



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Τμήμα «Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας», Τομέας Ψυχολογίας

*Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«Εφαρμοσμένη Ψυχολογία Παιδιού και Εφήβου»*

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Στάσεις για τη ψυχική νόσο και επαγγελματική εξουθένωση στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας: Η επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ικανοποίησης από τη ζωή στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης».

Όνοματεπώνυμο φοιτητή: Κατσαρούπας Παναγιώτης

A.M: 215008

Η Τριμελής Επιτροπή:

Επιβλέπουσα καθηγήτρια: κα Παπαστυλιανού Αντωνία

Μέλος: καθηγήτρια- κα Γενά Αγγελική

Μέλος: αναπληρωτής καθηγητής- κος Αντωνίου Αλέξανδρος-Σταμάτιος

ΑΘΗΝΑ 2018

Σημείωμα του συγγραφέα

Το δοκίμιο αυτό αποτελεί διπλωματική εργασία που συντάχθηκε για το ΠΜΣ «Εφαρμοσμένης Ψυχολογίας Παιδιού και Εφήβου» του Τμήματος Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών και υποβλήθηκε τον Σεπτέμβριο του 2018. Ο συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

Πρόλογος

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε με στόχο τη διερεύνηση των ιδιαίζουσας σημασίας ζητημάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης και των αρνητικών αντιλήψεων σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο στον τομέα της ψυχικής υγείας. Με γνώμονα τον εμπλουτισμό της επιστημονικής γνώσης και τη παραγωγή καινοτόμων ερευνητικών αποτελεσμάτων εξετάστηκαν συνδυαστικά με τα δύο αυτά φαινόμενα η συναισθηματική νοημοσύνη και η ικανοποίηση από τη ζωή σε μια προσπάθεια πολύπλευρης προσέγγισής τους και προαγωγής της επιστημονικής έρευνας.

Στην εφαρμογή και περάτωση της εν λόγω ερευνητικής μελέτης συνέβαλαν σημαντικά κάποιοι άνθρωποι οι οποίοι χρήζουν ειδικής μνείας. Αρχικά θα ήθελα να ευχαριστήσω ειλικρινώς την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, διευθύντρια του ΠΜΣ «Εφαρμοσμένης Ψυχολογίας Παιδιού και Εφήβου» και καθηγήτρια Κοινωνικής Ψυχολογίας, κα Αντωνία Παπαστυλιανού. Με βοήθησε σημαντικά στην υλοποίηση των ερευνητικών μου ιδεών, πίστεψε σε εμένα και μου αφιέρωσε πολύτιμο χρόνο όντας πάντα εκεί για να με συνδράμει στην υπερκέραση οποιασδήποτε δυσκολίας ανέκυπτε. Καθώς με τη πραγμάτωση αυτής της εργασίας ολοκληρώνεται ο μεταπτυχιακός κύκλος σπουδών μου, ο οποίος αποτέλεσε μια πολύτιμη εμπειρία, θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά όλους τους καθηγητές μου για τις γνώσεις που μου προσέφεραν καθώς και τις συμφοιτήτριές μου για τη συνεργασία μας αυτά τα χρόνια.

Συμπληρωματικά θα ήθελα να ευχαριστήσω τους κατασκευαστές των ψυχομετρικών εργαλείων για την εκ μέρους τους αποδοχή της χρησιμοποίησής τους στην έρευνα καθώς και για τις οδηγίες χρήσης και βαθμολόγησής που μου απέστειλαν. Στο ίδιο μήκος κύματος δεν θα μπορούσα να παραλείψω να ευχαριστήσω όλους και καθέναν ξεχωριστά τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που δέχτηκαν να συμπεριληφθούν στο δείγμα της έρευνας αφιερώνοντας χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων καθώς βέβαια και τα επιστημονικά συμβούλια των κλινικών πλαισίων για τη συγκατάθεσή τους στη διεξαγωγή της έρευνάς μου.

Κλείνοντας ένα πραγματικά μεγάλο ευχαριστώ αξίζει στους ανθρώπους που βρέθηκαν κοντά μου και με στήριξαν με όλη τους τη ψυχή, με πρώτους τους γονείς μου οι οποίοι ήταν πάντα δίπλα μου για να με υποστηρίζουν και να μου δίνουν τη δύναμη να συνεχίζω. Μου έμαθαν στη ζωή να κυνηγάω τα όνειρά μου και να προσπαθώ να γίνομαι καλύτερος άνθρωπος όντας ανέκαθεν εκεί για εμένα. Στην ίδια κατεύθυνση ήταν δίπλα μου και κάποιοι στενοί φίλοι τους οποίους θεωρώ οικογένειά μου και ιδιαίτερα ο Αλέξανδρος αποτελώντας για εμένα κίνητρο να συνεχίζω και δείχνοντάς μου πως πάντα πίσω από ένα πρόβλημα υπάρχει μια λύση. Χωρίς όλους εκείνους που συνειδητά ή μη αποτέλεσαν κίνητρο για εμένα να γίνομαι καλύτερος ίσως να μην τα είχα καταφέρει.

Σας ευχαριστώ όλους μέσα από την καρδιά μου...!!!

Περίληψη

Η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε με στόχο τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και των στάσεων σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Εξετάστηκε τόσο η μεταξύ τους συσχέτιση όσο και η επίδραση των δημογραφικών παραγόντων και των εργασιακών χαρακτηριστικών του δείγματος σε αυτές. Ακολούθως διερευνήθηκε η προβλεπτική επίδραση των στάσεων για τη ψυχική νόσο, της ικανοποίησης από τη ζωή και της συναισθηματικής νοημοσύνης στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και η διαμεσολάβηση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη συσχέτιση των εν λόγω στάσεων με την επαγγελματική εξουθένωση. Το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 206 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από τους οποίους οι 92 ήταν άνδρες και οι 114 γυναίκες εργαζόμενοι ως ψυχολόγοι, ψυχίατροι, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί στο δημόσιο, στον ιδιωτικό ή συνδυαστικά και στους δύο τομείς. Οι υπό μελέτη μεταβλητές αξιολογήθηκαν μέσω ενός αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου συλλογής δημογραφικών στοιχείων, της κλίμακας «*Attitudes of Severe Mental Illness scale (ASMI)*», του «*Ερωτηματολογίου καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI)*», του «*Ερωτηματολογίου αξιολόγησης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως γνώρισμα της προσωπικότητας (TEIQue-SF)*» και της «*Κλίμακας Ικανοποίησης από τη Ζωή (SWLS)*». Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζονται με περισσότερο αρνητικές στάσεις σχετικά με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια. Οι γυναίκες φάνηκε να παρουσιάζουν θετικότερες στάσεις συγκριτικά με τους άνδρες οι οποίοι σημείωσαν επίσης υψηλότερες βαθμολογίες στη διάσταση της αποπροσωποποίησης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι μεγαλύτεροι ηλικιακά συμμετέχοντες παρουσιάστηκαν λιγότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι και θετικότερα διακείμενοι προς τη σοβαρή ψυχική ασθένεια ενώ βάσει της ειδικότητάς τους οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλευτές φάνηκε να διακατέχονται από περισσότερο αρνητικές στάσεις και υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους. Η εργασία αποκλειστικά στον ιδιωτικό τομέα φάνηκε να συνδέεται με λιγότερο θετικές στάσεις και υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ η εργασία για λιγότερο από ένα έτος στη παρούσα θέση με πιο αισιόδοξες στάσεις. Συνοψίζοντας επιβεβαιώθηκε η προβλεπτική επίδραση των υπό μελέτη μεταβλητών στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και η θετική της συσχέτιση με τη συναισθηματική νοημοσύνη στο κλάδο της ψυχικής υγείας. Εν κατακλείδι διαπιστώθηκε η διαμεσολαβητική επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στη συσχέτιση των στάσεων με την επαγγελματική εξουθένωση.

Λέξεις κλειδιά: στάσεις, συναισθηματική νοημοσύνη, επαγγελματική εξουθένωση, ψυχική ασθένεια, ικανοποίηση από τη ζωή.

Abstract

The present study was conducted in order to analyze the occupational burnout effects and the conceptions of mental health professionals concerning severe mental illness. The study examined both the relation and the effect of socio-demographic factors and professional characteristics of the sample on the aforementioned issues. In addition, the predictive value of attitudes towards severe mental illness, as well as of life satisfaction and emotional intelligence were examined in predicting the appearance of occupational burnout symptoms. Also, the mediating effect of emotional intelligence in the correlation of the aforementioned attitudes with the occupational burnout were analyzed. The sample consisted of 206 mental health professionals in total, of whom 92 were men and 114 were women. These were psychologists, psychiatrists, nurses, and social workers, in public and private sector or in both of them. The examined variables were assessed using a questionnaire of socio-demographic factors, constructed for the study, and the scales: «*Attitudes of Severe Mental Illness scale (ASMI)*», the «*Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS-MP)*», the «*Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQue-SF)*» and the «*Satisfaction with Life Scale (SWLS)*». From the results it was shown that higher levels of occupational burnout are correlated with more negative attitudes towards the mental illness. Women held more positive attitudes in comparison with men, who scored higher in occupational burnout subscale of depersonalization. Older participators showed lower scores in occupational burnout and held more positive attitudes towards mental illness. As far as the profession is concerned, social workers and nurses seem to hold more negative attitudes and higher levels of occupational burnout in comparison with psychologists and psychiatrists. Working in private sector is associated with less positive attitudes and higher levels of occupational burnout, while working less than a year in the current work position is associated with more positive attitudes. In conclusion, the study confirmed the predictive effect of the examined variables on the asset of occupational burnout symptoms as well as the positive correlation with the emotional intelligence in the field of mental health. To sum up, the mediating effect of emotional intelligence was found to be significant on the correlation of the aforementioned attitudes with the occupational burnout.

Keywords: attitudes severe mental illness, emotional intelligence, occupational burnout, life satisfaction.

Περιεχόμενα

Πρόλογος	3
Περίληψη.....	4
Abstract	5
<u>Κεφάλαιο 1.</u> <i>Το φαινόμενο του στιγματισμού της ψυχικής ασθένειας και των ψυχικά πασχόντων ως αποτέλεσμα των αρνητικών απέναντί τους στάσεων.....</i>	8
1.1. <i>Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και ο φαύλος κύκλος του.....</i>	8
1.2. <i>Εννοιολογική προσέγγιση του στίγματος, τα είδη και οι διαστάσεις του</i>	9
1.3. <i>Θεωρητικές προσεγγίσεις του φαινομένου του στιγματισμού.....</i>	11
1.3.1. <i>Goffman και «φθαρμένη ταυτότητα».....</i>	11
1.3.2. <i>Θεωρία του χαρακτηρισμού ή της απόδοσης ετικέτας (Labelling Theory).....</i>	12
1.4. <i>Οι συνέπειες και οι αποδέκτες του στίγματος της ψυχικής ασθένειας</i>	13
1.5. <i>Αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τους ψυχικά πάσχοντες</i>	14
<u>Κεφάλαιο 2.</u> <i>Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης.....</i>	17
2.1. <i>Εννοιολογική προσέγγιση της επαγγελματικής εξουθένωσης</i>	17
2.2. <i>Τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης</i>	19
2.2.1. <i>Το πολυδιάστατο μοντέλο της Maslach</i>	19
2.2.2. <i>Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss</i>	20
2.2.3. <i>Το μοντέλο προοδευτικής αποεπένδυσης των Edelwich και Brodsky</i>	20
2.2.4. <i>Το μοντέλο της Κοπερχάγης.....</i>	21
2.3. <i>Παράγοντες που συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση</i>	22
2.3.1. <i>Προσωπικά χαρακτηριστικά</i>	23
2.3.2. <i>Εργασιακοί παράγοντες</i>	23
2.4. <i>Η επαγγελματική εξουθένωση στο τομέα της ψυχικής υγείας</i>	24
2.5. <i>Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης</i>	25
2.6. <i>Πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης</i>	26
2.6.1. <i>Στρατηγικές πρόληψης και παρεμβάσεις με επίκεντρο το άτομο</i>	27
2.6.2. <i>Στρατηγικές πρόληψης και παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο</i>	27
<u>Κεφάλαιο 3.</u> <i>Συναισθηματική νοημοσύνη.....</i>	28
3.1. <i>Εννοιολογικός προσδιορισμός της συναισθηματικής νοημοσύνης</i>	28

3.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης	29
3.2.1. Το μοντέλο ικανότητας των Mayer, Salovey και Caruso	30
3.2.2. Το μοντέλο κοινωνικής-συναισθηματικής νοημοσύνης του Bar-On	31
3.2.3. Η συναισθηματική νοημοσύνη ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας	32
3.3. Συσχέτιση συναισθηματικής νοημοσύνης και ικανοποίησης από τη ζωή με την επαγγελματική εξουθένωση	33
<u>Κεφάλαιο 4. Στόχοι και υποθέσεις της έρευνας</u>	34
<u>Κεφάλαιο 5. Μεθοδολογία</u>	36
5.1. Συμμετέχοντες.....	36
5.2. Μέσα συλλογής δεδομένων.....	39
5.2.1. Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων	39
5.2.2. «Στάσεις για τη σοβαρή ψυχική αρρώστια (ASMI)»	40
5.2.3. «Ερωτηματολόγιο καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (MBI)»	41
5.2.4. «Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως γνώρισμα της προσωπικότητας (TEIQue)»	42
5.2.5. «Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή»	44
5.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων.....	44
5.4. Έλεγχος αξιοπιστίας των μέσων συλλογής των δεδομένων	45
<u>Κεφάλαιο 6. Ευρήματα</u>	47
6.1. Διερεύνηση της συσχέτισης των υπό μελέτη μεταβλητών.....	47
6.2. Συσχέτιση των δημογραφικών παραγόντων με τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια και την επαγγελματική εξουθένωση.....	52
6.3. Η προβλεπτική επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης, των στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια και της ικανοποίησης από τη ζωή στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	64
6.4. Η συναισθηματική νοημοσύνη ως ενδιάμεση μεταβλητή στη σχέση των στάσεων έναντι της σοβαρής ψυχικής νόσου με την επαγγελματική εξουθένωση.....	65
<u>Κεφάλαιο 7. Συζήτηση</u>	67
<u>Κεφάλαιο 8. Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα</u>	79
Βιβλιογραφία.....	83
Παράρτημα.....	98

Θεωρητικό πλαίσιο

1. Το φαινόμενο του στιγματισμού της ψυχικής ασθένειας και των ψυχικά πασχόντων ως αποτέλεσμα των αρνητικών απέναντί τους στάσεων

1.1. Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και ο φαύλος κύκλος του

Η ψυχική νόσος εντάσσεται σε ένα ευρύ φάσμα νόσων που εγείρουν προκαταλήψεις και διακρίσεις. Προοδευτικά έχει ταυτιστεί με την «παράνοια» εξαιτίας των αρνητικών στερεοτύπων και των αναπαραστάσεών της και είναι συνυφασμένη με τη κοινωνική απομόνωση, τα αισθήματα ενοχής και τη μυστικοπάθεια (Οικονόμου & Χαρίτση, 2010. Byrne, 2000). Το στίγμα που σχετίζεται με αυτήν φαίνεται να εγκρίνεται όχι μόνο από ένα μέρος της κοινωνίας που υπολείπεται σε γνώση αναφορικά με τη συγκεκριμένη κατάσταση αλλά και από επαγγελματίες που εργάζονται στο τομέα της ψυχικής υγείας, παρά την απουσία συμπεριφορών εκ μέρους των πασχόντων που να επιβεβαιώνουν τις υπάρχουσες στερεοτυπικές πεποιθήσεις (Lyons & Ziviani, 1995).

Ο στιγματισμός των ψυχικά ασθενών συνδέεται με πλήθος αρνητικών συνεπειών με σημαντικότερη τη παρεμπόδιση της αποτελεσματικής αντιμετώπισης της ασθένειας. Η προσπάθεια των πασχόντων να αποφύγουν τη περιθωριοποίηση μέσω της απόκρυψης της κατάστασής τους, τους καθιστά συνήθως απρόθυμους να αναζητήσουν έγκαιρα θεραπεία γεγονός το οποίο συνδυαστικά με τη ψυχολογική πίεση που υφίστανται, επηρεάζει δυσμενώς τη πορεία της ασθένειας συνολικά (Schulze & Angermeyer, 2003. Smith, 2002). Αποτέλεσμα αυτών είναι η παράταση της διάρκειας της ασθένειας και η εγκαθίδρυση της ετικέτας του ψυχικά ασθενή δημιουργώντας τοιούτοτρόπως ένα «φαύλο κύκλο στερεοτύπων, προκαταλήψεων και διακρίσεων που διαιωνίζεται μέχρι να διασπαστεί» (Οικονόμου και συν., 2006, σ. 32).

Ο φαύλος αυτός κύκλος του στιγματισμού καθίσταται ευκολότερα αντιληπτός στο μοντέλο του Sartorius (2000) βάσει του οποίου οι επιπτώσεις του στίγματος έχουν ως αποτέλεσμα τη περαιτέρω ενίσχυση των αιτιών πρόκλησής του (Sartorius, 2000. Οικονόμου & Χαρίτση, 2010). Η αφετηρία εντοπίζεται στο στιγματιστικό «σημάδι» που στη περίπτωση της ψυχικής ασθένειας αποτελούν τα ψυχοπαθολογικά συμπτώματα. Εν συνέχεια φορτίζεται με διαστρεβλωμένες αναπαραστάσεις οι οποίες πηγάζουν από προϋπάρχουσες πεποιθήσεις και υπό την επίδραση των στερεοτύπων μετατρέπεται σε «στίγμα». Η διαδικασία αυτή καταλήγει σε πρακτικές διάκρισης οι οποίες με τη σειρά τους έχουν ως αποτέλεσμα σωρεία μειονεκτημάτων όπως η ένδεια των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η περιορισμένη σε αυτές πρόσβαση και οι συχνές υποτροπές του

ασθενή. Σημείο τερματισμού της κυκλικής αυτής πορείας είναι το σημείο εκκίνησης της, το οποίο έχοντας πλέον μεγεθυνθεί καθιστά ευκολότερο το στιγματισμό του πάσχοντος (αναφ. στο Sartorius & Schulze, 2005. Smith, 2002).

Θα ήταν χρήσιμο να τονιστεί ότι η παρέμβαση σε οποιοδήποτε σημείο του φαύλου αυτού κύκλου δύναται να δώσει τέλος στην ατέρμονη πορεία του. Μια τέτοια παρέμβαση μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους, μεταξύ των οποίων η εφαρμογή ειδικών θεραπειών με στόχο το περιορισμό των εξωπυραμιδικών συμπτωμάτων, η υποστήριξη του πάσχοντα και της οικογένειάς του και η ενημέρωση της κοινότητας με στόχο την αναίρεση των αντιλήψεων που αποτελούν το αρνητικό φορτίο και τη προώθηση της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Οικονόμου και συν., 2006. Stuart & Sartorius, 2005).

1.2. Εννοιολογική προσέγγιση του στίγματος, τα είδη και οι διαστάσεις του

Ως έννοια το στίγμα προέρχεται από το ρήμα «στίζω» που σημαίνει «τρυπώ» και συνδέεται με την ύπαρξη ενός έκδηλου σημαδιού σε κάποιο άτομο, το οποίο εξαιτίας αυτού διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα και επιβαρύνεται με αρνητικές και απαξιωτικές ιδιότητες (Οικονόμου, 2008).

Χαρακτηριστική είναι σύμφωνα με τους Οικονόμου, Γραμανδάνη, Λουκή, Γιώτη και Στεφανή (2006) η ανθεκτικότητα της έννοιας αυτής στο χρόνο καθώς ήδη από την αρχαιότητα συνδεόταν με την απόκλιση από τα κοινωνικώς καθιερωμένα πρότυπα συμπεριφοράς καταλήγοντας τον εικοστό αιώνα έως και στο παρόντα χρόνο να σηματοδοτεί μια πράξη απαγορευμένη που καθιστά, όπως είχε διαπιστώσει προγενέστερα ο Goffman (1963, σ. 3), τον άνθρωπο στο κοινό νου «από ένα ολοκληρωμένο σε ένα στιγματισμένο και υποτιμημένο ον».

Από τις ποικίλες προσπάθειες ορισμού της συγκεκριμένης έννοιας ξεχωρίζει αυτή των Crocker, Major και Steele (1998) βάσει της οποίας αποτελεί μια κατάσταση απειλής κατά την οποία ο στιγματισμός ενός ή μιας ομάδας ανθρώπων επηρεάζει και το τρόπο κρίσης και αντιμετώπισής τους από τους υπόλοιπους όντας μια διεργασία που εξαρτάται σημαντικά από το κοινωνικό πλαίσιο στο οποίο εκδηλώνεται και διακρίνεται ουσιαστικά από την απόκλιση. Ως προς αυτό άλλωστε υπάρχουν κατηγορίες ανθρώπων που εντός κάποιου κοινωνικού πλαισίου ενδέχεται να λαμβάνουν μια υποτιμημένη ταυτότητα χωρίς να εκδηλώνουν οποιουδήποτε είδους απόκλιση, όπως για παράδειγμα το γυναικείο φύλο (Παυλόπουλος, 2006). Βάσει των προαναφερθέντων και δεδομένης της απουσίας μιας ευρέως αποδεκτής θεωρητικής προσέγγισής του συγκεκριμένου φαινομένου, θα ήταν ορθότερο να οριστεί ως μια αντιλαμβανόμενη από τη κοινωνία διαφορετικότητα και όχι απόκλιση η οποία εκλαμβάνεται ως απειλή και καταλήγει στη κατηγοριοποίηση και στην εκδήλωση πρακτικών διάκρισης (Smith, 2002).

Αναφορικά με τα είδη του στίγματος ο Goffman (1963) διέκρινε τρία: το φυλετικό, το σωματικό και το χαρακτηρισολογικό. Το πρώτο φαίνεται να μεταδίδεται από γενιά σε γενιά και πλήττει κοινωνικά απαξιωμένες φυλετικές, εθνικές ή θρησκευτικές ομάδες. Το σωματικό αναφέρεται σε σωματικές καταστάσεις που οδηγούν στο κοινωνικό αποκλεισμό όπως για παράδειγμα σωματικές αναπηρίες, συνθήκες παραμόρφωσης ή παχυσαρκία. Τέλος στο χαρακτηρισολογικό εντάσσονται τα λεγόμενα «κηλιδώματα» του χαρακτήρα και περιλαμβάνονται φαινόμενα όπως η χρήση ουσιών, η νεανική παραβατικότητα και σύμφωνα με κάποιους η ψυχική ασθένεια και η ομοφυλοφιλία.

Ως προς τις διαστάσεις του κοινωνικού στιγματισμού ο Jones και οι συνεργάτες του (1984) εντόπισαν τις εξής παραμέτρους: την ευλογοφάνεια της στιγματιστικής κατάστασης, τη πορεία της, τη διασπαστικότητα που προκαλεί, την ύπαρξη αισθητικών «βδελυγμάτων» ως αποτέλεσμα της, τη πηγή προέλευσης-ικανότητα ελέγχου της και την επικινδυνότητά της. Από αυτές καθοριστικότερες για το στιγματισμό ή μη του ατόμου φαίνεται να είναι αυτές της ευλογοφάνειας και της ικανότητας ελέγχου (Crocker et al., 1998).

Πιο συγκεκριμένα η ευλογοφάνεια αφορά τη δυνατότητα ή μη παρατήρησης της στιγματιστικής κατάστασης από το κοινωνικό σύνολο. Στις συνθήκες που καθίσταται εμφανής όπως ισχύει αναφορικά με το γένος, τη φυλή ή καταστάσεις παραμόρφωσης επηρεάζεται τόσο ο τρόπος αντίδρασης του κοινωνικού συνόλου όσο και η αυτοαντίληψη των ιδίων των αποδεκτών του στιγματισμού σε αντίθεση με αυτές που μπορεί να διατηρηθεί κρυφή, όπως για παράδειγμα στη κατάσταση της ομοφυλοφιλίας, όπου επιτυγχάνεται η κοινωνική αλληλεπίδραση χωρίς τις αρνητικές επιπτώσεις μιας απαξιωμένης κοινωνικής ταυτότητας (Παυλόπουλος, 2006).

Αντίστοιχα, η ικανότητα ελέγχου έγκειται στο κατά πόσο το άτομο θεωρείται από τον κοινό νου υπεύθυνο ή όχι για τη κατάσταση που βιώνει. Η σημασία της διάστασης αυτής είναι καθοριστική καθώς όταν η υπαιτιότητα της στιγματιστικής συνθήκης αποδίδεται στο ίδιο το άτομο τότε βιώνει σε μεγαλύτερο βαθμό την απόρριψη. Εκτός όμως της ευρύτερης κοινωνικής αντίδρασης επηρεάζεται και η αντίδραση του ίδιου καθώς εάν η έδρα ελέγχου της κατάστασής του εντοπίζεται σε εκείνο, ως βασικός στόχος τίθεται συνήθως η αυτο-βελτίωση ενώ σε αντίθετη περίπτωση ως προτεραιότητα τίθεται η επίτευξη της αυτο-αποδοχής (Crocker et al., 1998).

Εν κατακλείδι έως και σήμερα η έννοια του στίγματος υποδηλώνει τις πρακτικές διάκρισης απέναντι σε ανθρώπους «διαφορετικούς» από το σύνολο. Η «διαφορετικότητα» αυτή εκτείνεται από ειδικές συμπεριφορές μέχρι νόσους φορτισμένες αρνητικά στις συλλογικές αναπαραστάσεις, με χαρακτηριστικότερο παράδειγμα τη ψυχική ασθένεια (Οικονόμου και συν., 2006).

1.3. Θεωρητικές προσεγγίσεις του φαινομένου του στιγματισμού

1.3.1. Goffman και «φθαρμένη ταυτότητα»

Πρωτοπόρος στη καταγραφή του φαινομένου του στιγματισμού υπήρξε ο Goffman (1963), ο οποίος αναφέρθηκε στη σπίλωση της ταυτότητας του ατόμου που φέρει ένα κοινωνικά ανεπιθύμητο χαρακτηριστικό και την εν μέρει απώλεια της κοινωνικής του υπόστασης. Διερεύνησε τη συσχέτιση του στιγματισμού με τις έννοιες της κανονικότητας και της παρέκκλισης και έστρεψε το ενδιαφέρον του στην οπτική του στιγματισμένου ατόμου που επιδιώκει να κερδίσει τη κοινωνική αποδοχή. Σύμφωνα με εκείνον το στίγμα μετατρέπει το άτομο από «ολοκληρωμένο» και «συνηθισμένο» σε «μιαρό» και «διαχωρισμένο» καταλήγοντας στη θεώρηση του από το κοινωνικό περίγυρο ως «κάτι λιγότερο από ολοκληρωμένο ανθρώπινο ον». Η πεποίθηση αυτή αποτελεί το εφαλτήριο για τη μετέπειτα εκδήλωση πρακτικών διάκρισης και περιθωριοποίησης.

Σημαντικός φαίνεται να είναι σύμφωνα με όσα υποστήριξε ο ρόλος της κοινωνίας στη διαδικασία του στιγματισμού καθώς βασική της επιδίωξη είναι η ένταξη των μελών της σε κατηγορίες βάσει συγκεκριμένων γνωρισμάτων που τους αποδίδονται και αποτελούν τη δοτή κοινωνική τους ταυτότητα. Οι προκαταβολικές εντυπώσεις που δημιουργούνται κατά αυτόν τον τρόπο επηρεάζουν τη κοινωνική αλληλεπίδραση καθώς μετατρέπονται σε κανονιστικές προσδοκίες οι οποίες δρουν σε ασυνείδητο επίπεδο και επιτρέπουν τη διάκριση ανάμεσα στη δυνητική και τη πραγματική κοινωνική ταυτότητα. Η διαφορά των δύο εντοπίζεται στο ότι η μεν πρώτη αποδίδεται στο άτομο σύμφωνα με τις «εν δυνάμει» κοινωνικές αξιώσεις ενώ η δεύτερη προκύπτει από τα χαρακτηριστικά που αποδεδειγμένα κατέχει. Το στίγμα σύμφωνα με τον Goffman πηγάζει από την ασυμφωνία ανάμεσα τις δύο αυτές ταυτότητες και εκφράζεται με πρακτικές αποκλεισμού από τη πλήρη συμμετοχή στην κοινωνία.

Ο ίδιος διέκρινε δύο πιθανά ενδεχόμενα, είτε ο στιγματισμένος να έχει επίγνωση της διαφορετικότητάς του και να υποθέτει ότι κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τον κοινωνικό του περίγυρο είτε να την γνωρίζει μόνο ο ίδιος και να πιστεύει ότι οι υπόλοιποι αδυνατούν να την αντιληφθούν άμεσα. Σύμφωνα με το πρώτο ενδεχόμενο κατατάσσεται στη θέση του «απαξιωμένου» ενώ ως προς το δεύτερο καταλαμβάνει εκείνη του «απαξιώσιμου».

Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι το ενδιαφέρον του Goffman εστιάστηκε επίσης στο στίγμα της ψυχικής ασθένειας. Στο έργο του «Characteristics of Total Institutions» αντιπαρέβαλλε τη θέση του «προσωπικού» με αυτή των «ασθενών» και τόνισε τη τάση των πρώτων να θεωρούν τους δεύτερους μυστικοπαθείς και αναξιόπιστους και τους τελευταίους να αισθάνονται κατώτεροι, αδύναμοι και ένοχοι. Υποστήριξε ότι μετά τη νοσηλεία του ασθενούς η κοινωνική του θέση δεν

παραμένει ανεπηρέαστη καθώς πλέον κατέχει μια δυσμενή κοινωνική ταυτότητα της οποίας οι επιπτώσεις είναι σημαντικές σε βασικούς τομείς της ζωής όπως η εργασία και η στέγαση (αναφ. στο Byrne, 1999). Μελέτες σχετικές με το στίγμα της ψυχικής ασθένειας είχαν πραγματοποιηθεί και πριν τον Goffman (1963) με τη καινοτομία του έργου του να εντοπίζεται στη σύνδεση του στίγματος με τη κοινωνική και προσωπική ταυτότητα (Star, 1955. Woodward, 1951. αναφ. στο Pescosolido, 2013).

1.3.2. Θεωρία του «χαρακτηρισμού ή απόδοσης ετικέτας» (Labelling Theory)

Η θεωρία του «χαρακτηρισμού ή απόδοσης ετικέτας» αποτελεί ορόσημο στη μελέτη του φαινομένου του στιγματισμού και ειδικότερα στη σύνδεσή του με τη ψυχική ασθένεια όπως διερευνάται στη παρούσα μελέτη. Κατά αυτόν τον τρόπο περιλαμβάνει δύο σημαντικά σημεία με το πρώτο να εντοπίζεται στον προσδιορισμό της ψυχικής ασθένειας ως ένα είδος παρέκκλισης από τα κοινωνικά καθιερωμένα πρότυπα και το δεύτερο στη σημασία της επίδρασης του κοινωνικού περιγύρου στο ψυχικά πάσχοντα.

Στη κλασική της μορφή ως θεωρία δημιουργήθηκε από τον Lemert (1951) και αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο αφορά τη πρωταρχική παρέκκλιση, το αρχικό δηλαδή παρεκκλίνον χαρακτηριστικό, με το δεύτερο να εντοπίζεται στη διαμεσολάβηση του κοινωνικού συνόλου μέσω της αντίδρασής του στη πρωταρχική παρέκκλιση και το τρίτο στην απάντηση του παρεκκλίνοντος στην προαναφερθείσα αντίδραση καταλήγοντας σε αυτό που καλείται δευτερογενής παρέκκλιση.

Ακολουθώς ο Scheff (1966) αναβάθμισε τη προαναφερθείσα θεωρία σε μια συστηματική και αιτιολογική θεωρία της ψυχικής ασθένειας. Σύμφωνα με αυτήν, η παραβίαση ορισμένων κοινωνικών κανόνων ενδέχεται να καταλήξει στην απόδοση της ετικέτας του ψυχικά ασθενούς η οποία είναι πιθανό να ωθήσει το άτομο στην αναζήτηση ψυχιατρικής βοήθειας και σε συνδυασμό με τις ψυχοπιεστικές συνθήκες που δημιουργούνται από τις κοινωνικές προσδοκίες να καταλήξει στην εκ μέρους του επιβεβαίωσή της (αναφ. στο Scheff, 1974).

Τόνισε ότι δεν είναι καθεαυτή η συμπεριφορά του παρεκκλίνοντος από τις κοινωνικές νόρμες που υπαγορεύει τη στάση του κοινωνικού συνόλου απέναντί του όσο η ετικέτα που του έχει αποδοθεί. Στη περίπτωση συγκεκριμένα της ψυχικής ασθένειας η κοινωνική αντίδραση φαίνεται να δημιουργείται εξαιτίας της προκαταβολικής αρνητικής εντύπωσης και των στερεοτύπων που συνοδεύουν την ετικέτα του ψυχικά πάσχοντος ακόμη κι αν η συμπεριφορά του τελευταίου δεν τα επιβεβαιώνει, καταλήγοντας σε φαινόμενα όπως η κοινωνική απόρριψη και ο αποκλεισμός. Η «ετικέτα» φαίνεται κατά αυτόν τον τρόπο να υπερτερεί της συμπεριφοράς του πάσχοντος και να συμβάλλει στη παραγωγή «χρόνιων» ψυχικών νόσων ανεξάρτητα από το βαθμό και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της υπάρχουσας κατάστασης καθώς ακόμη κι όταν αυτά μειώνονται, η αρνητική

προκαταβολική εντύπωση που συνοδεύει τη ψυχική νόσο τείνει να διατηρείται (Μερτίκα, Οικονόμου, Σταλίκας & Γραμανδάνη, 2006. Οικονόμου και συν., 2006).

Συνοψίζοντας η θεωρία της απόδοσης ετικέτας και η σύνδεσή της με τη ψυχική ασθένεια δέχτηκε επικρίσεις κυρίως για δύο σημεία της. Το πρώτο εντοπίζεται στην υποτίμηση της σημαντικότητας της αρχικής παρέκκλισης και της έμφυτης ψυχοπαθολογίας στην απόδοση της ετικέτας του ψυχικά ασθενή και το δεύτερο στη κυριαρχία της ετικέτας έναντι της συμπεριφοράς καθώς κατά αυτόν τον τρόπο μειώνονται οι πιθανότητες αντιμετώπισης των αρνητικών επιπτώσεων του στίγματος.

Στην αμφισβήτηση ορισμένων δογμάτων της εν λόγω θεωρίας συνέβαλε ο Gove (1975) σύμφωνα με τον οποίο η κοινωνική απόρριψη των ψυχικά πάσχοντων, όταν παρατηρείται, οφείλεται κατά κύριο λόγο στην εναρμονισμένη με τα συμπτώματα της ψυχικής νόσου συμπεριφορά τους και όχι στην ετικέτα που τους αποδίδεται δίνοντας έμφαση στο ότι η ετικέτα είναι αποτέλεσμα και όχι αιτία πρόκλησης της αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Κατά αυτόν τον τρόπο η αιτία πρόκλησης του στίγματος θα έπρεπε να αναζητηθεί στη παρεκκλίνουσα συμπεριφορά του ατόμου και όχι στην ετικέτα που του αποδίδεται (Οικονόμου και συν., 2006).

Συμπληρωματικά οι Link, Cullen, Frank και Wozniak (1987) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επίδραση της συμπεριφοράς υπερτερεί αυτής της ετικέτας και πρότειναν μια παραλλαγή του μοντέλου του Scheff (1966) με την έμφαση να δίνεται στο περιεχόμενο των προκαταβολικών κοινωνικών αντιλήψεων περί της ψυχικής ασθένειας και στη λειτουργία της ετικέτας ως ενισχυτικός παράγοντας στη προώθηση διαστρεβλωμένων πεποιθήσεων σχετικά με τους ψυχικά πάσχοντες. Η σημασία της συγκεκριμένης πρότασης έγκειται στο γεγονός ότι μια πιθανή εναρμόνιση της συμπεριφοράς του πάσχοντα με τα κοινωνικώς καθορισμένα πρότυπα ίσως να μπορεί να επιφέρει απαλοιφή των στιγματιστικών στάσεων (Μερτίκα και συν., 2006).

1.4. Οι συνέπειες και οι αποδέκτες του στίγματος της ψυχικής ασθένειας

Οι επιπτώσεις του στιγματισμού είναι πολυδιάστατες και έχουν πολλούς αποδέκτες. Οι πάσχοντες από σοβαρή ψυχική ασθένεια εκτός της ίδιας της ασθένειας έχουν επίσης να αντιμετωπίσουν τα στερεότυπα, τις προκαταλήψεις και τις πρακτικές διάκρισης που υφίστανται σε βασικούς τομείς της ζωής τους μεταξύ των οποίων η εργασία, η στέγαση και οι διαπροσωπικές τους σχέσεις.

Αρχικά πρώτο στόχο των αρνητικών κοινωνικών πεποιθήσεων αποτελούν οι ίδιοι οι πάσχοντες των οποίων η αυτοαντίληψη και η αλληλεπίδραση με το κοινωνικό περίγυρο πλήττεται σημαντικά ωθώντας τους στον αυτοστιγματισμό ως αποτέλεσμα της αποδοχής της υποτιμημένης

ταυτότητας που τους αποδίδεται (Corrigan & Watson, 2002). Συνέπεια του γεγονότος αυτού είναι η εκ μέρους τους αναστολή της αναζήτησης έγκαιρης θεραπείας καθώς τείνουν να προσάπτουν τα συμπτώματά τους στην ετικέτα που τους έχει αποδοθεί, υποτιμώντας ουσιαστικά τη θεραπεία και επηρεάζοντας αρνητικά την έκβαση της ασθένειας (Μοσχονάς, 2009. Οικονόμου και συν., 2006).

Αναφορικά με τις διαπροσωπικές τους σχέσεις έντονη δυσκολία παρατηρείται στη δόμηση φιλικών σχέσεων και στην έκφραση διεκδικητικών συμπεριφορών ιδίως στον εργασιακό τομέα.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα ερευνητικά ευρήματα αναφορικά με την αυτοεκτίμηση των ψυχικά ασθενών καθώς ορισμένα από αυτά δεν επιβεβαιώνουν τη συστηματική σύνδεσή της με το φαινόμενο του στιγματισμού ενώ από άλλα προκύπτει μεγαλύτερη τιμή της στις στιγματισμένες ομάδες (Παυλόπουλος, 2006. Jensen, White, & Galliher, 1982).

Πέραν των ιδίων των πασχόντων σημαντικά επηρεάζεται και το στενό τους περιβάλλον. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία οι οικογένειές τους παρουσιάζουν επίσης μειωμένη αυτοεκτίμηση ενώ συχνά αποτελούν στόχο αυτού που ο Goffman (1963) περιέγραψε ως «courtesy stigma» και ορίζει το στιγματισμό των ατόμων εξαιτίας της επαφής τους με κάποιο άλλο που πάσχει από σοβαρή ψυχική ασθένεια (Lefley, 1992). Συμπληρωματικά βάσει ερευνών οι οικογένειες που περιλαμβάνουν κάποιον πάσχοντα από σχιζοφρένεια τείνουν να παρουσιάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό συναισθήματα ντροπής και τάσεις απομόνωσης προκειμένου να μην αποκαλυφθεί η ύπαρξη της νόσου (Οικονόμου και συν., 2006. Sartorius, 1999).

Στο σημείο αυτό θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί ότι «θύματα» του στίγματος αποτελούν και οι ίδιοι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Συνήθως χαρακτηρίζονται από τη κοινωνία ως παράξενοι και μοναχικοί ενώ κάποιες φορές αποφεύγεται η συναναστροφή μαζί τους γεγονός που τείνει να επηρεάζει αρνητικά τη ποιότητα των παρεχόμενων εκ μέρους τους υπηρεσιών και την έκβαση της θεραπείας συνολικά. Στη προσπάθεια αντιμετώπισης του στιγματισμού των επαγγελματιών ψυχικής υγείας από το κοινωνικό τους περίγυρο εξαιτίας της επαφής τους με τη σοβαρή ψυχική νόσο έχουν συμβάλει σημαντικά οι διαδικασίες αποασυλοποίησης, με τη δημιουργία δομών ψυχικής υγείας εντός των κοινοτήτων με απώτερο στόχο τη διάψευση των αρνητικών στερεοτύπων σχετικά με τη ψυχική ασθένεια μέσω της επαφής και της εξοικείωσης με αυτήν (Sartorius, 1999. Κωνσταντινίδη, 2008).

1.5. Αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για τους ψυχικά πάσχοντες

Τα τελευταία χρόνια το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στη διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας πιθανώς να συμβάλλουν στην εγκαθίδρυση των σχετιζόμενων με τη ψυχική ασθένεια αρνητικών στερεοτύπων. Ορισμένα από τα ερευνητικά ευρήματα καταδεικνύουν ότι οι πρακτικές διάκρισης έναντι των ψυχικά πασχόντων υφίστανται και

κατά την επαφή τους με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας και εκφράζονται με ποικίλους τρόπους όπως η έλλειψη ενδιαφέροντος προς τους ασθενείς, η αρνητική πρόγνωση που συνοδεύει τη διάγνωση της ψυχικής ασθένειας και η μη επαρκής ενημέρωση των πασχόντων σχετικά με τη θεραπεία και την έκβασή της (αναφ. στο Schulze, 2007).

Εξίσου ενδιαφέρουσα κρίνεται και η έρευνα σχετικά με τις εκφραζόμενες στάσεις και τις αντιλήψεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια. Οι Nordt, Rössler και Lauber (2006) διερεύνησαν τις στάσεις της προαναφερθείσας επαγγελματικής ομάδας καταλήγοντας σε μη σημαντική διαφοροποίησή τους από το γενικό πληθυσμό αναφορικά με την αποδοχή των αρνητικών στερεοτύπων και την επιθυμητή κοινωνική απόσταση από τους πάσχοντες. Οι ψυχίατροι έτειναν να υιοθετούν τα αρνητικά στερεότυπα σε μεγαλύτερο ποσοστό συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες επαγγελματιών ψυχικής υγείας και το γενικό πληθυσμό. Σε αντίστοιχα ευρήματα κατέληξε και η έρευνα των Lauber, Nordt, Braunschweig και Rössler (2006) σε ψυχιάτρους, ψυχολόγους, νοσηλευτές και άλλους θεραπευτές με τους πρώτους να εγκρίνουν σε μεγαλύτερο βαθμό τα στερεότυπα περί της μη προβλεψιμότητας και επικινδυνότητας των ψυχικά ασθενών.

Χαρακτηριστική αναφορικά με την προαναφερθείσα αντίληψη περί επικινδυνότητας είναι η έρευνα των Magliano, Fiorillo, De Rosa, Malangone και Maj (2004) βάσει της οποίας ένα σημαντικό ποσοστό επαγγελματιών ψυχικής υγείας διαφώνησε με το ότι οι πάσχοντες από σχιζοφρένεια θα μπορούσαν μετά από πλήρη θεραπεία τους να εργαστούν ως φροντιστές παιδιών ενώ αναφορικά με τα δικαιώματά τους ένα επίσης σημαντικό ποσοστό συμφώνησε ότι δεν πρέπει να παντρεύονται και να αποκτούν παιδιά. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα συγκεκριμένα ερευνητικά ευρήματα πρέπει να εξεταστούν με ιδιαίτερη προσοχή με στόχο την επαλήθευση ή μη τους.

Συμπληρωματικά με τα παραπάνω η επιθυμία κοινωνικής απόστασης αποτελεί μια επιπλέον διάσταση της προκατάληψης που συνδέεται με την ψυχική ασθένεια. Βάσει ερευνών οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας και ειδικότερα οι ψυχίατροι τείνουν να εμφανίζουν ανάλογα ή και υψηλότερα επίπεδα επιθυμητής κοινωνικής απόστασης από τους ασθενείς συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό τα οποία αυξάνονται όσο σοβαρότερη είναι η ψυχική διαταραχή με χαρακτηριστικότερη αυτή της σχιζοφρένειας (Lauber, Anthony, Ajdacic-Gross & Rössler, 2004. Nordt et al., 2006. Van Dorn, Swanson, Elbogen, & Swartz, 2005).

Αξίζει να αναφερθεί ότι εκτός των ευρημάτων που προαναφέρθηκαν και συνηγορούν στις εκφραζόμενες αρνητικές στάσεις περί της ψυχικής νόσου υπάρχουν και άλλα που υποδεικνύουν το αντίθετο. Μια έρευνα των Kingdon, Sharma και Hart (2004) σε δείγμα ψυχιάτρων κατέδειξε ότι παρουσίαζαν θετικές στάσεις ως προς τη ψυχική ασθένεια μη υιοθετώντας τη στερεοτυπική αντίληψη περί της επικινδυνότητας των σχιζοφρενών και απορρίπτοντας τη πεποίθηση ότι η εκδήλωσή της οφείλεται στην έλλειψη αυτοπειθαρχίας και θέλησης εκ μέρους των πασχόντων.

Σε αντίστοιχα αποτελέσματα κατέληξαν οι Grausgruber, Meise, Katschnig, Schony και Fleischhacker (2007) στην έρευνά τους, στην οποία συμμετείχαν επαγγελματίες ψυχικής υγείας, συγγενείς ατόμων με κάποια ψυχική διαταραχή και γενικός πληθυσμός. Οι πρώτοι έτειναν να υιοθετούν περισσότερο θετικές στάσεις συγκριτικά με τις άλλες δύο ομάδες αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη επικινδυνότητα των ψυχικά ασθενών και την επιτυχή έκβαση της θεραπείας ενώ παρουσίαζαν επίσης χαμηλότερα ποσοστά επιθυμητής απόστασης. Σημειώνεται ότι σχετικά με την έκβαση της θεραπείας και από άλλες έρευνες προκύπτει ότι οι εν λόγω επαγγελματίες εμφανίζονται περισσότερο αισιόδοξοι και υποστηρικτικοί (αναφ. στο Wahl & Aroesty-Cohen, 2010).

Συνοψίζοντας θα ήταν χρήσιμο να σημειωθεί ότι από τις προαναφερθείσες έρευνες αυτές που επιβεβαίωσαν την αποδοχή ορισμένων αρνητικών στερεοτύπων σχετικά με τη ψυχική νόσο εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας διενεργήθηκαν στην Ελβετία, την Ιταλία και τις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής ενώ εκείνες που κατέληξαν σε αντίθετα ερευνητικά ευρήματα στο Ηνωμένο Βασίλειο και την Αυστρία. Η αναφορά αυτή γίνεται καθώς ήδη από τον ορισμό του Goffman (1963) για το στίγμα διαφαίνεται η σύνδεσή του με τις κοινωνικές νόρμες και αξίες οι οποίες εξαρτώνται από το εκάστοτε πολιτισμικό πλαίσιο και την παράδοση.

Πιο συγκεκριμένα οι διαφορετικές ιστορικές καταβολές σε συνδυασμό με τη φιλοσοφία κάθε πολιτισμικού πλαισίου διαμορφώνουν τις επικρατούσες νόρμες, τις αξίες και τον προσανατολισμό του λειτουργώντας τοιούτοτρόπως ως κριτήρια για το χαρακτηρισμό μιας συμπεριφοράς ως αποκλίνουσας ή μη. Η ύπαρξη διαφορών κυρίως αναφορικά με την έννοια του εαυτού, τις γνωστικές διεργασίες, την αυτοαντίληψη, τα κίνητρα και το συναίσθημα είναι δεδομένη μεταξύ των ποικίλων πολιτισμικών πλαισίων και ειδικότερα μεταξύ βόρειας Ευρώπης και Αμερικής με την ανατολική Ασία (αναφ. στο Shin, Dovidio & Napier, 2013).

Αναφορικά με τη ψυχική νόσο, το πολιτισμικό πλαίσιο και η παράδοση τόσο των πασχόντων όσο και του ευρύτερου συστήματος υγείας της χώρας διαμορφώνουν τους τείνει να επηρεάζει την εκ μέρους των πρώτων διαχείριση της εκδήλωσης της νόσου αλλά και τις παρεχόμενες θεραπευτικές υπηρεσίες που πηγάζουν από το δεύτερο. Συμπληρωματικά ο προσανατολισμός του εκάστοτε πολιτισμικού πλαισίου και το οικογενειακό σύστημα αποτελούν σύμφωνα με τη Lefley (1990) σημαντικές πηγές υποστήριξης των ψυχικά ασθενών.

Σχετικά με τον πρώτο όταν η έμφαση δίνεται στην αλληλεπίδραση και αλληλεξάρτηση των μελών ενδέχεται να οδηγήσει σε μείωση του άγχους που βιώνει ο πάσχων. Αντίστοιχα σημαντική κρίνεται η επίδραση του οικογενειακού πλαισίου και ο υποστηρικτικός του ρόλος καθώς βάσει ερευνητικών ευρημάτων χαμηλότερα επίπεδα εκφραζόμενου συναισθήματος, τα οποία μεταφράζονται σε χαμηλότερα επίπεδα κριτικής και υπερεμπλοκής εντός του και παρατηρούνται περισσότερο στις αναπτυσσόμενες κοινωνίες συγκριτικά με το δυτικό πολιτισμό, συνδέονται με καλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα (Leff et al., 1987. Wig et al., 1987. αναφ. στο Lefley, 1990).

2. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις και αρνητικές επιπτώσεις τόσο στην εργασία όσο και στη ζωή του ατόμου γενικότερα. Στη συγκεκριμένη μελέτη αντικείμενο του ερευνητικού ενδιαφέροντος αποτέλεσε τόσο η διερεύνηση του εν λόγω φαινομένου στο τομέα της ψυχικής υγείας, δεδομένων των απαιτήσεων που τον συνοδεύουν όσο και ο τρόπος συσχέτισής του με το φαινόμενο του στιγματισμού των ψυχικά πασχόντων και της απόδοσης της ετικέτας του ψυχικά ασθενή όπως αναφέρθηκε εκτενώς παραπάνω. Ακολούθως γίνεται λεπτομερής αναφορά στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε μια προσπάθεια πολύπλευρης και αξιόπιστης επιστημονικά προσέγγισής του.

2.1. Εννοιολογική προσέγγιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η έννοια της εξουθένωσης καθίσταται ευκολότερα αντιληπτή συμβολικά μέσω της μεταφοράς ενός κεριού που σταδιακά σβήνει καθώς η φλόγα του ατονεί εξαιτίας της έλλειψης των απαραίτητων για τη διατήρησή της πόρων. Στον επαγγελματικό τομέα νοηματοδοτεί την εξάντληση που βιώνουν οι εργαζόμενοι όταν με τη πάροδο του χρόνου αδυνατούν να διατηρήσουν την ενεργή εμπλοκή και επίδραση στην εργασία τους, γεγονός που καταλήγει στην εκ μέρους τους μειωμένη αίσθηση των προσωπικών τους επιτευγμάτων (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009).

Η εξουθένωση αποτελεί ένα παγκόσμιο φαινόμενο το οποίο έχει βρεθεί στο επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος με συνέπεια την ύπαρξη ποικίλων προσπαθειών εννοιολογικού προσδιορισμού της. Αν και ο όρος «burnout» αναφέρθηκε αρχικά από τον Bradley (1969), εισηγητής του θεωρείται ο Freudenberger (1974) ο οποίος τον χρησιμοποίησε αναφερόμενος στη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση, την απώλεια κινητοποίησης και τη μειωμένη προσήλωση στην εργασία που είχε παρατηρήσει ότι εκδήλωναν οι εθελοντές στη κλινική του Αγίου Μάρκου στη Νέα Υόρκη. Ο ίδιος μάλιστα είχε αποτελέσει θύμα του προαναφερθέντος συνδρόμου δύο φορές (αναφ. στο Schaufeli et al., 2009).

Σύμφωνα με τον Cherniss (1980) η επαγγελματική εξουθένωση αφορά τη ψυχολογική απόσυρση του ατόμου από την εργασία του ως αποτέλεσμα του έντονου άγχους και του αισθήματος της απογοήτευσης που βιώνει. Οι προαναφερθείσες αρνητικές καταστάσεις πηγάζουν από την αναντιστοιχία μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και των ψυχικών αποθεμάτων του εργαζόμενου, με τη ψυχολογική απόσυρση να επιστρατεύεται ως αμυντική στρατηγική για την αντιμετώπισή τους (αναφ. στο Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Κουμπιάς & Γιαβρίμης, 2002).

Ένας από τους ευρύτερα αποδεκτούς ορισμούς του εν λόγω φαινομένου διατυπώθηκε από τη Maslach (1982). Βάσει αυτού πρόκειται για ένα σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης όπου ο επαγγελματίας απωλεί το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα για τους πελάτες ή ασθενείς του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την εργασία και την αποδοτικότητά του σε αυτήν και αναπτύσσει μια αρνητική αυτοεικόνα. Σημειώνεται ότι σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1986) η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από τρεις επιμέρους διαστάσεις, τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων (αναφ. στο Papastylianou, Kaila & Polychronopoulos, 2009).

Σε μια προσπάθεια ολοκληρωμένης προσέγγισης της υπό μελέτη έννοιας κρίνεται χρήσιμο να αναφερθεί ότι βάσει της βιβλιογραφίας αποτελεί ένα φαινόμενο που εκτείνεται πέραν του εργασιακού πλαισίου. Πιο συγκεκριμένα οι Pines και Aronson (1988) την περιέγραψαν ως μια κατάσταση σωματικής και ψυχικής εξάντλησης της οποίας η προέλευση εντοπίζεται στη μακράς διάρκειας έκθεση του ατόμου σε ιδιαίτερες απαιτητικές συναισθηματικά συνθήκες συμπεριλαμβανομένων και καθημερινών καταστάσεων που απαιτούν συναισθηματική εμπλοκή (Pines, 1996).

Αξίζει να τονιστεί ότι σκοπός των περισσότερων από τους ορισμούς που διατυπώθηκαν ήταν η διάκρισή της ως έννοια από την αντίστοιχη του εργασιακού άγχους καθώς συσχετίζονται αλλά δεν ταυτίζονται. Συγκεκριμένα η πρώτη αποτελεί μια χρόνια μορφή εργασιακού άγχους που υπερβαίνει τα όρια και τις προσπάθειες του εργαζομένου να ανταπεξέλθει στις ψυχοπιεστικές συνθήκες του επαγγέλματός του, επηρεάζοντας αρνητικά την προσαρμοστικότητά του. Συνήθως προκύπτει από τη μη εκπλήρωση των υψηλών επαγγελματικών στόχων και προσδοκιών (Pines, 1993).

Συνοψίζοντας έχουν διατυπωθεί ποικίλοι ορισμοί για το σύνδρομο αυτό οι οποίοι παρουσιάζουν διαφορές ως προς ορισμένες πτυχές τους όπως παραδείγματος χάριν τις διαστάσεις και το πεδίο εκδήλωσής του. Κοινό σημείο της πλειονότητας εξ αυτών είναι ότι αποτελεί μια ψυχική διεργασία που χαρακτηρίζεται από δυσφορικά σωματικά και ψυχικά συμπτώματα και συσχετίζεται σημαντικά με το εργασιακό πλαίσιο εντός του οποίου εκδηλώνεται με δυσλειτουργικές συμπεριφορές (Schaufeli & Buunk, 2003). Για τους ερευνητές που την προσεγγίζουν από τη πλευρά της ψυχολογίας αποτελεί μια μορφή χρόνιου άγχους που πηγάζει από ένα έντονα αγχογόνο και ματαιωτικό περιβάλλον εργασίας ενώ από την πλευρά της ιατρικής μια ιατρική πάθηση η οποία επιδέχεται διάγνωσης και θεραπείας (Schaufeli et al., 2009).

2.2. Τα κυριότερα θεωρητικά μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η σημαντικότερη πρόκληση στη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η δημιουργία ενός συνεκτικού θεωρητικού μοντέλου που να ενσωματώνει τους ατομικούς και τους εργασιακούς παράγοντες που αποτελούν πηγές άγχους και καταλήγουν στην εκδήλωσή της, τις συνέπειές της σε προσωπικό και εργασιακό επίπεδο και τέλος να παρέχει το πλαίσιο για τη πρόληψη και την αντιμετώπισή της (Richardson & Burke, 1995). Κάποια από τα σημαντικότερα θεωρητικά μοντέλα προσέγγισής της αναφέρονται συνοπτικά ακολούθως.

2.2.1. Το πολυδιάστατο μοντέλο της Maslach

Όπως προαναφέρθηκε οι Maslach και Jackson (1981) έδωσαν τον έως σήμερα περισσότερο αποδεκτό ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης βάσει του οποίου δημιουργήθηκε ένα πολυδιάστατο θεωρητικό μοντέλο της εξουθένωσης που αποτελείται από τις τρεις ακόλουθες βασικές διαστάσεις (Maslach, 1993. Maslach & Jackson, 1986 αναφ. στο Cooper, 2002).

Η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί την κύρια διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης και του άγχους που τη συνοδεύει. Σημαντικότερα χαρακτηριστικά της αποτελούν η ψυχική και σωματική εξάντληση και η έλλειψη ενεργητικότητας του εργαζομένου εξαιτίας του υπερβολικού φόρτου εργασίας και της εσωτερικής σύγκρουσης που βιώνει. Η κατάσταση αυτή σε συνδυασμό με τη μείωση των συναισθηματικών του αποθεμάτων δημιουργεί στο άτομο συναισθήματα απογοήτευσης και ματαίωσης.

Η αποπροσωποποίηση αποτελεί τη διαπροσωπική διάσταση της εξουθένωσης και έγκειται στην αρνητική, κυνική και έντονη αποστασιοποίηση του εργαζομένου από τους ανθρώπους στους οποίους παρέχει τις υπηρεσίες του ενώ συχνά περιλαμβάνει και την εκ μέρους του απώλεια του ιδεαλισμού. Τείνει να δημιουργείται ως αμυντική αντίδραση στην συναισθηματική εξάντληση και καταλήγει στην αποανθρωποποίηση.

Τέλος η τρίτη διάσταση είναι αυτή της μειωμένης αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων και αφορά τα χαμηλά αισθήματα επάρκειας και αποδοτικότητας του εργαζομένου στο χώρο της εργασίας του. Τα προαναφερθέντα αισθήματα ανεπάρκειας καταλήγουν σε χαμηλή αυτοεκτίμηση η οποία συνδέεται με τη κατάθλιψη και την ανικανότητα ανταπόκρισης στις εργασιακές απαιτήσεις και πηγάζουν από την έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και δυνατοτήτων επαγγελματικής ανέλιξης (Leiter & Maslach, 2005. Maslach & Goldberg, 1998). Οι τρεις προαναφερθείσες διαστάσεις εμπεριέχονται στο ευρέως χρησιμοποιούμενο μεθοδολογικό εργαλείο αξιολόγησης και καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης το «Maslach Burnout Inventory (MBI)».

Συμπερασματικά από το θεωρητικό αυτό μοντέλο διαφαίνεται ο πολυδιάστατος χαρακτήρας και η ολιστική θεώρηση του υπό μελέτη φαινομένου ενώ σημαντικότερο σημείο του αποτελεί η ανάδειξη της διαπροσωπικής φύσης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

2.2.2. Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss

Σύμφωνα με το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980) η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει μεμονωμένο χαρακτήρα αλλά αποτελεί μια διαδικασία που προκύπτει από την αναντιστοιχία μεταξύ αυτών που οι εργαζόμενοι αισθάνονται ότι παρέχουν και αυτών που εισπράττουν από την εργασία τους. Αποτελείται από τρία στάδια εκ των οποίων το πρώτο είναι αυτό του εργασιακού άγχους το οποίο προκύπτει από την ανισορροπία μεταξύ των εργασιακών απαιτήσεων και των προσωπικών αποθεμάτων του εργαζομένου τα οποία δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν τόσο τις εργασιακές ανάγκες όσο και τις προσδοκίες του. Αξίζει να αναφερθεί ότι το συγκεκριμένο στάδιο δεν καταλήγει αναγκαία στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το δεύτερο στάδιο αποτελεί τη συναισθηματική αντίδραση στο πρώτο και έχει ως κύριο χαρακτηριστικό του τη προσωπική ένταση. Εκφράζεται με σωματική και ψυχική εξάντληση, έντονο άγχος και απώλεια του ενδιαφέροντος του εργαζομένου εντός του εργασιακού πλαισίου. Τέλος το τρίτο στάδιο αφορά την αμυντική αντιμετώπιση και περιλαμβάνει αλλαγές στις στάσεις και τη συμπεριφορά του εργαζομένου ο οποίος καθίσταται περισσότερο κυνικός και αποστασιοποιημένος προς τους υπολοίπους. Στόχος αυτών των συμπεριφορών είναι η μείωση των σωματικών και ψυχολογικών επιπτώσεων και η επαγγελματική επιβίωση του εργαζομένου (Cherniss, 1980. αναφ. στο Θεοφίλου, 2009).

Το παρόν θεωρητικό μοντέλο διαφέρει από τα υπόλοιπα καθώς περιλαμβάνει το ατομικό, το οργανωτικό και το κοινωνικό επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης η οποία προκύπτει από την αλληλεπίδραση των χαρακτηριστικών του εργασιακού πλαισίου με τα αντίστοιχα προσωπικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου.

2.2.3. Το μοντέλο προοδευτικής αποεπένδυσης των Edelwich και Brodsky

Βασιζόμενοι στις παρατηρήσεις τους σε εργαζόμενους σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα οι Edelwich & Brodsky (1980) δόμησαν το θεωρητικό τους μοντέλο το οποίο αποτελείται από τέσσερα στάδια. Στον πυρήνα του εντοπίζεται η σημασία της διάψευσης των αρχικών συχνά μη ρεαλιστικών προσδοκιών των εργαζομένων από τη καθημερινή εργασιακή πραγματικότητα.

Το πρώτο στάδιο είναι αυτό του ενθουσιασμού στο οποίο ο επαγγελματίας διακατέχεται από έντονη ενέργεια, εργάζεται σκληρά και υπερεπενδύει ψυχικά στην εργασία του θέτοντας συχνά

υψηλούς στόχους και διατηρώντας μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στη περίπτωση διάψευσης των προσδοκιών του βιώνει συναισθήματα απογοήτευσης και ματαίωσης. Το στάδιο που ακολουθεί είναι αυτό της αδράνειας κατά το οποίο οι προσδοκίες του εργαζομένου σταδιακά διαψεύδονται. Η υπερεμπλοκή με τους πελάτες που χαρακτηρίζει το προηγούμενο στάδιο αντικαθίσταται σε αυτό από την έμφαση στην ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών του επαγγελματία ενώ παράγοντες όπως η χρηματική αμοιβή καθίστανται πλέον σημαντικοί.

Εν συνεχεία εμφανίζεται το στάδιο της ματαίωσης που προκύπτει ως αποτέλεσμα της αβοηθησίας που βιώνει ο επαγγελματίας. Η μη εκπλήρωση των προσδοκιών του πρώτου σταδίου και των προσωπικών αναγκών του δεύτερου καταλήγει στην απογοήτευση του εργαζομένου. Η επίδραση της κατάστασης αυτής καθίσταται εμφανής τόσο σε σωματικό όσο και συναισθηματικό επίπεδο. Τελικώς εμφανίζεται το στάδιο της απάθειας όπου ο επαγγελματίας αποσύρεται σωματικά και ψυχικά από την εργασία του. Παρατηρούνται συχνές απουσίες από αυτήν και αποφυγή των διαπροσωπικών επαφών εντός του εργασιακού πλαισίου. Σε ψυχολογικό επίπεδο καθίσταται συναισθηματικά απόμακρος και κυνικός προς τους πελάτες του (Edelwich & Brodsky, 1980. αναφ. στο Schaufeli & Enzmann, 1998).

2.2.4. Το μοντέλο της Κοπεγχάγης

Το συγκεκριμένο μοντέλο αποτελεί μια νέα πρόταση στη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και δημιουργήθηκε από τους Kristensen, Borritz, Villadsen και Christensen (2005) ως απάντηση στις αδυναμίες που εντόπισαν στο αντίστοιχο της Maslach και των συνεργατών της που αναλύθηκε εκτενώς παραπάνω.

Πιο συγκεκριμένα στις προαναφερθείσες αδυναμίες συμπεριέλαβαν τον αρχικό του περιορισμό στα επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών στους ανθρώπους καθώς και την ύπαρξη των τριών διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης για τις οποίες δεν ήταν ξεκάθαρο εάν είναι αλληλένδετες ή αν αποτελούν τρεις διακριτούς παράγοντες. Μια ακόμη αδυναμία αφορούσε τις διαστάσεις της αποπροσωποποίησης και της μειωμένης αίσθησης προσωπικών επιτευγμάτων καθώς η μεν πρώτη ίσως να αποτελεί στρατηγική αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους με τη δεύτερη αντίστοιχα αποτέλεσμα της παρατεταμένης διάρκειάς του και όχι συστατικά στοιχεία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Συμπληρωματικά θεώρησαν προβληματική τη φύση ορισμένων εκ των ερωτήσεων του «Maslach Burnout Inventory (MBI)» που αξιολογεί βάσει του προαναφερθέντος μοντέλου την επαγγελματική εξουθένωση.

Λαμβάνοντας υπόψη τα παραπάνω δόμησαν το μοντέλο της Κοπεγχάγης και βάσει αυτού ένα εργαλείο αξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, το «Copenhagen Burnout Inventory (CBI)», το οποίο απευθύνεται σε εργαζόμενους όλων των επαγγελμάτων και αποτελείται από τις

διαστάσεις της προσωπικής εξουθένωσης, της επαγγελματικής εξουθένωσης και της εξουθένωσης που προκύπτει από την επαφή με τους δέκτες των υπηρεσιών. Κυρίαρχη θέση στο θεωρητικό υπόβαθρο του συγκεκριμένου μοντέλου καταλαμβάνουν η εξουθένωση και η εξάντληση με ιδιαίζουσας σημασίας την ερμηνεία τους σε σχέση με τις τρεις προαναφερθείσες διαστάσεις.

Παρά τη κριτική που του έχει ασκηθεί, στη προκειμένη ερευνητική μελέτη επιλέχθηκε να προσεγγιστεί η επαγγελματική εξουθένωση σύμφωνα με το θεωρητικό μοντέλο της Maslach (1981). Η επιλογή αυτή έγινε καθώς στο πυρήνα του εν λόγω μοντέλου η επαγγελματική εξουθένωση προσεγγίζεται ως μια ψυχολογική αντίδραση στις καθημερινές εμπειρίες του ατόμου ιδιαίτερα στο εργασιακό πλαίσιο (αναφ. στο Maslach, Jackson & Leiter, 2016).

Για την υπερκέραση του περιορισμού που προκύπτει από τη διατύπωση ορισμένων εκ των ερωτήσεων του εργαλείου καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης που δημιουργήθηκε σύμφωνα με το εν λόγω θεωρητικό μοντέλο επιλέχθηκε η πιο σύγχρονη έκδοσή του η οποία απευθύνεται σε εργαζόμενους στο τομέα της υγείας και περιλαμβάνει μικρές τροποποιήσεις στο λεξιλόγιο που χρησιμοποιείται στη διατύπωση των ερωτήσεων.

Τέλος στην προαναφερθείσα επιλογή συνέβαλε σημαντικά η εγκυρότητα και η αξιοπιστία του συγκεκριμένου ψυχομετρικού εργαλείου όπως έχει διαπιστωθεί κατά τη στάθμισή του σε ελληνικό και διεθνές πλαίσιο καθώς και το γεγονός ότι από το θεωρητικό του υπόβαθρο διαφαίνεται ο πολυδιάστατος χαρακτήρας και η διαπροσωπική πλευρά της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach, Jackson & Leiter, 2016).

2.3. Παράγοντες που συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση όπως έχει ήδη αναφερθεί αποτελεί ένα φαινόμενο που εντοπίζεται σε πληθώρα επαγγελμάτων με τη σύγχρονη έρευνα να κατατάσσει ψηλά στη σχετική λίστα το τομέα της ψυχικής υγείας εξαιτίας των συναισθηματικών απαιτήσεων που εγείρονται από την εργασία σε αυτόν (Awa, Plaumann & Walter, 2010. Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini & Holz, 2001). Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωσή της μπορούν να διακριθούν σε προσωπικούς και εργασιακούς. Αν και σε ένα πρώτο επίπεδο διερευνήθηκαν μεμονωμένα πλέον θεωρείται ότι λειτουργούν συνδυαστικά στην εμφάνισή της.

2.3.1. Προσωπικά χαρακτηριστικά

Αναφορικά με τα προσωπικά χαρακτηριστικά οι σημαντικότεροι παράγοντες που έχουν διερευνηθεί είναι αυτοί του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου και της προσωπικότητας των εργαζομένων. Ως προς το φύλο τα ευρήματα είναι αντιφατικά με τα πιο πρόσφατα να καταδεικνύουν υψηλότερα ποσοστά συναισθηματικής εξάντλησης στις γυναίκες και αποπροσωποποίησης στους άντρες (Purvanova & Muros, 2010).

Αντίστοιχα, σχετικά με τον παράγοντα της ηλικίας προκύπτει ότι οι νεότεροι σε ηλικία και με λιγότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας άνθρωποι τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης εύρημα το οποίο είναι σύμφωνο και με αντίστοιχα στο τομέα της ψυχικής υγείας ιδίως όσον αφορά τις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης (Αντωνίου, 2006. Carney et al., 1993. αναφ. στο Leiter & Harvie, 1996. Cordes & Dougherty, 1993. Maslach et al., 2001).

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση οι άγαμοι εργαζόμενοι τείνουν να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση συγκριτικά με τους παντρεμένους ή τους διαζευγμένους ενώ βάσει του μορφωτικού επιπέδου οι περισσότερο καταρτισμένοι τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα του συγκεκριμένου φαινομένου γεγονός που ενδεχομένως οφείλεται στη διαμεσολάβηση τρίτων μεταβλητών όπως η απασχόλησή τους σε απαιτητικότερα επαγγέλματα και οι μεγαλύτερες προσδοκίες τους από αυτά (Maslach et al., 2001).

Συμπληρωματικά με τα παραπάνω η προσωπικότητα του εργαζομένου αποτελεί έναν επίσης σημαντικό ενδοατομικό παράγοντα που συσχετίζεται με το προαναφερθέν φαινόμενο. Πιο συγκεκριμένα η μειωμένη ανθεκτικότητα στο άγχος και η έλλειψη στρατηγικών αντιμετώπισής του, η εξωτερική έδρα ελέγχου των γεγονότων, η χαμηλή αυτοεκτίμηση και οι μη ρεαλιστικές εργασιακές προσδοκίες αποτελούν παράγοντες που ενισχύουν την ευαλωτότητα των εργαζομένων (Maslach et al., 2001. Κανδρή, Καλέμη & Μόσχος, 2004).

2.3.2. Εργασιακοί παράγοντες

Μία διάκριση των εργασιακών παραγόντων που συσχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση έγκειται σε αυτούς που αφορούν τη φύση του επαγγέλματος και το ρόλο του εργαζομένου εντός του και σε αυτούς που επαφίενται στα χαρακτηριστικά του πλαισίου εργασίας (Cordes & Dougherty, 1993).

Στη πρώτη κατηγορία περιλαμβάνεται αρχικά ο υπερβολικός φόρτος εργασίας ο οποίος σε συνδυασμό με τη πίεση του χρόνου συσχετίζεται ισχυρά με τη συναισθηματική εξάντληση του εργαζομένου σε ποικίλους εργασιακούς τομείς μεταξύ των οποίων και αυτός της ψυχικής υγείας

(Maslach et al., 2001. Paris & Hoge, 2010). Εκτός αυτών εξίσου σημαντική είναι η επίδραση της ασάφειας και σύγκρουσης των εργασιακών ρόλων όπως αυτές προκύπτουν από τις αντικρουόμενες εργασιακές απαιτήσεις και την ελλιπή πληροφόρηση του εργαζομένου αναφορικά με τα καθήκοντά του (Papastylianou, Kaila & Polychronopoulos, 2009. Maslach et al., 2001). Συμπληρωματικά αξίζει να τονιστεί η σημασία του περιεχομένου του επαγγέλματος καθώς όταν αυτό ενέχει συναισθηματικές απαιτήσεις, όπως κατά τη παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους, παρατηρείται μεγαλύτερη σύνδεσή του με την επαγγελματική εξουθένωση (Zapf et al., 2001).

Εν κατακλείδι στο επίπεδο των εργασιακών χαρακτηριστικών εμπεριέχονται ο τρόπος λειτουργίας του εργασιακού πλαισίου, όταν βάσει αυτού πλήττεται η αυτονομία των εργαζομένων, η εντός αυτού επικρατούσα ανισότητα, η έλλειψη υποστήριξης και συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων και η σύγκρουση των αξιών τους με τους στόχους που τίθενται (Boyle, Grap, Younger & Thornby, 1991).

2.4. Η επαγγελματική εξουθένωση στον τομέα της ψυχικής υγείας

Η πλειονότητα των ερευνών αναφορικά με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει καταστήσει αδιαμφισβήτητη την ύπαρξή του διαπολιτισμικά στο χώρο της ψυχικής υγείας. Παρά ταύτα παρατηρείται έλλειψη στη διερεύνηση του τρόπου κατανομής της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων που εμπίπτουν στο συγκεκριμένο τομέα (Green et al., 2014).

Τα υψηλά ποσοστά του υπό μελέτη φαινομένου στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας εντοπίστηκαν ήδη από τις πρώτες έρευνες σχετικά με αυτό. Πιο συγκεκριμένα από την έρευνα των Farber και Heifetz (1982) προέκυψε ότι οι ψυχίατροι, οι ψυχολόγοι και ιδιαίτερα οι κοινωνικοί λειτουργοί του δείγματός τους παρουσίαζαν σε μεγάλα ποσοστά επαγγελματική εξουθένωση η οποία σύμφωνα με τους ίδιους προερχόταν από τη μη ανταποδιδόμενη στη θεραπευτική σχέση προσήλωση, προσφορά και υπευθυνότητα. Σε αντίστοιχα αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα των Ackerley, Burnell, Holder & Kurdek (1988) σε ψυχολόγους, με ποσοστό μεγαλύτερο του ενός τρίτου εξ αυτών να παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης.

Μεταγενέστερες έρευνες επιβεβαιώνουν επίσης τη διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης του υπό εξέταση φαινομένου (Siebert, 2005). Ιδιαίτερα αντιπροσωπευτική κρίνεται η έρευνα της Rohland (2000) σε δείγμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας κρατικών δομών με τα δύο τρίτα από αυτούς να παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και μειωμένη αίσθηση προσωπικών επιτευγμάτων. Από τις λίγες έρευνες που έχουν διερευνήσει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με την ειδικότητα

στο τομέα της ψυχικής υγείας οι κοινωνικοί λειτουργοί φαίνεται να είναι περισσότερο ευάλωτοι συγκριτικά με τις υπόλοιπες ειδικότητες αναφορικά με αυτό (Priebe et al. 2005. Prosser et al. 1997).

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει ακόμη η συσχέτιση των χαρακτηριστικών του εργασιακού πλαισίου με την επαγγελματική εξουθένωση στο τομέα της ψυχικής υγείας. Σύμφωνα με τους Rupert και Kent (2007) οι ψυχολόγοι που εργάζονταν σε ιδιωτικό πλαίσιο έτειναν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν σε δημόσιες δομές με τις γυναίκες να παρουσιάζουν επίσης χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης.

Τέλος ο υπερβολικός φόρτος εργασίας τείνει επίσης να συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση, τη παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών και την επαγγελματική απογοήτευση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας (Luther et al., 2016). Αξίζει να αναφερθεί ότι μια ακόμη σημαντική παράμετρο αποτελεί το κλίμα του εργασιακού περιβάλλοντος καθώς όταν είναι λειτουργικό και επικρατούν εντός του η σαφήνεια στους ρόλους, η υποστήριξη, οι ευκαιρίες για ανέλιξη και η καλή επικοινωνία, οι πιθανότητες εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μειωμένες (Green et al., 2014).

2.5. Επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης εκτείνονται σε ένα ευρύ φάσμα που αφορά όχι μόνο τον ίδιο τον εργαζόμενο αλλά και τους αποδέκτες των παρεχόμενων από αυτόν υπηρεσιών και τον ευρύτερο περίγυρό του και εντοπίζονται κυρίως στους τομείς της σωματικής και ψυχικής υγείας του εργαζομένου, στις διαπροσωπικές του σχέσεις και στις στάσεις και τη συμπεριφορά του. Η διερεύνησή τους έχει στόχο την ανάδειξη της σοβαρότητας και της ανάγκης αντιμετώπισής τους (Kahili, 1988. αναφ. στο Cordes & Dougherty, 1993). Αξίζει σε κάθε περίπτωση να τονιστεί ότι τα ερευνητικά ευρήματα αναφορικά με το συγκεκριμένο ζήτημα δημιουργούν προβληματισμό καθώς δεν δύναται να ειπωθεί με βεβαιότητα εάν οι αρνητικές επιπτώσεις στις οποίες αναφέρονται είναι το αποτέλεσμα της εξουθένωσης ή οι αιτίες πρόκλησης της (Morse et al., 2012).

Όπως προαναφέρθηκε οι εργαζόμενοι που βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση συχνά παρουσιάζουν έκπτωση στη σωματική και ψυχική τους υγεία. Η επίδραση στη σωματική υγεία εκδηλώνεται ποικιλοτρόπως όπως για παράδειγμα με τη παρουσία έντονης κόπωσης, διατροφικών διαταραχών και δυσκολία στον ύπνο, πονοκεφάλων, σωματικών πόνων, γαστρεντερικών διαταραχών καθώς και έμμεσα μέσω της υπερβολικής κατανάλωσης αλκοόλ (Acker, 2010. Peterson et al., 2008. Rohland, 2000). Αντίστοιχα όσον αφορά τη ψυχική υγεία το συγκεκριμένο σύνδρομο τείνει να συνδέεται με μειωμένη αυτοεκτίμηση, ευερεθιστότητα, έντονο άγχος και αίσθημα αβοηθησίας ενώ κάποιες έρευνες το συσχετίζουν και με την εμφάνιση μείζονος καταθλιπτικής

διαταραχής (Ahola et al., 2005. Jackson & Maslach, 1982. Peterson et al., 2008).

Στο κομμάτι των διαπροσωπικών σχέσεων τα ευρήματα είναι εξίσου ενδιαφέροντα. Από αυτά προκύπτει ότι η μη ικανοποίηση από την εργασία τείνει να μεταφέρεται και στο οικογενειακό πλαίσιο και να εκφράζεται εντός του με συγκρούσεις, συναισθηματική αποστασιοποίηση και κυνικότητα καταλήγοντας ακόμα και σε διάλυσή του. Συχνά παρατηρείται επίσης μια τάση απόσυρσης των εξουθενωμένων επαγγελματιών από το φιλικό τους περίγυρο, μειωμένα επίπεδα κοινωνικοποίησής τους και δυσκολία απεμπλοκής από τον εργασιακό τους ρόλο (Maslach & Jackson, 1985).

Κλείνοντας θα ήταν χρήσιμο να αναφερθούν οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στις στάσεις και τη συμπεριφορά των εργαζομένων στο εργασιακό τους περιβάλλον, καθώς τείνουν να επηρεάζουν σημαντικά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ως προς αυτό, το υπό εξέταση φαινόμενο φαίνεται να συνδέεται με μειωμένη προσήλωση στην εργασία, συχνές απουσίες από αυτήν, επαγγελματική απογοήτευση και προβληματική επικοινωνία τόσο μεταξύ των ιδίων των εργαζομένων όσο και με τους πελάτες τους (Burke & Richardsen, 2001. Maslach et al., 2001. Schulz et al., 1995. Schwab et al., 1986. αναφ. στο Morse et al., 2012).

Σημειώνεται ότι στο τομέα της ψυχικής υγείας η επαγγελματική εξουθένωση ενδέχεται να διαταράσσει τη συνέχεια και τη ποιότητα των παρεχόμενων θεραπευτικών υπηρεσιών με τις διαμορφωθείσες αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές των επαγγελματιών ψυχικής υγείας να υποσκάπτουν τη πορεία της ψυχικής νόσου συνολικά (Boyer & Bond, 1999. Gowdy et al., 2003. Hoge et al., 2007. αναφ. στο Morse et al., 2012).

2.6. Πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Όπως έχει προαναφερθεί η διαρκώς αυξανόμενη συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και οι αρνητικές της επιπτώσεις καθιστούν απαραίτητη τη πρόληψη και αντιμετώπισή της. Υπό αυτό το πρίσμα έχουν προταθεί στρατηγικές παρέμβασης είτε σε οργανωτικό επίπεδο είτε με επίκεντρο το άτομο με την αποτελεσματικότητα των τελευταίων να αμφισβητείται καθώς εντός του εργασιακού πλαισίου οι στρεσογόνοι παράγοντες συχνά δεν βρίσκονται στον απόλυτο έλεγχο του ατόμου (Maslach et al., 2001). Στο τομέα της ψυχικής υγείας η ευαλωτότητα των επαγγελματιών ενισχύεται από τη λανθασμένη πεποίθηση περί παντοδυναμίας τους η οποία έγκειται στο ότι οφείλουν να παραβλέπουν τις δικές τους ανάγκες καθώς επιτελούν περισσότερο ένα «λειτουργήμα» παρά ένα επάγγελμα (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

2.6.1. Στρατηγικές πρόληψης και παρεμβάσεις με επίκεντρο το άτομο

Σε επίπεδο ατόμου οι στρατηγικές πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μείζονος σημασίας. Σε αυτές περιλαμβάνεται αρχικά ο έγκαιρος εντοπισμός των εκδηλωμένων συμπτωμάτων με σκοπό τη λήψη μέτρων για την αποφυγή κλιμάκωσής τους καθώς και η εκ νέου αξιολόγηση από τον εργαζόμενο των πιθανώς μη ρεαλιστικών εργασιακών προσδοκιών του. Συμπληρωματικά η αναζήτηση πηγών υποστήριξης στο οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον λειτουργεί ως σημαντικός προστατευτικός παράγοντας ενώ προς την ίδια κατεύθυνση συμβάλλει και η ορθή διαχείριση του εργασιακού χρόνου σε συνδυασμό με την ανάπτυξη στρατηγικών άμυνας για τη μείωση του εργασιακού άγχους και την ενίσχυση της διεκδικητικότητας του εργαζομένου (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Εξίσου σημαντική με τη πρόληψη είναι και η παρέμβαση με τα περισσότερα προγράμματα να επικεντρώνονται στη μείωση του εργασιακού άγχους μέσω της ενίσχυσης των στρατηγικών αντιμετώπισης του και τη κοινωνική υποστήριξη του εργαζομένου. Συνήθως περιλαμβάνουν γνωσιο-συμπεριφοριστικού τύπου τεχνικές μεταξύ των οποίων η εκμάθηση τεχνικών γνωστικής αναδόμησης και κοινωνικών δεξιοτήτων και η μυϊκή χαλάρωση. Αξίζει να σημειωθεί όμως ότι για τη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης τα αποτελέσματά τους φαίνεται να είναι βραχείας διάρκειας (Awa et al., 2010).

Από τα εφαρμοσμένα προγράμματα παρέμβασης στο τομέα της ψυχικής υγείας ενδιαφέρον παρουσιάζει αυτό της Ewers και των συνεργατών της (2002) το οποίο περιελάμβανε την εκπαίδευση των νοσηλευτών σε ψυχοκοινωνικού τύπου στρατηγικές αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους καταλήγοντας σε μειωμένα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης και αυξημένα στη διάσταση των προσωπικών επιτευγμάτων.

2.6.2. Στρατηγικές πρόληψης και παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο

Σε αντιπαράβολή με αυτές που επικεντρώνονται στο άτομο προτείνεται η εφαρμογή στρατηγικών που εστιάζουν στους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος καθώς φαίνεται να έχουν ισχυρότερη προβλεπτική επίδραση στην εμφάνιση του υπό εξέταση φαινομένου (Morse et al., 2012). Ορισμένες από τις αλλαγές οργανωτικού επιπέδου περιλαμβάνουν την απόδοση θέσεων εργασίας που να ανταποκρίνονται στις εξατομικευμένες ικανότητες των εργαζομένων καθώς και την ενίσχυση της αυτονομίας και της συμμετοχής τους στη διαδικασία λήψης αποφάσεων (Burke & Richardsen, 1993. Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Παράλληλα στοχεύοντας στη προώθηση της φροντίδας του εαυτού, η παροχή ειδικών αδειών και δυνατοτήτων επαγγελματικής ανέλιξης θεωρούνται ιδιαίτερα σημαντικές για τον εργαζόμενο. Στο τομέα της υγείας αναγκαία κρίνεται επίσης η ύπαρξη ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης με στόχο τη μείωση του άγχους και την ενίσχυση της αυτοεκτίμησης των επαγγελματιών, η διεξαγωγή συνεδριών εποπτείας καθώς και η ύπαρξη διεπιστημονικής ομάδας η οποία θα συμβάλλει στην αποσαφήνιση των ρόλων και στην καλύτερη επικοινωνία των επαγγελματιών (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 2012).

Επίσης άξια αναφοράς είναι η γενικότερη έλλειψη στη διεθνή βιβλιογραφία προγραμμάτων παρέμβασης σε οργανωτικό επίπεδο για τη μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης παρά τη σημασία και την υποσχόμενη αποτελεσματικότητά τους. Στο χώρο της ψυχικής υγείας συγκεκριμένα αναφέρονται λίγα τα οποία όμως φαίνεται να είναι αποτελεσματικά. Ένα εξ αυτών πραγματοποιήθηκε από τον Corrigan και τους συνεργάτες του (1997) σε επαγγελματίες που εργάζονταν με πάσχοντες από σοβαρή ψυχική ασθένεια καταλήγοντας σε μειωμένα επίπεδα στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης. Ανάλογα αποτελέσματα προέκυψαν και από το πρόγραμμα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης των d'Ettoire και Greco (2015) σε ψυχιάτρους και νοσηλευτές σε δομές ψυχικής υγείας όπου και στις δύο αυτές κατηγορίες τα επίπεδα εργασιακού άγχους μειώθηκαν σημαντικά.

Συνοψίζοντας, δεδομένων των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων καθενός από τα προαναφερθέντα είδη πρόληψης και παρέμβασης, ως ενδεδειγμένη επιλογή προτείνεται ο συνδυασμός τους. Χαρακτηριστικό παράδειγμα τέτοιου είδους προγράμματος αποτελεί αυτό του van Dierendonck και των συνεργατών του (1998) το οποίο κατέληξε σε μείωση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας στους οποίους εφαρμόστηκε. Σε κάθε περίπτωση ιδιαίτερως σημαντική κρίνεται η επίγνωση εκ μέρους των εργαζομένων ειδικότερα στο τομέα της υγείας και της ψυχικής υγείας, των ορίων, των δυνατοτήτων και των αδυναμιών τους ούτως ώστε να μπορέσουν να προστατεύσουν τόσο τον εαυτό τους όσο και αυτούς στους οποίους παρέχουν τις υπηρεσίες τους.

3. Η συναισθηματική νοημοσύνη

3.1. Εννοιολογικός προσδιορισμός της συναισθηματικής νοημοσύνης

Η συναισθηματική νοημοσύνη όπως γίνεται αντιληπτό από την ετυμολογική της ερμηνεία αναφέρεται στη συναισθηματική διάσταση της νόησης με τις αναφορές σε αυτή να εντοπίζονται σε ποικίλες προσεγγίσεις σχετικά με την ανθρώπινη συμπεριφορά, από την αρχαία Ελλάδα μέχρι και

τη σύγχρονη ψυχολογία, καθιστώντας την βασικό κομμάτι της ανθρώπινης φύσης (Bradberry & Greaves, 2006). Αν και αποτελεί μια έννοια που έχει προσελκύσει το ερευνητικό ενδιαφέρον, μέχρι τις αρχές της δεκαετίας του 1990 δεν είχε οριστεί καθώς ήταν δύσκολη η διάκρισή της από τη γνωστική νοημοσύνη.

Μία πρώιμη εκδοχή της συναισθηματικής νοημοσύνης εντοπίζεται στη θεωρία του Gardner (1983) περί της «πολλαπλής νοημοσύνης» όπου μεταξύ των διαφόρων ειδών νοημοσύνης που πρότεινε περιλαμβάνονταν και αυτά της διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής νοημοσύνης που προσομοιάζουν στη παρούσα έννοια της συναισθηματικής νοημοσύνης. Για πρώτη φορά όμως ο προαναφερθείς όρος με το παρόν του περιεχόμενο εντοπίζεται στη μη δημοσιευμένη διατριβή του Payne (1985) και ακολούθως στο έργο των Salovey και Mayer (1990) οι οποίοι ήταν οι πρώτοι που του έδωσαν μια συστηματική θεωρητική πλαισίωση (αναφ. στο Petrides & Furnham, 2001).

Οι δύο προαναφερθέντες περιέγραψαν την ύπαρξη ενός είδους νοημοσύνης που διαχωρίζεται από τη γνωστική και αξιολογείται με διαφορετικό τρόπο. Όρισαν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως την ικανότητα αντίληψης, έκφρασης και διαχείρισης των συναισθημάτων (Salovey & Mayer, 1990). Η προσέγγισή τους αποτέλεσε την απαρχή στη μελέτη της συναισθηματικής νοημοσύνης αν και η τελευταία έγινε ουσιαστικά γνωστή στο ευρύ κοινό μέσω των έργων του Goleman (1995, 1998) περί της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ευφυΐας στο εργασιακό πλαίσιο. Σύμφωνα με τον Goleman (1998) η υπό μελέτη έννοια αφορά την ικανότητα του ατόμου να αναγνωρίζει τόσο τα δικά του συναισθήματα όσο και των άλλων, να ανακαλύπτει κίνητρα για τον εαυτό του και να διαχειρίζεται ορθά τα συναισθήματά του (αναφ. στο Καφέτσιος, 2003).

Συνοψίζοντας τα τελευταία χρόνια η συναισθηματική νοημοσύνη και η σημασία της στη ζωή του ατόμου έχει απασχολήσει σημαντικά την επιστήμη της ψυχολογίας καθώς φαίνεται να αποτελεί έναν ιδιάζουσα σημασίας παράγοντα επιτυχίας στη ζωή του ατόμου επηρεάζοντας πολλές πλευρές της μεταξύ των οποίων η εκπαίδευση και η εργασία (Καφέτσιος, 2003). Στη προσπάθεια θεωρητικής της πλαισίωσης έχουν διατυπωθεί κάποια θεωρητικά μοντέλα τα σημαντικότερα εκ των οποίων θα αναφερθούν συνοπτικά ακολούθως.

3.2. Θεωρητικές προσεγγίσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης

Τα θεωρητικά μοντέλα που έχουν προταθεί αντιμετωπίζουν τη συναισθηματική νοημοσύνη ως μια σύνθετη έννοια η οποία έχει διακριτές διαστάσεις και αφορά ποικίλα πεδία της ανθρώπινης υπόστασης. Η μεταξύ τους διάκριση γίνεται βάσει των διαφορών τους στη δομή, τον ορισμό και τη μέτρησή της. Κατά αυτόν τον τρόπο εντοπίζονται δύο κατηγορίες θεωρητικών προσεγγίσεων, τα μοντέλα ικανότητας που τη θεωρούν μια νοητική ικανότητα που παρουσιάζει ομοιότητες με τα

άλλα είδη νοημοσύνης και τα μικτά που είτε την ερμηνεύουν ως το συνδυασμό των κοινωνικών, συναισθηματικών και προσαρμοστικών δεξιοτήτων με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας είτε ως ένα παράγοντα ερμηνείας και πρόβλεψης της επίδοσης εντός ενός οποιουδήποτε πλαισίου (Πλατσίδου, 2005).

3.2.1. Το μοντέλο ικανότητας των Mayer, Salovey και Caruso

Σύμφωνα με το συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο η συναισθηματική νοημοσύνη είναι ένα είδος νοημοσύνης ανάλογο με εκείνο της γνωστικής και περιλαμβάνει ικανότητες που αφορούν τόσο το γνωστικό όσο και το συναισθηματικό τομέα. Οι προαναφερθείσες ικανότητες κατανέμονται σε τέσσερις διαστάσεις που προοδευτικά κλιμακώνονται από τις πιο απλές στις περισσότερο σύνθετες ψυχολογικές λειτουργίες (Mayer, Salovey & Caruso, 1999. αναφ. στο Πλατσίδου, 2004. Mayer, Caruso & Salovey, 2016).

Οι τέσσερις αυτές διαστάσεις είναι η αντίληψη και αξιολόγηση των συναισθημάτων, η αφομοίωσή τους στον τρόπο σκέψης, η κατανόηση και ανάλυσή τους και τέλος η διαχείρισή τους. Πιο συγκεκριμένα η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει την ικανότητα του ατόμου να αντιλαμβάνεται τα συναισθήματα του ιδίου και των άλλων όπως αυτά εκδηλώνονται για παράδειγμα στη έκφραση του προσώπου, στη φωνή ή σε έργα τέχνης. Αντίστοιχα η δεύτερη διάσταση αφορά την ικανότητα επεξεργασίας των πληροφοριών που σχετίζονται με τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου και οι οποίες επηρεάζουν και τη γνωστική του κατάσταση εμπλουτίζοντας τη σκέψη του. Η τρίτη διάσταση έγκειται στην ικανότητα κατανόησης πολύπλοκων συναισθημάτων και αντιδράσεων ως αποτέλεσμα της γνωστικής τους επεξεργασίας και συμβάλλει σημαντικά στο τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων. Τέλος η τέταρτη διάσταση περιλαμβάνει την ικανότητα διαχείρισης και αντίδρασης του ατόμου στα δικά του συναισθήματα και των άλλων (Mayer, Salovey & Caruso, 1999. αναφ. στο Πλατσίδου, 2004).

Για τη μέτρηση της συναισθηματικής νοημοσύνης βάσει αυτού του μοντέλου χρησιμοποιείται το «Mayer, Salovey, Caruso Emotional Intelligence Scale (MSCEIS)» το οποίο περιλαμβάνει τέσσερις κλίμακες μέσω των οποίων γίνεται η αντικειμενική μέτρηση των τεσσάρων προαναφερθέντων διαστάσεων της θεωρίας.

3.2.2. Το μοντέλο κοινωνικής-συναισθηματικής νοημοσύνης του Bar-On

Το συγκεκριμένο θεωρητικό μοντέλο κατατάσσεται στα μικτά μοντέλα και δίνει έμφαση στη κοινωνική και συναισθηματική νοημοσύνη στην οποία περιλαμβάνεται ένα σύνολο μη γνωστικών δεξιοτήτων οι οποίες επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίζει αποτελεσματικά τις πιέσεις και απαιτήσεις του περιβάλλοντός του (Bar-On, 1997. αναφ. στο Πλατσίδου, 2004).

Σύμφωνα με αυτό η συναισθηματική νοημοσύνη αποτελείται από πέντε γενικές κατηγορίες ικανοτήτων με καθεμία εξ αυτών να εμπεριέχει κάποιες ειδικές δεξιότητες. Η πρώτη κατηγορία είναι αυτή των ενδοπροσωπικών ικανοτήτων η οποία σχετίζεται με την αυτοεπίγνωση και περιλαμβάνει τις δεξιότητες της συναισθηματικής αυτοεπίγνωσης, της θετικής διεκδίκησης, του αυτοσεβασμού, της εξακρίβωσης του ατομικού δυναμικού και της αυτονομίας. Ακολούθως η δεύτερη είναι αυτή των διαπροσωπικών ικανοτήτων η οποία σχετίζεται με την ικανότητα του ατόμου να κατανοεί τα συναισθήματα των άλλων και περιλαμβάνει τις δεξιότητες της ενσυναίσθησης, της δόμησης διαπροσωπικών σχέσεων και της κοινωνικής υπευθυνότητας.

Η τρίτη κατηγορία είναι αυτή της προσαρμοστικότητας και αφορά την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζει τα συναισθήματά του με ευελιξία στις διαφορετικές περιστάσεις. Περιλαμβάνει δεξιότητες όπως αυτές της επίλυσης προβλημάτων, του ελέγχου της πραγματικότητας και της ευελιξίας. Έπεται η διάσταση της διαχείρισης του άγχους η οποία αποτελείται από τις δεξιότητες της ανοχής στο άγχος και του ελέγχου των παρορμήσεων ενώ τελευταία είναι αυτή της γενικότερης διάθεσης η οποία αφορά τις δεξιότητες της ευτυχίας και της αισιοδοξίας (Bar-On, 2006).

Σύμφωνα με τον εισηγητή του εν λόγω μοντέλου η συναισθηματική νοημοσύνη αναπτύσσεται σε όλη τη διάρκεια της ζωής και δύναται να βελτιωθεί μέσω ειδικών προγραμμάτων με την έρευνα ως προς αυτό να συνηγορεί στο ότι η συναισθηματική και κοινωνική νοημοσύνη αναπτύσσεται με σταθερό ρυθμό μέχρι τα πενήντα περίπου έτη ζωής (Bar-On, 2000. αναφ. στο Πλατσίδου, 2004).

Για την αξιολόγησή της δημιούργησε το «Emotional Quotient Inventory» ένα ερωτηματολόγιο αυτοαναφοράς όπου το άτομο δηλώνει το βαθμό συμφωνίας του με κάθε πρόταση αναφορικά με τον εαυτό του σε μια πενταβάθμια κλίμακα. Από τις απαντήσεις του συνάγεται ένας γενικός δείκτης συναισθηματικής νοημοσύνης και πέντε επιμέρους δείκτες που αναφέρονται στις κατηγορίες του μοντέλου που περιγράφησαν παραπάνω (Bar-On, 1997. Bar-On & Parker, 2000. αναφ. στο Πλατσίδου, 2004).

3.2.3. Η συναισθηματική νοημοσύνη ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας

Οι Petrides και Furnham (2000) πρότειναν την εννοιολογική διάκριση των μοντέλων της συναισθηματικής νοημοσύνης σε αυτά που την αντιμετωπίζουν ως μια νοητική ικανότητα και σε αυτά που την προσεγγίζουν ως ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας. Η διαφορά τους έγκειται στο ότι τα μεν πρώτα δίνουν έμφαση στη συναισθηματική ευφυΐα των ατόμων ενώ τα τελευταία στη συναισθηματική αυτοαποτελεσματικότητα και στις εκτιμήσεις των ιδίων των ατόμων για τη λειτουργικότητά τους στο συναισθηματικό τομέα. Αξίζει να σημειωθεί ότι τα δύο είδη της συναισθηματικής νοημοσύνης όπως προκύπτουν από τα προαναφερθέντα θεωρητικά μοντέλα δύναται να συνυπάρχουν χωρίς να αλληλοαποκλείονται (Petrides & Furnham, 2003).

Οι κατασκευαστές του παρόντος μοντέλου ανέλυσαν τα ήδη υπάρχοντα θεωρητικά μοντέλα σχετικά με τη συναισθηματική νοημοσύνη και κατέληξαν στη διατύπωση 15 εκφάνσεων που τη συνιστούν ως έννοια. Σε αυτές περιλαμβάνονται η προσαρμοστικότητα, η διεκδικητική συμπεριφορά, η συναισθηματική αντίληψη τόσο για τον εαυτό όσο και για τους άλλους, η έκφραση του συναισθήματος, η διαχείριση των συναισθημάτων των άλλων, η ικανότητα ρύθμισης του συναισθήματος, η παρορμητικότητα, οι διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές σχέσεις, η αυτοεκτίμηση, τα προσωπικά κίνητρα, η κοινωνική επίγνωση, η διαχείριση του άγχους, η ενσυναίσθηση, η ευτυχία και η αισιοδοξία (αναφ. στο Petrides, Pita & Kokkinaki, 2007).

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των παραγόντων, οι προαναφερθείσες εκφάνσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης σχηματίζουν τέσσερις ευρύτερους παράγοντες οι οποίοι είναι η ευημερία, ο αυτοέλεγχος, η συναισθηματικότητα και η κοινωνικότητα.

Σε αυτόν της ευημερίας περιλαμβάνονται οι εκφάνσεις της αυτοεκτίμησης, της ευτυχίας και της αισιοδοξίας. Στον παράγοντα του αυτοελέγχου περιλαμβάνεται η ρύθμιση των συναισθημάτων, η παρορμητικότητα και η διαχείριση του άγχους. Αντίστοιχα στη συναισθηματικότητα περιλαμβάνονται η συναισθηματική αντίληψη για τον εαυτό και τους άλλους, η έκφραση του συναισθήματος, οι διαπροσωπικές και ενδοπροσωπικές σχέσεις και η ενσυναίσθηση. Τέλος τον παράγοντα της κοινωνικότητας συγκροτούν η διεκδικητική συμπεριφορά, η κοινωνική επίγνωση και η διαχείριση των συναισθημάτων των άλλων με την προσαρμοστικότητα και τα κίνητρα να αποτελούν ανεξάρτητες όψεις της συναισθηματικής νοημοσύνης (Petrides, 2009).

3.3. Συσχέτιση της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ικανοποίησης από τη ζωή με την επαγγελματική εξουθένωση

Τα τελευταία χρόνια το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας έχει επικεντρωθεί στη μελέτη του ρόλου που διαδραματίζουν τα συναισθήματα σε διάφορες καταστάσεις της καθημερινής ζωής εντοπίζοντας τη θετική συσχέτισή τους με την επιτυχία στη ζωή, τη ψυχολογική ευημερία και την ακαδημαϊκή επιτυχία (Bar-On, 2001). Από τα προαναφερθέντα πλαίσια δεν θα μπορούσε να απουσιάζει και το εργασιακό αναφορικά με το οποίο η συναισθηματική νοημοσύνη τείνει να συσχετίζεται θετικά με την εργασιακή επιτυχία, τις ηγετικές συμπεριφορές και την εργασιακή ικανοποίηση (Cooper & Sawaf, 1997. αναφ. στο Nikolaou & Tsaousis, 2002. Weisinger, 1998. αναφ. στο Carmeli, 2003).

Πέραν των προαναφερθέντων, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει και η διερεύνηση της συσχέτισής της με το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Αναφορικά με το εργασιακό άγχος βάσει των ερευνητικών ευρημάτων παρατηρείται αρνητική συσχέτισή του με τη συναισθηματική νοημοσύνη (Bar-On, Brown, Kirkcaldy & Thome, 2000). Χαρακτηριστικά αναφέρεται η έρευνα των Νικολαου και Tsaousis (2002) σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας όπου υψηλότερες βαθμολογίες στη μεταβλητή της συναισθηματικής νοημοσύνης συνδέονταν με λιγότερο εργασιακό άγχος.

Αντίστοιχα, αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται επίσης αρνητική συσχέτισή της με τη συναισθηματική νοημοσύνη. Πιο συγκεκριμένα από μια έρευνα της Platsidou (2010) σε εκπαιδευτικούς ειδικής αγωγής στο ελληνικό πλαίσιο προέκυψε ότι υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης συσχετιζόνταν με λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση. Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξε και η έρευνα της Vlachou και των συνεργατών της (2016) σε δείγμα επαγγελματιών υγείας όπου υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης αντιστοιχούσαν σε χαμηλότερα επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ η πρώτη φάνηκε επίσης να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας στην εκδήλωση της τελευταίας.

Συνοψίζοντας συμπληρωματικά με τα παραπάνω αξίζει επίσης να αναφερθεί ότι η συναισθηματική νοημοσύνη φαίνεται να συσχετίζεται και με την ικανοποίηση από τη ζωή. Έρευνες σε ποικίλους εργασιακούς τομείς μεταξύ των οποίων αυτοί της ψυχικής υγείας και της εκπαίδευσης καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι υψηλά επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης αντιστοιχούν σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή (Platsidou & Salman, 2012. αναφ. στο Cazan & Năstăsă, 2015).

Η αναφορά στην ικανοποίηση από τη ζωή κρίνεται σκόπιμη καθώς εκτός της συναισθηματικής νοημοσύνης φαίνεται να συνδέεται και με την επαγγελματική εξουθένωση. Ειδικότερα η ικανοποίηση από τη ζωή αναφέρεται στο βαθμό στον οποίο οι συνθήκες της ζωής

ενός ατόμου ικανοποιούν σε πρακτικό και συναισθηματικό επίπεδο τις ανάγκες και τις επιθυμίες του (Rice, 1984. αναφ. στο Demerouti, Bakker, Nachreiner & Schaufeli, 2000). Η σύνδεσή της με τον εργασιακό τομέα είναι αναμφίβολη εξαιτίας της σημαντικής επίδρασης που ο τελευταίος ασκεί στη ζωή των ατόμων. Συνεπώς η επαγγελματική εξουθένωση ως ένα φαινόμενο που λαμβάνει χώρα στον εργασιακό τομέα τείνει να επηρεάζει και να επηρεάζεται από τη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή (Demerouti et al., 2000).

4. Στόχοι και υποθέσεις της έρευνας

Ένας από τους στόχους της προκειμένης έρευνας είναι η διερεύνηση των στάσεων που εκφράζουν για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Μια πρώτη σημαντική επιδίωξη είναι η ανάδειξη τυχόν διαφοροποιήσεων των εν λόγω επαγγελματιών λαμβάνοντας υπόψη ορισμένους δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες μεταξύ των οποίων το φύλο, η ηλικία, η ειδικότητα, το πλαίσιο εργασίας και η επαφή με τους ψυχικά πάσχοντες όπως αυτή προκύπτει από το χρόνο εργασίας των επαγγελματιών του δείγματος στον εν λόγω τομέα.

Πιο συγκεκριμένα αναφορικά με το φύλο οι γυναίκες αναμένεται να εκδηλώνουν λιγότερο αρνητικές στάσεις έναντι της ψυχικής ασθένειας συγκριτικά με τους άνδρες (Corrigan & Watson, 2007. Μερτίκα και συν., 2006). Σχετικά με τον παράγοντα της ηλικίας των συμμετεχόντων διερευνάται ο τρόπος με τον οποίο αυτός συσχετίζεται με τη δημιουργία στιγματιστικών αντιλήψεων καθώς σύμφωνα με τη βιβλιογραφία τα ευρήματα είναι αντιφατικά (Angermeyer & Dietrich, 2006).

Όσον αφορά την ειδικότητα στο τομέα της ψυχικής υγείας οι ψυχίατροι αναμένεται να εκδηλώνουν περισσότερο αρνητικές στάσεις και μεγαλύτερη επιθυμία κοινωνικής απόστασης προς τους ψυχικά ασθενείς συγκριτικά με τους κοινωνικούς λειτουργούς, τους ψυχολόγους και τους νοσηλευτές του δείγματος (Kingdon et al., 2004. Lauber et al., 2004. Nordt et al., 2006). Τέλος η μεταβλητή της εμπειρίας/επαφής με ψυχικά πάσχοντες φαίνεται να συνδέεται με θετικότερες στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια (Corrigan et al., 2003. Wallach, 2004). Αναμένεται συνεπώς οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας με περισσότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας συνεπώς και επαφής με τη ψυχική ασθένεια να παρουσιάζουν λιγότερο στιγματιστικές στάσεις.

Σε ένα μετέπειτα επίπεδο ένας ακόμη στόχος είναι η διερεύνηση της συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις εκφραζόμενες στάσεις υποθέτοντας ότι η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας θα συνδέεται με αρνητικότερες στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια καθώς και του τρόπου με τον οποίο οι συμμετέχοντες στην έρευνα διαφοροποιούνται βάσει των προαναφερθέντων δημογραφικών και εργασιακών παραγόντων στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Βάσει των ερευνητικών ευρημάτων σχετικά με τους παράγοντες της ηλικίας και της επαγγελματικής εμπειρίας οι νεότεροι ηλικιακά και με λιγότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας αναμένεται να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης (Lloyd & King, 2004. Maslach et al., 2001. Tzipporah & Pace, 2006). Αναφορικά με τον παράγοντα του φύλου τα ερευνητικά ευρήματα είναι αντιφατικά συνεπώς θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθεί υπό τη μορφή ερευνητικού ερωτήματος με στόχο τη διαπίστωση ή μη της πιθανής διαφοροποίησης των συμμετεχόντων ως προς αυτόν.

Όσον αφορά τον παράγοντα της ειδικότητας, βάσει της βιβλιογραφίας οι κοινωνικοί λειτουργοί και οι νοσηλευτές αναμένεται να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους (Coyle et al., 2005. Priebe et al., 2005. Siebert, 2005). Τέλος σχετικά με το πλαίσιο εργασίας οι υπάρχουσες έρευνες είτε δεν εντοπίζουν συσχέτισή του με την επαγγελματική εξουθένωση είτε συνδέουν τον ιδιωτικό τομέα με μικρότερα ποσοστά του εν λόγω φαινομένου. Αναμένεται συνεπώς όσοι ασκούν το επάγγελμα σε ιδιωτικό ή μικτό πλαίσιο να παρουσιάζουν λιγότερη επαγγελματική εξουθένωση συγκριτικά με όσους εργάζονται σε δημόσιο πλαίσιο (Ackerley, Burnell, Holder & Kurdek, 1988. αναφ. στο Leiter & Harvie, 1996. Acker, 2011. Rupert & Morgan, 2005).

Αναφορικά με τους προσωπικούς παράγοντες η παρούσα ερευνητική μελέτη εισάγει την υπόθεση της διερεύνησης του τρόπου με τον οποίο η συναισθηματική νοημοσύνη, οι στάσεις έναντι της σοβαρής ψυχικής νόσου και η ικανοποίηση από τη ζωή προβλέπουν την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Η διερεύνηση της προβλεπτικής επίδρασης της ικανοποίησης από τη ζωή και των στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια στην επαγγελματική εξουθένωση των συμμετεχόντων στην έρευνα κρίνεται σκόπιμο να τεθεί με τη μορφή ερευνητικού ερωτήματος. Αντίθετα όσον αφορά τη συναισθηματική νοημοσύνη, τα ερευνητικά ευρήματα σε άλλους πληθυσμούς αναδεικνύουν την αρνητική της συσχέτιση με την επαγγελματική εξουθένωση και τη προβλεπτική της ισχύ ως προς αυτήν (Vlachou et al., 2016). Διερευνάται συνεπώς αν και στο τομέα της ψυχικής υγείας θα προκύψουν ανάλογα αποτελέσματα.

Με βάση όσα προαναφέρθηκαν μια τελευταία βασική ερευνητική επιδίωξη είναι η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο η συναισθηματική νοημοσύνη διαμεσολαβεί στη συσχέτιση των εκφραζόμενων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια στάσεων με την επαγγελματική εξουθένωση. Η ερευνητική υπόθεση έγκειται στο ότι χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης αναμένεται να συνδέονται με περισσότερο αρνητικές στάσεις για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια οι οποίες με τη σειρά τους θα συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μεθοδολογία

5.1. Συμμετέχοντες

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε σε δείγμα επαγγελματιών ψυχικής υγείας που εργάζονταν ή έκαναν την ειδικότητά τους σε ιδιωτικό, δημόσιο ή συνδυαστικά και στα δύο πλαίσια, εντός ή εκτός Αττικής και συγκεκριμένα σε ψυχολόγους, ψυχιάτρους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλεύτες.

Πιο συγκεκριμένα όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα, το δείγμα αποτέλεσαν συνολικά 206 επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Αναφορικά με το φύλο παρατηρήθηκε σχεδόν ίση αντιπροσώπευση ανδρών και γυναικών, 44,7% και 55,3% αντίστοιχα, όπως και αναφορικά με την οικογενειακή τους κατάσταση, με τα ποσοστά των έγγαμων και των άγαμων να εντοπίζονται στο 39,3% και 38,3% αντίστοιχα. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμάνθηκε από τα 23 έως τα 70 έτη με το μέσο όρο της να εντοπίζεται στα 38,4 έτη ενώ σχεδόν τα 2/3 του δείγματος κατείχαν απλώς πτυχίο της ειδικότητάς τους χωρίς κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο.

Συμπληρωματικά αξίζει να αναφερθεί ότι οι περισσότεροι εξ αυτών διέμεναν κοντά στις οικογένειές τους και στο τόπο εργασίας τους ενώ για σχεδόν το 50% του δείγματος το μηνιαίο εισόδημά του κυμαινόταν από 500-1.000 ευρώ σε αντίθεση με το 36,4% του οποίου το μηνιαίο εισόδημα εντοπιζόταν μεταξύ 1.000 έως και 1.500 ευρώ (Πίνακας 1α).

Πίνακας 1α

Δημογραφικά χαρακτηριστικά δείγματος

Μεταβλητές	Σύνολο	Ποσοστό % / Τυπική Απόκλιση (T.A)
Ηλικία [σε έτη (Mean±SD)]	38,4 ±	9,7
Φύλο [N(%)]		
Άνδρας	92	44,7%
Γυναίκα	114	55,3%
Μορφωτικό επίπεδο [N(%)]		
Ανώτερη Σχολή (TEI)	51	24,8%
Ανώτατη Σχολή (AEI)	77	37,4%
Μεταπτυχιακός τίτλος (MSc)	66	32,0%
Διδακτορικός τίτλος (Phd)	6	2,9%
Άλλος τίτλος	6	2,9%

Οικογενειακή Κατάσταση [N(%)]		
Ελεύθερος/η	79	38,3%
Παντρεμένος/η	81	39,3%
Σε διάσταση	2	1,0%
Διαζευγμένος/η	11	5,3%
Σε σταθερή σχέση	27	13,1%
Σε συγκατοίκηση	6	2,9%
Αυτή την εποχή ζείτε στη πόλη που ζει και η υπόλοιπη οικογένειά σας;		
Ναι	162	78,6%
Όχι	44	21,4%
Στη πόλη που ζείτε αυτή τη στιγμή είναι και η μόνιμη κατοικία σας;		
Ναι	184	89,3%
Όχι	22	10,7%
Μηνιαίο εισόδημά		
1.000-1.500 ευρώ	75	36,4%
1.500-2.000 ευρώ	17	8,3%
500-1.000 ευρώ	101	49,0%
Περισσότερα από 2.000 ευρώ	13	6,3%

M: Mean, SD: Standard deviation. Τα ποσοστά υπολογίστηκαν ως προς τις στήλες.
T-test για τις ποσοτικές μεταβλητές.

Όσον αφορά τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος, τα ποσοστά της επαγγελματικής ειδικότητας αναφέρονται ακολούθως, με τους ψυχολόγους να λαμβάνουν το 31,6% και τους νοσηλευτές, τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους ψυχιάτρους να ακολουθούν με ποσοστά 31,1%, 20,9% και 15,5% αντίστοιχα. Σημειώνεται επίσης ότι το ποσοστό του δείγματος με συνολικό χρόνο εργασίας στο τομέα της ψυχικής υγείας έως πέντε χρόνια ήταν σχεδόν ανάλογο με αυτό που είχε εμπειρία μεγαλύτερη των δέκα ετών.

Αξίζει να αναφερθεί επίσης ότι για το περίπου 50% του δείγματος ως βασικός παράγοντας επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος αναδείχθηκε η διάθεση για προσφορά βοήθειας στο συνάνθρωπο, ενώ αντίστοιχο ποσοστό προσέφερε τις υπηρεσίες του μεταξύ άλλων και σε πρόσφυγες και μετανάστες (Βλ. Παράρτημα, ερώτ. 15, 24).

Τέλος το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (84,5 %) δεν κατείχε διευθυντική θέση στην εργασία του ενώ το ημερήσιο ωράριο εργασίας του ήταν περίπου οκτώ ώρες (87,9%). Σχετικά με το πλαίσιο εργασίας το 49,5% του δείγματος απασχολούταν σε δημόσιο πλαίσιο και το 41,7% σε ιδιωτικό με ένα μεγάλο ποσοστό της τάξεως του 71,4% να αναφέρει ότι τους τελευταίους μήνες δεν σκέφτηκε τη πιθανότητα αλλαγής επαγγέλματος (Πίνακας 1β).

Πίνακας 1β

Επαγγελματικά/εργασιακά χαρακτηριστικά δείγματος

Μεταβλητές	Σύνολο	Ποσοστό %
Ειδικότητα		
Ψυχολόγος	65	31,6%
Κοινωνικός Λειτουργός	43	20,9%
Νοσηλεύτης/τρια	64	31,1%
Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	32	15,5%
Άλλο	2	1,0%
Συνολικός χρόνος εργασίας στο τομέα της Ψυχικής Υγείας		
Λιγότερο από 1 χρόνο	69	33,5%
1-5 χρόνια	28	13,6%
5-10 χρόνια	4	1,9%
10-15 χρόνια	58	28,2%
Περισσότερο από 15 χρόνια	47	22,8%
Χρόνος παραμονής στην παρούσα εργασία		
Λιγότερο από έτος	16	7,8%
1-5 έτη	81	39,3%
6-10 έτη	41	19,9%
11-15 έτη	28	13,6%
15-20 έτη	21	10,2%
20+ έτη	19	9,2%
Βασικός παράγοντας επιλογής του συγκεκριμένου επαγγέλματος		
Αυξημένες πιθανότητες επαγγελματικής αποκατάστασης	38	18,4%
Επιθυμία για προσφορά βοήθειας στους άλλους ανθρώπους	110	53,4%
Οικογενειακός/φιλικός περίγυρος	17	8,3%
Τύχη	25	12,1%
Άλλος	16	7,8%
Κατοχή διευθυντικής θέσης		
Ναι	32	15,5%
Όχι	174	84,5%
Πλαίσιο εργασίας		
Δημόσιο και Ιδιωτικό πλαίσιο	18	8,7%
Δημόσιο πλαίσιο	102	49,5%
Ιδιωτικό πλαίσιο	86	41,7%
Ώρες εργασίας ημερησίως :		
έως 8 ώρες	181	87,9%
9-12 ώρες	19	9,2%
12+ ώρες	6	2,9%

Τους τελευταίους μήνες σκεφτήκατε καμιά φορά να αλλάξετε εργασία;		
Ναι	48	23,3%
Όχι	147	71,4%
Δεν μπορώ να αποφασίσω	11	5,3%
Προσφέρετε τις υπηρεσίες σας σε:		
Ενήλικες	136	66,0%
Και στις δύο ηλικιακές κατηγορίες	62	30,1%
Παιδιά & εφήβους	8	3,9%
Προσφέρετε τις υπηρεσίες σας σε πρόσφυγες και μετανάστες;		
Ναι	107	51,9%
Όχι	99	48,1%

M: Mean, SD: Standard deviation. Τα ποσοστά υπολογίστηκαν ως προς τις στήλες.

Τεστ χ^2 για τις ποιοτικές μεταβλητές

T-test για τις ποσοτικές μεταβλητές

5.2. Μέσα συλλογής δεδομένων

Στη προκειμένη έρευνα διερευνήθηκαν οι μεταβλητές της επαγγελματικής εξουθένωσης, των στάσεων απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια, της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ικανοποίησης από τη ζωή ενώ συμπληρωματικά συλλέχθηκαν και τα απαραίτητα για την έρευνα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Για τη μελέτη των προαναφερθέντων μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν τα ερευνητικά εργαλεία που περιγράφονται εκτενώς ακολούθως δεδομένης της αξιοπιστίας τους όπως αυτή προκύπτει και από τη στάθμισή τους στο ελληνικό πλαίσιο.

5.2.1. Αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο δημογραφικών στοιχείων

Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από τον ερευνητή και αποτελείται από κλειστού τύπου ερωτήσεις που αναφέρονται σε προσωπικά και εργασιακά στοιχεία του συμμετέχοντα στην έρευνα τα οποία είναι μεταξύ άλλων το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η επαγγελματική ειδικότητα στο χώρο της ψυχικής υγείας, η εμπειρία/χρόνος εργασίας στο τομέα της ψυχικής υγείας γενικότερα και στη παρούσα θέση ειδικότερα και το πλαίσιο εργασίας. Τα δημογραφικά αυτά στοιχεία επιλέχθηκαν να διερευνηθούν με γνώμονα τη συσχέτισή τους με τις δύο κύριες μεταβλητές της έρευνας που ήταν οι εκφραζόμενες στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Βλ. Παράρτημα).

5.2.2. «Στάσεις για τη σοβαρή ψυχική αρρώστια- Attitudes of Severe Mental Illness scale (ASMI)»

Η συγκεκριμένη κλίμακα δημιουργήθηκε από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του και στη παρούσα μορφή της αποτελείται από 30 προτάσεις-δηλώσεις (Madianos, Economou, Peppou, Kallergis, Rogakou & Alevizopoulos, 2012). Στόχος της είναι η διερεύνηση των στάσεων του ερωτώμενου σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο και τους ψυχικά πάσχοντες.

Το άτομο στο οποίο χορηγείται καλείται να δηλώσει τη συμφωνία του ή μη σε καθεμία από τις επιμέρους προτάσεις-δηλώσεις της, μέσω μιας πενταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert που εκτείνεται από το «συμφωνώ» (4), στο «μάλλον συμφωνώ» (3), «μάλλον διαφωνώ» (2), «διαφωνώ» (1) έως και το «δεν ξέρω/δεν απαντώ» (0). Συγκεκριμένες βαθμολογήσεις σε κάποιες προτάσεις-δηλώσεις αντιστράφηκαν προκειμένου να αποφευχθούν επιδράσεις της φοράς ενώ παράλληλα υψηλές σε όλες τις προτάσεις-δηλώσεις βαθμολογήσεις να φανερώνουν ισχυρές μη στιγματιστικές αντιλήψεις (Madianos et al., 2012).

Η παραγοντική ανάλυση της κλίμακας «ASMI» εντόπισε τους εξής τέσσερις παράγοντες: «Στερεότυπα», «Αισιοδοξία», «Αντιμετώπιση/ Εξωτερίκευση» και «Κατανόηση/ Ενοχικότητα». Ο παράγοντας «Στερεότυπα» περιλαμβάνει 11 προτάσεις που εμπεριέχουν τις πιο χαρακτηριστικές εκφραζόμενες αρνητικές αντιλήψεις γύρω από τη σοβαρή ψυχική ασθένεια όπως για παράδειγμα «Οι άνθρωποι με σοβαρή ψυχική αρρώστια παύουν να είναι όπως όλοι οι άνθρωποι». Αντίθετα ο παράγοντας «Αισιοδοξία» αποτελείται από έξι δηλώσεις που αντιπροσωπεύουν θετικές στάσεις όπως παραδείγματος χάριν «Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον να θεραπεύεται».

Ακολούθως ο παράγοντας της «Αντιμετώπισης/ Εξωτερίκευσης» περιλαμβάνει επτά δηλώσεις που αναφέρονται σε πιθανές στρατηγικές αντιμετώπισης του στίγματος της ψυχικής ασθένειας όπως «Είναι καλύτερα κάποιος με σοβαρή ψυχική αρρώστια να αποφεύγει τους ανθρώπους» ενώ αυτός της «Κατανόησης/ Ενοχικότητας» εμπεριέχει έξι προτάσεις που περιγράφουν τις αντιλήψεις σχετικά με τον τρόπο που ένα ψυχικά πάσχον άτομο σκέφτεται ή νιώθει για την ασθένειά του με μία εξ αυτών να είναι η πρόταση «Συνήθως ένα άτομο με ψυχική αρρώστια νιώθει ότι είναι βάρος στην οικογένειά του» (Madianos et al., 2012).

Ως προς τη βαθμολόγηση προτείνεται η ανακωδικοποίηση ορισμένων ερωτήσεων και η αντίστροφη βαθμολόγησή τους ώστε να υπάρχει ενιαία φορά σε όλες τις δηλώσεις που απαρτίζουν τον εκάστοτε παράγοντα και ταυτόχρονα υψηλό σκορ σε καθέναν από αυτούς να δηλώνει θετική στάση απέναντι στο νοηματικό περιεχόμενό τους (Βλ. Παράρτημα).

Η συγκεκριμένη κλίμακα έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες και έχει σταθμιστεί στον ελληνικό πληθυσμό. Η εσωτερική αξιοπιστία καθενός από τους τέσσερις παράγοντες έχει βρεθεί να είναι ικανοποιητική με την τιμή του Cronbach's α για τους παράγοντες «Στερεότυπα»,

«Αισιοδοξία», «Αντιμετώπιση/ Εξωτερίκευση» και «Κατανόηση/ Ενοχικότητα» να εντοπίζεται σε 0.86, 0.82, 0.79 και 0.80 αντίστοιχα ενώ για τη κλίμακα συνολικά υπολογίστηκε σε 0.89.

5.2.3. «Ερωτηματολόγιο καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach- Maslach Burnout Inventory (MBI)»

Για τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιήθηκε η «κλίμακα καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (MBI)» (Maslach & Jackson, 1986). Πιο συγκεκριμένα χορηγήθηκε μια προσαρμοσμένη έκδοση της «MBI Human Services Survey (MBI-HSS)» που απευθύνεται σε επαγγελματίες που εργάζονται στο τομέα της υγείας η «MBI for Medical Personnel: MBI-HSS (MP)» της οποίας η μόνη διαφορά με την πρώτη εντοπίζεται στο προσαρμοσμένο στο εργασιακό πλαίσιο της υγείας λεξιλόγιο (αναφ. στο Maslach, Jackson & Leiter, 2017).

Η κλίμακα MBI δημιουργήθηκε με στόχο τη καταγραφή των συνιστωσών της επαγγελματικής εξουθένωσης σε γνωστικό, συμπεριφορικό και συναισθηματικό επίπεδο. Η συγκεκριμένη έκδοσή της περιλαμβάνει 22 προτάσεις-δηλώσεις αυτοαξιολόγησης που συνδέονται με τη συχνότητα στην οποία οι ερωτηθέντες βιώνουν ένα συναίσθημα ή μια κατάσταση σχετική με τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους. Συγκεκριμένα καλούνται να προσδιορίσουν τη συχνότητα εμφάνισης της κατάστασης που περιγράφει κάθε πρόταση-δήλωση μέσω μιας επταβάθμιας κλίμακας που εκτείνεται από το «ποτέ» (0) μέχρι το «καθημερινά» (6) (Βλ. Παράρτημα).

Οι προαναφερθείσες δηλώσεις ταξινομούνται στις τρεις υποκλίμακες του «MBI» οι οποίες αποτελούν τις τρεις κύριες διαστάσεις του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την αίσθηση προσωπικής επίτευξης (αναφ. στο Maslach, Jackson & Leiter, 2017).

Η υποκλίμακα της «Συναισθηματικής Εξάντλησης» περιλαμβάνει 9 προτάσεις οι οποίες αφορούν τη συναισθηματική κατάπτωση που βιώνει κάποιος από την εργασία του (π.χ. «αισθάνομαι συναισθηματικά εξουθενωμένος από την εργασία μου»). Αντίστοιχα αυτή της «Αποπροσωποποίησης» εμπεριέχει 5 προτάσεις που αντανακλούν την αδιαφορία και την απρόσωπη αντίδραση του επαγγελματία έναντι του ασθενούς (π.χ. «αισθάνομαι ότι συμπεριφέρομαι σε μερικούς ασθενείς σαν να ήταν άψυχα αντικείμενα»). Τέλος η υποκλίμακα της «Προσωπικής Επίτευξης» αποτελείται από 8 προτάσεις και αξιολογεί την αντιλαμβανόμενη επάρκεια και επιτυχία του επαγγελματία στην εργασία του (π.χ. «αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα των ασθενών μου»).

Αναφορικά με τη βαθμολόγηση του «MBI-HSS (MP)» σημειώνεται ότι οι τιμές που προκύπτουν στις τρεις υποκλίμακες του υπολογίζονται και ερμηνεύονται ανεξάρτητα χωρίς να καταλήγουν σε μια συνολική τιμή επαγγελματικής εξουθένωσης. Η βαθμολόγηση για κάθε υποκλίμακα είναι αθροιστική. Υψηλές τιμές στις υποκλίμακες της «Συναισθηματικής Εξάντλησης» και της «Αποπροσωποποίησης» και αντίστοιχα χαμηλές σε αυτήν της «Προσωπικής Επίτευξης» αντανακλούν αυξημένο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ ισχύει και το αντίστροφο (αναφ. στο Maslach, Jackson & Leiter, 2017).

Οι ψυχομετρικές ιδιότητες του «MBI-HSS» παρουσιάζονται καλές. Στο ελληνικό πλαίσιο οι τιμές του Cronbach's α για τις υποκλίμακες της «Συναισθηματικής Εξάντλησης», της «Αποπροσωποποίησης» και της «Προσωπικής Επίτευξης» εντοπίστηκαν σε 0,84, 0,55 και 0,71 αντίστοιχα (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992). Η διερεύνηση της αξιοπιστίας του «MBI-HSS (MP)» δεν έχει ακόμη πραγματοποιηθεί καθώς πρόκειται για μια πολύ σύγχρονη έκδοση, δεδομένης όμως της μη ύπαρξης ουσιαστικών διαφορών από το «MBI-HSS», το οποίο έχει χορηγηθεί σε επαγγελματίες υγείας προτείνεται ως αντίστοιχα αξιόπιστο με αυτό.

5.2.4. «Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως γνώρισμα της προσωπικότητας- Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue)»

Το πιο εύχρηστο εργαλείο μέτρησης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως χαρακτηριστικό γνώρισμα της προσωπικότητας είναι το «Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue)» το οποίο κατασκευάστηκε από τους Petrides και Furnham (2003) και έχει μεταφραστεί σε 26 γλώσσες μεταξύ των οποίων και η ελληνική. Η πλήρης έκδοσή του αποτελείται από 153 προτάσεις-δηλώσεις που κατανέμονται σε 15 υποκλίμακες και οργανώνονται σε τέσσερις διακριτούς παράγοντες, αυτούς της «Ευημερίας (Well-being)», του «Αυτο-ελέγχου (Self-Control)», της «Συναισθηματικότητας (Emotionality)» και της «Κοινωνικότητας (Sociability)».

Εν προκειμένω χρησιμοποιήθηκε η σύντομη έκδοσή του, «Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEI-Que-SF)», η οποία αποτελείται από 30 προτάσεις αυτοαναφοράς με τις απαντήσεις των ερωτώμενων να δίνονται σε μια επταβάθμια κλίμακα που εκτείνεται από το «διαφωνώ απόλυτα» (1) μέχρι το «συμφωνώ απόλυτα» (7). Για τη κατασκευή της έκδοχης αυτής οι κατασκευαστές της επέλεξαν μόνο δύο προτάσεις-δηλώσεις για καθεμία από τις 15 υποκλίμακες της με γνώμονα την υψηλή συσχέτιση τους με το συνολικό σκορ της επιμέρους αντίστοιχης υποκλίμακας (Petrides, Perez & Furnham, 2003 αναφ. στο Petrides & Furnham, 2003).

Ο παράγοντας της «Ευημερίας (Well-being)» περιλαμβάνει τις υποκλίμακες της «αισιοδοξίας», της «ευτυχίας» και της «αυτοεκτίμησης» στις οποίες αναφέρονται οι δηλώσεις 5, 20, 9, 24, 12 και 27. Υψηλές βαθμολογίες στον εν λόγω παράγοντα σηματοδοτούν μια γενικότερη αίσθηση ικανοποίησης για τα πεπραγμένα σε παρόν και μέλλον. Αντίστοιχα ο παράγοντας του «Αυτο-ελέγχου (Self-Control)» περιλαμβάνει τις διαστάσεις της «ρύθμισης των συναισθημάτων», την «παρορμητικότητα» και «τη διαχείριση του άγχους» στις οποίες αναφέρονται οι δηλώσεις 4, 19, 7, 22, 15 και 30. Υψηλή βαθμολογία σε αυτόν τον παράγοντα καταδεικνύει ικανοποιητικό έλεγχο των συναισθημάτων και των παρορμήσεων και ορθή διαχείριση του άγχους.

Ακολούθως ο παράγοντας της «Συναισθηματικότητας (Emotionality)» εμπεριέχει τις όψεις της «συναισθηματικής αντίληψης του ατόμου» τόσο για τον εαυτό του όσο και για τους άλλους ανθρώπους, τις «δεξιότητες δόμησης σχέσεων», την «έκφραση συναισθημάτων» και την «ενσυναίσθηση», όπως αυτές εκφράζονται στις προτάσεις 1, 16, 8, 23, 2, 17, 13 και 28. Τέλος ο παράγοντας της «Κοινωνικότητας (Sociability)» περιλαμβάνει τις υποκλίμακες της «διεκδικητικότητας», της «διαχείρισης των συναισθημάτων των άλλων ανθρώπων» και της «κοινωνικής επάρκειας» όπως αυτές δίνονται στις δηλώσεις 6, 21, 10, 25, 11 και 26. Υψηλές βαθμολογήσεις στους δύο προαναφερθέντες παράγοντες μεταφράζονται στην ύπαρξη ισχυρών δεξιοτήτων στο συναισθηματικό και κοινωνικό τομέα αντίστοιχα (Petrides, Pita & Kokkinaki, 2007).

Σημειώνεται ότι οι υποκλίμακες της «κινητοποίησης» και της «προσαρμοστικότητας» δεν εμπίπτουν σε κάποιον από τους προαναφερθέντες τέσσερις παράγοντες και αντιπροσωπεύονται από τις προτάσεις 3, 18 και 14, 29 αντίστοιχα και συνδράμουν στην εξαγωγή της συνολικής τιμής της συναισθηματικής νοημοσύνης. Από το συνολικό άθροισμα των απαντήσεων στις 30 αυτές δηλώσεις προκύπτει η γενικότερη τιμή της συναισθηματικής νοημοσύνης του ατόμου. Αξίζει να τονιστεί ότι οι δηλώσεις 16, 2, 18, 4, 5, 7, 22, 8, 10, 25, 26, 12, 13, 28 και 14 βαθμολογούνται αντίστροφα (Βλ. Παράρτημα).

Συνοψίζοντας οι ψυχομετρικές ιδιότητες τόσο στην εκτενή όσο και στη σύντομη έκδοσή του παρουσιάζονται ικανοποιητικές. Η στάθμιση της (TEI-Que-SF) στο ελληνικό πλαίσιο από τη Stamatopoulou και τους συνεργάτες της (2016) κατέδειξε ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία για καθέναν από τους τέσσερις παράγοντες που την αποτελούν και εξαιρετική για το συνολικό δείκτη της συναισθηματικής νοημοσύνης. Πιο συγκεκριμένα οι τιμές Cronbach's α για τις διαστάσεις της «Ευημερίας», του «Αυτο-ελέγχου», της «Συναισθηματικότητας» και της «Κοινωνικότητας» υπολογίστηκαν σε 0.78, 0.60, 0.64 και 0.75 ενώ για το TEIQue-SF συνολικά σε 0.89.

5.2.5. «Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή- *The Satisfaction with Life Scale (SWLS)*»

Η συγκεκριμένη κλίμακα κατασκευάστηκε από τους Diener, Emmons, Larsen και Griffin (1985) με στόχο την αξιολόγηση της γνωστικής διάστασης της υποκειμενικής αίσθησης της ευημερίας. Μέσω αυτής δεν αξιολογούνται συγκεκριμένοι επιμέρους τομείς της ζωής του ατόμου αλλά το γενικότερο επίπεδο ικανοποίησής του από τη ζωή του βάσει των δικών του υποκειμενικών κριτηρίων.

Η δημιουργία της συνδέθηκε με τη διάκριση μεταξύ της συναισθηματικής και της γνωστικής διάστασης της υποκειμενικής ευημερίας και αποτελεί ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο ψυχομετρικό εργαλείο που έχει μεταφραστεί σε ποικίλες γλώσσες. Εμπεριέχει πέντε προτάσεις-δηλώσεις αυτοαναφοράς που αξιολογούν το συνολικό επίπεδο ικανοποίησης του ατόμου από τη ζωή του, με τον ερωτώμενο να καλείται να απαντήσει σε αυτές βάσει μιας επταβάθμιας κλίμακας τύπου Likert που εκτείνεται από το «Διαφωνώ πάρα πολύ» (1) έως το «Συμφωνώ πάρα πολύ» (7).

Η συνολική βαθμολόγηση της κλίμακας είναι αθροιστική χωρίς την ύπαρξη αντίστροφων ερωτήσεων, δίνοντας κατά αυτόν τον τρόπο μια συνολική τιμή ικανοποίησης από τη ζωή η οποία κυμαίνεται από 5 έως 35. Όσο πιο υψηλή είναι η εν λόγω τιμή τόσο πιο ικανοποιημένο είναι το άτομο από τη ζωή του (Βλ. Παράρτημα).

Συμπερασματικά αναφορικά με τις ψυχομετρικές της ιδιότητες η συγκεκριμένη κλίμακα φαίνεται να είναι ικανοποιητικά έγκυρη και αξιόπιστη. Από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στο ελληνικό πλαίσιο από τον Lyrakos και τους συνεργάτες του (2013) και από τους Galanakis, Lakioti, Pezirkianidis, Karakasidou και Stalikas (2017) η «SWLS» φαίνεται να έχει καλή εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής ενώ σχετικά με την αξιοπιστία της η τιμή του Cronbach's α στις δύο αυτές έρευνες υπολογίστηκε σε 0,83 και 0,84 αντίστοιχα.

5.3. Διαδικασία συλλογής δεδομένων

Η παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε από το μήνα Μάιο του 2017 μέχρι και το Μάρτιο του 2018. Η διάρκειά της ήταν μεγάλη εξαιτίας της ιδιομορφίας του πληθυσμού στον οποίο απευθυνόταν. Πιο συγκεκριμένα η χορήγηση των ερωτηματολογίων στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που αποτέλεσαν το δείγμα εντός του εργασιακού τους πλαισίου προϋπέθετε την έγκριση του επιστημονικού συμβουλίου του επιμέρους κλινικού πλαισίου. Για το λόγο αυτό συντάχθηκε ένα έντυπο ενημέρωσης και συγκατάθεσης το οποίο σε ένα πρώτο επίπεδο εγκρίθηκε από τα επιστημονικά συμβούλια των επιμέρους πλαισίων. Τα δημόσια πλαίσια στα οποία πραγματοποιήθηκε η έρευνα ήταν το Στρατιωτικό Νοσοκομείο Ειδικών Νοσημάτων «414 ΣΝΕΝ», η πρώτη ψυχιατρική κλινική του πανεπιστημίου Αθηνών στο «Αιγινήτειο νοσοκομείο», το

Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής «Δρομοκαΐτειο», τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας Κορυδαλλού και Κερατσινίου καθώς και το Κέντρο Ψυχικής Υγείας Περιστερίου. Συμπληρωματικά τα ερωτηματολόγια χορηγήθηκαν τόσο σε έντυπη μορφή όσο και ηλεκτρονικά μέσω μιας ηλεκτρονικής πλατφόρμας, με τον ερευνητή να απευθύνεται και σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που ασκούσαν το επάγγελμά τους πέραν του δημοσίου τομέα και ιδιωτικά ή συνδυαστικά και στους δύο αυτούς τομείς.

Εξαιτίας της δυσκολίας στην άμεση πρόσβαση στον υπό μελέτη πληθυσμό επιλέχθηκε να ακολουθηθεί μία εκ των μεθόδων απροσδιόριστης πιθανότητας επιλογής (non-probability sampling) και συγκεκριμένα η «συμπτωματική δειγματοληψία» (convenience sampling). Η χορήγηση των ερωτηματολογίων, αφού πρωτίστως εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες άδειες από τους κατασκευαστές τους, έγινε με κύριο μέλημα την ενημέρωση των συμμετεχόντων για την εθελοντική φύση της συμμετοχής τους στην έρευνα και τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Τόσο στην έντυπη όσο και στην ηλεκτρονική μορφή των ερωτηματολογίων υπήρχε στην αρχική σελίδα πλήρης ενημέρωση για τα προαναφερθέντα και εν συνεχεία σαφείς οδηγίες για τη συμπλήρωση της κάθε επιμέρους κλίμακας. Δεν υπήρξε κάποιος συγκεκριμένος χρονικός περιορισμός στην προαναφερθείσα συμπλήρωση.

5.4. Έλεγχος αξιοπιστίας των μέσων συλλογής των δεδομένων

Οι κλίμακες και οι υποκλίμακές τους υπολογίστηκαν σύμφωνα με τις οδηγίες βαθμολόγησης των κατασκευαστών τους για να προκύψουν οι παρακάτω τιμές. Οι μέσες τιμές, το εύρος διακύμανσης, τα κατώτατα κι ανώτατα όρια και η τυπική απόκλιση καθεμίας κλίμακας δίνονται παρακάτω (Πίνακας 2).

Πίνακας 2

Περιγραφικά στατιστικά αποτελέσματα για τις κλίμακες MBI, ASMI, TEIque, SWLS και τις υποκλίμακες τους

	N	Εύρος	Κατώτατη τιμή	Ανώτατη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση
ASMI_ Στερεότυπα	206	30,00	14,00	44,00	33,86	6,31
ASMI_ Αισιοδοξία	206	20,00	4,00	24,00	16,00	4,37
ASMI Αντιμετώπιση/Εξωτερ.	206	20,00	8,00	28,00	24,78	3,84
ASMI Κατανόηση/Ενοχικότ.	206	22,00	1,00	23,00	10,48	3,57
MBI_Συν. Εξάντληση	206	53,00	1,00	54,00	19,55	10,49

MBI_Αποπροσωποποίηση	206	22,00	,00	22,00	6,40	5,48
MBI_Προσ. Επίτευξη	206	36,00	12,00	48,00	35,88	7,53
SWLS	206	30,00	5,00	35,00	23,31	5,58
TEIque_συνολ.	206	71,00	95,00	166,00	116,40	11,21
TEIque_Ευημερία	206	32,00	10,00	42,00	25,95	3,77
TEIque_Αυτο-έλεγχος	206	26,00	16,00	42,00	26,20	3,89
TEIque_Συναισθηματικότητα	206	21,00	15,00	36,00	24,35	4,13
TEIque_Κοινωνικότητα	206	19,00	16,00	35,00	23,56	3,51

Εν συνεχεία πραγματοποιήθηκε έλεγχος της εσωτερικής συνέπειας των κλιμάκων μέσω της χρήσης του συντελεστή Cronbach's α . Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι σε όλες τις κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν, εκτός της υποκλίμακας TEIque_Κοινωνικότητα, οι τιμές του συντελεστή Cronbach's α κρίνονται ικανοποιητικά έως υψηλά αποδεκτές.

Πιο συγκεκριμένα στη κλίμακα διερεύνησης των στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια (ASMI) συνολικά ο συντελεστής Cronbach's α υπολογίστηκε σε 0,74 όντας ανάλογα υψηλός με αυτόν που δίνεται από τον Μαδιανό και τους συνεργάτες του (2012). Οι τιμές του στις υποκλίμακες «Στερεότυπα», «Αισιοδοξία», «Αντιμετώπιση/Εξωτερίκευση» και «Κατανόηση/Ενοχικότητα» υπολογίστηκαν σε 0,78, 0,76, 0,71 και 0,71 αντίστοιχα καταδεικνύοντας ικανοποιητικό βαθμό εσωτερικής συνέπειας και αξιοπιστίας.

Στις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης (MBI) οι τιμές του συντελεστή Cronbach's α βρέθηκαν ανάλογα υψηλές με αυτές που αναφέρονται στο εγχειρίδιο χρήσης του συγκεκριμένου εργαλείου. Συγκεκριμένα για την υποκλίμακα της «Συναισθηματικής Εξάντλησης» εντοπίστηκε σε 0,89 ενώ για αυτές της «Αποπροσωποποίησης» και της «Προσωπικής Επίτευξης» σε 0,81 και 0,83 αντίστοιχα.

Αναφορικά με το ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIque) ο συνολικός δείκτης Cronbach's α υπολογίστηκε σε 0,86, τιμή υψηλή και παρόμοια με την τιμή, 0,89, που αναφέρουν οι Stamatopoulou, Galanis και Prezerakos (2016) στη στάθμιση του στο ελληνικό πλαίσιο. Ως προς τις επιμέρους υποκλίμακές του οι τιμές για την «Ευημερία», τον «Αυτοέλεγχο», τη «Συναισθηματικότητα» και τη «Κοινωνικότητα» βρέθηκαν να είναι 0,68, 0,70, 0,67 και 0,59 αντίστοιχα.

Τέλος, για τη κλίμακα της ικανοποίησης από τη ζωή (SWLS) ο Cronbach's α υπολογίστηκε σε 0,85, τιμή υψηλή που αποκλίνει ελάχιστα από τα αντίστοιχα αποτελέσματα ποικίλων ερευνών παγκοσμίως όπως αυτά παρατίθενται από τον Galanakis και τους συνεργάτες του (2017).

Ευρήματα

Τα περιγραφικά μέτρα υπολογίστηκαν και παρουσιάζονται ως μέσοι όροι με τυπική απόκλιση για τις ποσοτικές μεταβλητές και ως συχνότητες με επί τοις εκατό ποσοστά για τις ποιοτικές μεταβλητές. Οι συσχετίσεις μεταξύ των ποσοτικών μεταβλητών αξιολογήθηκαν υπολογίζοντας το συντελεστή Pearson r . Η στατιστική σημαντικότητα των διαφορών εξετάστηκε με τη χρήση του Student's t -test για ανεξάρτητα δείγματα ή της Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) για την σύγκριση περισσότερων από δύο μέσων τιμών.

Όπου απαιτήθηκαν εκ των υστέρων (post-hoc) συγκρίσεις χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος Tukey HSD, για τον έλεγχο πολλαπλών συγκρίσεων. Για τον έλεγχο της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης ως διαμεσολαβητικής μεταβλητής στη συσχέτιση των στάσεων έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας με την επαγγελματική εξουθένωση πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης ενδιάμεσης μεταβλητής (mediation regression analysis) χρησιμοποιώντας την μακροεντολή PROCESS σε περιβάλλον SPSS. Ο έλεγχος προβλεπτικού μοντέλου για την επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης, της ικανοποίησης από τη ζωή και των στάσεων αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της απλής γραμμικής παλινδρόμησης. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται στη τιμή $p \leq 0,05$. Για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο SPSS v.22.

6.1. Διερεύνηση της συσχέτισης των υπό μελέτη μεταβλητών

Σε ένα πρώτο επίπεδο διενεργήθηκε συσχέτιση όλων των κλιμάκων («ASMI», «MBI», «TEIQue» και «SLWS») σε όλο το δείγμα. Από τα αποτελέσματα προκύπτει στατιστικά σημαντική και χαμηλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις τιμές των απαντήσεων στην υποκλίμακα της «Συναισθηματικής Εξάντλησης» της MBI και στις υποκλίμακες των «Στερεοτύπων» ($r(206) = -,209, p < 0,05$), της «Αισιοδοξίας» ($r(206) = -,235, p < 0,01$) και της «Αντιμετώπισης/Εξωτερίκευσης» ($r(206) = -,330, p < 0,01$) της κλίμακας ASMI.

Επίσης, παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική και χαμηλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις τιμές των απαντήσεων στην υποκλίμακα της «Αποπροσωποποίησης» της MBI και στις υποκλίμακες «Στερεότυπα» ($r(206) = -,173, p < 0,01$) και «Αισιοδοξία» ($r(206) = -,307, p < 0,01$) της ASMI και μέτρια αρνητική συσχέτισή της με την υποκλίμακα της «Αντιμετώπισης/Εξωτερίκευσης» ($r(206) = -,495, p < 0,01$) της τελευταίας.

Αντίθετα, στατιστικά σημαντική χαμηλή θετική συσχέτιση παρατηρήθηκε ανάμεσα στην υποκλίμακα της «Προσωπικής Επίτευξης» της MBI και στις υποκλίμακες «Στερεότυπα» ($r(206) = ,162, p < 0,01$) και «Αισιοδοξία» ($r(206) = ,290, p < 0,01$) της ASMI και μέτρια θετική συσχέτιση με τη υποκλίμακα «Αντιμετώπιση/ Εξωτερίκευση» ($r(206) = -,428, p < 0,01$) της ASMI.

Ακόμη βάσει των αναλύσεων προκύπτει χαμηλή αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις τιμές των απαντήσεων στην υποκλίμακα της «Αποπροσωποποίησης» της MBI και σε αυτήν της «Ευημερίας» της TEIque ($r(206) = -,164, p < 0,05$) και χαμηλή θετική συσχέτισή της με την υποκλίμακα της «Συναισθηματικότητας» ($r(206) = ,304, p < 0,01$) της TEIque. Αντίστοιχα παρατηρείται χαμηλή αρνητική συσχέτιση μεταξύ των τιμών των απαντήσεων στην υποκλίμακα της «Συναισθηματικής Εξάντλησης» της MBI και σε αυτές της «Ευημερίας» ($r(206) = -,164, p < 0,05$) και του «Αυτο-ελέγχου» ($r(206) = -,184, p < 0,05$) της TEIque ενώ προκύπτει θετική συσχέτιση της «Συναισθηματικής Εξάντλησης» με την «Συναισθηματικότητα» ($r(206) = ,174, p < 0,05$).

Στατιστικά σημαντική χαμηλή θετική συσχέτιση εντοπίζεται ανάμεσα στις τιμές της υποκλίμακας της «Προσωπικής Επίτευξης» ($r(206) = ,271, p < 0,01$) της MBI με αυτές της «Ευημερίας» και του «Αυτο-ελέγχου» ($r(206) = ,229, p < 0,01$) της TEIque ενώ χαμηλή αρνητική συσχέτιση υπάρχει μεταξύ της «Προσωπικής Επίτευξης» και της «Συναισθηματικότητας» ($r(206) = -,171, p < 0,05$). Δεν υπήρξαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα σε καμία υποκλίμακα της MBI και της «Κοινωνικότητας» της TEIque.

Τέλος, μέτρια και χαμηλή αρνητική συσχέτιση παρατηρείται μεταξύ των τιμών της κλίμακας ικανοποίησης από τη ζωή (SWLS) και των υποκλιμάκων της «Συναισθηματικής Εξάντλησης» ($r(206) = -,413, p < 0,01$) και της «Αποπροσωποποίησης» ($r(206) = -,261, p < 0,01$) της MBI. Αντίθετα χαμηλή θετική συσχέτιση προκύπτει μεταξύ της SWLS και της υποκλίμακας της «Προσωπικής Επίτευξης» ($r(206) = ,263, p < 0,01$).

ASMI Ενοχικότητα	Pearson	1									
	Correlation		-,026	,079	-,102	,007	-,102	-,100	-,067	-,063	
	Sig. (2-tailed)		,713	,256	,144	,917	,143	,153	,340	,370	
	N		206	206	206	206	206	206	206	206	
MBI Συναισθ. Εξάντληση	Pearson		1								
	Correlation			,523**	-,235**	-,413**	-,184**	-,145*	,174*	,036	
	Sig. (2-tailed)			,000	,001	,000	,008	,038	,012	,610	
	N			206	206	206	206	206	206	206	
MBI Αποπροσωπ.	Pearson			1							
	Correlation				-,419**	-,261**	-,164*	-,118	,304**	-,017	
	Sig. (2-tailed)				,000	,000	,018	,093	,000	,807	
	N				206	206	206	206	206	206	
MBI Προσωπική Επίτευξη	Pearson				1						
	Correlation					,263**	,271**	,229**	-,171*	,134	
	Sig. (2-tailed)					,000	,000	,001	,014	,055	
	N					206	206	206	206	206	
SWLS	Pearson					1					
	Correlation						,292**	,481**	-,187**	,068	
	Sig. (2-tailed)						,000	,000	,007	,334	
	N						206	206	206	206	

TEIque Ευημερία	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N	1	,416**	,126	,163*
			,000	,070	,019
			206	206	206
TEIque Αυτοέλεγχος	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N		1	,115	,282**
				,099	,000
				206	206
TEIque Συναισθημ.	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N			1	,181**
					,009
					206
TEIque Κοινωνικότ.	Pearson Correlation Sig. (2- tailed) N				1

*Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (p value< 0,05)

** Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (p value< 0,01)

6.2. Συσχέτιση των δημογραφικών παραγόντων με τις στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια και την επαγγελματική εξουθένωση

Όσον αφορά τη συσχέτιση της ηλικίας των συμμετεχόντων με τις τιμές στις υποκλίμακες της ASMI και της MBI, προκύπτει χαμηλή θετική συσχέτισή της με την υποκλίμακα της «Αντιμετώπισης/ Εξωτερίκευσης» της πρώτης και της «Προσωπικής επίτευξης» της δεύτερης και χαμηλή αρνητική συσχέτισή της με τις δύο άλλες υποκλίμακες της MBI, τη «Συναισθηματική εξάντληση» και την «Αποπροσωποποίηση» (Πίνακας 4).

Πίνακας 4

Συσχέτιση ηλικίας συμμετεχόντων με τις υποκλίμακες ASMI, MBI

		ASMI		ASMI		MBI		MBI	Ηλικία
		ASMI	ASMI	Εξωτερ.	Ενοχικ.	ΜΒΙ	ΜΒΙ		
		Στερεό	Αισιο-	/	/	Συναιθ.	ΜΒΙ	Προσ.	
		-τυπα	δοξία	Αντιμετ.	Κατανόηση	Εξάντλ.	Αποπρ.	Επίτευξη	
Ηλικία	Pearson Correlation	-,047	-,011	,146*	,082	-,140*	-,207**	,234**	1
	Sig. (2-tailed)	,503	,872	,036	,242	,045	,003	,001	
	N	206	206	206	206	206	206	206	206

*Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (p value< 0,05)

** Στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα (p value< 0,01)

Στη συνέχεια διενεργήθηκαν συγκρίσεις μέσω των τιμών με τη χρήση t-test ανεξάρτητων δειγμάτων για να διερευνηθεί η πιθανή σχέση του φύλου με τις απαντήσεις των συμμετεχόντων στις υποκλίμακες της ASMI και της MBI (Πίνακας 5).

Από τα αποτελέσματα προκύπτουν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ ανδρών και γυναικών στις υποκλίμακες της «Αντιμετώπισης/ Εξωτερίκευσης» (Άνδρες: $M. T = 24,02$, $T. A = 4,36$, Γυναίκες: $M. T = 25,40$, $T. A = 3,25$, $t = -2,602$, $p = ,01$) και της «Αισιοδοξίας» (Άνδρες: $M. T = 15,02$, $T. A = 3,77$, Γυναίκες: $M. T = 16,79$, $T. A = 4,66$, $t = -2,953$, $p = ,004$) της ASMI, με τις γυναίκες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές από ότι οι άντρες και στις δύο αυτές υποκλίμακες.

Στατιστικά σημαντικές τιμές παρατηρούνται επίσης και στις υποκλίμακες «Αποπροσωποποίηση» (Άνδρες: $M. T = 8,04$, $T. A = 5,77$, Γυναίκες: $M. T = 5,08$, $T. A = 4,87$, $t = 3,984$, $p = ,000$) και «Προσωπική Επίτευξη» (Άνδρες: $M. T = 34,38$, $T. A = 7,36$, Γυναίκες: $M. T = 37,12$, $T.A = 7,48$, $t = -2,633$, $p = ,009$) της MBI με τους άντρες να σημειώνουν υψηλότερες τιμές στη πρώτη και τις γυναίκες στη δεύτερη.

Πίνακας 5

Σύγκριση μέσων τιμών εργασιακού burnout και στάσεων για την ψυχική υγεία των συμμετεχόντων του δείγματος ως προς το φύλο

	Φύλο	Μέση Τιμή	T.A	Τιμή t-test	Τιμή p-value
ASMI Στερεότυπα	Άνδρας	33,07	6,22	-1,615	,108
	Γυναίκα	34,50	6,33		
ASMI Αισιοδοξία	Άνδρας	15,02	3,77	-2,953	,004
	Γυναίκα	16,79	4,66		
ASMI Εξωτερίκευση/ Αντιμετ.	Άνδρας	24,02	4,36	-2,602	,010
	Γυναίκα	25,40	3,25		
ASMI Ενοχικότητα/ Κατανόηση	Άνδρας	10,73	3,32	,931	,353
	Γυναίκα	10,27	3,77		
MBI Συναισθηματική εξάντληση	Άνδρας	19,10	9,15	-,552	,582
	Γυναίκα	19,92	11,48		
MBI Αποπροσωποποίηση	Άνδρας	8,04	5,77	3,984	,000
	Γυναίκα	5,08	4,87		
MBI Προσωπική Επίτευξη	Άνδρας	34,38	7,36	-2,633	,009
	Γυναίκα	37,12	7,48		

Σχετικά με τις συγκρίσεις μέσω των τιμών στις κατηγορίες της μεταβλητής της επαγγελματικής ειδικότητας, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών του δείγματος στις υποκλίμακες «Στερεότυπα», «Αισιοδοξία» και «Εξωτερίκευση/Αντιμετώπιση» της ASMI και στις αντίστοιχες «Συναισθηματική Εξάντληση» και «Αποπροσωποποίηση» της MBI (Πίνακας 6α, 6β).

Συγκεκριμένα στην υποκλίμακα «Στερεότυπα» στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρούνται μεταξύ των Κοινωνικών λειτουργών ($M = 31,86$, $SD = 6,08$), των Ψυχολόγων ($M = 35,76$, $SD = 5,63$) και των Ψυχιάτρων ($M = 37,21$, $SD = 4,07$) και μεταξύ των Νοσηλευτών ($M = 31,59$, $SD = 6,88$), των Ψυχολόγων και των Ψυχιάτρων.

Αντίστοιχα αποτελέσματα παρατηρούνται και στις συγκρίσεις μέσω των τιμών στις υποκλίμακες «Αισιοδοξία» και «Εξωτερίκευση/ Αντιμετώπιση» της ASMI, με τους Νοσηλευτές και τους Κοινωνικούς λειτουργούς να διατηρούν περισσότερο αρνητικές στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια από ότι οι Ψυχολόγοι και Ψυχιάτροι.

Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, τόσο στη διάσταση της «Συναισθηματικής εξάντλησης» όσο και σε αυτήν της «Αποπροσωποποίησης» οι Κοινωνικοί λειτουργοί παρουσιάζονται να είναι περισσότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι συγκριτικά με τους Νοσηλευτές και τους Ψυχολόγους (Πίνακας 6α, 6β).

Πίνακας 6α

Σύγκριση μέσω των τιμών εργασιακού burnout και στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια των συμμετεχόντων του δείγματος ως προς την ειδικότητα

		Μέση τιμή	T.A	F	p-value
ASMI- Στερεότυπα	Άλλο	34,00	1,41	7,802	,000
	Κοινωνικός Λειτουργός	31,86	6,08		
	Νοσηλεύτης/τρια	31,59	6,88		
	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	37,21	4,07		
	Ψυχολόγος	35,76	5,63		
	Total	33,86	6,31		
ASMI- Αισιοδοξία	Άλλο	12,00	2,82	3,200	,014
	Κοινωνικός Λειτουργός	14,74	3,59		
	Νοσηλεύτης/τρια	15,40	4,20		
	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	16,65	4,88		
	Ψυχολόγος	17,23	4,46		
	Total	16,00	4,37		

ASMI-	Άλλο	28,00	,00	6,812	,000
Εξωτερικήυση	Κοινωνικός Λειτουργός	22,81	4,50		
Αντιμετώπιση	Νοσηλεύτης/τρια	25,92	3,15		
	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	23,46	3,81		
	Ψυχολόγος	25,52	3,39		
	Total	24,78	3,84		
ASMI-	Άλλο	9,00	2,82	1,985	,098
Ενοχικότητα	Κοινωνικός Λειτουργός	9,79	3,40		
Κατανόηση	Νοσηλεύτης/τρια	11,32	3,91		
	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	10,96	3,84		
	Ψυχολόγος	9,90	3,08		
	Total	10,48	3,57		
MBI-	Άλλο	30,00	21,21	3,387	,010
Συναίσθημ.	Κοινωνικός Λειτουργός	23,48	7,36		
Εξάντληση	Νοσηλεύτης/τρια	19,40	13,22		
	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	19,78	10,76		
	Ψυχολόγος	16,67	7,69		
	Total	19,55	10,49		
MBI-	Άλλο	9,50	3,53	5,195	,001
Αποπροσωπ.	Κοινωνικός Λειτουργός	9,39	5,52		
	Νοσηλεύτης/τρια	5,10	5,45		
	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	6,78	5,04		
	Ψυχολόγος	5,43	5,04		
	Total	6,40	5,48		
MBI-	Άλλο	33,00	1,41	2,217	,069
Προσωπική	Κοινωνικός Λειτουργός	33,16	5,78		
Επίτευξη	Νοσηλεύτης/τρια	37,32	7,45		
	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	35,71	6,68		
	Ψυχολόγος	36,47	8,72		
	Total	35,89	7,53		

Πίνακας 6β

Πολλαπλές post hoc (Tukey HSD) συγκρίσεις μέσω των τιμών υποκλιμάκων ASMI και MBI ως προς την επαγγελματική ειδικότητα

	(A) Κατηγορία αναφοράς	(B) Κατηγορία σύγκρισης	Διαφορά Μέσων τιμών (A-B)	p-value
ASMI- Στερεότυπα	Κοινωνικός	Άλλο	-2,13	,987
		Λειτουργός	,266	,999
	Νοσηλεύτης/τρια	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	-5,35*	,001
		Ψυχολόγος	-3,90*	,008
		Άλλο	-2,40	,980
		Κοινωνικός Λειτουργός	-,266	,999
		Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	-5,62*	,000
		Ψυχολόγος	-4,17*	,001
ASMI- Αισιοδοξία	Κοινωνικός	Άλλο	2,74	,902
	Λειτουργός	Νοσηλεύτης/τρια	-,66	,935
		Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	-1,91	,314
		Ψυχολόγος	-2,48*	,029
ASMI- Εξωτερική Αντιμετώπιση	Κοινωνικός Λειτουργός	Άλλο	-5,18	,285
		Νοσηλεύτης/τρια	-3,10*	,000
		Ψυχίατρος/ Παιδοψυχίατρος	-,654	,939
		Ψυχολόγος	-2,70*	,002
	Νοσηλεύτης/τρια	Άλλο	-2,07	,932
		Κοινωνικός Λειτουργός	3,10*	,000
		Ψυχίατρος/ Παιδοψυχίατρος	2,45*	,018
		Ψυχολόγος	,39	,971
MBI- Συναισθ. Εξάντληση	Κοινωνικός	Άλλο	-6,51	,905
	Λειτουργός	Νοσηλεύτης/τρια	4,08	,261
		Ψυχίατρος/ Παιδοψυχίατρος	3,70	,532
		Ψυχολόγος	6,81*	,008
MBI- Αποπροσ.	Κοινωνικός	Άλλο	-,104	1,000
	Λειτουργός	Νοσηλεύτης/τρια	4,28*	,001
		Ψυχίατρος/ Παιδοψυχίατρος	2,61	,214
		Ψυχολόγος	3,96*	,002

*Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του <0,05

Από τις συγκρίσεις των μέσων τιμών στις κατηγορίες της μεταβλητής των ετών προϋπηρεσίας συνολικά στο χώρο της ψυχικής υγείας, δεν παρατηρούνται στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,05$) μεταξύ καμίας εκ των κατηγοριών στις υποκλίμακες της ASMI και της MBI (Πίνακας 7).

Πίνακας 7

Σύγκριση μέσων τιμών εργασιακού burnout και στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια των συμμετεχόντων του δείγματος ως προς τα συνολικά έτη προϋπηρεσίας στο χώρο της ψυχικής υγείας

		Μέση τιμή	T.A	F	p- value
ASMI	Λιγότερο από 1 χρόνο	34,47	5,91	2,162	,075
Στερεότυπα	1-5 χρόνια	31,82	6,32		
	5-10 χρόνια	40,75	2,98		
	10-15 χρόνια	33,89	6,80		
	Περισσότερο από 15 χρόνια	33,55	6,09		
	Total	33,86	6,31		
ASMI	Λιγότερο από 1 χρόνο	16,59	4,32	1,323	,263
Αισιοδοξία	1-5 χρόνια	14,89	4,39		
	5-10 χρόνια	19,00	4,76		
	10-15 χρόνια	15,91	4,38		
	Περισσότερο από 15 χρόνια	15,65	4,32		
	Total	16,00	4,37		
ASMI	Λιγότερο από 1 χρόνο	25,04	3,57	2,173	,073
Εξωτερίκευση	1-5 χρόνια	24,00	4,11		
	5-10 χρόνια	26,50	1,73		
	10-15 χρόνια	25,60	3,09		
	Περισσότερο από 15 χρόνια	23,72	4,71		
	Total	24,78	3,84		
ASMI	Λιγότερο από 1 χρόνο	10,31	3,39	,826	,510
Ενοχικότητα	1-5 χρόνια	10,00	2,81		
	5-10 χρόνια	8,25	1,70		
	10-15 χρόνια	10,96	3,35		
	Περισσότερο από 15 χρόνια	10,59	4,50		
	Total	10,40	3,57		
MBI	Λιγότερο από 1 χρόνο	19,56	8,42	,726	,575
Συναισθηματική Εξάντληση	1-5 χρόνια	21,92	10,13		
	5-10 χρόνια	14,50	2,38		
	10-15 χρόνια	18,55	11,71		
	Περισσότερο από 15 χρόνια	19,80	12,15		
	Total	19,55	10,49		

MBI Αποπροσωπ.	Λιγότερο από 1 χρόνο	6,84	5,46	1,300	,271
	1-5 χρόνια	6,60	5,84		
	5-10 χρόνια	3,25	2,06		
	10-15 χρόνια	5,32	5,35		
	Περισσότερο από 15 χρόνια	7,25	5,52		
	Total	6,40	5,48		
MBI Προσωπική Επίτευξη	Λιγότερο από 1 χρόνο	35,88	7,30	1,203	,311
	1-5 χρόνια	37,10	7,95		
	5-10 χρόνια	34,50	9,98		
	10-15 χρόνια	36,93	7,24		
	Περισσότερο από 15 χρόνια	34,04	7,72		
	Total	35,89	7,53		

Σε αντίθεση με τη παραπάνω διαπίστωση, από τις συγκρίσεις μέσω των τιμών των υποκλιμάκων της ASMI και της MBI παρατηρούνται διαφορές στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ανάλογα με το πόσα έτη εργάζονται στην παρούσα θέση εργασίας στην υποκλίμακα «Αισιοδοξία» της ASMI. Βάσει των αποτελεσμάτων όσοι εργάζονται λιγότερο από ένα έτος την εργασία τους παρουσιάζουν περισσότερο αισιόδοξες στάσεις έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας (Πίνακας 8α, 8β).

Πίνακας 8α

Πολλαπλές post hoc (Tukey HSD) συγκρίσεις μέσω των τιμών υποκλιμάκων ASMI και MBI ως προς τα έτη εργασίας στην παρούσα θέση

Έτη εργασίας στη παρούσα θέση	Μέση τιμή	T.A	F	p-value
Λιγότερο από 1 έτος	36,0000	6,69328	3,024	,012
1-5 έτη	35,4444	5,40370		
6-10 έτη	32,1463	6,25124		
11-15 έτη	32,0357	5,86567		
15-20 έτη	31,8571	8,05162		
20+ έτη	33,9474	6,67894		
Total	33,8641	6,31460		

	Λιγότε. από έτος	19,2500	4,49444		
	1-5 έτη	16,6543	4,33348		
	6-10 έτη	14,9756	4,08955		
ASMI- Αισιοδοξία	11-15 έτη	14,6071	3,47839	4,132	,001
	15-20 έτη	14,3333	4,35125		
	20+ έτη	16,6316	4,54863		
	Total	16,0049	4,37230		
	Λιγότε. από έτος	25,0625	2,43499		
	1-5 έτη	24,6543	3,95019		
ASMI- Εξωτερίκευση	6-10 έτη	24,2439	4,57045		
Αντιμετώπιση	11-15 έτη	24,8571	3,75859	,803	,549
	15-20 έτη	24,6667	4,35125		
	20+ έτη	26,3158	1,37649		
	Total	24,7864	3,84238		
	Λιγότε. από έτος	9,3125	2,91476		
	1-5 έτη	10,0864	3,38451		
ASMI- Ενοχικότητα	6-10 έτη	11,6098	4,27714		
Κατανόηση	11-15 έτη	9,1786	3,17459	3,145	,009
	15-20 έτη	10,9048	3,81975		
	20+ έτη	12,1579	2,29161		
	Total	10,4806	3,57868		
	Λιγότε. από έτος	19,6875	8,81452		
	1-5 έτη	19,6049	8,92143		
	6-10 έτη	19,0976	11,70001		
MBI Συναισθηματική Εξάντληση	11-15 έτη	19,6429	11,49304	,022	1,000
	15-20 έτη	19,8571	12,47512		
	20+ έτη	19,7895	12,61647		
	Total	19,5583	10,49153		
	Λιγότε. από έτος	4,2500	4,59710		
	1-5 έτη	7,0494	5,44036		
	6-10 έτη	6,5366	5,57717		
MBI Αποπροσωποποίηση	11-15 έτη	6,3571	5,99515		
	15-20 έτη	6,5238	5,93817	,920	,469
	20+ έτη	5,1579	4,82198		
	Total	6,4078	5,48245		

	Λιγότερο από έτος	37,2500	7,93725		
	1-5 έτη	35,4444	7,33655		
	6-10 έτη	34,4634	8,69223		
MBI	11-15 έτη	37,4286	7,63243	1,690	,138
Προσωπική Επίτευξη	15-20 έτη	34,2857	5,65812		
	20+ έτη	39,3158	6,20083		
	Total	35,8981	7,53880		

Πίνακας 8β

Πολλαπλές post hoc (Tukey HSD) συγκρίσεις μέσω των τιμών υποκλιμάκων ASMI και MBI ως προς τα έτη εργασίας στην παρούσα θέση

	(A) Κατηγορία αναφοράς	(B) Κατηγορία σύγκρισης	Διαφορά Μέσων τιμών (A-B)	p-value
ASMI Αισιοδοξία	Λιγότερο από έτος	1-5 έτη	2,59	,219
		6-10 έτη	4,29*	,009
		11-15 έτη	4,64*	,007
		15-20 έτη	4,91*	,007
		20+ έτη	2,61	,448
	6-10 έτη	Λιγότερο από έτος	-4,27*	,009
		1-5 έτη	-1,67	,303
		11-15 έτη	,368	,999
		15-20 έτη	,642	,993
		20+ έτη	-1,65	,717
	11-15 έτη	Λιγότερο από έτος	-4,64*	,007
		1-5 έτη	-2,04	,235
		6-10 έτη	-,368	,999
		15-20 έτη	,27	1,000
		20+ έτη	-2,02	,589
	15-20 έτη	Λιγότερο από έτος	-4,91*	,007
		1-5 έτη	-2,32	,220
		6-10 έτη	-,642	,993
		11-15 έτη	-,27	1,000
		20+ έτη	-2,29	,519

*Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του <0,05

Συμπληρωματικά με τα παραπάνω, το πλαίσιο εργασίας (δημόσιο, ιδιωτικό ή μικτό), φαίνεται να σχετίζεται με διαφορές στις μέσες τιμές των συμμετεχόντων στην υποκλίμακα «Αισιοδοξία» της ASMI και σε αυτές της «Αποπροσωποποίησης» και της «Προσωπικής Επίτευξης» της κλίμακας MBI. Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι όσοι εργάζονται σε ιδιωτικό πλαίσιο έχουν στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές στην υποκλίμακα της «Αισιοδοξίας» ($M = 14,95$, $SD = 4,09$) σε σχέση με όσους εργάζονται σε δημόσιο ($M = 16,59$, $SD = 4,55$) και σε μικτό πλαίσιο ($M = 17,66$, $SD = 4,05$). Στατιστικά σημαντικά χαμηλότερες τιμές παρατηρούνται επίσης μεταξύ όσων εργάζονται σε ιδιωτικό πλαίσιο ($M = 34,58$, $SD = 8,45$) και αυτών που εργάζονται τόσο σε δημόσιο όσο και σε ιδιωτικό πλαίσιο ($M = 41,05$, $SD = 6,24$) στην υποκλίμακα της «Προσωπικής Επίτευξης». Τέλος, υψηλότερες στατιστικά σημαντικές τιμές παρατηρούνται μεταξύ όσων εργάζονται σε ιδιωτικό πλαίσιο ($M = 7,51$, $SD = 5,74$) και όσων εργάζονται σε δημόσιο πλαίσιο ($M = 5,59$, $SD = 5,11$) στην υποκλίμακα της «Αποπροσωποποίησης» (Πίνακας 9α, 9β).

Πίνακας 9α

Πολλαπλές post hoc (Tukey HSD) συγκρίσεις μέσω των τιμών υποκλιμάκων ASMI και MBI ως προς το πλαίσιο εργασίας

		Μέση τιμή	T.A	F	p-value	Μέση τιμή
ASMI Στερεότυπα	Ιδιωτικό πλαίσιο	33,25	5,96	,643	1,565	,212
	Δημόσιο πλαίσιο	33,98	6,77	,671		
	Δημόσιο + Ιδιωτ. πλαίσιο	36,11	4,751	1,11		
	Total	33,86	6,31	,439		
ASMI Αισιοδοξία	Ιδιωτικό πλαίσιο	14,95	4,55	,491	4,905	,008
	Δημόσιο πλαίσιο	16,59	4,09	,405		
	Δημόσιο + Ιδιωτ. πλαίσιο	17,66	4,05	,956		
	Total	16,00	4,37	,304		
ASMI Εξωτερίκευση Αντιμετώπιση	Ιδιωτικό	24,03	4,12	,444	3,484	,033
	Δημόσιο	25,16	3,74	,370		
	Δημόσιο + Ιδιωτ. πλαίσιο	26,22	2,01	,475		
	Total	24,78	3,84	,267		

ASMI Ενοχικότητα Κατανόηση	Ιδιωτικό πλαίσιο	10,58	3,76	,406	,658	,519
	Δημόσιο πλαίσιο	10,55	3,52	,349		
	Δημόσιο + Ιδιωτ. πλαίσιο	9,55	2,93	,691		
	Total	10,48	3,578	,249		
MBI Συναισθ. Εξάντληση	Ιδιωτικό πλαίσιο	20,76	9,77	1,05	1,290	,278
	Δημόσιο πλαίσιο	19,05	10,98	1,08		
	Δημόσιο + Ιδιωτ. πλαίσιο	16,77	10,74	2,53		
	Total	19,55	10,49	,730		
MBI Αποπροσωπ.	Ιδιωτικό πλαίσιο	7,51	5,74	,619	3,057	,049
	Δημόσιο πλαίσιο	5,59	5,11	,506		
	Δημόσιο + Ιδιωτ. πλαίσιο	5,72	5,57	1,313		
	Total	6,40	5,48	,381		
MBI Προσωπική Επίτευξη	Ιδιωτικό πλαίσιο	34,58	8,45	,912	5,821	,003
	Δημόσιο πλαίσιο	36,09	6,50	,644		
	Δημόσιο + Ιδιωτ. πλαίσιο	41,05	6,24	1,47		
	Total	35,89	7,53	,525		

Πίνακας 9β

Πολλαπλές *post hoc* (Tukey HSD) συγκρίσεις μέσω των τιμών των υποκλιμάκων ASMI και MBI ως προς το πλαίσιο εργασίας

	(A) Κατηγορία αναφοράς	(B) Κατηγορία σύγκρισης	Διαφορά Μέσων τιμών (A-B)	p-value
ASMI Αισιοδοξία	Ιδιωτικό πλαίσιο	Δημόσιο πλαίσιο	-1,64455*	,026
		Δημόσιο + Ιδιωτικό πλαίσιο	-2,71318*	,041
	Δημόσιο πλαίσιο	Ιδιωτικό πλαίσιο	1,64455*	,026
		Δημόσιο + Ιδιωτικό πλαίσιο	-1,06863	,594
MBI Αποπροσ.	Ιδιωτικό πλαίσιο	Δημόσιο πλαίσιο	1,91359*	,044
		Δημόσιο + Ιδιωτικό πλαίσιο	1,78941	,413
	Δημόσιο πλαίσιο	Ιδιωτικό πλαίσιο	-1,91359*	,044
		Δημόσιο + Ιδιωτικό πλαίσιο	-,12418	,996
MBI Προσωπ. Επίτευξη	Ιδιωτικό πλαίσιο	Δημόσιο πλαίσιο	-1,51664	,340
		Δημόσιο + Ιδιωτικό πλαίσιο	-6,47416*	,002
	Δημόσιο πλαίσιο	Ιδιωτικό πλαίσιο	1,51664	,340
		Δημόσιο + Ιδιωτικό πλαίσιο	-4,95752*	,025

*Στατιστικά σημαντικές διαφορές σε επίπεδο σημαντικότητας μικρότερο του <0,05

6.3. Η προβλεπτική επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης, των στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια και της ικανοποίησης από τη ζωή στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης

Συμπληρωματικά με τις παραπάνω αναλύσεις έγινε έλεγχος προβλεπτικού μοντέλου για την επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης, της ικανοποίησης από τη ζωή και των στάσεων σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης, με τη χρήση απλής γραμμικής παλινδρόμησης. Όπως φαίνεται στους πίνακες 10α και 10β το μοντέλο γραμμικής παλινδρόμησης ήταν στατιστικά σημαντικό [$F(3,202) = 18,301, p < 0.01$] και εξηγεί το 20% της διακύμανσης των απαντήσεων στη κλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης χρησιμοποιώντας και τις τρεις μεταβλητές ως εξής: ικανοποίηση από τη ζωή ($\beta = - ,404, p < 0,01$), στάσεις για τη σοβαρή ψυχική νόσο ($\beta = - 168, p < 0,05$) και συναισθηματική νοημοσύνη ($\beta = 0,9, p < 0,05$).

Πίνακας 10α

Σύνοψη μοντέλου βηματικής πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης, της ικανοποίησης από τη ζωή και των στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια στην επαγγελματική εξουθένωση

Μοντέλο	R	R Square	Adjusted R Square
1	,460 ^a	,211	,200

a. Προβλεπτικοί παράγοντες: SWLS, TEIque (συν.), ASMI_Στερεότυπα

Πίνακας 10β

Ανάλυση διακύμανσης (ANOVA) τελικού μοντέλου βηματικής πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης, της ικανοποίησης από τη ζωή και των στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια στην επαγγελματική εξουθένωση

	Άθροισμα Τετραγώνων	df	Μέσος όρος τετραγ.	F	p- value
Διακύμανση	4766,329	3	1588,776	18,031	,000 _b
Υπόλοιπο	17798,472	202	88,111		
Σύνολο	22564,801	205			

a. Εξαρτημένη μεταβλητή: MBI_Συναισθηματική Εξάντληση

b. Προβλεπτικοί παράγοντες : SWLS, TEIque (συν.), ASMI_Στερεότυπα

Από τα αποτελέσματα διαφαίνεται η σημαντικότητα της συναισθηματικής νοημοσύνης, της ικανοποίησης από τη ζωή και των στάσεων σχετικά με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια στη πρόβλεψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα άτομα που έχουν αυξημένες κατά μία μονάδα τις κλίμακες που μετρούν την ικανοποίηση από τη ζωή και τις θετικές στάσεις για τη ψυχική ασθένεια αναμένεται να έχουν μειωμένες τιμές κατά 0,76 και 0,27 μονάδες στην υποκλίμακα «Συναισθηματική εξάντληση» της MBI, ενώ αύξηση κατά μία μονάδα στη κλίμακα της συναισθηματικής νοημοσύνης συνδέεται με αύξηση 0,08 μονάδων στην υποκλίμακα της «Συναισθηματικής εξάντλησης» (Πίνακας 10γ).

Πίνακας 10γ

Συντελεστές παλινδρόμησης (coefficients) μοντέλου βηματικής πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης, της ικανοποίησης από τη ζωή και των στάσεων για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια στην επαγγελματική εξουθένωση

Μοντέλο	Μη σταθμισμένοι		Σταθμισμένοι		t	p-value
	συντελεστές παλινδρόμησης	συντελεστές παλινδρόμησης	συντελεστές παλινδρόμησης	συντελεστές παλινδρόμησης		
	B	Std. Error	Beta			
1						
Σύνολο διακύμανσης	36,888	8,544			4,317	,000
ASMI_Στερεότυπα	-,279	,105	-,168		-2,644	,009
TEIque	,084	,059	,090		1,426	,015
SWLS	-,760	,118	-,404		-6,450	0

a. Εξαρτημένη Μεταβλητή: MBI_Συναισθηματική εξάντληση

6.4. Η συναισθηματική νοημοσύνη ως ενδιάμεση μεταβλητή στη σχέση των στάσεων έναντι της σοβαρής ψυχικής νόσου με την επαγγελματική εξουθένωση

Τέλος έγινε έλεγχος της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης (TEIque) ως διαμεσολαβητικής μεταβλητής στη σχέση των αρνητικών στάσεων (ASMI- «Στερεότυπα») αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια με την επαγγελματική εξουθένωση (MBI- «Συναισθηματική εξάντληση»), μέσω της ανάλυσης παλινδρόμησης ενδιάμεσης μεταβλητής (mediation regression analysis).

Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε η μακροεντολή PROCESS σε περιβάλλον SPSS, η οποία αποτελεί ένα εργαλείο μοντελοποίησης ανάλυσης διαδρομής ευθείας

παλινδρόμησης ελάχιστων τετραγώνων (Ordinary Least Squares – OLS regression). Αρχικά εισήχθησαν στο μοντέλο οι μεταβλητές με επίπεδο σημαντικότητας του Exp (B) ορισμένο σε $p < 0,05$. Το μοντέλο παλινδρόμησης ήταν στατιστικά σημαντικό ($\chi^2(203) = 5,21, p < .01$) και εξηγεί το 5% (Nalgerkeke R^2) της διακύμανσης.

Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η έμμεση επίδραση (indirect effect) της συναισθηματικής νοημοσύνης στη συναισθηματική εξάντληση υπολογίζεται στο $-,028 (.07) = ,02$. Αυτό σημαίνει ότι δύο άτομα που διαφέρουν κατά μία μονάδα στην TEIque υπολογίζεται ότι θα διαφέρουν κατά $,02$ μονάδες στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, ως αποτέλεσμα της τάσης όσων έχουν χαμηλότερη συναισθηματική νοημοσύνη να διατηρούν περισσότερο αρνητικές στάσεις για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια οι οποίες με τη σειρά τους μεταφράζονται σε υψηλότερη επαγγελματική εξουθένωση.

Η άμεση επίδραση (direct effect), δηλαδή η εκτιμώμενη διαφορά στις τιμές επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ δυο ατόμων με ίδιες τιμές συναισθηματικής νοημοσύνης αλλά που διαφέρουν κατά μία μονάδα στις στάσεις για τη ψυχική νόσο υπολογίζεται στο $-,33$. Με άλλα λόγια, τα άτομα που έχουν ίδια συναισθηματική νοημοσύνη αλλά διαφορετικές στάσεις για τη ψυχική ασθένεια αναμένεται να διαφέρουν κατά $,33$ μονάδες στις τιμές της κλίμακας της επαγγελματικής εξουθένωσης (Πίνακας 11).

Πίνακας 11

Συντελεστές (coefficients) μοντέλου παλινδρόμησης για τη διερεύνηση της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης ως ενδιάμεσης μεταβλητής στην επίδραση των αρνητικών στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας για την ψυχική ασθένεια στην επαγγελματική εξουθένωση

	M (TEIque)			Y(ASMI_Στερεότ.)		
	Coeff	SE	p	Coeff	SE	p
X (MBI-Συναισθ. Εξάντληση)	$-,28$	$,12$	$<,05$	$-,33$	$,12$	$<,05$
M (TEIque)	-	-	-	$,07$	$,06$	$<,05$
	i_M	$125,87$	$4,23$	i_Y	$22,86$	$9,05$
	$R^2 = ,02$			$R^2 = ,05$		
	$F(1, 204) = 5,15,$ $p <,05$			$F(2, 203) = 5,21,$ $p <,05$		

Συζήτηση

Στην ενότητα που προηγήθηκε πραγματοποιήθηκε λεπτομερής αναφορά των αποτελεσμάτων της παρούσας ερευνητικής μελέτης. Εν προκειμένω ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η ερμηνεία τους, συσχετίζοντάς τα με το στόχο και τις υποθέσεις της έρευνας. Όπως έχει ήδη αναφερθεί ένας πρώτος ερευνητικός στόχος ήταν η διερεύνηση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο καθώς και της επαγγελματικής τους εξουθένωσης, με το ενδιαφέρον να εστιάζεται στην ανάδειξη τυχόν μεταξύ τους διαφοροποιήσεων βάσει συγκεκριμένων δημογραφικών παραγόντων μεταξύ των οποίων το φύλο, η ηλικία, η επαγγελματική ειδικότητα, το πλαίσιο εργασίας και η επαφή με τους ψυχικά πάσχοντες όπως αυτή προκύπτει από το συνολικό χρόνο προϋπηρεσίας στο εν λόγω τομέα γενικότερα και στη συγκεκριμένη θέση εργασίας ειδικότερα.

Σε ένα μετέπειτα επίπεδο εξίσου σημαντική κρίθηκε η διερεύνηση της συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης με τις προαναφερθείσες στάσεις. Μία ερευνητική καινοτομία της συγκεκριμένης ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση της διαμεσολαβητικής επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης στη προαναφερθείσα σχέση υποθέτοντας ότι χαμηλότερα επίπεδά της θα συνδέονται με αρνητικότερες στάσεις και αυξημένα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Τέλος ελέγχθηκε η προβλεπτική ισχύς της συναισθηματικής νοημοσύνης, των στάσεων έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας και της ικανοποίησης από τη ζωή στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αρχικά αναλύοντας τους δημογραφικούς παράγοντες ενδιαφέρον παρουσίασε η συσχέτιση του παράγοντα του φύλου των συμμετεχόντων στην έρευνα με τις δύο βασικές υπό μελέτη μεταβλητές, τις στάσεις για τη σοβαρή ψυχική νόσο και την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Αναφορικά με τη πρώτη οι γυναίκες φάνηκε να παρουσιάζουν θετικότερες στάσεις προς τους ψυχικά πάσχοντες συγκριτικά με τους άνδρες λαμβάνοντας υψηλότερες τιμές στις υποκλίμακες της «Αντιμετώπισης/ Εξωτερίκευσης» και της «Αισιοδοξίας».

Η διαπίστωση αυτή είναι σύμφωνη με ορισμένα ερευνητικά ευρήματα στο γενικό πληθυσμό βάσει των οποίων οι γυναίκες τείνουν να παρουσιάζουν λιγότερο στιγματιστικές αντιλήψεις, να εγκρίνουν σε μικρότερο ποσοστό πρακτικές αποκλεισμού των ψυχικά πασχόντων και των οικογενειών τους και χαμηλότερα

επίπεδα επιθυμητής κοινωνικής απόστασης συγκριτικά με τους άνδρες (Corrigan & Watson, 2007. Lauber, Nordt, Sartorius, Falcatto & Rössler, 2000. Marie & Miles, 2008. Nordt, Braunschweig & Rossler, 2006. Smith & Cashwell, 2010).

Η ερμηνεία του συγκεκριμένου ευρήματος βασίζεται στις κοινωνικές νόρμες και τα ιδιοσυγκρασιακά χαρακτηριστικά που συνοδεύουν τον παραδοσιακό σχετικά με το φύλο ρόλο. Σύμφωνα με αυτόν, το γυναικείο φύλο χαρακτηρίζεται από περισσότερη ενσυναίσθηση, κατανόηση και ευαισθησία συγκριτικά με το ανδρικό και την αποδιδόμενη σε αυτό σκληρότητα και αυστηρότητα. Πέραν όμως των πιθανών διαφυλικών ιδιοσυγκρασιακών διαφορών, στη περισσότερη κατανόηση και ενσυναίσθηση εκ μέρους των γυναικών προς τους ψυχικά πάσχοντες ίσως να συμβάλλει το γεγονός ότι και το γυναικείο φύλο ιδίως στον επαγγελματικό τομέα έχει αποτελέσει στόχο στερεοτυπικών αντιλήψεων και πρακτικών διάκρισης οι οποίες με το πέρασμα των ετών και την ολοένα αυξανόμενη ενεργοποίηση και συμμετοχή των γυναικών στο κοινωνικό και τον εργασιακό τομέα έχουν μειωθεί σημαντικά.

Αντίστοιχα από τη διερεύνηση της συσχέτισης της επαγγελματικής εξουθένωσης με το φύλο των συμμετεχόντων διαπιστώθηκε η τάση των ανδρών να σημειώνουν υψηλότερες τιμές στη διάσταση της αποπροσωποποίησης, γεγονός που επιβεβαιώνεται από κάποια προγενέστερα ερευνητικά ευρήματα (Maslach et al., 2001. Purvanova & Muros, 2010). Αντίθετα οι γυναίκες έτειναν να λαμβάνουν υψηλότερες τιμές στη διάσταση της προσωπικής επίτευξης εύρημα που δεν παρατηρείται συχνά στην υπάρχουσα βιβλιογραφία (Hoeksma, Guy, Brown & Brady, 1993. αναφ. στο Leiter & Harvie, 1996).

Η τάση αυτή των ανδρών θα μπορούσε να σχετίζεται με την εκ μέρους τους υπό στρεσογόνες συνθήκες ασυνείδητη ενεργοποίηση μηχανισμών άμυνας όπως η απεμπλοκή και η απόσυρση ενώ η υψηλότερη προσωπική επίτευξη που παρουσίασαν οι γυναίκες του δείγματος, από την ικανοποίηση που τους παρέχει η εργασία τους στο τομέα της ψυχικής υγείας η οποία συνδέεται με την επιθυμία προσφοράς βοήθειας στο συνάνθρωπο, χαρακτηριστικό που όπως προαναφέρθηκε αποδίδεται συχνά από τη κοινωνία στο γυναικείο φύλο.

Εν συνεχεία εξετάστηκε ο παράγοντας της ηλικίας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος όπου παρατηρήθηκε ότι αύξηση της ηλικίας τους συνδεόταν με μεγαλύτερη εκ μέρους τους αίσθηση ολοκλήρωσης από την εργασία τους και παράλληλα μείωση των πρακτικών και των συναισθημάτων που συνδέονται με την αποπροσωποποίηση και τη συναισθηματική εξάντληση, εύρημα σύμφωνο με

αντίστοιχα που απαντώνται σε διεθνές πλαίσιο (Brewer & Shapard, 2004. Cordes & Dougherty, 1993. Green, Albanese, Shapiro & Aarons, 2014. Maslach et al., 2001).

Το συγκεκριμένο εύρημα θα μπορούσε να ερμηνευτεί ποικιλοτρόπως καθώς ένας νεότερος σε ηλικία επαγγελματίας ψυχικής υγείας αν και θα αναμενόταν να παρουσιάζει περισσότερες αντοχές συγκριτικά με έναν μεγαλύτερο, θα ήταν επίσης πιθανό να είναι λιγότερο ψυχικά ανθεκτικός καθώς δεν έχει προλάβει να δομήσει τις στρατηγικές άμυνας που δημιουργούνται ως αποτέλεσμα των βιωμάτων και της εμπειρίας του στο εργασιακό του πλαίσιο. Ακόμη σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli και Leiter (2001) οι πιο νέοι ηλικιακά επαγγελματίες ως αποτέλεσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνουν νωρίς κατά την εργασία τους, τείνουν να εγκαταλείπουν σε μεγαλύτερο ποσοστό το επάγγελμά τους γεγονός που θα μπορούσε να συνδεθεί με το προαναφερθέν στην εν λόγω ερευνητική μελέτη εύρημα και την ερμηνεία του.

Αν και τα ευρήματα στη διεθνή βιβλιογραφία σχετικά με την επίδραση της ηλικίας στη διαμόρφωση των σχετικών με τη ψυχική ασθένεια στάσεων κρίνονται αντιφατικά, από τη παρούσα έρευνα φάνηκε να υπάρχει μια τάση των μεγαλύτερων ηλικιακά ατόμων να εκφράζουν θετικότερες στάσεις συγκριτικά με τα νεότερα σε αντίθεση με τα αποτελέσματα αντίστοιχων ερευνών (Angermeyer & Dietrich, 2006. Angermeyer & Matschinger, 2003. Brockington, Hall, Levings & Murphy, 1993. Economou, Gramandani, Richardson & Stefanis, 2005. Schomerus, Van der Auwera, Matschinger, Baumeister & Angermeyer, 2015). Μια πιθανή εξήγηση της συγκεκριμένης ερευνητικής διαπίστωσης εντοπίζεται στην ωρίμανση του ατόμου και στην ανάπτυξη της κριτικής του ικανότητας με την πάροδο του χρόνου, η οποία σε συνδυασμό με την πληρέστερη ενημέρωσή του αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο ενδέχεται να οδηγεί στη διάψευση ορισμένων εκ των μύθων που τη συνοδεύουν.

Πέραν των προαναφερθέντων, σημαντική κρίθηκε επίσης η διερεύνηση του τρόπου με τον οποίο διαφοροποιούνταν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας του δείγματος στα υπό μελέτη φαινόμενα βάσει της ειδικότητάς τους. Αναφορικά με τις εκφραζόμενες στάσεις έναντι της σοβαρής ψυχικής ασθένειας η αρχική ερευνητική υπόθεση περί της ύπαρξης περισσότερο στιγματιστικών στάσεων στους ψυχιάτρους του δείγματος, η οποία διατυπώθηκε σύμφωνα με τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα, δεν επιβεβαιώθηκε με τους κοινωνικούς λειτουργούς και τους νοσηλευτές να εκφράζουν πιο αρνητικές στάσεις συγκριτικά με τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους (Kingdon et al., 2004. Lauber et al., 2004. Nordt et al., 2006).

Αντίθετα ως προς την επαγγελματική εξουθένωση η αρχική ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε σε συμφωνία με την υπάρχουσα βιβλιογραφία, καταδεικνύοντας υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης στους νοσηλευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς εν συγκρίσει με τους ψυχολόγους και τους ψυχιάτρους του δείγματος (Coyle, Edwards, Hannigan, Fothergill & Burnard, 2005. Priebe et al., 2005. Siebert, 2005).

Τα συγκεκριμένα ευρήματα θα μπορούσαν να εξηγηθούν σύμφωνα με την εξέλιξη του ρόλου και τις ολοένα αυξανόμενες εργασιακές αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών και των νοσηλευτών στο τομέα της ψυχικής υγείας, οι οποίες σε συνδυασμό με την ελλιπή τους εποπτεία ενδέχεται να συνδέονται με περισσότερο εργασιακό άγχος και περισσότερο στερεοτυπικές αντιλήψεις για τους ψυχικά πάσχοντες. Συνδυαστικά με τα γενικότερα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος, ιδιοσυγκρασιακοί ατομικοί παράγοντες, η φύση των περιστατικών που καλούνται να αντιμετωπίσουν και ο διαφορετικός τρόπος θεραπευτικής παρέμβασης σε αυτά ενδέχεται επίσης να συμβάλλουν στη διαπιστωθείσα διαφοροποίηση βάσει της ειδικότητας.

Ακολούθως το πλαίσιο εργασίας ήταν μία ακόμη μεταβλητή, που συνδέεται με τα εργασιακά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στην έρευνα, της οποίας η διερεύνηση παρουσίασε ενδιαφέρον. Στο δείγμα συμπεριλήφθησαν εργαζόμενοι στο τομέα της ψυχικής υγείας οι οποίοι είτε εργάζονταν αποκλειστικά σε δημόσιο πλαίσιο, είτε σε ιδιωτικό πλαίσιο είτε σε μικτό ασκώντας το επάγγελμά τους τόσο σε δημόσιο πλαίσιο όσο και ως ιδιώτες.

Από την εξέταση των μεταξύ τους διαφοροποιήσεων στις διαμορφωθείσες στάσεις απέναντι στη σοβαρή ψυχική ασθένεια η οποία προσεγγίστηκε με τη μορφή ερευνητικού ερωτήματος προέκυψε ότι όσοι εργάζονταν σε ιδιωτικό πλαίσιο έτειναν να εκδηλώνουν λιγότερο θετικές στάσεις σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο και τους ψυχικά πάσχοντες συγκριτικά με αυτούς που εργάζονταν σε δημόσιο ή μικτό πλαίσιο.

Μια πιθανή ερμηνεία του γεγονότος αυτού αφορά τις διαφορετικές εργασιακές συνθήκες που επικρατούν στα προαναφερθέντα πλαίσια. Για παράδειγμα αν και οι χρηματικές απολαβές είναι θεωρητικά μεγαλύτερες στα ιδιωτικά πλαίσια γεγονός που μπορεί να λειτουργήσει ως παράγοντας εργασιακής ικανοποίησης, αντίστοιχα μεγαλύτερες ίσως είναι και οι απαιτήσεις εντός αυτών συμπεριλαμβανομένης της φύσης των περιστατικών και της πίεσης που ασκείται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας για άμεσα θεραπευτικά αποτελέσματα

διαμορφώνοντας κατά αυτόν τον τρόπο ένα σύνολο ψυχοπιεστικών παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά τις αντιλήψεις των εν λόγω επαγγελματιών για τη ψυχική νόσο.

Αντίστοιχα ένα ενδιαφέρον και μη αναμενόμενο εύρημα προέκυψε από τη συσχέτιση του πλαισίου εργασίας με την επαγγελματική εξουθένωση. Τα ευρήματα προγενέστερων ερευνών ήταν αντιφατικά με κάποια εξ αυτών να μην εντοπίζουν κάποια μεταξύ των συγκεκριμένων μεταβλητών σημαντική συσχέτιση και άλλα να καταλήγουν στην εύρεση μικρότερων ποσοστών επαγγελματικής εξουθένωσης στον ιδιωτικό συγκριτικά με το δημόσιο τομέα (Ackerley, Burnell, Holder & Kurdek, 1988. αναφ. στο Leiter & Harvie, 1996. Acker, 2011. Di Benedetto & Swadling, 2014. Rupert & Morgan, 2005).

Στη παρούσα έρευνα οι επαγγελματίες που εργάζονταν αποκλειστικά σε ιδιωτικό πλαίσιο έτειναν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με όσους εργάζονταν είτε αποκλειστικά σε δημόσιο είτε και στα δύο πλαίσια συνδυαστικά. Βάσει της βιβλιογραφίας ορισμένα χαρακτηριστικά του εργασιακού πλαισίου μεταξύ των οποίων, οι πολλές ώρες εργασίας, η γραφειοκρατική εργασία και η σοβαρότητα των περιστατικών αποτελούν παράγοντες που επιτείνουν την πιθανότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach et al., 2001. Rupert & Morgan, 2005).

Σε μια προσπάθεια ερμηνείας των υψηλότερων επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης των ιδιωτών επαγγελματιών ψυχικής υγείας του δείγματος και με δεδομένο ότι στην Ελλάδα την εποχή της οικονομικής κρίσης οι διαφορές μεταξύ ιδιωτικού και δημοσίου πλαισίου εργασίας δεν είναι ιδιαίτερα μεγάλες ως προς τα παραπάνω χαρακτηριστικά θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι ο δημόσιος τομέας συνδέεται με λιγότερη ανασφάλεια και ψυχολογική πίεση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε αυτόν εν αντιθέσει με τον ιδιωτικό ο οποίος χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα και αυξημένες απαιτήσεις. Συνέπεια της διαμορφωθείσας αυτής κατάστασης είναι τα ερευνητικά δεδομένα που εντοπίζονται σε διεθνές επίπεδο και αναφέρθηκαν παραπάνω να παρουσιάζονται αντίστροφα στο ελληνικό πλαίσιο και ειδικότερα στο τομέα της ψυχικής υγείας.

Συνοψίζοντας με τους δημογραφικούς παράγοντες, έγινε μια προσπάθεια να διερευνηθεί η επίδραση της επαφής των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με τους ψυχικά πάσχοντες στη διαμόρφωση των σχετικών με τη σοβαρή ψυχική νόσο στάσεων. Η συγκεκριμένη παράμετρος με δεδομένη την ύπαρξή της όπως αυτή απαιτείται μέσα από την άσκηση της επαγγελματικής δραστηριότητας των εν λόγω

επαγγελματιών, επιχειρήθηκε να προσεγγιστεί μέσω της διερεύνησης των ετών προϋπηρεσίας στο τομέα της ψυχικής υγείας γενικότερα και στη παρούσα θέση εργασίας ειδικότερα.

Η αρχικώς διατυπωθείσα ερευνητική υπόθεση στη συγκεκριμένη περίπτωση δεν επιβεβαιώθηκε. Σε ένα πρώτο επίπεδο όπως αναμενόταν βάσει της βιβλιογραφίας η επαφή με ψυχικά πάσχοντες φάνηκε να συνδέεται με θετικότερες απέναντί τους στάσεις (Björkman, Svensson & Lundberg, 2007. Corrigan, Markowitz, Watson, Rowan & Kubiak, 2003. Wallach, 2004). Η τάση αυτή όμως στη προκειμένη έρευνα φάνηκε να μειώνεται καθώς αυξάνονταν τα έτη εργασίας των επαγγελματιών που συγκρότησαν το δείγμα στη παρούσα θέση εργασίας τους, με όσους εξ αυτών εργάζονταν για λιγότερο από ένα έτος σε αυτήν να εκφράζουν πιο αισιόδοξες στάσεις συγκριτικά με τους υπόλοιπους.

Το μη αναμενόμενο αυτό εύρημα μπορεί να καταστεί κατανοητό αξιολογούμενο συνδυαστικά και με άλλους παράγοντες του εργασιακού πλαισίου. Πιο συγκεκριμένα η ευεργετική επίδραση της επαφής με τη ψυχική ασθένεια στις διαμορφωθείσες στάσεις φαίνεται να επηρεάζεται και από τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς και από την ύπαρξη αποτελεσματικής εποπτείας από ανθρώπους που διακατέχονται από αντίστοιχα θετικές αντιλήψεις σχετικά με τους ψυχικά πάσχοντες και τη σοβαρή ψυχική νόσο (Packer, Prendergast, Wasylenki, Toner, & Ali, 1994). Η απουσία τέτοιου είδους συνθηκών δυνητικά θα μπορούσε να συμβάλλει όχι μόνο στην μη προώθηση των θετικών στάσεων αλλά και στην εγκαθίδρυση αρνητικών και εσφαλμένων πεποιθήσεων.

Συμπληρωματικά με τα προαναφερθέντα διερευνήθηκε και η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη συνολική προϋπηρεσία στο κλάδο της ψυχικής υγείας καθώς και με τα χρόνια εργασίας στη παρούσα θέση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας χωρίς όμως να βρεθεί κάποια συστηματική μεταξύ τους σύνδεση σε αντίθεση με άλλα ερευνητικά ευρήματα από τα οποία προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι με λιγότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας είναι περισσότερο ευάλωτοι στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης (Lloyd & King, 2004. Maslach et al., 2001. Tziporah & Pace, 2006). Το συγκεκριμένο εύρημα συνηγορεί στο ότι οι δύο αυτές παράμετροι πιθανώς δεν εμπίπτουν στα εργασιακά χαρακτηριστικά που επηρεάζουν σημαντικά την εμφάνιση του συγκεκριμένου φαινομένου στο κλάδο της ψυχικής υγείας.

Πέραν της εξέτασης της σχέσης των δημογραφικών παραγόντων που συζητήθηκαν παραπάνω με την επαγγελματική εξουθένωση και τις στάσεις αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο μια ακόμη σημαντική επιδίωξη της προκειμένης ερευνητικής μελέτης ήταν η διερεύνηση του τρόπου συσχέτισης των δύο αυτών μεταβλητών. Πιο συγκεκριμένα βάσει της αρχικής ερευνητικής υπόθεσης αναμενόταν οι εκφραζόμενες αρνητικές στάσεις για τη σοβαρή ψυχική ασθένεια να συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η υπόθεση αυτή φάνηκε να επιβεβαιώνεται αναδεικνύοντας τοιουτοτρόπως ένα ενδιαφέρον εύρημα.

Στο τομέα της ψυχικής υγείας με τις απαιτήσεις και τις ιδιαιτερότητές του, η παρουσία στιγματιστικών στάσεων σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο στους επαγγελματίες που εργάζονται σε αυτόν τείνει να συνδέεται με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συγκεκριμένη σχέση μπορεί να εξηγηθεί με βάση τη πολυδιάστατη φύση των δύο αυτών φαινομένων και των παραγόντων που συνδέονται με αυτά.

Η συνήθως μακράς διάρκειας αλληλεπίδραση των συγκεκριμένων επαγγελματιών με τους ασθενείς τους, η πολυπλοκότητα και η διακύμανση της σοβαρότητας της ψυχικής ασθένειας καθώς και η προσμονή εκ μέρους των πασχόντων και των οικογενειών τους για άμεσα θεραπευτικά αποτελέσματα ενδέχεται να αποτελούν ορισμένους εκ των παραγόντων που σχετίζονται με την εκδήλωση, εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας, αισθημάτων συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης καθώς και με μειωμένη αίσθηση προσωπικής επίτευξης. Τα αρνητικά αυτά συναισθήματα φαίνεται να συνδέονται με την έκφραση διαστρεβλωμένων και συχνά εσφαλμένων αντιλήψεων για τη ψυχική νόσο μέσω μιας αμφίσημης σχέσης, της οποίας η προσέγγιση στη παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε εξετάζοντας τη προβλεπτική επίδραση των εν λόγω στάσεων στην εργασιακή εξουθένωση.

Σε αυτό το μήκος κύματος και συμπληρωματικά με τη προαναφερθείσα διερεύνηση της προβλεπτικής επίδρασης των στάσεων για τη ψυχική νόσο στην επαγγελματική εξουθένωση, ως μία ακόμη ερευνητική καινοτομία πραγματοποιήθηκε επίσης εξέταση της προβλεπτικής επίδρασης της ικανοποίησης από τη ζωή και της συναισθηματικής νοημοσύνης στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι τρεις αυτές μεταβλητές προέκυψε ότι εξηγούν το 20% της διακύμανσης της συνολικότερης επαγγελματικής εξουθένωσης γεγονός σημαντικό αν ληφθεί υπόψη το εύρος ποικίλων άλλων παραγόντων που ενδέχεται να συνδέονται με αυτήν.

Από τις τρεις αυτές μεταβλητές μεγαλύτερη ήταν η προβλεπτική επίδραση της ικανοποίησης από τη ζωή στην εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης με αύξηση στις τιμές της πρώτης να προβλέπει μείωση σε αυτές της δεύτερης. Προγενέστερες έρευνες είχαν εστιάσει στη διερεύνηση της επίδρασης της επαγγελματικής εξουθένωσης στη γενικότερη ικανοποίηση από τη ζωή βασιζόμενες στη θετική συσχέτιση μεταξύ της εργασιακής ικανοποίησης και της ικανοποίησης από τη ζωή καταλήγοντας στο συμπέρασμα ότι οι υπερβολικές εργασιακές απαιτήσεις συνδέονται με τη σωματική και συναισθηματική εξάντληση και συνδυαστικά με τις εργασιακές συνθήκες προβλέπουν την επαγγελματική εξουθένωση και επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη ζωή συνολικά (Leiter, 1993. Rice, 1986. αναφ. στο Demerouti et al., 2000).

Στη συγκεκριμένη έρευνα ωστόσο διερευνήθηκε η προαναφερθείσα σχέση υπό την αντίθετη όμως κατεύθυνση. Τοιουτοτρόπως τέθηκε το ερώτημα αν και κατά πόσο μπορεί η ικανοποίηση από τη ζωή να προβλέψει την εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η συνολική ικανοποίηση από τη ζωή όπως αξιολογείται από τη κλίμακα που επιλέχθηκε να χρησιμοποιηθεί συνδέεται θετικά με ψυχικές καταστάσεις όπως η ευτυχία, η ελπίδα, η ψυχική ανθεκτικότητα και το νόημα που αποδίδει το άτομο στη ζωή του και αρνητικά με αντίστοιχες όπως η κατάθλιψη και το άγχος (αναφ. στο Galanakis et al., 2017). Ένα άτομο λοιπόν που παρουσιάζεται ευτυχισμένο, ελπιδοφόρο και ψυχικά ανθεκτικό και αποδίδει στη ζωή του την αξία που της αναλογεί θα μπορούσε εύλογα να έχει μικρότερες πιθανότητες εκδήλωσης επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς όπως στη ζωή του συνολικά έτσι και στην εργασία του διαθέτει εκείνους τους προστατευτικούς ψυχικούς μηχανισμούς που χρειάζεται για να ανταπεξέλθει των δυσκολιών και να είναι ικανοποιημένο.

Όπως προαναφέρθηκε εκτός της ικανοποίησης από τη ζωή διερευνήθηκε και η προβλεπτική ισχύς των σχετικών με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια στάσεων στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε μια προσπάθεια να εντοπιστεί η κατεύθυνση της μεταξύ τους συσχέτισης όπως συζητήθηκε παραπάνω. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που διακατέχονται από θετικότερες αντιλήψεις για τη σοβαρή ψυχική νόσο προβλέπεται να εμφανίσουν μικρότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία τους.

Η πλειονότητα των ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στο εν λόγω πεδίο έχουν αναδείξει τη σύνδεση του στίγματος που συνοδεύει τη ψυχική ασθένεια αλλά και τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας εξαιτίας της επαγγελματικής τους

ενασχόλησης με τη ψυχική νόσο, με την επαγγελματική εξουθένωση που οι τελευταίοι σε μεγάλο ποσοστό βιώνουν (Bayar, Poyraz, Aksoy-Poyraz, Arıkan, 2009. αναφ. στο Gras et al., 2014. Schulze, 2007).

Αξίζει να τονιστεί ότι ορισμένες εξ αυτών επικεντρώνονται στο ρόλο που διαδραματίζουν οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας στη συγκεκριμένη διαδικασία λειτουργώντας τόσο ως πομποί όσο και ως δέκτες του στιγματισμού και υποτιμώντας συχνά και οι ίδιοι τη σημασία της αναζήτησης ψυχικής βοήθειας γεγονός που λειτουργεί ως ένας επιπλέον επιβαρυντικός αγχογόνος εργασιακός παράγοντας που συνδέεται με την επαγγελματική εξουθένωση (Corrigan et al., 2014. Schulze, 2007).

Η ευρεθείσα προβλεπτική επίδραση των στάσεων των εν λόγω επαγγελματιών στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα πολύ ενδιαφέρον εύρημα το οποίο εξηγείται σύμφωνα με τη φύση και τον εννοιολογικό προσδιορισμό τους. Προς αυτή τη κατεύθυνση ο Allport (1935) τις όρισε ως νοερές καταστάσεις οργανωμένες από τις εμπειρίες που επηρεάζουν τις αντιδράσεις του ατόμου και διαθέτουν ένα γνωστικό, συναισθηματικό και συμπεριφορικό στοιχείο.

Οι προκαταλήψεις αποτελούν το συναισθηματικό στοιχείο των στάσεων ενώ τα στερεότυπα και οι διακρίσεις το γνωστικό και συμπεριφορικό αντίστοιχα (αναφ. στο Γεώργας, 1995α). Τα στερεότυπα που βρίσκονται στο επίκεντρο της παρούσας μελέτης αποτελούν κατά τον Lippman (1922) πανομοιότυπες νοητικές εικόνες που προάγουν μια διαστρεβλωμένη αναπαράσταση του κόσμου (αναφ. στο Χρυσόχου, 2010). Στα κύρια χαρακτηριστικά τους περιλαμβάνονται η ανθεκτικότητα και η διαχυτικότητα τους καθώς αν και συχνά δεν επιβεβαιώνονται από την πραγματική εμπειρία τείνουν να διατηρούνται και να διαδίδονται ούτως ώστε να μετατρέπονται από πεποιθήσεις σε γεγονότα (Παπαστάμου, 1990. Crocker, Major & Steele, 1998).

Με βάση τα παραπάνω μπορεί να υποστηριχθεί ότι και οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας αποτελώντας μέρος του γενικού πληθυσμού διαθέτουν στερεότυπα τα οποία πιθανώς έχουν δομήσει πριν από την ενασχόλησή τους με το τομέα της ψυχικής υγείας. Η φύση των στερεοτύπων αυτών ενδέχεται να τα καθιστά ανθεκτικά ακόμα και στην αλλαγή που προέρχεται από την εκπαίδευση ή την επαφή μέσω του εργασιακού πλαισίου με τους ψυχικά πάσχοντες.

Κατά αυτόν τον τρόπο ένας επαγγελματίας ψυχικής υγείας που διαθέτει λιγότερα αρνητικά στερεότυπα για τη ψυχική νόσο θα μπορούσε να έχει και λιγότερες πιθανότητες να εκδηλώσει επαγγελματική εξουθένωση όντας περισσότερο ανθεκτικός σε αυτήν σε αντίθεση με κάποιον άλλον που διαθέτει πιο αρνητικές στάσεις οι οποίες

συνδράμουν στη συναισθηματική του εξάντληση από την εργασία του και στην έκφραση συμπεριφορών που συνδέονται με την αποπροσωποποίηση ή τον κυνισμό έναντι των ασθενών του. Η διαπίστωση αυτή θα ήταν χρήσιμη ως εφαλτήριο για τη διεξαγωγή εκπαιδευτικών προγραμμάτων που θα απευθύνονται στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας με στόχο αρχικά τη διαμόρφωση θετικότερων στάσεων και μετέπειτα τη πρόληψη της επαγγελματικής τους εξουθένωσης.

Συνοψίζοντας ιδιάζουσας σημασίας κρίθηκε η διερεύνηση της επίδρασης της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επαγγελματική εξουθένωση τόσο αναφορικά με τη προβλεπτική της ισχύ όσο και ως διαμεσολαβητικής μεταβλητής στη συσχέτιση των στάσεων των επαγγελματιών ψυχικής υγείας με την επαγγελματική τους εξουθένωση.

Αναφορικά με τη προβλεπτική της επίδραση αναδείχθηκε ένα ενδιαφέρον και μη αναμενόμενο βάσει της βιβλιογραφίας εύρημα επιβεβαιώνοντας μόνο εν μέρει την αρχική ερευνητική υπόθεση η οποία βασίστηκε σε προγενέστερες μελέτες όπως αυτή της Vlachou και των συνεργατών της (2016) και των Kaur, Sambasivan και Kumar (2013) οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε δείγμα επαγγελματιών υγείας και κατέδειξαν αφενός τη προβλεπτική επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επαγγελματική εξουθένωση και αφετέρου την αρνητική μεταξύ τους συσχέτιση.

Στη προκειμένη έρευνα σε ένα πρώτο επίπεδο διαπιστώθηκε όπως αναμενόταν η προβλεπτική επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης στην επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα όμως αναδείχθηκε και η θετική σύνδεσή της με αυτήν καθώς αύξηση στη συνολική κλίμακα της συναισθηματικής νοημοσύνης κατά μία μονάδα φάνηκε να συνδέεται με μικρή αλλά αξια αναφοράς αύξηση και στη διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το συγκεκριμένο εύρημα προκαλεί ενδιαφέρον δεδομένου του γεγονότος ότι η πλειονότητα των διαθέσιμων μελετών έχει εστιάσει κατά κύριο λόγο στις ευεργετικές επιδράσεις της συναισθηματικής νοημοσύνης σε ποικίλους τομείς της ζωής του ατόμου μεταξύ των οποίων η σωματική και ψυχική του υγεία, η ικανοποίηση από τη ζωή και η εργασιακή επιτυχία και στο τομέα της ψυχικής υγείας η σύνδεσή της με καλύτερα ψυχοθεραπευτικά αποτελέσματα (Kaplowitz, Safran & Muran, 2011. Schutte, Malouff, Thorsteinsson, Bhullar & Rooke, 2007. Joseph & Newman, 2010).

Εν αντιθέσει σε σημαντικά μικρότερο βαθμό το ερευνητικό ενδιαφέρον έχει προσελκύσει η σύνδεσή της με αρνητικά για το άτομο αποτελέσματα. Η πολύπλευρη όμως φύση της συνηγορεί στην ύπαρξη και μιας «σκοτεινής πλευράς» σε αυτήν

καθώς σε πολύ υψηλά επίπεδα τείνει να συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις για το ίδιο το άτομο σε προσωπικό επίπεδο αλλά και στις διαπροσωπικές του σχέσεις (αναφ. στο Davis & Nichols, 2016).

Αρχικά θα ήταν χρήσιμο να αναφερθεί ότι στη συγκεκριμένη περίπτωση η συναισθηματική νοημοσύνη εξετάστηκε ως γνώρισμα της προσωπικότητας που περιλαμβάνει την ικανότητα των ατόμων να αντιλαμβάνονται, να εκφράζουν και να διαχειρίζονται τόσο τα δικά τους συναισθήματα όσο και των άλλων (Petrides & Furnham, 2000. Salovey & Mayer, 1990). Στη θεραπευτική σχέση ιδίως όπως αυτή εκφράζεται στο κλάδο της ψυχικής υγείας οι προαναφερθείσες ικανότητες καθίστανται σημαντικές για την πορεία και έκβαση της θεραπευτικής σχέσης.

Στη προσπάθεια ερμηνείας της θετικής της συσχέτισης με την επαγγελματική εξουθένωση όπως προέκυψε από τη συγκεκριμένη ερευνητική μελέτη ιδιαίτερα σημαντική κρίνεται η σύνδεσή της με την έννοια της «ενσυναίσθησης (empathy)» της οποίας η ύπαρξη είναι επιθυμητή και καθοριστική ιδίως στα επαγγέλματα που περιλαμβάνονται στον κλάδο της ψυχικής υγείας χωρίς όμως κατά ανάγκη να σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με θετικές συνέπειες.

Σύμφωνα άλλωστε με τους Grant και Schwartz (2011) ακόμα και οι εκ φύσεως θετικές ιδιότητες όπως αυτή της «ενσυναίσθησης» σε πολύ υψηλά επίπεδα μπορούν να επιφέρουν μη επιθυμητά αποτελέσματα. Κατά αυτόν τον τρόπο, η εργασία σε έναν στρεσογόνο και απαιτητικό συναισθηματικά τομέα όπως αυτός της ψυχικής υγείας και η αυξημένη συναισθηματική νοημοσύνη των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτόν θα μπορούσε να συνδέεται με υψηλά επίπεδα ενσυναίσθησης και ακολούθως με υπερεμπλοκή στη θεραπευτική σχέση καταλήγοντας στην από μέρους τους βίωση της συναισθηματικής εξάντλησης από την εργασία τους.

Τέλος διερευνήθηκε για πρώτη φορά η επίδραση της συναισθηματικής νοημοσύνης ως διαμεσολαβητικής μεταβλητής στη σχέση των εκφραζόμενων στάσεων σχετικά με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια με την επαγγελματική εξουθένωση στο κλάδο της ψυχικής υγείας. Η ερευνητική υπόθεση επιβεβαιώθηκε καθολικά καθώς η συναισθηματική νοημοσύνη φάνηκε ότι διαμεσολαβεί στη προαναφερθείσα σχέση επηρεάζοντας τις διαμορφωθείσες στάσεις. Πιο συγκεκριμένα χαμηλότερα επίπεδα συναισθηματικής νοημοσύνης προέκυψε ότι συνδέονται με περισσότερο αρνητικές στάσεις οι οποίες καταλήγουν σε υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το εν λόγω εύρημα βάσει όσων έχουν ήδη συζητηθεί αναδεικνύει μια ιδιαίτερος ενδιαφέρουσα σχέση. Η συναισθηματική νοημοσύνη σύμφωνα και με τον εννοιολογικό προσδιορισμό της όπως έχει ήδη αναφερθεί εμπεριέχει την ικανότητα αντίληψης και διαχείρισης των συναισθημάτων. Αναλόγως η μειωμένη ικανότητα αναγνώρισης και διαχείρισης των αρνητικών συναισθημάτων που συνοδεύουν τις στιγματιστικές στάσεις για τη ψυχική ασθένεια εκ μέρους των επαγγελματιών ψυχικής υγείας τείνει να συνδέεται με την αποδοχή των αντιλήψεων αυτών, οι οποίες ακολούθως λειτουργούν ως ένας επιπλέον επιβαρυντικός παράγοντας που συμβάλλει στη συναισθηματική εξάντληση και την επαγγελματική απογοήτευσή τους. Οι συγκεκριμένες διαπιστώσεις μπορούν να λειτουργήσουν ως έρεισμα για περαιτέρω έρευνα αναφορικά με τους παράγοντες που συνδέονται με το στιγματισμό της ψυχικής ασθένειας και την επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας με απώτερο σκοπό την αντιμετώπισή τους.

Περιορισμοί και προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Όπως σε κάθε ερευνητική μελέτη έτσι και στη συγκεκριμένη θα μπορούσαν να εντοπιστούν κάποιοι περιορισμοί η υπερκέραση των οποίων θα ήταν χρήσιμο να επιδιωχθεί κατά τη διεξαγωγή μελλοντικών αντίστοιχων ερευνών. Αρχικά ένας πρώτος περιορισμός ήταν η δυσκολία πρόσβασης στον υπό μελέτη πληθυσμό η οποία συνέβαλε στην επιλογή της «συμπτωματικής δειγματοληψίας (convenience sampling)» ως μέθοδο συλλογής των ερευνητικών δεδομένων, η οποία περιορίζει τη δυνατότητα γενίκευσης των δεδομένων μόνο σε πληθυσμούς με παρόμοια με του συγκεκριμένου δείγματος χαρακτηριστικά. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν ιδανικά να συμπεριλάβουν επαγγελματίες ψυχικής υγείας και από ποικίλα άλλα κλινικά πλαίσια εφαρμόζοντας τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας και δίνοντας τη δυνατότητα σε κάθε συμμετέχοντα που εμπίπτει στον υπό μελέτη πληθυσμό να συμπεριληφθεί στο δείγμα.

Ένας ακόμη πιθανός περιορισμός σχετίζεται με τα χαρακτηριστικά του δείγματος της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα έγινε προσπάθεια ίσης εκπροσώπησης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας που συμπεριλήφθησαν στο δείγμα βάσει του φύλου τους, με τις γυναίκες τελικώς να είναι συνολικά λίγο περισσότερες από τους άνδρες γεγονός αναμενόμενο για το συγκεκριμένο κλάδο ειδικότερα σε ορισμένες επαγγελματικές κατηγορίες όπως για παράδειγμα αυτή των ψυχολόγων όπου οι γυναίκες ήταν περισσότερες συγκριτικά με τους άνδρες κάτι που ίσχυε αντίστροφα στη περίπτωση των ψυχιάτρων.

Αντίστοιχα ίση εκπροσώπηση δεν κατέστη δυνατόν να επιτευχθεί και αναφορικά με την επαγγελματική ειδικότητα των συμμετεχόντων στην έρευνα καθώς οι ψυχίατροι του δείγματος ήταν λιγότεροι σε αριθμό συγκριτικά με τις υπόλοιπες επαγγελματικές κατηγορίες. Προτείνεται συνεπώς κατά τη διεξαγωγή μετέπειτα ερευνών η άρση αυτής της ερευνητικής αδυναμίας με την ίση εκπροσώπηση των συμμετεχόντων και για τη μεταβλητή της επαγγελματικής ειδικότητας προκειμένου να μπορεί να γίνει σύγκριση με τα παρόντα ερευνητικά ευρήματα. Ενδιαφέρουσα θα ήταν επίσης η συμπερίληψη περισσότερων επαγγελματιών που εργάζονται στην επαρχία προκειμένου να μπορεί να γίνει ασφαλής σύγκρισή τους με αυτούς που εργάζονται εντός Αττικής στα υπό μελέτη φαινόμενα.

Ορισμένοι επίσης πιθανοί περιορισμοί συνδέονται με τη φύση και τη πολυπλοκότητα των υπό εξέταση φαινομένων. Αρχικά αναφορικά με τις στάσεις σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο, δεδομένου του γεγονότος ότι αποτελούν ένα κοινωνικό φαινόμενο και όπως αυτές δηλώνονται από τους συμμετέχοντες σε μια έρευνα, δεν μπορεί να αποκλειστεί η πιθανότητα να επηρεάζονται από τη τάση συμμόρφωσης με το «κοινωνικά ορθό ή επιθυμητό (social desirability bias)», γεγονός που έχει παρατηρηθεί και σε ποικίλες άλλες έρευνες στο επίκεντρο των οποίων τίθενται ανάλογα κοινωνικά φαινόμενα (Martensson, Jacobsson & Engstrom, 2014).

Για την όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση του εν λόγω κινδύνου, στη προκειμένη περίπτωση επιλέχθηκε η συλλογή των ερευνητικών δεδομένων μέσω της χορήγησης ανώνυμων ερωτηματολογίων αυτοαξιολόγησης, με την έμφαση να δίνεται από τον ερευνητή στη διαβεβαίωση των συμμετεχόντων για τη διατήρηση της ανωνυμίας τους. Σε κάθε περίπτωση όμως όταν εξετάζονται τέτοιου είδους κοινωνικά φαινόμενα ο συγκεκριμένος κίνδυνος ελλοχεύει και είναι χρήσιμο να συνυπολογίζεται από τον ερευνητή.

Αντίστοιχα η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί επίσης ένα φαινόμενο με ποικίλες προεκτάσεις στη διερεύνηση του οποίου συχνά ανακλύπουν ορισμένοι περιορισμοί. Εν προκειμένω ένας περιορισμός ίσως να συνδέεται με το δείγμα της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα αν η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την εγκατάλειψη της εργασίας, είναι πιθανό από το δείγμα να απουσιάζουν οι συμμετέχοντες εκείνοι οι οποίοι ως συνέπεια του εν λόγω φαινομένου εγκατέλειψαν την εργασία τους και αναλόγως δεν ήταν δυνατό να συμπεριληφθούν στο δείγμα.

Ακόμη αξίζει να αναφερθεί ότι πέραν των παραγόντων που διερευνήθηκαν επί του παρόντος και συνδέονται με την εργασιακή εξουθένωση υπάρχουν και άλλοι που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον μεταξύ των οποίων η ανεπάρκεια σε προσωπικό, το ωράριο εργασίας, το είδος των παρεχόμενων υπηρεσιών και η φύση των περιστατικών οι οποίοι δεν διερευνήθηκαν καθώς κάτι τέτοιο δεν ενέπιπτε στις ερευνητικές επιδιώξεις της παρούσας έρευνας και των οποίων η μελλοντική διερεύνηση θα παρουσίαζε σημαντικό ενδιαφέρον (Rupert & Morgan, 2005). Συμπληρωματικά με αυτούς θα ήταν επίσης ενδιαφέρουσα η τυχόν ανάδειξη ή μη, διαφοροποιήσεων στην εκδήλωση της εξουθένωσης από τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας βάσει του αριθμού και της σοβαρότητας των περιστατικών στα οποία παρέχουν τις υπηρεσίες τους καθώς και βάσει της κουλτούρας και του υπάρχοντος πλαισίου υγείας της χώρας στην οποία διαβιούν και εργάζονται.

Συνδυαστικά με όσα προαναφέρθηκαν χρήσιμη θα ήταν επίσης μια αναφορά στη σημασία αλλά και στους προβληματισμούς που ανακύπτουν από την ευρεθείσα σχέση της συναισθηματικής νοημοσύνης με την επαγγελματική εξουθένωση. Από τα αποτελέσματα της έρευνας διαπιστώθηκε τόσο η προβλεπτική επίδραση της πρώτης στη δεύτερη όσο και η θετική τους συσχέτιση. Το εύρημα αυτό, όσον αφορά το δεύτερο σκέλος του, ανοίγει το δρόμο για τη διερεύνηση της σχέσης αυτής και στο τομέα της ψυχικής υγείας.

Η συναισθηματική νοημοσύνη άλλωστε αποτελεί έναν παράγοντα που έχει βρεθεί στο επίκεντρο της επιστημονικής έρευνας μόλις προσφάτως με το ενδιαφέρον να εστιάζεται κατά κύριο λόγο στις ευεργετικές της επιδράσεις (Kaplowitz, Safran & Muran, 2011). Η ανάγκη περαιτέρω διερεύνησης της πιθανής «σκοτεινής» της πλευράς έχει επισημανθεί και από τους Davis και Nichols (2016) και αποτελεί μια σημαντική πρόκληση ιδιαίτερα στο τομέα της ψυχικής υγείας όπου στη προκειμένη μελέτη φάνηκε να συνδέεται με τη συναισθηματική εξάντληση των επαγγελματιών που εργάζονται σε αυτόν.

Η διαπίστωση της διαμεσολαβητικής της επίδρασης, καθώς φάνηκε μέσω των εκφραζόμενων στάσεων για τη ψυχική ασθένεια να επηρεάζει και την επαγγελματική εξουθένωση, ενισχύει και προάγει την ανάγκη δημιουργίας αποτελεσματικών προγραμμάτων ευαισθητοποίησης και ενημέρωσης που θα απευθύνονται στους ειδικούς ψυχικής υγείας με στόχο τη περαιτέρω ανάπτυξη της συναισθηματικής τους νοημοσύνης, τη διαμόρφωση θετικότερων στάσεων σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο και τελικώς τη πρόληψη ή μείωση της συναισθηματικής τους εξάντλησης. Σε κάθε περίπτωση τονίζεται ότι οι προαναφερθείσες διαπιστώσεις συνδέονται με τη διερεύνηση της συναισθηματικής νοημοσύνης ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας σύμφωνα με το μοντέλο των Petrides και Furnham (2000), συνεπώς θα ήταν ενδιαφέρουσα η επιβεβαίωση ή μη τους, αξιολογώντας την και σύμφωνα με άλλα μοντέλα που την αντιμετωπίζουν είτε ως ικανότητα είτε ως συνδυασμό των δύο.

Συνοψίζοντας εν προκειμένω εξετάστηκαν δύο μείζονος σημασίας φαινόμενα τα οποία αφορούν τις εκφραζόμενες αρνητικές στάσεις αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια και την επαγγελματική εξουθένωση στο κλάδο της ψυχικής υγείας. Τα δεδομένα στο ελληνικό πλαίσιο αναφορικά με τα φαινόμενα αυτά στον εν λόγω τομέα δεν είναι επαρκή παρά την επιτακτική ανάγκη πρόληψης και αντιμετώπισής τους προκειμένου να αποφευχθούν οι αρνητικές τους συνέπειες. Παρά ταύτα τόσο στο διεθνές όσο και στο ελληνικό πλαίσιο η ψυχιατρική μεταρρύθμιση και οι αλλαγές

που τη συνοδεύουν καθιστούν απαραίτητες τις παρεμβάσεις προς τη συγκεκριμένη κατεύθυνση, με την ευαισθητοποίηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας σχετικά με τη σοβαρή ψυχική νόσο να τίθεται στο επίκεντρο ούτως ώστε αφενός να μη λειτουργούν ούτε ως πομποί αλλά ούτε και ως δέκτες στη διαδικασία και το φαύλο κύκλο του στιγματισμού και αφετέρου να συνδράμουν στη προσπάθεια διάσπασής του.

Το ενδιαφέρον επί του παρόντος εστιάστηκε στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας δεδομένης της ιδιαίτερης φύσεως του επαγγέλματός τους και των απαιτήσεων που τη συνοδεύουν σωματικά και ψυχικά καθώς και της σημασίας που κατέχει ο ρόλος τους στην επίτευξη των βέλτιστων δυνατών θεραπευτικών αποτελεσμάτων. Παράλληλα η διερεύνηση της επίδρασης που ασκούν στα συγκεκριμένα φαινόμενα και στη μεταξύ τους σχέση οι μεταβλητές της ικανοποίησης από τη ζωή και της συναισθηματικής νοημοσύνης πραγματοποιήθηκε με γνώμονα τον εμπλουτισμό των ήδη υπάρχοντων ερευνητικών ευρημάτων και τον προσανατολισμό του επιστημονικού ενδιαφέροντος σε μια νέα ερευνητική κατεύθυνση με στόχο να επεκταθεί η επιστημονική γνώση στον τομέα αυτόν και να επωφεληθούν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τόσο οι επαγγελματίες που εργάζονται στο συγκεκριμένο κλάδο όσο και οι αποδέκτες των υπηρεσιών τους.

Βιβλιογραφία

- Αβεντσιάν-Παγοροπούλου, Α., Κουμπιάς, Ε., & Γιαβρίμης, Π. (2002). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης: Το χρόνιο άγχος των δασκάλων και η μετεξέλιξή του σε επαγγελματική εξουθένωση. *Μέντορας*, 5, 103-127.
- Acker, G. M. (2011). Burnout among mental health care providers. *Journal of Social Work*, 12 (5), 475–490.
- Acker, G. M. (2010). The challenges in providing services to clients with mental illness: managed care, burnout and somatic symptoms among social workers. *Community Mental Health Journal*, 46 (6), 591-600.
doi: 10.1007/s10597-009-9269-5
- Ackerley, G. D., Burnell, J., Holder, D. C., & Kurdek, L. A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19 (6), 624-631.
- Ahola, K., Honkonen, T., Isometsä, E., Kalimo, R., Nykyri, E., Aromaa, A., & Lönnqvist, J. (2005). The relationship between job-related burnout and depressive disorders-results from the Finnish Health 2000 Study. *Journal of Affective Disorders*, 88, 55-62.
doi: 10.1016/j.jad.2005.06.004
- Angermeyer, M. C., & Dietrich, S. (2006). Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: A review of population studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113 (3), 163-179.
- Angermeyer, M. C., & Matschinger, H. (2003). The stigma of mental illness: effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309.
- Αντωνίου, Α. Σ. (2006). *Εργασιακό Στρες*. Αθήνα: Εκδόσεις Παρισιάνου.
- Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. *Patient Education and Counseling*, 78 (2), 184–190.

- Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18, 13-25.
- Bar-On, R. (2001). Emotional intelligence and self-actualization. In J. Ciarrochi, J. P. Forgas, & J. D. Mayer (Eds.), *Emotional intelligence in everyday life: A scientific inquiry* (pp. 82-97). New York: Psychology Press.
- Bar-On, R., Brown, J. M., Kirkcaldy, B. D., & Thomé, E. P. (2000). Emotional expression and implications for occupational stress; An application of the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). *Personality and Individual Differences*, 28 (6), 1107-1118.
- Björkman, T., Svensson, B., & Lundberg, B. (2007). Experiences of stigma among people with severe mental illness: Reliability, acceptability and construct validity of the Swedish versions of two stigma scales measuring devaluation/discrimination and rejection experiences. *Nordic Journal of Phychiatric*, 61, 332-338.
- Boyle, A., Grap, M. J., Younger, J., & Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (7), 850-857.
- Bradberry, T., & Greaves, J. (2006). *Συναισθηματική νοημοσύνη: Το απλό βιβλίο*. Αθήνα: Κριτική.
- Brewer, E. W., & Shapard, L. (2004). Employee Burnout: A Meta-Analysis of the Relationship Between Age or Years of Experience. *Human Resource Development Review*, 3 (2), 102-123.
- Brockington, I. F., Hall, P., Levings, J., & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- Burke, R. J., & Richardsen, A. M. (2001). Psychological burnout in organizations: Research and Intervention. In R. T. Golembiewski (Ed.), *Handbook of Organizational Behavior: Second Edition, Revised and Expanded* (pp. 327-363). New York: Marcel Dekker.
- Byrne, P. (2000). Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 65-72.

- Byrne, P. (1999). Stigma of mental illness: Changing minds, changing behaviour. *British Journal of Psychiatry*, *174*, 1-2.
- Carmeli, A. (2003). The relationship between emotional intelligence and work attitudes, behavior and outcomes: An examination among senior managers. *Journal of Managerial Psychology*, *18* (8), 788-813.
- Cazan, A. M., & Năstasă, L. E. (2015). Emotional Intelligence, Satisfaction with Life and Burnout among University Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *180*, 1574-1578. doi: 10.1016/j.sbspro.2015.02.309
- Γεώργας, Δ. (1995). *Κοινωνική ψυχολογία* (τόμ. Α). Αθήνα: (αυτοέκδοση).
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Praeger
- Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A Review and an Integration of Research on Job Burnout. *The Academy of Management Review*, *18* (4), 621-656.
- Corrigan, P. W., Mittal, D., Reaves, C. M., Haynes, T. F., Han, X., Morris S., & Sullivan, G. (2014). Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Research*, *218* (1-2), 35-38.
- Corrigan, P. W., & Watson, A. C. (2007). The stigma of psychiatric disorders and the gender, ethnicity, and education of the perceiver. *Community Mental Health Journal*, *43* (5), 439-458.
- Corrigan, P., Markowitz, F. E., Watson, A., Rowan, D., & Kubiak, M. A. (2003). An attribution model of public discrimination towards persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, *44* (2), 162-179.
- Corrigan, P. W., McCracken, S. G., Edwards, M., Kommana, S., & Simpatico, T. (1997). Staff training to improve implementation and impact of behavioral rehabilitation programs. *Psychiatric Services*, *48* (10), 1336-1338.

- Coyle, D., Edwards, D., Hannigan, B., Fothergill, A., & Burnard, P. (2005). A systematic review of stress among mental health social workers. *International Social Work, 48* (2), 201–211.
- Crocker, J., Major, B., & Steele, C. (1998). Social stigma. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *Handbook of social psychology* (pp. 504-553). New York: McGraw Hill.
- Davis, S. K., & Nichols, R. (2016). Does Emotional Intelligence have a “Dark” Side? A Review of the Literature. *Frontiers in Psychology, 7*, 1-10.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction among nurses. *Journal of Advanced Nursing, 32* (2), 454-464.
- D'Ettorre, G., & Greco, M. (2015). Healthcare Work and Organizational Interventions to Prevent Work-related Stress in Brindisi, Italy. *Safety and Health at Work, 6*, 35-38.
- Di Benedetto, M., & Swadling, M. (2014). Burnout in Australian psychologists: correlations with work-setting, mindfulness and self-care behaviours. *Psychology, Health and Medicine, 19* (6), 705-715.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- Economou, M., Gramandani, C., Richardson, C., & Stefanis, C. (2005). Public attitudes towards people with schizophrenia in Greece. *World Psychiatry, 4*, 40-44.
- Ewers, P., Bradshaw, T., McGovern, J., & Ewers, B. (2002). Does training in psychosocial interventions reduce burnout rates in forensic nurses?. *Journal of Advanced Nursing, 37* (5), 470-476.
- Farber, B. A., & Heifetz, L. J. (1982). The process and dimensions of burnout in psychotherapists. *Professional Psychology, 13*, 293-301.
- Galanakis, M., Lakioti, A., Pezirkianidis, C., Karakasidou, E., & Stalikas, A. (2017). Reliability and Validity of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in a Greek Sample. *The International Journal of Humanities and Social Studies, 5* (2), 120-127.

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin books.
- Gove, W. R. (1975). *The labeling of deviance: Evaluating a perspective*. England: John Wiley & Sons.
- Grant, A. M., & Schwartz, B. (2011). Too much of a good thing: The challenge and opportunity of the inverted U. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 61-76.
- Grausgruber, A., Meise, U., Katschnig, H., Schony, W., & Fleischhacker, W.W. (2007). Patterns of social distance towards people suffering from schizophrenia in Austria: A comparison between the general public, relatives, and mental health staff. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 115 (4), 310–319.
- Green, A. E., Albanese, B. J., Shapiro, N. M. & Aarons, G. A. (2014). The Roles of Individual and Organizational Factors in Burnout Among Community-Based Mental Health Service Providers. *Psychological Services*, 11, 41-49.
- Jackson, S. E., & Maslach, C. (1982). After-effects of job-related stress: Families as victims. *Journal of Occupational Behavior*, 3, 63-77.
- Jensen, G. F., White, C. S., & Galliher, J. M. (1982). Ethnic status and adolescent self-evaluations: An extension of research on minority self-esteem. *Social Problems*, 30 (2), 226- 239.
- Jones, E. E., Farina, A., Hastorf, A. H., Markus, H., Miller, D. T., & Scott, R. A. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Joseph, D. L., & Newman, D. A. (2010). Emotional intelligence: an integrative meta-analysis and cascading model. *Journal of Applied Psychology*, 95, 54-78.
- Θεοφίλου, Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *e- Περιοδικό Επιστήμης & Τεχνολογίας*, 13 (4), 41-50. Retrieved from http://hypatia.teiath.gr/xmlui/bitstream/handle/11400/5001/Theofilou_13.pdf?sequence=1
- Καφέτσιοι, Κ. (2003). Ικανότητες Συναισθηματικής Νοημοσύνης: Θεωρία και εφαρμογή στο εργασιακό περιβάλλον. *Ελληνική Ακαδημία Διοίκησης Επιχειρήσεων*, 2, 16-25.

- Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., & Μόσχος, Ν. (2004). Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του Γ.Ν. Νίκαιας. *Νοσηλευτική*, 43, 116-125.
- Kaplowitz, M. J., Safran, J. D., & Muran, C. J. (2011). Impact of therapist emotional intelligence on psychotherapy. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199 (2), 74-84.
- Kaur, D., Sambasivan, M., & Kumar, N. (2013). Effect of spiritual intelligence, emotional intelligence, psychological ownership and burnout on caring behaviour of nurses: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3192-3202.
- Kingdon, D., Sharma, T., & Hart, D. (2004). What attitudes do psychiatrists hold towards people with mental illness?. *Psychiatric Bulletin*, 28 (11), 401-406.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19 (3), 192-207.
- Κωνσταντινίδη, Μ. Π. (2008). Ο στιγματισμός του ψυχιατρικού νοσηλευτή. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 103, 42-45.
- Lauber, C., Nordt, C., Braunschweig, C., & Rössler, W. (2006). Do mental health professionals stigmatize their patients?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 51-59.
- Lauber, C., Anthony, M., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2004). What about psychiatrists' attitude to mentally ill people?. *European Psychiatry*, 19 (7), 423-427.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcató, L., & Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 26-32.
- Lefley, H. P. (1992). The stigmatized family. In P. J. Fink, & A. Tasman (Eds.), *Stigma and mental illness* (pp. 127-138). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lefley, H. P. (1990). Culture and chronic mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 41 (3), 277-286.

- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). A mediation model of job burnout. In A. S. G. Antoniou, & C. L. Cooper (Eds.), *New horizons in management. Research companion to organizational health psychology* (pp. 544-564). Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.
- Leiter, M. P., & Harvie, P. L. (1996). Burnout among mental health workers: A review and a research agenda. *International Journal of Social Psychiatry*, 42 (2), 90-101.
- Leiter, M. P. (1993). Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 237-250). Philadelphia, US: Taylor & Francis.
- Link, B. G., Cullen, F. T., Frank, J., & Wozniak, J. F. (1987). The social rejection of former mental patients: Understanding why labels matter. *American Journal of Sociology*, 92 (6), 1461-1500.
- Lloyd, C., & King, R. (2004). A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Journal of Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 39 (9), 752-757.
- Luther, L., Gearhart, T., Fukui, S., Morse, G., Rollins, A. L., & Salyers, M. P. (2016). Working Overtime in Community Mental Health: Associations With Clinician Burnout and Perceived Quality of Care. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40 (2), 252-259.
doi: 10.1037/prj0000234
- Lyons, M., & Ziviani, J. (1995). Stereotypes, stigma and mental illness: Learning from fieldwork experiences. *American Journal of Occupational Therapy*, 49 (10), 1002-1008.
- Lyrakos, G. N., Xatziagelaki, E., Papazafiropoulou, A. K., Batistaki, C., Damigos, D., Mathianakis, G., Bousboulas, S., & Spinaris, V. (2013). Translation and validation study of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in Greek general population, diabetes mellitus and patients with emotional disorders. *European Psychiatry*, 28, 1.

- Madianos, M., Economou, M., Peppou, L. E., Kallergis, G., Rogakou, E., & Alevizopoulos G. (2012). Measuring public attitudes to severe mental illness in Greece: Development of a new scale. *European Journal of Psychiatry*, *26*, 55-67.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., & Maj, M. (2004). Beliefs about schizophrenia in Italy: A comparative nationwide survey of the general public, mental health professionals, and patients' relatives. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49* (5), 322–330.
- Marie, D., & Miles, B. (2008). Social distance and perceived dangerousness across four diagnostic categories of mental disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *42* (2), 126-133.
- Mårtensson, G., Jacobsson, J. W., & Engström M. (2014). Mental health nursing staff's attitudes towards mental illness: an analysis of related factors. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *21* (9), 782-788.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. (2016). *Maslach Burnout Inventory Manual* (4th Ed). Mind Garden, Inc.
- Maslach, C. (2002). A Multidimensional Theory of Burnout. In C. L. Cooper (Ed.), *Theories of Organizational Stress* (pp. 68-85). New York, US: Oxford University Press.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, *52*, 397- 422.
- Maslach, C., & Goldberg, J. (1998). Prevention of burnout: New perspectives. *Applied & Preventive Psychology*, *7*, 63-74.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, *12* (7-8), 837-851.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice Hall.

- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (2016). The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emotion Review*, 8 (4), 290-300.
- Μερτίκα, Α., Οικονόμου, Μ., Σταλίκας, Α., & Γραμανδάνη, Χ. (2006). Το στίγμα της ψυχικής ασθένειας και της σχιζοφρένειας: Βιβλιογραφική ανασκόπηση ερευνητικών ευρημάτων. *Ψυχολογία*, 13 (3), 1-27.
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39 (5), 341-352.
- Nikolaou, I., & Tsaousis, I. (2002). Emotional intelligence in the workplace: Exploring its effects on occupational stress and organizational commitment. *The International Journal of Organizational Analysis*, 10 (4), 327-342.
doi:10.1108/eb028956
- Nordt, C., Rossler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 709–714.
- Οικονόμου, Μ., & Χαρίτση, Μ. (2010). Από το στίγμα στη συνηγορία: Τα ανθρώπινα δικαιώματα ως πρόκληση για το χώρο της ψυχικής υγείας. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 111, 62-67.
- Οικονόμου, Μ. (2008). Ψυχική ασθένεια και κοινωνικό στίγμα: Διαχρονικές και σύγχρονες προκλήσεις. *Τετράδια Ψυχιατρικής*, 102, 19-26.
- Οικονόμου, Μ., Γραμανδάνη, Χ., Λουκή, Ε., Γιώτης, Λ., & Στεφανής, Κ. (2006). Στίγμα και ψυχική διαταραχή: Ο δρόμος προς τον αποστιγματισμό. Πρόγραμμα κατά του Στίγματος της Σχιζοφρένειας του Ερευνητικού Πανεπιστημιακού Ινστιτούτου Ψυχικής υγείας. *Ψυχολογία*, 13 (3), 28-43.
- Packer, S., Prendergast, P., Wasylenki, D., Toner, B., & Ali, A. (1994). Psychiatric residents' attitudes toward patients with chronic mental illness. *Hospital & Community Psychiatry*, 45 (11), 1117-1121.

- Παπαδάτου, Δ., & Αναγνωστόπουλος, Φ. (2012). *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Αθήνα: Παπαζήσης.
- Παπαστάμου, Σ. (1990). *Διομαδικές σχέσεις*. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Papastylianou, A., Kaila, M., & Polychronopoulos, M. (2009). Teachers' burnout, depression, role ambiguity and conflict. *Social Psychology of Education, 12* (3), 295-314.
- Paris, M., & Hoge, M. A. (2010). Burnout in the mental health workforce: a review. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 37*(4), 519-528.
- Παυλόπουλος, Β. (2006). Κοινωνικός στιγματισμός: από τη σκοπιά του «θύτη» και του «θύματος». Στο Π. Κορδούτης & Β. Παυλόπουλος (Επιμ.), *Πεδία έρευνας στην Κοινωνική Ψυχολογία* (σ. 126-145). Αθήνα: Ατραπός.
- Pescosolido, B. A. (2013). The public stigma of mental illness: What do we think; What do we know; What can we prove?. *Journal of Health and Social Behavior, 54* (1), 1-21.
- Peterson, U., Demerouti, E., Bergström, G., Samuelsson, M., Asberg, M., & Nygren, A. (2008). Burnout and physical and mental health among Swedish healthcare workers. *Journal of Advanced Nursing, 62*, 84-95.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04580.x.
- Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. A. Parker (Eds.), *The Springer series on human exceptionality. Assessing emotional intelligence: Theory, research, and applications* (pp. 85-101). New York: Springer.
doi: 10.1007/978-0-387-88370-0_5
- Petrides, K. V., Pita, R., & Kokkinaki, F. (2007). The location of trait emotional intelligence in personality factor space. *British Journal of Psychology, 98*, 273-289.
- Petrides, K. V. & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence: Behavioural validation in two studies of emotion recognition and reactivity to mood induction. *European Journal of Personality, 17*, 39-57.

- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2003). Trait emotional intelligence and happiness. *Social Behavior and Personality*, 31 (8), 815-823.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15 (6), 425-448.
- Petrides, K. V., & Furnham, A. (2000). Gender Differences in Measured and Self-Estimated Trait Emotional Intelligence. *Sex Roles*, 42 (5-6), 449-461.
- Pines, A. M. (1996). *Couple burnout: Causes and cures*. New York: Routledge.
- Pines, A. M. (1993). Burnout. In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (pp. 386 – 402). New York: Free Press.
- Platsidou, M. (2010). Trait emotional intelligence of Greek special education teachers in relation to burnout and job satisfaction. *School Psychology International*, 31, 60-76.
- Πλατσίδου, Μ. (2005). Διερεύνηση της συναισθηματικής νοημοσύνης εφήβων με τη μέθοδο των αυτοαναφορών και της αντικειμενικής επίδοσης. *Παιδαγωγική Επιθεώρηση*, 40, 166-181.
- Πλατσίδου, Μ. (2004). Συναισθηματική νοημοσύνη: Σύγχρονες προσεγγίσεις μιας παλιάς έννοιας. *Επιστήμες της Αγωγής*, 1, 27-39.
- Priebe, S., Fakhoury, W. K. H., 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, 51-59.
- Purvanova, R. K., & Muros, J. P. (2010). Gender differences in burnout: A meta-analysis. *Journal of Vocational Behavior*, 77 (2), 168-185.
- Richardson, A. M., & Burke, R. J. (1995). Models of burnout: Implications for interventions. *International Journal of Stress Management*, 2, 31-43.

- Rohland, B. M. (2000). A survey of burnout among mental health center directors in a rural state. *Administration & Policy in Mental Health, 27* (4), 221–237.
- Rupert, P. A., & Kent, J. S. (2007). Gender and work setting differences in career-sustaining behaviors and burnout among professional psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 38*, 88-96.
- Rupert, P. A., & Morgan, D. J. (2005). Work Setting and Burnout Among Professional Psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice, 36* (5), 544–550.
- Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality, 9* (3), 185-211.
- Sartorius, N., & Schulze, H. (2005). *Reducing the stigma of mental illness: A report from a global programme of the world Psychiatric Association*. New York: Cambridge University Press.
- Sartorius, N. (1999). One of the last obstacles to better mental health care: The stigma of mental illness. In J. Guimon, W. Fischer, & N. Sartorius (Eds.), *The image of madness* (pp. 96-104). Basel: Karger.
- Schaufeli, W. B., Leiter, M. P., & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International, 14* (3), 204-220.
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: an overview of 25 years of research in theorizing. In M. J. Winnubst, & C. L. Cooper (Eds.), *The handbook of work and health psychology* (pp. 383-425). Chichester: Wiley.
- Schaufeli, W. B., & Enzmann, D. (1998). *The Burnout Companion to Study and Research: A Critical Analysis*. London: Taylor & Francis.
- Scheff, T. J. (1974). The labeling theory of mental illness. *American Sociological Review, 39* (3), 444-452.

- Schomerus, G., Van der Auwera S., Matschinger, H., Baumeister, S. E., & Angermeyer, M. C. (2015). Do attitudes towards persons with mental illness worsen during the course of life? An age-period-cohort analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 132 (5), 357-364.
- Schulze, B. (2007). Stigma and mental health professionals: A review of the evidence on an intricate relationship. *International Review of Psychiatry*, 19 (2), 137-155.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Social Science & Medicine*, 56 (2), 299-312.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Bhullar, N., & Rooke, S. E. (2007). A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 42 (6), 921-933.
- Shin, H., Dovidio, J. F., & Napier, J. L. (2013). Cultural differences in targets of stigmatization between individual- and group-oriented cultures. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 98-108.
- Siebert, D. C. (2005). Personal and Occupational Factors in Burnout Among Practicing Social Workers: Implications for Researchers, Practitioners, and Managers. *Journal of Social Service Research*, 32 (2), 25-44.
- Smith, A. L. & Cashwell, C. S. (2010). Stigma and mental illness: Investigating attitudes of mental health and non mental health professionals and trainees. *Journal of Humanistic Counseling, Education and Development*, 49, 189-202.
- Smith, M. (2002). Stigma. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8 (5), 317-323.
- Stamatopoulou, M., Galanis, P., & Prezerakos, P. (2016). Psychometric properties of the Greek translation of the Trait Emotional Intelligence Questionnaire-Short Form (TEIQue-SF). *Personality and Individual Differences*, 95, 80-84.

- Stuart, H., & Sartorius, N. (2005). Fighting stigma and discrimination because of mental disorders. *Advances in Psychiatry*, 2, 79-86.
- Tziporah, R., & Pace, M. (2006). Burnout among mental health professionals: Special considerations for the marriage and family therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32, 87-99.
- Ucok, A., Polat, A., Sartorius, N., Erkoc, S., & Atakli, C. (2004). Attitudes of psychiatrists toward patients with schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 89–91.
- van Dierendonck, D., Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: The role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, 83 (3), 392-407.
doi:10.1037/0021-9010.83.3.392
- Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Elbogen, E. B., & Swartz, M. S. (2005). A comparison of stigmatizing attitudes toward persons with schizophrenia in four stakeholder groups: Perceived likelihood of violence and desire for social distance. *Psychiatry*, 68 (2),152-63.
- Verhaeghe, M., & Bracke, P. (2012). Associative stigma among mental health professionals: Implications for professional and service user well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 53 (1), 17–32.
- Vlachou, E. M., Damigos, D., Lyrakos, G., Chanopoulos, K., Kosmidis, G., & Karavis, M. (2016). The relationship between burnout syndrome and emotional intelligence in healthcare professionals. *Health Science Journal*, 5 (2), 1-9.
- Wahl, O., & Aroesty-Cohen, E. (2010). Attitudes of mental health professionals about mental illness: A review of the recent literature. *Journal of Community Psychology*, 38 (1), 49-62.
- Wallach, H. S. (2004). Changes in attitudes towards mental illness following exposure. *Community Mental Health Journal*, 40 (3), 235-248.
- Χρυσοχόου, Ξ. (2010). *Πολυπολιτισμική πραγματικότητα: Οι κοινωνιοψυχολογικοί προσδιορισμοί της πολιτισμικής πολλαπλότητας* (6η έκδ.). Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., & Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health, 16* (5), 527-545.

Παράρτημα

Ακολουθώς παρατίθενται μόνο αποσπασματικά τα ψυχομετρικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην εν λόγω έρευνα και οι οδηγίες που δόθηκαν στους συμμετέχοντες για τη συμπλήρωσή τους. Η αποσπασματική παρουσίασή τους γίνεται καθώς για τη μελλοντική χρησιμοποίησή τους από άλλους ερευνητές απαιτείται η άδεια των κατασκευαστών τους, την οποία στη προκειμένη περίπτωση ο ερευνητής εξασφάλισε για τη διεξαγωγή της έρευνάς του.

«*Ερωτηματολόγιο καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach- Maslach Burnout Inventory (MBI)*»

A. Οι ακόλουθες 22 προτάσεις διερευνούν θέματα σχετικά με τα συναισθήματα και τη στάση σας κατά την εργασία σας. Παρακαλώ διαβάστε και επιλέξτε, βάσει της παρακάτω κλίμακας, την απάντηση που σας εκφράζει καλύτερα συγκριτικά με τις υπόλοιπες, έστω και κατά προσέγγιση. Παρακαλώ μη παραλείψετε κάποια απάντηση. Σας υπενθυμίζουμε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

A.A		Ποτέ	Λίγες φορές το χρόνο ή λιγότερο	Μία φορά το μήνα ή λιγότερο	Μερικές φορές το μήνα	Μία φορά την εβδομάδα	Μερικές φορές την εβδομάδα	Κάθε ημέρα
1	Αισθάνομαι συναισθηματικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου							
2	*****							
3	*****							
4	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πώς αισθάνονται οι ασθενείς μου για διάφορα πράγματα ή καταστάσεις							
5	*****							
6	*****							
7	*****							
8	*****							

9	Αισθάνομαι ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή άλλων ανθρώπων μέσα από τη δουλειά μου							
10	*****							
11	Ανησυχώ ότι αυτή η δουλειά με κάνει πιο σκληρό/η συναισθηματικά							
12	*****							
13	*****							
14	*****							
15	Δεν ενδιαφέρομαι πραγματικά για το τι συμβαίνει σε ορισμένους από τους ασθενείς μου							
16	*****							
17	*****							
18	*****							
19	Έχω κατορθώσει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά μου							
20	*****							
21	Στη δουλειά μου, αντιμετωπίζω τα συναισθηματικά προβλήματα πολύ ήρεμα							
22	*****							

«Στάσεις για τη σοβαρή ψυχική αρρώστια-Attitudes of Severe Mental Illness scale (ASMI)»

B. Οι ακόλουθες 30 προτάσεις-δηλώσεις αποτελούν γνώμες αναφορικά με τη σοβαρή ψυχική ασθένεια και τους ψυχικά πάσχοντες. Ο όρος «ψυχική ασθένεια» στο παρόν ερωτηματολόγιο υποδηλώνει τη κατάσταση που οδηγεί τον πάσχοντα στη ψυχιατρική κλινική. Υπάρχουν πολλές απόψεις σχετικά με αυτό το θέμα συνεπώς δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις. Σας παρακαλούμε διαβάστε προσεκτικά τις προτάσεις και επιλέξτε την απάντηση που σας εκφράζει περισσότερο. Είναι σημαντικό να προσπαθήσετε να μη παραλείψετε καμία απάντηση.

A.A		Συμφωνώ	Μάλλον συμφωνώ	Μάλλον διαφωνώ	Διαφωνώ	Δεν ξέρω/ δεν απαντώ
1	Μια σοβαρή ψυχική αρρώστια συνήθως φταίει για όλα τα κακά που συμβαίνουν σ' έναν άρρωστο					
2	*****					
3	Ένα άτομο με σοβαρό ψυχολογικό πρόβλημα είναι αποτυχημένο					
4	*****					
5	*****					
6	Είναι εύκολο να καταλάβουν οι άλλοι αν κάποιος είναι ψυχικά άρρωστος					
7	*****					
8	*****					
9	Όταν ένα σοβαρά ψυχικά άρρωστο άτομο παίρνει ψυχοφάρμακα θα τα παίρνει όλη τη ζωή του					
10	Όλα τα ψυχοφάρμακα προκαλούν εξάρτηση					
11	*****					
12	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια είναι ικανό να τα καταφέρει στη ζωή του					
13	*****					
14	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια δεν διαφέρει από τους άλλους ανθρώπους					
15	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί να δουλέψει σε μια εργασία					
16	*****					
17	Η σοβαρή ψυχική αρρώστια μπορεί πλέον και να θεραπεύεται					
18	*****					
19	*****					

20	Είναι προτιμότερο ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια να κάνει παρέα μόνο με ανθρώπους που έχουν επίσης ψυχιατρικό πρόβλημα					
21	*****					
22	*****					
23	Ένα άτομο με σοβαρή ψυχική αρρώστια πρέπει να ζητάει βοήθεια από ειδικό π.χ. ψυχίατρο					
24	*****					
25	Ένα άτομο που έχει ψυχολογικό πρόβλημα συνήθως νοιώθει ότι είναι υπεύθυνο για ό, τι συνέβη					
26	*****					
27	*****					
28	Όταν αρρωστήσει ένα άτομο ψυχικά τότε το κατηγορούν για ό, τι κακό συμβαίνει στην οικογένειά του					
29	*****					
30	*****					

«Ερωτηματολόγιο αξιολόγησης της Συναισθηματικής Νοημοσύνης ως γνώρισμα της προσωπικότητας- Trait Emotional Intelligence Que (TEIQue)»

Γ. Σας παρακαλούμε να σημειώσετε με ένα κύκλο τον αριθμό που αντανακλά καλύτερα το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με κάθε μια από τις προτάσεις που ακολουθούν. Όσο πιο πολύ διαφωνείτε με μια πρόταση, τόσο η απάντησή σας θα πλησιάζει το «1». Αντίθετα, όσο πιο πολύ συμφωνείτε, τόσο η απάντησή σας θα πλησιάζει το «7». Μη σκέφτεστε πολύ ώρα για την ακριβή σημασία των προτάσεων και προσπαθήστε να απαντήσετε όσο το δυνατόν με μεγαλύτερη ακρίβεια. Σας υπενθυμίζουμε ότι δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις.

Διαφωνώ Απόλυτα 1 2 3 4 5 6 7 Συμφωνώ Απόλυτα

1. Δε δυσκολεύομαι καθόλου να εκφράσω τα συναισθήματά μου με λόγια.	1	2	3	4	5	6	7
2. *****	1	2	3	4	5	6	7
3. Γενικά είμαι ένα ιδιαίτερα δραστήριο άτομο με στόχους.	1	2	3	4	5	6	7
4. *****	1	2	3	4	5	6	7
5. Γενικά δε βρίσκω τη ζωή διασκεδαστική.	1	2	3	4	5	6	7
6. *****	1	2	3	4	5	6	7
7. *****	1	2	3	4	5	6	7
8. *****	1	2	3	4	5	6	7
9. Πιστεύω πως έχω πολλά χαρίσματα.	1	2	3	4	5	6	7
10. Συχνά δυσκολεύομαι να υπερασπισθώ τα δικαιώματά μου.	1	2	3	4	5	6	7
11. *****	1	2	3	4	5	6	7
12. *****	1	2	3	4	5	6	7
13. Οι κοντινοί μου άνθρωποι παραπονιούνται ότι δεν τους συμπεριφέρομαι σωστά.	1	2	3	4	5	6	7
14. *****	1	2	3	4	5	6	7
15. Γενικά, είμαι ικανός να αντιμετωπίσω το άγχος.	1	2	3	4	5	6	7
16. Συχνά δυσκολεύομαι να δείχνω στοργή στους κοντινούς μου ανθρώπους.	1	2	3	4	5	6	7
17. *****	1	2	3	4	5	6	7
18. *****	1	2	3	4	5	6	7
19. Συνήθως μπορώ να βρω τρόπους να ελέγξω τα συναισθήματά μου όταν το θέλω.	1	2	3	4	5	6	7
20. Σε γενικές γραμμές, είμαι ευχαριστημένος από τη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6	7
21. *****	1	2	3	4	5	6	7
22. *****	1	2	3	4	5	6	7
23. Συχνά, σταματώ αυτό που κάνω και συγκεντρώνομαι σε αυτό που νιώθω.	1	2	3	4	5	6	7
24. Αισθάνομαι καλά με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5	6	7

25. *****	1	2	3	4	5	6	7
26. *****	1	2	3	4	5	6	7
27. Πιστεύω ότι γενικά τα πράγματα θα εξελιχθούν καλά στη ζωή μου.	1	2	3	4	5	6	7
28. *****	1	2	3	4	5	6	7
29. *****	1	2	3	4	5	6	7
30. Οι άλλοι με θαυμάζουν γιατί είμαι «άνετος».	1	2	3	4	5	6	7

«Κλίμακα Ικανοποίησης από τη Ζωή- The Satisfaction with Life Scale (SWLS)»

Α. Παρακάτω υπάρχουν 5 προτάσεις με τις οποίες ενδέχεται είτε να συμφωνείτε είτε να διαφωνείτε. Παρακαλώ επιλέξτε και κυκλώστε τον αριθμό της απάντησης που εκφράζει καλύτερα τη συμφωνία ή τη διαφωνία σας με το περιεχόμενο της κάθε πρότασης. Παρακαλώ απαντήστε με ειλικρίνεια και προσπαθήστε να μη παραλείψετε καμία απάντηση. Υπενθυμίζεται ότι δεν υπάρχουν σωστές και λανθασμένες απαντήσεις.

1. Από τις περισσότερες απόψεις η ζωή μου είναι κοντά στο ιδανικό μου

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

2. *****

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

3. Είμαι ικανοποιημένος/-η από τη ζωή μου

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

4. *****

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

5. Αν μπορούσα να ζήσω τη ζωή μου από την αρχή, δεν θα άλλαζα σχεδόν τίποτα

7	6	5	4	3	2	1
Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ λίγο	Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ	Διαφωνώ λίγο	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα

ΕΝΤΥΠΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Στο σημείο αυτό θα επιθυμούσαμε να μας απαντήσετε σε ορισμένες ερωτήσεις που αφορούν εσάς προσωπικά και θα φανούν πολύτιμες στην έρευνά μας. Είναι σημαντικό να γνωρίζετε ότι οι απαντήσεις σας και σε αυτό το κομμάτι θα είναι ανώνυμες και θα χρησιμοποιηθούν με απόλυτη εχεμύθεια. Σε κάθε περίπτωση η ταυτότητά σας θα παραμείνει άγνωστη. Προσπαθήστε να μη παραλείψετε κάποια απάντηση.

1. Ποιο είναι το φύλο σας; Άνδρας Γυναίκα

2. Παρακαλώ σημειώστε την ηλικία σας:

3. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Ελεύθερος/η Παντρεμένος/η Διαζευγμένος/η
Σε σταθερή σχέση Σε συγκατοίκηση Σε διάσταση

4. Αριθμός παιδιών:

5. Παρακαλώ επιλέξτε τον υψηλότερο τίτλο σπουδών που έχετε στη διάθεσή σας:

Ανώτερη Σχολή (ΤΕΙ) Ανώτατη Σχολή (ΑΕΙ) Μεταπτυχιακός τίτλος (MSc)
Διδακτορικός τίτλος Άλλος

6. Ποια είναι η ειδικότητά σας;

Ψυχίατρος/ Παιδοψυχίατρος Ψυχολόγος Κοινωνικός Λειτουργός

Νοσηλεύτης/τρια Άλλο:

7. Αυτή την εποχή ζείτε στη πόλη που ζει και η υπόλοιπη οικογένειά σας;

Ναι Όχι

8. Στη πόλη που ζείτε αυτή τη στιγμή είναι και η μόνιμη κατοικία σας;

Ναι Όχι

9. Η μόνιμη κατοικία σας είναι σε περιοχή με:

Λιγότερους από 500 κατοίκους 500-2.000 κατοίκους 2.000-10.000 κατοίκους

Περισσότερους από 10.000 κατοίκους Αθήνα/Θεσσαλονίκη

10. Πόσα χρόνια εργάζεστε συνολικά στο τομέα της ψυχικής υγείας;

Λιγότερο από 1 χρόνο 1-5 χρόνια 5-10 χρόνια

10-15 χρόνια Περισσότερα από 15 χρόνια

11. Πόσα χρόνια εργάζεστε στη τωρινή σας εργασία;

12. Έχετε διευθυντική θέση;

Ναι Όχι

13. Πόσο είναι περίπου το μηνιαίο εισόδημά σας;

500-1.000 ευρώ 1.000-1.500 ευρώ
 1.500-2.000 ευρώ Περισσότερα από 2.000 ευρώ

14. Πλαίσιο εργασίας:

Δημόσιο πλαίσιο Ιδιωτικό πλαίσιο Δημόσιο & Ιδιωτικό πλαίσιο

15. Ποιον θεωρείται το βασικό παράγοντα που σας επηρέασε στην επιλογή του συγκεκριμένου επαγγέλματος; (Παρακαλώ επιλέξτε μία μόνο απάντηση)

Επιθυμία για προσφορά βοήθειας Οικογενειακός/φιλικός περίγυρος Τύχη
 Αυξημένες πιθανότητες επαγγελματικής αποκατάστασης Άλλος

16. Πόσες ώρες εργάζεστε περίπου ημερησίως;

17. Εργάζεστε ή κάνετε εφημερίες τα σαββατοκύριακα ή τις αργίες;

Ναι Όχι

18. Αν εργάζεστε τα σαββατοκύριακα και τις αργίες πόσες ώρες εργάζεστε;

.....

19. Αριθμός ημερών κανονικής άδειας ανά έτος:

20. Πόσες ημέρες περίπου πήρατε αναρρωτική άδεια το προηγούμενο έτος;

21. Τους τελευταίους μήνες σκεφτήκατε καμιά φορά να αλλάξετε εργασία;

Ναι Όχι Δεν μπορώ να αποφασίσω

22. Παρακαλώ σημειώστε το νομό στον οποίο εργάζεστε:

23. Προσφέρετε τις υπηρεσίες σας σε:

Παιδιά & εφήβους Ενήλικες Και στις δύο κατηγορίες

24. Προσφέρετε τις υπηρεσίες σας σε πρόσφυγες και μετανάστες; Ναι Όχι

*Αν «Ναι» αισθάνεστε ότι είστε πολιτισμικά επαρκής; (π.χ. γνωρίζετε τις αξίες τους, είστε ευαισθητοποιημένοι για τα θέματα που αντιμετωπίζουν)

Πάρα πολύ Πολύ Μέτρια Λίγο Καθόλου

Σας ευχαριστούμε πολύ για το χρόνο και τη συμμετοχή σας στην έρευνα!!