



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ- ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σε
προσφυγικές δομές και η συσχέτισή της με την κατάθλιψη

Μούτα Ευαγγελία

Τ.Ε. Νοσηλεύτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: **Παρασκευή Αποστολάρα**, Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: **Ιωάννα Παπαθανασίου**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Μέλος Τριμελούς Επιτροπής: **Φωτεινή Μάλλη**, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος
Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Λάρισα, 2022

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

**The job burnout of healthcare professionals working in refugees,
immigrants and asylum seekers accommodation structures and its
correlation with depression**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	7
Περίληψη.....	8
Abstract	10
Εισαγωγή.....	12
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	14
Κεφάλαιο 1 ^ο Προσφυγικό ζήτημα.....	15
1.1 Το προσφυγικό ζήτημα στην Ελλάδα.....	15
1.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί	15
1.3 Δομές Προσωρινής Φιλοξενίας Προσφύγων	16
1.4 Τύποι Δομών Φιλοξενίας	16
1.5 Κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης (Κ.Υ.Τ.)	16
1.6 Κλειστές Ελεγχόμενες Δομές Νήσων (Κ.Ε.Δ.Ν.)	17
1.7 Δομές Φιλοξενίας /Προσωρινής Υποδοχής.....	17
1.8 Δομές Ασυνόδευτων Ανηλίκων	18
1.9 Στελέχωση και τρόπος λειτουργίας Δομών Φιλοξενίας.....	18
Κεφάλαιο 2 ^ο Επαγγελματική Εξουθένωση	19
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	19
2.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	20
2.3 Αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	21
2.4 Εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	21
2.4.1 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης CBI.....	22
2.5 Εργασιακό Άγχος	22
2.5.1 Ορισμός.....	22
2.5.2 Συνθήκες εργασίας σε προσφυγικές δομές που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη εργασιακού άγχους.....	23
2.5.3 Πως εκδηλώνεται το εργασιακό άγχος.....	23
Κεφάλαιο 3 ^ο Κατάθλιψη	23

3.1 Ορισμός της Υγείας.....	24
3.2 Ψυχική υγεία	24
3.3 Ιστορική αναδρομή.....	24
3.4 Ορισμός	24
3.5 Τύποι κατάθλιψης.....	24
3.6 Συμπτώματα κατάθλιψης	25
3.7 Αιτιακοί παράγοντες.....	25
3.8 Εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης.....	26
3.8.1 Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9).....	26
Κεφάλαιο 4 ^ο Ερευνητικά δεδομένα για την επαγγελματική εξουθένωση και την κατάθλιψη των επαγγελματιών υγείας των προσφυγικών δομών	28
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	33
Κεφάλαιο 5 ^ο Μεθοδολογία	34
5.1 Σκοπός της έρευνας.....	34
5.2 Το δείγμα της έρευνας.....	34
5.3 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά	35
5.4 Εργαλεία της έρευνας.....	35
5.5 Στατιστικές Μέθοδοι.....	35
5.6 Αξιοπιστία – Εγκυρότητα.....	36
Κεφάλαιο 6 ^ο Αποτελέσματα.....	38
6.1 Δημογραφικά Στοιχεία	38
6.2 Επαγγελματική Εξουθένωση (CBI-Gr).....	44
6.2.1 Προσωπική Εξουθένωση (Personal burnout).....	45
6.2.2 Εργασιακή Εξουθένωση.....	51
6.2.3 Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς/άτομα.....	57
6.3 Κλίμακα Υγείας Ασθενούς (Κατάθλιψη, PHQ-9).....	64
6.3 Σύγκριση Κλιμάκων/ Υποκλιμάκων	71
Κεφάλαιο 7 ^ο Συζήτηση- Περιορισμοί της μελέτης.....	75

Περιορισμοί της μελέτης.....	77
Συμπεράσματα - Προτάσεις	77
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	86
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ.....	87
ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ	99

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ ΠΙΝΑΚΩΝ - ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Πίνακας 1: Δείκτης Αξιοπιστίας Cronbach's alpha.....	36
Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=125)	38
Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα ειδικοτήτων.....	40
Γράφημα 2: Προσφυγική δομή εργασίας.....	41
Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα απασχόλησης στην εργασία.....	42
Πίνακας 3: Μέση τιμή, Τυπική Απόκλιση, Ελάχιστη - Μέγιστη τιμές δηλώσεων που αφορούν στην ικανοποίηση από την εργασία	43
Γράφημα 4: Ικανοποιητική στελέχωση τμήματος.....	44
Γράφημα 5: Ιστόγραμμα προσωπικής εξουθένωσης.....	45
Πίνακας 4: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση δηλώσεων προσωπικής εξουθένωσης	45
Γράφημα 6: Προσωπική Εξουθένωση για τα δύο φύλα.....	46
Πίνακας 5: Kruskal – Wallis test για την προσωπική εξουθένωση.....	47
Γράφημα 7: Προσωπική εξουθένωση αναλόγως του επαγγέλματος.....	49
Γράφημα 8: Προσωπική Εξουθένωση για τις διαφορετικές δομές εργασίας.....	50
Γράφημα 9: Ιστόγραμμα εργασιακής εξουθένωσης.....	51
Πίνακας 6: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση δηλώσεων εργασιακής εξουθένωσης	52
Γράφημα 10: Εργασιακή εξουθένωση αναλόγως του φύλου.....	53

Πίνακας 7: Kruskal - Wallis τεστ για την επαγγελματική εξουθένωση.....	54
Γράφημα 11: Εργασιακή εξουθένωση αναλόγως της ειδικότητας.....	55
Γράφημα 12: Εργασιακή εξουθένωση αναλόγως της προσφυγικής δομής εργασίας.....	56
Γράφημα 13: Ιστόγραμμα εξουθένωσης που σχετίζεται με τους ασθενείς/άτομα.....	57
Πίνακας 8: Δηλώσεις υποκλίμακας εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα.....	58
Πίνακας 9: Δηλώσεις υποκλίμακας εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα.....	58
Γράφημα 14: Θηγόγραμμα εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα αναλόγως του φύλου.....	59
Πίνακας 10: Kruskal – Wallis test για την εξουθένωση που σχετίζεται με τους ασθενείς/ άτομα.....	60
Γράφημα 15: Εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα αναλόγως της ειδικότητας.....	62
Γράφημα 16: Εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα για τις διάφορες θέσεις εργασίας.....	63
Γράφημα 17: Ιστόγραμμα τιμών κλίμακας κατάθλιψης.....	64
Πίνακας 11: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση δηλώσεων PHQ-9.....	65
Γράφημα 18: Τιμές κλίμακας PHQ-9 (Κατάθλιψη) για τα δύο φύλα.....	66
Πίνακας 12: Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) για την κλίμακα της κατάθλιψης.....	67
Γράφημα 19: Μέσες τιμές Κατάθλιψης για τις διάφορες ειδικότητες.....	69
Γράφημα 20: Μέσες τιμές Κατάθλιψης αναλόγως δομής εργασίας.....	70
Πίνακας 13: Συσχέτιση υποκλιμάκων εξουθένωσης και κατάθλιψης.....	71
Γράφημα 21: Γράφημα Προσωπικής Εξουθένωσης και Εργασιακής Εξουθένωσης.....	72
Γράφημα 22: Γράφημα Προσωπικής εξουθένωσης και Κατάθλιψης.....	73
Γράφημα 23: Γράφημα εργασιακής εξουθένωσης και εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα.....	74

Ευχαριστίες

Πριν από την παρουσίαση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τα άτομα που με βοήθησαν και με στήριξαν ώστε να καταφέρω να ολοκληρώσω αυτό το εγχείρημα.

Καταρχάς, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου, την κυρία Αποστολάρα Παρασκευή, η οποία ήταν μαζί μου σε όλη αυτή τη προσπάθεια. Η αμέριστη βοήθειά της, ο αποτελεσματικός διαμοιρασμός των γνώσεων της καθώς και ο πολύτιμος χρόνος που διέθεσε συνέβαλαν ουσιαστικά στην ολοκλήρωση αυτής της εργασίας.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω μέσα από την καρδιά μου, το σύζυγο μου και το γιο μου, οι οποίοι ήταν πάντα δίπλα μου ενθαρρύνοντας με στις δύσκολες στιγμές και υπενθυμίζοντάς μου τι έχω καταφέρει ως τώρα.

Μούτα Ευαγγελία

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Περίληψη

Εισαγωγή: Μια σύγχρονη πρόκληση των περιβαλλόντων εργασίας είναι η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων. Φαίνεται πως έχει αντίκτυπο, όχι μόνον στην αποδοτικότητα των εργαζομένων και κατά συνέπεια στη λειτουργικότητα των αντίστοιχων οργανισμών, αλλά και στο ίδιο το άτομο σαν οντότητα, δημιουργώντας σοβαρές συνέπειες σε σωματικό, αλλά κυρίως σε ψυχολογικό επίπεδο όπως π.χ. κατάθλιψη, δευτερογενές τραύμα κ.α. Εάν τα περιβάλλοντα εργασίας είναι σκληρά και εξαιρετικά απαιτητικά, τότε αυξάνονται και οι πιθανότητες για την ανάπτυξη επαγγελματικής εξουθένωσης και κατ' επέκταση των συνεπειών της στο άτομο.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε προσφυγικές δομές και η συσχέτισή της με την κατάθλιψη.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα της έρευνας αντιστοιχούσε σε 125 επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε διάφορες προσφυγικές δομές σε όλη την Ελλάδα.

Τα δεδομένα συλλέχθηκαν με τη χρήση ανώνυμου ερωτηματολογίου, ο διαμοιρασμός του οποίου έγινε μέσω φορμών Google σε ομάδες στο διαδίκτυο των επαγγελματιών υγείας σε προσφυγικές δομές. Το ερωτηματολόγιο περιείχε δημογραφικά, εργασιακά στοιχεία, καθώς και το Ερωτηματολόγιο της επαγγελματικής εξουθένωσης της Κοπεγχάγης (CBI-Gr) και το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9). Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε μέσω του στατιστικού προγράμματος SPSS.

Αποτελέσματα: Το δείγμα συνολικά αποτελείται από 125 άτομα, η πλειοψηφία (62,4%) του οποίου είναι γυναίκες και εμφανίζονται συγκριτικά πιο εξουθενωμένες από τους άνδρες. Η ηλικιακή κλάση στην οποία ανήκει η πλειοψηφία είναι αυτή των 30-39 ετών και είναι αυτή που εμφανίζεται περισσότερο εξουθενωμένη. Το επάγγελμα με τα μεγαλύτερα ποσοστά εξουθένωσης και κατάθλιψης είναι αυτό των νοσηλευτριών ($p=0.003$) ενώ η οικογενειακή κατάσταση των έγγαμων με παιδιά δεν φαίνεται να λειτουργεί προστατευτικά ως προς την εμφάνιση εργασιακής εξουθένωσης ($p=0.381$) και κατάθλιψης, αντιθέτως ανευρίσκονται υψηλά σκορ. Εξουθενωμένοι φαίνεται πως είναι και οι κάτοχοι

Μεταπτυχιακού Διπλώματος με τα χαμηλότερο σκορ στο πίνακα της κατάθλιψης ($p=0.596$). Η πλειοψηφία του δείγματος έχει ήπια συμπτώματα κατάθλιψης και διαφάνηκε πως υπάρχει μέτρια συσχέτιση μεταξύ κατάθλιψης και επαγγελματικής εξουθένωσης ($r=0.542$, $p=0.000$).

Συμπεράσματα: Οι εργασιακές απαιτήσεις της σύγχρονης κοινωνίας συμβάλουν στην επαγγελματική εξουθένωση με αντίκτυπο από την αποδοτικότητα του εργαζομένου μέχρι μερικά βαριά συμπτώματα κατάθλιψης και κάποιες χρόνιες ασθένειες. Καθώς η επαγγελματική εξουθένωση δεν αναγνωρίζεται ακόμη ως ασθένεια, προτείνεται να μελετηθεί εκτενέστερα στο προσεχές μέλλον ώστε να κατανοηθεί καλύτερα και να μπορέσει να υπάρξει έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της καθώς και της πιθανής κατάθλιψης που προκύπτει, εφαρμόζοντας παρεμβάσεις ώστε να αποφευχθούν κοστοβόρες νοσηλείες και εκτεταμένη νοσηρότητα.

Λέξεις-κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση και κατάθλιψη, επαγγελματίες υγείας, προσφυγικές δομές, προσφυγικός πληθυσμός

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

Abstract

Introduction: A contemporary challenge of work environments is the work burnout. It seems to have an impact, not only on the efficiency of the employees and consequently on the functionality of the respective organizations, but also on the individual as entity, creating serious consequences on a physical, but mainly on a psychological level such as depression and secondary trauma. If the working environments are difficult and extremely demanding, then the chances for the development of burnout and his consequences for the individual increase.

Aim of the research: The aim of this study is to investigate the work burnout among the healthcare professionals, working in refugee accommodation structures and how is it correlated with the depression.

Material and method: 125 healthcare professionals, who work in various refugee structures throughout Greece, participated in the study.

The data were collected using an anonymous questionnaire which was shared via Google forms to groups on the internet of healthcare professionals in refugee accommodation structures. The questionnaire contained demographic data as well as the Copenhagen Burnout Inventory (CBI-Gr) and the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). The statistical program SPSS. was used for the statistical analysis

Results: The majority (62.4%) of the participants were women and appeared comparatively more exhausted than men. The participants who were between 30-39 years old were more exhausted. Nurses had the highest rates of burnout and depression ($p=0.003$), while the marital status of people with children does not seem to act protectively in terms of the occurrence of occupational burnout ($p=0.381$) and depression, on the contrary high scores are found. Master's degree holders were found to be more exhausted, but they had the lowest scores on the depression scale ($p=0.596$). The majority of the sample had mild symptoms of depression and it seems that there is a moderate correlation between depression and burnout ($r=0.542$, $p=0.000$).

Conclusions: The work demands of modern society contribute to burnout with an impact from worker's efficiency to some severe depressive symptoms and some chronic illnesses. As burnout is not yet recognized as a disease, it is suggested that it be studied more extensively in the near future in order to better understand it and to be able to have an early diagnosis and treatment of it and its possible occurred depression by applying interventions to avoid costly hospitalizations and morbidity.

Keywords: Job burnout and depression, healthcare professionals, refugee accommodation structures, factors, work-related stress

Εισαγωγή

Η εργασιακή απασχόληση του ατόμου αποτελεί έναν απαραίτητο και αξιοπρεπή τρόπο για να βγάλει κάποιος τα προς το ζην, ωστόσο, μπορεί να αποτελέσει πηγή για διάφορες αιτίες άγχους (Iacovides et al.,2003). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει σε παγκόσμιο επίπεδο τους ερευνητές και πλέον θεωρείται ως ένα σημαντικό φαινόμενο που αφορά στους εργαζόμενους (Schaufeli, Leiter& Maslach,2009). Η επαγγελματική εξουθένωση σε συνδυασμό με την κατάθλιψη έχουν γίνει αντικείμενο μελέτης και εκτενούς συζήτησης τις τελευταίες δεκαετίες εξαιτίας του κρίσιμου ερωτήματος για το αν μπορούν να θεωρηθούν ίδιες ως έννοιες ή αποτελούν δύο διαφορετικά ψυχοπαθολογικά σύνδρομα. Μία σημαντική διάκριση αποτελεί το γεγονός ότι η κατάθλιψη επηρεάζει ολόκληρη τη ζωή του ατόμου που υποφέρει και μπορεί μεταξύ των άλλων να προκληθεί από αιτίες σχετιζόμενες με την εργασία, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση περιορίζεται μόνο στο χρόνιο εργασιακό άγχος ή σε αιτίες που σχετίζονται με την εργασία (Maslach&Leiter,2015, Maslach,Schaufeli&Leiter,2001). Ωστόσο, σύμφωνα με τον Iacovides et al.(2003)μια ιδιαίτερα σοβαρή εξάντληση προερχόμενη από την εργασία μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη.

Ενώ έχει συζητηθεί εκτεταμένα τα προηγούμενα χρόνια για το αν συσχετίζεται η επαγγελματική εξουθένωση με την κατάθλιψη και τα κοινά χαρακτηριστικά που μοιράζονται, το γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν υπάρχει στην ενδέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Στατιστικής Ταξινόμησης Νοσημάτων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας (ICD-11) και ούτε αναγνωρίζεται από το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών 5^{ης} έκδοσης (DSM-5), ενίσχυσε τη διαμάχη για το αν τελικά συσχετίζονται ή όχι (Plieger et al.,2015) και επιβεβαιώνεται ότι ακόμη δεν υπάρχουν διαγνωστικά κριτήρια για την επαγγελματική εξουθένωση (Koutsimani et al.,2019).

Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια χρόνια κατάσταση ενός ατόμου, η οποία είναι αποτέλεσμα παρατεταμένων στρεσογόνων παραγόντων οι οποίοι απορρέουν από την εργασία του (Maslach, Schaufeli&Leiter, 2001). Παρότι υπάρχουν αρκετές διαφορετικές έννοιες και αντιλήψεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, υπάρχει ένα χαρακτηριστικό το οποίο είναι κοινό σε όλες: η εξάντληση του ατόμου , η οποία προκύπτει από το εργασιακό στρες (Plieger et al.,2015). Η επαγγελματική εξουθένωση παρατηρείται ήδη σε διάφορα επαγγέλματα, αλλά επικεντρώνεται περισσότερο στον τομέα των ανθρωπιστικών υπηρεσιών (Pedersen,1998). Έτσι, η πλειοψηφία των ερευνών έχει εστιάσει περισσότερο στα επαγγέλματα που αφορούν την υγειονομική περίθαλψη (Maslach&Leiter, 2015).

Στην παρούσα έρευνα θα διερευνηθεί η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι εργάζονται σε προσφυγικές δομές σε ολόκληρη την Ελλάδα και πως αυτή

συσχετίζεται ή όχι με την κατάθλιψη. Μετά τη ραγδαία είσοδο στη χώρα μας το 2015 προσφύγων πολέμου από τη Συρία και μεταναστών από άλλες χώρες, τέθηκε ένα μεγάλο θέμα πολιτικής της υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας (Ε.Σ.Υ.) αντιμετωπίζοντας πολλές προκλήσεις ήδη από το 2009, λόγω της οικονομικής κρίσης με την οποία ήρθε αντιμέτωπη και από την οποία ουσιαστικά δεν ανέκαμψε ποτέ, καλείται εκ νέου να αντιμετωπίσει ακόμη μια πρόκληση, αυτή της προσφυγικής κρίσης. Οι προκλήσεις, λοιπόν αυξάνονται με πολιτιστικές και γλωσσικές διαφορές καθώς επίσης και μεγάλο αριθμό τραυματικών εμπειριών των ασθενών. Δημιουργείται έτσι η ανάγκη για περαιτέρω ενίσχυση και αποσυμφόρηση του Ε.Σ.Υ. με την κάλυψη των προσφυγικών δομών από ιατρονοσηλευτικό και ψυχοκοινωνικό προσωπικό (Kotsiou et al.,2018).

Οι επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι εργάζονται με πρόσφυγες και μετανάστες, έρχονται σε επαφή με ανθρώπους που έχουν βιώσει πολλές και διαφορετικές τραυματικές εμπειρίες καθώς και καθημερινές παραβιάσεις των βασικών ανθρωπίνων δικαιωμάτων τους. Οι εξιστορήσεις των ιστοριών αυτών στους επαγγελματίες υγείας, αυξάνουν την ψυχολογική τους καταπόνηση, καθώς έχουν να αντιμετωπίσουν και εργασιακά περιβάλλοντα που είναι εξαιρετικά δύσκολα, απαιτητικά, γεμάτα κινδύνους, ελλείψεις σε προσωπικό, με τον ωφελούμενο πληθυσμό να είναι σε υπερπληρότητα, συνθήκες συνωστισμού και με σημαντική επιβάρυνση της υγείας τους λόγω του μεγάλου όγκου διαφόρων ασθενειών (Živanović&Vukčević Marković,2020).Υπάρχει, επίσης, η πεποίθηση ότι οι εργαζόμενοι σε τέτοιες συνθήκες και με τέτοιους πληθυσμούς, έχουν αναπτύξει ένα είδος «ανοσίας», καθώς το έργο τους είναι να επουλώνουν και να γιατρεύουν τους αρρώστους και τους τραυματισμένους. Επομένως, είναι αναμενόμενο οι ανάγκες των ωφελούμενων να μπαίνουν πάνω από τις δικές τους (Hartell et al., 2020) συμβάλλοντας έτσι ακόμη περισσότερο στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης. Συμπεραίνοντας, λοιπόν, οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε προσφυγικές δομές αποτελούν έναν πληθυσμό άξιο μελέτης για το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης και πως αυτή συσχετίζεται με την κατάθλιψη.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο1° Προσφυγικό ζήτημα

1.1 Το προσφυγικό ζήτημα στην Ελλάδα

Από το 2015 και μετά περισσότεροι από 1 εκατομμύριο άνθρωποι έφυγαν από τις χώρες τους (Συρία, Ιράν, Πακιστάν, Αφγανιστάν, Ιράκ και άλλες χώρες της Αφρικής) για να έρθουν στην Ευρώπη, προσπαθώντας να ξεφύγουν από συγκρούσεις, συρράξεις, βία καθώς και άλλες ενέργειες οι οποίες καταπατούσαν τα ανθρώπινα δικαιώματά τους . Τον Απρίλιο του 2019 εκτιμάται ότι υπήρχαν 71.200 πρόσφυγες και μετανάστες στην Ελλάδα από τους οποίους τα 28.000 ήταν παιδιά και περίπου τα 3.800 ασυνόδευτα. (Παπαδάτου et al.2019). Μέχρι τις 30 Σεπτεμβρίου του 2021, σύμφωνα με την Ύπατη Αρμοστεία του ΟΗΕ για τους πρόσφυγες, καταγράφηκαν 168.714 πρόσφυγες, μετανάστες και αιτούντες άσυλο. Η πλειοψηφία των εθνικοτήτων στις 3 πρώτες θέσεις αποτελούνταν από Σύριους, Αφγανούς και Ιρακινούς (UNHCR THE UN Refugee Agency,2021).

1.2 Εννοιολογικοί προσδιορισμοί

Το μελετώμενο δείγμα πληθυσμού εργάζεται σε προσφυγικές δομές και γενικότερα έρχεται αντιμέτωπο με το προσφυγικό ζήτημα είναι ορθό, για την καλύτερη εννοιολογική προσέγγιση του θέματος, να δοθούν διάφοροι ορισμοί όπως του τι είναι πρόσφυγας, τι μετανάστης, τι αιτών άσυλο και οι διαφορές που υπάρχουν μεταξύ τους. Θα δούμε επίσης πως λειτουργούν διάφορες προσφυγικές δομές στην Ελλάδα.

Πρόσφυγας «είναι κάποιος που έχει αναγκαστεί να εγκαταλείψει το σπίτι του χωρίς προειδοποίηση εξαιτίας πολέμου, βίας ή διώξεων και ο οποίος δεν δύναται να επιστρέψει σε αυτό μέχρις ότου οι συνθήκες στην πατρίδα του είναι ασφαλείς ξανά. Μια επίσημη οντότητα, όπως μια κυβέρνηση ή η Υπηρεσία των Ηνωμένων Εθνών για τους Πρόσφυγες και μόνον καθορίζει εάν ένα άτομο που αναζητά διεθνή προστασία πληροί τον ορισμό του πρόσφυγα. Όσοι αποκτούν το καθεστώς του πρόσφυγα τυγχάνουν προστασίας βάσει των διεθνών νόμων και συμβάσεων και σημαντική υποστήριξη από φορείς παροχής βοήθειας, συμπεριλαμβανομένης της Διεθνούς Επιτροπής Διάσωσης»(International Rescue Committee, 2018).

Αιτών άσυλο «είναι κάποιος που αναζητά διεθνή προστασία λόγω κινδύνων στη χώρα καταγωγής του, άλλα του οποίου τα κριτήρια για το καθεστώς του πρόσφυγα δεν έχουν καθοριστεί νομικά. Ο αιτών άσυλο πρέπει να υποβάλλει αίτηση για προστασία στη χώρα προορισμού του που σημαίνει ότι πρέπει να φτάσει ή να διασχίσει τα σύνορά της. Στη συνέχεια, θα πρέπει να αποδείξει ότι πληροί τα κριτήρια του πρόσφυγα» (International Rescue Committee,2018).

Μετανάστης «είναι κάποιος που συνειδητά αποφασίζει να εγκαταλείψει την πατρίδα του και να μετακομίσει σε μια ξένη χώρα με σκοπό να εγκατασταθεί εκεί. Ψάχνει ευκαιρίες για εργασία, μαθαίνει τη γλώσσα της χώρας στη οποία σχεδιάζει να ζήσει, αλλά το πιο σημαντικό είναι ότι είναι ελεύθερος να επιστρέψει στην πατρίδα του οπότε εκείνος το θελήσει» (International Rescue Committee, 2018).

1.3 Δομές Προσωρινής Φιλοξενίας Προσφύγων

Οι δομές Προσωρινής Φιλοξενίας Προσφύγων «είναι καταφύγια (*shelters*), τα οποία κατασκευάζονται για να χρησιμοποιηθούν ως προσωρινή στέγη σε άτομα που αναγκάστηκαν να εγκαταλείψουν το σπίτι τους λόγω διώξεων και ύπαρξης βιαιοτήτων στη χώρα τους». Τις περισσότερες φορές κατασκευάζονται σε πολύ μικρό χρονικό διάστημα λόγω του ότι είναι εξαιρετικά επιτακτική ανάγκη να σωθούν ανθρώπινες ζωές από τις συνεχιζόμενες αναταράξεις. Έτσι, «παρέχουν άμεσα προστασία και ασφάλεια σε ευάλωτους ανθρώπους στον κόσμο». Επίσης, αυτά τα στρατόπεδα (*camp*) «επιτρέπουν σε οργανώσεις όπως η Ύπατη Αρμοστεία Ενωμένων Εθνών να παράσχουν «βοήθεια διάσωσης» (*lifesaving aid*), όπως νερό, τροφή και ιατρική φροντίδα σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης» (USA for UNHCR, 2020).

1.4 Τύποι Δομών Φιλοξενίας

Στην Ελλάδα αυτή τη στιγμή υπάρχουν διάφοροι τύποι δομών φιλοξενίας και βρίσκονται σε ολόκληρη την Ελλάδα, κάποιες από αυτές είναι: των αιτούντων άσυλο, των ασυνόδευτων ανηλίκων και διάφορων κοινωνικά ευάλωτων ομάδων. Η φιλοξενία επίσης υπάρχει η δυνατότητα να παρέχεται και σε αυτόνομα καταλύματα, όπως ενοικιαζόμενα διαμερίσματα, ενοικιαζόμενα δωμάτια σε ξενοδοχεία και τουριστικά καταλύματα (Υπουργική Απόφαση 11.1/6343/2014 - ΦΕΚ 3295/Β/9-12-2014)

1.5 Κέντρα υποδοχής και ταυτοποίησης (Κ.Υ.Τ.)

Στα Κέντρα Υποδοχής και Ταυτοποίησης (Κ.Υ.Τ.) διαμένουν πολίτες τρίτων χωρών οι οποίοι έχουν εισέλθει στην ελληνική επικράτεια παράτυπα προκειμένου να ενταχθούν στα πρωτόκολλα υποδοχής και ταυτοποίησης και να υποβάλουν αίτημα διεθνούς προστασίας. Εκεί βρίσκονται υπό το καθεστώς περιορισμού της ελευθερίας τους και με ανώτατο όριο τις 25 ημέρες υποβάλλονται στη διαδικασία υποδοχής και ταυτοποίησης. Αποτελούνται από διάφορα κλιμάκια όπως το διοικητικό, το ιατρο-ψυχο-κοινωνικό κλιμάκιο και την ομάδα φύλαξης και ασφάλειας. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 3 Κ.Υ.Τ. :

- Κ.Υ.Τ Μυτιλήνης
- Κ.Υ.Τ. Χίου

- Κ.Υ.Τ Φυλάκιο (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, ΚΥΤ&ΚΕΔΝ,n.d.)

1.6 Κλειστές Ελεγχόμενες Δομές Νήσων (Κ.Ε.Δ.Ν.)

Οι Κλειστές Ελεγχόμενες Δομές Νήσων παρέχουν περισσότερη προστασία και ασφάλεια στους πολίτες των τρίτων χωρών που έχουν έρθει στην Ελλάδα παράτυπα. Μέσα σε αυτές τι δομές υπάρχει δυνατότητα λειτουργίας Κέντρου Υποδοχής και Ταυτοποίησης και ξεχωριστών χώρων παραμονής ευάλωτων ομάδων. Επίσης, σε περιπτώσεις ασυνόδευτων ανηλίκων υπάρχει δυνατότητα για φιλοξενία σε συγκεκριμένους χώρους που λειτουργούν ως «ασφαλείς ζώνες». Από άποψη στελέχωσης αποτελούνται από τα ίδια κλιμάκια όπως και τα Κ.Υ.Τ. Υπάρχουν οι παρακάτω Κ.Ε.Δ.Ν:

- Κ.Ε.Δ Κω
- Κ.Ε.Δ. Λέρου
- Κ.Ε.Δ. Σάμου (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, n.d.)

1.7 Δομές Φιλοξενίας /Προσωρινής Υποδοχής

Οι Δομές αυτές παρέχουν προσωρινή φιλοξενία σε πολίτες τρίτων χωρών, οι οποίοι έχουν καταθέσει αίτημα διεθνούς προστασίας. Παρέχεται ένα σταθερό πλαίσιο διαμονής που καλύπτει όχι μόνο τις βασικές βιοτικές και κοινωνικές ανάγκες των φιλοξενουμένων, αλλά και τις παιδαγωγικές και μορφωτικές ανάγκες τους. Επίσης, τελούν υπό καθεστώς ελεύθερης διαβίωσης με την υποχρέωση να τηρούν τους εσωτερικούς κανονισμούς ώστε να μην παρεμποδίζεται η εύρυθμη λειτουργία της. Οι υπηρεσίες που προσφέρονται αφορούν στη στέγαση και σίτιση, την ενημέρωση και πληροφόρηση των φιλοξενουμένων για τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους, την ψυχοκοινωνική υποστήριξή τους, την πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας, την παροχή βασικών ειδών ατομικής υγιεινής, ένδυσης και υπόδησης, την εκμάθηση της ελληνικής γλώσσας καθώς και την πρόσβαση σε προγράμματα εκπαίδευσης και ανάπτυξης δεξιοτήτων.

Αυτές είναι: Δομή Αττικού Άλσους, Αλεξάνδρειας, Βαγιοχωρίου, Βέροιας, Βόλου, Διαβατών, Δολιανών (Αγία Ελένη), Δράμας, Δυτικής Λέσβου, Ελαιώνα, Ελευσίνας, Θερμοπυλών, Θήβας, Καβάλας, Κατσικάς, Κορίνθου, Κουτσόχερου, Κυλλήνης, Λαγκαδικίων, Μαλακάσας, Οινοφύτων, Πολυκάστρου, Πύργου, Ριτσώνας, Σερρών, Σιντικής, Σχιστού, Φιλιπιάδας (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου,n.d.)

Ενοικιαζόμενα διαμερίσματα, ξενοδοχεία ή καταλύματα, όπου φιλοξενούνται πρόσφυγες υπάρχουν σε 15 πόλεις και 3 νησιά σε όλη την Ελλάδα με προγράμματα όπως το ESTIA (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου,2021)

1.8 Δομές Ασυνόδευτων Ανηλίκων

Μέχρι σήμερα, οι υπάρχουσες δομές λειτουργούν από κρατικούς φορείς και εποπτευόμενα από αυτούς νομικά πρόσωπα και από Μ.Κ.Ο. και Διεθνείς Οργανισμούς (Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου, 2019). Μερικές από τις υπηρεσίες που παρέχονται στους ασυνόδευτους ανήλικους, κατά την παραμονή τους στην δομή είναι η παροχή Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας σε συνεργασία με άλλες δομές/προγράμματα, ψυχοκοινωνική υποστήριξη, συμβουλευτική, διαμονή και σίτιση. (Γιατροί του κόσμου, 2017)

1.9 Στελέγωση και τρόπος λειτουργίας Δομών Φιλοξενίας

Η στελέγωση και ο τρόπος λειτουργίας των Δομών εξαρτάται από το είδος της Δομής, καθώς επίσης και από τις ανάγκες των ατόμων που διαμένουν σε αυτές, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται στο μέγιστο η εύρυθμη και ομαλή λειτουργία τους. Ωστόσο, οι ομάδες που γενικά υπάρχουν σε κάθε Δομή περιλαμβάνουν:

- διοικητικό κλιμάκιο για τη διεκπεραίωση διάφορων διοικητικών αρμοδιοτήτων
- ιατρικό κλιμάκιο για την παροχή ιατρικών υπηρεσιών και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
- Ψυχοκοινωνικό κλιμάκιο για την ψυχοκοινωνική, ενημερωτική και συμβουλευτική παροχή υπηρεσιών στους διαμένοντες
- κλιμάκιο ασφάλειας για την καταγραφή, τον έλεγχο και την ασφάλεια των ωφελούμενων. (Υπουργική απόφαση 11.1/6343/2014-ΦΕΚ 3295/Β/09-12-2014)

Κεφάλαιο 2° Επαγγελματική Εξουθένωση

2.1 Ιστορική αναδρομή

Οι ρίζες της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεκινούν πολύ παλαιότερα από την εποχή την οποία πρωτο-παρατηρήθηκε και άρχισε να μελετάται το φαινόμενο. Πριν από περίπου 180 χρόνια και με την ανάπτυξη των νέων συγκοινωνιών, δημιουργήθηκε μια πιο ακριβή αίσθηση του χρόνου. Οι εργαζόμενοι λειτουργούσαν βάσει συγκεκριμένων ωραρίων και σε συνδυασμό με τη συνεχιζόμενη αύξηση της παραγωγής και κατανάλωσης αγαθών, η νέα αίσθηση του χρόνου στη ζωή των ανθρώπων δημιούργησε και μια νέα αίσθηση πίεσης. Αυτός ήταν ο σπόρος της σημερινής αντίληψής μας για το άγχος. Οι εργαζόμενοι σταδιακά απομονώθηκαν και χωρίστηκαν ο ένας από τον άλλο, λόγω της επαγγελματικής εξειδίκευσης και τομεοποίησης των επαγγελμάτων. Αναπόφευκτα, λοιπόν, η επαγγελματική εξουθένωση άρχισε να κάνει την εμφάνισή της και ειδικότερα σε μεγαλύτερο βαθμό στα επαγγέλματα παροχής ανθρωπίνων υπηρεσιών (Pedersen,1998).

Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον Cherniss σε σύγγραμμα των Maslach&Schaufeli η τάση για εξατομίκευση στη σύγχρονη κοινωνία έχει οδηγήσει σε συνεχώς αυξανόμενη πίεση στις ανθρώπινες υπηρεσίες. Εξαιτίας της αποδόμησης της παραδοσιακής κοινωνίας και οικογένειας, ολοένα και περισσότερα προβλήματα από αυτά που αντιμετωπίζουμε χρειάζεται να επιλυθούν από επαγγελματίες παρά από συγγενείς, φίλους ή άλλα μέλη της κοινωνίας (Maslach& Schaufeli,1993).

Σε επιστημονικό επίπεδο, ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του 1960 προκειμένου να περιγραφούν οι συνέπειες της χρόνιας κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών. Ωστόσο, ο όρος έγινε δημοφιλής μόνο όταν ο Herbert Freudenberger, ένας ψυχολόγος με έδρα τη Νέα Υόρκη, τον χρησιμοποίησε για να περιγράψει την προσωπική εξάντληση που βίωνε λόγω της υπερβολικής εργασίας. Εκτός του ότι εξασκούσε το επάγγελμα του ψυχολόγου με πλήρη απασχόληση την ημέρα, το βράδυ εργαζόταν σε μια κλινική απεξάρτησης τοξικομανών ως εθελοντής. Το 1973 περιέγραψε σε ένα επαγγελματικό περιοδικό ψυχολογίας αυτό που βίωνε και το ονόμασε «σύνδρομο εξάντλησης» (Pedersen,1998). Παρατήρησε λοιπόν, στον εαυτό του και σε συνεργάτες του διάφορα ψυχοσωματικά προβλήματα, αλλαγή σε σωματικές λειτουργίες, απαθής στάση ως προς τους ασθενείς, καταθλιπτική συμπεριφορά και μείωση της ευχαρίστησης που λάμβαναν από την εργασία τους (Freudenberger,1974). Ο όρος «burnout syndrome» και η χρήση του από τον Freudenberger τον έκανε πολύ οικείο στον κόσμο, αλλά πιο δημοφιλής έγινε έπειτα από την εφαρμογή του όρου ως κοινωνικό ζήτημα από τις Christina Maslach, Ayala Pines και τον Cary Cherniss (Pedersen,1998).

2.2 Εννοιολογικός προσδιορισμός της Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σύμφωνα με τον Cary Cherniss, ένας από τους ορισμούς της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι: « Η εξουθένωση είναι μια διαδικασία που ξεκινά με υπερβολικά και παρατεταμένα επίπεδα εργασιακής έντασης αυτό με τη σειρά του προκαλεί καταπόνηση στον εργαζόμενο (αίσθημα έντασης, ευερεθιστότητας και κόπωσης). Η διαδικασία ολοκληρώνεται όταν οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν αμυντικά το εργασιακό άγχος, αποσπώνται ψυχολογικά από τη δουλειά και γίνονται απαθείς, κυνικοί και άκαμπτοι.» (Cherniss, 1980). Μια άλλη περιγραφή της εξουθένωσης είναι η εξής : *Μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από μια μακροχρόνια εμπλοκή σε καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές. « Η σωματική εξάντληση χαρακτηρίζεται από χαμηλή ενέργεια, χρόνια κόπωση και αδυναμία. Η συναισθηματική εξάντληση, το δεύτερο συστατικό της επαγγελματικής εξουθένωσης, περιλαμβάνει κυρίως αισθήματα ανικανότητας, απελπισίας και παγίδευσης. Η ψυχική εξάντληση, το τρίτο συστατικό, χαρακτηρίζεται από την ανάπτυξη αρνητικών στάσεων απέναντι στον εαυτό του, την εργασία και την ίδια τη ζωή.»* (Pines & Aronson, 1988). Ο πιο ευρέως χρησιμοποιούμενος ορισμός, όμως, δόθηκε από τις Maslach και Jackson περιγράφοντας το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ως «ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης και κυνισμού που εμφανίζεται συχνά σε άτομα που κάνουν κάποιου είδους ‘εργασία με ανθρώπους’».

Επίσης, αναφέρθηκαν σε 3 βασικές πτυχές του συνδρόμου, πρώτη είναι η συναισθηματική εξάντληση, η οποία προκύπτει όταν οι εργαζόμενοι δεν είναι πλέον θέση να προσφέρουν από τον εαυτό τους σε ψυχολογικό επίπεδο λόγω της εξάντλησης των συναισθηματικών τους πόρων. Η δεύτερη πτυχή , η οποία φαίνεται να σχετίζεται κατά κάποιον τρόπο με την πρώτη λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης, είναι η ανάπτυξη αρνητικών, κυνικών στάσεων και συναισθημάτων (αποπροσωποποίηση) για τους ανθρώπους τους οποίους εξυπηρετεί. Η τρίτη πτυχή του συνδρόμου είναι η τάση να αξιολογεί κανείς αρνητικά τον εαυτό του, ιδιαίτερα όσον αφορά τη δουλειά του με τους εξυπηρετούμενους (μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα), οι εργαζόμενοι αισθάνονται δυσαρέσκεια με τον εαυτό τους και με τα επιτεύγματά τους στην δουλειά (Maslach & Jackson, 1981).

Από τις 3 πτυχές η πρώτη (συναισθηματική εξάντληση) είναι η πιο συχνά αναφερόμενη και η πιο διεξοδικά αναλυμένη, ωστόσο το γεγονός ότι η εξάντληση είναι απαραίτητο κριτήριο για την εξουθένωση δεν σημαίνει ότι επαρκεί. Αντανακλά το μέγεθος του άγχους της επαγγελματικής εξουθένωσης, αποτυγχάνει όμως να συλλάβει όλες τις κρίσιμες πτυχές της σχέσης που έχουν οι άνθρωποι με τη δουλειά τους. Η εξάντληση δεν είναι κάτι το οποίο μόνο βιώνεται, αλλά δίνει έναυσμα για συναισθηματική απομάκρυνση κάποιου από την εργασία του, σε μια προσπάθεια να ανταπεξέλθει στο φόρτο εργασίας. Όσον αφορά τα επαγγέλματα παροχής ανθρωπίνων υπηρεσιών, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της δουλειάς μπορούν να εξαντλήσουν την ικανότητα του παρόχου υπηρεσιών να ανταποκρίνεται στις ανάγκες των εξυπηρετούμενων ατόμων. Η αποπροσωποποίηση

είναι μια προσπάθεια να γίνει μια αποστασιοποίηση μεταξύ του παρόχου και του αποδέκτη υπηρεσιών, έτσι οι απαιτήσεις τους είναι καλύτερα διαχειρίσιμες γιατί θεωρούνται απρόσωπα αντικείμενα της δουλειάς του παρόχου. Γενικότερα οι άνθρωποι χρησιμοποιούν συνειδητά την αδιαφορία και αναπτύσσουν κυνική στάση και σε άλλους τομείς της ζωής τους όταν είναι εξαντλημένοι και αποθαρρημένοι. Η πτυχή των μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων φαίνεται πως επηρεάζεται σημαντικά από την εξάντληση και την αποπροσωποποίηση καθότι είναι δύσκολο να αισθάνεται κανείς ολοκληρωμένος όταν αισθάνεται εξαντλημένος ή όταν βοηθάει άτομα για τα οποία αδιαφορεί. Επομένως, η αναποτελεσματικότητα είναι απόρροια των 2 πρώτων πτυχών, ενώ οι 2 αυτές πτυχές είναι αποτέλεσμα μεγάλου φόρτου εργασίας και κοινωνικών συγκρούσεων (Maslach, Schaufeli&Leiter,2001).

2.3 Αιτίες της επαγγελματικής εξουθένωσης

Μετά από έρευνα για πάνω από 20 χρόνια, ο Schaufeli και οι συνεργάτες του κατονόμασαν τις παρακάτω αιτίες ως τις κυριότερες στην ανάπτυξη της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- Υπερβολικός φόρτος εργασίας
- Έλλειψη αυτονομίας στην οργάνωση και το σχεδιασμό των εργασιών
- Έλλειψη πόρων και ανεπαρκής επιβράβευση στον εργασιακό χώρο
- Ελλιπής συνεργασία με τα υπόλοιπα μέλη της ομάδας
- Έλλειψη υποστήριξης
- Ανισότητα και διάπραξη αδικιών κατά την άσκηση του επαγγέλματος (Schaufeli et al,2009).

2.4 Εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης

Υπάρχουν διάφορα μοντέλα μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης, η πλειοψηφία τους έχει σαν κοινή ιδέα ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης προέρχεται από το χρόνιο άγχος που βιώνει ένα άτομο στην εργασία του. Επίσης κοινό χαρακτηριστικό έχουν την διερεύνηση των αιτιών που οδηγούν το άτομο στην εξουθένωση, εξετάζοντας λεπτομερώς τους διαφορετικούς ατομικούς και εργασιακούς παράγοντες του καθενός (Belias&Varsanis,2014).Το πρώτο εργαλείο δημιουργήθηκε από την Maslach και τους συνεργάτες της, το Maslach Burnout Inventory (MBI), και είναι αυτό που μελετά και τις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη συνέχεια τροποποιήθηκε κάπως το ήδη υπάρχον και αναπτύχθηκε και το MBI-HSS (Human Services Survey) ειδικότερα για εργαζόμενους σε ανθρωπιστικές υπηρεσίες (Maslach et al.,1997). Έκτοτε έχουν δημιουργηθεί πολλά και πιο σύγχρονα μοντέλα μέτρησης. Για τη συγκεκριμένη έρευνα θα χρησιμοποιηθούν το Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς PHQ-9, το οποίο χρησιμοποιείται για τη

διερεύνηση ανάπτυξης κατάθλιψης (Wittkamp et al.,2007) και το ερωτηματολόγιο διερεύνησης της επαγγελματικής εξουθένωσης της Κοπεργάγης CBI-Gr που αναλύεται παρακάτω.

2.4.1 Το μοντέλο της Κοπεργάγης CBI

Ο Kristensen και οι συνεργάτες του το 2005, δημιούργησαν ένα σύγχρονο μοντέλο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, το μοντέλο της Κοπεργάγης, καθώς θεώρησαν ότι το μοντέλο και εργαλείο που χρησιμοποίησε η Maslach, μετράει τις τρεις πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης ξεχωριστά και όχι ως σύνολο. Θεώρησαν ότι οι τρεις διαστάσεις θα πρέπει να εκλαμβάνονται σαν αποτέλεσμα της εξουθένωσης και όχι να θεωρούνται συστατικά μέρη του συνδρόμου. Επίσης, η κριτική που άσκησαν στο MBI αφορούσε στο ότι μετράει μόνο τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα και ότι οι ερωτήσεις που το αποτελούν είναι βασισμένες στην αμερικάνικη κουλτούρα και ισχυρίστηκαν ότι θα είναι αναποτελεσματικό σε άλλες χώρες (Kristensen et. al., 2005). Για το λόγο λοιπόν αυτό, σχεδίασαν ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 19 προτάσεις, στις οποίες οι συμμετέχοντες αποτυπώνουν σε μια κλίμακα τύπου Likert την συχνότητα εμφάνισης των περιγραφόμενων στοιχείων (*Ποτέ, Σπάνια, Μερικές Φορές, Συχνά, Πάντα*) ή αντίστοιχα τον βαθμό εμφάνισης (*Σε πολύ μικρό βαθμό, σε μικρό βαθμό, λίγο, σε μεγάλο βαθμό, σε πολύ μεγάλο βαθμό*). Η εν λόγω κλίμακα αποτελείται από τρεις υποκλίμακες όπως παρακάτω:

- Προσωπική εξουθένωση (6 ερωτήσεις) : μετράται ο βαθμός της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης που βιώνει το άτομο ασχέτως από την εργασία του.
- Επαγγελματική εξουθένωση (7 ερωτήσεις) : μετράται ο βαθμός της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης που βιώνει το άτομο από την εργασία του.
- Εξουθένωση σχετικά με την επαφή με ανθρώπους (6 ερωτήσεις) : μετράται ο βαθμός της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης των ατόμων σε σχέση με την συναναστροφή τους με άλλα άτομα (Kristensen et. al.,2005).

Επιπροσθέτως, το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, ανάμεσά τους και η Ελληνική (CBI-Gr) , βοηθώντας έτσι την έρευνα μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, καθώς επίσης θα επιτρέψει και την εκτίμηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον Ελληνικό πληθυσμό (Papaefstathiou et al.,2019).

2.5 Εργασιακό Άγχος

2.5.1 Ορισμός

Σύμφωνα με το Αμερικανικό Εθνικό Ινστιτούτο για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία : «*Το εργασιακό άγχος μπορεί να οριστεί ως οι βλαβερές σωματικές και συναισθηματικές*

αντιδράσεις που εμφανίζονται όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν συνάδουν με τις ικανότητες, τους πόρους και τις ανάγκες του εργαζομένου». Επίσης, το εργασιακό άγχος μπορεί να οδηγήσει σε κακή υγεία, ακόμη και σε τραυματισμό. (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, Public Health Service Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health, 1999)

2.5.2 Συνθήκες εργασίας σε προσφυγικές δομές που μπορούν να οδηγήσουν στην ανάπτυξη εργασιακού άγχους

- Έλλειψη πόρων, προσωπικού, υλικο-τεχνικού εξοπλισμού, χρόνου και δεξιοτήτων
- Έλλειψη ιδιωτικότητας και προσωπικού χώρου
- Μη ευχάριστες συνθήκες εργασίας
- Συνεχής έκθεση σε κίνδυνο και χρόνιο φόβο λόγω των συνθηκών στις δομές αυτές
- Αποχωρισμός από την οικογένεια και ανησυχία για οικογενειακή ευημερία, ειδικότερα για εργαζόμενους οι οποίοι έχουν αλλάξει πόλη ή χώρα
- Συνεχής έκθεση σε εξιστορήσεις με προσωπικά τραυματικά γεγονότα
- Έκθεση σε θυμό και έλλειψη ευγνωμοσύνης από μέλη του ωφελούμενου πληθυσμού
- Μεγάλες γραφειοκρατικές απαιτήσεις από τον εκάστοτε οργανισμό
- Προσωπικές συγκρούσεις μεταξύ των εργαζομένων και έλλειψη συνεργασίας
- Υπερβολικός φόρτος εργασίας, υπερωρίες και χρόνια κούραση
- Αίσθημα ανικανότητας και αγωνίας μπροστά στην τεράστια ανάγκη που προκύπτει
- Ηθικά διλήμματα (κριτήρια διαλογής στην παροχή βοήθειας και ανάγκη διαπραγμάτευσης μπροστά σε παραβιάσεις ανθρωπίνων δικαιωμάτων)
- Αισθήματα ενοχής
- Ανάγκη για διατήρηση ουδέτερης στάσης σε πολιτικές και θρησκευτικές καταστάσεις (Ehrenreich& Elliott,2004)

2.5.3 Πως εκδηλώνεται το εργασιακό άγχος

Εκδηλώνεται με διάφορες μορφές, συνήθως έχει αρνητικές επιπτώσεις, επηρεάζοντας την ψυχική και σωματική υγεία των εργαζομένων, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, ως προς τα άτομα που φροντίζουν, τις σχέσεις με τους συνεργάτες, τη διοίκηση και άλλα πρόσωπα στην ιδιωτική τους ζωή (Παπαδάτου et al.,2019).

Κεφάλαιο 3^ο Κατάθλιψη

3.1 Ορισμός της Υγείας

«Υγεία είναι η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας» (World Health Organization,2006)

3.2 Ψυχική υγεία

«Ψυχική υγεία είναι μια κατάσταση ευημερίας κατά την οποία το άτομο συνειδητοποιεί τις ικανότητές του, μπορεί να αντιμετωπίσει τα συνηθισμένα άγχη της ζωής, μπορεί να εργαστεί παραγωγικά και αποδοτικά και είναι σε θέση να συνεισφέρει στην κοινότητά του» (World Health Organization,2014)

3.3 Ιστορική αναδρομή

Η κατάθλιψη σαν έννοια έχει τις ρίζες της πολλά χρόνια πίσω στην ιστορία της Ιατρικής. Η πρώτη ανίχνευσή της σαν ιδέα μπορεί σωστά να θεωρηθεί ότι επετεύχθη στην Αρχαία Ελλάδα από τον Ιπποκράτη και τη θεωρία του μελαγχολικού του χιούμορ, συνεχίστηκε δε μέχρι τη Γαληνική ιατρική και τους μεσαιωνικούς χρόνους. (Paykel,2008). Η λέξη μελαγχολία ήταν ένας από τους πολλούς όρους που χρησιμοποιήθηκαν για να περιγράψουν την κατάθλιψη τον 18^ο αιώνα, χωρίς βέβαια να περιγράφει πλήρως την κατάθλιψη όπως εξελίχθηκε τον 19^ο αιώνα και όπως την ξέρουμε σήμερα (Lawrol,2012).

3.4 Ορισμός

«Η κατάθλιψη είναι μια κοινή ψυχική διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από επίμονη θλίψη και έλλειψη ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης για προηγούμενες ευχάριστες δραστηριότητες.Στα συμπτώματα μπορούν να συνυπάρχουν η διαταραχή του ύπνου και της όρεξης, κούραση καθώς και κακή συγκέντρωση. Οι επιπτώσεις της κατάθλιψης μπορεί να είναι μακροχρόνιες ή επαναλαμβανόμενες και επηρεάζουν δραματικά την ικανότητα ενός ατόμου να λειτουργεί και να ζει μια ανταποδοτική ζωή» (World Health Organization,2022).

3.5 Τύποι κατάθλιψης

Το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών Τέταρτης Έκδοσης χωρίζει την κατάθλιψη σε 2 κατηγορίες: Την διπολική κατάθλιψη και τις καταθλιπτικές διαταραχές, οι οποίες με τη σειρά τους χωρίζονται σε υποκατηγορίες.

Η διπολική κατάθλιψη περιλαμβάνει τους εξής υποτύπους:

- Διπολική κατάθλιψη I (ιστορικό μανίας)

- Διπολική κατάθλιψη II (ιστορικό υπομανίας)
- Κυκλοθυμική κατάθλιψη (συχνά εναλλασσόμενα επεισόδια υπομανίας και σύντομης κατάθλιψης που δεν πληρούν τα κριτήρια για μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο και έχουν διάρκεια τουλάχιστον 2 χρόνια)

Οι καταθλιπτικές διαταραχές χωρίζονται σε:

- Μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο
- Δυσθυμική διαταραχή

Το ίδιο Εγχειρίδιο κατατάσσει την κατάθλιψη ανάλογα με τη σοβαρότητα της σε ήπια, μέτρια, σοβαρή και ψυχωτική. Επίσης, υποκατηγοριοποιεί το μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο βάσει συγκεκριμένων χαρακτηριστικών σε κατατονικό, μελαγχολικό, άτυπο, επιλόχειο και βάσει χρονικής διάρκειας σε χρόνιο, εποχιακό, εμμένον (Benazzi,2006).

3.6 Συμπτώματα κατάθλιψης

- Καταθλιπτική διάθεση
- Ανηδονία
- Αισθήματα αναξιοτήτας ή ενοχής
- Αυτοκτονικός ιδεασμός
- Κούραση ή απώλεια ενέργειας
- Διαταραχές βάρους και όρεξης
- Διαταραχές ύπνου
- Μειωμένη ικανότητα σκέψης ή συγκέντρωσης
- Αναποφασιστικότητα
- Ψυχοκινητική διέγερση (Malhi&Mann,2018)

Η διάγνωση της κατάθλιψης προϋποθέτει σίγουρα την παρουσία της ανηδονίας και της καταθλιπτικής διάθεσης, μαζί με 4 τουλάχιστον από τα υπόλοιπα συμπτώματα για διάστημα μεγαλύτερο των 2 εβδομάδων (Benazzi,2006).

3.7 Αιτιακοί παράγοντες

Κατανοώντας την παθοφυσιολογία της μείζονος καταθλιπτικής διαταραχής συμπεραίνεται ότι κανένα μοντέλο δεν μπορεί να εξηγήσει ικανοποιητικά όλες τις πτυχές της νόσου. Διαφορετικές αιτίες ή παθοφυσιολογία μπορεί να αποτελούν τη βάση για πρόκληση επεισοδίων σε διαφορετικούς ασθενείς ή ακόμη και διαφορετικά επεισόδια στον ίδιο ασθενή σε διαφορετικούς χρόνους. Οι

διάφοροι ψυχοκοινωνικοί και βιολογικοί στρεσογόνοι παράγοντες μπορούν να οδηγήσουν σε διαφορετικές παθογένειες και να ανταποκρίνονται σε διαφορετικές κάθε φορά ιατρικές παρεμβάσεις (Malhi&Mann,2018). Κάποιες πιθανές αιτίες για την ανάπτυξη κατάθλιψης είναι:

- Οι διαταραχές στα φυσιολογικά επίπεδα των νευροδιαβιβαστών (π.χ. σεροτονίνης, ντοπαμίνης, νοραδρεναλίνης) και διαφόρων ορμονών (όπως π.χ. κορτιζόλης) (Segal et al.,1974, Keller et al.,2017)
- Το οικογενειακό ιστορικό κατάθλιψης, το οποίο κληρονομείται συνήθως από τους συγγενείς πρώτου βαθμού (Ripke et al.,2013)
- Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως η χρόνια έκθεση σε στρεσογόνα γεγονότα, η κακοποίηση και παραμέληση στην παιδική ηλικία
- Η χρόνια ασθένεια ή χρόνια φλεγμονή
- Η επίδραση διαφόρων επιγενετικών παραγόντων στη νευροβιολογία του εγκεφάλου και ο υιοθετημένος τρόπος ζωής (όπως πχ κάπνισμα, αλκοόλ, κακή διατροφή) (Malhi&Mann,2018).

3.8 Εργαλεία ανίχνευσης της κατάθλιψης

Η έγκαιρη διάγνωση της κατάθλιψης στους ασθενείς είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας στην προσπάθεια αντιμετώπισής της. Συνήθως υπάρχει καθυστερημένη διάγνωση ή πολύ πρόωμη, τα οποία έχουν συνδεθεί με αναποτελεσματική αντιμετώπισή της. Το πρώτο ενέχει τον κίνδυνο ο ασθενής να καθυστερεί πολύ να λαμβάνει την κατάλληλη ψυχιατρική θεραπεία ή να λαμβάνει τη λάθος σε σχέση με τη συμπτωματολογία του, ενώ αντιθέτως το δεύτερο, να λαμβάνει αγωγή για προβλήματα μικρής σημασίας και πολύ περιορισμένα (Wittkamp et al.,2007).

Τελευταία, μεγάλος αριθμός από τέτοιου είδους εργαλεία έχει αναπτυχθεί και κυρίως εστιάζουν στον προσυμπτωματικό έλεγχο για την ανίχνευση καταθλιπτικών επεισοδίων. Συνήθως μοιράζονται κοινά λειτουργικά χαρακτηριστικά, αλλά έχουν διαφορές στο χρόνο συμπλήρωσης, στη βαθμολόγηση και στην ικανότητα ανίχνευσης της σοβαρότητας της κατάστασης (Wittkamp et al.,2007).

3.8.1 Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9)

Το ερωτηματολόγιο υγείας ασθενούς (PHQ-9) σχεδιάστηκε από τους Robert L Spitzer, Janet BW Williams και Kurt Kroenke στο πανεπιστήμιο Columbia το 2001. Είναι το μόνο εργαλείο το οποίο έχει σχεδιαστεί να ελέγχει, να διαγιγνώσκει και να παρακολουθεί τη σοβαρότητα της κατάθλιψης. Πιο συγκεκριμένα το PHQ-9 είναι μια ενότητα ενός μεγαλύτερου ερωτηματολογίου που αφορά στην υγεία των ασθενών. Αναπτύχθηκε σαν έκδοχο αυτό-αναφοράς του συστήματος αξιολόγησης των ψυχικών διαταραχών της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (PRIME-MD) και

στοχεύει στη διάγνωση και άλλων ψυχικών διαταραχών εκτός της κατάθλιψης (Wittkamp et al.,2007). Είναι ένα σύντομο ερωτηματολόγιο 9 ερωτήσεων, καθόλου χρονοβόρο, με εύκολη βαθμολόγηση και συμπληρώνεται εύκολα από τους ασθενείς. Αποτελείται από εννέα δηλώσεις για κάθε μια από τις οποίες το δείγμα καλείται να επιλέξει την συχνότητα την οποία έχει βιώσει την εν λόγω δήλωση τις τελευταίες δύο εβδομάδες. Οι απαντήσεις περιλαμβάνουν τα: Καθόλου, Αρκετές ημέρες, Περισσότερες από τις μισές ημέρες και Σχεδόν όλες τις ημέρες. Έχει σχεδιαστεί βάσει κριτηρίων του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών Τέταρτης Έκδοσης (DSM-IV), έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και η αξιοπιστία του με την εγκυρότητά του έχουν αποδειχθεί από πολλές μελέτες (Hyphantis et al.,2011).

Κεφάλαιο 4^ο Ερευνητικά δεδομένα για την επαγγελματική εξουθένωση και την κατάθλιψη των επαγγελματιών υγείας των προσφυγικών δομών

Η προσφυγική κρίση που πλήττει τα τελευταία χρόνια την Ελλάδα, έχει οδηγήσει σε μια ραγδαία αύξηση του αριθμού των προσωρινά εγκατεστημένων προσφύγων, μεταναστών και αιτούντων άσυλο τόσο στις πύλες εισόδου της χώρας, όσο και στην ενδοχώρα. Όλα αυτά τα άτομα ζουν κάτω από δύσκολες συνθήκες, καθώς περιμένουν αποφάσεις επανεγκατάστασης, επαναπατριsmού ή ασύλου. Η Ελλάδα τα προηγούμενα χρόνια έχει έρθει αντιμέτωπη με μια σημαντική οικονομική κρίση, με αυστηρά μέτρα λιτότητας και περικοπές σε πολλά δημόσια προγράμματα (Ben Farhat et al.,2018) και τα τελευταία 2 χρόνια με την κρίση υγείας της πανδημίας του Covid-19, καθιστώντας ακόμη πιο δύσκολη τη διαβίωση τους. Οι δομές στις οποίες διαμένουν έχουν περιγραφεί αναλυτικά στο κεφάλαιο 1 και είναι στελεχωμένες από διάφορα κλιμάκια ώστε να παρέχουν την καλύτερη δυνατή διαμονή στους διαμένοντες. Συγκεκριμένα, χρήζουν ιατρονοσηλευτικής και ψυχοκοινωνικής φροντίδας λόγω διαφόρων χρόνιων προβλημάτων υγείας που αντιμετωπίζουν, καθώς και λόγω των αντιξοοτήτων κάτω από τις οποίες αναγκάστηκαν να εισέλθουν στο καθεστώς του πρόσφυγα ή του μετανάστη. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες διαμένουν στις περισσότερες δομές φιλοξενίας περιλαμβάνουν κοινά υπνοδωμάτια, κακές συνθήκες υγιεινής, υποσιτισμό, έλλειψη πρόσβασης σε τουαλέτες, συνωστισμό στα διάφορα κέντρα ταυτοποίησης και κράτησης δημιουργώντας έτσι πρόσφορο έδαφος για έξαρση διαφόρων ασθενειών και επιδημιών όπως είναι η φυματίωση, η ανεμοβλογιά, η ιλαρά, η γρίπη και πολλών σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων (Kotsiou et al.,2018, Williams et al.,2016, Hermans et al.,2017, Haas et al.,2014)

Επιπροσθέτως, οι άνθρωποι αυτοί συνήθως έχουν ανάγκη από διαχείριση πολύπλοκων ψυχοκοινωνικών αναγκών, διαχείριση επεισοδίων κρίσης που σχετίζονται με αυτοτραυματισμό, βία και παραβατικές συμπεριφορές, διαχείριση απωλειών, αποχωρισμών, αντιμετώπιση ρατσιστικών συμπεριφορών και προκαταλήψεων εναντίον τους καθώς και διαχείριση προσωπικών απωλειών και τραυματικών εμπειριών (Παπαδάτου et al.,2019). Αποτέλεσμα όλων των παραπάνω είναι οι εργαζόμενοι σε προσφυγικές δομές να έχουν επιβαρυνθεί υπερβολικά και να αισθάνονται πολύ πιεσμένοι και αγχωμένοι στην προσπάθειά τους να παρέχουν υπηρεσίες που θα ανταποκρίνονται στις εκτεταμένες ανάγκες των προσφύγων. Έρευνες αναφέρουν αρνητικές επιδράσεις στην ευημερία αυτών των εργαζομένων, όπως π.χ. κινδύνους για την υγεία τους, σωματοποίηση των αρνητικών συναισθημάτων, σωματικό πόνο και γενικότερη κόπωση (Rizkalla&Segal,2019). Σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση η επαγγελματική εξουθένωση είναι παράγοντας κινδύνου για διάφορες σωματικές ασθένειες και διαταραχές όπως: καρδιαγγειακά νοσήματα, γαστρεντερολογικά νοσήματα, πονοκέφαλοι, παχυσαρκία και διαταραχές σίτισης, καθώς επίσης και διάφορα αναπνευστικά προβλήματα (Salvagioni et al.,2017).

Σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη, οι Σύριοι πρόσφυγες μπορεί να παρουσιάζουν 10 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν μετατραυματικό stress και άλλες διαταραχές σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Peconga&Høgh Thøgersen,2020) και συγκεκριμένα, ότι η συντριπτική τους πλειοψηφία (ως και το 92% των 728 ατόμων που συμμετείχαν σε μια μελέτη) βρέθηκε θετική για αγχώδη διαταραχή η οποία έχρηζε περαιτέρω ψυχιατρικής αξιολόγησης (Kotsiou et al.,2018).Τα επεισόδια βίας με τα οποία έχουν έρθει αντιμέτωποι, δεν σταματούν μόνο στα βασανιστήρια που έχουν υποστεί και στους βομβαρδισμούς των πόλεων τους , αλλά συνεχίζονται σε όλο το ταξίδι τους στην Τουρκία και ακόμη και στην αναζήτηση του ασύλου τους στην Ελλάδα από άλλους πρόσφυγες ή τις κρατικές αρχές με τη μορφή απειλών ή σωματικής βίας (Ben Farhat et al.,2018). Ακούγοντας λοιπόν καθημερινά τις εξιστορήσεις τους και όλες αυτές τις τραυματικές εμπειρίες οι επαγγελματίες υγείας ενδέχεται να έχουν και οι ίδιοι βλαβερά αποτελέσματα στην ψυχική και στη σωματική υγεία τους αναλόγως του επιπέδου συναισθηματικού και ψυχικού stress που προκύπτει από τη συνεχή έκθεση σε τρομακτικά γεγονότα (Kjellenberg et al.,2014). Επίσης όπως αναφέρεται σε πρόσφατο άρθρο των Mavratza et al.,2021 όσοι παρέχουν φροντίδα σε ανθρώπους που έχουν εκτεθεί σε τραυματικούς στρεσογόνους παράγοντες κινδυνεύουν να αναπτύξουν δυσάρεστες καταστάσεις, όπως εξάντληση, κατάθλιψη και διαταραχή μετατραυματικού stress. Το φάσμα των ψυχολογικών τραυμάτων και των ασθενειών, που μπορεί να επηρεάσει την υγεία αυτών των επαγγελματιών, κυμαίνεται από άμεσα (οξεία) περιστατικά μέχρι χρόνιες ασθένειες με απρόσμενες συνέπειες(Hartrell et al.,2020).

Παράλληλα, μέσα από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι επαγγελματίες υγείας με προσωπικές τραυματικές εμπειρίες έχουν σημαντικά συμπτώματα του δευτερογενούς τραύματος σε σχέση με εκείνους χωρίς εμπειρίες τραύματος και, μεταξύ άλλων, πιο συγκεκριμένα εμφανίζουν συμπτώματα κατάθλιψης (Denkinger et al.,2018). Σύμφωνα με τους Jachens et al., (2019) η εκτεταμένη έκθεση των εργαζομένων σε δομές ανθρωπιστικής βοήθειας σε δυσμενή εργασιακά περιβάλλοντα ίσως επιδρά στην ψυχική και σωματική τους υγεία, καθώς επίσης ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι επικρατούσα στους επαγγελματίες υγείας και στους εργαζομένους των δομών παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα έχουν δείξει επανειλημμένως ότι τα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος που έχουν να κάνουν με το σχεδιασμό και την οργάνωση της δουλειάς, ενδέχεται να επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση και την υγεία των εργαζομένων (Jachens et al.,2019). Το έργο των εργαζομένων σε ειδικές δομές, όπως οι δομές ασυνόδευτων ανηλίκων,δεν αφορά μόνο στη γενική φροντίδα των παιδιών αλλά στην ανάπτυξη σχέσεων εμπιστοσύνης, την υποστήριξη για την επίτευξη των στόχων τους, τη διαχείριση κρίσιμων καταστάσεων καθώς και την ενεργή συμμετοχή στο πλάνο της εξειδικευμένης φροντίδας για το καθένα. Επιβαρύνονται έτσι από πρόσθετες γραφειοκρατικές απαιτήσεις και διαρκή συντονισμό ενεργειών μεταξύ πολλών φορέων για την υποστήριξη του κάθε παιδιού (Παπαδάτου et al.,2019)

επιβεβαιώνοντας έτσι τα συμπεράσματα του Aronson et al.(2017) ότι οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και ο μεγάλος φόρτος εργασίας αυξάνουν τις πιθανότητες για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επίσης, άλλοι στρεσογόνοι παράγοντες όπως είναι η εργασιακή ανασφάλεια, ο χαμηλός μισθός, η περιορισμένη δυνατότητα επαγγελματικής εξέλιξης και η κακή συνεργασία με τους συναδέλφους οδηγούν σε αυξημένο κίνδυνο για εξουθένωση του επαγγελματία και σε άλλες αρνητικές ψυχικές καταστάσεις όπως είναι η κατάθλιψη (Lopes Cardozo et al.,2012). Επιπρόσθετα, υπάρχει ισχυρή συσχέτιση μεταξύ των συνολικών εβδομαδιαίων ωρών εργασίας (>60 ώρες), των εφημεριών ανά εβδομάδα και της εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης (Shanafelt et al.,2010). Άλλοι παράγοντες είναι τα πολιτισμικά και γλωσσικά εμπόδια, οι ελλείψεις σε υποδομές, οι ανεπαρκείς προμήθειες σε φάρμακα και υλικο-τεχνολογικό εξοπλισμό, οι χαμηλοί πόροι καθώς και οι παραιτήσεις εργαζομένων που οδηγούν στην υποστελέχωση των δομών αυτών (Bjerneld et al.,2004). Έχει αναφερθεί επίσης ότι διάφορα προβλήματα μεταξύ του προσωπικού αυξάνουν σημαντικά το stress το οποίο βιώνουν οι νοσηλευτές (Khamisa et al.,2015).

Συγκεκριμένα, η προσδοκία παροχής υψηλής ποιότητας υπηρεσιών φροντίδας ως προς τους ασθενείς με μειωμένους πόρους έχει σαν αποτέλεσμα την ανάπτυξη σοβαρού σχετιζόμενου με την εργασία stress (Khamisa et al.,2015) και απόρροια αυτού είναι η χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών, η μη ικανοποίηση των ασθενών καθώς και αυξημένος ρυθμός παραιτήσεων των εργαζομένων (Park&Ahn,2015). Επιπλέον, η επαγγελματική εξουθένωση των γιατρών έχει συσχετιστεί με αυξημένα ποσοστά ιατρικών λαθών (Tsiga et al.,2017) και μεγαλύτερους χρόνους αποκατάστασης των ασθενών μετά την έξοδο από το νοσοκομείο (Rotenstein et al.,2018). Ενώ οι νοσηλευτές οι οποίοι εργάζονται σε περιβάλλοντα εργασίας εκτός νοσοκομείου, έρχονται αντιμέτωποι με υψηλή δυσφορία και άγχος λόγω διαφόρων απειλητικών για τη ζωή ασθενειών, βαριά περιστατικά ασθενών, μη συνεργάσιμοι ασθενείς καθώς και τα διάφορα οικογενειακά ζητήματα αυτών. Επιπλέον, πολλοί νοσηλευτές αισθάνονται καταπονημένοι, ελάχιστα εκπαιδευμένοι, με ελάχιστους διαθέσιμους πόρους, χωρίς να αναγνωρίζεται η εργασία τους, παράγοντες όλοι εμφάνισης άγχους σχετιζόμενου με την εργασία και επαγγελματικής εξουθένωσης (Ezenwaji et al.,2019).

Όσον αφορά στις κοινωνικές και προσωπικές σχέσεις, οι γιατροί που υποφέρουν από burnout, είναι πιο πιθανό να υποστούν συζυγικές συγκρούσεις ή κοινωνικές, κάτι που δημιουργεί επιπλέον άγχος στην εργασία και στη ζωή γενικότερα, ενώ επίσης σημαντικά υψηλότερα είναι τα ποσοστά τους σε κατάθλιψη, κατάχρηση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών καθώς και αυτοκτονιών (Lacy&Chan,2018).

Αντιστρόφως, οι διαμάχες ανάμεσα στην εργασία και την οικογένεια για ζητήματα όπως έλλειψη ελεύθερου χρόνου με την οικογένεια, χαμένα οικογενειακά γεύματα, προβλήματα σχετικά με τη φροντίδα των παιδιών, θεωρούνται πολύ κοινή αιτία ανάπτυξης επαγγελματικής εξουθένωσης (Shanafelt et al.,2010) και διερωτάται κανείς : μήπως το burnout είναι μια ακόμη μορφή κατάθλιψης ή απλά μοιράζονται κοινά χαρακτηριστικά;

Επιπλέον, υπάρχουν στοιχεία ότι οι υψηλές απαιτήσεις της δουλειάς σε συνδυασμό με την χαμηλή δικαιοδοσία των εργαζομένων στο να παίρνουν αποφάσεις για τον τρόπο εργασίας τους και η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον αυξάνουν σημαντικά τις πιθανότητες για κατάθλιψη (Aholu et al.,2014). Οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας για το εργασιακό τους περιβάλλον και την προοπτική της ομαδικής εργασίας, σε συγχρονική μελέτη συσχετίστηκαν σημαντικά με τουλάχιστον μια από τις διαστάσεις της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (Mavratza et al.,2021). Σύμφωνα με έρευνα των Kogoj et al.,2014 όπως αναφέρεται σε άρθρο των Pliieger&Melchers et al.,2015τα άτομα που συχνά βιώνουν stress θα παρουσιάσουν σε μεγαλύτερο βαθμό σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς επίσης είναι και πιο επιρρεπή στο να παρουσιάσουν κατάθλιψη και αντιστρόφως τα άτομα που είναι πιο επιρρεπή στην κατάθλιψη είναι και πιο ευάλωτα στην επαγγελματική εξουθένωση (Maslach,Schaufeli&Leiter,2001). Επίσης, σύμφωνα με μια μετα-ανάλυση τα άτομα που είναι περισσότερο εξωστρεφή και περισσότερο συναισθηματικά σταθερά, έχουν λιγότερες πιθανότητες στο να εμφανίσουν burnout, και αυτό γιατί υπάρχει αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στις διαστάσεις: εξωστρέφεια και συναισθηματική σταθερότητα και στην συναισθηματική εξάντληση, ενώ συσχετίζονται θετικά με τα προσωπικά επιτεύγματα του ατόμου. Στην ίδια μελέτη επισημαίνεται ότι η μια διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης, η συναισθηματική εξάντληση, έχει συσχετιστεί αρκετά με συμπτώματα κατάθλιψης, κάτι το οποίο είναι πολύ πιθανό να προδιαθέτει την επαγγελματική εξουθένωση ως πτυχή της κατάθλιψης ή παράγοντα κινδύνου για ανάπτυξη κατάθλιψης (Koutsimani et al.,2019).

Ενώ έχουν διαχωριστεί οι 2 αυτοί όροι, η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη, ένα σημαντικό χαρακτηριστικό της εργασίας σήμερα αποτελεί η πολύ μεγάλη προσπάθεια από μέρους των εργαζομένων για επίτευξη μαζικών στόχων, κάτι το οποίο με τη σειρά του οδηγεί τους υψηλού επιπέδου επαγγελματίες σε προσωποποίηση των επιτυχιών ή αποτυχιών αντίστοιχα. Σαν αποτέλεσμα αυτού είναι η αποτυχία να βιώνεται σαν ένα τραυματικό γεγονός και έλλειψη νοήματος της ζωής του ατόμου ,δηλαδή σε μια κατάσταση που μοιάζει καταθλιπτική. Αυτή η μερική συσχέτιση μεταξύ των 2 καταστάσεων οφείλεται πιθανώς στο γεγονός ότι αναπτύσσονται ταυτόχρονα (Iacovides et al,2003).

Διάφορα επιδημιολογικά δεδομένα αναφέρουν ότι οι ψυχιατρικές διαταραχές επηρεάζουν το ένα-τρίτο του πληθυσμού κατά τη διάρκεια της ζωής του και συγκεκριμένα η κατάθλιψη επηρεάζει το

7% των ανδρών και το 12% των γυναικών ετησίως, επίσης, αναμένεται να εξελιχθεί στη δεύτερη πιο κοινή αιτία ανικανότητας και αναπηρίας (Cheung et al.,2015).

Καθοριστικής σημασίας όμως για την εκδήλωση επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι διαφοροποιήσεις σε δημογραφικά χαρακτηριστικά. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναπτύσσεται σταδιακά με το χρόνο και θεωρείται πλέον ως μια διαδικασία. Εν συνεχεία αυτή η διαδικασία, η οποία αποτελεί τη σειρά που πυροδοτεί τις 3 διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης, διαφέρει ανάμεσα σε άνδρες και γυναίκες και είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη οι διαφορές των 2 φύλων διότι τα αρχικά συμπτώματα διαφέρουν σημαντικά. Για τους άνδρες η εξουθένωση προκαλείται από την αποπροσωποποίηση και για τις γυναίκες από τη συναισθηματική εξάντληση. Η αποπροσωποποίηση μερικές φορές θεωρείται ως μια –όχι και τόσο- καλή στρατηγική αντιμετώπισης των συναισθηματικών απαιτήσεων της εργασίας από τη μεριά των ανδρών, ενώ οι γυναίκες έχουν την τάση να επικεντρώνονται στα συναισθήματα με αποτέλεσμα να φθείρονται και να εξαντλούνται (Houkes et al,2011 όπως αναφέρεται από τους Schaufeli&Enzmann). Επιπλέον, βάσει ερευνών σε γυναίκες νοσηλεύτριες, βρέθηκε θετική συσχέτιση ανάμεσα στο σχετιζόμενο με την εργασία stress και τα συμπτώματα κατάθλιψης (Cheung et al.,2015). Η ηλικία επίσης έχει συνδεθεί με την ανάπτυξη του επαγγελματικού burnout καθώς οι εργαζόμενοι μικρότερης ηλικίας είναι πιο επιρρεπείς απ' ότι οι μεγαλύτεροι εργαζόμενοι και αυτό οφείλεται στις στρατηγικές αντιμετώπισης του εργασιακού stress που έχουν αναπτύξει οι δεύτεροι και στα μεγάλα ποσά ενέργειας που σπαταλούν οι πρώτοι όταν βρίσκονται στο ξεκίνημα εδραίωσης της καριέρας τους (Jachens et al.,2019). Ένας ακόμη δημογραφικός παράγοντας το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς οι εργαζόμενοι με υψηλό επίπεδο εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά εξουθένωσης, πιθανόν λόγω των υψηλών θέσεων που κατέχουν και των ευθυνών τους (Maslach et al., 2001).Τέλος, όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση ο ρόλος της δείχνει στους παντρεμένους με παιδιά να είναι προστατευτικός στην ανάπτυξη του burnout, ενώ στους ανύπαντρους, διαζευγμένους και χήρους τα ποσοστά είναι σαφώς υψηλότερα και αυτό γιατί οι πρώτοι λαμβάνουν υποστήριξη και ευχάριστα συναισθήματα από τα μέλη της οικογένειας (Jachens et al.,2019, Maslach et al.,2001).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 5^ο Μεθοδολογία

5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κατάθλιψης για τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε προσφυγικές δομές και η εξέταση της συσχέτισης μεταξύ τους.

Διερευνώντας την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας καθώς και τα επίπεδα της κατάθλιψής τους μπορούμε να εξαγάγουμε χρήσιμα συμπεράσματα σχετικά με τις συνθήκες εργασίας και την εργασιακή δυναμική στις προσφυγικές δομές. Επιπλέον, η έρευνα αναμένεται να αναδείξει το μέγεθος της επαγγελματικής εξουθένωσης που υφίστανται οι επαγγελματίες υγείας στις προσφυγικές δομές καθώς επίσης και το βαθμό της κατάθλιψης που βιώνουν ενώ παράλληλα θα εξετάσει και την πιθανή συσχέτιση μεταξύ τους.

Οι επιμέρους στόχοι της έρευνας είναι:

- Η εξέταση του επιπέδου επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε προσφυγικές δομές.
- Η εξέταση της εμφανιζόμενης κατάθλιψης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε προσφυγικές δομές.
- Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών μεταβλητών και της επαγγελματικής εξουθένωσης
- Η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ της επαγγελματικής ειδικότητας και της εξουθένωσης

5.2 Το δείγμα της έρευνας

Πραγματοποιήθηκε μια συγχρονική περιγραφική μελέτη με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου κλειστών ερωτήσεων με σκοπό την συγκέντρωση δεδομένων και εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση και το επίπεδο της κατάθλιψης των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε προσφυγικές δομές. Η έρευνα υλοποιήθηκε γεωγραφικά σε ολόκληρο τον ελλαδικό χώρο και ο μελετώμενος πληθυσμός είναι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε προσφυγικές δομές.

Η μέθοδος συλλογής δεδομένων ήταν η δειγματοληψία ευκολίας. Ενώ το δείγμα αποτέλεσαν εργαζόμενοι στις προσφυγικές δομές που εντοπίζονται γεωγραφικά σε ολόκληρο τον ελλαδικό χώρο. Συνολικά διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά μέσω της χρήσης της ηλεκτρονικής πλατφόρμας Google Forms 295 ερωτηματολόγια και συλλέχθηκαν 125 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια (ποσοστό απόκρισης 42,37%). Το χρονικό διάστημα υλοποίησης της έρευνας τοποθετείται χρονικά από τον Φεβρουάριο '22 μέχρι και τον Μάρτιο '22.

5.3 Δημογραφικά Χαρακτηριστικά

Συνιστά το αρχικό μέρος του ερωτηματολογίου, όπου το δείγμα κλήθηκε να αποτυπώσει τα δημογραφικά του χαρακτηριστικά, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η ειδικότητα κ.α.

5.4 Εργαλεία της έρευνας

Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε για την έρευνα είναι το ερωτηματολόγιο καθόσον η χρησιμοποίησή του εμφανίζει συγκριτικά πολλά πλεονεκτήματα, όπως είναι οι πολλοί εξεταζόμενοι, λίγα έξοδα, ευκολία στην επεξεργασία και ανάλυση των αποτελεσμάτων κ.α. Το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε αποτελείται από τρία διακριτά τμήματα: Δημογραφικά στοιχεία, Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Κοπεγχάγης (CBI-Gr), Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9), όπως αναλυτικότερα περιγράφονται στα κεφάλαια 2.4.1 και 3.8.1. αντίστοιχα.

5.5 Στατιστικές Μέθοδοι

Για την ανάλυση των αποτελεσμάτων, αναφορικά με τα μεν δημογραφικά στοιχεία χρησιμοποιήθηκαν η συχνότητα (n), η σχετική συχνότητα (f) ενώ για την βέλτιστη παρουσίαση τους χρησιμοποιήθηκαν θηγογράμματα, ραβδογράμματα και ιστογράμματα κατά περίπτωση.

Σχετικά με την κλίμακα επαγγελματικής εξουθένωσης της Κοπεγχάγης, οι ερωτήσεις της κλίμακας τύπου Likert, βαθμονομήθηκαν από το 1 μέχρι το 100, με το *Ποτέ* να αντιστοιχίζεται στην τιμή 0 και το *Πάντα* στην τιμή 100, ενώ οι ενδιάμεσες διαβαθμίσεις της κλίμακας βαθμονομήθηκαν ανάλογα: το *Σπάνια* αντιστοιχίστηκε στο 25, το *Μερικές φορές* στο 50 και τέλος το *Συχνά* στο 75. Αντίστοιχη βαθμονόμηση έλαβαν και οι ερωτήσεις που κωδικοποιούν τον βαθμό συμφωνίας η διαφωνίας (*Σε πολύ μικρό βαθμό: 0, σε μικρό βαθμό: 25, λίγο: 50, σε μεγάλο βαθμό: 75, σε πολύ μεγάλο βαθμό: 100*). Επιπλέον θα πρέπει να αναφερθεί ότι συγκεκριμένα αναφορικά με την πρόταση 13 (*Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας τον ελεύθερο σας χρόνο*) η ως άνω βαθμονόμηση αντιστράφηκε.

Μετά την ως άνω βαθμονόμηση υπολογίστηκε για κάθε υποκλίμακα ο μέσος όρος της βαθμολογίας ερωτήσεων που την αποτελούν, και με αυτόν τον τρόπο αποκτήθηκε η τιμή της υποκλίμακας. Καθίσταται εμφανές ότι υψηλές τιμές (κοντά στο 100) στην ως άνω βαθμολογία, αντιστοιχίζονται σε υψηλά επίπεδα εξουθένωσης, ενώ αντίστοιχα χαμηλές τιμές (κοντά στο 0) σε χαμηλά. Θα πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι σύμφωνα με τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου (Kristensen et al, 2005), οι τρεις υποκλίμακες είναι διακριτές εξαιτίας θεωρητικών και μεθοδολογικών αιτιών, και ως εκ τούτου δεν πραγματοποιήθηκε παραγοντική ανάλυση (factor analysis).

Αναφορικά με την κλίμακα μέτρησης της κατάθλιψης PHQ-9, οι δηλώσεις της κλίμακας βαθμονομήθηκαν από το 0 έως το 3, με το 0 να αντιστοιχίζεται στο *Καθόλου* και το 3 να αντιστοιχίζεται στο *Σχεδόν όλες τις ημέρες*, ενώ αντίστοιχα το 1 αντιστοιχίστηκε στο *Αρκετές ημέρες* και το 2 στο *Περισσότερες από τις μισές ημέρες*. Ακολούθως οι εννέα ερωτήσεις της κλίμακας αθροίστηκαν και με αυτόν τον τρόπο σχηματίστηκε μια αθροιστική κλίμακα με ελάχιστη τιμή την 0 και μέγιστη την 27. Καθίσταται εμφανές ότι χαμηλές τιμές (κοντά στο 0) αντιστοιχίζονται σε απουσία του εν λόγω χαρακτηριστικού (κατάθλιψη), ενώ αντίστοιχα τιμές κοντά στο 27 σε εμφάνιση του χαρακτηριστικού (κατάθλιψη). Οι τιμές (κατώφλι) 5, 10, 15, 20 αντιστοιχίζονται σε ήπια, μέτρια, μέτρια προς σοβαρή και σοβαρή κατάθλιψη αντίστοιχα.

Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκαν ραβδογράμματα, θηγογράμματα και ιστογράμματα αναλόγως της περίπτωσης, ενώ για τον έλεγχο των υποθέσεως χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι των Mann – Whitney και Kruskal – Wallis, t-test, ANOVA ανάλογα με την περίπτωση. Για την εξέταση της συσχέτισης μεταξύ συνεχών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής συσχέτισης Pearson.

5.6 Αξιοπιστία – Εγκυρότητα

Για τον έλεγχο της εσωτερικής αξιοπιστίας των μετρήσεων χρησιμοποιήσαμε τον στατιστικό δείκτη άλφα του Cronbach με τα αποτελέσματα στις επιμέρους υποκλίμακες να αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 1: Δείκτης Αξιοπιστίας Cronbach's alpha

Υποκλίμακα	Cronbach's alpha
Copenhagen Burnout Inventory (CBI-Gr)	
Προσωπική εξουθένωση (personal burnout)	0,873
Εργασιακή εξουθένωση (work-related burnout)	0,712
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς/άτομα	0,730
Υγεία ασθενούς (κατάθλιψη) PHQ-9	0.872

Παρατηρούμε ότι για το σύνολο των υποκλιμάκων ο δείκτης άλφα του Cronbach είναι σαφώς μεγαλύτερος του 0,7 που καταδεικνύει την υψηλή εσωτερική αξιοπιστία του εργαλείου.

Η εγκυρότητα, δηλαδή η αντιστοιχία των μετρήσεων με την έννοια την οποία μετράει, έχει διακριβωθεί κατά την χρήση του εργαλείου μέτρησης σε διάφορες έρευνες.

Κεφάλαιο 6^ο Αποτελέσματα

Στην τρέχουσα ενότητα θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα μετά από την στατιστική ανάλυση των συγκεντρωθέντων δεδομένων.

6.1 Δημογραφικά Στοιχεία

Το δείγμα αποτελείται από 125 άτομα, στο σύνολό τους εργαζόμενοι σε προσφυγικές δομές. Τα επιμέρους δημογραφικά χαρακτηριστικά αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 2: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος (N=125)

		Συχνότητα (n)	Σχετική Συχνότητα (%)
Φύλο	Άνδρας	47	37,6%
	Γυναίκα	78	62,4%
Ηλικία	20-29	45	36,0%
	30-39	49	39,2%
	40-49	24	19,2%
	50+	7	5,6%
Επίπεδο Εκπαίδευσης	Δευτεροβάθμια- ΙΕΚ	11	8,8%
	Τριτοβάθμια	78	72,4%
	Κάτοχος Μεταπτυχιακού	35	28,0%
	Κάτοχος Διδακτορικού	1	0,8%
Οικογενειακή Κατάσταση	Άγαμος/η	46	36,8%
	Έγγαμος/η	52	41,6%
	Διαζευγμένος/η	10	8,0%
	Συμβίωση	17	13,6%
Αριθμός παιδιών	0	66	52,8%
	1	24	19,2%
	2	29	23,2%
	3	6	4,8%

Διαπιστώνουμε ότι το δείγμα αποτελείται κατά κύριο λόγο από *Γυναίκες* με το αντίστοιχο ποσοστό να ανέρχεται σε 62,4% (78 γυναίκες) ενώ το ποσοστό των ανδρών ανέρχεται σε 37,6% (47 άνδρες). Η πλειοψηφία του δείγματος ανήκει στην ηλικιακή κλάση των 30-39 ετών, στην οποία ανήκει το 39,2% του δείγματος (49 άτομα) ενώ ακολουθεί η ηλικιακή κλάση των εχόντων ηλικία 20-29 έτη που καταλαμβάνει το 36,0% του δείγματος (45 άτομα). Οι έχοντες ηλικία 40-49

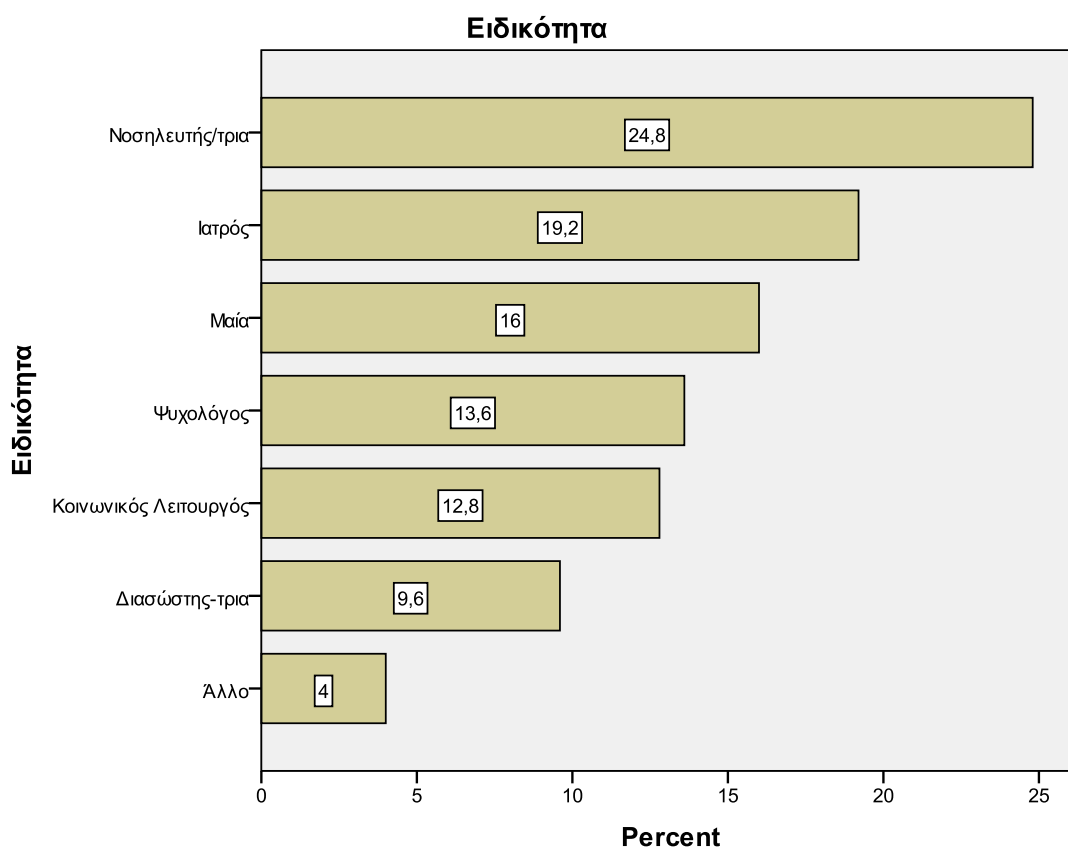
καταλαμβάνουν το 19,2% του δείγματος (24 άτομα) ενώ τέλος είναι οι άνω των 50 ετών που καταλαμβάνουν το 5,6% του δείγματος (7 άτομα).

Η ευρεία πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να είναι απόφοιτοι *Τριτοβάθμιας* εκπαίδευσης, με το αντίστοιχο ποσοστό να ανέρχεται σε 72,4% (78 άτομα), *Κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος* αντιστοιχούν στο 28,0% (35 άτομα) του δείγματος, ενώ τέλος, απόφοιτοι *Δευτεροβάθμιας- ΙΕΚ* και *Κάτοχοι Διδακτορικού* είναι το 8,8% (11 άτομα) και 0,8% (1 άτομο) αντίστοιχα.

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, *Εγγαμοι* είναι το 41,6% του δείγματος (52 άτομα) ενώ *Άγαμοι* είναι το 36,8% (46 άτομα) . Ο δύο υπολειπόμενες κατηγορίες είναι οι *Διαζευγμένοι* που καταλαμβάνουν το 8,0% του δείγματος (10 άτομα) και οι ευρισκόμενοι σε σχέση *Συμβίωσης* που καταλαμβάνουν το 13,6% του δείγματος (17 άτομα).

Τέλος, η ευρεία πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να μην έχει παιδιά, με το αντίστοιχο ποσοστό να ανέρχεται σε 52,8% (66 άτομα), ενώ η αμέσως μεγαλύτερη κατηγορία είναι οι έχοντες 2 παιδιά με το αντίστοιχο ποσοστό να ανέρχεται σε 23,2% (29 άτομα), Ένα παιδί έχει το 19,2% (24 άτομα) ενώ 3 ή και περισσότερα παιδιά έχει το 4,8% του δείγματος (29 άτομα). Επιπλέον, ο μέσος αριθμός παιδιών του δείγματος είναι τα 0,8 παιδιά (ΤΑ: 0,96).

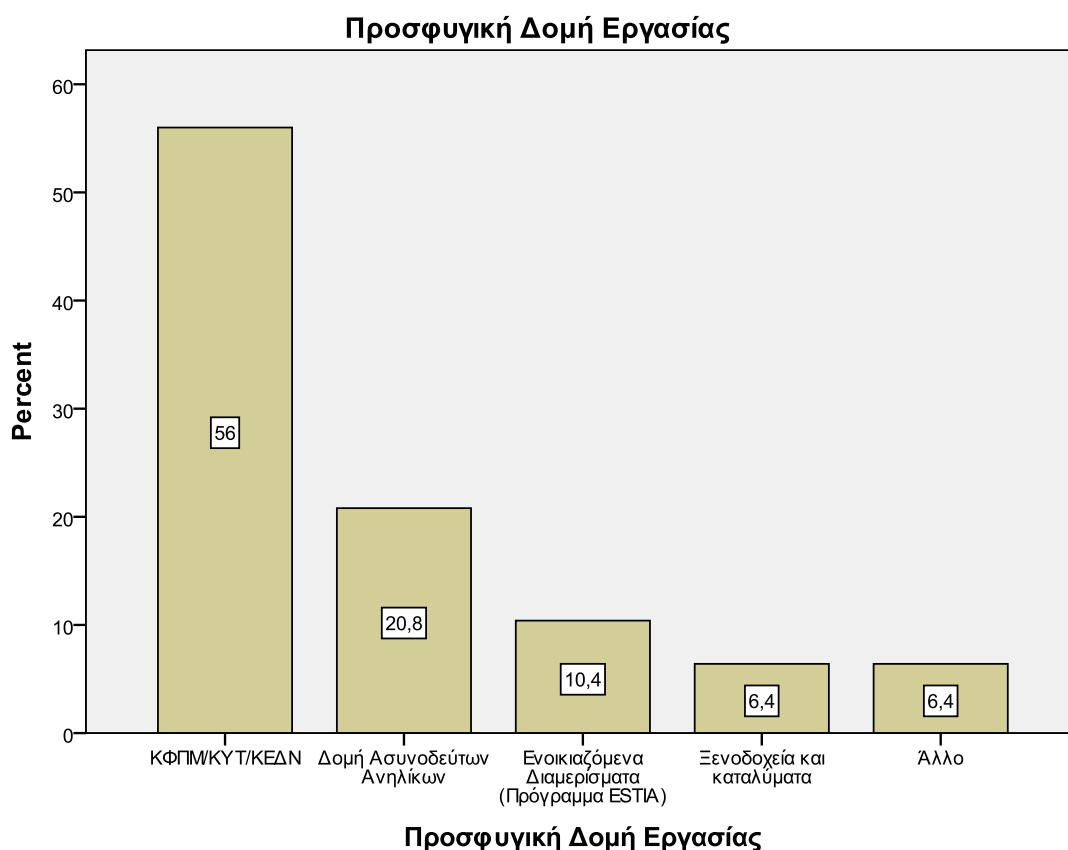
Οι ειδικότητες του δείγματος αποτυπώνονται στο ακόλουθο ραβδόγραμμα:



Γράφημα 1: Ραβδόγραμμα ειδικοτήτων

Από το παραπάνω γράφημα διαπιστώνουμε ότι η επικρατούσα κλάση του δείγματος είναι οι *Νοσηλεύτρις/τριες* οι οποίες καταλαμβάνουν το 24,8% του δείγματος (31 άτομα). Ακολουθούν οι *Ιατροί* οι οποίοι και καταλαμβάνουν το 19,2% (24 άτομα) και αμέσως μετά οι *Μαίες* και οι *Ψυχολόγοι* οι οποίοι καταλαμβάνουν το 16,0% (20 άτομα) και 13,6% (17 άτομα) αντίστοιχα. Τέλος, οι *Κοινωνικοί Λειτουργοί* και οι *Διασώστες* φαίνεται να καταλαμβάνουν το 12,8% (16 άτομα) και 9,6% (12 άτομα) αντίστοιχα, ενώ *Άλλη* από τις παραπάνω ειδικότητες φαίνεται να έχει το 4,0% (5 άτομα) του δείγματος.

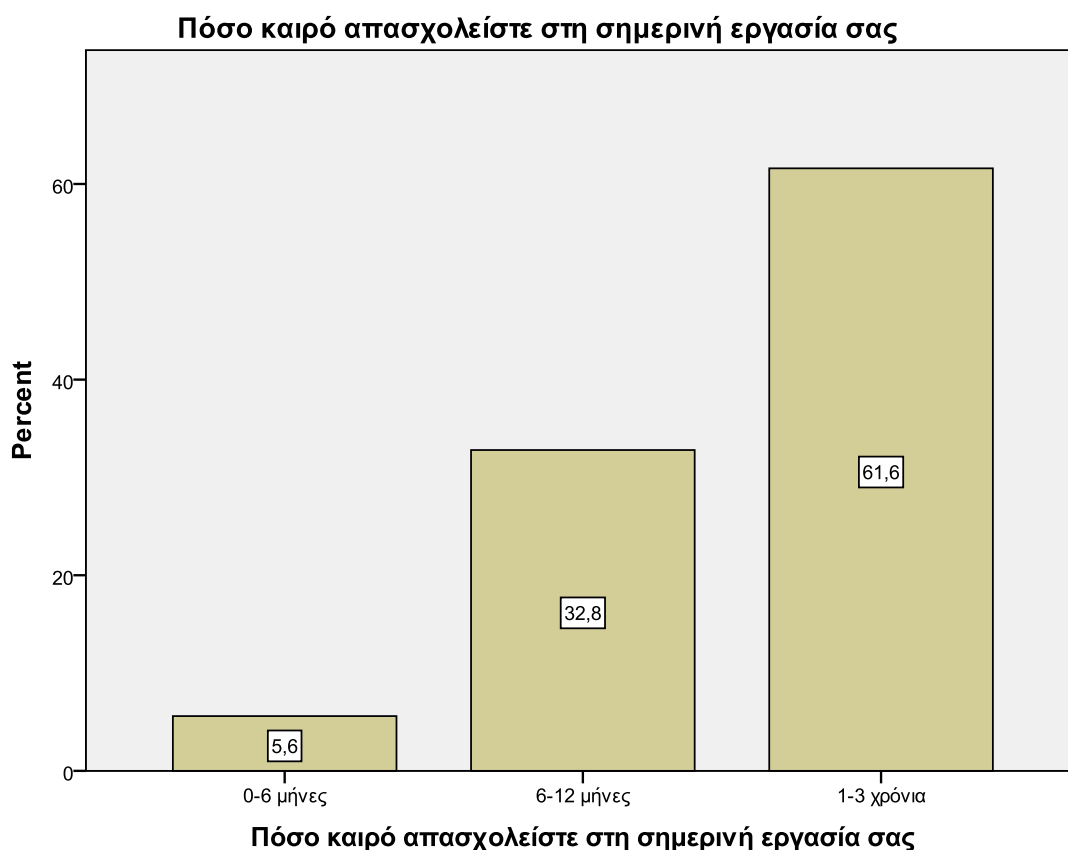
Σε συνέχεια του παραπάνω, η ευρεία πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να απασχολείται σε *ΚΦΠΜ/ΚΥΤ/ΚΕΔΝ* με το αντίστοιχο ποσοστό να ανέρχεται σε 56,0% (70 άτομα). Αναλυτικότερα οι προσφυγικές δομές εργασίας αποτυπώνονται στο παρακάτω ραβδόγραμμα:



Γράφημα 2: Προσφυγική δομή εργασίας

Πέραν των ΚΦΠΜ/ΚΥΤ/ΚΕΔΝ σε Δομές Ασυνοδευτών Ανηλίκων απασχολείται το 20,8% (26 άτομα), σε Ενοικιαζόμενα διαμερίσματα (Πρόγραμμα ESTIA) το 10,4% (13 άτομα), ενώ τέλος έπονται οι εργαζόμενοι σε Ξενοδοχεία και καταλύματα και οι μη συμπεριλαμβανόμενοι σε κάποια από τις παραπάνω κατηγορίες οι οποίοι αμφότεροι καταλαμβάνουν το 6,4% (8 άτομα) του δείγματος.

Η πλειοψηφία του δείγματος εργάζεται στην συγκεκριμένη θέση από 1-3 χρόνια με το αντίστοιχο ποσοστό να ανέρχεται σε 61,6% (77 άτομα), ενώ αντίστοιχα διάστημα μικρότερο του ενός έτους εργάζεται ποσοστό που ανέρχεται σε 38,4% (48 άτομα) ως εξής: από 0-6 μήνες εργάζεται το 5,6% (7 άτομα) του δείγματος, ενώ από 6-12 μήνες το 32,8% (41 άτομα). Αναλυτικότερα ο χρόνος απασχόλησης αποτυπώνεται στο ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 3: Ραβδόγραμμα απασχόλησης στην εργασία

Από τους παραπάνω εργαζόμενους, πλήρη απασχόληση (8+ ώρες) έχει το 23,2% (29 άτομα) ενώ μερική απασχόληση (4-8 ώρες) έχει το 76,8% (96 άτομα). Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να εργάζεται σε καθεστώς μερικής απασχόλησης. Πέραν των ωρών εργασίας, το δείγμα ερωτήθηκε σχετικά με τον αριθμό των ατόμων στα οποία παρέχει καθημερινή εργασία, όπου διαπιστώθηκε ότι στην πλειοψηφία του, παρέχονται υπηρεσίες σε 20 και πλέον άτομα (20+) με το αντίστοιχο ποσοστό να ανέρχεται σε 44,0%, ενώ σε 10-20 άτομα φαίνεται να παρέχει υπηρεσίες τι 36,8% (46 άτομα) του δείγματος. Τέλος, σε 0-10 άτομα φαίνεται να παρέχει υπηρεσίες το 19,2% (24 άτομα).

Στην συνέχεια το δείγμα κλήθηκε να αποτυπώσει τις απόψεις του σχετικά με την ικανοποίηση του αναφορικά με τον μισθό του, τις ελλείψεις σε χώρους, υγειονομικό υλικό και συνθήκες υγιεινής καθώς επίσης και την ικανοποίηση από την συνεργασία με τους συναδέλφους. Για την αποτύπωση των παραπάνω, το δείγμα κλήθηκε να αποτυπώσει τις αντιλήψεις του σε μια 4-βάθμια κλίμακα τύπου Likert (Καθόλου, Λίγο, Αρκετά, Πολύ). Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων η παραπάνω κλίμακα βαθμονομήθηκε από το 1 μέχρι το 4 με το 1 να αντιστοιχίζεται στο Καθόλου και το 4 στο Πολύ, ενώ

οι ενδιάμεσες διαβαθμίσεις *Λίγο* και *Αρκετά* αντιστοιχίστηκαν στο 2 και το 3 αντίστοιχα. Για την παρουσίαση των αποτελεσμάτων υπολογίστηκε η μέση τιμή και ως εκ τούτου, τιμές κοντά στο 1 αντιστοιχούν σε διαφωνία του δείγματος και έλλειψη του εν λόγω χαρακτηριστικού, ενώ αντίστοιχα τιμές κοντά στο 4 σε συμφωνία. Είναι εμφανές ότι τιμές κοντά στο 2,5 αντιστοιχούν με ουδετερότητα του δείγματος. Η μέσες τιμές των εν λόγω δηλώσεων αποτυπώνονται στον παρακάτω πίνακα:

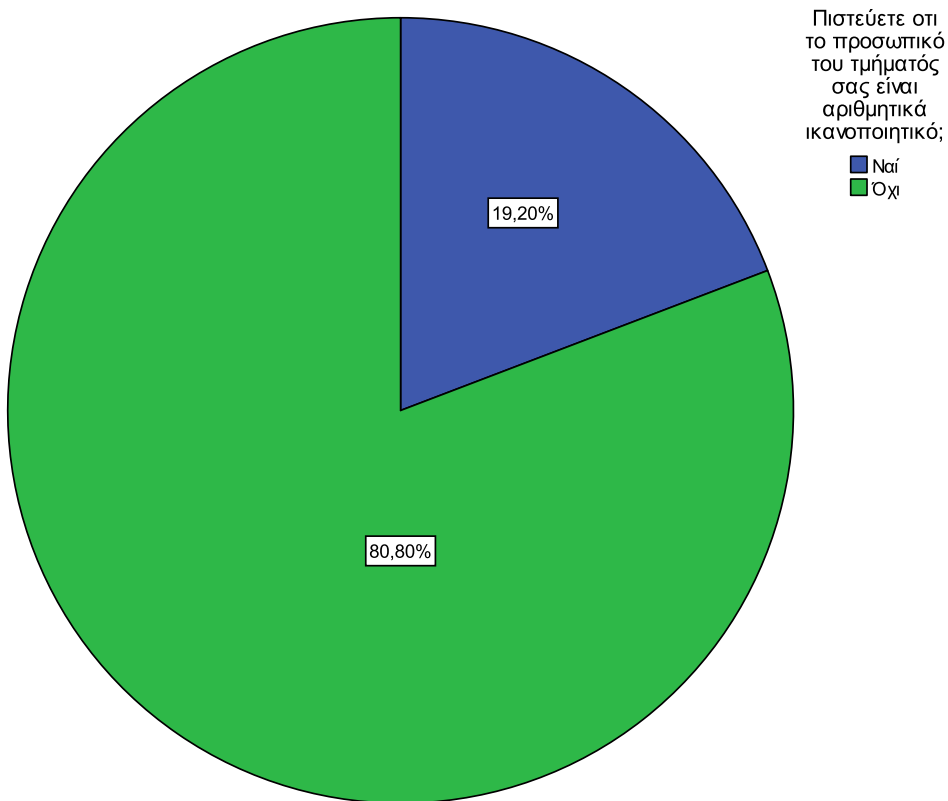
Πίνακας 3: Μέση τιμή, Τυπική Απόκλιση, Ελάχιστη - Μέγιστη τιμές δηλώσεων που αφορούν στην ικανοποίηση από την εργασία

	Min	Max	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Είναι ικανοποιητικός ο μισθός σας	1	4	2,79	,626
Πιστεύετε ότι υπάρχουν ελλείψεις σε χώρους, υγειονομικό υλικό και συνθήκες υγιεινής;	2	4	3,16	,614
Πιστεύετε ότι η συνεργασία σας με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική	1	4	2,70	,684

Υπόμνημα: 1: Καθόλου, 2:Λίγο, 3:Αρκετά, 4: Πολύ

Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι κατά μέσο όρο το δείγμα εμφανίζεται ουδέτερο αναφορικά με την ικανοποίηση από τον μισθό καθόσον στην συγκεκριμένη ερώτηση (*Είναι ικανοποιητικός ο μισθός σας*) η μέση τιμή ανέρχεται σε 2,79 (TA:0,626) που αντιστοιχεί σε τιμή μεταξύ του *Λίγο* και του *Αρκετά* και είναι κοντά στην τιμή 2,5. Από την άλλη φαίνεται ότι υπάρχουν *αρκετές* ελλείψεις σε χώρους, υγειονομικό υλικό και συνθήκες υγιεινής με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 3,16 (TA:0,614), τιμή που αντιστοιχίζεται μεταξύ του *Αρκετά* και του *Πολύ*. Πέραν αυτού θα πρέπει να αναφερθεί ότι κανένας δεν επέλεξε το *Καθόλου* στην σχετική ερώτηση (*Πιστεύετε ότι υπάρχουν ελλείψεις σε χώρους, υγειονομικό υλικό και συνθήκες υγιεινής*) γεγονός που ενισχύει τις εμφανιζόμενες ελλείψεις στα παραπάνω. Τέλος το δείγμα εμφανίζεται κατά μέσο όρο ουδέτερο αναφορικά με την ικανοποιητική συνεργασία με τους συναδέλφους, με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 2,70 (TA:0,684).

Σε συνέχεια των παραπάνω, το δείγμα ερωτήθηκε σχετικά με την ικανοποιητική στελέχωση του τμήματός τους, με τα αποτελέσματα να αποτυπώνονται στην ακόλουθη πίτα:



Γράφημα 4: Ικανοποιητική στελέχωση τμήματος

Από την παραπάνω πίτα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η ευρεία πλειοψηφία του δείγματος και σε ποσοστό που ανέρχεται στο 80,8% (101 άτομα) θεωρεί ότι το τμήμα είναι υποστελεχωμένο, ενώ αντίστοιχα μόνο το 19,25% (24 άτομα) φαίνεται να είναι ικανοποιημένα από την στελέχωση του τμήματός τους.

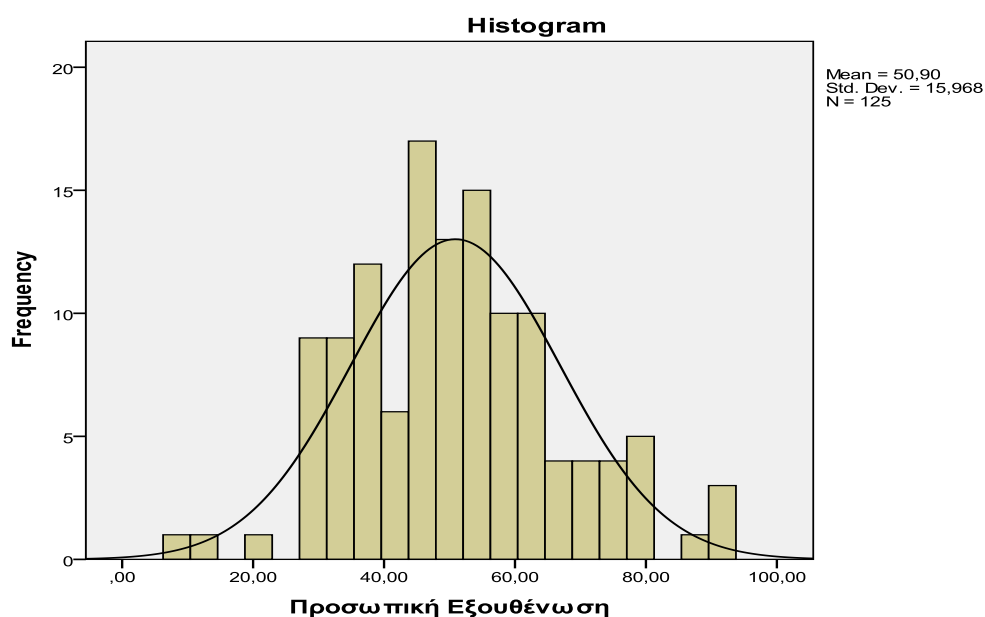
6.2 Επαγγελματική Εξουθένωση (CBI-Gr)

Όπως αναφέραμε και προηγουμένως η κλίμακα της επαγγελματικής εξουθένωσης της Κοπεγχάγης, αποτελείται από τρεις υποκλίμακες θεωρητικά και μεθοδολογικά μεταξύ τους: *Προσωπική Εξουθένωση*, *Εργασιακή Εξουθένωση* και *Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς/άτομα*. Για κάθε μια από τις παραπάνω υποκλίμακες, υπολογίστηκε η μέση τιμή των δηλώσεων που τις αποτελούν, μετά την βαθμονόμηση από το 0 έως το 100 των απαντήσεων που συγκεντρώθηκαν από το δείγμα και με τον τρόπο που περιγράψαμε παραπάνω.

Στην συνέχεια για να παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα για κάθε μια κλίμακα ξεχωριστά, προσανατολισμένοι στον σκοπό και στόχους της έρευνας.

6.2.1 Προσωπική Εξουθένωση (Personal burnout)

Η υποκλίμακα της προσωπικής εξουθένωσης αποτελείται από 6 προτάσεις και αποτυπώνει τον βαθμό κούρασης ή εξάντλησης του ατόμου. Για τον υπολογισμό των τιμών της υποκλίμακας υπολογίστηκε η μέση τιμή των 6 ερωτήσεων που την αποτελούν, με την κατανομή των τιμών της να αποτυπώνεται στο ακόλουθο ιστόγραμμα:



Γράφημα 5: Ιστόγραμμα προσωπικής εξουθένωσης

Η μέση τιμή της υποκλίμακας της προσωπικής εξουθένωσης ανέρχεται σε 50,90 (TA: 15,97) ενώ η διάμεσος τιμή είναι η 50,00. Το εύρος των τιμών είναι 83,33 με ελάχιστη την 8,33 και μέγιστη την 91,67. Από το παραπάνω μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι το δείγμα είναι μερικές φορές κατά μέσο όρο εξουθενωμένο, ενώ καθώς εμφανίζονται τιμές από ολόκληρο το εύρος της κλίμακας, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υφίστανται άτομα που είναι ποτέ εξουθενωμένα από προσωπική εξουθένωση αλλά και άτομα τα οποία είναι πάντα εξουθενωμένα από προσωπική εξουθένωση.

Οι αντίστοιχες τιμές για τις δηλώσεις που αποτελούν την κλίμακα, αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 4: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση δηλώσεων προσωπικής εξουθένωσης

	Mean	Std. Deviation
--	------	----------------

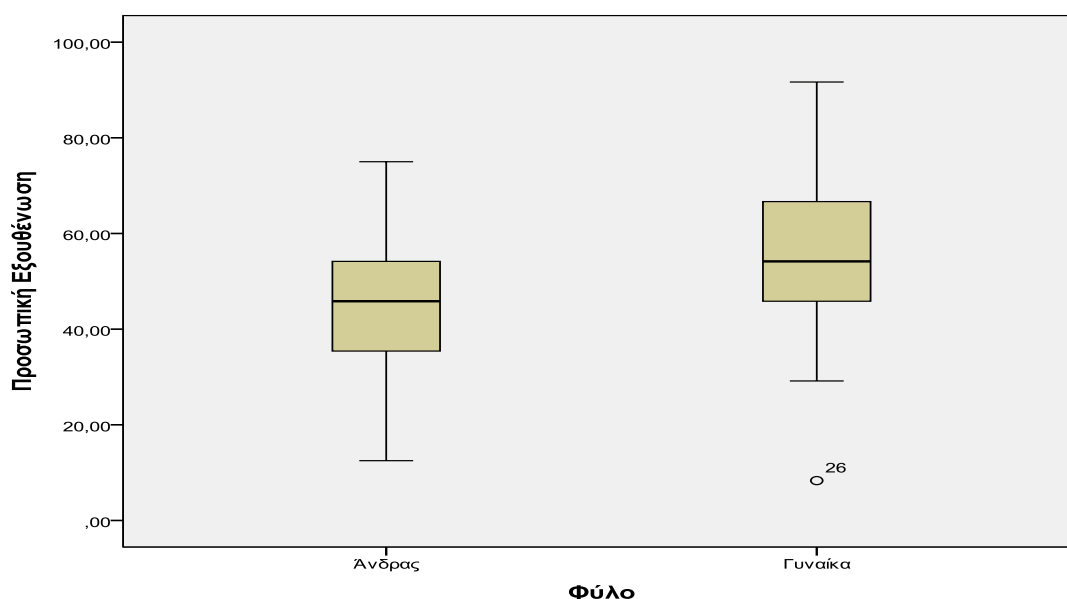
Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η	66,00	15,359
Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;	55,40	21,200
Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικά	51,60	21,238
Πόσο συχνά σκέφτεστε "δεν αντέχω άλλο";	43,40	21,568
Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η - εξουθενωμένος/η	50,20	19,442
Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε ασθένειες;	38,80	22,775

Υπόμνημα: 0: Ποτέ, 25: Σπάνια, 50: Μερικές Φορές, 75: Συχνά, 100: Πάντα

Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το δείγμα φαίνεται *Μερικές Φορές* έως *Συχνά* να αισθάνεται κουρασμένο, ενώ αντίστοιχα *Μερικές Φορές* αισθάνεται εξαντλημένο σωματικά και εξουθενωμένος συναισθηματικά. Επιπλέον *Σπάνια* προς *Μερικές Φορές* αισθάνεται αδύναμο και ευάλωτο σε ασθένειες ή σκέφτεται «δεν αντέχω άλλο».

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της μέσης εξουθένωσης αναλόγως των δημογραφικών μεταβλητών. Για την υλοποίηση του παραπάνω, θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση στην μέση τιμή της υπολογισθείσας κλίμακας για τις διάφορες δημογραφικές μεταβλητές, ενώ θα εφαρμόσουμε τον κατάλληλο στατιστικό έλεγχο κατά περίπτωση.

Αρχικά θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της μέσης τιμής της προσωπικής εξουθένωσης αναλόγως του φύλου. Οι τιμές της για τα δύο φύλα, αποτυπώνονται στο παρακάτω ηθγόγραμμα:



Γράφημα 6: Προσωπική Εξουθένωση για τα δύο φύλα

Μπορούμε να διαπιστώσουμε για τους μεν άνδρες ότι η αντίστοιχη τιμή της κλίμακας ανέρχεται σε 44,68 (ΤΑ: 12,12) ενώ για τις δε γυναίκες η εν λόγω τιμή ανέρχεται σε 54,64 (ΤΑ: 16,88). Διαπιστώνουμε λοιπόν ότι οι γυναίκες φαίνονται συγκριτικά πιο εξουθενωμένες από τους

άνδρες. Προκειμένου να ελέγξουμε την στατιστική σημαντικότητα του παραπάνω, θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο Mann – WhitneyU, αφού προηγουμένως διατυπώσουμε τη μηδενική και εναλλακτική ερευνητική υπόθεση:

H0: Δεν υφίσταται διαφορά στην προσωπική εξουθένωση μεταξύ ανδρών και γυναικών

H1: Υφίσταται διαφορά στην προσωπική εξουθένωση μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υλοποιώντας τον παραπάνω έλεγχο διαπιστώνουμε ότι ($U=1189,5$, $Z=-3,29$, $p=0,001<0,05$) υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην προσωπική εξουθένωση με τις γυναίκες να εμφανίζονται συγκριτικά περισσότερο εξουθενωμένες προσωπικά.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της προσωπικής εξουθένωσης αναλόγως της ηλικιακής κλάσης, του επιπέδου εκπαίδευσης και της οικογενειακής κατάστασης, ενώ σε κάθε μια από αυτές τις περιπτώσεις θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο Kruskal – Wallis (H) για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των εμφανιζόμενων διαφορών μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών. Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται σε $\alpha=5\%$.

Πίνακας 5: Kruskal–Wallis test για την προσωπική εξουθένωση

	Mean	Mean Rank	Chi Square (H)	–df	p-value
Ηλικία					
20-29 (N=45)	46,11	52,64	8,187	3	0,042
30-39 (N=49)	56,38	72,86			
40-49 (N=24)	47,92	59,29			
50+ (N=7)	53,57	73,29			
Επίπεδο Εκπαίδευσης					
Δευτεροβάθμια – ΙΕΚ (N=11)	52,28	68,86	1,117	3	0,773
Τριτοβάθμια (N=78)	49,956	60,40			
Μεταπτυχιακό (N=35)	52,62	66,96			
Διδακτορικό (N=1)	50,00	63,00			
Οικογενειακή Κατάσταση					
Άγαμος/η (N=46)	48,46	55,84	3,07	3	0,381
Έγγαμος/η (N=52)	52,56	68,41			
Διαζευγμένος/η (N=10)	50,00	63,55			
Συμβίωση (N=17)	52,94	65,50			
Αριθμός Παιδιών					
0 (N=66)	49,87	59,27	2,94	3	0,401
1 (N=24)	49,66	61,63			
2 (N=29)	53,30	69,05			
3 (N=6)	55,56	80,33			

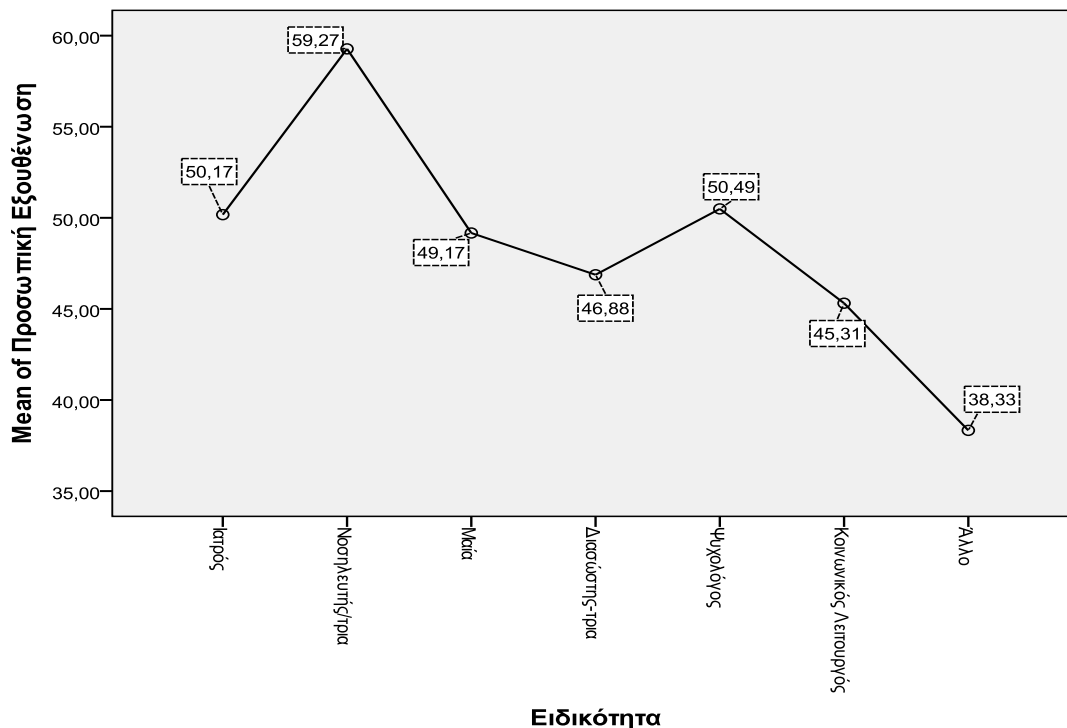
Από τους παραπάνω στατιστικούς ελέγχους μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι εκείνη η ηλικιακή κλάση η οποία φαίνεται να είναι περισσότερο προσωπικά εξουθενωμένη, είναι η ηλικιακή

κλάση των 30-39 ετών. Ακολουθεί η ηλικιακή κλάση των 50+ και έπονται η ηλικία από 40-49 ετών, ενώ τέλος είναι η ηλικιακή κλάση των από 20-29 ετών η οποία και φαίνεται να είναι η λιγότερο εργασιακά εξουθενωμένη κλάση. Οι παραπάνω εμφανιζόμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές ($H=8,187$, $df=3$, $p=0,042<0,05$). Συμπερασματικά λοιπόν, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι υφίστανται στατιστικά σημαντική διαφορά στην προσωπική εξουθένωση για τις διάφορες ηλικιακές κατηγορίες, με την πιο εξουθενωμένη προσωπικά να είναι η ηλικιακή κλάση των 30-39 ετών και τους λιγότερο εξουθενωμένους να είναι η ηλικιακή κλάση των 20-29 ετών.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης οι πιο εξουθενωμένοι προσωπικά φαίνεται να είναι οι κάτοχοι *Μεταπτυχιακού* και οι απόφοιτοι *Δευτεροβάθμιας* ενώ λιγότερο εξουθενωμένοι είναι οι απόφοιτοι *Τριτοβάθμιας*, χωρίς ωστόσο οι παραπάνω διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές ($H=1,117$, $df=3$, $p=0,0773>0,05$). Από την άλλη και αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, διαπιστώνουμε ότι οι πιο εξουθενωμένοι προσωπικά είναι οι *Έγγαμοι* με μικρή διαφορά από τους *Συμβιούντες* ενώ οι λιγότερο προσωπικά εξουθενωμένοι είναι οι *Άγαμοι*, χωρίς ωστόσο και εν λόγω εμφανιζόμενες διαφορές να είναι στατιστικά σημαντικές ($H=3,07$, $df=3$, $p=0,381>0,05$). Τέλος, και αναφορικά με τον αριθμό των παιδιών οι περισσότερο εξουθενωμένοι φαίνεται να είναι οι έχοντες 3 παιδιά, ακολουθούν οι έχοντες 2 παιδιά ενώ οι λιγότερο εξουθενωμένοι είναι οι έχοντες 1 παιδί, με τις εν λόγω διαφορές να μην είναι στατιστικά σημαντικές ($H=2,94$, $df=3$, $p=0,401>0,05$).

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την προσωπική εξουθένωση αναλόγως του επαγγέλματος, αλλά και την δομής εργασίας προκειμένου να εξετάσουμε συγκριτικά ποια επαγγελματική κατηγορία είναι περισσότερο προσωπικά εξουθενωμένη αλλά και σε ποια προσφυγική θέση/δομή εμφανίζεται η περισσότερη εργασιακή εξουθένωση.

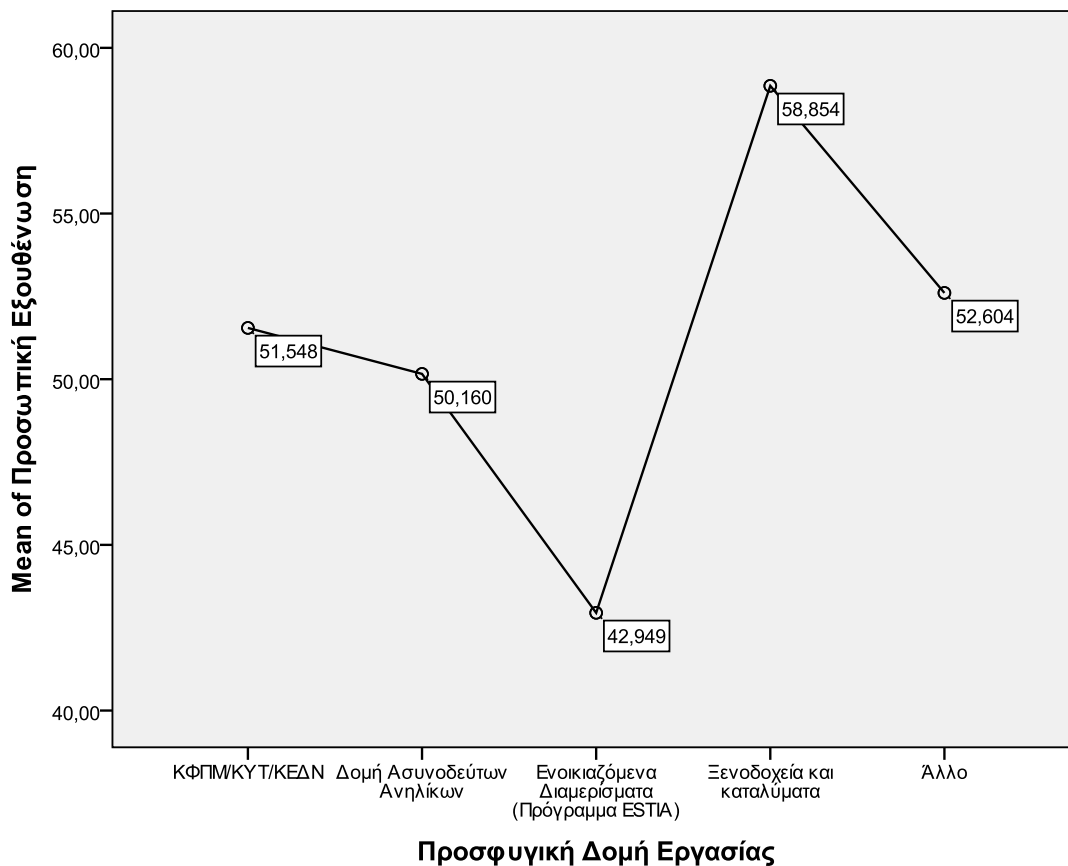
Οι τιμές της προσωπικής εξουθένωσης για τις διάφορες ειδικότητες έχει όπως στο ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 7: Προσωπική εξουθένωση αναλόγως του επαγγέλματος

Διαπιστώνουμε ότι η περισσότερη προσωπική εξουθένωση εμφανίζεται στους Νοσηλεύτές/τριες με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 59,27 (TA: 17,60), ενώ ακολουθούν οι Ιατροί όπου η αντίστοιχη μέση τιμή ανέρχεται σε 50,17 (TA: 13,20) και οι Ψυχολόγοι για τους οποίους η τιμή της κλίμακας ανέρχεται σε 50,49 (TA: 16,26). Έπονται οι Μαίες, οι Διασώστες και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, με τις αντίστοιχες μέσες τιμές να ανέρχονται σε 49,17 (TA: 12,43), 46,87 (TA: 12,32) και 45,13 (TA: 19,23), ενώ την μικρότερη τιμή προσωπικής εξουθένωσης εντοπίζεται σε όσους έχουν δηλώσει Άλλο ως ειδικότητα. Από τον στατιστικό έλεγχο των Kruskal – Wallis (H) μπορούμε να συμπεράνουμε ($H = 19,48$, $df=3$, $p=0,003<0,05$) ότι οι παραπάνω εμφανιζόμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές. Υλοποιώντας μια σειρά στατιστικών ελέγχων Mann – Whitney (U) Μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η εμφανιζόμενη στατιστικά σημαντική διαφορά εμφανίζεται μεταξύ της κλάσης των Νοσηλευτών και όλων των λοιπών κλάσεων ειδικότητας. Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να πούμε ότι οι Νοσηλεύτές φαίνεται να εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά περισσότερη προσωπική εξουθένωση σε σύγκριση με τους λοιπές επαγγελματικές κλάσεις.

Ακολούθως εξετάστηκε η διαφοροποίηση στην κλίμακα της προσωπικής εξουθένωσης, για τις διαφορετικές προσφυγικές δομές εργασίας, με τα αποτελέσματα να αποτυπώνονται στο ακόλουθο γράφημα:



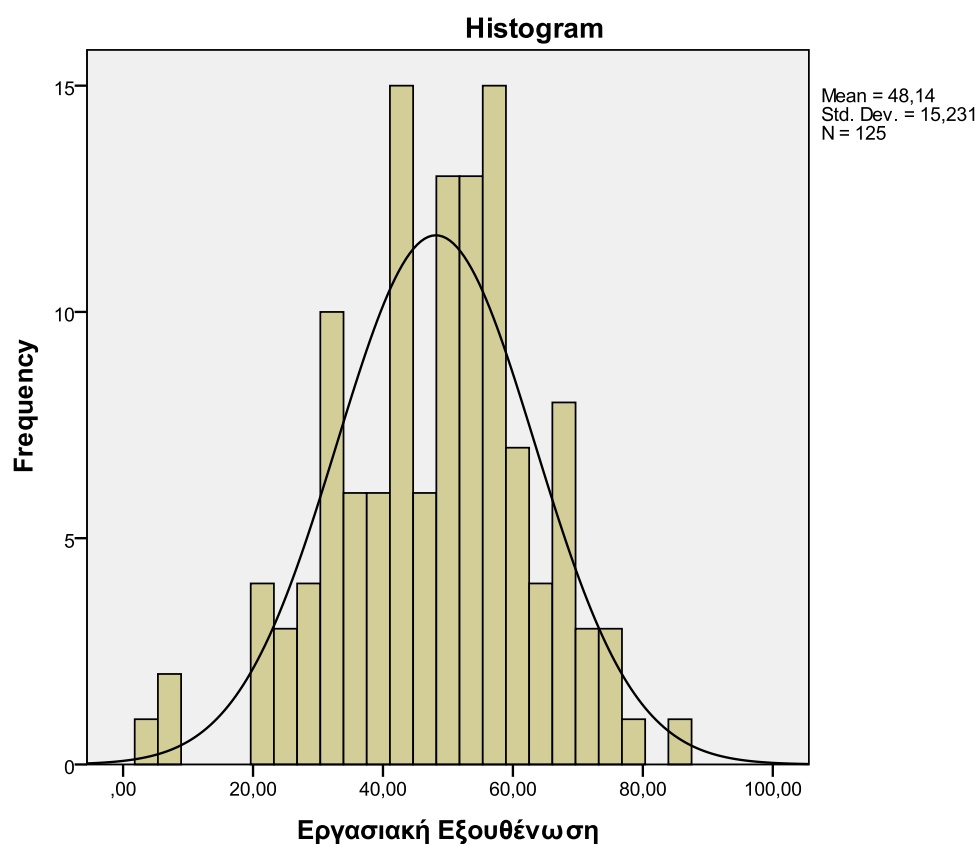
Γράφημα 8: Προσωπική Εξουθένωση για τις διαφορετικές δομές εργασίας

Οι περισσότεροι προσωπικά εξουθενωμένοι είναι οι εργαζόμενοι στα Ξενοδοχεία και Καταλύματα ενώ οι λιγότεροι εξουθενωμένοι είναι οι εργαζόμενοι σε Ενοικιαζόμενα Διαμερίσματα (Πρόγραμμα ESTIA). Παρ' όλα αυτά υλοποιώντας τον στατιστικό έλεγχο των Kruskal – Wallis ($H=5,99$, $df=3$, $p=0,200 > 0,05$).

Ελέγχθηκε η διαφοροποίηση της προσωπικής εξουθένωσης για τις διάφορες μεταβλητές. Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την υποκλίμακα της Εργασιακής Εξουθένωσης πριν προχωρήσουμε στην Εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα.

6.2.2 Εργασιακή Εξουθένωση

Η υποκλίμακα της εργασιακής εξουθένωσης αποτελείται από επτά ερωτήσεις, όπου κωδικοποιεί και ελέγχει τον βαθμό της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης που σχετίζεται με την εργασία. Η εν λόγω κλίμακα κυμαίνεται από το 0 μέχρι το 100 με υψηλότερες βαθμολογίες να αντιστοιχούν και σε περισσότερη εμφάνιση εργασιακής εξουθένωσης, ενώ οι τιμές αποτυπώνονται στο παρακάτω ιστόγραμμα:



Γράφημα 9: Ιστόγραμμα εργασιακής εξουθένωσης

Από το παραπάνω ιστόγραμμα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι το δείγμα κατά μέσο όρο αισθάνεται *Μερικές Φορές* εξουθενωμένο εργασιακά με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 48,14 (TA: 15,23). Διάμεσος τιμή είναι η 50,00 ενώ το εύρος ανέρχεται σε 82,14 ε ελάχιστη τιμή την 3,57 και μέγιστη την 85,71. Από το παραπάνω μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι υφίστανται άτομα που αισθάνονται *Συχνά* εξουθενωμένοι εργασιακά, αλλά και αντίστοιχα άτομα που αισθάνονται *Ποτέ* εξουθενωμένα εργασιακά.

Πίνακας 6: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση δηλώσεων εργασιακής εξουθένωσης

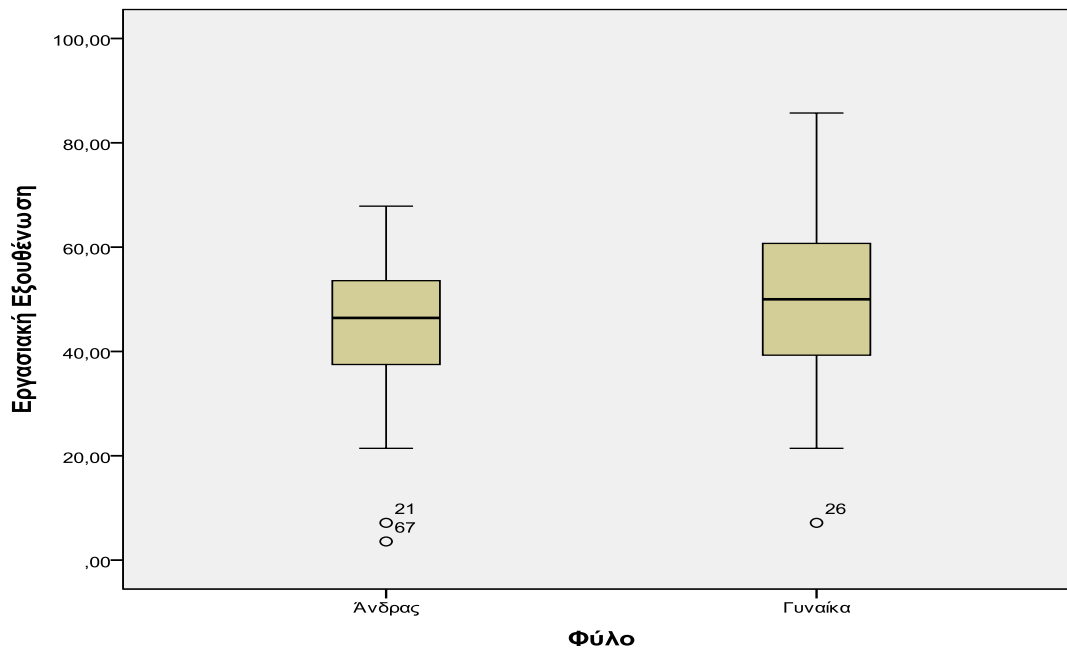
	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειάς σας	49,60	22,671
Είστε απογοητευμένος/η από την δουλειά σας;	41,00	23,632
Αισθάνεσαι εξουθενωμένος από τη δουλειά σου στο τέλος της ημέρας;	59,80	19,022
Κουράζεστε το πρωί στην ιδέα ότι πρέπει να πάτε στην δουλειά σας	54,60	23,841
Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στην δουλειά σας είναι κουραστική	49,40	20,932
Έχετε αρκετή ενέργεια για να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερό σας χρόνο	78,60	23,050

Υπόμνημα: 0: Ποτέ, 25: Σπάνια, 50: Μερικές φορές, 75: Συχνά, 100: Πάντα

Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε να συμπεράνουμε ότι κατά κύριο λόγο το δείγμα αισθάνεται *Μερικές φορές* έως *Συχνά* εξουθενωμένο από την δουλειά του στο τέλος της ημέρας (ΜΤ: 59,80 ΤΑ: 19,02). Παρομοίως το δείγμα αισθάνεται το πρωί στην ιδέα ότι πρέπει να πάει στην εργασία του και εξαντλημένο εξαιτίας της δουλειάς του. Παρ' όλα αυτά το δείγμα φαίνεται να αισθάνεται συχνά ότι έχει αρκετή ενέργεια για να αφιερώσει στην οικογένεια και τους φίλους στον ελεύθερο χρόνο (ΜΤ: 78,60 ΤΑ: 23,05). Θα πρέπει εδώ να αναφερθεί ότι η μέση τιμή και τυπική απόκλιση στην ερώτηση *Έχετε αρκετή ενέργεια για να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερό σας χρόνο* υπολογίστηκε χωρίς την αντιστροφή της βαθμονόμησης η οποία και χρησιμοποιήθηκε μόνο για τον υπολογισμό της υποκλίμακας.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της *Εργασιακής Εξουθένωσης* ανάλογα με τις δημογραφικές μεταβλητές. Αναλυτικότερα θα χρησιμοποιήσουμε την *Εργασιακή Εξουθένωση* ως εξαρτημένη μεταβλητή και τις διάφορες δημογραφικές μεταβλητές ως ανεξάρτητες.

Αρχικά θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της εργασιακής εξουθένωσης αναλόγως του φύλου. Οι τιμές για τα δύο φύλα, διακριτά αποτυπώνονται στο ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 10: Εργασιακή εξουθένωση αναλόγως του φύλου

Από το παραπάνω θηγόγραμμα, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι οι *Γυναίκες* φαίνεται να είναι περισσότερο εργασιακά εξουθενωμένες σε σύγκριση με τους *Ανδρες*. Εξετάζοντας τις αντίστοιχες μέσες τιμές μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι για τις μεν *Γυναίκες* η μέση τιμή της υποκλίμακας ανέρχεται σε 50,05 (ΤΑ: 15,69) ενώ για τους δε *άνδρες* η αντίστοιχη μέση τιμή ανέρχεται σε 44,98 (ΤΑ: 14,02). Προκειμένου να ελέγξουμε την στατιστική σημαντικότητα του παραπάνω, θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο Mann – WhitneyU, αφού προηγουμένως διατυπώσουμε τη μηδενική και εναλλακτική ερευνητική υπόθεση:

H0: Δεν υφίσταται διαφορά στην εργασιακή εξουθένωση μεταξύ ανδρών και γυναικών

H1: Υφίσταται διαφορά στην εργασιακή εξουθένωση μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υλοποιώντας τον παραπάνω έλεγχο διαπιστώνουμε ότι ($U=1498,5$, $Z=-1,711$, $p=0,087>0,05$) και ως εκ τούτου δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην εργασιακή εξουθένωση μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αναλόγως της ηλικιακής κλάσης, του επιπέδου εκπαίδευσης και της οικογενειακής κατάστασης, ενώ σε κάθε μια από αυτές τις περιπτώσεις θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο Kruskal – Wallis (H) για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των εμφανιζόμενων διαφορών μεταξύ των

διαφορετικών κατηγοριών. Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται σε $\alpha=5\%$.

Πίνακας 7: Kruskal - Wallis τεστ για την επαγγελματική εξουθένωση

	Mean	Mean Rank	Chi Square (H)	-Df	p-value
Ηλικία					
20-29 (N=45)	45,16	55,70	5,038	3	0,169
30-39 (N=49)	51,60	71,67			
40-49 (N=24)	46,13	58,58			
50+ (N=7)	50,00	64,36			
Επίπεδο Εκπαίδευσης					
Δευτεροβάθμια – ΙΕΚ (N=11)	46,10	64,23	2,352	3	0,503
Τριτοβάθμια (N=78)	47,30	59,78			
Μεταπτυχιακό (N=35)	50,82	70,33			
Διδακτορικό (N=1)	42,86	44,00			
Οικογενειακή Κατάσταση					
Άγαμος/η (N=46)	47,52	61,78	0,566	3	0,904
Έγγαμος/η (N=52)	48,83	65,26			
Διαζευγμένος/η (N=10)	48,93	64,80			
Συμβίωση (N=17)	47,27	58,32			
Αριθμός Παιδιών					
0 (N=66)	47,46	60,89	0,86	3	0,836
1 (N=24)	48,51	61,96			
2 (N=29)	49,26	67,33			
3 (N=6)	48,81	69,50			

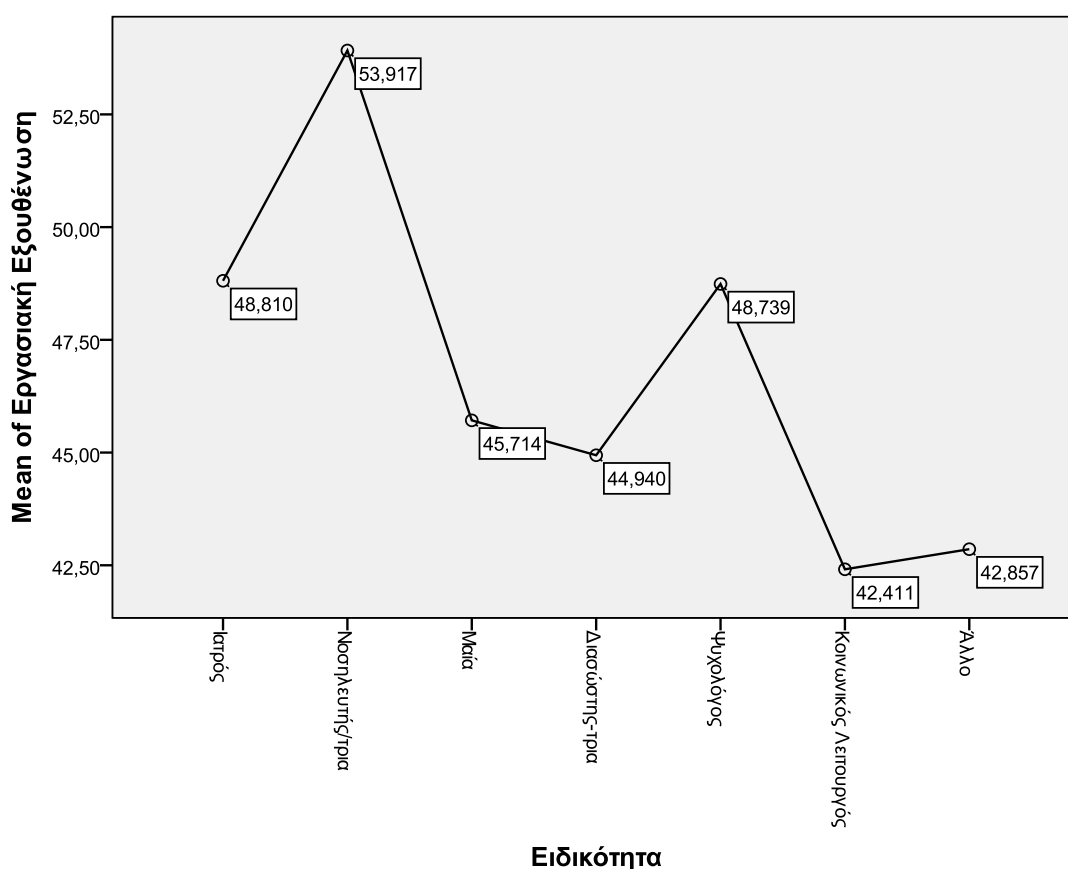
Από τον παραπάνω πίνακα, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι περισσότερο εξουθενωμένοι επαγγελματικά είναι η ηλικιακή κλάση των 30-39 ετών, ενώ ακολουθούν οι έχοντες ηλικία 50+ έτη. Έπονται οι έχοντες ηλικία 40-49 έτη και τέλος οι έχοντες ηλικία 20-29 έτη. Ελέγχοντας την στατιστική σημαντικότητα των παραπάνω εμφανιζόμενων διαφορών, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι οι εν λόγω διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($H = 5,038$, $df = 3$, $p = 0,169 > 0,05$).

Συγκρίνοντας την επαγγελματική εξουθένωση αναλόγως του *Επιπέδου εκπαίδευσης*, διαπιστώνουμε ότι περισσότερο *Επαγγελματικά εξουθενωμένοι* είναι οι κάτοχοι *Μεταπτυχιακού*, ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι *Τριτοβάθμιας* και τέλος οι απόφοιτοι *Δευτεροβάθμιας*, αν και οι εν λόγω εμφανιζόμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Συγκρίνοντας την επαγγελματική εξουθένωση, αναλόγως της *Οικογενειακής κατάστασης* διαπιστώνουμε ότι περισσότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι φαίνεται να είναι οι *Διαζευγμένοι* με μικρή διαφορά από τους *Έγγαμους*. Λιγότερο είναι οι *Ελεύθεροι* και οι έχοντες *σύμφωνο συμβίωσης*. Ωστόσο οι εν λόγω διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($H = 0,566$, $df = 3$, $p = 0,904 > 0,05$).

Τέλος, εξετάζοντας ανάλογα με τον αριθμό των παιδιών, περισσότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι φαίνεται να είναι οι έχοντες 2 παιδιά, με αμέσως επόμενους τους έχοντες 3 παιδιά. Λιγότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι είναι εκείνοι που δεν έχουν κανένα παιδί άνω οι εμφανιζόμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($H = 0,860$, $df = 3$, $p = 0,836 > 0,05$).

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την επαγγελματική εξουθένωση, σε συνάρτηση με την ειδικότητα, αλλά και την προσφυγική δομή εργασίας. Αρχικά, εξετάζοντας την εμφανιζόμενη επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα με την ειδικότητα εργασίας, αποκτούμε το ακόλουθο γράφημα:



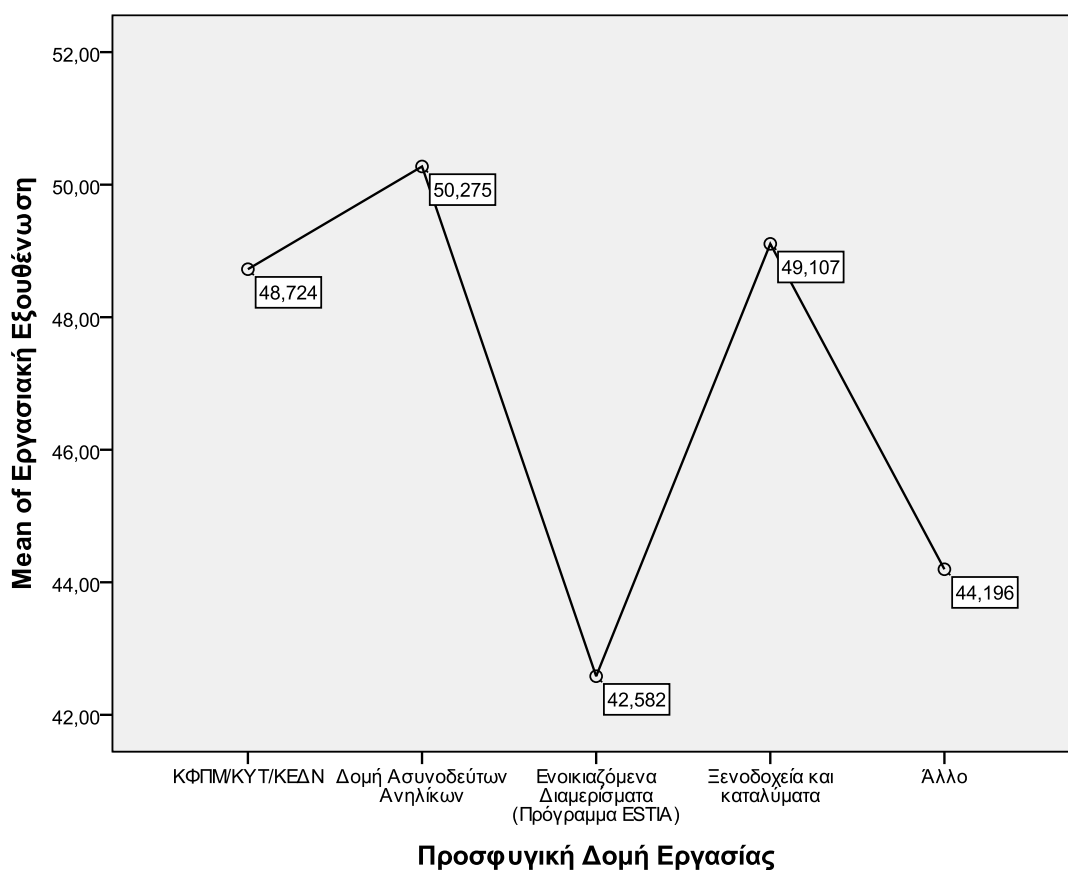
Γράφημα 11: Εργασιακή εξουθένωση αναλόγως της ειδικότητας

Μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα υψηλότερα επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης εμφανίζονται στους Νοσηλευτές με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 53,91 (ΤΑ: 17,24), ενώ ακολουθούν οι Ιατροί με την τιμή της υποκλίμακας να ανέρχεται σε 48,81 (ΤΑ: 14,47). Στην συνέχεια, σχετικά υψηλά επίπεδα εργασιακής εξουθένωσης φαίνεται να εμφανίζουν οι Ψυχολόγοι με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 48,74 (ΤΑ: 13,71), ενώ χαμηλότερες συγκριτικά τιμές στην

εν λόγω υποκλίμακα παρατηρούνται στους *Διασώστες* και στις *Μαίες* με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 44,94 (TA: 12,23) και 45,71 (TA: 16,21) αντίστοιχα. Χαμηλότερη εργασιακή εξουθένωση φαίνεται να έχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί, με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 42,41 (TA: 14,04) και οι εργαζόμενοι σε *Άλλη* ειδικότητα πέραν των εξεταζόμενων.

Υλοποιώντας τον στατιστικό έλεγχο Kruskal – Wallis (H) για τις εν λόγω ειδικότητες διαπιστώνουμε ότι ($H=10,34$, $df=6$, $p=0,111>0,05$) και ως εκ τούτου διαπιστώνουμε ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά στην εργασιακή εξουθένωση μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων.

Εξετάζοντας την διαφοροποίηση της εργασιακής εξουθένωσης αναλόγως της προσφυγικής δομής εργασίας, αποκτούμε την εικόνα που αποτυπώνεται στο ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 12: Εργασιακή εξουθένωση αναλόγως της προσφυγικής δομής εργασίας

Μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι υψηλότερη συγκριτικά εργασιακή εξουθένωση φαίνεται να εμφανίζεται στις *Δομές Ασυνόδευτων Ανηλίκων*, ενώ ακολουθούν οι εργαζόμενοι σε *Ξενοδοχεία και Καταλύματα*. Από την άλλη μικρότερη συγκριτικά τιμή στην υποκλίμακα της εργασιακής εξουθένωσης φαίνεται να έχουν οι εργαζόμενοι στα *Ενοικιαζόμενα Διαμερίσματα (ΕΣΤΙΑ)*.

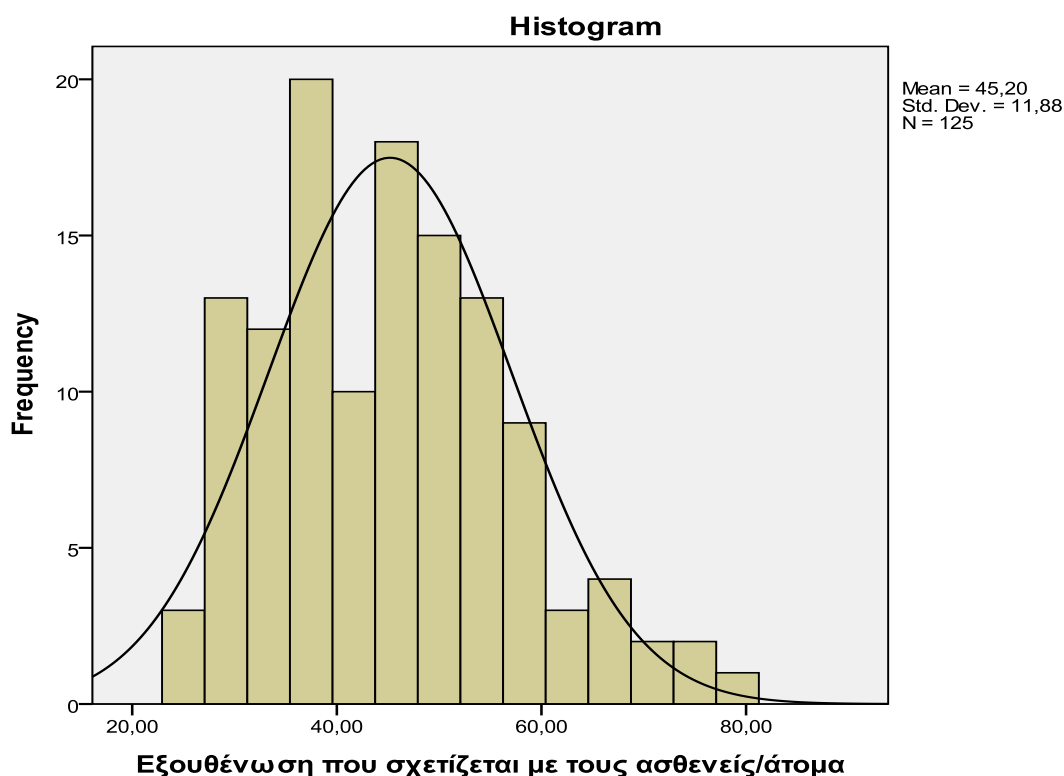
Παρ' όλα αυτά υλοποιώντας τον στατιστικό έλεγχο των Kruskal – Wallis (H) διαπιστώνουμε ότι οι εν λόγω εμφανιζόμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($H=3,36$, $df=4$, $p=0,499>0,05$).

Στην συνέχεια, θα περιγράψουμε την εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς/άτομα, η οποία και μετρήθηκε με την αντίστοιχη υποκλίμακα:

6.2.3 Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς/άτομα

Ακολούθως υπολογίστηκε η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς/άτομα. Η εν λόγω υποκλίμακα αποτελείται από 6 προτάσεις και μετρά τον βαθμό της σωματικής και ψυχολογικής κούρασης την οποία αντιλαμβάνεται ο επαγγελματίας υγείας ότι σχετίζεται με τους ασθενείς/άτομα. Οι τιμές της υποκλίμακας κυμαίνονται από 0 έως το 100, ενώ οι μεγαλύτερες τιμές αντιστοιχίζονται με αυξημένη εξουθένωση.

Η κατανομή των τιμών του δείγματος στην εν λόγω υποκλίμακα αποτυπώνεται στο ακόλουθο ιστόγραμμα:



Γράφημα 13: Ιστόγραμμα εξουθένωσης που σχετίζεται με τους ασθενείς/άτομα

Από το παραπάνω ιστόγραμμα μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι το δείγμα κατά μέσο όρο αισθάνεται *Μερικές Φορές* εξουθενωμένο εργασιακά αναφορικά με την εξουθένωση που σχετίζεται με τους ασθενείς/άτομα με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 45,20 (ΤΑ: 11,88). Διάμεσος τιμή είναι η 45,83 ενώ το εύρος ανέρχεται σε 54,17 με ελάχιστη τιμή την 25,00 και μέγιστη την 79,17. Από το παραπάνω μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι υφίστανται άτομα που αισθάνονται *Συχνά* εξουθενωμένοι εργασιακά, αλλά και αντίστοιχα άτομα που αισθάνονται *Ποτέ* εξουθενωμένα εργασιακά.

Η μέση τιμή των επιμέρους δηλώσεων της κλίμακας αποτυπώνεται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 8: Δηλώσεις υποκλίμακας εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς/ άτομα	52,00	14,410
Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς/ άτομα	43,80	13,714
Η εργασία με ασθενείς/ άτομα απορροφά την ενέργειά σας	51,60	16,724
Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς άτομα;	47,60	19,423

Υπόμνημα: 0: Σε πολύ μικρό βαθμό, 25: Σε μικρό βαθμό, 50: Έτσι και έτσι/σχετικά, 75: Σε μεγάλο βαθμό, 100: Σε πολύ μεγάλο βαθμό

Αρχικά διαπιστώνουμε ότι κατά κύριο λόγο το δείγμα αισθάνεται *σχετικά* δύσκολο να εργάζεται με ασθενείς/άτομα (ΜΤ: 52,00 ΤΑ: 14,41) ενώ το ίδιο αισθάνεται και αναφορικά με την απορρόφηση ενέργειας από την εργασία με ασθενείς/άτομα (ΜΤ: 51,60 ΤΑ: 16,72). Πέραν αυτών το δείγμα αισθάνεται να απογοητεύεται σε *μέτριο* βαθμό, όταν εργάζεται με ασθενείς/άτομα (ΜΤ: 43,80 ΤΑ: 13,71) ενώ επιπλέον αισθάνεται *μέτρια* ότι προσφέρει περισσότερα απ' όσα παίρνει όταν εργάζεται με ασθενείς/άτομα.

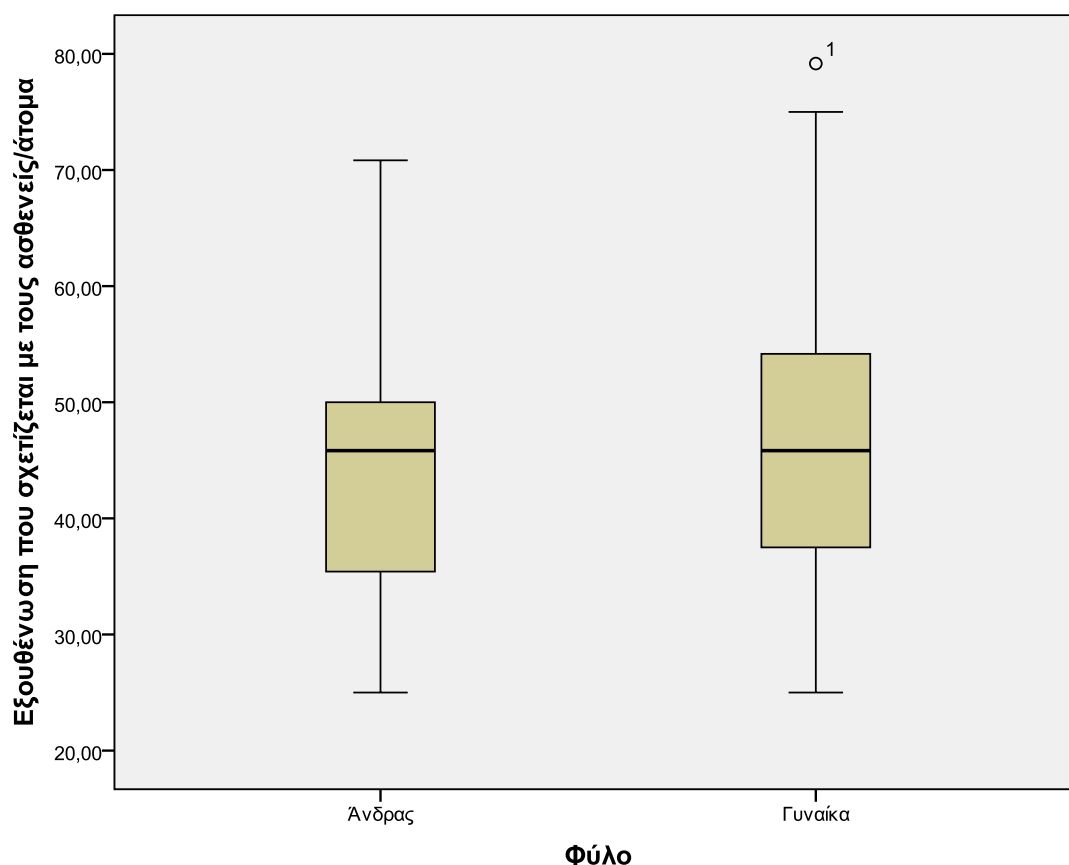
Πίνακας 9: Δηλώσεις υποκλίμακας εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα

	Mean	Std. Deviation
Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς/ άτομα	37,80	20,727
Αναρωτιέστε για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς/ άτομα	38,40	22,572

Υπόμνημα: 0: Ποτέ, 25: Σπάνια, 50: Μερικές φορές, 75: Συχνά, 100: Πάντα

Πέραν των παραπάνω, το δείγμα φαίνεται να αισθάνεται *Σπάνια* προς *Μερικές φορές* να έχει βαρεθεί να δουλεύει με ασθενείς/άτομα (ΜΤ: 37,80 ΤΑ: 20,27) και ομοίως αναρωτιέται για πόσο ακόμα θα αντέχει να εργάζεται με ασθενείς/άτομα.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση των τιμών της υποκλίμακας για τις διάφορες δημογραφικές κατηγορίες. Αρχικά θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα αναλόγως του φύλου. Αρχικά θα παρατηρούμε την κατανομή των τιμών της υποκλίμακας για κάθε φύλο ξεχωριστά, όπως στο παρακάτω θηγόγραμμα:



Γράφημα 14: Θηγόγραμμα εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα αναλόγως του φύλου

Μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι κατά μέσο όρο οι γυναίκες φαίνεται να εξουθενώνονται περισσότερο από τους ασθενείς/άτομα σε σύγκριση με τους άνδρες. Η εν λόγω τιμή της υποκλίμακας για τις γυναίκες ανέρχεται σε 45,99 (TA: 12,55) σαφώς υψηλότερο με το αντίστοιχο 43,88 (TA: 10,67) των ανδρών. Προκειμένου να ελέγξουμε την στατιστική σημαντικότητα, θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο Mann – Whitney U, αφού προηγουμένως διατυπώσουμε τη μηδενική και εναλλακτική ερευνητική υπόθεση:

H0: Δεν υφίσταται διαφορά στην εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα μεταξύ ανδρών και γυναικών

H1: Υφίσταται διαφορά στην εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα μεταξύ ανδρών και γυναικών

Υλοποιώντας τον παραπάνω έλεγχο διαπιστώνουμε ότι ($U=1677,5$, $Z=-0,798$, $p=0,425>0,05$) και ως εκ τούτου δεν εμφανίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στην εξουθένωση που σχετίζεται με τους ασθενείς/ άτομα, μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της επαγγελματικής εξουθένωσης αναλόγως της ηλικιακής κλάσης, του επιπέδου εκπαίδευσης και της οικογενειακής κατάστασης, ενώ σε κάθε μια από αυτές τις περιπτώσεις θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο Kruskal – Wallis (H) για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των εμφανιζόμενων διαφορών μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών. Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται σε $\alpha=5\%$.

Πίνακας 10: Kruskal–Wallis test για την εξουθένωση που σχετίζεται με τους ασθενείς/ άτομα

	Mean	Mean Rank	Chi Square (H)	df	p-value
Ηλικία					
20-29 (N=45)	40,46	49,48			
30-39 (N=49)	48,81	73,24	10,743	3	0,013
40-49 (N=24)	46,01	65,13			
50+ (N=7)	47,62	70,93			
Επίπεδο Εκπαίδευσης					
Δευτεροβάθμια – ΙΕΚ (N=11)	46,59	66,68	1,392	3	0,707
Τριτοβάθμια (N=78)	44,60	60,81			
Μεταπτυχιακό (N=35)	46,31	67,41			
Διδακτορικό (N=1)	37,50	38,50			
Οικογενειακή Κατάσταση					
Άγαμος/η (N=46)	41,12	51,82	10,446	3	0,015
Έγγαμος/η (N=52)	49,12	74,17			
Διαζευγμένος/η (N=10)	46,25	68,95			
Συμβίωση (N=17)	43,63	55,59			
Αριθμός Παιδιών					
0 (N=66)	42,23	60,89	8,516	3	0,736
1 (N=24)	47,92	61,96			
2 (N=29)	48,71	67,33			
3 (N=6)	50,00	69,50			

Αρχικά, εξετάζοντας την διαφοροποίηση της εξουθένωσης αναλόγως της ηλικιακής κλάσης, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η υψηλότερη εξουθένωση εμφανίζεται στους έχοντες ηλικία 30-39 έτη, ενώ ακολουθούν οι έχοντες ηλικία 50+ έτη. Έπονται οι έχοντες ηλικία 40-49 έτη και τέλος, την μικρότερη εξουθένωση σχετιζόμενη με ασθενείς/ άτομα εμφανίζεται στους έχοντες ηλικία 20-19 έτη. Υλοποιώντας τον στατιστικό έλεγχο των Kruskal – Wallis (H) μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι οι

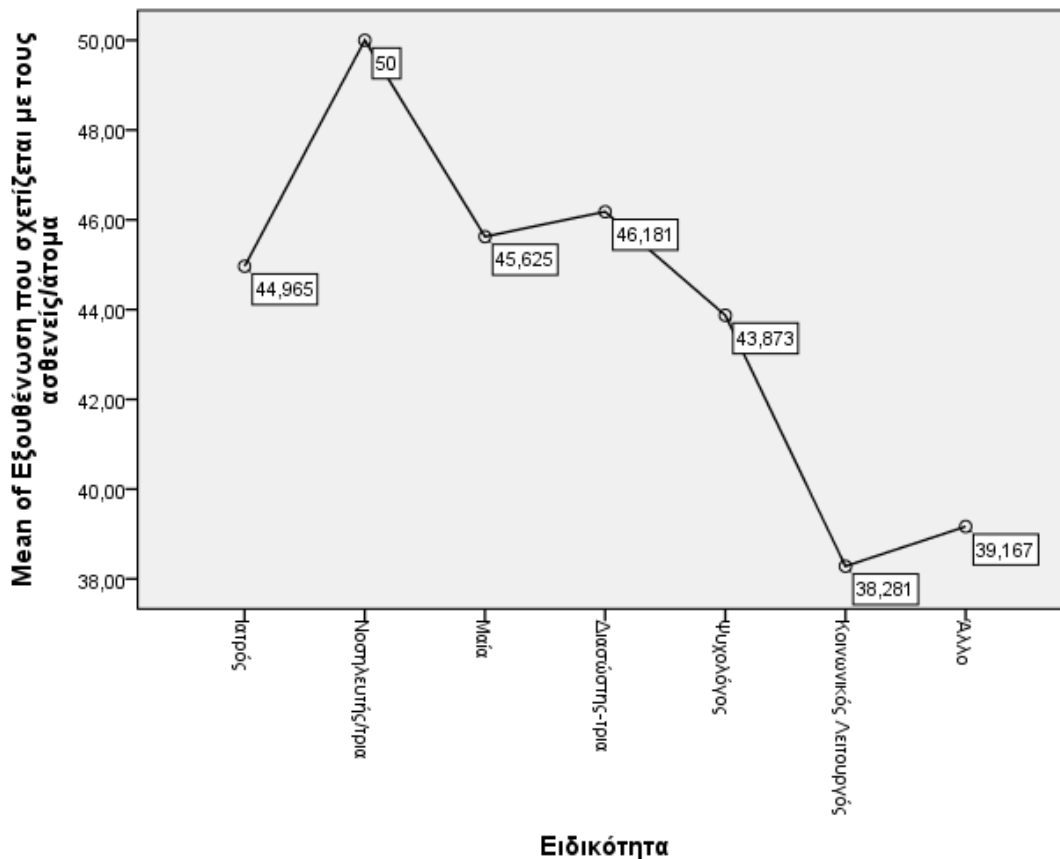
εμφανιζόμενες διαφοροποιήσεις είναι στατιστικά σημαντικές ($H=10,74$, $df=3$, $p=0,013<0,05$). Προκειμένου να διαπιστώσουμε που εντοπίζεται πιο συγκεκριμένα η εν λόγω διαφορά, υλοποιούμε διαδοχικούς ελέγχους Mann – Whitney (U) όπου και διαπιστώνουμε ότι οι διαφοροποιήσεις εντοπίζονται στην ηλικιακή κλάση των 20-29 ετών. Συμπερασματικά λοιπόν, μπορούμε να ισχυριστούμε ότι οι έχοντες ηλικία 20-29 έτη διαφέρουν στατιστικά σημαντικά από τις λοιπές ηλικιακές κλάσεις και έχουν συγκριτικά χαμηλότερη εξουθένωση σχετιζόμενη με ασθενείς/ άτομα.

Στην συνέχεια, αναλόγως του επιπέδου εκπαίδευσης, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι οι απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης φαίνεται να είναι περισσότερο εξουθενωμένοι σε σχέση με τους ασθενείς/ άτομα, ενώ παρεμφερή επίπεδα εξουθένωσης έχουν και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού διπλώματος. Θα πρέπει όμως να αναφερθεί ότι σε κάθε περίπτωση οι παραπάνω σημειούμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές ($H=1,392$, $df=3$, $p=0,707>0,05$).

Στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται στην διαφοροποίηση της εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα αναλόγως της οικογενειακής κατάστασης ($H=10,446$, $df=3$, $p=0,015<0,05$). Οι έγγαμοι φαίνεται να είναι συγκριτικά περισσότερο εξουθενωμένοι σε σχέση με τις λοιπές κλάσεις οικογενειακής κατάστασης, ενώ ακολουθούν οι Διαζευγμένοι και οι ευρισκόμενοι σε συμβίωση. Μικρότερη εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα εντοπίζεται στους Άγαμους. Προκειμένου να διαπιστώσουμε μεταξύ ποιών κατηγοριών εντοπίζονται οι εν λόγω στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, υλοποιήθηκαν διαδοχικοί στατιστικοί έλεγχοι Mann – Whitney (U) όπου διαπιστώθηκε ότι εντοπίζονται μεταξύ των Αγάμων και των Εγγάμων.

Τέλος, εξετάζοντας την συσχέτιση μεταξύ της εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα αναλόγως του αριθμού των τέκνων, διαπιστώθηκε ότι δεν υφίστανται στατιστικά σημαντικές διαφορές ($H=8,516$, $df=3$, $p=0,736>0,05$). Σε αυτή την περίπτωση η εξουθένωση φαίνεται να αυξάνει με τον αριθμό των παιδιών. Υψηλότερη εξουθένωση φαίνεται να έχουν όσοι έχουν 3 παιδιά, ακολουθούν εκείνοι που έχουν 2 παιδιά κ.ο.κ , ενώ τελικά λιγότερο εξουθενωμένοι από ασθενείς/ άτομα φαίνεται να είναι όσοι δεν έχουν καθόλου παιδιά.

Η εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα για τις διαφορετικές κατηγορίες της ειδικότητας αποτυπώνεται στο ακόλουθο γράφημα:

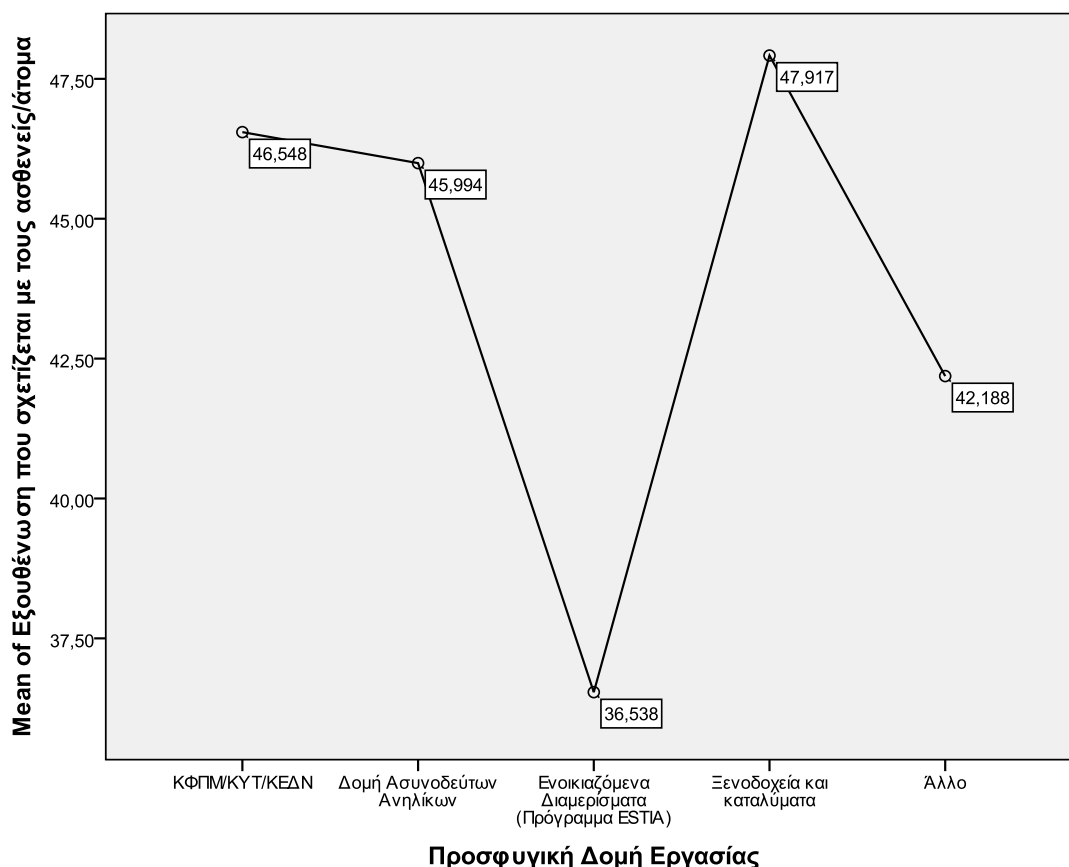


Γράφημα 15: Εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα αναλόγως της ειδικότητας

Περισσότερο εξουθενωμένοι από την επαφή τους με τους ασθενείς/ άτομα φαίνεται να είναι οι Νοσηλεύτριες με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 50,00 (ΤΑ: 13,99), ενώ ακολουθούν οι Διασώστis-τριες (ΜΤ: 46,18 ΤΑ: 6,99) οι Μαίες (ΜΤ: 45,63, ΤΑ: 11,74) με μικρή διαφορά από τους Ιατρούς (ΜΤ: 44,97 ΤΑ: 11,46). Λιγότερο εξουθενωμένοι από τους ασθενείς/ άτομα φαίνεται να είναι οι Ψυχολόγοι (ΜΤ: 43,87 ΤΑ: 11,89), εκείνοι που δηλώνουν Άλλο (ΜΤ: 39,17 ΤΑ: 6,97) και οι Κοινωνικοί Λειτουργοί οι οποίοι φαίνεται να είναι οι λιγότερο εξουθενωμένοι από ασθενείς/ άτομα (ΜΤ: 38,28 ΤΑ: 9,28).

Προκειμένου να ελέγξουμε την στατιστική σημαντικότητα των διαφορών στην εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα, θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο Kruskal – Wallis (H) όπου και διαπιστώνουμε ότι δεν υφίσταται στατιστικά σημαντική διαφορά στην εξουθένωση από ασθενείς/ άτομα για τις διάφορες ειδικότητες ($H=10,53$, $df=6$, $p=0,104 > 0,05$).

Στην συνέχεια, θα ελέγξουμε την διαφοροποίηση της εξουθένωσης που προέρχεται από ασθενείς/ άτομα για τις διαφορετικές θέσεις εργασίας, αφού προηγουμένως αποτυπώσουμε την εικόνα της υποκλίμακας για τις διάφορες θέσεις εργασίας, όπως στο ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 16: Εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα για τις διάφορες θέσεις εργασίας

Διαπιστώνουμε από το παραπάνω γράφημα ότι κατά μέσο όρο φαίνονται περισσότερο εξουθενωμένοι οι εργαζόμενοι σε Ξενοδοχεία και Καταλύματα (ΜΤ: 47,91, ΤΑ:18,78), ενώ ακολουθούν οι εργαζόμενοι σε ΚΦΠΜ/ ΚΥΤ/ ΚΕΔΝ (ΜΤ: 46,55 ΤΑ: 11,53). Με μικρή διαφορά έπονται οι εργαζόμενοι σε Δομές Ασυνόδευτων Ανηλίκων (ΜΤ: 45,99 ΤΑ: 10,10) ενώ λιγότερο εξουθενωμένοι από ασθενείς/ άτομα είναι οι εργαζόμενοι στα Ενοικιαζόμενα Διαμερίσματα (πρόγραμμα ΕΣΤΙΑ)(ΜΤ: 36,54 ΤΑ: 6,84).

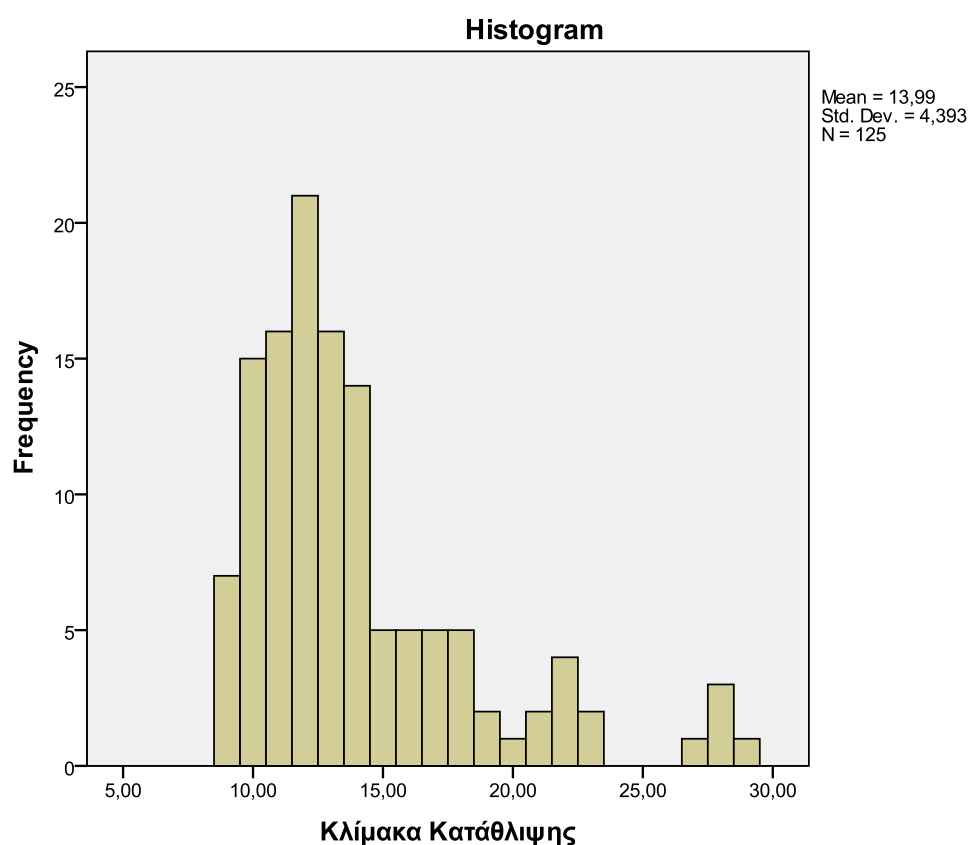
Υλοποιώντας τον στατιστικό έλεγχο των Kruskal – Wallis (H) για την εξέταση της διαφοράς στην εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα για τις διαφορετικές θέσεις εργασίας, διαπιστώνουμε ότι ($H=9,78$, $df=4$, $p=0,045<0,05$) και ως εκ τούτου εντοπίζονται στατιστικά

σημαντικές διαφορές. Προκειμένου να εντοπίσουμε μεταξύ ποιών κατηγοριών εντοπίζονται οι εν λόγω διαφορές υλοποιήσαμε διαδοχικούς ελέγχους Mann – Whitney (U) όπου και διαπιστώθηκε ότι οι εμφανιζόμενες διαφορές εντοπίζονται μεταξύ των εργαζομένων σε *ΚΦΠΜ/ ΚΥΤ/ ΚΕΔΝ* και των εργαζομένων σε *Ενοικιαζόμενα Διαμερίσματα (πρόγραμμα ESTIA)* καθώς επίσης και μεταξύ των εργαζομένων σε *Δομές Ασυνόδευτων Ανηλίκων* και των εργαζομένων σε *Ενοικιαζόμενα Διαμερίσματα (πρόγραμμα ESTIA)*.

6.3 Κλίμακα Υγείας Ασθενούς (Κατάθλιψη, PHQ-9)

Στην συνέχεια της ανάλυσεως, θα παρουσιαστεί η κλίμακα τα υγείας ασθενούς (PHQ-9) η οποία αποτελείται από 9 δηλώσεις. Οι τιμές της κλίμακας κυμαίνονται από 0 μέχρι το 27, ενώ μεγαλύτερη τιμή αντιστοιχεί σε εμφάνιση του χαρακτηριστικού της κατάθλιψης.

Οι τιμές της κλίμακας αποτυπώνονται στο ακόλουθο ιστόγραμμα:



Γράφημα 17: Ιστόγραμμα τιμών κλίμακας κατάθλιψης

Μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η μέση τιμή της κλίμακας ανέρχεται σε 13,99 (ΤΑ: 4,39), με διάμεσο τιμή την 13,00. Το εύρος των τιμών ανέρχεται σε 20,00 και κυμαίνεται από 9,00 έως 29,00. Από τα παραπάνω μπορούμε να συμπεράνουμε ότι το δείγμα εμφανίζει κατά μέσο όρο *μέτρια κατάθλιψη*, ενώ αντίστοιχα υπάρχουν άτομα του δείγματος που εμφανίζουν *μέτρια* προς *σοβαρή* ή ακόμα και *σοβαρή* κατάθλιψη.

Οι επιμέρους δηλώσεις της κλίμακας με την αντίστοιχη μέση τιμή αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

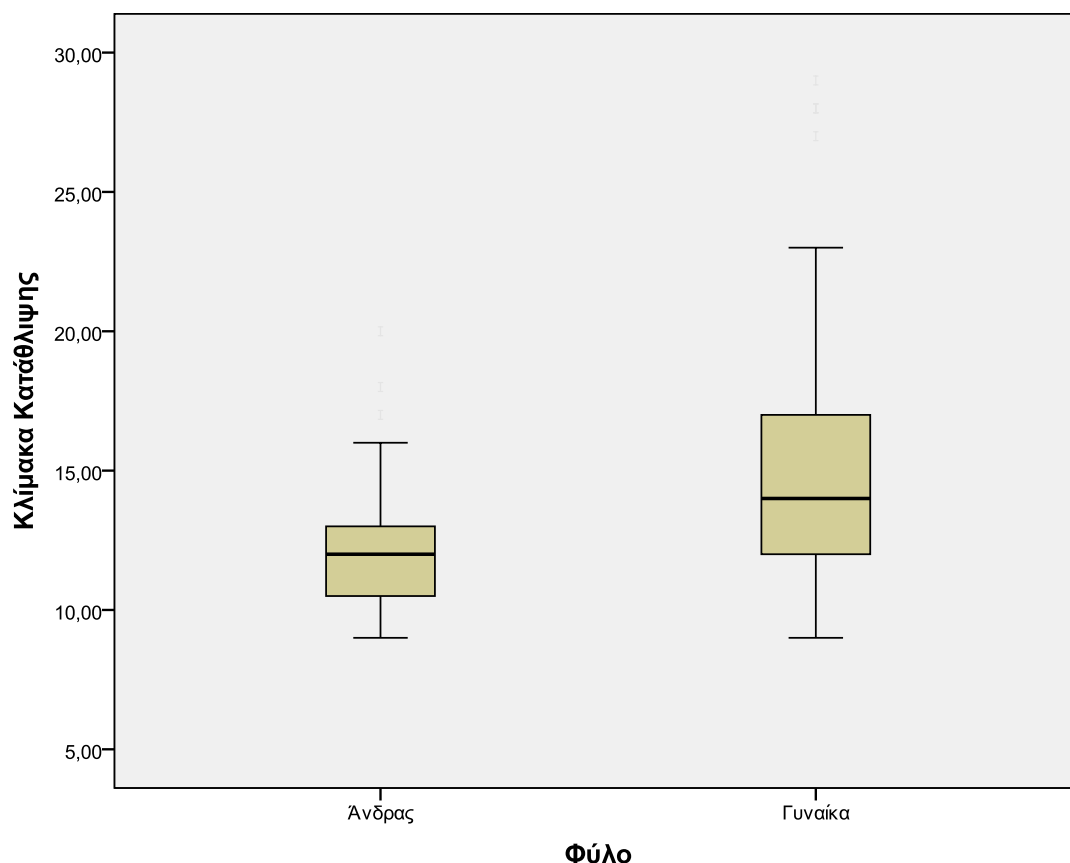
Πίνακας 11: Μέση τιμή και τυπική απόκλιση δηλώσεων PHQ-9

	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση από τις δραστηριότητές μου	1,82	,661
Καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η), απελπισμένος(η)	1,50	,736
Πρόβλημα να αποκοιμηθώ ή να συνεχίσω τον ύπνο ή κοιμάμαι υπερβολικά	1,68	,789
Κουρασμένος(η) ή έχω λίγη ενέργεια	2,08	,655
Λίγη Όρεξη ή τρώω υπερβολικά	1,67	,801
Άσχημα για τον εαυτό μου, αίσθημα αποτυχίας ή απογοήτευσης εαυτού ή οικογένειας	1,31	,665
Πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες δραστηριότητες (λ.χ. κατά το διάβασμα εφημερίδας ή παρακολούθησης τηλεόρασης)	1,37	,642
Κινούμαι ή μιλάω τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν ή το αντίθετο είμαι νευρικός ανήσυχος και κινούμαι πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο.	1,47	,789
Θα ήταν καλύτερο αν είχα πεθάνει ή σκέφτομαι να προκαλέσω κακό στον εαυτό μου με κάποιο τρόπο	1,09	,422

Υπόμνημα: 1: Καθόλου, 2: Αρκετές ημέρες, 3: Περισσότερες από τις μισές ημέρες, 4: Σχεδόν κάθε ημέρα

Από τον παραπάνω πίνακα, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι κυρίως το δείγμα φαίνεται να αισθάνεται κουρασμένο ή να έχει λίγη ενέργεια *Αρκετές ημέρες* τις τελευταίες δύο εβδομάδες, ενώ σε μικρότερη συχνότητα φαίνεται να έχει διαταραχές ύπνου (πρόβλημα να αποκοιμηθεί, ή να συνεχίσει τον ύπνο ή να κοιμάται υπερβολικά) και όρεξης (λίγη όρεξη ή υπερβολική κατανάλωση τροφής). Πέραν αυτών *αρκετές ημέρες* φαίνεται να έχει μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση από τις δραστηριότητές του και ομοίως νοιώθει καταβεβλημένος, κατατεθλιμμένος ή απελπισμένος. Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι το δείγμα φαίνεται να θεωρεί *καθόλου* καλύτερο αν είχε πεθάνει ή να σκέφτεται να προκαλέσει κακό στον εαυτό του με κάποιο τρόπο.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της κατάθλιψης, όπως αυτή μετρήθηκε από την παραπάνω κλίμακα (PHQ-9) για τις διαφορετικές δημογραφικές κατηγορίες. Αρχικά θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της κατάθλιψης αναλόγως του φύλου, αφού προηγουμένως παρουσιάσουμε τις τιμές της κλίμακας για τα δύο φύλα που έχουν όπως στο ακόλουθο γράφημα:



Γράφημα 18: Τιμές κλίμακας PHQ-9 (Κατάθλιψη) για τα δύο φύλα

Αρχικά από τα παραπάνω, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι κατά μέσο όρο, οι *Γυναίκες* φαίνεται να έχουν μεγαλύτερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης σε σχέση με τους *Ανδρες* με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 15,14 (ΤΑ: 4,92) για τις γυναίκες σαφώς μεγαλύτερο σε σύγκριση με το 12,09 (ΤΑ: 2,37) των ανδρών. Προκειμένου να εξετάσουμε την διαφοροποίηση στην μέση τιμή θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο t-test (ανεξαρτήτων δειγμάτων) αφού προηγουμένως διατυπώσουμε την μηδενική και εναλλακτική ερευνητική υπόθεση:

H0: Δεν υπάρχει διαφοροποίηση στον μέσο όρο της κλίμακας της κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών

H1: Υπάρχει διαφοροποίηση στον μέσο όρο της κλίμακας της κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών.

Υλοποιώντας τον στατιστικό έλεγχο t-test αρχικά από το τεστ του Levene διαπιστώνουμε ότι η μηδενική υπόθεση του εν λόγω τεστ για τη ισότητα των διακυμάνσεων απορρίπτεται ($F=18,94$, $p=0,000 < 0,05$). Στην συνέχεια, από το t-test για άνισες διακυμάνσεις, διαπιστώνουμε ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται υπέρ της εναλλακτικής ($t=-4,67$, $df= 118,32$, $p=0,000 < 0,05$) και ως εκ τούτου υφίστανται στατιστικά σημαντικές διαφορές στον μέσο όρο της κατάθλιψης μεταξύ ανδρών και γυναικών, με τις γυναίκες να εμφανίζουν συγκριτικά μεγαλύτερη βαθμολογία σε σχέση με τους άνδρες.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της κατάθλιψης αναλόγως της ηλικιακής κλάσης, του επιπέδου εκπαίδευσης και της οικογενειακής κατάστασης, ενώ σε κάθε μια από αυτές τις περιπτώσεις θα υλοποιήσουμε τον στατιστικό έλεγχο Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) για τον έλεγχο της στατιστικής σημαντικότητας των εμφανιζόμενων διαφορών μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών. Σε κάθε περίπτωση το επίπεδο της στατιστικής σημαντικότητας ορίζεται σε $\alpha=5\%$.

Συγκεντρωτικά τα αποτελέσματα αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

Πίνακας 12: Αποτελέσματα Ανάλυσης Διακύμανσης (ANOVA) για την κλίμακα της κατάθλιψης

	Mean	F	Df	p-value
Ηλικία				
20-29 (N=45)	13,47			
30-39 (N=49)	15,04	1,832	3	0,145
40-49 (N=24)	12,75			
50+ (N=7)	14,29			
Επίπεδο Εκπαίδευσης				
Δευτεροβάθμια – ΙΕΚ (N=11)	15,64			
Τριτοβάθμια (N=78)	13,91	0,632	3	0,596
Μεταπτυχιακό (N=35)	13,71			
Διδακτορικό (N=1)	12,00			
Οικογενειακή Κατάσταση				
Άγαμος/η (N=46)	13,98			
Έγγαμος/η (N=52)	14,02	0,251	3	0,861
Διαζευγμένος/η (N=10)	13,00			
Συμβίωση (N=17)	14,53			
Αριθμός Παιδιών				

0 (N=66)	14,00			
1 (N=24)	14,33	0,329	3	0,804
2 (N=29)	14,03			
3 (N=6)	12,33			

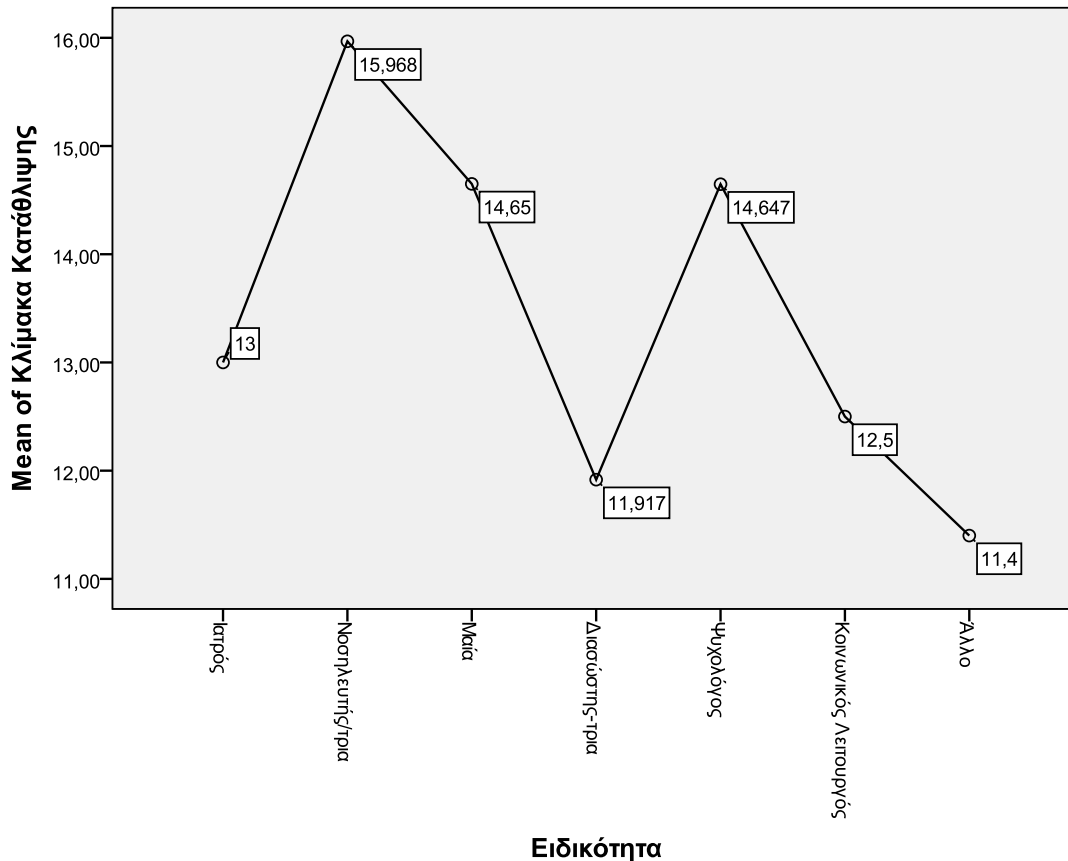
Αρχικά, αναφορικά με την ηλικία μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι εκείνη η ηλικιακή κλάση η οποία εμφανίζει την μεγαλύτερη κατάθλιψη είναι οι έχοντες ηλικία 30-39 έτη με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 15,04 (TA: 4,71), ενώ ακολουθούν οι έχοντες ηλικία 50+ για τους οποίους η μέση τιμή της κλίμακας ανέρχεται σε 14,29 (TA: 3,77), ενώ οι εμφανίζοντες την μικρότερη τιμή στην κατάθλιψη είναι οι έχοντες ηλικία 20-29 έτη με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 13,47 (TA: 4,64). Παρ' όλα αυτά οι ως άνω εμφανιζόμενες διαφορές στην μέση τιμή δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Αναφορικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, τις υψηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης εμφανίζουν οι απόφοιτοι Δευτεροβάθμιας – ΙΕΚ με την αντίστοιχη τιμή να ανέρχεται σε 15,63 (TA: 7,03), ενώ ακολουθούν οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας με την μέση τιμή να ανέρχεται σε 13,91 (TA: 4,37) και οι Κάτοχοι Μεταπτυχιακού με 13,71 (TA: 3,40). Από τον στατιστικό έλεγχο της ανάλυσης της διακύμανσης, διαπιστώθηκε ότι οι ως άνω περιγραφόμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Συγκρίνοντας τις τιμές της κλίμακας της κατάθλιψης, για τις διάφορες κατηγορίες της οικογενειακής κατάστασης, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης εμφανίζονται στους Συμβιούντες με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 14,53 (TA: 4,02) ενώ ακολουθούν οι Έγγαμοι με 14,02 (TA: 4,54). Μικρότερα επίπεδα κατάθλιψης εμφανίζονται στους Άγαμους (MT: 13,99 TA: 4,63) και τους Διαζευγμένους (MT: 13,00 TA: 3,43). Οι παραπάνω διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Τέλος, εξετάζοντας τις τιμές της κατάθλιψης αναλόγως του αριθμού των παιδιών, μπορούμε να συμπεράνουμε ότι υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης φαίνεται να έχουν οι έχοντες 1 παιδί (MT: 14,33 TA: 4,27). Ακολουθούν οι έχοντες 2 παιδιά (MT: 14,03 TA: 4,84) και οι έχοντες 0 παιδιά (MT: 14,00 TA: 4,38) ενώ οι εμφανιζόμενες διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές.

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της κατάθλιψης για τις διάφορες ειδικότητες του προσωπικού οι οποίες και συμμετείχαν στην έρευνα. Αναλυτικότερα η μέση τιμή της κλίμακας της κατάθλιψης αποτυπώνεται στο ακόλουθο γράφημα:



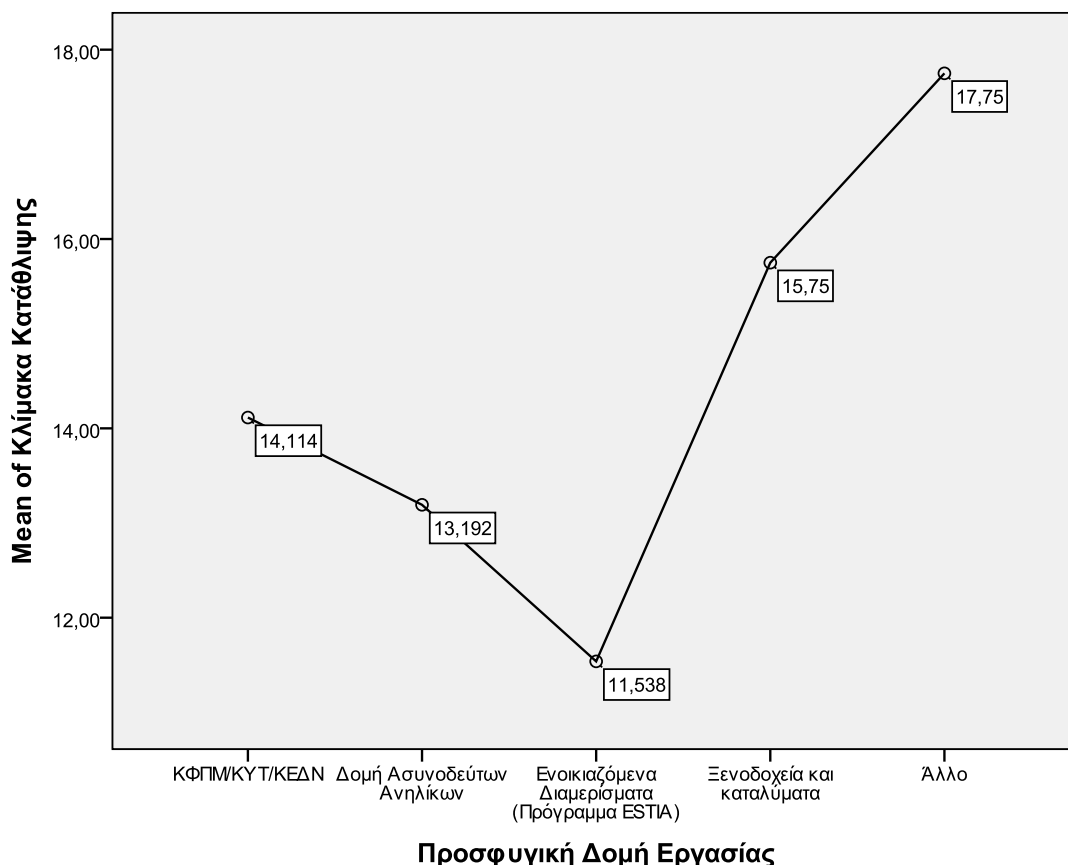
Γράφημα 19: Μέσες τιμές Κατάθλιψης για τις διάφορες ειδικότητες

Εξετάζοντας την κλίμακα της κατάθλιψης για τις διάφορες ειδικότητες διαπιστώνουμε ότι συγκριτικά μεγαλύτερα επίπεδα κατάθλιψης φαίνεται να έχουν οι *Νοσηλεύτριες* με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 15,97 (TA: 5,50), ενώ ακολουθούν οι *Μαίες* και οι *Ψυχολόγοι* με μέση τιμή της κλίμακας την 14,65 (TA: 4,93) και 14,65 (TA: 4,18) αντίστοιχα. Οι *Ιατροί* εμφανίζουν μέση τιμή 13,00 (TA: 3,16) ενώ οι *Κοινωνικοί Λειτουργοί* 12,50 (TA: 3,69). Μικρότερα επίπεδα μέσης κατάθλιψης έχουν οι *Διασώστρες* με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 11,91 (TA: 1,38) και όσοι δήλωσαν *Άλλο* στην ειδικότητα με αντίστοιχη μέση τιμή 11,4 (TA: 1,14).

Από την ανάλυση της διακύμανσης (ANOVA) διαπιστώνουμε ότι ($F=2,622$, $df = 6$, $p= 0,020 < 0,05$) και ως εκ τούτου οι εν λόγω εμφανιζόμενες διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές. Προκειμένου να εντοπιστεί μεταξύ ποιών κατηγοριών εμφανίζονται οι εν λόγω στατιστικά σημαντικές διαφορές υλοποιήθηκαν post hoc έλεγχοι με την μέθοδο LSD (LeastSignificantDifferences) όπου και διαπιστώθηκε ότι οι διαφορές εμφανίζονται μεταξύ των *Νοσηλευτών* και των λοιπών κατηγοριών. Συμπερασματικά λοιπόν μπορούμε να καταλήξουμε ότι οι *Νοσηλεύτριες* φαίνεται κατά μέσο όρο να

εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης σε σύγκριση με τις λοιπές κατηγορίες ειδικοτήτων, με την εν λόγω διαφορά να είναι στατιστικά σημαντική.

Στην συνέχεια, θα εξετάσουμε την διαφοροποίηση της κατάθλιψης αναλόγως της προσφυγικής δομής εργασίας, με τα αποτελέσματα να αποτυπώνονται παρακάτω γράφημα:



Γράφημα 20: Μέσες τιμές κατάθλιψης αναλόγως δομής εργασίας

Αρχικά μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι τα υψηλότερα επίπεδα κατάθλιψης εμφανίζονται σε αυτού που δηλώνουν Άλλο στην δομή εργασίας, με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 17,74 (ΤΑ: 6,14). Ακολουθούν οι εργαζόμενοι σε Ξενοδοχεία και καταλύματα με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 15,75 (ΤΑ: 7,17) και αμέσως μετά οι εργαζόμενοι σε ΚΦΠΜ/ ΚΥΤ/ ΚΕΔΝ με τιμή 14,11 (ΤΑ: 4,37). Μικρότερες τιμές της κλίμακας της κατάθλιψης εμφανίζονται στους εργαζόμενους σε Δομές Ασυνοδευτών προσφύγων με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 13,19 (ΤΑ: 2,43), ενώ τις μικρότερες συγκριτικά τιμές συναντάμε στους εργαζόμενους σε Ενοικιαζόμενα διαμερίσματα (πρόγραμμα ΕΣΤΙΑ) με την αντίστοιχη μέση τιμή να ανέρχεται σε 11,54 (ΤΑ: 2,44).

Υλοποιώντας ανάλυση της διακύμανσης (ANOVA) διαπιστώνουμε ότι οι εμφανιζόμενες διαφορές στους μέσους όρους είναι στατιστικά σημαντικές ($F=3,25$, $df = 4$, $p=0,014<0,05$). Για τον εντοπισμό των κατηγοριών μεταξύ των οποίων εμφανίζονται οι εν λόγω διαφορές, υλοποιήθηκε posthoc ανάλυση με την μέθοδο την μέθοδο LSD (LeastSignificantDifferences) όπου και διαπιστώθηκε ότι οι στατιστικά σημαντικές διαφορές εντοπίζονται μεταξύ των εργαζομένων σε *Ενοικιαζόμενα Διαμερίσματα (πρόγραμμα ESTIA)* και των λοιπών κατηγοριών. Διαφορές εμφανίζονται επίσης και μεταξύ εκείνων που δήλωσαν *Άλλο* και των λοιπών κατηγοριών.

6.4 Σύγκριση Κλιμάκων/ Υποκλιμάκων

Στην συνέχεια θα εξετάσουμε την συσχέτιση μεταξύ των υποκλιμάκων της εργασιακής εξουθένωσης και της κατάθλιψης. Για τον παραπάνω έλεγχο θα εξετάσουμε τον συντελεστή συσχέτισης Pearson, με τα αποτελέσματα να αποτυπώνονται στον ακόλουθο πίνακα:

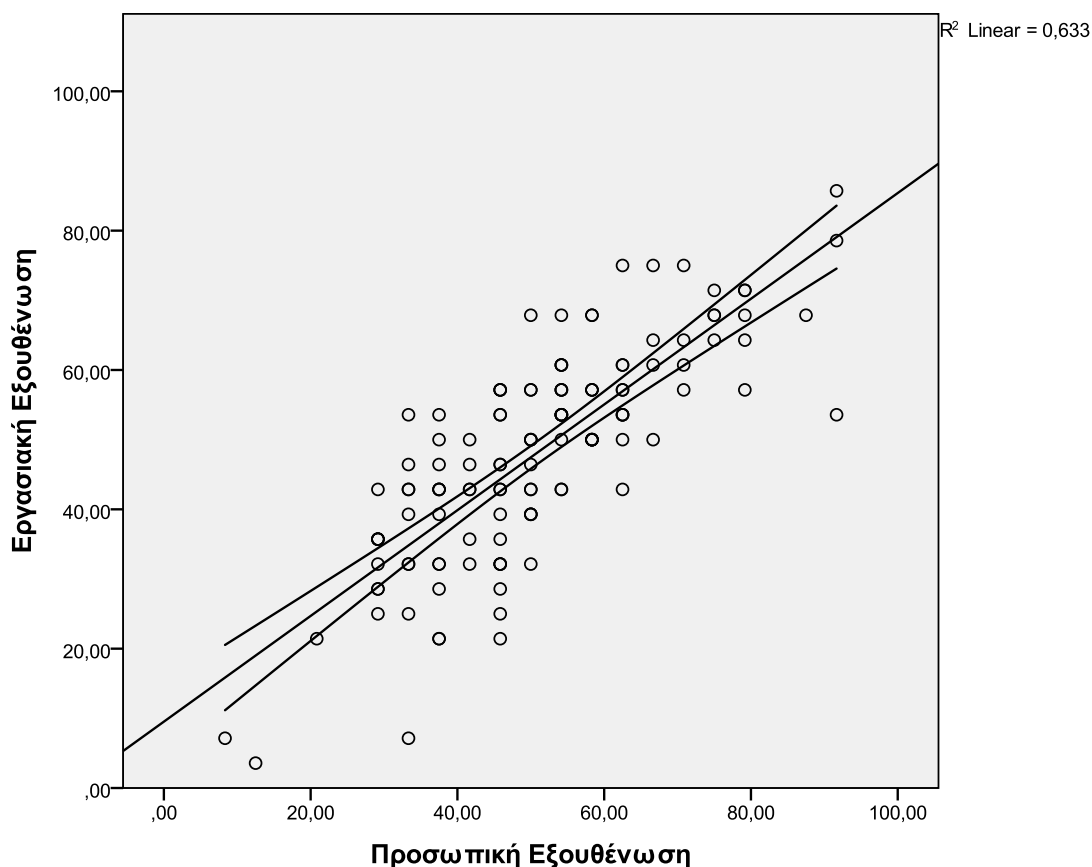
Πίνακας 13: Συσχέτιση υποκλιμάκων εξουθένωσης και κατάθλιψης

		Προσωπική Εξουθένωση	Εργασιακή Εξουθένωση	Εξουθένωση που σχετίζεται με τους ασθενείς/άτομα	Κατάθλιψη
Προσωπική Εξουθένωση	PearsonCorrelation	1	,795**	,588**	,637**
	Sig. (2-tailed)		,000	,000	,000
Εργασιακή Εξουθένωση	PearsonCorrelation		1	,629**	,542**
	Sig. (2-tailed)			,000	,000
Εξουθένωση που σχετίζεται με τους ασθενείς/άτομα	PearsonCorrelation			1	,364**
	Sig. (2-tailed)				,000
Κατάθλιψη	PearsonCorrelation				1
	Sig. (2-tailed)				

Από τον παραπάνω πίνακα, παρατηρούμε ότι όλες οι εξεταζόμενες μεταβλητές συσχετίζονται μεταξύ τους γραμμικώς θετικά, υπό την έννοια ότι αύξηση της τιμής σε μία μεταβλητή, αντιστοιχεί σε αύξηση της τιμής στις υπόλοιπες. Στην συνέχεια θα τις εξετάσουμε ανά ζεύγη και κατά βαθμό συσχέτισης.

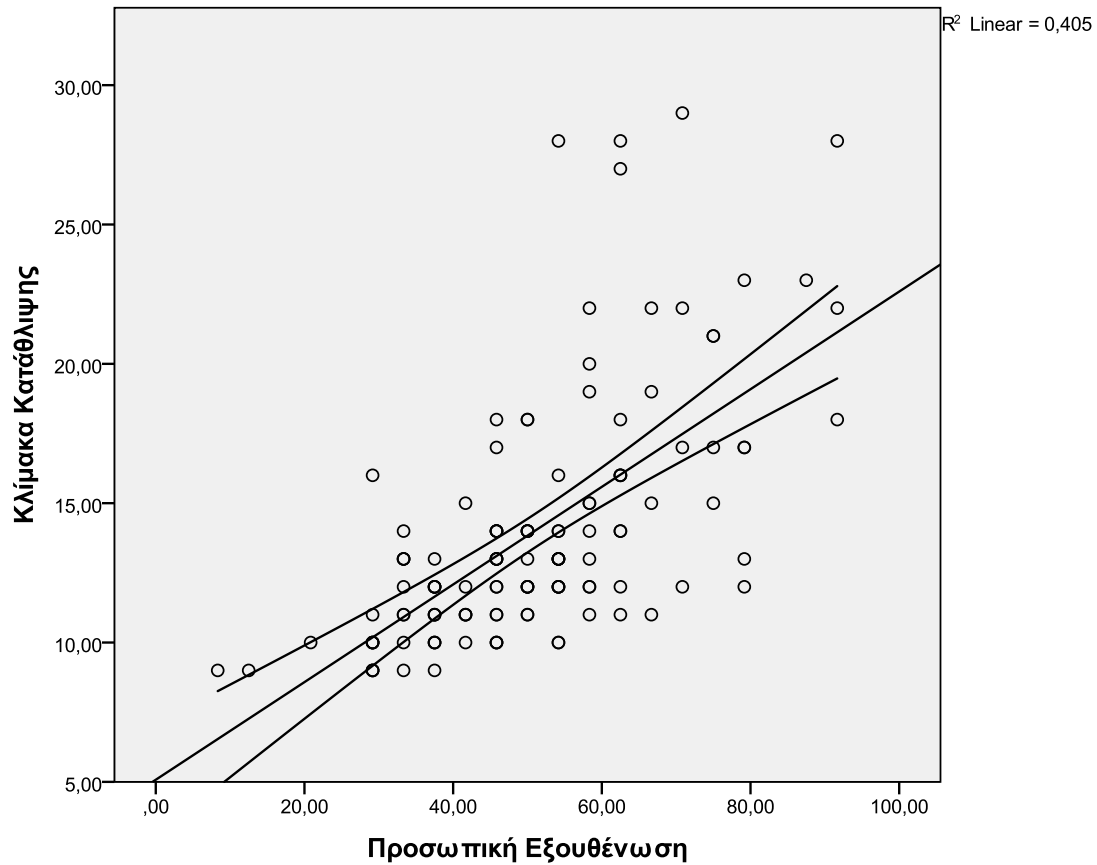
Αρχικά μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι η πιο ισχυρή συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ της *Προσωπικής εξουθένωσης* και της *Εργασιακής εξουθένωσης*, με την αντίστοιχη τιμή του συντελεστή συσχέτισης Pearson να είναι $r = 0.795$, που καταδεικνύει ότι υφίσταται ισχυρή γραμμική συσχέτιση

μεταξύ των δύο υποκλιμάκων. Το γράφημα με την παλινδρομική ευθεία και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης έχει όπως παρακάτω, όπου παρατηρούμε ότι εξηγείται το 63,3% της διακύμανσης των μεταβλητών. Επιπλέον διαπιστώνουμε ότι $p = 0.000 < 0.05$ και ως εκ τούτου η παραπάνω εμφανιζόμενη συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική.



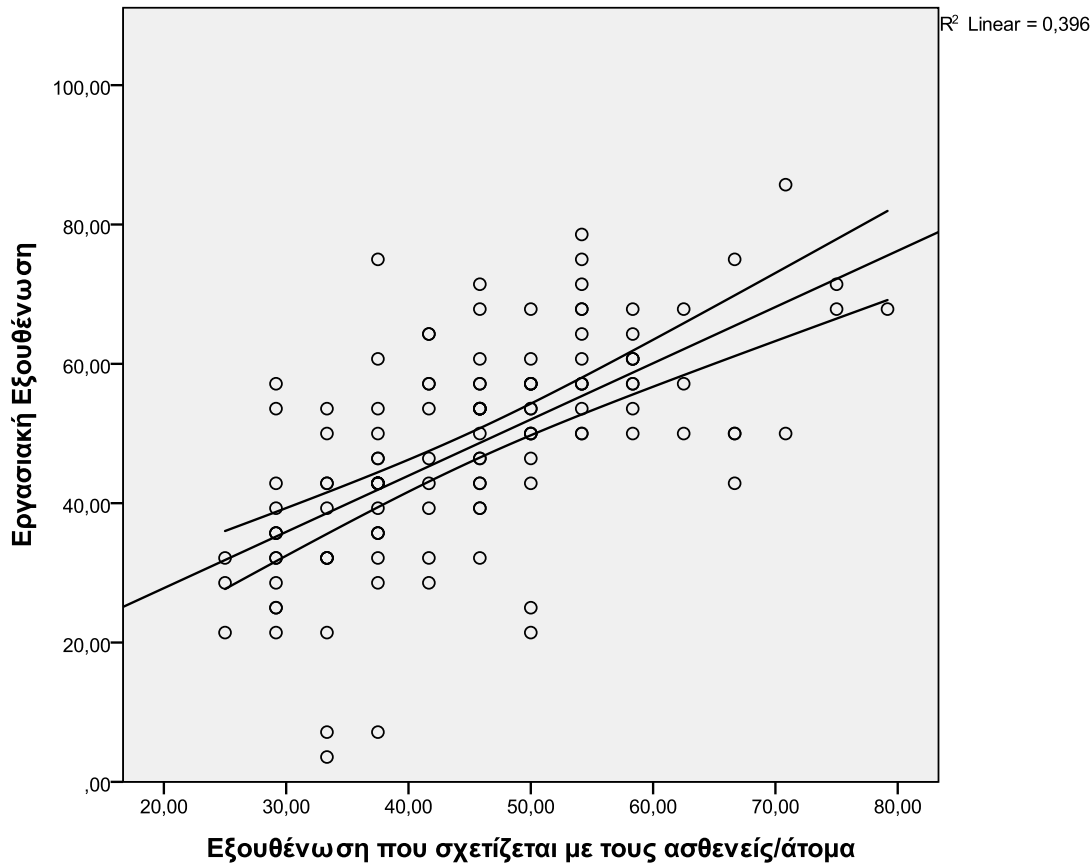
Γράφημα 21: Γράφημα Προσωπικής Εξουθένωσης και Εργασιακής Εξουθένωσης

Πέραν της παραπάνω συσχέτισης, μέτρια προς ισχυρή συσχέτιση εντοπίζεται και μεταξύ της Προσωπικής εξουθένωσης και της Κατάθλιψης, με την τιμή του συντελεστή Pearson να είναι $r = 0.637$, ενώ και αυτή η συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική ($p=0.000 < 0.05$). Το γράφημα της προσωπικής εξουθένωσης με την κατάθλιψη, έχει όπως παρακάτω, στο οποίο επιπλέον αποτυπώνεται η παλινδρομική ευθεία και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης, ενώ διαπιστώνουμε ότι εξηγείται το 40,5% της διακύμανσης της μεταβλητής της κατάθλιψης.



Γράφημα 22: Γράφημα Προσωπικής εξουθένωσης και Κατάθλιψης

Ακολουθως, μέτρια προς ισχυρή συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ της *Εργασιακής εξουθένωσης* και της *εξουθένωσης που σχετίζεται με τους ασθενείς/άτομα*, ενώ η παραπάνω συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική ($r = 0.629$, $p=0.000 < 0.05$). Στο ακόλουθο γράφημα παρίσταται η παλινδρομική ευθεία με το 95% διάστημα εμπιστοσύνης, ενώ όπως παρατηρούμε εξηγείται το 39,6% της μεταβλητής.



Γράφημα 23: Γράφημα εργασιακής εξουθένωσης και εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/ άτομα

Πέραν αυτών, μέτρια συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ της *Προσωπικής εξουθένωσης* και *εξουθένωσης που σχετίζεται με τους ασθενείς/άτομα* ($r = 0.588$, $p = 0.000 < 0.05$) αλλά και μεταξύ της *Εργασιακής εξουθένωσης* και της *κατάθλιψης* ($r = 0.542$, $p = 0.000 < 0.05$) με αμφότερες τις παραπάνω συσχετίσεις να είναι στατιστικά σημαντικές. Τέλος, μέτρια προς ασθενή συσχέτιση εμφανίζεται μεταξύ της *Κατάθλιψης* και της *Εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα* ($r = 0.364$, $p = 0.000 < 0.05$) η οποία είναι και στατιστικά σημαντική.

Συμπερασματικά λοιπόν, υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ του συνόλου των εξεταζόμενων κλιμάκων, η οποία (συσχέτιση) κυμαίνεται από μέτρια μέχρι ισχυρή κατά περίπτωση. Σε κάθε περίπτωση η εξετασθείσα συσχέτιση είναι στατιστικά σημαντική. Θα πρέπει επιπλέον να αναφερθεί ότι όλες οι παραπάνω συσχετίσεις είναι θετικές και ως εκ τούτου σε αύξηση (και αντίστοιχα μείωση) στην τιμή της μιας κλίμακας, αναμένεται αντίστοιχα αύξηση (και αντίστοιχα μείωση) στην τιμή της άλλης.

Κεφάλαιο 7^ο Συζήτηση- Περιορισμοί της μελέτης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει σε παγκόσμιο επίπεδο τους ερευνητές και πλέον θεωρείται ως ένα σημαντικό φαινόμενο που αφορά στους εργαζόμενους (Schaufeli, Leiter & Maslach, 2009). Όσον αφορά στους εργαζόμενους στον προσφυγικό τομέα, τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί ο αριθμός των ερευνών πάνω σε αυτό το κομμάτι λόγω του συνεχώς αυξανόμενου αριθμού των μετακινούμενων πληθυσμών παγκοσμίως.

Με τη παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας των διαφόρων προσφυγικών δομών σε ολόκληρο τον ελλαδικό χώρο και πως αυτή συσχετίζεται με την κατάθλιψη. Λήφθηκαν υπόψη διάφοροι δημογραφικοί παράγοντες οι οποίοι συσχετίστηκαν με τις απαντήσεις 2 ερωτηματολογίων από τα οποία το ένα μετράει την επαγγελματική εξουθένωση και το άλλο την κατάθλιψη.

Σύμφωνα με την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας στην προσωπική εξουθένωση, το δείγμα διαπιστώνεται ότι είναι μερικές φορές έως συχνά κουρασμένο, μερικές φορές αισθάνεται εξαντλημένο σωματικά και εξουθενωμένο συναισθηματικά ενώ σπάνια προς μερικές φορές αισθάνεται αδύναμο και ευάλωτο σε ασθένειες ή σκέφτεται "δεν αντέχω άλλο". Στην εργασιακή εξουθένωση φαίνεται ότι το δείγμα κατά μέσο όρο αισθάνεται μερικές φορές εξουθενωμένο και επιβεβαιώνεται ότι υφίστανται άτομα που αισθάνονται συχνά εξουθενωμένοι εργασιακά, αλλά και αντίστοιχα άτομα που αισθάνονται ποτέ εξουθενωμένα εργασιακά. Στην εξουθένωση που σχετίζεται με τη συναναστροφή με τους ασθενείς/ άτομα το δείγμα διαπιστώνεται ότι κατά κύριο λόγο αισθάνεται σχετικά δύσκολο να εργάζεται με ασθενείς/άτομα καθώς επίσης ότι απογοητεύεται σε μέτριο βαθμό όταν εργάζεται με ασθενείς/άτομα, ενώ επιπλέον αισθάνεται μέτρια ότι προσφέρει περισσότερα απ' όσα παίρνει. Τέλος, τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου για την Υγεία Ασθενούς (PHQ-9) δείχνουν ότι το προσωπικό αρκετές μέρες τις τελευταίες 2 εβδομάδες φαίνεται να είναι κουρασμένο ή να έχει λίγη ενέργεια ενώ σε μικρότερη συχνότητα φαίνεται να έχει διαταραχές ύπνου και όρεξης. Πέραν αυτών, αρκετές μέρες φαίνεται να έχει μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση από τις δραστηριότητές του και ομοίως νιώθει καταβεβλημένος, κατατεθλιμμένος ή απελπισμένος.

Με την επιμέρους ανάλυση των δημογραφικών παραγόντων προκύπτει ότι οι γυναίκες φαίνεται πως είναι πιο εξουθενωμένες προσωπικά και εργασιακά σε σχέση με τους άνδρες και αυτό γιατί οι δεύτεροι αναπτύσσουν μια στρατηγική αντιμετώπισης των συναισθηματικών απαιτήσεων της εργασίας, την αποπροσωποποίηση, ενώ οι γυναίκες έχουν την τάση να επικεντρώνονται στα συναισθήματα με αποτέλεσμα να φθείρονται και να εξαντλούνται (Houkes et al., 2011). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα οι γυναίκες να εμφανίζουν μεγαλύτερες τιμές και συνολική βαθμολογία στην κλίμακα της κατάθλιψης.

Όσον αφορά στην ηλικία, φαίνεται πως η ηλικιακή κλάση των 30-39 φαίνεται να είναι περισσότερο εξουθενωμένη προσωπικά και εργασιακά, καθώς επίσης εμφανίζει και τη μεγαλύτερη κατάθλιψη σε σχέση με τις υπόλοιπες, ενώ οι έχοντες ηλικία 20-29 έτη διαφέρουν στατιστικά σημαντικά με συγκριτικά χαμηλότερη βαθμολογία στον πίνακα της κατάθλιψης και στην εξουθένωση που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα και έρχεται σε αντίθεση με τη βιβλιογραφία του Jachens et al.(2019) που ισχυρίζεται ότι οι εργαζόμενοι μικρότερης ηλικίας είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση απ' ότι οι μεγαλύτεροι εργαζόμενοι και αυτό οφείλεται στις στρατηγικές αντιμετώπισης του εργασιακού stress που έχουν αναπτύξει οι μεγαλύτεροι ηλικιακά και στα μεγάλα ποσά ενέργειας που σπαταλούν οι μικρότεροι όταν βρίσκονται στο ξεκίνημα εδραίωσης της καριέρας τους.

Το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι διαδραματίζει σημαντικό ρόλο καθώς οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού διπλώματος εμφανίζονται πιο εξουθενωμένοι επαγγελματικά και προσωπικά, αποτέλεσμα που επιβεβαιώνει την Maslach et al. (2001) που αναφέρει ότι οι εργαζόμενοι με υψηλό επίπεδο μόρφωσης εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά εξουθένωσης. Αντιθέτως, στη βαθμολογία της κατάθλιψης έρχονται τελευταίοι, πράγμα που σημαίνει ότι δεν σχετίζονται στην προκειμένη περίπτωση τα ποσοστά κατάθλιψης με την επαγγελματική και προσωπική εξουθένωση.

Στην οικογενειακή κατάσταση φαίνεται πως οι έγγαμοι με παιδιά είναι πιο εξουθενωμένοι προσωπικά και από τη συναναστροφή με ασθενείς/άτομα, ενώ οι διαζευγμένοι περισσότερο επαγγελματικά. Στη συνολική βαθμολογία του πίνακα της κατάθλιψης διαπιστώνεται ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά κατάθλιψης εμφανίζονται στους συμβιούντες και τους έγγαμους, ενώ ο αριθμός των παιδιών είναι ανάλογος με τις βαθμολογίες της κατάθλιψης γεγονός που δεν επιβεβαιώνεται από τις έρευνες των Jachens et al. (2019) και της Maslach et al. (2001) οι οποίες αναφέρουν ότι ο ρόλος της οικογενειακής κατάστασης δείχνει στους παντρεμένους με παιδιά να είναι προστατευτικός στην ανάπτυξη του burnout, ενώ στους ανύπαντρους και διαζευγμένους τα ποσοστά είναι σαφώς υψηλότερα και αυτό γιατί οι πρώτοι λαμβάνουν υποστήριξη και ευχάριστα συναισθήματα από τα μέλη της οικογένειας. Αντιθέτως επιβεβαιώνεται έρευνα του Shanafelt et al. (2010) η οποία αναφέρει ότι διαμάχες ανάμεσα στην εργασία και την οικογένεια για ζητήματα και προβλήματα σχετικά με τη φροντίδα των παιδιών, θεωρούνται πολύ κοινή αιτία ανάπτυξης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η ανασκόπηση της βιβλιογραφίας των Παπαδάτου et al.(2019) και Aronson et al.(2017) μας έδειξε ότι οι υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και ο φόρτος εργασίας στο έργο των εργαζομένων στις δομές Ασυνόδευτων Ανηλίκων αυξάνουν τις πιθανότητες για εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης ,κάτι το οποίο συμφωνεί με τα αποτελέσματα της έρευνας καθώς οι εργαζόμενοι σε Δομές Ασυνόδευτων Ανηλίκων εμφανίζουν την υψηλότερη εργασιακή εξουθένωση σε σχέση με τις υπόλοιπες δομές εργασίας, ενώ αντιθέτως, εμφανίζουν τις χαμηλότερες τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης.

Όσον αφορά στην ειδικότητα οι Νοσηλεύτές/τριες φαίνεται πως εμφανίζουν τα υψηλότερα επίπεδα προσωπικής, εργασιακής και εξουθένωσης που σχετίζεται με τη συναναστροφή με τους ασθενείς/άτομα, ενώ οι υψηλότερες είναι και οι τιμές στην κλίμακα της κατάθλιψης από οποιαδήποτε άλλη ειδικότητα, επιβεβαιώνοντας έτσι τη βιβλιογραφία του Cheung et al.(2015) για την ύπαρξη συμπτωμάτων κατάθλιψης σε νοσηλεύτές/τριες και θετική συσχέτιση με το stress το οποίο προέρχεται από την εργασία(Cheung et al.,2015).

Υπάρχουν επίσης δεδομένα στην έρευνα τα οποία αναφέρουν ότι στην εργασιακή εξουθένωση φαίνεται ότι υφίστανται άτομα που αισθάνονται συχνά εξουθενωμένα εργασιακά και ότι το προσωπικό φαίνεται κυρίως να αισθάνεται κουρασμένο ή να έχει λίγη ενέργεια, συμφωνούν με τη βιβλιογραφία στην οποία αναφέρεται ότι οι αρνητικές επιδράσεις στην ευημερία των εργαζομένων των προσφυγικών δομών ενέχουν κινδύνους για την υγεία τους, σωματοποίηση των αρνητικών συναισθημάτων, σωματικό πόνο και γενικότερη κόπωση (Rizkalla& Segal,2019). Επιπροσθέτως, οι συμμετέχοντες τις τελευταίες 2εβδομάδες φαίνεται να έχουν σε μικρή συχνότητα διαταραχές ύπνου και σίτισης επιβεβαιώνοντας την μετά-ανάλυση του Salvagioni et al. του 2017 ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση διαταραχών σίτισης. Επιπλέον, κλήθηκαν να αποτυπώσουν τις απόψεις τους σχετικά με το περιβάλλον εργασίας και φαίνεται να υπάρχουν αρκετές ελλείψεις σε χώρους, υγειονομικό υλικό, συνθήκες υγιεινής και στελέχωση , πράγμα το οποίο συνάδει με έρευνα του Jachens et al., (2019) ότι η εκτεταμένη έκθεση των εργαζομένων σε δομές ανθρωπιστικής βοήθειας σε δυσμενή εργασιακά περιβάλλοντα ίσως επιδρά στην ψυχική και σωματική τους υγεία.

Περιορισμοί της μελέτης

Λόγω της πανδημίας του Covid-19 έγινε διαμοιρασμός των ερωτηματολογίων διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας Google forms σε διάφορες ανοικτές και ελεύθερες ομάδες εργαζομένων σε προσφυγικές δομές στην Ελλάδα. Ο μεγαλύτερος περιορισμός της έρευνας ήταν το μικρό ποσοστό απόκρισης (125), ενώ μοιράστηκε ικανοποιητικός αριθμός ερωτηματολογίων (295), με αποτέλεσμα να πρέπει να πραγματοποιηθούν παρόμοιες έρευνες για να διατυπωθούν ασφαλή συμπεράσματα.

Συμπεράσματα - Προτάσεις

Η παρούσα έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας των προσφυγικών δομών και της κατάθλιψης. Τα αποτελέσματά της ήταν μέτρια και χωρίς ιδιαίτερα σημαντικές στατιστικές διαφοροποιήσεις, έκτος ελαχίστων περιπτώσεων.

- Μέτρια είναι και η συσχέτιση που εμφανίζεται μεταξύ εργασιακής εξουθένωσης και κατάθλιψης ενώ μέτρια προς ασθενή η συσχέτιση μεταξύ εξουθένωσης που σχετίζεται με ασθενείς/άτομα.
- Επιπλέον, μέτρια προς ισχυρή είναι η συσχέτιση προσωπικής εξουθένωσης και κατάθλιψης.
- Η πλειοψηφία του δείγματος φαίνεται να έχει ήπια συμπτώματα κατάθλιψης με τις γυναίκες νοσηλεύτριες να υπερτερούν στην κλίμακα μέτρησης καθώς επίσης φαίνονται να είναι πιο εξουθενωμένες εργασιακά.
- Η ηλικιακή κλάση των 30-39 ετών ανεδείχθη περισσότερο επαγγελματικά εξουθενωμένη και με υψηλότερη βαθμολογία στη κλίμακα της κατάθλιψης.
- Οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος εμφανίζονται περισσότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι ενώ στη μέτρηση της κατάθλιψης έρχονται τελευταίοι.
- Οι έγγαμοι ,σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, φαίνεται πως είναι περισσότερο εξουθενωμένοι προσωπικά, λιγότερο εργασιακά και με μικρότερο σκορ στον πίνακα της κατάθλιψης από τους συμβιούντες.
- Ο αριθμός των παιδιών ανέδειξε διαφορούμενα αποτελέσματα καθώς οι έχοντες 1 παιδί εμφανίζονται περισσότερο κατατεθλιμμένοι από τους έχοντες 2, ενώ οι δεύτεροι εμφανίζονται με τη μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση.

Επομένως, σύμφωνα με τα παραπάνω υπάρχει μια μέτρια συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και κατάθλιψης. Επίσης, υπάρχει γραμμική συσχέτιση μεταξύ του συνόλου των εξεταζόμενων κλιμάκων, η οποία (συσχέτιση) κυμαίνεται από μέτρια μέχρι ισχυρή κατά περίπτωση.

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα συνεχώς αυξανόμενο πρόβλημα της σύγχρονης κοινωνίας με αντίκτυπο μεγαλύτερο απ' ότι μπορούμε να φανταστούμε, από την αποδοτικότητα του εργαζομένου μέχρι μερικά βαριά συμπτώματα κατάθλιψης και κάποιες χρόνιες ασθένειες. Παρόλο που μοιράζονται κάποια κοινά χαρακτηριστικά η επαγγελματική εξουθένωση και η κατάθλιψη, η βιβλιογραφία αναφέρει την πρώτη ως παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη της δεύτερης και ότι η συσχέτισή τους είναι θετική, αναπτύσσονται δηλαδή ταυτόχρονα. Επειδή η επαγγελματική εξουθένωση δεν αναγνωρίζεται ακόμη ως ασθένεια, προτείνεται λοιπόν, να μελετηθεί εκτενέστερα στο προσεχές μέλλον ώστε να μπορέσουμε να την κατανοήσουμε καλύτερα και να μπορέσει να υπάρξει έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση της κατάθλιψης, εφαρμόζοντας παρεμβάσεις ώστε να αποφευχθούν κοστοβόρες νοσηλείες και εκτεταμένη νοσηρότητα.

Στο εργασιακό κομμάτι προτείνεται να δοθεί προτεραιότητα στον εργαζόμενο ως οντότητα με ενδυνάμωση των σχέσεων μεταξύ του προσωπικού, περισσότερη ομαδική εργασία, επιβράβευση των εργαζομένων, καθοδήγηση, θετική ψυχολογία, εναλλαγή των θέσεων εργασίας από τους εργαζομένους, τήρηση του ωραρίου και των διαλειμμάτων και συχνά επιμορφωτικά σεμινάρια για την βοήθεια της επαγγελματικής ανέλιξής τους. Η υιοθέτηση στρατηγικών όπως οι παραπάνω θα πρέπει να αποτελέσει σημαντικό και πρωτεύων στόχο από τα εκάστοτε περιβάλλοντα εργασίας έτσι ώστε να επιτευχθεί η πρόληψη και η προστασία των ευάλωτων ατόμων.

Οι μελλοντικές έρευνες για την συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με την κατάθλιψη θα βοηθήσουν στο να αποσαφηνιστούν δυο αυτές καταστάσεις που ενώ είναι αλληλένδετες, είναι ταυτόχρονα και διαφορετικές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Γιατροί του Κόσμου (2017). Δομή Φιλοξενίας Ασυνόδευτων Ανηλίκων “Ελαία”. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://mdmgreece.gr/missions/stin-ellada/olokliromena-programmata/domi-filoxenias-asinodefton-anilikon/>

Παπαδάτου Δ., Τσελεπή Ν., Βαλλίδης Α., Χατζηθανάση Β., Καζάκου Μ., Δελβερίδης Χ., Αρβανιτάκη Δ., Παπαστυλιανού Δ., Λαμπροπούλου Ε. & Vahedi M. Κατευθυντήριες οδηγίες για καλές πρακτικές: Διαχείριση του στρες Για εργαζόμενους που στηρίζουν ασυνόδευτους ανήλικες πρόσφυγες και μετανάστες. «Μέριμνα» Εταιρία για τη Φροντίδα Παιδιών και Οικογενειών στην Αρρώστια και το Θάνατο, 2019. Σελ.11-20 Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://merimna.org.gr/wp-content/uploads/2019/07/Merimna-2019-Diaxeirisi-tou-stress-gia-ergazomenous-me-asinodeuta-paidia.pdf>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2019). Δημόσια διαβούλευση της Εθνικής Στρατηγικής για την Ένταξη. Κεφάλαιο 3.5- Προαπαιτούμενες διαδικασίες για την προστασία και την ένταξη των αιτούντων και των αιτουσών διεθνούς προστασίας και μέτρα πολιτικής. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <http://www.opengov.gr/immigration/?p=780>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου. Δομές Φιλοξενίας/ Προσωρινής Υποδοχής. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://migration.gov.gr/ris/perifereiakes-monades/domes/>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου. ΚΥΤ & ΚΕΔΝ. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://migration.gov.gr/ris/perifereiakes-monades/kyt-domes/>

Υπουργείο Μετανάστευσης και Ασύλου (2021). Fact Sheet Προγράμματος ESTIA 2021. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://migration.gov.gr/fact-sheet-estia/>

Υπουργική απόφαση 11.1/6343/2014-ΦΕΚ 3295/Β/09-12-2014 – Πρόσφυγες – Πολιτικό Άσυλο. Γενικός Κανονισμός Λειτουργίας Δομών Φιλοξενίας υπηκόων τρίτων χωρών που λειτουργούν με μέριμνα της Υπηρεσίας Πρώτης Υποδοχής. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://www.e-nomothesia.gr/kat-allodapoi/prosphuges-politiko-asulo/ya-11-1-6343-2014.html>

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ahola K., Hakanen J., Perhoniemi R., Mutanen P. Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach. BurnoutResearch, 2014, 1(1)29-37.

American Psychiatric Association, What is depression? 2020. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>

- Aronsson G., Theorell T., Grape T., Hammarström A., Hogstedt C., Marteinsdottir I., Skoog I., Träskman-Bendz L., Hall C. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 2017, 17(1):264.
- Belias D. & Varsanis K. Organizational culture and job burnout – A review. *Impact Journals: International Journal of Research in Business Management*, 2014, 2(1):43-62.
- Ben Farhat J., Blanchet K., JuulBjertrup P., Veizis A., Perrin C., Coulborn R.M., Mayaud P., Cohuet S. Syrian refugees in Greece: experience with violence, mental health status, and access to information during the journey and while in Greece. *BMC Med*, 2018, 16(1):40.
- Bjerneld M., Lindmark G., Diskett P., Garrett M. J., Perceptions of work in humanitarian assistance: Interviews with returning Swedish health professionals. *Disaster Management & Response*, 2004, 2(4):101-108.
- Cherniss C. Professional burnout in human service organizations. New York: Praeger, 1980, p.40
- Cheung T, Yip PS. Depression, Anxiety and Symptoms of Stress among Hong Kong Nurses: A Cross-sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*, 2015, 7; 12(9):11072-100.
- Denkinger J.K., Windthorst P., Rometsch Ogioun El Sount C., Blume M., Sedik H., Kizilhan Ji et al. Secondary traumatization in caregivers working with women and children who suffered extreme violence by the “Islamic state”. *Front Psychiatry*, 2018, 9:234.
- Ehrenreich J.H. & Elliott T.L. Managing stress in humanitarian aid workers: A survey of humanitarian aid agencies' psychosocial training and support of staff. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 2004, 10(1):53–66.
- Ezenwaji IO, Eseadi C, Okide CC, Nwosu NC, Ugwoke SC, Ololo KO, Oforka TO, Oboegbulem AI. Work-related stress, burnout, and related sociodemographic factors among nurses: Implications for administrators, research, and policy. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98(3):e13889
- Franco Benazzi (2006) various forms of depression, *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 8:2, 151-161
- Freudenberger, H. J. Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 1974, 30(1):159-165.
- Haas EJ, Dukhan L, Goldstein L, Lyandres M, Gdalevich M. Use of vaccination in a large outbreak of primary varicella in a detention setting for African immigrants. *Int Health*. 2014;6(3):203-207.
- Harrell M., Selvaraj S.A., & Edgar M. DANGER! Crisis Health Workers at Risk. *International journal of environmental research and public health*, 2020, 17(15), 5270.
- Hermans MPJ, Kooistra J, Cannegieter SC, Rosendaal FR, Mook-Kanamori DO, Nemeth B. Healthcare and disease burden among refugees in long-stay refugee camps at Lesbos, Greece. *Eur J Epidemiol*. 2017;32(9):851-854.
- Houkes I., Winants Y., Twellaar M., Verdonk P. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 2011, 11:240.

Hyphantis T, Kotsis K, Voulgari PV, Tsifetaki N, Creed F, Drosos AA. Diagnostic accuracy, internal consistency, and convergent validity of the Greek version of the patient health questionnaire 9 in diagnosing depression in rheumatologic disorders. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2011, 63(9):1313-21.

Iacovides A., Fountoulakis K.N., Kaprinis St., Kaprinis G. The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 2003, 75(3):209-221.

International Rescue Committee (IRC) (2018). Migrants, asylum seekers, refugees and immigrants: what's the difference? Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://www.rescue.org/article/migrants-asylum-seekers-refugees-and-immigrants-whats-difference>

Jachens L., Houdmont J., Thomas R. Effort-reward imbalance and burnout among humanitarian aid workers. *Disasters*. 2019, 43(1):67-87.

Keller J., Gomez R., Williams G., Lembke A., Lazzeroni L., and Murphy G.M. Jr., Schatzberg A.F. HPA axis in major depression: cortisol, clinical symptomatology and genetic variation predict cognition, *Mol Psychiatry*, 2017, 22(4):527-536.

Khamisa N., Oldenburg B., Peltzer K. et al. Work-related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*, 2015, (12):652–66.

Kjellenberg E., Nilsson F., Daukantaitė D., &Cardeña E. Transformative narratives: The impact of working with war and torture survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2014, 6(2):120–128.

Kotsiou O.S., Kotsios P., Srivastava D.S., Kotsios V., Gourgoulis K.I., Exadaktylos A.K. Impact of the Refugee Crisis on the Greek Healthcare System: A Long Road to Ithaca. *Int J Environ Res Public Health*, 2018, 15(8):1790.

Koutsimani P., Montgomery A., Georganta K. The Relationship between Burnout, Depression, and Anxiety: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychology*, 2019, vol.10.

Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., & Christensen K.B. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work&Stress*, 2005, 19(3):192-207.

Lacy, B.E., & Chan, J.L. Physician Burnout: The Hidden Health Care Crisis. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association*, 2018, 16(3):311–317.

Lawlor C. *From Melancholia to Prozac: A history of depression*. Oxford University Press, 2012, (1):1-5.

Lopes Cardozo B., Gotway Crawford C., Eriksson C., Zhu J., Sabin M., Ager A., Foy D., Snider L., Scholte W., Kaiser R., Olf M., Rijnen B., Simon W. Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: a longitudinal study. *PLoS One*, 2012, 7(9):e44948.

Major Depressive Disorder Working Group of the Psychiatric GWAS Consortium, Ripke, S., Wray, N. R., Lewis, C. M., Hamilton, S. P., Weissman, M. M., Breen, G., Byrne, E. M., Blackwood, D. H.,

- Boomsma, D. I., Cichon, S., Heath, A. C., Holsboer, F., Lucae, S., Madden, P. A., Martin, N. G., McGuffin, P., Muglia, P., Noethen, M. M., Penninx, B. P., ... Sullivan, P. F. A mega-analysis of genome-wide association studies for major depressive disorder. *Molecular psychiatry*, 2013, 18(4), 497–511.
- Malhi G.S., Mann J.J. Depression, the *Lancet*, 2018, 392(10161):2299-2312.
- Maslach C. & Jackson S. The Measurement of Experienced Burnout, *Journal of Occupational Behavior*, 1981, Vol.2:99-113.
- Maslach C., Jackson S.E & Leiter M.P. *Maslach Burnout Inventory Third Edition*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press, 1997.
- Maslach C. & Leiter M.P. It's time to take action on burnout, *Burnout Research*, 2015, 2(1):4-5.
- Maslach, C. & Schaufeli, W. Historical and Conceptual Development of Burnout. In C. Maslach, W. Schaufeli & T. Marek, *Professional burnout: recent developments in theory and practice*. London: Taylor & Francis, 1993, p.1-16.
- Maslach C., Schaufeli W. B., & Leiter M. P. Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 2001, 52:397-422.
- Mavratza T, Adamakidou T, Apostolara P, Fasoï G, Mantzorou M, Mantoudi A, Drakopoulou M, Misouridou E. Professional Quality of Life in Greek Health Professionals Working with Refugees and Migrants. *Mater Sociomed*, 2021, 33(2):94-99.
- Mavratza T., Fasoï G., Misouridou E., & Apostolara P. Compassion satisfaction and compassion fatigue in health professionals working with refugees and migrants. *Archives of Hellenic Medicine/ArheiaEllenikesIatrikes*, 2020, 37(6):1-6.
- Papaefstathiou E., Tsounis A., Malliarou M., Sarafis P. Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *HealthPsycholRes*. 2019, 7(1):7678.
- Park S.A., Ahn S.H. Relation of Compassionate Competence to Burnout, Job Stress, Turnover Intention, Job Satisfaction and Organizational Commitment for Oncology Nurses in Korea. *AsianPacJCancerPrev*. 2015, 16(13):5463-9.
- Paykel E.S. Basic concepts of depression, *Dialogues in Clinical Neuroscience* 2008, 10(3):279-289.
- Peconga E.K., HøghThøgersen M. Post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety in adult Syrian refugees: What do we know? *ScandJPublicHealth*, 2020, 48(7):677-687.
- Pedersen, S. *Teacher Burn - out in America: A study of One Public and Two Private Schools in Iowa*. A thesis Presented to the Department of English. The Norwegian University of Sciences and Technology, 1998, p.18-22.
- Pines A. & Aronson E. *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press, 1988, p.11-13
- Plieger T., Melchers M., Montag C., Meermann R., Reuter M. Life stress as potential risk factor for depression and burnout. *BurnoutResearch*, 2015, 2(1):19-24.

Rizkalla N., Segal S.P. Trauma during humanitarian work: the effects on intimacy, wellbeing and PTSD-symptoms. *EurJPsychotraumatol*, 2019, 10(1):1679065.

Rotenstein L.S., Torre M., Ramos M.A., Rosales R.C., Guille C., Sen S., Mata D.A. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*, 2018, 320(11):1131-1150.

Salvagioni D.A.J., Melanda F.N., Mesas A.E., González A.D., Gabani F.L., Andrade S.M. Physical, psychological and occupational consequences of job burnout: A systematic review of prospective studies. *PLoSOne*, 2017, 12(10):e0185781.

Schaufeli W.B., Leiter M.P. and Maslach C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice, *Career Development International*, 14(3):204-220.

Segal D.S., Kuczenski R., Mandell A.J. Theoretical implications of drug-induced adaptive regulation for a biogenic amine hypothesis of affective disorder, *Biol Psychiatry*, 1974, 9(2):147-59.

Shanafelt T.D., Balch C.M., Bechamps G., Russell T., Dyrbye .L, Satele D., Collicott P., Novotny P.J., Sloan J., Freischlag J. Burnout and medical errors among American surgeons. *Ann Surg.*, 2010, 251(6):995-1000.

Tsiga E., Panagopoulou E., Montgomery A. Examining the link between burnout and medical error: A checklist approach, *Burnout Research*, 2017, vol. 6:1-8.

United Nations High Commissioner ForRefugees (UNHCR) (2021). Greece bi-annual Factsheet September. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://data2.unhcr.org/en/documents/details/88966>

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES Public Health Service Centers for Disease Control and Prevention National Institute for Occupational Safety and Health. "STRESS...At work", 1999, publication number 99-101; p.6-7. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/default.html>

USA for United Nations High Commissioner for Refugees: The UN Refugee Agency (2020). What is a refugee Camp? Definition and Statistics, USA for UNHCR. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από <https://www.unrefugees.org/refugee-facts/camps/>

Williams GA, Bacci S, Shadwick R, et al. Measles among migrants in the European Union and the European Economic Area. *Scand J PublicHealth*. 2016;44(1):6-13

Wittkampf K.A., Naeije L., Schene A.H., Huyser J., van Weert H.C. Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review . *GenHospPsychiatry*, 2007, 29(5):388-95.

World Health Organization, 2006. Constitution of the World Health Organization – Basic DocumentsForty-fifth edition, Supplement, p.1 Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf

World Health Organization, Depression. Ημερομηνία πρόσβασης Φεβρουάριος 2022 από https://www.who.int/health-topics/depression#tab=tab_3

World Health Organization, 2014. Mental health: strengthening our response. Ημερομηνία πρόσβασης
Φεβρουάριος 2022 από <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Živanović M., Vukčević Marković M. Latent structure of secondary traumatic stress, its precursors, and effects on people working with refugees. PLoSOne. 2020, 15(10):e0241545

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Ερωτηματολόγιο υγείας και επαγγελματικής εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας σε προσφυγικές δομές

Η παρούσα έρευνα αποτελεί τμήμα της διπλωματικής μου εργασίας που εκπονείται στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος "Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας" του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με τίτλο "Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σε προσφυγικές δομές και η συσχέτισή της με την κατάθλιψη".

Θα ήθελα να υπογραμμίσω ότι καλείσθε να το συμπληρώσετε ανώνυμα και ότι τα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για τη διεξαγωγή της έρευνας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από εσάς είναι καθοριστική στην υλοποίηση της έρευνας και δεν θα χρειαστούν παραπάνω από 10 λεπτά του χρόνου σας.

Παρακαλώ απαντήστε αυθόρμητα επιλέγοντας ότι είναι πιο κοντά σε αυτό που σας εκφράζει.

Σας ευχαριστώ πολύ για τη συμβολή σας.

Με εκτίμηση
Μούτα Ευαγγελία
Υποψήφια MSc

email: emouta@uth.gr

τηλ. επικοινωνίας: 6944384215

* Required

A. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

* Απαιτείται (14 ερωτήσεις)

1. 1. Φύλο*

Mark only one oval.

Άνδρας

Γυναίκα

2. 2. Ηλικία *

Mark only one oval.

- 20-29
- 30-39
- 40-49
- 50+

3. 3. Επίπεδο εκπαίδευσης*

Mark only one oval.

- Δευτεροβάθμια - ΙΕΚ
- Τριτοβάθμια
- Κάτοχος μεταπτυχιακού
- Κάτοχος διδακτορικού

4. 4. Οικογενειακή κατάσταση *

Mark only one oval.

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Συμβίωση

5. 5. Αριθμός παιδιών*

Mark only one oval

- 0
- 1
- 2
- 3
- 4+

6. 6. Ειδικότητα*

Mark only one oval.

- Ιατρός
- Νοσηλεύτης/τρια
- Μαία
- Διασώστης- τρια
- Ψυχολόγος
- Κοινωνικός
- Λειτουργός

Other:

7. 7. Σε ποια προσφυγική δομή εργάζεστε; *

Mark only one oval.

- ΚΦΠΜ/ΚΥΤ/ΚΕΔΝ
- Δομή Ασυνόδευτων Ανηλίκων
- Ενοικιαζόμενα Διαμερίσματα (πρόγραμμα ESTIA)
- Ξενοδοχεία και καταλύματα
- Other:

8. 8. Πόσο καιρό απασχολείστε στη σημερινή εργασία σας; *

Mark only one oval.

- 0-6 μήνες
- 6-12 μήνες
- 1-3 χρόνια

9. 9. Πόσες ώρες την ημέρα εργάζεστε; *

Mark only one oval.

- 4-8
- 8+

10. 10. Σε πόσα περίπου άτομα παρέχετε υπηρεσίες καθημερινά; *

Mark only one oval.

- 0-10
- 10-20
- 20+

11. 11. Είναι ικανοποιητικός ο μισθός σας; *

Mark only one oval.

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ

12. 12. Πιστεύετε ότι υπάρχουν ελλείψεις σε χώρους , υγειονομικό υλικό και συνθήκες υγιεινής; *

Mark only one oval.

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ

13. 13. Πιστεύετε ότι το προσωπικό του τμήματός σας είναι αριθμητικά ικανοποιητικό; *

Mark only one oval.

- Ναι
- Όχι

14. 14. Πιστεύετε ότι η συνεργασία σας με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική; *

Mark only one oval.

- Καθόλου
- Λίγο
- Αρκετά
- Πολύ

B. Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης της Κοπεγχάγης (CBI- Gr)

*Απαιτείται (19 ερωτήσεις)

15. Προσωπική Εξουθένωση *

Mark only one oval per row.

	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
1. Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Πόσο συχνά σκέφτεστε «δεν αντέχω άλλο»;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η – εξουθενωμένος/η ;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε ασθένειες;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16. Εργασιακή Εξουθένωση *

Mark only one oval per row.

	Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Έτσι και έτσι/ σχετικά	Σε μικρό βαθμό	Σε πολύ μικρό βαθμό
7. Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας τη δουλειά σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σου;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Mark only one oval per row.

	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
10. Αισθάνεσαι εξουθενωμένος από τη δουλειά σου στο τέλος της ημέρας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Κουράζεστε το πρωί στη ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στην δουλειά σας είναι κουραστική;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με τους ασθενείς/άτομα *

Mark only one oval per row.

	Σε πολύ μεγάλο βαθμό	Σε μεγάλο βαθμό	Έτσι και έτσι/ σχετικά	Σε μικρό βαθμό	Σε πολύ μικρό βαθμο
14. Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς/άτομα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς/άτομα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Η εργασία με ασθενείς/άτομα απορροφά την ενέργειά σας;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς/άτομα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Πάντα	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια	Ποτέ
18. Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς/άτομα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς/άτομα;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Γ. Ερωτηματολόγιο Υγείας Ασθενούς (PHQ-9)

*Απαιτείται (9 ερωτήσεις)

Mark only one oval per row.

	Καθόλου	Αρκετές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές μου	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Νιώθετε καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως όταν διαβάζετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν ή το αντίθετο – είστε τόσο ανήσυχος(η) ή νευρικός(ή), που κινείστε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο

Εάν επιλέξατε κάποια προβλήματα από τα παραπάνω, πόση δυσκολία προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα; * *Mark only one oval.*

Καμία δυσκολία

Μερική δυσκολία

Μεγάλη δυσκολία

Υπερβολική δυσκολία

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ



ΑΙΤΗΜΑ ΓΙΑ ΑΔΕΙΑ ΧΡΗΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

3 μηνύματα

Evangelia Mouta <lilamouta86@gmail.com>
Προς: mmalliarou@gmail.com, psarafis@gmail.com
Κοιν.: Apostolara Paraskevi <v.apostolara@gmail.com>

Παρ, 4 Φεβ 2022 στις 2:55 μ.μ.

Αγαπητή Κυρία Μαλλιαρού,

Αγαπητέ κύριε Σαράφη,

Ονομάζομαι Μούτα Ευαγγελία και στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που παρακολουθώ αποφάσισα να εκπονήσω μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία υπό την επίβλεψη της Δρ. Αποστολάρα Παρασκευής με θέμα: « Η επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας σε προσφυγικές δομές και η συσχέτισή της με την κατάθλιψη».

Από την αναζήτηση της βιβλιογραφίας είδα ότι έχετε σταθμίσει στα ελληνικά μια κλίμακα που ταιριάζει στα ερευνητικά μου ερωτήματα.

Θα ήθελα λοιπόν, να ζητήσω την άδεια χρήσης του ερωτηματολογίου Copenhagen Burnout Inventory για να τη χρησιμοποιήσω στη ΜΔΕ εργασία μου.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων.

Μούτα Ευαγγελία

Νοσηλεύτρια, Υποψήφια MSc

Dr Pavlos Sarafis <psarafis@gmail.com>
Προς: Evangelia Mouta <lilamouta86@gmail.com>
Κοιν.: Apostolara Paraskevi <v.apostolara@gmail.com>, mmalliarou@gmail.com

Παρ, 4 Φεβ 2022 στις 3:29 μ.μ.

Αγαπητή κ. Μούτα

Η χρήση του CBI είναι ελεύθερη από τους δημιουργούς του ερωτηματολογίου και διευκρινίζεται ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε διαφορετικές εργασιακές ομάδες διευκολύνοντας έτσι τις μεταξύ τους συγκρίσεις. Η ελληνική μετάφραση και επικαιροποίηση που έγινε σε ομάδα ιατρών δημοσιεύθηκε στο Health Psychology Research. Σας επισυνάπτω την ελληνική έκδοση και την αντίστοιχη βιβλιογραφία
Ότι θέλετε μην διστάσετε. καλή επιτυχία στην έρευνά σας

Με εκτίμηση,
ΠΣ

Papaefstathiou, E., Tsounis, A., Malliarou, M., & Sarafis, P. (2019). Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychology Research*, 7(1). <https://doi.org/10.4081/hpr.2019.7678>

"Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors"

Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*. 2005;19:192-207.

--

Dr. Pavlos Ant. Sarafis, RN, MSc, MHA, MPH, PhDmed

Request:

When you forward an e-mail, please don't forget to put your list of recipients using Bcc (Blind Carbon Copy) and delete any previous addresses from your text; thus you protect your friends and spammers are left jobless... Also, consider the environment before printing this e-mail.


--

Sent from my mobile phone. Please allow for typos and misspells.

[Κρυμμένο αναφερόμενο κείμενο]

Sent from my mobile phone. Please allow for typos and misspells.

2 συνημμένα

 **CBI-translation-validation.pdf**
472 KB

 **CBI-Gr Translation-validation.doc**
32 KB

Evangelia Mouta <lilamouta86@gmail.com>
Προς: Dr Pavlos Sarafis <psarafis@gmail.com>

Παρ, 4 Φεβ 2022 στις 3:43 μ.μ.

Αγαπητή κ. Μαλλιαρού,
Αγαπητέ κύριε Σαράφη,

Σας ευχαριστώ πολύ για την άμεση ανταπόκρισή σας στο αίτημά μου και την πολύτιμη βοήθειά σας!

Με εκτίμηση
Μούτα Ευαγγελία
Νοσηλεύτρια, Υποψήφια MSc

[Κρυμμένο αναφερόμενο κείμενο]

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΑΣΘΕΝΟΥΣ
(PHQ-9)**

Τις <u>τελευταίες 2 εβδομάδες</u> πόσο συχνά ενοχληθήκατε απ' οποιοδήποτε από τα παρακάτω προβλήματα; (Υποδείξτε την απάντησή σας με ένα "✓")	Καθόλου	Αρκετές μέρες	Περισσότερες από τις μισές μέρες	Σχεδόν κάθε μέρα
1. Μικρό ενδιαφέρον ή λίγη απόλαυση στις δραστηριότητές μου	0	1	2	3
2. Νιώθετε καταβεβλημένος(η), κατατεθλιμμένος(η) ή απελπισμένος(η)	0	1	2	3
3. Έχετε πρόβλημα να αποκοιμηθείτε ή να συνεχίσετε τον ύπνο σας ή κοιμάστε υπερβολικά	0	1	2	3
4. Νιώθετε κουρασμένος(η) ή έχετε λίγη ενέργεια	0	1	2	3
5. Έχετε λίγη όρεξη ή τρώτε υπερβολικά	0	1	2	3
6. Νιώθετε άσχημα για τον εαυτό σας ή ότι έχετε αποτύχει ή ότι έχετε απογοητεύσει τον εαυτό σας ή την οικογένειά σας	0	1	2	3
7. Έχετε πρόβλημα συγκέντρωσης σε κάποιες ενέργειες, όπως όταν διαβάσετε την εφημερίδα ή όταν παρακολουθείτε τηλεόραση	0	1	2	3
8. Κινείστε ή μιλάτε τόσο αργά που άλλοι άνθρωποι θα το παρατηρούσαν. Ή το αντίθετο – είστε τόσο ανήσυχος(η) ή νευρικός(ή), που κινείστε πολύ περισσότερο από το συνηθισμένο	0	1	2	3
9. Σκεπτόσαστε ότι θα ήταν καλύτερα αν είχατε πεθάνει ή σκεπτόσαστε να προκαλέσετε κακό στον εαυτό σας με κάποιο τρόπο	0	1	2	3

FOR OFFICE CODING 0 + + +
=TotalScore:

Εάν επιλέξατε κάποια προβλήματα, πόση δυσκολία προκάλεσαν τα προβλήματα αυτά στη δουλειά σας, στις οικιακές εργασίες σας ή στην επικοινωνία σας με άλλα άτομα;

Καμία δυσκολία Μερική δυσκολία Μεγάλη δυσκολία Υπερβολική δυσκολία

Συντάχθηκε από τους Δόκτορες Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, KurtKroenke και τους συνεργάτες τους με εκπαιδευτική επιχορήγηση από την PfizerInc. Δεν απαιτείται άδεια για αναπαραγωγή, μετάφραση, εμφάνιση ή διανομή.