπηρεσίες να λειτουργούν συνεργατικά
- Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας πρέπει να ενθαρρύνουν την ενεργό συμμετοχή των μεταναστών στον ορισμό των αναγκών τους
- Πρέπει να αναπτυχθούν δίκτυα γνώσης και κατάρτισης για την ταυτοποίηση και τη διάχυση των καλών πρακτικών (Γκιωνάκης, 2009).

Με βάση τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε, εντοπίστηκαν πολλές μελέτες σχετικές με τον επιπολασμό του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες, σε επαγγελματίες που απασχολούνται με παιδιά που διατρέχουν κάποιο κίνδυνο. Συγκεκριμένα, οι Cornille & Meyers, (1999) μελέτησαν τον επιπολασμό και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες σε δείγμα εργαζομένων με παιδιά. Το 37% των ερωτηθέντων βρέθηκαν να αντιμετωπίζουν κλινικά συμπτώματα συναισθηματικής δυσφορίας. Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν και σε έρευνα των όπου διερεύνησαν τα επίπεδα κόπωσης εργαζομένων σε πλαίσια παιδικής μέριμνας (Eastwood & Ecklund, 2008). Άλλες έρευνες όπως των Conrad and Kellar-Guenther (2006) με δείγμα 363 εργαζομένων με παιδιά που χρειάζονταν προστασία, έγινε αντιληπτό ότι περίπου το 50% των εργαζομένων διέτρεχε υψηλό κίνδυνο. Παρατηρούμε επομένως ότι περίπου οι μισοί από τους συγκεκριμένους επαγγελματίες μπορούν να αναπτύξουν εργασιακό στρες. Ποσοστό ιδιαίτερος μεγάλο. Μια άλλη έρευνα από τους Ackelerey et al,(1998) εξέτασε το επίπεδο της εξουθένωσης σε δείγμα ψυχολόγων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περισσότερο από το ένα τρίτο των ψυχολόγων ανέφερε ότι βιώνει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης. Επίσης, 21% των ψυχολόγων ανέφερε ότι θα επέλεγε μια διαφορετική σταδιοδρομία εάν τους δίνονταν η ευκαιρία.

Σε άλλη έρευνα, οι Farber και Heifetz, ερεύνησαν την επικράτηση της εξουθένωσης στους γιατρούς που πρόσφεραν τις υπηρεσίες τους σε ασθενείς με ψυχικά και διανοητικά προβλήματα (Farber & Heifetz, 1982). Η έρευνά τους ανίχνευσε την παρουσία εξουθένωσης στο 71% των ψυχολόγων, στο 43% των ψυχιάτρων και στο 73% των κοινωνικών λειτουργών.

Συνοψίζοντας, τα παιδιά και οι έφηβοι πρόσφυγες, σε πολύ μεγάλο ποσοστό βιώνουν

μετατραυματικό στρες ή κάποια άλλη ψυχική διαταραχή. Μια πολύ σημαντική προσπάθεια, που περιλαμβάνει την ψυχοκοινωνική υποστήριξη αυτών των παιδιών, έχουν αναλάβει οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας οι οποίοι τις περισσότερες φορές έρχονται σε καθημερινή επαφή με αυτά τα παιδιά. Όπως όμως αναδείχθηκε μέσα από τη βιβλιογραφία η επαφή με ανήλικους που βιώνουν τόσο τραυματικά γεγονότα όπως αυτό ενός πολέμου, δημιουργεί συχνά συμπτώματα εξουθένωσης και στους επαγγελματίες που απασχολούνται με τέτοιες ομάδες. Αυτή είναι μια υπόθεση, την οποία προσπαθεί να αποδείξει και η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία. Με άλλα λόγια, στόχος της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί η εργασιακή εξουθένωση των ειδικών ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονται με νεαρούς πρόσφυγες, μια εξαιρετικά ευάλωτη ομάδα η οποία χρήζει ιδιαίτερης μεταχείρισης καθώς οι ψυχικές επιπτώσεις του ξεριζωμού αυτών των παιδιών, όπως αποδείχτηκε μέσα από τη βιβλιογραφία είναι τεράστιες, κάτι το οποίο δύναται να έχει επηρεάσει και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται μαζί τους.

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται με ανήλικους εκτίθενται καθημερινά σε πολλές στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες, οι οποίες σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες επιδρούν στην εκδήλωση συμπτωμάτων εργασιακής εξουθένωσης. Όπως ήδη αναφέρθηκε μέσα από τη βιβλιογραφία οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται με παιδιά που βιώνουν τραύμα είναι πιο πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα εργασιακής εξουθένωσης (Cornille & Meyers, 1999, Eastwood & Ecklund, 2008, Conrad & Kellar-Guenther, 2006, Farber & Heifetz, 1982). Επιπρόσθετα, μέσα από την προσωπική μου εμπειρία ως ψυχολόγος, εργαζόμενη σε δομή η οποία βοηθά στην ψυχοκοινωνική υποστήριξη προσφύγων ανηλίκων αλλά και των οικογενειών τους, διαπίστωσα ότι πολλοί συνάδελφοι καθημερινά ανέφεραν αυξημένα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης, τα οποία όπως δήλωναν οι ίδιοι είχαν να κάνουν σε μεγάλο βαθμό με τον πληθυσμό με τον οποίο απασχολούνταν. Η τεράστια αύξηση τους προσφυγικού πληθυσμού τα τελευταία χρόνια έχει οδηγήσει σε αυξημένες απαιτήσεις για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, χωρίς ωστόσο να έχουν διερευνηθεί οι καινούριες ανάγκες οι οποίες έχουν προκύψει. Παράλληλα, παρατηρούμε ότι υπάρχει τεράστιο κενό στη βιβλιογραφία σχετικά με τα αυξημένα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης, στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται με ανήλικους, πόσο μάλλον σε αυτούς που εργάζονται σε πλαίσια με ανήλικους πρόσφυγες. Για αυτό τον λόγο κρίθηκε σημαντική η υλοποίηση μιας έρευνας σχετικά με την ύπαρξη ή όχι εργασιακής εξουθένωσης σε τέτοιες δομές.

Ως εκ τούτου με την παρούσα ερευνητική μελέτη επιδιώκεται η εκτίμηση του επιπέδου της εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, οι οποίοι ανήκουν στις ειδικότητες των γιατρών, ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών, κοινωνιολόγων, κοινωνικών ανθρωπολόγων, που εργάζονται σε διαφορετικές δομές με ανήλικους πρόσφυγες ή και ανηλίκους οι οποίοι δεν ανήκουν στον προσφυγικό πληθυσμό και η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και διάφορων άλλων παραγόντων όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, παρούσα επαγγελματική κατάσταση, διάρκεια εργασίας).

Συγκεκριμένα, οι επιμέρους αντικειμενικοί στόχοι της παρούσας μελέτης είναι :

α) αν υπάρχει και σε τι ποσοστά επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες ψυχικής

υγείας που απασχολούνται με ανήλικους πρόσφυγες.

β) αν υπάρχει διαφορά στα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων ψυχικής υγείας που απασχολούνται με ανήλικους πρόσφυγες και σε αυτά με εργαζόμενους ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές ανηλίκων οι οποίες δεν εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο προσφυγικό πληθυσμό.

γ) η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ανηλίκων με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο του επαγγελματία. Συγκεκριμένα:

1. Η σχέση του φύλου του επαγγελματία υγείας με την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.
2. Η σχέση της ηλικίας του επαγγελματία υγείας με την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.
3. Η σχέση της οικογενειακής κατάστασης του εργαζομένου με την επαγγελματική εξουθένωση.
4. Η σχέση του μορφωτικού επιπέδου του επαγγελματία υγείας με την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.
5. Η σχέση της μονάδας υγείας που υπηρετεί ο επαγγελματίας υγείας με την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.
6. Η σχέση των ετών υπηρεσίας και του τύπου θέσης εργασίας του εργαζομένου με την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.
7. Και τέλος, η σχέση των ωρών απασχόλησης του εργαζομένου με την εμφάνιση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι ερευνητικές υποθέσεις είναι οι ακόλουθες:

1) Τα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης είναι αυξημένα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με ανήλικους πρόσφυγες σε σχέση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές οι οποίες δεν εξυπηρετούν κατά βάση προσφυγικό πληθυσμό.

Ως τώρα δεν έχει γίνει κάποια συγκριτική μελέτη αυτών των δυο κατηγοριών επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

2) Οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο του επαγγελματία) επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Όσον αφορά τους κοινωνικό - δημογραφικούς παράγοντες, όπως φάνηκε και από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση τα αποτελέσματα είναι αντικρουόμενα, αυτό που επιδιώκεται μέσα από τη συγκεκριμένη μελέτη είναι η διερεύνηση τέτοιων συσχετίσεων στο ελληνικό πλαίσιο.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 117 εργαζόμενοι ψυχικής υγείας που απασχολούνταν με ανήλικους (ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνικοί ανθρωπολόγοι, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές). Συγκεκριμένα στην έρευνα συμμετείχαν δύο ομάδες εργαζόμενων

- Α) 56 εργαζόμενοι που εργάζονται με ανήλικους πρόσφυγες και τις οικογένειές τους. Ειδικότερα το δείγμα αποτελούνταν από εργαζόμενους από τη ΜΚΟ Praksis.
- Β) 61 εργαζόμενοι που δεν εργάζονται κατά κύριο λόγο με ανήλικους πρόσφυγες. Συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελούνταν από:
 - 37 επαγγελματίες ψυχικής υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Παίδων “Αγία Σοφία”.
 - 6 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από το Κέντρο Παιδοψυχικής Υγιεινής
 - 10 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής (Κ.Κ.Π.Π.Α.)
 - 8 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από το Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ

Η μέθοδος είναι μη παρεμβατική και η μελέτη συγχρονική. Ο τόπος διεξαγωγής της έρευνας ήταν το γεωγραφικό διαμέρισμα της Αττικής και η χρονική περίοδος συλλογής των δεδομένων από τον Σεπτέμβριο του 2018 έως και τον Απρίλιο του 2019. Στα πλαίσια της έρευνας συντάχθηκε ερευνητικό πρωτόκολλο της μελέτης με το σκοπό, τη μεθοδολογία και τα πιθανά οφέλη της έρευνας, το οποίο κατατέθηκε στην επιστημονική επιτροπή της εκάστοτε δομής προκειμένου να υπάρξει έγκριση για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων στο προσωπικό. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε όλες τις προαναφερθείσες δομές και συμπληρώθηκαν από όσους εργαζόμενους επιθυμούσαν να λάβουν μέρος στη μελέτη. Οι εργαζόμενοι ενημερώθηκαν για την ανωνυμία της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων. Η ερευνήτρια επεσήμανε ότι θα τηρηθεί απόλυτη εχεμύθεια και τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για καθαρά επιστημονικούς σκοπούς. Αρχικά δόθηκαν 130 ερωτηματολόγια και επιστράφηκαν τα 117 (ποσοστό απαντητικότητας: 90%). Οι εργαζόμενοι συμπλήρωναν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια, τα οποία ήταν ανώνυμα και τα

επέστρεφαν μετά από μερικές μέρες στην ερευνήτρια ή σε κάποιες περιπτώσεις επιστρέφονταν αυθημερόν.

Επιπρόσθετα, στους συμμετέχοντες δόθηκε ένα έντυπο ενημερωμένης συγκατάθεσης συμμετοχής στην έρευνα (βλέπε IV ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) στο οποίο αναφέρθηκε συνοπτικά ο σκοπός της έρευνας, η διαδικασία διασφάλισης του απορρήτου των πληροφοριών, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους οι συμμετέχοντες μπορούν να επικοινωνήσουν μαζί μας, σε περίπτωση που χρειάζονταν περαιτέρω διευκρινήσεις.

Τέλος, για τη χορήγηση των ερωτηματολογίων κατατέθηκαν στις εκάστοτε δομές επιστολές, με το σκοπό, τη μεθοδολογία και τα πιθανά οφέλη της έρευνας, ώστε να γίνει δεκτό το αίτημα.

ΜΕΣΑ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

- *Ερωτηματολόγιο Maslach Burnout Inventory (MBI)*, Maslach Burnout Inventory, MBI- Maslach & Jackson, 1986, μεταφρασμένο και σταθμισμένο στην ελληνική γλώσσα, το οποίο και αποτελείται από 22 ερωτήματα, τα οποία μετρούν τα τρία δομικά στοιχεία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης που υποδηλώνει το βαθμό στον οποίο το άτομο νιώθει συναισθηματικά φορτισμένο και εξουθενωμένο από την εργασία του και περιλαμβάνει εννέα ερωτήματα, τη διάσταση της αποπροσωποποίησης, όπου δείχνει τη στάση των επαγγελματιών απέναντι στους ασθενείς τους, η οποία περιλαμβάνει πέντε ερωτήματα και τέλος τη διάσταση της μειωμένης προσωπικής επίτευξης που καταγράφει τα αισθήματα μειωμένης αποτελεσματικότητας και επίδοσης του εργαζομένου σε σχέση με τα προσδοκώμενα από τον εαυτό του που περιλαμβάνει επτά ερωτήματα, η οποία περιλαμβάνει οχτώ ερωτήματα. Ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha ήταν 0.89 για την "Συναισθηματική Εξουθένωση", 0.85 για την "Αποπροσωποποίηση" και 0.86 για την "Προσωπική Επίτευξη". Το γεγονός αυτό υποδεικνύει πολύ καλή αξιοπιστία και στις 3 διαστάσεις, κάτι το οποίο επιβεβαιώνουν πολλές μελέτες οι οποίες έχουν χρησιμοποιήσει το ίδιο ερωτηματολόγιο για την μελέτη της εργασιακής εξουθένωσης (Schaufeli & Janczur, 1994, Lazaridou, Agakidou, Diamanti & Agakidis, 2011, Schaufeli, Bakker, Hoogduin, Schaar & Kladler, 2001). Τέλος, το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για χρήση σε ελληνικό πληθυσμό. Τα κριτήρια για την επιλογή του συγκεκριμένου εργαλείου είναι ότι είναι αξιόπιστο, έγκυρο και

εύκολο στη χρήση του και στην αναζήτηση της βιβλιογραφίας χρησιμοποιήθηκε από πολλές μελέτες.

- *Ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών στοιχείων* στο οποίο συμπληρώθηκαν τα κοινωνικά και δημογραφικά στοιχεία του δείγματος. Η συγκεκριμένη φόρμα περιλάμβανε στοιχεία όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο του επαγγελματία. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο γενικών δημογραφικών πληροφοριών κατασκευάστηκε για τους σκοπούς της παρούσας έρευνας, σύμφωνα με τα στοιχεία που αναφέρθηκαν στην βιβλιογραφία.

ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Προκειμένου να μελετηθούν οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκαν οι 22 ερωτήσεις από το συνολικό ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης και για τη δημιουργία των αντίστοιχων βαθμολογιών στις 3 διαστάσεις του συγκεκριμένου Ερωτηματολογίου. Το άθροισμα των 9 πρώτων ερωτήσεων αποτελεί τη διάσταση της "Συναισθηματική Εξουθένωσης", των επόμενων 5, τη διάσταση της "Αποπροσωποποίησης" και τέλος, οι 8 τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αποτελούν τη διάσταση της "Προσωπικής Επίτευξης". Βαθμολογία μεγαλύτερη του 27 και του 10 θεωρείται ενδεικτικά για υψηλή "Συναισθηματική Εξουθένωση" και "Αποπροσωποποίηση", αντίστοιχα, ενώ βαθμολογία μικρότερη του 33 θεωρείται ενδεικτική για ισχυρό αίσθημα χαμηλής "Προσωπικής Επίτευξης". Υψηλή βαθμολογία "Συναισθηματικής Εξουθένωσης" και "Αποπροσωποποίησης" και χαμηλή βαθμολογίας "Προσωπικής Επίτευξης" συνδέεται με επαγγελματική εξουθένωση. Για τον έλεγχο της αξιοπιστίας των βαθμολογιών κάθε διάστασης υπολογίστηκε ο δείκτης αξιοπιστίας Cronbach's Alpha.

Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε σε 2 στάδια. Αρχικά μελετήθηκε η επίδραση κάθε μιας μεταβλητής ξεχωριστά στην επαγγελματική εξουθένωση (μονοπαραγοντική ανάλυση). Για τη διερεύνηση συσχετίσεων των βαθμολογιών κάθε μιας από τις 3 ενότητες του Ερωτηματολογίου με κατηγορικές μεταβλητές με 2 ή περισσότερες κατηγορίες χρησιμοποιήθηκαν οι δοκιμασίες t-test και One Way ANOVA, αντίστοιχα, στις περιπτώσεις που δεν παραβιαζόταν η υπόθεση της κανονικότητας της κατανομής του σκορ σε κάθε

κατηγορία. Εναλλακτικά χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney και Kruscal-Wallis, για 2 ή περισσότερα ανεξάρτητα δείγματα, αντίστοιχα. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με τη δοκιμασία Kolmogorov-Smirnov. Πιθανή συσχέτιση με ποσοτικές μεταβλητές διερευνήθηκε με μοντέλα γραμμικής παλινδρόμησης. Συσχέτιση μεταξύ κατηγορικών μεταβλητών διερευνήθηκε με τη δοκιμασία χ^2 .

Με χρήση μοντέλων γραμμικής παλινδρόμησης διερευνήθηκε σε δεύτερο στάδιο η συσχέτιση με όλες τις μεταβλητές ταυτόχρονα, με τις οποίες είχε βρεθεί στατιστικά σημαντική σχέση στη μονοπαραγοντική ανάλυση (πολυπαραγοντική ανάλυση). Με τον τρόπο αυτό εκτιμάται η επίδραση κάθε μεταβλητής, έχοντας συνεκτιμήσει ταυτόχρονα τις επιδράσεις όλων των υπολοίπων μεταβλητών, στην έκβαση που μελετάμε.

Όλοι οι έλεγχοι που πραγματοποιήθηκαν ήταν αμφίπλευροι και το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ήταν $\alpha=5\%$ ($p\text{-value}<0.05$ υποδεικνύει στατιστικά σημαντική συσχέτιση/διαφορά).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

117 άτομα μέσης ηλικίας 37.6 ετών συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο. Το 86.3% των ερωτηθέντων ήταν γυναίκες ενώ το 13,7% ήταν άνδρες, το 47.9% δούλευε σε ΜΚΟ και απασχολούνταν με προσφυγικό πληθυσμό ενώ το 52,1%, σε κάποια δομή που δεν απασχολούνταν κατά βάση με προσφυγικό πληθυσμό, το 49.1% είχαν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών και το 62.2% ήταν συμβασιούχοι. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν ψυχολόγοι (30.2%) και κοινωνικοί λειτουργοί (24.1%). Αναλυτικά τα ποιοτικά χαρακτηριστικά του δείγματος περιγράφονται στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1. Απόλυτη (N) και σχετική συχνότητα (ποσοστό, %) ανά κατηγορία για τις ποιοτικές μεταβλητές του δείγματος.

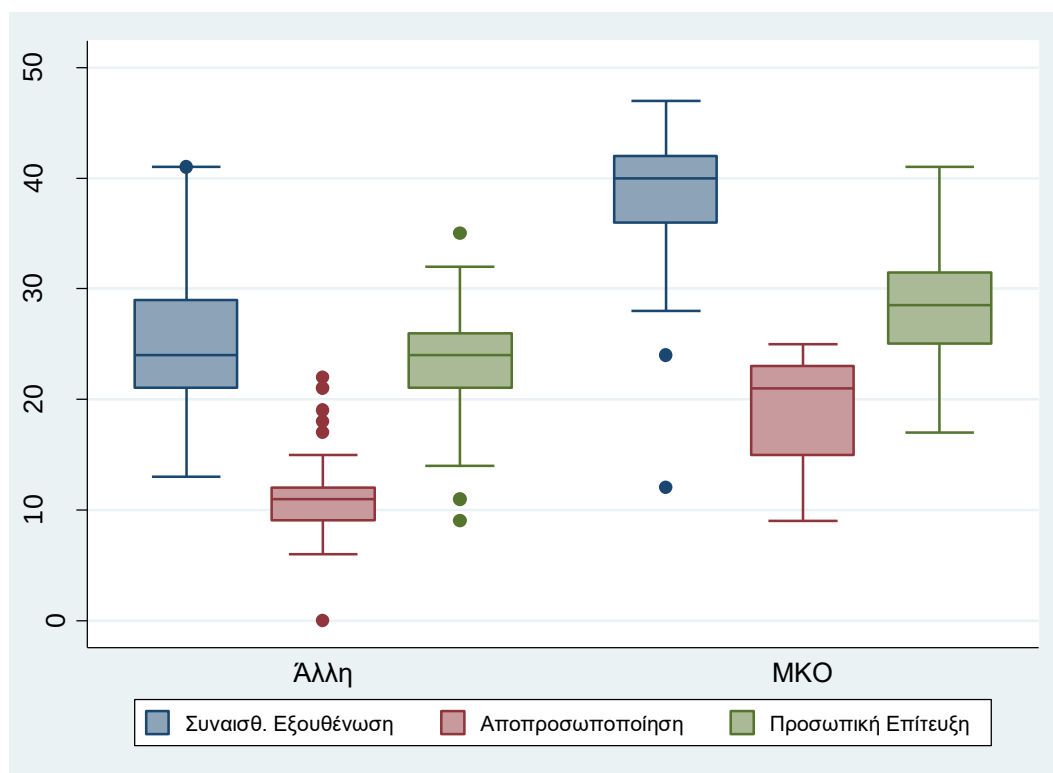
	N (%)
Φύλο	
Ανδρας	16 (13.7)
Γυναίκα	101 (86.3)
Σύνολο	117 (100.0)
Οικογενειακή Κατάσταση	
Άγαμος	67 (57.3)
Έγγαμος	39 (33.3)
Διαζευγμένος	3 (2.6)
Χήρος/α	1 (0.9)
Σε διάσταση	1 (0.9)
Συμβίωση	6 (5.1)
Σύνολο	117 (100.0)
Έχετε Παιδιά	
Ναι	39 (33.9)
Όχι	76 (66.1)
Σύνολο	115 (100.0)

Εκπαίδευση	
TEI	34 (29.3)
ΑΕΙ	25 (21.6)
Μάστερ	57 (49.1)
Σύνολο	116 (100.0)
Παρούσα εργασιακή κατάσταση	
Ψυχίατρος	10 (8.6)
Ψυχολόγος	35 (30.2)
Κοινωνικός λειτουργός	28 (24.1)
Κοινωνιολόγος	11 (9.5)
Εργοθεραπευτής	8 (6.9)
Λογοθεραπευτής	8 (6.9)
Ειδικός παιδαγωγός	5 (4.3)
Αναπτυξιολόγος	1 (0.9)
Φυσιοθεραπευτής	1 (0.9)
Επισκέπτης υγείας	2 (1.7)
Νοσηλεύτης	2 (1.7)
Πολιτικός επιστήμονας	1 (0.9)
Κοινωνικός επιστήμονας	4 (3.4)
Σύνολο	116 (100.0)
Τύπος εργασίας	
Μόνιμο προσωπικό	38 (34.2)
Συμβασιούχος	69 (62.2)
Εθελοντικά	2 (1.8)
Άλλο	2 (1.8)
Σύνολο	111 (100.0)
Υπηρεσία	

ΜΚΟ (εργασία με ανήλικους πρόσφυγες)	56 (47.9)
Άλλη (εργασία κατά βάση ανήλικους που δεν ανήκουν στον προσφυγικό πληθυσμό)	61 (52.1)
Σύνολο	117 (100.0)

Στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν τη διάσταση της "Συναισθηματικής Εξουθένωσης" η μέση βαθμολογία κυμάνθηκε από 2.2 (περίπου «μια φορά το μήνα») έως 4.9 (περίπου «μερικές φορές την εβδομάδα»). Η μέση βαθμολογία συνολικά στη διάσταση της "Συναισθηματικής Εξουθένωσης" ήταν 31.5, ενδεικτική υψηλής συναισθηματικής εξουθένωσης. Στη διάσταση της "Αποπροσωποποίησης" η βαθμολογία κυμάνθηκε από 2.3 έως 3.9 (δηλαδή περίπου από «μια φορά το μήνα» έως «μια φορά την εβδομάδα»). Η μέση βαθμολογία συνολικά στη διάσταση ήταν 14.8, που θεωρείται υψηλή. Τέλος, στις 8 τελευταίες ερωτήσεις της διάστασης της "Προσωπικής Επίτευξης", η μέση βαθμολογία κυμάνθηκε από 1.8 έως 4.7 (δηλαδή περίπου από «μια φορά το μήνα» έως «μερικές φορές την εβδομάδα»). Η μέση βαθμολογία συνολικά σε αυτή την υποκλίμακα, ήταν 25.7, η οποία δείχνει ισχυρό αίσθημα χαμηλής "Προσωπικής Επίτευξης", κάτι που σημαίνει αυξημένη εργασιακή εξουθένωση. Συνοψίζοντας, οι μέσες βαθμολογίες και για τις 3 επιμέρους διαστάσεις ήταν στην κατεύθυνση υψηλής επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 2).

Γράφημα 11. Θηκόγραμμα (Box-plot) της κατανομής του σκορ στις 3 ενότητες του ερωτηματολογίου MBI ανά υπηρεσία.



Η μέση βαθμολογία στα 22 επιμέρους ερωτήματα ήταν στην πλειοψηφία τους υψηλότερη στα άτομα που εργάζονταν με προσφυγικό πληθυσμό σε σχέση αυτούς που δεν εργάζονταν με προσφυγικό πληθυσμό (Πίνακας 2). Κατά αντιστοιχία η συνολική μέση βαθμολογία και στις 3 διαστάσεις ήταν στατιστικά σημαντικά υψηλότερη για τα άτομα που εργάζονταν με προσφυγικό πληθυσμό. Συγκεκριμένα στη "Συναισθηματική Εξουθένωση" η μέση βαθμολογία για τα άτομα που εργάζονταν σε ΜΚΟ με προσφυγικό πληθυσμό, ήταν 38.3 σε σχέση με τους εργαζόμενους σε άλλες υπηρεσίες που είχαν μέσο σκορ 25.2 ($p\text{-value} < 0.001$), κάτι που υποδεικνύει υψηλότερη συναισθηματική εξουθένωση για τους εργαζόμενους με προσφυγικό πληθυσμό. Στην "Αποπροσωποποίηση" οι εργαζόμενοι με προσφυγικό πληθυσμό είχαν μέση βαθμολογία 19.1 έναντι 11.0 των εργαζομένων σε άλλες υπηρεσίες ($p\text{-value} < 0.001$), δηλαδή οι εργαζόμενοι με προσφυγικό πληθυσμό είχαν εντονότερο αίσθημα αποπροσωποποίησης. Τέλος, οι εργαζόμενοι με προσφυγικό πληθυσμό είχαν μέση βαθμολογία στη διάσταση της "Προσωπικής Επίτευξης" 28.3 έναντι 23.3 ($p\text{-value} < 0.001$) που δείχνει ότι είχαν χαμηλό μεν αίσθημα προσωπικής επίτευξης αλλά υψηλότερο σε σχέση με εργαζόμενους σε άλλες υπηρεσίες.

Πίνακας 2. Μέση τιμή (Mean) και τυπική απόκλιση (SD) ανά υπηρεσία και συνολικά για την ηλικία, τις 22 ερωτήσεις του Ερωτηματολογίου MBI και το σκορ στις 3 ενότητες επαγγελματικής εξουθένωσης.

		Υπηρεσία		
	MKO	Άλλη	Σύνολο	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value
Ηλικία	30.5 (4.0)	44.0 (10.2)	37.6 (10.4)	<0.001
Έτη εργασίας	2.5 (0.3)	12.3 (11.0)	7.6 (9.3)	<0.001
MBI				
E1	4.6 (1.4)	2.1 (1.6)	3.3 (2.0)	
E2	4.3 (1.5)	1.5 (1.6)	2.9 (2.1)	
E3	5.0 (1.4)	2.3 (1.5)	3.6 (2.0)	
E4	4.6 (1.3)	5.1 (1.1)	4.9 (1.2)	
E5	3.4 (1.7)	1.2 (1.3)	2.3 (1.9)	
E6	3.3 (2.0)	1.1 (1.4)	2.2 (2.0)	
E7	4.3 (1.1)	4.9 (1.3)	4.6 (1.2)	
E8	4.7 (1.4)	1.8 (1.5)	3.2 (2.0)	
E9	4.1 (1.5)	5.1 (1.1)	4.6 (1.4)	
Συναισθ. Εξουθένωση	38.3 (6.2)	25.2 (6.1)	31.5 (8.9)	<0.001
E10	4.0 (1.9)	0.9 (1.5)	2.4 (2.3)	
E11	3.8 (1.8)	0.9 (1.3)	2.3 (2.1)	
E12	2.4 (1.5)	4.3 (1.4)	3.4 (1.7)	
E13	4.1 (1.5)	1.6 (1.6)	2.8 (2.0)	
E14	4.7 (1.3)	3.2 (2.0)	3.9 (1.8)	
Αποπροσωποποίηση	19.1 (4.8)	11.0 (4.0)	14.8 (6.0)	<0.001
E15	2.8 (1.7)	0.9 (1.4)	1.8 (1.9)	
E16	3.6 (1.9)	1.6 (1.8)	2.6 (2.1)	

E17	4.3 (1.3)	5.1 (1.3)	4.7 (1.3)	
E18	2.4 (1.6)	4.3 (1.4)	3.4 (1.8)	
E19	3.9 (1.6)	4.5 (1.5)	4.2 (1.6)	
E20	4.4 (1.8)	1.5 (1.4)	2.9 (2.2)	
E21	3.5 (1.7)	4.6 (1.3)	4.1 (1.6)	
E22	3.4 (1.8)	0.9 (1.0)	2.1 (2.0)	
Προσωπική Επίτευξη	28.3 (4.7)	23.3 (4.6)	25.7 (5.3)	<0.001

Στον Πίνακα 3 παρουσιάζεται η σύγκριση στις 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και τύπο εργασίας. Δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη βαθμολογία στις 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης ανά φύλο και εκπαίδευση. Στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες και στις 3 διαστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης είχαν οι **άγαμοι** σε σχέση με τους έγγαμους και αυτοί που **δεν είχαν παιδιά**. Υψηλότερες βαθμολογίες και στις 3 διαστάσεις είχαν επίσης οι **συμβασιούχοι** σε σχέση με το μόνιμο προσωπικό.

Στατιστικά σημαντική **αρνητική συσχέτιση** παρατηρήθηκε στις διαστάσεις της εργασιακής εξουθένωσης σε σχέση με την ηλικία. Συγκεκριμένα ο συντελεστής συσχέτισης Pearson μεταξύ ηλικίας και α) του σκορ "Συναισθηματικής Εξουθένωσης" ήταν $r = -0.51$ ($p\text{-value} < 0.001$) β) του σκορ "Αποπροσωποποίησης" ήταν $r = -0.51$ ($p\text{-value} < 0.001$) και γ) του σκορ "Προσωπικής Επίτευξης" ήταν $r = -0.33$ ($p\text{-value} < 0.001$). Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, **αύξηση της ηλικίας συνδέεται με στατιστικά σημαντική μείωση των βαθμολογιών στις τρεις διαστάσεις**. Δηλαδή, αύξηση της ηλικίας συνεπάγεται μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε και στα 3 σκορ με τα **έτη υπηρεσίας**. Συγκεκριμένα ο συντελεστής συσχέτισης Spearman μεταξύ ετών υπηρεσίας και α) του σκορ "Συναισθηματικής Εξουθένωσης" ήταν $r = -0.44$ ($p\text{-value} < 0.001$) β) του σκορ "Αποπροσωποποίησης" ήταν $r = -0.48$ ($p\text{-value} < 0.001$) και γ) του σκορ "Προσωπικής Επίτευξης" ήταν $r = -0.31$ ($p\text{-value} = 0.001$). Σύμφωνα με αυτά τα αποτελέσματα, **αύξηση της επαγγελματικής εμπειρίας συνδέεται με στατιστικά σημαντική μείωση βαθμολογιών**. Δηλαδή, αύξηση της εργασιακής εμπειρίας συνεπάγεται μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Πίνακας 3. Μέση τιμή και τυπική απόκλιση των τριών επιμέρους σκορ επαγγελματικής εξουθένωσης και το σχετικό p-value της σύγκρισης.

Φύλο	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value
Συναισθ. Εξουθένωση	33.8 (7.1)	31.1 (9.2)	0.278
Αποπροσωποποίηση	15.6 (5.8)	14.7 (6.0)	0.577
Προσωπική Επίτευξη	27.5 (5.7)	25.4 (5.2)	0.145

Εχετε Παιδιά	Ναι	Όχι	
	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value
Συναισθ. Εξουθένωση	27.1 (7.6)	33.7 (8.9)	<0.001
Αποπροσωποποίηση	11.3 (4.9)	16.6 (5.7)	<0.001
Προσωπική Επίτευξη	23.9 (5.4)	26.6 (5.0)	0.009

Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	Έγγαμος - συμβίωση	Διαζευγμένος - χήρος - σε διάσταση	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value
Συναισθ. Εξουθένωση	33.7 (9.0)	28.0 (7.8)	32.8 (8.7)	0.003
Αποπροσωποποίηση -ση	16.4 (5.6)	12.5 (6.0)	15.4 (4.8)	0.001
Προσωπική Επίτευξη	26.7 (5.3)	24.3 (5.1)	24.8 (3.7)	0.046

Εκπαίδευση	TEI	AEI	Μάστερ	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value
Συναισθ. Εξουθένωση	31.1 (8.3)	34.3 (9.5)	30.7 (8.9)	0.222
Αποπροσωποποίη ση	15.1 (5.3)	15.9 (7.0)	14.4 (5.9)	0.536
Προσωπική Επίτευξη	24.6 (6.1)	25.7 (5.6)	26.4 (4.6)	0.282

Τύπος εργασίας	Μόνιμοι	Συμβασιούχοι	Εθελοντές - Άλλο	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	p-value
Συναισθ. Εξουθένωση	25.3 (6.7)	35.6 (8.3)	27.5 (1.3)	<0.001
Αποπροσωποποίη ση	10.7 (4.2)	17.5 (5.5)	12.0 (6.6)	<0.001
Προσωπική Επίτευξη	23.2 (5.5)	27.3 (4.9)	25.8 (2.1)	0.001

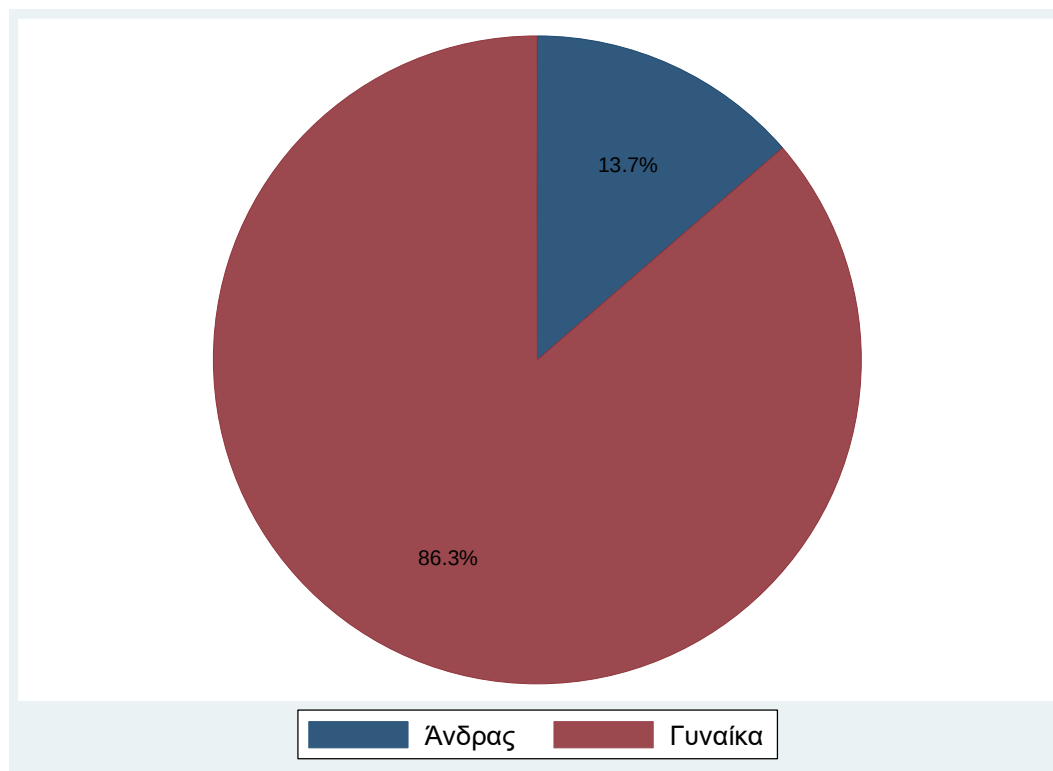
Στη συνέχεια διερευνήθηκαν τα αποτελέσματα από την μονοπαραγοντική ανάλυση για πιθανή ύπαρξη συγχυτικού παράγοντα. Αρχικά διερευνήθηκε πιθανή συσχέτιση κάθε ενός με την υπηρεσία στην οποία απασχολείται (Πίνακας 4). Διαπιστώθηκε ότι οι εργαζόμενοι με προσφυγικό πληθυσμό είναι στην πλειοψηφία άγαμοι (80.4%), συμβασιούχοι (100.0%) και δεν έχουν παιδιά (89.3%). Είναι επίσης άτομα μικρότερης ηλικίας και με μικρότερη επαγγελματική εμπειρία (Πίνακας 1). Στα μοντέλα παλινδρόμησης στα οποία εξαρτημένη μεταβλητή ήταν η βαθμολογία κάθε υποκλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης (ένα κάθε φορά) και ανεξάρτητες όλες όσες ήταν στατιστικά σημαντικές στην μονοπαραγοντική ανάλυση (υπηρεσία, ηλικία, παιδιά, οικογενειακή κατάσταση, τύπος εργασίας, επαγγελματική εμπειρία) η μοναδική μεταβλητή που παρέμεινε στατιστικά

σημαντική ήταν η **"υπηρεσία εργασίας"** (το αν απασχολούνται δηλαδή οι εργαζόμενοι με προσφυγικό πληθυσμό ή όχι): **"Συναισθηματική Εξουθένωση"** $p\text{-value}<0.001$, **"Αποπροσωποποίηση"** $p\text{-value}<0.001$, **"Προσωπική Επίτευξη"** $p\text{-value}=0,002$. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τους παράγοντες αυτούς είναι **πλασματική** και στην πραγματικότητα τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά **"αντανακλούν"** τη μεταβλητή **"υπηρεσία"**. Συνεπώς η συγκεκριμένη μεταβλητή είχε συγχυτική δράση και η μεταβλητή υπηρεσία (δηλαδή το αν εργάζονται με προσφυγικό πληθυσμό ή όχι) είναι ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας όσον αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, όπως εκφράζεται από τις βαθμολογίες στις 3 επιμέρους υποκλίμακες.

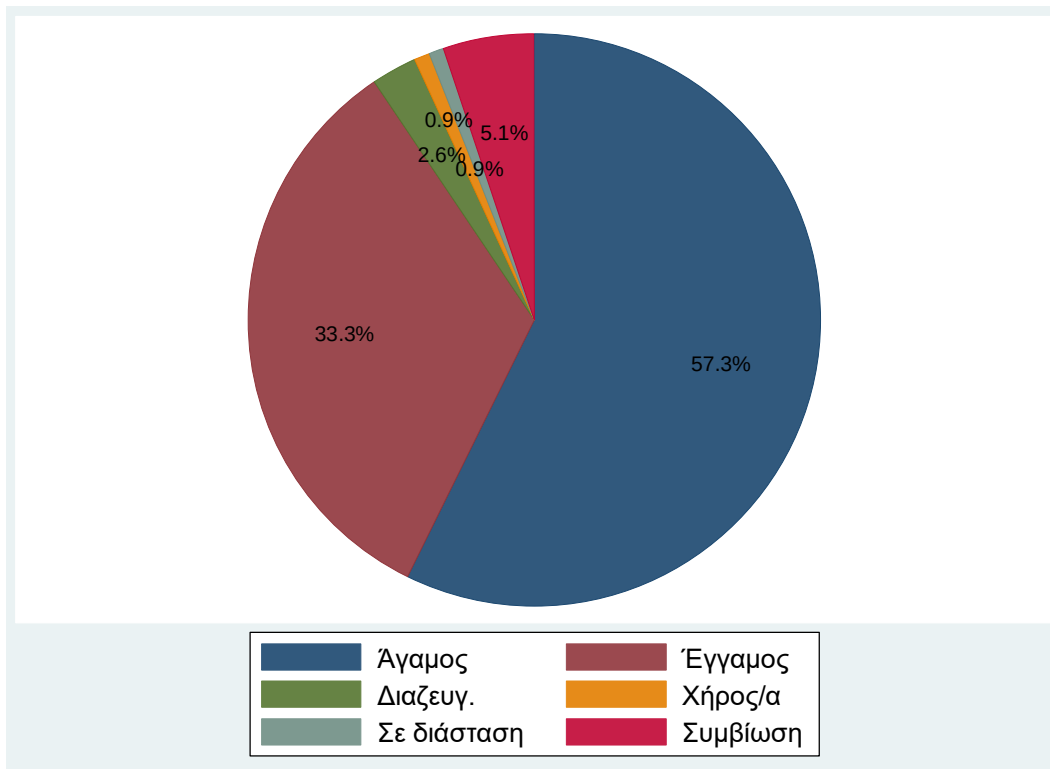
Πίνακας 4. Απόλυτες συχνότητες (N) και ποσοστά (%) ανά κατηγορία και διερεύνηση συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών.

		Υπηρεσία		
	ΜΚΟ	Άλλη	Σύνολο	
	N (%)	N (%)	N (%)	p-value
Οικογενειακή κατάσταση				<0.001
Άγαμος	45 (80.4)	22 (36.1)	67 (57.3)	
Έγγαμος - συμβίωση	10 (17.9)	35 (57.4)	45 (38.5)	
Διαζευγμένος - χήρος - σε διάσταση	1 (1.8)	4 (6.6)	5 (4.3)	
Τύπος εργασίας				<0.001
Μόνιμοι	0 (0.0)	38 (69.1)	38 (34.2)	
Συμβασιούχοι	56 (100.0)	13 (23.6)	69 (62.2)	
Εθελοντές - άλλο	0 (0.0)	4 (7.3)	4 (3.6)	
Έχετε Παιδιά				<0.001
Ναι	6 (10.7)	33 (55.9)	39 (33.9)	
Όχι	50 (89.3)	26 (44.1)	76 (66.1)	

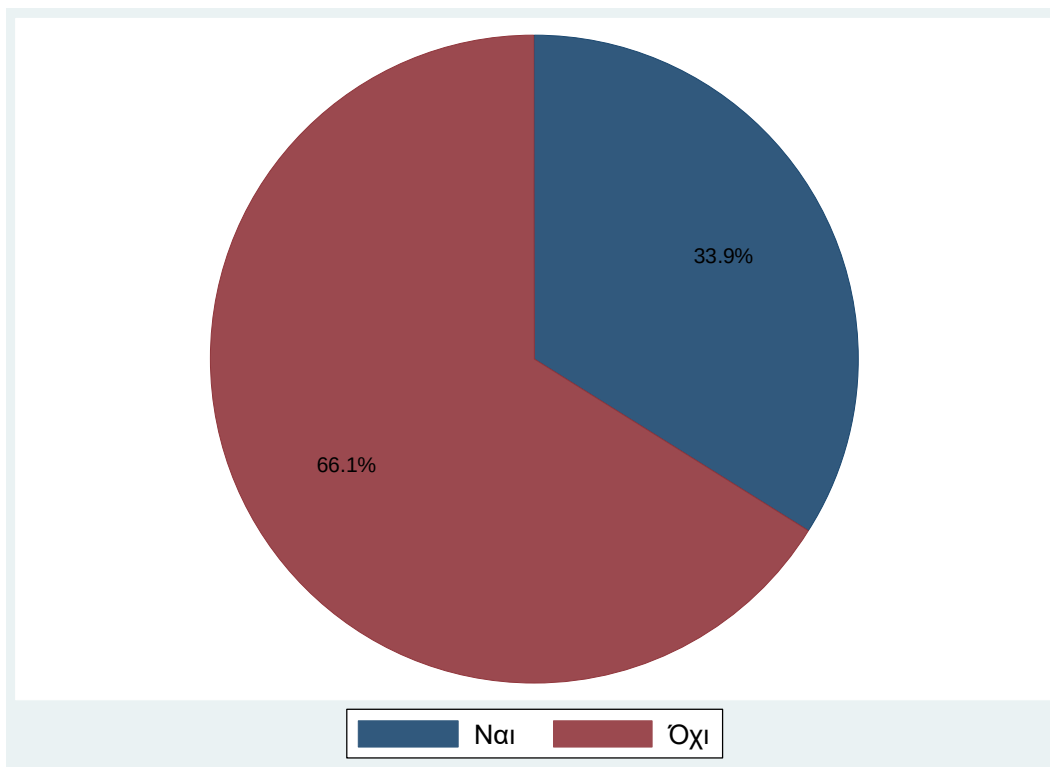
Γράφημα 1. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων του φύλου των συμμετεχόντων



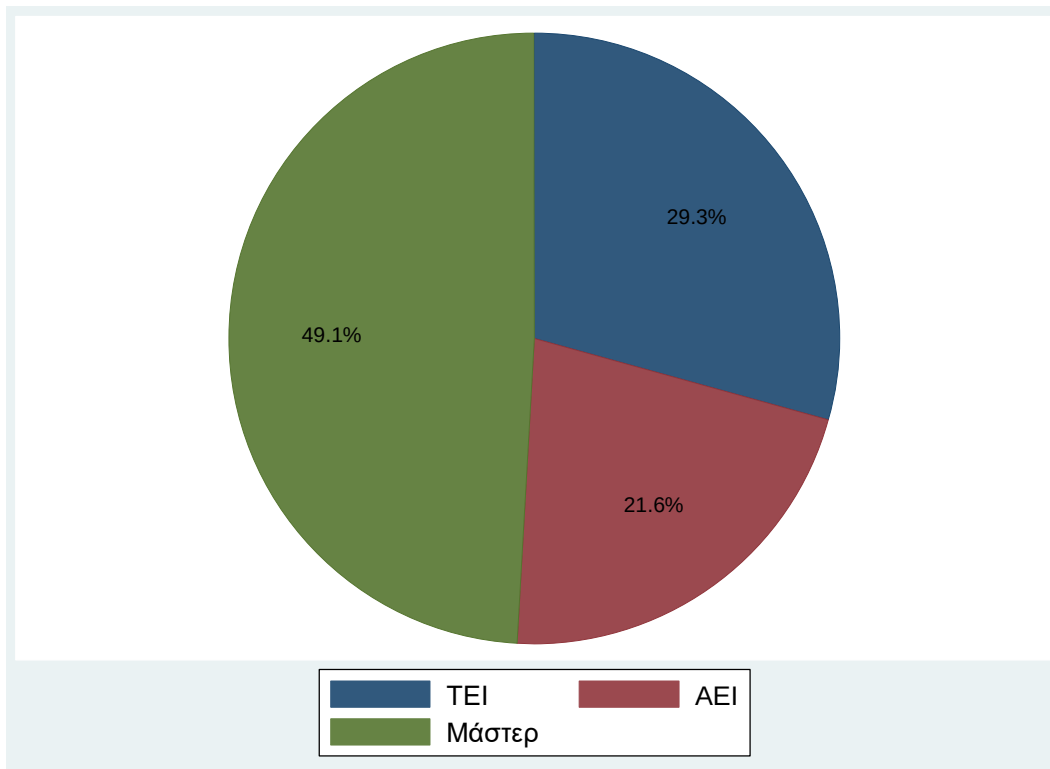
Γράφημα 2. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων της οικογενειακής κατάστασης των συμμετεχόντων



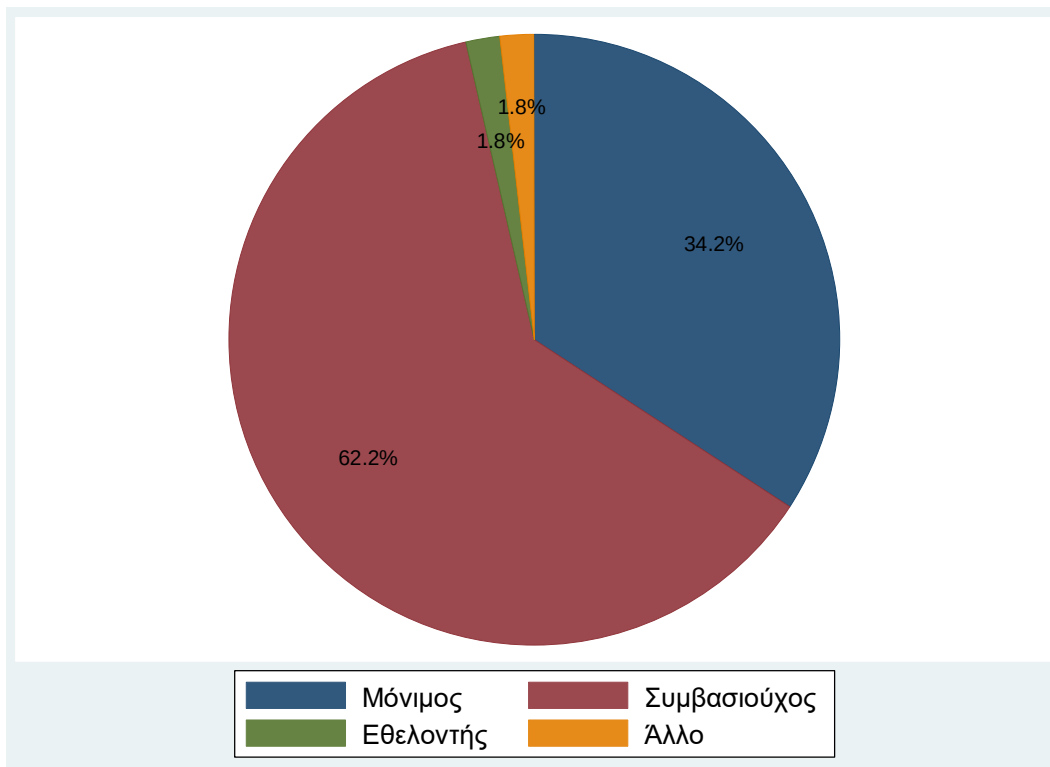
Γράφημα 3. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνοτήτων ύπαρξης παιδιών των συμμετεχόντων



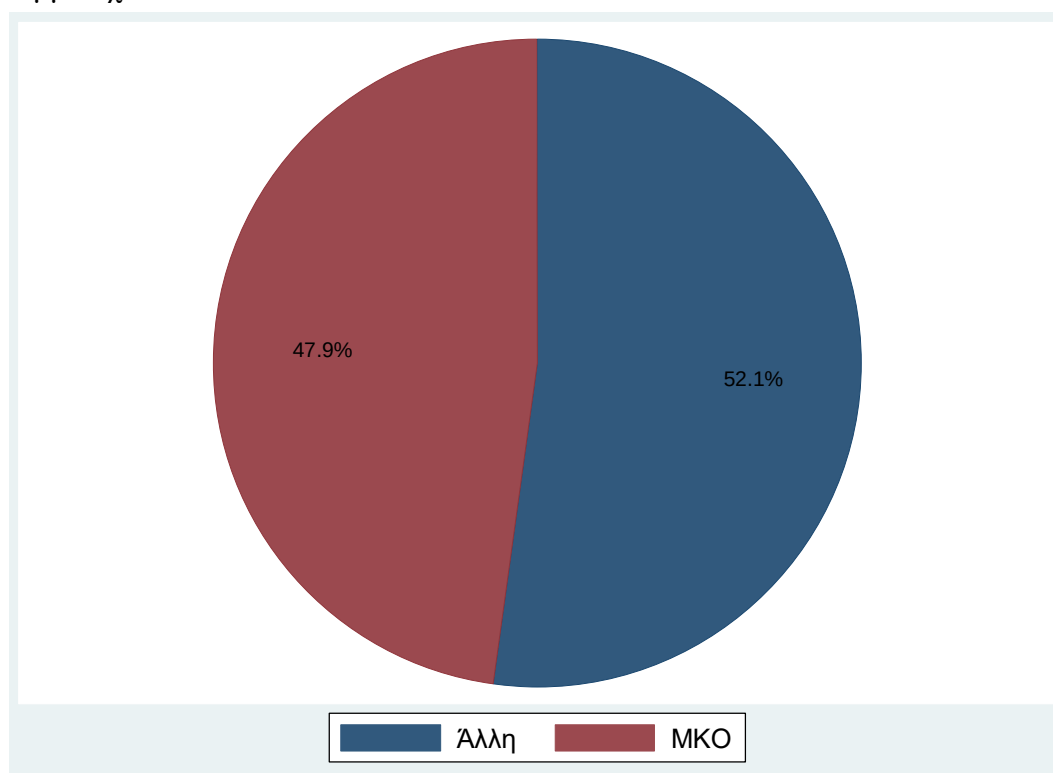
Γράφημα 4. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνότητων της εκπαίδευσης των συμμετεχόντων



Γράφημα 5. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνότητων του τύπου εργασίας των συμμετεχόντων



Γράφημα 5. Κυκλικό διάγραμμα της κατανομής συχνотήτων της υπηρεσίας των συμμετεχόντων



ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Με βάση τις έρευνες που μελετήθηκαν, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας, αποτελούν ευάλωτο πληθυσμό για την εκδήλωση στρες, κάτι το οποίο πολλές φορές μπορεί να οδηγήσει σε συναισθηματική εξάντληση (Cushway, Tyler, & Nolan, 1996). Για αυτόν ακριβώς τον λόγο, επιχειρήσαμε να πραγματοποιήσουμε μια μελέτη, σκοπός της οποίας, ήταν η εκτίμηση του επιπέδου της εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που εργάζονται σε δομές με ανήλικους πρόσφυγες και η εκτίμηση του επιπέδου της εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, που δεν εργάζονται κατά κύριο λόγο με ανηλίκους πρόσφυγες και τέλος, η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και άλλων παραγόντων όπως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, παιδιά, επίπεδο εκπαίδευσης, παρούσα επαγγελματική κατάσταση, διάρκεια εργασίας). Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας δείχνουν την ύπαρξη εργασιακής εξουθένωσης σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με ανήλικο προσφυγικό πληθυσμό.

Συγκεκριμένα, αναφορικά με τον πρώτο στόχο της μελέτης, δηλαδή με το αν υπάρχει και σε τι ποσοστό επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται με ανήλικους πρόσφυγες, διαπιστώθηκε ότι τόσο οι εργαζόμενοι που εργάζονται με ανήλικους πρόσφυγες όσο και οι εργαζόμενοι που εργάζονταν κατά βάση με άλλους πληθυσμούς ανηλίκων, παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης και στις τρεις διαστάσεις της εργασιακής εξουθένωσης (Συναισθηματική Εξουθένωση, Αποπροσωποποίηση, Προσωπική Επίτευξη). Στη διεθνή βιβλιογραφία δεν έχουν μελετηθεί οι εργαζόμενοι που απασχολούνται με ανήλικους πρόσφυγες, ωστόσο έχουν μελετηθεί ευρέως οι εργαζόμενοι που απασχολούνται με ανήλικους με ψυχικές διαταραχές γενικότερα. Συγκεκριμένα στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπως και στην παρούσα μελέτη, έχει αποδειχθεί από πολλές έρευνες ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται με ανήλικους παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Cushway, Tyler & Nolan, 1996, Demir, Ulusoy & Ulusoy, 2003, Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill & Hannigan, 2000, Guthrie, Tattan, Williams, Black & Baclicocotti 1999).

Στη συνέχεια, σχετικά με το δεύτερο στόχο της μελέτης, ο οποίος είχε να κάνει με το αν υπάρχει διαφορά στα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής

υγείας που εργάζονται με ανήλικους πρόσφυγες και σε αυτά των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονται σε δομές ανηλίκων οι οποίες δεν εξυπηρετούν κατά κύριο λόγο προσφυγικό πληθυσμό, βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι με προσφυγικό πληθυσμό είχαν υψηλότερα ποσοστά στις διαστάσεις της Συναισθηματικής Εξουθένωσης, Αποπροσωποποίησης και Προσωπικής Επίτευξης σε σχέση με την ομάδα ελέγχου, επομένως και μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης (burnout). Τα αυξημένα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης σε εργαζόμενους με ανήλικους πρόσφυγες, μπορούν να ερμηνευτούν λόγω της ιδιαιτερότητας του πληθυσμού των ανηλίκων προσφύγων. Μέσα από τη βιβλιογραφία διαπιστώνουμε ότι οι ανήλικοι πρόσφυγες αποτελούν μια θεραπευτικά απαιτητή πληθυσμιακή ομάδα καθώς αρκετοί ανήλικοι βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης. Συγκεκριμένα, εντοπίστηκαν πολλές μελέτες σχετικές με τον επιπολασμό του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες, σε επαγγελματίες που απασχολούνται με παιδιά που διατρέχουν κάποιο κίνδυνο και βρίσκονται σε κατάσταση κρίσης (Cornille & Meyers, 1999, Eastwood & Ecklund, 2008, Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Όσον αφορά τον ενήλικο προσφυγικό πληθυσμό, μελέτες καταδεικνύουν την ύπαρξη αυξημένων ποσοστών εργασιακής εξουθένωσης, σε παρόχους υπηρεσιών σε πρόσφυγες (Kim, 2017). Τέλος, αυξημένα ποσοστά άγχους και κατάθλιψης εμφανίζονται σε εργαζομένους σε μη κερδοσκοπικούς οργανισμούς που απασχολούνται στην καθημερινότητά τους με ανθρωπιστικά ζητήματα όπως είναι στην περίπτωση μας η προσφυγιά (Cardozo, Crawford, Eriksson, Zhu, Sabin, Ager & Olff, 2012).

Ένας άλλος πιθανός λόγος για τον οποίο μπορεί να δικαιολογούνται τα αυξημένα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης, στους εργαζομένους των ΜΚΟ, έχει να κάνει και με την μονάδα που απασχολούνταν οι εργαζόμενοι. Συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι στις ΜΚΟ, λειτουργούν περισσότερο ως ελεύθεροι επαγγελματίες (ελεύθερο ωράριο, άδειες κτλ), ενώ αντίθετα τα άτομα στην ομάδα ελέγχου απαρτίζονταν κατά κύριο λόγο από θεραπευτές που εργάζονταν ενδονοσοκομιακά. Παρόμοια αποτελέσματα φαίνεται να βρίσκουμε σε διεθνείς ερευνητικές μελέτες, σύμφωνα με τις οποίες οι θεραπευτές των εξωνοσοκομιακών δομών βίωναν υψηλότερα επίπεδα στρες και δυσμενέστερες συνθήκες εργασίας (Butterworth, Carson, Jeacock, White & Clements, 1999, Carson, Maal, Roche, Fagin, De Villiers, O'Malley & Holloway, 1999, Priebe, Fakhoury, Hoffmann & Powell, 2005). Σε πολλές μελέτες επίσης, αναφέρεται ότι ο λόγος για τον οποίο οι εργαζόμενοι εξωνοσοκομιακά παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης είχε να κάνει με τις συνθήκες εργασίας (υποβαθμισμένες συνθήκες σε πολλούς τομείς, μεγαλύτερο φόρτο εργασίας,

περιορισμένη υποστήριξη από τη διοίκηση, μειωμένη επαφή με τους συναδέλφους) (Sørgaard, Ryan, Hill & Dawson, 2007, Hill, Ryan, Hardy, Anczewska, Kurek, Dawson & Turner, 2006).

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, υψηλή βαθμολογία "Συναισθηματικής Εξουθένωσης" και "Αποπροσωποποίησης" και χαμηλή βαθμολογία "Προσωπικής Επίτευξης" συνδέεται με επαγγελματική εξουθένωση. Από τα αποτελέσματά της παρούσας έρευνας, γίνεται αντιληπτό ότι ενώ στην "Συναισθηματική Εξουθένωση" και στην "Αποπροσωποποίηση" οι εργαζόμενοι με ανήλικους πρόσφυγες παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης, στη διάσταση της "Προσωπικής Επίτευξης", οι εργαζόμενοι που δεν εργάζονται με προσφυγικούς πληθυσμούς παρουσιάζουν μικρότερες βαθμολογίες (στη συγκεκριμένη κατηγορία μικρότερες βαθμολογίες σημαίνουν και αυξημένα ποσοστά ύπαρξης εργασιακής εξουθένωσης). Όπως έχουμε ήδη αναφέρει, η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων συνδέεται με την αναποτελεσματικότητα που αισθάνεται ο εργαζόμενος και την αρνητική κριτική που ασκεί στον ίδιο του τον εαυτό, θεωρώντας ότι δεν είναι σε θέση να προσφέρει τίποτα το αξιόλογο στο χώρο εργασίας του (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Ένας πιθανός λόγος που συμβαίνει αυτό είναι ότι ο μέσος όρος των ατόμων τα οποία εργάζονται σε δομές που δεν απασχολούν κατά βάση ανήλικους πρόσφυγες, είναι πολύ μεγαλύτερος από αυτούς που εργάζονται με πρόσφυγες και σύμφωνα με άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, έχει αποδειχθεί ότι στον παράγοντα προσωπικά επιτεύγματα οι μεγαλύτεροι σε ηλικία, εμπειρία και ανώτεροι σε βαθμό είχαν σημαντικά υψηλότερη βαθμολογία από τους νεώτερους (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος & Πιλάτης, 2010).

Άλλος ένας πιθανός λόγος έχει να κάνει με τη στάση που έχουν οι εργαζόμενοι που απασχολούνται με προσφυγικό πληθυσμό σχετικά με τα αποτελέσματά της εργασίας τους. Οι (Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram, 2015), μελέτησαν εργαζόμενους ψυχικής υγείας που απασχολούνταν με προσφυγικό πληθυσμό και διαπίστωσαν ότι ενώ πολλές φορές ένιωθαν εξαντλημένοι από την εργασίας τους, ένιωθαν ότι έχουν ωριμάσει μέσα από αυτήν και προσφέρουν σημαντικό έργο. Συγκεκριμένα, όπως ανέφεραν οι εργαζόμενοι, δουλεύοντας με πρόσφυγες αναπτύχθηκαν συναισθηματικά μετά από την έκθεση στα τραυματικά γεγονότα που άκουγαν καθημερινά αλλά έγιναν και πιο αλτρουιστές βοηθώντας κάποιον ο οποίος το είχε πραγματικά ανάγκη. Όπως χαρακτηριστικά ανέφεραν οι εργαζόμενοι "ένιωσαν τι σημαίνει πραγματικά να έχει κάποιος δύναμη μπροστά σε

ανυπέρβλητα προβλήματα ή τι σημαίνει να βρίσκει κάποιος ελπίδα εκεί που έχει χαθεί κάθε ελπίδα" (Puvimanasinghe, Denson, Augoustinos & Somasundaram, 2015). Έτσι, είναι πιθανό όσοι απασχολούνται με προσφυγικό πληθυσμό νιώθουν ότι η παρέμβασή τους είναι πιο σημαντική, επομένως να έχουν και καλύτερη βαθμολογία στα σκορ της προσωπικής επίτευξης σε σχέση με εργαζομένους ψυχικής υγείας με άλλους πληθυσμούς.

Τέλος, αναφορικά με τον τρίτο στόχο της μελέτης, ο οποίος αναφερόταν στο αν υπάρχει συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ανηλίκων με τα δημογραφικά τους χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα το φύλο, οικογενειακή κατάσταση και το μορφωτικό επίπεδο του επαγγελματία στα αποτελέσματα, κατά τη πολυπαραγοντική ανάλυση, δεν παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στα αποτελέσματα στις 3 ενότητες επαγγελματικής εξουθένωσης ανά φύλο και εκπαίδευση. Σε σχέση με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά η βιβλιογραφία που υπάρχει είναι μεγάλη και τις περισσότερες φορές τα αποτελέσματα δεν συμφωνούν μεταξύ τους. Για παράδειγμα, όσον αφορά το φύλο οι μελέτες είναι αντικρουόμενες. Φαίνεται πως υπερέχουν με μικρή διαφορά οι γυναίκες στην εμφάνιση εργασιακού στρες μόνο στον τομέα όμως που έχει να κάνει με την εξάντληση (Embriaco, Azoulay, Barrau, Kentish, Pochard, Loundou & Papazian, 2007). Από την άλλη, σύμφωνα με τους Day & Chambers, (1991), Tamura, Guy, Brady & Grace (1995), δεν έχει παρατηρηθεί κάποια συσχέτιση μεταξύ της εξουθένωσης και του φύλου. Οι έρευνες που καταδεικνύουν διαφορές στο φύλο ως προς τις τρεις επιμέρους διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, δικαιολογούν αυτές τις διαφορές, ως απόρροια της διαφορετικής κοινωνικοποίησης και των διαφορετικών ρόλων του φύλου, αλλά και του τύπου ή του επιπέδου του επαγγέλματος (Byrne, 1991).

Σχετικά με το επίπεδο της εκπαίδευσης τα άτομα με μεγαλύτερη εκπαίδευση παρουσίασαν και υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, κάτι που πιθανόν έχει να κάνει με περισσότερες ευθύνες που επωμίζονται στο εργασιακό τους περιβάλλον (Cash, 1989). Ωστόσο στο θέμα του εκπαιδευτικού επιπέδου, όπως αναδείχθηκε και στην έρευνά μας, οι περισσότερες μελέτες δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (LeCroy & Rank, 1987, Raquempaw & Miller, 1989).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση των εργαζομένων, στατιστικά σημαντικά υψηλότερες βαθμολογίες και στις 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης είχαν οι άγαμοι σε σχέση με τους έγγαμους και αυτοί που δεν είχαν παιδιά. Πράγμα που συμφωνεί με

πολλές διεθνείς έρευνες, οι οποίες σε ότι αφορά την οικογενειακή κατάσταση έδειξαν ότι οι παντρεμένοι παρουσίαζαν χαμηλότερα επίπεδα εργασιακού στρες. Πιθανός λόγος είναι η παρουσία υποστηρικτικού περιβάλλοντος στο σπίτι (Maslach & Jackson, 1985). Έρευνες επίσης έχουν δείξει ότι η ύπαρξη παιδιών αποτελεί προστατευτικό παράγοντα της εργασιακής εξουθένωσης (Mpaltzi E., Hari-Papaioannou F., Polikandrioti M., Gourni, M., Charalampous, 2012). Η επίδραση της οικογενειακής κατάστασης στην επαγγελματική εξουθένωση ίσως να οφείλεται και στην παρεμβολή τρίτων μεταβλητών. Οι έγγαμοι για παράδειγμα έχουν διαφορετική στάση απέναντι στην εργασία τους, λόγω των οικονομικών τους υποχρεώσεων, αλλά και των ρεαλιστικών τους προσδοκιών (Κάντας, 1996).

Τέλος, υψηλότερες βαθμολογίες και στις 3 διαστάσεις είχαν επίσης οι συμβασιούχοι σε σχέση με το μόνιμο προσωπικό. Κάτι που μπορεί να εξηγηθεί από το άγχος που μπορεί να δημιουργήσει ένα ασταθές οικονομικό και εργασιακό περιβάλλον που δημιουργείται στους συμβασιούχους, μιας και συχνά αντιμετωπίζουν το ενδεχόμενο της απόλυσης (Χάρος, Κολυπέρα, Λαζαρίδου, Ανδριοπούλου, Βιβιλάκη & Λιβάνης, 2017). Αντίθετα αποτελέσματα, παρουσιάζουν κάποιες έρευνες όπως των Τσαντίλη (2015), Διλιντάς(2010), όπου οι μόνιμοι υπάλληλοι παρουσιάζουν μεγαλύτερες μέσες βαθμολογίες σε σχέση με τους συμβασιούχους στις διαστάσεις συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση.

Σχετικά με την ηλικία, αύξηση της ηλικίας συνδέεται με στατιστικά σημαντική μείωση επαγγελματικής εξουθένωσης, όσο η μεταβλητή ελέγχθηκε σε μονοπαραγοντικό επίπεδο, σε πολυπαραγοντικό επίπεδο όμως δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (συγκυτική μεταβλητή). Σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli & Leiter, (2001) η ηλικία του επαγγελματία ψυχικής υγείας φαίνεται να παίζει κάποιο ρόλο καθώς άτομα ηλικίας 30-40 ετών παρουσίασαν μεγαλύτερα επίπεδα εργασιακού στρες. Με βάση άλλες έρευνες, μικρότερες ηλικίες παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Campbell, Sonnad, Eckhauser & Greenfield, 2001). Αυτό συμβαίνει γιατί φαίνεται οι νέοι εργαζόμενοι να αγωνίζονται περισσότερο για να ανταποκριθούν στις συνθήκες εργασίας, με τις αρχικές τους ελπίδες πολλές φορές να ματαιώνονται. Ένας άλλος πιθανός λόγος είναι ότι οι νέοι εργαζόμενοι πολλές φορές έχουν περισσότερες υποχρεώσεις στην καθημερινότητα τους που πρέπει να διευθετήσουν πχ. παιδιά μικρής ηλικίας, οι οποίες συχνά τους καταναλώνουν πολύ ενέργεια (Embriaco, Azoulay, Barrau, Kentish, Pochard, Loundou & Papazian, 2007, Carayon & Alvarado, 2007, Lazaridou, Agakidou, Diamanti & Agakidis, 2011). Οι Friedman & Lotan (1985) παρουσιάζουν παρόμοια αποτελέσματα με της δικιάς

μας έρευνας, ότι δηλαδή η επαγγελματική εξουθένωση αυξάνει με την ηλικία. Ωστόσο υπάρχουν και έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες η ηλικία δεν παίζει κάποιον στατιστικά σημαντικό ρόλο (Yiu-Kee & Tang, 1995). Παρατηρούμε επομένως ότι τα αποτελέσματά των ερευνών τις περισσότερες φορές είναι αμφιλεγόμενα, σχετικά με την ηλικία και την εργασιακή εξουθένωση.

Τέλος, σημαντική αρνητική συσχέτιση παρατηρήθηκε και στα έτη υπηρεσίας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, αύξηση της επαγγελματικής εμπειρίας συνδέεται με μείωση επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε πολυπαραγοντικό επίπεδο όμως δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές (συγχυτική μεταβλητή). Παρόμοια ευρήματα παρουσιάζονται στους (Antonίου, Polychroni & Walters, 2000), οι οποίοι υποστηρίζουν πως όσο αυξάνεται η εμπειρία στην εργασία, τόσο μειώνεται η αποπροσωποποίηση. Σημαντικό είναι να αναφέρουμε ότι δεν συμφωνούν ούτε σε αυτόν το παράγοντα όλες οι έρευνες μεταξύ τους, για παράδειγμα, οι Friedman & Lotan (1985) υποστηρίζουν πως η επαγγελματική εξουθένωση αυξάνει με τα έτη προϋπηρεσίας και φτάνει στην ύψιστη τιμή της στην ηλικιακή ομάδα 41-45 χρόνων (20-24 έτη προϋπηρεσίας), ενώ οι Anderson & Iwanicki (1984) δηλώνουν ότι οι εκπαιδευτικοί με 13-14 έτη συνολικής προϋπηρεσίας, παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά στο αίσθημα προσωπικής επίτευξης, συγκρινόμενοι με συναδέλφους τους που διαθέτουν συνολική προϋπηρεσία άνω των 25 ετών. Τέλος, σύμφωνα με τους (Αυγενάκης, Παπαδάκη, Τοράκη, 2013) ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης αυξάνεται καθώς αυξάνονται και τα έτη εργασίας.

Αξίζει να σημειωθεί ότι, στην πολυπαραγοντική ανάλυση η μοναδική μεταβλητή που παρέμεινε στατιστικά σημαντική ήταν η "**υπηρεσία εργασίας**" (το αν απασχολούνται δηλαδή οι εργαζόμενοι με προσφυγικό πληθυσμό ή όχι). Το γεγονός αυτό υποδεικνύει ότι η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με όλους τους υπόλοιπους παράγοντες είναι **πλασματική**. Συνεπώς η συγκεκριμένη μεταβλητή είχε συγχυτική δράση και η μεταβλητή υπηρεσία (δηλαδή το αν εργάζονται με προσφυγικό πληθυσμό ή όχι) είναι ο μοναδικός αιτιολογικός παράγοντας όσον αφορά στην επαγγελματική εξουθένωση, όπως εκφράζεται από τις βαθμολογίες στις 3 επιμέρους ενότητες.

Καταλήγοντας, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι με τα ως άνω ευρήματα επιβεβαιώνεται η πρώτη υπόθεση της μελέτης, σύμφωνα με την οποία αναμέναμε ότι τα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης είναι αυξημένα στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται με ανήλικους πρόσφυγες σε σχέση με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που

απασχολούνται σε άλλες δομές που προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε ανήλικους. Αξίζει να σημειωθεί ότι ως τώρα δεν έχει γίνει κάποια συγκριτική μελέτη αυτών των δυο κατηγοριών επαγγελματιών ψυχικής υγείας.

Όσο αφορά τη δεύτερη υπόθεση, δηλαδή ότι οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο του επαγγελματία) σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, σε πολυπαραγοντικό επίπεδο, δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικά αποτελέσματά ως προς τις κατηγορίες. Η μοναδική μεταβλητή που παρουσίασε στατιστικά σημαντική διαφορά είναι αυτή της υπηρεσίας που απασχολούνται οι εργαζόμενοι, με τους εργαζομένους με προσφυγικό πληθυσμό να παρουσιάζουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Οι περιορισμοί που τέθηκαν από την αρχή της έρευνας αρχικά είχαν να κάνουν με το γεγονός ότι το δείγμα είναι μικρό. Το δείγμα επίσης κατανέμεται άνισα ως προς το φύλο, αποτελούμενο στην πλειονότητα από γυναίκες και δεν επιτρέπει την εξαγωγή συμπερασμάτων για διαφορές μεταξύ των φύλων. Αυτό είναι αναμενόμενο να συμβεί, καθώς ο συγκεκριμένος επαγγελματικός χώρος απαρτίζεται κατά βάση από γυναίκες. Ωστόσο, παρά το γεγονός ότι το δείγμα είναι μικρό, θεωρούμε ότι τα ευρήματα της έρευνας παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για περαιτέρω διερεύνηση σε τέτοιου είδους ζητήματα.

Ένας ακόμα περιορισμός έχει να κάνει με τη χρήση του ερωτηματολογίου MBI και κατά πόσο είναι αρκετό προκειμένου να αποτυπώσει την εργασιακή εξουθένωση των εργαζομένων που το συμπληρώνουν. Ωστόσο μέσα από τη βιβλιογραφία και από έγκυρα επιστημονικά περιοδικά τεκμηριώνεται και διασφαλίζεται η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του ερωτηματολογίου. Επιπλέον, στους περιορισμούς συγκαταλέγεται το γεγονός ότι η έρευνα περιορίστηκε μόνο στην περιοχή της Αττικής λόγω αδυναμίας κάλυψης δομών στην υπόλοιπη Ελλάδα.

Κλείνοντας, αυτό το οποίο πρέπει να υπογραμμιστεί από την παρούσα εργασία είναι ότι ενώ το θέμα της εργασιακής εξουθένωσης έχει μελετηθεί σε μεγάλο βαθμό από τους ερευνητές εκεί που η βιβλιογραφία είναι ελλιπής είναι στους ψυχικά ασθενείς ανήλικους. Σημαντικό είναι να αναρωτηθούμε τους λόγους για τους οποίους συμβαίνει αυτό, δεδομένου ότι έχουν αναδειχθεί μέσα από πολλές έρευνες οι επιβαρυντικές συνθήκες για τους

εργαζομένους που επικρατούν σε χώρους με ψυχικά ασθενείς ανηλίκους. Ένα πολύ ενδιαφέρον ερευνητικό θέμα που θα μπορούσε να μελετηθεί λοιπόν, έχει να κάνει με την εργασιακή εξουθένωση που υφίστανται οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται με ανήλικους και ακόμα πιο συγκεκριμένα, με ανήλικους που ανήκουν σε συγκεκριμένους ευάλωτους πληθυσμούς, όπως για παράδειγμα πρόσφυγες. Ακόμα μπορούν να μελετηθούν οι δομές οι οποίες απασχολούνται με ανήλικους πρόσφυγες και οι ξενώνες ασυνόδευτων ανηλίκων, όπου τις περισσότερες φορές η φύλαξη των ανηλίκων είναι εικοσιτετράωρη και οι εργαζόμενοι έχουν πολύ περισσότερες ευθύνες, κάτι το οποίο, είναι πιθανό να δημιουργεί μεγαλύτερα ποσοστά εργασιακής εξουθένωσης στο προσωπικό. Άλλο ένα θέμα που αξίζει να διερευνηθεί περισσότερο είναι η μελέτη γύρω από προγράμματα παρέμβασης, αλλά και τρόπους αντιμετώπισης του συνδρόμου, έτσι ώστε να υπάρξουν δεδομένα που να αποτελέσουν το έναυσμα για την πιθανότητα της πλήρους αποκατάστασης και εξάλειψης του φαινομένου.

III.ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

-
- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional psychology: Research and practice*, 19(6), 624.
- Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., και συν (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 41(1), 105-114.
- Αθανασιάδης, Θ., Τσάρας, Κ., Παπαθανασίου, Ι., Λαχανά, Ε., Γκούβα, Μ., & Κοτρώτσιου, Ε. (2011). Εκτίμηση εργασιακού stress και χρήσης αλκοόλ σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας. *Διεπιστημονική φροντίδα υγείας, τόμος*, 3, 165-172.
- Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., & Πιλάτης, Ι. (2010). Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131(131), 109-136.
- Anagnostopoulos, D. C., Vlassopoulou, M., Rotsika, V., Pehlivanidou, H., Legaki, L., Rogakou, E., & Lazaratou, H. (2004). Psychopathology and mental health service utilization by immigrants' children and their families. *Transcultural psychiatry*, 41(4), 465-486.
- Anderson, M. B. Iwanicki, EF (1984). Teacher motivation and its relationship to burnout. *Educational Administration Quarterly*, 20(2), 94-109.
- Antoniou, A. S., & Antonodimitrakis, P. (2001). Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. In *Proceedings of the 8th Greek Conference of Psychological Research, Alexandroupoli* (Vol. 72).
- Antoniou, A. S., Polychroni, F., & Walters, B. (2000). Sources of stress and professional burnout of teachers of special educational needs in Greece. In *International Special Education Congress*.
- Aiken, L. H., Clarke, S. P., Sloane, D. M., Sochalski, J., & Silber, J. H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *Jama*, 288(16), 1987-1993.
- Αϊρένα, Π., & Αριάδνη, Ε. (2015). Το προφίλ των μεταναστών με προβλήματα ψυχικής υγείας.

- Avgenakis, A., Παπαδάκη, Ε., Τοράκη, Μ., Papadaki, E., Toraki, M., & Αυγενάκης, Α. (2013). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (the burnout syndrome) σε επαγγελματίες υγείας: επιπτώσεις στην ψυχική υγεία καθώς και στις επαγγελματικές και οικογενειακές σχέσεις.
- Bakker, A. B., Schaufeli, W. B., Sixma, H. J., Bosveld, W., & Van Dierendonck, D. (2000). Patient demands, lack of reciprocity, and burnout: A five-year longitudinal study among general practitioners. *Journal of Organizational Behavior*, 425-441.
- Bartz, C., & Maloney, J. P. (1986). Burnout among intensive care nurses. *Research in nursing & health*, 9(2), 147-153.
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(4), 288-297.
- Beiser, M., Hou, F., Hyman, I., & Tousignant, M. (2002). Poverty, Family Process, and the Mental Health of Immigrant Children in Canada. *American Journal of Public Health*, 92,(2), 220-227.
- Beiser, M. (2005). The health of immigrants and refugees in Canada. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de Santé Publique*, S30-S44.
- Ben-Porat, A., & Itzhaky, H. (2009). Implications of treating family violence for the therapist: Secondary traumatization, vicarious traumatization, and growth. *Journal of Family Violence*, 24(7), 507-515.
- Bhugra, D., & Becker, M. A. (2005). Migration, cultural bereavement and cultural identity. *World psychiatry*, 4(1), 18.
- Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (1991). A longitudinal study of progressive phases of psychological burnout. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 390-408.
- Byrne, B. M. (1991). Burnout: Investigating the impact of background variables for elementary, intermediate, secondary, and university educators. *Teaching and Teacher education*, 7(2), 197-209.

- Butterworth, T., Carson, J., Jeacock, J., White, E., & Clements, A. (1999). Stress, coping, burnout and job satisfaction in British nurses: findings from the clinical supervision evaluation project. *Stress medicine*, 15(1), 27-33.
- Campbell Jr, D. A., Sonnad, S. S., Eckhauser, F. E., Campbell, K. K., & Greenfield, L. J. (2001). Burnout among American surgeons. *Surgery*, 130(4), 696-705.
- Canfield, J. (2005). Secondary traumatization, burnout, and vicarious traumatization: A review of the literature as it relates to therapists who treat trauma. *Smith College Studies in Social Work*, 75(2), 81-101.
- Carayon, P., & Alvarado, C. J. (2007). Workload and patient safety among critical care nurses. *Critical care nursing clinics of North America*, 19(2), 121-129.
- Carballo, M., & Nerukar, A. (2001). Migration, Refugees, and Health Risks. In *Conference Panel Summaries, Emerging Infectious Diseases*, 7(3), Supplement, 556-560.
- Cardozo, B. L., Crawford, C. G., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., ... & Olff, M. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. *PloS one*, 7(9), e44948.
- Carpenter, J., Webb, C. M., & Bostock, L. (2013). The surprisingly weak evidence base for supervision: Findings from a systematic review of research in child welfare practice (2000–2012). *Children and Youth Services Review*, 35(11), 1843-1853.
- Carson, J., Maal, S., Roche, S., Fagin, L., De Villiers, N., O'Malley, P., ... & Holloway, F. (1999). Burnout in mental health nurses: much ado about nothing?. *Stress Medicine*, 15(2), 127-134.
- Cash, D. (1989). A study of the relationship of demographics, personality, and role stress to burnout in intensive care unit nurses.
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: Job stress in the human services* (p. 21). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Praeger Publishers.
- Γκιωνάκης Ν. Η φροντίδα της ψυχικής υγείας μεταναστών στην Ελλάδα. Στο: Η ψυχιατρική μεταρρύθμιση στην Ελλάδα. Ανάγκες – Προτάσεις – Λύσεις. Αθήνα 2009: Εκδόσεις Σάκκουλα. σ. 129-133).

Conrad, D., & Kellar-Guenther, Y. (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child abuse & neglect*, 30(10), 1071-1080.

Cornille, T. A., & Meyers, T. W. (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5(1), 5.

Cushway, D., Tyler, P. A., & Nolan, P. (1996). Development of a stress scale for mental health professionals. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(2), 279-295.

Day, H.I., & Chambers, J. (1991). Empathy and burnout in rehabilitation counsellors. *Canadian Journal of Rehabilitation*.

Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International journal of nursing studies*, 40(8), 807-827.

Derluyn, I., & Broekaert, E. (2008). Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective. *International journal of law and psychiatry*, 31(4), 319-330.

Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3), 498-508.

Eastwood, C. D., & Ecklund, K. (2008). Compassion fatigue risk and self-care practices among residential treatment center childcare workers. *Residential Treatment for Children & Youth*, 25(2), 103-122.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.

Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 7(1), 7-14.

Embriaco, N., Azoulay, E., Barrau, K., Kentish, N., Pochard, F., Loundou, A., & Papazian, L. (2007). High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors. *American journal of respiratory and critical care medicine*, 175(7), 686-692.

- Fagin, L., Carson, J., Leary, J., De Villiers, N., Bartlett, H., O'Malley, P., ... & Brown, D. (1996). Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *International journal of social psychiatry*, 42(2), 102-111.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional psychology*, 13(2), 293.
- Farber, B. A. (1983). *Stress and burnout in the human service professions* (Vol. 117). Pergamon.
- Fazel, M., & Stein, A. (2003). Mental health of refugee children: comparative study. *British Medical Journal*, 327(7407), 134.
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266-282.
- Fawzi, M., Betancourt, T., Marcelin, L., Klopner, M., Munir, K., Muriel, A., et al. (2009). Depression and post-traumatic stress disorder among Haitian immigrant students: implications for access to mental health services and educational programming. doi: [10.1186/1471-2458-9-482](https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-482). Ανακτήθηκε στις 10/05/2017 από <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2807868/>.
- Figley, C. (1997). Examples of Compassion Fatigue/Burnout Syndrome. *Institute on Crisis Management in Higher Education*.
- Figley, C. R. (2013). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Routledge.
- Finch, B. K., Boardman, J. D., Kolody, B., & Vega, W. A. (2000). Contextual effects of acculturation on perinatal substance exposure among immigrant and native-born Latinas. *Social Science Quarterly*, 421-438.
- Firth-Cozens, J., & Payne, R. L. (Eds.). (1999). *Stress in health professionals: psychological and organisational causes and interventions*. John Wiley & Sons Incorporated.
- Folkman, S. (2013). Stress: appraisal and coping. In *Encyclopedia of behavioral medicine* (pp. 1913-1915). Springer New York.

- Fong, C. M. (1993). A longitudinal study of the relationships between overload, social support, and burnout among nursing educators. *Journal of Nursing Education*, 32(1), 24-29.
- Fothergill, A., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress, burnout, coping and stress management in psychiatrists: findings from a systematic review. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(1), 54-65.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff burn-out. *Journal of social issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H. J. (1986). The issues of staff burnout in therapeutic communities. *Journal of psychoactive drugs*, 18(3), 247-251.
- Friedman, I. A. (1991). High and low-burnout schools: School culture aspects of teacher burnout. *The Journal of educational research*, 84(6), 325-333.
- Geltman, P. L., Augustyn, M., Barnett, E. D., Klass, P. E., & Groves, B. M. (2000). War trauma experience and behavioral screening of Bosnian refugee children resettled in Massachusetts. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 21(4), 255-261.
- Giannakopoulos, G., & Anagnostopoulos, D. C. (2016). Child health, the refugees crisis, and economic recession in Greece. *The Lancet*, 387(10025), 1271.
- Golembiewski, R. T., Munzenrider, R., & Carter, D. (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and praxis. *The Journal of applied behavioral science*, 19(4), 461-481.
- Gorter, R. C., Eijkman, M. A., & Hoogstraten, J. (2001). A career counseling program for dentists: effects on burnout. *Patient Education and Counseling*, 43(1), 23-30.
- Guthrie, E., Tattan, T., Williams, E., Black, D., & Baclicotti, H. (1999). Sources of stress, psychological distress and burnout in psychiatrists: comparison of junior doctors, senior registrars and consultants. *Psychiatric Bulletin*, 23(4), 207-212.
- Handy, J. A. (1988). Theoretical and methodological problems within occupational stress and burnout research. *Human Relations*, 41(5), 351-369.
- Hannigan, B., Edwards, D., & Burnard, P. (2004). Stress and stress management in clinical psychology: Findings from a systematic review. *Journal of Mental Health*, 13(3), 235-245.
- Hill, R., Ryan, P., Hardy, P., Anczewska, M., Kurek, A., Dawson, I. & Turner, C. (2006).

Situational levels of burnout among staff in six European inpatient and community mental health teams. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 1(1), 12-21.

Hodes, M. (2000). Psychologically distressed refugee children in the United Kingdom. *Child and Adolescent Mental Health*, 5(2), 57-68.

Θελερίτης, Χ., Αθηνών, Δ. Ι. Σ. Π., Ψυχίατρος-Ψυχοθεραπευτής, Ε. Σ. Α. Ψ., & Πανεπιστημίου, Κ. (2010). Σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης (burnout syndrome). *Εγκέφαλος*, 47(4), 193-198.

Καλλινικάκη, Θ. (2009). Οικογένειες και παιδιά μειονοτήτων και αλλοδαπών στη σύγχρονη Ελλάδα.

Κάντας, Α. (1995). Οργανωτική-βιομηχανική ψυχολογία: διεργασίες ομάδας-σύγκρουση-ανάπτυξη και αλλαγή-κουλτούρα-επαγγελματικό άγχος, Μέρος 3ο.

Kessler, R. C., & McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. Academic Press.

Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 383-396.

Kim, Y. J. (2017). Secondary traumatic stress and burnout of North Korean refugees service providers. *Psychiatry investigation*, 14(2), 118.

Kosmatou, Α., Καφφετζάκη, Δ., Kaffetzaki, D., & Κοσμάτου, Α. (2018). Το Σύνδρομο Burnout (Επαγγελματική Εξουθένωση) σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται στον Ο.ΚΑ.ΝΑ. και στο ΚΕΣΑΝ στο Δήμο Ηρακλείου.

Κυλούδης, Π. Γ., Γεωργιάδης, Μ., Ρεκλείτη, Μ., Γιαγλής, Γ., & Βόζνιακ, Γ. (2015). Παράγοντες εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας και άγχους σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Lazaridou, C., Agakidou, E., Diamanti, E., & Agakidis, C. (2011). Burnout in doctors and nurses working in neonatal and pediatric intensive care units in a General Hospital. *Aristotle University Medical Journal*, 38(3), 37-43.

LeCroy, C. W., & Rank, M. R. (1987). Factors associated with burnout in the social services: An exploratory study. *Journal of Social Service Research*, 10(1), 23-39.

Madathil, R., Heck, N. C., & Schuldberg, D. (2014). Burnout in psychiatric nursing:

examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(3), 160-166.

Μαλικιώση-Λοΐζου, Μ. (2001). *Η Συμβουλευτική Ψυχολογία στην Εκπαίδευση*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.

Maslach, Christina, and S. E. Jackson. "The cost of caring." *Englewood Cliffs, NJ, PrenticeHall* (1982).

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1984). Burnout in organizational settings. *Applied social psychology annual*.

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex roles*, 12(7-8), 837-851.

Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied and preventive psychology*, 7(1), 63-74.

Maslach, C. (1997). *The truth about burnout*. Jossey-Bass.

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.

McGee, R. A. (1989). Burnout and professional decision making: An analogue study. *Journal of Counseling Psychology*, 36(3), 345.

Mills, L. B., & Huebner, E. S. (1998). A prospective study of personality characteristics, occupational stressors, and burnout among school psychology practitioners. *Journal of school psychology*, 36(1), 103-120.

Moore, K. A., & Cooper, C. L. (1996). Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 82-89.

Montgomery, E., & Foldspang, A. (2008). Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees. *The European Journal of Public Health*, 18(2), 156-161.

Pumariega, A. J., Rothe, E., & Pumariega, J. B. (2005). Mental health of immigrants and refugees. *Community mental health journal*, 41(5), 581-597. DOI: 10.1007/s10597-005-6363-1.

- Mor Barak, M. E., Travis, D. J., Pyun, H., & Xie, B. (2009). The impact of supervision on worker outcomes: A meta-analysis. *Social Service Review*, 83(1), 3-32.
- Mpaltzi, E., Hari-Papaioannou, F., Polikandrioti, M., Gourni, M., & Charalampous, G. (2012). Exploration of burnout syndrome in general hospitals in Larnaka of Cyprus. *Rostrum of Asclepius*, 11 (4), 531-548.
- Naisberg-Fennig, S., Fennig, S., Keinan, G., & Elizur, A. (1991). Personality characteristics and proneness to burnout: a study among psychiatrists. *Stress Medicine*, 7(4), 201-205.
- Παπακωνσταντίνου, Κ. Α., Παναγοπούλου, Μ. Α. Μ., & Φλουρέντζος, Κ. Α. (2016). Επαγγελματική εξουθένωση στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- Parker, S. K. (1998). Enhancing role breadth self-efficacy: the roles of job enrichment and other organizational interventions. *Journal of applied psychology*, 83(6), 835.
- Pearlman, L. A., & Mac Ian, P. S. (1995). Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 558.
- Pearlman, L. A. (1999). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization In BH Stamm,(Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers & educators*.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- Pines, A., & Maslach, C. (1978). Characteristics of staff burnout in mental health settings. *Psychiatric services*, 29(4), 233-237.
- Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and individual differences*, 39(3), 625-635.
- Priebe, S., Fakhoury, W. K., Hoffmann, K., & Powell, R. A. (2005). Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(3), 223-232.
- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1997). Perceived sources of work stress and satisfaction among hospital and community mental health staff, and their relation to mental health, burnout and job satisfaction. *Journal of psychosomatic research*, 43(1), 51-59.

- Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, E., Szmukler, G., Bebbington, P., & Thornicroft, G. (1996). Mental health, 'burnout' and job satisfaction among hospital and community-based mental health staff. *The British Journal of Psychiatry*, 169(3), 334-337.
- Pryce, J. G., Shackelford, K. K., & Pryce, D. H. (2007). *Secondary traumatic stress and the child welfare professional*. Lyceum Books.
- Puvimanasinghe, T., Denson, L. A., Augoustinos, M., & Somasundaram, D. (2015). Vicarious resilience and vicarious traumatisation: Experiences of working with refugees and asylum seekers in South Australia. *Transcultural Psychiatry*, 52(6), 743-765.
- Raquepaw, J. M., & Miller, R. S. (1989). Psychotherapist burnout: A componential analysis. *Professional Psychology: Research and Practice*, 20(1), 32.
- Rousseau, C., Drapeau, A., & Rahimi, S. (2003). The complexity of trauma response: a 4-year follow-up of adolescent Cambodian refugees. *Child abuse & neglect*, 27(11), 1277-1290.
- Ruggiero, J. S. (2005). Health, work variables, and job satisfaction among nurses. *Journal of Nursing Administration*, 35(5), 254-263.
- Severinsson, E. (2003). Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nursing & Health Sciences*, 5(1), 59-66.
- Schaufeli, W. B., & Janczur, B. (1994). Burnout among nurses: A Polish-Dutch comparison. *Journal of cross-cultural psychology*, 25(1), 95-113.
- Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC press.
- Schaufeli, W. B., Bakker, A. B., Hoogduin, K., Schaap, C., & Kladler, A. (2001). On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. *Psychology & health*, 16(5), 565-582.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career development international*, 14(3), 204-220.
- Σκλάβου, Κ. (2007). *Οι επιπτώσεις της ενδοοικογενειακής βίας στην κοινωνική ένταξη των αλλοδαπών γυναικών: η περίπτωση του λεκανοπεδίου Αττικής* (Doctoral dissertation, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Ψυχολογίας).
- Sorgaard, K. W., Ryan, P., Hill, R., & Dawson, I. (2007). Sources of stress and burnout in

acute psychiatric care: inpatient vs. community staff. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(10), 794-802.

Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2011). Secondary traumatic stress and burnout in child welfare workers: A comparative analysis of occupational distress across professional groups. *Child welfare*, 90(6), 149.

Σταμάτης, Ι. (2010). Η επαγγελματική εξουθένωση εκπαιδευτικών της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης.

Tamura, L. J., Guy, J. D., Brady, J. L., & Grace, C. (1995). Psychotherapists' Management of Confidentiality, Burnout and Affiliation Needs: A National Survey. *Psychotherapy in private practice*, 13(2), 1-17.

Terr, L. C. (2003). Childhood traumas: An outline and overview. *Focus*, 1(3), 322-334.

Thornton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *The Journal of Psychology*, 126(3), 261-271.

Τριανταφύλλου, Ε. (2013). *Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας: συγκριτική αξιολόγηση της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικού τύπου ψυχιατρικές δομές* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας. Κλινική ΑΨυχιατρική ΑΓΓΙΝΗΤΕΙΟΥ Νοσοκομείου).

Τσαντίλη, Ι. (2015). *Μελέτη του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης (burnout) στους εργαζόμενους του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Αττικής" ΚΑΤ"*.

Tyler, P., & Cushway, D. (1998). Stress and wellbeing in healthcare staff: The role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. *Stress and Health*, 14(2), 99-107.

World Organization – WHO (1974) . Occupational mental health- report of a meeting. WHO/OH/73.13.

Vergara, A. E., Miller, J. M., Martin, D. R., & Cookson, S. T. (2003). A survey of refugee health assessments in the United States. *Journal of immigrant health*, 5(2), 67-73.

Yiu-Kee, C., & Tang, C. S. K. (1995). Existential correlates of burnout among mental health professionals in Hong Kong. *Journal of Mental Health Counseling*.

Χάρος, Δ., Κολυπέρα, Β., Λαζαρίδου, Ε., Ανδριοπούλου, Μ., Βιβιλάκη, Β., & Λιβάνης, Ε.

(2017). Ο αντίκτυπος του εργασιακού άγχους στους επαγγελματίες υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 34(4).

Ψημμένος, Ι., & Σκαμνάκης, Χ. (2008). Οικιακή εργασία των μεταναστριών και κοινωνική προστασία. *Αθήνα (Παπαζήση)*, 321.

IV. ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Maslach Burnout Inventory (MBI) , Maslach Burnout Inventory, MBI Maslach & Jackson, 1986

Οι παρακάτω ερωτήσεις διερευνούν τα συναισθήματα και τις στάσεις σας ως προς την εργασία σας. Γράψτε έναν αριθμό από το 0 ως το 6 στην αρχή της κάθε πρότασης, με βάση την παρακάτω κλίμακα, αναλογικά με το πόσο συχνά νιώθετε αυτό που εκφράζει η κάθε πρόταση.

Ποτέ (0) , Μερικές φορές τον χρόνο (1) , Μια φορά το μήνα (2), Μερικές φορές το μήνα(3), Μια φορά την εβδομάδα (4) , Μερικές φορές την εβδομάδα (5), Κάθε μέρα (6)

- 1Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από την δουλειά μου.
- 2 Νιώθω άδειος/α στο τέλος μιας εργάσιμης ημέρας.
- 3 Νιώθω κούραση όταν σηκώνομαι το πρωί και έχω μπροστά μου μια ακόμη ημέρα δουλειάς.
- 4 Μου είναι πολύ κουραστικό να δουλεύω με ασθενείς όλη μέρα.
- 5 Νιώθω εξουθενωμένος από τη δουλειά μου.
- 6 Αισθάνομαι απογοητευμένος από τη δουλειά μου.
- 7 Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου.
- 8 Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους .
- 9 Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια ... νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι.
- 10 Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς ασθενείς μου σαν να ήταν αντικείμενα.
- 11 Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ασθενείς μου από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.
- 12 Με προβληματίζει ότι σιγά - σιγά αυτή η δουλειά με κάνει συναισθηματικά πιο σκληρό/ή.
- 13 Στην ουσία δεν μ' ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς ασθενείς μου,
- 14 Νομίζω ότι οι ασθενείς επιρρίπτουν σε μένα ευθύνες για μερικά από τα προβλήματά τους.
- 15 Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νιώθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν.
- 16 Διαχειρίζομαι πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου.
- 17 Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου.
- 18 Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα.
- 19Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.
- 20 Στο τέλος της ημέρας, έχω καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου.
- 21Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σ' αυτή τη δουλειά.
- 22 Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου.

ΔΕΛΤΙΟ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΔΗΜΟΓΡΦΑΙΚΩΝ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΩΝ

1. Φύλο : Άνδρας Γυναίκα
2. Ημερομηνία γέννησης :/...../.....
3. Οικογενειακή κατάσταση :
Άγαμος/η
Έγγαμος/η
Διαζευγμένος/η
Χήρος/α
Σε διάσταση
Συμβίωση
4. Έχετε παιδιά ; Ναι Όχι
5. Εάν ναι, πόσα ;
6. Τι εκπαίδευση έχετε ;
Δημοτικό
Γυμνάσιο
Λύκειο
ΤΕΕ ή ΙΕΚ
ΤΕΙ
ΑΕΙ
Μεταπτυχιακές σπουδές
7. Τίτλος σπουδών :
8. Έτη σπουδών :
9. Παρούσα επαγγελματική κατάσταση (ειδικότητα)
10. Φορέας – Δομή που εργάζεστε
11. Αριθμός ετών ή μηνών στη συγκεκριμένη εργασία :
Έτη : Μήνες :