

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης»

ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΗ: «Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας σε Καταστάσεις Κρίσης στην
Οικογένεια»

**Διερεύνηση της επίδρασης του φαινομένου της κόπωσης συμπόνιας σε
επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και τρόποι πρόληψης του φαινομένου.**

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Κουνουγάκη Μαρία

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2018-2020

«Διερεύνηση της επίδρασης του φαινομένου της κόπωσης συμπόνιας σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και τρόποι πρόληψης του φαινομένου»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Κουνουγάκη Μαρία

Επιβλέπουσα καθηγήτρια

Δρ. Καλαϊτζάκη Αργυρούλα

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής:

Κα Κουκούλη Σοφία

Κα Μουδάτσου Μαρία

Copyright © Μαρία Κουνουγάκη, 2020. Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved. Η εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος «Διαμεθοδικές Κοινωνικές Παρεμβάσεις σε Καταστάσεις Κρίσης», του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Κρήτης, κατεύθυνση: Παρεμβάσεις Κοινωνικής Εργασίας σε Καταστάσεις Κρίσης στην Οικογένεια.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας, θα ήθελα να ευχαριστήσω παρακάτω όλους όσους συνέβαλαν στην συγγραφή της. Αρχικά οφείλω θερμές ευχαριστίες στην υπεύθυνη καθηγήτρια μου, την κα. Αργυρούλα Καλαϊτζάκη, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε ώστε να με καθοδηγήσει στην διπλωματική μου εργασία. Την ευχαριστώ από καρδιάς, για την πολύτιμη στήριξή της, τη συνεργασία, τις παρεμβάσεις της αλλά και για την κατανόηση και ενθάρρυνση όταν αντιμετώπιζα δυσκολίες. Θα ήθελα, επίσης, να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας, που μας εφοδίασαν με τις απαραίτητες γνώσεις και εμπειρίες κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών μας σπουδών.

Ένα τεράστιο ευχαριστώ οφείλω και στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς που χωρίς την αφιέρωση του πολύτιμου περιορισμένου χρόνου τους, θα ήταν αδύνατη η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας. Θα ήθελα επίσης, να ευχαριστήσω τον κο. Σφακιανάκη Θεόδωρο για τη πολύτιμη βοήθεια του.

Τέλος, δεν θα μπορούσα φυσικά να μην ευχαριστήσω την οικογένεια μου, η οποία με στήριζε καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου και με ενθάρρυνε όταν αντιμετώπιζα δυσκολίες.

Με εκτίμηση,

Μαρία Κουνουγάκη

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί α) η μελέτη της επίδρασης του φαινομένου της κόπωσης συμπόνιας σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς και β) η πρόταση τρόπων πρόληψης του φαινομένου. Συγκεκριμένα, πρόκειται να διερευνηθεί εάν οι κοινωνικοί λειτουργοί στην Ελλάδα, που εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες, υφίστανται περισσότερο κόπωση συμπόνιας σε σχέση με αυτούς που δεν εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες. Επίσης, εάν οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες και είναι περισσότερο ψυχικά ανθεκτικοί, έχουν χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης συμπόνιας σε σχέση με αυτούς που έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας.

Υλικό και μέθοδος: Διανεμήθηκε ηλεκτρονικά ερωτηματολόγιο (μέσω Google Forms) σε 129 κοινωνικούς λειτουργούς στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε οκτώ ενότητες: τα δημογραφικά στοιχεία, τη «Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής», το Ερωτηματολόγιο Σχέσης, το Ψυχοκοινωνικό Ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης, το εργαλείο της Ψυχολογικής Ευημερίας, την Κλίμακα Ψυχικής Ανθεκτικότητας, το Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων και το Ερωτηματολόγιο Εργασίας και Ευημερίας.

Αποτελέσματα: Οι κοινωνικοί λειτουργοί που έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό δευτερογενές τραυματικό στρες. Επίσης, οι κοινωνικοί λειτουργοί που έρχονται σε συχνή επαφή με τραυματισμένα άτομα, έχουν σε μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματική εξουθένωση. Τέλος, όσο μεγαλύτερη είναι η ψυχική ανθεκτικότητα των κοινωνικών λειτουργών, τόσο μικρότερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες που βιώνουν.

Συμπεράσματα: Προκειμένου να περιοριστούν οι συνέπειες από το φαινόμενο της κόπωσης συμπόνιας, αλλά και να προληφθεί το φαινόμενο, αναγκαία είναι η ενίσχυση ενός πλαισίου υποστήριξης, με ατομικές και ομαδικές εποπτείες ώστε να αποφορτίζονται συναισθηματικά αλλά και να μπορούν να διαχειρίζονται δικά τους προσωπικά ζητήματα.

Λέξεις Κλειδιά: κόπωση συμπόνιας, επαγγελματική εξουθένωση, δευτερογενές τραυματικό στρες, ψυχική ανθεκτικότητα.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this thesis is to (a) study the effect of compassion fatigue on social workers and (b) propose ways for the prevention of the phenomenon. In particular, it will be examined whether social workers in Greece who work with patients who have traumatic events experience more compassion fatigue than those who do not work with patients with traumatic events. It was also examined if social workers who work with patients with traumatic experiences are more psychologically resilient, have lower levels of compassion fatigue compared to those who have lower levels of psychological resilient.

Material and Method: A questionnaire (via Google Forms) was administered to 129 social workers in Greece. The questionnaire consisted of eight sections: demographics, “Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue”, Barrett-Lennard Relationship Inventory, The Copenhagen Psychosocial Questionnaire, Psychological Well-being, Resilience Scale, Coping Orientations to Problems Experienced – COPE and Work & Well-being Survey – UWES.

Results: Social workers who have been exposed to patients with traumatic experiences have higher levels of secondary traumatic stress. In addition, social workers who have frequent contact with patients with traumatic experiences have higher levels of burnout. Also, the greater the resilience of social workers, the less likely they are to experience burnout and secondary traumatic stress.

Conclusions: In order to reduce the effects of compassion fatigue and to prevent it, it is necessary to enhance a support framework, with individual and group supervision, to emotionally discharge social workers and to manage their personal issues.

Key Words: compassion fatigue, burnout, secondary traumatic stress, resilience.

Περιεχόμενα

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
Α' ΜΕΡΟΣ	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ	10
1.1 ΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ	10
1.2 ΤΡΑΥΜΑ	12
1.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ	13
1.3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ	15
1.3.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ	17
<i>Επαγγελματική εξουθένωση</i>	17
<i>Μετατραυματική διαταραχή στρες</i>	18
<i>Δευτερογενές τραυματικό στρες</i>	19
1.4 ΑΙΤΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ	19
1.5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ	21
1.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ	24
2.1 Η ΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ	24
2.1.1 Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ	25
2.1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	28
2.1.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ	29
2.2 ΑΛΛΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ	30
ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	34

3.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	34
3.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ	35
3.3. ΔΕΙΓΜΑ.....	35
3.4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ	38
3.5. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ.....	42
3.6 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ.....	42
3.7. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	43
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	52
5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	52
6.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	56
6.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	57
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	59
ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ	59
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	61
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	64
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	65

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1997) η ποιότητα ζωής ορίζεται ως « η αντίληψη του ατόμου για την θέση του στην ζωή, μέσα στα πλαίσια του πολιτισμού και του συστήματος αξιών μέσα στο οποίο ζει και σε σχέση με τους στόχους, προσδοκίες, τις ηθικές αξίες, τα ενδιαφέροντα του. Είναι μια έννοια σε ένα ευρύ φάσμα και επηρεάζεται με πολύπλοκο τρόπο από την φυσική υγεία, την ψυχολογική κατάσταση, το επίπεδο ανεξαρτησίας, τις κοινωνικές σχέσεις, προσωπικά πιστεύω και η σχέση με τα εξέχοντα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος». Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής αποτελεί ένα σημαντικό μέρος της γενικότερης ποιότητας της ζωής, αφού το επάγγελμα αφορά ένα μεγάλο μέρος της ζωής του ανθρώπου. Ο κάθε άνθρωπος διαχειρίζεται διαφορετικά τον τρόπο με τον οποίο το επάγγελμά του θα επηρεάσει την ζωή του. Επίσης, η φύση του επαγγέλματος επηρεάζει το κατά πόσο αυτό θα διεισδύσει στην ζωή του. Το εργασιακό περιβάλλον είναι ένα μέρος, όπου ο επαγγελματίας περνάει ένα μεγάλο μέρος της ζωής του και στο οποίο υπάρχει αρκετό εργασιακό στρες και ψυχολογική πίεση. Το στρες μπορεί να το βιώσει κάθε άνθρωπος ανεξαρτήτου φύλου, ηλικίας, μόρφωσης ή κοινωνικής τάξης. Οι άνθρωποι μπορεί να εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες, όμως δεν αντιδρούν όλοι με τον ίδιο τρόπο. Συγκεκριμένα το εργασιακό στρες είναι μια κατάσταση κατά την οποία δεν υπάρχει ή το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν υπάρχει ισορροπία, ανάμεσα στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος ή του ατόμου και στις δυνατότητες του. Βέβαια, θα πρέπει να αναφερθεί ότι η ψυχολογική πίεση και το άγχος μπορούν να θεωρηθούν και ως θετικά, όταν υπάρχουν σε τέτοιο βαθμό, ώστε να κινητοποιούν το άτομο να λειτουργήσει αποτελεσματικά. Αντιθέτως, η παρατεταμένη έκθεση του ατόμου στο άγχος, μπορεί να μειώσει την αποτελεσματικότητά του στην εργασία και να επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην υγεία του και στην οικογενειακή και κοινωνική του ζωή (Ανδρεάδου, 2014).

Τα επαγγέλματα υγείας έχουν ένα σημαντικό κοινό χαρακτηριστικό, το οποίο είναι η προσφορά προς τους άλλους ανθρώπους και η προσπάθεια για ανακούφιση του ανθρώπινου πόνου. Η προσπάθεια όμως αυτή, συσχετίζεται άμεσα με πολλούς

στρεσογόνους παράγοντες, όπως είναι το εργασιακό στρες, η επαγγελματική εξουθένωση, ο μεγάλος όγκος εργασίας καθώς και ο συναισθηματικός πόνος για τους ασθενείς που εξυπηρετούνται. Οι επαγγελματίες υγείας συνήθως αισθάνονται ικανοποίηση, εξαιτίας της βοήθειας που προσφέρουν σε ανθρώπους που έχουν βιώσει πολύ στρεσογόνα γεγονότα. Όμως, το στρες που σχετίζεται με αυτές τις καταστάσεις, μπορεί να έχει ταυτόχρονα αρνητικό αντίκτυπο σε αυτούς. Οι επαγγελματίες που είναι περισσότερο ευάλωτοι σε αυτή τη κατάσταση είναι οι επαγγελματίες παροχής βοήθειας όπως γιατροί, νοσοκόμοι, κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, κληρικοί, αστυνομικοί, πυροσβέστες καθώς έρχονται σε επαφή με το τραύμα, τον πόνο και το φόβο των εξυπηρετούμενων τους (Μαγγούλια, 2011).

Συγκεκριμένα, πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί είχαν ως κίνητρο για να επιλέξουν το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας, τη συμπόνια για τους άλλους ανθρώπους και μία «αλτρουιστική επιθυμία» να αλλάξουν τις ατομικές και κοινωνικές συνθήκες. Εργάζονται σε καθημερινή βάση με ανθρώπους διαφορετικής ψυχοσύνθεσης που έχουν να αντιμετωπίσουν πολλαπλά προβλήματα και τραύματα. Σύμφωνα με τους Decker, Brown, Ong και Stiney-Ziskind (2002), «κάθε φορά που θεραπεύεις κάποιον, δίνεις ένα κομμάτι από τον εαυτό σου. Έτσι κάποια στιγμή, και εσύ ο ίδιος θα χρειαστεί να θεραπευτείς». Το κόστος, λοιπόν, της συμπόνιας είναι μεγάλο.

Η κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue) είναι η «φυσική συνέπεια της εργασίας με άτομα που έχουν βιώσει κάποιο τραύμα ή άλλο στρεσογόνο γεγονός», όπως την όρισε πρώτη φορά η Joinson (1992). Η κόπωση συμπόνιας, πολλές φορές χρησιμοποιείται με τους όρους δευτερογενές τραυματικό στρες (posttraumatic stress disorder- PTSD) και επαγγελματική εξουθένωση (burn out). Ωστόσο, δεν έχουν την ίδια ακριβώς ερμηνεία. Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι η αντίδραση κάποιου όταν σχετίζεται με το τραύμα των εξυπηρετούμενων. Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με το περιβάλλον εργασίας και το στρες που υπάρχει σε τέτοιες εργασίες. Ο Stamm (2002) ισχυρίζεται ότι όταν υπάρχουν αυτά τα δύο, το δευτερογενές τραυματικό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση, τότε το άτομο βιώνει τη κόπωση συμπόνιας. Υπάρχει, επίσης, και μία τρίτη σημαντική έννοια, της ικανοποίησης συμπόνιας (compassion satisfaction). Η έννοια αφορά στην ικανοποίηση της προσφοράς βοήθειας μέσα από την εργασία. Η προσφορά, η βοήθεια και η φροντίδα που δίνει κάποιος στους άλλους είναι ταυτόχρονα το μεγαλύτερο ρίσκο αλλά και ο

μεγαλύτερος προστατευτικός παράγοντας από το μακροχρόνιο τραύμα (Wharton, 2008).

Α' ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο : ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΒΑΣΙΚΩΝ ΕΝΝΟΙΩΝ

1.1 ΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΝΣΥΝΑΙΣΘΗΣΗ

Η συμπόνια (compassion) είναι μια σύνθετη έννοια που εμπεριέχει και άλλες αξίες, όπως η συμπάθεια, η ενσυναίσθηση ο σεβασμός και γενικότερα μία αλτρουιστική συμπεριφορά. Αντανακλά μια βαθιά επίγνωση του γεγονότος ότι κάποιος υποφέρει, σε συνδυασμό με την επιθυμία να προσφερθεί ανακούφιση (Chochinov, 2007). Οι Κριθύμου & Μανδάλα (2017) επιβεβαιώνουν ότι η συμπόνια υποδηλώνει πως εκτός από συναισθηματική ταύτιση, επίσης παρουσιάζει και συναισθήματα συμπαράστασης με την κατάσταση που βιώνει το άτομο και επιθυμία ανακούφισης του. Η έννοια της εμπάθειας συχνά συγχέεται με την έννοια της συμπόνιας. Όμως η βασική διαφορά τους είναι ότι στη συμπόνια υπάρχει η επίγνωση ότι το άλλο άτομο υποφέρει και παράλληλα υπάρχει ενδιαφέρον για παροχή βοήθειας. Σε αντίθεση με την εμπάθεια, στην οποία δεν υπάρχει κινητοποίηση.

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον από τις επιστήμες υγείας για την έννοια της συμπόνιας και γι' αυτό αναφέρουν ως ανάγκη τη συμπονετική φροντίδα (compassionate care). Η έλλειψη συμπόνιας παρουσιάζεται ως αδυναμία του συστήματος υγείας και ιδιαίτερα τη περίοδο που διανύουμε με την κοινωνικο-οικονομική κρίση. Η ενσωμάτωση της συμπόνιας από τους επαγγελματίες υγείας, τη καθιστά αν μη τι άλλο αναγκαία (Λιονής, Shea & Μαρκάκη, 2015).

Η ενσυναίσθηση αφορά τη προσπάθεια κατανόησης του συναισθήματος του άλλου ατόμου. Συγκεκριμένα, η λέξη «ενσυναίσθηση» (empathy) αποτελείται από τις

λέξεις «εν», «συν», «αίσθηση», δηλαδή ότι το άτομο αισθάνεται ένα άλλο άτομο πέρα από τον εαυτό του (Μαλικιώση -Λοίζου, 2003). Ο Carl Rogers αναφέρει ότι ο θεραπευτής είναι «σαν» να είναι ο ίδιος ο εξυπηρετούμενος. Βιώνει δηλαδή μία συναισθηματική ταύτιση με την ψυχική κατάσταση του εξυπηρετούμενου και κατανοεί τη συμπεριφορά και τα κίνητρα του. Ωστόσο είναι πολύ σημαντικό, να μη ξεχάσει ότι νιώθει τα συναισθήματα «σαν» να ήταν αυτό το άτομο και να μη νιώσει ότι πραγματικά είναι δικά του συναισθήματα (Κριθύμου & Μανδάλα, 2017).

Πολλές φορές ταυτίζεται η ενσυναίσθηση με την εμπάθεια, διότι σε πολλές χώρες, η εμπάθεια χρησιμοποιείται με την έννοια της ενσυναίσθησης, προερχόμενη από την ελληνική λέξη «εμπαθής» και δήλωνε το έντονο πάθος (Κριθύμου & Μανδάλα, 2017). Στη πραγματικότητα, οι δύο αυτές έννοιες δεν ταυτίζονται αλλά μάλιστα είναι και αντίθετες, καθώς η εμπάθεια φανερώνει αρνητική στάση.

Η ενσυναίσθηση αποτελείται από 3 διαστάσεις, τις οποίες και αναγνώρισε ο Carl Rogers: τη γνωστική, τη συναισθηματική και την επικοινωνιακή διάσταση. Η γνωστική διάσταση έχει σχέση με το πως κατανοεί ο επαγγελματίας την εμπειρία και τη συμπεριφορά του εξυπηρετούμενου. Η συναισθηματική διάσταση σχετίζεται με τη συναισθηματική επικοινωνία, ενώ η επικοινωνιακή διάσταση έχει σχέση με την ακριβή μεταβίβαση της κατανόησης αυτών που βίωσε στο άλλο άτομο. Αυτό λαμβάνει χώρα μέσα από λεκτικά και μη λεκτικά μηνύματα (Malikiossi-Loizos, 2008).

Ενσυναίσθηση λοιπόν, είναι η συναισθηματική ταύτιση με την ψυχική κατάσταση ενός άλλου ατόμου και η κατανόηση της συμπεριφοράς και των κινήτρων που το διακατέχουν. Η συμπόνια, υποδηλώνει πως εκτός από συναισθηματική ταύτιση, επίσης παρουσιάζει και συναισθήματα συμπαράστασης με την κατάσταση που βιώνει το άτομο (Κριθύμου & Μανδάλα, 2017). Για τους κοινωνικούς λειτουργούς, ο όρος ενσυναίσθηση είναι ένα αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι της κοινωνικής εργασίας. Την ίδια στιγμή όμως κρύβει το μεγάλο ρίσκο της εμφάνισης της κόπωσης συμπόνιας, όπου ο Figley (1995) το επισημαίνει και ως το «κόστος της φροντίδας».

Η ενσυναίσθηση και η συμπόνια είναι δύο έννοιες που ενώ φαίνεται πως έχουν πολλά κοινά στοιχεία, από την άλλη διαφέρουν σε ορισμένα στοιχεία. Σύμφωνα με τους Bradley & Edinberg (1986) και τους Gruen & Mendelsohn (1986),

με βάση τις μελέτες που έκαναν και τη βιβλιογραφία διακρίνουν τις δύο έννοιες ως εξής:

Συμπόνια	Ενσυναίσθηση
Ο/Η επαγγελματίας γίνεται υποκειμενικός/ή.	Ο/Η επαγγελματίας παρεμένει αντικειμενικός/ή.
Ο/Η επαγγελματίας προσφέρει οίκτο και ευσπλαχνία.	Ο/Η επαγγελματίας προσφέρει κατανόηση και υποστήριξη.
Ο/Η επαγγελματίας «παίρνει» τα συναισθήματα του εξυπηρετούμενου.	Ο/Η επαγγελματίας διατηρεί την αυτο-ταυτότητα του/της.
Εξαρτάται από την αλληλεπίδραση της προσωπικότητας του/της επαγγελματία και των δυσκολιών που περνάει ο /η εξυπηρετούμενος.	Είναι σταθερός παράγοντας της προσωπικότητας του επαγγελματία.

(Bradley & Edinberg, 1986 και Gruen & Mendelsohn, 1986)

Όπως γίνεται κατανοητό από τα παραπάνω, ένα άτομο εκφράζει τη συμπόνια αλλά μοιράζεται την ενσυναίσθηση. Η ενσυναίσθηση είναι βαθύτερο συναίσθημα και δημιουργεί καλύτερη επικοινωνία μεταξύ των ατόμων (Μίκιτς & Μπαναγή, 2017).

1.2 ΤΡΑΥΜΑ

Το ψυχικό τραύμα (trauma) είναι ένα βίωμα που προκαλείται από εσωτερικούς ή εξωτερικούς παράγοντες και προκαλεί διαταραχή της ισορροπίας του οργανισμού αλλά και αποδιοργάνωση στο άτομο. Ακόμη και αν επιστρέψει η λειτουργικότητα του ατόμου, το τραύμα συνεχίζει να υπάρχει στο ψυχισμό του ατόμου. Ένα τέτοιο γεγονός για παράδειγμα, μπορεί να είναι μία απώλεια, ένας πόλεμος, ένας βιασμός. Παράγοντες που μπορούν να επηρεάσουν την επίδραση του τραύματος είναι η ποσότητα και η ποιότητα του γεγονότος αλλά και εσωτερικά στοιχεία του ατόμου, όπως η ψυχοσύνθεση του ατόμου, το αναπτυξιακό του στάδιο, οι λυμένες ή άλυτες εσωτερικές συγκρούσεις αλλά και το υποστηρικτικό περιβάλλον, ως εξωτερικός παράγοντας (Οικονομίδου, 2007).

Τραύμα προκαλείται όταν κάποιο άτομο αντιμετώπισε ένα γεγονός ή περισσότερα, από τα οποία απειλήθηκε με θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό του ίδιου ή άλλων ατόμων και βίωσε συναισθήματα φόβου, τρόπου/φρίκης και αβοηθησίας. Βέβαια, μπορεί να τραυματιστεί και ένα άτομο μέσα από την έκθεση του στην εμπειρία κάποιου άλλου ατόμου. Με την έκθεση κάποιου σε τραυματικά γεγονότα, είναι πολύ πιθανόν να βιώσει άγχος, κατάθλιψη, εφιάλτες ή εικόνες του τραύματος. Στις περισσότερες περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά μειώνονται διαχρονικά και δεν αποτελούν ψυχιατρικές παθήσεις. Όμως, σε άλλα άτομα δεν μειώνονται και συνεχίζουν να υπάρχουν για πολλούς μήνες ή χρόνια. Τότε μπορεί να διαγνωστεί χρόνιο μετατραυματικό στρες (Αθανασοπούλου, 2014).

1.3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΠΩΣΗ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

Σύμφωνα με την Stamm (2010), η παροχή βοήθειας περιλαμβάνει δύο πτυχές, τη θετική και την αρνητική. Στην θετική πλευρά αναφέρεται η ικανοποίηση συμπόνιας ενώ στην αρνητική, η κόπωση συμπόνιας.

Ο όρος ικανοποίηση συμπόνιας χρησιμοποιήθηκε για να περιγράψει την ικανότητα που έχει κάποιο άτομο να ανταπεξέρχεται στις δυσκολίες και στα τραυματικά γεγονότα. Η Stamm (2009) αναφέρει ότι η ικανοποίηση συμπόνιας σχετίζεται με την αίσθηση ικανοποίησης και ευχαρίστησης όταν κάνει κάποιος τη δουλειά του. Όταν οι κοινωνικοί λειτουργοί νιώθουν ευχαρίστηση γι' αυτά που προσφέρουν μέσα από την εργασία τους, τότε αισθάνονται ευτυχισμένοι, χαρούμενοι, δυνατοί και επιθυμούν να συνεχίσουν την ίδια εργασία. Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Stamm (2002): «Παράλληλα με το κόστος της φροντίδας υπάρχουν και θετικές αποζημιώσεις που προκύπτουν από τη παροχή φροντίδας». Στη περίπτωση όμως που αντιμετωπίζουν προβλήματα με την εργασία τους, τότε η ικανοποίηση συμπόνιας είναι μικρή (Stamm, 2005).

Από την άλλη πλευρά, η αρνητική πτυχή της παροχής βοήθειας είναι η κόπωση συμπόνιας. Ο όρος «κόπωση συμπόνιας» χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά από την Joinson το 1992 σε ένα περιοδικό νοσηλευτικής, για να περιγράψει την εξάντληση των νοσηλευτών που εργάζονταν στα επείγοντα περιστατικά (Μαγγούλια, 2011). Εντοπίζεται στη βιβλιογραφία και με τους όρους «αντιμεταβίβαση»

(countertransference), «τραύμα ταύτισης» (vicarious traumatization) και «δευτερογενής κατατρεγμός» ή «θυματοποίηση» (secondary victimization) (Figley, 2002a).

Σύμφωνα με την Joinson (1992), κόπωση συμπόνιας ορίζεται ως η «φυσική συνέπεια της εργασίας με άτομα που έχουν βιώσει κάποιο τραύμα ή άλλο στρεσογόνο γεγονός». Συγκεκριμένα, ο Figley (1995) την ορίζει ως «μία κατάσταση εξάντλησης και δυσλειτουργίας, βιολογικής, σωματικής και συναισθηματικής, που έρχεται ως συνέπεια της παρατεταμένης έκθεσης σε στρες συμπόνιας». Αναφέρει ότι προκαλεί μια διάχυτη μείωση της επιθυμίας, της ικανότητας και της ενέργειας του επαγγελματία να συμπονέσει και να φροντίσει τους άλλους, ενώ ταυτόχρονα χάνει την ικανότητα του να νιώσει ικανοποίηση ή χαρά, επαγγελματική ή προσωπική. Η κόπωση συμπόνιας δεν είναι παθολογική με την έννοια της ψυχικής νόσου, αλλά θεωρείται μια «υπερβολική φυσική συμπεριφορική και συναισθηματική ανταπόκριση που προκύπτει από την παροχή βοήθειας ή την επιθυμία να παρασχεθεί βοήθεια σε κάποιο άλλο πρόσωπο που υποφέρει από τραύμα ή πόνο» (Figley, 1995a). Οι Cornille και Meyers (1999) επιβεβαιώνουν ότι εμφανίζεται σε μία σχέση τουλάχιστον δύο ατόμων, στην οποία το ένα άτομο βιώνει ένα τραυματικό γεγονός και το δεύτερο άτομο επιθυμεί να βοηθήσει.

Η κόπωση συμπόνιας είναι μία κατάσταση ως αποτέλεσμα της σύγκλισης του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης (Stamm, 2009, όπως αναφέρεται από την Μαγγούλια, 2011). Οι επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας έχουν εξαντλημένη ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον στο να φροντίζουν ασθενείς με τραυματικές εμπειρίες, λόγω των συμπτωμάτων παρόμοιων με την Διαταραχή Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες ή Μετατραυματική Διαταραχή Στρες (ΜΔΣ).

Η Thompson (2003) επιβεβαιώνει ότι η κόπωση συμπόνιας είναι το «συναισθηματικό κατάλοιπο» της έκθεσης μέσα από την εργασία εκείνων που έχουν να αντιμετωπίσουν τραυματικά γεγονότα. Οι επαγγελματίες ενσωματώνουν το τραύμα των εξυπηρετούμενών τους και έχουν συμπτώματα χωρίς όμως πραγματικά να έχουν ζήσει το γεγονός. Είναι μία διαδικασία που χρειάζεται εβδομάδες ή και χρόνια για να εμφανιστεί. Οι επαγγελματίες για μεγάλες περιόδους, καταναλώνουν αρκετή ενέργεια αλλά και συμπόνια στους εξυπηρετούμενους, ενώ βλέπουν ότι οι προσπάθειες τους ενώ πολλές φορές δεν έχουν θετικά αποτελέσματα. Όσο περνάει ο

καιρός, η ικανότητα της ενσυναίσθησης αρχίζει να «ξεθωριάζεται». Θα μπορούσε να πει κάποιος ότι είναι μία «συναισθηματική αποστράγγιση» από τα τραύματα των άλλων (Μάγκα, 2016).

Ο Figley (1995) χρησιμοποιεί τον όρο «συναισθηματική μόλυνση» «emotional contagion» με σκοπό να περιγράψει τη συναισθηματική κατάσταση κατά την οποία ένα άτομο, που παρατηρεί ένα άλλο, βιώνει συναισθηματικές αντιδράσεις παρόμοιες με τις πραγματικές αντιδράσεις του ατόμου που παρατηρεί. Η έκθεση των κοινωνικών λειτουργών στις τραυματικές εμπειρίες των εξυπηρετούμενων κρύβει ένα ρίσκο. Η προσπάθεια να βοηθήσουν τους εξυπηρετούμενους τους χωρίς να ταυτιστούν και να επηρεαστούν είναι κάτι που δύσκολα επιτυγχάνεται. Γι' αυτό πολλές φορές προσπαθούν να αποφύγουν τους εξυπηρετούμενους τους, να αποστασιοποιηθούν και να ασχοληθούν με άλλα πρακτικά ζητήματα. Όμως, το να μην μιλήσουν και να μην αποδεχτούν την ευαλωτότητα τους, δεν τους κάνει ικανότερους επαγγελματίες. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο για τους νέους επαγγελματίες να αποδεχτούν ότι δεν μπορούν να «σώσουν» ή να «θεραπεύσουν» κάποιον ασθενή. Κάποιες φορές η τραυματική εμπειρία του ασθενή οδηγεί στην αναβίωση δικών τους τραυμάτων και συναισθημάτων τρόμου, φόβου και απελπισίας για εμπειρίες και συνθήκες ζωής, τις οποίες δεν μπορούσαν να ελέγξουν στο παρελθόν (Figley, 1995).

Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που βιώνουν κόπωση συμπόνιας λόγω της εργασίας τους, ταυτόχρονα μπορεί να αισθάνονται και επαγγελματική ικανοποίηση για τη βοήθεια που προσφέρουν σε άτομα με ανάγκη. Ωστόσο, η επαγγελματική ικανοποίηση δεν υπάρχει σε μεγάλο βαθμό εξαιτίας της αύξησης του στρες (Μάγκα, 2016).

1.3.1. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

Η κόπωση συμπόνιας είναι μια κατάσταση συναισθηματικής, σωματικής και ψυχικής εξάντλησης, όπου το άτομο νιώθει να έχει περιορισμένες δυνάμεις, να είναι αβοήθητος και γενικά ότι η ζωή του δεν έχει νόημα. Μπορεί να έχει αντιδράσεις που σχετίζονται με τη διαταραχή μετατραυματικού στρες, όπως για παράδειγμα έντονο άγχος, διαταραχές ύπνου και ευερεθιστότητα (Μαγγούλια, 2011). Τα συμπτώματα της κόπωσης συμπόνιας είναι ξαφνικά. Μπορεί να εμφανίζονται μεμονωμένα ή σε συνδυασμό με άλλα συμπτώματα.

Το άτομο με κόπωση συμπόνιας νιώθει έντονα το φόβο και την αγωνία. Οτιδήποτε μπορεί να επαναφέρει στη μνήμη του το τραυματικό γεγονός. Αυτό μπορεί να συμβεί και μέσα από όνειρα και εφιάλτες, στους οποίους το άτομο έχει την ίδια συμπεριφορά με αυτή που είχε και στη πραγματικότητα. Επιπροσθέτως, το άτομο μπορεί να έχει συναισθηματική και σωματική εξάντληση, τάση για απόσυρση, αυξημένες εκρήξεις θυμού, κατάθλιψη και υψηλά επίπεδα στρες. Είναι αρκετά σύνηθες το άτομο να είναι σε υπερ-εγρήγορση και διέγερση. Νιώθει εκνευρισμό με τα πάντα γύρω του και αισθάνεται ότι ο κόσμος δεν είναι ένα ασφαλές μέρος αλλά ένα μέρος που εγκυμονεί πολλούς κινδύνους. Έτσι, θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή επαγρύπνηση για το τι θα του συμβεί. Σύνηθες είναι να νιώθει αβοήθητος και σε σύγχυση ενώ προσπαθεί να απομονωθεί από όλους. Ακόμη, νιώθει μία αρνητικότητα και δυσπιστία (Gough, 2007). Προσπαθεί να αποφύγει οτιδήποτε του θυμίζει το τραυματικό γεγονός. Ακόμη, μπορεί να έχει καταστροφικές ιδέες παρόμοιες με αυτές που βίωσαν οι εξυπηρετούμενοι του (Conrad & Kellar-Guenther, 2006). Εμφανίζεται μειωμένη ικανότητα ενσυναίσθησης, μειωμένο ενδιαφέρον και ικανοποίηση από την εργασία, αύξηση των απουσιών από την εργασία και μειωμένη ικανότητα στη φροντίδα των εξυπηρετούμενων (Cocker & Joss, 2016). Επίσης, ελλοχεύει ο κίνδυνος για τους επαγγελματίες να κάνουν λανθασμένες επαγγελματικές κρίσεις που μπορεί να αφορούν τη λάθος διάγνωση ή και κακομεταχείριση των εξυπηρετούμενων (Μαγγούλια, 2011). Ο Figley (1995:97), προσθέτει στα συμπτώματα τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, την απάθεια, τον αποπροσανατολισμό αλλά και την τελειομανία. Στις διαπροσωπικές του σχέσεις, αναφέρει την έλλειψη εμπιστοσύνης για άλλα άτομα, την αύξηση των διαπροσωπικών διενέξεων, την έλλειψη υπομονής αλλά και ως γονέας τη τάση του να είναι υπερπροστατευτικός. Στην εργασία του, το άτομο έχει χαμηλό κίνητρο, απάθεια και αρνητικότητα, αποφυγή εργασιών και μειωμένη απόδοση. Άλλα συμπτώματα της κόπωσης συμπόνιας περιλαμβάνουν αυτοκαταστροφικές συμπεριφορές, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών, μειωμένο αίσθημα ελπίδας, δυσκολία συγκέντρωσης αλλά και δυσκολία μνήμης (Gentry & Baranowsky, 2013).

Η Μάγκα (2016) χωρίζει τα συμπτώματα σε τρεις κατηγορίες, τα εργασιακά, τα σωματικά και τα συναισθηματικά.

Εργασιακά: Μειωμένη ικανότητα να αισθάνονται συμπάθεια προς τους εξυπηρετούμενους τους και αποφυγή εργασίας με ορισμένους από αυτούς, συχνή

χρήση αναρρωτικής άδειας, έλλειψη χαράς και ενδιαφέροντος για την εργασία αλλά και απομάκρυνση από τον εξυπηρετούμενο.

Σωματικά: Διαταραχές ύπνου όπως αϋπνία ή υπνηλία, εξάντληση, καρδιακά συμπτώματα όπως πόνος στο στήθος, υπέρταση, αίσθημα παλμών, ζαλάδα, πονοκέφαλος, εφίδρωση, διαταραχές στη τροφή, γαστρεντερικά προβλήματα, πόνοι στις αρθρώσεις, εξασθενημένο ανοσοποιητικό σύστημα.

Συναισθηματικά: Άγχος, ανασφάλεια, ανησυχία, απαισιοδοξία, αυτοκαταστροφική συμπεριφορά, δυσκολία επίλυσης προβλημάτων, αρνητικές σκέψεις από τραύματα ασθενών, ευερεθιστότητα, θυμός, αγανάκτηση, κατάθλιψη, κατάχρηση ουσιών, μειωμένη ικανότητα να νιώσει χαρά, απώλεια προσωπικού ελέγχου, αίσθηση θυματοποίησης από τον ασθενή.

1.3.2 ΔΙΑΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ ΑΠΟ ΑΛΛΕΣ ΕΝΝΟΙΕΣ

Επαγγελματική εξουθένωση

Η επαγγελματική εξουθένωση, είναι ένα «σύνδρομο επαγγελματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και μειωμένης προσωπικής επίτευξης» (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος & Πιλάτης, 2010). Συγκεκριμένα, είναι μια κατάσταση στην οποία το άτομο είναι κυνικό απέναντι στην εργασία του και με αμφιβολίες για τις ικανότητες του να είναι αποδοτικός. Η Stamm (2010) αναφέρει ότι από την κόπωση που προκαλείται από την συμπόνια, δημιουργούνται συναισθήματα εξάντλησης, θυμού, ματαιώσης και κατάθλιψης, δηλαδή συναισθήματα που περιγράφουν την επαγγελματική εξουθένωση.

Χαρακτηριστικά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι το ελλιπές ενδιαφέρον για εργασία και τα αρνητικά συναισθήματα για τους εξυπηρετούμενους. Περιλαμβάνει τρεις σημαντικούς παράγοντες: α) τη συναισθηματική εξάντληση, όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πια ενδιαφέρον για την εργασία του, β) την αποπροσωποποίηση, όπου αποφεύγει τους εξυπηρετούμενους του και έχει αρνητικά αισθήματα γι' αυτούς και γ) την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η επαγγελματική εξουθένωση δεν είναι κάτι που εμφανίζεται ξαφνικά. Δεν υπάρχει κάποιο συγκεκριμένο, μεμονωμένο γεγονός που τη πυροδοτεί αλλά αντίθετα είναι μια μακρόχρονη διαδικασία. Είναι αποτέλεσμα του στρες που

μαζεύεται με τη πάροδο του χρόνου και που «κλέβει» θα έλεγε κάποιος την ενέργεια και τα ψυχικά αποθέματα του επαγγελματία (Μαγγούλια, 2011).

Πολλοί ταυτίζουν τη κόπωση συμπόνιας με την επαγγελματική εξουθένωση, καθώς τα συμπτώματά τους είναι παρόμοια. Ωστόσο, η επαγγελματική εξουθένωση αφορά περισσότερο τις εργασιακές συνθήκες, όπως αύξηση απαιτήσεων, σύγκρουση ρόλων, έλλειψη εποπτείας και επομένως αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την εκδήλωση της κόπωσης συμπόνιας (Ανδρεάδου, 2014). Επίσης, η κόπωση συμπόνιας εμφανίζεται με πιο έντονο και οξύ τρόπο σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση.

Μετατραυματική διαταραχή στρες

Η Μετατραυματική Διαταραχή Στρες (ΜΔΣ) ή Διαταραχή Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες ανήκει στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών άγχους σύμφωνα με την πέμπτη έκδοση του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM (American Psychiatric Association, 2013). Λαμβάνει χώρα όταν το άτομο νιώθει ότι απειλείται η ζωή του ή η ζωή κάποιου αγαπημένου του προσώπου, όπως για παράδειγμα ένας σοβαρός τραυματισμός, ένας βιασμός ή ένας θάνατος. Είναι δηλαδή, το αποτέλεσμα του τραυματικού γεγονότος, το οποίο επιδρά αρνητικά στη ψυχοπαθολογία του ατόμου. Η Καραγιώργου (2019) επιβεβαιώνει ότι αυτές οι καταστάσεις προκαλούν έντονο φόβο, τρόμο και έντονο άγχος και συντελούν στην δημιουργία του ψυχικού τραύματος.

Τα συμπτώματα της ΜΔΣ εμφανίζονται 3-6 μήνες μετά το τραυματικό γεγονός και η διάρκεια και η ένταση τους είναι διαφορετική σε κάθε άνθρωπο. Συνήθως τα άτομα αποφεύγουν να μιλήσουν γι' αυτό αλλά και καταστάσεις που το θυμίζουν. Επίσης, συχνά έχουν εφιάλτες, στους οποίους βιώνουν ξανά το τραυματικό γεγονός. Γενικότερα, έχουν σκέψεις που δεν μπορούν να τις ελέγξουν πάνω σε αυτό. Νιώθουν ένα συναισθηματικό «μούδιασμα» ενώ παρουσιάζουν ευερεθιστότητα, επιθετικότητα, αδυναμία συγκέντρωσης και ανήσυχος ύπνος. Όταν ένα άτομο βιώνει ΜΔΣ σε σοβαρό βαθμό, υπάρχει παράλληλα και ο κίνδυνος να το οδηγήσει και σε άλλες ψυχολογικές διαταραχές όπως κατάθλιψη και διαταραχή πανικού ενώ

παράλληλα να του δώσει διέξοδο στις ναρκωτικές ουσίες και στο αλκοόλ (Κατσαβούνη και Μπεμπέτσος, 2016).

Δευτερογενές τραυματικό στρες

Το Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (ΔΤΣ) περιγράφεται ως παρόμοιο με τη Μετατραυματική Διαταραχή Στρες, μόνο που στην συγκεκριμένη περίπτωση η τραυματική εμπειρία προέρχεται μέσα από την επαφή με το άτομο που την βιώνει. Η εκδήλωση του ΔΤΣ μπορεί να ξεκινήσει αμέσως, αλλά μπορεί να εκδηλωθεί και μερικούς μήνες μετά την τραυματική εμπειρία. Όταν το μετατραυματικό στρες φτάσει τον ένα μήνα, τότε χαρακτηρίζεται οξύ ενώ όταν συνεχίζεται για περισσότερους, μήνες ή χρόνια, τότε είναι χρόνιο (Stamm, 2010).

Το μετατραυματικό στρες αφορά εργαζόμενους που παρέχουν φροντίδα σε άτομα που έχουν βιώσει κάποιο τραύμα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, που εργάζονται καθημερινά με ανθρώπους που βιώνουν το πόνο και τα ψυχικά τους τραύματα, έρχονται αντιμέτωποι όχι μόνο με το φυσιολογικό στρες και τη δυσαρέσκεια για την εργασία τους, αλλά και με τα προσωπικά τους συναισθήματα για τον εξυπηρετούμενο τους. Είναι μία κατάσταση όπου «απορροφούν το τραύμα των πελατών τους με τα μάτια και τα αυτιά τους». Στην πραγματικότητα τραυματίζονται από κάτι δεν έχουν ζήσει πραγματικά (Thompson, 2003).

Τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων, επισημαίνονται, που εμφανίζουν οι εργαζόμενοι που εμφανίζουν δευτερογενές τραυματικό στρες: α) Αναβιώνουν το τραυματικό γεγονός που έζησε το άτομο που φροντίζουν, β) Αισθάνονται μούδιασμα στην σκέψη του τραυματικού γεγονότος και αποφεύγουν την ανάμνηση του, γ) Παρουσιάζουν έντονη διέγερση. Τα συμπτώματα μεταξύ άλλων μπορεί να είναι δυσκολίες ύπνου με φοβικές αντιδράσεις, θύμηση τραυματικών εικόνων και αποφυγή ερεθισμάτων που θυμίζουν το γεγονός (Stamm , 2010).

1.4 ΑΙΤΙΕΣ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΤΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται για μεγάλο διάστημα εκτεθειμένοι στο πόνο και τα βάσανα των εξυπηρετούμενων τους και «αποστραγγίζονται» συναισθηματικά, κάτι που μπορεί να τους οδηγήσει ακόμα και να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους. Για την εμφάνιση της κόπωσης συμπόνιας ενοχοποιούνται πολλοί παράγοντες ατομικοί και εργασιακοί (Lamendola, 1996).

Ατομικοί παράγοντες

Όσον αφορά τους ατομικούς παράγοντες κινδύνου εμφάνισης της κόπωσης συμπόνιας, ένας από αυτούς είναι το ιστορικό προσωπικών τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική ηλικία ή και πιο μετά. Έτσι για παράδειγμα, όταν κάποιος είχε κατά το παρελθόν μία τραυματική εμπειρία την οποία δεν αντιμετώπισε αποτελεσματικά, τότε είναι πολύ πιθανό στο μέλλον όταν θα έχει να αντιμετωπίσει εξυπηρετούμενους με κάποιο παρόμοιο τραύμα, να ανασυρθούν αναμνήσεις και να εμφανιστεί το σύνδρομο (Cornille & Meyers, 1999). Άλλοι ερευνητές, διαφωνούν, καθώς υποστηρίζουν ότι ένα παρόμοιο τραυματικό γεγονός μπορεί να κάνει τον επαγγελματία πιο δυνατό και να του έχει μάθει τρόπους να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά παρόμοιες καταστάσεις (Robins, et al., 2009). Η Μαγγούλια (2011), υποστηρίζει ότι δυο είναι οι βασικές αιτίες για την ανάπτυξη της κόπωσης συμπόνιας. Η πρώτη είναι το ιστορικό τραυματικών εμπειριών κατά την παιδική και εφηβική ηλικία και η δεύτερη είναι ο τρόπος που χειρίζεται κάποιος τα γεγονότα αυτά. Επίσης, συγκεκριμένοι χώροι και συγκεκριμένες ώρες της μέρας μπορούν να οδηγήσουν στην επαναφορά του τραυματικού γεγονότος. Ακόμη, ένας ήχος ή συγκεκριμένες μυρωδιές μπορούν να πυροδοτήσουν το ίδιο αποτέλεσμα. Στους ατομικούς παράγοντες υπολογίζεται ακόμη, η χαμηλή κοινωνική υποστήριξη αλλά και η ανικανότητα αντιμετώπισης των απαιτήσεων της παροχής φροντίδας. Επιπροσθέτως, στους παράγοντες συμπεριλαμβάνεται η αδυναμία του επαγγελματία να λέει «όχι». Τέλος, στην κατηγορία των ατομικών παραγόντων συμπεριλαμβάνονται, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η ηλικία αλλά και τα χρόνια προϋπηρεσίας του κοινωνικού λειτουργού (Arvay, 2001).

Εργασιακοί παράγοντες

Σίγουρα όταν μιλάει κάποιος για τις αιτίες, δεν μπορεί να μην συμπεριλάβει τους εργασιακούς παράγοντες. Κανείς δεν μπορεί να αμφιβάλει ότι η εργασία από τη

φύση της είναι δύσκολη. Ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός, πολλές φορές, έχει να κάνει με ανεπίλυτα προβλήματα των εξυπηρετούμενων (Gentry & Baranowsky, 2013). Ένας σημαντικός παράγοντας, που πρέπει να επισημανθεί, είναι η συναισθηματική ταύτιση του με τον εξυπηρετούμενο. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι όσο περισσότερο προσπαθεί ο κοινωνικός λειτουργός να συναισθανθεί την κατάσταση του εξυπηρετούμενου, σε συνδυασμό με το να μη δίνει προτεραιότητα στις ανάγκες του, τόσο περισσότερο από τη μία θα τον βοηθήσει στην εργασία του αλλά και από την άλλη θέτει σε κίνδυνο τον εαυτό του στη κόπωση συμπόνιας (Figley, 1995a).

Οι Conrad & Kellar-Guenther (2006) συμφωνούν ότι όσο περισσότερη ενσυναίσθηση έχουν οι θεραπευτές με τους εξυπηρετούμενους τους, τόσο πιο πιθανό είναι να εσωτερικεύσουν το τραύμα των εξυπηρετούμενων τους. Πολλοί ισχυρίζονται ότι είναι αναπόφευκτο αποτέλεσμα όταν εργάζεται κάποιος με τραυματισμένα άτομα. Έχουν, όπως αναφέρει ο Cerney (1995), μία «ψυχική υπερχειλίση», με αποτέλεσμα να χάνουν την ικανότητα τους να είναι αποτελεσματικοί. Η Keidel (2002) επιβεβαιώνει ότι η συνεχής επαφή με εξυπηρετούμενους που βιώνουν τραυματικά γεγονότα, όπως βιασμοί, κακοποιήσεις, θάνατοι, ανίατες ασθένειες, έχει επιπτώσεις στους αμυντικούς μηχανισμούς του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού και κατά συνέπεια και στις ικανότητες του να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε τραυματικό γεγονός.

Στους εργασιακούς παράγοντες, επίσης, συγκαταλέγονται ο αυξημένος φόρτος εργασίας και οι σχέσεις με συναδέλφους (Frank & Karioth, 2006). Ταυτόχρονα, επισημαίνεται ότι και τα ωράρια εργασίας διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο καθώς θεωρείται ότι οι βραδινές βάρδιες αυξάνουν τη πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου. Ακόμη, η έλλειψη εποπτείας, η υπερφόρτωση περιστατικών σε συνδυασμό με την έλλειψη δομών, η πολύωρη εργασία και εξάντληση, αποτελούν επίσης σημαντικούς παράγοντες εκδήλωσης του φαινομένου (Gentry & Baranowsky, 2013).

1.5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

Σύμφωνα με τον Wood (1990) τα στάδια ανάπτυξης του συνδρόμου είναι τέσσερα.

1^ο στάδιο – Στάδιο Φανατισμού (zealot phase)

- το άτομο είναι πρόθυμο να επιλύσει προβλήματα, είναι ενθουσιώδες
- Επιλύει προβλήματα
- Επιδεικνύει υψηλά επίπεδα ενθουσιασμού

2^ο στάδιο – Στάδιο της ευερεθιστότητας (irritability phase)

- το άτομο αρχίζει να βρίσκεται σε σύγχυση,
- έχει μειωμένη συγκέντρωση
- υποτίμηση αλλά και αποφυγή των εξυπηρετούμενων του
- Απλοποίηση χρονοβόρων διαδικασιών
- Ακατάλληλο χιούμορ
- Απομάκρυνση από φίλους και συναδέλφους

3^ο στάδιο – Στάδιο της απόσυρσης (withdrawal phase)

- οι εξυπηρετούμενοι θεωρούνται ενοχλητικοί
- το άτομο δεν θέλει να μιλάει για την εργασία του
- παραμέληση του εαυτού του αλλά και των άλλων ατόμων γύρω του (φίλοι, οικογένεια)
- Αποφεύγει το δικό του πόνο και τη θλίψη

4^ο στάδιο – Στάδιο του ζωντανού-νεκρού (zombie phase)

- Η απόγνωση μετατρέπεται σε οργή
- αποστασιοποίηση από τους εξυπηρετούμενους
- δεν έχει υπομονή, αίσθηση του χιούμορ αλλά ούτε και χρόνο για διασκέδαση
- Θεωρεί τους άλλους ανίκανους ή αμαθείς

1.6 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

Η κόπωση συμπόνιας είναι ένα σύνδρομο που επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό τη ψυχική υγεία του κοινωνικού λειτουργού ενώ παράλληλα υποβαθμίζεται ολόκληρη η ποιότητα της ζωής του. Οι επιπτώσεις της κόπωσης συμπόνιας αφορούν τις προσωπικές σχέσεις του ατόμου, την παραγωγικότητα στην εργασία, σωματικές επιπτώσεις, επιπτώσεις στη συμπεριφορά, στο πνεύμα και στη νόηση, όπως παρουσιάζονται στη συνέχεια (Μαγγούλια, 2011).

Προσωπικές σχέσεις: απομόνωση από το κοινωνικό περιβάλλον, μοναξιά, αύξηση διαπροσωπικών συγκρούσεων, μειωμένο ενδιαφέρον για στενές σχέσεις και σεξουαλική επαφή, δυσπιστία, θυμός, αδιαλλαξία

Εργασία: αποφυγή εργασιών, αδιαφορία, διαμάχες με τους συναδέλφους, χαμηλή παραγωγικότητα, εγκατάλειψη εργασίας ή απόλυση

Σωματικές: προβλήματα υγείας, πόνοι στις αρθρώσεις, πονοκέφαλοι, εξασθένηση ανοσοποιητικού συστήματος, κούραση, ταχυκαρδία,

Συμπεριφορά: έλλειψη κοινωνικότητας, διαμάχες με κοινωνικό περιβάλλον, διαταραχές ύπνου, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ουσιών

Πνεύμα: αμφιβολίες για το νόημα της ζωής, έλλειψη πίστης, αμφισβήτηση θρησκευτικών πεποιθήσεων

Νόηση: χαμηλή αυτοεκτίμηση, δυσκολία λήψης αποφάσεων, δυσπιστία, απαισιοδοξία, τελειομανία, απάθεια, αυστηρότητα

Η κόπωση συμπόνιας, λοιπόν, αποτελεί πρόκληση για την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας να παρέχουν φροντίδα στους εξυπηρετούμενους. Γι' αυτό είναι σημαντικό να ενημερωθούν οι επαγγελματίες για τους κινδύνους που εμπεριέχονται στην εμπλοκή με άτομα που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός (Μάγκα, 2016).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο : Η ΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ

2.1 Η ΘΕΤΙΚΗ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑ ΩΣ ΜΕΣΟ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

Η Θετική Ψυχολογία είναι ένας νέος σχετικά επιστημονικός κλάδος της Ψυχολογίας και θεμελιωτής της είναι ο Martin Seligman το 1988. Η Θετική Ψυχολογία δεν εστιάζει στους παθολογικούς παράγοντες που προκαλούν ψυχολογικές δυσκολίες αλλά αντίθετα με τους παράγοντες που προωθούν τη ψυχική υγεία. Ασχολείται με τις θετικές υποκειμενικές εμπειρίες (ικανοποίηση, χαρά, ευτυχία) και με τις εποικοδομητικές πεποιθήσεις για το μέλλον (αισιοδοξία, ελπίδα, πίστη). Σε ατομικό επίπεδο, ασχολείται με τα θετικά χαρακτηριστικά του ατόμου και πως αυτά μπορούν να αναπτυχθούν (θάρρος, ευγνωμοσύνη, ικανότητα να συγχωρείς) ενώ σε ομαδικό επίπεδο, ασχολείται με τις ικανότητες που είναι σημαντικές για τη συνοχή και τη καλή λειτουργία τη ομάδας (αλtruισμός, υπευθυνότητα). Άλλες βασικές έννοιες είναι αυτή της ψυχολογικής ροής, το απολαμβάνεις και της ψυχικής ανθεκτικότητας, που θα παρουσιαστεί παρακάτω. Οι έννοιες αυτές ενδυναμώνουν το άτομο και συμβάλλουν στην ανάπτυξη του (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011) Ταυτόχρονα, η Θετική Ψυχολογία εξετάζει τους παράγοντες που οδηγούν τα άτομα και τις κοινωνίες να «ανθίζουν» (Seligman & Csikszetmihalyi, 2000).

Οι Sheldon και King (2001) αναφέρουν ότι:

«Η Θετική Ψυχολογία δεν είναι τίποτα παραπάνω από την επιστημονική διερεύνηση ανθρωπίνων ικανοτήτων και αρετών. Η Θετική Ψυχολογία επαναφέρει στο επίκεντρο τον κανονικό μέσο άνθρωπο, με απώτερο στόχο να κατανοήσει τι φέρει αποτέλεσμα γι' αυτόν, πώς αναπτύσσεται και πώς μπορεί να βελτιωθεί. Προσπαθεί να εξετάσει τη φύση της προσαρμοστικότητας και των εκμαθημένων ικανοτήτων. Διερωτάται σχετικά, με το πώς η πλειοψηφία των ανθρώπων, παρά τις αντιξοότητες, καταφέρνει να επιβιώνει με αξιοπρέπεια, διατηρώντας μία αίσθηση σκοπού, Επομένως, η Θετική Ψυχολογία ενσαρκώνει μία τάση των ψυχολόγων να προσεγγίσουν και να κατανοήσουν τις ανθρώπινες δυνατότητες, τα κίνητρα και τα συναισθήματα».

Για τον Seligman είναι πολύ σημαντικό το αίσθημα της ευζωίας, το οποίο διαφοροποιεί από την έννοια της ευδαιμονίας. Θεωρεί ότι το ευ-ζην βασίζεται σε πέντε πυλώνες στο πρότυπο PERMA. Η λέξη PERMA σχηματίζεται από τα αρχικά πέντε βασικών λέξεων: 1. Positive Emotion (Θετικό συναίσθημα), 2. Engagement (Εμπλοκή), 3. Relationships (Σχέσεις), 4. Meaning (Νόημα), 5. Accomplishment (Πραγματοποίηση). Τα στοιχεία αυτά είναι βασικά συστατικά για την ευζωία των ατόμων και για να είναι ικανοποιημένοι από τη ζωή. Σε αυτούς τους πέντε βασικούς πυλώνες οικοδομείται μία ευτυχισμένη ζωή (Kalaitzaki & Hammond, 2016).

Συγκεκριμένα, η ψυχική ανθεκτικότητα θεωρείται ότι μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό εργαλείο ώστε να περιοριστούν οι αρνητικές επιδράσεις των στρεσογόνων παραγόντων στη ψυχική υγεία και να οδηγήσει το άτομο στην ευζωία. Δρα προστατευτικά στον κίνδυνο να αναπτύξει το άτομο δευτερογενές τραυματικό στρες αλλά και να εκδηλώσει κόπωση συμπόνιας (Γιανναράκη, 2013).

2.1.1 Η ΨΥΧΙΚΗ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑ

Πολλές έρευνες έχουν δείξει ότι οι άνθρωποι μπορούν να διατηρήσουν τη ψυχική τους υγεία και το ευ-ζην παρ' όλες τις αντιξοότητες που βιώνουν. Η ψυχική ανθεκτικότητα (resilience) είναι η θετική προσαρμογή των ατόμων παρά τις αντίξοες συνθήκες, όπως μία ασθένεια ή μία φυσική καταστροφή (Κουδιγκέλη, 2017). Οι Rirkín και Hooperman (1991) ορίζουν την ψυχική ανθεκτικότητα ως την «ικανότητα του ατόμου να αναγεννάται, να επανέρχεται, να προσαρμόζεται με επιτυχία στο περιβάλλον παρά τις αντιξοότητες και να αναπτύσσει κοινωνική, ακαδημαϊκή και επαγγελματική επάρκεια παρά την έκθεσή του σε έντονο στρες ή απλά σε αγχογόνες καταστάσεις που διέπουν και είναι εγγενείς στον σύγχρονο κόσμο».

Αρχικά ο όρος ψυχική ανθεκτικότητα χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1970, για να δώσει μία εξήγηση πως τα παιδιά που μεγάλωναν σε παθογόνα οικογενειακά περιβάλλοντα κατάφερναν να επιβιώσουν από αυτή την εμπειρία και δεν παρουσίαζαν κάποια ψυχοπαθολογία, ενώ κάποια άλλα εκδήλωναν σοβαρά ψυχολογικά προβλήματα. Έτσι, η ψυχική ανθεκτικότητα ορίστηκε ως το αποτέλεσμα των φυσιολογικών μηχανισμών προσαρμογής (Σταλίκας & Μυτσκίδου, 2011). Η έρευνα της ψυχικής ανθεκτικότητας έχει βασιστεί κυρίως στην επίδραση που έχουν τα τραυματικά γεγονότα στον ψυχικό κόσμο του ατόμου, καθώς είναι μία από τις

αντιδράσεις στις τραυματικές εμπειρίες (Κουδιγκέλη, 2017).

Ο Bonanno (2008), ισχυρίζεται ότι η ανθεκτικότητα αποτελείται από πολλά στοιχεία, όπως αντοχή, αυτό-ενίσχυση, θετικό συναίσθημα και γέλιο. Οι Parks, Tugade, Hokes, Honomichl & Zilca (2018) θεωρούν ότι η ανθεκτικότητα περιλαμβάνει τρία βασικά συστατικά, την αισιόδοξη σκέψη, την επιτυχημένη προσαρμογή στο στρες και τη τάση να βιώνει κάποιος θετικά συναισθήματα παρά τις αντιξοότητες που συμβαίνουν.

Η Reivich και συνεργάτες (2002) υποστηρίζουν ότι η ψυχική ανθεκτικότητα περιλαμβάνει επτά δεξιότητες, οι οποίες είναι επίκτητες και δίνουν τη δυνατότητα στο άτομο να παραμείνει ανθεκτικό. Οι δεξιότητες αυτές είναι:

- Ικανότητα ελέγχου και ρύθμιση του συναισθήματος
- Ικανότητα ελέγχου των παρορμήσεων (το άτομο περιμένει πριν δράσει)
- Αισιοδοξία
- Ευέλικτη σκέψη (εξέταση προβλήματος από πολλές οπτικές)
- Ενσυναίσθηση
- Αυτοαποτελεσματικότητα (το άτομο έχει εμπιστοσύνη στην ικανότητα του να λύσει τα προβλήματα του – γνωρίζει ποια είναι τα δυνατά και αδύνατα σημεία του και στηρίζεται στις δυνάμεις του)
- Ικανότητα ρίσκου (τα ανθεκτικά άτομα, παίρνουν το ρίσκο να δοκιμάσουν νέα πράγματα, αφού θεωρούν ότι και η αποτυχία είναι μέρος της ζωής)

Η Reivich (2011) τονίζει ότι δεν χρειάζεται κάποιο άτομο να έχει όλα τα παραπάνω χαρακτηριστικά ώστε να θεωρηθεί «ανθεκτικό». Το μόνο που χρειάζεται είναι να εντοπίσει ποια από αυτά τα στοιχεία έχει σε μεγάλο βαθμό και να τα αναπτύξει.

Η ψυχική ανθεκτικότητα, λοιπόν δεν είναι ένα εγγενές χαρακτηριστικό της προσωπικότητας αλλά ένα σύνολο ικανοτήτων και συμπεριφορών που μπορούν να μαθευτούν και να αναπτυχθούν (Μιλής, 2015). Σύμφωνα με τον Σταλικά & Μυτσκίδου (2011), έχουν γίνει διάφορα «κύματα ερευνών» που προσπαθούν να κατανοήσουν τη ψυχική ανθεκτικότητα. Το πρώτο κύμα ερευνών ισχυρίζεται ότι η ανθεκτικότητα δίνει έμφαση στα θετικά και δυνατά στοιχεία του χαρακτήρα αλλά και στον υποστηρικτικό ρόλο που είχαν τα άτομα από το φιλικό – οικογενειακό περιβάλλον. Δεν δίνεται λοιπόν έμφαση στις παθογόνες καταστάσεις και στην

ψυχοπαθολογία του ατόμου. Το δεύτερο κύμα ερευνών αποδέχτηκε την προηγούμενη άποψη και συμπλήρωσε ότι σε κάποια πλαίσια διάφοροι παράγοντες μπορούν να δράσουν προστατευτικά ενώ σε άλλα όχι. Ένα τρίτο κύμα ερευνών αναφέρει ότι υπάρχουν δύο απόψεις για την ανθεκτικότητα. Σύμφωνα με τον Richardson (2002), διερευνήθηκαν οι έμφυτες κινητήριες δυνάμεις που έχουν όλα τα άτομα και τους βοηθούν να ξεπερνούν τα προβλήματα τους. Κατέληξε ότι τα άτομα έχουν ανάγκη από κάποιου είδους ενέργεια. Γι' αυτό αναφέρθηκε στη χρήση εννοιών όπως της φιλοσοφίας, της φυσικής, της ψυχολογίας. Η δεύτερη άποψη διαμορφώθηκε από τους Masten και Wright (2010), κατά την οποία θεωρείται ότι υπάρχουν δραστηριότητες και εφαρμογές που αυξάνουν την ψυχική ανθεκτικότητα, όπως η αποτελεσματική γονική λειτουργία, η εμπλοκή στο σχολείο και οι γνωστικές λειτουργίες που δρουν προστατευτικά. Τέλος, το τέταρτο κύμα ερευνών περιλαμβάνει μελέτες των γονιδίων, της νευροσυμπεριφορικής ανάπτυξης και της στατιστικής για την καλύτερη κατανόηση των διαδικασιών που οδηγούν στην ανθεκτικότητα.

Επίσης, το άτομο μπορεί να χρησιμοποιήσει την ανθεκτικότητα του σε κάποιες συγκεκριμένες καταστάσεις ενώ σε άλλες όχι. Έτσι, για παράδειγμα, μπορεί να είναι ανθεκτικό στις ακαδημαϊκές του επιδόσεις αλλά όχι στις διαπροσωπικές του σχέσεις (Καραγεωργοπούλου, Κουνουγάκη & Τσιάκα, 2016). Ο Μιλής (2015), επίσης, επιβεβαιώνει ότι κάποιο άτομο μπορεί να εμφανίζει μεγαλύτερη ανθεκτικότητα σε κάποιες δυσχερείς καταστάσεις ή κάποιους τομείς της ζωής του (όπως π.χ. απόλυση, διαπροσωπικές σχέσεις, ακαδημαϊκές επιδόσεις) και όχι σε άλλους (όπως π.χ. θάνατος, μακροχρόνια ανεργία) (Μιλής, 2015).

Η Κουδιγκέλη (2017) ισχυρίζεται ότι η ανθεκτικότητα είναι ένα χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου, σε αντίθεση με την άποψη ότι αποτελεί μία δυναμική διαδικασία. Όταν η ανθεκτικότητα αναφέρεται στη δυναμική διαδικασία, τότε απαραίτητη είναι η ύπαρξη αντιξοότητας. Η ύπαρξη αντιξοότητας δεν είναι απαραίτητο στη περίπτωση που λογίζεται ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας.

Σε ένα τραυματικό γεγονός, σημαντικό ρόλο διαδραματίζει εκτός από την ανθεκτικότητα του ατόμου, και το επίπεδο του κινδύνου που εκτέθηκε το άτομο. Ωστόσο, πρέπει να ληφθεί υπόψη ότι κάθε άτομο αντιλαμβάνεται με διαφορετικό τρόπο τον κίνδυνο. Για παράδειγμα, μπορεί να βιώνει ένα γεγονός ως φοβερά επικίνδυνο και τραυματικό ενώ στη πραγματικότητα να μην είναι. Άσχετα, με το

μέγεθος του κινδύνου, η αποτελεσματική αντιμετώπιση του γεγονότος ενισχύει θετικά το άτομο. Σύμφωνα με έρευνες οι ψυχικά ανθεκτικοί άνθρωποι βλέπουν τους κινδύνους ως ευκαιρίες για ανάπτυξη και όχι τόσο ως απειλή (Γιανναράκη, 2013).

Η ψυχική ανθεκτικότητα δεν είναι μόνο ένα ψυχολογικό φαινόμενο, καθώς αντανακλάται σε μεγάλο βαθμό και στην σωματική υγεία, με την έννοια ότι βοηθά τις σωματικές λειτουργίες (όπως η καρδιαγγειακή) να ανακάμψουν γρήγορα στα φυσιολογικά επίπεδα, μετά από μια αρνητική εμπειρία. Τα άτομα που εμφανίζουν υψηλή ψυχική ανθεκτικότητα σε σύγκριση με τα άτομα χαμηλής ψυχικής ανθεκτικότητας φαίνεται να αναγνωρίζουν τα αρνητικά γεγονότα ως προκλήσεις και βρίσκουν θετικό νόημα σε αυτές. Συχνά, η ανθεκτικότητα είναι μια διαδικασία που εμφανίζεται μετά από πολλά χρόνια αφότου έχει συμβεί το τραυματικό γεγονός (Μιλής, 2015).

Από όλα αυτά γίνεται φανερό ότι η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να βοηθήσει στη κατανόηση γιατί ενώ κάποιοι επαγγελματίες βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες στην εργασία τους, δεν βιώνουν τα αρνητικά αποτελέσματα της κόπωσης συμπίεσης αλλά καταφέρνουν να ξεπερνούν το στρες και να αναπτύσσονται. Αυτό είναι αρκετά σημαντικό, διότι ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναπτύξει προληπτικές μεθόδους που θα τον κάνουν ανθεκτικό στις αντιξοότητες και θα τον προφυλάξουν από τους κινδύνους και τα αρνητικά αποτελέσματα της κόπωσης συμπίεσης (Ευθυμιάδου, 2018).

2.1.2 ΜΟΡΦΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Η ανθεκτικότητα μπορεί να πάρει διάφορες μορφές και έχει διαφορετικές διαστάσεις (Masten & Wright, 2010):

- α) Έννοια της Αντίστασης: διατήρηση της φυσικής λειτουργίας του ατόμου πριν και μετά την έκθεση του ατόμου στο τραυματικό γεγονός.
- β) Έννοια της Ανάρρωσης: αναφέρεται στην σταδιακή επαναφορά του ατόμου στην κατάσταση που βρισκόταν πριν την έκθεση του σε μια τραυματική κατάσταση. Το άτομο δηλαδή λυγίζει από την δυσκολία και επαναφέρεται στο τέλος ξανά στην αρχική του κατάσταση.

- γ) Έννοια της Ομαλοποίησης: αφορά ειδικότερα τα παιδιά τα οποία γεννιούνται και μεγαλώνουν μέσα σε μια παθολογική οικογένεια ή σε ορφανοτροφείο αλλά εάν μετακινηθούν σε ένα υγιές περιβάλλον, η ανάπτυξη τους είναι φυσιολογική
- δ) Έννοια της Ανασυγκρότησης: ανασυγκρότηση των αντιλήψεων και των συμπεριφορών του ατόμου προκειμένου να προσαρμοστεί στο τραυματικό γεγονός και να αντέξει μέσα σε αυτό. Μια παρόμοια έννοια της ανασυγκρότησης είναι η μεταμόρφωση (Masten & Wright, 2010).

2.1.3 ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΑΠΟΚΤΗΣΗΣ ΑΝΘΕΚΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Υπάρχουν ορισμένες τεχνικές που μπορούν να συμβάλλουν στη διατήρηση της καλής ψυχικής κατάστασης του ατόμου, όταν υπάρχει μία συνθήκη που δημιουργεί στρες και γενικότερα όταν διανύει μία δύσκολη κατάσταση στη ζωή του. Αυτές οι τεχνικές, μπορούν επίσης να τον βοηθήσουν να βελτιώσει τη δημιουργικότητα του, την ενέργεια του, με απλά λόγια να είναι ο ίδιος πιο χαρούμενος και πιο παραγωγικός.

Μία σημαντική τεχνική, είναι η υποστήριξη από τα κοινωνικά δίκτυα. Έχει αποδειχτεί ότι οι καλές σχέσεις με την οικογένεια και τους φίλους είναι αρκετές σημαντικές. Όταν ένα άτομο έχει υποστήριξη από τον περίγυρο του, τον βοηθούν, τον στηρίζουν, τον νοιάζονται, τον ακούν όταν το χρειάζεται, ενδυναμώνεται η ανθεκτικότητά του. Ακόμη, η ενεργή συμμετοχή σε διάφορες ομάδες, όπως θρησκευτικές, τοπικές, παρέχουν υποστήριξη στο άτομο και του δίνουν ελπίδα.

Η αντίληψη ότι η κρίση δεν είναι ένα «άλυτο» πρόβλημα, είναι επίσης μία τεχνική απόκτησης ψυχικής ανθεκτικότητας. Πάντα θα υπάρχουν δυσκολίες, προβλήματα και στρεσογόνες καταστάσεις που καλείται το άτομο να αντιμετωπίσει. Όμως, μπορεί να αλλάξει ο τρόπος που αντιδράει το άτομο σε αυτές. Μπορεί μία τωρινή κατάσταση να είναι δύσκολη, όμως εστιάζοντας στη μελλοντική της εξέλιξη, αυτό καθιστά τα πράγματα καλύτερα.

Το άτομο θα πρέπει να κατανοήσει ότι οι αλλαγές είναι αναπόσπαστο και αναπόφευκτο μέρος της ζωής. Το να δεχτεί κάποιος μία δύσκολη και ίσως μη αναστρέψιμη κατάσταση, μπορεί να βοηθήσει στην εστίαση σε καταστάσεις που μπορεί το ίδιο το άτομο να αλλάξει.

Επίσης, οι ευκαιρίες και η ανακάλυψη του εαυτού είναι άλλη μία τεχνική. Όταν κάποιο άτομο έχει να αντιμετωπίσει την απώλεια, πολλές φορές διαπιστώνει στο τέλος, ότι έχει ωριμάσει. Για παράδειγμα, άτομα που έχουν βιώσει τραγωδίες, αναφέρουν ότι συνάπτουν καλύτερες σχέσεις, έχουν αυξημένη εκτίμηση για τη ζωή και μεγαλύτερη αίσθηση δύναμης ακόμη και όταν αισθάνονταν ευάλωτοι.

Παράλληλα, είναι σημαντική η θετική άποψη του εαυτού. Αναπτύσσοντας ο άνθρωπος την σιγουριά και την ικανότητα του να επιλύει τα προβλήματα και να εμπιστεύεται το ένστικτο του, ενισχύεται η οικοδόμηση της ανθεκτικότητας.

Είναι αρκετά σημαντικό, ακόμη, το άτομο να μπορεί να διατηρήσει την ελπίδα του. Ακόμη, και όταν συμβαίνουν οδυνηρά πράγματα, το άτομο να περιμένει ότι δεν θα αργήσουν να συμβούν και καλά πράγματα στη ζωή του, έχοντας ένα όραμα για το τι θέλει να του συμβεί, παρά να κάνει σκέψεις σχετικά με το τι φοβάται να του συμβεί. Κάτι που αρκετοί άνθρωποι αμελούν, είναι η φροντίδα του εαυτού. Είναι πολύ σημαντικό να δίνεται προσοχή στις ανάγκες του ατόμου και να βρει δραστηριότητες που θα του προσφέρουν ηρεμία. Με τακτική άσκηση, κάποιος φροντίζει τον εαυτό του, κρατά το σώμα και το μυαλό του έτοιμο (Ζωγράφου, 2016).

2.2 ΑΛΛΕΣ ΣΤΡΑΤΗΓΙΚΕΣ ΠΡΟΛΗΨΗΣ ΚΑΙ ΘΕΡΑΠΕΙΑΣ ΤΗΣ ΚΟΠΩΣΗΣ ΣΥΜΠΟΝΙΑΣ

Όπως και με άλλα προβλήματα, η πρόληψη είναι καλύτερη από τη θεραπεία. Οι άνθρωποι πρέπει να προσπαθούν να διατηρήσουν μία καλή σωματική και ψυχική υγεία ώστε να έχουν μία καλή ζωή (Μαγγούλια, 2011).

Υπάρχουν διάφορες στρατηγικές για τη πρόληψη και τη θεραπεία για την κόπωση συμπίονιας που χωρίζονται σε δύο επίπεδα, το ατομικό και το οργανωτικό-διοικητικό (Δημητρόπουλο & Φιλίππου, 2008).

Παρεμβάσεις στο ατομικό επίπεδο: Σε αυτό το επίπεδο αναφέρονται οι παρεμβάσεις που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο κοινωνικός λειτουργός.

- Ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης που βιώνει το άτομο, χρειάζεται και την ανάλογη υποστήριξη. Για παράδειγμα, η κόπωση συμπίονιας σε χαμηλό βαθμό μπορεί να αντιμετωπιστεί με στρατηγικές αυτοβοήθειας και υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό περιβάλλον. Όμως σε περίπτωση κόπωσης συμπίονιας σε μεγαλύτερο βαθμό, το οποίο μπορεί να οδηγήσει σε κατάθλιψη ή άλλα προβλήματα, απαιτείται επαγγελματική βοήθεια (Μαγγούλια, 2011). Το πρώτο βήμα είναι η αξιολόγηση των συμπτωμάτων που βιώνει το άτομο με κατάλληλα τεστ. Επίσης είναι πολύ σημαντικό να διερευνηθεί το ιστορικό τραύματος του ατόμου αφού αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την ανάπτυξη του δευτερογενούς τραυματικού στρες (Meyers & Cornille, 2002).

- Τα υποστηρικτικά δίκτυα έχουν μεγάλη σημασία για τη θεραπεία και τη πρόληψη. Οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να ενθαρρύνονται να συμμετέχουν σε ατομική θεραπεία, σε ομάδες υποστήριξης ατόμων με κόπωση συμπίονιας. Ακόμη, είναι σημαντικό να βρουν τρόπους να διαχειρίζονται το στρες τους ενώ ταυτόχρονα είναι σημαντικό να μπορούν να χρησιμοποιούν τη λέξη «όχι» όπου εκείνοι το κρίνουν, προλαμβάνοντας έτσι καταστάσεις που ενδεχομένως να τους δημιουργήσουν στρες (Μαγγούλια, 2011).

- Ενασχόληση με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας, ώστε το άτομο να εκτονωθεί αλλά ταυτόχρονα να προάγει και την επικοινωνία.

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο: αναφέρεται στις δράσεις που θα πρέπει να κάνει ο οργανισμός που εργάζεται ο κοινωνικός λειτουργός

- Οργάνωση ημερίδων με σκοπό την ενημέρωση σε θέματα εργασιακού stress
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης των επαγγελματιών
- Έρευνες σχετικά με το βαθμό κόπωσης συμπίονιας των κοινωνικών λειτουργών στην εργασίας τους, ώστε να διερευνηθεί σε τι βαθμό υφίσταται και ποιοι παράγοντες την προκαλούν
- Ατομική και ομαδική εποπτεία
- Ενίσχυση των συναντήσεων των εργαζομένων, με σκοπό τη βελτίωση των διαπροσωπικών τους σχέσεων

Όλοι οι επαγγελματίες θα επηρεαστούν με κάποιο τρόπο, σε διαφορετικό βαθμό πάντα, από τη φροντίδα που παρέχουν. Κάποιες προτάσεις για τη πρόληψη της κόπωσης συμπόνιας είναι οι εξής: (Μαγγούλια, 2011).

- Ενημέρωση για την έννοια της κόπωσης συμπόνιας και των χαρακτηριστικών της
- Ένταξη της άσκησης στο εβδομαδιαίο πρόγραμμα
- Περιορισμός του αλκοόλ, καφεΐνης, νικοτίνης
- Υιοθέτηση υγιούς τρόπου ζωής
- Ασχολία δημιουργικών δραστηριοτήτων
- Συζήτηση με συναδέλφους
- Λήψη άδειας από την εργασία όταν υπάρχει αίσθηση ανάγκης
- Αφιέρωση χρόνου καθημερινά στην υλοποίηση πραγμάτων που ευχαριστούν
- Σκέψεις για το τι έχει σημασία πραγματικά στη ζωή
- Εστίαση στη θετική σκέψη
- Αναζήτηση επαγγελματικής βοήθειας
- Ζήτηση υποστήριξης από φίλους και συναδέλφους
- Αποφυγή ταινιών με βίαιο περιεχόμενο
- Επίλυση προσωπικών προβλημάτων
- Να επιτρέπεις στον εαυτό σου να θρηνεί όταν συμβαίνουν άσχημα πράγματα στους άλλους
- Να ζεις μία υγιή ισορροπημένη ζωή: τρώγε σωστά, γυμνάσου, ξεκουράσου, διαλογίσου ή προσευχήσου
- Να μάθεις να γελάς
- Να γεμίζεις τις μπαταρίες σου καθημερινά
- Να αντιμετωπίζεις τα αρνητικά σου συναισθήματα
- Εάν νιώθεις αβοήθητος: μπορείς να μοιραστείς τις εμπειρίες σου με άλλους και να προσπαθήσεις να συμμετέχεις σε κοινωνικές δραστηριότητες

- Εάν χάνεις το ενδιαφέρον σου: μπορείς να σχεδιάσεις μια θετική εμπειρία για το μέλλον
- Εάν χάνεις ή παίρνεις βάρος: μπορείς να φτιάξεις τα αγαπημένα σου φαγητά και να κάνεις την ώρα του γεύματος ευχάριστη. Μην καταφεύγεις στο έτοιμο φαγητό.
- Εάν έχεις διαταραχές ύπνου: να πας συγκεκριμένη ώρα για ύπνο και κάνε χαλαρωτικές δραστηριότητες πριν τον ύπνο, όπως διάβασμα ή άκουσμα απαλής μουσικής.
- Εάν νιώθεις νευρικός: να αλλάξεις δραστηριότητες που σε κάνουν νευρικό και να κάνεις άλλες που σε γεμίζουν ενέργεια
- Εάν νιώθεις θυμό: εξέφρασε το θυμό σου με κατάλληλους τρόπους, όπως συζήτηση με φίλους και εκτονώσου με μία σωματική άσκηση

Υπάρχουν και κάποια πράγματα που δεν πρέπει να κάνει κάποιος με κόπωση συμπίονιας:

- Καλό θα ήταν να μην πάρεις κάποια βιαστική σημαντική απόφαση για τη ζωή σου μέχρι να αναρρώσεις πλήρως
- Προσπάθησε να μην κατηγορείς τους άλλους και να προκαλείς διαμάχες. Αυτό θα σε εξαντλήσει περισσότερο
- Καλό θα ήταν να μη μοιράζεις τη θλίψη σου με δυσαρεστημένους συναδέλφους. «Η δυστυχία λατρεύει τη συντροφιά». Είναι το πιο εύκολο πράγμα να αποκτήσει κάποιος τη συνήθεια να παραπονιέται όταν βιώνει κόπωση συμπίονιας και αυτό πρόκειται να χειροτερέψει τα πράγματα
- Καλό θα ήταν να μην προσπαθείς να βρεις εύκολες λύσεις. Η κόπωση συμπίονιας κάνει τα άτομα ευάλωτα σε αλκοόλ, ναρκωτικά, εργασιομανία, συμπεριφορές εξάρτησης. Όλα αυτά δεν βοηθάνε και επεκτείνουν το πόνο.

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

3.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας αποτελεί η μελέτη του φαινομένου της κόπωσης συμπόνιας σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς στην Ελλάδα. Όπως έγινε φανερό από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, το φαινόμενο αυτό δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, και ιδιαίτερα στην ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού, γι' αυτό και η σημαντικότητα της παρούσας έρευνας είναι μεγάλη.

3.2. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΕΣ ΥΠΟΘΕΣΕΙΣ

Οι ερευνητικές υποθέσεις της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι οι εξής:

1) *Οι κοινωνικοί λειτουργοί στην Ελλάδα που εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες, υφίστανται περισσότερο κόπωση συμπόνιας σε σχέση με αυτούς που δεν εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες.*

2) *Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες και είναι περισσότερο ψυχικά ανθεκτικοί, θα έχουν χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης συμπόνιας σε σχέση με αυτούς που εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες αλλά έχουν χαμηλότερα επίπεδα ψυχικής ανθεκτικότητας.*

3.3. ΔΕΙΓΜΑ

Το δείγμα επιλέχθηκε μέσα από μία διαδικασία δειγματοληψίας ευκολίας και αφορούσε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας στην Ελλάδα. Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε σε Google Forms και διανεμήθηκε ηλεκτρονικά σε υπηρεσίες των δήμων (κοινωνική υπηρεσία, κέντρα κοινότητας, κέντρα υποδοχής αστέγων και προσφύγων προγράμματα («Βοήθεια στο Σπίτι»), ειδικά σχολεία, Κ.Ε.Σ.Υ , νοσοκομεία και γηροκομεία της Ελλάδας εκ των οποίων τα περισσότερα βρίσκονται στην Κρήτη.

Τα δημογραφικά στοιχεία του δείγματος παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Συγκεκριμένα, το δείγμα αποτελείται από 129 κοινωνικούς λειτουργούς ως επί το πλείστον γυναίκες (86%). Η πλειοψηφία του δείγματος είναι έγγαμοι ή σε συμβίωση (53.1%) ενώ το μικρότερο ποσοστό (41.4%) άγαμοι. Λίγο παραπάνω από τους μισούς δήλωσαν ότι δεν έχουν παιδιά (57.6%). Το 72.1% των ατόμων έχουν πτυχίο ανώτατης εκπαίδευσης ενώ το 27.9% έχουν μεταπτυχιακές σπουδές.

Επιπροσθέτως, οι περισσότεροι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί δήλωσαν ότι εργάζονται σε ανοιχτές δομών (80.3%) με σύμβαση εργασίας ορισμένου χρόνου (72,8%). Όπως δήλωσαν οι κοινωνικοί λειτουργοί, η δομή όπου εργάζονται απασχολεί καθημερινά πάνω από δέκα άτομα (52.7%), 5-10 άτομα (29.5%) ή 1-5 άτομα (17.8%). Όσον αφορά το ωράριο εργασίας τους, οι περισσότεροι

επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί (94.5%) δήλωσαν ότι είναι πλήρους απασχόλησης ενώ το 89.1% των ατόμων δεν εργάζονται ποτέ νύχτα.

Τέλος, το 91.4% των κοινωνικών λειτουργών απάντησαν ότι έρχονται σε επαφή με άτομα με τραυματικές εμπειρίες. Όσον αφορά τη συχνότητα, το 28.6% έρχεται σε καθημερινή επαφή μαζί τους, το 25.2% συχνά (δηλαδή 2-3 φορές την εβδομάδα), το 16.0% μερικές φορές (1 φορά την εβδομάδα), το 10.1% λίγες φορές (2-3 φορές τον μήνα) ενώ το 20.2% σπάνια.

Πίνακας 3.1: Δημογραφικά Στοιχεία

	Ποσοστό /Μέσος όρος (Τ.Α)
ΦΥΛΟ	
Γυναίκα	86%
Άνδρας	14%
ΗΛΙΚΙΑ	36.9 (±8.4)
ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	
Άγαμος/η	41.4%
Συμβίωση (με ή χωρίς σύμφωνο)	10.9%
Έγγαμος/η	42.2%
Σε διάσταση	0.8%
Χωρισμένος/η	4.7%
ΠΑΙΔΙΑ	
Ναι	42.4%
Όχι	57.6%
ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ	
Αστικός	88.2%
Αγροτικός	11.8%

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Ανώτατη (ΑΕΙ ή ΤΕΙ)	72.1%
Μεταπτυχιακές σπουδές (Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό)	27.9%

ΤΜΗΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Κέντρο κοινότητας	25.6%
«Βοήθεια στο σπίτι»	10.7%
Κοινωνική υπηρεσία δήμου	14%
Κ.Ε.Σ.Υ	4.1%
Νοσοκομείο	12.4%
ΚΕΚΟΙΦ ΑΠΗ	2.5%
Ειδικά σχολεία	4.1%
Γηροκομεία	2.5%
Κέντρο υποδοχής προσφύγων	3.3%
Κέντρο υποδοχής αστέγων	1.7%
Άλλο	19%

ΧΡΟΝΙΑ ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ 4.9 (±6.5)

ΔΥΝΑΜΙΚΟΤΗΤΑ ΦΟΡΕΑ

Κλειστή δομή	19.7% 80.3%
Ανοιχτή δομή	

ΑΡΙΘΜΟΣ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ ΑΤΟΜΩΝ

1-5	17.8%
5-10	29.5%
10 και πάνω άτομα	52.7%

ΝΥΧΤΕΡΙΝΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ποτέ	89.1%
Συχνά	1.6%
Μερικές φορές	9.4%
ΕΠΑΦΗ ΜΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ	
Ναι	91.4%
Όχι	8.6%
ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΕΠΑΦΗΣ ΜΕ ΤΡΑΥΜΑΤΙΣΜΕΝΑ ΑΤΟΜΑ	
Κάθε μέρα	28.6%
Συχνά (2-3 φορές την εβδομάδα)	25.2%
Μερικές φορές (έως 1 φορά την εβδομάδα)	16%
Λίγες (2-3 φορές τον μήνα)	10.1%
Σπάνια (έως 1 φορά τον μήνα)	20.2%

3.4. ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΑ ΕΡΓΑΛΕΙΑ

Χορηγήθηκε ερωτηματολόγιο με τις παρακάτω ενότητες. Η πρώτη ενότητα περιελάμβανε τα **δημογραφικά στοιχεία** των συμμετεχόντων, όπως το φύλο τους, η ηλικία, η οικογενειακή τους κατάσταση, ο τόπος διαμονής τους, το επίπεδο εκπαίδευσης, ο φορέας και το τμήμα εργασίας τους. Επίσης, ζητήθηκε το είδος και η διάρκεια σύμβασης τους, η προυπηρεσία που έχουν στο φορέα και το τμήμα, η δυναμικότητα του φορέα, το ωράριο εργασίας τους αλλά και εάν εργάζονται βράδυ. Τέλος, ρωτήθηκαν πόσους ανθρώπους εξυπηρετούν την ημέρα, εάν εργάζονται με άτομα που έχουν υποστεί κάποιο τραύμα, καθώς και η συχνότητα αυτή σε περίπτωση που απαντήσουν θετικά.

Η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε το ερωτηματολόγιο «**Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής (5^η έκδοση, 2009)**» (Professional Quality of Life:

Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5; ProQOLI Stamm, 2009) για την αξιολόγηση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Το ερωτηματολόγιο αυτό απευθύνεται σε επαγγελματίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, όπως κοινωνικούς λειτουργούς, ψυχολόγους, νοσηλευτές, γιατρούς, δικηγόρους, εκπαιδευτικούς κλπ. Βασίζεται στη θεωρία πως η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των ειδικών που παρέχουν βοήθεια περιλαμβάνει δύο πτυχές, τη θετική και την αρνητική. Η θετική πλευρά αφορά την ικανοποίηση συμπόνιας και η αρνητική την κόπωση συμπόνιας (Ευθυμιάδου, 2018). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 30 ερωτήσεις κλειστού τύπου χωρίζεται σε τρεις υποκλίμακες: α) την ικανοποίηση συμπόνιας (ερωτήσεις: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30), β) την επαγγελματική εξουθένωση (ερωτήσεις: 8, 10, 11, 13, 19, 21 και γ) το δευτερογενές τραυματικό στρες (ερωτήσεις: 5, 9, 23) (Stamm, 2009). Οι απαντήσεις δίνονται σε πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert από το 1 «Ποτέ» έως το 5 «Πολύ συχνά». Οι ερωτήσεις 1, 4, 15, 17, 29 βαθμολογούνται αντίστροφα. Η ερμηνεία των βαθμολογιών είναι η ακόλουθη (Stamm, 2009).

- Βαθμολογία ίση ή μικρότερη από 22: δείχνει χαμηλό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης, επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες.
- Βαθμολογία από 23-41: δείχνει μέτριο επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης, επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες.
- Βαθμολογία ίση ή μεγαλύτερη από 42: δείχνει υψηλό επίπεδο επαγγελματικής ικανοποίησης, επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Στην τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιελήφθηκε το **Ερωτηματολόγιο Σχέσης (Barrett-Lennard Relationship Inventory: Form MO-Emp+)**, το οποίο αναπτύχθηκε από τον Godfrey T. Barrett-Lennard (1962). Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με σκοπό να αξιολογήσει κατά πόσο η στάση του θεραπευτή απέναντι στον ασθενή επηρεάζει τη διαδικασία της θεραπευτικής αλλαγής. Αποτελείται από 24 ερωτήσεις με βαθμολόγηση τύπου Likert από το -3 έως το +3, όπου -3= Όχι, πιστεύω έντονα ότι δεν είναι αλήθεια, +3= Ναι, πιστεύω έντονα ότι είναι αλήθεια (Κώστα, 2018).

Η τέταρτη ενότητα περιελάμβανε το **Ψυχοκοινωνικό Ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (The Copenhagen Psychosocial Questionnaire) ή (COPSOQ)** για τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών συνθηκών, της υγείας και της ευεξίας στο χώρο

εργασίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό κατασκευάστηκε από τους Kristen και Borg (2000) και περιλαμβάνει 30 υποκλίμακες από τις οποίες στη συγκεκριμένη έρευνα επιλέχθηκαν οι εξής, σύμφωνα με την ελληνική απόδοση της Δημητρακάκη (2007):

- 1) Ποσοτικές απαιτήσεις (ερωτήσεις 1-6)
- 2) Πιθανότητες για εξέλιξη (ερωτήσεις 7-10)
- 3) Νόημα στη δουλειά (ερωτήσεις 11-13)
- 4) Δέσμευση στο εργασιακό περιβάλλον (ερωτήσεις 14-17)
- 5) Σαφήνεια στους ρόλους (ερωτήσεις 18-21)
- 6) Σύγκρουση των ρόλων (ερωτήσεις 22-25)
- 7) Κοινωνική υποστήριξη (ερωτήσεις 26-29)
- 8) Ομαδικό συναίσθημα (ερωτήσεις 30-32)
- 9) Ανασφάλεια στην εργασία (ερωτήσεις 33-36)
- 10) Ικανοποίηση στην εργασία (37-40)
- 11) Γενική κατάσταση υγείας (ερώτηση 41) (Δημητρακάκη, 2007).

Όλες οι ερωτήσεις εκτός από τις ερωτήσεις 33-36 που βαθμολογούνται με «Ναι» ή «Όχι» και η αντίστοιχη βαθμολογία είναι 100 και 0, βαθμολογούνται σε πενταβάθμια κλίμακα από το (1=Σε πολύ μεγάλο βαθμό ή Πάντα) έως το (5=Σε πολύ μικρό βαθμό ή Ποτέ/Σχεδόν ποτέ). Βαθμολογούνται αντίστοιχα με το 100, 75, 50, 25 και 0. Ενώ κάποιες από τις ερωτήσεις βαθμολογούνται αντίστροφα. Η συνολική βαθμολογία προκύπτει από τον μέσο όρο των ερωτήσεων της κάθε υποκλίμακας. Ο μέσος όρος των 10 υποκλιμάκων αποτελεί και τη συνολική βαθμολογία του ερωτηματολογίου. Οι υψηλές βαθμολογίες στις περισσότερες κλίμακες αφορούν «υγιή» επίπεδα. Όμως υπάρχουν και κάποιες κλίμακες (π.χ. ποσοτικές απαιτήσεις, στη σύγκρουση ρόλων, στην ανασφάλεια στην εργασία και στη γενικότερη κατάσταση της υγείας) όπου τα υψηλά ποσοστά φανερώνουν μία «μη υγιή κατάσταση» (Μακράκη & Μπαρδάκα, 2007).

Η πέμπτη ενότητα αφορά το ερευνητικό εργαλείο της **Ψυχολογικής Ευημερίας (Psychological Well-being)**. Αναπτύχθηκε από τη ψυχολόγο Carol D. Ryff (1989) με σκοπό να εκτιμήσει το ατομικό επίπεδο του ευ ζην ενηλίκων και εφήβων μέσα από τη

μελέτη των 6 πτυχών της ευημερίας και ευτυχίας, οι οποίες είναι η αυτονομία, η περιβαλλοντική κυριαρχία, η προσωπική ανάπτυξη, οι θετικές σχέσεις με άλλους, ο σκοπός της ζωής, και η αποδοχή του εαυτού. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα έρευνα αποτελεί τη σύντομη έκδοση, η οποία περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις, με βαθμολογία τύπου Likert από το 1 έως το 7, όπου 1= Διαφωνώ πολύ και 7= Συμφωνώ πολύ (<http://sparqtools.org/measuringmobility/>).

Η έκτη ενότητα αφορά την ψυχική ανθεκτικότητα και χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα της Ψυχικής Ανθεκτικότητας (**Resilience Scale**). Η κλίμακα αυτή των Neil και Dias (2001) είναι μία σύντομη έκδοση της κλίμακας ανθεκτικότητας των Wagnild και Young (1993). Περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις ενώ οι απαντήσεις βαθμολογούνται σε μία κλίμακα τύπου Likert από το 1-7, όπου το 1= Διαφωνώ και 7=Συμφωνώ. Οι απαντήσεις αθροίζονται και υπολογίζεται ο μέσος όρος. Όσο υψηλότερη είναι η μέση βαθμολογία τόσο μεγαλύτερη είναι και η ψυχική ανθεκτικότητα του ατόμου (Μακράκη & Μπαρδάκα, 2007).

Στην έβδομη ενότητα περιελήφθηκε το Ερωτηματολόγιο Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση Προβλημάτων (**Coping Orientations to Problems Experienced – COPE**) και συγκεκριμένα η σύντομη έκδοση, η **BRIEF COPE**. Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε από τον Carver και τους συνεργάτες του (1989) με σκοπό να μελετήσει τους τρόπους/ στρατηγικές αντιμετώπισης τους στρες σε διαφορετικά πλαίσια. Η σύντομη ελληνική έκδοση «BRIEF COPE” έχει κατασκευαστεί από τους Kapsou, Panayiotou, Kokkinos και Demetriou (2010) (Ντίνου, Μωραΐτου, Παπαντωνίου, Καλογιαννίδου & Παπαντωνίου, 2013). Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 28 ερωτήσεις με βαθμολογία από το 1 έως το 4, όπου 1=Δεν το κάνω καθόλου και 4 = Το κάνω πολύ.

Οι στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων που χρησιμοποιούνται στο ερωτηματολόγιο είναι η εξής: η αυτο-απόσπαση (ερωτήσεις :1 και 19), η ενεργητική αντιμετώπιση (ερωτήσεις: 2 και 7), η άρνηση (ερωτήσεις: 3 και 8), η χρήση ουσιών (ερωτήσεις: 4 και 11), η χρήση συναισθηματικής υποστήριξης (ερωτήσεις: 5 και 15), η βοήθεια άλλων (ερωτήσεις: 10 και 23), η παραίτηση (ερωτήσεις: 6 και 16), η εκτόνωση (ερωτήσεις: 9 και 21), η θετική αναδιαμόρφωση (ερωτήσεις: 12 και 17), ο σχεδιασμός (ερωτήσεις: 14 και 25), το χιούμορ (ερωτήσεις: 18 και 28), η αποδοχή (ερωτήσεις: 20 και 24), η θρησκεία (ερωτήσεις: 22 και 27) και η αυτό-κατηγορία (ερωτήσεις: 13 και 26). Δεν υπάρχει

συνολική βαθμολογία για όλο το εργαλείο αλλά μόνο για κάθε στρατηγική ξεχωριστά. Όσο μεγαλύτερη είναι η βαθμολογία τόσο περισσότερο χρησιμοποιείται αυτή η στρατηγική αντιμετώπισης του στρες (Μακράκη & Μπαρδάκα, 2007).

Τέλος, η όγδοη ενότητα περιλαμβάνει το **Ερωτηματολόγιο Εργασίας και Ευημερίας (Work & Well-being Survey - UWES)**, το οποίο κατασκευάστηκε από τους Schaufeli και Bakker (2003). Η κλίμακα αυτή περιλαμβάνει 17 ερωτήσεις με βαθμολογία τύπου Likert από το 0 έως το 6, όπου 0= Ποτέ και 6=Πάντα/Κάθε μέρα και που αντανακλούν τις τρεις παραμέτρους της εργασιακής ικανοποίησης, την αφοσίωση (ερωτήσεις: 1,4, 8, 12, 15, 17), την εργασιακή δέσμευση (ερωτήσεις: 2, 5, 7, 10,13) και την απορρόφηση από την εργασία ερωτήσεις: 3, 6, 9, 11, 14, 16) (Schaufeli & Bakker, 2003).

3.5. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΧΟΡΗΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ

Στη συγκεκριμένη ποσοτική έρευνα χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο ως μέσο συλλογής δεδομένων. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά σε κοινωνικούς λειτουργούς, μέσω της εφαρμογής Google Form, ώστε να διευκολυνθεί η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων καθώς τα δεδομένα αποθηκεύονταν αυτόματα με την υποβολή. Συγκεκριμένα, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν ηλεκτρονικά σε 129 επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς σε όλη την Ελλάδα στις υπηρεσίες όπου εργάζονται αλλά και σε ομάδες κοινωνικής δικτύωσης ενώ η διανομή διήρκησε 3 μήνες.

Πριν τη χορήγηση των ερωτηματολογίων οι κοινωνικοί λειτουργοί, που ανταποκρίθηκαν θετικά στη συμπλήρωσή του, ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας καθώς και ότι το παρόν ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο για λόγους εχεμύθειας και προστασίας των προσωπικών τους στοιχείων και ότι η συλλογή των δεδομένων θα χρησιμοποιηθεί μόνο για το σκοπό της συγκεκριμένης έρευνας. Επίσης, ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους είναι εθελοντική. Παράλληλα, τονίστηκε ότι έπρεπε να συμπληρωθούν όλες οι ερωτήσεις.

3.6 ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ

Η μόνη δυσκολία που παρουσιάστηκε κατά την διάρκεια της ερευνητικής διαδικασίας ήταν ο μικρός αριθμός εκδήλωσης ενδιαφέροντος από τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς, παρά το γεγονός ότι ενημερώθηκαν εξ' αρχής για το σκοπό της έρευνας, τη σημαντικότητα της αλλά και τη τήρηση του απορρήτου με σκοπό την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων.

3.7. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα SPSS και συγκεκριμένα η έκδοση 21.0 για την επεξεργασία των στοιχείων. Χρησιμοποιήθηκε ο στατιστικός έλεγχος Mann Whitney, ο Kruskal Wallis και ο Pearson product moment correlation coefficient.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Με σκοπό να διερευνηθεί το πρώτο ερευνητικό ερώτημα, δηλαδή εάν οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες, υφίστανται περισσότερο κόπωση συμπίνας σε σχέση με αυτούς που δεν εργάζονται με περιστατικά με τραυματικές εμπειρίες, χρησιμοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney. Ελέγχθηκε συγκεκριμένα, εάν υπάρχει διαφορά του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης για τους κοινωνικούς λειτουργούς που έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα και εκείνων που δεν έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα. Από τον Πίνακα 4.1, προκύπτει ότι εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους για το δευτερογενές τραυματικό στρες με υψηλότερες τιμές για τους κοινωνικούς λειτουργούς που έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα ($z=-2,624$, $p=0,009$). Όσον αφορά το μέσο

όρο για την επαγγελματική εξουθένωση, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ($z=-1,331, p=0,183$).

Πίνακας 4.1: Διαφορά στην επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών που έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα και εκείνων που δεν έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα

Έλεγχος	Επίπεδα Εξαρτημένης	M.O	Z	Sig
Επαγγελματική Εξουθένωση - Επαφή με Τραυματισμένα Άτομα	Όχι	22	-1.331	0.183
	Ναι	23.69		
Δευτερογενές Τραυματικό Στρες - Επαφή με Τραυματισμένα Άτομα	Όχι	17.7	-2.624	0.009
	Ναι	20.55		

άτομα.

Επίσης, χρησιμοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney, προκειμένου να ελεγχθεί εάν υπάρχει διαφορά στην επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες των κοινωνικών λειτουργών, σε σχέση με τη συχνότητα επαφής των κοινωνικών λειτουργών με τραυματισμένα άτομα. Από τον Πίνακα 4.2, προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους του δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ εκείνων που έρχονται καθόλου/σπάνια και λίγο/πολύ σε επαφή με τραυματισμένα άτομα ($z=-2,511, p=0,12$), όμως υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της επαγγελματικής εξουθένωσης ($z= -2,890, p=0,004$). Συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί που έχουν σπάνια ή καθόλου επαφή με τραυματισμένα άτομα έχουν μικρότερο μέσο όρο ($M.O=21,72$) από ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που έρχονται σε επαφή από λίγο έως πολύ σε καθημερινή βάση ($M.O=24,29$).

Πίνακας 4.2: Διαφορά στην επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες των κοινωνικών λειτουργών που έχουν έρθει σε επαφή με

Έλεγχος	Επίπεδα Εξαρτημένης	M.O	Z	Sig
Επαγγελματική Εξουθένωση - Συχνότητα Επαφής με Τραυματισμένα Άτομα	Καθόλου/ Σπάνια	21.72	-2.890	0.004
	Λίγο/ Πολύ	24.29		
Δευτερογενές Τραυματικό Στρες - Συχνότητα Επαφής με Τραυματισμένα Άτομα	Καθόλου/ Σπάνια	18.75	-2.511	0.12
	Λίγο/ Πολύ	20.99		

τραυματισμένα άτομα όσον αφορά τη συχνότητα επαφής.

Μία άλλη ερευνητική υπόθεση αναφέρεται στο ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που έρχονται σε επαφή με τραυματισμένα άτομα και είναι περισσότερο ψυχικά ανθεκτικοί, θα έχουν και χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης συμπόνιας. Για να διερευνηθεί η παραπάνω ερευνητική υπόθεση, χρησιμοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος του Pearson. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 4.3, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και την επαγγελματική εξουθένωση ($r=-0,568$, $p=0,000$). Επίσης, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και το δευτερογενές τραυματικό στρες ($r=-0,453$, $p=0,000$). Έτσι, όσο μεγαλύτερη είναι η ψυχική ανθεκτικότητα των κοινωνικών λειτουργών, τόσο μικρότερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Ακόμη, εντοπίστηκε σχέση ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε θετική συσχέτιση ($r=0,573$, $p=0,00$). Όσο μεγαλύτερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση, τόσο μεγαλύτερο είναι και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Πίνακας 4.3: Τιμές στατιστικού δείκτη *Pearson product moment correlation coefficient* για τον στατιστικό έλεγχο υπόθεσης για το αν η ψυχική ανθεκτικότητα επηρεάζει την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

	Ψυχική Ανθεκτικότητα	Επαγγελματική Εξουθένωση	Δευτερογενές Τραυματικό Στρες
1. Ψυχική Ανθεκτικότητα	1		
2. Επαγγελματική Εξουθένωση	-0.568**	1	
3. Δευτερογενές Τραυματικό Στρες	-0.453**	0.573**	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Ακόμη, πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος Mann-Whitney, προκειμένου να διερευνηθεί εάν υπάρχουν διαφορές μεταξύ των δύο φύλων ως προς την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.4, δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στους μέσους όρους της επαγγελματικής εξουθένωσης ($z = -1,654$, $p = 0,098$) και του δευτερογενούς τραυματικού στρες ($z = -0,797$, $p = 0,426$), όσον αφορά το φύλο.

Πίνακας 4.4: Διαφορά μεταξύ των δύο φύλων ως προς την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται με άτομα με τραυματικές εμπειρίες.

Έλεγχος	Επίπεδα Εξαρτημένης	M.O	Z	Sig
Επαγγελματική Εξουθένωση - Φύλο	ΑΝΔΡΕΣ	71.79	-1.654	0.098
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	56.09		
Δευτερογενές Τραυματικό Στρες - Φύλο	ΑΝΔΡΕΣ	62.39	-0.797	0.426
	ΓΥΝΑΙΚΕΣ	55.08		

Για να διερευνηθεί εάν η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες διαφέρει ανά τομέα εργασίας για τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται με τραυματισμένα άτομα, χρησιμοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος Kruskal – Wallis. Δημιουργήθηκε μία καινούργια μεταβλητή με 6 νέες κατηγορίες, μετά από ομαδοποίηση τομέων εργασίας. Αυτό συνέβη, ώστε κάθε τομέας να έχει

επαρκές πλήθος παρατηρήσεων, προκειμένου να μπορεί να γίνει ο έλεγχος. Η ομαδοποίηση έγινε με βάση κοινά χαρακτηριστικά που έχουν οι τομείς εργασίας. Έτσι, προέκυψε η μεταβλητή «Τομέας Εργασίας» με αυτές τις κατηγορίες:

- Κέντρα κοινότητας, κοινωνική υπηρεσία δήμων, πρόγραμμα «Βοήθεια στο σπίτι»
- Κ.Ε.Σ.Υ, ειδικά σχολεία
- ΚΕΚΟΙΦ-ΑΠΗ, γηροκομεία
- Κέντρα υποδοχής αστέγων, κέντρα υποδοχής προσφύγων
- Νοσοκομεία
- Άλλο (τομείς που είχαν ελάχιστες παρατηρήσεις)

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος Kruskal – Wallis. Όπως παρουσιάζεται και στον Πίνακα 4.5, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση ($\chi^2=15,430$, $df=5$, $p=0,009$) και στο δευτερογενές τραυματικό στρες ($\chi^2=15,081$, $df=5$, $p=0,010$) ανά τομέα εργασίας.

Πίνακας 4.5: Διαφορά μεταξύ των τμημάτων εργασίας ως προς την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται με άτομα με τραυματικές εμπειρίες.

	χ^2	df	Sig
Επαγγελματική Εξουθένωση - Τομέας Εργασίας	15.430	5	0.009
Δευτερογενές Τραυματικό Στρες- Τομέας Εργασίας	15.081	5	0.010

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκαν έλεγχοι Post Hoc προκειμένου να ελεγχθεί ποιι μέσοι όροι διαφέρουν μεταξύ τους στατιστικά σημαντικά. Συγκεκριμένα, στον

Πίνακα 4.6 φαίνεται ότι, όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ($z=36,748$, $p=0,002$) στους μέσους όρους των ατόμων που εργάζονται στα «ΚΕΣΥ-Ειδικά Σχολεία» (Μ.Ο.=18,25) με αυτούς που εργάζονται στο τομέα εργασίας «Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων» (Μ.Ο=25,42). Επίσης, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($z=-34,958$, $p=0,038$) μεταξύ του τομέα εργασίας «ΚΕΣΥ-Ειδικά Σχολεία» (Μ.Ο=18,25) με το τομέα εργασίας «Κέντρο Υποδοχής Αστέγων-Κέντρο Υποδοχής Προσφύγων» (Μ.Ο=25,17). Επίσης, για την επαγγελματική εξουθένωση, βρέθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά ($z=23,756$, $p=0,009$) μεταξύ του τομέα «Νοσοκομείο» (Μ.Ο=21,64) με το τομέα εργασίας «Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων» (Μ.Ο=25,42). Ακόμη, για την επαγγελματική εξουθένωση, βρέθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά ($z=16,194$, $p=0,045$) των τομέων «Άλλο», δηλαδή άλλων διαφόρων υπηρεσιών (Μ.Ο=23) με το τομέα εργασίας «Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων» (Μ.Ο=25,42).

Πίνακας 4.6: Επαγγελματική Εξουθένωση και Τομέας Εργασίας

Επαγγελματική Εξουθένωση	Μ.Ο	Z	Sig
ΚΕΣΥ-Ειδικά Σχολεία	18.25	36,748	0,002
Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων	25,42		
ΚΕΣΥ-Ειδικά Σχολεία	18.25	-34,958	0,038
Κέντρο Υποδοχής Αστέγων-Κέντρο Υποδοχής Προσφύγων	25.17		
Νοσοκομείο	21.64	23.756	0.009
Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων	25.42		
Άλλο	23	16.194	0.045
Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων	25.42		

Όσον αφορά, το δευτερογενές τραυματικό στρες, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 4.7, εντοπίζεται στατιστικά σημαντική διαφορά ($z=28.205$, $p=0,014$) στους

μέσους όρους των ομάδων που εργάζονται στα «ΚΕΣΥ-Ειδικά Σχολεία» (Μ.Ο=17,38) με το τομέα εργασίας «Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων» (Μ.Ο=22,40). Επίσης, εντοπίστηκε για το δευτερογενές τραυματικό στρες στατιστικά σημαντική αρνητική διαφορά ($z=-34,292$, $p=0,037$) μεταξύ του τομέα εργασίας «ΚΕΣΥ-Ειδικά Σχολεία» (Μ.Ο=17,38) με το τομέα εργασίας «Κέντρο Υποδοχής Αστεγών-Κέντρο Υποδοχής Προσφύγων» (Μ.Ο=24,67). Επίσης, για το δευτερογενές τραυματικό στρες, βρέθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά ($z=20,116$, $p=0,028$) μεταξύ του τομέα «Νοσοκομείο» (Μ.Ο=18,14) με το τομέα εργασίας «Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων» (Μ.Ο=22,40). Ακόμη, για το δευτερογενές τραυματικό στρες, βρέθηκε στατιστικά σημαντικά διαφορά ($z=20,783$, $p=0,008$) των τομέων «Άλλο», δηλαδή άλλων διαφόρων υπηρεσιών (Μ.Ο=17,95) με το τομέα εργασίας «Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων» (Μ.Ο=22,40).

Πίνακας 4.7: Δευτερογενές Τραυματικό Στρες και Τομέας Εργασίας

Δευτερογενές Τραυματικό Στρες	Μ.Ο	Z	Sig
ΚΕΣΥ-Ειδικά Σχολεία	17.38	28.205	0.014
Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων	22.40		
ΚΕΣΥ-Ειδικά Σχολεία	17.38	-34.292	0.037
Κέντρο Υποδοχής Αστεγών-Κέντρο Υποδοχής Προσφύγων	24.67		
Νοσοκομείο	18.14	20.116	0.028
Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων	22.40		
Άλλο	17.95	20.783	0.008
Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων	22.40		

Επιπλέον, για να διερευνηθεί εάν η ηλικία των κοινωνικών λειτουργών που έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα έχει σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες, χρησιμοποιήθηκε στατιστικός έλεγχος του Pearson. Όσον αφορά την επαγγελματική εξουθένωση, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική συσχέτιση με την ηλικία ($r=-0,243$, $p=0,010$), όπως φαίνεται και στον Πίνακα 4.8. Επομένως, όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των

κοινωνικών λειτουργιών, τόσο μικρότερη είναι η επαγγελματική τους εξουθένωση. Όσον αφορά την ηλικία και το δευτερογενές τραυματικό στρες δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική σχέση.

Ακόμη, με τον ίδιο τρόπο, διερευνήθηκε στατιστικός έλεγχος του Pearson ώστε να ελεγχθεί εάν τα χρόνια προϋπηρεσίας στο φορέα έχουν σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες με τα χρόνια προϋπηρεσίας.

Πίνακας 4.8: Έλεγχος για το αν η ηλικία και τα χρόνια προϋπηρεσίας επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

	Επαγγελματική Εξουθένωση	Δευτερογενές Τραυματικό Στρες	Ηλικία	Προϋπηρεσία στο φορέα
Επαγγελματική Εξουθένωση	1			
Δευτερογενές Τραυματικό Στρες	0.573**	1		
Ηλικία	-0.243**	-0.042	1	
Προϋπηρεσία στο φορέα	-0.078	-0.001	0.707**	1

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

Τέλος, διερευνήθηκε η σχέση του τμήματος εργασίας με την ψυχική ανθεκτικότητα. Χρησιμοποιήθηκε έλεγχος του Kruskal-Wallis. Όπως παρουσιάζεται και στον Πίνακα 4.9, υπάρχει διαφορά ανάμεσα στο τμήμα εργασίας και την ψυχική ανθεκτικότητα ($\chi^2=15,341$, $df=5$, $p=0.009$). Συγκεκριμένα, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($z=-31,648$, $p=0,033$,) στους μέσους όρους των ομάδων που εργάζονται στα Κέντρα Υποδοχής Προσφύγων και Κέντρα υποδοχής Αστέγων (Μ.Ο=80.80) και στο τομέα εργασίας «Άλλο» (Μ.Ο=93,76). Επίσης, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($z=-18,462$, $p=0,046$,) στους μέσους όρους των ομάδων που εργάζονται στο «Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων» (Μ.Ο=81,94)

και στο «Νοσοκομείο» ($\mu=89,54$). Τέλος, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ($z=-26,009$, $p=0,001$,) στους μέσους όρους των ομάδων που εργάζονται στο «Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων» ($M.O=81,94$) και στο τομέα εργασίας «Άλλο» ($M.O=93,76$).

Πίνακας 4.9: Έλεγχος για το αν ο τομέας εργασίας επηρεάζει την ψυχική ανθεκτικότητα.

	χ^2	df	Sig
Ψυχική Ανθεκτικότητα - Τομέας Εργασίας	15.341	5	0.009

Πίνακας 5: Έλεγχος για το ποιοι τομείς εργασίας επηρεάζουν την ψυχική ανθεκτικότητα.

	M.O	Z	Sig
Κέντρο Υποδοχής Αστεγών-Κέντρο Υποδοχής Προσφύγων	80.80	-31.648	0.033
Άλλο	93.76		
Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων	81.94	-18.462	0.046
Νοσοκομείο	89.54		
Βοήθεια στο Σπίτι-Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική Υπηρεσία Δήμων	81.94	-26.009	0.001
Άλλο	93.76		

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο : ΣΥΖΗΤΗΣΗ-ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

5.1 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

Ο σκοπός της συγκεκριμένης μελέτης ήταν η διερεύνηση της κόπωσης συμπόνιας στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς στην Ελλάδα. Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την έρευνα, επιβεβαιώνονται σε κάποια σημεία από άλλες έρευνες που διεξήχθησαν κυρίως από ξένους επιστήμονες.

Με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν, όσον αφορά την επαφή των κοινωνικών λειτουργών με τραυματισμένα και μη τραυματισμένα άτομα και την κόπωση συμπόνιας, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους για το δευτερογενές τραυματικό στρες με υψηλότερες τιμές για τους κοινωνικούς λειτουργούς που έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα σε σχέση με τους κοινωνικούς λειτουργούς που δεν έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα. Πράγματι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, επιβεβαιώνεται ότι η επαφή με εξυπηρετούμενους που βιώνουν τραυματικά γεγονότα, όπως βιασμοί, κακοποιήσεις, θάνατοι, ανίατες ασθένειες, έχει επιπτώσεις στους αμυντικούς μηχανισμούς του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού και κατά συνέπεια και στις ικανότητες του να αντιμετωπίσει οποιοδήποτε τραυματικό γεγονός (Keidel, 2002). Σύμφωνα με τον Thompson (2003), οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται καθημερινά με ανθρώπους που βιώνουν το πόνο και τα ψυχικά τους τραύματα, έρχονται αντιμέτωποι με τα προσωπικά τους συναισθήματα για τον εξυπηρετούμενο τους. Είναι μία κατάσταση όπου «απορροφούν το τραύμα με τα μάτια και τα αυτιά τους». Σύμφωνα με τους Chase (2005) και Hooper (2010), αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κόπωσης συμπόνιας έχουν οι επαγγελματίες που εργάζονται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών, σε ψυχιατρικές κλινικές, ογκολογικές κλινικές και σε τμήματα υποστήριξης σεξουαλικά κακοποιημένων ατόμων καθώς έρχονται αντιμέτωποι με ιδιαίτερα τραυματισμένα άτομα, σε αντίθεση με επαγγελματίες που δεν εργάζονται με τραυματισμένα άτομα. Οι έρευνες αυτές αφορούσαν κυρίως νοσηλευτικό προσωπικό.

Επιπλέον, βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών που έχουν καθόλου/σπάνια επαφή με τραυματισμένα άτομα, με τους κοινωνικούς λειτουργούς

που έχουν λίγο/πολύ επαφή με τραυματισμένα άτομα. Συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί που έχουν καθόλου/σπάνια επαφή με τραυματισμένα άτομα, έχουν μικρότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης από ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που έρχονται σε επαφή από λίγο έως πολύ σε καθημερινή βάση. Πράγματι οι Krisman-Scott και McKorkle (2002) και ο McHolm (2006) επιβεβαιώνουν ότι όταν ο επαγγελματίας είναι εκτεθειμένος στον πόνο και το τραύμα των εξυπηρετούμενων του συχνά και για μεγάλη χρονική περίοδο, αυτό τον κάνει ευάλωτο και τρωτό και οδηγείται στην επαγγελματική εξουθένωση. Η Κουδιγκέλη (2017) επιβεβαιώνει ότι βασική αιτία της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η παρατεταμένη έκθεση του επαγγελματία στο στρες, δηλαδή η καθημερινή αντιμετώπιση δύσκολων απαιτήσεων και η καθημερινή πίεση. Δεν εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στους μέσους όρους του δευτερογενούς τραυματικού στρες μεταξύ εκείνων που έρχονται καθόλου/σπάνια και λίγο/πολύ σε επαφή με τραυματισμένα άτομα, σε αντίθεση με ότι αναφέρεται στη βιβλιογραφία. Συγκεκριμένα, η Stamm (2002) υποστηρίζει το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να επιδεινωθεί από συχνές επαφές με τραυματισμένα άτομα και επισκέψεις σε τραυματισμένα περιβάλλοντα.

Επιπροσθέτως, από τα αποτελέσματα εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική αρνητική σχέση ανάμεσα στην ψυχική ανθεκτικότητα και την επαγγελματική εξουθένωση αλλά και με το δευτερογενές τραυματικό στρες. Συγκεκριμένα, όσο μεγαλύτερη είναι η ψυχική ανθεκτικότητα των κοινωνικών λειτουργών, τόσο μικρότερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Από τη βιβλιογραφία επιβεβαιώνεται ότι άτομα που χαρακτηρίζονται από ψυχική ανθεκτικότητα έχουν λιγότερες πιθανότητες να παρουσιάσουν επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες κάτω από στρεσογόνες συνθήκες (Kobasa et al, 1982). Ακόμη, ο Ευθυμιάδου (2018) επιβεβαιώνει ότι η έννοια της ψυχικής ανθεκτικότητας μπορεί να βοηθήσει στη κατανόηση γιατί ενώ κάποιοι επαγγελματίες βιώνουν υψηλά επίπεδα στρες στην εργασία τους, δεν βιώνουν τα αρνητικά αποτελέσματα της κόπωσης συμπίονιας αλλά καταφέρνουν να ξεπερνούν το στρες και να αναπτύσσονται. Αυτό είναι αρκετά σημαντικό, διότι ο κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναπτύξει προληπτικές μεθόδους που θα τον κάνουν ανθεκτικό στις αντιξοότητες και θα τον προφυλάξουν από τους κινδύνους και τα αρνητικά αποτελέσματα της κόπωσης συμπίονιας.

Επίσης, από τα αποτελέσματα δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες ανά φύλο. Στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι κάποιες έρευνες επιβεβαιώνουν ότι δεν υπάρχει σημαντική σχέση του φύλου με την εξουθένωση, ενώ άλλες αναφέρουν ότι οι άνδρες και οι γυναίκες έχουν διαφορετικά επίπεδα εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, η Martin (2000) υποστηρίζει ότι η διαφορά στα δύο φύλα στη κόπωση συμπόνιας, είναι αποτέλεσμα της διαφορετικότητας των συναισθημάτων που διέπουν τα δύο φύλα, καθώς το γυναικείο φύλο είναι περισσότερο επιρρεπές στην έκφραση συναισθημάτων. Ακόμη, ο Arvay (2001) συμφωνεί ότι το φύλο αναφέρεται στους ατομικούς παράγοντες κινδύνου και συγκεκριμένα η κόπωση συμπόνιας είναι συχνότερη για τις γυναίκες. Επίσης, ο Αντωνίου (2006) υποστηρίζει ότι υπάρχει διαφορά στα δύο φύλα και συγκεκριμένα το γυναικείο φύλο είναι πιο επιρρεπές στη κόπωση συμπόνιας, καθώς έχει πολλούς ρόλους να υποστηρίξει, όπως της καλής εργαζόμενης, της καλής συζύγου, της μητέρας και επιπροσθέτως οι ευρύτερες κοινωνικές υποχρεώσεις, την φορτίζουν ψυχολογικά και συναισθηματικά.

Επιπλέον, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην επαγγελματική εξουθένωση και στο δευτερογενές τραυματικό στρες ανά τομέα εργασίας. Συγκεκριμένα, τα υψηλότερα ποσοστά εντοπίζονται στο τομέα εργασίας «Βοήθεια στο Σπίτι -Κέντρο Κοινότητας- Κοινωνική υπηρεσία των Δήμων» και στα «Κέντρα Υποδοχής Αστέγων- Κέντρα Υποδοχής Προσφύγων. Πράγματι, σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, η εργασία με άστεγους και πρόσφυγες, είναι εργασία “πρώτης γραμμής” (Κτίστου, 2016). Waegemakers & Lane, 2019) . Σύμφωνα με την Yeunhee (2017), οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται με πρόσφυγες, είναι εκτεθειμένοι σε μεγάλο βαθμό, στο τραύμα των εξυπηρετούμενων τους, που αφορά τον κατατρεγμό τους και τον κίνδυνο απειλής της ζωής τους, με αποτέλεσμα να τραυματίζονται και οι ίδιοι έμμεσα. Ενώ οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν να αντιμετωπίσουν αυτές τις δύσκολες καταστάσεις, ταυτόχρονα, δεν υπάρχει και η απαιτούμενη στήριξη από το κράτος, για τους εξυπηρετούμενους αλλά και για τους ίδιους, ώστε να αποφορτίζονται συναισθηματικά (Μαγγούλια, 2011). Ακόμη, έχει βρεθεί σε έρευνες, ότι όσοι εργάζονται σε κέντρα αστέγων έχουν μεγαλύτερα επίπεδα κόπωση συμπόνιας από ότι σε άλλες δομές, εξαιτίας του έντονου στρες που βιώνουν από τις δύσκολες καταστάσεις των εξυπηρετούμενων τους (Waegemakers & Lane, 2019). Επίσης, η εργασία των κοινωνικών λειτουργών σε προγράμματα όπως το

«Βοήθεια στο Σπίτι», μπορεί να οδηγήσει σε κόπωση συμπόνιας, αφού μπορεί να προκαλέσει σωματική, ψυχολογική, διανοητική και κοινωνική εξάντληση, καθώς δεν πρόκειται για μία συγκεκριμένη δύσκολη περίπτωση ενός εξυπηρετούμενου αλλά για πολλές και διαφορετικές περιπτώσεις, η κάθε μία με τις δικές της ιδιαιτερότητες (Lynch & Lobo, 2012). Οι κοινωνικοί λειτουργοί έρχονται σε καθημερινή τριβή με περιπτώσεις δύσκολες, όπως άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν, προβλήματα σωματικής και ψυχικής υγείας, ατομικά τραύματα και μέσα από την επαφή με τους εξυπηρετούμενους, ο συνδυασμός όλων αυτών μπορεί να προκαλέσει κόπωση συμπόνιας (Κακαλιάγκα, 2012).

Ακόμη, εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση της ηλικίας με την επαγγελματική εξουθένωση. Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των κοινωνικών λειτουργών, τόσο μικρότερη είναι η επαγγελματική τους εξουθένωση. Στην βιβλιογραφική ανασκόπηση, οι Maslach, Schaufeli και Leiter (2001) επιβεβαιώνουν ότι οι μικρότεροι σε ηλικία φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία, δηλαδή, οι μικρότεροι σε ηλικία, συνήθως, δεν διαθέτουν ιδιαίτερη εργασιακή εμπειρία και έτσι βιώνουν πιο έντονα τις αγχογόνες καταστάσεις. Ο Arvey (2001) επιβεβαιώνει το ίδιο, ότι όσο μεγαλύτερος είναι κάποιος σε ηλικία, έχει την ωριμότητα, την σταθερότητα και την πείρα ώστε να καταφέρει να ανταπεξέρχεται στα διαφορετικά περιστατικά και να μην τα εσωτερικεύει. Ωστόσο, οι Παππά και συν., (2008) υποστηρίζουν ότι ο βαθμός εξουθένωσης είναι ανάλογος της ηλικίας. Όσο δηλαδή, μεγαλύτερος σε ηλικία είναι ο επαγγελματίας, τόσο πιο εύκολα μπορεί να εξουθενωθεί σε σχέση με νεότερους συναδέλφους. Έτσι, σύμφωνα και με την Maslach (1993), υπάρχουν αντιφατικά αποτελέσματα σε έρευνες που έχουν διεξαχθεί και η γενίκευση θα πρέπει να γίνεται με προσοχή. Για παράδειγμα, θα πρέπει να ληφθεί υπόψιν, ότι υπάρχει η πιθανότητα κοινωνικοί λειτουργοί με υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης να παραιτούνται νωρίς από την εργασία τους κι έτσι να παραμένουν στην εργασία εργαζόμενοι με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Αξίζει να αναφερθεί ότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες με τα χρόνια προϋπηρεσίας. Ωστόσο στη βιβλιογραφία αναφέρονται αντιφατικές απόψεις. Από τη μία πλευρά, τα χρόνια προϋπηρεσίας έχουν συσχετιστεί θετικά με τη σοβαρότητα των

συμπτωμάτων του δευτερογενούς τραυματικού στρες (Μανγούλια, 2011). Ομοίως, οι Παππά και συν., (2008) υποστηρίζουν βασιζόμενοι σε έρευνες, ότι τα χρόνια προϋπηρεσίας σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες, καθώς όση περισσότερη εμπειρία έχει ο επαγγελματίας, τόσο ευκολότερο είναι να εξουθενωθεί. Αντίθετα, ο Arvay (2001) υποστηρίζει ότι όσο μεγαλύτερος είναι κάποιος σε ηλικία, έχει την ωριμότητα να αντιμετωπίζει διαφορετικές καταστάσεις χωρίς να τον επηρεάζουν. Στη συγκεκριμένη μελέτη, μία πιθανή εξήγηση στο ότι δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες με τα χρόνια προϋπηρεσίας, μπορεί να είναι το γεγονός ότι δεν υπήρχε μεγάλο εύρος ηλικιών. Το δείγμα της ηλικίας ήταν μικρό, με μέσο όρο τα 36 έτη, κάτι που σημαίνει ότι δεν έχουν συμπληρώσει αρκετά χρόνια υπηρεσίας στο επάγγελμα και δεν έχουν βιώσει ακόμη τις συνέπειες της κόπωσης συμπόνιας, σύμφωνα με την πρώτη άποψη.

6.2 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα μελέτη παρουσιάζει κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι αναφέρονται συνοπτικά. Όσον αφορά την αντιπροσώπευση του δείγματος αποτελεί έναν σημαντικό περιορισμό, αφού θα μπορούσε να αφορά περισσότερους νομούς της χώρας με μεγαλύτερο δείγμα, ώστε τα αποτελέσματα να μπορούσαν να γενικευτούν σε όλη την Ελλάδα.

Η χρήση και ποιοτικών μεθόδων (π.χ. συνεντεύξεις) για τα αίτια της κόπωσης συμπόνιας και πως εκείνοι την αντιλαμβάνονται, θα έδιναν την ευκαιρία στους κοινωνικούς λειτουργούς να ξεδιπλώναν τις σκέψεις τους για το φαινόμενο αυτό και ενδεχομένως να εντοπίζονταν σημαντικές πληροφορίες.

Ακόμη, όσον αφορά το φύλο, δεν υπήρχε αντιπροσωπευτικότητα στο δείγμα, καθώς οι άνδρες αφορούσαν μόλις το 14%. Βέβαια, αυτό δικαιολογείται αν σκεφτεί κανείς ότι το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού απαρτίζεται κατά γενική ομολογία από γυναίκες. Επιπλέον, ορισμένοι κοινωνικοί λειτουργοί, όπως μου επισήμαναν, ένιωθαν ανασφάλεια να αναφέρουν το τμήμα εργασίας τους, αφού αισθάνονταν φόβο μην εκτεθούν.

Έτσι, η γενίκευση των αποτελεσμάτων της συγκεκριμένης έρευνας πρέπει να γίνει με σχετική επιφύλαξη, εξαιτίας των περιορισμών της μελέτης.

6.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Από την παρούσα εργασία μπορούν να εξαχθούν τα εξής συμπεράσματα:

- Οι κοινωνικοί λειτουργοί που έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες από τους κοινωνικούς λειτουργούς που δεν έχουν έρθει σε επαφή με τραυματισμένα άτομα.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί που έρχονται σε συχνή επαφή με τραυματισμένα άτομα, έχουν μεγαλύτερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης από τους κοινωνικούς λειτουργούς που έρχονται λιγότερο συχνά σε επαφή με τραυματισμένα άτομα.
- Όσο μεγαλύτερη είναι η ψυχική ανθεκτικότητα των κοινωνικών λειτουργών, τόσο μικρότερη είναι η επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες που εμφανίζουν.
- Οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε δομές που αφορούν πρόσφυγες, αστέγους, και προγράμματα όπως το «Βοήθεια στο σπίτι» αλλά και στο δήμο, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες από τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε άλλες δομές, όπως τα «ΚΕΣΥ» και τα Ειδικά σχολεία.
- Όσο μεγαλύτερη είναι η ηλικία των κοινωνικών λειτουργών, τόσο μικρότερη είναι η επαγγελματική τους εξουθένωση.

Με βάση τα παραπάνω αποτελέσματα, έγινε φανερό ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί βιώνουν δευτερογενές τραυματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση. Γι' αυτό το λόγο, θα πρέπει να υπάρξει ένα πλαίσιο υποστήριξης τους, με ατομικές και ομαδικές εποπτείες ώστε να συζητούν τα θέματα που τους απασχολούν και να αποφορτίζονται συναισθηματικά αλλά και συνεδρίες με ψυχολόγους ώστε να είναι σε θέση να διαχειρίζονται δικά τους προσωπικά ζητήματα, που αναδύονται από την επαφή με το τραύμα των εξυπηρετούμενων τους. Μέσα από αυτή τη διαδικασία, θα επιτυγχάνεται η έγκαιρη διάγνωση του φαινομένου της κόπωσης συμπόνιας αλλά και η πρόληψή της. Παράλληλα, θα πρέπει να υπάρχει υποστηρικτικό δίκτυο από συγγενείς και

φίλους, ώστε να αποφορτίζονται οι επαγγελματίες και να προλαμβάνεται το φαινόμενο. Ακόμη, είναι σημαντικό να οργανώνονται διάφορες επιμορφωτικές ημερίδες με θέμα την κόπωση συμπίνας, ώστε να υπάρχει ενημέρωση για τα χαρακτηριστικά και τις επιπτώσεις του φαινομένου αλλά και τρόποι πρόληψης. Αξίζει να αναφερθεί, ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει και η υιοθέτηση ενός υγιούς τρόπου ζωής, με άσκηση, περιορισμός του αλκοόλ, αφιέρωση χρόνου στην υλοποίηση πραγμάτων που ευχαριστούν σε καθημερινή βάση και γενικότερα η εστίαση στη θετική σκέψη.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Αθανασοπούλου, Γ.Α. (2014). *Πιλοτική Στάθμιση 2 εργαλείων: της Κλίμακας Επαγγελματικής Κόπωσης/Εξουθένωσης και Ανάρρωσης (OFER) και του Δείκτη Ψυχολογικού Τραύματος (PIRI) σε εργαζόμενους σε κυκλικό ωράριο στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών Γενικών Νοσοκομείων της 6ης ΥΠΕ. Πελοποννήσου-Ιονίων Νήσων-Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.
- Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Πιλάτης, Ι. (2010). *Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημοσίου νοσοκομείου των Αθηνών*. Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών, 131 Α', 109-136.
- Ανδρεάδου, Μ. (2014). *Η ποιότητα επαγγελματικής ζωής εργαζομένων στην ειδική αγωγή και η σχέση της με την συναισθηματική νοημοσύνη*. Διπλωματική Εργασία. Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
- Δελτσίδου, Α. (2019). *Ποιότητα επαγγελματικής ζωής του προσωπικού σε δημόσιο νοσοκομείο της περιφέρειας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
- Δημητρακάκη, Ε. (2007). *Ερωτηματολόγιο για την εκτίμηση του ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος εργασίας* Διαθέσιμο στο: <http://nfa.dk/da/Vaerktoejer/Sporgeskemaer/Copenhagen-Psychosocial-Questionnaire-COPSOQ-II/Engelsk-udgave> [Πρόσβαση 10/4/2019]
- Ευθυμιάδου, Ε. (2018). *Η σχέση ανάμεσα στην αυτοσυμπόνια, την ικανοποίηση από τη συμπόνια, την κόπωση συμπόνιας και την ψυχική ανθεκτικότητα σε δείγμα ελλήνων θεραπευτών*. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Διπλωματική εργασία.
- Καραγεώργου, Β. (2019). *Νευροψυχολογία του άγχους και τεχνικές αντιμετώπισης*. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας. Διπλωματική Εργασία.
- Κατσαβούνη, Φ., Μπεμπέτσος, Ε. (2016). *Διαταραχή μετατραυματικού stress σε πυροσβέστες και πληρώματα ασθενοφόρων μετά από μαζικές απώλειες*

υγείας. Τμήμα Επιστήμης Φυσικής Αγωγής και Αθλητισμού, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης. Κομοτηνή.

- Κοϊνης, Α., Σαρίδη, Μ. (2014). *Εργασιακό στρες και η επίδραση του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών υγείας*. Το βήμα του Ασκληπιού. Τόμος 13, Τεύχος 4.
- Κριθύμου, Ε. & Μανδάλα, Α. (2017) *Η ενσυναίσθηση στην νοσηλευτική φροντίδα*. Πτυχιακή Εργασία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδος.
- Κώστα, Α. (2018). *Η αξιολόγηση των ομαδικών διαδικασιών σε ένα ψυχοεκπαιδευτικό πρόγραμμα για την καλλιέργεια της συγχωρητικότητας σε παιδιά ηλικίας 9 έως 12 ετών*. Μεταπτυχιακή εργασία. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων.
- Μαγγούλια, Π. (2011). *Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές*. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Μάγκα, Ε. (2016). *Διερεύνηση της Κόπωσης Συμπόνιας και εκτίμηση της επίδρασης της στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών των νοσοκομείων της Αττικής «Κοργιαλένιο – Μπενάκειο Ε.Ε.Σ» (Ερυθρός Σταυρός) και Αντικαρκινικό-Ογκολογικό Νοσοκομείο Αθηνών «Άγιος Σάββας»*. Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία. Σπάρτη.
- Μακράκη, Φ., Μπαρδάκα, Α. (2019). *Η επίδραση της ψυχικής ανθεκτικότητας και των στρατηγικών αντιμετώπισης του εργασιακού στρες στην επαγγελματική εξουθένωση εργαζομένων σε υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας*. Πτυχιακή Εργασία. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης.
- Μαλικιώση – Λοίζου, Μ. (2003). *Μια κριτική ματιά στην ενσυναίσθηση*. Ψυχολογία, 1π (2-4): 295-309.
- Μιλής, Π. (2015). *Η βίωση θετικών συναισθημάτων, το νόημα ζωής και η ψυχική ανθεκτικότητα ως προστατευτικοί παράγοντες στην επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών*. Διπλωματική εργασία. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
- Μισουρίδου, Ε. (2012). *Επαγγελματική εξουθένωση - Δευτερογενής Μετατραυματική Διαταραχή Άγχους*. ΤΕΙ Αθήνας.

- Ντίνου, Μ., Μωραΐτου, Δ., Παπαντωνίου, Γ., Καλογιαννίδου, Α., & Παπαντωνίου, Α. (2013). *Ψυχομετρικές ιδιότητες της ελληνικής εκδοχής του Ερωτηματολογίου Προσανατολισμών στην Αντιμετώπιση προβλημάτων*. Διαθέσιμο στο:
(<https://ejournals.lib.auth.gr/psyannals/article/download/4270/4351>)
[Πρόσβαση 10,4/2019]
- Οικονομίδου, Ι. (2007). *Ψυχικό τραύμα και σωματική αποδιοργάνωση*. Διδακτορική Διατριβή. Πάντειο Πανεπιστήμιο Πολιτικών και Κοινωνικών Επιστημών.
- Σταλίκας, Α., Κουδιγκέλη, Φ. & Δημητριάδου, Ε. (2008). *Θετικά Συναισθήματα, Ψυχολογική Ανθεκτικότητα και Μάθηση. Στο ανάπτυξη της Συναισθηματικής Νοημοσύνης μέσα από τη Συνεργατική Μάθηση*. Κυπριακός Σύνδεσμος Συνεργατικής Μάθησης.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Arvay, M.J. (2001). *Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say?* International Journal for the Advancement of Counselling.
- Carver, C. S. (1997). *You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope*. International journal of behavioral medicine, 4(1), 92-100.
- Cerney, M.S. (1995). *Threatening the "heroic theaters"*. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with secondary traumatic stress* (pp.131-149). London: Sage.
- Chochinov, H.M. (2007). *Dignity and the essence of medicine: the A, B, C and D of dignity conserving care*. BMJ, 335, 184-187.
- Conrad, D., Kellar-Guenther, Y. (2006). *Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers*. Child Abuse & Neglect 30, 1071-1080.

- Cornille, T. A. & Meyers, T. N. (1999). *Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors*. *Traumatology*, 5 (1), pp. 3–16.
- Decker, J. T., Bailey, T. L., & Westergaard, N. (2002). *Burnout among childcare workers. Residential Treatment for Children and Youth*, In *Social Work & Christianity. Journal of the North American Association of Christians in Social Work*. (2015). Volume 42, number 1
- Figley, C.R. (1995). *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview*. In: C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. New York: Brunner Mazel, pp. 1-20.
- Frank, D.I. & Karioth S.P. (2006). *Measuring compassion fatigue in public health nurses providing assistance to hurricane victims*. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 4(7), pp. 1-13.
- Gentry, J. E, Baranowsky, A. B. (2013). *Compassion Fatigue Treatment & Resiliency Programs with Legs: The ARP, CFST & CF Resiliency Training*.
- Gough, D. (2007). *Empathizing or falling in the river? Avoiding and addressing compassion fatigue among service providers*. *Jadara*, 40 (3), 13.
- Joinson, C. (1992). *Coping with compassion fatigue*. *Nursing*, 22, 116-122.
- Keidel, G.C. (2002). *Burn out and compassion fatigue among hospice caregivers*. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(3), pp. 200-205.
- Krisman-Scott, M.A. & McCorkle, R. (2002). *The tapestry of hospice*. *Holistic Nursing Practice*
- Lamendola, F. (1996). *Keeping your compassion alive*. *American Journal of Nursing*, 96 (1), pp. 16R–16T.
- Larson, E.B., & Yao, X. (2005). *Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship*. *JAMA*, 293(9), 1100-1106
- Malikiosi - Loizos, M. (2008). *The multicultural dimension of empathy (in Greek)*. Article in *Psychologia*.
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., Katostaras, T., (2015). *Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece*. *Archives of Psychiatric Nursing* 29, 333-338.

- Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter P. M., (2001). *Job Burnout*. Annual Reviews Psychology, 52: 397-422.
- McHolm, F. (2006). *Rx for Compassion Fatigue*. Journal of Christian Nursing, 23(4), pp.12-19.
- Mealer, M.L., Shelton, A., Berg, B., Rothbaum, B. & Moss M. (2007). *Increased prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in critical care nurses*. American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, 175, pp. 693-697
- Neill, J. T., & Dias, K. L. (2001). *Adventure Education and Resilience: The Double-Edged Sword*. Journal of Adventure Education and Outdoor Learning, 1(2), 35-42.
- Pai, A., Suris, A. M., & North, C. S. (2017). *Posttraumatic Stress Disorder in the DSM-5: Controversy, Change, and Conceptual Considerations*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5371751/> [Πρόσβαση 23/5/2019]
- S.P., Odendaal, A. & Roodt, G. (2003). *Organizational Behavior. Global and Southern African Perspectives*. Cape Town: Pearson Education
- Schaufeli, B., W. & Bakker, B., A. (2003). *Occupational Health Psychology Unit*. Utrecht University.
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*, 2ndEd. Pocatello, Διαθέσιμο στο http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Stamm, B. H. (2009). *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*.
- Stamm, B.H., (2005). *The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion fatigue/secondary trauma scales*. Lutherville, MD: Sidran Press. Διαθέσιμο στο: <http://www.isu.edu/~bhstamm>
- Thompson, R. (2003). *Compassion fatigue: The professional ability for caring too much*. In: *The Human Side of School Crises, A Public Entity Risk Institute Symposium*. Διαθέσιμο στο: <http://www.riskinstitute.org/symposiumdocs/CompassionFatigue-PERISymposiumPaper.pdf>

- Wood, S. (1990). *Compassion Fatigue: Caring for the Caregiver (An introductory workshop on Compassion Fatigue)*. Dawson United Methodist Church Wichita, KS, Διαθέσιμο στο https://www.healthfund.org/reportspubs/wood_hcar07_04142007.pdf
- Wharton, T. C., (2008). *Compassion Fatigue: Being an Ethical Social Worker* στο The New Social Worker – The social Work Carrers Magazine.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

- www.proqol.org
- <http://sparqtools.org/measuringmobility/>
- A guide to understanding compassion fatigue by Chris Scanlon https://www.sbbh.pitt.edu/files/audio/podcasts%202113%20fall%202010/Cmpssn_Fatigue_Scanlon.pdf [Πρόσβαση 15/4/2019]
- Ενσυναίσθηση και συμπόνια στη σχέση ιατρού – ασθενούς. https://repository.kallipos.gr/bitstream/11419/5815/1/02_chapter_06.pdf [Πρόσβαση 10/4/2019]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ