



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

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Δι-επιστημονική και Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία στη Διαχείριση Περιστατικών
Εξαρτημένων Μητέρων και των Παιδιών τους»**

Κοσμόπουλος Σταύρος

A.M.: 7450562100013

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Φαρμακοπούλου Ιγνατία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα
Επιστημών Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας Πανεπιστήμιο Πατρών

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Φαρμακοπούλου Ιγνατία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστημών Εκπαίδευσης και
Κοινωνικής Εργασίας Πανεπιστήμιο Πατρών

Κολαΐτης Γεράσιμος, Ομότιμος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΑΘΗΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ, 2024



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

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Δι-επιστημονική και Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία στη Διαχείριση Περιστατικών
Εξαρτημένων Μητέρων και των Παιδιών τους»

Κοσμόπουλος Σταύρος

A.M.: 7450562100013

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Φαρμακοπούλου Ιγνατία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα
Επιστημών Εκπαίδευσης και Κοινωνικής Εργασίας Πανεπιστήμιο Πατρών

Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή:

Φαρμακοπούλου Ιγνατία, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Επιστημών Εκπαίδευσης και
Κοινωνικής Εργασίας Πανεπιστήμιο Πατρών

Κολαΐτης Γεράσιμος, Ομότιμος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή Εθνικού και
Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

Γιαννακόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής Παιδοψυχιατρικής, Ιατρική Σχολή
Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών

ΑΘΗΝΑ

ΙΟΥΝΙΟΣ, 2024

Περίληψη

Θεωρητικό υπόβαθρο: Η χρήση ουσιών από τις μητέρες συνδέεται με αρνητικές επιπτώσεις στις ίδιες και στα παιδιά τους. Η ανάγκη υποστήριξης και βελτίωσης της ποιότητας ζωής τους αποτελεί μεγάλη πρόκληση για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι εργάζονται με τέτοια περιστατικά. Οι επαγγελματίες καλούνται να συνεργάζονται σε δι-επιστημονικό και δι-υπηρεσιακό επίπεδο με σκοπό την ολιστική υποστήριξη τους. Η επαγγελματική εξουθένωση ωστόσο αποτελεί εμπόδιο στο έργο τους, ενώ η ψυχική ανθεκτικότητα θετικό παράγοντα. Μια μελέτη πάνω σε αυτό το επιστημονικό πεδίο αναμένεται να συμβάλει σημαντικά στην υπάρχουσα βιβλιογραφία.

Σκοπός: Η παρούσα μελέτη αποσκοπεί στη διερεύνηση και αξιολόγηση των υπάρχουσών Δι-επιστημονικών και Δι-υπηρεσιακών συνεργατικών σχέσεων που διέπουν τους ειδικούς ψυχικής υγείας στην υποστήριξη των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε συγχρονικού τύπου μελέτη σε 91 επαγγελματίες ψυχικής υγείας από συνολικά 12 σχετικούς Φορείς, στους οποίους διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο σχετικά με κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία, την Διεπιστημονική (ΔΥΣ) και Διυπηρεσιακή Συνεργασία (ΔΕΣ), τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους και αντιλήψεις των επαγγελματιών, η Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης Maslach (Maslach Burnout Inventory-MBI-22) και η Κλίμακα Αξιολόγησης Ανθεκτικότητας (Resilience Evaluation Scale - RES).

Αποτελέσματα: Από τις αναλύσεις προέκυψαν οι καλές συνεργατικές σχέσεις των επαγγελματιών και το προφίλ των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους που απευθύνονται για θεραπεία. Παρατηρήθηκαν συσχετίσεις της ηλικίας με την Ανθεκτικότητα ($r_{ho}=0.234$, $p=0.006$) και των διαστάσεων της Επαγγελματικής Εξουθένωσης, δηλαδή στη συναισθηματική εξάντληση ($r_{ho}=-0.330$, $p=0.001$), την αποπροσωποποίηση ($r_{ho}=-0.312$, $p=0.003$) και τα προσωπικά επιτεύγματα ($r_{ho}=0.218$, $p=0.038$). Οι δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο ($\beta=7.603$, $p=0.016$), η ηλικία ($\beta=3.886$, $p=0.003$), τα έτη προϋπηρεσίας ($\beta=0.475$, $p=0.037$) και η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών ($\beta=1.292$, $p=0.008$), αποδείχθηκε ότι συμβάλλουν στην μεταβλητότητα των διαστάσεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και της ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών.

Συμπεράσματα: Από τη μελέτη προέκυψε ότι η ΔΕΣ και ΔΥΣ είναι ικανοποιητική για τη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Η ψυχική

ανθεκτικότητα ενισχύει τη συνεργασία και την αποτελεσματικότητα, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση είναι σε χαμηλά επίπεδα μεταξύ των επαγγελματιών.

Λέξεις Κλειδιά: *Δι-επιστημονική και Δι-υπηρεσιακή συνεργασία, εξαρτημένες μητέρες, παιδιά, επαγγελματίες ψυχικής υγείας*

Abstract

Background: Maternal substance use is associated with negative effects for both mothers and their children. The need to support and improve their quality of life is a great challenge for mental health professionals, who work with such cases. Professionals are invited to take part in an Inter-professional and Inter-disciplinary Collaboration in order to provide holistic support to them. However, burnout is an obstacle to their work, while mental resilience is a positive factor. A study on this scientific field is expected to contribute significantly to the existing literature.

Aim: This study aims to investigate and evaluate the existing collaborative relationships at an inter-disciplinary and inter-agency level that govern mental health professionals in supporting addicted mothers and their children.

Methods: A cross-sectional study was carried out among 91 mental health professionals from a total of 12 relevant Agencies, to whom an improvised questionnaire regarding socio-demographic data, Inter-professional and Inter-disciplinary Collaboration, addicted mothers and their children and professionals' perceptions, the Maslach Burnout Inventory-MBI-22 and the Resilience Evaluation Scale – RES were distributed electronically.

Results: The good collaborative relationships of professionals and the profile of addicted mothers and their children referred for treatment emerged from the analyses. Correlations of age with Resilience ($\rho=.234$, $p=0.006$) and Burnout dimensions, i.e. emotional exhaustion ($\rho=-.330$, $p=0.001$), depersonalization ($\rho=-.312$, $p=0.003$) and personal achievements ($\rho=.218$, $p=0.038$). Demographic factors such as gender ($\beta=7.603$, $p=0.016$), age ($\beta=3.886$, $p=0.003$), years of service ($\beta=0.475$, $p=0.037$) and incident management effectiveness ($\beta=1.292$, $p=0.008$), were shown to contribute to the variability of burnout and resilience dimensions.

Conclusions: From the study it emerged that Inter-professional and Inter-disciplinary Collaboration is satisfactory for case management of addicted mothers and their children. Resilience enhances collaboration and efficiency, while burnout is at low levels among professionals.

Keywords: *Inter-professional & Inter-disciplinary Collaboration, Addicted mothers, Children, Mental health professionals*

Ευχαριστίες

Με την ολοκλήρωση της Διπλωματικής μου εργασίας και του κύκλου σπουδών στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων», αισθάνομαι την ανάγκη να εκφράσω τις ειλικρινείς ευχαριστίες μου σε όσους με υποστήριξαν καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας.

Πρώτα από όλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω την Επιβλέπουσα Καθηγήτρια μου, Επίκουρη Καθηγήτρια Ιγνατία Φαρμακοπούλου, για την πολύτιμη καθοδήγηση και αμέριστη υποστήριξη της, από την σύλληψη της ιδέας μέχρι και την ολοκλήρωση της παρούσας εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να εκφράσω τις ειλικρινές μου ευχαριστίες και την εκτίμηση μου στον Καθηγητή μου, κύριο Γεράσιμο Κολαΐτη, για την υποστήριξη και τις πολύτιμες γνώσεις που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια των σπουδών. Ευχαριστώ επίσης τον Επιστημονικό Συνεργάτη του ΠΜΣ, Φοίβο Ζαραβίνο-Τσάκο, για την πολύτιμη υποστήριξη και βοήθεια του σε επιστημονικό αλλά και σε πρακτικό επίπεδο κατά τη διάρκεια των σπουδών μου. Θερμά ευχαριστώ και σε όλους τους Εισηγητές μας, για τις πολύτιμες γνώσεις που μας μεταλαμπάδευσαν και που αποτέλεσαν πηγή έμπνευσης. Ένα ιδιαίτερο ευχαριστώ οφείλω στους επαγγελματίες και συναδέλφους που συμμετείχαν στην έρευνα και να εκφράσω τα θερμά μου συγχαρητήρια που εργάζονται σε έναν τόσο «δύσκολο» και ευάλωτο κατά τα άλλα πληθυσμό, όπως είναι οι εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους.

Τέλος, απευθύνω τις θερμότερες ευχαριστίες στην οικογένεια μου, η οποία ήταν δίπλα μου σε όλη αυτή την πορεία και με στηρίζει σε κάθε βήμα στη ζωή μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη.....	3
Abstract	5
Ευχαριστίες.....	6
Εισαγωγή.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	13
1.1. Εξαρτήσεις σε ναρκωτικές ουσίες.....	13
1.1.1. Ιστορική αναδρομή ναρκωτικών ουσιών.....	14
1.1.2. Είδη ναρκωτικών ουσιών.....	15
1.1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία και διαφορές φύλου.....	16
1.1.4. Παράγοντες που οδηγούν στην χρήση ναρκωτικών ουσιών.....	18
1.1.5. Το Προφίλ των Εξαρτημένων Μητέρων.....	21
1.1.6. Παιδιά Εξαρτημένων Μητέρων.....	23
1.1.7. Η Σχέση Μητέρας-Παιδιού.....	26
1.1.8. Θεραπευτικές Παρεμβάσεις.....	29
1.1.9. Φορείς για Εξαρτημένες Μητέρες και τα Παιδιά τους.....	32
1.2. Δι-επιστημονική και Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία στον χώρο της υγείας.....	36
1.2.1. Διεπιστημονική Συνεργασία (ΔΕΣ).....	38
1.2.2. Προϋποθέσεις Διεπιστημονικής Συνεργασίας.....	39
1.2.3. Επαγγελματικές Συνεισφορές.....	41
1.2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την Διεπιστημονική Συνεργασία.....	42
1.2.5. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα Διεπιστημονικής Συνεργασίας.....	43
1.2.6. Αρχές Διεπιστημονικής Ομάδας.....	44
1.2.7. Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία (ΔΥΣ).....	45
1.2.8. Θεωρητικά Μοντέλα Δι-υπηρεσιακής Συνεργασίας.....	47
1.2.9. Εμπόδια Συνεργασίας και Στρατηγικές Αντιμετώπισης.....	49
1.3. Επαγγελματική Εξουθένωση Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.....	50

1.3.1.	Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης	51
1.3.2.	Αιτιολογικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης.....	53
1.3.3.	Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης	54
1.4.	Ψυχική Ανθεκτικότητα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας.....	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ		58
2.1.	Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας	58
2.2.	Ερευνητικές Υποθέσεις.....	59
2.3.	Σχεδιασμός Έρευνας	59
2.4.	Συμμετέχοντες της Μελέτης.....	60
2.5.	Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων	61
2.6.	Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων	62
2.6.1.	<i>Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης Maslach (Maslach Burnout Inventory-MBI-22)</i>	63
2.6.2.	<i>Κλίμακα Αξιολόγησης Ανθεκτικότητας (Resilience Evaluation Scale - RES)</i>	64
2.7.	Ερευνητική Δεοντολογία.....	65
2.8.	Στατιστική Ανάλυση	65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ		67
3.1.	Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων του δείγματος.....	67
3.2.	Περιγραφική ανάλυση ερωτήσεων σχετικά με την Δι-επιστημονική Συνεργασία ..	69
3.3.	Περιγραφική ανάλυση ερωτήσεων σχετικά με την Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία	72
3.4.	Προφίλ εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους	78
3.5.	Διερεύνηση Επαγγελματικής Εξουθένωσης & Ψυχικής Ανθεκτικότητας.....	83
3.6.	Συσχέτιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας με τους δημογραφικούς παράγοντες και την αποτελεσματικότητα διαχείρισης περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.....	84
3.7.	Αναλύσεις Πολυπαραγοντικής Παλινδρόμησης	89
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ		93
4.1.	Συζήτηση	93

4.2. Περιορισμοί Έρευνας.....	105
4.3. Συμπεράσματα.....	105
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	107
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	123

Εισαγωγή

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών και η εξάρτηση από αυτές αποτελεί ένα διαχρονικό φαινόμενο, το οποίο παρατηρείται από τις παλαιότερες εποχές. Στις μέρες μας θεωρείται μία νευροψυχιατρική διαταραχή, με σημαντικές επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην οικογένεια και την κοινωνία γενικότερα (Uhl et al., 2019; Zou et al., 2017). Αν και το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι άνδρες, σημαντικό παραμένει και το ποσοστό των γυναικών (ΕΚΤΕΠΝ, 2022). Οι εξαρτημένες γυναίκες δύσκολα απευθύνονται για θεραπεία λόγω του στίγματος που επαφίεται με την χρήση. Η τοξικομανία σε συνδυασμό με την γυναικεία φύση τους αποτελεί πηγή στερεοτύπων και προκαταλήψεων. Επίσης, οι εξαρτημένες μητέρες πολύ συχνά καταφεύγουν και σε επικίνδυνες συμπεριφορές προκειμένου να εξασφαλίσουν την χρήση τους, όπως η πορνεία (Girchenko et al., 2015).

Αρκετές γυναίκες ξεκινούν την χρήση όταν βρίσκονται στην αναπαραγωγική ηλικία, ενώ πολλές από αυτές γίνονται μητέρες σε αυτή τη φάση της ζωής τους (Μάτσα, 2017). Οι εξαρτημένες μητέρες έρχονται αντιμέτωπες με αρκετές προκλήσεις και ανάγκες. Η χρήση ουσιών και οι επιπτώσεις που έχει στις μητέρες δυσχεραίνει την ανάληψη του μητρικού τους ρόλου (Cleveland et al., 2016).

Η χρήση ουσιών από τους γονείς έχει και σημαντικές επιπτώσεις στα παιδιά τους σε συναισθηματικό, συμπεριφορικό και κοινωνικό επίπεδο (Ranta & Raitasalo, 2015). Οι επιπτώσεις της χρήσης ουσιών εντοπίζονται από την προγεννητική περίοδο του παιδιού, ενώ είναι εμφανής αργότερα, ακόμη και στην ενήλικη ζωή του (Behnke et al., 2013; Geschiere et al., 2017). Επιπλέον, τα παιδιά γονέων χρηστών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο και για προβλήματα ψυχικής υγείας (Romanowicz et al., 2019). Επιπροσθέτως, τα παιδιά των εξαρτημένων γονέων είναι πιο ευάλωτα σε περιστατικά παραμέλησης και κακοποίησης και πολλών αρνητικών εμπειριών στην μετέπειτα ζωή τους (Lipari & Van Horn, 2017).

Αρκετοί φαίνεται να είναι οι Φορείς που παρέχουν θεραπευτικές παρεμβάσεις και υποστήριξη σε μητέρες χρήστριες και στα παιδιά αυτών στην Ελλάδα, με τις περισσότερες να εντοπίζονται στην πρωτεύουσα. Η διαχείριση τέτοιων περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους αποτελεί ένα σύνθετο και ευαίσθητο θέμα, το οποίο απαιτεί διεπιστημονική και δι-υπηρεσιακή προσέγγιση, με σκοπό την καλύτερη διαχείριση και περίθαλψη αυτής της πληθυσμιακής ομάδας.

Η συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των υπηρεσιών στο τομέα της υγείας παίζει καθοριστικό ρόλο για την αποτελεσματική και ολιστική διαχείριση περιστατικών και την παροχή στοχευμένων παρεμβάσεων (Reeves et al., 2018). Ωστόσο, λίγες παραμένουν οι έρευνες που υποστηρίζουν την ανάγκη για αποτελεσματική διεπιστημονική (ΔΕΣ) και διωπηρεσιακή συνεργασία (ΔΥΣ) σε περιστατικά με εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους (Green et al., 2008). Στην παρούσα έρευνα εξετάζεται επιπλέον και η επαγγελματική εξουθένωση και η ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών, ως δύο μεταβλητές οι οποίες θα μπορούσαν να επηρεάσουν την αποτελεσματικότητα των συνεργατικών σχέσεων των επαγγελματιών και των υπηρεσιών. Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα πολύ συχνό φαινόμενο ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι έρχονται σε καθημερινή επαφή με ανθρώπους που αντιμετωπίζουν χρόνια και σοβαρά προβλήματα υγείας (Hartog, 2019). Η ψυχική ανθεκτικότητα από την άλλη αποτελεί ένα σημαντικό «προνόμιο» των επαγγελματιών, καθώς αποτελεί την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται σε στρεσογόνες και αντίξοες καταστάσεις που βιώνουν συχνά στην καθημερινή κλινική πρακτική τους (Aburn et al., 2016).

Μέσα από την παρούσα μελέτη γίνεται μια προσπάθεια να αποδειχθεί η σημασία που έχουν οι αποτελεσματικές συνεργατικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και υπηρεσιών στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους, δυο ομάδων που χρήζουν σφαιρικής και άμεσης παροχής βοήθειας και υποστήριξης. Έτσι, λαμβάνοντας τις απόψεις των επαγγελματιών που απασχολούνται στα υφιστάμενα πλαίσια υποστήριξης εξαρτημένων μητέρων και παιδιών εξαρτημένων γονέων, αποτυπώνονται οι συνεργατικές σχέσεις που επικρατούν, οι απόψεις τους πάνω σε περιστατικά που διαχειρίζονται και προτάσεις βελτίωσης των συνεργατικών τους σχέσεων πάνω σε αυτά τα περιστατικά. Επιπλέον, αξιολογείται και η επαγγελματική εξουθένωση και η ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών, τα οποία συσχετίζονται με τις απόψεις τους για τις συνεργατικές σχέσεις με άλλους επαγγελματίες και άλλες υπηρεσίες.

Αναλυτικότερα, η συγκεκριμένη μελέτη αποτελείται από τέσσερα κεφάλαια. Στο πρώτο κεφάλαιο που αποτελεί το θεωρητικό μέρος γίνεται μια βιβλιογραφική ανασκόπηση πάνω σε βασικούς άξονες που πραγματεύεται η συγκεκριμένη εργασία. Συγκεκριμένα, πραγματοποιείται μια εννοιολογική προσέγγιση της χρήσης ναρκωτικών ουσιών, ιστορική αναδρομή, κάποια βασικά επιδημιολογικά στοιχεία και διαφορές φύλου, καθώς και οι παράγοντες που οδηγούν στην χρήση ουσιών. Στην συνέχεια γίνεται αναφορά των επιπτώσεων της χρήσης, μέσα από την περιγραφή του προφίλ των εξαρτημένων μητέρων, καθώς και τις επιπτώσεις στην σωματική και ψυχική υγεία των παιδιών τους. Έπειτα, περιγράφεται η θεωρία του δεσμού, για την κατανόηση του τρόπου με τον οποίο η χρήση ουσιών μπορεί να επηρεάσει

τη σχέση της μητέρας με το παιδί. Αργότερα, περιγράφονται οι θεραπευτικές παρεμβάσεις και οι υφιστάμενοι φορείς πάνω στα συγκεκριμένα περιστατικά. Το πρώτο κεφάλαιο συνεχίζει με την δεύτερη υποενότητα, όπου αναλύεται η διεπιστημονική και διυπηρεσιακή συνεργασία στο χώρο της υγείας. Πραγματοποιείται εννοιολογική προσέγγιση και εξετάζονται οι προϋποθέσεις και οι αρχές για αποτελεσματική συνεργασία, τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα, παράγοντες που την επηρεάζουν, κάποια θεωρητικά μοντέλα, εμπόδια και στρατηγικές αντιμετώπισης. Στην τρίτη και τέταρτη υποενότητα αναλύονται οι έννοιες της επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχικής ανθεκτικότητας αντίστοιχα.

Στην επόμενη ενότητα, περιγράφονται η μεθοδολογία της έρευνας, ο σκοπός, οι στόχοι και οι ερευνητικές υποθέσεις, το δείγμα που συμμετείχε και ο τρόπος συλλογής δεδομένων, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των δεδομένων, τα δεοντολογικά ζητήματα και σύντομη περιγραφή της στατιστικής ανάλυσης που υλοποιήθηκε. Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται περιγραφή των αποτελεσμάτων της έρευνας μέσα από πίνακες και γραφήματα. Ενώ, στο τέταρτο και τελευταίο κεφάλαιο πραγματοποιείται η συζήτηση των αποτελεσμάτων και τα συμπεράσματα, οι περιορισμοί της έρευνας και οι προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1. Εξαρτήσεις σε ναρκωτικές ουσίες

Η εξάρτηση από ναρκωτικές και μη ουσίες αποτελεί μια νευροψυχιατρική διαταραχή, η οποία χαρακτηρίζεται από την έντονη προσήλωση ενός ατόμου σε μία ουσία ή πράξη, η οποία τείνει να επαναλαμβάνεται από το άτομο παρά τις αρνητικές συνέπειες (Zou et al., 2017). Οι διαταραχές της εξάρτησης επιφέρουν σημαντικά υγειονομικά και οικονομικά βάρη τόσο στο ίδιο το άτομο, όσο και στην οικογένεια και την κοινωνία ευρύτερα (Uhl et al., 2019). Οι Παπάντος και Καφετζόπουλος (2019), υποστηρίζοντας το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, θεωρούν ότι η εξάρτηση αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό, φαινόμενο στο οποίο αλληλεπιδρούν τόσο βιολογικοί όσο και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες.

Δύο είναι οι κύριοι τύποι εξαρτήσεων. Η εξάρτηση από ουσίες νόμιμες ή παράνομες και η εξάρτηση χωρίς ουσίες, που αφορά τον εθισμό σε συμπεριφορές, όπως είναι ο τζόγος, ο εθισμός στο διαδίκτυο, ο διατροφικός εθισμός, ο σεξουαλικός εθισμός, ο εθισμός στα κινητά τηλέφωνα και άλλες, στις οποίες το άτομο συμπεριφέρεται όπως και στην εξάρτηση από ουσίες (Zou et al., 2017; Fluyau & Charlton, 2023).

Αρκετές μελέτες έχουν εντοπίσει την νευροβιολογική βάση των εξαρτήσεων, σύμφωνα με την οποία είναι αποτέλεσμα αλλαγών στη λειτουργία των νευρικών κυκλωμάτων. Επίσης, ερευνητικά έχει παρατηρηθεί η απορυθμισμένη έκκριση ντοπαμίνης σε περιοχές του εγκεφάλου που σχετίζονται με το αίσθημα ανταμοιβής και τη λήψη αποφάσεων, τον επικλινή πυρήνα και τον προμετωπιαίο φλοιό (Volkow et al., 2019).

Η εξάρτηση είναι μια χρόνια ασθένεια του εγκεφάλου, καθώς οι εξαρτησιογόνες ουσίες προκαλούν σοβαρές μορφολογικές και λειτουργικές αλλοιώσεις στις εγκεφαλικές δομές, κυρίως στο Σύστημα Ανταμοιβής, που είναι υπεύθυνο για τον έλεγχο των ορμών και των επιθυμιών. Επηρεάζουν επίσης τον προμετωπιαίο φλοιό, ο οποίος ρυθμίζει τις συμπεριφορές που σχετίζονται με την ικανοποίηση από τις ορμές και τις επιθυμίες, ανάλογα με την εμπειρία, τη μάθηση και τους μακροχρόνιους στόχους της συμπεριφοράς. Αυτοί οι στόχοι διαμορφώνονται στο άτομο μέσω οικογενειακών, κοινωνικών και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων. Τα γονίδια που ελέγχουν τους βιολογικούς μηχανισμούς μέσω της ντοπαμινεργικής νευρομεταβίβασης αλληλεπιδρούν με διάφορους περιβαλλοντικούς παράγοντες, δημιουργώντας έναν φαινότυπο που καθιστά το άτομο ευάλωτο στη ανάπτυξη εξάρτησης και άλλων παθολογικών συμπεριφορών (Παπάντος & Καφετζόπουλος, 2019).

1.1.1. Ιστορική αναδρομή ναρκωτικών ουσιών

Η χρήση ναρκωτικών ουσιών είναι ένα φαινόμενο, το οποίο παρατηρείται ήδη σε αρχαίους πολιτισμούς, όταν ο άνθρωπος ένιωθε την ανάγκη να επέμβει στον ψυχικό του κόσμο, τροποποιώντας τα συναισθήματα και την διάθεση του. Στην αρχή, οι ναρκωτικές ουσίες χρησιμοποιούνταν για θρησκευτικούς λόγους ή ήταν μέρος τελετουργιών καθώς και στην ιατρική. Στην πορεία, η διάδοση των ουσιών δεν άργησε να πάρει μεγάλες διαστάσεις και να εξαπλωθεί και σε άλλους πολιτισμούς ανά τον κόσμο, εξυπηρετώντας πλέον και άλλες ανάγκες. Τότε είναι που τα ναρκωτικά παίρνουν την μορφή κοινωνικού φαινομένου και εμφανίζονται και τα προβλήματα της κατάχρησης εξαρτησιογόνων ουσιών καθώς και νομοθετικοί περιορισμοί για την χρήση τους (Χαραλαμπίδης, 2003).

Ήδη από την προϊστορική εποχή, γίνονται αναφορές σε ναρκωτικές ουσίες. Ένας Αιγυπτιακός πάπυρος περιγράφει την παραγωγή αλκοόλ το 3.500 π.Χ.. Το 5.000 π.Χ. το όπιο χρησιμοποιούταν από τους Σουμέριους, τους Ασσύριους και τους Αιγύπτιους. Στην Αρχαία Ελλάδα, σε έργα του μινωικού πολιτισμού απεικονίζεται η παπαρούνα (όπιο) (Norn et al., 2005), ενώ αναφορές γίνονται και στην Οδύσσεια, όπου ο Όμηρος αναφέρεται πιθανόν στο όπιο ως «νηπενθές και άχολο φάρμακο» (Μαρσέλος, 1997). Η αξιοποίηση της παπαρούνας του όπιου και η διασπορά εντοπίζονται ήδη από τη Νεολιθική Ευρώπη (Salavert et al., 2018).

Στην νεότερη ιστορία, η χρήση όπιου συστηνόταν για φαρμακευτικούς λόγους, με τον Παράκελσο το 1525, να εισάγει το λεγόμενο «λαύδανο», μια ανάμειξη οπίου και οιοπνεύματος. Αργότερα, το 1831 παράγεται η «κωδεΐνη», το εκχύλισμα του οπίου, το οποίο αρχικά χρησιμοποιήθηκε ως φάρμακο για τον βήχα και ως παυσίπονο. Έπειτα, κυκλοφόρησε και η μορφίνη σε ενέσιμη μορφή, ως ισχυρό φάρμακο για τον σωματικό πόνο και αργότερα, εμφανίστηκε η κοκαΐνη, για την θεραπεία των εξαρτημένων από τα παράγωγα του οπίου. Τέλος, το όπιο έγινε συχνά πηγή συγκρούσεων και πολέμων μεταξύ της Μεγάλης Βρετανίας και της Κίνας τον 19ο αιώνα (Χαραλαμπίδης, 2003).

Προϊστορικά στοιχεία μαρτυρούν την καλλιέργεια της κόκας, η οποία χρησιμοποιήθηκε ως πανάκεια και τοπικό αναισθητικό στην αυτοκρατορία των Ίνκας στο Περού. Ήταν αρκετά διαδεδομένο στους Ιθαγενείς της Αμερικής, ενώ στην Ευρώπη έγινε ευρέως γνωστό όταν ένας κορσικανός φαρμακοποιός, ο Angelo Mariani, το 1863, εισήγαγε κρασί με απόσταγμα κόκας, για την θεραπεία της κόπωσης και την δημιουργία ενός αισθήματος ευεξίας (Stolberg, 2011).

Αργότερα, το 1892, ένας φαρμακοποιός, ο Asa Candler, εμπνευσμένος από την ιδέα του Mariani, ιδρύει στην Αμερική την Coca-Cola company και παράγει ένα ποτό με εκχύλισμα κόκας και φυσικό αεριούχο νερό, όπου το 1903 έπειτα από νομοθετική απαγόρευση της

κοκαΐνης η εταιρεία την αντικαθιστά με καφεΐνη. Η κοκαΐνη είχε επίσης προταθεί και από τον S. Freud το 1884, ως φάρμακο για διάφορες ασθένειες όπως γαστρικές διαταραχές, άσθμα, κλπ. Από το 1914 στα περισσότερα κράτη έχει απαγορευτεί η κατανάλωση κοκαΐνης, ενώ στην ιατρική χρησιμοποιείται ως τοπικό αναισθητικό των βλεννογόνων και ως ισχυρό παυσίπονο (Χαραλαμπίδης, 2003).

Το 2.700 π.Χ. γίνεται η πρώτη αναφοράς χρήσης κάνναβης αρχικά για θεραπευτικούς λόγους, κυρίως στην Κίνα και την Ινδία (Mack & Joy, 2000). Σε περιγραφές του Ηροδότου επίσης, αναφέρονται οι Σκύθες, ένας αρχαίος νομαδικός λαός της Θράκης, οι οποίοι χρησιμοποιούσαν την κάνναβη σε υφάσματα και σε διάφορες τελετουργίες. Το όνομα χασίς, που στα αραβικά σημαίνει «χόρτο», διαδόθηκε στην Ευρώπη από τις Σταυροφορίες και καλλιεργείται συστηματικά σε Ευρώπη και σε Αμερική από τον 13ο-19ο αιώνα, με την σταδιακή απαγόρευση της καλλιέργειας και της χρήσης κάνναβης στις αρχές του 20ου αιώνα. Στην Ελλάδα η απαγόρευση της κάνναβης ξεκίνησε το 1920 (Χαραλαμπίδης, 2003).

Άλλες ναρκωτικές ουσίες, οι οποίες έκαναν πιο πρόσφατα ιστορικά την εμφάνιση τους είναι και οι αμφεταμίνες, οι οποίες παρασκευάστηκαν το 1887, ενώ οι θεραπευτικές τους ιδιότητες ανακαλύφθηκαν αργότερα το 1927. Αρχικά, η χρήση τους περιοριζόταν στην θεραπεία του άσθματος, της ναρκοληψίας και της υπερκινητικότητας στα παιδιά, ενώ χρησιμοποιούσαν διαδεδομένα και στο Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο στους στρατούς των Βρετανών, των Γερμανών, των Ιαπώνων και των Αμερικάνων, για μεγαλύτερη εγρήγορση στην μάχη και καταπολέμηση της κόπωσης. Στην συνέχεια, οι αμφεταμίνες διαδόθηκαν στους εργαζομένους της νύχτας για καλύτερη απόδοση και την δεκαετία του 1960 έφτασαν στο απόγειο τους στα νεανικά κινήματα, όπως και άλλες ναρκωτικές ουσίες όπως τα παραισθησιογόνα (LSD, Μαγικά Μανιτάρια). Από το 1970, οι αμφεταμίνες βρίσκονται μόνο στην παράνομη αγορά (Χαραλαμπίδης, 2003).

1.1.2. Είδη ναρκωτικών ουσιών

Οι εξαρτησιογόνες ουσίες είναι συνθετικές ή ημισυνθετικές ουσίες, οι οποίες επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) και χρησιμοποιούνται από το άτομο για να αλλάξει τη διάθεση του. Οι εξαρτησιογόνες ουσίες διακρίνονται σε νόμιμες και παράνομες. Στις νόμιμες συγκαταλέγεται ο καπνός, το αλκοόλ και η καφεΐνη, ενώ στις παράνομες τα οπιοειδή, η κοκαΐνη, το χασίς και οι αμφεταμίνες. Ο όρος «ναρκωτικές ουσίες» αναφέρεται κυρίως στις παράνομες εξαρτησιογόνες ουσίες. Επιπλέον, υπάρχουν και κάποιες ουσίες, τα ψυχοτρόπα φάρμακα (ηρεμιστικά, υπνωτικά), τα οποία αν και η χρήση τους ενδείκνυται για ιατρικούς λόγους, εντούτοις έχουν εξαρτησιογόνα δράση (Χαραλαμπίδης, 2003).

Ανάλογα με τις επιπτώσεις που επιφέρουν οι εξαρτησιογόνες ουσίες, μπορούν να διακριθούν σε τρεις κατηγορίες: στα κατασταλτικά, στα διεγερτικά και στα παραισθησιογόνα. Τα κατασταλτικά του ΚΝΣ, είναι ουσίες που προκαλούν χαλάρωση των μυών, ανακούφιση από το άγχος, εφοριακή διάθεση και υπνηλία. Τέτοιες ουσίες είναι το αλκοόλ, τα βαρβιτουρικά, οι βενζοδιαζεπίνες και τα οπιοειδή (ηρωινή, μορφίνη, κωδεΐνη, μεθαδόνη, βουπρενορφίνη). Στα διεγερτικά του ΚΝΣ, συμπεριλαμβάνονται οι ουσίες εκείνες που δημιουργούν ένα προσωρινό αίσθημα διέγερσης και εγρήγορσης, όπως η κοκαΐνη, η έκσταση, οι αμφεταμίνες, οι μεθαμφεταμίνες, η καφεΐνη και η νικοτίνη. Τέλος, τα παραισθησιογόνα, που δρουν στους νευρώνες του εγκεφάλου και προκαλούν διαστρεβλώσεις αντίληψη του ατόμου για την πραγματικότητα. Ουσίες με τέτοια δράση είναι το LSD, MDMA και τα μαγικάμανιτάρια. Η ινδική κάνναβη (μαριχουάνα και το χασίς) μπορεί να καταταχθεί και στις τρεις κατηγορίες ανάλογα με το άτομο (Thio, 2008).

Επιπλέον, υπάρχει και η κατηγορία των εισπνεόμενων και πτητικών ουσιών, ουσίες που περιέχονται σε προϊόντα καθημερινής χρήσης και μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την αλλαγή της ψυχικής διάθεσης μέσω της εισπνοής των αερίων που εκπέμπουν. Τέτοιες ουσίες είναι τα αεροζόλ, κόλλες, διαλυτές χρωμάτων και παράγωγα πετρελαίου (βενζίνη) (Χαραλαμπίδης, 2003).

1.1.3. Επιδημιολογικά στοιχεία και διαφορές φύλου

Η κατάχρηση ουσιών αποτελεί ένα παγκόσμιο πρόβλημα με σοβαρές επιπτώσεις στην υγεία και την οικονομική και κοινωνική ευημερία των ατόμων (Cerdá et al., 2016). Σύμφωνα με το United Nations Office on Drugs and Crime, (UNODC, 2023), το 2021 υπολογίζεται ότι περίπου 296 εκατομμύρια άνθρωποι ηλικίας 15-64 ετών σε όλο τον κόσμο, έκαναν μια ναρκωτική ουσία τους τελευταίους 12 μήνες. Αυτό αντιστοιχεί σε 1 στους 17 ανθρώπους (5,8%) αυτής της ηλικιακής ομάδας, ενώ παρατηρείται αύξηση της τάξεως του 23% σε σχέση με το 2011 (UNODC, 2023).

Η κάνναβη εδώ και πολλά χρόνια εξακολουθεί να αποτελεί την πιο διαδεδομένη ουσία, με 219 εκατομμύρια χρήστες παγκοσμίως (4,3% του παγκόσμιου πληθυσμού), το έτος 2021. Τα οπιοειδή, αποτελούν μια ομάδα ουσιών, τα οποία ευθύνονται για τις μεγαλύτερες βλάβες στους χρήστες καθώς και για την θνησιμότητα λόγω των υπερβολικών δόσεων. Το 2021, τα άτομα που έκαναν μη ιατρική χρήση οπιοειδών ανέρχονται στα 60 εκατομμύρια, εκ των οποίων το 31,5 έκαναν χρήση ηρωίνης. Την ίδια περίοδο 36 εκατομμύρια άτομα κάνουν χρήση αμφεταμινών και ακολουθεί η κοκαΐνη με 22 εκατομμύρια και η έκσταση με 20 εκατομμύρια. Το 18% (39,5 εκατομμύρια) των ατόμων που κάνουν χρήση ναρκωτικών σε παγκόσμια

κλίμακα υποφέρουν από διαταραχή χρήσης ναρκωτικών ουσιών, ενώ μόνο 1 στους 5 ανθρώπους με αυτή την διαταραχή λαμβάνουν θεραπεία, γεγονός το οποίο οφείλεται εν μέρει και στην πανδημία του COVID-19 τη συγκεκριμένη περίοδο (UNODC, 2023).

Στην Ευρώπη σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (EKΠINT, 2022), περίπου το 29% (83 εκατομμύρια) των ενηλίκων ηλικίας 15-64 ετών έχουν δοκιμάσει μία παράνομη ουσία τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους. Οι άνδρες (50,5 εκατομμύρια) είναι περισσότερο πιθανό να το έχουν κάνει από τις γυναίκες (33 εκατομμύρια), με την κάνναβη να παραμένει η ουσία με την μεγαλύτερη κατανάλωση (22 εκατομμύρια), ενώ ακολουθούν τα διεγερτικά με κυρίαρχη την κοκαΐνη. Η Ελλάδα σε σύγκριση με άλλες ευρωπαϊκές χώρες, φαίνεται να έχει χαμηλότερα ποσοστά σε δείκτες όπως η χρήση παράνομων ναρκωτικών ουσιών, η πρόσβαση τους σε αυτές καθώς και η ηλικία έναρξης (Kokkevi et al., 2016).

Στην Ελλάδα σύμφωνα με το Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΝ, 2022), περίπου 1,5 έως 2,3 άτομα ανά 1000 άτομα ηλικίας 15-64 ετών έχουν κάνει χρήση υψηλού κινδύνου (χρήση οπιοειδών), με μικρές αλλαγές στον αριθμό από το 2017. Περίπου το 11% του ίδιου ηλικιακού φάσματος έχει δοκιμάσει κάνναβη τουλάχιστον μια φορά στη ζωή τους, ενώ το 1,6% έχει αναφέρει χρήση άλλων παράνομων ουσιών έστω μια φορά σε όλη τους τη ζωή (ΕΚΠINT, 2017).

Η θνησιμότητα που συνδέεται με την κατάχρηση ναρκωτικών ουσιών είναι αυξημένη σε ορισμένες ομάδες του πληθυσμού, εύρημα το οποίο αποδίδεται στις άμεσες και έμμεσες συνέπειες, όπως η υπερδοσολογία, οι ηπατικές βλάβες και η αυτοκτονικότητα (Capurso & Shorter, 2017). Οι θάνατοι που σχετίζονται με την χρήση ουσιών το 2019 σε παγκόσμια κλίμακα ανέρχονται περίπου στους 500.000 και είναι 17,5% περισσότεροι από το 2009, με το 1/4 να ευθύνονται στην υπερδοσολογία, ενώ οι υπόλοιποι σε άλλους παράγοντες όπως η Ηπατίτιδα και το HIV/AIDS. Τα οπιοειδή είναι τα ναρκωτικά που ευθύνονται για τα 2/3 των θανάτων από ναρκωτικές ουσίες παγκοσμίως (UNODC, 2023), ενώ στην Ευρώπη το ποσοστό αυτό αγγίζει το 76% των θανάτων από ναρκωτικές ουσίες (ΕΚΠINT, 2021). Στην Ελλάδα το 2019 οι θάνατοι που οφείλονταν στην χρήση ουσιών (υπερβολική χρήση) ανέρχονται στους 230, με τους 204 να αφορά σε άνδρες και 26 σε γυναίκες (ΕΚΠINT, 2022).

Οι διαφορές που παρατηρούνται μεταξύ των δύο φύλων είναι μεγάλες με τους άντρες να υπερτερούν σημαντικά έναντι των γυναικών. Σε παγκόσμιο επίπεδο, οι άντρες έχουν υψηλότερο ποσοστό χρήσης κάνναβης (70%) σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ μόνο σε κάποιες περιοχές ανά τον κόσμο το χάσμα μεταξύ των δύο φύλων μειώνεται, όπως για παράδειγμα στην Βόρεια Αμερική όπου οι γυναίκες που κάνουν χρήση κάνναβης αντιπροσωπεύουν το 42%

του πληθυσμού. Τα ποσοστά των γυναικών τείνουν να αυξάνονται στις περιπτώσεις των αμφεταμινών αγγίζοντας το 45%, ενώ αντιθέτως συντριπτική είναι η διαφορά στις περιπτώσεις χρήσης οπιοειδών και κοκαΐνης με τους άντρες να υπερισχύουν (75% και 73%, αντίστοιχα) (UNODC, 2023). Στην Ελλάδα επικρατεί παρόμοια κατάσταση με τε τους άντρες να είναι πολύ παραπάνω σε σχέση με τις γυναίκες στην χρήση οπιοειδών, σε αναλογία 10:2 (ΕΚΤΕΠΝ, 2022).

Αντίστοιχα, στην Ευρώπη οι γυναίκες αποτελούν το 25% του συνόλου των ατόμων που αντιμετωπίζουν προβλήματα με τις ουσίες και το 20% του συνόλου αυτών που προσεγγίζουν για θεραπεία (ΕΚΠΠΝΤ, 2022). Τα εμπόδια στην πρόσβαση σε θεραπεία είναι πολλαπλά με τις γυναίκες να επηρεάζονται περισσότερο και να απευθύνονται δυσκολότερα σε θεραπεία. Επομένως, εκτός από τις οικογενειακές προσδοκίες και ευθύνες, οι γυναίκες συνήθως αντιμετωπίζουν και άλλα εμπόδια, όπως ο αυξημένος φόβος για νομικές κυρώσεις, το κοινωνικό στίγμα, ο φόβος απώλειας της επιμέλειας των παιδιών τους, η μειωμένη κοινωνική υποστήριξη και άλλα. Επιπλέον, πολλές φορές μπορεί να συντρέχουν και άλλοι λόγοι, όπως για παράδειγμα να είναι θύματα σεξουαλικής κακοποίησης και βιασμού, να έχουν ψυχιατρική συννοσηρότητα, να είναι ιερόδουλες, αποφυλακισμένες, μέλη εθνικών ή πολιτισμικών μειονοτήτων, τα οποία καθιστούν ακόμη πιο δύσκολη την πρόσβαση στη θεραπεία λόγω του αυξημένου στίγματος και των διακρίσεων (UNODC, 2023).

1.1.4. Παράγοντες που οδηγούν στην χρήση ναρκωτικών ουσιών

Για την κατανόηση των παραγόντων που οδηγούν στην χρήση ουσιών είναι σημαντικό να γίνει σαφής διαχωρισμός των εννοιών της χρήσης και της κατάχρησης ουσιών, οι οποίες με τη σειρά τους μπορούν να οδηγήσουν στην εξάρτηση. Ένα άτομο που δοκιμάζει μια ναρκωτική ουσία δεν είναι απαραίτητο ότι θα εξαρτηθεί από αυτήν, αλλά μπορεί να καταλήξει σε ελεγχόμενη χρήση ή στη διακοπή αυτής. Τα στάδια από τα οποία μπορεί να περάσει ένα άτομο πριν οδηγηθεί στην εξάρτηση είναι: ο πειραματισμός, η περιστασιακή χρήση, η συστηματική χρήση και η εξάρτηση. Δεν είναι βέβαιο ότι κάθε άτομο θα περάσει από όλα τα στάδια, καθώς μπορεί να διακόψει σε οποιοδήποτε στάδιο (Thio, 2008).

Το πέρασμα από τη φάση της δοκιμής στη φάση της συστηματικής χρήσης και από εκεί στην εξάρτηση ως τρόπο ζωής είναι μια διαδικασία που πυροδοτείται από την επιτακτική ανάγκη αυτού του ατόμου να «ξεφύγει» από μια ανυπόφορη για αυτόν πραγματικότητα, σε προσωπικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο, η οποία του προκαλούσε δυσφορία και τον γέμιζε ανία, στερούσε από τη ζωή του οποιοδήποτε ενδιαφέρον και δεν τον άφηνε να βρει νόημα σε αυτήν (Μάτσα, 2008).

Οι παράγοντες κινδύνου και οι προστατευτικοί παράγοντες θα καθορίσουν ως ένα βαθμό εάν ένα άτομο θα εξαρτηθεί ή όχι από μία ουσία (Γιαννούσης, 2008). Ως παράγοντες κινδύνου θεωρούνται εκείνοι που καθιστούν το άτομο ευάλωτο και δυσλειτουργικό λόγω βασικών ελλείψεων σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο. Αντίθετα, οι προστατευτικοί παράγοντες, είναι αυτοί που ενδυναμώνουν και προστατεύουν το άτομο από την υιοθέτηση αυτοκαταστροφικών συμπεριφορών, όπως ή χρήση ουσιών (National Institute on Drug Abuse-NIDA, 2003).

Οι παράγοντες που οδηγούν στην χρήση ναρκωτικών ουσιών διακρίνονται σε: βιολογικούς, ψυχολογικούς, οικογενειακούς, σχολικούς, ομάδες συνομηλίκων και κοινωνικούς. Στους βιολογικούς παράγοντες εκτιμάται ότι περίπου το 40-60% των περιπτώσεων εθισμού είναι υπεύθυνοι γενετικοί παράγοντες, ενώ σημαντικό ρόλο παίζει το φύλο, η ηλικία του ατόμου και η συννοσηρότητα με άλλη ψυχιατρική διαταραχή. Για παράδειγμα, οι έφηβοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη επικινδυνότητα για την χρήση κάποιας ουσίας και τον εθισμό σε αυτή (NIDA, 2003). Παρόλο που η σημασία της γενετικής βάσης των εξαρτήσεων έχει αμφισβητηθεί και δεν έχει πλήρως τεκμηριωθεί, πολλές έρευνες από την άλλη συμπεραίνουν την σύνδεση της κληρονομικότητας με τη χρήση ουσιών (Πουλόπουλος, 2011).

Όσον αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες φαίνεται ότι τα άτομα με χαμηλή αυτοεκτίμηση, με δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις και χαμηλή ανοχή στην ματαιώση και υπερβολικό άγχος είναι πιθανό να οδηγηθούν στην εξάρτηση από ουσίες. Τέτοια άτομα συνήθως διακατέχονται από έντονο αίσθημα απελπισίας, αδιεξόδου και έχουν μειωμένα κίνητρα και φιλοδοξίες για το μέλλον (Thio, 2008).

Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι οι τοξικομανείς έχουν υποστεί αρκετά τραύματα σε αρχικά στάδια της εξέλιξης τους και συγκεκριμένα στην βρεφική ηλικία. Η μητρική αποστέρηση και η αποτυχία στο δεσμό μεταξύ της μητέρας και του βρέφους, μπορεί να συνδεθεί με την ελλειμματικότητα του τοξικομανή στο ψυχισμό του αλλά και στην ανικανότητα σύναψης βαθύτερων σχέσεων με άλλα άτομα. Έτσι, το άτομο που έχει βιώσει ακραία εξάρτηση με το περιβάλλον του, εμποτίζεται με εσωτερική θλίψη και αισθήματα ανικανότητας (Μάτσα, 2017).

Οι οικογενειακοί παράγοντες, αποτελούν έναν από τους πιο σημαντικούς παράγοντες, οι οποίοι μπορεί να λειτουργήσουν, όπως και οι υπόλοιποι, τόσο ως προστατευτικός παράγοντας, όσο και ως παράγοντας κινδύνου στην εμπλοκή ενός ατόμου στην κατάχρηση ουσιών. Έτσι, οι οικογενειακοί παράγοντες μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες κινδύνου όταν υπάρχουν κάποια προβλήματα, όπως η δυσκολία στην επικοινωνία μεταξύ των μελών, οι

αυταρχικοί ή υπερβολικά επιτρεπτικοί γονείς, η παραμέληση και η κακοποίηση μέσα στην οικογένεια, καθώς και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση της οικογένειας, η ανεργία ενός ή και των δύο γονέων, ο πρόωμος θάνατος ενός μέλους της οικογένειας, οι στάσεις και οι αντιλήψεις των γονέων για τις ουσίες και η χρήση ουσιών από τους γονείς (NIDA, 2003; ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα στο Ηνωμένο Βασίλειο η χρήση ουσιών, το κάπνισμα και η κατάθλιψη συνδέονται στενά με τις Αντίξοες Εμπειρίες της Παιδικής Ηλικίας (ΑΕΠΗ). Συγκεκριμένα σε ένα δείγμα 4.917 εφήβων με μία τουλάχιστον ΑΕΠΗ, το 16,1 % ανέφερε χρήση ναρκωτικών ουσιών. Τέτοιες εμπειρίες περιλαμβάνουν τη σωματική, σεξουαλική και συναισθηματική κακοποίηση, την παραμέληση, την ενδοοικογενειακή βία, την κατάχρηση ουσιών από τους γονείς, τη ψυχική νόσο των γονέων και το διαζύγιο των γονέων κ.α. (Houtepen et al., 2020).

Το σχολικό περιβάλλον, αποτελεί επίσης έναν βασικό παράγοντα διαμόρφωσης των αντιλήψεων του ατόμου. Κάποιοι, από τους σχολικούς παράγοντες, που μπορούν να συμβάλλουν στην έναρξη της χρήσης ουσιών στο άτομο είναι η αντικοινωνική συμπεριφορά, η χαμηλή σχολική επίδοση, ο σχολικός εκφοβισμός, οι χαμηλές προσδοκίες των εκπαιδευτικών, το αρνητικό σχολικό κλίμα, οι συχνές απουσίες και το σκασιαρχείο και άλλοι πολλοί (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Σε επίπεδο ομάδας συνομηλίκων, τα παιδιά τείνουν να επηρεάζονται από τις παρέες και τους φίλους τους, υιοθετώντας στάσεις και συμπεριφορές ακόμη και αν αυτές έχουν αρνητικό αντίκτυπο, όπως η χρήση ουσιών. Η συναναστροφή με παρέες που προάγουν λανθασμένα πρότυπα συμπεριφοράς, όπως η παραβατικότητα και η θετική άποψη για τις εξαρτησιογόνες ουσίες, μπορεί να οδηγήσει το άτομο στην υιοθέτηση παρόμοιων συμπεριφορών και αντιλήψεων, υπό τον φόβο της απόρριψης και του κοινωνικού αποκλεισμού και με στόχο την αποδοχή από τους συνομήλικους (NIDA, 2003; ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Τέλος, όσον αφορά τους κοινωνικούς παράγοντες, το άτομο επηρεάζεται από το ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο αναπτύσσεται σωματικά, κοινωνικά και πνευματικά. Σε κοινωνίες που προάγουν και υποστηρίζουν την χρήση ουσιών, είναι πιθανό το άτομο να υιοθετήσει αυτές τις αντιλήψεις. Επιπλέον, σε κοινωνίες με υψηλά επίπεδα φτώχειας, εγκληματικότητας και μεγάλα ποσοστά διακίνησης και χρήσης ναρκωτικών ουσιών, τα άτομα συχνά ωθούνται προς τη χρήση. Τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης επίσης, διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο, προβάλλοντας συχνά τη χρήση παράνομων ουσιών (ΕΚΤΕΠΝ, 2011).

Σύμφωνα με την Μάτσα (2017), η τοξικομανία αποτελεί μία ατομική έκφραση, η οποία αντανακλά την κοινωνική ευαλωτότητα. Η ελεύθερη αγορά και η νεωτερικότητα κατήργησαν

τις νόρμες που είχαν θεσπίσει οι πολιτισμοί, ενώ η αποξένωση που δημιουργήθηκε, έδωσε πρόσφορο έδαφος στην εξάρτηση. Αυτή η κοινωνική απορρύθμιση και αλλοτρίωση συνδέεται στενά με την ευαλωτότητα των ατόμων.

Η ύπαρξη ενός ή περισσότερων παραγόντων κινδύνου δεν συνεπάγεται και αποκλειστικά ότι το άτομο θα κάνει χρήση ουσιών. Αντισταθμιστικό ρόλο στους παράγοντες κινδύνου παίζει η ύπαρξη προστατευτικών παραγόντων, οι οποίοι εξίσου εντοπίζονται στους ίδιους τομείς με τους παράγοντες κινδύνου και συγκεκριμένα αφορούν σε ατομικό, οικογενειακό, κοινωνικό και σχολικό επίπεδο. Ωστόσο, όσο περισσότεροι παράγοντες κινδύνου συντρέχουν τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα να οδηγηθεί κάποιος στην χρήση ουσιών. Τέλος, στην αναφορά για τους παράγοντες κινδύνου στην χρήση ουσιών, δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στους εφήβους, διότι σε αυτό το ηλικιακό φάσμα, τα άτομα είναι πιο επιρρεπή στο να υιοθετήσουν ριψοκίνδυνες συμπεριφορές και ενδεχομένως να οδηγηθούν στην εξάρτηση από ναρκωτικές ουσίες (Κοκκέβη και συν., 2008). Η έναρξη της χρήσης εντοπίζεται συχνά στην εφηβεία και αποτελεί μία διεργασία κήρυξης ανεξαρτησίας, που ταυτόχρονα επικυρώνει την δυσκολία ανεξαρτητοποίησης του ατόμου αλλά και της οικογένειας στην αποδοχή αυτής της κατάστασης (Angel and Angel, 2010).

1.1.5. Το Προφίλ των Εξαρτημένων Μητέρων

Οι γυναίκες χρήστριες ουσιών συχνά επωμίζονται στερεότυπα και προκαταλήψεις, τα οποία πέρα από την τοξικομανία ανάγονται και στην γυναικεία φύση τους. Αν και δεν υφίσταται γυναικεία και ανδρική τοξικομανία σύμφωνα με την Μάτσα (2017), ωστόσο είναι εμφανής η διαφοροποίηση του γυναικείου πληθυσμού σε κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο καθώς και ο κοινωνικός στιγματισμός τους.

Σύμφωνα με στοιχεία της Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, 2011), υπολογίζεται ότι πάνω από το 90% των γυναικών χρηστών οπιοειδών είναι σε αναπαραγωγική ηλικία και το 4,5% των εγκύων γυναικών κάνει κάποια παράνομη ουσία. Στην Ευρώπη, κάθε χρόνο μεταξύ 6,5-11% των γυναικών με προβλήματα χρήσης ουσιών μένουν εγκυμονούσες ή γεννούν (ΕΚΠΙΝΤ, 2012).

Τελευταία, παρατηρείται αύξηση των γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών και εντοπίζονται αρκετές διαφοροποιήσεις σε σύγκριση με τους άντρες. Οι γυναίκες συνήθως προέρχονται από οικογένειες με εξαρτημένα μέλη, ενώ πολύ συχνά έχουν και συντρόφους χρήστες. Εμφανίζουν περισσότερο καταθλιπτικές συμπεριφορές σε σχέση με τους άντρες που έχουν κυρίως εγκληματικές και αντικοινωνικές συμπεριφορές (Tuchman, 2010). Οι γυναίκες εξαρτημένες καταφεύγουν συχνά σε άλλου είδους επικίνδυνες πρακτικές όπως η πορνεία και

η σεξουαλική επαφή χωρίς προφύλαξη, με απώτερο σκοπό να εξασφαλίσουν την δόση τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, σε μεγάλο βαθμό να έχουν απρογραμματίστες εγκυμοσύνες αλλά και την διάδοση ιών, όπως Ηπατίτιδα, HIV και άλλα Σεξουαλικά Μεταδιδόμενα Νοσήματα (Girchenko et al., 2015).

Η χρήση στις γυναίκες ξεκινά συνήθως σε νεαρή ηλικία κατά την αναπαραγωγική τους φάση, με αποτέλεσμα ένα μεγάλο ποσοστό (περίπου το 40-50% του συνόλου των εξαρτημένων γυναικών) να γίνονται μητέρες (Μάτσα, 2017). Συνήθως προέρχονται από ένα κακοποιητικό και συγκρουσιακό περιβάλλον, κυρίως από τους συντρόφους τους (Tuchman, 2010). Πολύ συχνά, η εξαρτημένη γυναίκα έχει εγκαταλείψει το σπίτι της και διατηρεί σχέση συνεξάρτησης με τον σύντροφο της και συγκρουσιακή σχέση με τη μητέρα της. Τις περισσότερες των περιπτώσεων, ο σύντροφος είναι εξίσου χρήστης υιοθετώντας απαλλακτική στάση ως προς την ανάληψη των συζυγικών του και γονεϊκών του ευθυνών, με αποτέλεσμα να μεγαλώνει μόνη της το παιδί ή τα παιδιά, ως μονογονεϊκή οικογένεια (Σφηκάκη, 2017).

Οι γυναίκες αυτές έρχονται συχνά αντιμέτωπες με αρκετά ψυχοπιεστικά γεγονότα, τα οποία καθιστούν δύσκολη την ανάληψη του μητρικού τους ρόλου, όπως είναι η φτώχεια, η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα και συννοσηρότητα με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές (Cleveland et al., 2016). Ακόμη, απουσιάζει η αυτοεκτίμηση, η εμπιστοσύνη στον εαυτό τους και τα όνειρα για το μέλλον, ενώ νιώθουν αμφιθυμία ανάμεσα στις ναρκωτικές ουσίες και την γονεϊκότητα, βιώνοντας ενοχικά συναισθήματα στην παρουσία επιπτώσεων στο παιδί τους, στο οποίο αποδίδουν υπερβολικές προσδοκίες και ρόλους (Silva et al., 2013). Επιπρόσθετα, η δύσκολη και συγκρουσιακή διαπροσωπική σχέση με την μητέρα τους μεταβιβάζεται στη σχέση τους με το παιδί τους (Σφηκάκη, 2017).

Η εγκυμοσύνη έρχεται συχνά ως ένα απρογραμματίστο και μη επιθυμητό γεγονός μέσα στο πλαίσιο της εξάρτησης (Girchenko et al., 2015). Αν και τις περισσότερες φορές καταφεύγουν σε εκτρώσεις δεν είναι και λίγες οι φορές που η εγκυμοσύνη συνεχίζεται, είτε γιατί καθυστερούν να την αντιληφθούν, είτε γιατί επιθυμούν να γίνουν μητέρες. Όμως, η αργή συνειδητοποίηση της εγκυμοσύνης επιφέρει κάποιους παράγοντες κινδύνου, όπως είναι η ανεπαρκής προγεννητική φροντίδα και η αδυναμία προετοιμασίας τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχικό επίπεδο. Γυναίκες, οι οποίες έχουν αποτοξινωθεί ή παρακολουθούν κάποιο θεραπευτικό πρόγραμμα αντιλαμβάνονται καλύτερα την ιδέα της εγκυμοσύνης και της μητρότητας γενικότερα (Silva et al., 2013).

Ο κοινωνικός στιγματισμός αποτελεί έναν βασικό παράγοντα κινδύνου της εξαρτημένης μητέρας. Για την κοινωνία η εξαρτημένη μητέρα εκπροσωπεί την αμφισβήτηση και την ακύρωση των οικογενειακών αξιών, ενώ καταρρίπτει και τις προσδοκίες για το ρόλο

της μητέρας. Κουβαλώντας όλο αυτό το συναισθηματικό βάρος σε μια ήδη επιβαρυνμένη ψυχική κατάσταση, οδηγείται στον αυτοστιγματισμό της, ενδοβάλλοντας αυτή την κοινωνική αντίληψη και νιώθοντας αρνητικά συναισθήματα ως προς τον ρόλο της, όπως ματαίωση, ανεπάρκεια, ενοχές, ντροπή και ανικανότητα (Μάτσα, 2003; Σφηκάκη, 2017). Το κοινωνικό στίγμα που σφραγίζει την ταυτότητα αυτών των μητέρων έρχεται να ακολουθήσει και τα παιδιά τους, τα οποία βιώνουν εξίσου την κοινωνική απόρριψη, ερχόμενα στη ζωή (Μάτσα, 2017).

Τέλος, παρά τις πολλαπλές δυσκολίες και προβλήματα που αντιμετωπίζουν σε ατομικό και κοινωνικό επίπεδο οι εξαρτημένες μητέρες, δύσκολα απευθύνονται για βοήθεια σε αρμόδιες κοινωνικές υπηρεσίες και υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αντιθέτως, απομονώνονται και κλείνονται στον εαυτό τους με το βάρος του γονεϊκού ρόλου που καλούνται να αναλάβουν, με μόνη τους παρηγοριά την χρήση (Σφηκάκη, 2017). Αρκετές φορές, ωστόσο, η έναρξη μιας εγκυμοσύνης μπορεί να αποτελέσει το έναυσμα για μια προσπάθεια απεξάρτησης και αλλαγής τρόπου ζωής. Ο ερχομός ενός παιδιού αποτελεί συχνά κίνητρο για θεραπεία και ανάγκη να γίνουν καλύτεροι γονείς, συχνά υπό τον φόβο να μην χάσουν το παιδί τους από τις υπηρεσίες (Girchenko et al., 2015; Cleveland et al., 2016 & Silva et al., 2013). Επιπλέον, πολλές φορές κιάλας υιοθετούν συμπεριφορές υπεραξίας του εαυτού και παραληρηματικές ιδέες, προκειμένου να πείσουν τις υπηρεσίες ότι είναι κατάλληλες για την ανατροφή του παιδιού τους για να μην χάσουν την επιμέλεια (Δρόσου, 2018).

1.1.6. Παιδιά Εξαρτημένων Μητέρων

Η χρήση ουσιών από τους γονείς σχετίζεται με μια πληθώρα επιπτώσεων στα παιδιά σε συναισθηματικό, συμπεριφορικό, κοινωνικό, ακαδημαϊκό αλλά και κοινωνικό επίπεδο. Η χρήση ουσιών και οι ψυχιατρικές διαταραχές στις μητέρες μπορεί να αποτελέσουν παράγοντες κινδύνου για τις επιπτώσεις στην ψυχική υγεία των παιδιών τους (Ranta & Raitasalo, 2015). Ήδη κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης η χρήση ουσιών από τις μητέρες εγκυμονεί αρκετούς κινδύνους για την ανάπτυξη του εμβρύου (Behnke et al., 2013), με τα προβλήματα να συνεχίζουν και στην πορεία της ζωής τους (Geschiere et al., 2017).

Οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει η χρήση ουσιών των γονέων στη ζωή των παιδιών είναι πολλές και απρόβλεπτες και συνυπάρχουν με άλλους παράγοντες. Τα παιδιά αυτά, πέρα από την έκθεση στην χρήση των γονέων, έρχονται συχνά αντιμέτωπα και με τα καταθλιπτικά συμπτώματα των γονέων, την ευερεθιστότητα τους και την παραμέληση. Το παιδί διαβιεί σε ένα περιβάλλον, όπου η χρήση είναι στο επίκεντρο της οικογένειας, όπως και το κοινωνικό

δίκτυο των γονέων τις περισσότερες φορές απαρτίζεται από άλλους χρήστες, διαμορφώνοντας έτσι την συμπεριφορά και την αντίληψη του παιδιού (Romanowicz et al., 2019).

Οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει η χρήση ουσιών οπότε ξεκινά συνήθως ακόμη και κατά την εμβρυική περίοδο και είναι ζωτικής σημασίας για την υγεία του βρέφους (Behnke et al., 2013; Mactier, 2013). Συχνό φαινόμενο στην περίπτωση χρήσης οπιοειδών από την μητέρα είναι το νεογνικό στερητικό σύνδρομο, το οποίο παρουσιάζεται σε βρέφη λόγω της έκθεσης τους σε ψυχοδραστικές ουσίες (όπως την ηρωίνη) μέσω του πλακούντα από τις μητέρες και στη συνέχεια σε διακοπή τους κατά τον τοκετό. Το στερητικό σύνδρομο στα βρέφη περιλαμβάνει απορρύθμιση του κεντρικού νευρικού συστήματος, έντονο άγχος, ευερεθιστότητα, εφίδρωση, εμετό και διάρροια, υπερθερμία, τρόμο, ταχυκαρδίες, διαταραχές στον ύπνο, στην διατροφή και στην επικοινωνία (Martins et al., 2019).

Επίσης, παρατηρείται ότι οι εγκυμονούσες τοξικομανείς δεν τρέφονται σωστά και αυτή η κατάσταση έχει επιπτώσεις και στο έμβρυο, με επιπλοκές στην πρόληψη τροφής και στη γέννηση αργότερα ενός λιποβαρούς παιδιού. Η πρόληψη ναρκωτικών ουσιών κατά την κύηση πέρα από το βάρος του παιδιού έχει και άλλες επιπτώσεις στο ύψος και στην περίμετρο του κεφαλιού, μπορεί να προκαλέσει ακόμη αποβολή, πρόωρο τοκετό, αποκόλληση πλακούντα, νευρο-συμπεριφορικά προβλήματα στο βρέφος, εμετούς, διαφοροποιήσεις στο κλάμα σε σύγκριση με άλλα βρέφη και ανωμαλίες στον ύπνο (Cataldo et al., 2019; Maghsoudlou et al., 2018; Sebastiani et al., 2018).

Σύμφωνα με έρευνα στις ΗΠΑ, το 2009 έως 2014, περίπου το 3% (2,1 εκατομμύρια) των παιδιών ηλικίας έως 17 ετών ζούσαν σε νοικοκυριά με τουλάχιστον ένα γονέα με διαταραχή χρήσης ουσιών (Lipari & Van Horn, 2017). Τα παιδιά με ένα τουλάχιστον γονέα με διαταραχή χρήσης ουσιών κινδυνεύουν να υποστούν είτε άμεσες επιπτώσεις, όπως είναι η γονική παραμέληση και κακοποίηση, ή έμμεσες επιπτώσεις, όπως είναι οι μειωμένοι οικιακοί πόροι (Lipari & Van Horn, 2017). Τα παιδιά των τοξικομανών γονέων διατρέχουν κίνδυνο να έχουν αρνητικά αποτελέσματα σε κοινωνικό, συναισθηματικό, αναπτυξιακό επίπεδο, καθώς και να αναπτύξουν επίσης διαταραχή χρήσης ουσιών στην μετέπειτα ζωή τους (Geschiere et al., 2017; Usher et al., 2015).

Τα παιδιά γονέων χρηστών διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως για παράδειγμα την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας, το χαμηλό νοητικό επίπεδο, τις μαθησιακές δυσκολίες, τις διαταραχές χρήσης ουσιών, την ευερεθιστότητα και άλλα (Romanowicz et al., 2019). Επιπρόσθετα, παρουσιάζουν προβλήματα τόσο σε σωματικό όσο και σε ψυχοκοινωνικό επίπεδο, με σημαντικές επιπτώσεις

και στις ακαδημαϊκές τους επιδόσεις, αφού πολύ συχνά εγκαταλείπουν το σχολείο λόγω ανεπαρκούς στήριξης και πληθώρας αδικαιολόγητων απουσιών (Lander et al., 2013).

Στην παιδική ηλικία, εμφανίζουν συχνά αντικοινωνική συμπεριφορά, συναισθηματικές δυσκολίες, χαμηλές επιδόσεις στο σχολείο, κοινωνική απομόνωση και πρόωπη ωριμότητα. Ενώ, στην εφηβική ηλικία κυριαρχούν οι δυσκολίες στην σύναψη σχέσεων με τους συνομηλίκους και η κοινωνική απομόνωση. Πολλά από αυτά τα συμπτώματα μπορεί αν συνεχιστούν και αργότερα στην ενήλικη ζωή (Geschiere et al., 2017; Velleman & Templeton, 2007).

Στα παιδιά των τοξικομανών γονέων είναι επίσης, πολύ συχνό φαινόμενο η «γονεοποίηση» του παιδιού. Παρατηρείται από πολλά παιδιά να υιοθετούν έναν ρόλο γονέα μέσα στην οικογένεια, γεγονός παράταιρο για την ηλικία και το ρόλο τους. Ωστόσο, το παράδοξο είναι ότι αυτή η «γονεοποίηση» του παιδιού υπό κάποιες συνθήκες μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στην οικογένεια. Τα παιδιά αυτά έρχονται πολύ συχνά αντιμέτωπα με μια πληθώρα παραγόντων κινδύνου και αρνητικών εμπειριών, τα οποία μπορεί να οδηγήσουν σε αναπτυξιακές διαταραχές και γνωστικές ανεπάρκειες (Lander et al., 2013; Velleman & Templeton, 2007).

Σύμφωνα με μελέτη για τις Αντίξοες Εμπειρίες της Παιδικής Ηλικίας (ΑΕΠΗ), υπήρχε συσχέτιση μεταξύ των εμπειριών αυτών και της εμφάνισης διαταραχής χρήσης ουσιών στην μετέπειτα ενήλικη ζωή. Επίσης, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, παιδιά τοξικομανών, έχουν αυξημένη συχνότητα για περιστατικά παιδικής κακοποίησης, παραμέλησης και γενικά αρνητικών επιπτώσεων στην ενήλικη ζωή (Felitti et al., 1998).

Τέτοιοι παράγοντες κινδύνου αποτελούν, η τοξικομανία των γονέων, το χαμηλό οικογενειακό εισόδημα, η φτώχεια, η ανεργία, το χαμηλό μορφωτικό επίπεδο των γονέων, η χαμηλή εμπλοκή ή απουσία ενός από τους δύο γονείς, η ελλιπής γονεϊκή φροντίδα, η εμπειρία από ανάδοχη οικογένεια, η παιδική κακοποίηση και παραμέληση, η οικογενειακή βία, ο αποχωρισμός από τους γονείς και η απουσία ενός προσώπου φροντίδας. Άλλοι επιβαρυντικοί παράγοντες είναι τα αρνητικά συναισθήματα, όπως φόβος, ντροπή, ενοχή και άλλα νευροαναπτυξιακά προβλήματα καθώς και η μη αναζήτηση βοήθειας και η έλλειψη υποστηρικτικού δικτύου (Velleman & Templeton, 2007).

Σύμφωνα με το EMCDDA (2012), τα παιδιά συχνά διαμένουν με τη μητέρα τους, η οποία έχει και την επιμέλεια τους και μπορεί να τα φροντίζει. Οπότε, δεν είναι πάντοτε δεδομένο ότι θα υπάρχει παραμέληση ή ότι οι μητέρες θα αντιμετωπίζουν προβλήματα με την ανατροφή των παιδιών τους. Επομένως, κρίνεται βασικό ζήτημα για την ικανότητα της εξαρτημένης μητέρας σχετικά με την ανάληψη του ρόλου της, με τις απόψεις να δίστανται.

Με βάση έρευνα στην Σκωτία, παρατηρήθηκε ότι οι εξαρτημένες μητέρες έχουν την δυνατότητα να γίνουν ικανές μητέρες και να είναι αφοσιωμένες στην ανατροφή των παιδιών τους, αφού πολλές φορές η επιθυμία τους αυτή αποτελεί κινητήριο δύναμη στην αναζήτηση τους για θεραπεία, φοβούμενες μη προκαλέσουν κάποιο κακό στο έμβρυο (Σφηκάκη, 2017).

Η Μάτσα (2011), επισημαίνει εξάλλου, ότι πολλές είναι οι εγκυμονούσες και μητέρες που θεωρούν το παιδί τους, ως τον πλέον καθοριστικό παράγοντα για την απόφαση τους να ενταχθούν σε πρόγραμμα θεραπείας. Τα παιδιά πολλές φορές οδηγούνται σε δομές φιλοξενίας και ιδρύματα ή τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες (Μάτσα, 2003), ενώ σε πολλά μεσογειακά κράτη την ανατροφή των παιδιών αναλαμβάνουν οι μητρικοί παππούδες και γιαγιάδες (Σφηκάκη, 2017). Οι τελευταίοι μαζί με άλλα για την φροντίδα του παιδιού πρόσωπα, θα αποτελέσουν το στήριγμα του παιδιού και θα το βοηθήσουν να αναπτύξει την δική του προσωπικότητα, να κοινωνικοποιηθεί και να μπορέσει να κάνει τις επιλογές του και να ασκήσει την δική του κριτική στην εξαρτητική συμπεριφορά της μητέρας του (Μάτσα, 2011). Στις περιπτώσεις που τα παιδιά διαβιούν στο επιβαρυνόμενο οικογενειακό περιβάλλον, το οποίο είναι ασταθές και χαοτικό, μαθαίνουν από μικρή ηλικία να αυτονομούνται και να μην στηρίζονται στους γονείς τους (Μανούκα, 2017).

Συμπερασματικά, λόγω της εξέλιξης των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων των παιδιών με γονείς που κάνουν χρήση ουσιών, αποτελεί ζωτικής σημασίας η παρακολούθηση της ψυχικής τους υγείας (Geschiere et al., 2017). Τα παιδιά των τοξικομανών χρήζουν μακροπρόθεσμης υποστήριξης, προκειμένου να ελαχιστοποιηθούν οι παράγοντες κινδύνου και να ενισχυθεί η ανθεκτικότητά τους (Skinner et al., 2011). Ενώ, διαφαίνεται και η πολυπλοκότητα των θεραπευτικών τους αναγκών και η ανάγκη για την καλύτερη δικτύωση και συνεργασία των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, για μια πιο έγκαιρη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των περιπτώσεων αυτών.

1.1.7. Η Σχέση Μητέρας-Παιδιού

Η χρήση ουσιών από τις μητέρες είναι ένα μείζων κοινωνικό πρόβλημα, το οποίο εγείρει ιδιαίτερης ανησυχίας στη δημόσια υγεία, λόγω των πολλαπλών και έντονων αρνητικών επιπτώσεων τόσο στις ίδιες τις μητέρες όσο και στα παιδιά τους. Εξάλλου, αποτελεί ένα από τους πιο κοινούς και συχνούς παράγοντες παραπομπής σε υπηρεσίες παιδικής προστασίας (Mactier, 2013; Parolin & Simonelli, 2016). Διάφορες μελέτες σε οικογένειες με διαταραχές χρήσης ουσιών καταδεικνύουν την ύπαρξη διαμεσολαβητικών παραγόντων που επηρεάζουν σημαντικά την ανάπτυξη του παιδιού και την πιθανότητα αργότερα να αναπτύξει συναισθηματικά, συμπεριφορικά ή προβλήματα χρήσης ουσιών (SAMHSA, 2011).

Η συναισθηματική και σχεσιακή ανάπτυξη του παιδιού μπορεί να επηρεαστεί αρνητικά από την κατάχρηση ουσιών από τη μητέρα και ιδιαίτερα υπό την συνύπαρξη ενός δυσλειτουργικού περιβάλλοντος φροντίδας. Η θεωρία του δεσμού αποτελεί ένα προνομιακό πλαίσιο για την κατανόηση και ανάλυση του τρόπου με τον οποίο η χρήση ουσιών μπορεί να επηρεάσει την ποιότητα των σχέσεων, των στάσεων και συμπεριφορών των μελών της οικογένειας και την δεσμό μεταξύ μητέρας και βρέφους. Οι σχέσεις χρησιμεύουν ως οι αγωγοί επικοινωνίας που συνδέουν τα μέλη της οικογένειας μεταξύ τους (Parolin & Simonelli, 2016).

Ο John Bowlby (1907-1990), ήταν ψυχαναλυτής και ήταν ο πρώτος που εισήγαγε τη 'Θεωρία του Δεσμού' ('Attachment Theory'). Ο Bowlby ανέπτυξε την Θεωρία του Δεσμού, μέσω της κλινικής μελέτης σε θηλαστικά ζώα και ανθρώπους. Έτσι, περιέγραψε, πως όπως και στα ζώα έτσι και στον άνθρωπο, τα βρέφη έχουν μια βιολογικά προκαθορισμένη ανάγκη να συνάψουν συναισθηματικό δεσμό με ένα κυρίως σημαντικό πρόσωπο (συνήθως τη μητέρα), το οποίο θα το φροντίζει και θα το προστατεύει από τους κινδύνους. Η απουσία αυτού του προσώπου φροντίδας (μητέρας) ή η έλλειψη σταθερότητας αυτού, μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογία του βρέφους. Η πρωταρχική σχέση με το άτομο φροντίδας, χρησιμεύει ως πρότυπο για τις επόμενες σχέσεις του ατόμου στη μετέπειτα ζωή του (Bowlby, 1988).

Οι στιγμές και οι εμπειρίες στη ζωή του ατόμου στο οικογενειακό και ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον θα καθορίσουν το είδος του δεσμού. Η Ainsworth, σημαντικός συνεχιστής της «Θεωρίας του Δεσμού» του Bowlby, μέσα από πειραματικές μελέτες διερεύνησε τους διαφορετικούς τύπους δεσμού. Έτσι, διέκρινε τρεις τύπους δεσμού του βρέφους με τη μητέρα του, ως πρόσωπο φροντίδας: τον ασφαλή, τον ανασφαλή και τον αποδιοργανωμένο.

Ο τρόπος με τον οποίο θα ανταποκριθεί η μητέρα ή γενικά το πρόσωπο φροντίδας στις ανάγκες του βρέφους, είναι αυτός που θα καθορίσει τον τύπο του δεσμού. Έτσι, όταν η μητέρα ανταποκριθεί κατάλληλα στις ανάγκες του, είναι σταθερά διαθέσιμη και αντιλαμβάνεται τα μηνύματα του βρέφους όταν εκείνο δυσφορεί, τότε θα δημιουργηθεί ένας ασφαλής δεσμός. Εάν, από την άλλη, η μητέρα είναι λιγότερο ευαίσθητη και το βρέφος την βιώσει ως μη ανταποκρινόμενο ή ασυνεπώς ανταποκρινόμενο φροντιστή απέναντι στις ανάγκες του, τότε είναι πιθανό να δημιουργηθεί ένας ανασφαλής τύπος δεσμού. Τέλος, παρατηρήθηκε ότι όταν το βρέφος λαμβάνει κακής ποιότητας φροντίδα, όπως παραμέληση, κακοποίηση, ή έκθεση σε τραυματικά γεγονότα, είναι πιθανότερο να αναπτύξει ένα αποδιοργανωμένο τύπο δεσμού με το πρόσωπο φροντίδας (Ainsworth et al., 1978).

Στον τύπο του ασφαλούς δεσμού φαίνεται ότι το άτομο αποκτά ισχυρό συναισθηματικό δέσιμο με τη μητέρα, η οποία ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Το παιδί νιώθει ασφαλή και σίγουρο στο να εξερευνήσει το περιβάλλον με την μητέρα του και αντιλαμβάνεται τον εαυτό του ως άξιο αγάπης και υποστήριξης. Ένα άτομο με ασφαλή προσκόλληση, έχει πιθανότητες να εξελιχθεί σε ένα πιο ανθεκτικό χαρακτήρα, με ενσυναίσθηση, αυτοεκτίμηση, κοινωνικές δεξιότητες και γενικά θετικά συναισθήματα (Bowlby, 1988).

Αντίθετα, στον ανασφαλή τύπο δεσμού, η μητέρα δεν ανταποκρίνεται κατάλληλα στις ανάγκες του βρέφους. Ο ανασφαλής δεσμός διακρίνεται σε δύο κατηγορίες: τον απορριπτικό-αποφευκτικό δεσμό και τον αγχώδη-αμφιθυμικό δεσμό. Στον πρώτο, η μητέρα δύσκολα ανταποκρίνεται στις ανάγκες του βρέφους και πολύ συχνά είναι απορριπτική και επικριτική, επιβάλλοντας τιμωρίες και έχοντας ξεσπάσματα θυμού. Τα παιδιά με αυτό τον τύπο προσκόλλησης βιώνουν έντονα συναισθήματα φόβου απόρριψης και αποφεύγουν να εκδηλώνουν τα πραγματικά τους συναισθήματα προκειμένου να είναι αγαπητά και αποδεκτά από τη μητέρα τους (Klaus & Kennell, 1982).

Στη δεύτερη κατηγορία ανασφαλούς δεσμού, η μητέρα δεν είναι σταθερά διαθέσιμη και δεν αντιλαμβάνεται τις ανάγκες του βρέφους, ενώ οι αντιδράσεις της είναι απρόβλεπτες. Τα παιδιά με αυτό το τύπο δεσμού εμφανίζουν δυσκολία στον έλεγχο των παρορμήσεων του και των αρνητικών του συναισθημάτων και έχει χαμηλές κοινωνικές δεξιότητες και επιθετική συμπεριφορά. Στον αποδιοργανωμένο τύπο δεσμού, το βρέφος λαμβάνει κακής ποιότητας φροντίδα από το φροντιστή του. Σε αυτές τις περιπτώσεις συχνά συμπεριλαμβάνονται άτομα φροντίδας με ψυχιατρικές διαταραχές ή προβλήματα χρήσης ουσιών. Ασκούν συνήθως βία και είναι κακοποιητικοί προς τα παιδιά τους ή τα παραμελούν. Για το βρέφος το άτομο φροντίδας είναι πηγή παρηγοριάς και φόβου ταυτόχρονα και βρίσκεται διαρκώς σε μια κατάσταση επαγρύπνησης και άγχους. Τα παιδιά με αυτό το τύπο δεσμού είναι συνήθως φοβισμένα και αναζητούν παρηγοριά και ασφάλεια σε αγνώστους (Berry & Danquah, 2016).

Σύμφωνα με τα παραπάνω, ο γονικός δεσμός επηρεάζει την ψυχοκοινωνική ανάπτυξη του ατόμου. Ανάλογα με την ποιότητα του, ο γονικός δεσμός μπορεί να λειτουργήσει ως προστατευτικός παράγοντας ή ως παράγοντας κινδύνου για την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών. Για παράδειγμα, ένας γονέας με διαταραχή χρήσης ουσιών πιθανότατα θα δυσκολευτεί να αναπτύξει μια υγιή προσκόλληση με το παιδί του, καθώς παρεμβαίνουν άλλοι παράγοντες, όπως η μειωμένη διάθεση, η έντονη ανάγκη για τη λήψη ναρκωτικών ουσιών ή η αφιέρωση σημαντικού χρόνου στην θεραπεία απεξάρτησης από τις ουσίες. Συνεπώς, θα επηρεαστεί η διαδικασία για μια ασφαλή προσκόλληση του βρέφους με το άτομο φροντίδας,

η οποία βασίζεται σημαντικά στην ανταπόκριση του ατόμου φροντίδας στις ανάγκες του βρέφους (Berry & Danquah, 2016).

Σύμφωνα με τους Lander et al. (2013), ο ασφαλής δεσμός είναι σαν ένα είδος «ψυχολογικού ανοσοποιητικού συστήματος». Έτσι, όπως και οι άνθρωποι χρήζουν ενός υγιούς οργανισμού και ενός ισχυρού ανοσοποιητικού συστήματος για την καταπολέμηση των ασθενειών, ομοίως και ένας ασφαλής τύπος δεσμού παρέχει προστασία από ψυχικές διαταραχές. Στην απουσία ενός υγιούς δεσμού, το άτομο είναι ευάλωτο στο άγχος, στην κατάθλιψη και σε στρεσογόνες καταστάσεις. Συμπερασματικά, η ποιότητας της σχέσης και ο τύπος προσκόλλησης των ατόμων στην βρεφική τους ηλικία με το άτομο φροντίδας τους, ενδεχομένως θα επηρεάσει την ικανότητα τους να συνάπτουν υγιείς δεσμούς τόσο με τα δικά τους παιδιά, όσο και με άλλα άτομα γενικά.

1.1.8. Θεραπευτικές Παρεμβάσεις

Η πολυπαραγοντική αιτιολογία των εξαρτήσεων σε ναρκωτικές ουσίες και η αντιμετώπιση της ως μια ψυχιατρική διαταραχή, έθεσε την ανάγκη για την θέσπιση πιλοτικών θεραπευτικών παρεμβάσεων, με έμφαση την αντιμετώπιση των βιολογικών, ψυχοκοινωνικών και άλλων περιβαλλοντικών παραγόντων, μεμονωμένα ή συνδυαστικά. Έτσι, αναλόγως την εστίαση του κάθε προγράμματος έχουν δημιουργηθεί δύο βασικές προσεγγίσεις: η ιατροκεντρική και η ψυχοκοινωνική (Πουλόπουλος, 2011).

Στην ιατροκεντρική προσέγγιση η εξάρτηση αντιμετωπίζεται ως μια χρόνια υποτροπιάζουσα ασθένεια, η οποία συνδέεται άμεσα με νευροβιολογικούς παράγοντες. Η προσέγγιση αυτή εστιάζει στην φαρμακευτική αντιμετώπιση της εξάρτησης και στην χορήγηση υποκατάστατων, είτε μια μεγάλο χρονικό διάστημα, είτε εφόρου ζωής. Η θεραπεία της εξάρτησης δεν είναι οριστική, οπότε η προσέγγιση αυτή στοχεύει στην αναχαίτιση της υποτροπής. Επιπλέον, μέσω των υποκατάστατων, δηλαδή της χορήγησης νόμιμων φαρμακευτικών σκευασμάτων ως αντικατάσταση των παράνομων ουσιών, επιτυγχάνεται η απομάκρυνση του χρήστη από το παράνομο περιβάλλον και τις επικίνδυνες για την υγεία του και την κοινωνία ευρύτερα, πρακτικές χρήσης (Chandler et al., 2013).

Η μεθαδόνη και η βουπρενορφίνη, αποτελούν συχνό υποκατάστατο στη φάση της απεξάρτησης και της αποτοξίνωσης από τις παράνομες ουσίες (οπιοειδή). Μητέρες που κατέφυγαν σε τέτοιου είδους θεραπεία, εκδήλωσαν αμφιθυμικά συναισθήματα. Από την μια η επιθυμία του να γίνουν «καλοί γονείς» και από την άλλη το στίγμα που ακολουθεί το άτομο που λαμβάνουν τέτοιου είδους θεραπεία. Αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους πιο εξαρτημένο και αντιμετωπίζουν και την αρνητική στάση της οικογένειάς τους (Earnshaw et al., 2013).

Η ψυχοκοινωνική προσέγγιση από την άλλη, δίνει ιδιαίτερο βάρος σε ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες και την βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε αυτούς τους τομείς. Στόχος της συγκεκριμένης προσέγγισης είναι η ψυχική απεξάρτηση του ατόμου, δηλαδή ή αποχή από οποιαδήποτε νόμιμη ή παράνομη ουσία, έπειτα από την ολοκλήρωση της σωματικής αποτοξίνωσης του από το στερητικό σύνδρομο που προκαλούν οι ουσίες (Angel & Angel, 2010).

Επιπλέον, η ανάπτυξη ατομικών και κοινωνικών δεξιοτήτων του χρήστη, η φροντίδα και βελτίωση της υγείας του, η ενίσχυση των κοινωνικών και οικογενειακών του σχέσεων και η μείωση της παραβατικής συμπεριφοράς. Η διαδικασία αυτού του είδους θεραπείας, αποτελεί μια μακρόχρονη θεραπεία, με συχνές διακοπές και υποτροπές στη χρήση ουσιών. Το κλείσιμο αυτής της θεραπευτικής προσέγγισης ολοκληρώνεται με την κοινωνική επανένταξη του ατόμου, την ομαλή ένταξη του δηλαδή στην κοινωνία και την εύρεση εργασίας (EKTEΠN, 2022; Angel & Angel, 2010).

Στα πλαίσια θεραπείας των εξαρτημένων μητέρων δίνεται ιδιαίτερη έμφαση επίσης, στην ενίσχυση του μητρικού της ρόλου. Σύμφωνα και με προηγούμενο κεφάλαιο, επισημάνθηκε η σημασία που έχει ο αρχικός δεσμός μητέρας βρέφους και το πόσο καθοριστικός είναι τόσο για την ανάπτυξη του βρέφους αλλά και για τις επόμενες σχέσεις του. Έτσι, λαμβάνοντας υπόψιν την «Θεωρία του Δεσμού» του Bowlby, αλλά και των δυσκολιών που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι εξαρτημένες μητέρες, οι παρεμβάσεις εστιάζουν εκτός από την απεξάρτηση και στην ενίσχυση των γονεϊκών δεξιοτήτων, την βελτίωση έκφρασης συναισθημάτων και την αποφυγή περιπτώσεων παραμέλησης (Parolin & Simonelli, 2016).

Η Μάτσα (2012), εστιάζει στην προβληματική του αβίωτου ή αδύνατου πένθους, ενώ παράλληλα στη θεραπεία των εξαρτημένων μητέρων τίθενται θέματα όπως της ταυτότητας τους και του κοινωνικού τους ρόλου, αδυναμίας ανάληψης του γυναικείου και του γονεϊκού τους ρόλου, θέματα μητρότητας θέματα οριοθέτησης απέναντι στον εαυτό τους και στους άλλους. Με την ψυχοθεραπεία ως εργαλείο και με την διακοπή της χρήσης ουσιών, η θεραπεία της απεξάρτησης εστιάζει στη κατανόηση του ρόλου που διαδραματίζουν οι ουσίες στη ζωή της εξαρτημένης αλλά και της οικογένειας της. Έτσι, ο τελικός στόχος είναι η ενδυνάμωση της γυναίκας-μητέρας, μέσω της αναγνώρισης των συναισθημάτων της και των αναγκών της και στην απόκτηση μιας συμπαγούς ταυτότητας.

Στην θεραπευτική αυτή διαδικασία, οι εξαρτημένες μητέρες καλούνται να συμμετέχουν σε ομαδικές δραστηριότητες, μέσα από τις οποίες μπορούν να λάβουν πολλαπλά οφέλη. Αρχικά, μαθαίνουν να εκτίθενται, να βάζουν όρια στην συμπεριφορά τους, να εκφράζουν τα συναισθήματα τους, τις αντιλήψεις και τις σκέψεις τους, να ασκούν και να

δέχονται κριτική, να δημιουργούν σχέσεις ισοτιμίας και αμοιβαιότητας και άλλα πολλά. Έτσι, η εξαρτημένη μητέρα θα ωριμάσει συναισθηματικά και θα υιοθετήσει νέες στάσεις και αξίες στη ζωή της (Μάτσα, 2012).

Το στίγμα και το αίσθημα ντροπής, που ακολουθεί τις εξαρτημένες μητέρες, μπορεί να έχει αρνητικό αντίκτυπο στη διαδικασία της θεραπείας τους. Ωστόσο, δεν φαίνεται να αποτελούν αποτρεπτικούς παράγοντες για την επιθυμία απεξάρτησης τους. Η προσδοκία του μητρικού ρόλου, σύμφωνα με τα κοινωνικά πρότυπα είναι εκείνη που τους ασκεί περαιτέρω πίεση στην αναζήτηση της κατάλληλης για τις ίδιες θεραπείας (Chou et al., 2014).

Η οικογένεια μπορεί να αποτελέσει παράγοντα έναρξης, διατήρησης ή/και επιδείνωσης της χρήσης ουσιών. Για τον λόγο αυτόν, οι οικογενειακού τύπου θεραπευτικές παρεμβάσεις παίζουν καθοριστικό ρόλο στη θεραπεία των εξαρτήσεων (Μέλλος και συν., 2019). Στις θεραπείες των εξαρτημένων συχνά συμπεριλαμβάνεται και η θεραπεία της οικογένειας, καθώς οι συνέπειες της χρήσης τείνουν να επηρεάζουν εκτός από τον ίδιο το χρήστη και άλλα μέλη της οικογένειας. Πολλές έρευνες επισημαίνουν τα θετικά αποτελέσματα των οικογενειακών θεραπειών στις εξαρτήσεις. Επίσης, σημαντικά θετικά αποτελέσματα παρατηρούνται και στις θεραπείες που συμμετέχουν όλα μέλη της οικογένειας και στις περιπτώσεις των παιδιών συστήνεται συνήθως ένας ανοιχτός διάλογος μαζί τους και ενθαρρύνεται η ενεργή συμμετοχή του γονέα στη ζωή του παιδιού του. Επιπλέον, ενισχύεται η αλληλεπίδραση μητέρας παιδιού, μέσω της εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες και δεξιότητες που αφορούν το παιχνίδι (Daley, 2013).

Αρκετές έρευνες τεκμηριώνουν την αποτελεσματικότητα των οικογενειακών θεραπειών και ιδιαίτερα όταν στην θεραπεία οι μητέρες είναι μαζί με τα παιδιά τους, των οποίων έχουν και την φροντίδα. Συνεπώς, η εγκαθίδρυση προγραμμάτων εστιασμένων στην θεραπεία των μητέρων μαζί με τα παιδιά τους και η κατάλληλη εκπαίδευση των θεραπευτών πάνω στην οικογενειακή θεραπεία, μπορεί να επιφέρει σημαντικά θετικότερα αποτελέσματα στην θεραπεία των εξαρτημένων μητέρων. Τα προγράμματα παρεμβάσεων που βασίζονται στην οικογένεια για παιδιά με γονείς τοξικομανείς αποφέρουν σαφώς θετικά αποτελέσματα (Chou et al., 2020; Usher et al., 2015;).

Τα εξαρτημένα άτομα ξεκινούν την θεραπεία τους είτε από εσωτερική κινητοποίηση είτε από εξωτερική πίεση, η οποία μπορεί να ασκείται από το οικογενειακό περιβάλλον, το εργασιακό περιβάλλον, ή ακόμα και από το νόμο. Η στάση της οικογένειας του χρήστη απέναντι στη θεραπεία του, μπορεί να παίζει καθοριστικό ρόλο στην πορεία αυτής. Για παράδειγμα, όταν η οικογένεια είναι ενθαρρυντική και υποστηρικτική απέναντι στη συμμετοχή του χρήστη σε πρόγραμμα θεραπείας, τα αποτελέσματα είναι σαφώς πιο θετικά με

περισσότερες πιθανότητες για απεξάρτηση του χρήστη, ενώ οι πιθανότητες μειώνονται όταν η οικογένεια διατηρεί αρνητική στάση ως προς τη θεραπεία (Lander et al., 2013; Πουλόπουλος, 2011).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε γονείς χρήστες ναρκωτικών ουσιών, οι ίδιοι υποστήριξαν ότι η εξάρτηση δεν μπορεί να συμβαδίσει με την μητρότητα και την γονεϊκότητα γενικότερα. Έτσι, αν και ένα παιδί μπορεί να αποτελέσει το κίνητρο για μια μητέρα τοξικομανή να αναζητήσει θεραπεία, καλείται ωστόσο να αντιμετωπίσει από την μία τους κανόνες του θεραπευτικού προγράμματος και από την άλλη το ρόλο της μητρότητας (Cleveland et al., 2016; Chandler et al., 2013).

1.1.9. Φορείς για Εξαρτημένες Μητέρες και τα Παιδιά τους

Τα βασικότερα είδη θεραπευτικών προγραμμάτων για την αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων που παρέχονται στην Ελλάδα είναι τα ψυχοκοινωνικά προγράμματα («στεγνά» θεραπευτικά προγράμματα), τα προγράμματα θεραπείας με «υποκατάσταση» και τα προγράμματα σωματικής αποτοξίνωσης. Οι πλέον αναγνωρισμένοι φορείς στον ελλαδικό χώρο που παρέχουν αυτά τα προγράμματα είναι, ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ), το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ), το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής και το πρόγραμμα 18 ΑΝΩ, το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης, το Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων, το Γενικό Νοσοκομείο Κέρκυρας, η Ψυχιατρική Κλινική του Πανεπιστημίου Αθηνών, γενικά δημόσια νοσοκομεία σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και το Κέντρο Απεξάρτησης Τοξικομανών Κρατούμενων Ελεώνα (ΕΚΤΕΠΝ, 2022).

Στην Ελλάδα το 2020 σύμφωνα με στοιχεία του ΕΚΤΕΠΝ (2022), λειτουργούσαν συνολικά 115 δομές θεραπείας και 52 συμβουλευτικά κέντρα για την αντιμετώπιση των ουσιοεξαρτήσεων. Η πρώτη επαφή των ατόμων που αναζητούν βοήθεια πραγματοποιείται στους συμβουλευτικούς σταθμούς των φορέων, όπου και πραγματοποιείται η προετοιμασία τους για την εισαγωγή στο εκάστοτε πρόγραμμα θεραπείας (ΕΚΤΕΠΝ, 2022). Παρόλο που τα θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται σε τοξικομανείς είναι πολλά, εντούτοις ελάχιστα είναι εκείνα τα προγράμματα που υποστηρίζουν την θεραπεία των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους (Cleveland et al., 2016). Κάποια από τα θεραπευτικά προγράμματα που απευθύνονται αποκλειστικά σε γυναίκες-μητέρες και στα παιδιά αυτών περιγράφονται παρακάτω.

Η Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών 18 ΑΝΩ του Ψυχιατρικού Νοσοκομείου Αττικής ξεκίνησε τη λειτουργία της από το 1969 και συγκαταλέγεται στα στεγνά θεραπευτικά προγράμματα. Το σχήμα θεραπείας που ακολουθεί είναι πολύπλευρο και έχει διάρκεια περίπου

ενάμιση χρόνο και αποτελείται από τις εξής φάσεις: ευαισθητοποίησης, ψυχολογικής απεξάρτησης και κοινωνικής επανένταξης. Στην πρώτη φάση πραγματοποιείται η ευαισθητοποίηση του ατόμου, η σταθεροποίηση του και η δέσμευση του για την θεραπευτική διαδικασία. Στη δεύτερη φάση, το άτομο εισέρχεται σε κλειστό τμήμα και είναι εστιασμένος στη θεραπεία του, διάρκειας περίπου 8 μηνών χωρίς επαφή με την ευρύτερη κοινωνία. Στη φάση αυτή το άτομο εστιάζει στον εαυτό του και στους λόγους που τον οδήγησαν στην χρήση ουσιών. Στην τελευταία φάση, το άτομο εισέρχεται σε εξωτερική παρακολούθηση και προετοιμάζεται για την επανένταξη του στην κοινότητα και στην αγορά εργασίας. Σε όλες τις φάσεις του προγράμματος, το εξαρτημένο άτομο καλείται να συμμετάσχει σε ατομικές και ομαδικές ψυχοθεραπείες και άλλες θεραπευτικές διαδικασίες όπως δραματοθεραπεία, εργοθεραπεία, ομάδες τέχνης, μουσικής και άλλες (Σφηκάκη, 2017; <https://www.18ano.gov.gr/>).

Από το 1997 που ξεκίνησε τη λειτουργία της η Μονάδα Απεξάρτησης Τοξικομανών στο 18 ΑΝΩ, το πρώτο Κέντρο Υποδοχής για εξαρτημένες γυναίκες, παρέχει Υπηρεσίες εξαρτημένες γυναίκες και τις οικογένειες τους, όπως συμβουλευτική, εμπύχωση, ευαισθητοποίηση, ατομική και ομαδική ψυχοθεραπεία. Από το 2006 το πρόγραμμα 18 ΑΝΩ λειτουργεί το πρώτο Ειδικό Πρόγραμμα για Εξαρτημένες Μητέρες και τα Παιδιά τους και είναι ειδικά διαμορφωμένο για το συγκεκριμένο πληθυσμό. Το πρόγραμμα αυτό λειτουργεί με τους κανόνες λειτουργίας και των υπόλοιπων προγραμμάτων του 18 ΑΝΩ, ως «στεγνό» πρόγραμμα θεραπείας, στηριζόμενο στις ψυχοθεραπευτικές διαδικασίες. Σε αυτό το πρόγραμμα, οι εξαρτημένες μητέρες εισέρχονται στο πρόγραμμα χωρίς να αποχωρίζονται το παιδί τους, υπό την προϋπόθεση να μην έχει κλείσει το 5ο έτος της ηλικίας του. Το θεραπευτικό προσωπικό στο συγκεκριμένο πρόγραμμα μεριμνά για την διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος τόσο για την μητέρα όσο και για το παιδί και στην παροχή ενός ισχυρού δικτύου υποστήριξης (Μάτσα, 2012).

Στο πρόγραμμα του 18 ΑΝΩ οι μητέρες ακολουθούν το πρόγραμμα θεραπείας απεξάρτησης και επιπλέον υπηρεσίες φροντίδας, ιατρικής περίθαλψης και ψυχοκοινωνικές της ίδιας και του παιδιού της. Με την ολοκλήρωση της φάσης θεραπείας σε κλειστό πρόγραμμα, ακολουθεί η επόμενη φάση της Κοινωνικής Επανένταξης των Εξαρτημένων Γυναικών και Μητέρων. Η φάση αυτή έχει διάρκεια 10-12 μήνες και είναι εξωτερικής παρακολούθησης. Η μητέρα πλέον με την σωστή καθοδήγηση και βοήθεια αναλαμβάνει αποκλειστικά την φροντίδα και την ανατροφή των παιδιών της, ενώ συνεχίζει τη θεραπεία απεξάρτησης της. Με την στήριξη παιδοψυχολόγων, οι μητέρες προετοιμάζονται στην ανάληψη του γονεϊκού τους ρόλου και στην δημιουργία ασφαλούς και υγιούς δεσμού με τα παιδιά τους. Τέλος, λειτουργεί

και Ξενώνας Κοινωνικής Επανάταξης Γυναικών, για τις γυναίκες που παρακολουθούν το πρόγραμμα της επανάταξης και αντιμετωπίζουν προβλήματα διαμονής, ενώ μπορούν να μείνουν μαζί με τα παιδιά τους (Σφηκάκη, 2017; <https://www.18ano.gov.gr/>).

Το Κέντρο Θεραπεία Εξαρτημένων Ατόμων (ΚΕΘΕΑ) ξεκίνησε τη λειτουργία του ως νομικό πρόσωπο ιδιωτικού δικαίου το 1987 και αποτελεί συνέχεια της ΙΘΑΚΗΣ, της πρώτης θεραπευτικής κοινότητας που ιδρύθηκε το 1983. Παρέχει προγράμματα ψυχοκοινωνικής προσέγγισης για την αντιμετώπιση των εξαρτήσεων χωρίς την χορήγηση υποκατάστατων, ενώ στην θεραπεία εμπλέκεται τόσο η οικογένεια όσο και η κοινωνία. Οι πάνω από 100 μονάδες πανελλαδικά προσφέρουν υπηρεσίες σε άτομα με διάφορες μορφές εξαρτήσεων, όπως ναρκωτικά, αλκοόλ, τζόγος και διαδίκτυο (<https://www.kethea.gr/>).

Το ΚΕΘΕΑ «ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ» διαθέτει θεραπευτικές κοινότητες μόνο για γυναίκες, στις Γυναικείες Φυλακές Κορυδαλλού και στις Γυναικείες Φυλακές Ελεώνα Θήβας. Στόχος αυτών των προγραμμάτων είναι η διερεύνηση των αιτιών που οδήγησαν στη χρήση και η αλλαγή των αρνητικών μορφών συμπεριφοράς σε νέες υγιείς, η εκμάθηση δεξιοτήτων και η εκπαίδευση και κατάρτιση και η επανασύνδεση με την οικογένεια τους και διασύνδεση με προγράμματα κοινωνικής επανάταξης. Επιπλέον, το ΚΕΘΕΑ «ΕΝ ΔΡΑΣΕΙ», διαθέτει Κέντρο Υποδοχής Αποφυλακισμένων, το οποίο προσφέρει τη δυνατότητα θεραπείας και φιλοξενίας σε εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους. Οι υπηρεσίες που παρέχονται αποσκοπούν τόσο στην ψυχική απεξάρτηση των μητέρων όσο και στην ενδυνάμωση του γονεϊκού τους ρόλου, καθώς και υποστήριξη των οικογενειών τους (<https://www.kethea.gr/>).

Ο Οργανισμός Κατά των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ) ξεκίνησε τη λειτουργία του το 1995 και παρέχει υπηρεσίες στον τομέα των εξαρτήσεων, των εξαρτητικών συμπεριφορών και του εθισμού στην Ελλάδα. Βασικοί πυλώνες δραστηριότητας του ΟΚΑΝΑ αποτελούν, η θεραπεία, η πρόληψη, η μείωση βλάβης-άμεση πρόσβαση και η κοινωνική επανάταξη των ωφελούμενων. Ο ΟΚΑΝΑ αποτελεί το μόνο υπεύθυνο από το νόμο φορέα λειτουργίας προγραμμάτων υποκατάστασης. Από το 2012, ο ΟΚΑΝΑ διαθέτει Μονάδα στο Γενικό Νοσοκομείο «Ελενα Βενιζέλου», όπου γίνονται δεκτές μόνο γυναίκες, εγκυμονούσες και μητέρες με προβλήματα χρήσης οπιοειδών. Στην Μονάδα παρακολουθούνται οι εγκυμονούσες, σε συνεργασία με το μαιευτήριο, όπου γίνονται όλοι οι απαραίτητοι προγεννητικοί έλεγχοι και διαμορφώνεται το αποτοξινωτικό σχήμα με την έγκριση της ίδιας. Καθ' όλη τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, η εξυπηρετούμενη παρακολουθείται από εξειδικευμένο προσωπικό και προετοιμάζεται για το γονεϊκό ρόλο που θα αναλάβει, ενώ παράλληλα χορηγείται υποκατάστατο βουπρενορφίνης. Σε περίπτωση που το νεογνό παρουσιάσει στερητικό σύνδρομο, αυτό αντιμετωπίζεται στην κλινική σε συνεργασία με την

μονάδα. Ακόμη, αν κριθεί από την κοινωνική υπηρεσία ότι η μητέρα δεν μπορεί να αναλάβει την φροντίδα και ανατροφή του παιδιού, τότε εφαρμόζονται ειδικά πρωτόκολλα (<https://www.okana.gr/el>).

Από το Σεπτέμβριο του 2014, ο ΟΚΑΝΑ λειτουργεί το πρόγραμμα «Υποστήριξης και Φροντίδας Γονέων-Μελών Προγραμμάτων Υποκατάστασης και των Παιδιών τους», υπό την εποπτεία της Διεύθυνσης Εφαρμογής Προγραμμάτων του Οργανισμού. Το πρόγραμμα απευθύνεται σε μέλη του ΟΚΑΝΑ, εγκυμονούσες και γονείς με τα ανήλικα παιδιά. Οι στόχοι του προγράμματος περιλαμβάνουν την πρόληψη ανεπιθύμητων κυήσεων και σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων, την ενίσχυση του γονεϊκού ρόλου, την εξασφάλιση ενός προστατευμένου οικογενειακού περιβάλλοντος, τη διατήρηση και παραμονή του γονέα-μέλους στο πρόγραμμα υποκατάστασης, καθώς και τη διεκδίκηση κοινωνικών και δημόσιων αγαθών. Οι δράσεις του προγράμματος περιλαμβάνουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των δομών του ΟΚΑΝΑ και άλλων υπηρεσιών, την καταγραφή των γονέων-μελών του ΟΚΑΝΑ, συμβουλευτική γονέων, ζεύγους και οικογενειών, ψυχοεκπαιδευτικές και ψυχοθεραπευτικές ομάδες, διερεύνηση οικογενειακών συνθηκών διαβίωσης, σεμινάρια οικογενειακού προγραμματισμού, δράσεις για τα παιδιά γονέων-μελών του ΟΚΑΝΑ και συμμετοχή στο «Δίκτυο Εξαρτημένων Γυναικών-Μητέρων και των Παιδιών τους» (Δρακάκη, 2017).

Λαμβάνοντας υπόψιν τη ραγδαία αύξηση των εξαρτημένων γυναικών και την άμεση ανάγκη για την προστασία των παιδιών εξαρτημένων γονέων, το Δεκέμβριο του 2012 προτάθηκε από την ομάδα street-work του ΚΕΘΕΑ «ΕΞΕΛΙΞΙΣ» η δημιουργία «Δικτύου Υποστήριξης Εξαρτημένων Γυναικών-Μητέρων και των Παιδιών τους», με τη συνεργασία αρκετών φορέων όπως, του ΟΚΑΝΑ, του ΚΕΘΕΑ, του προγράμματος 18 ΑΝΩ, της Εισαγγελίας Ανηλίκων, της Εταιρείας Προστασίας Ανηλίκων Αθηνών, του ΚΕΕΛΠΝΟ, του Κέντρου Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής – Παράρτημα Προστασίας Παιδιού «Η ΜΗΤΕΡΑ», του Νοσοκομείου Παίδων «Η Αγία Σοφία», του Γενικού Νοσοκομείου Ελευσίνας «Θριάσιο», του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών «Αλεξάνδρα» και της Γενικής Γραμματείας Ισότητας (Μαρίνη, 2017).

Βασικοί στόχοι του δικτύου αποτελούν, η παροχή υποστήριξης και βοήθειας της εξαρτημένης μητέρας και του παιδιού της, η βελτίωση του θεσμικού πλαισίου για την παιδική προστασία και την ανάπτυξη και δικτύωση υπηρεσιών υποστήριξης και προστασίας των παιδιών και των οικογενειών τους και οι δράσεις για ευαισθητοποίηση της κοινότητας (Μαρίνη, 2017).

Σημαντική υποστήριξη στα παιδιά τοξικομανών γονέων παρέχουν επίσης και Παιδοψυχιατρικές Κλινικές σε συνεργασία με Παιδιατρικές Κλινικές με κοινό στόχο την διασφάλιση της σωματικής, ψυχικής και συναισθηματικής υγείας των βρεφών και παιδιών εξαρτημένων γονέων (Φαρμακοπούλου, 2017). Αξιοσημείωτη είναι και η συμβολή της Εισαγγελίας Ανηλίκων στις περιπτώσεις παιδικής προστασίας παιδιών εξαρτημένων γονέων, πολλές φορές σε συνεργασία με τις κοινωνικές υπηρεσίες των δημόσιων Νοσοκομείων και Μαιευτηρίων. Επίσης, το Κέντρο Κοινωνικής Πρόνοιας Περιφέρειας Αττικής – Παράρτημα Προστασίας Παιδιού Αττικής «Η ΜΗΤΕΡΑ» διατηρεί δομές σε όλη την Αττική με κύριο σκοπό την παροχή εξειδικευμένων και εξατομικευμένων υπηρεσιών σε παιδιά και γονείς που βρίσκονται σε ειδικές ψυχοκοινωνικές συνθήκες. Η φιλοσοφία του κέντρου είναι η διασφάλιση ομαλής ψυχοκινητικής ανάπτυξης του παιδιού σε ένα κατάλληλα υποστηρικτικό περιβάλλον καθώς και η προσωρινή παραμονή των βρεφών μέχρι την τοποθέτηση τους σε οικογενειακό περιβάλλον (βιολογική, θετή ή ανάδοχη οικογένεια) (Σωτηροπούλου, 2017).

1.2. Δι-επιστημονική και Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία στον χώρο της υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες ο ρόλος της ομαδικής εργασίας και της διεπιστημονικής ομάδας κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικός (Βωνιάτη και συν., 2022). Αρκετές μελέτες έχουν τεκμηριώσει την σημασία που έχει η ομαδική εργασία στον χώρο της υγείας (Lanterman & Blithe, 2019; Reeves et al., 2010). Η ομαδική εργασία αποτελεί μια δυναμική διεργασία των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι έχουν διαφορετικό υπόβαθρο και δεξιότητες μεταξύ τους, συμπληρώνοντας ο ένας τον άλλο. Ωστόσο, μοιράζονται κοινούς σκοπούς και στόχους και δρουν με συντονισμένες κινήσεις στο πλαίσιο παροχής υπηρεσιών στους ασθενείς μέσω αλληλοεξαρτώμενης συνεργασίας, ανοιχτής επικοινωνίας και από κοινού λήψης αποφάσεων (Xyrichis & Ream, 2008). Αυτό που χαρακτηρίζει την αποτελεσματικότητα της ομάδας είναι η σαφήνεια των στόχων, το επίπεδο της συμμετοχής και η έμφαση στην ποιότητα και την υποστήριξη για καινοτομία (Richards et al., 2013; Shaw et al., 2013). Πέρα από την ομαδική εργασία όμως, που αποτελεί σημαντική δι-επαγγελματική πρακτική εξίσου σημαντική είναι και η δικτύωση σύμφωνα με τους Dow et al. (2017) και Reeves et al. (2018).

Ως ομάδα υγείας ορίζεται «μία ομάδα από πρόσωπα συνεργαζόμενα ισότιμα για την ανάπτυξη κοινών στόχων και την οικοδόμηση σχέσεων εμπιστοσύνης για την επίτευξη των αμοιβαίων στόχων» (Kouzes & Posner, 1987). Η αξιολόγηση της ομάδας υγείας θα πρέπει να γίνεται δυναμικά και όχι στατικά, καθώς η λειτουργία και η ποιότητα της αλλάζουν με την

πάροδο του χρόνου. Οργανωτικοί, περιβαλλοντικοί και προσωπικοί παράγοντες μπορούν να επηρεάσουν τη λειτουργία της ομάδας, τη δομή, τις δραστηριότητες και τη συμμετοχή των μελών της (Huss et al., 2013).

Η συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών είναι επίσης εξίσου σημαντική στον τομέα της ψυχικής υγείας. Με αυτόν τον τρόπο βελτιώνεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες και μειώνονται τα κενά, ενώ διασφαλίζεται η ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών (Cooper et al., 2016; Petrich et al., 2013). Μια τέτοια συνεργασία μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας ζωής, της υγείας και της ευημερίας των ατόμων με σύνθετα προβλήματα υγείας (Cameron et al., 2014).

Ακόμη, πολυσήμαντη είναι η ύπαρξη και η αποτελεσματικότητα της δι-επιστημονικής (ΔΕΣ) και δι-υπηρεσιακής συνεργασίας (ΔΥΣ) των εμπλεκόμενων υπηρεσιών, όπως υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πρόνοιας για παρεμβάσεις με επίκεντρο τα παιδιά σε οικογένειες με γονεϊκή ψυχική ασθένεια (Afzelius et al., 2017), καθώς και των οικογενειών με προβλήματα χρήσης ουσιών (Green et al., 2008). Στη τελευταία περίπτωση που αποτελεί και το ζήτημα της παρούσας μελέτης, έχει αποδειχθεί ότι είναι εξαιρετικής σημασίας η βελτίωση της συνεργασία των υπηρεσιών παιδικής μέριμνας για την παροχή αποτελεσματικών παρεμβάσεων. Η ΔΕΣ και η ΔΥΣ σε τέτοια περιστατικά, φαίνεται ότι έχει τρεις κύριες λειτουργίες: τη δημιουργία ενός κοινού συστήματος αξιών, τη βελτίωση της επικοινωνίας και την παροχή μιας «ομάδας υποστήριξης» στις οικογένειες (Green et al., 2008). Οι φορείς που παρέχουν υπηρεσίες σε παιδιά και στις οικογένειες τους μπορούν να επωφεληθούν σε σημαντικό βαθμό από το κλίμα συνεργασίας μεταξύ επαγγελματιών και υπηρεσιών και από τις συνδυαστικές λύσεις που προσφέρονται από αυτό. Εξάλλου, η αποτελεσματική ΔΕΣ και ΔΥΣ είναι ζωτικής σημασίας για να καθορίσει εάν η παροχή υπηρεσιών στα παιδιά και στις οικογένειες τους θα πετύχει ή θα αποτύχει (Forbes & Watson, 2012).

Οι λόγοι επομένως, για τους οποίους επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων επιδιώκουν την συνεργασία μεταξύ τους είναι αρχικά η επίλυση και αντιμετώπιση ενός πραγματικά παγκόσμιου προβλήματος. Επίσης, η επίλυση ενός πολύπλοκου ζητήματος, το οποίο απαιτεί τις γνώσεις διαφορετικών επιστημόνων και η ανάπτυξη και παροχή διαφορετικών απόψεων πάνω σε κοινό πρόβλημα και περιστατικό. Επιπλέον, άλλος λόγος είναι η διατύπωση ερευνητικών υποθέσεων και θεωριών και η ανάπτυξη συναίνεσης στη διατύπωση κλινικών ορισμών και κατευθυντήριων οδηγιών για προβλήματα υγείας. Τέλος, ένας άλλος σημαντικός λόγος είναι η παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας και εκπαίδευσης (Choi & Pak, 2006; Green & Johnson, 2015).

1.2.1. Διεπιστημονική Συνεργασία (ΔΕΣ)

Παρόλο που δεν υπάρχει εδραιωμένος ορισμός από την επιστημονική κοινότητα για την διεπιστημονική ομάδα, αρκετές μελέτες έχουν προσπαθήσει να την περιγράψουν. Στην Ελλάδα το νομικό πλαίσιο για την λειτουργία της διεπιστημονικής ομάδας είναι ελλιπές (Βωνιάτη και συν., 2022). Στη διεθνή βιβλιογραφία η συνεργασία μεταξύ διαφορετικών ειδικοτήτων και επαγγελματιών περιγράφεται ως «πολύ-επιστημονική ομάδα» (multidisciplinary team) ή «δι-επιστημονική ομάδα» (interdisciplinary team) (Körner, 2010; Λιονής και συν., 2015). Η πολύ-επιστημονική ομάδα αποτελεί μια ομάδα διαφορετικών επιστημόνων που εργάζονται ανεξάρτητα, παράλληλα ή διαδοχικά πάνω σε διαφορετικές θεωρήσεις του ίδιου αντικειμένου, ενώ το κάθε μέλος έχει διαφορετικούς στόχους. Η διεπιστημονική ομάδα πρόκειται για μια ομάδα διαφορετικών επιστημόνων που συνεργάζονται για την επίτευξη ενός κοινού στόχου, με κοινή λήψη αποφάσεων και καταθέτοντας γνώσεις και εμπειρίες πάνω σε σύνθετα περιστατικά (Choi & Pak, 2006; Green & Johnson, 2015).

Με τον όρο διεπιστημονική ή διεπαγγελματική συνεργασία στο χώρο της υγειονομικής περίθαλψης, εννοείται μια ενεργή και συνεχής συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών διαφόρων ειδικοτήτων, με διαφορετικό υπόβαθρο και διακριτές επαγγελματικές ικανότητες, διαφορετική κουλτούρα και που ενδεχομένως εκπροσωπούν και διαφορετικούς οργανισμούς ή τομείς στο χώρο που εργάζονται, με σκοπό την παροχή υπηρεσιών σε χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης ή σε ασθενείς. Ο όρος «διεπιστημονική συνεργασία» αποτελεί τον όρο ομπρέλα για δύο επιμέρους όρους, αυτόν της πρακτικής της ΔΕΣ, που χρησιμοποιείται για την περιγραφή των στοιχείων της συνεργασίας που εφαρμόζονται στο πλαίσιο της πρακτικής και ο όρος της ομαδικής εργασίας, για την περιγραφή μίας βαθύτερης έννοιας συνεργασίας με αλληλοεξαρτώμενο τρόπο (Morgan et al., 2015).

Η ΔΕΣ συνεπάγεται μια ολοκληρωμένη προοπτική για την φροντίδα των ασθενών από επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων. Η συλλογιστική αυτής της συνεργασίας συνεπάγεται και ομαλές εργασιακές σχέσεις σε ιδιαίτερα συνδεδεμένα και αλληλοεξαρτώμενα καθήκοντα (Haddara & Lingard, 2013; Reeves & Hean, 2013; Βωνιάτη και συν., 2022). Η ΔΕΣ θεωρείται ως τον ιδανικό τρόπο συνεργασίας που μπορεί να συμβεί μέσα σε πολλαπλά περιβάλλοντα με διαφορετικούς τρόπους (Reeves et al., 2018). Επιπλέον, θεωρείται ένα πλέον απαραίτητο μέσω για την αποτελεσματική λειτουργία των επαγγελματιών στο χώρο της υγείας (Gocan et al., 2014).

Η ΔΕΣ που επιτυγχάνεται μέσω της ομαδικής εργασίας των επαγγελματιών έχει απώτερο σκοπό την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας και την κάλυψη αναγκών των ασθενών. Η ομάδα αυτή μπορεί να περιλαμβάνει διάφορες ειδικότητες μεταξύ των οποίων

γενικούς ιατρούς, βοηθούς γενικών ιατρών, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλεύτες και άλλους επαγγελματίες. Η σύσταση της ομάδας μεταβάλλεται ανάλογα με τις κλινικές και τις ψυχοκοινωνικές ανάγκες του ασθενούς (Lardier et al., 2014). Η συνεργασία μεταξύ τους ενισχύεται από την αποτελεσματική ηγεσία, την επικοινωνία, την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και την εκπαίδευση τόσο για επαγγελματίες όσο και για ασθενείς (Gocan et al., 2014).

Η συνεργασία βασίζεται στην προσέγγιση που είναι εστιασμένη στον ασθενή, με το άτομο και την οικογένεια να αποτελούν το επίκεντρο της παροχής υπηρεσιών υγείας της διεπιστημονικής ομάδας. Το άτομο συμμετέχει ενεργά στη φροντίδα του εαυτού του, στην πρόληψη και την προαγωγή της υγείας του και τη διαχείριση των προβλημάτων του και συμμετέχει ενεργά στη λήψη αποφάσεων που αφορούν την υγεία του (Mitchell et al., 2012). Επίσης, μέσα από έρευνα έχει αναγνωριστεί η σημασία που έχει η διεπιστημονική προσέγγιση στην ολοκληρωμένη φροντίδα ψυχικής υγείας σε μητέρες με περιγεννητικά προβλήματα ψυχικής υγείας και στα παιδιά τους (Tachibana et al., 2019).

Η ΔΕΣ μεταξύ των επαγγελματιών υγείας πρέπει να βασίζεται στην ποιότητα των μεταξύ τους σχέσεων, καθώς από το επίπεδο των σχέσεων καθορίζεται και η επιτυχία της ομάδας και η επίτευξη των στόχων που έχουν τεθεί (Huss et al., 2013). Στις σύγχρονες κοινωνίες, όπου η παροχή υπηρεσιών φροντίδας υγείας είναι ολοένα και πιο σύνθετη, οι επαγγελματίες είναι αλληλοεξαρτώμενοι στην διεπιστημονική ομάδα και οφείλουν να δρουν με συλλογικό τρόπο για την ικανοποίηση των αναγκών των εξυπηρετούμενων τους και την παροχή επαρκούς και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Είναι πολύ σημαντικό κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας να γνωρίζει και να πιστεύει ότι ο ρόλος του και η συμβολή του στην επίτευξη του κοινού στόχου είναι εξαιρετικής σημασίας, διότι οι διαφορετικές προσφορές και οπτικές είναι εκείνες που καθιστούν μια συνεργασία επιτυχημένη (Huss et al., 2013; Βωνιάτη και συν., 2022).

1.2.2. Προϋποθέσεις Διεπιστημονικής Συνεργασίας

Οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας ενθαρρύνονται ολοένα και περισσότερο στην συνεργασία μεταξύ τους για την καλύτερη παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς τους (Schot et al., 2020). Η αυξητική τάση των δι-επαγγελματικών πρακτικών έχει οδηγήσει σε έντονη αύξηση του ακαδημαϊκού ενδιαφέροντος για θέματα ΔΕΣ (Lanterman & Blithe, 2019; Paradis & Reeves, 2013). Μέσα από συστηματική ανασκόπηση 64 μελετών έχει παρατηρηθεί ότι αρκετοί συγγραφείς επισημαίνουν ότι η διεπιστημονική συνεργασία δεν αποτελεί

αποκλειστικό καθήκον για τους διευθυντές και τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, αλλά απαιτεί και την ενεργό συμβολή του κάθε επαγγελματία χωριστά (Schot et al., 2020).

Για την ύπαρξη ΔΕΣ είναι απαραίτητες κάποιες προϋποθέσεις, ενώ πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν και η εξέλιξη μιας συνεργατικής σχέσης με το πέρασμα του χρόνου. Στην ΔΕΣ λοιπόν, ιδιαίτερη έμφαση αξίζει να δίνεται και στους εξωτερικούς ή διαρθρωτικούς παράγοντες, οι οποίοι έχουν να κάνουν με τους πόρους, τις πολιτικές και τους οικονομικούς περιορισμούς. Επίσης, οι σύγχρονες κοινωνίες συνεχώς μεταβάλλονται διοικητικά και σε πλαίσιο παροχής υπηρεσιών, θέτοντας προκλήσεις στους επαγγελματίες καθιστώντας αναγκαία την συνεργασία μεταξύ τους (Schot et al., 2020). Οι Noordegraaf και Burns (2016), υποστηρίζουν ότι οι ίδιοι οι επαγγελματίες χρειάζεται να αναπτύξουν συνεργατικά μοντέλα και την από κοινού λήψη αποφάσεων και να ενθαρρύνουν τους συναδέλφους τους για συμμετοχή σε συνεργασία, με σκοπό μια ομαλή ΔΕΣ.

Κάποιοι από τους παράγοντες που συμβάλλουν στην διαμόρφωση ομαλής ΔΕΣ είναι οι καλές οργανωτικές ρυθμίσεις, όπως κοινοί και σαφείς κανόνες και κατάλληλες δομές πληροφόρησης, ο χώρος, ο χρόνος και οι πόροι που επιτρέπουν στους επαγγελματίες να γνωριστούν μεταξύ τους και να συζητούν από κοινού θέματα που προκύπτουν. Επιπλέον, η ανοιχτή επαγγελματική κουλτούρα, η προθυμία για συνεργασία και η ανοιχτή επικοινωνία, (Nancarrow et al., 2013; Schot et al., 2020; Valentijn et al., 2013; Βωνιάτη και συν., 2022). Οι Reeves et al., (2018), στη μελέτη τους εστιάζουν στο ρόλο του δι-επαγγελματικού συντονισμού ως μια πρακτική για αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών, ο οποίος απαιτεί κοινή ευθύνη μεταξύ των μελών και σαφήνεια ρόλων, καθηκόντων και στόχων.

Μια άποψη υποστηρίζει ότι η συνεργασία είναι κάτι πολύ περισσότερο από πολιτική, στρατηγική, δομή και διαδικασία, καθώς στην καθημερινότητα τους οι επαγγελματίες υγείας συνεργάζονται και συντονίζουν τις απαραίτητες ενέργειες για την ορθή λειτουργία της δομής (Petrahou, 2009). Ο Edwards (2011), από την άλλη υπογραμμίζει τα επαγγελματικά όρια, πάνω στα οποία οι επαγγελματίες οικοδομούν κοινή γνώση στις διεπιστημονικές ομάδες. Η καλύτερη κατανόηση της συνεργατικής τους εργασίας είναι απαραίτητη για την κατανόηση της δυναμικής και της εξέλιξης της ΔΕΣ. Μέσα από συστηματική ανασκόπηση (Morgan et al., 2015), έχει αποδειχθεί ότι το μοναδικό και πιο σημαντικό και από στοιχείο της επιτυχημένης ΔΕΣ είναι η σημασία της συνεχούς ευκαιρίας για συχνή, κοινή και άτυπη επικοινωνία.

Συνεπώς, για μια αποτελεσματική ΔΕΣ είναι σημαντικό μέσα στην ομάδα οι ρόλοι των επαγγελματιών να είναι σαφώς προσδιορισμένοι και κατανοητοί από όλους και να υπάρχει ευελιξία, μεταξύ των μελών της ομάδας. Επίσης συστήνεται η ανάθεση καθηκόντων για την εύρυθμη λειτουργία της ομάδας και την επίτευξη ενός κοινού σκοπού. Επιπρόσθετα

χαρακτηριστικά μιας αποτελεσματικής διεπιστημονικής ομάδας αποτελεί η αξιοποίηση των διαθέσιμων πηγών, η εφαρμογή των κατάλληλων διαδικασιών και η συνεχής εκπαίδευση και κατάρτιση των μελών (Mickan & Rodger, 2000). Ακόμη, κάποια χαρακτηριστικά της ομάδας μπορεί να είναι σημαντικά στην επιτυχή συνεργασία της διεπιστημονικής ομάδας. Τέτοια χαρακτηριστικά μπορεί να αφορούν στην δομή της ομάδας, όπως η γεωγραφική εγγύτητα, το μέγεθος και η σύνθεση της. Αξιοσημείωτη μπορεί να είναι όμως και η υποστήριξη σε οργανωτικό επίπεδο και η επιβράβευση των μελών της, αναδεικνύει την συνεργασία μεταξύ τους, την ενίσχυση των κινήτρων τους και την δέσμευση για την επίτευξη των στόχων τους (Xyrichis & Lowton, 2008). Σύμφωνα με τους Βωνιάτη και συνεργάτες (2022), η συνεργασία, η επιθυμία συμμετοχής και η δέσμευση αποτελούν τρία βασικά χαρακτηριστικά που οφείλουν να έχουν τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας για μια επιτυχημένη συνεργασία.

1.2.3. Επαγγελματικές Συνεισφορές

Μέσα από συστηματική ανασκόπηση 64 μελετών (Schot et al., 2020), έχει αποδειχθεί ότι πολλοί επαγγελματίες συμβάλλουν σε αρκετούς τρόπους στην δημιουργία ομαλής ΔΕΣ. Στην συστηματική ανασκόπηση, οι απαντήσεις των επαγγελματιών έχουν κωδικοποιηθεί και έχουν κατηγοριοποιηθεί σε τρεις κατηγορίες, που περιγράφουν τους τρόπους με τους οποίους οι επαγγελματίες συμβάλλουν στην ΔΕΣ (επαγγελματικές συνεισφορές): τη γεφύρωση κενών, την διαπραγμάτευση επικαλύψεων και τη δημιουργία χώρων.

Η πρώτη και κυρίαρχη κατηγορία συμβολής των επαγγελματιών στην ΔΕΣ είναι η γεφύρωση κενών, κατά την οποία οι επαγγελματίες προσπαθούν με κάθε τρόπο να ξεπερνούν ενεργά τα χάσματα μεταξύ τους και μεταξύ άλλων επαγγελματιών. Τα κενά που παρατηρούνται διαφέρουν ως προς την φύση τους και διαχωρίζονται σε τέσσερις τύπους. Το πρώτο κενό εντοπίζεται στις επαγγελματικές προοπτικές και αφορά την υπέρβαση των διαφορετικών επαγγελματικών απόψεων σχετικά με τον καλύτερο τρόπο για την διαχείριση ενός περιστατικού. Αυτό απαιτεί από του επαγγελματίες την ενεργή τους παρουσία για την εξοικείωση με άλλες βάσεις γνώσεων και επαγγελματικούς κανόνες και αξίες. Ο δεύτερος τύπος κενού που γεφυρώνουν οι επαγγελματίες είναι το κοινωνικό χάσμα. Η συνεργασία πολλές φορές απαιτεί επιφυλακτική επικοινωνία υπό το πρίσμα διαφορετικών χαρακτήρων και προσωπικοτήτων. Έτσι, η συζήτηση για την προσωπική ζωή μεταξύ των επαγγελματιών και η οργάνωση άτυπων κοινωνικών εκδηλώσεων μεταξύ τους είναι κάποιοι από τους τρόπους που επιλέγουν οι επαγγελματίες να γεφυρώσουν το κοινωνικό χάσμα. Ο τρίτος τύπος κενού εντοπίζεται στην επικοινωνία και οι επαγγελματίες πολλές φορές καλούνται να καλύψουν επικοινωνιακές διαφορές που προκαλούνται κυρίως από το γεωγραφικό κατακερματισμό. Η

γεφύρωση αυτού του κενού αφορά την ενεργή μεταφορά γνώσεων ή πληροφοριών από τον έναν επαγγελματία στον άλλο, καθώς και το να θέτει τον εαυτό του στη διάθεση του άλλων. Ο τελευταίος τύπος κενού έχει να κάνει με τον καταμερισμό των καθηκόντων. Έχει παρατηρηθεί ότι πολλοί επαγγελματίες εκτελούν συχνά καθήκοντα που δεν ανήκουν στο ρόλο τους και βοηθούν άλλους επαγγελματίες.

Η δεύτερη κατηγορία συμβολής των επαγγελματιών στην ΔΕΣ είναι η διαπραγμάτευση επικαλύψεων. Η διαπραγμάτευση αφορά την αντιμετώπιση των αλληλοεπικαλύψεων σε επαγγελματικό επίπεδο, που προκύπτουν λόγω συνεργατικών απαιτήσεων και μπορεί να οδηγήσουν σε συγκρούσεις. Η πρώτη επικάλυψη που διαπραγματεύονται οι επαγγελματίες είναι σχετικά με τους επαγγελματικούς ρόλους και τον καταμερισμό των ευθυνών. Η συνεργασία εξάλλου μπορεί αν δημιουργήσει διαφορετικές απόψεις σχετικά με το ποιος είναι υπεύθυνος για τι και το ποιος κάνει τι. Η δεύτερη επικάλυψη που διαπραγματεύονται οι επαγγελματίες είναι κατά την διάρκεια μεμονωμένων διαδικασιών φροντίδας, ιδιαίτερα κατά την μαζική θεραπεία ασθενών οι επικαλύψεις γίνονται αισθητές.

Η τρίτη και τελευταία κατηγορία συμβολής των επαγγελματιών στην ΔΕΣ είναι η δημιουργία χώρων. Η συνεργασία απαιτεί από τους επαγγελματίες την αφιέρωση χώρου για αλληλεπίδραση. Αυτή η κατηγορία μπορεί αν θεωρηθεί ότι διευκολύνει τις δύο πρώτες κατηγορίες, διότι χωρίς τον απαραίτητο χώρο για αλληλεπίδραση, είναι δύσκολη η γνωριμία μεταξύ των επαγγελματιών προκειμένου να γεφυρωθεί το χάσμα μεταξύ τους και επίσης είναι δύσκολη και η διαπραγμάτευση πάνω στην εργασία τους. Οι επαγγελματίες μέσα από την ανασκόπηση φαίνεται ότι δημιουργούν χώρο σε σχέση με εξωτερικούς παράγοντες, όπως διευθυντές και άλλους φορείς και με εσωτερικούς παράγοντες, δημιουργώντας εκ νέου οργανωτικές ρυθμίσεις για συνεργασία, λόγω απουσίας ή μη επάρκειας τους (Schot et al., 2020).

1.2.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την Διεπιστημονική Συνεργασία

Μέσα από έρευνα σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς εντοπίστηκαν και αναγνωρίστηκαν έξι παράγοντες, οι οποίοι μπορούν αν λειτουργήσουν παράλληλα και ως εμπόδια και ως διευκολυντές στην ΔΕΣ. Αυτοί είναι η οργανωσιακή κουλτούρα, η επαγγελματική ταυτότητα, οι ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι, η λήψη αποφάσεων, η επικοινωνία και η δυναμική ισχύος (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016). Οι παράγοντες αυτοί αναλύονται παρακάτω:

- ❖ *Οργανωσιακή κουλτούρα:* η ύπαρξη οργανωσιακής κουλτούρας που υποστηρίζει, εκτιμά και ενθαρρύνει τη συνεργασία είναι ζωτική σημασίας για την επιτυχημένη

συνεργασία. Οι πεποιθήσεις και η στάσεις των ατόμων εντός του εργασιακού πλαισίου, η ηγεσία και η φροντίδα διαμορφώνουν την οργανωσιακή κουλτούρα. Έτσι, όταν ο υπεύθυνος της ομάδας δεν πιστεύει στην αξία της διεπιστημονικής ομάδας, τότε δεν θα υπάρχει και η ελευθερία απόψεων και ιδεών και παρεμποδίζεται η συνεργασία. Η ΔΕΣ είναι ωστόσο μία χρονοβόρα διαδικασία και η αύξηση του εργασιακού φόρτου αποτελεί εμπόδιο στη λειτουργία της. Γι' αυτό το λόγο προτείνεται η υποστήριξη του περιβάλλοντος για την επιτυχημένη λειτουργία της.

- ❖ *Επαγγελματική ταυτότητα:* είναι εξαιρετικής σημασίας οι επαγγελματίες να έχουν πλήρη επίγνωση του γνωστικού και επιστημονικού τους αντικειμένου και της συνεισφοράς του επαγγέλματος τους στην εκάστοτε υπηρεσία.
- ❖ *Ξεκάθαροι επαγγελματικοί ρόλοι:* Η αποσαφήνιση των επαγγελματικών ρόλων αποτελεί σημαντικό στοιχείο για την συνεργασία. Ο κάθε επαγγελματίας θα πρέπει να γνωρίζει όχι μόνο το ρόλο του στην υπηρεσία που εργάζεται αλλά επίσης να γνωρίζει ποιος είναι ο ρόλος των άλλων επαγγελματιών που είναι στην ομάδα.
- ❖ *Λήψη αποφάσεων:* Η διαδικασία λήψης αποφάσεων σε μία διεπιστημονική ομάδα προσδιορίζεται ως σημαντική για την συνεργασία. Θεωρείται ότι η λήψη αποφάσεων που αφορά την υπηρεσία θα πρέπει να γίνεται από κοινού με τον υπεύθυνο της κάθε ομάδας να λαμβάνει υπόψη του τα στοιχεία και τις απόψεις όλων των μελών της διεπιστημονικής ομάδας.
- ❖ *Επικοινωνία:* Η ελεύθερη έκφραση απόψεων και ιδεών από τους επαγγελματίες θεωρείται στοιχείο αποτελεσματικής διεπιστημονικής συνεργασίας, ενώ αντίθετα η φτωχή επικοινωνία και περιορισμένη ανταλλαγή απόψεων ως εμπόδιο αυτής. Επίσης, είναι σημαντικό να δίνεται χρόνος στον κάθε επαγγελματία να εκφράζει την άποψη του.
- ❖ *Δυναμική ισχύος:* Οι ανισότητες ισχύος και η δυναμική μπορούν να δράσουν ως εμπόδιο στη συνεργασία. Επίσης, οι ανισότητες στην εξουσία θεωρούνται ιδιαίτερα προβληματικές για την συνεργατική φροντίδα όταν εκδηλώνονται μέσω ενεργειών και συμπεριφορών των συναδέλφων (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016).

1.2.5. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα Διεπιστημονικής Συνεργασίας

Η ΔΕΣ επιφέρει όλο και περισσότερα θετικά αποτελέσματα στον τομέα της υγείας και της κλινικής πρακτικής, ενώ τα οφέλη της εντοπίζονται και στον τομέα της εκπαίδευσης και της έρευνας (Green & Johnson, 2015). Ωστόσο μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση διαφαίνονται και κάποιες προκλήσεις και μειονεκτήματα στη λειτουργία και κάποια από τα

χαρακτηριστικά της χρήζουν περαιτέρω βελτίωσης (Lanterman & Blithe, 2019; Βωνιάτη et al., 2022).

Η συνεργατική προσέγγιση που διέπει την διεπιστημονική ομάδα ενισχύει τον ρόλο των επαγγελματιών, τον αυτοπροσδιορισμό τους και αυξάνει την επαγγελματική τους ικανοποίηση (Engum & Jeffries, 2012). Οι χρήστες των υπηρεσιών αλλά και το σύστημα γενικότερα είναι από τους βασικούς αποδέκτες αυτής της συνεργασίας, λόγω της εξοικονόμησης πόρων και της αύξησης της παραγωγικότητας. Επίσης, μέσα από την διεπιστημονική ομάδα, δίνεται η ευκαιρία στους επαγγελματίες να αναπτυχθούν τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωτικό επίπεδο (Green & Johnson, 2015). Επίσης, έχουν τη δυνατότητα να αυξήσουν τις γνώσεις τους και να μεγιστοποιήσουν τις δεξιότητες τους, ενώ παράλληλα γίνεται σύσφιξη των σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών, τα οποία έχουν πολλά οφέλη στην μελλοντική καριέρα τους (Fewster-Thuente & Velsor-Friedrich, 2008; Green & Johnson, 2015). Ακόμη, ευνοείται η συμμετοχικότητα περισσότερο από την ατομικότητα, για την επίλυση πολύπλοκων προβλημάτων μέσω της θέσπισης κοινών στόχων. Αυτό συμβάλει στην ολιστική διάγνωση και σφαιρική αντιμετώπιση ενός περιστατικού, ενώ το ανθρώπινο δυναμικό αξιοποιείται καλύτερα και οι επαγγελματίες κατανοούν περισσότερο την εργασία, το ρόλο και την σημασία των άλλων ειδικοτήτων (Engum & Jeffries, 2012).

Στα μειονεκτήματα της ΔΕΣ συγκαταλέγονται τα προβλήματα που μπορεί να προκύψουν λόγω της ηγεσίας, η οποία αποτελεί συχνή πρόκληση μεταξύ των επαγγελματιών. Επιπλέον, ανάμεσα στα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας μπορεί να υπάρξει ανταγωνισμός λόγω μη σαφών επαγγελματικών ορίων (Titzer-Evans et al., 2012). Τέλος, η ΔΕΣ αποτελεί μια χρονοβόρα διαδικασία που δυσχεραίνει την συνεργασία και την άμεση επίλυση ενός προβλήματος, ιδιαίτερα όταν υπάρχει φόρτος εργασίας (Ambrose-Miller & Ashcroft, 2016).

1.2.6. Αρχές Διεπιστημονικής Ομάδας

Η διεπιστημονική ομαδική εργασία επικρατεί ολοένα και σε μεγαλύτερη κλίμακα, καθώς υποστηρίζεται από πολιτικές και πρακτικές που ενισχύουν την φροντίδα του ασθενή και αμφισβητούν τα παραδοσιακά επαγγελματικά όρια. Αρκετές μελέτες έχουν εντοπίσει τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της ομαδικής εργασίας. Μέσα από άλλη έρευνα έχουν προσδιοριστεί δέκα βασικές αρχές που διέπουν μια αποτελεσματική διεπιστημονική ομαδική εργασία. Αυτές είναι οι εξής:

- ❖ *Ηγεσία και διαχείριση*: η ύπαρξη ενός ξεκάθਾਰου ηγέτη με σαφή κατεύθυνση και ικανότητα διαχείρισης που να τον χαρακτηρίζουν ο δημοκρατικός τρόπος σκέψης και δράσης, ο διαμοιρασμός της εξουσίας, η υποστήριξη των μελών και η εποπτεία αυτών,

να ακολουθεί μια «κοινή γραμμή» με τους υπολοίπους και να είναι ηγέτης που ακούει και πράττει.

- ❖ *Επικοινωνία*: άτομα με επικοινωνιακές δεξιότητες και η διασφάλιση της ύπαρξης κατάλληλου εξοπλισμού για την επιτυχημένη επικοινωνία μεταξύ των μελών της ομάδας.
- ❖ *Προσωπικές ανταμοιβές, εκπαίδευση και εξέλιξη*: η προσωπική ανάπτυξη διευκολύνεται μέσω της εκπαίδευσης, των ανταμοιβών, της αναγνώρισης και των ευκαιριών για επαγγελματική εξέλιξη.
- ❖ *Κατάλληλοι πόροι και διαδικασίες*: η ύπαρξη κατάλληλων δομών που αφορούν οργανωτικούς παράγοντες, οι συναντήσεις των ομάδων, καθώς και η διασφάλιση των απαραίτητων διαδικασιών για την υποστήριξη του οράματος της υπηρεσίας, όπως για παράδειγμα τα συστήματα επικοινωνίας και τα κατάλληλα κριτήρια παραπομπής.
- ❖ *Κατάλληλος συνδυασμός δεξιοτήτων*: επαρκείς δεξιότητες και ικανότητες των επαγγελματιών και συνδυασμός αυτών, με την αξιοποίηση τους στο έπακρο και την έγκαιρη αντικατάσταση και κάλυψη των κενών θέσεων της ομάδας.
- ❖ *Κατάλληλο κλίμα ομάδας*: για την δημιουργία μιας διεπιστημονικής ατμόσφαιρας είναι απαραίτητο το ομαδικό πνεύμα που βασίζεται στην εμπιστοσύνη, στην εκτίμηση και στην συνεισφορά.
- ❖ *Ατομικά χαρακτηριστικά*: χαρακτηριστικά όπως η γνώση, η εμπειρία, η πρωτοβουλία, η αυτογνωσία των δυνατών και αδύναμων στοιχείων του χαρακτήρα του, το να είναι καλός ακροατής και να εργάζεται για κοινούς σκοπούς και στόχους.
- ❖ *Σαφές όραμα*: η ανάγκη για ένα σαφές σύνολο αξιών που να καθοδηγούν την υπηρεσία και τις υπηρεσίες που παρέχει καθώς και η απεικόνιση μιας ομοιόμορφης και συνεπούς εξωτερικής εικόνας.
- ❖ *Ποιότητα και αποτελέσματα περίθαλψης*: η ενίσχυση της εστιασμένης στο ασθενή προσέγγισης και η επιτακτική ανάγκη για ανατροφοδότηση με σκοπό την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- ❖ *Σεβασμός και κατανόηση επαγγελματικών ρόλων*: με σκοπό τον διαμοιρασμό της εξουσίας, την συνεργασία και την αυτονομία του κάθε επαγγελματία (Nancarrow et al., 2013).

1.2.7. Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία (ΔΥΣ)

Η ΔΥΣ περιλαμβάνει την συνεργασία περισσότερων από μία υπηρεσιών, που εργάζονται μαζί με προγραμματισμένο και επίσημο τρόπο, αντί μέσω μιας άτυπης δικτύωσης,

αν και συνήθως η τελευταία μπορεί να υποστηρίξει και να αναπτύσσει την πρώτη. Η συνεργασία των υπηρεσιών πραγματοποιείται σε στρατηγικό ή επιχειρησιακό επίπεδο (Warmington et al., 2004).

Συνεργασία σημαίνει η εργασία μαζί με άλλους, ιδιαίτερα σε μια πνευματική προσπάθεια και κατανομή ευθυνών για την επίτευξη στόχων που διαφορετικά δεν μπορούν να επιτευχθούν ανεξάρτητα (Gardner, 1999). Είναι μια διαδικασία κατά την οποία διάφοροι επαγγελματίες εξερευνούν και συλλέγουν λύσεις σε προβλήματα. Η συνεργασία μεταξύ των φορέων και υπηρεσιών υπάρχει όταν δύο ή περισσότεροι ανεξάρτητοι οργανισμοί, συνήθως με διαφορετικές αποστολές, αναπτύσσουν επίσημες συμφωνίες για να εργαστούν μαζί προς έναν κοινό σκοπό ή στόχο (Lawson & Barkdull, 2000).

Στη ΔΥΣ ενισχύεται η συνένωση των γνώσεων, των εμπειριών, των δεξιοτήτων και των υλικών πόρων ατόμων που εργάζονται σε διαφορετικές υπηρεσίες και έχουν στόχο την επίτευξη σφαιρικής διαχείρισης κοινών ζητημάτων και περιστατικών (Farmakoroulou, 2002a). Στη ΔΥΣ καλύπτονται οι σύνθετες ανάγκες που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς (Cameron et al., 2014), ενώ η αποτελεσματική συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών επιτυγχάνεται και διευκολύνεται μέσω των ειδικών χρηματοδοτήσεων, της κοινής κατανόησης των στόχων και τον κοινό σχεδιασμό, την αποτελεσματική διαχείριση τα δικτύου, τον αμοιβαίο σεβασμό και την αποτελεσματική επικοινωνία (Henderson et al., 2019).

Η συμμετοχή ενός ειδικού ως μέλος σε μια διεπιστημονική ομάδα αποτελεί μια πρόκληση, ενώ μεγαλύτερη πρόκληση είναι όταν κάποιος επιχειρεί να συνεργαστεί παράλληλα και σε δι-υπηρεσιακό επίπεδο, δηλαδή με επαγγελματίες από άλλες υπηρεσίες, καθώς υπάρχουν σημαντικές και αρκετές διαφορές μεταξύ των φορέων τόσο σε επίπεδο κουλτούρας, δομής, ιεραρχίας, νομοθετικών ρυθμίσεων, όσο και σε επίπεδο προτεραιοτήτων που έχει η κάθε υπηρεσία (Scott, 1997).

Η ΔΥΣ θεωρείται, τόσο από τους επαγγελματίες όσο και από τους υπεύθυνους χάραξης πολιτικής, ως μέσο για διάφορους σκοπούς, όπως είναι η διασφάλιση της αναγνώρισης των ανθρώπινων αναγκών, η οικονομία στη χρήση των πόρων και η γεφύρωση του χάσματος μεταξύ των καταστατικών και των εθελοντικών οργανισμών. Στην πράξη, ωστόσο, η συνεργασία μεταξύ των φορέων ήταν συχνά προβληματική, τόσο σε επίπεδο σχεδιασμού όσο και σε επίπεδο παροχής υπηρεσιών (Farmakoroulou, 2002a). Πρόσφατη έρευνα επισημαίνει ότι οι στρατηγικές που προάγουν τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών σε φορείς ψυχικής υγείας παιδιών και άλλων υπηρεσιών, θα μπορούσαν να αυξήσουν τη χρήση ερευνητικών δεδομένων στη χάραξη πολιτικής για την ψυχική υγεία των παιδιών και στην δημιουργία προγραμμάτων (Purtle et al., 2022).

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επαγγελματίες που ασχολούνται με περιστατικά παιδικής κακοποίησης στην Ιαπωνία, εντοπίστηκε ότι η δέσμευση με πίστη στο αντικείμενο, η ισχυρή ηγεσία και οι πόροι είναι παράγοντες επιτυχούς συνεργασίας μεταξύ των υπηρεσιών που επηρεάζουν την ικανότητα των επαγγελματιών να αναγνωρίζουν σημάδια παιδικής κακοποίησης (Okato et al., 2020).

1.2.8. Θεωρητικά Μοντέλα Δι-υπηρεσιακής Συνεργασίας

Το Μοντέλο της Ανταλλαγής

Η θεωρία της κοινωνικής ανταλλαγής (social exchange theory) έχει διατυπωθεί αρχικά από τον Homans (1951) ενώ εφαρμόστηκε αργότερα από αρκετούς θεωρητικούς και ερευνητές μεταξύ αυτών, οι Levine και White (1961) και οι Adamek και Lavin (1969) (Farmakoroulou, 2002b). Η θεωρία αυτή αποτελεί μια εξέχουσα εννοιολογική προοπτική στο χώρο της κοινωνιολογίας και της ψυχολογίας (Cropanzano et al., 2017).

Οι Levine και White (1961) στη θεωρία τους, υπογραμμίζουν ότι είναι αδύνατη η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των υπηρεσιών, όταν το προσωπικό δεν είναι ενήμερο σχετικά με την ύπαρξη του άλλου και τις παροχές του. Επίσης, υποστηρίζουν ότι οι φορείς πρόνοιας χρειάζονται τρία βασικά στοιχεία για την επίτευξη των στόχων τους τα οποία είναι, οι ασθενείς, το προσωπικό και οι μη ανθρώπινοι πόροι, όπως εξοπλισμό, γνώση και κεφάλαιο. Στην πραγματικότητα όμως, υφίστανται αρκετές ελλείψεις σε αυτά τα στοιχεία ανά οργανισμό, με αποτέλεσμα να γίνονται συχνά ανταλλαγή κάποιων στοιχείων ή και συνεργασία, προκειμένου να επιτευχθεί ο απώτερος σκοπός τους.

Η οργανωτική ανταλλαγή οπότε ορίζεται ως μια εθελοντική διαδικασία μεταξύ δύο οργανώσεων με κοινό σκοπό ή στόχο. Επομένως, το κίνητρο για συνεργασία στην προκειμένη περίπτωση είναι εσωτερικό, δηλαδή εκούσιο για το κάθε οργανισμό και οι δι-υπηρεσιακές σχέσεις σχηματίζονται όταν τα μέλη των οργανισμών αντιλαμβάνονται αμοιβαία οφέλη ή οφέλη από την αλληλεπίδραση, παρόλο που πολλές φορές υπάρχει ανισότητα στην ανταλλαγή. Με βάση αυτά τα δεδομένα, οι συνεργατικές σχέσεις χαρακτηρίζονται από υψηλό βαθμό συνεργασίας και επίλυσης προβλημάτων. Ωστόσο, η συνεργασία δεν είναι πάντα εκούσια αλλά μπορεί να είναι και ακούσια ή ακόμη και να εναλλάσσεται. Αυτό υποδηλώνει ότι οι αλληλεπιδράσεις ανταλλαγής θα πρέπει να είναι συμβατές με την ύπαρξη δύναμης και εξάρτησης στις δι-υπηρεσιακές σχέσεις, βασικές έννοιες στο επόμενο θεωρητικό μοντέλο (Farmakoroulou, 2002b).

Το Μοντέλο της Εξαρτώμενης Εξουσίας

Η προσέγγιση της εξάρτησης από την εξουσία ή τους πόρους (the power/resource dependency model) στις δι-υπηρεσιακές σχέσεις, συνδέεται με μελέτες των Aldrich (1972, 1979) και Benson (1975). Η θεωρία αυτή εστιάζει στις σχέσεις μεταξύ των οργανισμών και των αβέβαιων περιβαλλόντων τους και υποστηρίζει τον καθοριστικό ρόλο που παίζουν οι δι-υπηρεσιακές σχέσεις στον έλεγχο των οργανωτικών περιβαλλόντων. Η συλλογιστική του μοντέλου αυτού βασίζεται στη πεποίθηση ότι οι κρατικές υπηρεσίες που ασκούν κοινωνική πολιτική πολλές φορές δεν πράττουν αυτά που είναι στις αρμοδιότητες τους για διάφορους λόγους, όπως αμέλεια και φόρτος εργασίας, με αποτέλεσμα την ανάγκη για παρεμβάσεις υποχρεωτικού χαρακτήρα (Farmakoroulou, 2002b).

Σε αντίθεση με την θεωρία της ανταλλαγής, που επικρατεί η από κοινού συναίνεση, στο μοντέλο αυτό επικρατεί η εξουσία και το κίνητρο για αλληλεπίδραση είναι ασύμμετρο, με τις δι-υπηρεσιακές σχέσεις να αναπτύσσονται όταν κάποιο μέλος ή κάποιος οργανισμός έχει περισσότερη δύναμη να εξαναγκάσει τον άλλο για συνεργασία και αλληλεπίδραση. Στην προκειμένη περίπτωση, οι οργανισμοί που αναγκάζονται να αλληλεπιδράσουν, το κίνητρο για αυτούς είναι εξωτερικό, δηλαδή ακούσιο, ενώ συχνά οι σχέσεις τους χαρακτηρίζονται από αρκετές διαμάχες και διαπραγματεύσεις. Κοινό στοιχείο στα δύο μοντέλα αποτελεί η ορθολογική λήψη αποφάσεων για την επίτευξη ενός κοινού σκοπού ή στόχου (Farmakoroulou, 2002b).

Στην πραγματικότητα όμως, όλες οι υπηρεσίες πρόνοιας συχνά εξαναγκάζονται από ανώτερες οδηγίες σε νομικό (εντολές συνεργασίας), διοικητικό (πολιτικές τοπικής αυτοδιοίκησης) ή κοινωνικό (ομάδες πίεσης) επίπεδο. Αυτό υποδηλώνει ότι οι δι-υπηρεσιακές σχέσεις θα πρέπει να σχετίζονται με τις ευρύτερες οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες, βασικές αρχές στη θεωρία της πολιτικής οικονομίας (Farmakoroulou, 2002b).

Το Μοντέλο της Πολιτικής Οικονομίας

Η θεωρία της πολιτικής οικονομίας (the political economy theory) θεωρείται επέκταση του μοντέλου της εξαρτώμενης εξουσίας, καθώς έχουν αρκετές ομοιότητες και τον ίδιο εμπνευστή (Benson). Το μοντέλο αυτό υποστηρίζει ότι οι δι-υπηρεσιακές σχέσεις θα πρέπει να σχετίζονται με τις πολιτικές και οικονομικές δομές στις οποίες είναι ενσωματωμένες και να συνυπολογίζουν τις ευρύτερες οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές επιρροές (Farmakoroulou, 2002b).

1.2.9. Εμπόδια Συνεργασίας και Στρατηγικές Αντιμετώπισης

Οι κοινωνικές προσδοκίες για την αποτελεσματικότητα της ΔΕΣ και ΔΥΣ στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι υψηλές. Ωστόσο, την επίτευξη ομαλής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών, εμποδίζουν αρκετοί παράγοντες και ποικίλες προκλήσεις, όπως οι διακριτοί επαγγελματικοί τομείς και ξεχωριστά συστήματα πληροφόρησης (Lingard et al., 2017). Επίσης, τα όρια της δικαιοδοσίας και η ασυνέπεια στις χρηματοδοτήσεις αποτελούν βασικά εμπόδια στην συνεργασία μεταξύ των υπηρεσιών (Henderson et al., 2019).

Επίσης, η διεπιστημονική ομάδα υφίσταται και ορισμένες προκλήσεις, οι οποίες μπορεί αν αναπτύξουν συγκρούσεις μεταξύ των μελών της ομάδας και με συνέπεια στην μη κατάλληλη παροχή βοήθειας στους ασθενείς. Τέτοιες προκλήσεις μπορεί να είναι για παράδειγμα η ηγεσία, ασάφειες μεταξύ των επαγγελματικών ρόλων και η έλλειψη κατάλληλης και στοχευμένης εκπαίδευσης πάνω σε θέματα συνεργατικής προσέγγισης (Βωνιάτη et al., 2022). Άλλο εμπόδιο για την ομαδική εργασία αποτελεί συχνά η επικράτηση μιας καθορισμένης κάθετης ιεράρχησης στις υπηρεσίες. Γι' αυτό το λόγο, τίθεται η ανάγκη θέσπισης κατάλληλων πολιτικών για την ανάπτυξη νέων μοντέλων οργάνωσης που θα έχουν ως βάση την ομαδική εργασία (Jurgutis et al., 2013; Λιονής και συν., 2015).

Η σύγκρουση θεωρείται ως μια διαδραστική διαδικασία που εκδηλώνεται με ασυμβατότητα, διαφωνία ή αντίδραση μεταξύ ατόμων ή ομάδας ατόμων και βρίσκονται σε μια ανοιχτή ή κλειστή αντιπαράθεση. Η οργανωσιακή σύγκρουση συμβαίνει όταν τα μέλη της ενεργούν ή υιοθετούν στάσεις ασυμβίβαστες με αυτές των συναδέλφων τους (Rahim, 2003).

Ο Rahim (2003) έχει εντοπίσει κάποιες στρατηγικές για την διαχείριση των συγκρούσεων μεταξύ των μελών σε μια υπηρεσία και περιλαμβάνουν την ενσωμάτωση, την υποχρέωση, την κυριαρχία, την αποφυγή και τον συμβιβασμό. Το κάθε στυλ στρατηγικής ορίζεται κατάλληλο ανάλογα με την περίπτωση. Το στυλ της ενσωμάτωσης σχετίζεται με την επίλυση προβλημάτων μέσω της διάγνωσης και της παρέμβασης στα σωστά προβλήματα. Το στυλ της υποχρέωσης συνδέεται με την προσπάθεια υποβάθμισης των διαφορών και την έμφαση στα κοινά στοιχεία. Στο κυρίαρχο στυλ ένα ανταγωνιστικό άτομο καταβάλλει κάθε προσπάθεια για να κερδίσει το στόχο του αγνοώντας τις ανάγκες των άλλων μελών. Το στυλ της αποφυγής έχει συσχετιστεί με καταστάσεις απόσυρσης, παραπλάνησης ή παράκαμψης. Τέλος, στο συμβιβαστικό στυλ όλα τα μέλη κάνουν υποχώρηση προκειμένου να ληφθεί μια αμοιβαία αποδεκτή απόφαση.

1.3. Επαγγελματική Εξουθένωση Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Ο όρος «burn-out» στο χώρο των επαγγελμάτων υγείας χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1974 από τον κλινικό ψυχολόγο Freudenberger, με σκοπό να περιγράψει τα σωματικά και συμπεριφορικά συμπτώματα που εμφάνιζαν οι επαγγελματίες και οι εθελοντές στο χώρο της ψυχικής υγείας. Κάποια από αυτά τα συμπτώματα ήταν η δυσφορία, η αϋπνία, η ευερεθιστότητα, η κόπωση και η απογοήτευση, τα οποία ο Freudenberger απέδωσε τόσο σε ατομικούς όσο και σε εργασιακούς παράγοντες. Οι ατομικοί παράγοντες αφορούσαν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, όπως εσωστρέφεια και κοινωνικότητα και οι εργασιακοί τις συνθήκες εργασίας (Freudenberger, 1974).

Στα ελληνικά ο όρος «burn-out», ο οποίος αναφέρεται ως επαγγελματική εξουθένωση, περιγράφεται ως ένα σύνδρομο σωματικής και συναισθηματικής εξάντλησης, με σημαντικές επιπτώσεις στους επαγγελματίες υγείας και ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και της επικοινωνίας των επαγγελματιών με τους ασθενείς (Διλιντάς, 2010).

Αργότερα, η Christine Maslach (1982), διατύπωσε έναν περιεκτικό ορισμό για την επαγγελματική εξουθένωση, περιλαμβάνοντας τόσο το σωματική όσο και την ψυχική εξάντληση, η οποία παρατηρείται στους επαγγελματίες που η δουλειά τους απαιτεί συνεχή επαφή με άλλους ανθρώπους. Αυτή η κατάσταση ωστόσο δεν επέρχεται ξαφνικά, αλλά είναι αποτέλεσμα μιας παρατεταμένης εργασίας υπό πίεση και κατά την οποία ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς του. Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα αναγνωρίσιμο σύνδρομο για την περιγραφή του χρόνιου εργασιακού στρες και τοποθετεί την ατομική εμπειρία άγχους σε σχέση με την εργασία (Maslach & Leiter, 2016).

Η επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται κυρίως σε επαγγελματίες υγείας, λόγω του ότι είναι σε άμεση και διαρκή επαφή με ανθρώπους, οι οποίοι αντιμετωπίζουν πολλές φορές χρόνιες και σοβαρές σωματικές και συναισθηματικές καταστάσεις. Ο Hartog (2019), στην έρευνα του παρατήρησε ότι οι επαγγελματίες υγείας και κυρίως οι νοσηλευτές που απασχολούνται στις ΜΕΘ έχουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σχέση με άλλους επαγγελματίες. Σε μια συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (O'Connor et al., 2018), παρατηρήθηκε ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσιάζουν υψηλότερη ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με άλλους επαγγελματίες. Για την ευαλωτότητα των επαγγελματιών ψυχικής υγείας στην επαγγελματική εξουθένωση οφείλονται κάποιοι παράγοντες. Ειδικότερα, είναι το στίγμα του επαγγέλματος, οι απαιτητικές θεραπευτικές σχέσεις, οι απειλές βίας από ασθενείς, καθώς και οι αυτοκτονίες ασθενών (Rössler, 2012).

1.3.1. Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Το Μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Αποτελεί το πιο διάσημο και εφαρμόσιμο μοντέλο στο φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, για την μέτρηση του οποίου χρησιμοποιείται η κλίμακα Maslach Burnout Inventory (MBI). Σύμφωνα με τους Maslach και Jackson (1986), υπάρχουν τρεις διαστάσεις που περιγράφουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης: η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Στην πορεία ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης το άτομο περνάει από αυτά τα τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο της συναισθηματικής εξάντλησης, το άτομο έχει σημάδια ψυχικής κόπωσης, τα οποία γίνονται εμφανή στην εργασία του και έχουν ως αποτέλεσμα να δείχνει έντονα κουρασμένος, να απουσιάζει το ενδιαφέρον του να ασχοληθεί με την εργασία του και να μην αποδίδει άριστα στις εργασιακές ανάγκες. Στο επόμενο στάδιο, της αποπροσωποποίησης, το άτομο κάνει προσπάθειες να αμυνθεί και να προστατευθεί, μονώνει τα συναισθήματα του και αναπτύσσει απρόσωπες σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς και συμπεριφέρεται με ασέβεια, απέχθεια, κυνισμό και εγωισμό. Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο, της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων, το άτομο πείθεται ότι δεν είναι κατάλληλο για την εργασία του, νιώθει μη αποδοτικό και αναποτελεσματικό του και η απογοήτευση του αυξάνεται καθώς έχει αρνητική εικόνα για τη δουλειά του και τον εαυτό του (Maslach, 1982; Maslach & Jackson, 1986)

Το Μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)

Έπειτα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Edelwich και Brodsky (1980), προέκυψε ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από τέσσερα στάδια, στα οποία το άτομο εισέρχεται από τα πρώτα κιόλας βήματα της επαγγελματικής του καριέρας. Στο πρώτο στάδιο, που είναι αυτό του ενθουσιασμού για την εργασία, το άτομο θέτει υψηλούς στόχους και μεγάλες προσδοκίες. Αρχικά, επενδύουν σε μεγάλο βαθμό στην εργασία τους, σπαταλώντας πολύ χρόνο και ενέργεια σε αυτήν, ενώ περιμένουν να λάβουν ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή. Στην συνέχεια αντιλαμβάνεται ότι το έργο που επιτελεί δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του και έτσι απογοητεύεται.

Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της αμφιβολίας και της αδράνειας, κατά το οποίο ο εργαζόμενος δεν είναι ικανοποιημένος από την εργασία του, καθώς οι προσδοκίες του διαψεύδονται. Έτσι, ενώ βρίσκεται σε σύγχυση κατηγορεί τον εαυτό του για αυτή την αποτυχία και προσπαθεί να επενδύσει παραπάνω χωρίς το επιθυμητό αποτέλεσμα. Στο τρίτο στάδιο, της απογοήτευσης και της ματαίωσης, ο εργαζόμενος νιώθει απογοητευμένος, καθώς αντιλαμβάνεται ότι η εργασία του δεν συνάδει με τους προσωπικούς του στόχους και εργάζεται

χωρίς ιδιαίτερο ζήλο. Στη συνέχεια νιώθει ότι βρίσκεται σε ένα φαύλο κύκλο και παρουσιάζει καταθλιπτικά συμπτώματα, ενώ παράλληλα συνειδητοποιεί ότι η εγκατάλειψη της εργασίας του και η αναθεώρηση των στόχων του είναι η μοναδική λύση. Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο, αυτό της απάθειας, ο εργαζόμενος είναι φανερά απογοητευμένος και παύει πλέον να σπαταλάει ενέργεια στη δουλειά του και αδιαφορεί για τις ανάγκες των ασθενών του. Ωστόσο, παραμένει στην εργασία του για βιοποριστικούς λόγους (Edelwich & Brodsky, 1980).

Το Μοντέλο του Cherniss (1980)

Ο Cherniss (1980) δίνει την δική του εκδοχή για την επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με την οποία, η τελευταία εκδηλώνεται μέσα από τρία στάδια, κατά τα οποία η συμπεριφορά του εργαζόμενου μεταβάλλεται λόγω της πίεσης από το εργασιακό περιβάλλον. Στο πρώτο στάδιο, του εργασιακού στρες, κάποιοι εργασιακοί στόχοι δεν μπορούν να υλοποιηθούν λόγω της έλλειψης πόρων. Το δεύτερο στάδιο είναι αυτό της εξάντλησης, και αποτελεί συναισθηματική απάντηση του ατόμου στο εργασιακό στρες από το πρώτο στάδιο. Εκδηλώνεται με συμπτώματα άγχους, κόπωσης, αδιαφορίας, απάθειας και κούρασης και το άτομο σταδιακά απομακρύνεται από τα εργασιακά του καθήκοντα. Στο τρίτο στάδιο της αμυντικής κατάληξης, το άτομο συμπεριφέρεται με κυνικό και απαθή τρόπο προς τους ασθενείς του, προκειμένου να ανταπεξέλθει στο δύσκολο για αυτό εργασιακό του περιβάλλον (Cherniss, 1980).

Το Μοντέλο της Pines (1981)

Στο συγκεκριμένο μοντέλο, η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ως μια κατάσταση, στην οποία ο εργαζόμενος νιώθει σωματική, συναισθηματική και πνευματική εξάντληση, η οποία οφείλεται σε μακροχρόνια έκθεση σε απαιτητικές συναισθηματικές καταστάσεις. Στα σωματική εξάντληση περιλαμβάνονται συμπτώματα αδυναμίας και χαμηλής ενέργειας, στη συναισθηματική εξάντληση, αισθήματα απελπισίας, παγίδευσης και ανημπορίας και στη πνευματική εξάντληση, αρνητικότητα απέναντι στο ίδιο τον εαυτό (Pines et al., 1981). Σύμφωνα με την Pines, οι περισσότεροι αφοσιωμένοι εργαζόμενοι και αυτοί που εμπλέκονται συναισθηματικά εμφανίζουν βαρύτερες μορφές εξουθένωσης, λόγω της ανάγκης τους να δώσουν νόημα στη ζωή τους, για υπαρξιακούς λόγους (Pines & Keinan, 2005).

Το Μοντέλο της Κοπεγχάγης (Kristensen, 2005)

Το μοντέλο αυτό αποτελεί ένα από τα πιο σύγχρονα μοντέλα της επαγγελματικής εξουθένωσης, δημιουργήθηκε από τον Kristensen et al. (2005) και αποτελείται από τρεις

κλίμακες. Η επαγγελματική εξουθένωση μετριέται με ένα νέο εργαλείο που ονομάζεται ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Κοπεγχάγης (Copenhagen Burnout Inventory - CBI).

Η πρώτη κλίμακα, αφορά την προσωπική εξουθένωση και αξιολογείται το ποσοστό της σωματικής με την ψυχολογική εξουθένωση του εργαζομένου. Στην δεύτερη κλίμακα, της επαγγελματικής εξουθένωσης, συμπεριλαμβάνεται η εργασιακή εξάντληση και κόπωση του εργαζομένου, συμπτώματα, τα οποία σχετίζονται με το χώρο εργασίας. Σε αυτή την κλίμακα ενώ μπορούν να εντοπιστούν τα άτομα που νιώθουν κόπωση, αλλά μπορεί να αποδίδεται και σε άλλους παράγοντες πέρα από εργασιακούς, όπως είναι οι οικογενειακοί. Τέλος, η τελευταία κλίμακα είναι η εξουθένωση που σχετίζεται με τον πελάτη, σε σωματικό και ψυχολογικό επίπεδο. Ως πελάτης νοείται επίσης ο ασθενής και ο συνάδελφος (Kristensen et al., 2005).

1.3.2. Αιτιολογικοί παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης

Η αιτιολογία της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πολυπαραγοντική και συνδέεται με μια μακροχρόνια, μόνιμη και πιεστική υπερφόρτωση στο χώρο εργασίας, κατά την οποία τα μικρά διαλλείματα δεν είναι αρκετά για την μείωση των συμπτωμάτων της εξάντλησης αυτής (Hartog, 2019). Οι παράγοντες που συμβάλουν στην εμφάνιση της μπορούν να διαχωριστούν σε εξωτερικούς ή περιβαλλοντικούς παράγοντες και σε εσωτερικούς, αυτούς που σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου (De Hert, 2020; Patel et al., 2018).

Στους εξωτερικούς παράγοντες, που αφορούν την εργασία, περιλαμβάνονται οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις, προβλήματα στην συνεργασία, πίεση χρόνου και φόρτος εργασίας, αρνητικό εργασιακό κλίμα και κακή επικοινωνία μεταξύ συναδέλφων, λιγότερες ευκαιρίες συμμετοχής και αδιευκρίνιστοι επαγγελματικοί ρόλοι και άλλοι πολλοί (De Hert, 2020; Hartog, 2019). Επιπλέον, άλλοι οργανωτικοί παράγοντες, όπως είναι οι αρνητικές συμπεριφορές ηγεσίας και οι ανεπαρκείς ανταμοιβές, μπορούν επίσης να οδηγήσουν σε επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας (Shanafelt et al., 2015).

Στους εσωτερικούς παράγοντες, οι οποίοι αφορούν κάποια προσωπικά χαρακτηριστικά, είναι για παράδειγμα, οι υψηλές ατομικές προσδοκίες, η τελειομανία, η ανάγκη για αναγνώριση, η επιθυμία για ικανοποίηση των αναγκών των υπολοίπων, η αυτοκριτική, η στέρηση ύπνου, ένα ανεπαρκές δίκτυο υποστήριξης εκτός εργασίας, όπως είναι η οικογένεια και άλλοι (De Hert, 2020; Hartog, 2019; Patel et al., 2018).

Επίσης, άλλοι παράγοντες μπορεί να είναι το φύλο και η ηλικία. Η ηλικία των εργαζομένων φαίνεται να διαδραματίζει σημαντικό ρόλο, καθιστώντας τους νεαρούς εργαζομένους πιο ευάλωτους να εμφανίσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης σε

σχέση με τους μεγαλύτερους ηλικιακά. Αρκετές έρευνες έχουν εντοπίσει ότι οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες έχουν υψηλότερα ποσοστά ψυχικής ανθεκτικότητας και μειωμένες πιθανότητες να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους (Hybels et al., 2020; LaFaver et al., 2018; Διλιντάς, 2010). Μέσα από άλλη έρευνα έχει αποδειχθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται συχνότερα σε νεότερους και σε μεγαλύτερους ηλικιακά επαγγελματίες. Συγκεκριμένα, φάνηκε θετική συσχέτιση μέχρι την ηλικία των 30 και μετά την ηλικία των 55 ετών (Marchand et al., 2018). Αντίθετα αποτελέσματα ωστόσο, διαφαίνονται στην έρευνα των Muzafar et al. (2015) σε φοιτητές ιατρικής στο Πακιστάν, όπου οι μεγαλύτεροι φοιτητές εμφάνιζαν συχνότερα επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους νεότερους.

Το φύλο επίσης παίζει σημαντικό ρόλο στην συχνότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των επαγγελματιών. Αρκετές έρευνες έχουν εντοπίσει ότι οι γυναίκες παρουσιάζουν συχνότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης και έντονου εργασιακού στρες σε σχέση με τους άντρες (LaFaver et al., 2018; Marchand et al., 2018).

Οι Maslach και Leiter (2016) μέσα από αρκετές έρευνες πάνω στην επαγγελματική εξουθένωση κατέληξαν στους παράγοντες κινδύνου που οφείλονται για την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας. Αυτοί είναι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η έλλειψη ελέγχου, η ανταμοιβή και αναγνώριση για την εργασία που προσφέρει ο επαγγελματίας, η κοινότητα, που αφορά τη σχέση με τους υπόλοιπους, το αίσθημα δικαιοσύνης και οι αξίες τόσο του ίδιου του εργαζομένου όσο και του χώρου εργασίας του.

1.3.3. Επιπτώσεις Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει αντίκτυπο τόσο στην προσωπική όσο και στην κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου. Οι επιπτώσεις που μπορεί να έχει αυτή στη σωματική αλλά και στην ψυχική υγεία είναι δαπανηρή όχι μόνο για τον ίδιο τον εργαζόμενο αλλά και για όσους επηρεάζονται από αυτόν. Στο επίπεδο ψυχικής υγείας, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οδηγήσει σε αυξημένα επίπεδα άγχους, χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυτοπεποίθησης, έντονο στρες, εκνευρισμό, ευερεθιστότητα, απάθεια, κυνισμό, αίσθημα μταιιότητας, αποξένωση, αποτελμάτωση, καθώς ακόμη και σε ψυχιατρικές διαταραχές, όπως διαταραχές ύπνου, αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, επηρεάζοντας έτσι με αρνητικό τρόπο την ποιότητα ζωής του επαγγελματία υγείας (Maslach & Leiter, 2016; Pagnin et al., 2014). Στο επίπεδο σωματικής υγείας, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται στενά με έντονους μυοσκελετικούς πόνους σε αυχένα και πλάτη, πονοκεφάλους και γαστρεντερικά προβλήματα,

σεξουαλική δυσλειτουργία, αύξηση ή μείωση βάρους, αναπνευστικά προβλήματα και άλλα (Maslach & Leiter, 2016; Moura et al., 2019; Zhang et al., 2017).

Οι Maslach και Leiter (2016) προσθέτουν στην ομαδοποίηση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης άλλη μια κατηγορία, αυτή των συμπεριφορικών προβλημάτων και συμπεριλαμβάνουν την χαμηλή απόδοση στην εργασία, την μειωμένη επικοινωνία, την παραίτηση και την απουσία ενθουσιασμού για την εργασία, την αδυναμία συγκέντρωσης, την χρήση αλκοόλ, ναρκωτικών ουσιών και φαρμάκων, τα συχνές οικογενειακές συγκρούσεις και τη ροπή σε ατυχήματα.

Οι επιπτώσεις εντοπίζονται όμως και σε επαγγελματικό επίπεδο και αφορούν ιδιαίτερα την συμπεριφορά των εργαζομένων. Συγκεκριμένα, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται στενά με τις συχνές απουσίες και άδειες από την εργασία, τα οποία έχουν αρνητικό αντίκτυπο τόσο για την υπηρεσία που εργάζονται όσο και για τους υπόλοιπους συναδέλφους, στους οποίους πολύ συχνά συμπεριφέρονται με κυνισμό (Petitta & Vecchione, 2011). Αξιοσημείωτο είναι επίσης το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται και με την πρόθεση εγκατάλειψης της εργασίας, πράγμα που προκαλεί σοβαρά προβλήματα στους οργανισμούς (Hämmig, 2018). Η πρόληψη ή η μείωση της εξουθένωσης απαιτεί μια πολυδιάστατη προσέγγιση, η οποία να εστιάζει κυρίως στην βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος, στην επίτευξη καλής ομαδικής συνεργασίας, στην ψυχολογική ασφάλεια των εργαζομένων και σε κατάλληλες μορφές ηγεσίας (Hartog, 2019).

1.4. Ψυχική Ανθεκτικότητα Επαγγελματιών Ψυχικής Υγείας

Η ανθεκτικότητα (resilience) αποτελεί ένα πολύπλοκο όρο, ο οποίος παρουσιάζει συνεχώς μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον. Είναι μια έννοια ευρέως διαδεδομένη σε πολλούς ακαδημαϊκούς τομείς και έχει γίνει μέρος πρακτικής, πολιτικής και επιχειρηματικότητας για την ανταπόκριση και την απάντηση των ατόμων σε καταστάσεις κρίσεων (Folke, 2016). Πολλοί ερευνητές έχουν προσπαθήσει να αποδώσουν έναν συγκεκριμένο ορισμό για την ανθεκτικότητα, λαμβάνοντας ωστόσο υπόψιν διαφορετικές παραμέτρους, που αφορούν τις βασικές ατομικές δεξιότητες, την ικανότητα προσαρμογής σε ανεπιθύμητα γεγονότα και την επίδειξη θετικών αλλαγών μετά από αντιξοότητες (Meredith et al., 2011).

Η ψυχική ανθεκτικότητα αντικατοπτρίζει την ικανότητα του ατόμου να προσαρμόζεται και να ανακάμπτει, έπειτα από αντίξοες συνθήκες και τραυματικά γεγονότα, όπως τραγωδίες, στρεσογόνες καταστάσεις, αρνητικές εμπειρίες, οικογενειακά προβλήματα και προβλήματα

στις σχέσεις, σοβαρά προβλήματα υγείας και άλλα, μέσα από αποτελεσματικές στρατηγικές (Aburn et al., 2016). Έρευνες έχουν δείξει ότι η ανθεκτικότητα μπορεί να λειτουργήσει είτε προληπτικά είτε αντιδραστικά, και ως εκ τούτου μπορεί να οριστεί ως αντίσταση ή ανταπόκριση στις αντιξοότητες (Bardoel et al., 2014). Επιπλέον, η ανθεκτικότητα δεν σήμαίνει ανοσία ή μη δεκτικότητα του ατόμου σε δυσμενείς καταστάσεις, αλλά αναφέρεται στην ικανότητα του να αναρρώνει και να αναπτύσσεται μετά από αυτές (Shastri, 2013).

Μια σημαντική διαφορά στην εννοιολογική προσέγγιση της ψυχικής ανθεκτικότητας είναι η ερμηνεία της άλλοτε ως ένα χαρακτηριστικό και άλλοτε ως μια διαδικασία. Όταν νοείται ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας, τότε επικεντρώνεται στα χαρακτηριστικά γνωρίσματα που επιτρέπουν στα άτομα την θετική προσαρμογή τους σε αντίξοες καταστάσεις. Τα άτομα με υψηλά επίπεδα ανθεκτικότητας χαρακτηρίζονται από υψηλή ενέργεια, εξωστρέφεια, αυτοαποτελεσματικότητα, αίσθημα αισιοδοξίας και ικανότητα απόσπασης από τα προβλήματα τους και κριτικής άποψης πάνω σε αυτά. Αυτά τα στοιχεία του χαρακτήρα του ατόμου αποτελούν προστατευτικούς παράγοντες ως απάντηση σε ποικίλες περιβαλλοντικές απαιτήσεις. Οι παράγοντες αυτοί θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν με την συγκεκριμένη λειτουργία τους, καθώς μέσω της εκτίμησης και κατανόησης της φύσης αυτών, επιτυγχάνεται η ψυχική ανθεκτικότητα (Fletcher & Sarkar, 2013).

Αντίθετα, η ανθεκτικότητα μπορεί να θεωρηθεί και ως μια δυναμική διαδικασία, η οποία συνεχώς μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου ανεξάρτητα από τις καταστάσεις που έρχεται αντιμέτωπο το άτομο (Hatler & Sturgeon, 2013; Luthar et al., 2000), συμπεριλαμβανομένης της θετικής προσαρμογής όταν το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με αρνητικά γεγονότα. Η ψυχική ανθεκτικότητα ως διαδικασία επηρεάζεται από παραμετρικούς και περιστασιακούς παράγοντες. Έτσι, ανάλογα με τις συνθήκες, τις διαφορετικές αντίξοες καταστάσεις και τη χρονική περίοδο που αυτές λαμβάνουν χώρα, το άτομο μπορεί να έχει διαφορετική αντίδραση και αλληλεπίδραση με το περιβάλλον. Συνεπώς, αν ένα άτομο αντιδράσει θετικά σε αρνητικές εμπειρίες σε ένα σημείο της ζωής του, δεν σημαίνει ότι θα αντιδράσει με τον ίδιο τρόπο σε στρεσογόνες καταστάσεις σε άλλη φάση της ζωής του (Fletcher & Sarkar, 2013). Ο Rutter (1981), αναφέρει χαρακτηριστικά ότι όταν οι συνθήκες μεταβάλλονται, τότε και η ανθεκτικότητα αλλάζει.

Επίσης, η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί την ικανότητα ενός δυναμικού συστήματος να αντέξει ή να αναρρώσει μετά από απειλητικές καταστάσεις, επιτυγχάνοντας ωστόσο, την σταθερότητα, την βιωσιμότητα και την ανάπτυξη του (Masten & Tellegen, 2012). Κάποιες απόψεις για την ανθεκτικότητα υποστηρίζουν την ικανότητα για άμεση ανάκαμψη, έπειτα από αρνητικά γεγονότα ζωής και καταστάσεις με έντονο στρες (Bardoel et al., 2014). Έρευνα πάνω

στην οργάνωση και στη διαχείριση, έχουν ερμηνεύσει την ανθεκτικότητα ως την ικανότητα του ατόμου να αντέχει σε συνθήκες άγχους και αλλαγής (Linnenluecke, 2017). Ο Shastri (2013) από την άλλη περιγράφει μια τρισδιάστατη δομή της ψυχικής ανθεκτικότητας. Ως μια κατάσταση, τι είναι δηλαδή η ανθεκτικότητα και πως την προσδιορίζει κανείς, ως μια συνθήκη, για το τι μπορεί να γίνει για την συγκεκριμένη κατάσταση και ως μια πρακτική, για το πώς μπορεί κάποιος να την αποκτήσει.

Κάποιοι θετικοί ατομικοί παράγοντες μπορούν να συμβάλουν στην ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας. Η αισιοδοξία, η αυτοπεποίθηση, ο αυτοέλεγχος, η αίσθηση του χιούμορ, η διάθεση για ευελιξία, η συναισθηματική νοημοσύνη, η δημιουργικότητα και η εκτίμηση τόσο του εαυτού όσο και των άλλων, αποτελούν κάποιες από αυτές τις συνιστώσες, οι οποίες αν καλλιεργηθούν μπορούν να αυξήσουν συνολικά την ψυχική ανθεκτικότητα του ατόμου (Turner, 2014). Η δημιουργία μιας δυναμικής ένωσης των προστατευτικών παραγόντων μπορεί να ενισχύσει την θετική προσαρμογή και ανάκαμψη σε μια αντιξοότητα και να βοηθήσει το άτομο να ανταπεξέρχεται στις αρνητικές εμπειρίες της ζωής. Επίσης, η ανθεκτικότητα συνδέεται στενά με την ψυχική υγεία και αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο μιας επιτυχημένης ψυχοκοινωνικής προσαρμογής (Shastri, 2013). Οπότε, η ψυχική ανθεκτικότητα είναι μια δυναμική φυσιολογική διαδικασία, όπου το άτομο αλληλοεπιδρά με το περιβάλλον στο οποίο ζει και επηρεάζεται από αυτό (Wright et al., 2013). Αρκετοί προστατευτικοί παράγοντες και παράγοντες κινδύνου παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ανθεκτικότητα. Η οικογένεια και το σχολείο, όταν προάγουν θετικά πρότυπα μπορούν να συνεισφέρουν σημαντικά στην οικοδόμηση της ανθεκτικότητας (Shastri, 2013).

Συνοψίζοντας, η ψυχική ανθεκτικότητα μπορεί να οριστεί ως την διατήρηση ή την γρήγορη ανάκτηση της ψυχικής υγείας του ατόμου, έπειτα από έκθεση σε στρεσογόνες καταστάσεις μετά από τραυματικά γεγονότα, δύσκολες συνθήκες ζωής, μεταβατικές φάσεις ζωής και σωματικές ασθένειες (Chang et al., 2019; Kunzler et al., 2020). Επαγγέλματα υγείας, όπως νοσηλεύτες, γιατροί, ψυχολόγοι και κοινωνικοί λειτουργοί αντιμετωπίζουν πολυάριθμους στρεσογόνους παράγοντες στην καθημερινή κλινική τους πρακτική, όπως είναι ο φόρτος εργασίας, η πίεση του χρόνου, η φροντίδα των ασθενών και οι έντονες συναισθηματικές συνθήκες (McCann et al., 2013). Με την έκθεση σε αυτούς τους παράγοντες, οι επαγγελματίες διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως άγχος και κατάθλιψη. Επομένως, η εκπαίδευση και η ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορεί να επιφέρει σημαντικά θετικά αποτελέσματα, όπως την ενίσχυση της ανθεκτικότητας και την μείωση των συμπτωμάτων άγχους και κατάθλιψης των επαγγελματιών (Kunzler et al., 2020).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Σκοπός και Στόχοι της Έρευνας

Στην Ελλάδα οι ερευνητικές μελέτες πάνω σε θέματα συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών και των υπαρχουσών υπηρεσιών υποστήριξης των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους είναι ελλιπείς, αν όχι ανύπαρκτες και άρα, μια τέτοια μελέτη προσδοκά να επιφέρει σημαντικά αποτελέσματα για τον τρόπο λειτουργίας και τη συνεργασία μεταξύ των επαγγελματιών και των υπηρεσιών.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί το είδος, η έκταση και ο βαθμός ικανοποίησης σχετικά με την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υπαρχουσών συνεργατικών σχέσεων μεταξύ των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των εμπλεκόμενων φορέων στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων με προβλήματα χρήσης ουσιών και των παιδιών τους.

Οι επιμέρους ερευνητικοί στόχοι μπορούν να διαχωριστούν στις εξής τρεις θεματικές ενότητες:

1. ΔΕΣ και ΔΥΣ

- Καταγραφή του είδους, της έκτασης και του βαθμού ικανοποίησης σχετικά με την ποιότητα και αποτελεσματικότητα των υπαρχουσών συνεργατικών σχέσεων μεταξύ ειδικών της ίδιας αλλά και διαφορετικής ειδικότητας, αναφορικά με ζητήματα που αφορούν στην ΔΕΣ και ΔΥΣ.
- Διερεύνηση του Προφίλ των εξυπηρετούμενων εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους και καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Εξέταση της σχέσης του αριθμού των εξυπηρετούμενων εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους από τις Αρμόδιες υπηρεσίες, σε σχέση με την ποιότητα της ΔΕΣ και ΔΥΣ.
- Καταγραφή των απόψεων επαγγελματιών ψυχικής υγείας πάνω σε θέματα διαχείρισης περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους και προτεινόμενοι τρόποι βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών και των συνεργατικών τους σχέσεων.

2. Επαγγελματική Εξουθένωση

- Διερεύνηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που διαχειρίζονται περιστατικά εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

- Συσχέτιση των δημογραφικών παραγόντων με τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και εάν αυτή επιδρά στην ΔΕΣ και ΔΥΣ.

3. Ψυχική Ανθεκτικότητα

- Αξιολόγηση των επιπέδων ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ως προς την διαχείριση των περιστατικών που καλούνται να διαχειριστούν.
- Συσχέτιση της ψυχικής ανθεκτικότητας με τους δημογραφικούς παράγοντες.

2.2. Ερευνητικές Υποθέσεις

Οι ερευνητικές υποθέσεις που εξετάστηκαν και αξιολογήθηκαν στην παρούσα μελέτη είναι οι ακόλουθες:

- Η πλειοψηφία των συνεργατικών σχέσεων ΔΕΣ και ΔΥΣ στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους έχουν σοβαρές ελλείψεις και χαρακτηρίζονται από μειωμένη αποτελεσματικότητα.
- Οι καλές συνεργατικές σχέσεις στην ΔΕΣ και ΔΥΣ βοηθούν στην ολιστική αντιμετώπιση όλων των ζητημάτων που αφορούν στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.
- Η κακή ΔΕΣ και ΔΥΣ οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και άρα η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για τη μη αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών.
- Η ψυχική ανθεκτικότητα αποτελεί θετικό προγνωστικό παράγοντα για καλή ΔΕΣ και ΔΥΣ.
- Η πλειοψηφία των επαγγελματιών που έχουν μεγαλύτερη εμπειρία στο να διαχειρίζονται τέτοια περιστατικά θα έχουν υψηλότερη ψυχική ανθεκτικότητα και χαμηλότερη επαγγελματική εξουθένωση από τους νέους σε εμπειρία επαγγελματίες.
- Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία επαγγελματίες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και υψηλότερα ποσοστά ψυχικής ανθεκτικότητας, σε σχέση με τους νεότερους συναδέλφους τους.

2.3. Σχεδιασμός Έρευνας

Η παρούσα μη-παρεμβατική περιγραφική μελέτη συγχρονικού τύπου (cross-sectional study) είχε ως στόχο τη διερεύνηση των συνεργατικών σχέσεων σε Δι-επιστημονικό και Δι-υπηρεσιακό επίπεδο σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονται σε Φορείς που διαχειρίζονται περιστατικά εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Για την αξιολόγηση των συγκεκριμένων μεταβλητών χορηγήθηκαν τα ακόλουθα τρία ερωτηματολόγια στους συμμετέχοντες ειδικούς ψυχικής υγείας: α) ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο, β) ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική εξουθένωση και γ) ερωτηματολόγιο για την ψυχική ανθεκτικότητα.

Η διεξαγωγή της έρευνας διήρκησε 3 μήνες (Φεβρουάριος 2024- Απρίλιος 2024). Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας για το Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων» της Ιατρικής Σχολής, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.

2.4. Συμμετέχοντες της Μελέτης

Ο υπό μελέτη πληθυσμός αναφοράς αποτελούνταν από επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται σε Φορείς που διαχειρίζονται περιστατικά εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας ακολουθήθηκε ποσοτική μεθοδολογία και συγκεκριμένα η δειγματοληψία ευκολίας. Αρχικά, το ερωτηματολόγιο της έρευνας αποστάλθηκε σε συνολικά 125 ηλεκτρονικές διευθύνσεις όλων των συνεργαζόμενων Φορέων, με στόχο την συμπλήρωση του από τους απασχολούμενους ειδικούς ψυχικής υγείας. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια της έρευνας αποστάλθηκαν σε 97 δομές του ΟΚΑΝΑ, σε 2 δομές του ΚΕΘΕΑ, σε 6 δομές του ΨΝΑ και του 18ΑΝΩ, στο Νοσοκομείο Παιδών «Η Αγία Σοφία», στο Γενικό Νοσοκομείο Παιδών «Π. & Α. Κυριακού», στη Μονάδα Προστασίας Παιδιού Πεντέλης, στο Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», στο Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», στο Νοσοκομείο «Μεταξά», στο Νοσοκομείο– Μαιευτήριο «Έλενα Βενιζέλου», στο «Σπίτι του Παιδιού» Πειραιά και στην Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων.

➤ *Κριτήρια εισαγωγής στην έρευνα* αποτελούσαν:

α) το να είναι κάποιος ειδικός ψυχικής υγείας και

β) να διαθέτει επαρκή κατανόηση γραπτού και προφορικού λόγου της

Ελληνικής γλώσσας, προκειμένου να είναι σε θέση να συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο.

➤ *Κριτήρια αποκλεισμού της έρευνας* ήταν η μη συμμετοχή των ερωτώμενων στη ΔΕΣ και ΔΥΣ.

Το αρχικό δείγμα που συλλέχθηκε ήταν 102 επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Αν και σχεδόν το καθολικό δείγμα (91/102) πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια εισαγωγής, δέκα (10) συμμετέχοντες αποκλείστηκαν από την μελέτη και ένα ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε άκυρο καθώς δεν ήταν πλήρως συμπληρωμένο.

Το τελικό δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 91 ειδικοί ψυχικής υγείας διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι απασχολούνται σε υπηρεσίες που διαχειρίζονται περιστατικά εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων ειδικών ψυχικής υγείας αποτελούνταν από τις ακόλουθες πέντε ειδικότητες: ψυχίατροι/παιδοψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και κοινωνιολόγοι. Καθώς οι επαγγελματίες άλλων ειδικοτήτων ήταν λίγοι, στην ποσοτική ανάλυση αναφέρονται ως ‘άλλοι ειδικοί’.

2.5. Διαδικασία Συλλογής Δεδομένων

Αρχικά, για την διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε λήψη των εγκριτικών αποφάσεων από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ, καθώς και από τα Επιστημονικά Συμβούλια των συνεργαζόμενων Φορέων. Πρόκειται για Φορείς που αντιμετωπίζουν περιστατικά εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους, του δημοσίου τομέα πανελληνίως, αν και η εστίαση ήταν στις υφιστάμενες υπηρεσίες του Νομού Αττικής, λόγω του ότι η πλειοψηφία των σχετικών υπηρεσιών εδράζουν στην πρωτεύουσα. Συγκεκριμένα, πραγματοποιήθηκε λήψη εγκρίσεων για συμμετοχή στην έρευνα από τους εξής Φορείς: ΟΚΑΝΑ, ΚΕΘΕΑ, Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής (18ΑΝΩ), Νοσοκομείο Παίδων «Η Αγία Σοφία» και Γενικό Νοσοκομείο Παίδων «Π. & Α. Κυριακού», Μονάδα Προστασίας Παιδιού Πεντέλης, Γενικό Νοσοκομείο Ελευσίνας «Θριάσιο», Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών «Αλεξάνδρα», Γενικό Νοσοκομείο-Μαιευτήριο «Ελενα Βενιζέλου», Νοσοκομείο «Μεταξά», το «Σπίτι του Παιδιού» Πειραιά και στην Εταιρεία Προστασίας Ανηλίκων.

Έπειτα από την διαδικασία λήψης των εγκριτικών αποφάσεων πραγματοποιήθηκε η επικοινωνία με τους Φορείς για διαδικασία της δειγματοληψίας μέσω της αποστολής των ερωτηματολογίων, όπου και δόθηκαν σχετικές οδηγίες για την συμπλήρωσή τους. Όλα τα ερωτηματολόγια της έρευνας καταχωρήθηκαν σε φόρμα του Google Workspace for Education (google forms). Αρχικά, εισήχθη στην πλατφόρμα ένα ενημερωτικό σημείωμα για την μελέτη και τα πλαίσια στα οποία αυτή εκπονείται, συμπεριλαμβανομένων των στοιχείων του ερευνητή. Στην συνέχεια παρατίθεται η δήλωση συγκατάθεσης στην έρευνα. Έπειτα, καταχωρήθηκαν τα ερωτηματολόγια της έρευνας με τις ερωτήσεις των δημογραφικών στοιχείων να αποτελούν υποχρεωτικό πεδίο. Μετά την ολοκλήρωση των ερωτηματολογίων ακολουθούσε ένα ευχαριστήριο μήνυμα προς τους συμμετέχοντες. Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 25’.

Πραγματοποιήθηκαν τρεις (3) ευγενικές υπενθυμίσεις μέσω email, καθώς και επανειλημμένη τηλεφωνική επικοινωνία με τους συμμετέχοντες για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, με στόχο την υψηλή ανταποκρισιμότητα, η οποία εν τέλει επιτεύχθηκε καθώς η ανταποκρισιμότητα έφτασε στο 81.6%, αφού από τις 125 προσκλήσεις για συμμετοχή στην έρευνα ανταποκρίθηκαν οι 102.

Ο σύνδεσμος του ερωτηματολογίου στάλθηκε στο σύνολο του σε 125 διευθύνσεις ηλεκτρονικού ταχυδρομείου των εμπλεκόμενων επαγγελματιών που απασχολούνται με εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, οι οποίοι προσκλήθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αποσαφηνιστεί η πολυπλοκότητα του ακριβούς καθορισμού του δείγματος καθώς οι Φορείς που έχουν αρκετά παραρτήματα, όπως ο ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ, αν και η ερώτηση σχετικά με την υπηρεσία στην οποία εργάζονται ήταν σαφή για προσδιορισμό, εντούτοις στην πράξη αυτό δεν τηρήθηκε. Δηλαδή, η πλειοψηφία των συμπληρωμένων ερωτηματολογίων στην πλατφόρμα (google forms) δεν συμπεριλάμβαναν την πληροφόρηση από ποιο παράρτημα προερχόταν η απάντηση.

Αν ληφθεί υπόψη ο αριθμός των συμμετεχόντων Φορέων στην παρούσα έρευνα, τότε είναι ενδιαφέρον να επισημανθεί ότι υπήρχε καθολική συμμετοχή, δηλαδή όλοι οι εμπλεκόμενοι Φορείς (100%) ανταποκρίθηκαν θετικά στην παρούσα ερευνητική μελέτη.

2.6. Εργαλεία Συλλογής Δεδομένων

Για το σκοπό και τους επιμέρους στόχους της παρούσας έρευνας αξιοποιήθηκαν τρία (3) ερωτηματολόγια, τα οποία θα αναφερθούν ενδελεχώς στη συνέχεια.

Το πρώτο ερωτηματολόγιο που απευθυνόταν στους ειδικούς ψυχικής υγείας ήταν αυτοσχέδιο και βασιζόταν στα κύρια στοιχεία της θεωρίας της διεπιστημονικής και δι-υπηρεσιακής συνεργασίας. Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αποτελούνταν από την συλλογή Δημογραφικών Στοιχείων το οποίο συμπεριλάμβανε 6 ερωτήσεις που αφορούσαν στο φύλο, την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, την εργασία και την προϋπηρεσία των συμμετεχόντων. Το δεύτερο μέρος του αυτοσχέδιου ερωτηματολογίου περιλάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, καθώς και προτάσεις βελτίωσης. Η πλειοψηφία των ερωτήσεων ήταν κλειστού τύπου, πολλαπλής επιλογής, μιας ή και περισσότερων απαντήσεων, ενώ υπήρχαν και κάποιες ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, οι οποίες ήταν προαιρετικής φύσης για ανάπτυξη σύντομου κειμένου ή φράσης.

Η δομή του πρώτου ερωτηματολογίου (βλέπε Παράρτημα), αποτελούνταν από τέσσερις (4) θεματικούς άξονες. Ο πρώτος άξονας συμπεριλάμβανε 8 ερωτήματα που

αφορούσαν την ΔΕΣ των ειδικών ψυχικής υγείας και συγκεκριμένα θέματα που αφορούσαν τη δομή της καθώς και την αξιολόγηση του τρόπου λειτουργίας της και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο δεύτερος άξονας περιλάμβανε 10 ερωτήματα ερωτήσεις για την ΔΥΣ οι οποίες εστίαζαν στην καταγραφή απόψεων των επαγγελματιών που της εκπροσωπούν, στην αξιολόγηση της συνεργασίας αυτής, τα μέλη και τους Φορείς που συνήθως συμμετέχουν σε αυτή καθώς και πληροφορίες σχετικά με τον τρόπο και τους λόγους της σύναψης της ΔΥΣ. Ο τρίτος άξονας περιλάμβανε 10 ερωτήματα σχετικά με τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, με βάση την εμπειρία και τη προσωπική άποψη τους αναφορικά με τα περιστατικά που αναλαμβάνουν. Ειδικότερα, οι ερωτήσεις αφορούσαν δημογραφικά χαρακτηριστικά των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους όπως: ηλικία και συνθήκες διαβίωσης, καθώς επίσης και ερωτήσεις αναφορικά με τους λόγους που οι εξυπηρετούμενες προσεγγίζουν τις αρμόδιες υπηρεσίες. Τέλος, ο τέταρτος άξονας αποτελούνταν από δύο προαιρετικές ερωτήσεις ανοιχτού τύπου, σχετικά με προτάσεις βελτίωσης στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους, αλλά και βελτίωσης των συνεργατικών σχέσεων.

2.6.1. Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης Maslach (Maslach Burnout Inventory-MBI-22)

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο είναι ευρέως γνωστό ως Κλίμακα Επαγγελματικής Εξουθένωσης της Maslach και εξετάζει την εμφάνιση ή μη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Η συγκεκριμένη κλίμακα αποτελείται από 22 ερωτήσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν τη συχνότητα που βιώνουν αυτό που εκφράζει η κάθε ερώτηση, σε μια κλίμακα επτά διαβαθμίσεων από 0 έως 6 (0=ποτέ, 1=μερικές φορές το χρόνο, 2=μια φορά το μήνα, 3=μερικές φορές το μήνα, 4=μια φορά την εβδομάδα, 5=μερικές φορές την εβδομάδα, 6=κάθε μέρα). Οι ερωτήσεις αυτές μετρούν τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα.

Η πρώτη υποκλίμακα της συναισθηματικής εξάντλησης αποτελείται από 9 ερωτήσεις (1,2,3,6,8,13,14,16,20) και η βαθμολογία μπορεί να κυμανθεί από 0-54. Η δεύτερη υποκλίμακα της αποπροσωποποίησης αποτελείται από 5 ερωτήσεις (5,10,11,15,22) και μπορεί να πάρει τιμές 0-30. Η τρίτη υποκλίμακα των προσωπικών επιτευγμάτων αποτελείται από 8 ερωτήσεις (4,7,9,12,17,18,19,21) και μπορεί να βαθμολογηθεί από 0-48. Οι οριακές τιμές περιγράφονται στον ακόλουθο πίνακα:

Υποκλίμακες	Χαμηλή	Μέτρια	Υψηλή
Συναισθηματική εξάντληση	<17	18-29	>30
Αποπροσωποποίηση	<5	6-11	>12
Προσωπικά επιτεύγματα	>40	36-41	<36

Το ερωτηματολόγιο της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach έχει σταθμιστεί στην ελληνική γλώσσα σε δείγμα επαγγελματιών υγείας, με την αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha να υπερβαίνει το 0,7 και για τις τρεις υποκλίμακες, υποδεικνύοντας αποδεκτή εσωτερική συνέπεια (Galanakis et al., 2009). Το Cronbach's α παίρνει τιμές 0 έως 1, με υψηλότερες τιμές να υποδηλώνουν υψηλότερη αξιοπιστία. Στην έρευνα που υλοποιήθηκε ελέγχθηκε η εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου και βρέθηκε ότι το Cronbach's α ισούται με 0.854, μια τιμή αρκετά υψηλή, άρα αυτό δείχνει μεγάλη αξιοπιστία.

2.6.2. Κλίμακα Αξιολόγησης Ανθεκτικότητας (Resilience Evaluation Scale - RES)

Το τρίτο εργαλείο που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα είναι η Κλίμακα Αξιολόγησης Ανθεκτικότητας (Resilience Evaluation Scale - RES). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εστιάζει στην αξιολόγηση της ψυχικής ανθεκτικότητας, η οποία λειτουργεί ως προσαρμοστική απάντηση του ατόμου σε ψυχοπιεστικά γεγονότα και απειλητικές καταστάσεις, με βάση προσωπικές εκτιμήσεις (Aburn et al., 2016). Η Κλίμακα αυτή αποτελείται από 9 λήμματα, τα οποία εστιάζουν σε δύο διαστάσεις: της αυτοπεποίθησης (1, 7, 9) και της αυτό-αποτελεσματικότητας (ερωτήσεις: 2, 3, 4, 5, 6, 8). Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων γίνεται με βάση την κλίμακα Likert 5 βαθμών από 0 (διαφωνώ απόλυτα) έως 4 (συμφωνώ απόλυτα), για την συνολική εικόνα της ανθεκτικότητας. Το άθροισμα των τιμών μπορεί να είναι 0-36, όπου οι υψηλότερες βαθμολογίες δείχνουν και μεγαλύτερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας. Το εργαλείο αυτό είναι αποτέλεσμα ολλανδικής και αγγλικής έρευνας για την αξιολόγηση της ανθεκτικότητας, τα στοιχεία του οποίου ερμηνεύτηκαν και αντιλήφθηκαν με τον ίδιο τρόπο και στις δύο γλώσσες. Η έκδοση αυτής της κλίμακας και στις δύο γλώσσες, παρουσίασε καλή εσωτερική συνέπεια με το Cronbach's α να ξεπερνά το 0,8 για τη συνολική κλίμακα (van der Meer et al., 2018). Στην παρούσα έρευνα έπειτα από έλεγχο

αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου βρέθηκε αρκετά υψηλή τιμή Cronbach's α 0.906, που σημαίνει ότι υπάρχει αρκετά σημαντική αξιοπιστία μεταξύ του πληθυσμού.

2.7. Ερευνητική Δεοντολογία

Αρχικά, για την διεξαγωγή της έρευνας προηγήθηκε η έγκριση του Ερευνητικού Πρωτοκόλλου από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας της Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ με Αριθμό Πρωτοκόλλου: 824/31.10.2023. Επίσης, έπειτα από σχετική επικοινωνία με τους Φορείς που θα συμμετείχαν στην έρευνα, πραγματοποιήθηκαν όλες οι σχετικές διαδικασίες για την έγκριση συμμετοχής τους από τα Επιστημονικά Συμβούλια του εκάστοτε Φορέα και αποκτήθηκαν οι απαιτούμενες άδειες.

Η συλλογή και επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σύμφωνα με τις βασικές αρχές της νομοθεσίας περί προστασίας των προσωπικών δεδομένων, ενώ τα ερωτηματολόγια που καταχωρήθηκαν στις φόρμες Google forms ήταν σύμφωνα με τον GDPR. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική και ανώνυμη, ενώ διασφαλίστηκε ότι τόσο οι συμμετέχοντες, όσο και οι υπηρεσίες δεν θα έχουν οικονομική επιβάρυνση από την συμμετοχή τους στην έρευνα.

Επιπλέον, πάρθηκαν τα απαραίτητα μέτρα διασφάλισης της μη ταυτοποίησης των συμμετεχόντων, καθώς αποκλείστηκε με κάθε τρόπο η αναφορά στοιχείων που θα μπορούσαν να εκθέσουν την ταυτότητα τους, όπως για παράδειγμα η αποθήκευση των απαντήσεων με βάση το ηλεκτρονικό ταχυδρομείο. Πριν την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων οι συμμετέχοντες της έρευνας έδιναν εγγράφως την συγκατάθεση τους. Ο ερευνητής της μελέτης δεσμεύτηκε ότι τα δεδομένα που θα συλλεχθούν θα αξιοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της παρούσας έρευνας και θα μείνουν απολύτως εμπιστευτικά, ενώ μετά το πέρας αυτής θα καταστραφούν.

2.8. Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε με τη βοήθεια του λογισμικού προγράμματος για στατιστική ανάλυση στις κοινωνικές επιστήμες Statistical Package for the Social Sciences (SPSS: Version 28.0).

Αρχικά, οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών δοκιμάστηκαν ως προς την κανονικότητα με τη χρήση του τεστ Kolmogorov-Smirnov. Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση (Descriptive Statistics). Για τις ποσοτικές μεταβλητές που είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation: SD), ενώ εκείνες που δεν είχαν κανονική κατανομή, χρησιμοποιήθηκαν

επιπλέον οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Για τις κατηγορικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκαν οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες.

Πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι T-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα για την διαφοροποίηση των διαστάσεων ανάλογα με το φύλο ή με άλλες παραμέτρους που εκφράζονται σε δύο κατηγορίες. Για την σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών δύο ή περισσότερων ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ανάλυσης διασποράς ANOVA. Συγκεκριμένα στην επίδραση των μορφωτικών επιπέδων, και άλλων μεταβλητών σε περισσότερες από δύο επιλογές, στις τιμές των διαστάσεων. Για την σύγκριση των κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ των φύλων χρησιμοποιήθηκε το Pearson's χ^2 test ή το Fisher's exact test, όπου ήταν απαραίτητο.

Επιπλέον, για τον έλεγχο της σχέσης δύο ποσοτικών μεταβλητών αξιοποιήθηκε και ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's Rho. Η συσχέτιση θεωρείται χαμηλή όταν ο συντελεστής συσχέτισης (Rho) κυμαίνεται από 0,1 έως 0,3, μέτρια όταν ο συντελεστής συσχέτισης κυμαίνεται από 0,31 έως 0,5 και υψηλή όταν ο συντελεστής είναι μεγαλύτερος από 0,5. Για την διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με τις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας, πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης (Linear regression analysis). Ως εξαρτημένες μεταβλητές δηλαδή, ορίστηκαν η Συναισθηματική Εξάντληση, η Αποπροσωποποίηση, τα Προσωπικά Επιτεύγματα, η Αυτοπεποίθηση, η Αυτό-αποτελεσματικότητα και η Συνολική Ανθεκτικότητα. Σαν ανεξάρτητες μεταβλητές εισήχθησαν τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, χρόνια προϋπηρεσίας) και η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Η αξιοπιστία και η εσωτερική συνέπεια των σταθμισμένων ερωτηματολογίων της έρευνας (Επαγγελματικής Εξουθένωσης και Ψυχικής Ανθεκτικότητας) αξιολογήθηκαν με τον συντελεστή Cronbach's alpha. Τέλος, το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας τέθηκε στο $p < 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

3.1. Ανάλυση Δημογραφικών Στοιχείων του δείγματος

Πριν προβούμε στην ανάλυση του πρώτου Πίνακα είναι σημαντικό να γίνει μνεία στον τελικό αριθμό των συμμετεχόντων της έρευνας, ο οποίος ανέρχεται στους 91 ειδικούς ψυχικής υγείας. Ο Πίνακας 1 προβάλλει την κατανομή του φύλου, της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου, της ειδικότητας και των χρόνων εργασίας του δείγματος της έρευνας.

Όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων, διαφαίνεται ότι οι γυναίκες αποτελούν την συντριπτική πλειοψηφία, αφού το 89.0% (N = 81) του δείγματος ήταν γυναίκες. Στη συνέχεια, η ηλικιακή ομάδα των συμμετεχόντων διακρίνεται σε πέντε κατηγορίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό δόθηκε από τους επαγγελματίες που βρίσκονται στο ηλικιακό φάσμα των «41-50», όπου συγκεκριμένα αγγίζουν το 42.9% (N=39), ακολουθούν εκείνοι που είναι «51-60» ετών, με ποσοστό 25.3% (N=23) αλλά και εκείνοι που δήλωσαν την ηλικιακή ομάδα «31-40» όπου αποτελούν το 20.9% (N=19). Μικρό ποσοστό φαίνεται να ανήκει στην κατηγορία είτε της πιο νεότερης ηλικιακής ομάδας, δηλαδή στους επαγγελματίες «23-30» ετών που αποτελούν το 6.6% (N=6), αλλά και στους μεγαλύτερους ηλικιακά επαγγελματίες που ανήκουν στους «60 +» ετών, οι οποίοι αποτελούν μόλις το 4.4% (N=4) του συνολικού δείγματος. Αν ενωθούν τα δύο πρώτα ποσοστά, τότε διαφαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία (68%) των ειδικών ψυχικής υγείας που συμμετείχαν στην μελέτη ανήκουν στο ηλικιακό φάσμα 41-60 ετών.

Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων διαχωρίστηκε σε τέσσερις κατηγορίες, με τους «Απόφοιτους ΑΕΙ/ΤΕΙ» και τους «Κάτοχους Μεταπτυχιακού» να επικρατούν σε ποσοστά 46.2% (N=42) και 44.0% (N=40) αντίστοιχα. Με χαμηλότερο ποσοστό ακολουθούν οι «Κάτοχοι Διδακτορικού» όπου αποτελούν το 5.5% (N=5) και οι «Απόφοιτοι Β΄ βάθμιας» όπου αποτελούν το 4.4% (N=4).

Η κατανομή των ειδικοτήτων των επαγγελματιών που συμμετείχαν στην μελέτη διακρίθηκε σε έξι κατηγορίες. Τα μεγαλύτερα ποσοστά συμμετεχόντων ειδικών ψυχικής υγείας τα είχαν οι «Κοινωνικοί Λειτουργοί» (29.7%, N=27) και οι «Ψυχολόγοι» (28.6%, N=26). Ακολούθησαν οι «Νοσηλευτές» με 18.7% (N=17), οι «Ψυχίατροι/Παιδοψυχίατροι» που αποτέλεσαν το 9.9% (N=9), οι «Κοινωνιολόγοι» που ήταν το 5.5% (N=5) και τέλος, οι υπόλοιποι επαγγελματίες στην κατηγορία «Άλλο» όπου αποτελούσαν το 7.7% (N=7).

Αναφορικά με τα χρόνια απασχόλησης στον Φορέα που εργάζονται οι επαγγελματίες του δείγματος, διαμορφώθηκαν έξι κατηγορίες. Δύο κατηγορίες είχαν μεγάλη προϋπηρεσία

(«16-20» χρόνια προϋπηρεσίας και «21+» χρόνια) είχαν ίδιο ποσοστό (24.2%, N=22), ενώ αρκετοί συμμετέχοντες (23.1%, N=21) δήλωσαν ότι είχαν ελάχιστα χρόνια προϋπηρεσίας «1-3». Οι επαγγελματίες που εργάζονταν για «4-6» χρόνια στην υπηρεσία, αποτελούσαν το 16.5% (N=15), εκείνοι με «7-10» χρόνια ήταν το 8.8% (N=8) του δείγματος και τέλος με «11-15» χρόνια αποτελούσαν το 3.3% (N=3).

Πίνακας 1.

Κατανομή του φύλου, της ηλικίας, του μορφωτικού επιπέδου, της ειδικότητας και των ετών ενασχόλησης

		N	%
Φύλο	Άνδρας	10	11.0%
	Γυναίκα	81	89.0%
Ηλικία	23-30 ετών	6	6.6%
	31-40 ετών	19	20.9%
	41-50 ετών	39	42.9%
	51-60 ετών	23	25.3%
	60 και άνω	4	4.4%
Μορφωτικό επίπεδο	Απόφοιτος Β' βάθμιας	4	4.4%
	Απόφοιτος ΑΕΙ / ΤΕΙ	42	46.2%
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	40	44.0%
	Κάτοχος Διδακτορικού	5	5.5%
Επάγγελμα	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	9	9.9%
	Κοινωνικός Λειτουργός	27	29.7%
	Ψυχολόγος	26	28.6%
	Νοσηλεύτης	17	18.7%
	Κοινωνιολόγος	5	5.5%
	Άλλο	7	7.7%
Προϋπηρεσία	1- 3 έτη	21	23.1%
	4-6 έτη	15	16.5%
	7-10 έτη	8	8.8%
	11-15 έτη	3	3.3%
	16-20 έτη	22	24.2%
	21 έτη και άνω	22	24.2%

3.2. Περιγραφική ανάλυση ερωτήσεων σχετικά με την Δι-επιστημονική Συνεργασία

Ο πίνακας 2 προβάλλει την κατανομή των ειδικοτήτων από τις οποίες αποτελείται η Δι-επιστημονική ομάδα της Υπηρεσίας στην οποία εργάζονται. Λόγω ότι οι συμμετέχοντες είχαν την επιλογή να δώσουν περισσότερες από μία απαντήσεις, παρατηρούμε ότι το σύνολο των απαντήσεων που δόθηκαν στην συγκεκριμένη ερώτηση ήταν 302. Συγκεκριμένα, με βάση τους συμμετέχοντες οι ειδικότητες που συναποτελούν την Δι-επιστημονική ομάδα είναι οι «Κοινωνικοί Λειτουργοί» με ποσοστό 27.4%, οι «Ψυχολόγοι» με 26.2% και οι «Νοσηλεύτες» και «Ψυχίατροι-Παιδοψυχίατροι» με ποσοστά 21.8% και 21.5% αντίστοιχα. Επίσης, μόλις το 3.2% αποτελεί η ειδικότητα των «Κοινωνιολόγων».

Πίνακας 2.

Κατανομή των επαγγελματιών που αποτελούν την Δι-επιστημονική ομάδα

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Ψυχίατρο-Παιδοψυχίατρο	64	21.2%	70.3%
Ψυχολόγο	80	26.5%	87.9%
Κοινωνικό Λειτουργό	83	27.5%	91.2%
Νοσηλεύτη	65	21.5%	71.4%
Κοινωνιολόγο	10	3.3%	11.0%
Σύνολο	302		100%

Σύμφωνα με τον Πίνακα 3 διαφαίνονται οι ειδικότητες των επαγγελματιών με τις οποίες συνεργάζονται οι συμμετέχοντες της μελέτης. Συγκεκριμένα, διαπιστώθηκε ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά 29.1% και 28.5% συνεργάζεται με «Ψυχολόγο» και Κοινωνικό Λειτουργό» αντίστοιχα. Ενώ ένα ποσοστό 24.8% απάντησαν «Ψυχίατρος-Παιδοψυχίατρος» και το 17.6% των απαντήσεων αφορά την επιλογή «Νοσηλεύτης».

Πίνακας 3.

Ειδικότητες με τις οποίες συνήθως συνεργάζονται οι επαγγελματίες

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Ψυχίατρο/Παιδοψυχίατρο	41	24.8%	46.1%
Ψυχολόγο	48	29.1%	53.9%
Κοινωνικό Λειτουργό	47	28.5%	52.8%
Νοσηλεύτη	29	17.6%	32.6%
Σύνολο	165	100%	

Από τον Πίνακα 4 παρατηρείται ότι το υψηλότερο ποσοστό των απαντήσεων αναφορικά με τις Παροχές που προσφέρει η Δι-επιστημονική ομάδα, δόθηκε στην «Κοινωνική υποστήριξη/Παραπομπές σε άλλες αρμόδιες Υπηρεσίες» με 23.8%, ενώ ακολουθεί με υψηλό ποσοστό 22.3% η «Συμβουλευτική Υποστήριξη» και η παροχή «Ψυχολογικής Υποστήριξης/Ψυχοθεραπείες» με ποσοστό 20.3%. Το 14.5% δηλώνει ως απάντηση την «Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη» και το 12.5% τη «Νοσηλευτική φροντίδα». Λιγότεροι επαγγελματίες φαίνεται να επιλέγουν την «Παροχή σε είδος (είδη διατροφής και ένδυσης & ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό)», με ποσοστό 6.6%.

Πίνακας 4.

Ποσοστά των απαντήσεων σχετικά με τις παροχές που προσφέρει η Δι-Επιστημονική Ομάδα

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη	50	14.5%	54.9%
Νοσηλευτική φροντίδα	43	12.5%	47.3%
Ψυχολογική υποστήριξη/Ψυχοθεραπείες	70	20.3%	76.9%
Κοινωνική υποστήριξη/Παραπομπές σε άλλες αρμόδιες Υπηρεσίες	82	23.8%	90.1%
Συμβουλευτική υποστήριξη	77	22.3%	84.6%
Παροχή σε είδος (είδη διατροφής και ένδυσης, ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό, κ.α.)	23	6.6%	25.3%
Σύνολο	345	100	100.0%

Στον Πίνακα 5 δίνονται απαντήσεις πολλαπλής επιλογής αναφορικά με σημαντικότερα πλεονεκτήματα της συνεργατικής σχέσης στην Δι-επιστημονική ομάδα. Συγκεκριμένα, όσον αφορά τις απαντήσεις, η «Ολιστική διαχείριση του περιστατικού» αποτελεί το βασικότερο πλεονέκτημα σύμφωνα με τους συμμετέχοντες με ποσοστό 25.5%, ενώ ακολουθούν η «Κατανόηση ρόλων και τεχνικών άλλων ειδικοτήτων» με 19.7%, ο «Εμπλουτισμός γνώσεων» με 18.2%, η «Βέλτιστη αξιοποίηση ανθρώπινου δυναμικού» επιλέχθηκε από το 15.7% και η «Ολιστική Διάγνωση» με 13.2%. Ως λιγότερο σημαντικό πλεονέκτημα της Δι-επιστημονικής ομάδας θεωρήθηκε από τους συμμετέχοντες η «Μείωση αλληλοεπικάλυψης», αφού αποτέλεσε μόλις το 7.7% του συνόλου των απαντήσεων.

Επιπλέον, στον Πίνακα αυτό καταγράφονται οι απόψεις του δείγματος σχετικά με το ποια θεωρούν ως τα βασικότερα μειονεκτήματα της συνεργατικής σχέσης στην Δι-επιστημονική ομάδα. Παρατηρείται ότι η «Διάχυση επαγγελματικών ορίων και ταυτότητας» και η «Ανάληψη αλλότριων καθηκόντων» αποτελούν από τα βασικά μειονεκτήματα με ποσοστά 30.2% και 26.8% αντίστοιχα. Επίσης, σημαντικό μειονέκτημα αποτελεί και η «Δυσκολία κατανόησης διαφορετικού τρόπου θέασης των περιστατικών» με 22.1% και η «Χρονοβόρος διαδικασία» με 18.1%. Λιγότερο σημαντικός θεωρείται ο «Κίνδυνος διάδοσης προσωπικών στοιχείων περιστατικών», καθώς αποτέλεσε μόλις το 2.7% των απαντήσεων.

Πίνακας 5.

Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της συνεργατικής σχέσης στην Δι-επιστημονική ομάδα

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων	
	N	%		
Πλεονεκτήματα	Βέλτιστη αξιοποίηση ανθρώπινου δυναμικού	43	15.7%	50.6%
	Εμπλουτισμός γνώσεων	50	18.2%	58.8%
	Μείωση αλληλοεπικάλυψης	21	7.7%	24.7%
	Ολιστική διάγνωση	36	13.2%	42.4%
	Ολιστική διαχείριση του περιστατικού	70	25.5%	82.4%
	Κατανόηση ρόλων και τεχνικών άλλων ειδικοτήτων	54	19.7%	63.5%
	Σύνολο	274	100%	
Μειονεκτήματα	Χρονοβόρος διαδικασία	27	18.1%	35.5%
	Διάχυση επαγγελματικών ορίων και ταυτότητας	45	30.2%	59.2%
	Ανάληψη αλλότριων καθηκόντων	40	26.8%	52.6%
	Δυσκολία κατανόησης διαφορετικού τρόπου θέασης των περιστατικών	33	22.1%	43.4%
	Κίνδυνος διάδοσης προσωπικών στοιχείων περιστατικών	4	2.7%	5.3%
	Σύνολο	149	100%	

3.3. Περιγραφική ανάλυση ερωτήσεων σχετικά με την Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία

Ο Πίνακας 6 παρουσιάζει την κατανομή των επαγγελματιών, οι οποίοι συμμετέχουν κυρίως στη Δι-υπηρεσιακή συνεργασία (ΔΥΣ). Όσον αφορά τις απαντήσεις που δόθηκαν, από τον πίνακα φαίνεται ότι οι επαγγελματίες που συνήθως συμμετέχουν είναι οι «Κοινωνικοί Λειτουργοί» με ποσοστό 33.8%, οι «Ψυχολόγοι» με 28.2% και οι «Ψυχίατροι/Παιδοψυχίατροι» με 23.9%. Η ειδικότητα με τις λιγότερες απαντήσεις ήταν οι «Νοσηλεύτες» με ποσοστό 14.1%.

Πίνακας 6.

Κατανομή των επαγγελματιών που συμμετέχουν κυρίως στη Δι-υπηρεσιακή συνεργασία

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	56	23.9%	62.9%
Ψυχολόγος	66	28.2%	74.2%
Κοινωνικός Λειτουργός	79	33.8%	88.8%
Νοσηλεύτης	33	14.1%	37.1%
Σύνολο	234	100%	

Στον Πίνακα 7 προβάλλονται οι απαντήσεις σχετικά με το με ποιες υπηρεσίες συνήθως συνεργάζονται οι επαγγελματίες αναφορικά με τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους. Όσον αφορά στις απαντήσεις που δόθηκαν, οι υπηρεσίες με τις οποίες συνήθως συνεργάζονται οι ειδικοί ψυχικής υγείας είναι οι «Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων» με ποσοστό 24.7%, τα «Νοσοκομεία» που αποτελούν ποσοστό 21.5%, οι «Φορείς Απεξάρτησης» με 20.5% και η «Εισαγγελία Ανηλίκων» που αποτελεί το 16.3%. Λιγότερο με βάση τις απαντήσεις τους φαίνεται να συνεργάζονται οι επαγγελματίες με την «Αστυνομία» με ποσοστό 8.0%, με «Μ.Κ.Ο» σε ποσοστό 6.4%, ενώ με τους «Πολίτες» μόλις το 2.6% του δείγματος.

Πίνακας 7.

Κατανομή των Υπηρεσιών που συνεργάζονται οι συμμετέχοντες συνήθως αναφορικά με τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Αστυνομία	25	8.0%	28.1%
Εισαγγελία Ανηλίκων	51	16.3%	57.3%
Νοσοκομεία	67	21.5%	75.3%
Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων	77	24.7%	86.5%
Μ.Κ.Ο.	20	6.4%	22.5%
Πολίτες	8	2.6%	9.0%
Φορείς Απεξάρτησης	64	20.5%	71.9%
Σύνολο	312	100%	

Ο Πίνακας 8 παρουσιάζει τις απαντήσεις σχετικά με το ποιος συνήθως ξεκινάει τη συνεργατική σχέση με άλλες υπηρεσίες. Το 80.0% απαντά «Η δική τους Υπηρεσία» ξεκινάει τη συνεργατική σχέση, ενώ το 16.7% μόνο ότι «η Υπηρεσία που συνεργάζονται». Ένα ελάχιστο ποσοστό 3.3% δίνει την απάντηση «Άλλο».

Επίσης, στον Πίνακα 8 προβάλλονται οι απαντήσεις που αφορούν ποιος είναι ο συνήθης τρόπος συνεργασίας με την/τις Υπηρεσία/ες που συνεργάζεται το δείγμα. Συγκεκριμένα, το 87.8% αναφέρει την «Τηλεφωνική Επικοινωνία», ως τον πιο συνήθη τρόπο συνεργασία τους με άλλες υπηρεσίες, ενώ πολύ μικρό ποσοστό (7.7%) πραγματοποιεί «Διά ζώσης (στη δική μας ή στη δική τους Υπηρεσία)» και μόλις το 4.4% πραγματοποιεί τη συνεργασία με «Άλλο» τρόπο.

Πίνακας 8.

Εναρξη συνεργατικής σχέσης με άλλες υπηρεσίες και συνήθης τρόπος συνεργασίας

		N	%
Εναρξη συνεργασίας με άλλες Υπηρεσίες	Η δική μας Υπηρεσία	73	80.0%
	Η Υπηρεσία που συνεργαζόμαστε	15	16.7%
	Άλλο	3	3.3%
Συνήθης τρόπος συνεργασίας με άλλες Υπηρεσίες	Τηλεφωνική επικοινωνία	80	87.9%
	Δια ζώσης (στην δική σας ή στην δική τους Υπηρεσία)	7	7.7%
	Άλλο	4	4.4%

Στον Πίνακα 9 αναφέρονται οι κύριοι λόγοι συνεργασίας του δείγματος με επαγγελματίες άλλων Φορέων. Όσον αφορά τις απαντήσεις που δόθηκαν, η «Παραπομπή περιστατικού» αποτέλεσε τον κυριότερο λόγο συνεργασίας με ποσοστό 44.4%, ενώ σημαντικός λόγος είναι και η «Κοινή επίλυση ενός περιστατικού» με ποσοστό 38.6%. Η «Ανταλλαγή στοιχείων και απόψεων πάνω σε περιστατικά» δεν φαίνεται να αποτελεί σημαντικό λόγο για συνεργασία με άλλους Φορείς καθώς συμπλήρωσε μόνο το 17.0% των απαντήσεων.

Πίνακας 9.

Κύριοι λόγοι συνεργασίας με επαγγελματίες άλλων φορέων

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Παραπομπή περιστατικού	68	44.4%	75.6%
Κοινή επίλυση ενός περιστατικού	59	38.6%	65.6%
Ανταλλαγή στοιχείων και απόψεων πάνω σε περιστατικά	26	17.0%	28.9%
Σύνολο	153	100%	

Ο Πίνακας 10 παρουσιάζει τα ποσοστά της συχνότητας της επικοινωνίας των επαγγελματιών με άλλους φορείς κατά τη διάρκεια της συνεργατικής σχέσης στη διαχείριση ενός περιστατικού. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (52.7%) δήλωσε ότι κατά την διάρκεια την συνεργατικής σχέσης επικοινωνεί με τους άλλους Φορείς σε συχνότητα «3-5» φορές, λιγότερο ποσοστό 20.9% επικοινωνεί «1-2 φορές» και το 13.2% «6-10 φορές», ενώ πολύ χαμηλότερα ποσοστά 4.4% και 8.8% δήλωσαν ότι επικοινωνούν «Πιο σπάνια» και «Πάνω από 10 φορές» αντίστοιχα, για την επίλυση ενός περιστατικού.

Πίνακας 10.

Συχνότητα επικοινωνίας των επαγγελματιών με τους συνεργαζόμενους Φορείς

	N	%
Πιο σπάνια	4	4.4%
1-2 φορές	19	20.9%
3-5 φορές	48	52.7%
6-10 φορές	12	13.2%
Πάνω από 10 φορές	8	8.8%
Σύνολο	91	100%

Ο Πίνακας 11 αναφέρει τους παράγοντες που βοηθούν στη συνεργατική σχέση με άλλους Φορείς. Συγκεκριμένα, το 17.9% των απαντήσεων δόθηκε στην «Καλή επικοινωνία» και με μικρή διαφορά στον «Καλό Συντονισμό» (14.8%) και τον «Αμοιβαίο σεβασμό» (12.9%) αλλά και στην «Επαρκή επαγγελματική ταυτότητα» με ποσοστό 11.7%. Χαμηλότερα ποσοστά

συγκεντρώνουν οι παράγοντες που αφορούν στο να «Να έχουν γνωριστεί δια ζώσης» και η «Από κοινού ευθύνη για το περιστατικό» που έχουν το ίδιο ποσοστό 9.8% των απαντήσεων. Μικρά ποσοστά δηλαδή 9.1% και το 8.8% των απαντήσεων δόθηκαν στους παράγοντες «Να υπάρχει αμοιβαία ανταλλαγή στοιχείων, σκέψεων και συναισθημάτων» και «Αμοιβαία εμπιστοσύνη» αντίστοιχα. Τέλος, το «Αισιόδοξο πνεύμα» αποτελεί μόλις το 5.3%.

Πίνακας 11.

Παράγοντες που πιστεύουν οι συμμετέχοντες ότι βοηθούν στην συνεργατική σχέση με άλλους Φορείς

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Να έχουμε γνωριστεί δια ζώσης	41	9.8%	45.1%
Καλή επικοινωνία	75	17.9%	82.4%
Να υπάρχει αμοιβαία ανταλλαγή στοιχείων, σκέψεων και συναισθημάτων	38	9.1%	41.8%
Αμοιβαία εμπιστοσύνη	37	8.8%	40.7%
Επαρκής επαγγελματική ταυτότητα	49	11.7%	53.8%
Από κοινού ευθύνη για το περιστατικό	41	9.8%	45.1%
Αμοιβαίος σεβασμός	54	12.9%	59.3%
Αισιόδοξο πνεύμα	22	5.3%	24.2%
Καλός Συντονισμός	62	14.8%	68.1%
Σύνολο	419	100%	

Στον Πίνακα 12 αναφέρονται τα ποσοστά των απαντήσεων για την ερώτηση εάν οι συμμετέχοντες έχουν αντιμετωπίσει εμπόδια στη συνεργασία τους με άλλους Φορείς. Αρχικά, ως το πιο επιβαρυντικό παράγοντα οι ερωτώμενοι δήλωσαν τις «Υποστελεχωμένες Υπηρεσίες» με ποσοστό 37.3%, ενώ σαν δεύτερο σημαντικό εμπόδιο θεωρούν την «Απουσία κοινής γραμμής» που αποτελεί το 22.4% των απαντήσεων. Η ύπαρξη «Διαφορετικού εξυπηρετούμενου στις Υπηρεσίες όταν δουλεύουν με μια οικογένεια (π.χ. Νοσοκομείο Παιδών το παιδί, ενώ στον ΟΚΑΝΑ η εξαρτημένη μητέρα του)» που αποτελεί ποσοστό 20.9% είναι ακόμη ένας επιβαρυντικός παράγοντας. Εξίσου σημαντικά εμπόδια πιστεύουν ότι είναι το «Ανειδίκευτο προσωπικό» με ποσοστό 11.2% και τα «Συγκρουόμενα επαγγελματικά συμφέροντα» με ποσοστό 4.5% και τέλος, η «Έλλειψη ασφαλούς επιστημονικής ταυτότητας» με μόλις το 3.7%.

Πίνακας 12.

Οι επιβαρυντικοί παράγοντες/εμπόδια που έχουν αντιμετωπίσει οι επαγγελματίες του δείγματος στη συνεργασία τους με κάποια Υπηρεσία

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Διαφορετικός εξυπηρετούμενος στις Υπηρεσίες όταν δουλεύουμε με μια οικογένεια (π.χ. Νοσοκομείο Παίδων το παιδί ενώ στον ΟΚΑΝΑ η εξαρτημένη μητέρα του)	28	20.9%	38.4%
Υποστελεχωμένες Υπηρεσίες	50	37.3%	68.5%
Ανειδίκευτο προσωπικό	15	11.2%	20.5%
Έλλειψη ασφαλούς επιστημονικής ταυτότητας	5	3.7%	6.8%
Συγκρουόμενα επαγγελματικά συμφέροντα	6	4.5%	8.2%
Απουσία «κοινής γραμμής»	30	22.4%	41.1%
Σύνολο	134	100%	

Στον πίνακα 13 εξετάζεται η σχέση του χαρακτηρισμού της ποιότητας της συνεργατικής σχέσης όπως αυτή μετρήθηκε ανάλογα με την ηλικία του συμμετέχοντα, την ειδικότητά του, αλλά και τα χρόνια προϋπηρεσίας. Από τη ανάλυση που διεξήχθη φαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δε καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, με $p > 0.396$. Συνεπώς, δεν παρατηρήθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των διαφορετικών ηλικιών των συμμετεχόντων σχετικά με τις απόψεις τους για την ποιότητα στις συνεργατικές σχέσεις, όπως επίσης δεν βρέθηκαν διαφορές μεταξύ των επαγγελμάτων και των χρόνων προϋπηρεσίας, πάνω σε αυτό το ερώτημα.

Πίνακας 13.

Διαφοροποίηση απόψεων σχετικά με την ποιότητα μεταξύ της ηλικίας, του επαγγέλματος και των χρόνων προϋπηρεσίας

		Ποιότητα της συνεργατικής σχέσης				
		Μέση τιμή	T.A.	N	F _{4,89}	p
Ηλικία	23-30 ετών	4.17	.41	6	.789	.536
	31-40 ετών	3.74	.73	19		
	41-50 ετών	3.92	.53	39		
	51-60 ετών	3.78	.74	23		
	60 και άνω	4.00	.00	4		
Επάγγελμα	Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	3.56	.53	9	1.046	.396
	Κοινωνικός Λειτουργός	3.96	.52	27		
	Ψυχολόγος	3.77	.71	26		
	Νοσηλεύτης	3.88	.60	17		
	Κοινωνιολόγος	4.00	.71	5		
	Άλλο	4.14	.69	7		
Χρόνια προϋπηρεσίας	1- 3 έτη	3.95	.59	21	.843	.523
	4-6 έτη	3.80	.68	15		
	7-10 έτη	3.75	.46	8		
	11-15 έτη	3.33	.58	3		
	16-20 έτη	4.00	.62	22		
	21 έτη και άνω	3.82	.66	22		

3.4. Προφίλ εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους

Στο πίνακα 14 παρουσιάζεται με βάση τα σχετικά ερωτήματα το προφίλ των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών που απευθύνονται στους Φορείς. Αρχικά, παρουσιάζονται οι απαντήσεις σχετικά με την ερώτηση: «Ποιος είναι, κατά προσέγγιση, ο ετήσιος αριθμός περιστατικών εξαρτημένων μητέρων που διαχειρίζεστε στην Υπηρεσία σας». Τα αποτελέσματα διακρίνονται σε πέντε κατηγορίες, με την πιο επικρατέστερη να είναι «1-5» περιστατικά με ποσοστό 41.1%, ενώ λιγότεροι είναι εκείνοι που διαχειρίζονται «11-20» και «6-10» περιστατικά ετησίως, με ποσοστά 23.3% και 17.8% αντίστοιχα. Τέλος, ακόμη λιγότεροι διαχειρίζονται «21-40» και «40 και άνω» περιστατικά ετησίως, με αντίστοιχα ποσοστά 11.1% και 6.7%.

Επιπλέον, στον ίδιο Πίνακα δίνονται απαντήσεις σχετικά με την ερώτηση: «Έχετε παρατηρήσει μείωση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους». Από τα αποτελέσματα φαίνεται ότι η συντριπτική πλειοψηφία, δηλαδή το 73.6% δεν έχει παρατηρήσει μείωση στον αριθμό των περιστατικών που προσεγγίζουν την Υπηρεσία τους και μόλις το 26.4% έχει παρατηρήσει μείωση. Επίσης, στην ερώτηση: «Έχετε παρατηρήσει αύξηση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους», το 74.7% δίνει αρνητική απάντηση, ενώ μόλις το 25.3% θεωρεί ότι υπάρχει αύξηση περιστατικών.

Στην ερώτηση: «Σε ποιες ηλικιακές ομάδες ανήκουν κυρίως τα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων που εργάζεστε» οι απαντήσεις που δόθηκαν είναι οι εξής: η ηλικιακή ομάδα «0-5» ετών αποτελεί το 47.8%, ενώ η ηλικιακή ομάδα «6-12» ετών αποτελεί το 40.0%, ενώ μικρά ποσοστά κατέχουν οι ηλικίες «12-18» ετών και «18+» ετών, με αντίστοιχα ποσοστά 6.7% και 5.6%.

Στην ερώτηση «Συνήθως οι εξαρτημένες μητέρες συνεχίζουν να είναι μαζί με τα παιδιά τους» η πλειοψηφία των επαγγελματιών με ποσοστό 68.1% απάντησαν «Όχι», ενώ μόλις το 31.9% απάντησε «Ναι».

Στην περίπτωση που δεν συνεχίζουν τα παιδιά να διαμένουν με τις μητέρες τους οι συμμετέχοντες καλούνται να δηλώσουν «με ποιον διαμένουν συνήθως τα παιδιά τους». Έτσι, από τα αποτελέσματα βρέθηκε ότι στο μεγαλύτερο ποσοστό τους τα παιδιά διαμένουν «Με τους Μητρικούς Γονείς» που αποτελεί το 50.0% των απαντήσεων του δείγματος και σημαντικό ποσοστό αποτελεί αυτούς που δήλωσαν το «Πλαίσιο Παιδικής Προστασίας/Ίδρυμα» που αποτελεί το 37.1%. Πολύ χαμηλότερα ποσοστά σύμφωνα με τους συμμετέχοντες αποτελούν τα παιδιά εκείνα που διαμένουν «Με τους Πατρικούς Γονείς ή Συντρόφους» που αποτελεί το 4.8% ή «Άλλού» που φτάνει μόλις το 8.1%.

Τέλος, στην ερώτηση από που προέρχονται κυρίως οι εξαρτημένες μητέρες που αντιμετωπίζουν στις Υπηρεσίες τους, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων (90.1%) ανέφεραν από την «Ελλάδα», ενώ μόνο το 9.9% δήλωσε ότι προέρχονται από «Άλλα Κράτη».

Πίνακας 14.

Ο ετήσιος αριθμός περιστατικών εξαρτημένων μητέρων, η μείωση ή αύξηση περιστατικών, οι ηλικιακές ομάδες των μητέρων και των παιδιών τους, τόπος διαμονής των παιδιών και καταγωγή των εξαρτημένων μητέρων.

		N	%
Ετήσιος αριθμός περιστατικών εξαρτημένων μητέρων στις Υπηρεσίες	1-5	37	41.1%
	6-10	16	17.8%
	11-20	21	23.3%
	21-40	10	11.1%
	40 και άνω	6	6.7%
Παρατηρούμενη μείωση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους	Όχι	67	73.6%
	Ναι	24	26.4%
Παρατηρούμενη αύξηση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους	Όχι	68	74.7%
	Ναι	23	25.3%
Ηλικιακές ομάδες εξαρτημένων μητέρων	Έως 18 ετών	0	0%
	19-30 ετών	39	42.9%
	31-45 ετών	48	52.7%
	46 ετών και άνω	4	4.4%
Ηλικιακές ομάδες των παιδιών εξαρτημένων μητέρων	0-5 ετών	43	47.8%
	6-12 ετών	36	40.0%
	12-18 ετών	6	6.7%
	18 ετών και άνω	5	5.6%
Διαμονή εξαρτημένων μητέρων μαζί με τα παιδιά τους.	Όχι	62	68.1%
	Ναι	29	31.9%
Διαμονή παιδιών εξαρτημένων μητέρων	Πλαίσιο Παιδικής Προστασίας/Ίδρυμα	23	37.1%
	Με τους Μητρικούς Γονείς	31	50.0%
	Με τους Πατρικούς/Συντρόφου Γονείς	3	4.8%
	Άλλο	5	8.1%
	Καταγωγή εξαρτημένων μητέρων	Ελλάδα	82
	Άλλα κράτη	9	9.9%

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά που παρατηρήθηκαν στο δείγμα των εξαρτημένων μητέρων. Όσον αφορά τα ποσοστά των απαντήσεων που δόθηκαν, το επικρατέστερο χαρακτηριστικό των μητέρων είναι ότι «Έχουν περιορισμένα ή και μηδενικά δίκτυα κοινωνικής φροντίδας (σχέσεις με συγγενείς)», με ποσοστό 31.8%. Το χαρακτηριστικό «Αντιμετωπίζουν προβλήματα επιβίωσης (άστεγες, μη επαρκής διατροφή και ένδυση)» αναφέρεται σε ποσοστό 29.4%, ενώ το 17.8% να «Έχουν βιώσει τραυματισμούς που φαίνεται να είναι αποτέλεσμα βίαιης επίθεσης». Το 11.2% δήλωσε ότι οι μητέρες «Δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα» και το 6.1% ότι «Δεν έχουν στην κατοχή τους διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο ή ταυτότητα στις περιπτώσεις που βρίσκονται στο δρόμο». Τέλος, το 3.7% ανέφερε ως χαρακτηριστικό των μητέρων ότι «Δεν είναι εξοικειωμένες με την τοπική γλώσσα».

Πίνακας 15.

Χαρακτηριστικά εξαρτημένων μητέρων που έχουν παρατηρήσει οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Αντιμετωπίζουν προβλήματα επιβίωσης (άστεγες, μη επαρκής διατροφή και ένδυση)	63	29.4%	75.0%
Έχουν βιώσει τραυματισμούς που φαίνεται να είναι αποτέλεσμα βίαιης επίθεσης	38	17.8%	45.2%
Δεν έχουν στην κατοχή τους διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο ή ταυτότητα στις περιπτώσεις που βρίσκονται στο δρόμο	13	6.1%	15.5%
Δεν είναι εξοικειωμένες με την τοπική γλώσσα	8	3.7%	9.5%
Δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα	24	11.2%	28.6%
Έχουν περιορισμένα ή και μηδενικά δίκτυα κοινωνικής φροντίδας (σχέσεις με συγγενείς)	68	31.8%	81.0%
Σύνολο	214	100%	

Στον Πίνακα 16 καταγράφονται οι πιο σημαντικές επιπτώσεις για τις εξαρτημένες μητέρες που βρίσκονται στο δρόμο. Το μεγαλύτερο ποσοστό (37.1%) δόθηκε στην απάντηση «Σεξουαλική εκμετάλλευση/θύματα trafficking». Στη συνέχεια, η απάντηση «Κίνδυνος για τη ζωή τους» με ποσοστά 32.3%. Τέλος, «Σοβαρά προβλήματα υγείας» αποτελούν το 30.6%.

Πίνακας 16.

Οι πιο σημαντικές επιπτώσεις για τις εξαρτημένες μητέρες που βρίσκονται στο δρόμο

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Κίνδυνος για τη ζωή τους	55	32.3%	61.8%
Σοβαρά προβλήματα υγείας	52	30.6%	58.4%
Σεξουαλική εκμετάλλευση /θύματα trafficking	63	37.1%	70.8%
Σύνολο	170	100%	

Στον Πίνακα 17 προβάλλονται οι απαντήσεις σχετικά με το ποιους παράγοντες θεωρεί το δείγμα ότι βοηθούν στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Όσον αφορά τις απαντήσεις, την επικρατέστερη αποτελεί η «Καλή δικτύωση/διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες», με ποσοστό 24.0%, ενώ εξίσου σημαντικοί παράγοντες θεωρούνται οι «Στοχευμένες Παρεμβάσεις βασισμένες σε Καλές Πρακτικές» που αποτελούν το 22.3% των απαντήσεων και οι «Αποτελεσματικές και επαρκώς επανδρωμένες Υπηρεσίες» με το 20.7%. Η «Καλή συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον των περιστατικών» αποτελεί το 19.0% των απαντήσεων και τέλος, οι «Καλές συνεργατικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών» αποτελούν το 14.0% των απαντήσεων.

Πίνακας 17.

Παράγοντες που πιστεύουν οι επαγγελματίες ότι βοηθούν στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων

	Απαντήσεις		% επί των συμμετεχόντων
	N	%	
Αποτελεσματικές και επαρκώς Επανδρωμένες Υπηρεσίες	62	20.7%	68.1%
Καλή δικτύωση/διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες	72	24.0%	79.1%
Καλές συνεργατικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών	42	14.0%	46.2%
Καλή συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον των περιστατικών	57	19.0%	62.6%
Στοχευμένες Παρεμβάσεις βασισμένες σε Καλές Πρακτικές	67	22.3%	73.6%
Σύνολο	300	100%	

3.5. Διερεύνηση Επαγγελματικής Εξουθένωσης & Ψυχικής Ανθεκτικότητας

Ο Πίνακας 18 παρουσιάζει τις μέγιστες και τις ελάχιστες τιμές, τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση του δείγματος της έρευνας για τις τρεις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Παρατηρούμε ότι η Συναισθηματική εξάντληση έχει μέση τιμή 16.19 μονάδες (Τ.Α. 9.95). Όσον αφορά την Αποπροσωποποίηση η μέση τιμή είναι 4.92 (Τ.Α. 4.49). Τέλος, τα Προσωπικά επιτεύγματα δίνουν μέση τιμή 16.97 (Τ.Α.11.41).

Πίνακας 18.

Περιγραφική Ανάλυση Διαστάσεων Επαγγελματικής Εξουθένωσης

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	Τυπική Απόκλιση (Τ.Α.)
Συναισθηματική εξάντληση	91	2.00	42.00	16.19	9.95
Αποπροσωποποίηση	91	.00	19.00	4.92	4.49
Προσωπικά επιτεύγματα	91	.00	43.00	16.97	11.41

Στον Πίνακα 19 παρουσιάζονται τα ποσοστά που αφορούν τη Συναισθηματική εξάντληση, την Αποπροσωποποίηση και τα Προσωπικά επιτεύγματα. Η Συναισθηματική εξάντληση διακρίνεται σε 3 κατηγορίες, «χαμηλή» με ποσοστό 63.7%, «μέτρια» με ποσοστό 24.2% και «Υψηλή» με ποσοστό 12.1%. Επίσης, η Αποπροσωποποίηση διακρίνεται και αυτή σε τρεις κατηγορίες, «χαμηλή» με ποσοστό 62.6%, «μέτρια» με ποσοστό 27.5% και «Υψηλή» με ποσοστό 9.9%. Τέλος, τα ποσοστά για τα Προσωπικά Επιτεύγματα διακρίνονται επίσης από τις κατηγορίες «χαμηλή» με ποσοστό 1.1%, «μέτρια» με ποσοστό 11.0% και «Υψηλή» με ποσοστό 87.9%.

Πίνακας 19.

Επίπεδα κλιμάκων Επαγγελματικής Εξουθένωσης

		N	%
Συναισθηματική εξάντληση	Χαμηλή	58	63.7%
	Μέτρια	22	24.2%
	Υψηλή	11	12.1%
Αποπροσωποποίηση	Χαμηλή	57	62.6%
	Μέτρια	25	27.5%
	Υψηλή	9	9.9%
Προσωπικά επιτεύγματα	Χαμηλή	1	1.1%
	Μέτρια	10	11.0%
	Υψηλή	80	87.9%

Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει τις μέγιστες και τις ελάχιστες τιμές, τη μέση τιμή και την τυπική απόκλιση του δείγματος, για την Ψυχική Ανθεκτικότητα. Στην Αυτοπεποίθηση η μέση τιμή 10.02 (Τ.Α. 1.713). Η Αυτό-αποτελεσματικότητα έχει μέση τιμή 18.27 (Τ.Α. 3.503). Τέλος, η Συνολική ανθεκτικότητα έχει μέση τιμή 28.3 (Τ.Α. 4.859).

Πίνακας 20.

Περιγραφική Ανάλυση Διαστάσεων Ψυχικής Ανθεκτικότητας

	N	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή	T.A.
Αυτοπεποίθηση	91	3	12	10.02	1.713
Αυτό-αποτελεσματικότητα	91	6	24	18.27	3.503
Συνολική ανθεκτικότητα	91	9	36	28.30	4.859

3.6. Συσχέτιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας με τους δημογραφικούς παράγοντες και την αποτελεσματικότητα διαχείρισης περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους

Στον Πίνακα 21 εξετάζεται η διαφοροποίηση των διαστάσεων της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας σε σχέση με το φύλο των συμμετεχόντων. Από τη ανάλυση που διεξήχθη φαίνεται ότι σε καμία περίπτωση δεν καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p>0.07$) στα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχικής

ανθεκτικότητα ανάλογα με το φύλο του συμμετέχοντα, δηλαδή τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες δεν διαφέρουν σε καμία διάσταση.

Πίνακας 21.

Συσχέτιση του φύλου με τις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας

	Φύλο	N	Μέση Τιμή	T.A.	t	p	
Διαστάσεις	Συναισθηματική εξάντληση	Άνδρας	10	10.90	8.35	-1.806	.074
	Γυναίκα	81	16.85	9.98			
Επαγγελματικής Εξουθένωσης	Αποπροσωποποίηση	Άνδρας	10	4.80	4.78	-0.091	.927
	Γυναίκα	81	4.94	4.49			
	Προσωπικά επιτεύγματα	Άνδρας	10	20.00	13.18	0.886	.378
	Γυναίκα	81	16.60	11.22			
Διαστάσεις	Αυτοπεποίθηση	Άνδρας	10	10.30	2.45	0.542	.589
	Γυναίκα	81	9.99	1.62			
Ψυχικής Ανθεκτικότητας	Αυτό-αποτελεσματικότητα	Άνδρας	10	20.00	3.68	1.667	.099
	Γυναίκα	81	18.06	3.44			
	Συνολική ανθεκτικότητα	Άνδρας	10	30.30	5.98	1.389	.168
	Γυναίκα	81	28.05	4.69			

Στον Πίνακα 22 εξετάζεται η συσχέτιση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ανάλογα με την ηλικία των συμμετεχόντων και με την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών. Από τη ανάλυση που διεξήχθη φαίνεται ότι καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές θετικές συσχετίσεις της ηλικίας με την Ψυχική Ανθεκτικότητα αλλά και αρνητικές συσχετίσεις και με τις τρεις διαστάσεις της Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτεροι είναι οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερες τιμές αναμένονται στη Συναισθηματική Εξάντληση ($Rho = -0.330$; $p = .001$), και την Αποπροσωποποίηση ($Rho = -0.312$; $p < .001$) και υψηλότερες στα Προσωπικά επιτεύγματα ($Rho = 0.218$; $p = .043$). Παράλληλα όσο μεγαλύτεροι είναι οι συμμετέχοντες τόσο υψηλότερες τιμές αναμένονται στην Αυτοπεποίθηση ($Rho = 0.259$; $p = .013$) και τη συνολική ανθεκτικότητα ($Rho = 0.234$; $p = .025$). Οι σχέσεις αυτές αποδίδονται από τα διαγράμματα διασποράς των γραφημάτων 1,2 και 3 (Παράρτημα).

Όσον αφορά την συσχέτιση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ανάλογα με την αποτελεσματικότητα, φάνηκε ότι δε καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις της αποτελεσματικότητας με την Συναισθηματική Εξάντληση ($p=0.214$) και την Αποπροσωποποίησης ($p=0.252$) αλλά καταγράφηκε θετική συσχέτιση με τα Προσωπικά Επιτεύγματα ($p=0.027$). Επίσης, θετικές συσχετίσεις βρέθηκαν και με τις τρεις διαστάσεις της Ψυχικής Ανθεκτικότητας. Συγκεκριμένα, όσο πιο αποτελεσματική θεωρείται η διαχείριση περιστατικών, τόσο υψηλότερες τιμές αναμένονται στα Προσωπικά επιτεύγματα ($Rho=0.231$; $p=.027$), τόσο υψηλότερες είναι οι τιμές που αναμένονται στην Αυτοπεποίθηση ($Rho=0.276$; $p=.008$), την Αυτό-αποτελεσματικότητα ($Rho=0.233$; $p=0.026$) και την Συνολική ανθεκτικότητα ($Rho=0.286$; $p=.006$). Οι σχέσεις αυτές αποδίδονται από τα διαγράμματα διασποράς των γραφημάτων 4,5,6 και 7 (Παράρτημα).

Πίνακας 22.

Συσχέτιση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Επαγγελματικής Εξουθένωσης με την ηλικία

	Ηλικία	Αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους
<i>Ψυχική Ανθεκτικότητα</i>		
Αυτοπεποίθηση	.259*	.276*
Αυτό-αποτελεσματικότητα	.202	.233*
Συνολική ανθεκτικότητα	.234*	.286*
<i>Επαγγελματική Εξουθένωση</i>		
Συναισθηματική εξάντληση	-.330*	-.132
Αποπροσωποποίηση	-.312*	-.121
Προσωπικά επιτεύγματα	.218*	.231*

** $p<0.05$*

Στον Πίνακα 23 εξετάζεται η συσχέτιση της Επαγγελματικής εξουθένωσης με την Ψυχική Ανθεκτικότητα. Από τη ανάλυση που υλοποιήθηκε φαίνεται ότι καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές και αρνητικές συσχετίσεις μεταξύ όλων των διαστάσεων με $p<0.001$ στις περισσότερες περιπτώσεις.

Πίνακας 23.*Συσχέτιση των διαστάσεων της Επαγγελματικής Εξουθένωσης με της Ψυχικής Ανθεκτικότητας*

	Αυτό-		Συναισθημα		
	αποτελεσματικότα	Συνολική ανθεκτικότητα	τική εξάντληση	Αποπροσωποποίηση	Προσωπικά επιτεύγματα
Αυτοπεποίθηση	.660*	.847*	-.227*	-.242*	-.374*
Αυτό-αποτελεσματικότητα		.947*	-.282*	-.386*	-.450*
Συνολική ανθεκτικότητα			-.275*	-.375*	-.467*
Συναισθηματική Εξάντληση				.606*	.076
Αποπροσωποποίηση					.159

***p<0.05**

Στον πίνακα 24 εξετάζεται η διαφοροποίηση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Επαγγελματικής Εξουθένωσης ανάλογα με την παρατήρηση αύξησης περιστατικών εξαρτημένων μητέρων. Από τη ανάλυση φαίνεται ότι στις περισσότερες περιπτώσεις δε καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές με εξαίρεση τη Συναισθηματική εξάντληση και την Αποπροσωποποίηση με τιμές $p=0.039$ και $p=0.033$ αντίστοιχα. Συγκεκριμένα και όπως φαίνεται από τα γραφήματα 8 και 9 (Παράρτημα) αναμένονται χαμηλότερες τιμές Συναισθηματικής εξάντλησης και Αποπροσωποποίησης σε όσους έχουν παρατηρήσει αύξηση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Πίνακας 24.

Διαφοροποίηση της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και της Επαγγελματικής Εξουθένωσης με την παρατήρηση αύξησης των περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους

		Αύξηση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους;				
		N	Μέση τιμή	T.A.	t	P
Συναισθηματική εξάντληση	Όχι	68	17.19	10.75	2.103	.039
	Ναι	23	13.26	6.42		
Αποπροσωποποίηση	Όχι	68	5.41	4.77	2.183	.033
	Ναι	23	3.48	3.22		
Προσωπικά επιτεύγματα	Όχι	68	17.82	11.57	1.218	.226
	Ναι	23	14.48	10.82		
Αυτοπεποίθηση	Όχι	68	9.94	1.78	-0.772	.442
	Ναι	23	10.26	1.51		
Αυτό-αποτελεσματικότητα	Όχι	68	18.15	3.64	-0.596	.553
	Ναι	23	18.65	3.10		
Συνολική ανθεκτικότητα	Όχι	68	28.09	5.04	-0.702	.485
	Ναι	23	28.91	4.32		

Στον Πίνακα 25 εξετάζεται η σχέση της αποτελεσματικότητας όπως αυτή μετρήθηκε ανάλογα με την ειδικότητα του συμμετέχοντα. Από τη ανάλυση των δεδομένων φαίνεται ότι σε καμία ειδικότητα δε καταγράφηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές, με $p=0.572$.

Πίνακας 25.

Διαφοροποίηση της αποτελεσματικότητας ανάλογα με την ειδικότητα

	N	Μέση τιμή	T.A.	F	p
Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος	9	3.67	.866	.773	.572
Κοινωνικός Λειτουργός	27	3.56	1.219		
Ψυχολόγος	26	3.92	.628		
Νοσηλεύτης	17	3.88	1.166		
Κοινωνιολόγος	5	3.80	1.304		
Άλλο	7	4.29	.756		
Σύνολο	91	3.80	1.002		

3.7. Αναλύσεις Πολυπαραγοντικής Παλινδρόμησης

Πραγματοποιήθηκαν πολυπαραγοντικές αναλύσεις γραμμικής παλινδρόμησης (Linear Regression Analysis), με εξαρτημένες μεταβλητές τις τρεις διαστάσεις της Επαγγελματικές Εξουθένωσης και της Ψυχικής Ανθεκτικότητας και ανεξάρτητες μεταβλητές τα δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, έτη προϋπηρεσίας) και την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Στον πίνακα 26 παρουσιάζονται οι σχέσεις μεταξύ δημογραφικών παραγόντων και αποτελεσματικότητας στη διαχείριση περιστατικών με την Συναισθηματική Εξάντληση ως εξαρτημένη μεταβλητή. Το φύλο και η ηλικία βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με την Συναισθηματική Εξάντληση ($p < 0.01$). Συγκεκριμένα, οι γυναίκες έχουν 7.6 μονάδες κατά μέσο όρο περισσότερες πιθανότητες να έχουν Συναισθηματική Εξάντληση σε σχέση με τους άντρες, ενώ η αύξηση της ηλικίας συνδέεται με μείωση της Συναισθηματικής Εξάντλησης κατά 3.8 μονάδες.

Πίνακας 26.

Οι δημογραφικοί παράγοντες και η αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη διάσταση της «Συναισθηματικής εξάντλησης»

	β	SE	$b\ddagger$	T	p
Φύλο	7.603	3.104	.240	2.449	.016
Ηλικία	-3.886	1.281	-.373	-3.033	.003
Έτη προϋπηρεσίας	-.128	.622	-.026	-.208	.837
Αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών	-1.462	.964	-.147	-1.516	.133

+ συντελεστής εξάρτησης, ++ τυπικό σφάλμα, ‡ τυποποιημένος συντελεστής
 $F(5.575)=19.05, p < 0.001, R^2=0.20$

Από τον Πίνακα 27 προκύπτει ότι η ηλικία είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την διάσταση της Αποπροσωποποίησης, εξηγώντας το 10% της μεταβλητότητας αυτής. Η ηλικία επιδρά αρνητικά στην Αποπροσωποποίηση ($p=0.005$).

Πίνακας 27.

Οι δημογραφικοί παράγοντες και η αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη διάσταση της «Αποπροσωποποίησης»

	$\beta+$	$SE++$	$b\ddagger$	T	p
Φύλο	.372	1.490	.026	.250	.803
Ηλικία	-1.779	.615	-.378	-2.894	.005
Έτη προϋπηρεσίας	.266	.298	.117	.890	.376
Αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών	-.171	.463	-.038	-.370	.712

+ συντελεστής εξάρτησης, ++ τυπικό σφάλμα, ‡ τυποποιημένος συντελεστής
F(2.455)=9.24, p=0.05, R²=0.10

Από την ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή τα *Προσωπικά επιτεύγματα*, δεν φάνηκε να συσχετίζεται σε στατιστικά σημαντικό βαθμό με τις ανεξάρτητες μεταβλητές των δημογραφικών στοιχείων και της αποτελεσματικότητας [F(2.199)=30.02, p=0.07>0.05, R²=0.09]. Άρα δεν απορρίπτεται η H₀ και συνεπώς δεν υπάρχει σημαντική εξάρτηση των προσωπικών επιτευγμάτων από τους δημογραφικούς παράγοντες και την αποτελεσματικότητα.

Στον Πίνακα 28, η αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών δείχνει σημαντική σχέση (p=0.03) με την *Αυτοπεποίθηση*, εξηγώντας το 16% της μεταβλητότητας αυτής. Καμία από τις δημογραφικές μεταβλητές δεν σχετίζεται σημαντικά με την Αυτοπεποίθηση.

Πίνακας 28.

Οι δημογραφικοί παράγοντες και η αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη διάσταση της «Αυτοπεποίθησης»

	$\beta+$	$SE++$	$b\ddagger$	T	p
Φύλο	-.697	.549	-.128	-1.271	.207
Ηλικία	.347	.227	.193	1.532	.129
Έτη προϋπηρεσίας	.075	.110	.087	.680	.498
Αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών	.528	.170	.309	3.097	.003

+ συντελεστής εξάρτησης, ++ τυπικό σφάλμα, \ddagger τυποποιημένος συντελεστής
 $F(4.138)=8.02$, $p=0.04$, $R^2=0.16$

Στο πίνακα 29 φαίνεται ότι το 16% της μεταβλητότητας της *Αυτό-αποτελεσματικότητας* εξηγείται από το φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας και την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών ($p<0.03$).

Πίνακας 29.

Οι δημογραφικοί παράγοντες και η αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη διάσταση της «Αυτό-αποτελεσματικότητας»

	$\beta+$	$SE++$	$b\ddagger$	T	p
Φύλο	-2.749	1.122	-.247	-2.451	.016
Ηλικία	.136	.463	.037	.293	.770
Έτη προϋπηρεσίας	.475	.225	.269	2.115	.037
Αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών	.764	.348	.219	2.194	.031

+ συντελεστής εξάρτησης, ++ τυπικό σφάλμα, \ddagger τυποποιημένος συντελεστής
 $F(4.183)=18.44$, $p=0.04$, $R^2=0.16$

Ο Πίνακας 30 δείχνει ότι το 17% της μεταβλητότητας στη διάσταση της *Συνολικής Ανθεκτικότητας* εξηγείται από το φύλο και την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών ($p<0.02$). Αυτές οι δύο μεταβλητές σχετίζονται θετικά με τη Συνολική Ανθεκτικότητα, ανεξάρτητα από άλλους παράγοντες.

Πίνακας 30.

Οι δημογραφικοί παράγοντες και η αποτελεσματικότητα σε σχέση με τη διάσταση της «Συνολική Ανθεκτικότητα»

	β	SE	b_{\ddagger}	T	p
Φύλο	-3.447	1.544	-.223	-2.233	.028
Ηλικία	.483	.637	.095	.758	.451
Έτη προϋπηρεσίας	.550	.309	.224	1.779	.079
Αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών	1.292	.479	.267	2.695	.008

+ συντελεστής εξάρτησης, ++ τυπικό σφάλμα, ‡ τυποποιημένος συντελεστής

F(4.598)=26.46, p=0.02, R²=0.17

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

4.1. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα αποσκοπούσε στη διερεύνηση των συνεργατικών σχέσεων επαγγελματιών που απασχολούνται σε Φορείς για εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους. Επίσης, η έρευνα είχε ως στόχο την καταγραφή του Προφίλ των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους που απευθύνονται στις Αρμόδιες Υπηρεσίες και Φορείς για την παροχή ψυχοκοινωνικής και πρακτικής υποστήριξης. Αξιολογήθηκαν επιπλέον -ως δευτερεύουσες μεταβλητές- η Επαγγελματική Εξουθένωση και η Ψυχική Ανθεκτικότητα των συμμετεχόντων, μέσω εξειδικευμένων εργαλείων. Τέλος, η έρευνα συμπεριλάμβανε την καταγραφή των απόψεων των ειδικών ψυχικής υγείας, αναφορικά με τη διατύπωση προτάσεων για την βελτίωση των συνεργατικών σχέσεων, αλλά και της ψυχοκοινωνικής και πρακτικής παρεχόμενης υποστήριξης των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Αρχικά, μέσα από την περιγραφική ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας φάνηκε ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών ψυχικής υγείας ήταν γυναίκες σε αναλογία 9:1, μέσης ηλικίας 41-50 ετών στο μεγαλύτερο ποσοστό τους. Το συγκεκριμένο εύρημα ήταν αναμενόμενο, καθώς η πλειοψηφία των ειδικών ψυχικής υγείας και κυρίως όσον αφορά στην ειδικότητα των Κοινωνικών Λειτουργών αλλά και των Ψυχολόγων ανέκαθεν ήταν -και παραμένουν να είναι- γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων ανήκε στο ηλικιακό φάσμα των «41-50» ετών. Το εύρημα αυτό ήταν επίσης αναμενόμενο, καθώς πριν 20-30 χρόνια είχε προσληφθεί ένας αξιοσημείωτος αριθμός επαγγελματιών που απασχολήθηκαν σε Φορείς που εμπλέκονται με την διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ήταν κυρίως απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και κάτοχοι τίτλου Μεταπτυχιακών Σπουδών. Το υψηλότερο ποσοστό των επαγγελματιών που ανέφεραν ότι είχαν Πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ, αδιαμφισβήτητα ήταν αναμενόμενο, γιατί συνιστά το βασικό κριτήριο απόκτησης ειδικότητας ενός επαγγελματία. Το εξίσου υψηλό ποσοστό συμμετεχόντων που κατείχαν κάποιο Μεταπτυχιακό τίτλο, αποτελεί ενδιαφέρον εύρημα, το οποίο αναδεικνύει το υψηλό επίπεδο σπουδών των επαγγελματιών στη χώρα μας.

Οι συμμετέχοντες της έρευνας αποτελούσαν μέλος της Δι-επιστημονικής ομάδας στην Υπηρεσία που εργάζονται. Οι Δι-επιστημονικές ομάδες στο σύνολο τους απαρτίζονται από αρκετούς επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων, μεταξύ των οποίων ιατρούς, ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς και νοσηλευτές. Τα υψηλά ποσοστά που δόθηκαν στους

Κοινωνικούς Λειτουργούς και Ψυχολόγους ήταν δικαιολογημένα, καθώς αυτές οι δύο συγκεκριμένες ειδικότητες, αποτελούν αναπόσπαστο κομμάτι της Διεπιστημονικής ομάδας στους Φορείς που ασχολούνται με την διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Αν και οι Παιδοψυχίατροι και οι Ψυχίατροι θεωρούνται εξίσου σημαντικοί στις Δι-επιστημονικές ομάδες, είναι αδιαμφισβήτητη η υποστελέχωση τους σε όλους τους Φορείς (ΝΠΔΔ & ΝΠΙΔ) καθώς πολλοί ασκούν μόνο ιδιωτικό έργο.

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε όλες τις Δι-επιστημονικές ομάδες ειδικών ψυχικής υγείας που λειτουργούν στη χώρα μας, το ποσοστό των Κοινωνιολόγων είναι αντίστοιχα μικρό και στις περισσότερες ομάδες, ιδίως στα κλινικά πλαίσια όπως Παιδοψυχιατρικές Κλινικές ή Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα δεν διορίζονται Κοινωνιολόγοι, λόγω ότι δεν αποτελούν εφαρμοσμένη επιστήμη και συνήθως ενασχολούνται σε ερευνητικές μελέτες ή εύρεση χορηγιών στον Φορέα όπου απασχολούνται. Επίσης, η ειδικότητα των Νοσηλευτών συνήθως υφίσταται στα Τμήματα Ενδονοσοκομειακής Νοσηλείας (TEN) ή γενικότερα κλειστής περίθαλψης (π.χ. Στεγνά Προγράμματα για εξαρτημένες μητέρες) και για αυτό έχει δοθεί χαμηλό ποσοστό σε αυτή την ειδικότητα, παρόλο που είναι πολύ σημαντική η συμβολή τους σε αυτές τις περιπτώσεις. Παρόλο που η ειδικότητα των Ψυχιάτρων-Παιδοψυχιάτρων είναι ιδιαίτερα υποστελεχωμένη στα περισσότερα Νοσοκομεία της χώρας στην παρούσα φάση, στις περισσότερες Δι-επιστημονικές ομάδες υπάρχει ακόμη εκπροσώπηση αυτής της ειδικότητας. Ωστόσο, η σύσταση της ομάδας τείνει να μεταβάλλεται ανάλογα με τις κλινικές και ψυχοκοινωνικές ανάγκες των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους (Lardier et al., 2014). Η ΔΕΣ αποτελεί μια ενεργή και συνεχή συνεργασία των προαναφερόμενων επαγγελματιών, ακόμη και από διαφορετικούς Φορείς, με κοινό σκοπό την παροχή υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους/πελάτες (Green & Johnson, 2015; Morgan et al., 2015).

Οι επαγγελματίες στην έρευνα δήλωσαν σε σχεδόν καθολικό ποσοστό ότι ο ρόλος τους στη Δι-επιστημονική ομάδα είναι σημαντικός. Όπως ήταν λογικό, τα 2/3 του δείγματος πιστεύουν στην χρησιμότητα του επαγγέλματος τους και για αυτό τον λόγο συμμετέχουν στις Δι-επιστημονικές ομάδες. Εδώ αξίζει να σημειωθεί ότι είναι εξαιρετικής σημασίας το κάθε μέλος της Δι-επιστημονικής ομάδας να πιστεύει ότι ο ρόλος και η συμβολή του κάθε επαγγελματία είναι σημαντική, καθώς μέσα από αυτή την θεώρηση μπορεί μια συνεργασία να αποδειχθεί επιτυχημένη (Βωνιάτη και συν., 2022).

Επιπλέον, πολλοί είναι οι επαγγελματίες που υποστηρίζουν ότι υπάρχει σχέση ισότητας στην Δι-επιστημονική ομάδα που ανήκουν, την οποία την αξιολόγησαν ότι είναι σε ικανοποιητικό βαθμό. Αν και η ύπαρξη ισότητας ανάμεσα στα μέλη της Δι-επιστημονικής

ομάδας θεωρείται ιδανική συνθήκη, η οποία συνεισφέρει στην αποτελεσματικότητα της λειτουργίας τους, μόνο το 1/3 των συμμετεχόντων απάντησε πολύ. Από την άλλη πλευρά όμως οι μισοί συμμετέχοντες απάντησαν αρκετά, το οποίο δείχνει ότι οι υπάρχουσες Δι-επιστημονικές ομάδες είναι σε καλή τροχιά, αφού μόνο ελάχιστοι ερωτώμενοι έδωσαν αρνητική απάντηση. Η ισότητα μέσα στην Δι-επιστημονική ομάδα συνεπάγεται από κοινού λήψη αποφάσεων πάνω σε περιστατικά, ανοιχτή επικοινωνία και ενθάρρυνση όλων των συναδέλφων για συμμετοχή και συνεργασία, κατάλληλες προϋποθέσεις για μια ομαλή ΔΕΣ. Ακόμη, για μια αποτελεσματική ΔΕΣ είναι σημαντικό μέσα στην ομάδα οι ρόλοι των επαγγελματιών να είναι σαφώς προσδιορισμένοι και κατανοητοί από όλους και να υπάρχει ευελιξία, μεταξύ των μελών της ομάδας (Morgan et al., 2015; Noordegraaf & Burns, 2016; Schot et al., 2020).

Παρόλα τα σημαντικά οφέλη που προσφέρει η Δι-επιστημονική ομάδα στη διαχείριση των περιστατικών, εντοπίζονται και αρκετές προκλήσεις που δυσχεραίνουν το έργο της ομάδας. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να τονιστεί ότι έως ένα βαθμό όλα τα καταγεγραμμένα πλεονεκτήματα συμβάλλουν στην ολιστική διαχείριση του περιστατικού, δηλαδή στην πιο συχνά προτιμώμενη απάντηση. Για παράδειγμα, η αμέσως πιο συχνή απάντηση, δηλαδή η «Κατανόηση ρόλων και τεχνικών άλλων ειδικοτήτων», συμβάλλει στην ολιστική διαχείριση του περιστατικού, αφού το να γνωρίζει ένας επαγγελματίας τον ρόλο και τεχνικές των συναδέλφων του συντελεί στην αφοσίωση στο δικό του ρόλο αλλά και στην διασφάλιση ότι οι ανάγκες των εξυπηρετούμενων εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους έχουν επαρκώς καλυφθεί. Σύμφωνα με τους Engum & Jeffries (2012), αυτό το σημαντικό πλεονέκτημα είναι αποτέλεσμα της συμμετοχικότητας, η οποία ευνοείται περισσότερο από την ατομικότητα μέσα στην ομάδα, για την επίλυση πολύπλοκων προβλημάτων και την θέσπιση κοινών στόχων.

Αντίθετα, οι συμμετέχοντες θεωρούν ως κύρια μειονεκτήματα την διάχυση επαγγελματικών ορίων και την ανάληψη αλλότριων καθηκόντων. Οι Titzer-Evans et al., (2012) αναδεικνύουν τα ίδια ευρήματα με την παρούσα μελέτη σε σχέση με το σημαντικότερο μειονέκτημα της Δι-επιστημονικής ομάδας, δηλαδή την «Διάχυση επαγγελματικών ορίων και ταυτότητας». Επιπλέον, η διάχυση επαγγελματικών ορίων μπορεί να προκαλέσει ανταγωνισμό μεταξύ των μελών της ομάδας. Το αμέσως επόμενο αποτέλεσμα, συνδέεται με το προηγούμενο καθώς είναι απόρροια της διάχυσης επαγγελματικών ορίων, το να αναλαμβάνει τελικά ο επαγγελματίας αλλότρια καθήκοντα. Βέβαια, είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι τα αλλότρια καθήκοντα δεν είναι συνήθως επιλογή του ίδιου του επαγγελματία, αλλά αρκετές φορές ο συντονιστής της Δι-επιστημονικής ομάδας λόγω υποστελέχωσης, μπορεί να του ζητήσει να

ασκήσει και καθήκοντα που δεν άπτονται του δικού του αντικειμένου, όπως ανάληψη διοικητικού ή γραμματειακού έργου. Εδώ πρέπει να σημειωθεί ότι η «Δυσκολία κατανόησης διαφορετικού τρόπου θέασης των περιστατικών» συνήθως λαμβάνει χώρα όταν οι επαγγελματίες είναι άπειροι, όπου δηλαδή δεν υπάρχει η σχετική «ζύμωση» με άλλους επαγγελματίες και δεν μπορούν ακόμη να αντιληφθούν άλλη οπτική θέασης του ίδιου περιστατικού πέραν της δικής τους.

Όσο για το ότι αρκετοί συμμετέχοντες πιστεύουν ότι η Δι-επιστημονική ομάδα αποτελεί μια «Χρονοβόρα διαδικασία» το εύρημα αυτό ήταν αναμενόμενο, καθώς οι περισσότερες μελέτες επιβεβαιώνουν το συγκεκριμένο εύρημα, καθώς όντως οι Δι-επιστημονικές ομάδες είναι χρονοβόρες, και συνήθως πραγματοποιούνται συγκεκριμένες ημέρες και ώρες, όπου δεσμεύονται αρκετοί επαγγελματίες να συμμετέχουν σε τακτική βάση σε αυτές, ενώ εκείνες τις ώρες θα μπορούσαν να κάνουν συνεντεύξεις με τα περιστατικά τους.

Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων πιστεύει σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό ότι ο Φορέας, στον οποίο απασχολούνται μπορεί να ανταπεξέλθει αποτελεσματικά σε τέτοια περιστατικά. Ίσως, το ποσοστό αυτό να ήταν ακόμη μεγαλύτερο προ της πανδημίας COVID-19, η οποία επέφερε περαιτέρω μείωση των δαπανών, καθώς η οικονομική κρίση βάθυνε. Αυτό αποτελεί ένα αισιόδοξο μήνυμα για την αποτελεσματική διαχείριση αυτών των περιστατικών, καθώς και μέσα από την βιβλιογραφία έχει αποδειχθεί η σημαντικότητα που έχει η αποτελεσματική ΔΕΣ και ΔΥΣ των υπηρεσιών ψυχικής υγείας και πρόνοιας με επίκεντρο τα παιδιά σε οικογένειες με γονεϊκή ψυχική ασθένεια και προβλήματα χρήσης ουσιών (Afzelius et al., 2017; Green et al., 2008).

Όπως παρουσιάστηκαν και λεπτομερώς στην βιβλιογραφία οι παρεμβάσεις που παρέχουν οι υφιστάμενες Υπηρεσίες για τις εξαρτημένες μητέρες διακρίνονται σε δύο βασικές προσεγγίσεις την ιατροκεντρική και την ψυχοκοινωνική (Πουλόπουλος, 2011). Σύμφωνα με τους συμμετέχοντες της έρευνας, οι κυριότερες παροχές που προσφέρουν στις Υπηρεσίες τους είναι η κοινωνική στήριξη και οι παραπομπές σε άλλες Υπηρεσίες και η ψυχολογική και συμβουλευτική υποστήριξη. Δηλαδή φαίνεται να επικρατεί η ψυχοκοινωνική προσέγγιση ως αυτή που υιοθετείται από την πλειοψηφία των Φορέων με περιστατικά εξαρτημένων μητέρων.

Σύμφωνα με τους Dow et al. (2017) και Reeves et al. (2018) σημαντική είναι και η δικτύωση και συνεργασία με άλλες Υπηρεσίες, καθώς με αυτόν τον τρόπο βελτιώνεται η πρόσβαση στις υπηρεσίες και μειώνονται τα κενά, ενώ επικρατεί και ισότητα στην παροχή των υπηρεσιών (Cooper et al., 2016). Για την αποτελεσματική διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους, οι συμμετέχοντες στην έρευνα υπογράμμισαν τους Φορείς με τους οποίους διατηρούν στενή συνεργασία και αυτοί είναι κυρίως οι

Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων, τα Νοσοκομεία, οι Φορείς Απεξάρτησης και οι Εισαγγελίες Ανηλίκων.

Ότι το μεγαλύτερο ποσοστό ΔΥΣ δόθηκε στους Κοινωνικούς Λειτουργούς ήταν αναμενόμενο, καθώς οι Κοινωνικοί Λειτουργοί παγκοσμίως έχουν ως μέρος των καθηκόντων τους την ΔΥΣ, αλλά άτυπα και οι Ψυχολόγοι συμβάλλουν στην ΔΥΣ, κυρίως σε επίπεδο ενημέρωσης κάποιων Φορέων σχετικά με την πρόοδο ή την πρόγνωση των περιστατικών τους. Για παράδειγμα, ένας Ψυχολόγος μπορεί να αναλάβει να επικοινωνήσει με τον Διευθυντή του Σχολείου που φοιτά το παιδί μιας εξαρτημένης μητέρας, για να την ενημερώσει για τις ιδιαίτερες ανάγκες του παιδιού της και την αναγκαιότητα εφαρμογής επιείκειας στην συγκεκριμένη περίπτωση, και φυσικά στην επιτακτική ανάγκη τήρησης της εμπιστευτικότητας των οικογενειακών συνθηκών του μαθητή προς αποφυγή στιγματισμού του από τους συμμαθητές τους και όχι μόνο. Σε περιπτώσεις παιδοψυχιατρικής διαταραχής του παιδιού της εξαρτημένης μητέρας, ο παιδοψυχίατρος συνήθως ενημερώνει εμπιστευτικά τον Διευθυντή του σχολείου που φοιτά ο μαθητής, όπου του δίνονται και οι ακόλουθες κατευθύνσεις διαχείρισης αυτού του περιστατικού. Ο Ψυχίατρος επίσης που παρακολουθεί την εξαρτημένη μητέρα ενίοτε επικοινωνεί με κάποιο μέλος της Δι-επιστημονικής ομάδας που διαχειρίζεται αυτή την περίπτωση για να ενημερώσει για την πρόοδο ή μη της εξαρτημένης μητέρας ως προς το Πρόγραμμα Απεξάρτησης που παρακολουθεί, για να λάβουν υπόψη αυτή την ενημέρωση στην πρότασή τους προς την Εισαγγελία Ανηλίκων για την καταλληλότητα άσκησης γονεϊκού ρόλου ή μη των εξαρτημένων μητέρων.

Οι απαντήσεις που κυρίως δόθηκαν ως προς με ποιες Υπηρεσίες συνήθως συνεργάζονται οι επαγγελματίες αναφορικά με τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους ήταν οι Κοινωνικές Υπηρεσίες των Δήμων. Αυτό συμβαίνει συχνά, διότι λαμβάνουν εντολή από την Εισαγγελία Ανηλίκων για να διεξάγουν Κοινωνική Έρευνα και να στείλουν εν συνεχεία την Κοινωνική Έκθεση τους, βάσει της οποίας κρίνεται αν θα απομακρυνθεί ένα παιδί προσωρινά από την οικογένειά του. Επίσης, αναμενόμενο ήταν το αμέσως επόμενο αποτέλεσμα, ότι συνεργάζονται με Νοσοκομεία, καθώς ο μεγαλύτερος αριθμός παιδιών από εξαρτημένες μητέρες φιλοξενείται για ένα χρονικό διάστημα σε Νοσοκομεία Παίδων, σε περιπτώσεις απομάκρυνσης τους από την οικογένεια, έως ότου οι Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί βρουν διαθέσιμη θέση σε κάποια Δομή φιλοξενίας για παιδιά και εφήβους. Φυσικά, εάν ο συμμετέχοντας εργαζόταν ο ίδιος σε Κοινωνική Υπηρεσία Δήμου ή σε κάποιο Νοσοκομείο Παίδων, τότε και πάλι είναι σύνηθες να συνεργάζεται με τον Φορέα απεξάρτησης που παρακολουθεί την εξαρτημένη μητέρα, για να ενημερωθεί εάν είναι σε θέση να αναλάβει τα γονεϊκά της καθήκοντα και άρα να επιστραφεί το παιδί στην οικογένεια.

Οι επαγγελματίες ανέφεραν ότι κατά κύριο λόγο η συνεργασία ξεκινάει από την δική τους Υπηρεσία, ενώ η επικοινωνία τους με την άλλη Υπηρεσία υλοποιείται μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Όπως ήταν λογικό, λόγω αυξημένου φόρτου εργασίας και άρα περιορισμένου χρόνου, η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων στην ΔΥΣ προτιμούν την «Τηλεφωνική Επικοινωνία», έναντι της χρονοβόρας «Διά ζώσης» επικοινωνίας. Το συγκεκριμένο εύρημα, δηλαδή ότι η συντριπτική πλειοψηφία δήλωσε ότι ξεκινάει από την δική τους Υπηρεσία είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, καθώς στην πραγματικότητα είναι εύκολο να διαπιστωθεί ότι δεν μπορεί να ισχύουν όλες οι προαναφερόμενες δηλώσεις, γιατί εάν η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων ανήκει στην Υπηρεσία που ξεκινάει την ΔΥΣ, τότε θα έπρεπε οι συμμετέχοντες της άλλης Υπηρεσίας να απαντήσουν και αυτοί στην πλειοψηφία τους «η Υπηρεσία που συνεργάζονται». Προφανώς, είτε κάποιοι συμμετέχοντες ήθελαν να αναδειχθούν ως οι πρωταγωνιστές της συνεργατικής σχέσης, είτε θεωρούσαν ότι το πρώτο βήμα που έκανε η άλλη Υπηρεσία δεν ήταν σημαντικό, και ότι θεωρούσα ότι η δική τους προσπάθεια ήταν αυτή που έπαιξε σημαντικό ρόλο στην συνεργατική τους σχέση.

Οι κύριοι λόγοι για τους οποίους συνεργάζονται με τις άλλες Υπηρεσίες είναι η παραπομπή και η κοινή επίλυση ενός περιστατικού. Το συγκεκριμένο αποτέλεσμα είναι αρκετά σύνηθες καθώς η Παραπομπή περιστατικού, ιδιαίτερα όσον αφορά στην ειδικότητα των Κοινωνικών Λειτουργών είναι συνήθης λόγος ΔΥΣ. Βέβαια, παγκοσμίως η ΔΥΣ συνδέεται με την Κοινή επίλυση ενός περιστατικού». Επίσης, το χαμηλό ποσοστό που δόθηκε στην «Ανταλλαγή στοιχείων και απόψεων πάνω σε περιστατικά» δεν προκαλεί έκπληξη, καθώς στην χώρα μας η Διασύνδεση μεταξύ Φορέων δεν είναι σύνηθες φαινόμενο, και η κάθε Υπηρεσία λειτουργεί ανεξάρτητα από το έργο που γίνεται πριν, μετά ή παράλληλα από άλλους Φορείς. Την τελευταία όμως δεκαετία -και ιδίως μετά την Πανδημία- η κατάσταση φαίνεται να αλλάζει, καθώς αξιοποιείται όλο και συχνότερα η τεχνολογική πρόοδος και αρκετοί Φορείς επικοινωνούν μέσω τηλεδιασκέψεων.

Τέλος, οι συμμετέχοντες αναφέρουν ότι για την ολοκληρωμένη διαχείριση ενός περιστατικού με κάποια άλλη Υπηρεσία θα επικοινωνήσουν 3-5 φορές. Το γεγονός ότι η πλειοψηφία των επαγγελματιών επικοινωνούν συνήθως «3-5» φορές είναι ελπιδοφόρο στοιχείο, καθώς δείχνει την αλλαγή στάσης στη χώρα μας, όπου προφανώς αναγνωρίζεται η αξία και η αναγκαιότητα της ΔΕΣ και της ΔΥΣ, για την ολιστική και αποτελεσματική διαχείριση περιστατικών γενικότερα και εν προκειμένω των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Οι συμμετέχοντες στην έρευνα δήλωσαν ότι στην συνεργασία τους με άλλους Φορείς κάποιοι παράγοντες συμβάλλουν στην ομαλή συνεργασία μεταξύ τους. Οι κυριότεροι από

αυτούς σύμφωνα με τους επαγγελματίες είναι η καλή επικοινωνία, ο καλός συντονισμός, ο αμοιβαίος σεβασμός και η επαρκής επαγγελματική ταυτότητα. Ακόμη, φαίνεται ότι οι Υπηρεσίες που ασχολούνται με τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους τείνουν να έχουν κοινούς στόχους και προτεραιότητες, όπου η συντριπτική πλειοψηφία φαίνεται να έχει θετική άποψη για αυτό.

Τα χαμηλά ποσοστά που δόθηκαν στο να υπάρχει αμοιβαία ανταλλαγή στοιχείων, σκέψεων και συναισθημάτων, αλλά και αμοιβαία εμπιστοσύνη και αισιόδοξο πνεύμα, ίσως οφείλονται στο ότι οι συμμετέχοντες θεωρούν αυτά τα στοιχεία ως αυτονόητα στην ΔΕΣ και στην ΔΥΣ. Οι Henderson et al. (2019) μέσα από τη μελέτη τους έχουν εντοπίσει ότι αυτοί οι παράγοντες συμβάλλουν σε μια αποτελεσματική συνεργασία των Υπηρεσιών μεταξύ τους για την επίτευξη ενός κοινού στόχου.

Επίσης, αξιολογήθηκε από τους συμμετέχοντες η ποιότητα της συνεργατικής σχέσης τους με τις άλλες Υπηρεσίες που συνεργάζονται. Εδώ επίσης, λαμβάνουμε ένα αισιόδοξο μήνυμα από τους επαγγελματίες, διότι κατά την συντριπτική τους πλειοψηφία χαρακτηρίζουν τη ποιότητα αυτής της σχέσης αρκετά καλή τόσο στη ΔΕΣ και στην ΔΥΣ.

Στον αντίποδα, όπως όλες οι συνεργατικές σχέσεις χαρακτηρίζονται και από κάποια εμπόδια έτσι και στην συγκεκριμένη έρευνα ζητήθηκε από τους επαγγελματίες να αξιολογήσουν τους κύριους επιβαρυντικούς παράγοντες που αντιμετωπίζουν στην συνεργασία τους με άλλες Υπηρεσίες. Ως το βασικότερο εμπόδιο υπογραμμίζουν τις υποστελεχωμένες Υπηρεσίες, ένα μείζον ζήτημα που παρατηρείται σε όλο και περισσότερες Υπηρεσίες. Αυτό καθιστά αρκετά δύσκολη την παροχή ολοκληρωμένης υποστήριξης στους θεραπευόμενους και το φόρτο εργασίας στο ήδη υπάρχων προσωπικό. Η απουσία κοινής γραμμής ήταν αναμενόμενη, καθώς η κάθε Υπηρεσία είναι σύνηθες φαινόμενο, καθώς υπάρχουν διαφορές στην οργανωσιακή κουλτούρα καθώς και άλλη ιεράρχηση των περιστατικών στους διαφορετικούς Φορείς. Σημαντικό εμπόδιο αποτελεί διαχρονικά και η ύπαρξη διαφορετικού εξυπηρετούμενου, όπου μπορεί να αισθανθούν οι επαγγελματίες στην ΔΥΣ ότι οφείλουν να προστατεύσει ο καθένας τον δικό του εξυπηρετούμενο. Όπως είναι λογικό, όσο πιο έμπειρο είναι το προσωπικό και ιδίως όταν έχει εξειδίκευση, μπορεί να ανταποκριθεί πιο αποτελεσματικά στην ΔΕΣ και στην ΔΥΣ. Επίσης, σύμφωνα με την βιβλιογραφία την επίτευξη ομαλής συνεργασίας μεταξύ των επαγγελματιών, εμποδίζουν αρκετοί παράγοντες και ποικίλες προκλήσεις, όπως οι διακριτοί επαγγελματικοί τομείς και ξεχωριστά συστήματα πληροφόρησης (Lingard et al., 2017).

Όπως προαναφέρθηκε, επικρατεί ανεπαρκής Διασύνδεση μεταξύ Υπηρεσιών, όχι μόνο σε αυτές που αφορούν στις Υπηρεσίες για τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, αλλά

γενικότερα στη χώρα μας. Ελπιδοφόρο είναι επίσης το υψηλό ποσοστό που δόθηκε στην απάντηση «Στοχευμένες Παρεμβάσεις βασισμένες σε Καλές Πρακτικές» καθώς αναδεικνύει ότι και στη χώρα μας την τελευταία δεκαετία καταβάλλεται σοβαρή προσπάθεια να βασίζεται η πρακτική σε τεκμηριωμένες Καλές Πρακτικές, όπως ανέκαθεν συνέβαινε στις πιο αναπτυγμένες χώρες παγκοσμίως. Για μια ακόμη φορά επισημαίνεται από τους συμμετέχοντες η σημασία και η αναγκαιότητα αποτελεσματικών και επαρκώς επανδρωμένων Υπηρεσιών. Αδιαμφισβήτητα η «Καλή συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον των περιστατικών» είναι και εκείνη σημαντική καθώς αρκετοί επέλεξαν αυτή την απάντηση και τέλος, σημαντικές θεωρήθηκαν και οι «Καλές συνεργατικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών».

Σημαντικά στοιχεία και χαρακτηριστικά των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους αποτέλεσαν ο μειωμένος αριθμός περιστατικών εξαρτημένων μητέρων που απευθύνεται σε Φορείς για θεραπεία και υποστήριξη. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι αρκετά ενδιαφέρον καθώς όπως διαφαίνεται παραπάνω σχεδόν οι μισοί των συμμετέχοντες ανέφεραν ότι διαχειρίζονται ένα πολύ μικρό ποσοστό περιστατικών. Ο μειωμένος αριθμός περιστατικών δικαιολογείται μέσα από την έρευνα του ΕΚΠΙΝΤ (2022), σύμφωνα την οποία μόλις το 1/5 του συνόλου των εξαρτημένων γυναικών-μητέρων απευθύνονται για θεραπεία. Το κοινωνικό στίγμα και οι διακρίσεις που συνοδεύουν τις εξαρτημένες γυναίκες, σε συνδυασμό με άλλους επιβαρυντικούς παράγοντες που αντιμετωπίζουν όπως την σεξουαλική κακοποίηση, το φόβο απώλειας της επιμέλειας των παιδιών τους και άλλων πολλών, καθιστούν δύσκολη την πρόσβαση για θεραπεία (UNODC, 2023). Παρατηρείται επίσης μια σταθερή πορεία όσον αφορά τα περιστατικά, καθώς η συντριπτική πλειοψηφία των συμμετεχόντων δεν έχει παρατηρήσει μείωση ή αύξηση περιστατικών στην Υπηρεσία που απασχολείται.

Οι μητέρες αυτές που απευθύνονται για θεραπεία, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, προέρχονται στην συντριπτική πλειοψηφία τους από την Ελλάδα. Το συγκεκριμένο εύρημα είναι ιδιαίτερα ενδιαφέρον, καθώς πλέον η Ελλάδα αποτελεί πολυπολιτισμική κοινωνία, λόγω του υψηλού αριθμού τόσο οικογενειών μεταναστών, αλλά και οικογενειών προσφύγων. Οι εξαρτημένες μητέρες βρίσκονται συνήθως στην αναπαραγωγική τους ηλικία, είναι δηλαδή κατά κύριο λόγο 19-45 ετών, γεγονός που συμφωνεί με την έρευνα της SAMHSA (2011), όπου η συντριπτική πλειοψηφία των γυναικών που κάνουν χρήση ουσιών βρίσκεται σε αυτή τη περίοδο της ζωής τους.

Επίσης, οι περισσότερες μητέρες έχουν περιορισμένα ή και μηδενικά κοινωνικά δίκτυα υποστήριξης από φίλους ή συγγενείς και πολύ συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα επιβίωσης και είναι άστεγες. Παγκοσμίως, -όπως έχει ήδη προαναφερθεί- οι εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, λόγω της ιδιαιτερότητας της κατάστασης τους, και πιο συγκεκριμένα ότι συχνά

προβαίνουν σε παραβατικές πράξεις για την διασφάλιση του απαιτούμενου χρηματικού ποσού για την αγορά της ναρκωτικής ουσίας που παίρνουν, οι συγγενείς, φίλοι και συνεργάτες τους σταδιακά απομακρύνονται από κοντά τους. Επιπλέον, ότι ένα μεγάλο ποσοστό εξαρτημένων μητέρων αντιμετωπίζει προβλήματα επιβίωσης, κατάστασης που συχνά είναι απόρροια της έλλειψης άτυπου δικτύου φροντίδας. Ενδιαφέρον εύρημα αποτελεί το γεγονός ότι αρκετοί συμμετέχοντες έχουν βιώσει τραυματισμούς που φαίνεται να είναι αποτέλεσμα βίαιης επίθεσης. Το τελευταίο εύρημα, συσχετίζεται με τα προηγούμενα αποτελέσματα, καθώς όταν οι εξαρτημένες μητέρες δεν διαμένουν με την οικογένεια τους και είναι άστεγες, ήταν λογικό να ανήκουν στις ευάλωτες ομάδες -δηλαδή στις ομάδες υψηλού κινδύνου- και άρα να ήταν θύματα κακοποιητικών συμπεριφορών. Επιπροσθέτως, εάν δεν εργάζονται είναι δύσκολη και πρόσβαση σε ιατρική φροντίδα, και άρα το ποσοστό 11.2% που δόθηκε ήταν δικαιολογημένο.

Οι άστεγες μητέρες, καταφεύγουν συχνά σε επικίνδυνες πρακτικές για να εξασφαλίσουν την δόση τους και έρχονται αντιμέτωπες με σημαντικές δυσκολίες, όπως η σεξουαλική εκμετάλλευση, ο κίνδυνος για τη ζωή τους και τα σοβαρά προβλήματα υγείας. Το 1/3 των συμμετεχόντων ανέφερε ότι οι εξαρτημένες μητέρες είναι θύματα σεξουαλικής εκμετάλλευσης ή θύματα trafficking. Ότι οι εξαρτημένες μητέρες συχνά διατρέχουν κίνδυνο για την ζωή τους διαφάνηκε και στην προηγούμενη ερώτηση, αφού συχνά είναι θύματα τραυματισμού, ιδίως εκείνες οι εξαρτημένες γυναίκες που είναι άστεγες. Αναπόφευκτο γεγονός όλων αυτών των δυσμενών συνθηκών ζωής μεγάλου ποσοστού εξαρτημένων μητέρων είναι η εμφάνιση σοβαρών προβλημάτων υγείας, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις που η εξαρτημένη μητέρα είναι θύμα trafficking ή είναι ιερόδουλη (Girchenko et al., 2015).

Σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες ανέφεραν ότι τα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων είναι κυρίως στην βρεφική έως και προεφηβική ηλικία. Πιθανά, ο λόγος αυτού του αποτελέσματος σχετίζεται με το γεγονός ότι τα περισσότερα παιδιά εξαρτημένων μητέρων έχουν απομακρυνθεί από τις οικογένειες τους και έχουν δοθεί με προσωρινή επιμέλεια σε Δομές Παιδικής Προστασίας, όπου εν συνεχεία στις περισσότερες περιπτώσεις αν η μητέρα συνεχίζει να είναι εξαρτημένη, τότε αναλαμβάνει η Νομική Υπηρεσία του Πλαισίου Παιδικής Προστασίας να προβεί σε σταδιακή άρση της επιμέλειας του/των Γονέα/ων για να μπορέσουν τα παιδιά τους να δοθούν σε ανάδοχη οικογένεια ή για υιοθεσία.

Τα παιδιά αυτά συνήθως δεν διαμένουν με την εξαρτημένη μητέρα τους, σύμφωνα πάντα με τις δηλώσεις των συμμετεχόντων επαγγελματιών. Όπως αναδεικνύεται από την παρούσα έρευνα τα 2/3 του δείγματος ανέφεραν ότι τα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων στη χώρα μας απομακρύνονται από τις οικογένειες τους, καθώς το γονεϊκό περιβάλλον κρίνεται ακατάλληλο. Αντίθετα, ένα στα δύο παιδιά εξαρτημένων μητέρων διαμένει με τους μητρικούς

παππούδες και γιαγιάδες, ενώ ένα μεγάλο ποσοστό φιλοξενείται σε Πλαίσια Παιδικής Προστασίας. Εξάλλου, τα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων πολλές φορές οδηγούνται σε δομές φιλοξενίας ή τοποθετούνται σε ανάδοχες οικογένειες (Φαρμακοπούλου, 2017), ενώ σε πολλά Μεσογειακά κράτη την ανατροφή των παιδιών αναλαμβάνουν οι μητρικοί παππούδες και γιαγιάδες (Σφηκάκη, 2017). Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, σε περίπτωση που οι γονείς κριθούν ακατάλληλοι από την Εισαγγελία Ανηλίκων, πραγματοποιούν μια σειρά συναντήσεων με τους συγγενείς α΄ βαθμού, και κυρίως με τους μητρικούς και τους πατρικούς γονείς και μόνο εάν δεν μπορούν να αναλάβουν εκείνοι την προσωρινή επιμέλεια των εγγονών τους, εξετάζεται η καταλληλότητα μητρικών ή και πατρικών θείων και λοιπών συγγενών.

Όσον αφορά την Επαγγελματική Εξουθένωση μέσα από συστηματική ανασκόπηση και μετα-ανάλυση (O'Connor et al., 2018), έχει αποδειχθεί ότι οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με άλλους επαγγελματίες. Ωστόσο, στην παρούσα έρευνα οι επαγγελματίες παρουσιάζουν χαμηλή συναισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση και υψηλά επίπεδα προσωπικών επιτευγμάτων, γεγονός που αποδεικνύει ότι δεν είναι επιβαρυνμένοι οι επαγγελματίες του δείγματος με συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, οι επαγγελματίες της έρευνας δείχνουν να έχουν υψηλά ποσοστά Ψυχικής Ανθεκτικότητας, γεγονός που τους καθιστά ικανούς να προσαρμόζονται στις αντιξοότητες που αντιμετωπίζουν στην Υπηρεσία τους στα δύσκολα περιστατικά των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Η πρώτη ερευνητική υπόθεση που εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη ήταν ότι η πλειοψηφία των συνεργατικών σχέσεων ΔΕΣ και ΔΥΣ στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους έχουν σοβαρές ελλείψεις και χαρακτηρίζονται από μειωμένη αποτελεσματικότητα. Μέσα από την έρευνα προκύπτει ότι οι επαγγελματίες, παρά την ύπαρξη των όποιων επιβαρυντικών παραγόντων, χαρακτηρίζουν αρκετά καλές τις συνεργατικές σχέσεις και τον Φορέα στον οποίο απασχολούνται να ανταποκρίνεται σε ικανοποιητικό βαθμό στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Έτσι, επιβεβαιώνεται η δεύτερη ερευνητική υπόθεση, σύμφωνα με την οποία οι καλές συνεργατικές σχέσεις, οι οποίες χαρακτηρίζονται από την σχέση ισότητας και την σημαντικότητα του κάθε επαγγελματία στην δι-επιστημονική ομάδα, βοηθούν στην αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών από τους Φορείς. Συγκεκριμένα, οι καλές συνεργατικές σχέσεις, οι οποίες διέπονται από το βαθμό ικανοποίησης των επαγγελματιών περί ισότητας και ποιότητας, συμβάλουν σε στατιστικά σημαντικό βαθμό στην αποτελεσματικότητα διαχείρισης περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους.

Σύμφωνα με την τρίτη υπόθεση η χαμηλή αποτελεσματικότητα που συνεπάγεται κακή ΔΕΣ και ΔΥΣ, οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση. Οπότε μπορεί να ειπωθεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για τη μη αποτελεσματική διαχείριση των περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Από την έρευνα προέκυψε ότι η μια διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης και συγκεκριμένα τα προσωπικά επιτεύγματα συσχετίζονται με την αποτελεσματικότητα σε στατιστικά σημαντικό βαθμό ($p=.027$). Δηλαδή, όσο πιο αποτελεσματική είναι η διαχείριση ενός περιστατικού τόσο υψηλότερα είναι τα επίπεδα των προσωπικών επιτευγμάτων των επαγγελματιών ($Rho=0.231$).

Ενώ και η ανθεκτικότητα σημειώνει εξίσου υψηλά επίπεδα στην αυτοπεποίθηση ($Rho=0.276; p=.008$), στην αυτό-αποτελεσματικότητα ($Rho=0.233; p=0.026$) και τη συνολική ανθεκτικότητα ($Rho=0.286; p=.006$). Στις διαστάσεις της ψυχικής ανθεκτικότητας το αίσθημα αποτελεσματικότητας των επαγγελματιών στη διαχείριση των περιστατικών που διαχειρίζονται επιδρά θετικά στην αυτοπεποίθηση, στην αυτό-αποτελεσματικότητα και τη συνολική ανθεκτικότητα. Ενώ από τα δημογραφικά στοιχεία, το φύλο επιδρά στην αυτό-αποτελεσματικότητα και τη συνολική ανθεκτικότητα και τα έτη προϋπηρεσίας επιδρούν θετικά στην αυτό-αποτελεσματικότητα. Επομένως, η ψυχική ανθεκτικότητα των επαγγελματιών μπορεί να θεωρηθεί ως θετικός προγνωστικός παράγοντας για την αποτελεσματική διαχείριση περιστατικών, γεγονός που επιβεβαιώνει την τέταρτη υπόθεση.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας δεν προέκυψε κάποιο στατιστικά σημαντικό συμπέρασμα σχετικά με τα έτη προϋπηρεσίας των επαγγελματιών και την συσχέτιση τους με την ψυχική ανθεκτικότητα, γεγονός που δεν αποδεικνύει την πέμπτη υπόθεση της έρευνας. Αντίθετα, βρέθηκε θετική συσχέτιση σε ότι αφορά την ηλικία. Έτσι, οι μεγαλύτεροι ηλικιακά επαγγελματίες σκοράρουν υψηλότερα στην αυτοπεποίθηση ($Rho =0.259; p=.013$) και στη συνολική ανθεκτικότητα ($Rho=0.234; p.025$). Ενώ, όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, όσο μεγαλύτεροι είναι οι συμμετέχοντες τόσο χαμηλότερες τιμές αναμένονται στη συναισθηματική εξάντληση ($Rho =-0.330; p=.001$), και την αποπροσωποποίηση ($Rho=-0.312; p<.001$) και υψηλότερες στα προσωπικά επιτεύγματα ($Rho=0.218; p=.043$). Οπότε, σύμφωνα με την έκτη υπόθεση οι πιο μεγάλοι επαγγελματίες είναι πιο ανθεκτικοί και εμφανίζουν λιγότερα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους σε σχέση με τους νεότερους.

Επιπρόσθετα, δεν προέκυψε από την έρευνα κάποιο στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα σε ότι αφορά τις διαφοροποιήσεις του φύλου και της ειδικότητας, καθώς οι επαγγελματίες τείνουν να έχουν παρόμοιες απόψεις και να αξιολογούν με τον ίδιο τρόπο την

αποτελεσματικότητα του Φορέα, στον οποίο απασχολούνται. Αναφορικά με το μη προσδοκώμενο αποτέλεσμα που αφορά στην συσχέτιση χαμηλής συναισθηματικής εξάντλησης και υψηλού αριθμού περιστατικών πιθανά το συγκεκριμένο εύρημα οφείλεται στο ότι οι έμπειροι ειδικοί ψυχικής υγείας διαθέτουν τις απαραίτητες δεξιότητες αποφυγής συναισθηματικής εξάντλησης και αυτός ο ισχυρισμός διαφαίνεται ότι όντως ευσταθεί αφού τα ποσοστά της αποπροσωποποίησης είναι επίσης χαμηλά.

Στην έρευνα ζητήθηκε από τους επαγγελματίες να παραθέσουν κάποιες προτάσεις σχετικά με την βελτίωση της διαχείρισης των περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Οι περισσότερες απόψεις των συμμετεχόντων εστίασαν σε προτάσεις όπως την ανάγκη για δημιουργία περισσότερων δομών για την υποστήριξη τόσο των εξαρτημένων μητέρων όσο και των παιδιών τους. Επίσης, την εκπαίδευση των επαγγελματιών σε θέματα που αφορούν τις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους, την παροχή εποπτείας σε αυτούς, την ενίσχυση των συνεργατικών τους σχέσεων, την θέσπιση νομοθεσίας για την προστασία αυτού του πληθυσμού, τις κρατικές ενισχύσεις και την ευαισθητοποίηση των σχολικών μονάδων πάνω σε τέτοια ζητήματα. Ενδεικτικά ένας συμμετέχοντας δήλωσε:

«Για την διαχείριση περιστατικών μητέρων που κάνουν χρήση, χρειάζεται να δίνεται άμεση προτεραιότητα σε αυτά τα περιστατικά από τις Υπηρεσίες και τα προγράμματα απεξάρτησης, να οργανώνουν τις ιατρικές εξετάσεις που απαιτούνται για την ένταξη των μητέρων στα προγράμματα προκειμένου να ελαχιστοποιείται ο χρόνος αναμονής και να λαμβάνονται συντονισμένες αποφάσεις με τις υπηρεσίες που φιλοξενούνται τα παιδιά των μητέρων, που να εμπεριέχουν τόσο το όφελος των μητέρων όσο και το όφελος και τα δικαιώματα των παιδιών»

Επιπλέον, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να προτείνουν και κάποιους τρόπους βελτίωσης των συνεργατικών τους σχέσεων με άλλες Υπηρεσίες. Εδώ οι απόψεις που ακούστηκαν, εστίαζαν στη διασύνδεση των Υπηρεσιών και την ανταλλαγή απόψεων για την διαχείριση των περιστατικών και ευαισθητοποίηση τους πάνω σε ζητήματα που τους αφορούν. Ακόμη, η ανάγκη για αναγνώριση των Φορέων που υπάρχουν και των υπηρεσιών που παρέχουν και ενημέρωση για το νομικό τους πλαίσιο και θεσμοθέτηση της συνεργασίας μεταξύ τους με κοινά πρωτόκολλα. Ένας συμμετέχοντας επισήμανε επίσης και την ανάγκη για την χρήση της τεχνολογίας, αναφέροντας χαρακτηριστικά:

«Να επισημοποιηθεί η διασύνδεση ηλεκτρονικά μεταξύ των υπηρεσιών, όπως έγινε στην περίπτωση της αναδοχής και της υιοθεσίας».

Από τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν στην παρούσα έρευνα για την αξιολόγηση των ερευνητικών υποθέσεων, φάνηκε ότι δεν προέκυψε κάποια στατιστικά

σημαντικά διαφορά, όμως δεν μπορούμε να πούμε ότι τα αποτελέσματα την έρευνας δεν πρόσφεραν ένα σημαντικό ερευνητικό αποτύπωμα πάνω σε ένα σημαντικό θέμα, που αφορά τις υπάρχουσες συνεργατικές σχέσεις των επαγγελματιών ψυχικής υγείας πάνω σε περιστατικά εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Η αποτελεσματική συνεργασία των ειδικών ψυχικής υγείας που απασχολούνται με περιστατικά εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους αδιαμφισβήτητα συμβάλει σημαντικά στην προαγωγή της ψυχικής υγείας τόσο των παιδιών των εξαρτημένων μητέρων, όσο και στην υγεία αυτών των γυναικών.

4.2. Περιορισμοί Έρευνας

Η παρούσα έρευνα αποτέλεσε μια πρωτότυπη προσπάθεια για την διερεύνηση των συνεργατικών σχέσεων μεταξύ επαγγελματιών ψυχικής υγείας και Υπηρεσιών, οι οποίες αναλαμβάνουν περιστατικά εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Ωστόσο, θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν και κάποιοι μεθοδολογικοί περιορισμοί που προέκυψαν στην έρευνα.

Η υποστελέχωση των Υπηρεσιών και κατά συνέπεια ο φόρτος εργασίας των επαγγελματιών, συνέβαλαν στην μη συμμετοχή του καθολικού δείγματος, καθώς υπήρξαν κάποιοι ειδικοί ψυχικής υγείας οι οποίοι είχαν αρχικά συναινέσει να συμμετέχουν στην έρευνα, αλλά τελικά δεν κατάφεραν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

Ένας ακόμη περιορισμός της μελέτης αφορά στα εργαλεία συλλογής δεδομένων. Συγκεκριμένα, μέσα από βιβλιογραφική διερεύνηση, δεν ανιχνεύθηκαν εξειδικευμένα εργαλεία για την αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των συνεργατικών σχέσεων μεταξύ επαγγελματιών και Υπηρεσιών και για αυτό τον λόγο εκπονήθηκε ένα αυτοσχέδιο ερωτηματολόγιο το οποίο και χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες επαγγελματίες της μελέτης.

4.3. Συμπεράσματα

Όπως διαφάνηκε από την παρούσα έρευνα και από την σχετική βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ΔΕΣ και η ΔΥΣ αποτελούν επιτακτική ανάγκη για την ολιστική διαχείριση και υποστήριξη των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που απασχολούνται στους εμπλεκόμενους Φορείς, οι οποίοι διαχειρίζονται τέτοιου είδους περιστατικά, καλούνται σε τακτική βάση να δράσουν αποτελεσματικά, κατέχοντας ομαδικό πνεύμα, καλή επικοινωνία, καλό συντονισμό και αμοιβαίο σεβασμό.

Ως ειδικοί ψυχικής υγείας έρχονται συχνά όμως αντιμέτωποι με πολύπλοκες και σύνθετες καταστάσεις, οι οποίες δυσχεραίνουν το έργο τους. Η υφιστάμενη υποστελέχωση

των επαγγελματιών λειτουργεί ως επιβαρυντικός παράγοντας στην αποτελεσματικότητα του έργου τους και καθιστά αναγκαία την επάνδρωση των Υπηρεσιών με εξειδικευμένο προσωπικό, καθώς ελλοχεύει ο κίνδυνος εμφάνισης συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο σχεδιασμός προγραμμάτων ενδυνάμωσης και ενίσχυσης της ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών συμπεραίνεται ότι αποτελεί μονόδρομο, προκειμένου οι επαγγελματίες να ανταπεξέρχονται στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν. Εξάλλου, όταν οι ειδικοί ψυχικής υγείας διαθέτουν αυτά τα χαρακτηριστικά γίνονται πιο αποτελεσματικοί και κατά συνέπεια επωφελούνται από τις Καλές Πρακτικές τους και οι εξυπηρετούμενοι τους.

Η παρούσα μελέτη ευελπιστεί να συμβάλλει στον εμπλουτισμό της ισχνής υπάρχουσας βιβλιογραφίας στο συγκεκριμένο πεδίο, καθώς το μείζον ζήτημα της ΔΕΣ και της ΔΥΣ πάνω στα συγκεκριμένα περιστατικά των εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους δεν είχε ερευνηθεί έως σήμερα στην Ελλάδα. Άρα, η έρευνα έχει ως απώτερο στόχο να αποτελέσει ένα έναυσμα βελτίωσης των υποστηρικτικών και πρακτικών υπηρεσιών που προσφέρονται στις εξαρτημένες μητέρες και τα παιδιά τους και άρα στην προαγωγή της υγείας τους.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Aburn, G., Gott, M., & Hoare, K. (2016). What is resilience? An Integrative Review of the empirical literature. *Journal of Advanced Nursing*, 72(5), 980–1000. <https://doi.org/10.1111/jan.12888>
- Afzelius, M., Östman, M., Råstam, M., & Priebe, G. (2017). Parents in adult psychiatric care and their children: A call for more interagency collaboration with social services and child and adolescent psychiatry. *Nordic Journal of Psychiatry*, 72(1), 31–38. <https://doi.org/10.1080/08039488.2017.1377287>
- Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Ambrose-Miller, W., & Ashcroft, R. (2016). Challenges Faced by Social Workers as Members of Interprofessional Collaborative Health Care Teams: Table 1: *Health & Social Work*, 41(2), 101–109. <https://doi.org/10.1093/hsw/hlw006>
- Angel, S. & Angel, P. (2010). *Οι τοξικοεξαρτημένοι και οι οικογένειες τους: μια συστημική προσέγγιση*. Αθήνα: University Studio Press.
- Βωνιάτη, Λ., Αρμოსτής, Σ., Γεωργίου, Ρ., & Ταφιάδης, Δ. (2022, Ιανουάριος). Συνεργατική προσέγγιση στη διεπιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας. *Archives of Hellenic Medicine / Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 39(1), 129. <https://openurl.ebsco.com/contentitem/gcd:155273259?sid=ebsco:plink:crawler&id=ebsco:gcd:155273259>
- Bardoel, E. A., Pettit, T. M., De Cieri, H., & McMillan, L. (2014). Employee resilience: An emerging challenge for HRM. *Asia Pacific Journal of Human Resources*, 52(3), 279–297. <https://doi.org/10.1111/1744-7941.12033>
- Behnke, M., Smith, V. C., Committee on Substance Abuse, & Committee on Fetus and Newborn. (2013). Prenatal substance abuse: Short- and long-term effects on the exposed fetus. *Pediatrics*, 131(3), e1009-1024. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-3931>
- Berry, K., & Danquah, A. (2016). Attachment-informed therapy for adults: Towards a unifying perspective on practice. *Psychology and Psychotherapy*, 89(1), 15–32. <https://doi.org/10.1111/papt.12063>
- Bowlby, J. (1988). *A secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. New York: Basic Books, 137-157.

- Γιαννούσης Γ., (2008), Διερεύνηση της τοξικοεξαρτημένης προσωπικότητας, Εξαρτήσεις, Επιστημονική Περιοδική Έκδοση για Θέματα Εξαρτήσεων, τεύχος 13, σ.σ 24-55, Κ.Ε.Θ.Ε.Α. <https://doi.org/10.57160/PXWC1218>
- Cameron, A., Lart, R., Bostock, L., & Coomber, C. (2014). Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: A review of research literature. *Health & Social Care in the Community*, 22(3), 225–233. <https://doi.org/10.1111/hsc.12057>
- Capurso, N. A., & Shorter, D. I. (2017). Changing attitudes in graduate medical education: A commentary on Attitudes towards Substance Use and Schizophrenia by Avery et al. *The American Journal on Addictions*, 26(1), 83–86. <https://doi.org/10.1111/ajad.12485>
- Cataldo, I., Azhari, A., Coppola, A., Bornstein, M. H., & Esposito, G. (2019). The Influences of Drug Abuse on Mother-Infant Interaction Through the Lens of the Biopsychosocial Model of Health and Illness: A Review. *Frontiers in Public Health*, 7, 45. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2019.00045>
- Cerdá, M., Gaidus, A., Keyes, K. M., Ponicki, W., Martins, S., Galea, S., & Gruenewald, P. (2017). Prescription opioid poisoning across urban and rural areas: Identifying vulnerable groups and geographic areas: Geography of prescription opioid poisoning. *Addiction*, 112(1), 103–112. <https://doi.org/10.1111/add.13543>
- Chandler, A., Whittaker, A., Cunningham-Burley, S., Williams, N., McGorm, K., & Mathews, G. (2013). Substance, structure and stigma: Parents in the UK accounting for opioid substitution therapy during the antenatal and postnatal periods. *The International Journal on Drug Policy*, 24(6), e35-42. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2013.04.004>
- Chang, S., Picco, L., Abdin, E., Yuan, Q., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2019). Resilience and associative stigma among mental health professionals in a tertiary psychiatric hospital: A cross-sectional study in Singapore. *BMJ Open*, 9(12), e033762. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033762>
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. New York: Preager.
- Choi, B. C. K., & Pak, A. W. P. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine. Medecine Clinique Et Experimentale*, 29(6), 351–364.
- Chou, J. L., Beeler-Stinn, S., Diamond, R. M., & Cooper-Sadlo, S. (2014). Heroin and Post-Traumatic Stress Disorder in a Women’s Treatment Facility: An Exploratory Study.

- Journal of Feminist Family Therapy*, 26(3), 138–162.
<https://doi.org/10.1080/08952833.2014.933696>
- Chou, J. L., Cooper-Sadlo, S., Diamond, R. M., Muruthi, B. A., & Beeler-Stinn, S. (2020). An Exploration of Mothers' Successful Completion of Family-Centered Residential Substance Use Treatment. *Family Process*, 59(3), 1113–1127.
<https://doi.org/10.1111/famp.12501>
- Cleveland, L. M., Bonugli, R. J., & McGlothen, K. S. (2016). The Mothering Experiences of Women With Substance Use Disorders. *ANS. Advances in Nursing Science*, 39(2), 119–129. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000118>
- Cooper, M., Evans, Y., & Pybis, J. (2016). Interagency collaboration in children and young people's mental health: A systematic review of outcomes, facilitating factors and inhibiting factors. *Child: Care, Health and Development*, 42(3), 325–342.
<https://doi.org/10.1111/cch.12322>
- Cropanzano, R., Anthony, E. L., Daniels, S. R., & Hall, A. V. (2017). Social Exchange Theory: A Critical Review with Theoretical Remedies. *Academy of Management Annals*, 11(1), 479–516. <https://doi.org/10.5465/annals.2015.0099>
- Διλιντάς, Α. (2010). Μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό ενός πανεπιστημιακού νοσοκομείου. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 27(3): 498-508.
- Δρακάκη, Ε. (2017, Μάιος-Δεκέμβριος). Η εμπειρία από τη λειτουργία του πιλοτικού προγράμματος «Υποστήριξη & Φροντίδα Γονέων / Μελών ΟΚΑΝΑ & των Παιδιών τους»: Προβληματισμοί και Προοπτικές. Αθήνα: Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 7,8.
- Δρόσου, Γ. (2018). Η διερεύνηση της γέννησης παιδιού ως παράγοντα διακοπής χρήσης σε μητέρες χρήστριες. Αθήνα: Εξαρτήσεις Νο 28.
- Daley, D. C. (2013). Family and social aspects of substance use disorders and treatment. *Journal of Food and Drug Analysis*, 21(4), S73–S76.
<https://doi.org/10.1016/j.jfda.2013.09.038>
- De Hert, S. (2020). Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies. *Local and Regional Anesthesia*, 13, 171–183.
<https://doi.org/10.2147/LRA.S240564>
- Dow, A. W., Zhu, X., Sewell, D., Banas, C. A., Mishra, V., & Tu, S.-P. (2017). Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking. *Journal of Interprofessional Care*, 31(6), 677–678.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1344048>

- Ευρωπαϊκό Κέντρο Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας (ΕΚΠΙΝΤ/EMCDDA). (2012). *Η κατάσταση των προβλημάτων των ναρκωτικών στην Ευρώπη. Ετήσια Έκθεση*. Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Λουξεμβούργο.
- ΕΚΠΙΝΤ. (2017). *Ετήσια Ευρωπαϊκή Έκθεση για τα Ναρκωτικά - Τάσεις και Εξελίξεις*. Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Λουξεμβούργο.
- ΕΚΠΙΝΤ. (2021). *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά 2021: Τάσεις και εξελίξεις*. Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Λουξεμβούργο.
- ΕΚΠΙΝΤ. (2022). *Ευρωπαϊκή έκθεση για τα ναρκωτικά 2022: Τάσεις και εξελίξεις*. Υπηρεσία Εκδόσεων της Ευρωπαϊκής Ένωσης: Λουξεμβούργο.
- Εθνικό Κέντρο Τεκμηρίωσης & Πληροφόρησης για τα Ναρκωτικά (ΕΚΤΕΠΙΝ). (2011). *Κατευθυντήριες Γραμμές και Σχεδιασμός Παρεμβάσεων Εγχειρίδιο για την Πρόληψη της Ουσιοεξάρτησης*. Αθήνα: ΕΚΤΕΠΙΝ-ΕΠΙΨΥ-ΟΚΑΝΑ.
- ΕΚΤΕΠΙΝ. (2022). *Η κατάσταση του προβλήματος των ναρκωτικών και των οιοπνευματωδών στην Ελλάδα. Σύνοψη. Ετήσια Έκθεση 2022*. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ.
- Earnshaw, V., Smith, L., & Copenhaver, M. (2013). Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 11(1), 110–122. <https://doi.org/10.1007/s11469-012-9402-5>
- Edelwich J., & Brodsky A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.
- Edwards, A. (2011). Building common knowledge at the boundaries between professional practices: Relational agency and relational expertise in systems of distributed expertise. *International Journal of Educational Research*, 50(1), 33–39. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2011.04.007>
- Engum, S. A., & Jeffries, P. R. (2012). Interdisciplinary collisions: Bringing healthcare professionals together. *Collegian (Royal College of Nursing, Australia)*, 19(3), 145–151. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2012.05.005>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA). (2012). *Pregnancy, child-care, and the family: Key issues for Europe's response to drugs-Selected Issue*. Lisbon.
- Farmakopoulou, N. (2002a). What Lies Underneath? An Inter-organizational Analysis of Collaboration between Education and Social Work. *The British Journal of Social Work*, 32(8), 1051–1066.

- Farmakopoulou, N. (2002b). Using an integrated theoretical framework for understanding inter-agency collaboration in the special educational needs field. *European Journal of Special Needs Education, 17*(1), 49–59. <https://doi.org/10.1080/08856250110099015>
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Fewster-Thuente, L., & Velsor-Friedrich, B. (2008). Interdisciplinary collaboration for healthcare professionals. *Nursing Administration Quarterly, 32*(1), 40–48. <https://doi.org/10.1097/01.NAQ.0000305946.31193.61>
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological Resilience: A Review and Critique of Definitions, Concepts, and Theory. *European Psychologist, 18*(1), 12–23. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Fluyau, D., & Charlton, T. E. (2023). Drug Addiction. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK549783/>
- Folke, C. (2016). Resilience (Republished). *Ecology and Society, 21*(4). <https://www.jstor.org/stable/26269991>
- Forbes, J., & Watson, C. (2012). *The Transformation of Children's Services: Examining and Debating the Complexities of Inter/Professional Working*. Routledge.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues, 30*(1), 159–165. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
- Galanakis, M., Moraitou, M., Garivaldis, F. J., & Stalikas, A. (2009). Factorial Structure and Psychometric Properties of the Maslach Burnout Inventory (MBI) in Greek Midwives. *Europe's Journal of Psychology, 5*(4), 52–70. <https://doi.org/10.5964/ejop.v5i4.240>
- Gardner, S. (1999). *Beyond collaboration to results: Hard choice in the future of service to children and families*. Tempe and Fullerton: Arizona Prevention Resource Center and the Center for Collaboration for Children, California State University.
- Geschiere, M., Spijkerman, R., & Glopper, A. (2017). RISK OF PSYCHOSOCIAL PROBLEMS IN CHILDREN WHOSE PARENTS RECEIVE OUTPATIENT SUBSTANCE ABUSE TREATMENT. *International Journal of Child, Youth and Family Studies, 8*, 11. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs82201717723>
- Girchenko, P., Ompad, D. C., Bismukhametov, D., & Gensburg, L. (2015). Association between Pregnancy and Active Injection Drug Use and Sex Work among Women

- Injection Drug Users in Saint Petersburg, Russia. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 92(3), 548–558. <https://doi.org/10.1007/s11524-015-9954-3>
- Gocan, S., Laplante, M. A., & Woodend, K. (2014). Interprofessional Collaboration in Ontario's. Family Health Teams: A Review of the Literature. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education.*, 3, 1–19. <https://doi.org/10.22230/jripe.2014v3n3a131>
- Green, B. N., & Johnson, C. D. (2015). Interprofessional collaboration in research, education, and clinical practice: Working together for a better future. *The Journal of Chiropractic Education*, 29(1), 1–10. <https://doi.org/10.7899/JCE-14-36>
- Green, B. L., Rockhill, A., & Burrus, S. (2008). The role of interagency collaboration for substance-abusing families involved with child welfare. *Child Welfare*, 87(1), 29–61.
- Haddara, W., & Lingard, L. (2013). Are we all on the same page? A discourse analysis of interprofessional collaboration. *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges*, 88(10), 1509–1515. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182a31893>
- Hämmig, O. (2018). Explaining burnout and the intention to leave the profession among health professionals—A cross-sectional study in a hospital setting in Switzerland. *BMC Health Services Research*, 18(1), 785. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3556-1>
- Hartog, C. S. (2019). Burnout-a call for action. *Medizinische Klinik, Intensivmedizin Und Notfallmedizin*, 114(8), 693–698. <https://doi.org/10.1007/s00063-017-0362-1>
- Hatler, C., & Sturgeon, P. (2013). Resilience Building: A Necessary Leadership Competence. *Nurse Leader*, 11, 32–34, 39. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2013.05.007>
- Henderson, J., Javanparast, S., Baum, F., Freeman, T., Fuller, J., Ziersch, A., & Mackean, T. (2019). Interagency collaboration in primary mental health care: Lessons from the Partners in Recovery program. *International Journal of Mental Health Systems*, 13(1), 37. <https://doi.org/10.1186/s13033-019-0297-4>
- Houtepen, L. C., Heron, J., Suderman, M. J., Fraser, A., Chittleborough, C. R., & Howe, L. D. (2020). Associations of adverse childhood experiences with educational attainment and adolescent health and the role of family and socioeconomic factors: A prospective cohort study in the UK. *PLoS Medicine*, 17(3), e1003031. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003031>
- Huss, N., Schiller, S., & Schmidt, M. (2013). Areas of Nursing within the Multidisciplinary Team and General Nursing Practice. In N. Huss, S. Schiller, & M. Schmidt, *Fachenglisch*

- für Pflege und Pflegewissenschaft* (pp. 43–77). Springer Berlin Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-642-30005-9_2
- Hybels, C. F., Blazer, D. G., Eagle, D. E., & Proeschold-Bell, R. J. (2022). Age differences in trajectories of depressive, anxiety, and burnout symptoms in a population with a high likelihood of persistent occupational distress. *International Psychogeriatrics*, 34(1), 21–32. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001751>
- Jurgutis, A., Kummel, M., Mort, S. & Grinevicius, K. (2013). *Multi professional teamwork to gain better community health. Developing the potential of high quality PHC*. ImPrim Work Package 4. Baltik Sea Region. Imprim Report#6.
- Κοκκέβη, Α., Κίτσο, Γ., & Φωτίου, Α. (2008). *Εφηβεία: Συμπεριφορές και ψυχοκοινωνική υγεία*. Βήτα Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κολαϊτίης Γ. και Συνεργάτες. (2020). *Σύγχρονη Ψυχιατρική Παιδιού και Εφήβου. Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*. Εκδόσεις ΒΗΤΑ.
- Klaus, M. H., & Kennell, J. H. (1982). *Maternal-infant bonding* (2nd ad.). St. Louis: Mosby.
- Kokkevi, A., Fotiou, A., Kanavou, E., Stavrou, M., Richardson, C. (2016). European school project on alcohol and other drugs: The position of Greece relative to the European average in 2015. Athens, Greece: University Mental Health Research Institute.
- Körner, M. (2010). Interprofessional teamwork in medical rehabilitation: A comparison of multidisciplinary and interdisciplinary team approach. *Clinical Rehabilitation*, 24(8), 745–755. <https://doi.org/10.1177/0269215510367538>
- Kouzes, J. M., & Posner, B. Z. (1987). *The leadership challenge: How to get extraordinary things done in organizations*. Jossey-Bass.
- Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K. B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192–207. <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- Kunzler, A. M., Helmreich, I., Chmitorz, A., König, J., Binder, H., Wessa, M., & Lieb, K. (2020). Psychological interventions to foster resilience in healthcare professionals. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012527.pub2>
- Λιονής, Χ., Βιβιλάκη, Β., Αδαμακίδου, Θ., Σακελλάρη, Ε. (2015). *Η ομάδα υγείας της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας: Ορισμός –Εννοιες*. [Κεφάλαιο 2]. Στο Καλοκαιρινού, Α., Αδαμακίδου, Θ., Βελονάκη, Β., Βιβιλάκη, Β., Καπρέλη, Ε., Κριεμπάρδης, Α., Λάγιου, Α., Λιονής, Χ., Μαρκάκη, Ά., Μποδοσάκης, Π., Παπαδακάκη, Μ., & Σακελλάρη, Ε. (2015). *Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας*

- υγείας [Εργαστηριακός Οδηγός]. Κάλλιπος, Ανοικτές Ακαδημαϊκές Εκδόσεις.
<https://hdl.handle.net/11419/3303>
- LaFaver, K., Miyasaki, J. M., Keran, C. M., Rheume, C., Gulya, L., Levin, K. H., Jones, E. C., Schwarz, H. B., Molano, J. R., Hessler, A., Singhal, D., Shanafelt, T. D., Sloan, J. A., Novotny, P. J., Cascino, T. L., & Busis, N. A. (2018). Age and sex differences in burnout, career satisfaction, and well-being in US neurologists. *Neurology*, *91*(20).
<https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000006497>
- Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The Impact of Substance Use Disorders on Families and Children: From Theory to Practice. *Social Work in Public Health*, *28*(0), 194–205. <https://doi.org/10.1080/19371918.2013.759005>
- Lanterman, J., & Blithe, S. (2019). The Benefits, Challenges, and Disincentives of Interdisciplinary Collaboration. *Commoning Ethnography*, *2*, 149.
<https://doi.org/10.26686/ce.v2i1.5399>
- Lardier, M.R., Lasky, G.B. & Raney, L. (2014). *Essential elements of effective integrated primary care and behavioral health teams*. Samhsa-HRSA Center for integrated health solutions.
- Lawson, H. A., & Barkdull, C. (2000). Gaining the collaborative advantage and promoting systems and cross-systems change. In A. Sallee, K. Briar-Lawson, & H. A. Lawson (Eds.), *New century practice with child welfare families* (pp. 245-270). Lac Cruces, NM: Eddie Bowers.
- Levine, S., & White, P. E. (1961). Exchange as a Conceptual Framework for the Study of Interorganizational Relationships. *Administrative Science Quarterly*, *5*(4), 583.
<https://doi.org/10.2307/2390622>
- Lingard, L., Sue-Chue-Lam, C., Tait, G. R., Bates, J., Shadd, J., Schulz, V., & Heart Failure/Palliative Care Teamwork Research Group. (2017). Pulling together and pulling apart: Influences of convergence and divergence on distributed healthcare teams. *Advances in Health Sciences Education: Theory and Practice*, *22*(5), 1085–1099.
<https://doi.org/10.1007/s10459-016-9741-2>
- Linnenluecke, M. K. (2017). Resilience in Business and Management Research: A Review of Influential Publications and a Research Agenda. *International Journal of Management Reviews*, *19*(1), 4–30. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12076>
- Lipari, R.N. & Van Horn, S.L. (2017). *Children living with parents who have a substance use disorder*. Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.

- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543–562.
- Μανούκα, Α. (2017, Μάιος-Δεκέμβριος). Τοξικοεξάρτηση γονέων-παιδιά σε κίνδυνο. Καλές πρακτικές προστασίας του συμφέροντος των παιδιών σε συνάρτηση με υποστηρικτικές παρεμβάσεις, πολυεπίπεδη παιδεία, εποπτεία και διεπιστημονική συνεργασία. Αντίλογος: «Η απώλεια». Τετράδια Ψυχιατρικής, No 7,8.
- Μαρίνη, Ε. (2017, Μάιος-Δεκέμβριος). Δίκτυο υποστήριξης εξαρτημένης γυναίκας-μητέρας και των παιδιών της. Τετράδια Ψυχιατρικής, No 7,8.
- Μαρσέλος, Μ. (1997). *Εξαρτησιογόνες Ουσίες*. Αθήνα: Τυπωθήτω
- Μάτσα, Κ. (2003). Βία, περιθώριο, στιγματισμός. Οι συντεταγμένες της ζωής και της σχέσης των τοξικομανών μητέρων και των παιδιών τους. Τετράδια Ψυχιατρικής, 82, 8-17.
- Μάτσα, Κ. (2008). *Ψυχοθεραπεία και τέχνη στην απεξάρτηση. Το «παράδειγμα» του 18 άνω*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2011). *Παιδιά εξαρτημένων γονέων. Ο γονεϊκός δεσμός και οι «σημαντικοί άλλοι»*. Αθήνα: Τετράδια Ψυχιατρικής No 115.
- Μάτσα, Κ. (2012). *Το αδύνατο πένθος και η κρύπτη. Ο τοξικομανής και ο θάνατος*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μάτσα, Κ. (2017). *Παρίες ανάμεσα στους παρίες: Τοξικομανείς και Ψυχοπαθολογία*. Αθήνα: Εκδόσεις Άγρα.
- Μέλλος, Ε., Πομίνι, Β., & Παπαρρηγόπουλος, Θ. (2019). Θεραπευτικά μοντέλα εξαρτήσεων. Στο Παπαρρηγόπουλος Θ., Δάλλα Χ. *Οι εξαρτήσεις – Αίτια, Μηχανισμοί, Εκδηλώσεις, Αντιμετώπιση* (σελ. 94-95). Ηράκλειο: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Κρήτης.
- Mack, A., & Joy, J. (2000). *Marijuana as Medicine? The Science Beyond the Controversy*. National Academies Press (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK224394/>
- Mactier, H. (2013). Neonatal and longer term management following substance misuse in pregnancy. *Early Human Development*, 89(11), 887–892. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2013.08.024>
- Maghsoudlou, S., Cnattingius, S., Montgomery, S., Aarabi, M., Semnani, S., Wikström, A.-K., & Bahmanyar, S. (2018). Opium use during pregnancy and infant size at birth: A cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 358. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1994-8>
- Marchand, A., Blanc, M.-E., & Beauregard, N. (2018). Do age and gender contribute to workers' burnout symptoms? *Occupational Medicine*, 68(6), 405–411. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy088>

- Martins, F., Oppolzer, D., Santos, C., Barroso, M., & Gallardo, E. (2019). Opioid Use in Pregnant Women and Neonatal Abstinence Syndrome—A Review of the Literature. *Toxics*, 7(1), 9. <https://doi.org/10.3390/toxics7010009>
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The Cost of Caring*. Prentice-Hall. New Jersey.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. (2nd ed.). Consulting Psychologists Press. Palo Alto, California.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Burnout. In *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior* (pp. 351–357). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800951-2.00044-3>
- Masten, A. S., & Tellegen, A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 24(2), 345–361. <https://doi.org/10.1017/S095457941200003X>
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the Health Professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3(1), Article 1. <https://www.internationaljournalofwellbeing.org/index.php/ijow/article/view/153>
- Meredith, L. S., Sherbourne, C. D., Gaillot, S. J., Hansell, L., Ritschard, H. V., Parker, A. M., & Wrenn, G. (2011). Promoting Psychological Resilience in the U.S. Military. *Rand Health Quarterly*, 1(2), 2.
- Mickan, S., & Rodger, S. (2000). Characteristics of effective teams: A literature review. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 23(3), 201–208. <https://doi.org/10.1071/ah000201>
- Mitchell, P., Wynia, M., Golden, R., McNellis, B., Okun, S., Webb, C.E., Rohrbach, V. & Von Kohorn, I. (2012). *Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care*. Discussion Paper. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Morgan, S., Pullon, S., & McKinlay, E. (2015). Observation of interprofessional collaborative practice in primary care teams: An integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(7), 1217–1230. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.03.008>
- Moura, R., Saraiva, F., Rocha, K. R. S. L., Santos, R., Silva, N., & Albuquerque, W. (2019). Stress, burnout and depression in nursing professionals in intensive care units. *Enfermeria Global*, 18, 79–123. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.2.337321>
- Muzafar, Y., Khan, H. H., Ashraf, H., Hussain, W., Sajid, H., Tahir, M., Rehman, A., Sohail, A., Waqas, A., & Ahmad, W. (2015). Burnout and its Associated Factors in Medical Students of Lahore, Pakistan. *Cureus*, 7(11), e390. <https://doi.org/10.7759/cureus.390>

- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human Resources for Health, 11*(1), 19. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-11-19>
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A research-Based Guide for Parents, Educators and Community Leaders (Second Edition). U.S: Department of Health and Human Services.
- Noordegraaf, M., & Burns, L. R. (2016). The Paradoxes of Leading and Managing Healthcare Professionals: Toward the Integration of Healthcare Services. In T. J. Hoff, K. M. Sutcliffe, & G. J. Young (Eds.), *The Healthcare Professional Workforce: Understanding Human Capital in a Changing Industry* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780190215651.003.0008>
- Norn, S., Kruse, P. R., & Kruse, E. (2005). [History of opium poppy and morphine]. *Dansk Medicinhistorisk Arbog, 33*, 171–184.
- O'Connor, K., Muller Neff, D., & Pitman, S. (2018). Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *European Psychiatry: The Journal of the Association of European Psychiatrists, 53*, 74–99. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003>
- Okato, A., Hashimoto, T., Tanaka, M., Saito, N., Endo, M., Okayama, J., Ichihara, A., Eshima, S., Handa, S., Senda, M., Sato, Y., Watanabe, H., Nakazato, M., & Iyo, M. (2020). Inter-agency collaboration factors affecting multidisciplinary workers' ability to identify child maltreatment. *BMC Research Notes, 13*(1), 323. <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05162-7>
- Παπάντος, Δ., & Καφετζόπουλος, Ε. (2019). Το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο της εξάρτησης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes, 36*(3)
- Πουλόπουλος, Χ. (2011). *Κοινωνική Εργασία και Εξαρτήσεις: Οι Κοινότητες της Αλλαγής*. Αθήνα: Εκδόσεις Τόπος.
- Pagnin, D., de Queiroz, V., Carvalho, Y., Soares, S. A., Amaral, M., & Queiroz, T. (2014). The Relation Between Burnout and Sleep Disorders in Medical Students. *Academic Psychiatry: The Journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry, 38*. <https://doi.org/10.1007/s40596-014-0093-z>
- Paradis, E., & Reeves, S. (2013). Key trends in interprofessional research: A macrosociological analysis from 1970 to 2010. *Journal of Interprofessional Care, 27*(2), 113–122. <https://doi.org/10.3109/13561820.2012.719943>

- Parolin, M., & Simonelli, A. (2016). Attachment Theory and Maternal Drug Addiction: The Contribution to Parenting Interventions. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 152. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2016.00152>
- Patel, R. S., Bachu, R., Adikey, A., Malik, M., & Shah, M. (2018). Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behavioral Sciences*, 8(11), Article 11. <https://doi.org/10.3390/bs8110098>
- Petitta, L., & Vecchione, M. (2011). Job Burnout, Absenteeism, and Extra Role Behaviors. *Journal of Workplace Behavioral Health*, 26, 97–121. <https://doi.org/10.1080/15555240.2011.573752>
- Petrakou, A. (2009). Integrated care in the daily work: Coordination beyond organisational boundaries. *International Journal of Integrated Care*, 9, e87.
- Petrich, M., L. Ramamurthy, V., Hendrie, D., & Robinson, S. (2013). Challenges and opportunities for integration in health systems: An Australian perspective. *Journal of Integrated Care*, 21(6), 347–359. <https://doi.org/10.1108/JICA-09-2013-0037>
- Pines A.M., Aronson E., & Kafry D. (1981) *Burnout: From tedium to personal growth*, New York, Free Press.
- Pines, A. M., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: The significant difference. *Personality and Individual Differences*, 39(3), 625–635. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.009>
- Purtle, J., Nelson, K. L., Lengnick-Hall, R., Horwitz, S. M. C., Palinkas, L. A., McKay, M. M., & Hoagwood, K. E. (2022). Inter-agency collaboration is associated with increased frequency of research use in children’s mental health policy making. *Health Services Research*, 57(4), 842–852. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13955>
- Rahim, M. (2003). Toward a Theory of Managing Organizational Conflict. *International Journal of Conflict Management*, 13. <https://doi.org/10.2139/ssrn.437684>
- Ranta, J., & Raitasalo, K. (2015). Disorders of cognitive and emotional development in children of mothers with substance abuse and psychiatric disorders. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32(6), 591–604. <https://doi.org/10.1515/nsad-2015-0056>
- Reeves, S., & Hean, S. (2013). Why we need theory to help us better understand the nature of interprofessional education, practice and care. *Journal of Interprofessional Care*, 27(1), 1–3. <https://doi.org/10.3109/13561820.2013.751293>
- Reeves, S., Lewin, S., Espin, S. & Zwarenstein, M. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional

- practice. *Journal of Interprofessional Care*, 32(1), 1–3.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Richards, D.A., Hill, J.J., Gask, L., Lovell, K., Chew-Graham, C., Bower, P. et al. (2013). Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 347, p.f4913.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746956/pdf/bmj.f4913.pdf>.
- Romanowicz, M., Vande Voort, J. L., Shekunov, J., Oesterle, T. S., Thusius, N. J., Rummans, T. A., Croarkin, P. E., Karpyak, V. M., Lynch, B. A., & Schak, K. M. (2019). The effects of parental opioid use on the parent–child relationship and children’s developmental and behavioral outcomes: A systematic review of published reports. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0266-3>
- Rössler, W. (2012). Stress, burnout, and job dissatisfaction in mental health workers. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262 Suppl 2, S65-69.
<https://doi.org/10.1007/s00406-012-0353-4>
- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: Some issues and some questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*. 22(4), 323–356.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1981.tb00560.x>
- Σφηκιάκη, Μ. (2017, Μάιος-Δεκέμβριος). *Πρόγραμμα εξαρτημένων μητέρων με τα παιδιά τους: Εμπειρία και προβληματισμοί*. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 7,8.
- Σωτηροπούλου, Φ. (2017, Μάιος-Δεκέμβριος). *Εξαρτημένες μητέρες – Η εμπειρία του ΚΚΙΠΙΑ – «ΙΠΙΠΙΑ – Η ΜΗΤΕΡΑ»*. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 7,8.
- Salavert, A., Martin, L., Antolín, F., & Zazzo, A. (2018). The opium poppy in Europe: Exploring its origin and dispersal during the Neolithic. *Antiquity*, 92(364), e1.
<https://doi.org/10.15184/aqy.2018.154>
- Schot, E., Tummers, L., & Noordegraaf, M. (2020). Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *Journal of Interprofessional Care*, 34(3), 332–342.
<https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1636007>
- Scott, D. (1997) 'Inter-agency conflict: An ethnographic study', *Child and Family Social Work*, 2, pp. 73-80.
- Sebastiani, G., Borrás-Novell, C., Alsina Casanova, M., Pascual Tutusaus, M., Ferrero Martínez, S., Gómez Roig, M. D., & García-Algar, O. (2018). The Effects of Alcohol and Drugs of Abuse on Maternal Nutritional Profile during Pregnancy. *Nutrients*, 10(8), 1008. <https://doi.org/10.3390/nu10081008>

- Shanafelt, T. D., Gorringer, G., Menaker, R., Storz, K. A., Reeves, D., Buskirk, S. J., Sloan, J. A., & Swensen, S. J. (2015). Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clinic Proceedings*, 90(4), 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2015.01.012>
- Shastri, P. (2013). Resilience: Building immunity in psychiatry. *Indian Journal of Psychiatry*, 55(3), 224. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.117134>
- Shaw, E.K., Ohman-Strickland, P.A., Piasecki, A., Hudson, S.V., Ferrante, J.M., McDaniel, R.R. Jr. et al. (2013). Effects of facilitated team meetings and learning collaboratives on colorectal cancer screening rates in primary care practices: a cluster randomized trial. *Annals of Family Medicine*, 11(3), pp. 220- 8, s1-8. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3659138/pdf/0110220.pdf>
- Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C., & Cardoso, A. (2013). Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. *Journal of Health Psychology*, 18(3), 359–367. <https://doi.org/10.1177/1359105312443399>
- Skinner, M. L., Haggerty, K. P., Fleming, C. B., Catalano, R. F., & Gainey, R. R. (2011). Opiate-addicted Parents in Methadone Treatment: Long-term Recovery, Health and Family Relationships. *Journal of Addictive Diseases*, 30(1), 17–26. <https://doi.org/10.1080/10550887.2010.531670>
- Stolberg, V. B. (2011). The Use of Coca: Prehistory, History, and Ethnography. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 10(2), 126–146. <https://doi.org/10.1080/15332640.2011.573310>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), (2011). Results from the 2010 National Survey on Drug Use and Health: Summary of National Findings, NSDUH Series H-41, HHS Publication No. (SMA) 11-4658. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Tachibana, Y., Koizumi, N., Akanuma, C., Tarui, H., Ishii, E., Hoshina, T., Suzuki, A., Asano, A., Sekino, S., & Ito, H. (2019). Integrated mental health care in a multidisciplinary maternal and child health service in the community: The findings from the Suzaka trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 58. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2179-9>
- Thio, A. (2008). *Περεκκλίνουσα Συμπεριφορά*. (Μ. Μπαρπάτση, Μετ.). Αθήνα: ΕΛΛΗΝ
- Titzer-Evans, J., Swenty, C., & Hoehn, W. (2012). An Interprofessional Simulation Promoting Collaboration and Problem Solving among Nursing and Allied Health Professional Students. *Clinical Simulation in Nursing*, 8. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2011.01.001>

- Tuchman, E. (2010). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Journal of Addictive Diseases*, 29(2), 127–138. <https://doi.org/10.1080/10550881003684582>
- Turner, S. B. (2014). The Resilient Nurse: An Emerging Concept. *Nurse Leader*, 12(6), 71–90. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2014.03.013>
- Uhl, G. R., Koob, G. F., & Cable, J. (2019). The neurobiology of addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1451(1), 5–28. <https://doi.org/10.1111/nyas.13989>
- United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). (2023). World Drug Report 2023 (United Nations publication, Sales No. E.23.XI.7), Vienna.
- Usher, A. M., McShane, K. E., & Dwyer, C. (2015). A realist review of family-based interventions for children of substance abusing parents. *Systematic Reviews*, 4, 177. <https://doi.org/10.1186/s13643-015-0158-4>
- van der Meer, C. A. I., Te Brake, H., van der Aa, N., Dashtgard, P., Bakker, A., & Olf, M. (2018). Assessing Psychological Resilience: Development and Psychometric Properties of the English and Dutch Version of the Resilience Evaluation Scale (RES). *Frontiers in Psychiatry*, 9, 169. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00169>
- Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., & Bruijnzeels, M. A. (2013). Understanding integrated care: A comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *International Journal of Integrated Care*, 13, e010.
- Velleman, R. & Templeton, L. (2007). Understanding and modifying the impact of parents' substance misuse on children. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 79-89.
- Volkow, N. D., Michaelides, M., & Baler, R. (2019). The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiological Reviews*, 99(4), 2115–2140. <https://doi.org/10.1152/physrev.00014.2018>
- Warmington, P., Daniels, H., Edwards, A., Brown, S., Leadbetter, J., Martin, D., & Middleton, D. (2004). *Interagency Collaboration: A review of the literature*.
- 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). Springer US. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2
- Φαρμακοπούλου, Ι. (2017, Μάιος-Δεκέμβριος). Συνεργασία της Παιδοψυχιατρικής Κλινικής με Παιδιατρικές Κλινικές για ζητήματα παιδιών χρηστών γονέων. Τετράδια Ψυχιατρικής Νο 7,8.

- Χαραλαμπίδης, Ε. (2003). Στοιχεία για τις εξαρτησιογόνες ουσίες. Αθήνα: ΕΠΙΨΥ & ΟΚΑΝΑ.
- Xyrichis, A., & Lowton, K. (2008). What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and community care? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 140–153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.01.015>
- Xyrichis, A., & Ream, E. (2008). Teamwork: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 61(2), 232–241. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04496.x>
- Zhang, X., Schall, M., Seseck, R., Gallagher, S., & Michel, J. (2017). Burnout and its Association with Musculoskeletal Pain among Primary Care Providers. *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting*, 61, 1010–1014. <https://doi.org/10.1177/1541931213601735>
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of Substance and Non-substance Addiction. *Advances in Experimental Medicine and Biology*, 1010, 21–41. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2

Διαδικτυακοί ιστότοποι:

<https://www.18ano.gov.gr/>

<https://www.kethea.gr/>

<https://www.okana.gr/el>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

➤ Ερωτηματολόγια έρευνας

Δι-επιστημονική και Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία στην Διαχείριση Περιστατικών Εξαρτημένων Μητέρων και των Παιδιών τους

Έντυπο Συγκατάθεσης στην Έρευνα

Παρακαλώ όπως διαβάσετε το παρόν έντυπο συγκατάθεσης για τη συμμετοχή σας στην έρευνα και να κάνετε κλικ στο τέλος εάν συμφωνείτε ή όχι

Αγαπητέ/ή συμμετέχοντα/ουσα,

Η παρούσα έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια εκπόνησης της Διπλωματικής Εργασίας του Σταύρου Κοσμόπουλου, Κοινωνικού Λειτουργού και φοιτητή στο Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών «Ψυχική Υγεία και Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων» της Ιατρικής Σχολής, ΕΚΠΑ, με θέμα: «Δι-επιστημονική και Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία στην Διαχείριση Περιστατικών Εξαρτημένων Μητέρων και των Παιδιών τους», με επιβλέπουσα καθηγήτρια την κα Ιγνατία Φαρμακοπούλου.

Ο Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί το είδος, η έκταση, η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα των υπαρχουσών συνεργατικών σχέσεων μεταξύ των εμπλεκόμενων φορέων στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων με προβλήματα χρήσης ουσιών και των παιδιών τους. Επίσης, στους επιμέρους στόχους της έρευνας είναι η διερεύνηση και αξιολόγηση των επιπέδων επαγγελματικής εξουθένωσης και ψυχικής ανθεκτικότητας των επαγγελματιών στη διαχείριση αυτών των περιστατικών.

Ο χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου δεν ξεπερνά τα 10-15 λεπτά. Η συμμετοχή σας στην έρευνα είναι πολύτιμη αλλά απολύτως **εθελοντική** και **ανώνυμη**. Ενημερώνεστε ότι έχετε το δικαίωμα διακοπής ανά πάσα στιγμή για οποιονδήποτε λόγο.

Τα δεδομένα που θα συλλεχθούν κατά τη διάρκεια της έρευνας θα παραμείνουν εμπιστευτικά και θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά και μόνο για το σκοπό της έρευνας, ενώ μετά το πέρας αυτής θα καταστραφούν.

Για περισσότερες πληροφορίες σχετικά με την έρευνα ή στην περίπτωση που επιθυμείτε να ενημερωθείτε για την εξέλιξη και τα αποτελέσματα της έρευνας μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Σταύρο Κοσμόπουλο, τηλεφωνικά στο 6982476971 ή ηλεκτρονικά στέλνοντας μήνυμα στο: stavkos@med.uoa.gr ή με την επιστημονική υπεύθυνη της έρευνας, κα Ιγνατία Φαρμακοπούλου στο: ifarmakop@upatras.gr

Η παρούσα έρευνα έχει εγκριθεί από την Επιτροπή Βιοηθικής και Δεοντολογίας Ιατρικής Σχολής Αθηνών με Αριθμό Πρωτοκόλλου: 824/31.10.2023.

Αν έχετε ερωτήσεις για τα προσωπικά σας δεδομένα και τα δικαιώματά σας ή πιστεύετε ότι αυτά παραβιάζονται μπορείτε να επικοινωνήσετε με τον Υπεύθυνο Προστασίας Δεδομένων του ΕΚΠΑ, στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: dpo@uoa.gr ή να υποβάλλετε καταγγελία στην Αρχή Προσωπικών Δεδομένων επισκεπτόμενοι την ιστοσελίδα www.dpa.gr

Σας ευχαριστώ πολύ για το χρόνο σας και τη συμμετοχή σας στην έρευνα,
Σταύρος Κοσμόπουλος, Φοιτητής ΠΜΣ Ιατρικής Σχολής ΕΚΠΑ

Δηλώνω ότι διάβασα τα παραπάνω και συμφωνώ να συμμετάσχω στην παρούσα μελέτη: ΝΑΙ/ΟΧΙ

1. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

1. Ποιο είναι το φύλο σας;

- Άνδρας
- Γυναίκα
- Άλλο

2. Ποια είναι η ηλικία σας;

- 23-30 ετών
- 31-40 ετών
- 41-50 ετών
- 51-60 ετών
- 60 και άνω

3. Ποιο είναι το μορφωτικό σας επίπεδο;

- Απόφοιτος ΑΕΙ/ΤΕΙ
- Κάτοχος Μεταπτυχιακού
- Κάτοχος Διδακτορικού
- Άλλο (Προσδιορίστε):

4. Ποια είναι η ειδικότητά σας;

- Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Ψυχολόγος
- Νοσηλεύτρια
- Κοινωνιολόγος
- Άλλο (Προσδιορίστε):

5. Σε ποια Υπηρεσία εργάζεστε;

(Προσδιορίστε):

6. Πόσα χρόνια εργάζεστε σε αυτόν τον Φορέα;

- 1-3 έτη
- 4-6 έτη
- 7-10 έτη
- 11-15 έτη
- 16-20 έτη
- 21 έτη και άνω

2. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

2.1. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΔΙ-ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ

1. Έχετε Δι-επιστημονική Ομάδα στην Υπηρεσία σας;
 - Ναι
 - Όχι *(Αν όχι, προχωρήστε στην ερώτηση 9)*
 - 1.α. Αν ναι, από ποιους Επαγγελματίες αποτελείται η Δι-επιστημονική σας Ομάδα; *(Επιλέγετε όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)*
 - Ψυχίατρο/Παιδοψυχίατρο
 - Ψυχολόγο
 - Κοινωνικό Λειτουργό
 - Νοσηλεύτη
 - Άλλο (προσδιορίστε):

2. Με ποια/ες ειδικότητες συνήθως συνεργάζεστε; *(Μπορείτε να επιλέξετε ΜΕΧΡΙ ΔΥΟ απαντήσεις)*
 - Ψυχίατρο/Παιδοψυχίατρο
 - Ψυχολόγο
 - Κοινωνικό Λειτουργό
 - Νοσηλεύτη
 - Άλλο (προσδιορίστε):

3. Πιστεύετε ότι ο ρόλος σας στη Δι-επιστημονική Διαχείριση ενός περιστατικού είναι σημαντικός;
 - Συμφωνώ απόλυτα
 - Συμφωνώ
 - Ούτε συμφωνώ/ούτε διαφωνώ
 - Διαφωνώ
 - Διαφωνώ απόλυτα

4. Πιστεύετε ότι υπάρχει σχέση ισότητας στην Δι-επιστημονική Ομάδα που συνεργάζεστε;
 - Πολύ
 - Αρκετά
 - Μέτρια
 - Λίγο
 - Καθόλου

5. Τι παροχές προσφέρει η Δι-επιστημονική Ομάδα σας; *(Επιλέγετε όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)*

- Ιατροφαρμακευτική περίθαλψη
- Νοσηλευτική φροντίδα
- Ψυχολογική υποστήριξη/Ψυχοθεραπείες
- Κοινωνική υποστήριξη/Παραπομπές σε άλλες αρμόδιες Υπηρεσίες
- Συμβουλευτική υποστήριξη
- Παροχή σε είδος (είδη διατροφής και ένδυσης, ιατροφαρμακευτικό εξοπλισμό, κ.α.)
- Άλλο (προσδιορίστε):

6. Ποια θεωρείτε τα πιο σημαντικά από τα πλεονεκτήματα της συνεργατικής σχέσης στην Δι-επιστημονική σας Ομάδα; (Επιλέγετε όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)

- Βέλτιστη αξιοποίηση ανθρώπινου δυναμικού
- Κατανόηση ρόλων και τεχνικών άλλων ειδικοτήτων
- Εμπλουτισμός γνώσεων
- Μείωση αλληλοεπικάλυψης
- Ολιστική διάγνωση
- Ολιστική διαχείριση του περιστατικού
- Άλλο (προσδιορίστε):

7. Ποιο πιστεύεται ότι είναι τα βασικότερα μειονεκτήματα της συνεργατικής σχέσης στην Δι-επιστημονική σας Ομάδα; (Επιλέγετε όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)

- Χρονοβόρος διαδικασία
- Διάχυση επαγγελματικών ορίων και ταυτότητας
- Ανάληψη αλλότριων καθηκόντων
- Δυσκολία κατανόησης διαφορετικού τρόπου θέασης των περιστατικών
- Κίνδυνος διάδοσης προσωπικών στοιχείων περιστατικών
- Άλλο (προσδιορίστε):

8. Θεωρείτε πως το έργο που επιτελεί ο Φορέας σας μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων;

- Πολύ
- Αρκετά
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

2.2. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΔΙ-ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΗΣ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑΣ

9. Έχετε Δι-υπηρεσιακή Συνεργασία στην Υπηρεσία σας (συνεργασία με άλλες Υπηρεσίες/Παραπομπές);

- Ναι

- Όχι (Αν όχι, ΜΗΝ συμπληρώσετε τις επόμενες ερωτήσεις. Προχωρήστε στην επόμενη ενότητα-ερώτηση 19)

9.α. Αν ναι, ποιοι επαγγελματίες συμμετέχουν κυρίως στη Δι-υπηρεσιακή συνεργασία; (Επιλέγεται όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)

- Ψυχίατρος/Παιδοψυχίατρος
- Ψυχολόγος
- Κοινωνικός Λειτουργός
- Νοσηλεύτης
- Άλλο (προσδιορίστε):

10. Με ποιες Υπηρεσίες συνήθως συνεργάζεστε αναφορικά με τις εξαρτημένες μητέρες; (Επιλέγεται όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)

- Αστυνομία
- Εισαγγελία Ανηλίκων
- Νοσοκομεία
- Κοινωνικές Υπηρεσίες Δήμων
- Μ.Κ.Ο.
- Πολίτες
- Φορείς Απεξάρτησης
- Άλλο (προσδιορίστε):

11. Ποιος συνήθως ξεκινάει την συνεργατική σχέση με άλλες Υπηρεσίες;

- Η δική μας Υπηρεσία
- Η Υπηρεσία που συνεργαζόμαστε
- Άλλο (προσδιορίστε):

12. Ποιος είναι ο συνήθης τρόπος συνεργασίας με την/τις Υπηρεσία/ες που συνεργάζεστε;

- Τηλεφωνική επικοινωνία
- Δια ζώσης (στην δική σας ή στην δική τους Υπηρεσία)
- Άλλο (προσδιορίστε):

13. Ποιοι είναι οι κύριοι λόγοι συνεργασίας με Επαγγελματίες άλλων Φορέων; (Μπορείτε να επιλέξετε ΜΕΧΡΙ ΔΥΟ απαντήσεις)

- Παραπομπή περιστατικού
- Κοινή επίλυση ενός περιστατικού
- Ανταλλαγή στοιχείων και απόψεων πάνω σε περιστατικά
- Άλλο (προσδιορίστε):

14. Πόσες φορές συνήθως επικοινωνείτε κατά την διάρκεια της συνεργατικής σχέσης Διαχείρισης ενός περιστατικού;

- 1-2 φορές
- 3-5 φορές

- 6-10 φορές
- Πάνω από 10 φορές
- Πιο σπάνια

15. Ποιοι παράγοντες πιστεύετε ότι βοηθούν στην συνεργατική σας σχέση με άλλους Φορείς; (Επιλέγεται όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)

- Να έχουμε γνωριστεί δια ζώσης
- Καλή επικοινωνία
- Να υπάρχει αμοιβαία ανταλλαγή στοιχείων, σκέψεων και συναισθημάτων
- Αμοιβαία εμπιστοσύνη
- Επαρκής επαγγελματική ταυτότητα
- Από κοινού ευθύνη για το περιστατικό
- Αμοιβαίος σεβασμός
- Αισιόδοξο πνεύμα
- Καλός Συντονισμός
- Άλλο (προσδιορίστε):

16. Πόσο καλή χαρακτηρίζετε την ποιότητα της συνεργατικής σχέσης σας με τις άλλες Υπηρεσίες;

- Πολύ
- Αρκετά
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

17. Πιστεύετε ότι έχετε κοινές προτεραιότητες με τις Υπηρεσίες που συνεργάζεστε;

- Πολύ
- Αρκετά
- Μέτρια
- Λίγο
- Καθόλου

18. Έχετε αντιμετωπίσει κάποιους επιβαρυντικούς παράγοντες/εμπόδια στην συνεργασία σας με κάποια/ες υπηρεσία/ες;

- Ναι
- Όχι

18.α. Αν ναι, ποια είναι τα συνήθη εμπόδια που αντιμετωπίζετε στην συνεργασία σας με άλλες υπηρεσίες; (Μπορείτε να επιλέξετε ΜΕΧΡΙ ΔΥΟ απαντήσεις)

- Διαφορετικός εξυπηρετούμενος στις Υπηρεσίες όταν δουλεύουμε με μια οικογένεια (π.χ. Νοσοκομείο Παίδων το παιδί ενώ στον ΟΚΑΝΑ η εξαρτημένη μητέρα του)
- Υποστελεχωμένες Υπηρεσίες

- Ανειδίκευτο προσωπικό
- Έλλειψη ασφαλούς επιστημονικής ταυτότητας
- Συγκρουόμενα επαγγελματικά συμφέροντα
- Απουσία «κοινής γραμμής»
- Άλλο (προσδιορίστε):

2.3. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΙΣ ΕΞΑΡΤΗΜΕΝΕΣ ΜΗΤΕΡΕΣ ΚΑΙ ΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΤΟΥΣ

19. Ποιος είναι, κατά προσέγγιση, ο ετήσιος αριθμός περιστατικών εξαρτημένων μητέρων που διαχειρίζεστε στην Υπηρεσία σας;

- 1-5 περιστατικά
- 6-10 περιστατικά
- 11-20 περιστατικά
- 21-40 περιστατικά
- 40 και άνω

20. Έχετε παρατηρήσει μείωση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους;

- Ναι
- Όχι

20.α. Αν ναι, παρακαλώ αναφέρετε τους λόγους που θεωρείτε ότι οφείλεται;
(προαιρετική)

.....

21. Έχετε παρατηρήσει αύξηση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους;

- Ναι
- Όχι

Αν ναι, παρακαλώ αναφέρετε τους λόγους που θεωρείτε ότι οφείλεται;
(προαιρετική)

.....

22. Με ποιες ηλικιακές ομάδες εξαρτημένων μητέρων συνήθως συνεργάζεστε;

- Έως 18 ετών
- 19-30 ετών
- 31-45 ετών
- 46 ετών και άνω

23. Σε ποιες ηλικιακές ομάδες ανήκουν κυρίως τα παιδιά των εξαρτημένων μητέρων που εργάζεστε;

- 0-5 ετών
- 6-12 ετών
- 12 – 18 ετών
- 18 ετών και άνω

24. Συνήθως οι εξαρτημένες μητέρες συνεχίζουν να είναι μαζί με τα παιδιά τους;

- Ναι
- Όχι

24.α. Αν όχι, με ποιον διαμένουν συνήθως τα παιδιά τους;

- Πλαίσιο Παιδικής Προστασίας/Ίδρυμα
- Με τους Μητρικούς Γονείς
- Με τους Πατρικούς/Συντρόφου Γονείς
- Άλλο (προσδιορίστε)

25. Οι εξαρτημένες μητέρες που αντιμετωπίζετε προέρχονται κυρίως από...

- Ελλάδα
- Άλλα κράτη

26. Ποια από τα παρακάτω χαρακτηριστικά έχετε παρατηρήσει στις εξαρτημένες μητέρες; (Επιλέγετε όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)

- Αντιμετωπίζουν προβλήματα επιβίωσης (άστεγες, μη επαρκής διατροφή και ένδυση)
- Έχουν βιώσει τραυματισμούς που φαίνεται να είναι αποτέλεσμα βίαιης επίθεσης
- Δεν έχουν στην κατοχή τους διαβατήριο ή άλλο ταξιδιωτικό έγγραφο ή ταυτότητα στις περιπτώσεις που βρίσκονται στο δρόμο
- Δεν είναι εξοικειωμένες με την τοπική γλώσσα
- Δεν έχουν τη δυνατότητα πρόσβασης σε ιατρική φροντίδα
- Έχουν περιορισμένα ή και μηδενικά δίκτυα κοινωνικής φροντίδας (σχέσεις με συγγενείς)
- Άλλο (προσδιορίστε):

27. Ποιες θεωρείτε πως είναι οι πιο σημαντικές επιπτώσεις για τις εξαρτημένες μητέρες που βρίσκονται στο δρόμο; (Μπορείτε να επιλέξετε ΜΕΧΡΙ ΔΥΟ απαντήσεις)

- Κίνδυνος για τη ζωή τους
- Σοβαρά προβλήματα υγείας
- Σεξουαλική εκμετάλλευση /θύματα trafficking
- Άλλο (προσδιορίστε):

28. Ποιοι παράγοντες/καταστάσεις πιστεύετε ότι βοηθούν στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων; (Επιλέγετε όσες απαντήσεις ταιριάζουν στην Υπηρεσία σας)

- Αποτελεσματικές και επαρκώς Επανδρωμένες Υπηρεσίες
- Καλή δικτύωση/διασύνδεση με άλλες υπηρεσίες
- Καλές συνεργατικές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών
- Καλή συνεργασία με το οικογενειακό περιβάλλον των περιστατικών
- Στοχευμένες Παρεμβάσεις βασισμένες σε Καλές Πρακτικές
- Άλλο (προσδιορίστε):

2.4. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΠΕΡΑΙΤΕΡΩ ΒΕΛΤΙΩΣΗ

29. Έχετε κάποιες προτάσεις να κάνετε για την βελτίωση της διαχείρισης περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους;

.....

30. Τι προτάσεις έχετε να κάνετε για την βελτίωση της συνεργατικής σας σχέσης με τις άλλες Υπηρεσίες;

.....

3. ΚΛΙΜΑΚΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ MASLACH (MASLACH BURNOUT INVENTORY - MBI-22)

4.

Οι παρακάτω προτάσεις σχετίζονται με τα συναισθήματα και τις στάσεις σας απέναντι στην εργασία σας. Παρακαλώ όπως κυκλώσετε το νούμερο, σύμφωνα με την παρακάτω κλίμακα, σχετικά με το πόσο συχνά νιώθετε αυτό που εκφράζει η κάθε πρόταση.

0	Ποτέ
1	Μερικές φορές το χρόνο
2	Μία φορά το μήνα
3	Μερικές φορές το μήνα,
4	Μία φορά την εβδομάδα,
5	Μερικές φορές την εβδομάδα,
6	Κάθε μέρα.

1.	Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
2.	Νιώθω άδειος/α σαν να μην έχει μείνει τίποτα μέσα μου, την ώρα που σχολάζω από την δουλειά	0	1	2	3	4	5	6

3.	Νιώθω κουρασμένος/η όταν ξυπνάω το πρωί και έχω να αντιμετωπίσω άλλη μια μέρα στη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
4.	Μπορώ εύκολα να καταλάβω πως νοιάθουν οι ασθενείς μου για όσα τους συμβαίνουν	0	1	2	3	4	5	6
5.	Νιώθω ότι συμπεριφέρομαι απρόσωπα σε μερικούς από τους ασθενείς μου σαν να είναι αντικείμενα	0	1	2	3	4	5	6
6.	Μου είναι κουραστικό να δουλεύω με ανθρώπους όλη τη μέρα	0	1	2	3	4	5	6
7.	Αντιμετωπίζω πολύ αποτελεσματικά τα προβλήματα που έχουν οι ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
8.	Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
9.	Νιώθω ότι επηρεάζω θετικά τη ζωή των ασθενών μέσα από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
10.	Νιώθω λιγότερο ευαίσθητος/η προς τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά	0	1	2	3	4	5	6
11.	Με προβληματίζει ότι σιγά σιγά αυτή η δουλειά με κάνει να είμαι συναισθηματικά πιο σκληρός/η	0	1	2	3	4	5	6
12.	Νιώθω γεμάτος/η δύναμη και ενεργητικότητα	0	1	2	3	4	5	6
13.	Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
14.	Πιστεύω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
15.	Στην ουσία, δε με ενδιαφέρει για το τι συμβαίνει σε μερικούς από τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
16.	Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση το να βρίσκομαι σε άμεση επαφή με άλλους ανθρώπους	0	1	2	3	4	5	6
17.	Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρά με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
18.	Στο τέλος της ημέρας, έχω πολύ καλή διάθεση που δούλεψα στενά με τους ασθενείς μου	0	1	2	3	4	5	6
19.	Νιώθω ότι έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6
20.	Νιώθω ότι δεν αντέχω άλλο πια...νιώθω πως ο κόμπος έφτασε στο χτένι	0	1	2	3	4	5	6
21.	Αντιμετωπίζω πολύ ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν στη δουλειά μου	0	1	2	3	4	5	6

22.	Αισθάνομαι ότι οι ασθενείς μου κατηγορούν εμένα για μερικά από τα προβλήματα τους	0	1	2	3	4	5	6
-----	---	---	---	---	---	---	---	---

5. ΚΛΙΜΑΚΑ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (RESILIENCE EVALUATION SCALE - RES)

Παρακάτω θα βρείτε μια σειρά δηλώσεων σχετικά με το τι νομίζετε για τον εαυτό σας και τον τρόπο που αντιδράτε σε δύσκολες καταστάσεις. Παρακαλούμε, σημειώστε σε ποιο βαθμό ισχύει κάθε δήλωση για εσάς.

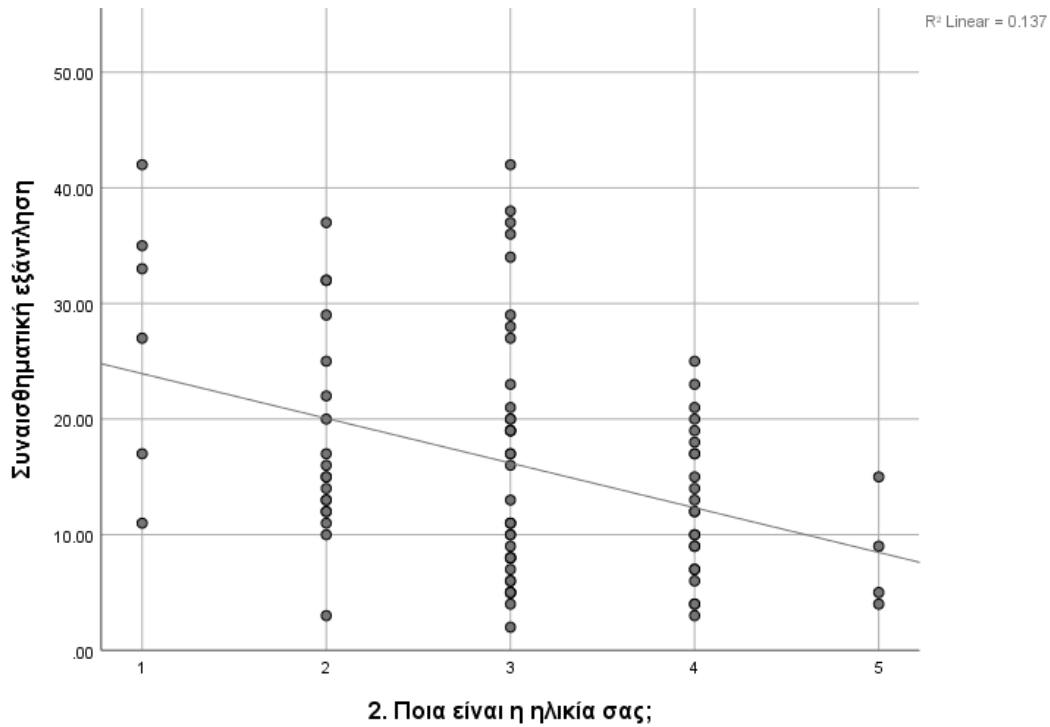
0	Διαφωνώ απόλυτα
1	Διαφωνώ
2	Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ
3	Συμφωνώ
4	Συμφωνώ απόλυτα

1.	Έχω εμπιστοσύνη στον εαυτό μου	0	1	2	3	4
2.	Μπορώ εύκολα να προσαρμοστώ σε μια δύσκολη κατάσταση	0	1	2	3	4
3.	Είμαι ικανός να επιμένω	0	1	2	3	4
4.	Μετά από ατυχίες, μπορώ εύκολα να σταθώ στα πόδια μου και να συνεχίσω τη ζωή μου	0	1	2	3	4
5.	Είμαι ανθεκτικός	0	1	2	3	4
6.	Μπορώ να τα βγάλω πέρα καλά με απρόβλεπτα προβλήματα	0	1	2	3	4
7.	Εκτιμώ τον εαυτό μου	0	1	2	3	4
8.	Μπορώ να τα καταφέρω με πολλά πράγματα ταυτόχρονα	0	1	2	3	4
9.	Πιστεύω στον εαυτό μου	0	1	2	3	4

ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ

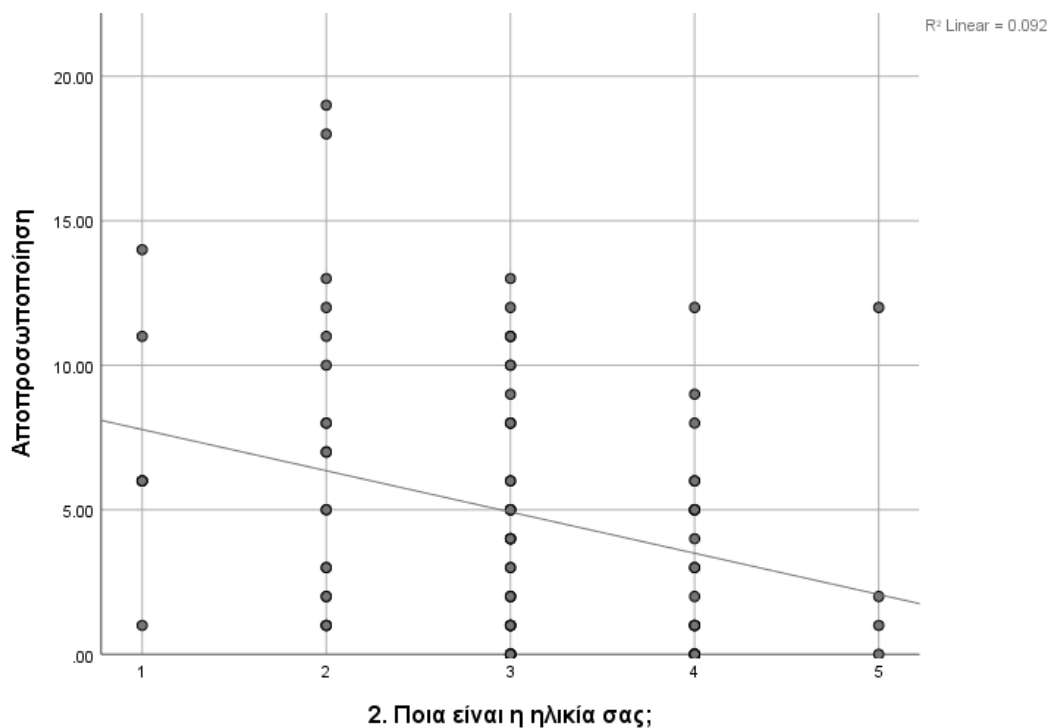
Γράφημα 1

Συσχέτιση της Συναισθηματικής εξάντλησης με την ηλικία



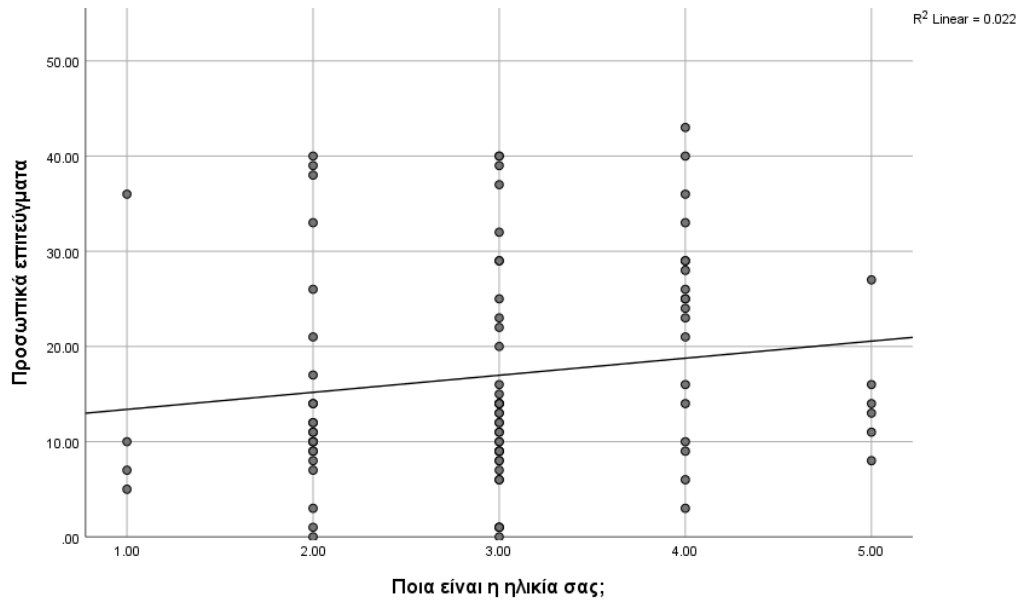
Γράφημα 2

Συσχέτιση της Αποπροσωποποίησης με την ηλικία



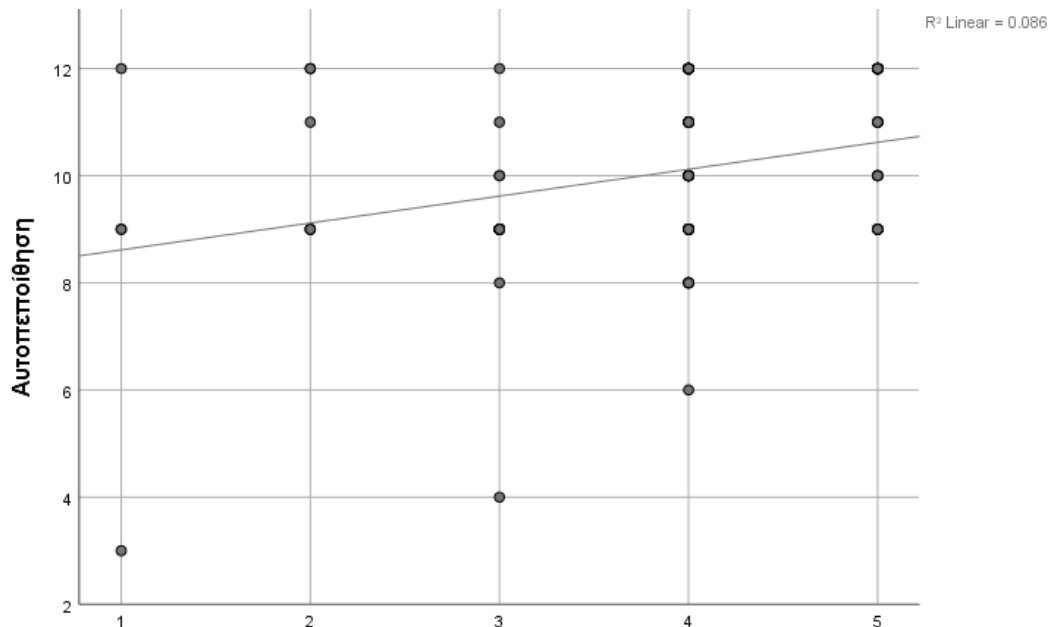
Γράφημα 2

Συσχέτιση των Προσωπικών επιτευγμάτων με την ηλικία



Γράφημα 3

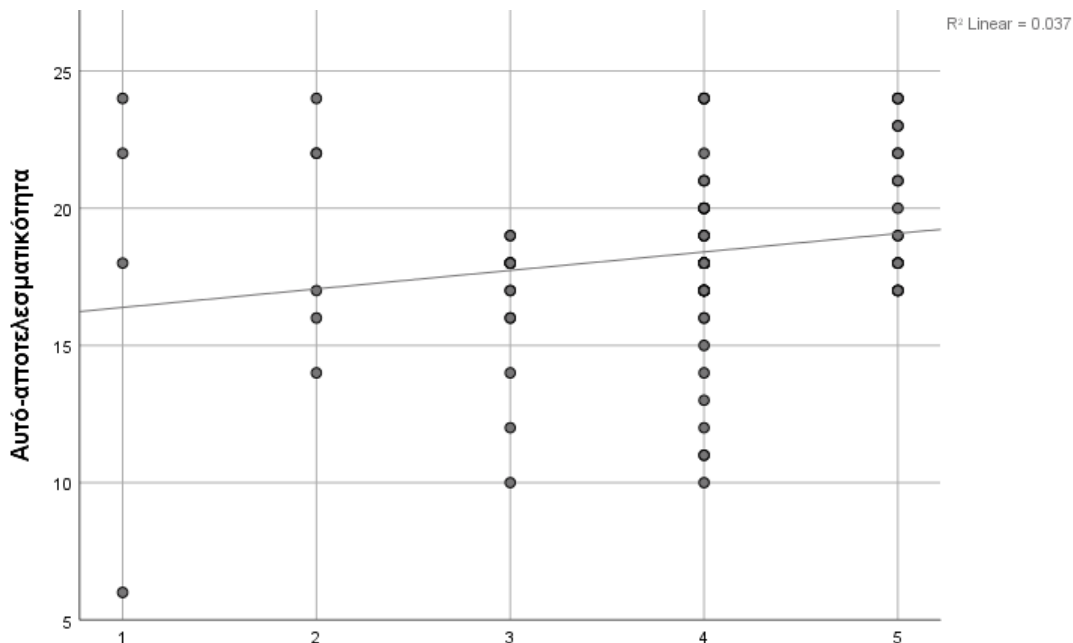
Συσχέτιση της Αυτοπεποίθησης με την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους



8. Θεωρείτε πως το έργο που επιτελεί ο Φορέας σας μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων;

Γράφημα 5

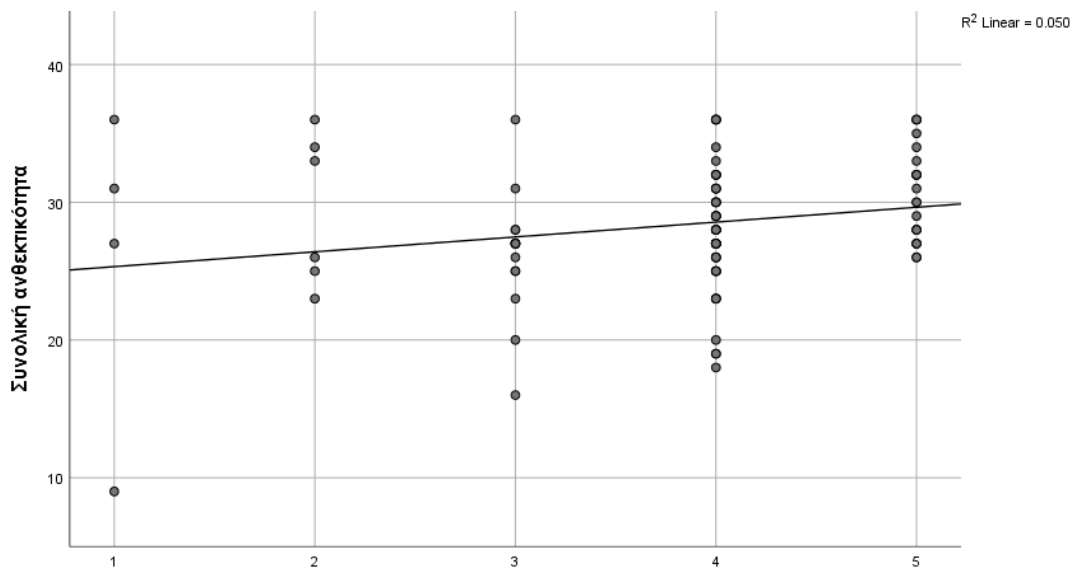
Συσχέτιση της Αυτό-αποτελεσματικότητας με την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους



8. Θεωρείτε πως το έργο που επιτελεί ο Φορέας σας μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων;

Γράφημα 6

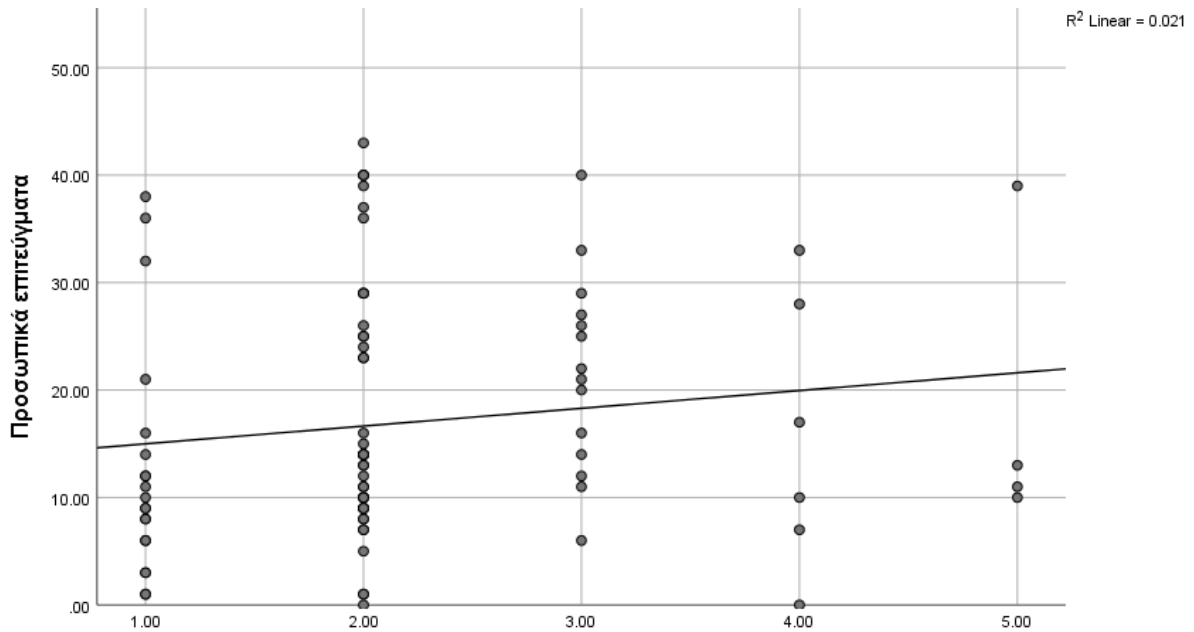
Συσχέτιση της Συνολικής Ανθεκτικότητας με την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους



8. Θεωρείτε πως το έργο που επιτελεί ο Φορέας σας μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων;

Γράφημα 4

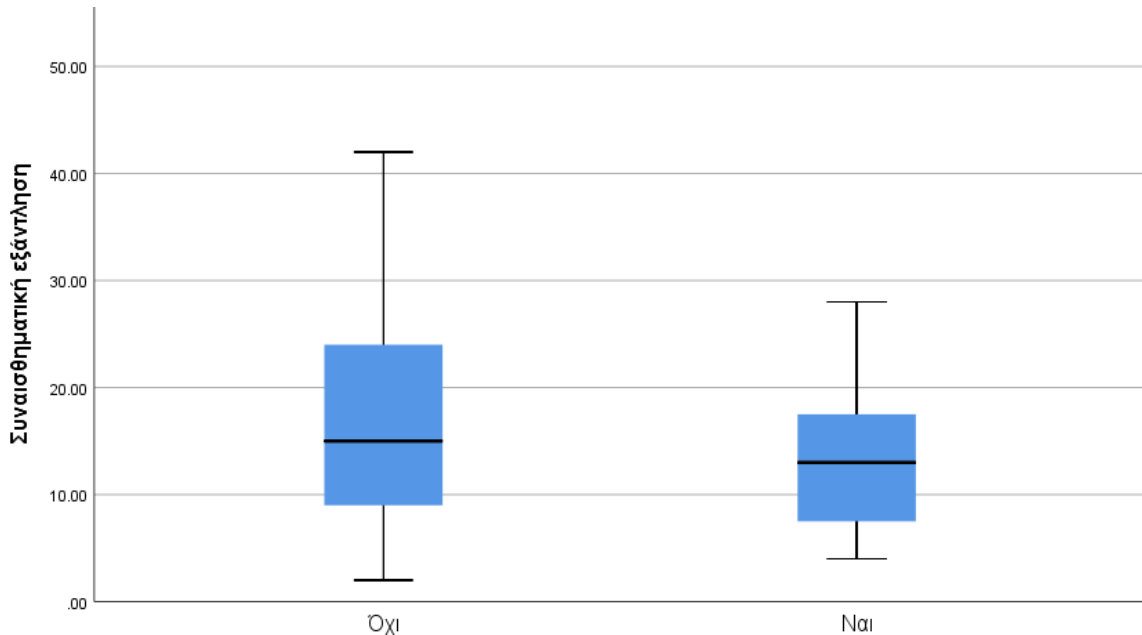
Συσχέτιση των Προσωπικών επιτευγμάτων με την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους



8. Θεωρείτε πως το έργο που επιτελεί ο Φορέας σας μπορεί να ανταποκριθεί αποτελεσματικά στην διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων;

Γράφημα 8

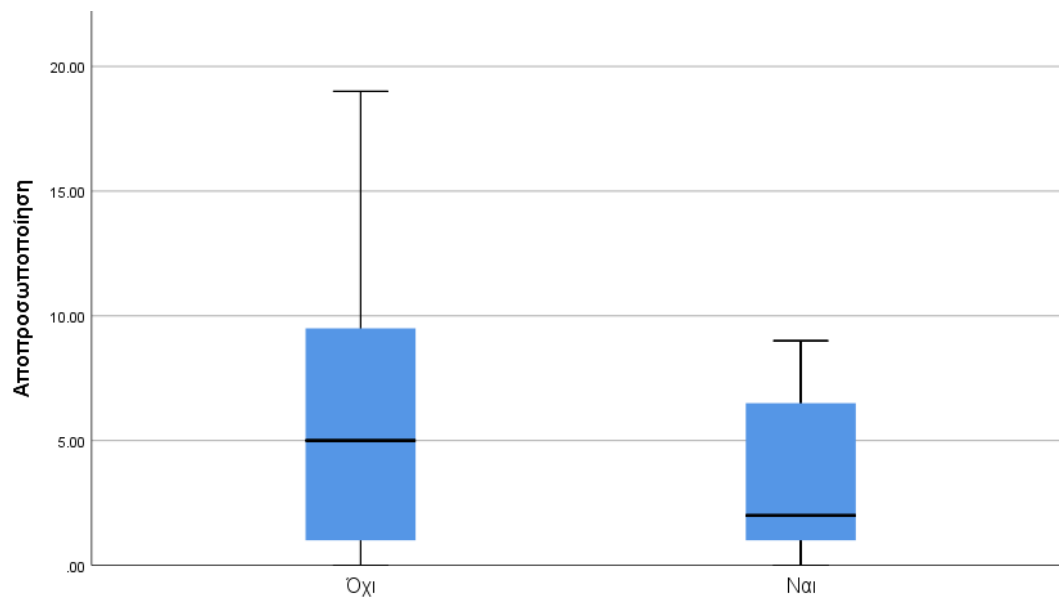
Συσχέτιση της Συναισθηματικής εξάντλησης με την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους



21. Έχετε παρατηρήσει αύξηση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους;

Γράφημα 9

Συσχέτιση της Αποπροσωποποίησης με την αποτελεσματικότητα στη διαχείριση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους



21. Έχετε παρατηρήσει αύξηση περιστατικών εξαρτημένων μητέρων και των παιδιών τους;