

## ΑΝΑΣΚΟΠΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

# ΔΟΥΛΕΥΟΝΤΑΣ ΣΤΟΝ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΟ ΧΩΡΟ: Η ΨΥΧΙΚΗ ΥΓΕΙΑ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΗΣ ΑΠΟΣΤΟΛΗΣ

Τιμολέων Θ. Χαλιαμάλιας<sup>1</sup>, Θεοδούλα Α. Αδαμακίδου<sup>2</sup>

1. Νοσηλεύτης, MSc, PhD© ΓΑΟΝΑ «Ο Άγιος Σάββας», Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

2. Επίκουρος καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής

DOI: 10.5281/zenodo.7771368

Cite as: Chaliamalias, Timoleon Th., & Adamakidou Theodoula. (2022). WORKING IN HUMANITARIAN MISSIONS: THE MENTAL HEALTH OF THE HUMANITARIAN WORKERS. *Perioperative Nursing (GORNA)*, E-ISSN:2241-3634, 11(3), 225–235. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7771368>

## Περίληψη

**Εισαγωγή:** Η συμπόνια κι η ενσυναίσθηση στην ανθρωπιστική δράση κατέχουν έναν πρωταρχικό και μοναδικό ρόλο. Σε μια ανθρωπιστική αποστολή ένας επαγγελματίας υγείας καλείται να ανταπεξέλθει σε ιδιαίτερες συνθήκες και να εργαστεί σε ένα ασταθές και ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον. **Σκοπός** της παρούσας ανασκόπησης ήταν να περιγράψει τον ανθρωπιστικό χώρο ως χώρο εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς επίσης και να περιγράψει τις συνέπειες στην ψυχική υγεία των εργαζομένων στον ανθρωπιστικό χώρο. **Μεθοδολογία:** Εφαρμόστηκε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας στο θέμα του δευτερογενούς τραυματικού στρες και του ηθικού αδιέξοδου σε επαγγελματίες υγείας που απασχολούνται σε ανθρωπιστικές αποστολές. Η αναζήτηση υλοποιήθηκε στις διεθνείς βάσεις δεδομένων PubMed, Scopus, και Google Scholar, χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά που εξυπηρετούσαν τον σκοπό της βιβλιογραφικής ανασκόπησης. **Αποτελέσματα:** Η ετερογένεια των πεδίων άσκησης, των επαγγελματικών καθηκόντων των μελών μιας ανθρωπιστικής ομάδας, σε συνδυασμό με τις πρακτικές δυσκολίες κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, καθιστούν ευάλωτους τους επαγγελματίες υγείας σε σωματικούς αλλά και ψυχικούς κινδύνους. Η συνεχής έκθεση των εργαζομένων στον ανθρωπιστικό χώρο σε τραυματικά γεγονότα και σε καταστάσεις έντονου στρες και άγχους φαίνεται ότι μπορεί να οδηγήσουν σε κακή ψυχική υγεία, και σε φαινόμενα όπως η κόπωση, το δευτερογενές τραυματικό στρες, το στρες ενσυναίσθησης και το ηθικό αδιέξοδο, τα οποία σχετίζονται με μείωση της επαγγελματικής τους απόδοσης, ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών και προβλημάτων υγείας και εντέλει, στην πρόωρη αποχώρησή τους από το συγκεκριμένο πεδίο εργασίας. Ταυτόχρονα, συναισθήματα όπως η ικανοποίηση συμπόνοιας, η αυξημένη εργασιακή ικανοποίηση σε συνδυασμό με τη θέληση των επαγγελματιών να βοηθήσουν στην αντιμετώπιση του ανθρώπινου πόνου, φαίνεται να λειτουργούν ως κίνητρα για την παραμονή τους στο συγκεκριμένο εργασιακό χώρο. **Συμπεράσματα:** Η ενδυνάμωση των επαγγελματιών υγείας και του προσωπικού που λαμβάνει μέρος σε ανθρωπιστικές αποστολές θα πρέπει να βρίσκεται πάντα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των οργανώσεων ανθρωπιστικής βοήθειας για την υποστήριξη και προαγωγή της ψυχικής υγείας του προσωπικού.

**Λέξεις κλειδιά:** Ανθρωπιστική βοήθεια, ηθικό αδιέξοδο, δευτερογενές τραυματικό στρες, κόπωση συμπόνοιας, ενσυναίσθηση, ψυχική υγεία

**Υπεύθυνος Αλληλογραφίας:** Τιμολέων Χαλιαμάλιας, Υποψήφιος Διδάκτορας τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Δυτικής Αττικής, Αγίου Σπυριδωνος 28, 12243 Αιγάλεω, Αθήνα Email: [tchaliamalias@uniwa.gr](mailto:tchaliamalias@uniwa.gr)

## REVIEW ARTICLE

# WORKING IN HUMANITARIAN MISSIONS: THE MENTAL HEALTH OF THE HUMANITARIAN WORKERS

Timoleon Th. Chaliamalías<sup>1</sup>, Theodoula A. Adamakidou<sup>2</sup>

1. RN, MSc, PhD ©, General Anticancer – Oncological Hospital of Athens “Agios Savvas”, Nursing Department, University of West Attica, Athens, Greece
2. Assistant Professor, Department of Nursing, University of West Attica, Athens, Greece

## Abstract

**Introduction:** Empathy and compassion have a significant role in the humanitarian action. In a humanitarian mission, a healthcare professional operates in an unstable and changing environment under demanding working conditions. **Purpose:** The purpose of this review was to describe the humanitarian sector as a working place for the medical professionals. Additionally, the mental health consequences of the humanitarian field workers are recorded and analyzed. **Methodology:** Research articles about the secondary traumatic stress and moral distress, which affect medical humanitarian workers were researched. The search was performed in the international databases PubMed, Scopus and Google Scholar, using keywords that served the purpose of the literature review. **Results:** The members of a humanitarian team have to practice their professional duties in different fields, whilst they face many practical difficulties during their daily life. These facts expose the health professionals to physical and mental health risks. The constant exposure of humanitarian field workers to situations of intense stress and anxiety seems to lead to conditions such as compassion fatigue, secondary traumatic stress, empathy stress and moral distress, which are associated with a reduction in their professional performance, the development of mental health disorders and physical health problems and finally their early departure from the specific field of work. At the same time, emotions such as compassion satisfaction, increased job satisfaction combined with the willingness of professionals to moderate the human pain, seem to act as their motivators for continuing working in the humanitarian field. **Conclusions:** The empowerment of the medical humanitarian field workers' mental health remains one of the main objective of the humanitarian organizations, as their support is crucial for the improvement of the provided services.

**Keywords:** Humanitarian assistance, moral distress, secondary traumatization, compassion fatigue, empathy, mental health

**Corresponding author:** *Timoleon Chaliamalías, Phd student, Nursing Department, University of West Attika, Greece, 28 Agiou Spyridonos street, GR-12243 Egaleo, Athens, Greece, E-mail: tchaliamalías@uniwa.gr*

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινωνικό-οικονομική και πολιτική αστάθεια, καθώς και η κλιματική αλλαγή των τελευταίων ετών έχει ως αποτέλεσμα την ολοένα και αυξανόμενη δραστηριοποίηση πολλών διεθνών, ανθρωπιστικών οργανώσεων. Οι τεράστιες ανάγκες, που δημιουργεί η αθρόα μετακίνηση πληθυσμών εξαιτίας πολέμων, συρράξεων, οικονομικών και κοινωνικών αλλαγών, φυσικών καταστροφών και μαζικών διωγμών έχουν οδηγήσει στην δημιουργία ενός μεγάλου δικτύου υποστήριξης και παροχής βοήθειας, το οποίο αποτελείται κυρίως από οργανώσεις ανθρωπιστικού χαρακτήρα.

Σύμφωνα με την ανάλυση διεθνών στοιχείων του μη κερδοσκοπικού, ανεξάρτητου οργανισμού δημοσιογραφίας *The New Humanitarian*, το ποσό της χρηματοδότησης που προορίζεται για την απάντηση σε ανθρωπιστικές κρίσεις έχει αυξηθεί κατακόρυφα. Ο ανθρωπιστικός τομέας έλαβε το 2020, ποσό 12 φορές μεγαλύτερο από αυτό που είχε λάβει πριν από σχεδόν 20 χρόνια<sup>1</sup> καθώς συνθήκες, όπως οι εμπόλεμες συρράξεις, η μετακίνηση πληθυσμών κι η μετανάστευση, η έξαρση επιδημιών (π.χ. Ebola, covid19), κ.ά. επηρεάζουν και καθορίζουν, κάθε φορά τις ανάγκες και το είδος της χρηματοδότησης. Μάλιστα, σύμφωνα με την υπηρεσία χρηματοδοτικής παρακολούθησης (*Financial Tracking Service*) του Γραφείου του Οργανισμού Ηνωμένων Εθνών για τον συντονισμό της Ανθρωπιστικής Δράσης (OCHA), το 2021 η χρηματοδότηση των ανθρωπιστικών προγραμμάτων ανέρχεται σε 12,02 δισεκατομμύρια δολάρια.<sup>2</sup>

Είναι χαρακτηριστικό, ότι οι οκτώ χειρότερες επισιτιστικές κρίσεις στον κόσμο συνδέονται τόσο με ένοπλες συγκρούσεις και διαμάχες όσο και με κλιματικές καταστροφές. Η κλιματική αλλαγή των τελευταίων χρόνων έχει ως αποτέλεσμα την επιδείνωση της ευαλωτότητας πληθυσμών που αντιμετωπίζουν ανθρωπιστικές κρίσεις κι έχει επιφέρει σημαντικές στρατηγικές διαφοροποιήσεις στον τρόπο που οργανισμοί σχεδιάζουν τον μελλοντικό τρόπο δράσης τους.<sup>3</sup>

Θα πρέπει να σημειωθεί, ότι η ανθρωπιστική βοήθεια κι η αύξηση του αριθμού των οργανισμών αρωγής ακολουθεί την παγκόσμια πολιτική και ο σχεδιασμός των προγραμμάτων υπαγορεύεται από τις πολιτικές εξελίξεις, τις κρατικές χρηματοδοτήσεις και την παγκόσμια οικονομία.<sup>4</sup> Ο ακριβής αριθμός των διεθνών οργανώσεων που δραστηριοποιούνται στον ανθρωπιστικό χώρο δεν είναι απόλυτα γνωστός λόγω της έλλειψης ενός διεθνούς, επικαιροποιημένου συστήματος καταγραφής. Σύμφωνα με δημοσιευμένα στοιχεία του διεθνούς δικτύου ανθρωπιστικών οργανισμών και φορέων, ALNAP, και της έρευνας του SOHS (*State of the Humanitarian System*), το 2017 ο αριθμός των εργαζομένων στο πεδίο των ανθρωπιστικών αποστολών ανερχόταν σε 570.000 άτομα.<sup>5</sup>

Ο «ανθρωπισμός» τις τελευταίες δεκαετίες αποτελεί μια επιλογή καριέρας για πολλούς επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι καλούνται να αναπτυχθούν επαγγελματικά και προσωπικά με βάση συγκεκριμένα πρότυπα και να αναπτύξουν συγκεκριμένες ικανότητες και δεξιότητες.<sup>6</sup> Ανθρωπιστικές οργανώσεις καλούνται να αναλάβουν δράσεις μεγαλύτερης έκτασης και αντικτύπου σε τοπικές κοινωνίες απασχολώντας όλο και περισσότερο προσωπικό. Επαγγελματίες υγείας επιλέγουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους σε πληθυσμούς που βιώνουν τρομακτικές εμπειρίες και αποτελούν θύματα καταστροφών, συρράξεων, επιδημιών κι οι οποίοι αναγκάζονται πολλές φορές να εγκαταλείψουν τις κατοικίες τους, τις πόλεις ή και τις πατρίδες τους.

Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι να περιγράψει τον ανθρωπιστικό χώρο ως χώρο εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας και να αναδείξει τις συνέπειες στην ψυχική υγεία των εργαζομένων ανθρωπιστικό χώρο αυτό.

## Εννοιολογική προσέγγιση

Ως ανθρωπιστική αποστολή (*humanitarian mission/work*) ορίζεται η παρέμβαση μέσω της οποίας παρέχεται η απαραίτητη βοήθεια και ταυτόχρονα προστα-

τεύεται η αξιοπρέπεια του ατόμου που δέχεται την βοήθεια αυτή. Η ανθρωπιστική βοήθεια καθοδηγείται από τέσσερις βασικές αρχές: ανθρωπισμός (humanity), ουδετερότητα (neutrality), αμεροληψία (impartiality) και ανεξαρτησία (independence). Το σύνολο των αρχών αυτών υποχρεώνει τους εργαζόμενους σε μια ανθρωπιστική αποστολή να παρέχουν βοήθεια προστατεύοντας τα δικαιώματα και την ευαλωτότητα του κάθε ατόμου που βρίσκεται σε ανάγκη.<sup>7,8</sup> Η ανθρωπιστική βοήθεια μπορεί να είναι η απάντηση σε μια φυσική καταστροφή, όπως τυφώνες, σεισμοί, πλημμύρες, τσουνάμι, ή ανθρωπογενής ως απόκριση σε ένα πόλεμο, μια σύρραξη, μια διαμάχη, μια αθρόα μετακίνηση πληθυσμών.

Η συμπόνια και η ενσυναίσθηση στην ανθρωπιστική δράση κατέχουν έναν πρωταρχικό και μοναδικό ρόλο. Η ενσυναίσθηση στον χώρο της υγείας ορίζεται ως η ικανότητα του επαγγελματία υγείας να εστιάσει όλη του την προσοχή στον εκάστοτε ασθενή και να κατανοήσει το πώς αυτός πραγματικά αισθάνεται. Η έννοια της ενσυναίσθησης είναι συνυφασμένη με την ικανότητα του επαγγελματία υγείας να δώσει τόση προσοχή στα λόγια του ασθενούς του ώστε να καταφέρει να κατανοήσει την υποκειμενική του αλήθεια σε μέγιστο βαθμό.<sup>9</sup>

Τα θετικά συναισθήματα που σχετίζονται με την ευχαρίστηση και την ικανοποίηση που ένα άτομο απολαμβάνει, όταν εργάζεται και επιτελεί τον επαγγελματικό του ρόλο χαρακτηρίζονται ως ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction).<sup>10</sup> Ουσιαστικά ο όρος «ικανοποίηση συμπόνιας» αντανάκλα τα επιδιωκόμενα αποτελέσματα που ένας επαγγελματίας επιζητά από την εκτέλεση των καθηκόντων του και την παροχή της φροντίδας, δηλαδή την χαρά, την ικανοποίηση και το νόημα της δουλειάς του. Στην ικανοποίηση συμπόνιας περιλαμβάνεται και το επίπεδο υποστήριξης και αναγνώρισης που λαμβάνει κάποιος από τους συναδέλφους του.<sup>11</sup> Επίσης, η ποιότητα την οποία αισθάνεται ένας εργαζόμενος σε σχέση με την εργασία του ορίζεται ως επαγγελματική ποιότητα ζωής. Ενσωματώνει δύο πτυχές, τη θετική (ικανοποίηση συμπόνιας) και την αρνητική (κόπωση συμπόνιας).

Ο όρος «κόπωση συμπόνιας» πρωτοαναφέρθηκε από τον Joinson (1992) για τους νοσηλευτές και την επαγγελματική εξουθένωση που βιώνουν<sup>12</sup>. Αργότερα επισημάνθηκε από τον Figley ως ένας καλύτερα αποδεκτός όρος, που στιγματίζει λιγότερο τον 'πάσχοντα' για την περιγραφή του φαινομένου του δευτερογενούς τραυματικού στρες.<sup>13-15</sup> Η έμμεση έκθεση σε τραυματικές εμπειρίες μπορεί να οδηγήσει σε γνωστικές, συμπεριφορικές και συναισθηματικές αλλαγές στους 'θεραπευτές' των επιβιώσαντων των τραυματικών εμπειριών. Για τη μετάδοση του τραυματικού στρες από το θύμα στον φροντιστή απαιτείται η ενσυναίσθητη εμπλοκή του τελευταίου με το θύμα και την εμπειρία που αυτό φέρει.<sup>16</sup> Η «κόπωση συμπόνιας» δεν περιγράφει μια παθολογική κατάσταση όμοια με μια ψυχική νόσο, αλλά μια υπερβολική συναισθηματική και συμπεριφορική ανταπόκριση στο «υποφέρειν» ενός άλλου ατόμου, με το οποίο υπάρχει στενή σύνδεση και σχέση.<sup>17</sup>

Οι όροι «κόπωση συμπόνιας» και «δευτερογενές τραυματικό στρες» χρησιμοποιούνται συχνά εναλλακτικά για την περιγραφή του ίδιου φαινομένου. Μια προσπάθεια διαφορετικής εννοιολογικής προσέγγισης επιχειρείται από τους Rauvola et al., οι οποίοι εισήγαγαν τον όρο (empathy-based stress) στρες 'ενσυναίσθησης', συνιστώσες του οποίου αποτελούν η «κόπωση συμπόνιας» και το «δευτερογενές τραυματικό στρες».<sup>18</sup>

Ως δευτερογενές τραυματικό στρες των φροντιστών ορίζεται «το στρες που προέρχεται από την βοήθεια όσων υποφέρουν ή έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες».<sup>13,19</sup> Τα κυριότερα συμπτώματά του περιλαμβάνουν<sup>20,21</sup> δυσκολία ύπνου και αϋπνία, ευερεθιστότητα και υπερεπαγρύπνηση, δυσκολία συγκέντρωσης, φόβο για το σύντομο επερχόμενο μέλλον, άσχημες σκέψεις για συγκεκριμένους ασθενείς, αποφυγή συγκεκριμένων ανθρώπων και τόπων, σημείων και πραγμάτων, εφιάλτες και άσχημα όνειρα για κάποιους ασθενείς. Τα συμπτώματα του δευτερογενούς τραυματικού στρες μπορεί να εμφανιστούν αμέσως μετά τη φροντίδα του ασθενούς ή να εμφανισθούν ετεροχρονισμένα και σε χρο-

νικό διάστημα σχετικά αργά σε σχέση με το χρονικό σημείο έκθεσης στο τραυματικό γεγονός.<sup>22</sup>

Το «στρες ενσυναίσθησης» (empathy-based stress) είναι αποτέλεσμα της έκθεσης σε τραυματικές στρεσογόνες καταστάσεις και είναι αποτέλεσμα της ενσυναίσθητικής εμπειρίας και κατανόησης ανεπιθύμητων καταστάσεων από επαγγελματίες που επικοινωνούν με τους ασθενείς τους μέσω της ενσυναίσθησης.<sup>18</sup>

Οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται για την αντιμετώπιση ανθρωπιστικών κρίσεων επηρεάζονται από τις ηθικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν και συχνά οδηγούνται σε ηθικό αδιέξοδο. Ο όρος «ηθικό αδιέξοδο» (moral distress) περιγράφει την ψυχολογική επιβάρυνση που επιδέχεται ο επαγγελματίας υγείας, όταν εξωγενείς παράγοντες δεν του επιτρέπουν να ενεργήσει όπως ο ίδιος γνωρίζει ότι θα έπρεπε ηθικά να πράξει για να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ασθενούς.<sup>23,24</sup> Παρότι, η διατύπωση του όρου και διερεύνηση του φαινομένου πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια της μελέτης της νοσηλευτικής επιστήμης από τον A. Jameton<sup>25</sup> ο όρος πλέον διατυπώνεται και για την περιγραφή του φαινομένου και σε άλλες επαγγελματικές ομάδες.<sup>26</sup> Το ηθικό αδιέξοδο χαρακτηρίζεται από το αρνητικό συναίσθημα που αισθάνεται ο πάροχος υπηρεσιών υγείας όταν ενεργεί ενάντια στην συνείδησή του κατά την φροντίδα ενός ασθενούς και μπορεί να προκύψει από την ανταπόκριση σε μια επαναλαμβανόμενη έκθεση σε ηθικά ενοχλητικές καταστάσεις με ποικίλους ασθενείς ή σε μια μόνο κατάσταση με έναν συγκεκριμένο ασθενή<sup>22</sup>. Το ηθικό αδιέξοδο συνδέεται με συναισθήματα, όπως θυμός, απογοήτευση, λύπη, ενοχή, κατάθλιψη, αίσθημα αδυναμίας για προσφορά βοήθειας, κ.ά.<sup>22,27-32</sup>

### **Ο ανθρωπιστικός χώρος ως πεδίο εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας**

Πεδίο εργασίας των μελών μιας αποστολής συχνά αποτελεί μια χώρα που έχει πληγεί από μια καταστροφή, φυσική ή ανθρωπογενής ή μαστίζεται από συγκρούσεις και διαμάχες, με άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα την κα-

τάρρευση του συστήματος υγείας. Οι πόροι είναι λιγοστοί και οι ανάγκες ταχέως αυξανόμενες, ενώ ταυτόχρονα τα πολιτικά και κοινωνικά συστήματα δυσκολεύονται να ανταποκριθούν στις ανάγκες του πληθυσμού.<sup>33</sup>

Τα τελευταία χρόνια, η μαζική μετακίνηση πληθυσμών προς Ευρωπαϊκές χώρες καθιστά επιτακτική την ανάγκη εμπλοκής και δραστηριοποίησης διεθνών οργανισμών και φορέων και σε ευρωπαϊκά κράτη, ως αποτέλεσμα του ότι οι κυβερνήσεις αδυνατούν να καλύψουν τις ανάγκες των ανθρώπων αυτών.<sup>34,35</sup> Ταυτόχρονα, πολλές εθελοντικές ομάδες πολιτών, αλληλέγγυων και ακτιβιστών συμμετέχουν σε δράσεις για την πρόσπιση και προαγωγή των δικαιωμάτων αυτών των πληθυσμών.<sup>36-38</sup>

Σε μια αποστολή ο επαγγελματίας υγείας καλείται να ανταπεξέλθει σε ιδιαίτερες συνθήκες και να εργαστεί σε ένα ασταθές και ταχέως μεταβαλλόμενο περιβάλλον<sup>33</sup>. Συγκεκριμένα, ένας νοσηλευτής, ένας ιατρός, ένας ψυχολόγος, μια μαία καλείται να προσφέρει τις υπηρεσίες του σε διαφορετικές δομές υγείας ή και στην κοινότητα, αποτελώντας μέλος μιας πολυπολιτισμικής και διεπιστημονικής επαγγελματικής ομάδας. Κατά την διάρκεια μιας ανθρωπιστικής κρίσης οι παρεχόμενες υπηρεσίες μπορεί να αφορούν τομείς αντιμετώπισης των καταστροφών που η κρίση έχει επιφέρει, αναδιοργάνωση υπηρεσιών παροχής υγείας ή και ανάπτυξη νέων ή υπαρχόντων δομών.<sup>39,40</sup> Επιπλέον, μετακινούμενοι πληθυσμοί αντιμετωπίζουν πολλά εμπόδια κατά την παραμονή τους σε ένα νέο περιβάλλον, καθώς η πρόσβασή τους σε υπηρεσίες υγείας είναι περιορισμένη, με αποτέλεσμα συχνά τη διακοπή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και φαρμακευτικής αγωγής για χρόνια προβλήματα υγείας και μη έγκαιρη αντιμετώπιση νέων προβλημάτων. Η φροντίδα της ψυχικής υγείας των πληθυσμών αυτών, που συνήθως, έχουν βιώσει έντονες τραυματικές εμπειρίες είναι παραμελημένη και οι ομάδες των επαγγελματιών υγείας καλούνται να ανταποκριθούν στις διαφορετικές ανάγκες τους. Παράλληλα, θα πρέπει να λάβουν

ιδιαίτερη μέριμνα για την αναγνώριση και διαχείριση ευάλωτων ομάδων (ανήλικοι, έγκυες γυναίκες, ασθενείς με χρόνια προβλήματα υγείας, θύματα βασανιστηρίων και άλλων μορφών βίας, κλπ).<sup>41</sup>

Η εργασία σε μια ανθρωπιστική αποστολή παροχής φροντίδας υγείας χαρακτηρίζεται από υψηλή επικινδυνότητα. Σύμφωνα με τα στοιχεία της Βάσης δεδομένων της ασφάλειας των εργαζομένων στον ανθρωπιστικό χώρο (Aid Worker Security Database-AWSD), την περίοδο Ιανουάριος-Ιούλιος 2021 είχαν αναφερθεί 105 περιπτώσεις επίθεσης ενάντια σε μέλη ανθρωπιστικών αποστολών. Για το έτος 2020 αναφέρονται 276 περιστατικά βίας ενάντια σε εργαζόμενους ανθρωπιστικής βοήθειας, κατά τα οποία σκοτώθηκαν 108 εργαζόμενοι, τραυματίστηκαν 242 και απήχθησαν 125 μέλη ανθρωπιστικών αποστολών.<sup>42</sup> Κι ενώ τα δεδομένα αυτά καταδεικνύουν τους φυσικούς κινδύνους τους οποίους οι εργαζόμενοι σε οργανισμούς αρωγής βοήθειας αντιμετωπίζουν κατά την εκτέλεση των καθηκόντων τους, υπάρχει και η συναισθηματική επιβάρυνση που σχετίζεται με την εργασία τους σε σύνθετες ανθρωπιστικές καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (complex humanitarian emergencies) η οποία πολλές φορές δεν αποτυπώνεται εξίσου με αριθμητικά δεδομένα. Η επιβάρυνση αυτή μπορεί να επιφέρει ένα ιδιαίτερο τραυματικό στρες στους επαγγελματίες που έρχονται αντιμέτωποι με την ανασφάλεια και την αστάθεια στον επαγγελματικό τους χώρο.<sup>43-45</sup>

Θα πρέπει ακόμα να αναφερθεί ότι συχνά οι επαγγελματίες υγείας καλούνται να φροντίσουν θύματα διάφορων μορφών βίας και να γίνουν αποδέκτες των ιστοριών τους και των επιπτώσεων που αυτός ο τραυματισμός έχει επιφέρει στο κάθε θύμα.<sup>45</sup> Το τραύμα και οι επιπτώσεις του μπορεί να επηρεάσουν δευτερογενώς τον επαγγελματία υγείας που έρχεται σε επαφή με το θύμα. Είναι το δευτερογενές τραυματικό στρες και έχει περιγραφεί ότι αποτελεί ένα από τα κυριότερα είδη στρες που ένας νοσηλευτής βιώνει κατά την διάρκεια άσκησης των καθηκόντων του.<sup>11,46,47</sup>

Εξίσου συχνές και σημαντικές, όμως, είναι και οι

πρακτικές δυσκολίες που ο επαγγελματίας υγείας αντιμετωπίζει κατά την διάρκεια μιας ανθρωπιστικής αποστολής. Η έλλειψη χρόνου, η έλλειψη προσωπικού χώρου και χρόνου, η ανεπαρκής υποστήριξη και βοήθεια, τα ανεπαρκή εφόδια και υλικά, οι διαφορετικές οργανωτικές προτεραιότητες, η πολιτική μιας οργάνωσης και άλλες θεσμικές δυσκολίες μπορούν να αποτελέσουν τροχοπέδη στην άσκηση συγκεκριμένων ενεργειών από τους επαγγελματίες σε μια δεδομένη στιγμή.<sup>48</sup>

Σε ένα τέτοιο πεδίο πολλοί επαγγελματίες υγείας καλούνται να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους, συχνά χωρίς την απαιτούμενη εμπειρία και κατάρτιση για την αντιμετώπιση τέτοιων προκλήσεων.

### **Ψυχική υγεία εργαζομένων στον ανθρωπιστικό χώρο**

Η συνεχής έκθεση των εργαζομένων στον ανθρωπιστικό χώρο σε τραυματικά γεγονότα και σε καταστάσεις έντονου στρες και άγχους μπορεί να τους οδηγήσει σε κακή ψυχική υγεία, σε μείωση της επαγγελματικής τους απόδοσης, σε ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών και προβλημάτων υγείας και εντέλει στην πρόωρη αποχώρησή τους από το συγκεκριμένο πεδίο εργασίας. Ταυτόχρονα, οι αρνητικές επιπτώσεις στους ωφελούμενους τους μπορεί να είναι σημαντικές και το κόστος για τον οργανισμό παροχής βοήθειας μεγάλο.<sup>49,50</sup>

Πολλοί επαγγελματίες υγείας μετά την επιστροφή τους από το πεδίο και το τέλος της αποστολής τους αναφέρεται ότι νιώθουν κατάθλιψη, άγχος, εξάντληση, γενική ψυχολογική δυσφορία, ότι έχουν διαταραχές ύπνου ή και ακόμα αισθάνονται ανήμποροι.<sup>40</sup> Διαχρονική μελέτη ανέδειξε ότι οι εργαζόμενοι στον ανθρωπιστικό χώρο διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης κατάθλιψης και επαγγελματικής εξουθένωσης (εξαιτίας της συναισθηματικής εξάντλησης) μετά το τέλος της αποστολής τους, κίνδυνος, ο οποίος δεν εξαλείφεται 3-6 μήνες μετά την ολοκλήρωση του συμβολαίου τους. Επιπλέον, η μελέτη αυτή κατέδειξε ότι οι εργαζόμενοι αυτοί μετά την αποστολή παρουσίασαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης της ζωής τους.<sup>51</sup>

Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση 17 μελετών, αποτύπωσε την εικόνα που περιγράφεται και σε μεταγενέστερες μελέτες και συσχετίζει την εργασία στον ανθρωπιστικό χώρο με την αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μετατραυματικού στρες, κατάθλιψης και άγχους, λόγω της αυξημένης έκθεσης σε τραυματικές εμπειρίες σε σχέση με τον γενικό πληθυσμό.<sup>52</sup> Επιπλέον, μελέτες που αφορούν επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε προγράμματα ανθρωπιστικών οργανώσεων σε Ευρωπαϊκές χώρες καταδεικνύουν υψηλά ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης,<sup>41,53</sup> ως απόρροια της επιβάρυνσης της ψυχικής υγείας πολλών μελών του προσωπικού.

Αναφέρεται, επίσης, ότι γνωρίζοντας τις συνέπειες της απραξίας τους ή της διαφορετικής ιεράρχησης των αναγκών, οι επαγγελματίες υγείας έρχονται αντιμέτωποι με αρνητικά συναισθήματα, ψυχολογική επιβάρυνση ή/και ανισορροπία, βιώνοντας έντονα ηθικά αδιέξοδα κατά την παραμονή τους σε συγκεκριμένες αποστολές.<sup>48</sup> Ο Slim το 1997<sup>54</sup>, αναγνωρίζει την σπουδαιότητα διερεύνησης του ζητήματος των ηθικών επιλογών που καλούνται να λάβουν οι επαγγελματίες του ανθρωπιστικού χώρου αλλά και οι οργανισμοί που δραστηριοποιούνται για την αντιμετώπιση κρίσεων και επιχειρεί να καθορίσει κατευθυντήριες οδηγίες για την αντιμετώπιση ηθικών διλημάτων.

Η μελέτη των Gotowiec και Cantor-Graae<sup>40</sup> επιβεβαιώνει ότι τα αρνητικά συναισθήματα που οι συμμετέχοντες εκφράζουν είναι ενδεικτικά του ηθικού αδιεξόδου στο οποίο οδηγούνται (άγχος, αγωνία, αβεβαιότητα, τύψεις)<sup>48</sup>. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται για την αντιμετώπιση ανθρωπιστικών κρίσεων πολλές φορές επηρεάζονται από τις ηθικές προκλήσεις που αντιμετωπίζουν με έναν τρόπο που τους επιφέρει συναισθηματική επιβάρυνση, ο οποίος μπορεί να συνεπάγεται δυσμενείς επιπτώσεις στον τρόπο με τον οποίο παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς τους.

Αρκετά ενδιαφέροντα δεδομένα παρουσιάζουν μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε επαγγελματίες του ανθρωπιστικού χώρου, όπου φάνηκε ότι οι πιο έμπειροι

επαγγελματίες πεδίου διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης και εμφάνισης συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες σε σύγκριση με όσους ξεκινούν την σταδιοδρομία τους στο χώρο. Ενώ η έλλειψη επαρκώς καταρτισμένου νοσηλευτικού προσωπικού σε χώρες που δέχονται ανθρωπιστική βοήθεια, βρέθηκε να εντείνει την εμφάνιση συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες. Τα αποτελέσματα αυτά επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα συνεχούς προσπάθειας υποστήριξης των επαγγελματιών τόσο από τους φορείς απασχόλησής τους, όσο και από τους συναδέλφους τους, ώστε να διατηρηθεί η ψυχική τους υγεία και να μην υπάρξει επιδείνωσή, μείωση της επαγγελματικής τους απόδοσης και τελικά απομάκρυνση από τον χώρο.<sup>45,55,56</sup>

### **Κίνητρα για εργασία στον ανθρωπιστικό χώρο**

Οι επαγγελματίες υγείας αποδέχονται την πρόκληση για εργασία στον ανθρωπιστικό χώρο εξαιτίας της θέλησής τους να προσφέρουν. Το κίνητρο<sup>57,58</sup> για την συμμετοχή τους σε ανθρωπιστικές αποστολές έγκειται στην συμπόνοια που αισθάνονται για πληθυσμούς με μειωμένη ή ανεπαρκή πρόσβαση σε δομές υγείας, καθώς και η θέλησή τους να βοηθήσουν στην εξάλειψη ή την μείωση του ανθρώπινου πόνου. Αναγνωρίζουν, κατανοούν και αντιλαμβάνονται τον ανθρώπινο πόνο και πολλές φορές ταυτίζονται συναισθηματικά με ανθρώπους που βιώνουν δύσκολες καταστάσεις. Η συμπόνοια κι η ενσυναίσθηση είναι δύο όροι που συναντά κανείς στην προσπάθεια διερεύνησης του κινήτρου που ωθεί επαγγελματίες να βρεθούν και να εργαστούν σε τόσο δύσκολες συνθήκες.<sup>59</sup>

Η ικανοποίηση προσωπικών αναγκών και φιλοδοξιών λειτουργεί ως καταλύτης για την αρχική λήψη απόφασης και εργασίας στον ανθρωπιστικό χώρο.<sup>60</sup> Οι οικονομικές απολαβές και οι μετέπειτα ευκαιρίες επαγγελματικής ανέλιξης αποτελούν επιπλέον κίνητρα για την παραμονή τους στο συγκεκριμένο επαγγελματικό χώρο<sup>61,62</sup>, ενώ και η φροντίδα κι η εξασφάλιση της ευημερίας της οικογένειας αναφέρεται από μερίδα εργαζομένων, ως παράγοντας παραμονής στον ανθρωπιστικό

χώρο. Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι η δυνατότητα παροχής ευκαιριών λήψης εμπειριών και εκπαιδευτικών ευκαιριών στα μέλη της οικογένειας, ωθεί πολλούς επαγγελματίες να αποδεχθούν θέσεις σε αποστολές για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα, κατά το οποίο τα μέλη της οικογένειάς τους, τους ακολουθούν.<sup>61</sup>

Τα άτομα που διαθέτουν εσωτερικά κίνητρα, που βασίζονται σε προσωπικές αξίες και αντιλήψεις και αποσκοπούν στη βοήθεια και την υποστήριξη των ευάλωτων συνανθρώπων τους, παρουσιάζουν ανθεκτικότητα έναντι των αρνητικών επιπτώσεων στην ψυχική υγεία τους, συμπεριλαμβανόμενης και της επαγγελματικής εξουθένωσης.<sup>63</sup>

Η αυτονομία στον τρόπο διαχείρισης του εργασιακού τους φόρτου, αλλά και των αποφάσεών τους, είναι ένας ακόμα παράγοντας που επιφέρει επαγγελματική ικανοποίηση σε όσους απασχολούνται στον ανθρωπιστικό χώρο. Παραμένουν, επιδιώκοντας την επαγγελματική εξέλιξη, προσδοκώντας, φυσικά, σε ορθή αξιολόγηση των επαγγελματικών τους δεξιοτήτων<sup>64</sup>. Η ικανοποίηση που απολαμβάνουν, με την αναγνώριση των αποτελεσμάτων της δουλειάς, αποτελεί την κινητήριο δύναμή τους για την σταδιοδρομία τους στον ανθρωπιστικό χώρο.<sup>64,65</sup>

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Alexander J, Parker B. Change in the humanitarian sector, in numbers. A deep dive into 25 years of data (Cited 10 August 2021). Available from: [https://www.thenewhumanitarian.org/maps-and-](https://www.thenewhumanitarian.org/maps-and-graphics/2020/09/09/25-years-of-humanitarian-data#more-jobs)

graphics/2020/09/09/25-years-of-humanitarian-data#more-jobs

Τα τελευταία χρόνια βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος των ερευνητών οι επιπτώσεις της εργασίας στον ανθρωπιστικό χώρο στην ψυχική και συνάμα σωματική υγεία των επαγγελματιών υγείας. Φαινομένα όπως η κόπωση συμπόνοιας, το δευτερογενές τραυματικό στρες, η ικανοποίηση συμπόνοιας και η εργασιακή ποιότητα ζωής έχουν αναλυθεί και διερευνηθεί σε επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων όπως ενδεικτικά οι νοσηλευτές, οι θεραπευτές, οι ψυχολόγοι, οι διασώστες.

Οι επαγγελματίες υγείας, αποτελούν την πλειοψηφία της πολυπολιτισμικής και διεπιστημονικής ομάδας στο πεδίο. Η ενδυνάμωσή τους θα μπορούσε να βοηθήσει σημαντικά στην βελτίωση της παροχής υπηρεσιών υγείας σε διάφορες δομές υγείας ή και στην κοινότητα. Η διερεύνηση του δευτερογενούς στρες στο προσωπικό, καθώς και οι μηχανισμοί αντιμετώπισής του, μπορούν να αποτελέσουν ένα σημαντικό παράγοντα για την ενδυνάμωση και ενίσχυση της ψυχικής ανθεκτικότητας των ομάδων, οι οποίες καλούνται να αντιμετωπίσουν πληθυσμούς και ασθενείς που έχουν βιώσει έντονα τραυματικά γεγονότα. Με τον τρόπο αυτό, θα μπορούσε να μειωθεί το υψηλό ποσοστό εναλλαγής του προσωπικού των οργανώσεων παροχής ανθρωπιστικής βοήθειας, που αποτελεί μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις που αντιμετωπίζουν οι εν λόγω οργανώσεις.

2. Financial Tracking Service (FTS). Humanitarian Aid Contributions. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA) (Cited 10 September 2021). Available from: <https://fts.unocha.org/>
3. Alexander J. Then and Now: 25 years of disasters, responses, and risk management (Cited 15 September 2021). Available from: <https://www.thenewhumanitarian.org/feature/2021/4/1/25-years-of-disasters-responses-and-risk-management>
4. Bjerneld M. Images, motives, and challenges for Western health workers in humanitarian aid (Cited 21 August 2021). Available from: [www.spritj.gr/](https://www.spritj.gr/)



- 2011). Available from: <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:2112295>
5. Tucher L. Chapter 5: Needs and funding – SOHS 2018 | SOHS. ALNAP (Cited 12 August 2021). Available from: <https://sohs.alnap.org/help-library/chapter-5-needs-and-funding-%E2%80%93-sohs-2018>
  6. Carbonnier G. Reason, emotion, compassion: can altruism survive professionalisation in the humanitarian sector? *Disasters*. 2015;39(2):189–207
  7. Rysaback-Smith H. History and Principles of Humanitarian Action. *Turkish J Emerg Med*. 2016;15: 5-7
  8. Guskovict K, Potocky M. Mitigating Psychological Distress Among Humanitarian Staff Working With Migrants and Refugees: A Case Example. *Adv Soc Work*. 2018;18(3):965-982
  9. Stepien KA, Baernstein A. Educating for Empathy A Review. *J Gen Intern Med*. 2006;21: 524-530
  10. Stamm B.H. *The Concise ProQOL Manual*, 2nd ed. ID: ProQOL.org, Pocatello, 2010
  11. Mavratza T, Fasoi G, Missouriidou E, Apostolara P. Compassion satisfaction and compassion fatigue in health professionals working with refugees and migrants. *Arch Hell Med Ellenikes Iatrikes* 2020;37(6):746-751
  12. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing (Lond)* 1992;22(4): 116,118-9,120
  13. Figley CR. Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B. H. Stamm (ed.) *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore, US: The Sidran Press 1995:3–28
  14. Figley CR. *Treating compassion fatigue*. Routledge, USA:New York, 2002
  15. Bride BE, Radey M, Figley CR. Measuring Compassion Fatigue. *Clin Soc Work J*. 2007; 35: 155-163
  16. Craig CD, Sprang G. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists . *Anxiety, Stress, & Coping*. 2009; 23(3): 319–339
  17. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol*. 2002; 58(11): 1433–1441
  18. Rauvola RS, Vega DM, Lavigne KN. Compassion Fatigue, Secondary Traumatic Stress, and Vicarious Traumatization: a Qualitative Review and Research Agenda. *Occup Heal Sci*. 2019; 3: 297–336
  19. Greinacher A, Derezza-Greeven C, Herzog W, Nikendei C. Secondary traumatization in first responders: a systematic review. *Eur J Psychotraumatol*. 2019; 10(1): 1562840
  20. Missouriidou E. Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *J Trauma Nurs*. 2017; 24(2):110-115
  21. Quinal L, Harford S, Rutledge DN. Secondary Traumatic Stress in Oncology Staff. *Cancer Nurs*. 2009; 32(4): E1-E7
  22. Dewey L. Providing care for many in the context of few resources: Secondary traumatic stress, burnout and moral distress experienced by healthcare providers in rural, City University of New York (CUNY) 2016
  23. Jameton A. Dilemmas of moral distress: moral responsibility and nursing practice. *AWHONN's clinical issues in perinatal and women's health nursing*. 1993; 4(4), 542-551
  24. Gustavsson M, Arnberg F, Juth N, et al. Moral Distress among Disaster Responders: What is it? *Prehosp Disaster Med*. 2020; 35: 1–8
  25. Jameton A. *Nursing practice: the ethical issues*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1984
  26. Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P, Arnetz B. Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Soc Sci Med*. 2004; 58: 1075–1084
  27. Elpern EH, Covert B, Kleinpell R. Moral Distress of Staff Nurses in a Medical Intensive Care Unit. *Am J Crit Care*. 2005; 14(6): 523–530
  28. Erlen JA, Frost B. Nurses' Perceptions of Powerlessness in Influencing Ethical Decisions. *West J Nurs Res*. 1991; 13(3): 397–407
  29. Gutierrez KM. Critical care nurses' perceptions of and responses to moral distress. *Dimens Crit Care Nurs*. 2005; 24(5): 229–241
  30. Hanna DR. The lived experience of moral distress: nurses who assisted with elective abortions. *Res Theory Nurs Pr*. 2005; 19(1): 95–124
  31. Wiegand DL, Funk M. Consequences of clinical situations that cause critical care nurses to experience moral distress. *Nurs Ethics*. 2012; 19(4): 479–487
  32. Wilkinson JM. Moral Distress in Nursing Practice: Experience and Effect. *Nurs Forum* 1987, 23(1): 16–29

33. Hunt M, Schwartz L, Fraser V. 'How Far Do You Go and Where Are the Issues Surrounding That?' Dilemmas at the Boundaries of Clinical Competency in Humanitarian Health Work. *Prehosp Disaster Med.* 2013; 28(5): 502–508
34. Cabot H. The European Refugee Crisis and Humanitarian Citizenship in Greece. *Ethnos.* 2018; 84(5): 747–771
35. Borho A, Georgiadou E, Grimm T, et al. Professional and Volunteer Refugee Aid Workers—Depressive Symptoms and Their Predictors, Experienced Traumatic Events, PTSD, Burdens, Engagement Motivators and Support Needs. *Int J Environ Res Public Heal.* 2019; 16(22): 4542
36. Papataxiarchis E. Being 'there': At the front line of the 'European refugee crisis' - part 1. *Anthropol Today.* 2016; 32(2): 5–9
37. Lafaut D, Coene G. "Let Them In!" Humanitarian Work as Political Activism? The Case of the Maximiliaan Refugee Camp in Brussels. *J Immigr Refug Stud.* 2019; 17(2): 185–203
38. Sandri E. Volunteer Humanitarianism': volunteers and humanitarian aid in the Jungle refugee camp of Calais. *J Ethn Migr Stud.* 2018; 44(1): 65–80
39. Chung RA. Theoretical Framework for a Comprehensive Approach to Medical Humanitarianism. *Public Health Ethics.* 2012; 5(1): 49–55
40. Gotowiec S, Cantor-Graae E. The burden of choice: a qualitative study of healthcare professionals' reactions to ethical challenges in humanitarian crises. *J Int Humanit Action.* 2017; 2: 2, doi: 10.1186/s41018-017-0019-y.
41. Kotsioni I. Detention of Migrants and Asylum-Seekers: The Challenge for Humanitarian Actors. *Refug Surv Q.* 2016; 35(2): 41–55
42. Aid Worker Security Database. Humanitarian Outcomes 2021 (Cited 10 August 2020). Available from <https://aid-workersecurity.org/incidents>
43. Buurman BM, Mank APM, Beijer HJM, Olf M. Coping With Serious Events at Work: A Study of Traumatic Stress Among Nurses. *J Am Psychiatr Nurses Assoc.* 2011; 17(5): 321–329
44. Morokuma N, Chiu CH. Trends and Characteristics of Security Incidents Involving Aid Workers in Health Care Settings: A 20-Year Review. *Prehosp Disaster Med.* 2019; 34(3): 265–273
45. Plakas C. Burnout, Compassion Fatigue, and Secondary Traumatic Stress Among Humanitarian Aid Workers in Jordan 2018 (Cited 5 August 2021). Available from [https://www.researchgate.net/profile/Christina-Plakas/publication/328685237\\_Burnout\\_Compassion\\_Fatigue\\_and\\_Secondary\\_Traumatic\\_Stress\\_Among\\_Humanitarian\\_Aid\\_Workers\\_in\\_Jordan/links/5f296b2192851cd302d8b6f0/Burnout-Compassion-Fatigue-and-Secondary-Traumatic-Stress-Among-Humanitarian-Aid-Workers-in-Jordan.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Christina-Plakas/publication/328685237_Burnout_Compassion_Fatigue_and_Secondary_Traumatic_Stress_Among_Humanitarian_Aid_Workers_in_Jordan/links/5f296b2192851cd302d8b6f0/Burnout-Compassion-Fatigue-and-Secondary-Traumatic-Stress-Among-Humanitarian-Aid-Workers-in-Jordan.pdf)
46. McGibbon E, Peter E, Gallop R. An Institutional Ethnography of Nurses' Stress. *Qual Health Res.* 2010; 20(10): 1353–1378
47. Ratrout H, Hamdan- Mansour A. Factors Associated with Secondary Traumatic Stress among Emergency Nurses: An Integrative Review. *Open J Nurs.* 2017; 07(11): 1209–1226
48. Nilsson S, Sjöberg M, Kallenberg K, et al. Moral Stress in International Humanitarian Aid and Rescue Operations: A Grounded Theory Study. *Ethics Behav.* 2011; 21(1): 49–68
49. Mercado E. Managing Health in All the Helpers: A Survey of Mental Health Services for Humanitarian Aid Workers. Independent Study Project (ISP) Collection, 2756, 2017 (Cited 20 July 2021). Available from [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/2756](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/2756)
50. Welton-Mitchell CE, UNHCR's Mental Health and Psychosocial Support for staff, UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2013 (Cited 10 August 2021) Available from: <https://www.refworld.org/docid/520a40e34.html>
51. Cardozo BL, Crawford CG, Eriksson C, Zhu J, Sabin M, Ager A, Foy D, Snider L, Scholte W, Kaiser R, Olf M, Rijnen B, Simon W. Psychological distress, depression, anxiety, and burnout among international humanitarian aid workers: A longitudinal study. *PLoS One.* 2012; 7(9): e44948
52. Connorton E, Perry MJ, Hemenway D, Miller M. Humanitarian Relief Workers and Trauma-related Mental Illness. *Epidemiol Rev.* 2012; 34(1): 145–155
53. Gleason TGS, Chappell K. Correctional nurses and secondary traum. PhD thesis, Capella University 2007 (Cited 10 May 2021). Available from

- <https://www.proquest.com/open-view/903ce2f172ba1656c44d81143f8b4070/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750>
54. Slim H. Doing the Right Thing: Relief Agencies, Moral Dilemmas and Moral Responsibility in Political Emergencies and War. *Disasters*. 1997; 21(3): 244–257
  55. Shah SA, Garland E, Katz C. Secondary traumatic stress: Prevalence in humanitarian aid workers in India. *Traumatology (Tallahass Fla)*. 2007; 13(1): 59–70
  56. Guilaran J. What You " Don't See " Can't Hurt You: The Role of Attachment Avoidance in Compassion Fatigue Among Humanitarian Relief Workers in the Philippines. *Philipp J Soc Sci Humanit*. 2013; 18(1): 11–21
  57. Snelling M. The impact of emergency aid work on personal relationships: a psychodynamic study, *Int J Humanitarian*. 2018; 3(1): 1-15
  58. Fechter A-M. The Personal and the Professional: Aid workers' relationships and values in the development process. *Third World Quarterly* 2012, 33(8): 1387–1404
  59. Tassell N, Flett R. Motivation in humanitarian health workers: a self-determination theory perspective. *Devel Pract*. 2011; 21(7): 959–973
  60. Bjerneld M, Lindmark G, McSpadden LA, Garrett JM. Motivations, Concerns, and Expectations of Scandinavian Health Professionals Volunteering for Humanitarian Assignments. *Disaster Manag Response*. 2006; 4(2): 49–58
  61. Oberholster AJ, Clarke R, Bendixen M, Dastoor B. Expatriate motivation in religious and humanitarian non-profit organizations. *J Glob Mobil Home Expatri Manag Res*. 2013; 1(1): 7–27
  62. Albuquerque S, Eriksson A, Alvesson HM. The rite of passage of becoming a humanitarian health worker: experiences of retention in Sweden. *Glob Health Action*. 2018; 11(1): 1417522
  63. Moreno-Jiménez MP, Villodres MCH. Prediction of Burnout in Volunteers. *J Appl Soc Psychol*. 2010; 40(7): 1798–1818
  64. Visser M, Mills M, Heyse L, Wittek R, Bollettino V. Work–Life Balance Among Humanitarian Aid Workers. *Nonprofit Volunt Sect Q*. 2016; 45(6): 1191–1213
  65. Lazarova M, Dimitrova M, Dickmann M, Brewster C, Cerdin JL. Career satisfaction of expatriates in humanitarian inter-governmental organizations. *J World Bus*. 2021; 56(4): 101205