

ΕΘΝΙΚΟ & ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΘΕΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΓΕΩΛΟΓΙΑΣ & ΓΕΩΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ



NATIONAL & KAPODISTRIAN UNIVERSITY OF ATHENS
SCHOOL OF SCIENCES
DEPARTMENT OF GEOLOGY & GEOENVIRONMENT



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ & ΚΡΙΣΕΩΝ

POST GRADUATE PROGRAM
ENVIRONMENTAL, DISASTER & CRISES MANAGEMENT STRATEGIES

Μεταπτυχιακή Διατριβή Ειδίκευσης
Master Thesis

**Παράγοντες επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας που επηρεάζουν την
ψυχική υγεία των εργαζόμενων με πρόσφυγες στην Ελλάδα**

Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals working
with refugees in Greece

ΜΑΡΙΑ-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΧΟΛΕΒΑ / MARIA-KONSTANTINA CHOLEVA
A.M. / R.N. : 17242

Ειδικές Εκδόσεις / Special Publications:

No. 2019169

Αθήνα, Οκτώβριος 2019
Athens, October 2019



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ, ΚΑΤΑΣΤΡΟΦΩΝ & ΚΡΙΣΕΩΝ

POST GRADUATE PROGRAM
ENVIRONMENTAL, DISASTER & CRISES MANAGEMENT STRATEGIES

Μεταπτυχιακή Διατριβή Ειδίκευσης

Master Thesis

Παράγοντες επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων με πρόσφυγες στην Ελλάδα

Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals working with refugees in Greece

ΜΑΡΙΑ-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΧΟΛΕΒΑ / MARIA-KONSTANTINA CHOLEVA

A.M. / R.N. : 17242

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Δρ. Α. Αντωναράκου,
Καθηγ. ΕΚΠΑ

Δρ. Χ. Ντρίνια,
Καθηγ. ΕΚΠΑ

Δρ. Ε. Λέκκας,
Καθηγ. ΕΚΠΑ

Εξειδικευμένη Επιστημονική Καθοδήγηση:

Φ. Σπέη
Εργοθεραπεύτρια-Ψυχολόγος, PhD Health
Psychology

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με τίτλο «Παράγοντες επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα» εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού προγράμματος «Στρατηγικές Διαχείρισης Περιβάλλοντος, Καταστροφών και Κρίσεων του Τμήματος Γεωλογίας του Πανεπιστημίου Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

Το θέμα της μεταπτυχιακής μου εργασίας που προέκυψε μετά από συνεννόηση με την επιβλέπουσα καθηγήτρια κ Φοίβη Σπέη, οφείλεται στη συνεχώς αυξανόμενη ανάγκη για νέα ερευνητικά δεδομένα που να διαφωτίζουν διάφορες πτυχές του προσφυγικού ζητήματος, όπως αυτό εξελίσσεται ταχύτατα τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα. Ειδικότερα, η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία εστίασε στο αντίκτυπο της εργασίας στο προσφυγικό πεδίο στους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε αυτό, με τη διερεύνηση των παραγόντων που επηρεάζουν τους δείκτες ψυχικής υγείας στον εν λόγω πληθυσμό.

Στην πορεία για την ολοκλήρωση αυτής της εργασίας, πολύτιμη ήταν η υποστήριξη της υπεύθυνης καθηγήτριας κ. Φοίβης Σπέη που μου έδωσε την ευκαιρία να ασχοληθώ με ένα τόσο ενδιαφέρον θέμα. Παράλληλα, την ευχαριστώ για τις χρήσιμες συμβουλές της, καθώς και την αμέριστη ηθική υποστήριξή της και την εμπιστοσύνη που μου έδειξε κατά την διάρκεια της συγγραφής της εργασίας μου.

Περισσότερο από όλους, οφείλω να ευχαριστήσω τη μαμά μου, διότι χωρίς εκείνη δεν θα είχα καταφέρει να γίνω αυτή που είμαι σήμερα και η ολοκλήρωση των σπουδών μου θα ήταν αδύνατη ή έστω, πολύ πιο δύσκολο εγχείρημα. Τέλος, ευχαριστώ όλη μου την οικογένεια και τους αγαπημένους μου ανθρώπους που στέκονται δίπλα μου, με υποστηρίζουν και με υπομένουν όλα αυτά τα χρόνια.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	7
Abstract	8
1. Εισαγωγή	9
2. Ζητήματα ψυχικής υγείας στο χώρο της εργασίας	9
3. Εργασία στο πεδίο των ανθρωπιστικών και προσφυγικών κρίσεων	11
3.1 Ανθρωπιστικές Κρίσεις	12
3.2 Το προσφυγικό ζήτημα	12
3.3 Προσφυγικοί πληθυσμοί και οργάνωση των υπηρεσιών στην Ελλάδα	13
3.4 Ζητήματα ψυχικής υγείας σε εργαζόμενους στο ανθρωπιστικό πεδίο.....	14
3.5 Παράγοντες επικινδυνότητας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων στο προσφυγικό πεδίο.....	18
3.6 Παράγοντες ανθεκτικότητας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων στο πεδίο.....	20
3.6.1. Προσωπικοί / ατομικοί παράγοντες	22
3.6.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	23
3.7 Ζητήματα ψυχικής υγείας σε εργαζόμενους στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα.....	25
4. Η παρούσα έρευνα	27
4.1 Υποθέσεις και ερευνητικοί στόχοι	28
4.2 Ορισμός βασικών εννοιών της έρευνας.....	28
5. Μεθοδολογία	32
5.1 Συλλογή δεδομένων	32
5.2 Το δείγμα της έρευνας.....	33
5.3 Εργαλεία μέτρησης.....	33
5.4 Ανάλυση δεδομένων	37

6.	Αποτελέσματα	38
6.1	Δημογραφικά στοιχεία	38
6.2	Συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής υγείας.....	42
6.3	Η επίδραση των παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στους δείκτες ψυχικής υγείας	46
7.	Συζήτηση.....	55
8.	Συμπεράσματα και συμβολή της έρευνας.....	60
9.	Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	61
10.	Επίλογος	63
	Παράρτημα	64
	Βιβλιογραφία	72

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1.	Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος.....	38
Πίνακας 2.	Τόπος διαμονής και συνθήκες εργασίας.....	39
Πίνακας 3.	Συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων στρες, άγχους και κατάθλιψης.....	42
Πίνακας 4.	Συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD).....	42
Πίνακας 5.	Συχνότητα εμφάνισης διεισδυτικών συμπτωμάτων, συμπτωμάτων αποφυγής και συμπτωμάτων υπερδιέγερσης.....	43
Πίνακας 6.	Συχνότητα εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής του στρες.....	44
Πίνακας 7.	Συχνότητα εμφάνισης συναισθηματικής εξάντλησης, προσωπικής επίτευξης και αποπροσωποποίησης.....	44
Πίνακας 8.	Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στο στρες.....	46
Πίνακας 9.	Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στο άγχος.....	48
Πίνακας 10.	Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στην κατάθλιψη.....	49
Πίνακας 11.	Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στην μετατραυματική διαταραχή του στρες (PTSD).....	51
Πίνακας 12.	Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης: Άξονες συναισθηματικής εξάντλησης, προσωπικής επίτευξης και αποπροσωποποίησης.....	52

Κατάλογος Διαγραμμάτων

Διάγραμμα 1.	Τόπος εργασίας, εργασία στον τόπο διαμονής και φορέας απασχόλησης.....	40
--------------	--	----

Περίληψη

Εισαγωγή: Μια εξελισσόμενη κρίση με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά αποτελεί η μαζική μετακίνηση πληθυσμών προς την Ευρώπη. Με αφορμή τη θεαματική αύξηση των προσφυγικών ροών στην Ελλάδα από το 2015 έως σήμερα, πληθώρα επαγγελματιών έχουν ασχοληθεί προσφέροντας υπηρεσίες στους μετακινούμενους πληθυσμούς, σε διαφορετικά επίπεδα και σημεία της χώρας και υπό διαφορετικές σκοπιές.

Σκοπός: Η διερεύνηση των παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας που επηρεάζουν το ψυχολογικό αντίκτυπο της εμπειρίας από την εργασία στο προσφυγικό πεδίο σε διάφορες περιοχές της Ελλάδας.

Υλικό – Μέθοδος: Η διερεύνηση των υπό μελέτη παραγόντων γίνεται με αντιπροσωπευτική δειγματοληψία. Το δείγμα αποτέλεσε αριθμός εργαζόμενων στο προσφυγικό πεδίο ($N=102$) που απασχολούνται σε διάφορους φορείς και οργανώσεις σε όλη την Ελλάδα. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου και με τη χρήση κατάλληλων σταθμισμένων κλιμάκων για την εκτίμηση του συνόλου των δεικτών ψυχικής υγείας.

Ανάλυση δεδομένων: Η ανάλυση των δεδομένων που συλλέχθηκαν έγινε με τη χρήση του Στατιστικού Πακέτου Ανάλυσης για τις Κοινωνικές Επιστήμες (SPSS 21).

Συμβολή: Η παρούσα εργασία συμβάλλει σημαντικά στην προαγωγή της επιστημονικής γνώσης εντοπίζοντας τους παράγοντες που επηρεάζουν τους διάφορους δείκτες ψυχικής υγείας των εργαζόμενων στο ανθρωπιστικό πεδίο με προσφυγικούς πληθυσμούς. Λαμβάνοντας υπόψη τα συμπεράσματα της έρευνας, οι οργανισμοί και οι φορείς που δραστηριοποιούνται στο προσφυγικό πεδίο θα μπορέσουν να σχεδιάσουν ολοκληρωμένες παρεμβάσεις ώστε να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τα ζητήματα που αναδύονται λόγω της εργασίας στο πεδίο, με απώτερο στόχο την ελαχιστοποίηση των δυσμενών συνεπειών της και την ενίσχυση της ανθεκτικότητας των εργαζομένων.

Λέξεις κλειδιά: *Ψυχική υγεία, Εργαζόμενοι, Προσφυγικό πεδίο, Παράγοντες Επικινδυνότητας, Παράγοντες Ανθεκτικότητας.*

Abstract

Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals working on the refugee field in Greece.

Introduction: An evolving crisis with particular features is the mass movement of populations towards Europe. Due to the dramatic increase of the refugee flows arriving in Greece from 2015 until today, numerous professionals have been involved in the provision of varied services to the newcomers population in multiple levels and different locations across the country.

Main Goal: The main goal was to investigate the risk and resilience factors that influence the psychological impact on individuals working on the refugee field in various regions of Greece.

Material - Methodology: In order to investigate the above mentioned factors representative sampling has been selected. The sample consisted of individuals working on the refugee field (N = 102) employed in various organizations and services throughout Greece. Data collection was done using a structured questionnaire and appropriate weighted scales to assess all mental health indicators.

Data analysis: Data analysis was performed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 21).

Contribution: The present study provides thorough empirical knowledge as well as new insights on the factors affecting the mental health of individuals working with refugee populations. Hence, organizations should better address the needs and issues arising from the field work to minimize its harmful consequences and promote resilience.

Keywords: *Mental Health, Professionals, Refugee field, Risk factors, Resilience factors.*

Παράγοντες επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα

1. Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια, η μελέτη των επιβαρυντικών παραγόντων για την ψυχική υγεία στο εργασιακό περιβάλλον και η έρευνα για τους παράγοντες που συνδέονται με τη ψυχική ανθεκτικότητα στον τομέα της εργασίας ελκύνουν ολοένα και περισσότερο το ενδιαφέρον της διεθνούς επιστημονικής κοινότητας. Όπως προκύπτει από πληθώρα εμπειρικών δεδομένων, ορισμένα χαρακτηριστικά που συνδέονται με το άτομο, τον οργανισμό, το περιβάλλον καθώς και τη φύση της εργασίας σχετίζονται με αυξημένο κίνδυνο πρόκλησης προβλημάτων ψυχικής και σωματικής υγείας στους εργαζόμενους, με σημαντικές επιπτώσεις στην ευημερία των εργαζομένων και σοβαρές συνέπειες για την οικονομία (π.χ. Gillispie, Britt, Burnette, & McFadden, 2016). Από την άλλη μεριά, έχουν αναδειχθεί παράγοντες που δρουν προστατευτικά προς την κατεύθυνση της ανθεκτικότητας, της υποστήριξης και της ανάπτυξης θετικών τρόπων διαχείρισης των δύσκολων καταστάσεων που προκύπτουν στο εργασιακό περιβάλλον.

Επιπλέον, τα αποτελέσματα πολλών εμπειρικών ερευνών δείχνουν ότι τα ζητήματα ψυχικής υγείας στον τομέα της εργασίας εμφανίζονται με μεγαλύτερη ένταση και συχνότητα σε εργαζόμενους ανθρωπιστικών φορέων και οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στη διαχείριση των συνεπειών διαφόρων ανθρωπιστικών κρίσεων, όπως είναι οι προσφυγικές κρίσεις (Lopes Cardozo et al., 2012). Αυτοί που εργάζονται στην πρώτη γραμμή ανταπόκρισης (first responders) φαίνεται να ανήκουν στην ομάδα επαγγελματιών «υψηλού κινδύνου» για την εκδήλωση διαφόρων ψυχικών διαταραχών, όπως είναι η μετατραυματική διαταραχή του στρες (Post-Traumatic Stress Disorder - PTSD). Οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες χαρακτηρίζονται ως «δευτερογενή θύματα» στην προσπάθειά τους να σώσουν τα «πρωτογενή» θύματα των κρίσεων και των καταστροφών (Κατσαβούνη & Μπεμπέτσος, 2018).

Ιδιαίτερως τα τελευταία χρόνια, έχουν αυξηθεί σημαντικά οι αναφορές σε περιστατικά όπου το προσωπικό των φορέων παροχής υπηρεσιών στον συγκεκριμένο τομέα κινδυνεύει από σειρά μοναδικών προκλητικών παραγόντων που συνδέονται με την εργασία τους στο πεδίο (Connorton, Perry, Hemenway, & Miller, 2012)

2. Ζητήματα ψυχικής υγείας στο εργασιακό περιβάλλον

Σύμφωνα με διεθνείς βιβλιογραφικές πηγές, η εργασία αποτελεί σημαντική πηγή άγχους στη ζωή του 69% των εργαζομένων (Gillispie et al., 2016). Πιο συγκεκριμένα, στην Ευρώπη, το 25% των εργαζομένων αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν άγχος που σχετίζεται με την εργασία για το σύνολο ή μεγάλο μέρος του χρόνου εργασίας τους και ένα παρόμοιο ποσοστό αναφέρει ότι η εργασία επηρεάζει αρνητικά και τη σωματική τους υγεία (Khamisa, Peltzer, Ilic, & Oldenburg, 2016, 2017). Επίσης, όπως προκύπτει από σχετική έρευνα των Eurofound, και EU-

OSHA (2014), οι εργαζόμενοι που έχουν βιώσει παρατεταμένες συνθήκες άγχους κινδυνεύουν από προβλήματα ψυχικής και σωματικής υγείας, τα οποία προκαλούνται από χρόνια στρες, και μεταξύ άλλων αφορούν καρδιακά προβλήματα, έλκη, αλλεργίες, διαταραχές του ανοσοποιητικού συστήματος, κατάθλιψη και εργασιακή εξουθένωση (Abraham, Conner, Jones & O' Connor, 2008). Το κόστος της μη διαχειριζόμενης πίεσης στην εργασία συνδέεται με αυξημένο κίνδυνο νοσηρότητας και θνησιμότητας και οι απώτερες συνέπειες του στρες για τους εργαζόμενους μπορούν ακόμη και να δημιουργήσουν κίνδυνο για την ίδια τη ζωή (Newton & Teo, 2014). Συνεπώς, το άγχος, το στρες και οι δυσλειτουργικές ψυχικές καταστάσεις που σχετίζονται με την εργασία αποτελούν παγκόσμιο ζήτημα με σημαντικές συνέπειες για τους εργαζομένους, τους οργανισμούς και τις οικονομίες (Stickler & Scott, 2016· Goetzl et al., 2004).

Επιπλέον, σειρά πρόσφατων ερευνών προτείνουν ότι οι παράγοντες άγχους που προέρχονται από το σχεδιασμό, τη διαχείριση και την οργάνωση της εργασίας διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο στην πορεία της υγείας των εργαζόμενων (Jackens, 2018). Σύμφωνα με την έρευνα των Tomo και De Simone (2017), υπάρχει σαφής διάκριση μεταξύ ατομικών και άλλων παραγόντων που σχετίζονται με το περιβάλλον και το οργανωτικό πλαίσιο. Ενδεικτικά αναφέρεται ότι, μεταξύ των βασικών παραγόντων που σχετίζονται με το ίδιο το άτομο είναι η φυσική κούραση (Tepas et al., 2004), η έλλειψη χρόνου για αποκατάσταση φυσικών δυνάμεων (Tuisku, Virtanen, De Bloom, & Kinnunen, 2016· Wallace, Lemaire, & Ghali, 2009), η επαγγελματική εξουθένωση ή Burnout (Atallah, McCalla, Karakash, & Minkoff, 2016), το άγχος (Mason, O'Keeffe, Carter, & Stride, 2016), η κατάθλιψη (Park, Wilson, & Myung, 2004· Sancassiani et al., 2015), το στρες (Rose & Glass, 2009· Sun et al. 2016), η ψυχική εξάντληση (Kilfedder, Power, & Wells., 2001) και οι διαταραχές ύπνου (Rose & Glass, 2009). Επιπρόσθετα, οι παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον ή το οργανωτικό πλαίσιο αφορούν στα εργασιακά καθήκοντα και τις απαιτήσεις, τις σχέσεις εξουσίας με τους συναδέλφους και τους ανώτερους, τους οργανωτικούς χώρους, τη διάρκεια εργασίας και την εργασία σε βάρδιες (Poissonnet & Véron, 2000· McVicar, 2003), τον αριθμό των εργασιμών ημερών (Barnes-Farrell et al., 2008), την ισορροπία μεταξύ εργασίας και ιδιωτικής ζωής (Barnes-Farrell et al., 2008), την έλλειψη αυτονομίας (Galletta, Portoghese, I., Fabbri, Pilia, & Campagna, 2016), την ασάφεια για τα καθήκοντα του ρόλου (Coates & Howe, 2015), τις συγκρούσεις στην εργασία (McVicar, 2003· Suresh, Matthews, & Coyne., 2013), την έλλειψη υποστήριξης (Salmond & Ropis, 2005· Sun et al., 2016), την έλλειψη αναγνώρισης (McVicar, 2003), την έλλειψη ασφάλειας (από κινδύνους και τραυματισμούς ή κίνδυνο έκθεσης σε επικίνδυνες συνθήκες και τραυματισμούς) (Markwell & Wainer, 2009, Coates & Howe, 2015), την ανεπαρκή εκπαίδευση (Estrynebehar et al., 1990), την ανεπαρκή ευελιξία στη διαχείριση των ωρών εργασίας και τις άσχημες συνθήκες στο χώρο εργασίας (Galletta et al., 2016).

Σε γενικές γραμμές, οι επιπτώσεις στην ψυχοσωματική κατάσταση των εργαζομένων, καθώς και οι οικονομικές συνέπειες των προβλημάτων ψυχικής υγείας στο χώρο εργασίας συνδέονται με τη μείωση της παραγωγικότητας, τις συχνές απουσίες από την εργασία, τους υψηλούς ρυθμούς παραίτησης των εργαζομένων και την πρόωρη συνταξιοδότηση (Sanderson & Andrews, 2006). Ως εκ τούτου, η κατανόηση των θεμάτων ψυχικής υγείας του προσωπικού στο χώρο εργασίας και η λήψη κατάλληλων μέτρων στήριξης που θα μπορούσαν να περιορίσουν τον αρνητικό

αντίκτυπό τους αποτελούν καθοριστικά στοιχεία για τη φροντίδα της σωματικής και ψυχικής υγείας στο εργασιακό περιβάλλον. Συνεπώς, η πρόληψη των ψυχικών ασθενειών και η προαγωγή της ψυχικής ευημερίας αποτελούν τομείς καθοριστικής σημασίας στους οποίους οφείλουν να εστιάσουν οι οργανισμοί.

3. Εργασία στο πεδίο των ανθρωπιστικών και προσφυγικών κρίσεων

Οι εργαζόμενοι στο πεδίο της παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας λειτουργούν σε ιδιαίτερα απαιτητικά και πιεστικά περιβάλλοντα (πόλεμος, πείνα, ανασφάλεια, έλλειψη στέγης), έχουν μεγάλο φόρτο και δυσμενείς συνθήκες εργασίας και είναι εκτεθειμένοι σε έντονα στρεσογόνες και συχνά τραυματικά πλαίσια δράσης. Επίσης, έχει παρατηρηθεί συστηματικά ότι υπάρχει παντελής έλλειψη ή ανεπάρκεια κατάλληλης προετοιμασίας και υποστήριξης στις συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι κατά την τελευταία δεκαετία έχουν αυξηθεί σημαντικά οι σοβαρές επιθέσεις κατά των εργαζομένων στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας (π.χ., περιστατικά στα οποία οι εργαζόμενοι έχουν σκοτωθεί, ή είναι θύματα απαγωγής και σοβαρών τραυματισμών από σκόπιμη βία) (Stoddard, Harmer, Haver, Taylor, & Harvey, 2015). Παρά το γεγονός ότι ο εκτιμώμενος πληθυσμός των εργαζόμενων σε ανθρωπιστικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στο πεδίο έχει αυξηθεί (Stoddard et al., 2015), η αύξηση δεν είναι τόσο έντονη όσο η άνοδος των συμβάντων, που σημαίνει ότι το παγκόσμιο ποσοστό επιθέσεων ανά εργαζόμενο στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας έχει επίσης αυξηθεί. Ωστόσο, αυτό δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η ανθρωπιστική εργασία έχει γίνει παγκοσμίως πιο επικίνδυνη. Αντίθετα, η αύξηση των περιστατικών έχει συστηματικά προκύψει από έναν μικρό αριθμό εξαιρετικά βίαιων πεδίων εργασίας, λιγότερο από το 10% των επεισοδίων έκτακτης ανάγκης στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας κάθε χρόνο, τα οποία συνολικά αντιπροσωπεύουν πάνω από το 60% όλων των επιθέσεων αυτών. Για τα τελευταία πέντε χρόνια, τα πεδία αυτά ήταν το Αφγανιστάν, η Συρία, το Νότιο Σουδάν και η Σομαλία. Όπως αναφέρουν σχετικές πηγές, οι ανθρωπιστικές οργανώσεις ανταποκρίνονται σε μικρότερους αριθμούς σε πλαίσια που επικρατούν συνθήκες ανασφάλειας, σε σύγκριση με πιο σταθερά πλαίσια δράσης, ανεξάρτητα από τη χρηματοδότηση που είναι διαθέσιμη και τις ανάγκες του πληθυσμού (Stoddard et al., 2016). Επιπλέον, σε ιδιαιτέρως απαιτητικά και πολύπλοκα πλαίσια ανθρωπιστικής εργασίας συχνά αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους παροχής των υπηρεσιών, όπως η χρήση υπηρεσιών τηλεϊατρικής και τηλε-ψυχιατρικής υποστήριξης (Nassan, Fiye, Adi, & Alorcon, 2015).

Τα ως άνω αναφερθέντα χαρακτηριστικά σε συνδυασμό με τις δύσκολες συνθήκες που βιώνουν οι εργαζόμενοι κατά την καθημερινή τους δραστηριότητα, έχουν σημαντικές επιπτώσεις και στη ποιότητα και ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ταυτόχρονα, επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα των οργανισμών, και προκαλούν σοβαρές και επιβλαβείς συνέπειες για την υγεία και την ευημερία τόσο των ίδιων των εργαζομένων, όσο και των οργανισμών συνολικά (Brooks et al., 2015). Προς την αντίθετη κατεύθυνση, έχουν αναφερθεί στη βιβλιογραφία αρκετοί παράγοντες ψυχικής ανθεκτικότητας που δρουν προστατευτικά και προάγουν τους μηχανισμούς ανθεκτικότητας των εργαζομένων στις αντιξοότητες και τις δυσκολίες που ενέχει η εργασία στο πεδίο (Guskovict & Potocky (2018).

3.1. Ανθρωπιστικές Κρίσεις

Μια ανθρωπιστική κρίση εκδηλώνεται όταν η ζωή ολόκληρων πληθυσμών βρίσκεται σε κίνδυνο, είτε από φυσικές καταστροφές (σεισμοί, πλημμύρες, ξηρασίες, επιδημίες), είτε από καταστροφές που συνδέονται με ανθρώπινους παράγοντες όπως είναι συγκρούσεις και πόλεμοι. Σύμφωνα με τον ορισμό του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών, ως ανθρωπιστική κρίση ορίζεται «η κατάσταση κατά την οποία υπάρχει μια ασυνήθιστη και γενικευμένη απειλή κατά της ανθρώπινης ζωής, της υγείας και της διαβίωσης» (Παπαδοπούλου, 2017). Οι ανθρωπιστικές κρίσεις καθίστανται πλέον όλο και πιο παρατεταμένες και πολύπλοκες και το παραδοσιακό μοντέλο ανθρωπιστικής βοήθειας δεν επαρκεί πλέον ώστε να αντιμετωπίσει τις ανάγκες που δημιουργούνται (World Economic Forum, 2017).

Σήμερα, ένας στους 50 ανθρώπους στον πλανήτη χρειάζεται ανθρωπιστική προστασία ή βοήθεια και ο μέσος χρόνος που περνούν οι άνθρωποι ως πρόσφυγες έχει ανέλθει σε 17 χρόνια. Η προσφυγική κρίση ως μια χαρακτηριστική περίπτωση ανθρωπιστικής κρίσης και περιλαμβάνει όλα τα στοιχεία αβεβαιότητας και κινδύνου για την ανθρώπινη επιβίωση τα οποία πηγάζουν από το βίαιο εκτοπισμό πληθυσμών.

3.2. Το προσφυγικό ζήτημα

Στις μέρες μας σημειώνονται τα υψηλότερα επίπεδα μετανάστευσης και βίαιης μετατόπισης πληθυσμών στην ιστορία της ανθρωπότητας. Ένας αριθμός είναι ενδεικτικός, για να δείξει το μέγεθος της παγκόσμιας πρόκλησης, καθώς περίπου 69 εκατομμύρια άνθρωποι από κάθε γωνιά του πλανήτη έχουν αναγκαστεί να εγκαταλείψουν το σπίτι τους. Όπως αναφέρεται στη Σύμβαση των Ηνωμένων Εθνών του 1951 σχετικά με τον καθορισμό του καθεστώτος των προσφύγων, ο ορισμός του πρόσφυγα έχει ως εξής: *«Καθορισμός του όρου πρόσφυξ»: «Παντός προσώπου όπερ συνεπεία γεγονότων επελθόντων πρό της 1ης Ιανουαρίου 1951 και δεδικαιολογημένου φόβου διώξεως λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικότητας, κοινωνικής τάξεως ή πολιτικών πεποιθήσεων ευρίσκεται εκτός της χώρας της οποίας έχει την υπηκοότητα και δεν δύναται ή, λόγω του φόβου τούτου, δεν επιθυμεί να απολαύη της προστασίας της χώρας ταύτης, ή εάν μη έχουν υπηκοότητα τινά και ευρισκόμενον συνεπεία τοιούτων γεγονότων εκτός της χώρας της προηγούμενης συνήθους αυτού διαμονής, δεν δύναται ή, λόγω του φόβου τούτου, δεν επιθυμεί να επιστρέψη εις ταύτην»* (Ηνωμένα Έθνη, Σύμβαση του 1951).

Ειδικότερα, ο όρος «προσφυγική κρίση» χρησιμοποιείται για να περιγράψει την έξοδο εκατοντάδων χιλιάδων ανθρώπων από τις χώρες καταγωγής τους και τις σχετικές προσωπικές και κοινωνικές αναταραχές που τις πυροδότησαν (Hebebrand et al., 2016). Παρά το γεγονός ότι πολλοί πρόσφυγες διαφεύγουν σε χώρες εκτός της Ευρώπης, για παράδειγμα σε χώρες της Μέσης Ανατολής και της Αφρικής, τα τελευταία χρόνια, ο αριθμός προσφύγων και μεταναστών που εισέρχονται στην Ευρώπη έχει αυξηθεί σημαντικά. Η μαζική μετανάστευση με προορισμό την Ευρώπη φαίνεται να είναι αποτέλεσμα της βίας που προκύπτει από τους συνεχείς πολέμους και τις συνθήκες ανασφάλειας και αστάθειας που επικρατεί στις χώρες προέλευσης των πληθυσμών. Πρόσφατο παράδειγμα αποτελεί η προσφυγική κρίση εξαιτίας του πολέμου στη Συρία, η οποία εξαπλώνεται κυρίως σε χώρες της Νότιας Ευρώπης.

Σύμφωνα με τις αναφορές του «Παρατηρητηρίου για την προσφυγική και μεταναστευτική κρίση στο Αιγαίο» (Πανεπιστήμιο Αιγαίου, 2019), το γεγονός που ονομάστηκε από πολλούς «Ευρωπαϊκή προσφυγική κρίση» διαχέεται στο χρόνο και συνιστά όψη ενός παγκόσμιου φαινομένου τεράστιας εμβέλειας. Η μεγάλη κορύφωση των πληθυσμιακών μετακινήσεων λόγω του πολέμου στη Συρία και οι συνέπειες στις ευρωπαϊκές κοινωνίες από τις οποίες διέρχονται οι εκτοπισμένοι, όχι τόσο λόγω του σχετικού τους μεγέθους, που παραμένει μικρό σε σχέση με τον συνολικό πληθυσμό της Ε.Ε., όσο λόγω του μεγάλου πολιτικού τους αντίκτυπου, επιτρέπουν να γίνεται λόγος για «κρίση» με σημαντικές συνέπειες για την Ευρωπαϊκή ήπειρο. Οι μετακινούμενοι αυτοί πληθυσμοί που φτάνουν σε πιο ανεπτυγμένες χώρες (εκτιμώνται σε λιγότερο από 10%) υπόκεινται σε Διεθνείς Συμβάσεις και την Εθνική Νομοθεσία που βασίζεται στην έννοια του Πρόσφυγα του 1951 κατά τη Σύμβαση της Γενεύης. Η Σύμβαση δεσμεύει τους φορείς ώστε να παρέχουν υπηρεσίες στον τομέα της υποδοχής, της στέγασης, της υγείας, της απασχόλησης, της επείγουσας βοήθειας και της εκπαίδευσης (Robinson, 2014).

3.3. Προσφυγικοί πληθυσμοί και οργάνωση των υπηρεσιών στην Ελλάδα

Η μαζική διέλευση περισσότερο από ένα εκατομμύριο μετακινούμενων πληθυσμών στα Ευρωπαϊκά σύνορα με αποκορύφωμα το έτος 2015 αποτελεί μια εξελισσόμενη κρίση με ιδιαίτερα χαρακτηριστικά και θεωρείται σημείο αιχμής μιας γενικότερης τάσης αύξησης των μεταναστευτικών ροών σε παγκόσμιο επίπεδο. Χώρες όπως η Ελλάδα, αποτελούν πλέον σημαντικό τόπο διέλευσης και σημείο προορισμού για την Ευρώπη (Yazgan, Utku, & Sirkeci, 2015· Vostanis, 2016). Η αύξηση αυτή του αριθμού των προσφύγων και άλλων μετακινούμενων πληθυσμών που καταφθάνουν στην Ευρώπη, κυρίως μέσω μη επίσημων και νόμιμων οδών, έχει αυξήσει επίσης σημαντικά και τον αριθμό των θανάτων που έχουν λάβει χώρα μεταξύ Τουρκικών και Ελληνικών ακτών (Yazgan et al., 2015). Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε ότι από την αρχή του έτους 2015, πάνω 644.000 άνθρωποι έχουν διασχίσει τη Μεσόγειο, συμπεριλαμβανομένων 3.135 μεταναστών και προσφύγων οι οποίοι έχασαν τη ζωή τους στη θάλασσα στην προσπάθειά τους να φτάσουν στην Ευρώπη (Wolff, 2015).

Σε απάντηση της μεγάλης εισροής πληθυσμών και της ευρέως αποκαλούμενης προσφυγικής κρίσης, τα Ηνωμένα Έθνη, η Ευρωπαϊκή Ένωση και οι οργανώσεις ανθρωπιστικής βοήθειας έχουν δημιουργήσει κέντρα υποδοχής προσφύγων και συναφείς υπηρεσίες υποδοχής και διαμονής σε πολλές περιοχές της Ελλάδας. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με τα επίσημα νούμερα της Ύπατης Αρμοστείας μέχρι τον Αύγουστο του 2019 έχουν καταγραφεί 88.750 αιτούντες άσυλο, πρόσφυγες και μετανάστες εκ των οποίων περίπου 63.500 βρίσκονται στην ενδοχώρα (UNHCR, 2019b). Επιπλέον, τη δεδομένη στιγμή (Σεπτέμβριος 2019) διαμένουν στα νησιά του Αιγαίου 30,500 πρόσφυγες και μετανάστες, με κύριες χώρες προέλευσης το Αφγανιστάν (39%), τη Συρία (15%) και τη Λαϊκή Δημοκρατία του Κονγκό (9%) (UNHCR, 2019a), Τέλος, σύμφωνα με τα τελευταία στοιχεία της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ, από τον Ιανουάριο μέχρι το Σεπτέμβριο του 2019 έχουν αναφερθεί 45.597 αφίξεις εκ των οποίων 35.848 έγιναν μέσω θαλάσσης και 9.749 μέσω της στεριάς, πάνω από το 1/3 εκ των οποίων είναι μικρά παιδιά (UNHCR, 2019c, 2019d).

Η διαχείριση της σημερινής ανθρωπιστικής κρίσης που εξελίσσεται στην Ευρώπη απαιτεί τις συνεχιζόμενες παρεμβάσεις, καθώς επίσης το συντονισμό για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και των εμποδίων, κυρίως όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη και την αποκατάσταση της αξιοπρέπειας για τους σημαντικά ευάλωτους πληθυσμούς (Pottie et al, 2015). Ως εκ τούτου, για τη διαχείριση των πολυπληθών μεταναστευτικών ροών που επιχειρήσαν και συνεχίζουν να διασχίζουν το Αιγαίο, έχει διαμορφωθεί το σύστημα διεθνούς προστασίας, υποδοχής, καταγραφής και ταυτοποίησης των νεοεισερχόμενων πολιτών τρίτων χωρών καθώς και του συστήματος υποδοχής και φιλοξενίας των αιτούντων διεθνή προστασία σύμφωνα με το Διεθνές και Ευρωπαϊκό δίκαιο.

Παρά τη δυσκολία στη διαχείριση και αντιμετώπιση των προβλημάτων που σχετίζονται με την διέλευση και τη παραμονή ενός μεγάλου αριθμού μετακινούμενων πληθυσμών στην Ελλάδα, καθώς και την ανετοιμότητα του κράτους σε μερικές περιπτώσεις να προσφέρει άμεσες και αποτελεσματικές λύσεις στο ζήτημα αυτό, έχει οργανωθεί έως σήμερα ένα δίκτυο φορέων και υπηρεσιών, και έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες συνεργασίας και συντονισμού ενός μεγάλου αριθμού διεθνών και εθνικών φορέων και υπηρεσιών που εμπλέκονται ενεργά στην πολυεπίπεδη διαχείριση των πολύπλοκων αναγκών των νεοεισερχόμενων πληθυσμών στην χώρα υποδοχής. Όπως συμβαίνει συχνά στο πεδίο αυτό, έτσι και στην Ελλάδα, κάποιοι από τους διεθνείς οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στη χώρα εφαρμόζουν τις δράσεις τους σε συνεργασία με εθνικούς φορείς και οργανώσεις διατηρώντας εποπτικό ρόλο (Ager et al., 2012· European Commission Humanitarian Aid Office, 2004· Stoddard, Harmer, & Haver, 2006). Οι ελληνικές αρχές δημιούργησαν σε σχετικά σύντομο χρονικό διάστημα οργανωμένες Δομές Φιλοξενίας καταργώντας τους αυτοσχέδιους καταυλισμούς. Εκτός από τις κρατικές Δομές Φιλοξενίας λειτουργούν επίσης ποικίλοι χώροι φιλοξενίας υπό την αιγίδα της Ύπατης Αρμοστείας του ΟΗΕ για τους Πρόσφυγες (UNHCR) καθώς και Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις (ΜΚΟ), συνολικής δυναμικότητας 72.939 ατόμων για το 2018 (Παπαπαύλου, 2018). Με αφορμή τη θεαματική αυτή αύξηση των προσφυγικών και μεταναστευτικών ροών κατά τα τελευταία έτη, και ως απάντηση στη διαχείριση των πολυεπίπεδων αναγκών που προκύπτουν από την είσοδο και παραμονή των νεοεισερχόμενων πληθυσμών στη χώρα, πληθώρα επαγγελματιών έχουν αναλάβει το έργο της παροχής υπηρεσιών σε διάφορους τομείς και σημεία της χώρας.

3.4. Ζητήματα ψυχικής υγείας σε εργαζόμενους στο ανθρωπιστικό πεδίο

Τα προβλήματα ψυχικής υγείας που σχετίζονται με τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις της έκθεσης στο τραύμα για τους εργαζόμενους στο ανθρωπιστικό πεδίο άρχισαν να ερευνώνται στη δεκαετία του 1990. Ωστόσο, κατά τα τελευταία έτη, ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός ερευνητικών εργασιών παρέχει πληροφορίες σχετικά με τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους που αναδύονται σε περιβάλλοντα ανθρωπιστικής εργασίας (Lopes Cardozo et al, 2012· Ager et al., 2012· UNHCR, 2016b). Πολλές από τις έρευνες αυτές έχουν επικεντρωθεί σε επιμέρους πτυχές των επιπτώσεων της εργασίας σε τέτοιου είδους περιβάλλοντα και έχουν αναδείξει ζητήματα σχετικά με το είδος της επίδρασης, τον τρόπο αντίδρασης των εργαζομένων και των οργανισμών για την αποφυγή των αρνητικών επιπτώσεων, την ενίσχυση των παραγόντων ανθεκτικότητας και τη βελτίωση της αποτελεσματικότητας

των παρεμβάσεων στους πληγέντες πληθυσμούς. Βασικός στόχος των ερευνών αυτών είναι αφενός μεν να διαφωτίσει διάφορες πλευρές των συνεπειών της έκθεσης σε πολλαπλούς στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες και αφετέρου να αναδείξει τον αντίκτυπό τους στην ψυχική υγεία των εργαζομένων στο πεδίο.

Στην πλειονότητά τους, οι εργαζόμενοι στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας αναλαμβάνουν δύσκολα καθήκοντα υπό έκτακτες και δυσμενείς συνθήκες και η εργασία στο ανθρωπιστικό πεδίο τόσο σε διεθνείς και ευρωπαϊκούς φορείς, όσο και σε τοπικές ή Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις ενέχει σημαντικές προκλήσεις και κινδύνους (Robinson, 2014). Από τη σκοπιά των ψυχοκοινωνικών κινδύνων, οι εργαζόμενοι στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας και παροχής υπηρεσιών στο πεδίο επωμίζονται ένα υπέρογκο φόρτο εργασίας, με χαρακτηριστική έλλειψη ιδιωτικότητας και προσωπικού χώρου, ενώ συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα λόγω της διαβίωσης μακριά από την οικογένεια και τους φίλους για παρατεταμένες χρονικές περιόδους. Η συγκεκριμένη ομάδα εργαζομένων δραστηριοποιείται σε περίπλοκα περιβάλλοντα που χαρακτηρίζονται από συνεχή προβλήματα και κακουχίες, όπως πόλεμοι και εμφύλιες συγκρούσεις, σοβαρά επίπεδα φτώχειας και πείνα, προσωπικές τραγωδίες, και φυσικές καταστροφές. Μια συσσώρευση τέτοιων χρόνιων αγχωτικών εμπειριών και η έκθεση σε συγκεκριμένα τραυματικά περιστατικά, συχνά οδηγεί σε αρνητικές ψυχολογικές επιπτώσεις για τους ίδιους (Min-Haris, 2011).

Σε γενικές γραμμές, τα προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως η κατάθλιψη, οι αγχώδεις εκδηλώσεις και η συναισθηματική εξάντληση, αποτελούν συνήθεις δυσμενείς καταστάσεις που βιώνονται στον εργασιακό χώρο και επηρεάζουν σημαντικά την ψυχική υγεία και ευημερία των εργαζομένων (Maslach, 2003· Sanderson & Andrews, 2006). Ειδικότερα, οι εργαζόμενοι στην παροχή ανθρωπιστικής βοήθειας και υπηρεσιών στο εν λόγω πεδίο αντιμετωπίζουν αυξημένα ποσοστά έμμεσης και άμεσης έκθεσης στο τραύμα και υποφέρουν από μετατραυματική διαταραχή του στρες, κατάθλιψη και άγχος, σε υψηλότερα ποσοστά σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Από τα ευρήματα της ανασκόπησης των Berger et al. (2012b) προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι στο προσφυγικό πεδίο, εμφανίζουν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής του στρες σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό. Τα άτομα που έχουν εκτεθεί έμμεσα ή άμεσα στο τραύμα μπορεί να βιώνουν σωματικές και συναισθηματικές αντιδράσεις του στρες, συνεπώς βρίσκονται σε κίνδυνο ανάπτυξης συμπτωμάτων κατάθλιψης, μετατραυματικού στρες ή συμπτωμάτων άγχους. Ωστόσο, η σχέση μεταξύ τραύματος και ψυχικής ασθένειας δεν είναι ούτε προκαθορισμένη, ούτε γραμμική (Herman, 1997· Brewin, Andrews, & Valentine, 2000, Perrin, et al., 2007· Lopes Cardozo et al., 2012· Silove et al., 2014). Επιπλέον, σε μια συστηματική ανασκόπηση των ερευνών με στόχο τη διερεύνηση των αυτοκτονικών σκέψεων, τον προσδιορισμό του πληθυσμού που είναι ιδιαίτερα ευάλωτος σε κινδύνους, καθώς και παραγόντων που δρουν προστατευτικά, τα ευρήματα αποκάλυψαν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης αυτοκτονικών σκέψεων και συμπεριφορών μεταξύ των εργαζομένων στο πεδίο (Stanley, Hom, & Joiner, 2016).

Στρες, άγχος και κατάθλιψη

Ένα σχετικά υψηλό ποσοστό εμφάνισης συναισθηματικών διαταραχών έχει βρεθεί σε έρευνες που εστίασαν στο προσωπικό παροχής υπηρεσιών στην αντιμετώπιση κρίσεων και στον τομέα της διάσωσης (Ehring, Razik, & Emmelkamp, 2011). Μελέτες έχουν δείξει ότι 75,5% των εργαζομένων στον τομέα αυτό εμφανίζουν ήπια συμπτώματα ψυχικού τραύματος μετά την εργασία στο πεδίο. Ειδικότερα, η σχετική βιβλιογραφία έχει καταδείξει με συνέπεια ότι οι εργαζόμενοι στο συγκεκριμένο τομέα υφίστανται πολυάριθμες μορφές άγχους που περιορίζουν την αποτελεσματικότητά τους και προκαλούν αρκετές σοβαρές ψυχολογικές συνέπειες (Macnair, 1995· Mitchell & Dyregrov, 1993· Paton, 1992· Paton & Purvis, 1995). Πιο συγκεκριμένα, η εργασία στο ανθρωπιστικό πεδίο συνεπάγεται την έκθεση σε πολλαπλούς παράγοντες άγχους που προκύπτουν από το περιβάλλον εργασίας, καθώς και την απομάκρυνση από τις συνήθεις πηγές ψυχολογικής και κοινωνικής υποστήριξης (Connorton et al., 2012).

Συνολικά, οι ιδιαίτερα απαιτητικές συνθήκες όπως είναι οι χρόνιοι στρεσογόνοι παράγοντες και το δευτερογενές τραυματικό στρες που εμφανίζεται κατά την εργασία στο πεδίο, θεωρούνται αναγνωρισμένες αιτίες αύξησης της συχνότητας του άγχους, της κατάθλιψης και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Lopes Cardozo et al., 2012). Σύμφωνα με την προηγούμενη έρευνα, οι εργαζόμενοι στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας βρίσκονται σε αυξημένο κίνδυνο κατάθλιψης και επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ αυτός ο κίνδυνος δεν φαίνεται να μειώνεται 3-6 μήνες μετά ολοκλήρωση της αντιστοίχισης αποστολής.

Μετατραυματικό στρες (PTSD)

Η μετατραυματική διαταραχή του στρες θεωρείται σχετικά συχνά εμφανιζόμενη ψυχική κατάσταση στους εργαζόμενους στο πεδίο (Lopes Cardozo et al., 2012). Η έκθεση στο τραύμα δημιουργεί συναισθηματικό και ψυχολογικό κίνδυνο και η σχετική βιβλιογραφία θεωρεί τους επαγγελματίες που εργάζονται με προσφυγικούς πληθυσμούς ιδιαίτερα ευάλωτους στην εμφάνιση της διαταραχής του μετατραυματικού στρες και άλλων ψυχικών ασθενειών που σχετίζονται με το τραύμα (Barron, 1999· Ditzler, 2001· McFarlane, 2004). Οι εργαζόμενοι αυτοί εκτίθενται σε πολυάριθμους χρόνιους και τραυματικούς στρεσογόνους παράγοντες, το οποίο συχνά αυξάνει τον κίνδυνο εκδήλωσης μετατραυματικής διαταραχής του στρες, ενώ ο κίνδυνος αυξάνεται αναλογικά με τον αριθμό των τραυματικών συμβάντων. Συνεπώς, οι εργαζόμενοι στο πεδίο θεωρούνται ομάδα υψηλού κινδύνου για την ανάπτυξη ΜΔΤΣ και σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ο επιπολασμός της είναι πολύ υψηλότερος στην κατηγορία αυτή των εργαζομένων σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό εμφανίζοντας ποσοστό που ανέρχεται στο 10% (Chatzea, Sifaki-Pistolla, Vlachaki, Melidoniotis, & Pistolla, 2018).

Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

Μεταξύ των ευρέως αναγνωρισμένων προβλημάτων που σχετίζονται με τις τραυματικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στο προσφυγικό πεδίο αναφέρεται επίσης και η εργασιακή εξουθένωση (burnout), που χαρακτηρίζεται κυρίως από συναισθηματική εξάντληση και μειωμένη αυτο-

αποτελεσματικότητα στην ανθεκτικότητα, τις γνωστικές του ικανότητες και άλλα βιολογικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά (Comoretto, Crichton, & Albery, 2015). Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση, το δευτερογενές τραύμα και το τραυματικό άγχος αποτελούν συνήθεις επαγγελματικούς κινδύνους που εμφανίζονται σε αυξημένο ποσοστό τον τομέα της εργασίας στο ανθρωπιστικό πεδίο (Mathieu, 2012). Η επαγγελματική εξουθένωση, η οποία συνήθως οφείλεται σε μακροχρόνια ή βραχυπρόθεσμα έντονη πίεση στην εργασία παρατηρείται συχνότερα από τη μετατραυματική διαταραχή στους εργαζόμενους στον τομέα της διάσωσης (Argentero & Setti, 2008· Piergiorgio & Ilaria, 2011· Hong, & Sung, 2012).

Σε αδρές γραμμές, από εκτενή βιβλιογραφική επισκόπηση προέκυψαν επίσης τα ακόλουθα ερευνητικά δεδομένα: οι εργαζόμενοι στο ανθρωπιστικό πεδίο στο Νότιο Σουδάν εκδήλωσαν σημαντικά επίπεδα επιβάρυνσης από συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής του στρες, της κατάθλιψης, του άγχους, της επικίνδυνης κατανάλωσης οινοπνεύματος και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Strohmeier, Scholte & Ager, 2018). Στην ίδια έρευνα επισημάνθηκαν, επίσης, οι σημαντικές διαφορές στις επιπτώσεις μεταξύ του προσωπικού που εργάζεται στο πεδίο σε εθνικούς και σε διεθνείς φορείς και ειδικότερα στην εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες, της ανησυχίας και της επικίνδυνης κατανάλωσης αλκοόλ, ιδιαίτερα στον αντρικό πληθυσμό του υπό μελέτη δείγματος. Επιπρόσθετα, όπως αναφέρουν οι Barrington και Shakespeare-Finch (2013), κατά τη διερεύνηση των εμπειριών των ανθρώπων που εργάζονταν με πρόσφυγες στην Αυστραλία το σύνολο των συμμετεχόντων της συγκεκριμένης έρευνας ανέφερε συμπτώματα τραύματος ταύτισης, συμπεριλαμβανομένων ισχυρών συναισθηματικών αντιδράσεων και παρεμβατικών εικόνων. Οι συμμετέχοντες βίωσαν, επίσης, μετα-τραυματική εξέλιξη που επηρέασε τη διαμόρφωση νέων σχέσεων, την αύξηση της αυτογνωσίας και την αύξηση της εκτίμησης για τη ζωή.

Συνοψίζοντας, η έκθεση στο τραύμα δημιουργεί συναισθηματικό και ψυχολογικό κίνδυνο και η τεκμηριωμένη βιβλιογραφία έχει εστιάσει μέχρι τώρα στους εργαζόμενους που ασχολούνται με την παροχή υποστήριξης θεωρώντας τους ιδιαίτερα ευάλωτους στην εμφάνιση πληθώρας συμπτωμάτων της διαταραχής του μετατραυματικού στρες και άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας που σχετίζονται με το τραύμα (Ehring et al., 2011· Connorton et al., 2012). Μια έρευνα κατέδειξε ότι η κατάθλιψη, το άγχος και άλλες συναισθηματικές διαταραχές δεν υπήρχαν μόνο στο στάδιο προετοιμασίας πριν από την καταστροφή και τη φάση της διάσωσης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης, αλλά και στο στάδιο της ανάκαμψης και ανασυγκρότησης μετά την καταστροφή (Ehring et al., 2011). Επιπλέον, από τη σχετική έρευνα αναδεικνύεται η ανάγκη βελτίωσης των στρατηγικών πριν την έναρξη της απασχόλησης στο πεδίο αρχικά για την επιλογή των πιο ανθεκτικών ατόμων για την εργασία πεδίου, την εφαρμογή συνεχών προληπτικών μέτρων για το προσωπικό και την προώθηση ψυχο-εκπαιδευτικών προγραμμάτων σχετικά με το PTSD, τα προβλήματα ψυχικής υγείας και τις θεραπευτικές δυνατότητες (Berger et al., 2012b).

3.5. Παράγοντες επικινδυνότητας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων στο προσφυγικό πεδίο

Στην ανασκόπηση των Brooks et al., (2015) η οποία είχε ως στόχο τον εντοπισμό κοινωνικών και επαγγελματικών παραγόντων που καθορίζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις των κρίσεων και καταστροφών σε όσους εμπλέκονται σε αυτές, προτάθηκε ένας κατάλογος βασικών παραγόντων που επηρεάζουν την ψυχική υγεία και ευημερία των εργαζόμενων στην πρώτη γραμμή ανταπόκρισης στο πεδίο των καταστροφών. Τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών έδειξαν ότι οι ψυχολογικές επιπτώσεις των καταστροφών στους εργαζόμενους μπορεί να σχετίζονται με παράγοντες προ της καταστροφής (επαγγελματικοί παράγοντες, εξειδικευμένη κατάρτιση και ετοιμότητα, συμβάντα ζωής και υγεία), παράγοντες κατά τη διάρκεια καταστροφών (έκθεση, χρονικό διάστημα παραμονής/εργασίας στο χώρο και ώρα άφιξης, συναισθηματική εμπλοκή, περι-τραυματικό άγχος/ αποσύνδεση, παράγοντες άγχους που σχετίζονται με το εργασιακό ρόλο, η αντίληψη για την ασφάλεια, την απειλή και τον κίνδυνο για πιθανή βλάβη στον εαυτό τους ή σε κοντινούς άλλους, η κοινωνική στήριξη, η επαγγελματική υποστήριξη) και παράγοντες μετά την καταστροφή (επαγγελματική υποστήριξη, επιπτώσεις στη ζωή, μέσα ενημέρωσης, ικανότητα διαχείρισης προβλημάτων).

Σημαντικοί παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη της διαταραχής μετατραυματικού στρες, έχουν αναδειχθεί η περίοδος της εργασίας στο πεδίο και η στενή επαφή με νεκρούς και ισχυρά τραυματισμένους πληθυσμούς (Erstein, Fullerton, & Ursano, 1998, Schlenger et al., 2002). Συγκεκριμένα, η χρόνια απασχόληση θεωρείται σημαντικός παράγοντας εκδήλωσης του συνδρόμου και αυξάνει τα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης σε ιατρικό προσωπικό (Pora et al., 2010). Επιπλέον, η συλλογή των νεκρών, η βαριά εργασία, η έλλειψη εμπειρίας και οι πολύωρες βάρδιες έχουν ήδη αναφερθεί ως σημαντικοί καθοριστικοί παράγοντες της εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Stutheit, 1994). Τα επίπεδα της αυτο-αναφερόμενης μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορούν να οδηγήσουν σε αυξημένα επίπεδα άγχους μεταξύ των εργαζομένων στον τομέα της διάσωσης και συνακόλουθα να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα των αποστολών και των εργασιών στο πεδίο (Helton, Simon, & Darren, 2013). Επίσης, μελέτες σε επαγγελματίες διάσωσης αναφέρουν αυξημένα ποσοστά καρδιαγγειακών επεισοδίων, υψηλότερα ποσοστά διαζυγίων, αυξημένα επίπεδα αλκοολισμού και αυτοκτονιών σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό, καθώς αρκετές φορές τα άτομα αυτά χάνουν τον έλεγχο των συναισθημάτων τους (Keyes, Hatzenbuehler, Grant, & Hasin, 2012).

Είναι σημαντικό να αναφερθεί ωστόσο ότι ο βαθμός έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα και η χρονική περίοδος εκδήλωσης ψυχολογικών διαταραχών δεν είναι ίδια σε όλες τις κατηγορίες επαγγελματιών. Εξαρτάται από το ίδιο το συμβάν και το προσωπικό προφίλ των ατόμων. Επομένως δεν συνεπάγεται ότι όποιος εκτεθεί σε τραυματικό συμβάν θα εμφανίσει οπωσδήποτε PTSD ή άλλες ψυχολογικές διαταραχές (π.χ. βαριά κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές (North et al., 2002· Yehuda, McFarlane, & Shalev, 1998). Παραδείγματος χάριν, μια σημαντική διαταραχή όπως είναι το άγχος, προκύπτει όταν οι πιέσεις που ασκούνται σε ένα άτομο υπερβαίνουν την ικανότητα του ατόμου να αντιμετωπίσει (Blanchetière, 2006). Στους παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση υψηλών ποσοστών

άγχους σε εργαζόμενους στο πεδίο περιλαμβάνονται: (α) παράγοντες που συνδέονται με τις ιδιαίτερες συνθήκες που επικρατούν στη χώρα υποδοχής ή την περιοχή του έργου (π.χ., η ανασφάλεια, οι επιθέσεις στο προσωπικό, η περιβάλλουσα φτώχεια και η βία, οι απαιτούμενες σχέσεις με τον πληθυσμό, οι τοπικές αρχές, οι κίνδυνοι για την υγεία, οι κακής ποιότητας εγκαταστάσεις) (β) παράγοντες που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη εργασία, όπως είναι οι δύσκολες συνθήκες διαβίωσης, ο εκτοπισμός (κοινωνικός, πολιτιστικός, πνευματικός), ο έντονος φόρτος εργασίας η αδράνεια, οι τεταμένες σχέσεις εντός της ομάδας, η εργασιακή ανασφάλεια. Άλλοι παράγοντες είναι: (γ) οργανωτικοί και διαχειριστικοί παράγοντες, ζητήματα του τμήματος ανθρώπινου δυναμικού στην προετοιμασία και την παρακολούθηση (follow-up), ζητήματα διοίκησης και διαχείρισης (γραφειοκρατία, διαδικασία λήψης αποφάσεων), ρόλοι και στόχοι του προγράμματος (μη ρεαλιστικοί, διφορούμενοι) και (δ) προσωπικοί παράγοντες κινδύνου που περιλαμβάνουν την ιδιαίτερη ιστορία, τα κίνητρα και τις σχέσεις του ατόμου με το σπίτι/πατρίδα (περιορισμένη επαφή με τους οικείους, πίεση από την οικογένεια, έλλειψη εμπειρίας, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και κίνητρα, έλλειψη αυτο-φροντίδας, ψυχολογικό ιστορικό).

Ακόμη, σύμφωνα με σχετική έρευνα της Comoretto και των συνεργατών της (2015), οι στρεσογόνοι παράγοντες που αναδείχθηκαν κατά την εργασία στο πεδίο συνδέονταν κυρίως με το εξωτερικό περιβάλλον (π.χ. σε απασχόληση σε άλλη χώρα, ο φόρτος εργασίας, η φύση της αποστολής, οι εξωτερικοί κίνδυνοι), την οργάνωση και το προσωπικό της καθώς και τις αρνητικές αντιλήψεις και τις αντιδράσεις των συμμετεχόντων (π.χ., ψυχολογικά προβλήματα πριν την εργασία στο πεδίο). Σύμφωνα με τους Lopes Cardozo et al. (2012), άλλοι παράγοντες άγχους όπως είναι η εργασιακή ανασφάλεια, οι περιορισμένες ευκαιρίες επαγγελματικής εξέλιξης, οι χαμηλοί μισθοί ή μη ασφαλείς συνθήκες διαβίωσης μπορεί επίσης να οδηγήσουν σε εξάντληση και άλλες αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία. Οι απαιτητικές συνθήκες ζωής, οι αυξημένες εργασιακές ανάγκες και ο αυξημένος κίνδυνος για βίαιο τραυματισμό συχνά αναφέρονται ως αντιπροσωπευτικοί παράγοντες επικινδυνότητας για την εμφάνιση κατάθλιψης, άγχους, μετατραυματικής διαταραχής του στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης (Karunakara et al., 2004· Lopes Cardozo et al., 2005· Putman et al., 2009· Stoddard, Harmer, & DiDomenico, 2009). Άλλες έρευνες στο παρελθόν είχαν επικεντρωθεί στον πιθανό ρόλο των συνθηκών εργασίας στις οργανώσεις και των παραγόντων που σχετίζονται με τη λειτουργία των οργανισμών (Eriksson et al., 2009). Συνεπώς, με βάση την επισκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας και σύμφωνα με τους Soliman και Gillespie (2011) «οι εργαζόμενοι στο πεδίο ενδέχεται να υποφέρουν σωματικά, συναισθηματικά και ψυχολογικά, το οποίο μπορεί να επηρεάσει τις ικανότητές τους παρέχουν επαρκείς υπηρεσίες» (Lopes-Cardozo et al., 2013).

3.6. Παράγοντες ανθεκτικότητας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των εργαζόμενων στο πεδίο

Όπως αναφέρθηκε ανωτέρω, κάθε χρόνο, χιλιάδες εργαζόμενοι στον ανθρωπιστικό τομέα αποστέλλονται για εργασία σε καταστροφές, είτε ανθρωπογενείς κρίσεις, είτε άλλου είδους φυσικές καταστροφές. Οι δραστηριότητες των φορέων παροχής υπηρεσιών στο πεδίο της διαχείρισης κρίσεων και καταστροφών αποσκοπούν στην υποστήριξη και «ανακούφιση» των δεινών στη

χώρα υποδοχής. Η επίτευξη των στόχων στο πλαίσιο αυτό μπορεί να αποτελέσει σημαντική πηγή κινήτρων και ικανοποίησης. Ωστόσο, οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν περίπλοκες και επικίνδυνες καταστάσεις που δημιουργούν ένταση και στρες ενώ συμβαίνει συχνά οι εργαζόμενοι αυτοί να μην έχουν λάβει επαρκή και κατάλληλη προετοιμασία για να διαχειριστούν τις δύσκολες καταστάσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι. Ως αντίδραση σε αυτούς τους παράγοντες άγχους, οι εργαζόμενοι μπορεί να αναπτύξουν προστατευτικούς μηχανισμούς αντιμετώπισης, που θεωρούνται χρήσιμοι σε ακραίες καταστάσεις, αλλά μπορεί και να αποβούν επιζήμιοι για την ευημερία τους μακροπρόθεσμα (Stoddard et al., 2016).

Πέραν του αρνητικού αντίκτυπου που έχει η εργασία στο πεδίο στην ποιότητα ζωής των εργαζομένων διάσωσης (π.χ. άγχος, μετατραυματικό στρες ή εξάντληση), όπως αναλύθηκε προηγουμένως, υπάρχουν επίσης θετικές διαστάσεις που συναρτώνται με τα αντιλαμβανόμενα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία (Stamm, 2005, Barrington & Shakespeare-Finch, 2013, Chatzea et al., 2018). Μεμονωμένοι παράγοντες που έχουν διαμορφωθεί λόγω των εμπειριών της ζωής και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας μπορούν να επηρεάσουν τη συναισθηματική αντίληψη (Jintao, Naiding, Jinfu, & Haoran, 2014). Παράλληλα, η βελτίωση των επαγγελματικών γνώσεων και της επαγγελματικής κατάρτισης των εργαζομένων διάσωσης μπορεί να εξαλείψει ή να μετριάσει πιθανές αρνητικές ψυχολογικές επιδράσεις προστατεύοντας τόσο τη σωματική όσο και την ψυχολογική ασφάλεια (Liu, Gan, Chen, Liu, 2009).

Επαρκής αριθμός μελετών έχει δείξει ότι η πλειονότητα των εργαζομένων στη διάσωση και την παροχή υπηρεσιών σε μετακινούμενους πληθυσμούς είναι σε θέση να διαχειριστεί συναισθηματικά την έκθεση σε τραυματικά συμβάντα με προσαρμοστικότητα και ενεργοποιώντας μηχανισμούς ανθεκτικότητας (Gjerland, Pedersen, Ekeberg, & Skogstad, 2015· Thoresen, Tonnessen, Lindgaard, Andreassen & Weisaeth, 2009· International Association of Fire Fighters, 2000). Σύμφωνα με τον ορισμό της ανθεκτικότητας, ο όρος αναφέρεται στην ικανότητα ενός ατόμου να «αντέχει ή να ανακάμπτει γρήγορα από δύσκολες συνθήκες». Πέραν της επιστροφής στην αρχική κατάσταση, ο όρος ενσαρκώνει την ιδέα της μάθησης από δυσμενείς καταστάσεις και την ενίσχυση της προσωπικότητάς του ατόμου. Αυτή η οπτική, οδηγεί σε μια θετική προσέγγιση με στόχο τη διαχείριση των συνεπειών της εργασίας στο πεδίο, ενώ δρα προληπτικά για τη διαχείριση του εργασιακού άγχους. Η ενεργός επιδίωξη για την υποστήριξη και την ανεύρεση των δυνατών στοιχείων των νεοεισερχόμενων πληθυσμών και τη διαμόρφωση νέων κοινοτήτων για αυτούς μπορεί να δράσει προστατευτικά και να επηρεάσει θετικά την ευημερία των εργαζομένων στο πεδίο. Εντούτοις, είναι σημαντικό να προσδιοριστούν και να κατανοηθούν οι πιθανές δυσκολίες που μπορεί να αντιμετωπίσει το προσωπικό (και οι συνέπειές τους) προκειμένου να διατηρηθεί και να προαχθεί αυτή η ανθεκτικότητα.

Από την ανασκόπηση προηγούμενων ερευνών εντοπίστηκε ένας σημαντικός αριθμός παραγόντων που επηρεάζουν την ανθεκτικότητα, όπως είναι: η χρονική διάρκεια και η χρονική στιγμή ανάπτυξης της κρίσης, η έκθεση στο τραύμα, η συναισθηματική εμπλοκή, οι ηγετικές ικανότητες, η προετοιμασία πριν την εργασία στο πεδίο, η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών, η κοινωνική και θεσμική υποστήριξη που παρέχεται στους εργαζόμενους τόσο στο πεδίο, όσο και μετά την λήξη της εργασίας, ο ρόλος, τα καθήκοντα και οι απαιτήσεις της εργασίας, η αντίληψη

της ασφάλειας, οι διαθέσιμες στρατηγικές αντιμετώπισης, η έκθεση στα μέσα ενημέρωσης, η προσωπική και επαγγελματική ανάπτυξη και η ποιότητα του απολογισμού (debriefing) μετά την αποστολή, με στόχο την αναγνώριση και αντιμετώπιση τραυματικών εμπειριών (Brooks, Dunn, Amlôt, Greenberg, & Rubin, 2016). Μολονότι μερικοί από αυτούς τους παράγοντες μπορεί να εντοπίζονται σε συγκεκριμένες κατηγορίες εργαζομένων, άλλοι γενικεύονται και αφορούν διάφορα επαγγέλματα, όπως για παράδειγμα το προσωπικό υπηρεσιών έκτακτης ανάγκης και τους εργαζόμενους στον κοινωνικό και υγειονομικό τομέα.

Ακόμη, η εργασία των Brooks et al., 2016 εξέτασε τους παράγοντες που επηρεάζουν τόσο τον κίνδυνο όσο και την ανθεκτικότητα, δηλαδή, τους παράγοντες που επηρεάζουν την ευημερία είτε θετικά, είτε αρνητικά. Για παράδειγμα, η αντίληψη περί ασφάλειας και επαρκούς κοινωνικής στήριξης διευκόλυνε την ανθεκτικότητα και αποτέλεσε έναν διαθέσιμο «πόρο», όπως ορίζεται από το μοντέλο διατήρησης πόρων του Hobfoll (1989), το οποίο υποδηλώνει ότι τα άτομα συσσωρεύουν και βελτιστοποιούν τους πόρους που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να αντέξουν τις πιθανές απειλές. Οι πόροι μπορεί να είναι προσωπικοί (π.χ. αυτοεκτίμηση), οργανωτικοί (π.χ. σαφήνεια ρόλων) ή να σχετίζονται με το αντικείμενο της εργασίας (π.χ., λήψη θετικών σχολίων). Η εμπειρία ενός τραυματικού γεγονότος μπορεί να καταναλώσει αυτούς τους πόρους, πράγμα που σημαίνει ότι το άτομο δεν θα έχει αρκετούς για να ανταπεξέλθει στους επόμενους παράγοντες πίεσης, οδηγώντας σε επαγγελματική εξάντληση και στρες (Brooks et al. 2016). Αξίζει να υπογραμμιστεί εδώ ότι οι διαδικασίες ανάπτυξης της ανθεκτικότητας είναι δύσκολο να εντοπιστούν κατά τη διάρκεια μιας κρίσης ή αμέσως μετά την περίοδο της καταστροφής λόγω της άμεσης απειλής και της συνεχιζόμενης έκτακτης κατάστασης (Berk, 1989).

Ανακεφαλαιώνοντας, η πίεση σε ένα ανθρωπιστικό περιβάλλον είναι αναπόφευκτη και ένας βαθμός άγχους μπορεί να είναι θετικός, καθώς αυξάνει την απόδοσή του ατόμου και συμβάλλει στην επίλυση προβλημάτων. Ωστόσο, το υπερβολικό και παρατεταμένο άγχος μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα στο άτομο όπως είναι η φυσική κούραση, η αδυναμία χαλάρωσης, οι μεταβολές της διάθεσης, η ενοχή και η ντροπή. Σε συμπεριφορικό επίπεδο, μπορεί να οδηγήσει σε ευερεθιστότητα, προβλήματα σχέσεων, δυσλειτουργικά μοτίβα σκέψης όπως αναποφασιστικότητα, αυτοκριτικές σκέψεις, καθώς και απώλεια σκοπού και ελπίδας. Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να δημιουργούν διαφορετικούς τύπους στρες (βασικό, οξύ, επαγγελματική εξάντληση κ.α.). Ιδιαίτερα αγχωτικά περιστατικά μπορεί να προκαλέσουν οξεία διαταραχή στρες και να οδηγήσουν σε ορισμένες περιπτώσεις στη διαταραχή μετατραυματικού στρες. Ωστόσο, η βιβλιογραφία δείχνει ότι η επίδραση του άγχους όταν ξεπεραστεί μπορεί επίσης να έχει θετική επίδραση και να θεωρηθεί ως προσωπική ανάπτυξη, όπως μια νέα αίσθηση του σκοπού της ζωής ή η ανακάλυψη δυνατών στοιχείων και εσωτερικών πηγών.

3.6.1. Προσωπικοί / ατομικοί παράγοντες

Ο τρόπος με τον οποίο οι άνθρωποι αντιμετωπίζουν τα προβλήματά τους και τις στεσογόνες καταστάσεις έχει απασχολήσει τους ψυχολόγους κατά τα τελευταία χρόνια (Ντίνου, Μωραΐτου, Παπαντωνίου, Καλογιαννίδου & Παπαντωνίου, 2013). Η έννοια της αντιμετώπισης προτάθηκε αρχικά από τον Lazarus (1966) και ορίζεται ως το σύνολο των γνωστικών, συναισθηματικών και συμπεριφορικών στρατηγικών που

χρησιμοποιούνται από το άτομο στην προσπάθειά του να διαχειριστεί τις ειδικές εξωτερικές και εσωτερικές απαιτήσεις που προκύπτουν από ένα στρεσογόνο παράγοντα (Folkman & Moskowitz, 2004). Παράλληλα, σειρά ερευνητικών εργασιών αναφέρει ότι κάποια βασικά ατομικά χαρακτηριστικά επηρεάζουν τον αντίκτυπο της εργασίας στους σχετιζόμενους με την παροχή υπηρεσιών στο προσφυγικό πεδίο.

Γνωστικοί προστατευτικοί παράγοντες όπως, ο τύπος προσωπικότητας και οι τρόποι αντιμετώπισης θεωρούνται ότι μετριάζουν τις αρνητικές συνέπειες των αγχωτικών γεγονότων (Lazarus & Folkman, 1984). Για παράδειγμα, πολυάριθμες μελέτες που έγιναν σχετικά με τους εργαζόμενους στη διάσωση έδειξαν ότι η αυτο-αποτελεσματικότητα είναι ένας σημαντικός παράγοντας για τη μείωση των επιπέδων δυσφορίας, ενώ σχετίζεται με χαμηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων τραυματικού στρες και κατάθλιψης (Regehr, Hill, Knott, & Sault, 2003· Heinrichs et al., 2005). Οι εργαζόμενοι στον τομέα της διάσωσης με υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα τείνουν να επηρεάζονται λιγότερο από τις αγχωτικές συνθήκες σε σύγκριση με τους εργαζόμενους με χαμηλή αυτο-αποτελεσματικότητα. Γενικά, γίνεται δεκτό ότι τα άτομα με υψηλή αυτο-αποτελεσματικότητα αντιμετωπίζουν ενεργά τα αγχωτικά γεγονότα της ζωής καλλιεργώντας τις ικανότητες και τους διαθέσιμους πόρους τους (Prati, Pietrantonio, & Cicognani, 2010).

Επιπλέον, η ικανοποίηση από την εργασία χαρακτηρίστηκε ως βασική συνιστώσα στην κινητοποίηση των συμμετεχόντων να εκτελούν τα καθημερινά τους καθήκοντα με θάρρος και δύναμη, αλλά φάνηκε επίσης να τους οδηγεί προς τα όρια της σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης. Οι θετικές τεχνικές αντιμετώπισης όπως η ενεργός αντιμετώπιση, ο αναστοχασμός πριν από την αποστολή, η αποδοχή δύσκολων καταστάσεων και η διατήρηση των χαμηλών προσδοκιών ήταν βασικοί παράγοντες που επέτρεψαν στους συμμετέχοντες να αναπτύξουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων, ωστόσο, ανέφερε έναν υψηλό αριθμό δυσλειτουργικών τεχνικών αντιμετώπισης, όπως η χρήση αλκοόλ και ψυχαγωγικών φαρμάκων, τα οποία μπορούν να ερμηνευτούν ως αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Comoretto et al., 2015). Τέλος, σημειώνεται ότι είναι ζωτικής σημασίας για τους εργαζόμενους στο ανθρωπιστικό πεδίο να διαθέτουν επαγγελματικές δεξιότητες συντονισμού, επικοινωνίας και διαχείρισης κινδύνου (Jintao et al., 2014).

Ειδικότερα σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά έχει μελετηθεί και η επίδραση του φύλου, με τις οι γυναίκες εργαζόμενες να εμφανίζουν πιο συχνά θετικές αλλαγές στις οικογενειακές σχέσεις σε σύγκριση με τους άνδρες, ως αποτέλεσμα της αποστολής τους στο πεδίο. Αντίθετα, οι άνδρες συμμετέχοντες είναι πιο πιθανό να παρουσιάσουν αρνητικές αλλαγές στον τρόπο που αντιλαμβάνονταν το μέλλον τους σε σχέση με τον αντίστοιχο γυναικείο πληθυσμό. Επιπλέον, όσον αφορά την ηλικία, οι νεαρότεροι εργαζόμενοι είναι πιο πιθανό να έχουν καλύτερη φυσική κατάσταση από τους μεγαλύτερους σε ηλικία, αλλά εμφανίζουν και μεγαλύτερα ποσοστά ψυχικής εξάντλησης. Τέλος, η συμμετοχή σε μεγαλύτερο αριθμό προηγούμενων αποστολών συνδέεται με θετικές αλλαγές στην ανάπτυξη της ανθεκτικότητας (Comoretto et al., 2015).

3.6.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Κοινωνική υποστήριξη

Σε προηγούμενες έρευνες το κοινωνικό δίκτυο του ατόμου, όπως είναι η οικογένειά, οι φίλοι, οι γείτονες, οι συνάδελφοι βρέθηκε να τροποποιεί τη σχέση μεταξύ της έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα και της αντίδρασης σε συγκεκριμένα παρόμοια περιστατικά. Επιπλέον, η έλλειψη ή το χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης σε άτομα που έχουν εκτεθεί σε τραυματικά συμβάντα βρέθηκε να είναι ένας από τους ισχυρότερους παράγοντες πρόβλεψης της μετατραυματικής διαταραχής τους στρες.

Επίσης, οι Masten, Best και Garmezy (1990) έδειξαν ότι οι καλά αναπτυγμένες κοινωνικές δεξιότητες συνδέθηκαν θετικά με την ανθεκτικότητα και η επεξεργασία των τραυματικών εμπειριών συχνά διαμεσολαμβάνεται από τη διαθεσιμότητα αποτελεσματικής και ουσιαστικής κοινωνικής υποστήριξης. Η έρευνα των Kaspersen, Matthiesen και Gøttestam (2003) διερεύνησε την αλληλεξάρτηση συγκεκριμένων προστατευτικών παραγόντων που σχετίζονται με την ανάπτυξη πηγών και τη διαχείριση των δυσκολιών. Επίσης, στην έρευνα της Comoretto et al. (2015) η παρουσία ενός καλού δικτύου κοινωνικής στήριξης συνδέθηκε με πιο αισιόδοξη στάση των εργαζόμενων απέναντι στη ζωή και τη δουλειά τους και τους επέτρεψε να εφαρμόσουν πιο αποτελεσματικές και θετικές στρατηγικές αντιμετώπισης (ό.π.). Αν και πολλές μελέτες έχουν τονίσει τη σημασία και τον ουσιαστικό ρόλο της επαγγελματικής κοινωνικής στήριξης (συμπεριλαμβανομένης της αίσθησης κοινότητας και συνεργασίας) στην καταπολέμηση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες, υπάρχουν περιορισμένα στοιχεία για την επίδραση της οικογενειακής στήριξης (Lopes Cardozo et al., 2013· Boscarino, Figley, & Adams, 2004· Skogstad et al., 2013· Leffler, & Dembert, 1998). Εν συντομία, η σχετική βιβλιογραφία υποστηρίζει ότι η ύπαρξη κοινωνικής στήριξης είναι επωφελής για τους εργαζόμενους στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας κατά τη διάρκεια ή μετά το τέλος της εργασίας τους (Antares Foundation, 2006· Lopes Cardozo et al., 2012).

Παράγοντες που συνδέονται με τον οργανισμό (Οργανωτικοί παράγοντες)

Η βιβλιογραφία που προέρχεται από τον τομέα της εργασιακής υγείας έχει αποκαλύψει με συνέπεια ότι τα χαρακτηριστικά του χώρου εργασίας που σχετίζονται με το σχεδιασμό, τη διαχείριση των εργασιακών ψυχοκοινωνικών κινδύνων ή των οργανωτικών αγχογόνων παραγόντων μπορούν να επηρεάσουν την υγεία και να αυξήσουν την ψυχική εξάντληση των εργαζομένων (Sverke, Hellgren & Näswall, 2002· Stansfeld & Candy, 2006· Bonde, 2008· Schütte et al., 2014). Οι μελέτες έχουν δείξει επανειλημμένα ότι οι οργανωτικές πτυχές της εργασίας σε υπηρεσίες έκτακτης ανάγκης και όχι οι επιχειρησιακές πτυχές (όπως η έκθεση στο τραύμα ως ένα κομμάτι της εργασίας) αναφέρονται από τους εργαζόμενους ως οι κύριες πηγές άγχους και συνδέονται στενότερα με τις αρνητικές συνέπειες (Brough, 2004· Houdmont, 2016).

Τα ερευνητικά δεδομένα που είναι διαθέσιμα μέχρι σήμερα έχουν επιβεβαιώσει ευρέως διαδεδομένες απόψεις ότι τα υψηλά επίπεδα ανασφάλειας σε τέτοιου είδους εργασιακά πλαίσια στο ανθρωπιστικό πεδίο αλλάζουν τον τρόπο

λειτουργίας των οργανισμών παροχής βοήθειας, περιορίζοντας το πεδίο εφαρμογής τους και μειώνοντας τη χρηματοδότηση και τις δραστηριότητες που προσφέρουν (Schreter & Harmer, 2013· Egeland, Harmer & Stoddard, 2011). Μεταξύ των φορέων που παρεμβαίνουν σε τέτοιου είδους συνθήκες είναι επίσημοι κρατικοί και διεθνείς και φορείς οργανισμοί, Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις, μονάδες παροχής υπηρεσιών όπως ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, νομική υποστήριξη, παροχή υπηρεσιών πολιτιστικής διαμεσολάβησης κ.ά. (Pottie et al., 2015).

Ιδιαίτερα στον ανθρωπιστικό τομέα παροχής υπηρεσιών, ο τύπος του οργανισμού έχει αναδειχθεί ως καθοριστικός παράγοντας των προβλημάτων ψυχικής υγείας. Οι τύποι οργανισμών περιλαμβάνουν, αλλά δεν περιορίζονται σε «εθνική Μη Κυβερνητική Οργάνωση (ΜΚΟ)», «διεθνή ΜΚΟ» και «διακυβερνητικό οργανισμό». Οργανισμοί του ίδιου τύπου μπορεί να ποικίλουν αλλά οι τυπικές ανισότητες μεταξύ των διαφόρων οργανισμών, όπως η εγγύτητα στο επίκεντρο των κρίσεων και οι διάφορες στρατηγικές υποστήριξης του προσωπικού φαίνεται να έχουν ιδιαίτερη συσχέτιση με την πρόβλεψη προβλημάτων ψυχικής υγείας: οι υπεύθυνοι της πρώτης γραμμής, για παράδειγμα από τις οργανώσεις του Ερυθρού Σταυρού/Ερυθράς Ημισελήνου και τις εθνικές ΜΚΟ, αντιμετωπίζουν δυσανάλογα μεγαλύτερο αριθμό επιθέσεων (Stoddard, Harmer, Ryou, 2014). Με τον τρόπο αυτό, το συσσωρευτικό τραύμα επηρεάζει τον κίνδυνο ανάπτυξης του μετατραυματικού στρες καθώς και τη σοβαρότητα της PTSD και της μείζονος κατάθλιψης (Kolassa et al., 2015).

Οι εργαζόμενοι σε εθνικούς φορείς και οργανώσεις αποτελούν τη συντριπτική πλειοψηφία των εργαζόμενων στο ανθρωπιστικό πεδίο, σε ποσοστό που υπολογίζεται περίπου στο 92% που συχνά έχει άμεση έκθεση και εμπλοκή σε τραύμα από την ίδια την ανθρωπιστική κρίση (Ager et al., 2012, Porter & Emmens, 2009· Stoddard et al., 2006). Παρά το γεγονός αυτό, από τους ερευνητές έχει δοθεί λιγότερη προσοχή στα προβλήματα ψυχικής υγείας που σχετίζονται με τον τραύμα σε προσωπικό εθνικών φορέων σε σύγκριση με το αντίστοιχο προσωπικό των διεθνών φορέων. Ωστόσο, σχετική έρευνα που εστίασε στο προσωπικό που εργάζεται σε εθνικές οργανώσεις στο ανθρωπιστικό πεδίο στη βόρεια Ουγκάντα αναφέρει ότι η συγκεκριμένη πληθυσμιακή ομάδα εμφάνισε υψηλά επίπεδα της συμπτωματολογίας και διέτρεχε σημαντικό κίνδυνο να υποφέρει από συμπτώματα ψυχικής υγείας (Ager et al., 2012).

Ακόμη, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η κατάλληλη εκπαίδευση και η προετοιμασία κατά τη διάρκεια του σταδίου της προετοιμασίας της αποστολής στο πεδίο μπορεί να μειώσει την εμφάνιση του αριθμού των περιστατικών και τον κίνδυνο έκθεσης των επαγγελματιών σε καταστάσεις υψηλού κινδύνου (Rogers, & Lawhorn, 2007). Επομένως, συνιστάται ένα ολοκληρωμένο σύστημα διάσωσης που να επικεντρώνεται στην κατάρτιση των εργαζόμενων διάσωσης σε τρία στάδια: πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την καταστροφή (Rona, Hyams, & Wessely, 2005). Επιπλέον, η επαγγελματική ασφάλεια των εργαζόμενων στον τομέα της ανταπόκρισης σε έκτακτες ανάγκες μπορεί ενισχύεται με την ανάπτυξη των επαγγελματικών γνώσεων και ικανοτήτων επείγουσας διάσωσης (Su et al., 2013).

Επιπλέον, η επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια είναι το αποτέλεσμα της σχέσης ανάμεσα στις προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την εργασία τους και

στις πραγματικές απολαβές από αυτή (Robin, & Leslie, 2006· Κοΐνης, & Σαρίδη, 2014). Η ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την εργασία του, αποτελεί στην ουσία μία συμπεριφορά η οποία βρίσκεται σε άμεση σχέση με άλλες σημαντικές συμπεριφορές στο χώρο εργασίας. Τέλος, η συνοχή της ομάδας, οι εργασιακές συνθήκες, και η παροχή ψυχοκοινωνική υποστήριξης από τον εκάστοτε οργανισμό αμβλύνουν την επικινδυνότητα και διαμορφώνουν δυσμενείς επιπτώσεις στην ψυχική υγεία (McCall & Salama, 1999). Παρ'όλα αυτά, τα στοιχεία δείχνουν ότι πολλές ΜΚΟ δεν διαθέτουν κατάλληλα μέτρα υποστήριξης για το προσωπικό τους, ενώ τα Ηνωμένα Έθνη (ΟΗΕ) και οι σχετικοί οργανισμοί έχουν καθιερώσει υπηρεσίες και παροχές με στόχο να προστατεύουν το προσωπικό τους από προβλήματα ψυχικής υγείας (Ager et al., 2012· Ditzler, 2001· Ehrenreich & Elliott, 2004). Συνεπώς, είναι ζωτικής σημασίας να δημιουργηθούν πιο ολοκληρωμένα προγράμματα κατάρτισης που να προωθούν τη συνοχή της ομάδας διασώσεων και ισχυρούς μηχανισμούς για την ενίσχυση της πρόληψης των ασθενειών και την παροχή ψυχολογικής βοήθειας (Sifaki-Pistolla, Chatzea, Vlachaki, Melidoniotis, Pistolla, 2017).

3.7. Ζητήματα ψυχικής υγείας σε εργαζόμενους στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα

Δεδομένης της πρόσφατης και ξαφνικής ανάδυσης του προσφυγικού ζητήματος στην ελληνική πραγματικότητα, τα ερευνητικά δεδομένα που σχετίζονται με τις συνθήκες των εργαζομένων στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα είναι πολύ περιορισμένα. Ωστόσο, το τελευταίο διάστημα τα ζητήματα αυτά ελκύουν όλο και περισσότερο το ερευνητικό ενδιαφέρον, εστιάζοντας ιδιαίτερα σε εργαζόμενους και διασώστες σε περιοχές που αποτελούν πρωταρχικές πύλες εισόδου στη χώρα και χώρους συγκέντρωσης μεγάλου αριθμού προσφυγικών πληθυσμών, όπως είναι το νησί της Λέσβου (π.χ. Chatzea et al., 2018). Προηγούμενες έρευνες που έχουν μελετήσει άλλες παρόμοιες κρίσεις μεγάλης έκτασης μπορεί να βοηθήσουν στην καλύτερη κατανόηση των συνεπειών της εμπειρίας των εργαζομένων στην παροχή υποστήριξης και υπηρεσιών στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα.

Στο σημείο αυτό, είναι σημαντικό να γίνει λόγος στην ιδιαιτερότητα του εργασιακού περιβάλλοντος στην παροχή υπηρεσιών στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα, δεδομένου ότι η χώρα δεν αποτελεί εμπόλεμη ζώνη, όπως συμβαίνει συχνά στον τομέα της ανθρωπιστικής υποστήριξης. Γενικά, οι εργαζόμενοι στο προσφυγικό πεδίο στη χώρα κινούνται σε ασφαλή πλαίσια και συνθήκες εργασίας βάσει συγκεκριμένων πρωτόκολλων και διαδικασιών ασφαλείας. Βεβαίως, δεν θα πρέπει να αγνοηθεί το γεγονός ότι οι εργαζόμενοι έρχονται συχνά σε επαφή και επικοινωνία με εξυπηρετούμενους, οι οποίοι μπορεί να είναι επιβαρυνμένοι ψυχολογικά λόγω των κακουχιών και των πολλαπλών τραυματικών εμπειριών που έχουν εκτεθεί στη χώρα τους αλλά και κατά το ταξίδι τους με συνέπεια να εμφανίζουν πληθώρα συμπτωμάτων και συμπεριφορικών εκδηλώσεων. Παρά το γεγονός αυτό, η ατομική ασφάλεια δεν μετριάζει το επίπεδο της συναισθηματικής επιφόρτισης που προκαλεί η εργασία στο προσφυγικό πεδίο. Από την άλλη πλευρά, οι φυσιολογικοί παράγοντες άγχους που είναι κοινός στις προσφυγικές κρίσεις επιδεινώνονται ακόμη περισσότερο στο ελληνικό πλαίσιο λόγω της οικονομικής δυσχέρειας της χώρας και της έλλειψης στρατηγικού σχεδιασμού και επιχειρησιακής ετοιμότητας για την πολυεπίπεδη αντιμετώπιση προσφυγικού ζητήματος (Gkionakis, N., 2016).

Πρόσφατη έρευνα των Guskovict & Potocky (2018) σε δείγμα προσωπικού διεθνούς οργάνωσης παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας στην Ελλάδα, η οποία εστίασε στον αντίκτυπο του άγχους, τους παράγοντες ανθεκτικότητας και τα προγράμματα υποστήριξης του προσωπικού που απασχολείται στον ανθρωπιστικό τομέα, κατέδειξε ότι το μεγαλύτερο μέρος των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα ανέφεραν την ύπαρξη αυξημένου ποσοστού άγχους στην εργασία με ψυχικά τραυματισμένους πληθυσμούς. Ωστόσο, πολλοί από αυτούς δεν γνώριζαν την επίδραση που θα μπορούσε αυτό να έχει την προσωπική τους ψυχική υγεία και ευημερία. Από άλλη σχετική έρευνα προέκυψε ότι η πλειονότητα των εργαζόμενων που διαγνώστηκαν με μετατραυματικό στρες δήλωσαν ότι αισθάνονταν την ανάγκη ψυχολογικής υποστήριξης κατά τη διάρκεια της αποστολής τους στη Λέσβο (Sifaki-Pistolla et al., 2017).

Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα των Chatzea et al. (2018) οι εργαζόμενοι στο πεδίο, εκτίθενται σε συνεχή κίνδυνο ψυχικής υγείας, καθώς υποβάλλονται σε ένα εξαιρετικά σκληρό και αγχωτικό επαγγελματικό περιβάλλον. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν την ανάπτυξη του μετατραυματικού στρες (PTSD) στους εργαζόμενους στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα, όπως αυτό έχει εκτιμηθεί με κλίμακες αυτο-αξιολόγησης και αναφέρονται αυξημένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) και χαμηλότερης αντίληψης της καλής ψυχικής υγείας και ευεξίας μεταξύ των εργαζομένων στο πεδίο αυτό. Πληθώρα προηγούμενων ερευνών έχει αναδείξει μια ισχυρή αλληλεπίδραση του μετατραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης σε πολύ πιεστικά περιβάλλοντα (Mitani, Rujita, & Shirakawa, 2006). Τα ευρήματα της έρευνας των Chatzea et al. (2018), σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες (Benedek, Fullerton, & Ursano, 2007), έδειξαν επίσης ότι η εγγύτητα, η διάρκεια και η ένταση της έκθεσης σε τραυματικά συμβάντα ήταν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της ψυχικής υγείας και της ευημερίας των εργαζομένων στο πεδίο.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα που προέκυψαν από την εργασία στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα, οι γυναίκες έχουν περίπου δύο φορές περισσότερες πιθανότητες για πιθανή διάγνωση μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD). Επιπλέον, ο κίνδυνος αυξήθηκε ανάλογα με την ηλικία, ενώ σημαντικό παράγοντα κινδύνου αποτέλεσε η οικογενειακή κατάσταση (μόνος/η, διαζευγμένος/η, χήρος/α) και ο αριθμός των παιδιών (Sifaki-Pistolla et al., 2017). Σε όλες τις κατηγορίες των εργαζομένων, η αύξηση της ηλικίας συσχετίστηκε με υψηλότερη πιθανή διάγνωση PTSD, γεγονός που επισημαίνεται και σε μια συστηματική ανασκόπηση πληθώρας ερευνών από τους Berger, McNeil, και Binder, (2012a). Ωστόσο, έχουν αναφερθεί αντικρουόμενα ευρήματα σχετικά με την επίδραση της ηλικίας στο σύνολο της βιβλιογραφίας. Επίσης, η χαμηλή συχνότητα προηγούμενης παρόμοιας εμπειρίας και οι πολύωρες βάρδιες οδήγησαν επίσης σε αυξημένο κίνδυνο διάγνωσης PTSD, ενώ η συμμετοχή στη συλλογή νεκρών ενηλίκων και παιδιών προσφύγων θεωρήθηκαν σημαντικοί παράγοντες κινδύνου. Συνολικά, ο πιθανός επιπολασμός του PTSD ήταν 17,1% και κυμάνθηκε από 11,8% (διεθνές προσωπικό) έως 23,1% (εθνικό προσωπικό). Τα ποσοστά που παρατηρήθηκαν ήταν υψηλότερα από τον παγκόσμιο συνολικό επιπολασμό του PTSD (10%) σε εργαζόμενους στον τομέα της διάσωσης (Berger, McNeil, & Binder, 2012a).

Από την έρευνα των Sifaki-Pistolla et al. (2017) προέκυψε ότι οι Έλληνες διασώστες παρουσίαζαν υψηλότερο κίνδυνο για πιθανή διάγνωση του μετατραυματικού στρες, πιθανότατα εξαιτίας των εξαντλητικών συνθηκών εργασίας τους (μεγαλύτερη διάρκεια βάρδιας ή διπλές βάρδιες) και την έλλειψη συνεχούς ψυχολογικής υποστήριξης. Οι διεθνείς οργανώσεις φαίνεται να διέθεταν και να παρείχαν μια πιο οργανωμένη, ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα στους εργαζόμενούς τους. Τα αποτελέσματα ταυτίζονται με τα συμπεράσματα προηγούμενων μελετών (Perrin et al, 2007) που προσδιορίζουν τη μεγαλύτερη περίοδο εργασίας και την έλλειψη υπηρεσιών ψυχικής υγείας ως παράγοντες κινδύνου που συνδέονται σημαντικά με την ανάπτυξη του μετατραυματικού στρες.

4. Η παρούσα έρευνα

Στόχος της παρούσας ερευνητικής εργασίας ήταν να διευρύνει την υπάρχουσα έρευνα σε θέματα που σχετίζονται με τους παράγοντες κινδύνου που ενέχει η εργασία στο πεδίο για τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε φορείς παροχής υπηρεσιών σε πληθυσμούς που έχουν πληγεί από ανθρωπογενείς ή φυσικές καταστροφές, όπως είναι οι προσφυγικοί πληθυσμοί. Ειδικότερα, η μελέτη στοχεύει να αποτυπώσει τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των εργαζόμενων στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα και να προσδιορίσει τους παράγοντες επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας που επηρεάζουν την ψυχική υγεία των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών στους προσφυγικούς πληθυσμούς.

Όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι ανθρωπιστικές κρίσεις συνδέονται με την αύξηση των ψυχικών διαταραχών και την εκδήλωση συμπτωμάτων ψυχικής υγείας στους εργαζόμενους στον τομέα της παροχής υπηρεσιών σε προσφυγικούς πληθυσμούς. Η πρόσφατη εμφάνιση του προσφυγικού ζητήματος στην Ελλάδα και η ιδιαίτερη φύση των συνεπειών στους εργαζόμενους στο πεδίο αυτό, έχουν κεντρίσει το ενδιαφέρον των ερευνητών για την εμπειρική διερεύνηση των αντίστοιχων θεμάτων και τη διαφώτιση διαφόρων διαστάσεων του ζητήματος αυτού, ώστε να αποτελέσουν τη βάση για μελλοντικό σχεδιασμό δράσεων και παρεμβάσεων.

Στην κατεύθυνση αυτή κινείται και η συγκεκριμένη ερευνητική εργασία που εστιάζει σε εργαζόμενους διαφόρων ειδικοτήτων (π.χ., ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, κοινωνικοί επιστήμονες, δικηγόροι, γιατροί) που απασχολούνται σε εθνικούς, ευρωπαϊκούς ή διεθνείς οργανισμούς και σε Μη Κυβερνητικές Οργανώσεις με δράσεις στο προσφυγικό πεδίο σε διάφορες περιοχές σε όλη την Ελλάδα και σε διαφόρων μορφών χώρους φιλοξενίας των προσφύγων ή παροχής υπηρεσιών (όπως είναι οι προσφυγικοί καταυλισμοί, οι ξενώνες φιλοξενίας, οι ιατρικές υπηρεσίες, οι νομικές υπηρεσίες, οι υπηρεσίες ασύλου κ.ά.).

4.1. Υποθέσεις και ερευνητικοί στόχοι

Το επίκεντρο της συγκεκριμένης έρευνας είναι να αποτυπωθεί η συχνότητα εκδήλωσης διαταραχών ψυχικής υγείας σε δείγμα πληθυσμού εργαζομένων σε οργανώσεις και φορείς σε όλη την Ελλάδα. Ένας δεύτερος κεντρικός άξονας της εν λόγω εργασίας είναι να εξετάσει τους παράγοντες επικινδυνότητας που συνδέονται με την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους εργαζομένους στο προσφυγικό πεδίο, όσο και τους παράγοντες ανθεκτικότητας που δρουν προστατευτικά προάγοντας την ψυχική υγεία και ευημερία του συγκεκριμένου πληθυσμού.

Τα ερευνητικά ερωτήματα αυτής της εργασίας βασίστηκαν στην υπόθεση ότι η έκθεση σε παράγοντες κινδύνου που συνδέονται με το άτομο και το εργασιακό/οργανωτικό περιβάλλον καθώς και προστατευτικοί παράγοντες, όπως είναι οι μηχανισμοί ανθεκτικότητας, η κοινωνική στήριξη και οι υγιείς στρατηγικές αντιμετώπισης, συνδέονται σημαντικά με τις εκδηλώσεις και τη συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων ψυχικής υγείας, όπως αυτά καθορίζονται από τους δείκτες της κατάθλιψης, του στρες, του άγχους, της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Lopes Cardozo et al., 2012). Αυτές οι υποθέσεις βασίστηκαν σε προηγούμενες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε εργαζομένους στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας (Lopes Cardozo et al., 2005· Antares Foundation, 2006· Lopes Cardozo, & Salama., 2001· Eriksson, Vande Kemp, Gorsuch, Hoke, & Foy, 2000· Holtz, Salama, Lopes Cardozo, Gotway, 2002· McCall & Salama 1999· Thormar et al., 2010).

Για τη διεξαγωγή της συγκεκριμένης έρευνας συγκεντρώθηκαν ποσοτικά δεδομένα μέσω της χορήγησης δομημένων ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από δείγμα πληθυσμού εργαζομένων (N=102) που απασχολούνται στο προσφυγικό πεδίο σε διαφορετικές περιοχές σε όλη την Ελλάδα.

4.2. Ορισμός βασικών εννοιών της έρευνας

Η παρούσα ερευνητική προσπάθεια επικεντρώνεται στη μελέτη των ψυχολογικών κινδύνων που προκαλούνται σε εργαζομένους στο ανθρωπιστικό πεδίο και των παραγόντων οι οποίοι δρουν αποτρεπτικά ή μετριάζουν την εμφάνιση των δυσλειτουργικών συμπτωμάτων ψυχικής υγείας όπως είναι η ανθεκτικότητα και οι υγιείς τρόποι αντιμετώπισης προβλημάτων). Ειδικότερα εξετάζονται το στρες, το άγχος, η κατάθλιψη, η μετατραυματική διαταραχή του στρες, η εργασιακή εξουθένωση και οι επιμέρους συνιστώσες της. Στο τμήμα που ακολουθεί γίνονται οι απαραίτητες εννοιολογικές διευκρινίσεις για τον ορισμό και το περιεχόμενο των εξεταζόμενων διαστάσεων ψυχικής υγείας και της έννοιας της ανθεκτικότητας.

Οι ορισμοί του **στρες** ποικίλλουν βάσει των διαφορετικών επιστημονικών προσεγγίσεων καθώς και των παραγόντων και των αντιδράσεων σε αυτό που διαφέρουν από άτομο σε άτομο (Αγγελόπουλος Η., 2008). Οι επικρατέστεροι ορισμοί περιγράφουν το στρες ως μια κατάσταση απειλούμενης διαταραχής της ομοιόστασης του οργανισμού υπό την επίδραση ενδογενών ή εξωγενών επιβλαβών δυνάμεων (στρεσογόνοι παράγοντες), η οποία εξισορροπείται από μια σειρά περίπλοκων φυσιολογικών και συμπεριφορικών αποκρίσεων που σκοπό έχουν να διατηρήσουν ή να επανεγκαταστήσουν τη βέλτιστη ισορροπία (Tsigos et al., 2000, Charmandari,

Tsigos, & Chrousos, 2005). Το στρες ή αλλιώς ψυχολογική ένταση ορίζεται, επίσης, ως «μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον, η οποία εκφράζεται με την εκτίμηση του ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματα του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο την ψυχική του ισορροπία» (Βασιλάκη, Τριλίβα, & Μπεζεβέγκης, 2001).

Δεδομένου ότι το στρες σχετίζεται με παράγοντες που συναντώνται στην καθημερινότητα, κάθε άνθρωπος μπορεί να το βιώσει ανεξαρτήτως φύλου, ηλικίας, μόρφωσης ή κοινωνικής τάξης καθώς αυτό αποτελεί την απάντησή του σε εσωτερικά και εξωτερικά ερεθίσματα (Σαπουντζή-Κρέτσια, 2000). Ωστόσο, θεωρείται ότι υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση στο στρες και για αυτό το λόγο διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο (Αντωνίου, 2006).

Ως **άγχος** ορίζεται η δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει αισθήματα τάσης φυγής, φόβου ή ακόμη και τρόμου ως απάντηση σε κίνδυνο του οποίου η πηγή είναι σε μεγάλο βαθμό άγνωστη και μη αναγνωρίσιμη. Το άγχος αναφέρεται σε μια δυναμική αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον, όταν το άτομο αντιλαμβάνεται μια ασυμφωνία μεταξύ των σωματικών και ψυχολογικών ικανοτήτων του και των απαιτήσεων του περιβάλλοντος (Stathopoulou, Panagiotopoulou, & Papathanassoglou, 2011· Monat, & Lazarus 1991). Σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχολογική Εταιρεία, το άγχος χαρακτηρίζεται από συναισθήματα έντασης, ανήσυχων σκέψεων και φυσιολογικών αλλαγών, όπως είναι η αυξημένη πίεση αίματος. Το άγχος είναι μια κοινή αντίδραση που σε κάποιο βαθμό απαντάται στους περισσότερους ανθρώπους με τη μορφή της υπερβολικής αντίδρασης σε ήπια στρεσογόνα γεγονότα. Θεωρείται ένα σύνθετο συναίσθημα που συναντάται αργότερα στην ανάπτυξη του ατόμου και κάνει την εμφάνιση του χωρίς σαφή ή σημαντική για τη ζωή απειλή. Το άγχος θεωρείται, μέχρι ενός σημείου, φυσιολογικό και χρήσιμο στοιχείο της ανθρώπινης προσωπικότητας (Barlow, 2000). Σε φυσιολογικό βαθμό, το άγχος αποτελεί την ψυχολογική ετοιμότητα προς επαγρύπνηση και προετοιμασία του ατόμου για να δράσει εφόσον μια κατάσταση απειλεί τη ψυχοσωματική συγκρότησή του. Σε υπερβολικό βαθμό, όμως, το άγχος αποτελεί νοσηρή εκδήλωση και χαρακτηριστική διαταραχή της προσαρμοστικής ικανότητας του ανθρώπου (Μητρούση, Τραυλός, Κούκια, & Ζυγά, 2013).

Συχνά, οι έννοιες του «άγχους» και του «στρες» χρησιμοποιούνται ως συνώνυμες τόσο από επιστήμονες όσο και από μη ειδικούς (Παπαμιχαλάκη, 2014). Ωστόσο μερικοί ερευνητές αναφέρουν ότι ο όρος «στρες» αναφέρεται στην διαδικασία που περιέχει τους στρεσογόνους παράγοντες, τις ψυχικές, σωματικές και κοινωνικές αντιδράσεις του ατόμου, ενώ το «άγχος» έχει σχέση με την ψυχική διάθεση του ατόμου, την αντίδραση του στα εσωτερικά ή εξωτερικά ερεθίσματα (Καραδήμας, 2005). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Spielberg (1982) «Το στρες αποτελείται από μια σύνθετη ψυχοβιολογική διεργασία που προκαλείται από ένα στρεσογόνο ερέθισμα, το οποίο δημιουργεί την αντίληψη μιας απειλητικής κατάστασης, δημιουργώντας άγχος στο άτομο. Δεν οδηγεί σε πλήρη αμηχανία ούτε συνδέεται με εσωτερικές συγκρούσεις και περιορίζεται σε συγκεκριμένη περίσταση με μικρή χρονική διάρκεια». Το άγχος είναι αντίδραση προς το στρες, το οποίο βιώνεται ως δυσάρεστο συναίσθημα και απαιτεί ιδιαίτερη διαχείριση από το άτομο.

Κοινό χαρακτηριστικό τους γνώρισμα είναι οι σωματικές εκδηλώσεις και η συναίσθηση της πίεσης (Ραγιά, 1978).

Η **κατάθλιψη** είναι ένα από τα πιο συνηθισμένα ψυχικά προβλήματα υγείας παγκοσμίως. Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Εταιρεία Άγχους και Κατάθλιψης (Anxiety and Depression Association of America- ADAA), η κατάθλιψη είναι μια κατάσταση στην οποία το άτομο αισθάνεται αποθαρρημένο, λυπημένο, χωρίς ελπίδα και κίνητρα, ή χωρίς ενδιαφέρον για τη ζωή γενικότερα. Όταν αυτά τα συναισθήματα διαρκούν για ένα μικρό χρονικό διάστημα, ίσως το άτομο να βρίσκεται σε μια κατάσταση μελαγχολίας. Όταν αυτά τα συναισθήματα διαρκούν για περισσότερο από δύο εβδομάδες και μάλιστα εμποδίζουν καθημερινές δραστηριότητες, τότε η κατάσταση αυτή παραπέμπει σε καταθλιπτικό επεισόδιο. Γενικά, η κατάθλιψη είναι μια συνήθης ψυχική διαταραχή που χαρακτηρίζεται από θλίψη, απώλεια ενδιαφέροντος για δραστηριότητες, μειωμένη ενεργητικότητα, απώλεια αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης, ενοχή, σκέψεις θανάτου και αυτοκτονίας, έλλειψη συγκέντρωσης και διαταραχές στον ύπνο και στη διατροφή. Μερικές φορές μπορεί να συνυπάρχουν και ψυχοσωματικά συμπτώματα. Έχει φανεί ερευνητικά ότι ορισμένοι πληθυσμοί παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης. Η κατάθλιψη επηρεάζει την ποιότητα ζωής και την παραγωγικότητα στην εργασία, με αποτέλεσμα να υπάρχει άμεσο οικονομικό κόστος. Συγκεκριμένα, σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας, θεωρείται η τέταρτη πιο δαπανηρή ασθένεια. Η κατάθλιψη είναι μια θεραπεύσιμη ψυχική ασθένεια που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο το άτομο σκέφτεται, αισθάνεται, συμπεριφέρεται και λειτουργεί. Τέλος, περίπου το 35% των ατόμων κάποια χρονική στιγμή υποφέρει από μείζονα καταθλιπτική διαταραχή (Encyclopedia of Clinical Neuropsychology, 2011).

Λόγω της μεγάλης συννοσηρότητας του άγχους με την κατάθλιψη, το άγχος θεωρείται συχνά ως σύμπτωμα της κατάθλιψης είτε στο πρώτο έχει δοθεί λιγότερη σημασία σε σχέση με το δεύτερο. Σύμφωνα με μια μελέτη του Kendler και των συνεργατών του (Kendler, Gatz, Gardner, & Pedersen, 2006), το άγχος είναι πολύ πιο πιθανό να υπάρχει παράλληλα με την κατάθλιψη παρά με άλλη νοητική διαταραχή και περίπου το 30% των γυναικών βιώνουν μια διαταραχή άγχους κατά τη διάρκεια της ζωής τους (Agius, Xuereb, Carrick-Sen, Sultana, & Rankin, 2016). Σύμφωνα με μια ανασκόπηση του 2008, οι καταθλιπτικές και αγχώδεις διαταραχές αποτελούν κύρια προβλήματα δημόσιας υγείας στη νεαρή ενήλικη ζωή (Castaneda, Tuulio-Henriksson, Marttunen, Suvisaari, & Lonnqvist, 2008). Η κατάθλιψη και οι διαταραχές άγχους δεν ταυτίζονται, όμως οι άνθρωποι που έχουν κατάθλιψη συχνά βιώνουν συμπτώματα παρόμοια με αυτά μιας διαταραχής άγχους, όπως νευρικότητα, ευερεθιστότητα, καθώς και προβλήματα ύπνου και συγκέντρωσης. Αυτού του είδους η συννοσηρότητα είναι συνδεδεμένη με υψηλότερη σοβαρότητα του κινδύνου, κακή ποιότητα ζωής, τάσεις αυτοκτονίας, αντίσταση στη θεραπεία και υψηλότερο κόστος διαβίωσης (Schoevers, Van, Koppelmans, Kool, & Dekker, 2008· Brintzenhofe-Szoc, Levin, Li, Kissane, & Zabora, 2009).

Η **Διαταραχή Μετατραυματικού Stress (Post-Traumatic Stress Disorder ή PTSD)** εμφανίζεται ως αποτέλεσμα της έκθεσης σε ένα γεγονός, από μία εμπειρία ή μαρτυρία ενός εξαιρετικά τραυματικού, τραγικού ή τρομακτικού γεγονότος (Schiraldi, 2000, Καραϊσκάκη, 2011). Οι άνθρωποι που βιώνουν μετατραυματικό στρες, μπορεί να συνεχίσουν να αισθάνονται φόβο ή άγχος, ακόμη και όταν δεν υπάρχει

πραγματικός κίνδυνος, έχουν συνήθως επίμονες σκέψεις και αναμνήσεις από την εμπειρία που είχαν και αισθάνονται συναισθηματικά μουδιασμένοι (Cohen, & Hien, 2006). Επιπλέον, η διαταραχή μπορεί να συνοδεύεται από κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών ή άγχος. Τα συμπτώματα που εκδηλώνονται μπορεί να είναι ήπια ή σοβαρά. Τα είδη των συμπτωμάτων για τη διάγνωση της μετατραυματικής διαταραχής του Στρες διακρίνονται σε επανεμφανιζόμενα, αποφευκτικά και σε συμπτώματα αυξημένης διέγερσης (American Psychiatry Association, 2017).

Το μετατραυματικό στρες συνήθως συνυπάρχει με άλλα προβλήματα ψυχικής υγείας. Προηγούμενες έρευνες διερεύνησαν την κατάθλιψη, τη διαταραχή χρήσης ουσιών και τις διαταραχές άγχους, οι οποίες αναγνωρίζονται ως εξίσου σημαντικές διαταραχές μετά το τραύμα και οι πιο κοινές συνθήκες συννοσηρότητας με το PTSD (Brady, Killeen, Brewerton, & Lucerini, 2000, Knox, 2008).

Σύμφωνα με τον ορισμό της Maslach και Schaufeli (1993), το φαινόμενο της **Επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout)** νοείται ως μια εξελικτική διεργασία, όπου ο εργαζόμενος νιώθει ψυχική και συναισθηματική εξάντληση, η οποία προκαλείται από χρόνια έκθεση και εμπλοκή σε καταστάσεις που έχουν συναισθηματικές απαιτήσεις. Στη συνθήκη αυτή, ο εργαζόμενος χάνει το ενδιαφέρον και τα θετικά συναισθήματα που είχε για τους εξυπηρετούμενους, παύει να είναι ικανοποιημένος από τη δουλειά και την απόδοσή του και αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. Το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται ιδιαίτερα σε άτομα που έχουν ως αντικείμενο εργασίας τον άνθρωπο.

Σύμφωνα με τους Maslach & Jackson (1981) τα κυριότερα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι (α) η συναισθηματική εξάντληση, που εκδηλώνεται με μια αίσθηση ψυχικής κόπωσης του εργαζομένου, ο οποίος δε διαθέτει πια την απαραίτητη ενέργεια για να επενδύσει στη δουλειά του (Maslach & Jackson, 1986), (β) η αποπροσωποποίηση που εκδηλώνεται με την ψυχολογική απομάκρυνση του ατόμου από τους εξυπηρετούμενους του και την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων μαζί τους (Devos, Bouchenooghe, Engels, Hotton, & Aelterman, 2006) και (γ) η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων που εκδηλώνεται με τη μείωση της απόδοσης και την παραίτηση από κάθε προσπάθεια αποτελεσματικού χειρισμού των προβλημάτων των εξυπηρετούμενων (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001, Maslach & Jackson, 1986). Επιπλέον, φανερώνει την έλλειψη ενδιαφέροντος για την εργασία και την αίσθηση ότι η εργασία έχει χάσει το νόημά της (Hanaken, Bakker, Schaufeli, 2006). Πιο συγκεκριμένα, η μειωμένη προσωπική επίτευξη αναφέρεται σε μια αρνητική αυτο-αξιολόγηση της εργασιακής απόδοσης κάποιου (Pillay, Goddard & Wilss, 2005). Η έλλειψη προσωπικής επίτευξης σημαίνει έλλειψη επαγγελματικής αποτελεσματικότητας, συναισθήματα ανικανότητας και έλλειψη παραγωγικότητας και προσωπικού επιτεύγματος στο χώρο της εργασίας (Maslach, et al, 2001). Ωστόσο, υπάρχουν πολλές ενδείξεις ότι ο πυρήνας του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελείται από τη συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση, ενώ η μειωμένη προσωπική επίτευξη φαίνεται να αναπτύσσεται σε μεγάλο βαθμό ανεξάρτητα από την εξάντληση και την αποπροσωποποίηση (Schaufeli & Taris, 2005· Κεπενού, 2015).

Η **Ανθεκτικότητα (Resilience)** είναι ένας ψυχολογικός όρος που χρησιμοποιείται για να περιγράψει την αλληλεξάρτηση μεταξύ συγκεκριμένων

παραγόντων που ενισχύουν την ευημερία και αναδεικνύουν τα δυνατά σημεία σε άτομα που υφίστανται ασυνήθιστα αγχωτικές συνθήκες ζωής (Luthar, 2003). Περισσότερο από μια επιστροφή στην αρχική κατάσταση, ενσαρκώνει την ιδέα της μάθησης από τις δυσμενείς καταστάσεις και την ενίσχυση της προσωπικότητας του ατόμου (Vanistaendael, 2006). Για αυτό το λόγο, η ανθεκτικότητα αναφέρεται σε ένα μοντέλο θετικής προσαρμογής στο πλαίσιο αντιξοοτήτων που βρίσκονται στο παρελθόν ή στο παρόν (Wright, Masten, & Narayan, 2013). Οι διαφορετικές παραλλαγές στον τρόπο με τον οποίο οι άνθρωποι ανταποκρίνονται σε ποικίλες πηγές στρες αποδίδονται σε α) γενετικά κληρονομικούς παράγοντες β) προηγούμενες παιδικές εμπειρίες που διαμορφώνουν τις μελλοντικές συμπεριφορές και γ) άλλους προστατευτικούς παράγοντες (Comoretto et al., 2015).

5. Μεθοδολογία

Στο τμήμα που ακολουθεί περιγράφεται ο τρόπος συλλογής των στατιστικών στοιχείων, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν, το δείγμα της έρευνας, καθώς και οι στατιστικές μέθοδοι που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάλυση των στατιστικών δεδομένων για τους σκοπούς της παρούσας εργασίας.

5.1. Συλλογή δεδομένων

Τα δεδομένα της έρευνας αντλήθηκαν μέσω της συλλογής ερωτηματολογίων που συμπληρώθηκαν από εργαζόμενους σε ανθρωπιστικές οργανώσεις που δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών σε προσφυγικούς πληθυσμούς σε όλη την Ελλάδα. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ανώνυμη. Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας με σχετική επιστολή, με την οποία ζητήθηκε και η συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους.

Το ερωτηματολόγιο απαρτίστηκε από διαφορετικές ενότητες ώστε να καλύψουν στο σύνολό τους τη διερεύνηση των υπό μελέτη παραμέτρων. Στην πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου της έρευνας, καταγράφονταν τα προσωπικά και δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων όπως το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η ύπαρξη παιδιών, το επίπεδο εκπαίδευσης, καθώς και πληροφορίες σχετικά με το επαγγελματικό προφίλ των συμμετεχόντων και τις συνθήκες εργασίας, όπως είναι ο τόπος εργασίας, η διάρκεια εργασίας και προϋπηρεσίας, το ωράριο, ο φορέας απασχόλησης και η γενικότερη ευχαρίστηση από το εργασιακό περιβάλλον. Το τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου, αποτελούταν από επιμέρους ερωτηματολόγια για την αποτίμηση των συμπτωμάτων και των δεικτών ψυχικής υγείας με τη χρήση κλιμάκων αυτο-αναφοράς που καταγράφουν τις απαντήσεις των συμμετεχόντων για τις μεταβλητές: Άγχος, Στρες, Κατάθλιψη, Μετατραυματική Διαταραχή του Στρες, Επαγγελματική Εξουθένωση, Ψυχική Ανθεκτικότητα, Τρόποι Διαχείρισης Προβλημάτων και Κοινωνική Υποστήριξη. Οι ερωτήσεις που δεν απαντήθηκαν καθόλου καθώς και απαντήσεις που ήταν δυσανάγνωστες ή ατελείς, καταγράφηκαν ως μη απαντημένες.

5.2. Το δείγμα της έρευνας

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχε δείγμα πληθυσμού με κύριο χαρακτηριστικό της εργασίας τους σε πληθώρα τομέων και φορέων παροχής υπηρεσιών σε προσφυγικό πληθυσμό στην ενδοχώρα και τα νησιά της Ελλάδας, κατά την περίοδο διεξαγωγής της έρευνας από τον Νοέμβριο του 2018 έως τον Μάρτιο του 2019. Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 102 άτομα (N=102). Μεταξύ των βασικών κριτηρίων επιλεξιμότητας του δείγματος ήταν η ενεργός δράση τους στην παροχή υπηρεσιών σε προσφυγικό πληθυσμό για το διάστημα τουλάχιστον 8 εβδομάδων πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου της έρευνας.

5.3 Εργαλεία μέτρησης

Στην παρούσα μελέτη επιλέχθηκε και χρησιμοποιήθηκε σειρά ερευνητικών εργαλείων κατάλληλων για χορήγηση στο συγκεκριμένο δείγμα συμμετεχόντων, καθώς μετρούν ικανοποιητικά τις υπό μελέτη μεταβλητές (βλ. Παράρτημα). Πιο συγκεκριμένα, η επιλογή των εργαλείων, έγινε με κριτήρια το θεωρητικό πλαίσιο, τα χαρακτηριστικά και τον σκοπό της έρευνας, τις ερευνητικές υποθέσεις, όπως επίσης και τις ψυχομετρικές ιδιότητες των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων. Για τη μέτρηση των επιμέρους μεταβλητών χρησιμοποιήθηκαν τα παρακάτω ερωτηματολόγια/ κλίμακες:

Κλίμακα Μέτρησης Κατάθλιψης, Άγχους και Στρες (Depression Anxiety Stress Scale- DASS21): Η DASS αποτελεί μια αυτο-αναφερόμενη κλίμακα μέτρησης του άγχους, της κατάθλιψης και του στρες, η οποία αναπτύχθηκε από τους Lovibond και Lovibond το 1995 και χρησιμοποιείται ευρέως σε ενήλικο πληθυσμό (Szabo, 2010). Η κλίμακα αρχικά δημιουργήθηκε σε εμπειρική βάση ως ένα αυτο-αναφερόμενο μέτρο 42 στοιχείων (και μεταγενέστερα στη συντομότερη μορφή της των 21 στοιχείων) για συμπτώματα άγχους και κατάθλιψης και ταυτόχρονα με τη δυνατότητα να διαφοροποιεί στο μέγιστο βαθμό τις δύο αυτές αρνητικές συναισθηματικές καταστάσεις (Trauer, Dodd, Callaly, Campbell, & Berk, 2007). Η ερμηνεία του ερωτηματολογίου DASS-42 βασίζεται κυρίως στη χρήση βαθμολογιών και σημεία καθορισμού των φυσιολογικών ορίων και της σοβαρότητας (cut-off). Οι Lovibond και Lovibond παρουσίασαν τις βαθμολογίες σοβαρότητας από «κανονική» μέχρι «εξαιρετικά σοβαρή», με 0-78 να χαρακτηρίζεται «φυσιολογική», 78-87 ως «ήπια», 87-95 ως «μέτρια», 95-98 ως «σοβαρή» και 98-100 ως «εξαιρετικά σοβαρή» (Crawford & Henry, 2003). Η κλίμακα DASS-21 αποτελείται από τρεις υποκλίμακες που αποτιμούν την κατάθλιψη, το άγχος και το στρες (Tran, Tran, & Fisher, 2013· Sinclair et al., 2012). Κάθε υποκλίμακα απαρτίζεται από 7 ερωτήσεις στις οποίες ανταποκρίνονται οι συμμετέχοντες μέσω μίας τετραβάθμιας κλίμακας τύπου Likert (με τιμές από 0=δεν ίσχυε καθόλου για μένα, έως 3=ίσχυε για μένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές) και αναφέρονται στη διάρκεια των προηγούμενων επτά ημερών. Για τον υπολογισμό των συνολικών τιμών, το κάθε σκορ πολλαπλασιάζεται επί 2, σύμφωνα και με την ολοκληρωμένη μορφή της DASS-42, ώστε να προσδιοριστεί η ήπια, η μέτρια, η σοβαρή και η πολύ σοβαρή κατάσταση για την κάθε υποκλίμακα. Υψηλότερα σκορ εκφράζουν μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης, άγχους και στρες, αντίστοιχα. Μεγάλος όγκος της βιβλιογραφίας δείχνει ότι το DASS και στις δύο του μορφές, με τα 42 και με τα 21 στοιχεία, αποτελεί ένα αξιόπιστο και έγκυρο εργαλείο μέτρησης της κατάθλιψης, του άγχους και του στρες τόσο σε κλινικούς όσο και σε

μη κλινικούς πληθυσμούς ενηλίκων, καθώς και σε διαφορετικές κουλτούρες και εθνικότητες (Osman et al., 2012).

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα DASS-21 στα ελληνικά καθώς εμφανίζεται ως αξιόπιστο εργαλείο και εύκολο να διανεμηθεί στους συμμετέχοντες, τόσο για κλινικούς όσο και για ερευνητικούς σκοπούς (Norton, 2007). Η ελληνική μετάφραση του DASS έχει αποδειχθεί ότι αποτελεί ένα έγκυρο και αξιόπιστο εργαλείο, του οποίου οι ψυχομετρικές ιδιότητες βρίσκονται πολύ κοντά σε αυτές που αναφέρονται στη διεθνή βιβλιογραφία (Lyraκος, Arvaniti, Smyrnioti, & Kostopanagioutou, 2011). Η κλίμακα εμφάνισε υψηλά ποσοστά εσωτερικής αξιοπιστίας με Cronbach's alpha=,958 συνολικά και για τις επιμέρους κλίμακες: Στρες (Cronbach's alpha= ,915), Άγχος (Cronbach's alpha= ,906) και Κατάθλιψη (Cronbach's alpha= ,921).

Κλίμακα IES-R (Impact of Event Scale-Revised): Για την καταγραφή του μετατραυματικού στρες (Post Traumatic Stress Disorder ή *PTSD*), χρησιμοποιήθηκε, σε ελληνική μετάφραση, η Κλίμακα IES-R (Impact of Event Scale-Revised). Η κλίμακα αυτή προτείνεται ως η καταλληλότερη για τη συσχέτιση του μετατραυματικού στρες με παράγοντες κινδύνου. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις, οι οποίες κατηγοριοποιούνται σε τρεις θεματικές ενότητες. Πιο συγκεκριμένα, οκτώ ερωτήσεις (5,7,8,11,12,13,17,22) καταγράφουν συμπτώματα αποφυγής (avoidance symptoms), τα οποία συνιστούν προσπάθειες του ατόμου να εξομαλύνει ή να αποφύγει εμπειρίες σχετιζόμενες με τραυματικά γεγονότα και τη συνοδευτική αδράνεια ως τρόπου διαχείρισης. Επιπλέον, επτά ερωτήσεις καταγράφουν συμπτώματα διεισδυτικά (intrusive feelings), όπως εφιάλτες, διεισδυτικές σκέψεις ή εικόνες ή συναισθήματα (1,2,3,6,9,14,16,20) και έξι ερωτήσεις καταγράφουν συμπτώματα υπερδιέγερσης (hyper arousal), όπως θυμό, ευεξαπτότητα, υπέρμετρη έκπληξη, δυσκολία συγκέντρωσης, ψυχοφυσιολογική απόκριση στην έκθεση σε υπενθυμιστικά γεγονότα και υπερεπαγρύπνηση (4,10,15,18,19,21). Οι ερωτηθέντες καλούνται να προσδιορίσουν ένα συγκεκριμένο αγχωτικό περιστατικό ζωής (εργασία στο προσφυγικό πεδίο) και έπειτα να υποδείξουν πόσο ταραγμένοι και ενοχλημένοι νιώθουν τις τελευταίες επτά ημέρες. Η βαθμολόγηση των απαντήσεων σε κάθε ερώτηση της κλίμακας IES-R γίνεται σε μια κλίμακα πέντε σημείων που κυμαίνεται από 0 έως 4, ως εξής: καθόλου=0, λίγο=1, μέτρια=2, αρκετά=3, πολύ=4 (Μούστου, (2007).

Η Κλίμακα IES-R αποδίδει συνολική βαθμολογία (που κυμαίνεται από 0 έως 88), ενώ μπορούν να υπολογιστούν ξεχωριστά και οι βαθμολογίες των υποκλιμάκων. Εναλλακτικά μπορούν να υπολογιστούν οι μέσοι των 3 υπο-κατηγοριών (μέγιστη τιμή 4) και στη συνέχεια το άθροισμά τους (μέγιστη τιμή 12). Γενικά, παρά το γεγονός ότι το IES-R δεν χρησιμοποιείται για τη διάγνωση της Μετατραυματικής Διαταραχής του Στρες, οι τιμές που ορίζονται από τα τυπικά όρια των κλιμάκων προσφέρονται για μια προκαταρκτική διάγνωση του PTSD, σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία. Για τη στατιστική ανάλυση δημιουργήθηκε συνεχής μεταβλητή από την άθροιση των απαντήσεων στις 22 ερωτήσεις για τη συνολική βαθμολογία και των επιμέρους ερωτήσεων για τις τρεις συνιστώσες. Οι χαμηλότερες τιμές θεωρούνται καλύτερες. Συνολική βαθμολογία πάνω από 33, το οποίο αποτελεί το σημείο τομής για πιθανή διάγνωση PTSD, δείχνει την παρουσία μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Ωστόσο, σύμφωνα με άλλες προσεγγίσεις, συνολική βαθμολογία πάνω από 24

αποτελεί ένδειξη και δημιουργεί ανησυχία για την παρουσία μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Στην περίπτωση αυτή υπάρχουν ενδείξεις όχι για πλήρη εκδήλωση του μετατραυματικού στρες αλλά για μερικό PTSD ή την παρουσία μερικών συμπτωμάτων. Επιπλέον, συνολική βαθμολογία πάνω από 37 θεωρείται αρκετά υψηλό ώστε να καταστείλει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού συστήματος (ακόμα και 10 χρόνια μετά το γεγονός). Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας στη συγκεκριμένη έρευνα θεωρείται ικανοποιητική τόσο στο σύνολό της, όσο και στις επιμέρους υποκλίμακες: IES-R (Cronbach's $\alpha=,927$), διεισδυτικά συμπτώματα (Cronbach's $\alpha=,875$), συμπτώματα αποφυγής (Cronbach's $\alpha=,840$) και συμπτώματα υπερδιέγερσης (Cronbach's $\alpha=,831$).

Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout): Για την καταγραφή του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, χρησιμοποιήθηκε το Ερωτηματολόγιο Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory- MBI, Maslach & Jackson, 1996), της οποίας η προσέγγιση έχει τύχει ευρύτατης αποδοχής τα τελευταία χρόνια. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 22 δηλώσεις αυτο-αξιολόγησης που αξιολογούν τη συχνότητα με την οποία οι ερωτηθέντες νιώθουν ένα συναίσθημα ή βιώνουν μία κατάσταση. Οι δηλώσεις κατανέμονται σε τρεις υποκλίμακες που περιλαμβάνουν τη συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), την προσωπική επίτευξη (personal accomplishment) και την αποπροσωποποίηση (depersonalization). Κάθε υποκλίμακα θεωρείται ανεξάρτητη και η μέτρηση γίνεται ξεχωριστά για την καθεμία. Η υποκλίμακα συναισθηματικής εξάντλησης εκτιμά ακραία συναισθήματα και συναισθήματα εξάντλησης (τη συχνότητα της συναισθηματικής υπερέντασης και της κατάπτωσης), που απορρέουν από την εργασία (9 ερωτήματα- 1-9, μέγιστη τιμή 54). Η υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης καταγράφει απρόσωπες και κενές συναισθήματος αντιδράσεις των επαγγελματιών στον εργασιακό χώρο κατά την αλληλεπίδρασή τους με τους αποδέκτες των υπηρεσιών τους (5 ερωτήματα- 18-22, μέγιστη τιμή 30). Η υποκλίμακα της προσωπικής επίτευξης καταγράφει την υποκειμενική αντίληψη των επαγγελματιών και τα αισθήματα ικανότητας και επάρκειας στον επαγγελματικό τομέα (8 ερωτήματα- 10-17, μέγιστη τιμή 48).

Οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε μια 7-βάθμια κλίμακα τύπου Likert, η οποία κλιμακώνεται από το 0 έως το 6 ως εξής: ποτέ (0), μερικές φορές το χρόνο (1), μια φορά το μήνα (2), μερικές φορές το μήνα (3), μια φορά την εβδομάδα (4), μερικές φορές την εβδομάδα (5), κάθε μέρα (6) μου συμβαίνει. Προκύπτουν τρεις διαφορετικές βαθμολογίες (συναισθηματική εξάντληση, προσωπική επίτευξη και αποπροσωποποίηση) με απλή πρόσθεση των βαθμών των επιμέρους απαντήσεων που ανήκουν σε κάθε κλίμακα. Η κλίμακα της προσωπικής επίτευξης αξιολογείται αντίστροφα, δηλαδή οι χαμηλές βαθμολογίες θεωρούνται ότι αποτελούν ένδειξη για υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς τη διάσταση αυτή. Όσο υψηλότερη βαθμολογία σημειώνεται στις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, τόσο μεγαλύτερος ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ όσο υψηλότερη είναι η βαθμολογία στην υποκλίμακα της προσωπικής επίτευξης, τόσο χαμηλότερος είναι ο βαθμός της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Maslach & Jackson (1986) παραθέτουν σημεία τομής για κάθε μια από τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Με βάση τα σημεία τομής είναι δυνατό το κάθε άτομο να χαρακτηριστεί ότι έχει υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης με αντίστοιχα όρια για τη συναισθηματική

εξάντληση>31, την προσωπική επίτευξη<35 και την αποπροσωποποίηση>11, μέτριο επίπεδο με αντίστοιχα όρια για τη συναισθηματική εξάντληση 21-30, την προσωπική επίτευξη 41-36 και την αποπροσωποποίηση 6-10, ή χαμηλό επίπεδο με αντίστοιχα όρια για την συναισθηματική εξάντληση<20, την προσωπική επίτευξη>42 και την αποπροσωποποίηση<5. Οι συγγραφείς τονίζουν, ότι σε καμιά περίπτωση οι κατηγοριοποιήσεις αυτές δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται για διαγνωστικούς λόγους, αλλά ενθαρρύνεται η χρήση τους για ερευνητικούς σκοπούς.

Το ερωτηματολόγιο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης- MBI έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί για χρήση και σε ελληνικό πληθυσμό (Kantas & Vassilaki, 1997) και η εγκυρότητα της κλίμακας έχει ελεγχθεί ικανοποιητικά (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992, Κάντας, 1996). Στην παρούσα έρευνα, η εσωτερική αξιοπιστία του εργαλείου κρίνεται ικανοποιητική τόσο στο σύνολό της, όσο και στις επιμέρους υποκλίμακες: Cronbach's alpha=,808 για την επαγγελματική εξουθένωση, Cronbach's alpha=,910 για την συναισθηματική εξάντληση, Cronbach's alpha=,746 για τη μειωμένη προσωπική επίτευξη και Cronbach's alpha=,764 για την αποπροσωποποίηση.

Κλίμακα μέτρησης της Ψυχικής Ανθεκτικότητας: Για τη ποσοτική μέτρηση της ψυχικής ανθεκτικότητας των συμμετεχόντων χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα μέτρησης Ψυχικής Ανθεκτικότητας Connor-Davidson (Connor-Davidson Resilience Scale-CD-RISC, Connor & Davidson, 2003). Το ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί στα ελληνικά το 2008 από τους Δημητριάδου και Σταλικά (Σταλικάς, Κουδιγκέλη, & Δημητριάδου, 2008). Η κλίμακα αποτελείται από 25 αυτο-αναφορικές δηλώσεις οι οποίες βαθμολογούνται σε μια 5-βάθμια κλίμακα Likert, η οποία κλιμακώνεται από το 0 έως το 4 ως εξής: καθόλου αληθές (0), σπάνια αληθές (1), κάποιες φορές αληθές (2), συχνά αληθές (3), σχεδόν πάντα αληθές (4). Η βαθμολόγηση της κλίμακας γίνεται με κριτήριο το πώς έχουν αισθανθεί οι ερωτώμενοι κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα και το εύρος των αποτελεσμάτων κυμαίνεται από 0 μέχρι 100, με τις υψηλότερες βαθμολογίες να υποδεικνύουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Η συγκεκριμένη κλίμακα απευθύνεται σε ενήλικο πληθυσμό. Η κλίμακα παρουσιάζει ικανοποιητική εγκυρότητα και καλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία ελέγχου-επανελέγχου (Dimitriadou, & Stalikas, 2012) τόσο σε γενικό πληθυσμό όσο και σε κλινικά δείγματα. Η εσωτερική αξιοπιστία της κλίμακας ανθεκτικότητας στη συγκεκριμένη έρευνα είναι ικανοποιητική (Cronbach's alpha=,885).

Κλίμακα μέτρησης Τρόπων Αντιμετώπισης των Προβλημάτων (Coping Orientation to Problems Experienced/Brief-COPE): Η κλίμακα τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων μετρά τις στρατηγικές αντιμετώπισης των στρεσογόνων παραγόντων. Η σύντομη μορφή της κλίμακας (Brief-Coping Orientation to Problems Experienced/Brief COPE) που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις στις οποίες καλούνται να απαντήσουν οι συμμετέχοντες αναφέροντας σε ποιο βαθμό ενεργούν όπως προτείνει η κάθε πρόταση χρησιμοποιώντας μια κλίμακα τεσσάρων διαβαθμίσεων που κυμαίνονται από 1=δεν το κάνω καθόλου, 2=το κάνω λίγο, 3=το κάνω μέτρια και 4=το κάνω πολύ. Οι ερωτήσεις διακρίνονται σε 14 υποκλίμακες που αναφέρονται στις αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων. Το σκορ για κάθε στρατηγική υπολογίζεται ως άθροισμα των επιμέρους ερωτήσεων και λαμβάνει τιμές από 2 έως 8. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερο το άτομο

ενεργεί με τη συγκεκριμένη στρατηγική. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει μεταφραστεί στην ελληνική γλώσσα από τις Ρούση και Βασιλάκη (Roussi, & Vasilaki, 2001) και από τους Kapsou και συνεργάτες (Kapsou, Panayiotou, Kokkinos & Demetriou, 2010) με ικανοποιητική αξιοπιστία και στις δύο προσεγγίσεις. Στην παρούσα έρευνα η κλίμακα μέτρησης τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων εμφάνισε ικανοποιητική εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's alpha=,768). Οι 14 στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων ταξινομούνται ως εξής: απόσπαση προσοχής, ενεργή αντιμετώπιση, άρνηση, χρήση ουσιών, χρήση συναισθηματικής υποστήριξης, χρήση καθοριστικής υποστήριξης, αποσύνδεση συμπεριφοράς, θετική αναδιάταξη, σχεδιασμός, χιούμορ, αποδοχή, θρησκεία, αυτό-μομφή.

Κοινωνική στήριξη. Για τη μέτρηση του βαθμού κοινωνικής στήριξης που ένιωθαν οι συμμετέχοντες χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που περιλάμβανε 6 ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις αναφέρονταν στα άτομα από το κοινωνικό, το συγγενικό ή το εργασιακό περιβάλλον που μπορούσαν να βοηθήσουν και να υποστηρίξουν τους ερωτώμενους με τον τρόπο που περιγραφόταν σε κάθε ερώτηση. Οι συμμετέχοντες κατέγραφαν το πόσο ικανοποιημένοι ήταν από το σύνολο των ατόμων και οι απαντήσεις βαθμολογήθηκαν ως εξής: πολύ ανικανοποίητος/η=1, σχετικά ανικανοποίητος/η=2, λίγο ανικανοποίητος/η=3, λίγο ικανοποιημένος/η=4, σχετικά ικανοποιημένος/η=5 και πολύ ικανοποιημένος/η=6. Κάθε ερώτηση επιδεχόταν μία και μόνο απάντηση. Για την στατιστική ανάλυση δημιουργήθηκε συνεχής μεταβλητή από το άθροισμα των απαντήσεων. Στην παρούσα έρευνα η κλίμακα εμφάνισε υψηλή εσωτερική αξιοπιστία (Cronbach's alpha=,905).

5.4 Ανάλυση δεδομένων

Για την στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων, χρησιμοποιήθηκε το Στατιστικό Πακέτο Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών SPSS (Statistical Package for Social Sciences, version 21). Συγκεκριμένα, για την ανάλυση των στατιστικών στοιχείων που συγκεντρώθηκαν από τα αντίστοιχα ερωτηματολόγια ακολουθήθηκαν τα ακόλουθα βήματα:

Κατ' αρχάς, με τη χρήση μεθόδων περιγραφικής στατιστικής υπολογίστηκαν αντίστοιχα μέτρα για την απεικόνιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του υπό εξέταση πληθυσμού, καθώς και άλλα χαρακτηριστικά που αφορούσαν τον τόπο διαμονής, τον τόπο εργασίας, τους όρους και τις συνθήκες εργασίας και την ικανοποίησή των συμμετεχόντων από το εργασιακό περιβάλλον.

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας τα δεδομένα που προέκυψαν από τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, αποτιμήθηκε η συχνότητα εμφάνισης των διαφόρων προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως ορίστηκε με βάση τα τυπικά όρια καθορισμού και τις κλίμακες προσδιορισμού του επιπέδου εμφάνισης των αντίστοιχων διαγνώσεων. Ειδικότερα, εκτιμήθηκαν οι τιμές του στρες, του άγχους, της κατάθλιψης, της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και των επιμέρους κατηγοριών συμπτωμάτων της (διδυμικά συμπτώματα συμπτώματα αποφυγής, συμπτώματα υπερδιέγερσης), καθώς και των παράγοντων που συνθέτουν την επαγγελματική εξουθένωση (συναισθηματική εξάντληση, προσωπική επίτευξη, αποπροσωποποίηση).

Τέλος, χρησιμοποιήθηκε η μέθοδος της πολλαπλής παλινδρόμησης ώστε να προσδιοριστούν οι παράγοντες επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας που επηρεάζουν τα προαναφερθέντα προβλήματα ψυχικής υγείας. Ως εξαρτημένες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το στρες, το άγχος, η κατάθλιψη, η μετατραυματική διαταραχή του στρες και οι επιμέρους συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, (συναισθηματική εξάντληση, προσωπική επίτευξη, αποπροσωποποίηση). Ως ανεξάρτητες μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν το φύλο, η ηλικία, η εργασία στον τόπο μόνιμης κατοικίας, το ωράριο εργασίας, ο φορέας εργασίας, η αυτοαναφερόμενη ευχαρίστηση από το εργασιακό περιβάλλον, η συχνή επαφή με τους προσφυγικούς πληθυσμούς, η επαρκής εκπαίδευση, ο φόρτος εργασίας, η κοινωνική στήριξη, η ανθεκτικότητα και ο τρόπος αντιμετώπισης των προβλημάτων. Ειδικότερα, για την κοινωνική στήριξη και την ανθεκτικότητα χρησιμοποιήθηκε συνθετικός δείκτης που προέκυψε από το άθροισμα των βαθμολογιών των αντίστοιχων ερωτηματολογίων, ενώ για τους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων χρησιμοποιήθηκε συνθετικός δείκτης των επιμέρους υποκλιμάκων που αναφέρονται στις αντίστοιχες στρατηγικές αντιμετώπισης στρεσογόνων παραγόντων. Ο φόρτος εργασίας αποτιμήθηκε με το άθροισμα τριών επιμέρους ερωτήσεων («υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας/πίεση στη δουλειά πέρα από τα όριά μου», «υπάρχει εξουθενωτικός ρυθμός εργασίας, πειστικές προθεσμίες» και «με εξαναγκάζουν συχνά να εργάζομαι υπερωρίες»). Επιπλέον, κατά τη διαδικασία επεξεργασίας των αντίστοιχων παλινδρομήσεων έγιναν όλοι οι απαραίτητοι έλεγχοι για τη διασφάλιση της αξιοπιστίας των αποτελεσμάτων.

6. Αποτελέσματα

6.1 Δημογραφικά στοιχεία

Στον Πίνακα 1 που ακολουθεί παρουσιάζονται αναλυτικά τα δημογραφικά στοιχεία και άλλα χαρακτηριστικά των εργαζομένων που συμμετείχαν στην έρευνα (N=102). Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων του δείγματος αποτελούταν από γυναίκες (69,6%), ενώ στο 28,4% ανήρχετο το αντίστοιχο ποσοστό των ανδρών. Περίπου το 60% των συμμετεχόντων ανήκαν στην ηλικιακή ομάδα 25-34 ετών, το 28,4% στην επόμενη ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών, ενώ 7 άτομα (το 6,9%) ήταν έως 24 ετών και μόλις 5 πάνω από 45 ετών (4,9%).

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, στην πλειονότητά τους οι συμμετέχοντες ήταν άγαμοι (83,3%) και δεν είχαν παιδιά (84,3%) κατά τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Το επίπεδο εκπαίδευσης των συμμετεχόντων ήταν υψηλό καθώς το 69,6% δήλωσαν απόφοιτοι ανώτατων σχολών, ενώ το 30,4% είχαν αποφοιτήσει από ανώτερες σχολές εκπαίδευσης. Από το σύνολο των συμμετεχόντων, το 83,3% εργαζόταν σε τομέα σχετικό με τις σπουδές του.

Πίνακας 1.

Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος

	Συχνότητα	%
Φύλο		
Άνδρες	29	28,4
Γυναίκες	71	69,6
Δ.Α.	2	2,0
Ηλικία		
18-24	7	6,9
25-34	61	59,8
35-44	29	28,4
45-54	4	3,9
55-64	1	1,0
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	85	83,3
Έγγαμος/η	15	14,7
Διαζευγμένη	1	1,0
Δ.Α.	1	1,0
Παιδιά		
Ναι	13	12,7
Όχι	86	84,3
Δ.Α.	3	2,9
Επίπεδο εκπαίδευσης		
Ανώτερες σπουδές	31	30,4
Ανώτατες σπουδές	71	69,6
Σύνολο	102	100,0

Επίσης, αναφορικά με τον τόπο μόνιμης διαμονής τους το 48% του δείγματος αποτελούταν από εργαζόμενους που δήλωσαν ως τόπο διαμονής την περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά (Πίνακας 2). Σημαντικό μέρος των συμμετεχόντων ανέφερε τα νησιά του Αιγαίου (36,3%) με το υψηλότερο ποσοστό να εμφανίζει η Λέσβος (28,4%), ενώ ακολουθούν οι συμμετέχοντες που διέμεναν στη Θεσσαλονίκη (9,8%).

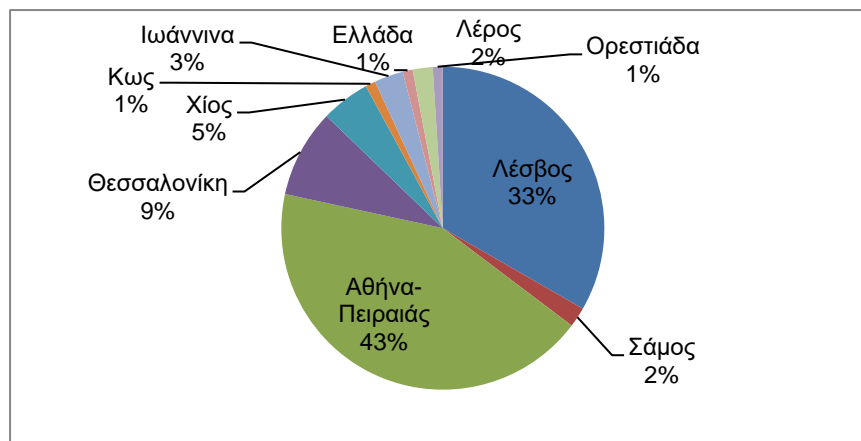
Αντίστοιχα σε σχέση με τον τόπο εργασίας το 43,1% παρείχε τις υπηρεσίες του στην περιοχή της Αθήνας και του Πειραιά, στο 43,2% ανήρχετο το ποσοστό των εργαζομένων σε νησιά (33,3% στη Λέσβο, 4,9% στη Χίο, από 2,0% στη Σάμο και στη Λέρο και 1,0% στην Κω), ενώ το 8,8% απασχολείτο στη Θεσσαλονίκη και οι υπόλοιποι στα Ιωάννινα και την Ορεστιάδα (Διάγραμμα 1.). Η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό 54,9% δεν εργαζόταν στον τόπο μόνιμης διαμονής του.

Πίνακας 2.

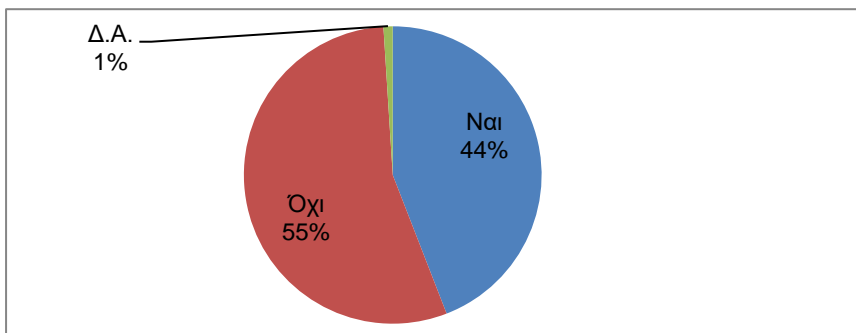
Τόπος μόνιμης διαμονής και συνθήκες εργασίας

	Συχνότητα	%
<i>Τόπος διαμονής</i>		
Λέσβος	29	28,4
Σάμος	2	2,0
Αθήνα- Πειραιας (1)	49	48,0
Θεσσαλονίκη	10	9,8
Χίος	5	4,9
Κως	1	1,0
Ιωάννινα	2	2,0
Ελλάδα	3	2,9
Μη σταθερός	1	1,0
<i>Εργασία σχετική με σπουδές</i>		
Ναι	85	83,3
Όχι	14	13,7
Δ.Α.	3	2,9
<i>Ευχαριστημένος/η από το εργασιακό περιβάλλον</i>		
Ναι	70	68,6
Όχι	31	30,4
Δ.Α.	1	1,0
<i>Είδος εργασίας</i>		
Ιδιωτικός Υπάλληλος	82	80,4
Δημόσιος υπάλληλος	6	5,9
Ελεύθερος επαγγελματίας	6	5,9
Άλλο	6	5,9
Δ.Α.	2	2,0
<i>Τύπος εργασίας</i>		
Πλήρης	97	95,1
Μερική	4	3,9
Δ.Α.	1	1,0
<i>Συμβόλαιο εργασίας</i>		
Μόνιμος	24	23,5
Συμβασιούχος	76	74,5
Άλλο	1	1,0
Δ.Α.	1	1,0
<i>Ωράριο</i>		
Σταθερό	80	78,4
Κυλιόμενο	21	20,6
Δ.Α.	1	1,0
Σύνολο	102	100,0

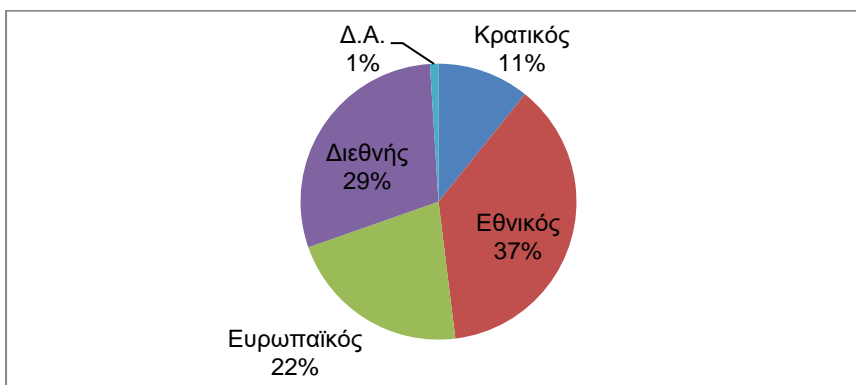
Τόπος εργασίας



Εργασία στον τόπο μόνιμης διαμονής



Φορέας απασχόλησης



Διάγραμμα 1. Τόπος εργασίας, εργασία στον τόπο μόνιμης διαμονής και φορέας απασχόλησης

Το 95,1% των συμμετεχόντων αποτελούταν από εργαζόμενους πλήρους απασχόλησης και σε ποσοστό 74,5% εργάζονταν ως συμβασιούχοι με σταθερό ωράριο (78,4%). Τέλος, το 37,3% του δείγματος απασχολούταν σε εθνικούς φορείς απασχόλησης, το 29,4% σε διεθνείς φορείς, το 21,6% σε ευρωπαϊκούς φορείς και το 10,8% σε κρατικούς φορείς που δραστηριοποιούνται στο προσφυγικό πεδίο (Διάγραμμα 1). Από το σύνολο του δείγματος, το 68,6% δήλωσαν ότι είναι ευχαριστημένοι με το εργασιακό τους περιβάλλον.

6.2 Συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας

Στο τμήμα που ακολουθεί παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τη συχνότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας των εργαζομένων στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα. Ειδικότερα, παρατίθενται τα αποτελέσματα, όπως προέκυψαν από την ανάλυση των δεδομένων, σχετικά με τον επιπολασμό των συμπτωμάτων στρες, άγχους, κατάθλιψης, μετατραυματικού στρες και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα στοιχεία προέκυψαν από τις βαθμολογίες των αντίστοιχων αυτο-αναφερόμενων κλιμάκων καταγραφής συμπτωμάτων που χρησιμοποιήθηκαν σε δείγμα εργαζομένων του πληθυσμού αυτού. Με βάση τις απαντήσεις των συμμετεχόντων υπολογίστηκαν οι βαθμολογίες για κάθε επιμέρους σύμπτωμα. Η συχνότητα εμφάνισης των προβλημάτων παρουσιάζεται σύμφωνα με τα σημεία καθορισμού των φυσιολογικών ορίων, όπως αναφέρει η σχετική βιβλιογραφία.

Δεδομένου ότι οι μετρήσεις των δεικτών ψυχικής υγείας έγιναν μέσω της χρήσης κλιμάκων αυτο-αναφοράς και όχι μέσω αυστηρά κλινικών συνεντεύξεων και αξιολογήσεων δεν μπορούν να προκύψουν σταθερά συμπεράσματα σχετικά με τα ακριβή ποσοστά επιπολασμού των συμπτωμάτων ψυχικής υγείας. Ωστόσο, το εύρος των τιμών που υπερβαίνει τα τυπικά σημεία καθορισμού των φυσιολογικών ορίων παρέχει ικανοποιητικές πληροφορίες σχετικά με το βάρος των αναφερόμενων συμπτωμάτων (Bolton, Wilk, Ndogoni, 2004· Kolltveit et al., 2012).

Επιπολασμός συμπτωμάτων στρες, άγχους και κατάθλιψης

Στον Πίνακα 3 που ακολουθεί παρουσιάζεται η συχνότητα εμφάνισης στρες, άγχους και κατάθλιψης στα άτομα που συμμετείχαν στο δείγμα καθώς και η κατάταξη τους σύμφωνα με τις τιμές των φυσιολογικών ορίων και της σοβαρότητας της κλίμακας DASS 21 για τη συνολική αποτίμηση του προβλήματος και τις επιμέρους συνιστώσες του (Lonibond, & Lonibond, 1995). Τα συνολικά αποτελέσματα της κλίμακας δείχνουν ότι περίπου το 5% των ερωτηθέντων εμφανίζει βαθμολογία που ξεπερνά τα φυσιολογικά όρια με βάση τα όρια της κλίμακας άγχους, στρες και κατάθλιψης. Αυτό το γεγονός που μπορεί να αποτελεί ένδειξη ότι τα άτομα αυτά βρίσκονται σε κίνδυνο και αντιμετωπίζουν ένα συνδυασμό συμπτωμάτων στρες, άγχους και κατάθλιψης. Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας για τα επιμέρους συμπτώματα, προκύπτει ότι το 18,6% των συμμετεχόντων εμφάνισε βαθμολογίες που υποδείκνυαν σοβαρό ή πολύ σοβαρό επίπεδο στρες με ποσοστά 10,8% και 7,8%, αντίστοιχα. Επιπλέον, το 10,8% του δείγματος εμφάνισε βαθμολογίες που υποδείκνυαν μέτριο επίπεδο στρες, ενώ το 14,7% εμφάνισε ήπιο επίπεδο. Τέλος, σε ποσοστό 55,9%, οι συμμετέχοντες εμφάνισαν κανονικό επίπεδο στρες, σύμφωνα με τις σχετικές μετρήσεις.

Όσον αφορά το επίπεδο άγχους που εμφάνιζαν οι συμμετέχοντες, το ποσοστό των εργαζομένων που εμφάνισαν βαθμολογίες που υποδείκνυαν πολύ σοβαρό επίπεδο άγχους ανέρχεται σε 14,7%. Το 3,9% του δείγματος εμφάνισε βαθμολογίες που υποδείκνυαν σοβαρό επίπεδο άγχους, ενώ το υπόλοιπο 3,9% παρουσίαζε ήπιο επίπεδο και το 13,7% μέτριο επίπεδο άγχους. Τέλος, σε ποσοστό 63,7% οι συμμετέχοντες ανέφεραν κανονικό επίπεδο άγχους στις κλίμακες μέτρησης που αποτιμούν το ποσοστό εμφάνισης.

Πίνακας 3.

Συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων στρες, άγχους και κατάθλιψης

Επίπεδο		Στρες		Άγχος		Κατάθλιψη	
		Όρια*		Όρια		Όρια	
Κανονικό	Συχνότητα	0-14	57	0-7	65	0-9	54
	%		55,9%		63,7%		52,9%
Ήπιο	Συχνότητα	15-18	15	8-9	4	10-13	10
	%		14,7%		3,9%		9,8%
Μέτριο	Συχνότητα	19-25	11	10-14	14	14-20	18
	%		10,8%		13,7%		17,6%
Σοβαρό	Συχνότητα	26-33	11	15-19	4	21-27	6
	%		10,8%		3,9%		5,9%
Πολύ σοβαρό	Συχνότητα	34+	8	20+	15	28+	14
	%		7,8%		14,7%		13,7%
	Συχνότητα	Σύνολο	102		102		102
	%	%	100,0		100,0		100,0

Όρια*= Τυπικά σημεία αξιολόγησης του επιπέδου προβλήματος ψυχικής υγείας

Τέλος, όσον αφορά στις ερωτήσεις που αναφέρονται την αυτο-αξιολόγηση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης, το 1/5 των εργαζομένων παρουσίασε βαθμολογίες που υποδείκνυαν σοβαρό ή πολύ σοβαρό επίπεδο κατάθλιψης (5,9% και 13,7%, αντίστοιχα). Το ποσοστό των εργαζομένων που δήλωσαν ήπιο και μέτριο επίπεδο κατάθλιψης ανέρχεται σε 9,8% και 17,6% αντίστοιχα, ενώ στο 52,9% ανέρχεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που ανέφεραν κανονικό επίπεδο στη μέτρηση της κατάθλιψης.

Επιπολασμός συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD)

Στον Πίνακα 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της βαθμολόγησης των απαντήσεων των συμμετεχόντων στην κλίμακα μέτρησης της συνολικής ή μερικής μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD).

Πίνακας 4.

Συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD)

Όρια	Συχνότητα	%
0-32	61	59,8
33+	41	40,2
0-23	46	45,1
24+	56	54,9
0-36	71	69,6
37+	31	30,4
Σύνολο	102	100,0

Σύμφωνα με τη συνολική βαθμολογία της κλίμακας IES-R και με βάση τα καθορισμένα φυσιολογικά όρια και τα επίπεδα αποτίμησης του προβλήματος, το 40,2% του δείγματος της έρευνας παρουσίασε βαθμολογίες που υποδείκνυαν συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής του στρες, συγκεντρώνοντας συνολική βαθμολογία πάνω από 33 βαθμούς. Η παρουσία συμπτωμάτων μετατραυματικού στρες ήταν ελαφρώς μεγαλύτερη στους άνδρες εργαζόμενους (41,4%) σε σύγκριση

με τις γυναίκες (38%). Επίσης, το 54,9% των συμμετεχόντων παρουσίασε μερικά από τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Η παρουσία μερικών συμπτωμάτων PTSD είναι μεγαλύτερη στους άνδρες εργαζόμενους (65,5% έναντι 49,3% στις γυναίκες) με συνολική βαθμολογία πάνω από 24 βαθμούς. Τέλος, το 30,4% των συμμετεχόντων παρουσιάζει συνολική βαθμολογία πάνω από 37, που αποτελεί ένδειξη για πολύ υψηλή μετατραυματική διαταραχή του στρες, σε τέτοιο επίπεδο που μπορεί να καταστείλει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού σας συστήματος.

Η συχνότητα παρουσίας των επιμέρους κατηγοριών συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής του στρες στους συμμετέχοντες παρουσιάζεται στον Πίνακα 5. Για την αξιολόγηση των αντίστοιχων συμπτωμάτων υπολογίστηκε ο μέσος όρος της βαθμολόγησης των ερωτήσεων που συνθέτουν τους επιμέρους δείκτες μέτρησης των διεισδυτικών συμπτωμάτων, των συμπτωμάτων αποφυγής και των συμπτωμάτων υπερδιέγερσης με βάση την κλίμακα IES-R. Σύμφωνα με τα στοιχεία αυτά, το 40,2% των εργαζομένων παρουσίασαν υψηλή βαθμολογία (πάνω από το μέσο όρο) στις ερωτήσεις που αφορούν στα διεισδυτικά συμπτώματα (Μ.Ο.= 1,38· Τ.Α.=0,83), ενώ το 18,6% των συμμετεχόντων σκόραραν από 2 έως 2,9 στην κλίμακα και το 5,9% πάνω από 3. Σημειώνεται ότι οι χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα συμβολίζουν χαμηλότερα επίπεδα στρες. Αντίστοιχα, υψηλή βαθμολογία στη μέτρηση των συμπτωμάτων αποφυγής, πάνω από το μέσο όρο (Μ.Ο.= 1,40· Τ.Α.=0,81), εμφάνισε το 46,1% των εργαζομένων, ενώ το 21,6% βαθμολόγησε με 2 έως 2,9 στην κλίμακα μέτρησης και το 4,9% πάνω από 3. Τέλος, υψηλή βαθμολογία στη μέτρηση των συμπτωμάτων υπερδιέγερσης, πάνω από το μέσο όρο (Μ.Ο.=1,34· Τ.Α.=0,89), παρουσίασε το 40,2% των συμμετεχόντων, ενώ το 21,6% σκόραρε από 2 έως 2,9 στην κλίμακα μέτρησης και το 12,8% των συμμετεχόντων σκόραρε πάνω από 3.

Πίνακας 5.

Συχνότητα εμφάνισης διεισδυτικών συμπτωμάτων, συμπτωμάτων αποφυγής, και συμπτωμάτων υπερδιέγερσης (Μέγιστη τιμή 4)

	Διεισδυτικά συμπτώματα		Συμπτώματα αποφυγής		Συμπτώματα υπερδιέγερσης	
	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%	Συχνότητα	%
0- Μ.Ο.	61	59,8	55	53,9	61	59,8
Μ.Ο.- 1,999	16	15,7	20	19,6	14	13,7
2-2,999	19	18,6	22	21,6	22	21,6
3-4	6	5,9	5	4,9	5	4,9
Πάνω από το μέσο όρο	41	40,2	47	46,1	41	40,2
Σύνολο	102	100,0	102	100,0	102	100,0

Αντίστοιχα, υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες συνολικά, πάνω από το μέσο όρο (Μ.Ο.= 4,10· Τ.Α.=2,24), εμφάνισε το 45,1%, ενώ το 9,8% κυμάνθηκε από 6 έως 6,9 και το 12,8% πάνω από 7 (Πίνακας 6). Σημειώνεται ότι οι υψηλότερες τιμές στην κλίμακα αποτελούν ενδείξεις για υψηλότερα επίπεδα μετατραυματικής διαταραχής του στρες.

Πίνακας 6.

Συχνότητα εμφάνισης μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Μέγιστη τιμή 12)

	Μετατραυματική διαταραχή του στρες	
	Συχνότητα	%
0- Μ.Ο.	56	54,9
Μ.Ο.- 5,999	23	22,5
6-6,999	10	9,8
7-10	13	12,7
Πάνω από το μέσο όρο	46	45,1
Σύνολο	102	100,0

Συχνότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout)

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζεται η συχνότητα εμφάνισης συμπτωμάτων που συνθέτουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, ήτοι η συναισθηματική εξάντληση, η προσωπική επίτευξη και η αποπροσωποποίηση. Με βάση τον τρόπο βαθμολόγησης του ερωτηματολογίου Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach (Maslach Burnout Inventory-MBI), οι τρεις επιμέρους κλίμακες αξιολογούν τα αντίστοιχα συναισθήματα που βιώνουν οι συμμετέχοντες και δείχνουν το επίπεδο εμφάνισης του συμπτώματος σύμφωνα με τα αντίστοιχα σημεία τομής που έχουν προταθεί από τους Maslach & Jackson (1986).

Πίνακας 7.

Συχνότητα εμφάνισης συναισθηματικής εξάντλησης, προσωπικής επίτευξης και αποπροσωποποίησης

Επίπεδο	Συναισθηματική εξάντληση			Προσωπική Επίτευξη			Αποπροσωποποίηση		
	Όρια	Συχνότητα	%	Όρια	Συχνότητα	%	Όρια	Συχνότητα	%
Χαμηλή	0-20	49	48,0	0-35	70	68,6	0-5	45	44,1
Μέτρια	21-30	23	22,5	36-41	24	23,5	6-10	23	22,5
Υψηλή	31+	30	29,4	42+	8	7,8	11+	34	33,3
Σύνολο		102	100,0		102	100,0		102	100,0

Με βάση τα στοιχεία που παρατίθενται στον Πίνακα 7, το 29,4% των συμμετεχόντων σημείωσαν υψηλή βαθμολογία γεγονός που αποτελεί ένδειξη για την ύπαρξη υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης, δηλαδή συναισθήματα εξάντλησης και ακραίες συναισθηματικές εκδηλώσεις ως απόρροια της εργασίας τους στο προσφυγικό πεδίο. Επίσης, για το 33,3% του δείγματος η βαθμολογία υποδεικνύει απρόσωπες αντιδράσεις των εργαζομένων και κενές συναισθήματος απέναντι στους αποδέκτες των υπηρεσιών τους. Η υψηλή βαθμολογία στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης αποτελεί ένδειξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ίδιο συμβαίνει και με τη χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα προσωπικής επίτευξης, η οποία μετρά την υποκειμενική αντίληψη των συμμετεχόντων για την επάρκεια τους στον επαγγελματικό τομέα, και αφορά το 68,6% των εργαζομένων. Αντίθετα, σε 48% ανέρχεται το ποσοστό των συμμετεχόντων που εμφάνισαν χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης και στο 44,1% στην κλίμακα μέτρησης της αποπροσωποποίησης, ενώ μόλις το 7,8% εμφάνισε υψηλές τιμές στην κλίμακα προσωπικής επίτευξης.

6.3 Η επίδραση των παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στους δείκτες ψυχικής υγείας

Στο τμήμα που ακολουθεί εξετάζονται οι παράγοντες που επηρεάζουν τους δείκτες ψυχικής υγείας των εργαζομένων στην παροχή υπηρεσιών σε προσφυγικούς πληθυσμούς. Εξετάζονται ξεχωριστά οι βασικοί παράγοντες που επηρεάζουν τα επίπεδα στρες, άγχους, κατάθλιψης, μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD), και επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout). Οι παράγοντες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το φύλο, η ηλικία, η εργασία στον τόπο μόνιμης κατοικίας, το ωράριο εργασίας, ο φορέας εργασίας, η αντίληψη τους για την ευχαρίστηση από το εργασιακό περιβάλλον, η συχνή επαφή με τους προσφυγικούς πληθυσμούς, η επαρκής εκπαίδευση, ο φόρτος εργασίας, η κοινωνική στήριξη, η ανθεκτικότητα και ο τρόπος αντιμετώπισης προβλημάτων. Για την εξέταση της επίδραση των βασικών παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στους δείκτες ψυχικής υγείας πραγματοποιήθηκε ανάλυση παλινδρόμησης (regression analysis).

Όσον αφορά στην εμφάνιση συμπτωμάτων στρες (Πίνακας 8), οι βασικοί παράγοντες που εμφάνισαν στατιστικά σημαντική επίδραση στην αύξηση της συχνότητας του είναι το ωράριο εργασίας ($B=2,78$ [0,22, 5,34], $p<,05$), ο φορέας απασχόλησης ($B=1,43$ [0,41, 2,45], $p<,01$) η υποκειμενική αντίληψη των εργαζομένων για την ευχαρίστηση από την εργασία τους ($B=2,66$ [0,30, 5,03], $p<,05$) και ο φόρτος εργασίας ($B=0,39$ [0,07, 0,70], $p<,05$). Ειδικότερα, υψηλότερες τιμές στην κλίμακα του στρες παρουσιάζουν τα άτομα που εργάζονται σε κυλιόμενο ωράριο, αντιμετωπίζουν μεγάλο φόρτο εργασίας, απασχολούνται σε διεθνείς οργανισμούς και δηλώνουν ευχαριστημένοι από την εργασία τους. Αντίστροφα, η επαρκής εκπαίδευση ($B= -0,90$ [-1,72, -0,07], $p<,05$) και η εργασία στον τόπο μόνιμης κατοικίας ($B= -2,01$ [-3,93, -0,09], $p<,05$) συνδέθηκαν σημαντικά με τη μειωμένη εμφάνιση στρεσογόνων εκδηλώσεων. Συγκεκριμένα, τα άτομα που εργάζονται στον τόπο κατοικίας τους και έχουν λάβει την απαραίτητη εκπαίδευση για την αντιμετώπιση των δύσκολων καταστάσεων που προκύπτουν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους φαίνεται να διαχειρίζονται καλύτερα τις στρεσογόνες καταστάσεις με τις οποίες έρχονται αντιμέτωποι καθημερινά και να παρουσιάζουν λιγότερο στρες.

Πίνακας 8.

Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στο στρες

Μεταβλητές	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Beta	Beta			Lower Bound	Upper Bound
	1,941	6,012		,323	,748	-10,072	13,954
Φύλο	1,791	1,166	,141	1,536	,130	-,540	4,122
Ηλικία	-,374	,766	-,047	-,489	,627	-1,904	1,156
Εργασία στον τόπο κατοικίας*	-2,010	,962	-,177	-2,090	,041	-3,932	-,088
Χρόνος εργασίας στη θέση	-,013	,021	-,059	-,631	,530	-,055	,029
Ωράριο*	2,782	1,280	,187	2,174	,033	,224	5,340
Φορέας απασχόλησης**	1,432	,511	,256	2,800	,007	,410	2,454
Ευχαριστημένος/όχι*	2,662	1,182	,217	2,251	,028	,299	5,025
Συχνή επαφή	,529	,414	,101	1,279	,205	-,298	1,356
Επαρκής εκπαίδευση*	-,896	,414	-,188	-2,163	,034	-1,724	-,068
Φόρτος εργασίας*	,386	,158	,225	2,443	,017	,070	,702
Κοινωνική στήριξη	-,152	,144	-,112	-1,052	,297	-,440	,136
Ανθεκτικότητα	-,007	,050	-,016	-,147	,884	-,107	,092
Απόσπαση προσοχής	,541	,314	,170	1,726	,089	-,085	1,168
Ενεργή αντιμετώπιση	,191	,443	,048	,430	,669	-,695	1,076
Άρνηση **	1,030	,365	,259	2,821	,006	,300	1,760
Χρήση ουσίας*	,733	,380	,190	1,927	,058	-,027	1,492
Χρήση συναισθηματικής υποστήριξης	,049	,548	,014	,090	,929	-1,045	1,143
Χρήση καθοριστικής υποστήριξης	-,494	,455	-,135	-1,087	,281	-1,403	,414
Αποσύνδεση της συμπεριφοράς	-,926	,507	-,197	-1,827	,072	-1,939	,087
Εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων*	,812	,405	,233	2,002	,050	,002	1,622
Θετική αναδιάταξη *	-1,028	,464	-,270	-2,214	,030	-1,955	-,100
Σχεδιασμός	,370	,418	,094	,885	,380	-,465	1,205
Χιούμορ	-,481	,343	-,146	-1,404	,165	-1,165	,204
Αποδοχή	-,559	,396	-,132	-1,410	,164	-1,351	,233
Θρησκεία	,473	,230	,168	2,052	,044	,012	,933
Αυτο-μομφή (Self-blame)	-,496	,453	-,117	-1,096	,277	-1,401	,409

$R^2 = ,694$ * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $P < ,001$

Από τους προστατευτικούς παράγοντες και ειδικότερα από τους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων, η θετική αναδιάταξη (δηλαδή η προσπάθεια να δουν την κατάσταση με διαφορετικό τρόπο, πιο θετικά ή να ψάξουν κάτι θετικό σε αυτό που συμβαίνει) βρέθηκε στατιστικά σημαντικός παράγοντας για τη μείωση του στρες ($B=-1,03$ $[-1,95,-0,10]$, $p<,05$). Αντίθετα, αυτοί που λένε στον εαυτό τους ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζουν δεν μπορεί να συμβαίνει ή αρνούνται να πιστέψουν ότι συμβαίνει (άρνηση) ($B=1,03$ $[0,30, 1,76]$, $p<,01$), αυτοί που λένε πράγματα για να εκτονωθούν τα αρνητικά συναισθήματα ή εκφράζουν τα συναισθήματα αυτά (εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων) ($B=0,81$ $[0,00, 1,62]$, $p<,05$), αυτοί που προσπαθούν να βρουν παρηγοριά στη θρησκεία ή άλλες πνευματικές ενασχολήσεις, προσεύχονται ή αυτοσυγκεντρώνονται (θρησκεία) ($B=0,47$ $[0,01, 0,93]$, $p<,05$) και οριακά αυτοί που καταφεύγουν στη χρήση αλκοολούχων ποτών ή ναρκωτικών για να αισθάνονται καλύτερα ή να ξεπεράσουν δύσκολες καταστάσεις (χρήση ουσίας) ($B=0,73$ $[-0,03, 1,49]$, $p<,058$), παρουσιάζουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην κατεύθυνση της αύξησης της εμφάνισης του στρες. Τέλος, οι παράγοντες φύλο, ηλικία, χρόνος εργασίας στη θέση, όπως και κοινωνική στήριξη και ανθεκτικότητα δεν βρέθηκε να συνδέονται σημαντικά με την εμφάνιση συμπτωμάτων στρες στον υπό μελέτη πληθυσμό ($p>,05$).

Αναφορικά με την εκδήλωση συμπτωμάτων άγχους (Πίνακας 9), η μεγαλύτερη ηλικία των συμμετεχόντων συνδέθηκε σημαντικά με χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης τους ($B=-1,73$ $[-3,30, -0,16]$, $p<,05$). Επίσης, οι συμμετέχοντες που διαθέτουν επαρκή εκπαίδευση ($B=-1,08$ $[-1,93, -0,23]$, $p<,01$) όπως και αυτοί που ως τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων αποδέχονται την πραγματικότητα σε σχέση με αυτό που συμβαίνει και μαθαίνουν να ζουν με το πρόβλημα (αποδοχή) ($B= -0,96$ $[-1,77, -0,15]$, $p<,05$) εμφάνισαν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης των συμπτωμάτων του άγχους. Επιπλέον, οριακά σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων, ο αυξημένος φόρτος εργασίας, η εργασία σε διεθνείς οργανισμούς και η άρνηση καταστάσεων που τους συμβαίνουν επηρεάζουν προς την κατεύθυνση της αύξησης την εμφάνιση αγχωτικών συμπτωμάτων. Τέλος, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική επίδραση ($p>,05$) των παραγόντων φύλο, χρόνος εργασίας στη θέση, ωράριο, συχνή επαφή με τους εξυπηρετούμενους, κοινωνική στήριξη και ανθεκτικότητα με την εκδήλωση του άγχους, βάσει των σχετικών μετρήσεων και αναλύσεων που πραγματοποιήθηκαν.

Όσον αφορά στην εμφάνιση κατάθλιψης (Πίνακας 10), βρέθηκε ότι η ύπαρξη κοινωνικής στήριξης ($B= -0,31$ $[-0,58, -0,03]$, $p<,05$) και υψηλής ανθεκτικότητας ($B= -0,13$ $[-0,23, -0,04]$, $p<,01$), αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για τη μείωση της εμφάνισης των συμπτωμάτων της διαταραχής. Αντίστροφα, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο φορέας απασχόλησης ($B= 1,87$ $[0,90, 2,83]$, $p<,001$) βρέθηκε ότι αποτελεί στατιστικά σημαντικό παράγοντα που συνδέεται με την αύξησή της εμφάνισης των συμπτωμάτων της διαταραχής, με τους εργαζόμενους στους διεθνείς οργανισμούς να είναι περισσότερο ευάλωτοι ως προς αυτό. Επιπλέον, τα άτομα που επιλέγουν για την αντιμετώπιση των προβλημάτων τη θετική αναδιάταξη ($B= -0,87$ $[-1,74, -0,01]$, $p<,05$), το χιούμορ ($B= -0,76$ $[-1,41, -0,12]$, $p<,05$) ή την αποδοχή ($B= -0,91$ $[-1,66, -0,17]$, $p<,05$) εμφάνισαν χαμηλότερο κίνδυνο για την εκδήλωση κατάθλιψης σε αντίθεση με τους εργαζόμενους που επιλέγουν μηχανισμούς άμυνας, όπως η άρνηση ($B= 0,82$ $[0,13, 1,51]$, $p<,05$).

Πίνακας 9.

Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στο άγχος

Μεταβλητές	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
	5,962	6,160		,968	,337	-6,347	18,271
Φύλο	,357	1,195	,033	,299	,766	-2,031	2,746
Ηλικία	-1,728	,785	-,250	-2,203	,031	-3,296	-,160
Εργασία στον τόπο κατοικίας*	-1,574	,986	-,160	-1,597	,115	-3,544	,395
Χρόνος εργασίας στη θέση	-,012	,021	-,064	-,579	,565	-,055	,030
Ωράριο	1,433	1,311	,111	1,093	,279	-1,188	4,054
Φορέας απασχόλησης	,987	,524	,204	1,883	,064	-,061	2,034
Ευχαριστημένος/όχι	,983	1,212	,093	,811	,420	-1,438	3,404
Συχνή επαφή	,265	,424	,058	,625	,534	-,582	1,112
Επαρκής εκπαίδευση**	-1,077	,425	-,261	-2,536	,014	-1,926	-,228
Φόρτος εργασίας	,277	,162	,186	1,707	,093	-,047	,600
Κοινωνική στήριξη	-,136	,148	-,116	-,921	,361	-,431	,159
Ανθεκτικότητα	,044	,051	,109	,861	,392	-,058	,146
Απόσπαση προσοχής	,242	,321	,088	,752	,455	-,401	,884
Ενεργή αντιμετώπιση	-,263	,454	-,077	-,578	,565	-1,170	,645
Άρνηση	,645	,374	,188	1,723	,090	-,103	1,393
Χρήση ουσίας	,464	,390	,139	1,190	,238	-,315	1,242
Χρήση συναισθηματικής υποστήριξης	,663	,561	,214	1,183	,241	-,458	1,785
Χρήση καθοριστικής υποστήριξης	-,444	,466	-,141	-,954	,344	-1,375	,486
Αποσύνδεση της συμπεριφοράς	-,410	,519	-,101	-,790	,432	-1,448	,627
Εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων	-,114	,415	-,038	-,275	,784	-,945	,716
Θετική αναδιάταξη	,134	,476	,041	,281	,780	-,817	1,084
Σχεδιασμός	-,281	,428	-,082	-,655	,515	-1,137	,575
Χιούμορ	-,311	,351	-,109	-,887	,378	-1,013	,390
Αποδοχή*	-,961	,406	-,263	-2,365	,021	-1,773	-,149
Θρησκεία	,306	,236	,125	1,294	,200	-,166	,777
Αυτο-μομφή (Self-blame)	,523	,464	,143	1,126	,264	-,405	1,450

$R^2 = ,570$ * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $P < ,001$

Πίνακας 10.

Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στην κατάθλιψη

Μεταβλητές	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
	8,176	5,675		1,441	,155	-3,166	19,517
Φύλο	,609	1,101	,048	,553	,582	-1,592	2,810
Ηλικία	,985	,723	,123	1,362	,178	-,460	2,429
Εργασία στον τόπο κατοικίας	-,354	,908	-,031	-,389	,698	-2,168	1,461
Χρόνος εργασίας στη θέση	-,012	,020	-,054	-,610	,544	-,052	,027
Ωράριο	1,981	1,208	,133	1,640	,106	-,433	4,396
Φορέας απασχόλησης***	1,869	,483	,333	3,871	,000	,904	2,834
Ευχαριστημένος/όχι	1,908	1,116	,155	1,709	,092	-,323	4,138
Συχνή επαφή	,435	,391	,082	1,113	,270	-,346	1,215
Επαρκής εκπαίδευση	-,616	,391	-,129	-1,575	,120	-1,398	,166
Φόρτος εργασίας	,220	,149	,128	1,475	,145	-,078	,518
Κοινωνική στήριξη*	-,306	,136	-,225	-2,250	,028	-,578	-,034
Ανθεκτικότητα **	-,134	,047	-,287	-2,860	,006	-,228	-,040
Απόσπαση προσοχής*	,736	,296	,231	2,484	,016	,144	1,327
Ενεργή αντιμετώπιση	,372	,418	,094	,889	,377	-,464	1,208
Άρνηση*	,821	,345	,206	2,380	,020	,132	1,510
Χρήση ουσίας	,554	,359	,143	1,542	,128	-,164	1,271
Χρήση συναισθηματικής υποστήριξης	,651	,517	,181	1,260	,212	-,382	1,684
Χρήση καθοριστικής υποστήριξης	-,014	,429	-,004	-,032	,974	-,871	,844
Αποσύνδεση της συμπεριφοράς	-,655	,478	-,139	-1,369	,176	-1,611	,301
Εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων	,356	,383	,102	,931	,356	-,409	1,121
Θετική αναδιάρθρωση *	-,869	,438	-,227	-1,983	,052	-1,745	,007
Σχεδιασμός	-,168	,395	-,043	-,426	,672	-,957	,621
Χιούμορ*	-,763	,323	-,230	-2,360	,021	-1,410	-,117
Αποδοχή*	-,915	,374	-,216	-2,444	,017	-1,663	-,167
Θρησκεία	,024	,218	,008	,109	,913	-,411	,459
Αυτο-μομφή (Self-blame)	,477	,428	,112	1,117	,268	-,377	1,332

$R^2 = ,729$ * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $P < ,001$

Όσον αφορά στην εμφάνιση συμπτωμάτων μετατραυματικής διαταραχής του στρες (Πίνακας 11) στατιστικά σημαντική επίδραση στην αύξηση τους παρουσίασαν η υποκειμενική αντίληψή των εργαζομένων για την ευχαρίστηση από την εργασία τους ($B=8,36$ [0,10, 16,62], $p<,05$), η αντιμετώπιση των προβλημάτων τους με άρνηση ($B= 3,14$ [0,58, 5,69], $p<,05$), η χρήση ουσιών ($B= 4,48$ [1,83, 7,14], $p<,001$) και η αυτο-κατηγορία ($B= 4,32$ [1,16, 7,49], $p<,01$). Αντίστροφα, προς την κατεύθυνση της μείωσής της Μετατραυματικής διαταραχής τους στρες επέδρασε η ύπαρξη ουσιαστικής υποστήριξης (συμβουλές και βοήθεια από άλλους) ($B= -3,81$ [-6,98, -0,63], $p<,05$).

Τέλος, εξετάστηκε η επίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων στην εμφάνιση των επιμέρους κατηγοριών του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (συναισθηματική εξάντληση, προσωπικά επιτεύγματα, αποπροσωποποίηση). Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των αντίστοιχων γραμμικών παλινδρομήσεων. Αρχικά, τα αποτελέσματα προτείνουν ότι ο φόρτος εργασίας ($B=1,54$ [0,86, 2,22], $p<,001$), η συχνή επαφή με τους προσφυγικούς πληθυσμούς ($B=2,68$ [0,89, 4,47], $p<,01$), ο φορέας απασχόλησης ($B=2,36$ [0,15, 4,57], $p<,05$), και η υποκειμενική αντίληψή των εργαζομένων για το αν είναι ευχαριστημένοι από την εργασία τους ($B=5,21$ [0,10, 10,32], $p<,05$), έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση στην αύξηση της συναισθηματικής εξάντλησης. Αντίστροφα, η εργασία στον τόπο κατοικίας ($B= -6,06$ [-10,22, -1,91], $p<,01$) και ο τρόπος διαχείρισης με θετική αναδιάταξη ($B= -2,64$ [-4,64, -0,63], $p<,01$) βρέθηκε να έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τη μείωση εμφάνισής της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όσον αφορά τη δεύτερη συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήτοι την αίσθηση επάρκειας στον επαγγελματικό χώρο (προσωπική επίτευξη) η ανθεκτικότητα ($B=0,27$ [0,10, 0,44], $p<,01$), και ο φόρτος εργασίας ($B=0,53$ [0,00, 1,06], $p<,05$) εμφάνισαν στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση, συμβάλλοντας στην αύξηση της εμφάνισής της. Αναφορικά με την τρίτη συνιστώσα της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήτοι την καταγραφή απρόσωπων και κενών συναισθήματος αντιδράσεων των εργαζομένων απέναντι στους εξυπηρετούμενους πληθυσμούς (αποπροσωποποίηση) η ύπαρξη κοινωνικής στήριξης ($B= -0,65$ [-1,01, -0,29], $p<,001$) και ο τρόπος διαχείρισης με θετική αναδιάταξη ($B= -1,39$ [-2,56, -0,22], $p<,05$) εμφάνισαν στατιστικά σημαντική επίδραση προς την κατεύθυνση της μείωσής της. Αντίστροφα, σημαντικός προβλεπτικός παράγων για την αύξηση της αποπροσωποποίησης βρέθηκε να είναι το ωράριο ($B=5,05$ [1,83, 8,27], $p<,01$), με τους εργαζόμενους σε κυλιόμενο ωράριο να δηλώνουν σημαντικά υψηλότερη αποπροσωποποίηση, όπως συμβαίνει και με όσους χρησιμοποιούν το χιούμορ για τη διαχείριση των προβλημάτων τους ($B=0,86$ [0,00, 1,72], $p<,05$).

Πίνακας 11.

Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στη μετατραυματική διαταραχή του στρες (PTSD)

Μεταβλητές	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
	B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
	9,871	21,013		,470	,640	-32,121	51,862
Φύλο	1,470	4,077	,040	,361	,720	-6,678	9,617
Ηλικία	-4,602	2,677	-,199	-1,719	,090	-9,951	,747
Εργασία στον τόπο κατοικίας	-6,150	3,362	-,187	-1,829	,072	-12,868	,569
Χρόνος εργασίας στη θέση	,079	,073	,122	1,077	,286	-,067	,225
Ωράριο	4,580	4,474	,106	1,024	,310	-4,360	13,520
Φορέας απασχόλησης	,713	1,788	,044	,399	,691	-2,859	4,286
Ευχαριστημένος/όχι*	8,363	4,133	,235	2,023	,047	,103	16,623
Συχνή επαφή	1,991	1,446	,131	1,376	,174	-,900	4,881
Επαρκής εκπαίδευση	-,888	1,449	-,064	-,613	,542	-3,782	2,007
Φόρτος εργασίας	,863	,553	,174	1,562	,123	-,241	1,967
Κοινωνική στήριξη	-,638	,504	-,162	-1,267	,210	-1,645	,369
Ανθεκτικότητα	,338	,174	,250	1,940	,057	-,010	,685
Απόσπαση προσοχής	,097	1,096	,011	,088	,930	-2,094	2,287
Ενεργή αντιμετώπιση	,576	1,549	,050	,372	,711	-2,520	3,672
Άρνηση *	3,137	1,277	,273	2,457	,017	,585	5,688
Χρήση ουσίας*	4,484	1,329	,401	3,374	,001	1,828	7,139
Χρήση συναισθηματικής υποστήριξης	1,992	1,914	,192	1,041	,302	-1,833	5,816
Χρήση καθοριστικής υποστήριξης*	-3,809	1,589	-,361	-2,397	,020	-6,984	-,634
Αποσύνδεση της συμπεριφοράς	-2,500	1,772	-,184	-1,411	,163	-6,040	1,040
Εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων	-2,541	1,417	-,252	-1,793	,078	-5,373	,291
Θετική αναδιάταξη	,564	1,623	,051	,347	,729	-2,679	3,806
Σχεδιασμός	-,534	1,461	-,047	-,365	,716	-3,454	2,387
Χιούμορ	-,936	1,197	-,098	-,781	,438	-3,328	1,457
Αποδοχή	-1,476	1,386	-,121	-1,065	,291	-4,245	1,293
Θρησκεία	-,758	,805	-,093	-,941	,350	-2,368	,851
Αυτο- μωμφή (Self-blame) *	4,324	1,583	,353	2,732	,008	1,161	7,487

$R^2 = ,553$ * $p < ,05$, ** $p < ,01$, *** $P < ,001$

Πίνακας 12.

Επίδραση παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης: Άξονες συναισθηματικής εξάντλησης, προσωπικής επίτευξης, αποπροσωποποίησης

Μεταβλητές	Συναισθηματική εξάντληση			Προσωπική επίτευξη			Αποπροσωποποίηση		
	B	T.A.	Sig.	B	T.A.	Sig.	B	T.A.	Sig.
	,268	12,999	,984	13,017	10,066	,201	3,736	7,564	,623
Φύλο	2,299	2,522	,365	-2,297	1,953	,244	1,105	1,468	,454
Ηλικία	,594	1,656	,721	-2,232	1,282	,087	,850	,963	,381
Εργασία στον τόπο κατοικίας	-6,062	2,080	,005	-,469	1,611	,772	-1,385	1,210	,257
Χρόνος εργασίας στη θέση	-,076	,045	,097	,055	,035	,119	-,045	,026	,091
Ωράριο	1,352	2,768	,627	-2,180	2,143	,313	5,052	1,610	,003
Φορέας απασχόλησης	2,360	1,106	,037	-,152	,856	,859	,677	,643	,297
Ευχαριστημένος/όχι	5,209	2,557	,046	,994	1,980	,617	2,392	1,488	,113
Συχνή επαφή	2,678	,895	,004	,854	,693	,222	,727	,521	,168
Επαρκής εκπαίδευση	-,672	,896	,456	,770	,694	,271	1,365	,521	,011
Φόρτος εργασίας	1,540	,342	,000	,533	,265	,048	-,213	,199	,289
Κοινωνική στήριξη	-,263	,312	,402	,088	,241	,717	-,649	,181	,001
Ανθεκτικότητα	-,027	,108	,804	,269	,083	,002	,080	,063	,206
Απόσπαση προσοχής	-,037	,678	,957	,081	,525	,878	-,574	,395	,151
Ενεργή αντιμετώπιση	2,709	,958	,006	-,009	,742	,991	,824	,558	,144
Άρνηση	1,347	,790	,093	-,405	,612	,510	,408	,460	,377
Χρήση ουσίας	,453	,822	,583	-,609	,637	,342	,673	,478	,164
Χρήση συναισθηματικής υποστήριξης	-1,356	1,184	,256	,465	,917	,614	-,474	,689	,494
Χρήση καθοριστικής υποστήριξης	,194	,983	,844	,449	,761	,557	,043	,572	,940
Αποσύνδεση της συμπεριφοράς	,369	1,096	,737	,589	,849	,491	,541	,638	,400
Εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων	,080	,877	,927	-,676	,679	,323	,462	,510	,369
Θετική αναδιάταξη	-2,636	1,004	,011	1,356	,777	,086	-1,392	,584	,020
Σχεδιασμός	,934	,904	,306	-,769	,700	,276	-,144	,526	,785
Χιούμορ	,527	,741	,479	-1,075	,574	,066	,863	,431	,050
Αποδοχή	-1,638	,857	,061	-,029	,664	,965	,445	,499	,375
Θρησκεία	,783	,498	,121	,111	,386	,774	,178	,290	,541
Αυτο- μομφή (Self-blame)	,767	,979	,436	,290	,758	,704	-,260	,570	,650

Συναισθηματική εξάντληση $R^2=,688$ Προσωπικά επιτεύγματα $R^2=,444$, Αποπροσωποποίηση $R^2=,582$ * $p<,05$, ** $p<,01$, *** $P<,001$

Συνοπτικά, από την ανάλυση των δεδομένων διαπιστώθηκε ότι το σύνολο σχεδόν των παραγόντων που εξετάστηκαν βρέθηκε να έχουν σημαντική επίδραση σε κάποιους δείκτες ψυχικής υγείας που εξετάστηκαν στη συγκεκριμένη έρευνα. Ειδικότερα, ο παράγοντας «ηλικία» βρέθηκε ότι παρουσιάζει σημαντική επίδραση στην εμφάνιση του άγχους, με τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα των αντίστοιχων συμπτωμάτων. Επίσης, ο παράγοντας «ωράριο εργασίας» συνδέθηκε σημαντικά με την αύξηση στα επίπεδα εμφάνισης του στρες και της αποπροσωποποίησης. Άλλοι παράγοντες που εμφάνισαν σημαντική επίδραση ήταν ο φόρτος εργασίας, ο οποίος αποτέλεσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την αύξηση εμφάνισης στρες και συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ σημαντική για την αύξηση της συναισθηματικής εξάντλησης αναδείχθηκε και η συχνή επαφή με τους προσφυγικούς πληθυσμούς. Επίσης, το είδος του φορέα εργασίας βρέθηκε να επιδρά στην αύξηση του στρες, της κατάθλιψης και της συναισθηματικής εξάντλησης για τους εργαζόμενους των διεθνών οργανισμών. Επιπλέον, η ευχαρίστηση από την εργασία φαίνεται να επιδρά σημαντικά στην εμφάνιση του στρες, της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD) και της συναισθηματικής εξάντλησης, καθώς υψηλότερη αναφερόμενη ευχαρίστηση αυξάνει τα ποσοστά μέτρησης των ανωτέρω ψυχικών διαταραχών.

Από την άλλη μεριά, ο παράγοντας «εργασία στον τόπο κατοικίας» βρέθηκε να έχει σημαντική επίδραση στη μείωση του στρες και της συναισθηματικής εξάντλησης καθώς όσοι εργάζονταν στον τόπο μόνιμης κατοικίας τους εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά στρες και συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με όσους εργάζονταν μακριά από τον τόπο τους. Επίσης, η επαρκής εκπαίδευση επέδρασε σημαντικά στη μείωση της εμφάνισης του στρες και του άγχους, αλλά ταυτόχρονα οδήγησε στην αύξηση του βαθμού αποπροσωποποίησης. Ακόμη, σύμφωνα με τα αποτελέσματα, η ύπαρξη κοινωνικής στήριξης από συγγενείς, φίλους και συναδέλφους οδήγησε σε μειωμένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και αποπροσωποποίησης. Αντίστοιχα, η υψηλή ανθεκτικότητα μείωσε τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ αύξησε την αίσθηση επαγγελματικής επάρκειας. Η ύπαρξη ουσιαστικής υποστήριξης επέδρασε σημαντικά στη μείωση εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD). Τέλος, ο παράγοντας «χιούμορ» επιδρά στη μείωση των δεικτών της κατάθλιψης και την αύξηση του βαθμού αποπροσωποποίησης.

Όσον αφορά την επίδραση των διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων, όπως προέκυψε από την ανάλυση των σχετικών απαντήσεων των συμμετεχόντων, η θετική αναδιάταξη έδρασε προστατευτικά στην κατεύθυνση της μείωσης του στρες, της κατάθλιψης, της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Η αποδοχή επέδρασε επίσης σημαντικά στη μείωση των επιπέδων άγχους και της κατάθλιψης. Αντίθετα, η άρνηση συνδέθηκε σημαντικά με την αύξηση του στρες, της κατάθλιψης και της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD), ενώ η χρήση ουσιών ως τρόπος αντιμετώπισης συσχετίστηκε με την αύξηση του στρες και της μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Επιπλέον, η εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων και η θρησκεία συνδέθηκαν σημαντικά με την αύξηση του στρες, ενώ η αυτο-μομφή με την αύξηση της εμφάνισης των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Τέλος, οι παράγοντες «φύλο» και «χρόνος εργασίας στη θέση», όπως και από τους τρόπους

αντιμετώπισης των προβλημάτων η χρήση συναισθηματικής υποστήριξης και ο σχεδιασμός δεν βρέθηκαν να έχουν στατιστικά σημαντική επίδραση σε καμία από τις εξεταζόμενες μεταβλητές.

7. Συζήτηση

Η παρούσα μελέτη επιχείρησε να ενισχύσει την υπάρχουσα βιβλιογραφία στον τομέα της διερεύνησης των συνεπειών των ανθρωπιστικών και προσφυγικών κρίσεων χαρτογραφώντας και προσδίδοντας μια συνολική κατανόηση της επίδρασης βασικών παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στα επίπεδα εμφάνισης ψυχικών διαταραχών σε εργαζόμενους στον τομέα της παροχής υπηρεσιών στο προσφυγικό πεδίο. Βασικός στόχος της έρευνας ήταν να αποτυπωθεί η συχνότητα εμφάνισης διαταραχών ψυχικής υγείας όπως είναι το άγχος, το στρες, η κατάθλιψη, η μετατραυματική διαταραχή του στρες και η επαγγελματική εξουθένωση. Ο δεύτερος ερευνητικός στόχος ήταν εξεταστεί ο ρόλος ενός εύρους ατομικών, οργανωτικών και περιβαλλοντικών χαρακτηριστικών για να κατανοηθεί καλύτερα ο τρόπος με τον οποίο κάθε ένα από αυτά τα χαρακτηριστικά συνδέεται με την ανάπτυξη κινδύνων και συμπτωμάτων ψυχικής υγείας στους εργαζόμενους στον τομέα της παροχής υπηρεσιών σε προσφυγικούς πληθυσμούς στην Ελλάδα. Σημαντικούς υπό μελέτη παράγοντες αποτέλεσαν επίσης οι δείκτες ψυχικής ανθεκτικότητας, ως μηχανισμοί εξισορρόπησης και προστασίας στο πλαίσιο της εργασίας στο συγκεκριμένο πεδίο.

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προέκυψε ότι το 29,4% του δείγματος εμφάνισε μέτριο, σοβαρό ή πολύ σοβαρό επίπεδο στρες. Επιπλέον, το 18,6% των συμμετεχόντων εμφάνισε πολύ σοβαρό ή σοβαρό επίπεδο άγχους, ενώ το 1/5 των εργαζομένων παρουσίασε σοβαρό ή πολύ σοβαρό επίπεδο κατάθλιψης. Ακόμη, το 40,2% του δείγματος της έρευνας εμφάνισε συμπτώματα μετατραυματικής διαταραχής του στρες, ενώ το 54,9% των συμμετεχόντων παρουσίασε μερικά από τα συμπτώματα της μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Το 30,4% του συνολικού δείγματος που συμμετείχε εμφάνισε συνολική βαθμολογία που αποτελεί ένδειξη για πολύ υψηλή μετατραυματική διαταραχή του στρες, σε τέτοιο επίπεδο που μπορεί να καταστείλει τη λειτουργία του ανοσοποιητικού σας συστήματος. Τέλος, αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, το 29,4% των συμμετεχόντων σημείωσαν υψηλή βαθμολογία στην κλίμακα γεγονός που αποτελεί ένδειξη για την ύπαρξη υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης, δηλαδή συναισθήματα εξάντλησης και ακραίες συναισθηματικές εκδηλώσεις ως απόρροια της εργασίας τους στο προσφυγικό πεδίο. Επίσης, για το 33,3% του δείγματος η βαθμολογία υποδεικνύει απρόσωπες αντιδράσεις των εργαζομένων και κενές συναισθήματος απέναντι στους αποδέκτες των υπηρεσιών τους. Η υψηλή βαθμολογία στις κλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης αποτελεί ένδειξη επαγγελματικής εξουθένωσης. Το ίδιο συμβαίνει και με τη χαμηλή βαθμολογία στην κλίμακα προσωπικής επίτευξης, η οποία μετρά την υποκειμενική αντίληψη των συμμετεχόντων για την επάρκεια τους στον επαγγελματικό τομέα, και εκφράζει το 68,6% των εργαζομένων. Τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι από τις τρεις συνιστώσες της επαγγελματικής εξουθένωσης, η προσωπική επίτευξη που συνδέεται με την υποκειμενική αντίληψη των εργαζομένων για την επάρκεια τους στην παροχή υπηρεσιών σε προσφυγικούς πληθυσμούς αναδεικνύεται περισσότερο δυσλειτουργική.

Πρόσφατες σχετικές έρευνες (π.χ., Strohmeier, Scholte, Ager, 2018), ανέδειξαν ότι τα ποσοστά εμφάνισης των προαναφερθέντων διαταραχών ψυχικής υγείας ανέρχονται σε 24% για το Μετατραυματικό Στρες, την κατάθλιψη (39%), το άγχος (38%), και τους επιμέρους παραγόντες της επαγγελματικής εξουθένωσης, ήτοι τη συναισθηματική εξάντληση (24%) και την αποπροσωποποίηση (19%). Επιπροσθέτως, από την έρευνα των σύμφωνα με την έρευνα των Chatzea et al., 2018 σε δείγμα εργαζομένων στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα προέκυψε ότι το 17,1% του δείγματος εμφάνισε PTSD, παρόμοια τάση με τα επίπεδα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης με το 57% να εμφανίζει υψηλά ποσοστά burnout, 18,9% υψηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης και 9,3% υψηλή προσωπική επίτευξη. Τα ποσοστά αυτά πιθανώς να επηρεάζονται από τα εκάστοτε εργασιακά πλαίσια, καθώς και τις μεθόδους αξιολόγησης των εν λόγω παραγόντων.

Επιπλέον, σε γενικές γραμμές, τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η πλειονότητα των υπό εξέταση παραγόντων, ήτοι η ηλικία, το ωράριο και ο φόρτος εργασίας, η συχνή επαφή με πρόσφυγες, το είδος του φορέα, η ευχαρίστηση από την εργασία, η επαρκής εκπαίδευση, η κοινωνική στήριξη και η ανθεκτικότητα, όπως και από τους τρόπους αντιμετώπισης προβλημάτων το χιούμορ, η θετική αναδιάταξη, η αποδοχή, η άρνηση, η χρήση ουσιών, η θρησκεία, η εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων, και η αυτομομφή, επηρέασαν σημαντικά τη συχνότητα εμφάνισης ψυχοκοινωνικών κινδύνων και διαταραχών, όπως αυτά ορίστηκαν από τους δείκτες για το άγχος, το στρες, την κατάθλιψη, τη μετατραυματική διαταραχή του στρες, την επαγγελματική εξουθένωση και τις συνιστώσες της. Όσον αφορά τον τρόπο και την κατεύθυνση των επιδράσεων των παραγόντων αυτών στους δείκτες ψυχικής υγείας διαπιστώθηκαν τα εξής:

Προσωπικοί/Ατομικοί παράγοντες

Από τη διερεύνηση των βασικών παραγόντων προέκυψε ότι η ηλικία επηρεάζει σημαντικά την εμφάνιση του άγχους με τους εργαζόμενους μεγαλύτερης ηλικίας να παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα εμφάνισης των αντίστοιχων συμπτωμάτων. Τα ευρήματα αυτά μπορούν να ερμηνευθούν με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία σύμφωνα με την οποία οι μεγαλύτεροι σε ηλικία εργαζόμενοι μπορούν να έχουν καλύτερες στρατηγικές διαχείρισης του στρες (Ackerley, Burnell, Holder, & Kurdek, 1988), να επωφεληθούν από την πολυετή εμπειρία και να έχουν υψηλότερες θέσεις εργασίας που τους εξασφαλίζουν σεβασμό, ικανοποιητικές απολαβές και μειωμένη σύγκρουση μεταξύ του τομέα της εργασίας και της οικογένειας (Stevanovic, & Rupert, 2004· Wang et al., 2014). Σε άλλες έρευνες σε εργαζόμενους στο προσφυγικό πεδίο είχε αναφερθεί σημαντική επίδραση της μεγαλύτερης ηλικίας στην εμφάνιση μετατραυματικής διαταραχής (Berger et al., 2012· Sifaki-Pistolla et al., 2017), καθώς επίσης και σε αυξημένα ποσοστά ψυχικής εξάντλησης (Comoretto et al., 2015). Ωστόσο, δεν προέκυψε κάτι ανάλογο στην παρούσα έρευνα. Αυτό ενδεχομένως να μπορούσε να ερμηνευθεί από το γεγονός ότι το ηλικιακό εύρος των συμμετεχόντων ήταν σχετικά περιορισμένο, με την πλειονότητα του δείγματος των εργαζομένων (91,8%) να ανήκει στην ηλικιακή ομάδα 25-44.

Αντιθέτως, το φύλο των συμμετεχόντων δεν βρέθηκε να επιδρά σημαντικά σε καμία από τις υπό εξέταση μεταβλητές. Συμφωνά με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση,

τα δεδομένα που σχετίζονται με την επίδραση του φύλου είναι αντικρουόμενα. Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες στις οποίες δεν βρεθηκαν διαφορές φύλου στους εργαζόμενους πεδίου στην εμφάνιση μετατραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης (Lopes Cardozo et al., 2012· Berger et al., 2012b· Armagan et al., 2006· Fullerton, Ursano, & Wang, 2004· Marmar et al., 2006). Επιπλέον, η απουσία συσχετίσεων είναι πιθανό να σχετίζεται και με το γεγονός ότι οι γυναίκες αντιπροσωπεύουν την πλειονότητα σε ποσοστό περίπου 70% στο σύνολο των συμμετεχόντων της έρευνας.

Εργασιακοί παράγοντες

Από τη μελέτη των εργασιακών παραγόντων προέκυψε ότι το ωράριο εργασίας επηρεάζει σημαντικά την αύξηση των επιπέδων εμφάνισης του στρες και της αποπροσωποποίησης. Επίσης, ο φόρτος εργασίας αποτέλεσε σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα για την αύξηση εμφάνισης του στρες και της συναισθηματικής εξάντλησης, ενώ σημαντική για την αύξηση της συναισθηματικής εξάντλησης αναδείχθηκε και η συχνή επαφή με τους προσφυγικούς πληθυσμούς. Τα ευρήματα αυτά βρίσκονται στην ίδια κατεύθυνση με προηγούμενες έρευνες που εκπονούνται εδώ και περισσότερα από 40 χρόνια και διερευνούν τις πηγές ψυχοκοινωνικών κινδύνων στους οργανισμούς. Συγκεκριμένα, στις μελέτες αυτές ο φόρτος, ο ρυθμός και ο χρόνος εργασίας (εργασία σε βάρδιες, νυχτερινές βάρδιες, μη ευέλικτα ωράρια εργασίας, ασταθή ωράρια εργασίας, πολύωρη ή μοναχική εργασία) αναφέρονται μεταξύ των βασικών παραγόντων ψυχοκοινωνικών κινδύνων που παρουσιάζονται στον χώρο εργασίας (European Commission, 2014). Επιπλέον, σε άλλες διεθνείς έρευνες, αποδείχθηκε ότι η πίεση χρόνου και οι πιεστικές προθεσμίες, οι κακές συνθήκες εργασίας, το παρατεταμένο ωράριο, η σύγκρουση πεποιθήσεων, οι διαπροσωπικές σχέσεις, η συχνή επαφή με τον προσφυγικό πληθυσμό και η κακή διοίκηση κατατάσσονται στους κυριότερους παράγοντες εργασιακού στρες (Cooper, Cooper, & Eaker, 1988· Κοϊνης, & Σαρίδη, 2014).

Επιπροσθέτα, από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προέκυψε ότι το είδος του φορέα εργασίας επιδρά στην αύξηση του στρες, της κατάθλιψης και της συναισθηματικής εξάντλησης με τους εργαζόμενους σε διεθνείς οργανώσεις να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά από τους εργαζόμενους σε εθνικούς φορείς. Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα προηγούμενων ερευνών που αναφέρουν ότι οι Έλληνες διασώστες παρουσίασαν υψηλότερο κίνδυνο διάγνωσης της μετατραυματικής διαταραχής τους στρες, πιθανώς λόγω της εργασίας τους σε εξαντλητικές συνθήκες εργασίας και την έλλειψη συνεχούς ψυχολογικής στήριξης, ενώ για το προσωπικό διεθνών φορέων και οργανισμών φαίνεται ότι παρείχεται πιο οργανωμένη, ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα από τον οργανισμό. Παρόμοια ευρήματα για τους εργαζόμενους σε εθνικούς φορείς είχαν αναφερθεί και σε άλλες έρευνες κατά το παρελθόν (Perrin et al., 2007· Hagh-Shenas, Goodarzi, Dehbozorgi, & Farashbandi, 2005). Από την άλλη μεριά, υπάρχουν μελέτες που αναφέρουν ότι η εργασία σε διεθνείς οργανώσεις συσχετίζεται με υψηλότερα επίπεδα συμπτωμάτων κατάθλιψης (Lopes Cardozo et al., 2013), και συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους αντίστοιχα (Ager et al., 2012· Lopes Cardozo et al., 2013). Ακόμη, ο Wang και οι συνεργάτες του (2013) στην έρευνά τους σε εργαζόμενους σε εθνικούς φορείς διάσωσης ανέδειξαν πόσο οι υπερβολικές απαιτήσεις από

οργανισμούς, όπως ο υψηλός φόρτος εργασίας, μπορεί να προκαλέσει βλάβες λόγω επιπρόσθετου άγχους και παραμέλησης της φροντίδας στο προσωπικό.

Επίσης, η υψηλότερη αναφερόμενη ευχαρίστηση από την εργασία, βρέθηκε ότι αυξάνει την εμφάνιση του στρες, της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD) και της συναισθηματικής εξάντλησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας είναι σύμφωνα με τη σχετική βιβλιογραφία που αναφέρει ότι οι εργαζόμενοι που είναι θετικά διακείμενοι και δέχονται ανατροφοδότηση και ανταμοιβή από τον οργανισμό όπου απασχολούνται, βιώνουν υψηλότερα επίπεδα στρες και εξάντλησης σε ένα απαιτητικό πλαίσιο εργασίας (Jackens, 2018). Επιπλέον, στην έρευνα της Comoretto και των συνεργατών της (2015) αναφέρεται ότι ενώ η ικανοποίηση από την εργασία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην κινητοποίηση των συμμετεχόντων να εκτελούν τα καθημερινά τους καθήκοντα, φάνηκε επίσης να τους οδηγεί προς τα όρια της σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης.

Τέλος, η επαρκής εκπαίδευση φάνηκε ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στη μείωση της εμφάνισης του στρες και του άγχους, ταυτόχρονα όμως οδηγεί και στην αύξηση του βαθμού αποπροσωποποίησης. Ενδεχομένως το γεγονός ότι αυτή θέτει δομημένα πλαίσια δράσης για την εργασία στο πεδίο με στόχο να προαχθεί ο επαγγελματισμός και η οριοθέτηση των επαγγελματιών, ταυτόχρονα δημιουργεί απόσταση στην επικοινωνία με τους εξυπηρετούμενους πληθυσμούς. Επίσης, όσοι εργάζονταν στον τόπο μόνιμης κατοικίας τους εμφάνισαν χαμηλότερα ποσοστά στρες και συναισθηματικής εξάντλησης σε σχέση με όσους απασχολούνταν μακριά από τον τόπο τους. Αυτό μπορεί να γίνει κατανοητό, καθώς οι εργαζόμενοι που δραστηριοποιούνται στον τόπο κατοικίας τους έχουν πρόσβαση σε προϋπάρχοντα κοινωνικά δίκτυα και δομές καθώς και ένα σταθερό περιβάλλον διαμονής, στοιχεία τα οποία μπορούν να δράσουν εξισορροπιστικά στους κινδύνους που ενέχει η ιδιαιτέρως απαιτητική εργασία στο πεδίο (Min-Haris, 2011).

Κοινωνική στήριξη

Η ύπαρξη κοινωνικής στήριξης από συγγενείς, φίλους και συναδέλφους βρέθηκε ότι μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και αποπροσωποποίησης καθώς και της μετατραυματικής διαταραχής του στρες, όπως είχε διαπιστωθεί και σε προηγούμενες έρευνες (Setti, & Argentero, 2015· Brooks et al., 2016· Lopez Cardozo et al., 2013· Boscarino et al., 2004· Skogstad et al., 2013· Leffler, & Dembert, 1998). Οι έρευνες αυτές έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι που είχαν ισχυρά δίκτυα κοινωνικής υποστήριξης ήταν λιγότερο πιθανό να υποφέρουν από τις αρνητικές συνέπειες στην ψυχική τους υγεία, που προκαλούνταν από την εργασία τους στο πεδίο, και να εμφανίσουν συμπτώματα κατάθλιψης, παρατεταμένου στρες ή ψυχικής εξάντλησης, ενώ εμφάνισαν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τη ζωή κατά τη διάρκεια της απασχόλησής τους. Σε άλλες μελέτες προτάθηκε επίσης ότι η αυξημένη στήριξη από την οικογένεια, η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη και η ικανοποίηση από τη συζυγική σχέση συσχετίζονται με χαμηλότερα ποσοστά εμφάνισης μετατραυματικών συμπτωμάτων (Pietrzak et al., 2012· Regehr et al., 2000· Alvarez, & Hunt, 2005). Ακόμη οι υποστηρικτικές σχέσεις στην εργασία θεωρήθηκαν ότι βοηθούν τους εργαζόμενους να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά το φόρτο εργασίας τους και την ισορροπία μεταξύ επαγγελματικού και οικογενειακού βίου (Blanchetière, 2006). Αντιστρόφως, η έλλειψη κοινωνικής στήριξης και η φτωχή επικοινωνία στην εργασία

είχαν τη μεγαλύτερη συσχέτιση με την εμφάνιση συμπτωματολογίας μετατραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των χρόνιων στρεσογόνων παραγόντων (Tolin, & Foa, 2006).

Παράγοντες ανθεκτικότητας

Αναφορικά με τους παράγοντες ανθεκτικότητας, διαπιστώθηκε ότι η υψηλή ανθεκτικότητα μειώνει τον κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ αυξάνει την αίσθηση επαγγελματικής επάρκειας. Σύμφωνα με τους Stanley et al. (2016) υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες που θα μπορούσαν να αποτρέψουν την εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας. Τα άτομα που εργάζονται στον ανθρωπιστικό τομέα είναι γενικά σε θέση να προσαρμοστούν στους οξείς και χρόνιους στρεσογόνους παράγοντες της δουλειάς τους. Συνολικά, ως επαγγελματική ομάδα, επιδεικνύουν σημαντική ανθεκτικότητα και αποκομίζουν πολλές προσωπικές ανταμοιβές από τη δουλειά τους, όπως είναι η ικανοποίηση από την εργασία, το προσωπικό νόημα και η βελτίωση της ευημερίας τους (McFarlane, 2003). Ο υπό μελέτη πληθυσμός εργαζομένων στην παροχή υπηρεσιών στο προσφυγικό πεδίο εμφάνισε σχετικά υψηλή ανθεκτικότητα (M.O.= 67,32).

Όσον αφορά την επίδραση των διαφορετικών τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων που υιοθετούν οι επαγγελματίες, βρέθηκε ότι το «χιούμορ» επιδρά στη μείωση της συχνότητας εμφάνισης κατάθλιψης, ενώ αυξάνει το βαθμό αποπροσωποποίησης. Η θετική αναδιάταξη δρα προστατευτικά στην κατεύθυνση της μείωσης του στρες, της κατάθλιψης, της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης. Επίσης, η αποδοχή οδήγησε στη μείωση των επιπέδων άγχους και της κατάθλιψης. Αντίθετα, η άρνηση συνδέθηκε με την αύξηση του στρες, της κατάθλιψης και της μετατραυματικής διαταραχής του στρες (PTSD), ενώ η χρήση ουσιών ως τρόπος αντιμετώπισης συνδέθηκε με αυξημένα επίπεδα στρες και μετατραυματικού στρες. Επιπλέον, η εξωτερίκευση αρνητικών συναισθημάτων και η στροφή στη θρησκεία συσχετίστηκε με αυξημένο στρες, ενώ η αυτο-κατηγορία με την αυξημένη εμφάνιση των συμπτωμάτων της μετατραυματικής διαταραχής του στρες. Από προηγούμενες έρευνες έχει προκύψει ότι οι θετικές τεχνικές αντιμετώπισης όπως η ενεργός αντιμετώπιση, ο αναστοχασμός πριν από την εργασία στο πεδίο, η αποδοχή δύσκολων καταστάσεων και η διατήρηση των χαμηλών προσδοκιών ήταν βασικοί παράγοντες που επέτρεψαν στους συμμετέχοντες να αναπτύξουν μεγαλύτερη ανθεκτικότητα. Από την άλλη πλευρά, σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων, ανέφερε έναν υψηλό αριθμό δυσλειτουργικών τεχνικών αντιμετώπισης, όπως η χρήση αλκοόλ και ψυχαγωγικών φαρμάκων, τα οποία μπορούν να αναφερθούν ως αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές (Comoretto et al., 2015). Τα αποτελέσματα προηγούμενων ερευνών που εστίασαν στις στρατηγικές αντιμετώπισης, ήταν διφορούμενα. Οι Eriksson et al. (2012) διαπίστωσαν ότι η αντιμετώπιση με αποφυγή σχετίζεται θετικά με την κατάθλιψη, το άγχος και το PTSD. Από την άλλη πλευρά, τα αποτελέσματα από τους Lopes Cardozo et al. (2013) δεν υποστηρίζουν τη θεωρία ότι η αποφυγή ως τρόπος αντιμετώπισης αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την PTSD για τους εργαζόμενους στο πεδίο.

8. Συμπεράσματα και συμβολή της έρευνας

Σύμφωνα με τα προαναφερθέντα, δύο σημαντικά συμπεράσματα προκύπτουν:

Εν πρώτοις, οι προδιαθεσιακοί/ατομικοί παράγοντες (π.χ. ηλικία), καθώς και οι περιβαλλοντικοί (π.χ., κοινωνική υποστήριξη), επαγγελματικοί και οργανωτικοί παράγοντες (π.χ., είδος φορέα) επηρεάζουν σημαντικά τους δείκτες ψυχικής υγείας των επαγγελματιών που ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών στο προσφυγικό πεδίο και καθορίζουν τον τρόπο και την κατεύθυνση των επιδράσεων αυτών. Επίσης, τα ποσοστά αυτοαναφερόμενου άγχους, στρες, κατάθλιψης, μετατραυματικού στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στο προσφυγικό πεδίο εμφανίζονται ιδιαίτερα υψηλά, σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό.

Μια δεύτερη σημαντική διαπίστωση, αφορά στον καθοριστικό ρόλο των παραγόντων ανθεκτικότητας και διαχείρισης προβλημάτων προς την κατεύθυνση της προαγωγής της ψυχικής ευημερίας και τη μείωση εμφάνισης ψυχολογικών διαταραχών που αναπτύσσονται λόγω των ιδιαίτερων συνθηκών κατά την εργασία στο προσφυγικό πεδίο.

Όπως διαπιστώθηκε ανωτέρω, οι εργαζόμενοι στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας αντιμετωπίζουν ποικίλους τραυματικούς στρεσογόνους παράγοντες κατά τη διάρκεια της εργασίας τους στο πεδίο. Οι ακραίες δυσκολίες που αναδύονται για τους εργαζόμενους στο προσφυγικό πεδίο μπορεί να οδηγήσουν σε αρνητικές συνέπειες για την ψυχική υγεία, οι οποίες με τη σειρά τους μπορεί να επηρεάσουν τη λειτουργία και την παραγωγικότητα των ανθρωπιστικών οργανώσεων. Γι' αυτό το λόγο είναι σημαντικό να υπάρχουν εσωτερικοί και εξωτερικοί παράγοντες ανθεκτικότητας για τη στήριξη τους και την ενίσχυση της προσωπικής ανάπτυξης. Στο πέρασμα των χρόνων και με βάση τα σταδιακά αυξανόμενα ερευνητικά δεδομένα, οι οργανώσεις ανθρωπιστικής βοήθειας έχουν αρχίσει να αναγνωρίζουν την ανάγκη διαμόρφωσης μιας οργανωτικής πολιτικής αντιμετώπισης και ανταπόκρισης στις ψυχολογικές συνέπειες για τους εργαζόμενους στο ανθρωπιστικό πεδίο. Στην κατεύθυνση αυτή, οι φορείς που δραστηριοποιούνται στον ανθρωπιστικό τομέα έχουν προτείνει προγράμματα που εστιάζουν στην επιλογή, την εκπαίδευση/κατάρτιση και την υποστήριξη του προσωπικού που εργάζεται σε τέτοιου είδους περιβάλλοντα (Ager, Flapper, Pietersom, & Simon, 2001· Curling & Simmons, 2010· InterAction, 2008· Porter & Emmens, 2009· Suzic, Thomas, Jachens & Mihalca, 2016). Ωστόσο, εξακολουθεί να σημειώνεται σοβαρή έλλειψη επιστημονικών γνώσεων, γεγονός που εμποδίζει την κατάλληλη διαχείριση και υποστήριξη του προσωπικού και τη βελτίωση της παραγωγικότητας των εργαζομένων. Είναι αξιοσημείωτο επίσης ότι η άποψη των εργαζομένων σε θέματα ανθρωπιστικής βοήθειας ήταν ότι, οι υπεύθυνοι για τη χάραξη πολιτικής και οι ακαδημαϊκοί δεν ήταν καλά ενημερωμένοι και προσαρμοσμένοι στις πραγματικές τους ανάγκες και τα προβλήματα που αντιμετώπιζαν (Tol et al., 2012).

Για το λόγο αυτό, η παρούσα μελέτη συμβάλλει σημαντικά στον εμπλουτισμό των εμπειρικών δεδομένων σχετικά με την επίδραση μιας σειράς διαφορετικών παραγόντων στην εμφάνιση προβλημάτων ψυχικής υγείας στους εργαζόμενους στο προσφυγικό πεδίο. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα μπορούσαν

να αξιοποιηθούν από τους οργανισμούς που δραστηριοποιούνται στον τομέα αυτό και να προχωρήσουν σε ανάλογες παρεμβάσεις σε όλα τα στάδια της εργασίας στο πεδίο, για την αποφυγή δυσμενών επιδράσεων στο προσωπικό που απασχολούν, τη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών και την αύξηση της παραγωγικότητάς τους. Για παράδειγμα, θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν τόσο στην επιλογή κατάλληλου προσωπικού, όσο και την περαιτέρω κατάρτιση και εκπαίδευσή του, με απώτερο στόχο τη μείωση των ψυχοκοινωνικών προκλήσεων και την άμβλυση της εμφάνισης των συμπτωμάτων και διαταραχών ψυχικής υγείας. Η προώθηση της γνώσης για την περαιτέρω εμβάθυνση της κατανόησης των ψυχολογικών δυσκολιών που βιώνουν οι εργαζόμενοι στον τομέα της ανθρωπιστικής βοήθειας είναι κρίσιμη για το σχεδιασμό αποτελεσματικών παρεμβάσεων που στοχεύουν στον περιορισμό πιθανών σοβαρών ατομικών και οικονομικών συνεπειών που προκαλούνται το χώρο εργασίας.

9. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα συμπληρώνει την υπάρχουσα βιβλιογραφία προσφέροντας μια βαθύτερη κατανόηση της επίδρασης διαφόρων παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στη ψυχική υγεία των εργαζομένων στο προσφυγικό πεδίο. Ένα δυνατό σημείο της συγκεκριμένης έρευνας είναι ότι χρησιμοποιήθηκε ένα ικανοποιητικού μεγέθους δείγμα εργαζομένων, που δραστηριοποιούνται επαγγελματικά στο προσφυγικό πεδίο σε πολλές περιοχές ανά την Ελλάδα και σε διαφορετικούς τομείς παροχής υπηρεσιών στο εν λόγω πεδίο. Παρ'όλα αυτά υπάρχουν κάποιοι μεθοδολογικοί περιορισμοί οι οποίοι θα πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Γενικά, η χρήση κατάλληλων και ευρέως χρησιμοποιούμενων εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν για τους σκοπούς της συγκεκριμένης έρευνας προσφέρουν μια αξιόπιστη πηγή πληροφοριών. Για τη μέτρηση των βασικών παραγόντων και δεικτών ψυχικής υγείας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική μέθοδος έρευνας με τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων και κλιμάκων αυτο-αναφοράς από τους συμμετέχοντες, όπως συχνά πραγματοποιείται για λόγους οικονομίας χρόνου και πηγών. Εντούτοις, ενδέχεται να έχουν σημειωθεί μικρές υπερεκτιμήσεις των αποτελεσμάτων, λόγω του γεγονότος ότι τα εργαλεία που επιλέχθηκαν είναι αυτοαναφερόμενα και δεν χρησιμοποιήθηκαν κλινικές κλίμακες, το οποίο μπορεί να επηρεάζει την ακρίβεια των μετρήσεων. Επομένως, θα ήταν ιδιαίτερα ωφέλιμο σε μελλοντική έρευνα, να χρησιμοποιηθούν και ποιοτικές μέθοδοι μέτρησης, όπως είναι οι κλινικές συνεντεύξεις, ώστε να εντοπιστούν με περισσότερη αντικειμενικότητα τα ποσοστά εμφάνισης των ψυχικών διαταραχών.

Ειδικότερα, η παρούσα έρευνα εξέτασε την επίδραση ορισμένων παραγόντων στην ψυχική υγεία και ευημερία ενός δείγματος εργαζομένων σε μια χρονική στιγμή. Προτείνεται ωστόσο μελλοντικές ερευνητικές εργασίες να εστιάσουν και να αναλύσουν περαιτέρω τις διαχρονικές συνέπειες που μπορεί να επιφέρουν οι παράγοντες αυτοί στους δείκτες ψυχικής υγείας των εργαζομένων. Αυτό θα μπορούσε να επιτευχθεί με την πραγματοποίηση πολλαπλών μακροχρόνιων μετρήσεων, ώστε να προκύψουν δεδομένα σχετικά με την επίδραση των παραγόντων επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας στο πέρασμα του χρόνου. Επιπλέον, η έρευνα αυτή εστίασε στην εξέταση των συσχετίσεων μεταξύ των

παραγόντων και όχι στη διερεύνηση σχέσεων αιτιότητας. Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να επιχειρήσουν να καθορίσουν τις αιτιολογικές σχέσεις μεταξύ των παραγόντων με την περαιτέρω εξέταση των διαχρονικών επιδράσεων ή τη χρήση περισσότερο σύνθετων στατιστικών αναλύσεων και μεθοδολογιών όπως π.χ. τη μεθοδολογία των μοντέλων δομικών εξισώσεων (Structural Equation Modeling-SEM). (π.χ., Fernandez, 2014· Rudy, Davis, & Matthews, 2014).

Ένα τρίτο σημείο που θα μπορούσε να ληφθεί υπόψη είναι ότι στην έρευνα αυτή δεν μελετήθηκαν στοιχεία που σχετίζονται με την προσωπικότητα των επαγγελματιών, όπως είναι για παράδειγμα η στάση τους απέναντι στην αναζήτηση βοήθειας, τα οποία όπως έχει αναφερθεί στη σχετική βιβλιογραφία είναι μεταξύ των χαρακτηριστικών που μπορούν να εξηγήσουν γιατί κάποια άτομα αναπτύσσουν μετατραυματικά συμπτώματα και άλλου είδους ψυχικές ασθένειες ενώ άλλα όχι (Breslau et al., 1998· Bromet, Sonnega, & Kessler, 1998· Stein, et al., 2002). Μια πιθανή μελλοντική έρευνα που να εστιάζει στα στοιχεία αυτά, θα μπορούσε να παρέχει σημαντική βοήθεια σε όσους ασχολούνται με τη διαδικασία επιλογής προσωπικού, προσαρμόζοντας αναλόγως και τους τρόπους αξιολόγησης των μελλοντικών επαγγελματιών για να μπορέσουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας στο πεδίο.

Ακόμη, το δείγμα της συγκεκριμένης έρευνας αποτέλεσαν εργαζόμενοι από πληθώρα φορέων και οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στην παροχή υπηρεσιών στο πεδίο, από ποικίλους χώρους εργασίας. Παρ'όλα αυτά, η έρευνα αυτή εστίασε στην επίδραση των παραγόντων στο σύνολο των επαγγελματιών, χωρίς να ληφθεί υπόψη το είδος και η φύση της εργασίας τους. Σε προηγούμενες έρευνες έχει αναφερθεί ότι η εμφάνιση της μετατραυματικής διαταραχής του στρες ποικίλλει ευρέως μεταξύ των επαγγελματικών ομάδων και οι εργαζόμενοι στον τομέα παροχής υπηρεσιών και διάσωσης δεν είναι μια ομοιογενής κατηγορία, γι' αυτό και τα ποσοστά εμφάνισης της μετατραυματικής διαταραχής σε αυτές τις ομάδες βρέθηκαν να ποικίλλουν σε μεγάλο βαθμό ακόμη και αν δραστηριοποιούνται στο ίδιο πεδίο (Berger et al., 2012). Συνεπώς, μια ακόμη διάσταση που θα μπορούσε να διερευνηθεί περαιτέρω θα ήταν η εξέταση της επίδρασης των διαφορετικών τύπων επαγγελματιών και του αντικειμένου των φορέων παροχής υπηρεσιών στην ψυχική υγεία των απασχολούμενων σε αυτούς.

Επιπλέον, η αντιληπτή κοινωνική υποστήριξη που δεχόταν ο κάθε εργαζόμενος χρησιμοποιήθηκε ως περιβαλλοντικός παράγοντας. Ωστόσο, ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι η αντίληψη της κοινωνικής υποστήριξης δεν είναι αξιόπιστη μέτρηση του πραγματικού μεγέθους της υποστήριξης που λαμβάνεται (π.χ., Lakey & Cohen, 2007). Επομένως, μπορεί να είναι δύσκολο να καθοριστεί μια αντικειμενική μέτρηση για την κοινωνική υποστήριξη. Ως εκ τούτου, η μελλοντική έρευνα θα μπορούσε να διερευνήσει τις διαφορές μεταξύ της αντιληπτής και της πραγματικής κοινωνικής υποστήριξης και της επίδρασης των δύο τύπων κοινωνικής στήριξης στους δείκτες ψυχικής υγείας.

Ένα τελευταίο σημείο που αξίζει να αναφερθεί είναι ότι στην εν λόγω έρευνα εξετάστηκε ο τρόπος με τον οποίο ο παράγοντας της ανθεκτικότητας και των διαφορετικών τρόπων διαχείρισης επηρέασαν τους δείκτες ψυχικής υγείας. Σε μελλοντικές έρευνες θα μπορούσε να διερευνηθεί περαιτέρω ο τρόπος με τον οποίο

στοιχεία σχετιζόμενα με τα ατομικά, περιβαλλοντικά και οργανωτικά χαρακτηριστικά, επηρεάζουν την ανάδυση των μηχανισμών και πηγών ανθεκτικότητας στους εργαζόμενους στο πεδίο, εξερευνώντας ενδεχομένως και τις αιτιολογικές σχέσεις που μπορεί να υπάρχουν (Comoretto et al., 2015).

10. Επίλογος

Συμπερασματικά, η παρούσα έρευνα υποστηρίζει ότι οι προσδιοριζόμενοι ατομικοί, περιβαλλοντικοί και οργανωτικοί παράγοντες επικινδυνότητας και ανθεκτικότητας επηρεάζουν τα επίπεδα του στρες, του άγχους, της κατάθλιψης, της μετατραυματικής διαταραχής του στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης που συνθέτουν ένα δείκτη ψυχικής υγείας και ευημερίας των επαγγελματιών που δραστηριοποιούνται στο πεδίο, παρέχοντας υπηρεσίες σε προσφυγικούς πληθυσμούς. Από τα ως άνω αναφερθέντα προκύπτει εύλογα η επείγουσα ανάγκη για στοχοθετημένες παρεμβάσεις σε όλα τα στάδια της απασχόλησης στο πεδίο με σκοπό την ελαχιστοποίηση των ψυχοκοινωνικών κινδύνων, την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και ικανότητας διαχείρισης προβλημάτων, την ενίσχυση της συνοχής των ομάδων και την προώθηση μηχανισμών κοινωνικής στήριξης, με την υποστήριξη του οργανωτικού πλαισίου προκειμένου να υπάρξει θετική επίδραση στη ψυχική υγεία και την ευημερία του προσωπικού, διατήρηση του δυναμικού, και αυξημένη παραγωγικότητα. Τα αποτελέσματα της έρευνας αναμένεται να συμβάλουν σημαντικά στην ανάπτυξη και εφαρμογή κατάλληλων και στοχευμένων παρεμβάσεων που να αποσκοπούν στην κατάλληλη επιλογή προσωπικού καθώς και τη μείωση της ψυχολογικής επιβάρυνσης που επιφέρει η εργασία στο προσφυγικό πεδίο.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μέρος Μεταπτυχιακής έρευνας που αφορά τους παράγοντες που επηρεάζουν τις ψυχολογικές επιπτώσεις σε εργαζόμενους στο προσφυγικό πεδίο στην Ελλάδα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γίνεται ανώνυμα. Έχει σημασία να απαντήσετε ΟΛΕΣ τις ερωτήσεις με ειλικρίνεια. Βεβαιώνεται υπεύθυνα ότι διατηρείται στο ακέραιο η ανωνυμία των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο και ότι τα προσωπικά σας δεδομένα δεν θα κοινοποιηθούν. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα πάρει περίπου 15-20 λεπτά από το χρόνο σας. Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και η χρήση τους θα γίνει μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Σας ευχαριστώ θερμά για τη συνεργασία και τη συμβολή σας.

Προσωπικές πληροφορίες

1. Φύλο: Άντρας Γυναίκα
2. Ηλικία: 18-24 25-34 35-44 45-54 55-64 65+
3. Οικογενειακή κατάσταση: Άγαμος/η Έγγαμος/η Διαζευγμένος/η
4. Έχετε παιδιά; Ναι Όχι
5. Τόπος διαμονής: _____
6. Επίπεδο εκπαίδευσης: Γυμνάσιο Λύκειο Ανώτερες σπουδές Ανώτατες σπουδές
7. Εργάζεστε ως; Δημ. Υπάλληλος Ιδ. Υπάλληλος Ελεύθερος επαγγελματίας Άλλο: _____
8. Η εργασία σας είναι σχετική με τις σπουδές σας; Ναι Όχι
9. Τόπος εργασίας: _____
10. Εργάζομαι στον τόπο καταγωγής μου: Ναι Όχι
11. Πόσο χρονικό διάστημα εργάζεστε σε αυτή τη θέση (μήνες/χρόνια); _____
12. Τύπος απασχόλησης: Μερική Πλήρης
13. Συμβόλαιο εργασίας: Μόνιμος Συμβασιούχος
14. Ωράριο: Σταθερό Κυλιόμενο
15. Φορέας απασχόλησης: Κρατικός Εθνικός Ευρωπαϊκός Διεθνής
16. Είμαι ευχαριστημένος/η από το εργασιακό μου περιβάλλον: Ναι Όχι

Ερωτήσεις που αφορούν τις εργασιακές σας συνθήκες (κατά τους τελευταίους 6 μήνες)

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 1 2 3 4
Καθόλου Λίγο Μέτρια Αρκετά Πάρα πολύ

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Έρχομαι σε συχνή επαφή με τους εξυπηρετούμενους πληθυσμούς | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Μου παρέχεται επαρκής εκπαίδευση για τη θέση εργασίας μου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Υπάρχει μεγάλος φόρτος εργασίας/πίεση στη δουλειά πέρα από τα όριά μου | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Υπάρχει εξουθενωτικός ρυθμός εργασίας, πιεστικές προθεσμίες | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Με εξαναγκάζουν συχνά να εργάζομαι υπερωρίες | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Κλίμακα Μέτρησης Άγχους – Κατάθλιψης (DASS21)

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και επιλέξτε έναν αριθμό 0...1...2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση. Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 = Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα,

1 = Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα,

2 = Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα,

3 = Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές

1. Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2. Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3. Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4. Δυσκολευόμουν να ανασάνω (π.χ. υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόψιμο της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5. Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω πράγματα	0	1	2	3
6. Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7. Αισθάνομαι τρεμούλα (π.χ., στα χέρια)	0	1	2	3
8. Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9. Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10. Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11. Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12. Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13. Ένιωσα μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η	0	1	2	3
14. Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω αυτό που έκανα	0	1	2	3
15. Ένιωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16. Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17. Ένιωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18. Ένιωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος/η	0	1	2	3
19. Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20. Ένιωσα φοβισμένος/η χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21. Ένιωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3

Οι παρακάτω προτάσεις αφορούν τον τρόπο που κάποιος ή κάποια από τα περιστατικά της δουλειάς σας στο προσφυγικό πεδίο σας επηρεάζουν

Διαβάστε κάθε μία πρόταση και κυκλώστε τον αριθμό της πρότασης που σας εκφράζει καλύτερα. Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

	0	1	2	3	4
	Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πάρα πολύ
1. Κάθε τι που μου θυμίζει (κάποιον/α από) τους εξυπηρετούμενους μου προκαλεί έντονα συναισθήματα.	0	1	2	3	4
2. Αφού με πάρει ο ύπνος, έχω πρόβλημα να συνεχίσω να κοιμάμαι (έχω ανήσυχος ύπνος).	0	1	2	3	4
3. Αρκετά πράγματα με κάνουν να σκέφτομαι (κάποιον/α από) τους εξυπηρετούμενους.	0	1	2	3	4
4. Αισθάνομαι εκνευρισμένος και θυμωμένος.	0	1	2	3	4
5. Προσπαθώ να αποφεύγω να στενοχωρούμαι όταν σκέφτομαι ή θυμάμαι (κάποιον/α από) τους εξυπηρετούμενους.	0	1	2	3	4
6. Κάποιος/α από τα περιστατικά μου έρχεται στο μυαλό χωρίς να το θέλω.	0	1	2	3	4
7. Αισθάνομαι σαν να μην έχει/έχουν συμβεί ή σαν να μην είναι πραγματικό/ά.	0	1	2	3	4
8. Αποφεύγω οτιδήποτε μου θυμίζει κάποιον/α από τις περιπτώσεις μου.	0	1	2	3	4
9. Εικόνες σχετικές με ό,τι τους συνέβη εμφανίζονται ξαφνικά στο μυαλό μου.	0	1	2	3	4
10. Είμαι μόνιμα «στην τσίτα».	0	1	2	3	4
11. Προσπαθώ να μην σκέφτομαι (κάποιος/α από) τα περιστατικά.	0	1	2	3	4
12. Ξέρω ότι έχω ακόμα πολλά συναισθήματα μέσα μου σχετικά με όσα έχουν συμβεί, αλλά δεν τα αντιμετωπίζω.	0	1	2	3	4
13. Αισθάνθηκα μωδιασμένος /η σχετικά με ότι συνέβη σε κάποιον/α από τους εξυπηρετούμενους μου.	0	1	2	3	4
14. Έπιασα τον εαυτό μου να αντιδρά ή να αισθάνεται ακριβώς σαν να ήμουν ξανά μπροστά στο ίδιο περιστατικό.	0	1	2	3	4
15. Δυσκολεύομαι να με πάρει ο ύπνος.	0	1	2	3	4
16. Με πλημμυρίζουν έντονα συναισθήματα σχετικά με κάποιον/α εξυπηρετούμενο.	0	1	2	3	4
17. Προσπαθώ να ξεχάσω (κάποιον/α από) τους εξυπηρετούμενους.	0	1	2	3	4
18. Έχω πρόβλημα να συγκεντρωθώ.	0	1	2	3	4
19. Όταν σκέφτομαι (κάποιος/α από) τα περιστατικά, μου προκαλεί αντιδράσεις όπως ιδρώτα, δυσκολία στην αναπνοή, ναυτία ή έντονους χτύπους στην καρδιά.	0	1	2	3	4
20. Βλέπω όνειρα σχετικά με (κάποιον/α από) τους εξυπηρετούμενους.	0	1	2	3	4
21. Αισθάνομαι πάντα σε εγρήγορση.	0	1	2	3	4
22. Αποφεύγω να μιλάω για (κάποιον/α από) τους εξυπηρετούμενους.	0	1	2	3	4

Οι παρακάτω ερωτήσεις διερευνούν τα συναισθήματα και τις στάσεις σας ως προς την εργασία σας

Κυκλώστε στο τέλος κάθε πρότασης, με βάση την παρακάτω κλίμακα αυτό που εκφράζει η κάθε πρόταση:

1=Ποτέ, 2 = Μερικές φορές το χρόνο, 3 = Μια φορά τον μήνα, 4 = Μερικές φορές τον μήνα, 5 = Μία φορά την εβδομάδα, 6= Μερικές φορές την εβδομάδα, 7 = Κάθε μέρα

1.	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
2.	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η, όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα δουλειάς	0	1	2	3	4	5	6
3.	Είναι πολύ κουραστικό για μένα να δουλεύω με ανθρώπους όλη την ημέρα	0	1	2	3	4	5	6
4.	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
5.	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
6.	Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στο πεδίο	0	1	2	3	4	5	6
7.	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση/στρες το να εργάζομαι στενά με πρόσφυγες/μετανάστες	0	1	2	3	4	5	6
8.	Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου	0	1	2	3	4	5	6
9.	Νιώθω "άδειος/α" στο τέλος μιας μέρας στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
10.	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως αισθάνονται οι εξυπηρετούμενοι πληθυσμοί	0	1	2	3	4	5	6
11.	Αντιμετωπίζω τα προβλήματα των εξυπηρετούμενων πολύ αποτελεσματικά	0	1	2	3	4	5	6
12.	Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τις ζωές άλλων	0	1	2	3	4	5	6
13.	Νιώθω γεμάτος/η ενεργητικότητα	0	1	2	3	4	5	6
14.	Μπορώ να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους εξυπηρετούμενους	0	1	2	3	4	5	6
15.	Έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
16.	Αντιμετωπίζω ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
17.	Νιώθω αναζωογονημένος/η, όταν δουλεύω με τους πρόσφυγες/μετανάστες	0	1	2	3	4	5	6
18.	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι με μερικούς εξυπηρετούμενους απρόσωπα, σαν να είναι αντικείμενα	0	1	2	3	4	5	6
19.	Έχω γίνει περισσότερο σκληρός με τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
20.	Ανησυχώ μήπως αυτή η δουλειά με κάνει περισσότερο σκληρό/η	0	1	2	3	4	5	6
21.	Αισθάνομαι ότι οι πρόσφυγες/μετανάστες κατηγορούν εμένα για μερικά από τα προβλήματά τους	0	1	2	3	4	5	6
22.	Στην πραγματικότητα δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει με μερικούς εξυπηρετούμενους	0	1	2	3	4	5	6

Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Παρακαλώ επιλέξτε τη δήλωση που περιγράφει καλύτερα τη δική σας πραγματικότητα κατά τη διάρκεια των τελευταίων 30 ημερών. Είναι σημαντικό να απαντήσετε με τη μεγαλύτερη δυνατή ειλικρίνεια και να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν “σωστές” ή “λάθος” απαντήσεις. Απαντήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

1 2 3 4 5

Καθόλου αληθές Σπάνια αληθές Κάποιες φορές αληθές Συχνά αληθές Σχεδόν πάντα αληθές

1.	Μπορώ να προσαρμόζομαι στην αλλαγή	0	1	2	3	4
2.	Έχω στενές και ασφαλείς σχέσεις	0	1	2	3	4
3.	Μερικές φορές η μοίρα και ο Θεός μπορούν να βοηθήσουν	0	1	2	3	4
4.	Μπορώ να τα βγάλω πέρα με ότι μου προκύπτει	0	1	2	3	4
5.	Προηγούμενες επιτυχίες μου δίνουν αυτοπεποίθηση για καινούριες προκλήσεις	0	1	2	3	4
6.	Βλέπω την εύθυμη πλευρά των πραγμάτων	0	1	2	3	4
7.	Το να αντιμετωπίζω το στρες με ενδυναμώνει	0	1	2	3	4
8.	Μπορώ να επανέρχομαι μετά από αντιξοότητα	0	1	2	3	4
9.	Τα πράγματα συμβαίνουν για κάποιο λόγο	0	1	2	3	4
10.	Κάνω την καλύτερη δυνατή προσπάθεια, ότι και να γίνει	0	1	2	3	4
11.	Μπορώ να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
12.	Όταν τα πράγματα φαίνονται χωρίς ελπίδα, εγώ δεν παραιτούμαι	0	1	2	3	4
13.	Ξέρω που να στραφώ για βοήθεια	0	1	2	3	4
14.	Όταν βρίσκομαι κάτω από πίεση, συγκεντρώνομαι και σκέφτομαι καθαρά	0	1	2	3	4
15.	Προτιμώ να παίρνω το προβάδισμα στην επίλυση προβλημάτων	0	1	2	3	4
16.	Δεν αποθαρρύνομαι εύκολα από την αποτυχία	0	1	2	3	4
17.	Με θεωρώ δυνατό άτομο	0	1	2	3	4
18.	Μπορώ να παίρνω μη δημοφιλείς ή δύσκολες αποφάσεις	0	1	2	3	4
19.	Μπορώ να χειρίζομαι δυσάρεστα συναισθήματα	0	1	2	3	4
20.	Έχω ανάγκη να ακολουθώ τη διαίσθησή μου	0	1	2	3	4
21.	Έχω ισχυρή αίσθηση σκοπού	0	1	2	3	4
22.	Νιώθω ότι έχω τον έλεγχο της ζωής μου	0	1	2	3	4
23.	Μου αρέσουν οι προκλήσεις	0	1	2	3	4
24.	Εργάζομαι για να επιτυγχάνω τους στόχους μου	0	1	2	3	4
25.	Καμαρώνω για τις επιτεύξεις μου	0	1	2	3	4

Οι επόμενες ερωτήσεις έχουν να κάνουν με τον τρόπο που αντιμετωπίζετε το άγχος (στρες) στη ζωή σας. Απαντήστε με βάση το κατά πόσο κάνετε αυτό που αναφέρεται στη δήλωση, και ΟΧΙ κατά πόσο ο τρόπος αυτός δουλεύει για σας ή όχι. Για κάθε ερώτηση βάλτε σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί.

	1	2	3	4
	Δεν το κάνω καθόλου	Το κάνω λίγο	Το κάνω μέτρια	Το κάνω πολύ
1.	Στρέφομαι προς τη δουλειά ή άλλες ασχολίες για να παίρνω το μυαλό μου από τα προβλήματα			1 2 3 4
2.	Επικεντρώνομαι στο να κάνω κάτι για να αλλάξω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι			1 2 3 4
3.	Λέω στον εαυτό μου «αυτό δεν μπορεί να συμβαίνει»			1 2 3 4
4.	Χρησιμοποιώ αλκοολούχα ποτά ή ναρκωτικά για να αισθάνομαι καλύτερα			1 2 3 4
5.	Παίρνω συναισθηματική υποστήριξη από άλλους			1 2 3 4
6.	Παραιτούμαι από την προσπάθεια να το αντιμετωπίσω			1 2 3 4
7.	Λαμβάνω μέτρα για να βελτιώσω την κατάσταση στην οποία βρίσκομαι			1 2 3 4
8.	Αρνούμαι να πιστέψω ότι συμβαίνει			1 2 3 4
9.	Λέω πράγματα για να εκτονωθούν τα αρνητικά μου συναισθήματα			1 2 3 4
10.	Παίρνω βοήθεια και συμβουλές από άλλους			1 2 3 4
11.	Χρησιμοποιώ αλκοολούχα ποτά ή ναρκωτικά για να μπορέσω να το ξεπεράσω			1 2 3 4
12.	Προσπαθώ να δω την κατάσταση με διαφορετικό τρόπο, πιο θετικά			1 2 3 4
13.	Ασκήνω κριτική προς τον εαυτό μου			1 2 3 4
14.	Προσπαθώ να σκεφτώ κάποια στρατηγική για το τι θα κάνω			1 2 3 4
15.	Παίρνω παρηγοριά και κατανόηση από κάποιον			1 2 3 4
16.	Παραιτούμαι από την προσπάθεια να ανταπεξέλθω			1 2 3 4
17.	Ψάχνω για κάτι θετικό σε αυτό που συμβαίνει			1 2 3 4
18.	Κάνω αστεία για αυτό που συμβαίνει			1 2 3 4
19.	Κάνω κάτι για να μην το σκέφτομαι, όπως πηγαίνω σινεμά, βλέπω τηλεόραση, διαβάζω, ονειροπολώ, κοιμάμαι, πάω για ψώνια			1 2 3 4
20.	Αποδέχομαι την πραγματικότητα σε σχέση με αυτό που έγινε			1 2 3 4
21.	Εκφράζω τα αρνητικά μου συναισθήματα			1 2 3 4
22.	Προσπαθώ να βρω παρηγοριά στην θρησκεία ή άλλες πνευματικές ενασχολήσεις			1 2 3 4
23.	Προσπαθώ να πάρω συμβουλές και βοήθεια από άλλους για το τι να κάνω			1 2 3 4
24.	Μαθαίνω να ζω με το πρόβλημα			1 2 3 4
25.	Σκέφτομαι σοβαρά για το τι βήματα πρέπει να ακολουθήσω			1 2 3 4
26.	Ρίχνω το φταίξιμο στον εαυτό μου για αυτό που έγινε			1 2 3 4
27.	Προσεύχομαι ή αυτοσυγκεντρώνομαι			1 2 3 4
28.	Ειρωνεύομαι την κατάσταση			1 2 3 4

Το επόμενο μέρος της έρευνας αποτελείται από 6 ερωτήσεις που αναφέρονται σε άτομα του περιβάλλοντός σου που σας βοηθούν και σας υποστηρίζουν στις δύσκολες στιγμές. Για κάθε ερώτημα:

Γράψτε το πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από το πόσο σας βοηθούν όλα τα άτομα αυτά, **γενικά** χρησιμοποιώντας την παρακάτω κλίμακα:

1= Πολύ ανικανοποίητος/η, 2= Σχετικά ανικανοποίητος/η, 3= Λίγο ανικανοποίητος/η, 4= Λίγο ικανοποιημένος/η, 5= Σχετικά ικανοποιημένος/η, 6= Πολύ ικανοποιημένος/η

1. Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορείς να εμπιστευτείς πραγματικά ότι θα αποσπάσουν την προσοχή σου από προβλήματα που σε ανησυχούν και σε στρεσάρουν;

6 5 4 3 2 1

2. Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να αισθανθείς πιο χαλαρός όταν βρίσκεσαι κάτω από πίεση;

6 5 4 3 2 1

3. Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορούν να σε αποδεχτούν ολοκληρωτικά, και στις καλές και στις κακές σου στιγμές;

6 5 4 3 2 1

4. Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε φροντίσουν, άσχετα από το τι μπορεί να σου συμβαίνει;

6 5 4 3 2 1

5. Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε κάνουν να νοιώσεις καλύτερα όταν αισθάνεσαι πολύ άσχημα;

6 5 4 3 2 1

6. Πόσο ικανοποιημένος/η είσαι από την υποστήριξη εκείνων που μπορείς να βασιστείς ότι θα σε παρηγορήσουν όταν αισθάνεσαι πολύ πεσμένος;

6 5 4 3 2 1

Βιβλιογραφία

Ελληνική

- Αγγελόπουλος, Η. (2008). *Άγχος, ιατρικές και κοινωνικές διαστάσεις*. ΒΗΤΑ ιατρικές εκδόσεις ΜΕΠΕ, Αθήνα.
- Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά θέματα*, 5, 183-202.
- Αντωνίου, Α.Σ. (2006). *Εργασιακό στρες*. Αθήνα: Παρισιάνου
- Βασιλάκη, Ε., Τριλίβα, Σ., & Μπεζεβέγκης, Η. (2001). *Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Ηνωμένα Έθνη, Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ. *Σύμβαση του 1951 για το Καθεστώς των Προσφύγων*.
- Κάντας, Α., 1996. Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στα επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3(2), 71-85.
- Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας*. ενότητα, τυπωθήτω Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα.
- Καραϊσκάκη, Α. (2011). *Μετατραυματικό στρες σε πρόσφυγες αιτούντες άσυλο, μια πρώτη καταγραφή*. Διπλωματική εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας. Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας.
- Κατσαβούνη, Φ. & Μπεμπέτσος, Ε., (2018). Διαταραχή μετατραυματικού stress σε πυροσβέστες και πληρώματα ασθενοφόρων μετά από μαζικές απώλειες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 35(1), 114-119. <http://www.mednet.gr/archives/2018-1/pdf/114.pdf>
- Κεπενού Ε. (2015). *Επαγγελματική εξουθένωση, ικανοποίηση και ψυχικά χαρακτηριστικά των εκπαιδευτικών*. Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Παιδαγωγικό τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Κοΐνης Α., & Σαρίδη, Μ. (2014). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας. *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ*, 13(4).
- Μητρούση, Σ., Τραυλός, Α., Κούκια, Ε., & Ζυγά, Σ., (2013). Θεωρίες άγχους: Μία κριτική ανασκόπηση. *Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 6(1).
- Μούστου Ι. (2007). *Επίδραση της εργασίας στην υγεία των διασωστών του ΕΚΑΒ Θεσσαλονίκης. Σωματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις και παράγοντες κινδύνου*. Διπλωματική εργασία. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Ιατρική Σχολή. <http://ikee.lib.auth.gr/record/79510/files/gri-2007-796.pdf>
- Ντίνου, Μ., Μωραΐτου, Δ., Παπαντωνίου, Γ., Καλογιαννίδου, Α., & Παπαντωνίου, Α. (2013). Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων. *Έπιστημονική Επετηρίδα του τμήματος Ψυχολογίας ΑΠΘ*.
- Πανεπιστήμιο Αιγαίου (2019). Παρατηρητήριο της προσφυγικής και μεταναστευτικής κρίσης στο Αιγαίο.
- Παπαδοπούλου, Ι.Ε. (2017). Η προσφυγική κρίση στην Ευρώπη και η διαχείριση της από τις Ελληνικές Κυβερνήσεις κατά το 2015-2016.
- Παπαμιχαλάκη, Α. (2014). *Στρες και μηχανισμοί άμυνας στο νοσηλευτικό προσωπικό*. ΤΕΙ Ανατολικής Μακεδονίας και Θράκης, πτυχιακή εργασία.
- Παπαπαύλου Δ. (2018). Το μεταναστευτικό-προσφυγικό ζήτημα στο λόγο των πολιτικών κομμάτων (2009-2016). Διπλωματική εργασία, Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης Σχολή Οικονομικών και Πολιτικών Επιστημών,

τμήμα Πολιτικών Επιστημών Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Κατεύθυνση Πολιτικής Ανάλυσης.

- Ραγιά, Α. (1978). *Ψυχιατρική Νοσηλευτική Θεμελιώδεις Αρχές*. Αθήνα: Εκδόσεις Αδελφότητος «ΕΥΝΙΚΗ».
- Σαπουντζή– Κρέπια, Δ. (2000). *Stress management. Η διαχείριση του στρες*. Αθήνα: Ελλην.
- Spielberger, C. (1982). *Άγχος, Stress και πώς να το καταπολεμήσετε*. Αθήνα: Ψυχογιός.
- Σταλίκας, Α., Κουδιγκέλη, Φ. & Δημητριάδου, Ε. (2008). *Θετικά Συναισθήματα, Ψυχολογική Ανθεκτικότητα και Μάθηση. Στο ανάπτυξη της Συναισθηματικής Νοημοσύνης μέσα από τη Συνεργατική Μάθηση*. Κυπριακός Σύνδεσμος Συνεργατικής Μάθησης.

Ξενόγλωσση

- Abraham, C., Conner, M., Jones, F., & O' Connor, D. (2008). *Health psychology: topics in applied psychology*. London: Hodder Education.
- Ackerley, G.D.J., Burnell, D.C., Holder, D., & Kurdek, L.A. (1988). Burnout among licensed psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(6), 624-631.
- Ager, A., Pasha, E., Yu, G., Duke T., Eriksson, C., & Cardozo, B.L. (2012). Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, Northern Uganda. *Journal of Traumatic Stress.*, 25, 713-720.
- Ager, A., Flapper, E., Pietersom, T., & Simon, W. (2001). Supporting and Equipping National and International Humanitarian Non-Governmental Organizations and Their Workers. In Y. Danieli (Ed.), *Sharing the Front Line and the Back Hills: International Protectors and Providers: Peacekeepers, Humanitarian Aid Workers and the Media in the Midst of Crisis* (pp 194–200). New York: Baywood.
- Agius, A., Xuereb, R.B., Carrick-Sen, .D, Sultana, R., & Rankin, J. (2016). The co-existence of depression, anxiety and post-traumatic stress symptoms in the perinatal period: A systematic review. *Midwifery*, 36, 70-9.
- Alvarez, J., & Hunt, M. (2005). Risk and resilience in canine search and rescue handlers after 9/11. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 497-505.
- American Psychiatry Association (2017). *Clinical practice Guideline for the treatment of PTSD*. American Psychiatry Association. Guideline Development Panel for the treatment of PTSD in adults.
- Antares Foundation. (2006). *Managing stress in humanitarian workers: guidelines for good practice*. 2nd ed. Amsterdam, Netherlands: Antares Foundation, (2006).
- Argentero, P., & Setti, I. (2008). Job perception, work conditions and burnout in emergency workers. *G. Ital. Med. Lav. Ergon.*, 30, 64-70.
- Armagan, E., Engindeniz, Z., Devay, A.O., Erdur, B., & Ozcakil, A. (2006). Frequency of post-traumatic stress disorder among relief force workers after the tsunami in Asia: do rescuers become victims? *Prehospital and Disaster Medicine*, 21, 168-172.
- Atallah, F., McCalla, S., Karakash, S., & Minkoff, H. (2016). Please put on your own oxygen mask before assisting others: a call to arms to battle burnout. *American Journal of Obstetrician Gynecology*, 215(6).
- Balsari, S., Abisaab, J., Hamill, K., & Leaning, J. (2015). Syrian refugee crisis: When aid is not enough. *The Lancet* 385(9972).
- Barlow, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-63.

- Barnes-Farrell, J.L., Davies-Schriels, K., McGonagle, A., Walsh, B., Milia, L.D., Fischer, F.M., & Tepas, D. (2008). What aspects of shiftwork influence off-shift well-being of healthcare workers? *Applied Ergonomics*, 39(5), 589-596.
- Barrington, A.J., & Shakespeare-Finch, J. (2013). Working with refugee survivors of torture and trauma: An opportunity for vicarious post-traumatic growth. *Counselling Psychology Quarterly*, 26(1), 89-105.
- Barron, R.A. (1999). Psychological trauma and relief workers. In: Leaning J, Briggs SM, Chen LC, eds. *Humanitarian Crises: The Medical and Public Health Responses*. Cambridge, MA: Harvard University Press; 1999:143–175.
- Benedek, D.M., Fullerton, C., & Ursano, R.J. (2007). First responder: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review of Public Health*, 28, 55-68.
- Berger, O., McNeil, D., & Binder, R. (2012a). PTSD as a criminal defense: A review of case law. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, 40, 509-21.
- Berger, W., Coutinho, E.S., Figueira, I. et al (2012b) Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, 1001-1011.
- Berk, J.K. (1989). Trauma and resilience during war: a look at the children and humanitarian aid workers of Bosnia. *Psychoanalytic Review*, 85(4), 640-658.
- Blanchetière, P. (2006). Resilience of Humanitarian Workers. ALNAP. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/resilience-of-aid-workers-article.pdf>.
- Bolton, P., Wilk, C.M., Ndogoni, L. (2004). Assessment of depression prevalence in rural Uganda using symptom and function criteria. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(6), 442-7.
- Bonde, J.P.E. (2008). Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence. *Occupational and Environmental Medicine*, 65(7), 438-445.
- Boscarino, J.A., Figley, C.R., & Adams, R.E. (2004). Compassion fatigue following the September 11 terrorist attacks: a study of secondary trauma among New York City social workers. *International Journal of Emergency Mental Health*, 6, 1-10.
- Brady, K., Killeen, T., Brewerton, T., & Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(7), 22-32.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., et al. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626–632.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748–766.
- Brintzenhofe-Szoc, K.M., Levin, T.T., Li, Y., Kissane D.W., & Zabora J.R. (2009). Mixed anxiety/depression symptoms in a large cancer cohort: prevalence by cancer type. *Psychosomatics*, 50(4), 383-91.
- Bromet, E., Sonnega, A., & Kessler, R.C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*, 147(4), 353-361.
- Brooks, S.K., Dunn, R., Amlôt, R., Greenberg, N., & Rubin, G.J. (2016). Social and occupational factors associated with psychological distress and disorder among disaster responders: a systematic review. *BMC Psychology*, 2016, 4, 18
- Brooks, S.K., Dunn, R, Sage, C.A.M., Amlôt, R., Greenberg, N., Rubin, J. (2015). Risk and resilience factors affecting the psychological wellbeing of individuals

- deployed in humanitarian relief roles after a disaster. *Journal of Mental Health*, 24(6), 385-413.
- Brough, P. (2004). Comparing the influence of traumatic and organizational stressors on the psychological health of police, fire, and ambulance officers. *International Journal of Stress Management*, 11(3), 227-244.
- Burnett, A., & Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain: Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ Clinical Research* 322(7285):544-7.
- Castaneda, A.E., Tuulio-Henriksson, A., Marttunen, M., Suvisaari, J., & Lönnqvist, J. (2008). A review on cognitive impairments in depressive and anxiety disorders with a focus on young adults. *Journal of Affective Disorders*, 106(1-2), 1-27.
- Charmandari, E., Tsigos, C., & Chrousos, G. (2005). Endocrinology of the stress response. *Annual Review of Psychology*, 67, 259-84.
- Chatzea, V.E., Sifaki-Pistolla, D., Vlachaki, S.A., Melidoniotis, E., & Pistolla, G. (2018). PTSD, burnout and well-being among rescue workers: Seeking to understand the impact of the European refugee crisis on rescuers. *Psychiatry Research*, 262, 446-451.
- Coates, D. & Howe, D. (2015). Combatting staff burnout in mental health: Key managerial and leadership tasks that are fundamental to staff wellbeing and retention. *Asia Pacific Journal of Health Management*, 10(2), 24-32.
- Cohen, L.R., & Hien, D.A. (2006). Treatment outcomes for women with substance abuse and PTSD who have experienced complex trauma. *Psychiatric Services*, 57(1),100-6.
- Comoretto, A., Crichton, N., & Albery, I. (2015). Resilience in Humanitarian Aid Workers: Understanding Processes of Development. *IIE Transactions on Occupational Ergonomics and Human Factors*, 3(3-4), 197-209.
- Connorton, E., Perry, M. J., Hemenway, D., Miller, M. (2012). Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness. *Epidemiological Reviews*. 2012; 34:145–155.
- Connor, K.M., & Davidson, J.R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cooper, C.L., Cooper, R.D., & Eaker, L.H. (1988). *Living with stress*. Harmondsworth: Penguin, 1988.
- Crawford, J.R., & Henry, J.D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): normative data and the latent structure in a large non-clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 42(2), 111-31.
- Curling, P., & Simmons, K.B. (2010). Stress and staff support strategies for international aid work. *Intervention*. 8(2), 93-105.
- Devos, G., Bouchenooghe, D., Engels, N., Hotton, G., & Aelterman, A. (2006). An assessment of wellbeing of principal in Flemish primary schools. *Journal of Educational Administration*, 45(1), 33-61.
- Dimitriadou, E., & Stalikas, A. (2012). The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). In A. Stalikas, S. Triliva, & P. Roussi (Eds.) *The Psychometric Tools in Greece* (2nd ed., p.717) Athens: Pedio.
- Ditzler, T. (2001). Mental health and aid workers: The case for collaborative questioning. *The Journal of Humanitarian Assistance*. 2001.
- Egeland, J., Harmer, A., & Stoddard, A. (2011). *To stay and deliver: Good practice for humanitarians in complex security environments*. UN OCHA, February.
- Ehrenreich, J.H., & Elliott, T.L. (2004). Managing stress in humanitarian aid workers: A survey of humanitarian aid agencies' psychosocial training and support of staff. *Peace and Conflict. Journal of Peace Psychology*, 10(1), 53-66.

- Ehring, T., Razik, S., & Emmelkamp, P. M. G. (2011). Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder, anxiety, depression, and burnout in Pakistani earthquake recovery workers. *Psychiatry Research, 185*(1-2), 161-166.
- Encyclopedia of Clinical Neuropsychology (2011). Kreutzer, S.J., DeLuca, J., & Caplan, B. (eds). Springer.
- Epstein, R.S., Fullerton, C.S., & Ursano, R.J. (1998). Posttraumatic stress disorder following an air disaster: a prospective study. *American Journal of Psychiatry, 155*, 934-938.
- Eriksson, C.B., Bjorck, J., Larson, L., Walling, S., Trice, G., Fawcett, J., Foy, D. (2009). Social support, organizational support and religious support in relation to burnout in expatriate humanitarian aid. *Journal of Mental Health, Religion, and Culture, 12*, 671-686.
- Eriksson CB, Lopes Cardozo B, Foy DW, Sabin M, Ager A, et al. (2012). Predeployment mental health and trauma exposure of expatriate humanitarian aid workers: Risk and resilience factors. *Traumatology 19: 41–48*
- Eriksson, C.B, Vande Kemp, H., Gorsuch, R., Hoke, S., & Foy, D.W. (2000). Trauma exposure and PTSD symptoms in international relief and development personnel. *Journal Trauma Stress, 14*, 205-212.
- Estrynebar, M., Kaminski, M., Peigne, E., Bonnet, N., Vaichere, E., Gozlan, C., & Giorgi, M. (1990). Stress at work and mental-health status among female hospital workers. *British Journal of Industrial Medicine, 47*(1), 20-28.
- Eurofound & EU-OSHA (2014). *Psychological risks in Europe: Prevalence and strategies for prevention*. Publication Office of the European Union, Luxembourg.
- European Commission. Employment, Social Affairs & Inclusion. (2014). *Promoting mental health in the workplace. Guidance implementing a comprehensive approach*. Brussels, Belgium: Author.
- European Commission Humanitarian Aid Office. (2004). *Report on security of humanitarian personnel*. Brussels, Belgium: Author.
- Fernandez, K.C. (2014). *A multidimensional approach to the study of social anxiety and friendships*. All Theses and Dissertations (ETDs), Paper 1300. Washington University Open Scholarship.
- Folkman, S., & Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology 55*(1), 745-774.
- Fullerton, C.S., Ursano, R.J., & Wang, L. (2004). Acute stress disorder, posttraumatic stress disorder, and depression in disaster or rescue workers. *American Journal of Psychiatry, 161*, 1370-1376.
- Galletta, M., Portoghese, I., Fabbri, D., Pilia, I., & Campagna, M. (2016). Empowering workplace and among healthcare professionals: The buffering role of job control. *Acta Biomedica, 87*(Suppl. 2), 61-69,
- Gillispie, S.K., Britt, T.W., Burnette, C.M., & McFadden, A.C. (2016). Employee mental health treatment seeking: Perceptions of responsibility and resilience. *Journal of Workplace Behavioral Health, 31*, 1-18.
- Gjerland, A., Pedersen, M.J.B., Ekeberg, O. & Skogstad, L. (2015) Sick-leave and help seeking among rescue workers after the terror attacks in Norway, 2011. *International Journal of Emergency Medicine 8*, 31.
- Gkionakis, N. (2016). The refugee crisis in Greece: training border security, police, volunteers and aid workers in psychological first aid. *Intervention 14*, 73-79.
- Goetzl, R.Z., Long, S.R., Ozminkowski, R.J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employees. *Journal of Occupational and Environmental Medicine, 46*(4), 398-412.

- Guskovict, K.L., & Potocky, M. (2018). Mitigating Psychological Distress Among Humanitarian Staff Working With Migrants and Refugees: A Case Example. *Advances in Social Work, 18*(3). Special Issue Immigrants and Refugees.
- Hagh-Shenas, H., Goodarzi, M.A., Dehbozorgi, G., & Farashbandi, H. (2005). Psychological consequences of the bam earthquake on professional and nonprofessional helpers. *Journal of Traumatic Stress, 18*(5), 477-483.
- Hanaken, J.J., Bakker, B.A., & Schaufeli, B.W. (2006). Burnout and work engagement among teachers. *Journal of School Psychology, 43*, 495-513.
- Hebebrand, J., Anagnostopoulos, D., Eliez, S., Linse, H., Pejovic-Milovancevic, M., & Klasen, H. (2016). A first assessment of the needs of young refugees arriving in Europe: what mental health professionals need to know. *European Child & Adolescent Psychiatry, 25*(1), 1-6
- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L.M., Hellhammer, D.H., & Ehler, U. (2005). Predicting posttraumatic stress symptoms from pretraumatic risk factors: a 2-year prospective follow up study in firefighters. *American Journal of Psychiatry, 162*, 2276-2286.
- Helton, W.S., Simon, K., & Darren, W. (2013). *Individual differences in movements in response to natural disaster tsunami and earthquake case studies*. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting, 57, 858-862.
- Herman, J.L. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence-From Domestic Abuse to Political Terror*. New York, NY: Basic Books; 1997.
- Hobfoll, S.E. (1989). Conservation of resources. A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist, 44*(3), 513-24.
- Holtz, T.H., Salama P., Lopes Cardozo B., & Gotway, C.A. (2002). Mental health status of human rights workers, Kosovo, June 2000. *Journal of Traumatic Stress 15*, 385-395.
- Hong, H.J., & Sung, M.H. (2012). Factors affecting burnout of staff in emergency medical service (focusing on 119 rescuers in Busan and Gyeongnam). *Korean Journal of Occupational Health Nursing, 21*, 164-173.
- Houdmont, J. (2013). UK police custody officers' psychosocial hazard exposures and burnout. *Policing: An International Journal of Police Strategies and Management, 36*(3), 620-635.
- International Association of Fire Fighters (2000). *International Association of Fire Fighters 2000 death and injury survey*. International Association of Fire Fighters, Washington DC.
- InterAction. (2008). The importance of staff care. *Monday Developments, 26*, 9.
- Jackens, L.J. (2018). *Job stress among humanitarian aid workers*. Phd thesis, University of Nottingham.
- Janssen, O., & Van Yperen, N.W. (2004). Employees' Goal Orientations, the Quality of Leader-Member Exchange, and the Outcomes of Job Performance and Job Satisfaction. *Academy of Management Journal, 47*, 368-384.
- Jintao, L., Naiding, Y., Jinfu, Y., & Haoran, W.U. (2014). The influence paths of emotion on the occupational safety of rescuers involved in environmental emergencies systematic review article. *Iranian Journal of Public Health, 43*, 1478-1485.
- Kahn, R.L., Wolfe, D.M., Quinn, R.P., Snoek, J.D., & Rosenthal, R.A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. Wiley, UK: Oxford.
- Kantas, A. & Vassilaki E., (1997). Burnout in Greek teachers: Main findings and validity of the Maslach Burnout Inventory. *Work and Stress, 11*, 94-100.
- Kapsou, M., Panayiotou, G., Kokkinos, C.M., & Demetriou A.G., (2010). Dimensionality of Coping. An Empirical contribution to the construct validation of

- the Brief-COPE with a Greek- speaking sample. *Journal of Health Psychology*, 15(2), 215-229.
- Karunakara, U.K., Neuner, F., Schauer, M., Singh, K., Hill, K., Elbert, T., & Burnha, G. (2004). Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *African Health Sciences*, 4(2), 83-93.
- Kaspersen, M., Matthiesen, S.B., & Gotestam, K.G. (2003). Social network as a moderator in the relation between trauma exposure and trauma reaction: A survey among UN soldiers and relief workers. *Scandinavian Journal of Psychology*, 44, 415-423.
- Kendler, K.S., Gatz, M., Gardner, C.O., & Pedersen, N.L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-14.
- Keyes, K.M., Hatzenbuehler, M.L., Grant, B.F., & Hasin, D.S. (2012). Stress and alcohol: Epidemiologic evidence. *Alcohol Research*, 34, 391-400.
- Khamisa N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B. (2017). Effect of personal and work stress on burnout, job satisfaction and general health of hospital nurses in South Africa. *Health SA Gesondheid* 22, 252-258
- Khamisa N., Peltzer, K., Ilic, D., & Oldenburg, B. (2016). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *International Journal of Nursing Practice*, 22(6), 538-545.
- Kilfedder, C.J., Power, K.G., & Wells, T.J. (2001). Burnout in psychiatric nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 383-396.
- Knox K.L. (2008). Epidemiology of the relationship between traumatic experience and suicidal behaviors. *PTSD Research Quarterly*, 19(4), 1-3.
- Kolassa, I.T., Illek, S., Wilker, S., Karabatsiakakis, A., Elbert, T. Schnyder, U., Cloitre, M. (2015). Neurobiological findings in post-traumatic stress disorder. Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians. *Cham: Springer*, 63-86.
- Kolltveit, S., Lange-Nielsen, I.I., Thabet, A.A., Dyregrov, A., Pallesen, S., Johnsen, T.B., Laberg, J.C. (2012). Risk factors for PTSD, anxiety, and depression among adolescents in Gaza. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2):164-70.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S., (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Leffler, C.T., & Dembert, M.L. (1998). Posttraumatic stress symptoms among U.S. navy divers recovering TWA flight 800. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 574-577.
- Liu, Y., Gan, Y., Chen, J., Liu, I. (2009). Study on the effect of knowledge and experience on fire fighter's psychology. *China Saf. Sci. J.*, 19, 36-41.
- Lopes Cardozo, B.L., Sivilli, T.I., Crawford, C.A., Scholte, W.F., Petit, P., Ghitis, F., Sivilli, T.I., Scholte, W.F., Ager, A., & Eriksson, C. (2013). Factors affecting mental health of local staff working in the Vanni region, Sri Lanka. *Psychological Trauma*, 5(6), 581-590.
- Lopes Cardozo, B.L., Gotway Crawford, C., Eriksson, C., Zhu, J., Sabin, M., Ager, A., Foy, D., Snider, L., Scholte, W., Kaiser, R., Olf, M., Rijnen, B., & Simon, W. (2012). Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study. *PLoS One*, 7(9), e44948.
- Lopes Cardozo, B.L., Holtz, T.H., Kaiser, R., Gotway, C.A., Ghitis, F., Toomey, E., & Salama, P. (2005). The mental health of expatriate and Kosovar Albanian

- humanitarian aid workers. *Disasters* 29 (2), 152-170.
- Lopes Cardozo, B.L., & Salama, P. (2001). Mental health of humanitarian aid workers in complex emergencies. In: Danieli Y., ed. *Sharing the front line and the back hills: international protectors and providers: peacekeepers, humanitarian aid workers and the media in the midst of crisis*. Amityville, NY: Baywood Publishing. pp. 242-255.
- Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales*. (2nd Ed.) Sydney: Psychology Foundation.
- Luthar, S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. Cambridge University Press.
- Lyrakos, N.G., Arvaniti, C., Smyrnioti, M., & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the Depression Anxiety Stress Scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26, 1731.
- Macnair, R. (1995). *Room for improvement: The management and support of relief and development workers*. London, UK: Relief and Recovery Network.
- Markwell, A.L., & Wainer, Z. (2009). The health and wellbeing of junior doctors: Insights from a national survey. *Medical Journal of Australia*, 191(8), 441-444.
- Marmar, C.R., McCaslin, S.E., Metzler, T.J. et al. (2006). Predictors of posttraumatic stress in police and other first responders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071, 1-18.
- Maslach, C. (2003). Job Burnout: New Directions in Research and Intervention. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 189-192.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1996). Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey in Maslach, C., Jackson, S. & Leiter M. (Eds), *MBI manual* (2nd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. & Schaufeli, W. (1993). Job Burnout. *Annual Reviews*, 52, 397-422.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press. Inc.
- Maslach, C. & Jackson, S.E., (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2(2), 99-111.
- Mason, S., O'Keeffe, C., Carter, A., & Stride, C. (2016). A longitudinal study of well-being, confidence and competence in junior doctors and the impact of emergency medicine placements. *Emergency Medicine Journal*, 33(2), 91-98.
- Masten, A., Best, K., & Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2, 425-444.
- Mathieu, J.E. (2012). *The Compassion Fatigue Workbook Creative Tools for Transforming Compassion Fatigue and Vicarious Traumatization*. N.Y.: Routledge
- McCall, M., & Salama, P. (1999). Selection, training, and support of relief workers: an occupational health issue. *BMJ* 318, 113-116.
- McFarlane, C.A. (2004). Risk associated with the psychological adjustment of humanitarian aid workers. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 1.
- McFarlane, C. (2003). *The balance of trauma, stress and resilience by international aid workers: A longitudinal qualitative investigation*. Paper presented at the 10th Annual Conference of The Australasian Society for Traumatic Stress Studies, Hobart, Australia.
- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.

- Min-Haris, C. (2011). *Staff care and Humanitarian Aid Organizations: A moral obligation*. University of Denver.
- Mitani, S., Pujita, M., & Shirakawa, T. (2006). Impact of post-traumatic stress disorder and job-related stress on burnout: a study of fire service workers. *The Journal of Emergency Medicine*, 31, 7-11.
- Mitchell, J.T., & Dyregrov, A. (1993). Traumatic stress in disaster workers and emergency personnel: Prevention and intervention. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *The Plenum series on stress and coping. International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 905-914). New York, NY, US: Plenum Press.
- Monat, A., & Lazarus, R.S. (Eds.). (1991). *Stress and coping: An anthology* (3rd ed.). New York, NY, US: Columbia University Press.
- Newton, C., & Teo, S. (2014). Identification and Occupational Stress: A Stress-Buffering Perspective. *Human Resources Management*, 53(1), 89-113.
- North, C.S., Tivis, L., McMillen, J.C., Pfefterbraum, B., Spitznagel, E.L., Cox, J. et al. (2002). Psychiatric disorders in rescue workers after the Oklahoma City bombing. *American Journal of Psychiatry*, 159, 857-859.
- Norton, P.J. (2007). Depression Anxiety and Stress Scales (DASS-21): psychometric analysis across four racial groups. *Anxiety Stress Coping*, 20(3), 253-65.
- Osman, A., Wong, J.L., Bagge, C.L., Freedenthal, S., Gutierrez, P.M., & Lozano, G. (2012). Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21): further examination of dimensions, scale reliability, and correlates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(12), 1322-38.
- Papadopoulos, I. & Shea, S. (2018). European refugee crisis: psychological trauma of refugees and caregivers. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 14(1), 106-116
- Park, K.O., Wilson, M.G., & Myung, S.L. (2004). Effects of social support at work on depression and organizational productivity. *American Journal of Health Behavior*, 28(5), 444-455.
- Paton, D., & Purvis, C. (1995). Nursing in the aftermath of disaster: orphanage relief work in Romania. *Disaster Prevention and Management*, 4(1), 45-54.
- Paton, D. (1992). International disasters: issues in the management and preparation of relief workers. *Disaster Management*, 4, 183-90.
- Perrin, M.A., DiGrande, L., Wheeler, K., Thorpe, L., Farfel, M., & Brackbill, R. (2007). Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1385-1394.
- Piergiorgio, A., & Ilaria, S. (2011). Engagement and vicarious traumatization in rescue workers. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 84, 67-75.
- Pietrzak, R.H., Schechter, C.B., Bromet, E.J. et al. (2012). The burden of full and subsyndromal posttraumatic stress disorder among police involved in the World Trade Center rescue and recovery effort. *Journal of Psychiatric Research*, 46(7), 835-842.
- Pillay, H., Goddard, R., & Wilss, L. (2005). Well-being, burnout and competence: Implications for teachers. *Australian Journal of Teacher Education*, 30(2), 22-33.
- Poissonnet, C.M., & Véron, M. (2000). Health effects of work schedules in healthcare professions. *Journal of Clinical Nursing*, 9(1), 13-23.
- Popa, F., Arafat, R., Purcarea, V.L., Lala, A., Popa-Velea, O., & Bobimac, G. (2010). Occupational burnout levels in Emergency Medicine – a stage 2 nationwide study and analysis. *The Journal of Medicine and Life*, 3, 449-453.

- Porter, B., & Emmens, B. (2009). Approaches to staff care in international NGOs. London, England: People in Aid/InterHealth.
- Pottie, K., Martin, J.P., Cornish, S., Biorlund, L.M., Gayton, I., Doerner, F., & Schneider, F. (2015). Access to healthcare for the most vulnerable migrants: A humanitarian crisis. *Conflict and Health, 9*(16).
- Prati, G., Pietrantonio, L., & Cicognani, E. (2010). Self-efficacy moderates the relationship between stress appraisal and quality of life among rescue workers. *Anxiety Stress Coping, 23*, 463-470.
- Putman, K., Lantz, J., Townsend, C., Gallegos, A., Potts, A., Roberts, R., Cree, E.R., de Villagran, M., Eriksson, C.B. & Foy, D.W. (2009). Exposure to violence, support needs, adjustment, and motivators among Guatemalan humanitarian aid workers. *American Journal of Community Psychology, 44*(1-2), 109-115.
- Ramel, B., Täljemark, J., Lindgren, A., & Johansson, B.A. (2015), Overrepresentation of unaccompanied refugee minors in inpatient psychiatric care. *SpringerPlus 4*(1), 131.
- Regehr, C., Hill, J., Knott, T., & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health 19*(4), 189-193.
- Regehr, C., Hill, J., & Glancy, G.D. (2000). Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 333-339.
- Robin, M., & Leslie, R.M. (2006). *Introduction to Health Psychology*. Greek Letters, Athens.
- Robinson, K. (2014). Voices from the front line: social work with refugees and asylum seekers in Australia and the UK, *The British Journal of Social Work, 44*(6), 1602-1620.
- Rona, R.J., Hyams, K.C., & Wessely, S. (2005). Screening for psychological illness in military personnel. *The Journal of the American Medical Association, 293*, 1257-1260.
- Rogers, B., & Lawhorn, E. (2007). Disaster preparedness: occupational and environmental health professionals' response to Hurricane Katrina and Rita. *American Association of Occupational Health Nurses - AAOHN Journal 55*, 197-207.
- Rose, J., & Glass, N. (2009). An investigation of emotional wellbeing and its relationship to contemporary nursing practice. *Collegian, 16*, 185-192.
- Roussi, P., & Vasilaki, E. (2001). The applicability of coping orientation to problems experienced scale to the Greek population. *Anxiety, Stress & Coping, 14*(2), 125-147.
- Rudy, B.M., Davis, T.E., & Matthews, R.A. (2014). Cognitive indicators of social anxiety in youth: a structural equation analysis. *Behavior Therapy, 45*(1), 116-25.
- Salmond, S., & Ropis, P.E. (2005). Job stress and general wellbeing: A comparative study of medical-surgical and home care nurses. *Medical Surgery Nursing, 14*(5), 301-309.
- Sancassiani, F., Campagna, M., Tuligi, F., Machado, S., Cantone, E., & Carta, M.G. (2015). Organizational wellbeing among workers in mental health services: A pilot study. *Clinical Practice of Epidemiology Mental Health, 11*, 4-11.
- Sanderson, K., & Andrews, G. (2006). Common mental disorders in the workforce: recent findings from descriptive and social epidemiology. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*, 63-75.
- Schaufeli, W.B., & Taris, T.W. (2005). The conceptualization and measurement of burnout: Common ground and worlds apart. *Work and Stress, 19*, 256-262.

- Schreter, L., & Harmer, A. (2013). *Delivering aid in highly insecure environments. A critical review of the literature, 2007-2012*. Humanitarian Outcomes Ltd., London, UK.
- Schiraldi, G.R. (2000). *The Post-traumatic stress disorder source book: A guide to healing, recovery and growth*. Los Angeles: Lowell House.
- Schlenger, W.E., Caddell, J.M., Ebert, L., Jordan, B.K., Rourke, K.M., Wilson, D., Thalji, L., Dennis, J.M., Fairbank, J.A., & Kulka, R.A.. (2002). Psychological reactions to terrorist attacks: Findings from the national study of Americans' reactions after September 11. *Journal of American Medical Association, 288*, 581-588.
- Schoevers, R.A., Van, H.L., Koppelmans, V., Kool, S., & Dekker, J.J. (2008). Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs, 68*(12), 1621-1634.
- Schütte, S., Chastang, J.F, Malard, L., Parent-Thirion, A., Vermeylen, G., & Niedhammer, I. (2014). Psychosocial working conditions and psychological well-being among employees in 34 European countries. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 87*(8), 897-907.
- Setti, I., & Argentero, P. (2015). Traumatization and PTSD in rescue workers: prevention, assessment, and interventions. In Martin, C.R., Preedy, V.R., & V.B. Patel (eds) *Comprehensive guide to post-traumatic stress disorders*. Springer International Publishing, Switzerland.
- Sifaki- Pistolla, D., Chatzea, V.E., Vlachaki, S.A., Melidoniotis, E., Pistolla G. (2017). Who is going to rescue the rescuers? Post-traumatic stress disorder among rescue workers operating in Greece during the European refugee crisis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52*(1), 45-54.
- Silove, D., Liddell, B., Rees, S., Chey, T., Nickerson, A., Tam, N., Zwi, A.B., Brooks, R., Sila, L.L. & Steel, Z. (2014). Effects of recurrent violence on post-traumatic stress disorder and severe distress in conflict-affected Timor-Leste: a 6-year longitudinal study. *The Lancet Global Health, 2*(5), 293-300.
- Sinclair, S.J., Siefert, C.J., Slavin- Mulford, J.M., Stein, M.B., Renna, M., & Blais, M.A. (2012). Psychometric evaluation and normative data for the depression, anxiety, and stress scales-21 (DASS-21) in a nonclinical sample of U.S. adults. *Evaluation & the Health Professions, 35*(3), 259-79.
- Skogstad, M., Skorstad, M., Lie, A., Conradi, H.S., Heir, T., & Weisæth, L. (2013). Work-related posttraumatic stress disorder. *Occupational Medicine (Lond), 63*(3), 175-182.
- Soliman, H.H., & Gillespie, D.A.F. (2011). A test of stress theory: relief workers in refugee camps. *Disasters, 35*(4), 789-800.
- Stamm, B.H. (2005). *The professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue/secondary Trauma Scale*. Sidran Press, Latherville, MD.
- Stanley, I.H., Hom, M.A., & Joiner, T.E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review, 44*, 25-44.
- Stansfeld, S. & Candy, B. (2006). Psychosocial work environment and mental health- a metaanalytic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health, 32*(6), 443-462.
- Stathopoulou, H., Karanikola, M.N., Panagiotopoulou, F., & Papathanassoglou, E.D. (2011). Anxiety levels and related symptoms in emergency nursing personnel in Greece. *Journal of Emergency Nursing, 37*(4), 314-20.

- Stein, M.B., Jang, K.L., Taylor, S., et al. (2002). Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1675-1681.
- Stevanovic, P., & Rupert, P.A. (2004). Career-sustaining behaviors, satisfactions, and stresses of professional psychologists. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(3), 301-309.
- Stickler, F.E., & Scott, K. (2016). Leadership and occupational stress. *Education*, 137, 27-38.
- Stoddard, A., Jillani, S., Caccavale, J., Cooke, P., Guillemois, D., & Klimentov, V. (2016). *The effects of insecurity on humanitarian coverage. Secure Access in Volatile Environments- SAVE Final Report*.
- Stoddard, A., Harmer, A., Haver, K., Taylor, G., & Harvey, P., (2015). *The state of the humanitarian system, 2015 edition*. Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action (ALNAP), October.
- Stoddard, A., Harmer, A., Ryou, K. (2014). *Aid worker security report 2014: Unsafe passage. Road attacks and their impact on humanitarian operations*. New York: Humanitarian Outcomes.
- Stoddard, A., Harmer, A., & DiDomenico, V. (2009). *Providing aid in insecure environments: 2009 Update, Trends in violence against aid workers and the operational response*. Humanitarian Policy Group Policy Brief 34. London, England: ODI.
- Stoddard, A., Harmer, A., & Haver, K. (2006). *Providing aid in insecure environments: Trends in policy and operations*. Humanitarian Practice Group Report 23. London, England: ODI.
- Strohmeier, H., Scholte, W.F., Ager, A. (2018). Factors associated with common mental health problems of humanitarian workers in South Sudan. *PLoS One* 13(10)
- Stutheit, C. (1994). *Preventing burnout for your front-line staff, in Proceedings of the IUGM 1994 Annual Convention*. Denver, CO.
- Su, T., Han, X., Chen, F., Du, Y., Zhang, H., Yin, J., Tan, X., Chang, W., Ding, Y., Han, Y., & Cao, G. (2013). Knowledge levels and training needs of disaster medicine among health professionals, medical students, and local residents in Shanghai, China. *PLoS One*, 8, 1-12.
- Sun, N., Dong-Mei, L., Jing, M., Xiao-yu, W., Qin, C., Hong-li, F., & Qun-hong, W. (2016). The correlation between quality of life and social support in female nurses. *Journal of Clinical Nursing*.
- Suresh, P., Matthews, A., & Coyne, I. (2013). Stress and stressors in the clinical environment: A comparative study of fourth-year student nurses and newly qualified general nurses in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 22(5-6), 770-779.
- Suzic, D., Thomas, R., Jachens, L. & Mihalca, L. (2016). Staff well-being and mental health in UNHCR. UNHCR- Webster University, Geneva.
- Sverke, M., Hellgren, J., & Näswall, K. (2002). No security: a meta-analysis and review of job insecurity and its consequences. *Journal of Occupational Health Psychology*, 7(3), 242-264.
- Szabo, M. (2010). The short version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Factor structure in a young adolescent sample. *Journal of Adolescence*, 33(1), 1-8.
- Tepas, D.I., Barnes-Farrell, J.L., Bobko, N., Fischer, F.M., Iskra-Golec, I., & Kaliterna, L. (2004). The impact of night work on subjective reports of well-being: An exploratory study of health care workers from five nations. *Revista de Saúde Pública*, 38, 26-31.

- Thoresen, S., Tonnessen, A., Lindgaard, C.V., Andreassen, A.L., & Weisaeth, L. (2009). Stressful but rewarding: Norwegian personnel mobilised for the 2004 tsunami disaster. *Disasters*, 33(3), 353-368.
- Thormar, S.B., Gersons, B.P.R., Juen, B., Marschang, A., Djakababa, M.N., & Olff, M. (2010). The mental health impact of volunteering in a disaster setting: a review. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(8), 529-538.
- Tol, W.A., Komproe, I.H., Jordans, M.J., Vallipuram, A., Sipsma, H., Sivayokan, S., Macy, R.D., DE Jong, J.T. (2012). Outcomes and moderators of a preventive school-based mental health intervention for children affected by war in Sri Lanka: a cluster randomized trial. *World Psychiatry*, 11(2), 114-22.
- Tolin, D.F., & Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: a quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959-992.
- Tomo, A. & De Simone, S. (2017). Exploring factors that affect the well-being of healthcare workers. *International Journal of Business and Management*, 12(6) 2017.
- Tran, T.D., Tran, T., & Fisher, J. (2013). Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community- based cohort of northern Vietnamese women. *BMC Psychiatry*, 12, 13-24.
- Trauer, T., Dodd, S., Callaly, T., Campbell, S., & Berk, M., (2007). The validity of the 21-item version of the Depression Anxiety Stress Scales as a routine clinical outcome measure. *Acta Psychiatrica*, 19(5), 304-10.
- Tsigos, C., Kyrou I., Kassi, E., et al. (2000). *Stress, Endocrine Physiology, and Pathophysiology*. In: Feingold KR, Anawalt B, Boyce A, et al., editors. Endotext [Internet]. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000. <http://europepmc.Org/books/NBK278995;jsessionid=0CC9725B80B5A2C235B97A69E3F0C099>
- Tuisku, K., Virtanen, M., De Bloom, J., & Kinnunen, U. (2016). Cultural leisure activities, recovery and work engagement among hospital employees. *Industrial Health*, 54(3), 254-262.
- United Nations High Commissioner for Refugees-UNHCR (2019a). Aegean Islands Weekly Snapshot, September, 2019.
- United Nations High Commissioner for Refugees-UNHCR (2019b). Greece Factsheet September 2019.
- United Nations High Commissioner for Refugees- UNHCR, (2019c). Operational Portal Refugee Situations. Mediterranean Situation. Greece, Refugees/Migrants
- United Nations High Commissioner for Refugees-UNHCR (2019d). Sea Arrivals Dashboard.
- Van der Velden, P.G., van Loon, P., Benight, C.C., & Eckhardt, T. (2012). Mental health problems among search and rescue workers deployed in the Haïti earthquake 2010: A pre-post comparison, *Psychiatry Research*, 30(198), 100-115,
- Vanistaendael, S. (2006). *Presentation about resilience* at the Prisons' Chaplaincy meeting, Mars 2006 south of Paris, Member of the International Catholic Office for Children (Bureau International Catholique de l'enfance, à Genève,
- Vostanis, P. (2016). New approaches to interventions for refugee children. *World Psychiatry*, 15(1), 75-77.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B., & Ghali, W. A. (2009). Physician wellness: A missing quality indicator. *Lancet*, 374(9702), 1714-1721.
- Wang, Z., Xie, Z., Dai, J., Zhang, L., Huang, Y., & Chen, B. (2014). Physician burnout and its associated factors: a cross-sectional study in Shanghai. *Journal of Occupational Health*, 56(1), 73-83.

- Wang, X.L, Chan, C.L.W, Shi, Z.B, & Wang B. (2013). Mental health risks in the local workforce engaged in disaster relief and reconstruction. *Qualitative Health Research, 23*(2), 207-217.
- Wang, Z., & Wang, J. (2013). Mental trauma of rescuers in coalmine mishaps and its intervention methods. *China Journal of Emergency Resuscitation and Disaster Medicine, 8*, 737-738.
- Wright, M.O., Masten, A.S., & Narayan, A.J. (2013). Resilience processes in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds.), *Handbook of resilience in children* (pp. 15-37). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Wolff, S. (2015). Migration and Refugee Governance in the Mediterranean: Europe and International Organisations at a Crossroads. Instituto Affari Internazionali - *IAI Working Papers, 15*(42).
- World Economic Forum (2017). Global Agenda. *The Future of Humanitarian Response. World Economic Forum Annual Meeting 2017*. Davos-Klosters, Switzerland 17-20 January. <https://www.weforum.org/reports/the-future-of-humanitarian-response-2017>
- Yazgan, P., Utku, D.E., & Sirkeci, I. (2015). Syrian Crisis and Migration. *Migration Letters 12*(3), 181-192.
- Yehuda, R., McFarlane, A.C., & Shalev, A.Y., (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry, 44*, 1305-1313.