



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

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«Η Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής και η Αυτοσυμπόνια
των Κοινωνικών Λειτουργών στην Πρωτοβάθμια
Φροντίδα Υγείας»**

ΤΣΟΚΑΣ ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Πολυξένη Μαγγούλια, Επίκουρη Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Φωτεινή Μάλλη, Καθηγήτρια, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Ευάγγελος Φραδέλος, Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Μέλος τριμελούς επιτροπής

Λάρισα, 2024

The Professional Quality of Life and Self-Compassion of Social Workers in Primary Health Care

«Πνευματικά δικαιώματα»

Copyright © [Nektarios Tsokas, 2024]

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή μέρους ή του συνόλου της παρούσας διατριβής. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για εκπαιδευτικό ή ερευνητικό σκοπό, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, με την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης.

«Υπεύθυνη Δήλωση»

Βεβαιώνω ότι είμαι ο συγγραφέας αυτής της Μεταπτυχιακής Εργασίας Ειδίκευσης και ότι κάθε βοήθεια που προσφέρθηκε για τη συγγραφή της αναγνωρίζεται και αναφέρεται μέσα στο κείμενο. Επιπρόσθετα, αναφέρονται όλες οι βιβλιογραφικές πηγές που αξιοποιήθηκαν είτε πρωτογενείς είτε δευτερογενείς.

Ο συγγραφέας της εργασίας

ΝΕΚΤΑΡΙΟΣ ΤΣΟΚΑΣ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας μελέτης νιώθω την υποχρέωση να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση αυτής της διπλωματικής εργασίας.

Η εμπειρία αυτή, αποτέλεσε ένα κοπιαστικό αλλά γεμάτο συγκινήσεις και γνώση ταξίδι και δεν θα ήταν δυνατό χωρίς τη στήριξη και τη συνεισφορά της επιβλέπουσας μου κας Μαγγούλια Πολυξένης, εκφράζοντας βαθιά ευγνωμοσύνη για την εμπιστοσύνη, την υποστήριξη, την υπομονή, τις συμβουλές και την καθοδήγηση που παρείχε καθ' όλη τη διάρκεια της διαδρομής μου σε αυτήν την έρευνα.

Θα ήθελα επίσης, να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στο Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, για τα εφόδια που μου παρείχαν με τις απαραίτητες γνώσεις και εμπειρίες κατά τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών.

Δεν είναι δυνατόν, να μην αναφέρω και να μην ευχαριστήσω όλους τους Κοινωνικούς Λειτουργούς που αφιέρωσαν χρόνο και συμμετείχαν στην έρευνα, χωρίς τους οποίους θα ήταν αδύνατη η ολοκλήρωση της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Επιπροσθέτως, να ευχαριστήσω όλους εκείνους που πίστεψαν στις ικανότητές μου και συνέβαλαν στην ολοκλήρωση των σπουδών μου. Ιδιαίτερα, να ευχαριστήσω την οικογένεια μου, που με στήριξε στις σπουδές μου με κάθε δυνατό τρόπο. Με υπομονή και κουράγιο μου προσέφεραν την αμέριστη ηθική και ανεμπόδιστη συμπαράσταση και αποτέλεσαν την κύρια πηγή ενέργειας για την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Τέλος, επειδή δεν το αναφέρω συχνά, να πω έναν ιδιαίτερο λόγο ευγνωμοσύνης και ένα μεγάλο "ευχαριστώ" προς τον εαυτό μου για όλη την προσπάθεια, τις θυσίες, την αφοσίωση και την ανθεκτικότητα που επέδειξα σε αυτή τη διαδρομή.

Πίνακας περιεχομένων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	7
ABSTRACT	9
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	11
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.	15
1.1 Προσέγγιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας	15
1.2 Θεσμικό Πλαίσιο της Κοινωνικής Εργασίας	16
1.3 Ο γενικός ρόλος και πεδίο δράσης της Κοινωνικής Εργασίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	18
1.4 Ρόλοι Κοινωνικού Λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ	22
2.1 Πρόλογος	22
2.2 Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί	22
2.2.1 Συμπόνια (Compassion) και Ενσυναίσθηση (Empathy)	22
2.2.3 Αυτοσυμπόνια	24
2.3 Η αντίληψη της αυτοσυμπόνιας	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ	28
3.1 Ποιότητα Ζωής	28
3.2 Η Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής	30
3.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής	32
3.4 Η Ποιότητα της Επαγγελματικής Ζωής σε επαγγέλματα αρωγής	33
3.5 Διαστάσεις Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής	35
3.5.1 Ικανοποίηση Συμπόνιας (Compassion Satisfaction)	35
3.5.2 Κόπωση Συμπόνιας (Compassion Fatigue)	35
3.5.2.1 Επαγγελματική εξουθένωση (Burnout)	36
3.5.5.2 Δευτερογενές τραυματικό στρες (Secondary Traumatic Stress)	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ	40
4.1 Η Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής στην κοινωνική εργασία	40
4.2 Προσδιορισμός της αξίας της αυτοσυμπόνιας που σχετίζεται με την αυτοφροντίδα	42
4.3 Η αυτοσυμπόνια στους κοινωνικούς λειτουργούς	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	50
5.1 Σκοπός	50
5.2 Ερευνητικά ερωτήματα	50

5.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων.....	50
5.3 Δείγμα Πληθυσμός – στόχος και δείγμα της έρευνας.....	51
5.4 Ερευνητική διαδικασία.....	51
5.5 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	52
5.6 Ηθική και δεοντολογία	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	55
6.1 Στατιστική ανάλυση	55
6.2 Αποτελέσματα.....	56
6.2.1 Ατομικά – Δημογραφικά – Επαγγελματικά χαρακτηριστικά.....	56
6.2.2 Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας ζωής - ProQOL	63
6.2.3 Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας - SCS (Self-Compassion Scale).....	66
6.2.4 Συσχέτιση κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής με την κλίμακα αυτοσυμπόνιας	70
6.2.5 Συσχέτιση κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής με τα δημογραφικά, εργασιακά και στοιχεία σχετικά με την υγεία και τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων.....	72
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	88
7.1 Συζήτηση	88
7.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	92
7.3 Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	93
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ.....	105
1. Ηθική και Δεοντολογία	105
2. Εγκρίσεις Έρευνας	106
3. Ερωτηματολόγιο.....	112

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Τα τελευταία χρόνια, η πρακτική της αυτοσυμπόνιας έχει συγκεντρώσει την ολοένα και αυξανόμενη προσοχή στη βιβλιογραφία, ωστόσο λίγα είναι γνωστά για την ίδια στον κλάδο της κοινωνικής εργασίας. Ο σκοπός αυτής της συγχρονικής διερευνητικής μελέτης ήταν να εξετάσει την αυτοσυμπόνια μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, να διερευνήσει την ποιότητα επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων καθώς επίσης και εάν η πρακτική της αυτοσυμπόνιας ενισχύει την αίσθηση της συνοχής και της ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς, χρησιμεύοντας έτσι, ως μια αποτελεσματική μέθοδος αυτοφροντίδας και δεξιότητα, δρώντας προληπτικά έναντι του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης προάγοντας την ικανοποίηση συμπόνιας.

Σκοπός: Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοσυμπόνια και την επαγγελματική ποιότητα ζωής σε κοινωνικούς λειτουργούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Ως επιμέρους στόχοι της έρευνας αποτέλεσαν η διερεύνηση της συσχέτισης της αυτοσυμπόνιας με τα ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων/ουσών καθώς και η συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης με τους ίδιους δείκτες χαρακτηριστικών.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτελούνταν από 177 κοινωνικούς λειτουργούς Π.Φ.Υ στην Ελλάδα. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν ηλεκτρονικά (μέσω Google Forms) ένα ενιαίο ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από τρία μέρη: το 1ο μέρος αφορούσε την καταγραφή ατομικών/δημογραφικών/επαγγελματικών στοιχείων των συμμετεχόντων, το 2ο μέρος αφορούσε τη μέτρηση της αυτοσυμπόνιας των επαγγελματιών υγείας στην οποία χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας - Self-Compassion Scale (SCS) της Neff, και το 3ο μέρος αφορούσε τη μέτρηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής - The Professional Quality Of Life Scale (ProQOL-5) της Beth Stamm.

Αποτελέσματα: Για την επαγγελματική ποιότητα ζωής η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνιας» ήταν 39,4 μονάδες (SD=6,4 μονάδες), υποδηλώνοντας μέτρια προς υψηλή ικανοποίηση στο συγκεκριμένο δείγμα. Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ήταν 22,9 μονάδες (SD=6,2 μονάδες). Ακόμα, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» ήταν 22,4 μονάδες (SD=5,4

μονάδες). Οι μέσες τιμές των διαστάσεων αυτών υποδηλώνουν χαμηλά προς μέτρια επίπεδα εξουθένωσης και αντιμετώπισης δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στο δείγμα. Τόσο οι διαστάσεις όσο και η συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας σχετίζονταν σημαντικά με τις διαστάσεις της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (με εξαίρεση τη διάσταση της ανθρωπιάς και αυτή του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες). Μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια συνεπαγόταν με μικρότερη επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες. Συνολικά, το 43,2% είχε υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 σε όλες τις διαστάσεις υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Συμπεράσματα: Στη μελέτη, η αυτοσυμπόνια αποδείχθηκε πολύτιμη τόσο ως προσέγγιση για την αντιμετώπιση του άγχους, της εξουθένωσης αλλά και ανάπτυξης δευτερογενούς τραυματικού στρες όσο και ως αποτελεσματική πρακτική. Το συγγενικό, φιλικό περιβάλλον, η κοινωνική υποστήριξη, το εργασιακό περιβάλλον η ύπαρξη χόμπι αλλά και η πίστη στο Θεό σχετίζονταν με σημαντική αύξηση της ικανοποίησης συμπόνιας και σημαντική μείωση τόσο της εξουθένωσης όσο και του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες. Αντίστοιχα, στην κλίμακα της αυτοσυμπόνιας, μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια συνεπαγόταν με μικρότερη επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες ειδικά για όσους σχετίζονταν σημαντικά με το συγγενικό, φιλικό περιβάλλον και είχαν κοινωνική υποστήριξη.

Λέξεις - κλειδιά: Αυτοσυμπόνια, επαγγελματική ποιότητα ζωής, κοινωνικοί λειτουργοί, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας

ABSTRACT

Introduction: In recent years, the practice of self-compassion has garnered increasing attention in the literature, yet little is known about it in the field of social work. The purpose of this concurrent exploratory study was to examine self-compassion among Primary Health Care (PHC) social workers, explore the professional quality of life of workers, and investigate whether the practice of self-compassion enhances the sense of cohesion and mental well-being among professional social workers, serving as an effective method of self-care and skill, acting preventatively against secondary traumatic stress and professional burnout, and promoting compassion satisfaction.

Objective: The aim of this study was to investigate the correlation between self-compassion and professional quality of life in social workers in Primary Health Care (PHC). The research had specific objectives, including exploring the correlation of self-compassion with individual, demographic, and professional characteristics of participants and examining the correlation of professional satisfaction with the same characteristics.

Method: The sample consisted of 177 PHC social workers in Greece. Participants completed an electronic questionnaire through Google Forms, consisting of three parts: the first part recorded individual/demographic/professional characteristics, the second part measured the self-compassion of healthcare professionals using Neff's Self-Compassion Scale, and the third part measured the professional quality of life using Beth Stamm's Professional Quality of Life Scale (ProQOL-5).

Results: For Professional Quality of life, the mean score for the "Compassion Satisfaction" dimension was 39.4 units (SD=6.4 units), indicating moderate to high satisfaction in the sample. The mean score for the "Secondary Traumatic Stress" dimension was 22.9 units (SD=6.2 units). Furthermore, the mean score for the "Professional Burnout" dimension was 22.4 units (SD=5.4 units). The mean values of these dimensions indicated low to moderate levels of burnout and dealing with secondary traumatic stress in the sample. Both the dimensions and the overall self-compassion scale were significantly correlated with the dimensions of professional quality of life (except for the dimension of compassion and secondary traumatic stress). Greater self-compassion was associated with lower professional burnout and secondary traumatic stress.

Overall, 43.2% had high levels of self-compassion. The Cronbach's reliability coefficient was greater than 0.7 in all dimensions, indicating acceptable reliability.

Conclusions: In the study, self-compassion proved valuable as an approach for addressing anxiety, burnout, and the development of secondary traumatic stress, serving as an effective practice. The familial and friendly environment, social support, work environment, engagement in hobbies, and belief in God were associated with a significant increase in self-compassion satisfaction and a significant reduction in both burnout and secondary traumatic stress. Similarly, on the self-compassion scale, higher self-compassion correlated with lower professional burnout and secondary traumatic stress, especially for those closely connected to a supportive familial and friendly environment with social support.

Keywords: Self-compassion, professional quality of life, social workers, primary health care.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Ο σκοπός της παρούσας έρευνας, είναι η διερεύνηση συσχέτισης της αυτοσυμπόνιας με την επαγγελματική ποιότητα ζωής (ικανοποίηση συμπόνιας, δευτερογενές τραυματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση) των κοινωνικών λειτουργών Π.Φ.Υ.

Με βάση αυτό, η παρούσα μελέτη έρχεται να εξετάσει εάν η πρακτική της αυτοσυμπόνιας ενισχύει την αίσθηση της συνοχής και της ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς, χρησιμεύοντας έτσι, ως μια αποτελεσματική μέθοδος αυτοφροντίδας και δεξιότητα, προάγοντας την ικανοποίηση συμπόνιας και δρώντας προληπτικά έναντι του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης .

Ως εκ τούτου, η αυτοσυμπόνια θεωρείται ως ένας αγωγός για την ανάπτυξη ενσυναίσθησης και αποτελεσματικής πρακτικής κοινωνικής εργασίας, της συμπόνιας του άλλου και της επίγνωσης του εαυτού, καθώς και στην πρόληψη της κόπωσης συμπόνιας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας διπλωματικής θα μπορέσουν να αποτελέσουν κίνητρο για περαιτέρω διερεύνηση του θέματος της αυτοσυμπόνιας και τη συσχέτιση της με την επαγγελματική ποιότητα ζωής από επαγγελματίες ,και όχι μόνο, κοινωνικής εργασίας οι οποίοι θα ενθαρρυνθούν να εμβαθύνουν στη βιβλιογραφία της αυτοσυμπόνιας, να την επεκτείνουν και να αναπτύξουν προσεγγίσεις και παρεμβάσεις πρόληψης κα προαγωγής της επαγγελματικής ποιότητας ζωής και της υγείας γενικότερα.

Η δομή της συγκεκριμένης εργασίας διακρίνεται σε δύο κύρια μέρη: τη θεωρητική προσέγγιση που περιλαμβάνει τα τέσσερα πρώτα κεφάλαια και την έρευνα που αφορά στο πέμπτο, έκτο και έβδομο κεφάλαιο. Έτσι αναλυτικά έχουμε:

- Στην Εισαγωγή γίνεται μια πρώτη παρουσίαση και προσέγγιση του θέματος που αφορά την αυτοσυμπόνια και την επαγγελματική ποιότητα ζωής των κοινωνικών λειτουργών Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας. Επίσης, παρουσιάζεται ο Σκοπός και τα Προσδοκώμενα αποτελέσματα από την υλοποίηση της έρευνας. Τέλος παρουσιάζεται η διάρθρωση της διπλωματικής εργασίας.
- Στο Κεφάλαιο 1 γίνεται παρουσίαση και αναλύεται η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα καθώς και η Κοινωνική εργασία ως σύγχρονη εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη. Παρουσιάζονται παράλληλα ο ρόλος και το πεδίο δράσης της Κοινωνικής εργασίας στα πλαίσια της Π.Φ.Υ.
- Στο Κεφάλαιο 2 παρουσιάζονται οι έννοιες της συμπόνιας και της αυτοσυμπόνιας.

- Στο Κεφάλαιο 3 παρουσιάζονται οι έννοιες που αφορούν στην ποιότητα ζωής αλλά και την επαγγελματική ποιότητα ζωής που αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της πρώτης. Παρουσιάζονται οι διαστάσεις που διαμορφώνουν και καθορίζουν την έννοια της επαγγελματικής ποιότητας ζωής, καθώς επίσης και οι παράγοντες που φαίνεται να την επηρεάζουν. Επιπροσθέτως, γίνεται παρουσίαση της εργασιακής ποιότητας ζωής στα επαγγέλματα αρωγής.
- Στο Κεφάλαιο 4 γίνεται αναλυτική περιγραφή των βασικών παραγόντων που φαίνεται να επηρεάζουν σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο ποιότητας επαγγελματικής ζωής και κατά συνέπεια την ποιότητα ζωής των κοινωνικών λειτουργών, όπως αυτοί εντοπίστηκαν μέσα από τη βιβλιογραφία καθώς και η μελέτη της αυτοσυμπόνιας σε αυτό τον κλάδο.
- Στο Κεφάλαιο 5 γίνεται περιγραφή της μεθοδολογίας, η οποία σχεδιάστηκε από τον ερευνητή, εντός του οποίου παρουσιάζεται ο σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα, η μέθοδος συλλογής δεδομένων, τα εργαλεία μέτρησης, ο πληθυσμός-στόχος, το δείγμα και ο Κώδικας Ηθικής & Δεοντολογίας.
- Στο Κεφάλαιο 6 παρουσιάζονται η μέθοδος επεξεργασίας και στατιστικής ανάλυσης των δεδομένων, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας.
- Στο Κεφάλαιο 7 γίνεται η συζήτηση, η αποτύπωση των περιορισμών της έρευνας, τα τελικά συμπεράσματα και οι προτάσεις για μελλοντικές ενέργειες.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα αποτελεί βασικό πυλώνα και σημείο αναφοράς του υγειονομικού συστήματος υγείας, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων και υπηρεσιών, συμπεριλαμβανομένης της προαγωγής της υγείας, της πρόληψης ασθενειών και της παροχής υγειονομικής περίθαλψης, μέσα και έξω από τα πλαίσια των δομών υγείας, διασφαλίζοντας ίση και άμεση προσβασιμότητα του πληθυσμού, τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στην οικογένεια του (1).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, παρέχει συλλογική, ολιστική φροντίδα στο πεδίο της πρωτοβάθμιας και όχι μόνο φροντίδας. Οι αξίες και οι αρχές των Κοινωνικών Λειτουργών αποτελούν την «καρδιά» της φροντίδας με επίκεντρο τον ασθενή, δομώντας μια συνεργασία και σχέση με την ομάδα υγειονομικής περίθαλψης, σεβόμενη το δικαίωμά τους στην αυτονομία, τον αυτοπροσδιορισμό και της ίσης μεταχείρισης.

Διανύουμε μια εποχή κρίσεων και παγκόσμιων αλλαγών, κατά την οποία η επαγγελματική ευημερία αποτελεί αντικείμενο έντονων συζητήσεων. Σ' αυτές τις συνθήκες, οι κοινωνικοί λειτουργοί βρίσκονται στην πρώτη γραμμή ασχολούμενοι πρωτίστως με τις σχέσεις μεταξύ των ανθρώπων που αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις ζωής ή τραύματα σε καθημερινή βάση καθώς και του περιβάλλοντος τους, συμπεριλαμβανομένου του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, εστιάζοντας σε στρατηγικές και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων χρησιμοποιώντας κάθε πόρο που έχουν στη διάθεση τους. Παράλληλα, καθημερινά έρχονται σε επαφή με άτομα που ζουν υπό δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και με προβλήματα υγιεινής προσπαθώντας να παρέχουν ενημέρωση, υποστήριξη, προστασία και ασφάλεια. Αυτή η δημιουργία σχέσης κοινωνικού λειτουργού - ωφελούμενου αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της ψυχοκοινωνικής, συναισθηματικής και πνευματικής ευημερίας του ασθενή/ωφελούμενου. Ωστόσο είναι αναγκαίο και για τους ίδιους τους κοινωνικούς λειτουργούς να παρέχουν την καλύτερη φροντίδα και υποστήριξη προς τους άλλους (2).

Η σημασία της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής αναδύεται δείχνοντας πόσο σημαντική είναι για τους εργαζόμενους και συνδέεται πρωτίστως με τη σχέση τους με την εργασία, αλλά και με το βαθμό ανταπόκρισής τους σε τραυματικά γεγονότα που επηρεάζουν την επαγγελματική τους ζωή (3). Η εργασία σε δύσκολα περιβάλλοντα, η καθημερινή επαφή με άτομα ή ομάδες που υποφέρουν, η παρατεταμένη έκθεση στο τραύμα των άλλων και η υψηλή συναισθηματική εμπλοκή χωρίς επαρκή κοινωνική υποστήριξη μπορούν να επηρεάσουν αρνητικά την επαγγελματική ευημερία, ειδικά όσον αφορά την κόπωση από συμπόνια, την

εξουθένωση (Burnout) και το δευτερογενές τραυματικό στρες (Secondary Traumatic Stress) που αποτελούν πτυχές της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (3–5).

Η συμπόνια και η ενσυναίσθηση αποτελούν κάποιες από τις βασικές αρχές που πρέπει να διέπουν τον κοινωνικό λειτουργό, τόσο ως άνθρωπο όσο και επαγγελματία, ανταποκρινόμενος στους ρόλους και τις υποχρεώσεις τους προς τους ωφελούμενους. Η εξάντληση λόγω συμπόνιας (κόπωση συμπόνιας) είναι το προσωπικό αρνητικό κόστος να προσφέρει ο κοινωνικός λειτουργός υπηρεσίες υποστήριξης και να βοηθά άλλους να αντιμετωπίσουν επώδυνες ή τραυματικές καταστάσεις (3). Επιπλέον, υπάρχει και το κόστος να αναπτύξουν συμπτώματα που επηρεάζουν τον τρόπο διαχείρισης τους στην ιδιωτική ζωή προκαλώντας συναισθηματική δυσφορία, ευερεθιστότητα και προβλήματα σχέσεων (6). Η ικανοποίηση από τη συμπόνια από την άλλη, αποτελεί θετικό παράγοντα, και η σχέση μεταξύ αυτών των πτυχών καθορίζει την επαγγελματική ποιότητα ζωής και, συνεπώς, την ευημερία των εργαζομένων (3).

Αντιμέτωποι με την αυξημένη κόπωση συμπόνιας σε αυτές τις δύσκολες συνθήκες εργασίας και περιβάλλοντα, κρίνεται επιτακτική η ανάγκη ανάπτυξης στρατηγικών αυτοφροντίδας για τους ίδιους του κοινωνικούς λειτουργούς και αναδεικνύεται η σημασία της αυτοσυμπόνιας. Η αυτοσυμπόνια περιλαμβάνει το να εκδηλώνεις συμπόνια και φροντίδα για τα δικά σου προβλήματα και να αντιμετωπίζεις τις αδυναμίες σου με καλοσύνη, ανοχή και κατανόηση (7). Οι άνθρωποι που επιδεικνύουν αυτοσυμπόνια αναγνωρίζουν ότι οι δικές τους αδυναμίες είναι μέρος της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας και αντιμετωπίζουν τον εαυτό τους με ζεστασιά και κατανόηση, αντί να είναι σκληροί στην αυτοκριτική τους (7). Αυτοσυμπόνια σημαίνει να τιμάς τον εαυτό σου με σεβασμό και αγάπη (4). Στην εξάσκηση της κοινωνικής εργασίας σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης, όπου οι προκλήσεις είναι πολυπλοκότερες και δύσκολες, η αυτοσυμπόνια αποτελεί μια ανεκτίμητη δεξιότητα και ταυτόχρονα αποτελεί και στρατηγική αυτοφροντίδας (4). Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε αυτόν τον τομέα χρειάζονται την ικανότητα να αντιμετωπίζουν τις δύσκολες καταστάσεις με συμπόνια όχι μόνο προς τους άλλους, αλλά και προς τον εαυτό τους. Αυτό τους επιτρέπει να διατηρούν μια υγιή συναισθηματική κατάσταση και παρέχοντας αποτελεσματική υποστήριξη.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΗΝ Π.Φ.Υ.

1.1 Προσέγγιση της Πρωτοβάθμιας Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελεί βασικό πυλώνα και σημείο αναφοράς ενός υγειονομικού συστήματος αλλά και του γενικότερου κοινωνικοοικονομικού οικοδομήματος, όπου τα θεμελιακά της χαρακτηριστικά είναι σημαντικά στη διαχείριση κρίσεων, ευρισκόμενη στο προσκήνιο περισσότερο από ποτέ, ειδικά τα τελευταία χρόνια στη μετά - Covid εποχή.

Το 1978 η διακήρυξη στην Άλμα - Άτα αποτέλεσε τη βάση για τον επαναπροσδιορισμό της ευθύνης του συστήματος υγείας προς την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) όπου προσδιορίστηκε ως «η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να επωμισθεί σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης (1). Με λίγα λόγια, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποτελεί μία ολοκληρωμένη προσέγγιση της υγείας ενός ατόμου μέσω υπηρεσιών που περιλαμβάνουν την προαγωγή της υγείας, την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τη διαχείριση χρόνιων νοσημάτων καθώς και την παρηγορητική φροντίδα (8). Οι υπηρεσίες τις Π.Φ.Υ διέπονται από την καθολική κάλυψη, την ισότιμη πρόσβαση όλων των κοινωνικών ομάδων, την ολοκληρωμένη φροντίδα σύμφωνα με τις αρχές της τομεοποίησης και του θεραπευτικού συνεχούς, καθώς και της διεπιστημονικής προσέγγισης και δράσης τη συμμετοχή της κοινότητας (8,9).

Στην Ελλάδα, η δημιουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με το νόμο Ν.1397/1983, αποτέλεσε τον πρώτο οδηγό για την Π.Φ.Υ. Από το 2010, η Ελλάδα είχε πληγεί σοβαρά από την οικονομική κρίση και τη λιτότητα με σημαντικές άμεσες επιπτώσεις στο κρατικά χρηματοδοτούμενο Ε.Σ.Υ. Ως αποτέλεσμα, η χώρα επικέντρωσε εκ νέου τις μεταρρυθμιστικές της προσπάθειες στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα με δύο νομοθετικά νομοσχέδια. Στο πρώτο, ο Ν.4238/2014, είχε σαφή δημοσιονομική κατεύθυνση όπου δημιουργείται το Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο (Π.Ε.Δ.Υ.), που λειτουργεί υπό τις Διοικήσεις των επτά Υγειονομικών Περιφερειών της Ελλάδας (Υ.Π.Ε) και το πεδίο εφαρμογής του Ε.Σ.Υ (ΕΟΠΥΥ) (10,11). Το δεύτερο νομοσχέδιο, ο Νόμος 4486/2017, είχε ως κατεύθυνση να ενισχυθεί ο ρόλος του οικογενειακού ιατρού αναθέτοντάς τον σε γενικούς ιατρούς, παθολόγους και παιδιάτρους όπου οι οικογενειακοί ιατροί, ως το πρώτο σημείο επαφής με τον πολίτη, να

παρέχουν ολοκληρωμένη και συνεχή φροντίδα με επίκεντρο την πρόληψη ασθενειών και την προαγωγή της υγείας (11).

Η Π.Φ.Υ παρέχεται κυρίως από ένα δίκτυο 193 κέντρων υγείας στελεχωμένων με γενικούς ιατρούς και ειδικούς (παιδιάτρους, γυναικολόγους, ορθοπαιδικούς, οφθαλμιάτρους, ουρολόγους, οδοντίατρους, γενικούς χειρουργούς, ψυχολόγους, ακτινολόγους, φυσιοθεραπευτές, μικροβιολόγους, μαιές, κοινωνικούς λειτουργούς), 300 πολυιατρείων και μονάδων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και επιπλέον περίπου 1.650 ιατρείων υγείας που συνδέονται διοικητικά με κέντρα υγείας στελεχωμένων με δημόσιους ιατρούς και πτυχιούχους ιατρικής (12).

1.2 Θεσμικό Πλαίσιο της Κοινωνικής Εργασίας

Το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας αποτελεί μία σύγχρονη εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη με διεθνή αναγνώριση που ακολουθεί συγκεκριμένες επιστημονικές αρχές και επαγγελματική δεοντολογία, με σχολές και τμήματα εκπαίδευσης κοινωνικής εργασίας να λειτουργούν σε όλες τις αναπτυγμένες και αναπτυσσόμενες χώρες του κόσμου.

Η κοινωνική εργασία προωθεί την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση προβλημάτων στις ανθρώπινες σχέσεις, την ενδυνάμωση και κοινωνική ενσωμάτωση περιθωριοποιημένων, αποκλεισμένων και ευάλωτων κοινωνικών ομάδων που βιώνουν καταστάσεις υψηλού κινδύνου για την ενίσχυση της ευημερίας τους σύμφωνα με τις αρχές των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και τις αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης (13). Χρησιμοποιώντας θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των κοινωνικών συστημάτων, η κοινωνική εργασία έρχεται να αντιμετωπίσει δυσλειτουργικές κοινωνικές καταστάσεις και καταστάσεις κρίσης, συμβάλλοντας στην ενδυνάμωση ατόμων, ομάδων και κοινοτήτων για την επίλυση βιο-ψυχοκοινωνικών προβλημάτων και στην προώθηση της κοινωνικής προσαρμογής και ευημερίας τους.

Στην Ελλάδα το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού και ο εφαρμοσμένος επιστημονικός κλάδος της Κοινωνικής Εργασίας είναι θεσμικά κατοχυρωμένα και ρυθμίζονται με τις παρακάτω διατάξεις:

- Νομοθετικό Διάταγμα «Περί του Θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών» (Ν.Δ., αριθ. 4018/11-11-1959).

- Προεδρικό Διάταγμα «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των πτυχιούχων του Τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων» (Π.Δ. 50, ΦΕΚ 23/τ. Α΄/26-1-1989, σσ. 345-347).
- Προεδρικό Διάταγμα «Άσκηση του Επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού» [Π.Δ., αριθ. 23 (2)/20-1-1992] (1)

Στην παράγραφο 1 του Προεδρικού διατάγματος καθορίζονται οι απαιτήσεις για την άσκηση του επαγγέλματος της κοινωνικής εργασίας όπου απαραίτητα είναι:

1. Πτυχίο από σχολή Κοινωνικής Εργασίας της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης του κράτους ή ισότιμο αντίστοιχης σχολής του εξωτερικού (αναγνώριση από ΔΟΑΤΑΠ).
2. Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος, το οποίο χορηγείται με τις διατάξεις του Προεδρικού Διατάγματος αριθ. 23 (2)/20-1-1992.

Οι απόφοιτοι τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των πανεπιστημίων (Πρώην Τ.Ε.Ι) έχουν νομικά κατοχυρωμένα επαγγελματικά δικαιώματα σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα αριθ. 50, άρθρο 1,2. Το Προεδρικό διάταγμα (1) ορίζει: Οι πτυχιούχοι του τμήματος Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματών Υγείας και Πρόνοιας των ΤΕΙ, Κοινωνικοί Λειτουργοί, με βάση τις εξειδικευμένες επιστημονικές γνώσεις - θεωρητικές και εφαρμοσμένες - ασχολούνται, είτε αυτοδύναμα, είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες, σε όλους τους τομείς δραστηριότητας που αποβλέπουν στην πραγματοποίηση ενός ή και συνδυασμού από τους παρακάτω στόχους:

- Πρόληψη και θεραπεία κοινωνικών προβλημάτων.
- Βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας, ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση θεσμικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα.

Οι πτυχιούχοι Κοινωνικοί Λειτουργοί έχουν δικαίωμα απασχόλησης, ως εργαζόμενοι στον ιδιωτικό και ευρύτερο δημόσιο τομέα, όπως αυτός προσδιορίζεται από τις διατάξεις που ισχύουν κάθε φορά, με τα παρακάτω αντικείμενα:

- Διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχο-κοινωνικής μελέτης όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατικού, της ομάδας και της κοινότητας που χρειάζεται την παρέμβασή τους.

- Διαμόρφωση διάγνωσης, αυτόνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν.
- Εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης

Οι απόφοιτοι του Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας μπορούν να εργαστούν σε διάφορους τομείς τόσο στον δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα. Ορισμένα από τα πιθανά επαγγελματικά πεδία (1) περιλαμβάνουν:

- Κοινωνικές υπηρεσίες σε δήμους
- Κέντρα Ανοικτής Πρόσβασης για Ηλικιωμένους (ΚΑΠΗ)
- Πρόγραμμα "Βοήθεια στο Σπίτι" για τη φροντίδα ηλικιωμένων και ευάλωτων ατόμων.
- Διευθύνσεις Κοινωνικής Μέριμνας και Αλληλεγγύης
- Φορείς παιδικής προστασίας
- Νοσοκομεία και κέντρα υγείας
- Κέντρα ψυχικής υγείας
- Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας
- Κέντρα αποκατάστασης ατόμων με αναπηρίες
- Μονάδες απεξάρτησης
- Μονάδες ειδικής αγωγής
- Υπηρεσίες του Οργανισμού Απασχόλησης Εργατικού Δυναμικού (Ο.Α.Ε.Δ)
- Κοινωνικές υπηρεσίες επιμελητών ανηλίκων
- Κοινωνικές υπηρεσίες φυλακών
- Υπηρεσίες για μετανάστες, πρόσφυγες κ.ά.
- Σχολική Εκπαίδευση

1.3 Ο γενικός ρόλος και πεδίο δράσης της Κοινωνικής Εργασίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και ζήτημα κοινωνικής δικαιοσύνης που αναγνωρίζεται από πολλές διεθνείς διακηρύξεις με προεξάρχουσα αυτή του Χάρτη των Θεμελιωδών Δικαιωμάτων της Ε.Ε, όπου όλοι οι άνθρωποι έχουν δικαίωμα να απολαμβάνουν συνθήκες καλής υγείας και προσβασιμότητας σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας χωρίς διακρίσεις

(1). Παρόλα αυτά, ήταν σαφές, ακόμη και πριν από την πανδημία και τα γεγονότα των τελευταίων τεσσάρων ετών, ότι η συζήτηση γύρω από το δικαίωμα στην υγεία δεν αντανakλούσε την πραγματικότητα. Η πανδημία, η κλιματική αλλαγή, οι κοινωνικές συγκρούσεις, η επίδραση οικονομικών και πολιτικών δυνάμεων στα θέματα της υγείας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων σε τοπικό και παγκόσμιο επίπεδο, ο αντίκτυπος των εθνικών ιδεολογιών σε γεωπολιτικά ζητήματα και οι συνέπειες αυτών στη διεκδίκηση των ανθρωπίνων δικαιωμάτων στην υγεία, δημιούργησαν βαθιές ρωγμές στην επιβεβαίωση της υγείας ως ανθρωπινό δικαίωμα και συνέβαλλαν στην άνιση κατανομή των πόρων που χρειάζονται οι άνθρωποι για μια συνεχή και βιώσιμη ανάπτυξη.

Νέα μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης αναδύονται παγκοσμίως ως απάντηση, αναπτύσσοντας συχνά, δι-επαγγελματικές ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και άλλων επαγγελματιών υγείας για την ταυτόχρονη αντιμετώπιση της σωματικής και ψυχικής υγείας ως μοντέλα ολοκληρωμένης φροντίδας (14). Η ολοκληρωμένη περίθαλψη έχει εξελιχθεί για να αντιμετωπίσει την κατακερματισμένη φύση της υγειονομικής περίθαλψης μέσω μεταρρυθμίσεων που εστιάζουν στον περιορισμό του κόστους, την πρόληψη, τη διεπαγγελματική συνεργασία και τη διασύνδεση των συστημάτων υγειονομικής και κοινωνικής περίθαλψης με επίκεντρο τον ασθενή (15,16).

Η κοινωνική εργασία στην Π.Φ.Υ αποτελεί ήδη βασικό κομμάτι της υγειονομικής περίθαλψης εκπληρώνοντας πολλαπλούς ρόλους, παρεμβαίνοντας στις αιτίες των ανισοτήτων στην υγεία, προάγοντας τη στήριξη, τη συμμετοχή και την ενδυνάμωση σύμφωνα με την αρχή της αυτοδιάθεσης, της ίσης μεταχείρισης, του σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών και της προάσπισής τους (1). Οι υπηρεσίες αυτές μπορεί να είναι ζωτικής σημασίας για την αντιμετώπιση των ψυχοκοινωνικών αναγκών των ατόμων δηλαδή στον εντοπισμό και την παρέμβαση στους καθοριστικούς κοινωνικούς παράγοντες όπως το άγχος, τα οικονομικά και νομικά προβλήματα, όπου έχει βρεθεί να είναι διαδεδομένα στην Π.Φ.Υ (17), συμβάλλοντας στη βελτίωση της συμμόρφωσης στη θεραπεία και κατ' επέκταση στη σωματική και κοινωνική ευεξία (18).

Η φιλοσοφία και οργάνωση της πρωτοβάθμιας υγείας απευθύνονται στον υγιή και τον άρρωστο για να υπερνικήσουν τα πρώτα εμπόδια (βιο-ιατρικά, ψυχοκοινωνικά, περιβαλλοντικά, οικονομικά, κοινοτικά) στην ανάπτυξη της υγείας. Οι πρωτοβάθμιες δραστηριότητες είναι πιο ευρείες, πολύπλευρες και εκτεταμένες και ξεπερνούν τα στενότερα όρια του νοσηλευτικού βιο-ιατρικού μοντέλου (19). Η διεύρυνση των ρόλων των κοινωνικών

λειτουργιών σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Π.Φ.Υ), επηρεάζεται από την ευθυγράμμιση των αξιών του επαγγέλματος με τις μεταρρυθμιστικές πρωτοβουλίες και τη νομοθεσία περί υγειονομικής περίθαλψης, αποτελώντας τον «ομφάλιο λώρο» μεταξύ των χρηστών και των υπηρεσιών Π.Φ.Υ, στοχεύοντας στην πρόληψη, την έγκαιρη παρέμβαση, τη δέσμευση για ισότητα στη χρήση των υπηρεσιών με «ατομοκεντρική» προσέγγιση. Απευθύνονται κυρίως σε ευάλωτες κοινωνικές ομάδες, σε άτομα ή ομάδες που βιώνουν σημαντικές αναπτυξιακές αλλαγές και στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς και σε άτομα των οποίων η υγεία και η κοινωνική τους ευεξία έχει επηρεαστεί από κοινωνικούς παράγοντες (1,18,20).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί, σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που έχουν πιο ιατροκεντρικό προσανατολισμό, είναι δυνητικά πιο κατάλληλοι για να αναλάβουν έναν ρόλο παρέμβασης στις δομές πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, καθώς είναι εκπαιδευμένοι να συνδέουν τους ασθενείς με την κοινότητα εστιάζοντας στην αλληλεπίδραση μεταξύ αυτών και του κοινωνικού, πολιτιστικού και φυσικού τους περιβάλλοντος.

1.4 Ρόλοι Κοινωνικού Λειτουργού στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελούν τη «γέφυρα» μεταξύ της ιατρικής περίθαλψης και της συναισθηματικής και κοινωνική ευεξίας, διασφαλίζοντας ότι οι ασθενείς λαμβάνουν ολιστική υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις που πηγάζουν από τις συνθήκες υγείας τους. Τα συστήματα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ανά τον κόσμο χρησιμοποιούν όλο και περισσότερο διεπαγγελματικές προσεγγίσεις που βασίζονται σε ομάδες για την παροχή φροντίδας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί ενσωματώνονται όλο και περισσότερο ως μέλη δι-επαγγελματικών ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας χρησιμοποιώντας ως κυρίαρχη προσέγγιση αυτή του «ατόμου στο περιβάλλον» αναγνωρίζοντας τον κοινωνικό παράγοντα ως προσδιοριστή της υγείας του ατόμου και του συνόλου (1,21).

Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού πρωτοβάθμιας φροντίδας επηρεάζεται από τις ανάγκες του πληθυσμού ανάλογα την περιοχή και τον τομέα πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Γι' αυτό ο ρόλος του μπορεί να ποικίλλει μεταξύ των πληθυσμών αναλαμβάνοντας πολυάριθμους ρόλους στο σχεδιασμό, την παροχή και την αξιολόγηση της περίθαλψης (13).

Ως επαγγελματίες, οι κοινωνικοί λειτουργοί δραστηριοποιούνται σε μακρο-, μέσο- και μικροεπίπεδο. Στο μακροεπίπεδο, επικεντρώνονται σε δράσεις που αφορούν την προώθηση και

διαμόρφωση νέων πολιτικών για την υγεία και την κοινωνική πρόνοια, σχεδιασμό προγραμμάτων και κοινοτική εκπαίδευση, υποστηρίζοντας και προασπίζοντας τα προνόμια και δικαιώματα ευάλωτων κοινωνικών ομάδων (1,22,23). Στο μεσοεπίπεδο, η προσοχή επικεντρώνεται στη διαχείριση της υγείας και της νόσου σε συνεργασία με τις οικογένειες και την κοινότητα των ασθενών, ιδίως όταν οι ασθενείς αντιμετωπίζουν γνωστικές, σωματικές ή κοινωνικές αναπηρίες που καθιστούν πιο περίπλοκη τη συμμετοχή τους στο σχέδιο συνολικής διαχείρισης της φροντίδας (1). Στο μικροεπίπεδο, οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται απευθείας με τους ασθενείς, παρέχοντας συγκεκριμένη υποστήριξη και πόρους που απαιτούνται για τη διαχείριση της νόσου τους, την προαγωγή υγείας και τη βελτίωση της ποιότητας ζωής τους. Προτεραιότητα εδώ αποτελεί η διευκόλυνση της προσαρμογής των ατόμων στη χρόνια νόσο και της υποστήριξης τους ώστε να επιτύχουν υψηλότερα επίπεδα ποιότητας ζωής. (1,20).

Οι ρόλοι του κοινωνικού λειτουργού που παρέχει στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ) σε άτομα, οικογένειες, ομάδες και κοινότητες με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία (1,24–27) συγκλίνουν στους εξής:

- Εκτίμηση βιοψυχοκοινωνικών παραγόντων της υγείας και της ποιότητας ζωής.
- Παροχή ξεκάθαρων και απλών υπηρεσιών.
- Παροχή συμβουλευτικών και θεραπευτικών υπηρεσιών.
- Διαβούλευση με άλλους επαγγελματίες υγείας σχετικά με βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες και τις επιπτώσεις τους στην υγεία και την ποιότητα ζωής.
- Εκπαίδευση σχετικά με βιοψυχοκοινωνικούς παράγοντες της ασθένειας και στρατηγικές παρέμβασης.
- Κοινοτική ανάπτυξη και ανάπτυξη ικανοτήτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ

2.1 Πρόλογος

Τα τελευταία χρόνια, οι έννοιες της συμπόνιας (Compassion) προς τους άλλους και ιδιαίτερα της αυτο-συμπόνιας (Self-Compassion) συγκεντρώνουν την προσοχή και το όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον της βιβλιογραφίας. Η πολυπλοκότητα του 21ου αιώνα που χαρακτηρίζεται από αστάθεια, ανασφάλεια και συνεχείς αλλαγές, αποτελεί πρόκληση για την ευημερία των ατόμων σε όλες τις διαστάσεις της καθημερινής ζωής (28).

Στην σημερινή κοινωνία, όπου αναζητούμε συνεχώς το καλύτερο και τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης έχουν κατακλύσει την καθημερινότητα μας, με πρόσβαση στις ζωές των άλλων, δημιουργείται το πλαίσιο αδιάκοπης επιδίωξης εξαιρετικά υψηλών προσωπικών προτύπων και αυστηρής αυτοκριτικής όταν δεν επιτυγχάνονται αυτά τα πρότυπα, οδηγώντας σε μια αρνητική εικόνα για την προσωπική αξία (29). Παράλληλα, η ανασφάλεια του τρέχοντος πλαισίου εργασίας, όπως για παράδειγμα η αυτοματοποίηση, οι μεταβαλλόμενες ανάγκες των καταναλωτών και πιο πρόσφατα της πανδημίας Covid-19, υπογραμμίζουν τη σημασία της δημιουργίας και προώθησης οργανισμών με «υγιείς» χώρους εργασίας, υποστηρίζοντας τα άτομα που τους αποτελούν, προάγοντας την υγεία και την ευημερία τους (28).

Οι έννοιες της συμπόνιας (Compassion) και της αυτοσυμπόνιας (Self-Compassion) είναι μεταξύ των πολλών αναγνωρισμένων παραγόντων που συνδέονται με την ψυχολογική υγεία και ευεξία (30).

2.2 Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

2.2.1 Συμπόνια (Compassion) και Ενσυναίσθηση (Empathy)

Η υγειονομική περίθαλψη σήμερα δίνει έμφαση και επικεντρώνεται στον ασθενή. Στη φροντίδα, πέρα από μία τυπική παροχή υγειονομικής υπηρεσίας, βασιζόμενη στις προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες των ατόμων που λαμβάνουν αυτές τις υπηρεσίες, αδελφικές έννοιες όπως η «συμπόνια» και η «ενσυναίσθηση» αποτελούν τις πιο σημαντικές αρχές σε αυτά τα μοντέλα φροντίδας. Ωστόσο, τα όρια μεταξύ των όρων δεν είναι διακριτά ενώ υπάρχουν διαφοροποιήσεις μεταξύ τους.

Η εννοιολογική κατασκευή της συμπόνιας συγχέεται με την ύπαρξη στενά σχετιζόμενων όρων όπως η ενσυναίσθηση, η συμπάθεια, η αγάπη, ο αλtruισμός και η καλοσύνη, με την τάση να χρησιμοποιούνται αυτοί οι όροι εναλλακτικά. Οι Gilbert και Mc Ewan (31), καθορίζουν τη συμπόνια ως μια μοναδική εννοιολογική κατασκευή, που μπορεί να διαφοροποιηθεί από τους άλλους όρους, όσον αφορά τη συναισθηματική εμπειρία και τα πρότυπα συμπεριφοράς που αναπτύσσονται από τον επαγγελματία στη συνάντηση με άτομα που χρήζουν βοήθειας. Έτσι, η συμπόνια ορίζεται ως η συναισθηματική αντίληψη και αναγνώριση του πόνου του άλλου, με πρωταρχικό χαρακτηριστικό την καθολικότητα του πόνου που βιώνει, περιλαμβάνοντας ένα σύστημα συναισθημάτων, σκέψεων και συμπεριφορών που χαρακτηρίζεται ως ευαισθησία στον πόνο του, με βαθιά δέσμευση και επιθυμία να τον ανακουφίσουμε (31).

Από την άλλη μεριά, η ενσυναίσθηση σημαίνει «την ικανότητα να εισέλθει κανείς στην κατάσταση - θέση ενός άλλου ατόμου», την «ακριβή αντίληψη των διαθέσεων και των συναισθημάτων κάποιου, μαζί με τα νοήματα αυτών» (32). Η ενσυναίσθηση ως έννοια αποτελεί μια πιο σύνθετη διαπροσωπική κατασκευή που περιλαμβάνει επίγνωση και διαίσθηση και αντιστοιχεί στη ικανότητα με την οποία κάποιος τοποθετεί τον εαυτό του στην κατάσταση ενός άλλου ατόμου με σκοπό να καταλάβει τι αισθάνεται (32). Γενικά, οι ερευνητές εντοπίζουν δύο τύπους ενσυναίσθησης: τη γνωστική ενσυναίσθηση (αναγνώριση και κατανόηση μιας δυσάρεστης κατάστασης με βάση την αίσθηση του καθήκοντος) και τη συναισθηματική ενσυναίσθηση, η οποία ενώ περιέχει καθένα από τα στοιχεία της γνωστικής ενσυναίσθησης, επεκτείνεται σε μια αναγνώριση και κατανόηση της κατάστασης ενός ατόμου, «συναισθανόμενος» το άτομο (33).

Μερικές μελέτες για την υγειονομική περίθαλψη (21,31,32,34–36) τονίζουν την ανάγκη καλλιέργειας της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας για να τονιστεί μια ανθρωπιστική αλλά και πνευματική διάσταση σε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση της σωματικής και ψυχικής υγείας, ως μοντέλο ολοκληρωμένης φροντίδας, όπου αυτές οι αρετές παίζουν σημαντικό ρόλο. Ωστόσο, ενώ αυτές οι εννοιολογικές κατασκευές αποτελούν κομμάτια της ολοκληρωμένης και ασθενοκεντρικής φροντίδας, υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Οι Brill και Nahmani (37) μιλούν για μια ενσυναίσθητη στάση ως την ικανότητα να «είσαι μαζί», ενώ η συμπόνια είναι να «υποφέρεις». Εστιάζουν στη νοσηματοδότηση του στοιχείου της ενσυναίσθησης (δηλαδή, πώς είναι η κατανόηση των συναισθημάτων των άλλων), ενώ η συμπόνια περιλαμβάνει ένα σύνολο στοιχείων (συναίσθημα, επίγνωση και δράση) με επίκεντρο τη συναναστροφή με τον άλλον

που υποφέρει. Παράλληλα, διακρίνεται στο γεγονός ότι ενώ και οι δύο έννοιες περιλαμβάνουν την κατανόηση του διανοητικού και συναισθηματικού πόνου των άλλων, η συμπόνια προσθέτει την επιθυμία να μειωθεί η ταλαιπωρία που διαπιστώθηκε.

Στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης, η συμπόνια και η ενσυναίσθηση πιστεύεται ότι έχει πολλά πρακτικά πλεονεκτήματα. Έχει υποστηριχθεί ότι η συμπονετική και ενσυναίσθητη θεραπεία ασθενών, δρα πολλαπλασιαστικά και θετικά, συμπεριλαμβανομένων της βελτίωσης των κλινικών αποτελεσμάτων, της αύξησης της ικανοποίησης των ασθενών στη λήψη υπηρεσιών και της βελτίωσης της ποιότητας των πληροφοριών που συλλέγονται από τους ασθενείς (38). Ορισμένοι ερευνητές, ειδικά για το θέμα της συμπόνιας, έχουν ζητήσει την εφαρμογή παρεμβάσεων σε υγειονομικά πλαίσια εργασίας, επιδιώκοντας να ενισχύσουν την ικανότητα των εργαζομένων υγείας να δίνουν και να λαμβάνουν συμπόνια, υποστηρίζοντας ότι η ίδια ρυθμίζει το σχηματισμό αντίδρασης στο άγχος και είναι ύψιστης σημασίας στη μετάδοση της αξιοπρέπειας και της αξίας από το ένα άτομο στο άλλο, επιτρέποντας στους ανθρώπους να νιώθουν πολύτιμοι (31).

2.2.3 Αυτοσυμπόνια

Μία στενά σχετιζόμενη εννοιολογική δομή με την συμπόνια που έχει λάβει περισσότερη ερευνητική προσοχή είναι η συμπόνια που κατευθύνεται προς τον εαυτό, ή αλλιώς αυτοσυμπόνια. Τα τελευταία χρόνια η πρακτική της αυτοσυμπόνιας γίνεται ολοένα και πιο δημοφιλής με σταθερά αυξανόμενο αριθμό ερευνητικών δημοσιεύσεων. Τι είναι όμως η αυτοσυμπόνια; Σύμφωνα με τη Δρ. Kristin Neff, μία από τις πρώτες ψυχολόγους - ερευνήτριες που έχει εισάγει τον όρο της αυτο-συμπόνιας (Self-Compassion) στην ψυχολογία, όρισε την αυτοσυμπόνια ως τη δημιουργία και την καλλιέργεια μιας σχέσης με τον εαυτό, επιτρέποντας μια αίσθηση φροντίδας και ζεστασιάς (7).

Η αυτοσυμπόνια αποτελεί μία νέα εννοιολογική κατασκευή της επιστήμης της Θετικής Ψυχολογίας. Η σύμπραξη ανατολικών παραδόσεων και φιλοσοφίας, ιδιαίτερα του Βουδισμού, με τη δυτική ψυχολογία, έχουν ωθήσει τις εξελίξεις στην κατανόηση της ψυχικής υγείας και ευημερίας, συμπεριλαμβανομένης της εστίασης στην αυτοσυμπόνια. Η Neff αντιλήφθηκε την αυτοσυμπόνια σε έξι διαστάσεις οι οποίες τη σχηματίζουν, τρεις θετικές και τρεις αρνητικές, αλληλένδετες και αδιαίρετες μεταξύ τους: την ευγένεια και ζεστασιά προς τον εαυτό (Αυτοκαλοσύνη) παρόλα τα βάσανα έναντι μίας επικριτικής στάσης (Self-kindness vs Self-judgment), την Κοινή Ανθρωπιά (Οικουμενικότητα) έναντι της απομόνωσης (Common

Humanity vs Isolation) και την επίγνωση των δυσκολιών (Ενσυνειδητότητα) έναντι της υπερβολικής ταύτισης (Υπερταύτισης) στην αρνητικότητα μιας κατάστασης (Mindfulness vs Over-identification) (7,35).

Η κεντρική πτυχή της αυτοσυμπόνιας αφορά την ευγενική μεταχείριση του εαυτού ή αυτοκαλοσύνη (Self-Kindness), μία στάση φροντίδας και αποδοχής όταν τα πράγματα πάνε στραβά. Για παράδειγμα, όταν κάποιος αποτυγχάνει ή κάνει ένα κρίσιμο λάθος, οι συμπονετικοί άνθρωποι τείνουν να συμπεριφέρονται στον εαυτό τους με μεγαλύτερη ευγένεια, φροντίδα και συμπόνια και με λιγότερη κριτική και θυμό προς τους ίδιους σε σχέση με τους ανθρώπους που έχουν χαμηλά ποσοστά αυτοσυμπόνιας. Παράλληλα, η έννοια της αυτοσυμπόνιας περιλαμβάνει επίσης να είναι κάποιος παρηγορητικός προς τον εαυτό του με χαμηλά επίπεδα αρνητικής αυτοκριτικής (39). Σε αντίθεση, με την ευγένεια προς τον εαυτό, το άτομο ενδεχομένως να αναπτύσσει υπερβολική αυτοκριτική (Self-judgment), η οποία περιλαμβάνει εχθρότητα και αυστηρότητα προς τον εαυτό. Η επικριτική στάση προς τον εαυτό προκαλεί αρνητικά συναισθήματα και, επομένως, δεν δημιουργεί ισχυρά κίνητρα για περαιτέρω εξέλιξη (31,39).

Το αίσθημα της οικουμενικότητας (Common Humanity), περιλαμβάνει την αναγνώριση και τη συναίσθηση ότι οι εμπειρίες κάποιου, όσο οδυνηρές κι αν είναι, αποτελούν μέρος της κοινής ανθρώπινης εμπειρίας. Όταν οι άνθρωποι αποτυγχάνουν, βιώνουν απώλεια ή απόρριψη, ταπεινώνονται ή αντιμετωπίζουν άλλα αρνητικά γεγονότα και συχνά αισθάνονται ότι η εμπειρία τους είναι προσωπική και μοναδική όταν, στην πραγματικότητα, όλοι βιώνουν το ίδιο. Η συνειδητοποίηση ότι κάποιος δεν είναι μόνος σε αυτή την εμπειρία μειώνει το αίσθημα της απομόνωσης και προάγει την προσαρμοστικότητα (7). Στον αντίποδα, το άτομο οδηγείται στην απομόνωση (Isolation) καθώς απορρέει από την πεποίθηση ότι οι αδυναμίες του αποτελούν παράγοντα παθογένειας (7,39).

Η ενσυνειδητότητα (Mindfulness) περιλαμβάνει την υιοθέτηση μιας ισορροπημένης προοπτικής της κατάστασης κάποιου για να μην παρασύρεται κανείς από τη συγκίνηση, μεγαλοποιώντας τα συναισθήματα του. Η επίγνωση, η επικέντρωση της προσοχής, η αποδοχή και η ισορροπία μεταξύ επώδυνων σκέψεων και συναισθημάτων αποτελούν χαρακτηριστικά της ενσυνειδητότητας (40). Όταν οι άνθρωποι με χαμηλή αυτοσυμπόνια έρχονται αντιμέτωποι με καταστάσεις, τείνουν να προσκολλάνε, δηλαδή να διακατέχονται από υπερβολική ταύτιση (Over-identification), στην αρνητικότητα της κατάστασης και να εγκλωβίζονται στα συναισθήματά τους, αποσυνδεδεμένοι από την πραγματικότητα (41,42). Αντίθετα, όσοι είναι σε

θέση να διατηρήσουν την προοπτική της ισορροπίας απέναντι στο στρες και να προσεγγίσουν την κατάσταση με επίγνωση, τα καταφέρνουν με μεγαλύτερη επιτυχία (42).

2.3 Η αντίληψη της αυτοσυμπόνιας

Η αυτοσυμπόνια προϋποθέτει και τροφοδοτεί τη θετική αυτοϋπόληψη δείχνοντας πόσο σημαντική και ουσιαστική είναι σε πολλές διαστάσεις της ζωής. Οι Neff και Germer (42) αντιμετώπισαν το ερώτημα αν «η αυτοσυμπόνια είναι εγωιστική». Στην ανασκόπηση της έρευνας που σχετίζεται με το βασικό ερώτημα του κατά πόσον οι συμπονετικοί άνθρωποι είναι επίσης πιο συμπονετικοί προς τους άλλους γενικά, αναγνωρίστηκε ότι η σχέση μεταξύ της συμπόνιας για τον εαυτό και τους άλλους «δεν είναι τόσο απλή» και ότι, γενικά, διαφοροποιείται σύμφωνα με μεταβλητές όπως η ηλικία και οι εμπειρίες ζωής. Παράλληλα, θεώρησαν ότι η αυτοσυμπόνια «δεν διαφέρει πραγματικά από τη συμπόνια για τους άλλους» τονίζοντας ότι τα συναισθήματα αλλά και η εμπειρία παραμένουν τα ίδια (42).

Η αυτοσυμπόνια είναι μια στάση προς τον εαυτό μας που δεν εξαρτάται από την κρίση ή τη γνώμη των άλλων, αλλά αφορά αποκλειστικά τον ίδιο τον άνθρωπο και το πως αισθάνεται για τον εαυτό του. Η διαδικασία με την οποία η αυτοσυμπόνια προστατεύει τους ανθρώπους από στρεσογόνα γεγονότα είναι προφανώς διαφορετική από αυτή της συγγενικής κατάστασης, που είναι η αυτοεκτίμηση. Ενώ η αυτοεκτίμηση συνδέεται με θετικά συναισθήματα για τον εαυτό και με την πίστη ότι κάποιον τον εκτιμούν οι άλλοι (43) η αυτοσυμπόνια είναι ένας προσανατολισμός προς τη φροντίδα του εαυτού. Συνεπώς, δεν αποτελεί έκπληξη το γεγονός ότι οι συμπονετικοί άνθρωποι τείνουν να έχουν υψηλότερη αυτοεκτίμηση, πιθανώς λόγω της ευγενικής παρά επικριτικής στάσης προς τον εαυτό τους (7) προάγοντας θετικά συναισθήματα. Αυτά τα θετικά συναισθήματα, σύμφωνα με τη Neff, δεν περιλαμβάνουν το ναρκισσισμό και τις αυταπάτες που χαρακτηρίζουν ανθρώπους που έχουν υπερβολική αυτοεκτίμηση. Επιπροσθέτως, η χαμηλή αυτοσυμπόνια, τροφοδοτεί ως ένα μέρος, έστω και σε άτομα με μερική αυτοεκτίμηση, την εμφάνιση κατάθλιψης και άγχους, δείχνοντας με αυτό τον τρόπο πως η αυτοσυμπόνια συμβάλλει στην ευημερία με διαφορετικό τρόπο από εκείνου της αυτοεκτίμησης (7).

Οι συμπονετικοί άνθρωποι στοχεύουν εξίσου ψηλά, διακρινόμενοι από μεγαλύτερη προσφορά, αλλά επίσης αναγνωρίζουν και αποδέχονται ότι δεν μπορούν πάντα να πετυχαίνουν τους στόχους τους (44). Οι Gilbert και Irons αναφέρουν, ότι μέσω της αυτοσυμπόνιας, απενεργοποιείται το αίσθημα της ανασφάλειας και της αμυντικής στάσης, οδηγώντας στην

ενίσχυση της ευημερίας και της μεγαλύτερης αίσθησης διαπροσωπικής σύνδεσης, οδηγώντας σε υψηλά επίπεδα προσφοράς φροντίδας (45).

Η αυτοσυμπόνια λοιπόν, βασίζεται σε θετικές κρίσεις ή αξιολογήσεις και είναι ένας τρόπος να σχετιζόμαστε με τον εαυτό μας. Οι άνθρωποι αισθάνονται συμπόνια προς τον εαυτό τους επειδή είναι άνθρωποι και όχι επειδή είναι ξεχωριστοί ή πάνω από το μέσο όρο των υπολοίπων. Δεν είναι απλώς θέμα του να βλέπεις τη θετική πλευρά των πραγμάτων ή να αποφεύγεις τα αρνητικά συναισθήματα. Αφορά όμως, μέσω της αυτοσυμπόνιας, μεγαλύτερες δεξιότητες συναισθηματικής αντιμετώπισης, συναισθήματα κοινωνικής σύνδεσης και ικανοποίησης από τη ζωή αλλά και φροντίδα και υποστήριξη προς το σύντροφο, την οικογένεια, τον άνθρωπο γενικά που έχεις απέναντι (42,44).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

3.1 Ποιότητα Ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής (Π.Ζ) έχει αυξανόμενο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια προσελκύοντας το ενδιαφέρον βιοιατρικών και κοινωνικών επιστημών δεχόμενη πολλαπλές εννοιολογικές προσεγγίσεις, κυρίως όμως περιλαμβάνει προσδιοριστές καλής σωματικής, κοινωνικής, ψυχικής αλλά και συναισθηματικής κατάστασης. Ο ορισμός της είναι πολύπλοκος και ορίζεται με διαφορετικό τρόπο από διαφορετικά επιστημονικά πεδία εξαρτώμενη και από το στόχο της εκάστοτε ερευνητικής διαδικασίας (46).

Αν και ο όρος «ποιότητα ζωής» είναι σχετικά πρόσφατος, η έννοια της ευτυχίας ταυτίζεται με τον όρο, διαμορφώνοντας το πλαίσιο μέσα στο οποίο τοποθετείται η μελέτη της ποιότητας ζωής εστιάζοντας στην υποκειμενική της διάσταση, ενώ υπήρξε γνωστή και αντικείμενο αναζήτησης σε διαφορετικές περιόδους της ιστορίας. Οι φιλόσοφοι θεωρούσαν από καιρό την ευτυχία το υψηλότερο καλό και το απόλυτο κίνητρο για ανθρώπινη δράση. Ο Πλάτωνας αναφέρθηκε για την ευδαιμονία και την ευτυχία. Στον αντίποδα, ο Αριστοτέλης θεωρούσε την ευτυχία ως είδος ενάρετης δραστηριότητας της ψυχής θεωρώντας ευτυχισμένους ανθρώπους όσους ζουν σε αρμονία μεταξύ τους (47) ενώ 2000 χρόνια αργότερα ο Bentham (48) είχε την ιδέα της κατασκευής ενός «ευτυχισμένου λογισμού», μιας ζυγαριάς ευτυχίας όπου οι λήπτες αποφάσεων, υπό την διακυβέρνηση δύο κυρίαρχων αρχών, του πόνου και την ευχαρίστησης/ηδονής, μπορούσαν να υπολογίζουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε κοινωνικής τους δράσης.

Σε πρόσφατες εννοιολογικές προσεγγίσεις, ο Freud θεωρούσε ότι η ανάπτυξη υγιών διαπροσωπικών σχέσεων συμβάλλει στην ευτυχία ενώ σύμφωνα με άλλους μελετητές όπως ο Abrams ορίζει την ποιότητα ζωής ως τον βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας που αισθάνεται ένα άτομο από διάφορες πτυχές της ζωής του συνδεδεμένη με το επίπεδο χαράς και ικανοποίησης που βιώνει κάποιο άτομο στη ζωή του (49). Οι Dalkey και Rourke συμφωνούν με αυτή την άποψη και ορίζουν την ποιότητα ζωής ως την αίσθηση του ατόμου για το βαθμό ευεξίας, ικανοποίησης του και ευτυχίας σχετικά με διάφορες πτυχές της ζωής του όπως την υγεία του, τη δράση, το άγχος, τη στοχοθεσία, την αυτοεκτίμηση, την κατάθλιψη, την κοινωνική και οικογενειακή στήριξη (50).

Η σύγχρονη βιβλιογραφία σχετικά με την ποιότητα ζωής, την ορίζει ως τη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευημερία του ατόμου, που αντικατοπτρίζεται σε πτυχές όπως η καλή υγεία και λειτουργική ικανότητα, η αίσθηση της προσωπικής επάρκειας ή χρησιμότητας, η κοινωνική συμμετοχή, η ύπαρξη φίλων και κοινωνικής υποστήριξης και το επίπεδο εισοδήματος. Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι ευρύτερη και αφορά τη γενική ευημερία των ανθρώπων που ζουν σε μια κοινωνία (51).

Για τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ), η Π.Ζ είναι «η υποκειμενική αντίληψη που έχει το άτομο για τη θέση του στη ζωή, η οποία διαμορφώνεται στο πλαίσιο των αξιών και των πολιτισμικών χαρακτηριστικών της κοινωνίας στην οποία ζει, και είναι σε συνάρτηση με τους προσωπικούς στόχους, τις προσδοκίες, τα κριτήρια, τα ενδιαφέροντα και τις ανησυχίες του» (52). Αυτό υποδεικνύει ότι η ποιότητα ζωής είναι μια υποκειμενική έννοια που διαφέρει από άτομο σε άτομο, καθώς επίσης εξαρτάται από τον τρόπο με τον οποίο κάθε άτομο αντιλαμβάνεται και αξιολογεί τη ζωή του μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του αξιακού συστήματος της κοινωνίας.

Εξετάζοντας επίσης την τεράστια βιβλιογραφία για την ποιότητα ζωής, μπορούμε να σημειώσουμε ότι, παρά την πληθώρα των διαφορετικών εννοιολογικών προσεγγίσεων, υπάρχει μεγάλη σύγκλιση σχετικά με τον προσδιορισμό των τομέων ευημερίας. Όπως τονίστηκε από την Alkire το 2010, οι πολυδιάστατες προσεγγίσεις για την ανθρώπινη ευημερία και πρόοδο που προτείνονται από διαφορετικούς συγγραφείς δείχνουν σημαντικές ομοιότητες, τουλάχιστον στο επίπεδο ορισμένων γενικών κατηγοριών, όπως είναι: υγεία, εκπαίδευση, οικονομική και προσωπική ασφάλεια, κοινωνικές σχέσεις και πολιτική φωνή, περιβαλλοντικές συνθήκες, υποκειμενική ευημερία και χρήση του χρόνου (53).

Γίνεται αντιληπτό ότι ο όρος ποιότητα ζωής αποτελεί μία πολυδιάστατη και πολυσύνθετη έννοια. Ο Cummins (54) στην προσπάθειά του να προσδιορίσει τις βασικές διαστάσεις της ποιότητας ζωής ομαδοποίησε 173 διαστάσεις της ποιότητας ζωής σε επτά κατηγορίες (υλική και συναισθηματική ευημερία, υγεία, παραγωγικότητα, οικειότητα και κοινότητα, ασφάλεια) ενώ ο Schalock (55) τονίζει οκτώ «βασικούς τομείς» της ποιότητας ζωής (υλική, σωματική και συναισθηματική ευημερία, προσωπική ανάπτυξη και αυτοδιάθεση: διαπροσωπικές σχέσεις και κοινωνική ένταξη, δικαιώματα). Όπως φαίνεται από τον **Πίνακα 1**, αυτές οι δύο ταξινομήσεις αλληλεπικαλύπτονται σε μεγάλο βαθμό (βλέπε **Πίνακα 1**).

Πίνακας 1: Βασικοί τομείς της ποιότητας ζωής

Cummins (1996)		Schalock (2004)	
Τομείς Ποιότητας Ζωής	Ενδείξεις και Περιγραφή	Τομείς Ποιότητας Ζωής	Ενδείξεις και Περιγραφή
Υλική ευημερία	Στέγαση, Εισόδημα και Βιοτικό επίπεδο	Υλική ευημερία	Οικονομική κατάσταση (εισόδημα, παροχές) Απασχόληση, Στέγαση
Υγεία	Προσωπική υγεία, Πνευματική απόδοση	Σωματική ευεξία	Υγεία (λειτουργικότητα, συμπτώματα, φυσική κατάσταση, διατροφή), Δραστηριότητες της καθημερινότητας Ελεύθερος χρόνος (ψυχαγωγία, χόμπι)
Παραγωγικότητα	Δουλειά, Επίτευξη επιτυχίας, Σχολείο	Προσωπική ανάπτυξη	Εκπαίδευση προσωπική ικανότητα, Απόδοση (επιτυχία, επίτευγμα, παραγωγικότητα)
Συναισθηματική ευεξία	Αναψυχή, Δραστηριότητες αναψυχής και ελεύθερος χρόνος, Παρηγορία από τη θρησκεία	Συναισθηματική ευεξία	Ευχαρίστηση (ικανοποίηση, ευδιαθεσία, απόλαυση) Αυτοαντίληψη (Αυτοεκτίμηση, αυτοαξία, αυτοπεποίθηση) Έλλειψη άγχους (προβλεπτικότητα, έλεγχος)
		Αυτοδιάθεση	Ελεύθερος χρόνος, αυτονομία/προσωπικός έλεγχος, στόχοι και προσωπικές αξίες, προσωπικές επιλογές
Οικειότητα	Οικογενειακή ζωή και σχέσεις οικογένειας/συντρόφου, συγγενείς, αριθμός φίλων, παιδιά	Διαπροσωπικές σχέσεις	Αλληλεπιδράσεις (οικογένεια, φίλοι, συνομήλικοι) Υποστήριξη (συναισθηματική, φυσική, οικονομική)
Κοινότητα	Γειτονιά, Κοινωνικές σχέσεις και κοινωνική ζωή, Βοήθεια προς άλλους	Κοινωνική ένταξη	Κοινωνική ενσωμάτωση και συμμετοχή Κοινωνικοί ρόλοι (χορηγίες, εθελοντισμός) Κοινωνική υποστήριξη (δίκτυο υποστήριξης, υπηρεσίες)
Ασφάλεια	Οικονομική ασφάλεια, Ασφάλεια από την εγκληματικότητα, Ασφάλεια των περιουσιακών στοιχείων		
		Δικαιώματα	Ανθρώπινα (σεβασμός, αξιοπρέπεια, ισότητα) Νομικά (ιθαγένεια, πρόσβαση, νόμιμη και δίκαιη οδός)

Πηγή: Cummins (1996) και Schalock (2004)

3.2 Η Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής

Η εργασία αποτελεί μια κεντρική πτυχή της ζωής του ατόμου, αποτελώντας ένα μέσο για την απόκτηση κοινωνικών και οικονομικών οφελών καθορίζοντας παράλληλα και τη θέση του μέσα στην κοινωνία (56). Γεγονός επομένως είναι, ότι αναπόσπαστο κομμάτι της ποιότητας ζωής αποτελεί και η επαγγελματική ποιότητα ζωής, εφόσον το επάγγελμα καταλαμβάνει ένα

μεγάλο κομμάτι της ζωής του ατόμου επηρεάζοντας σε μεγάλο βαθμό την ποιότητα της. Η Π.Ε.Ζ διακρίνεται από δύο διαστάσεις. Η μία αφορά το ίδιο το άτομο δηλαδή τα προσωπικά οφέλη που αποκομίζει μέσω της εργασίας του όπως το οικονομικό όφελος και η ανάπτυξη του βιοτικού του επιπέδου αλλά και η κατάκτηση πνευματικών δεξιοτήτων όπως η συνεργασία, η κρίση και η υπευθυνότητα. Η άλλη διάσταση αφορά σε κοινωνικό επίπεδο όπου η άσκηση του επαγγέλματος προωθεί την οικονομική ανάπτυξη της κοινωνίας προκαλώντας έτσι και μεγαλύτερη κοινωνική κινητικότητα.

Η Ποιότητα Επαγγελματικής Ζωής (Π.Ε.Ζ) είναι μια πολύπλευρη έννοια με αυξανόμενο ενδιαφέρον όχι μόνο για τις επιχειρήσεις αλλά και για πολλά επαγγέλματα και τομείς. Ο προσδιορισμός της Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση μεταξύ του εργαζομένου, του περιεχομένου της εργασίας του και του περιβάλλοντος εργασίας. Ο όρος χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του '60 από το Irving Bluestone, εργαζόμενο στην General Motors, για να περιγραφεί ο βαθμός ικανοποίησης των εργαζομένων από την εργασία τους, διαδραματίζοντας οι ίδιοι ενεργό ρόλο στις αποφάσεις σχετικά με τις συνθήκες εργασίας τους. Επιπλέον, δίνεται έμφαση στην ευημερία των εργαζομένων, τονίζοντας την αλληλεπίδραση των θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τις βελτιωμένες συνθήκες εργασίας (57).

Η αυγή της δεκαετίας του '70 αποτέλεσε μια γόνιμη περίοδος για έρευνα και προσπάθειες αποσαφήνισης του ορισμού της Π.Ε.Ζ. Το αποκορύφωμα αυτής της έκρηξης ήταν αναμφίβολα το διεθνές συνέδριο για την επαγγελματική ποιότητα ζωής που πραγματοποιήθηκε στις 24 - 29 Σεπτεμβρίου 1972 στη Νέα Υόρκη. Ένα από τα συμπεράσματα αυτής της διάσκεψης ήταν να δημιουργηθεί ένα θεωρητικό πλαίσιο αποσαφήνισης του όρου και να προωθηθεί η έρευνα και η ανταλλαγή πληροφοριών που αφορούν την ψυχική υγεία στην εργασία.

Αν και δεν υπήρξε συμφωνία για τον ορισμό της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής, αναγνωρίστηκε ευρέως ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σχετίζεται με την ποιότητα ζωής και την ευημερία των εργαζομένων. Ο Lawler το 1975, θεώρησε την επαγγελματική ικανοποίηση ως αναπόσπαστο κομμάτι της ΠΕΖ, πάντα σε συνάρτηση με την προσωπικότητα του εργαζομένου. Πιο συγκεκριμένα, η προσωπική αυτοπραγμάτωση του εργαζομένου πρέπει να έχει κατακτηθεί ώστε να μπορεί να αντλεί ικανοποίηση από τη ζωή και από την εργασία του ειδικότερα (58). Επίσης, ο όρος χρησιμοποιήθηκε από τον Mills το 1978 και έκτοτε έγινε μια από τις βασικές έννοιες στους οργανισμούς διαχείρισης επιχειρήσεων, τόσο στην πράξη όσο

και βιβλιογραφικά (59). Η Π.Ε.Ζ έχει γίνει ένας σημαντικός καθοριστικός παράγοντας αφού διαπιστώθηκε ότι το εργασιακό περιβάλλον σχετίζεται με την ικανοποίηση των εργαζομένων και τη συμπεριφορά τους στην εργασία (60) βελτιώνοντας την απόδοση και επηρεάζοντας την αφοσίωση τους απέναντι στο φορέα/οργανισμό εργασίας τους (61).

Η τάση αυτή άρχισε να διαδίδεται ευρέως όταν, τόσο η General Motors όσο και το μεγαλύτερο συνδικάτο εργαζομένων των ΗΠΑ και Καναδά, το Auto Workers Union, εισήγαγαν προγράμματα που αφορούσαν την Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής στην αναμόρφωση του επαγγελματικού προσανατολισμού των εργαζομένων (62). Το πρώτο πρόγραμμα Επαγγελματικής Ικανοποίησης που εφαρμόστηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες επέτρεψε στους εργαζόμενους να διαδραματίσουν οι ίδιοι ενεργό ρόλο στις αποφάσεις σχετικά με τις συνθήκες εργασίας τους. Στόχος του ήταν ουσιαστικά η αξιολόγηση της ικανοποίησης των εργαζομένων προκειμένου να αναπτυχθεί μια σειρά προγραμμάτων για την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων (63).

Μελέτες επιβεβαιώνουν ότι η Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής διαφέρει από την ικανοποίηση από την εργασία αλλά οδηγεί σε αυτήν, καθώς η Π.Ε.Ζ υποδεικνύει την επίδραση του εργασιακού περιβάλλοντος στην ικανοποίηση της επαγγελματικής ζωής, όπως επίσης της ικανοποίησης των εργαζομένων για πτυχές της ζωής τους που δεν σχετίζονται με την εργασία τους αλλά με τη ζωή τους γενικότερα (64).

3.3 Παράγοντες που προσδιορίζουν την Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση της Π.Ε.Ζ προσδιορίζει ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα της όπως το εργασιακό περιβάλλον, η ικανοποίηση από την εργασία, οι ευκαιρίες για προαγωγή και επαγγελματική ανέλιξη, η επαρκής και δίκαιη αποζημίωση, η συναισθηματική νοημοσύνη, η σχέση με τη διοίκηση, οι εργασιακές συνθήκες που βασίζονται σε κανόνες υγιεινής και ασφάλειας, η κόπωση σταδιοδρομίας, το ωράριο, η οργανωτική κουλτούρα, το στυλ ηγεσίας, η φύση της εργασίας, οι εγκαταστάσεις και η υλικοτεχνική υποδομή γενικότερα, η εργασιακή ανεξαρτησία, η θέση του εργαζομένου, οι εργασιακές προκλήσεις και ευθύνες, η κατάρτιση επιχειρηματικού πλάνου της διοίκησης σε συνδυασμό με τη διαχείριση, ανάπτυξη και επάρκεια πόρων (63).

Οι πιο σημαντικές διαστάσεις της Π.Ε.Ζ, μπορούν να περιοριστούν στα ακόλουθα: στην αμοιβή του εργαζομένου, στο εργασιακό περιβάλλον, στις ευκαιρίες για προαγωγή και επαγγελματική ανέλιξη, στην ικανοποίηση από την εργασία, στο στυλ ηγεσίας, στις εργασιακές

συνθήκες που βασίζονται σε κανόνες υγιεινής και ασφάλειας. Χαμηλοί δείκτες στους συγκεκριμένους παράγοντες οδηγούν σε χαμηλά επίπεδα ποιότητας επαγγελματικής ζωής συνδεδεμένα με σωματικές, ψυχολογικές και συμπεριφορικές συνέπειες όπως μείωση της παραγωγικότητας του εργαζομένου, απουσίας του από την εργασία και χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών (65).

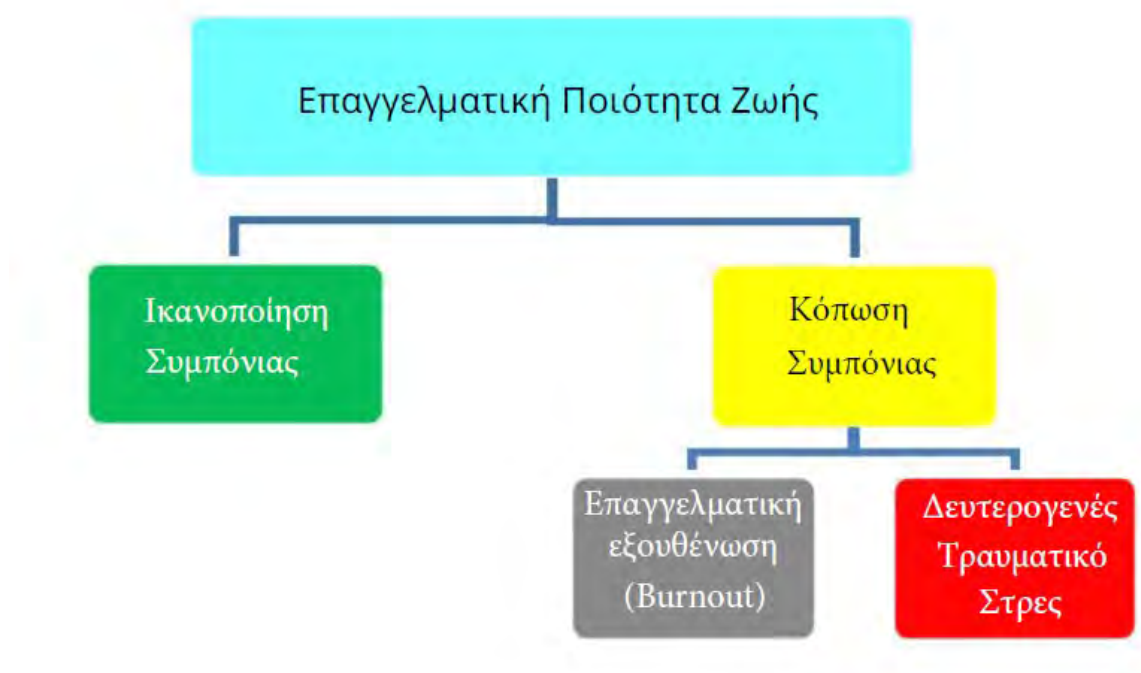
3.4 Η Ποιότητα της Επαγγελματικής Ζωής σε επαγγέλματα αρωγής

Η ενασχόληση με τα επαγγέλματα αρωγής θεωρείται ως ένα από τα πιο στρεσογόνα περιβάλλοντα για εργασία και η επαγγελματική ποιότητα ζωής, για όσους ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους και με την ανθρώπινη φροντίδα, αποτελεί θέμα αυξανόμενου ενδιαφέροντος τα τελευταία είκοσι χρόνια. Η επίδραση τραυματικών και αγχογόνων καταστάσεων στους επαγγελματίες που εργάζονται σε άμεση επαφή με πελάτες/ωφελομένους έχει διερευνηθεί σε πολλούς κλάδους όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία, η ψυχολογία, η εκπαίδευση και τα σώματα ασφαλείας (3,66). Έρευνες έχουν δείξει ότι εργαζόμενοι αυτών των κλάδων που καλούνται να βοηθήσουν άτομα σε κρίση, κινδυνεύουν να αναπτύξουν αρνητικά συμπτώματα που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση, την κατάθλιψη και τη διαταραχή μετατραυματικού στρες (3).

Η Stamm καθόρισε δύο πτυχές της επαγγελματικής ποιότητας ζωής σε εργαζομένους που προσφέρουν φροντίδα. Η πρώτη, η θετική, αφορά την Ικανοποίηση Συμπόνιας (Compassion Satisfaction) δηλαδή της αίσθησης ικανοποίησης που προέρχεται από την προσφορά βοήθειας στους άλλους. Το άτομο αυτό προσεγγίζει την εργασία του με θετική στάση, εκτιμώντας τις σχέσεις με τους συναδέλφους και τις υπηρεσίες που παρέχει ενώ αισθάνεται ικανοποίηση για τη συμβολή του στο εργασιακό περιβάλλον ή ακόμα και στο γενικότερο καλό της κοινωνίας. Παράλληλα αυτή η ικανοποίηση συνδέεται με τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου, ανατροφοδοτώντας τον ψυχισμό του δια μέσω της εργασίας (3).

Η δεύτερη, έχει αρνητικό πρόσημο και αφορά την Κόπωση Συμπόνιας (Compassion Fatigue), ως αρνητικό αποτέλεσμα της παροχής φροντίδας (3). Σε αυτή την κατηγορία η Stamm καθορίζει δύο συνιστάμενες, την Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout) και το Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (Secondary Traumatic Stress) όπως φαίνεται και στον πίνακα που ακολουθεί (βλέπε **Πίνακα 2**).

Πίνακας 2: Διαστάσεις Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής



Πηγή: Stamm (2010)

Η επαγγελματική εξουθένωση εκδηλώνεται με συναισθηματική και ψυχική εξάντληση, οργή, απογοήτευση, αποπροσωποποίηση, αίσθημα κενού, μείωση προσωπικών επιτευγμάτων όπως επίσης συνδέεται με την εμφάνιση κατάθλιψης και μείωση της ενσυναίσθησης, δεξιότητα απαραίτητη στα επαγγέλματα αρωγής. Το δευτερογενές τραυματικό στρες είναι αρνητικό συναίσθημα που σχετίζεται με φόβο και τραύμα αναφορικά με την εργασία (3). Τα συμπτώματα της κόπωσης συμπόνιας μπορεί να περιλαμβάνουν αισθήματα απομόνωσης, άγχος, αποσύνδεσης εαυτού, σωματικές παθήσεις και διαταραχές ύπνου. Επιπλέον, η κόπωση συμπόνιας συνδέεται με μια αίσθηση σύγχυσης, ανικανότητας και μεγαλύτερη αίσθηση απομόνωσης από πρόσωπα και καταστάσεις (2,5).

3.5 Διαστάσεις Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής

3.5.1 Ικανοποίηση Συμπόνιας (Compassion Satisfaction)

Η ικανοποίηση συμπόνιας (Compassion Satisfaction) ορίζεται ως η ευχαρίστηση που πηγάζει από την παροχή βοήθειας προς τους άλλους (3) και έχει βρεθεί ότι συσχετίζεται θετικά με την ανθεκτικότητα, δηλαδή την ικανότητα κάποιος να αντιμετωπίζει, να μαθαίνει, να αναδύεται θετικά μέσα από δυσκολίες και να εξελίσσεται μετά από τραυματικές εμπειρίες (67). Βασίζεται στα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου και από την «αλτρουιστική επιθυμία» να προσφέρει βοήθεια στο συνάνθρωπό του, αλλάζοντας τις ατομικές και κοινωνικές συνθήκες γύρω του.

Η ικανοποίηση συμπόνιας εμφανίζεται όταν υπάρχει νόημα και πληρότητα στην εργασία για κάποιον, έχοντας θετικά συναισθήματα και σκέψεις για τους συναδέλφους ή για τη δυνατότητα να προσφέρει στο εργασιακό περιβάλλον ή στο γενικότερο κοινωνικό καλό (68). Η εργασία στην ικανοποίηση συμπόνιας λειτουργεί ανατροφοδοτικά για τον ψυχισμό του ατόμου.

3.5.2 Κόπωση Συμπόνιας (Compassion Fatigue)

Ο όρος «κόπωση συμπόνιας» (Compassion Fatigue) αφορά το κόστος της φροντίδας για την ανακούφιση από τα βάσανα ή τον συναισθηματικό πόνο των άλλων και πηγάζει από την επιθυμία και τον αλτρουισμό του φροντιστή να βοηθήσει. Παράλληλα η εμφάνιση της κόπωσης μπορεί να προέρχεται εκτός από το άτομο που δέχεται βοήθεια και από το περιβάλλον εργασίας.

Η έννοια της κόπωσης συμπόνιας εμφανίστηκε μόλις το 1992, στο περιοδικό Nursing, όταν η Johnson, επινόησε τον όρο για να περιγράψει την εξάντληση των νοσηλευτών στα επείγοντα από τη συνεχή φροντίδα (69). Η κόπωση συμπόνιας εμφανίζεται όταν εργαζόμενοι επαγγελματιών αρωγής όπως κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές ή άλλων ειδικοτήτων αναλαμβάνουν τα βάσανα ασθενών που έχουν βιώσει ακραίο στρες ή τραύμα, ευρισκόμενοι έτσι σε συνεχή έκθεση, προκαλώντας στους ίδιους κλονισμό αξιών, αντιλήψεων και συμπεριφορών σε συνδυασμό με την έλλειψη ανακούφισης από τους στρεσογόνους παράγοντες (68).

Ο Figley το 1995 την ορίζει, ως τη «μειωμένη ικανότητα ή ενδιαφέρον» του επαγγελματία υγείας να έχει ενσυναίσθηση ή να «αντέχει τα βάσανα των ωφελομένων» και

αποτελούν τις «φυσικές επακόλουθες συμπεριφορές και συναισθήματα που προκύπτουν από τη γνώση ενός τραυματικού γεγονότος που βίωσε ή υπέστη κάποιο πρόσωπο» (2).

Κύριο χαρακτηριστικό είναι ότι η κόπωση συμπόνιας εμφανίζεται μόνο σε επαγγέλματα υγείας σε σχέση με την επαγγελματική εξουθένωση όπου μπορεί να εμφανιστεί σε οποιοδήποτε επάγγελμα και εργασιακό περιβάλλον. Η κόπωση συμπόνιας έχει δύο πτυχές: την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες.

3.5.2.1 Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

Ο όρος της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) εμφανίζεται όλο και περισσότερο τα τελευταία χρόνια, όντας πιο επίκαιρος από ποτέ, εξαιτίας του σύγχρονου στρεσογόνου τρόπου ζωής και των αυξημένων επαγγελματικών υποχρεώσεων. Ήδη γνωστός από την δεκαετία του 1970, συνεχίζει να το κάνει και σήμερα, περίπου 50 χρόνια από την εισαγωγή του στην λογοτεχνία της ψυχικής υγείας και στον πολιτισμικό λόγο.

Ο όρος υπονοεί, ότι από τη στιγμή που καίει μια φωτιά, δεν μπορεί να συνεχίσει να καίει το ίδιο έντονα, εκτός εάν υπάρχει επαρκή καύσιμη ύλη για να συνεχίσει να καίει. Με τον ίδιο τρόπο και οι εργαζόμενοι που βιώνουν εξουθένωση, χάνουν την ικανότητα να ανταποκρίνονται και να συνεισφέρουν στον ανθρώπινο πόνο (70).

Ο επιτυχής παραλληλισμός του όρου της επαγγελματικής εξουθένωσης αντανakλά την προέλευση της έννοιας στην καθομιλουμένη πριν προλάβει να εισαχθεί στην επιστήμη της ψυχολογίας. Ο Freudenberger, το 1974, διατύπωσε πρώτη φορά την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης για να περιγράψει τα σημάδια ψυχικής και σωματικής εξουθένωσης που εκδηλώνονται σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα, σε περιβάλλοντα όπου δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που χρήζουν βοήθειας, έχοντας ως χαρακτηριστικά, τη σταδιακή συναισθηματική εξάντληση, την απώλεια κινήτρων, την αποπροσωποποίηση και τη μειωμένη δέσμευση για την ανάπτυξη της θεραπευτικής σχέσης μεταξύ τους (71). Η έννοια περιγράφει επίσης, και το σύνδρομο που προκαλείται από την αλληλεπίδραση του εργαζόμενου με το εργασιακό περιβάλλον σε συνάρτηση με τα ατομικά χαρακτηριστικά του (68,72).

Ενώ η κόπωση συμπόνιας πηγάζει από τη συναισθηματική δέσμευση των επαγγελματιών υγείας και τη σχέση που διατηρούν με τους ωφελούμενούς τους, η επαγγελματική εξουθένωση, προκαλείται από διάφορους παράγοντες του εργασιακού περιβάλλοντος όπως συγκρουσιακά γεγονότα, υψηλός φόρτος εργασίας, χαμηλοί μισθοί,

σύγκρουση προσωπικών αξιών με αυτών του εργασιακού χώρου και έλλειψη υποστήριξης από τον κοινωνικό περίγυρο.

Τέλος, να σημειωθεί ότι ο ορισμός της «εξουθένωσης» διαφοροποιείται ανάλογα με το πλαίσιο και τους στόχους όσων χρησιμοποιούν τον όρο. Οι επαγγελματίες με επιστημονικό υπόβαθρο ψυχικής υγείας, τείνουν να βλέπουν την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα διαρκές φαινόμενο όπου η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια μορφή χρόνιας δυσφορίας που προκύπτει από ένα εξαιρετικά αγχωτικό και απογοητευτικό εργασιακό περιβάλλον (71).

Από την άλλη οι επαγγελματίες με ιατρικό υπόβαθρο αντιμετωπίζουν την εξουθένωση ως μια ιατρική κατάσταση (71).

3.5.5.2 Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (Secondary Traumatic Stress)

Η έννοια του δευτερογενούς τραυματικού στρες (Secondary Traumatic Stress) αναπτύχθηκε από τους ειδικούς στο θέμα του «τραύματος» Betth Stamm, Charles Figley και άλλους στις αρχές της δεκαετίας του 1990 στην προσπάθεια για διερεύνηση της αιτίας που οι φροντιστές και εργαζόμενοι επαγγελματιών αρωγής εμφάνιζαν συμπτώματα τραυματικού στρες, χωρίς οι ίδιοι να το έχουν βιώσει από πρώτο χέρι.

Η ιδέα ότι η εργασία με άτομα που χρήζουν βοήθειας θα μπορούσε να προκαλέσει προβλήματα στον φροντιστή και θεραπευτή δεν είναι νέα. Η μεταφορά και η αντιμεταβίβαση ευχάριστων και δυσάρεστων συναισθημάτων, και οι σχετικές συνειδητές και ασυνειδητές αντιδράσεις μεταξύ ενός ψυχωτικού ασθενή με πόνο και του θεραπευτή του, ήταν ένα θέμα πολλών συζητήσεων μεταξύ του νευρολόγου Sigmund Freud και του ψυχολόγου Carl Jung την πρώτη δεκαετία του 20ού αιώνα (2).

Όλο και πιο συχνά, οι θεραπευτές καλούνται να βοηθήσουν τους επιζώντες βίαιων εγκλημάτων, φυσικών καταστροφών, παιδικής κακοποίησης, βασανιστηρίων, προσφύγων πολέμων και βίαιων εκτοπίσεων καθώς και επιζώντων τρομοκρατικών ενεργειών (73). Οι επαγγελματίες που απαντούν στο κάλεσμα αναφορών τραύματος, φρίκης, ανθρώπινης σκληρότητας και απώλειας, μπορεί να νιώθουν συναισθηματική δυσφορία και να καταρρακώνονται. Αποτέλεσμα αυτού είναι να αρχίσουν να βιώνουν συναισθήματα φόβου, πόνου και ταλαιπωρίας παρόμοια με αυτά των ωφελούμενων τους και παρόμοια συμπτώματα τραύματος, όπως ενοχλητικές σκέψεις, εφιάλτες, διαταραχή του ύπνου όπως επίσης και αλλαγές στη διαμόρφωση των σχέσεων τους με τους συναδέλφους τους, τις οικογένειές τους και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (68,73).

Ο Figley, όρισε το δευτερογενές τραυματικό στρες (STS) ως «τις συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές απαιτήσεις προκειμένου να αντιμετωπίσει κάποιος το τραυματικό και συναισθηματικό υπόβαθρο των πελατών» (2,5). Συνεπώς, το δευτερογενές τραυματικό στρες προκύπτει από την παροχή φροντίδας και το διαρκές ενδιαφέρον για άτομα που βιώνουν συναισθηματικό πόνο, ως αποτέλεσμα της συνεχούς αφοσίωσης και προσοχής προς αυτούς (2,74).

Πίνακας 3: Το αιτιολογικό μοντέλο του Figley για το στρες και την κόπωση συμπόνιας



Πηγή: Figley (2004) όπως αναφέρεται στο Μαγγούλια (2011)

Συχνά οι όροι της κόπωσης συμπόνιας και του δευτερογενούς τραυματικού στρες χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, με το δεύτερο να αφορά την έκθεση και φροντίδα ατόμων που έχουν εκτεθεί σε ένα τραυματικό γεγονός (75). Στην ουσία, το δευτερογενές τραύμα, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο το τραύμα άλλων ανθρώπων μπορεί να γίνει των ίδιων των φροντιστών. Από την άλλη, τα συμπτώματα της κόπωσης από συμπόνια καθιστούν πιο δύσκολη την παροχή φροντίδας στον ασθενή και την εκτέλεση άλλων καθηκόντων. Το δευτερογενές τραυματικό στρες και η επαγγελματική εξουθένωση συμβάλλουν στην κόπωση συμπόνιας.

Στην τελευταία έκδοση του ProQOL (Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής – έκδοση V), η Stamm πρότεινε τη χρήση του όρου της κόπωσης συμπόνιας ως μία ευρύτερη έννοια που περιλαμβάνει ως πτυχές της την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές

τραυματικό στρες (3). Η πρώτη αναφορά των συγκεκριμένων όρων στην ελληνική βιβλιογραφία, έγινε το 2011 από τη Μαγγούλια με την εξέταση της επίδρασης του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές η οποία ήταν η πρώτη έρευνα σε ελληνικό πληθυσμό και αποτέλεσε επομένως την αφετηρία για την μελέτη αυτού του φαινομένου στην Ελλάδα (68). Στη συγκεκριμένη έρευνα, σύμφωνα με την προηγούμενη έκδοση του ProQOL (ProQOL IV), η τρίτη διάσταση ονομαζόταν Κόπωση Συμπόνοιας (CF). Σύμφωνα με τη Μαγγούλια η πλειοψηφία των δημοσιεύσεων θεωρεί ταυτόσημους τους δύο όρους της κόπωσης συμπόνοιας και δευτερογενούς τραυματικού στρες (68).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΑΥΤΟΣΥΜΠΟΝΙΑ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ

4.1 Η Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής στην κοινωνική εργασία

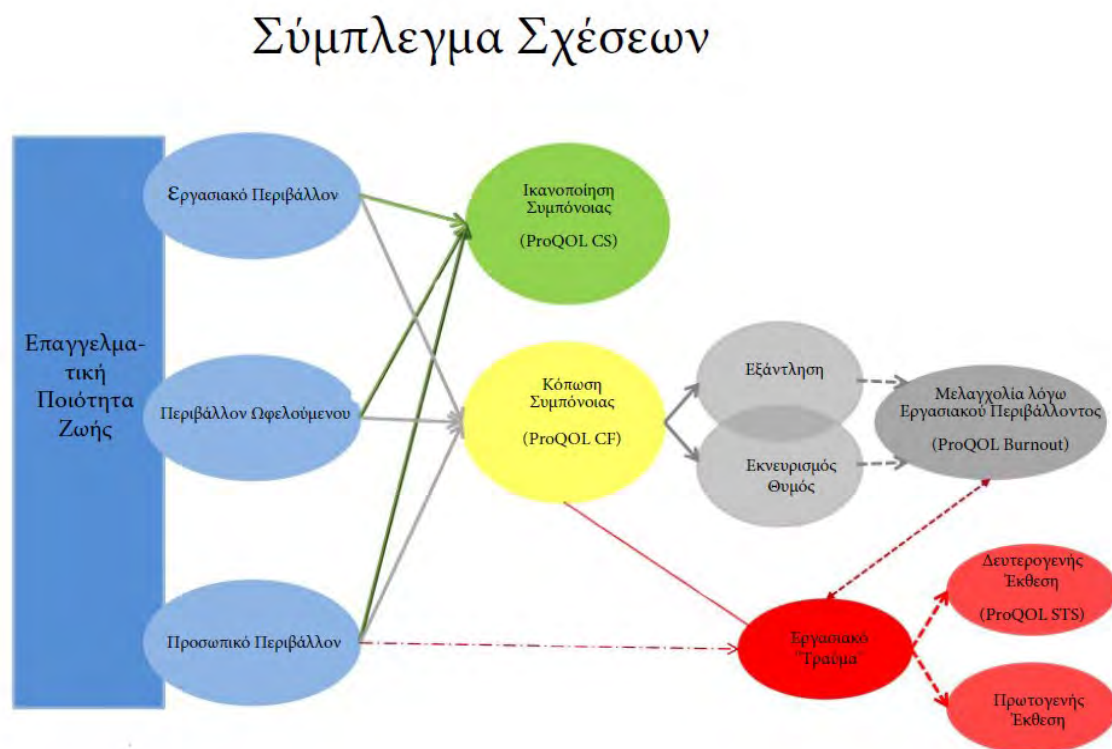
Τα τελευταία 20 χρόνια, οι περισσότερες μελέτες που σχετίζονται με την έκθεση σε ψυχοκοινωνικούς στρεσογόνους παράγοντες, έτειναν να επικεντρωθούν περισσότερο σε άτομα που αναζητούν κοινωνική υποστήριξη και βοήθεια για την αντιμετώπιση ενός αρνητικού ή τραυματικού γεγονότος και λιγότερο συχνά προς εκείνους που παρέχουν κοινωνική υποστήριξη ή βοήθεια όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι ψυχολόγοι και οι νοσηλευτές (2).

Οι επαγγελματίες κοινωνικής εργασίας έχουν να αντιμετωπίσουν μια σειρά από προκλήσεις, όπως αυξανόμενα μεγέθη φόρτου εργασίας και όλο και πιο περίπλοκες ανάγκες ωφελούμενων. Επιπλέον, οι κοινωνικές υπηρεσίες διαφόρων οργανισμών συχνά επηρεάζονται από πολιτικές αλλαγές και περιορισμούς πόρων/χρηματοδότησης. Οι Christopher και Maris (76) υποστήριξαν ότι οι επαγγελματίες που παρέχουν συμβουλευτικές υπηρεσίες και κοινωνική φροντίδα αντιμετωπίζουν αυξημένη απειλή κόπωσης συμπίονιας, επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί συνήθως εργάζονται με τα πιο ευάλωτα άτομα, οικογένειες και κοινότητες που κινδυνεύουν να βιώσουν τραυματικά γεγονότα. Η αλληλεπίδραση των κοινωνικών λειτουργών με τα άτομα που υποφέρουν, η ακούραστη βοήθειά τους προς αυτά και η φαινομενικά απεριόριστη ενσυναίσθηση και συμπόνια είναι κρίσιμες και παίζουν σημαντικό ρόλο στην αλλαγή συνθηκών ζωής των ωφελούμενών τους, δημιουργώντας στους ίδιους τους επαγγελματίες μια ικανοποίηση συμπίονιας, δηλαδή της αίσθησης ικανοποίησης και ευχαρίστησης όταν κάνει κάποιος τη δουλειά του (3) αλλά ταυτόχρονα αυτή η αφοσίωση έχει κόστος.

Η παρατεταμένη έκθεση στο τραύμα των άλλων, η υψηλή συναισθηματική εμπλοκή χωρίς επαρκή κοινωνική υποστήριξη ή αισθήματα προσωπικών εργασιακών επιτευγμάτων (δηλαδή ικανοποίηση από την εργασία) και η υπερβολική εργασία μπορεί να οδηγήσουν τους κοινωνικούς λειτουργούς να βιώσουν εξουθένωση, η οποία χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση, έλλειψη κινήτρων και χαμηλή αίσθηση επιτευγμάτων αφήνοντας τον επαγγελματία ευάλωτο προκαλώντας δευτερογενές τραυματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση.

Πίνακας 4: Σύμπλεγμα σχέσεων στην επαγγελματική ποιότητα ζωής



Πηγή: Stamm (2010)

Η Bride (4) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί που ασχολούνται με την άμεση κλινική πρακτική όπως είναι η Π.Φ.Υ, είναι πιθανό να εκτεθούν δευτερογενώς σε τραυματικά γεγονότα, μέσω της εργασίας τους, με ανθρώπους ή πληθυσμούς που έχουν υποστεί τραύμα. Γενικά, τα άτομα που εργάζονται σε επαγγέλματα φροντίδας συχνά προσπαθούν να αλλάξουν τις συμπεριφορές και τα συναισθήματα των ωφελομένων τους παρέχοντας συναισθηματική υποστήριξη (π.χ. ενσυναίσθηση), στρατηγικές για την αντιμετώπιση συναισθηματικών καταστάσεων ή παρέχοντας δεξιότητες γνωστικής διαχείρισης μιας κατάστασης (77,78). Στο πλαίσιο της επίσημης φροντίδας, η παροχή θεραπείας σε πελάτες που έχουν υποστεί ένα τραυματικό γεγονός μπορεί να είναι ιδιαίτερα αγχωτική (2). Πολλοί ερευνητές έχουν περιγράψει πώς οι θεραπευτές που εργάζονται με άτομα που έχουν υποστεί τραύμα καθώς και ασθενείς, συχνά εμφανίζουν σημάδια ψυχολογικής δυσφορίας, όπως το δευτερογενές τραυματικό στρες, ως αποτέλεσμα αυτών των αλληλεπιδράσεων (2,4). Επίσης, η

Μαγγούλια (68) αναφέρει ότι ο σημαντικότερος παράγοντας κινδύνου είναι η στενή σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενή και θεραπευτή όπου οι δεύτεροι χρησιμοποιούν τους εαυτούς τους σαν θεραπευτικά εργαλεία, αφήνοντας τους ευάλωτους στην χρόνια έκθεση στις τραυματικές ιστορίες των ασθενών.

Είναι γεγονός, ότι η κόπωση συμπόνιας οδηγεί σε αισθήματα ευερεθιστότητας, κυνισμού και αναποτελεσματικότητας μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών που αντιμετωπίζουν έντονες πιέσεις, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και ελάχιστους πόρους που είναι διαθέσιμοι για την επίτευξη των στόχων εργασίας τους (6). Όταν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του ρόλου τους, όντας αναποτελεσματικοί, αυτό αποτελεί επιζήμιο και για άλλα μέλη της κοινωνίας αφού αλληλοεπιδρούν με άτομα που εξαρτώνται από τον κοινωνικό λειτουργό για γνώση, καθοδήγηση και εκπαίδευση.

Η εκτίμηση για τους κοινωνικούς λειτουργούς που βιώνουν κόπωση συμπόνιας και πιο ειδικά δευτερογενές τραυματικό στρες σύμφωνα με την Kanno (79) κυμαίνεται από 50% έως 70%, με ποσοστό που εμφανίζει συμπτώματα ή πληροί τις προϋποθέσεις για ένα βασικό σύμπτωμα κατά τη διάρκεια της σταδιοδρομίας τους. Αυτό ενισχύεται και από την έρευνα του Acker (80) όπου έδειξε ότι η επαγγελματική εξουθένωση, ως πτυχή της κόπωσης συμπόνιας, έχει τη δυνατότητα να επηρεάσει αρνητικά την αντίληψη των κοινωνικών λειτουργών της ικανοποίησης από την εργασία και τη συνολική ικανότητα ολοκλήρωσης αυτής.

Μια ακόμα μελέτη της Bride (4) που αφορούσε κοινωνικούς λειτουργούς έδειξε ότι πολλοί επαγγελματίες ήταν δυνατό να εμφανίσουν τουλάχιστον κάποια συμπτώματα κόπωσης συμπόνιας, με το 70% των κοινωνικών λειτουργών σε αυτή τη μελέτη να βίωσε τουλάχιστον ένα σύμπτωμα δευτερογενούς τραυματικού στρες την τελευταία εβδομάδα της έρευνας, ενώ το 55% ανταποκρινόταν στα κριτήρια για τουλάχιστον ένα από τα βασικά συμπλέγματα συμπτωμάτων και το 15% πληρούσε τα κριτήρια για διάγνωση δευτερογενούς τραυματικού στρες. Εντούτοις, παρά τις προκλήσεις αυτές, η πλειονότητα των κοινωνικών λειτουργών δήλωνε ότι αισθανόταν μέτρια έως υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση (60).

4.2 Προσδιορισμός της αξίας της αυτοσυμπόνιας που σχετίζεται με την αυτοφροντίδα

Η ψυχική υγεία είναι ένας συναρπαστικός αλλά πολύπλοκος τομέας που αφορά όλους τους βασικούς τομείς της ζωής και ταυτόχρονα αποτελεί κοινωνική και οικονομική αναγκαιότητα για κάθε κοινωνικό σύνολο. Η πρακτική της κοινωνικής εργασίας, σε συνδυασμό

με το οργανωτικό και λειτουργικό άγχος, προκαλεί αρνητικές συνέπειες στην υγεία όπως καρδιαγγειακές παθήσεις, υψηλή αρτηριακή πίεση, άγχος, δυσκολίες με τον ύπνο, κατάθλιψη, αυτοκτονικό ιδεασμό και συμπτώματα μετατραυματικού στρες όπως και επαγγελματικής κόπωσης (74,75). Η αυξανόμενη ζήτηση για υποστήριξη της ψυχικής υγείας, δημιουργεί μεγάλη ζήτηση για επαγγελματίες αυτού του κλάδου, με το έργο τους σε αυτόν τον τομέα πρακτικής να είναι απαιτητικό και έντονο.

Μια αναζήτηση για τους όρους «κόπωση συμπόνιας, Burnout και δευτερογενές τραυματικό στρες» στους κοινωνικούς λειτουργούς, απέδωσε 386 αποτελέσματα άρθρων από τα οποία εννέα άρθρα με τις λέξεις-κλειδιά «αυτοφροντίδα στην κοινωνική εργασία» και οκτώ για την «αυτοσυμπόνια στους κοινωνικούς λειτουργούς». Βρέθηκαν εκατοντάδες άρθρα που αφορούσαν την εξουθένωση και την κόπωση από συμπόνια στο επάγγελμα της νοσηλευτικής. Όπως φάνηκε, η έρευνα στους κοινωνικούς λειτουργούς σχετικά με τα αποτελέσματα στις λέξεις κλειδιά όπως εξάντληση, κόπωση από συμπόνια, δευτερογενές τραυματικό στρες και ικανοποίηση από συμπόνια αποδείχθηκε περιορισμένη. Αυτό δημιουργεί ένα κενό βιβλιογραφίας στον τομέα της κοινωνικής εργασίας όσον αφορά τις πρακτικές αυτοφροντίδας που διενεργούνται για την πρόληψη και τον μετριασμό της εξάντλησης και της κόπωσης από συμπόνια αλλά και τη βαρύνουσα σημασία της αυτοσυμπόνας.

Το άγχος και η κόπωση που συνοδεύουν το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας μπορεί συχνά να οδηγήσει σε κόπωση συμπόνας κάνοντας ορατή την ανάγκη για μεγαλύτερη προσοχή όσον αφορά την αυτοφροντίδα των κοινωνικών λειτουργών (4). Η αυτοφροντίδα είναι η έννοια της φροντίδας του εαυτού για τη διασφάλιση της βέλτιστης απόδοσης ωστόσο λίγες είναι οι μελέτες που εξετάζουν την αυτοφροντίδα, μέσω της αυτοσυμπόνας, των κοινωνικών λειτουργών.

Αν και ακόμη εκκολαπτόμενη ως έννοια, η αυτοσυμπόνια έχει αρχίσει να θεωρείται απαραίτητη στην κοινωνική εργασία για την αυτοφροντίδα των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών και την γεμάτη ενσυναίσθηση φροντίδα των ωφελούμενων. Η αυτοφροντίδα προβλέφθηκε από τη συμπόνια για τον εαυτό των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών (81) και θεωρείται ζωτικής σημασίας για την πρόληψη της εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Στο τομέα της κοινωνικής εργασίας, υπάρχει αυξανόμενο ενδιαφέρον στα κρίσιμα πεδία τόσο της προσωπικής όσο και της επαγγελματικής αυτοφροντίδας για την αποτελεσματικότερη πρακτική κοινωνικής εργασίας. Η προσωπική αυτοφροντίδα νοείται ως «μια διαδικασία

σκόπιμης εμπλοκής σε πρακτικές για την προώθηση της ολιστικής υγείας και ευημερίας του εαυτού», ενώ η επαγγελματική αυτοφροντίδα δίνει έμφαση στην «αποτελεσματική και κατάλληλη χρήση του εαυτού στον επαγγελματικό ρόλο, στο πλαίσιο της διατήρησης της ολιστικής υγείας και ευημερίας» (82).

Οι Dorociak et al. (83) επίσης, όρισαν την αυτοφροντίδα ως μια «πολυδιάστατη, πολύπλευρη διαδικασία σκόπιμης δέσμευσης σε στρατηγικές που προάγουν την υγιή λειτουργία και ενισχύουν την ευημερία». Αυτοί οι τομείς μπορεί να περιλαμβάνουν κοινωνικές, πνευματικές, ψυχολογικές, σωματικές και επαγγελματικές πτυχές.

Η αυτοφροντίδα, μέσω της αυτοσυμπόνιας, είναι απαραίτητη στη φροντίδα προς τους άλλους προλαμβάνοντας την κόπωση συμπόνιας και την τελική εξουθένωση (2,3). Η αυτοφροντίδα είναι επίσης σημαντική και συνδέεται θετικά, για τους κοινωνικούς λειτουργούς, στους τομείς της προσωπικής ανάπτυξης και εργασιακής απόδοσης, τις ευεργετικές σχέσεις, της ευτυχίας γενικότερα και ταυτίζεται αρνητικά με έννοιες όπως το άγχος και η κατάθλιψη (74).

Αντιμετωπίζοντας τις γνωστικές και συναισθηματικές πτυχές της προσωπικής αυτοφροντίδας, η αυτοσυμπόνια μπορεί να υποστηρίξει τους εργαζόμενους να συμμετάσχουν σε πρακτικές που ενισχύουν και την επαγγελματική αυτοφροντίδα σε έξι τομείς όπως προσδιορίστηκαν από τους Lee και Miller (82). Αυτοί οι τομείς περιλαμβάνουν τη διαχείριση του φόρτου εργασίας και του χρόνου, την προσοχή στον επαγγελματικό ρόλο, την προσοχή στις αντιδράσεις στην εργασία, την επαγγελματική κοινωνική υποστήριξη και αυτοπροστασία, την επαγγελματική εξέλιξη και την αναζωογόνηση και παραγωγή ενέργειας (η διατήρηση της ενέργειας, της ενθάρρυνσης και της ελπίδας μέσα από και για τη δουλειά κάποιου).

Η διατήρηση της προσωπικής αυτοφροντίδας μπορεί να περιλαμβάνει τη χρήση της σε θετικές μορφές αυτοέκφρασης, όπως σχέδιο, ζωγραφική, μαγείρεμα ή υπαίθριες δραστηριότητες (84). Οι Newell και MacNeil (85) πρόσθεσαν ότι η διατήρηση θρησκευτικών πρακτικών και η ενασχόληση δραστηριοτήτων όπως του διαλογισμού, της γιόγκα, των φιλανθρωπικών δραστηριοτήτων οδηγούν στην αναζωογόνηση του εαυτού ενισχύοντας την αυτοφροντίδα. Παράλληλα, συμπεριφορές όπως η ισορροπημένη διατροφή, ο επαρκής ύπνος, η άσκηση ή οι δραστηριότητες αναψυχής βοηθούν επίσης στην εξάλειψη των επιπτώσεων και στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες (84,85).

Στην επαγγελματική αυτοφροντίδα στρατηγικές όπως ο προγραμματισμός κατάλληλου χρόνου για συγκέντρωση σε ομάδα συναδέλφων για την επίλυση προβλημάτων που σχετίζονται με την εργασία, η ενθάρρυνση, η εποικοδομητική ανατροφοδότηση, η καθοδήγηση και εκπαίδευση από συναδέλφους είτε στα πλαίσια διεπιστημονικών ομάδων εργασίας, είτε εποπτείας αλλά και η συμμετοχή του επαγγελματία μέσω παρακολούθησης συνεδρίων, εκπαιδεύσεων ή δομημένων προγραμμάτων για την απόκτηση γνώσεων και δεξιοτήτων, δημιουργούν το πλαίσιο για την καταπολέμηση των συναισθημάτων άγχους ή επαγγελματικής εξουθένωσης (82). Επιπροσθέτως, τέτοιου είδους στρατηγικές συνδέονται με την αύξηση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησης, επιτρέποντάς στους επαγγελματίες να αντιμετωπιστούν οι προκλήσεις και οι στρεσογόνοι παράγοντες με μεγαλύτερη ανθεκτικότητα και θετικότητα έχοντας ως αποτέλεσμα την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών (81).

4.3 Η αυτοσυμπόνια στους κοινωνικούς λειτουργούς

Αν και η αυτοσυμπόνια μπορεί να είναι σημαντική για την ανακούφιση κάποιων, από την πληθώρα, προβληματικών καταστάσεων που σχετίζονται με την κοινωνική εργασία στην υγειονομική περίθαλψη, λίγες μελέτες υπάρχουν που να έχουν εξετάσει την αυτοσυμπόνια σε αυτόν τον κλάδο. Αν και συχνά συνίσταται η αυτοφροντίδα, η ανάπτυξη της αυτοσυμπόνιας και ο ελεύθερος χρόνος για τη μείωση του κινδύνου της κόπωσης από συμπόνια, πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί δεν αφιερώνουν χρόνο σε τέτοιες δραστηριότητες (4).

Έρευνα που διεξήγαγαν οι Kemper et al. (86) σε δείγμα επαγγελματιών υγείας, που περιλάμβανε γιατρούς, νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς, παρατηρήθηκε ότι οι διαταραχές ύπνου συσχετίζονταν σημαντικά με χαμηλά ποσοστά αυτοσυμπόνιας. Παράλληλα, σύμφωνα με την ίδια έρευνα, η αυτοσυμπόνια έδειξε να συνδέεται με θετικά αποτελέσματα όχι μόνο για ασθενείς και ωφελούμενους, αλλά επίσης και με την υγεία και ευημερία των επαγγελματιών υγείας. Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι που εκδηλώνουν συμπόνια προς τον εαυτό τους είναι πιο πιθανό να συμμετέχουν σε συμπεριφορές που προάγουν την υγεία μειώνοντας ταυτόχρονα τις προβληματικές όπως η υπερκατανάλωση τροφής και το κάπνισμα (45,87).

Είναι γεγονός ότι τα οφέλη της αυτοσυμπόνιας για τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας περιλαμβάνουν λιγότερο άγχος και συναισθηματική εξάντληση. Σε μικρό δείγμα επαγγελματιών υγείας (δηλαδή γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς), οι Shapiro et al. (88) διαπίστωσαν ότι αυξάνοντας την αυτοσυμπόνια μέσα από ένα πρόγραμμα μείωσης του

άγχους οκτώ εβδομάδων που βασίστηκε στην ενσυνειδητότητα επιτεύχθηκαν σημαντικές μειώσεις στο αντιληπτό άγχος.

Τέλος, σημαντική κρίνεται η καλλιέργεια της αυτοσυμπόνιας κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης υποψήφιων κοινωνικών λειτουργών. Η εκπαίδευση στην κοινωνική εργασία συχνά παραβλέπει το θέμα της αυτοσυμπόνιας και την εκπαίδευση στην αυτοφροντίδα που μπορεί να βοηθήσει στην αντιμετώπιση των πολλαπλών επαγγελματικών κινδύνων που σχετίζονται με την πρακτική της κοινωνικής εργασίας. Η ανάπτυξη τους στα προγράμματα σπουδών κοινωνικής εργασίας μπορεί να συμβάλει στην ενίσχυση της ικανότητας των μαθητών να ανταπεξέλθουν και να προστατευθούν απέναντι σε στρεσογόνα γεγονότα.

Σε μελέτη φοιτητών κοινωνικής εργασίας, η συμπόνια για τον εαυτό αποδείχθηκε ότι εμφανίζει θετικά αποτελέσματα όπως μειωμένο στρες, μεγαλύτερη ικανοποίηση στην αντιμετώπιση επαγγελματικών στρεσογόνων παραγόντων καθώς και αίσθηση συνοχής (δηλαδή εμπιστοσύνη στην ικανότητα του ατόμου να ανταποκριθεί στις εσωτερικές και εξωτερικές προκλήσεις και απαιτήσεις καθώς και μια αίσθηση αξιοπρέπειας για την αντιμετώπιση αυτών) (89).

4.4 Στρατηγικές πρόληψης της κόπωσης συμπόνιας

Η κόπωση συμπόνιας ή το ακραίο στρες και η εξουθένωση στα επαγγέλματα αρωγής, θεωρούνται ευρέως ότι είναι επιβλαβή για την επαγγελματική ευημερία. Έχοντας καλύψει προηγουμένως τη σημασία της συμπόνιας, την κατανόηση της κόπωσης συμπόνιας και τις πτυχές της, τα σημάδια και τις συνέπειες καθώς και τους τρόπους οικοδόμησης προσωπικής και επαγγελματικής ανθεκτικότητας, ως τρόποι αυτοφροντίδας, είναι σημαντικό να δούμε τις στρατηγικές και τις πρακτικές που μπορούν να χτίσουν την οργανωτική ανθεκτικότητα, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο κόπωσης συμπόνιας.

Τα συμπτώματα της κόπωσης συμπόνιας ενέχουν τον κίνδυνο επίδρασης στην εργασία των κοινωνικών λειτουργών διότι μπορεί να οδηγήσουν σε δυσαρέσκεια επαγγελματικής σταδιοδρομίας, μείωση της ενσυναίσθησης και της συμπόνιας, απώλεια σκοπού, απελπισία, εσωτερίκευση του τραύματος του ωφελούμενου οδηγώντας σε προβλήματα υγείας. Το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας έχει υποχρέωση προς τους ανθρώπους που χρήζουν βοήθειας, διασφαλίζοντας ότι παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες ψυχικής υγείας αλλά για να γίνει αυτό, οι ίδιοι οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να είναι σε θέση να το κάνουν.

Οι παρεμβάσεις για τη στήριξη των επαγγελματιών υγείας, όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, για την αποφυγή - αντιμετώπιση της κόπωσης συμπόνιας, μπορούν να επικεντρωθούν σε δύο επίπεδα, το ατομικό και το οργανωτικό-διοικητικό (68,90):

Παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο : Εδώ αναφέρονται οι στρατηγικές παρέμβασης που μπορεί να κάνει ο ίδιος ο κοινωνικός λειτουργός. Το πιο σημαντικό είναι να κατανοήσει ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός την ύπαρξη της κόπωσης συμπόνιας και των συνεπειών της, καθώς και την πηγή προέλευσης.

- Η έγκαιρη αναγνώριση των ενδείξεων της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες είναι κρίσιμη για κάθε επαγγελματία. Ιδιαίτερα σημαντικό, τα άτομα να είναι σε θέση να αντιλαμβάνονται τα όριά τους και να αναζητούν βοήθεια όταν δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν στις πιεστικές συνθήκες της εργασίας τους με την αναγνώριση των οργανικών ή ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων προλαμβάνοντας προβλήματα υγείας και ευημερίας.
- Αλλαγές στον τρόπο ζωής, όπου ακολουθώντας στρατηγικές όπως η διατροφή, οι σωματικές δραστηριότητες, η χαλάρωση, ο διαλογισμός ή η γιόγκα βοηθούν τους κοινωνικούς λειτουργούς να έχουν πιο υγιεινό τρόπο ζωής, οδηγώντας στην πρόληψη της εξουθένωσης και τη βελτίωση της ευημερίας τους (68). Η αδυναμία του εργαζομένου να χαλαρώσει, δημιουργεί τις προϋποθέσεις για μία σειρά προβλημάτων για τη σωματική και ψυχική του ευεξία.
- Μια άλλη παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο, είναι η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η οποία έδειξε θετικά (αλλά μέτρια) αποτελέσματα και παρατηρήθηκε ότι παράγει μεγαλύτερα αποτελέσματα από άλλους τύπους παρέμβασης στο χώρο εργασίας, όπως οι τεχνικές χαλάρωσης και διαλογισμού (91). Οι παρεμβάσεις που βασίζονται στην ενσυνειδητότητα (μία μορφή διαλογισμού που δίνει μεγάλη έμφαση στη συνειδητή επίγνωση του εδώ και τώρα) και που αναφέρονται σε μια συστηματική ανασκόπηση των Bartram et al. (91), βρέθηκαν να είναι αποτελεσματικές για τη μείωση των αρνητικών ψυχολογικών επιπτώσεων του εργασιακού περιβάλλοντος. Ωστόσο, υπήρχαν λίγα στοιχεία που να υποδηλώνουν ότι αυτή η παρέμβαση ήταν πιο αποτελεσματική από άλλες προσεγγίσεις διαχείρισης του στρες, όπως η χαλάρωση και η γιόγκα.
- Η αναζήτηση υποστήριξης αποτελεί ένα άλλο ουσιαστικό βήμα για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και την ενίσχυση του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού. Είτε

προέρχεται από τον κύκλο φίλων και συνεργατών, είτε αναζητείται από επαγγελματίες ψυχικής υγείας - ψυχοθεραπευτές, τα υποστηρικτικά δίκτυα παίζουν αναζωογονητικό και ενδυναμωτικό ρόλο στην αντιμετώπιση του στρες και της έντασης όσο και στη γενική ευεξία των εργαζόμενων (68). Επιπροσθέτως, είναι σημαντικό να είναι σε θέση να χρησιμοποιούν αποφασιστικά τη λέξη "όχι" όπου θεωρούν ότι είναι αναγκαίο. Αυτό τους επιτρέπει να προλαμβάνουν καταστάσεις που ενδεχομένως θα προκαλούσαν στρες, διατηρώντας έτσι την ισορροπία στη ζωή τους (68).

- Αλλαγές στη διαχείριση του χρόνου: Το χρόνιο, άλυτο στρες στο χώρο εργασίας μπορεί να οδηγήσει σε εξάντληση και, σε εύλογο χρονικό διάστημα, κόπωση συμπίπτει. Επομένως, είναι πολύ σημαντικό να αξιολογούνται κριτικά οι πηγές του στρες και να εντοπιστούν τρόποι μείωσής του. Υπάρχουν διάφορες προσεγγίσεις για τη μείωση του στρες στο χώρο εργασίας, ξεκινώντας με την εξέταση του φόρτου και των ωρών εργασίας (92) δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή στα χρονοδιαγράμματα, το προσωπικό χρόνο, τη διοικητική υποστήριξη και τον καθορισμό των εφημεριών και υπερωριών. Η ορθή διαχείριση του χρόνου αποτελεί κομβικό σημείο που μπορεί να συμβάλει στην επιτυχή ανάπτυξη της προσωπικής αίσθησης του χρόνου. Η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών με πιο ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους, βοηθά τους κοινωνικούς λειτουργούς να μειώσουν τις χρονικές πιέσεις που αντιμετωπίζουν, να απαλλαγούν από άσκοπες και χρονοβόρες δραστηριότητες ενισχύοντας την επαγγελματική βελτίωση και εδραίωση στον χώρο εργασίας (68,90).
- Επιπλέον, η επικοινωνία των επαγγελματιών υγείας με συναδέλφους και διοίκηση είναι εξίσου σημαντική για την αντιμετώπιση των προβλημάτων και των ανησυχιών τους. Αυτός ο τρόπος αντιμετώπισης συμβάλλει στον σχεδιασμό αποτελεσματικών λύσεων.
- Προσωπική επιλογή θέσης εργασίας ή αναζήτηση νέας: Η αλλαγή χώρου εργασίας ενισχύει την αίσθηση προσωπικού ελέγχου, καθώς ο κοινωνικός λειτουργός αντιλαμβάνεται ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του. Η κίνηση αυτή πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια συνειδητή επιλογή και όχι ως ξαφνική φυγή ή παρορμητική απόφαση (68).
- Χρήση εφαρμογών κοινωνικών μέσων δικτύωσης και εικονικές πλατφόρμες επικοινωνίας (π.χ. Twitter και Zoom) για τη δημιουργία κοινωνικών δραστηριοτήτων που προάγουν την υγεία και την ευεξία: λέσχες βιβλίου, διαλογισμός, ομάδες γιόγκα, διαδραστικότητα με άλλους ανθρώπους που θα ενθαρρύνουν τη δικτύωση (91).

Παρεμβάσεις σε οργανωτικό-διοικητικό επίπεδο: Παρά την επίγνωση των κοινωνικών καθοριστικών παραγόντων της υγείας και του ρόλου αυτής σε οργανωτικούς παράγοντες που συμβάλλουν στην κόπωση συμπίονας και ιδιαίτερα στην επαγγελματική εξουθένωση, οι περισσότερες παρεμβάσεις συνεχίζουν να στοχεύουν άτομα. Αυτή η έμφαση σε άτομα μπορεί να σημαίνει ότι οι οργανισμοί μεταθέτουν την ευθύνη από τους ίδιους τους οργανισμούς προς τους εργαζομένους, δίνοντας τροφή για ανάπτυξη και συντήρηση ανθυγιεινών περιβαλλόντων εργασίας. Παρεμβάσεις που στοχεύουν στην αλλαγή κουλτούρας και των εργασιακών πρακτικών ενός οργανισμού, επιπλέον αυτών που παρέχονται σε ατομικό επίπεδο, επιτρέπουν ισχυρότερα αποτελέσματα στην αντιμετώπιση της κόπωσης συμπίονας. Κάποιες από τις στρατηγικές αυτές είναι:

- Διενέργεια μελετών μετρήσιμων αποτελεσμάτων με τη χρήση κλιμάκων όπως της Κλίμακας Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες και της Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής για το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες, προσδιορίζοντας τους παράγοντες που την προκαλούν και επιχειρώντας την εξάλειψη τους (85).
- Οργάνωση εκπαιδευτικών – επιμορφωτικών σεμιναρίων και ημερίδων για θέματα αντιμετώπισης του εργασιακού άγχους (90).
- Βελτίωση της οργάνωσης του πλαισίου εργασίας με σαφείς ρόλους και αρμοδιότητες.
- Ατομική και ομαδική εποπτεία των κοινωνικών λειτουργιών η ανταλλαγή παρόμοιων εμπειριών βοηθά στη μείωση της αίσθησης απομόνωσης και στην ενίσχυση της κοινωνικής υποστήριξης.
- Δημιουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης, τόσο για τους επαγγελματίες όσο και για τους συγγενείς τους (90).
- Διεπιστημονική συνεργασία και συμμετοχική λήψη αποφάσεων (68).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

5.1 Σκοπός

Σκοπός της Διπλωματικής εργασίας είναι να διερευνήσει την συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοσυμπόνια και την επαγγελματική ποιότητα ζωής σε κοινωνικούς λειτουργούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.).

Ως επιμέρους στόχοι της έρευνας αποτέλεσαν η διερεύνηση της συσχέτισης της αυτοσυμπόνιας με τα ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων/ουσών καθώς και τη συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης με τους ίδιους δείκτες χαρακτηριστικών.

5.2 Ερευνητικά ερωτήματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα είναι τα εξής:

1. Ποια τα επίπεδα αυτοσυμπόνιας των κοινωνικών λειτουργών Π.Φ.Υ;
2. Ποια η επαγγελματική ποιότητας ζωής των κοινωνικών λειτουργών στην Π.Φ.Υ;
3. Ποια τα επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας σε κοινωνικούς λειτουργούς Π.Φ.Υ;
4. Ποια τα επίπεδα δευτερογενούς τραυματικού στρες σε κοινωνικούς λειτουργούς Π.Φ.Υ;
5. Ποια τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σε κοινωνικούς λειτουργούς Π.Φ.Υ;
6. Ποια είναι η σχέση μεταξύ αυτοσυμπόνιας και επαγγελματικής ποιότητας ζωής σε κοινωνικούς λειτουργούς Π.Φ.Υ;
7. Ποια είναι η σχέση των ατομικών, δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών των συμμετεχόντων με την αυτοσυμπόνια και την επαγγελματική ποιότητα ζωής;

5.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Η παρούσα έρευνα έχει μη πειραματικό, συσχετιστικό ερευνητικό σχεδιασμό με πρωτογενή ποσοτικά δεδομένα. Η επιλογή της μεθόδου που έγινε από τον ερευνητή της παρούσας εργασίας είναι η ποσοτική προσέγγιση, έχοντας ως βασική αρχή το σεβασμό και την τήρηση της ανωνυμίας των συμμετεχόντων/ουσών (93). Η ποσοτική έρευνα αποτελεί τη συνηθέστερη επιλογή ερευνητών για διερεύνηση ερευνητικών υποθέσεων (94). Παράλληλα, η

χρήση του διαδικτύου για τη συλλογή των ερευνητικών δεδομένων αποτελεί πρόσφορο έδαφος για τη διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας.

5.3 Δείγμα Πληθυσμός – στόχος και δείγμα της έρευνας

Η έρευνα σχεδιάστηκε ως μία συγχρονική μελέτη, με την αξιοποίηση δομημένου και ευέλικτου ερωτηματολογίου για τη συλλογή των δεδομένων. Ο πληθυσμός-στόχος της έρευνας αποτέλεσαν οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. Το αντιπροσωπευτικό δείγμα ως ένα υποσύνολο του παραπάνω πληθυσμού-στόχου που προέκυψε από τον ηλεκτρονικό διαμοιρασμό των ερωτηματολογίων μέσω Google Forms, ήταν 177 επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Για τη συλλογή του ερευνητικού δείγματος δεν τέθηκαν περιοριστικά κριτήρια δημογραφικής φύσεως, έχοντας έτσι ως αποτέλεσμα το ερευνητικό δείγμα να περιλαμβάνει άτομα διαφόρων ηλικιακών κατηγοριών, αμφότερα τα φύλα, αλλά και εργαζόμενους σε διαφορετικές κατηγορίες δομών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Αυτή η προσέγγιση θεωρήθηκε ως μέσο για την ενίσχυση της αξιοπιστίας και εγκυρότητας των εξαγόμενων συμπερασμάτων που προέκυψαν από τη συλλογή και ανάλυση των δεδομένων. Για τη συλλογή των 177 ατόμων που απαρτίζουν το ερευνητικό δείγμα της παρούσας έρευνας, χρησιμοποιήθηκε η δειγματοληψία ευκολίας. Η συγκεκριμένη μέθοδος δειγματοληψίας περιγράφεται και αναλύεται στη μελέτη του Emerson (95) και αποτελεί μία από τις πιο αποτελεσματικές για τη συγκέντρωση του απαραίτητου και απαιτούμενου ερευνητικού δείγματος σε σύντομο χρονικό διάστημα.

5.4 Ερευνητική διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Οκτώβριο έως Δεκέμβριο του έτους 2023. Τα δεδομένα της έρευνας συλλέχθηκαν μέσω διαδικτύου και επιλέχθηκε η μέθοδος του ερωτηματολογίου με ερωτήσεις κλειστού τύπου μέσω της πλατφόρμας Google Forms. Ο χρόνος που απαιτούνταν για συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου δεκαπέντε λεπτά. Οι συμμετέχοντες απάντησαν σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αφού ενημερώθηκαν για το θέμα και τον σκοπό της έρευνας και διασφαλίστηκε η ανωνυμία των

απαντήσεών τους. Στη συνέχεια, οι απαντήσεις συλλέχθηκαν σε ένα αρχείο Excel και υποβλήθηκαν σε ανάλυση χρησιμοποιώντας το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

5.5 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

Για την εκπόνηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο το οποίο αποτελούνταν από τρία μέρη:

- Το πρώτο μέρος αφορούσε τα ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων σε σύνολο 23 ερωτημάτων σχετικά με το φύλλο, την ηλικία, των αριθμό τέκνων, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη προϋπηρεσίας, τα χόμπι, τη σχέση με το συγγενικό - φιλικό περιβάλλον, το βίωμα τραυματικού γεγονότος, την ύπαρξη χρόνιου νοσήματος στην οικογένεια, τη δομή απασχόλησης, το εργασιακό κλίμα, το επίπεδο υποστήριξης και πνευματικής φροντίδας, την πίστη στο Θεό.
- Το δεύτερο μέρος αφορούσε τη μέτρηση της αυτοσυμπόνιας των επαγγελματιών υγείας στην οποία χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας - Self-Compassion Scale (SCS) της Neff (7). Το ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε από τη Neff το 2003, έχει μεταφραστεί στα ελληνικά από τους Mantzios, Wilson και Giannou και έχει σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό (96). Η κλίμακα εστιάζει και αξιολογεί το επίπεδο αυτοσυμπόνιας μέσω 26 δηλώσεων αυτοαναφοράς, οι οποίες κατατάσσονται σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert (1 - σχεδόν ποτέ, 5 - σχεδόν πάντα). Η υψηλότερη βαθμολογία υποδεικνύει υψηλότερα επίπεδα αυτοσυμπόνιας του ατόμου (7). Μέσω αυτής της κλίμακας, εξετάζονται θετικές πτυχές όπως: η Αυτοκαλοσύνη (Self-kindness), η Κοινή Ανθρωπιά (Common Humanity) και η Ενσυνειδητότητα (Mindfulness), καθώς επίσης και οι αρνητικές πτυχές και αντίθετα τους όπως η Αυτοκριτική (Self-judgement), η Απομόνωση (Isolation) και η Υπερταύτιση (Overidentification). Η ψυχική ευημερία συνήθως συνδέεται θετικά με υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας. Αυτό σημαίνει ότι όταν ένα άτομο έχει καλή σχέση με τον εαυτό του, εκφράζει καλοσύνη, οικουμενικότητα και ενσυνειδητότητα προς τον εαυτό του, τότε είναι πιθανόν να βιώνει ψυχική ευημερία. Ωστόσο, σημαντικό είναι να τονιστεί ότι υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας δεν σημαίνει απαραίτητα υπερβολική αυτοεκτίμηση ή

ναρκισσιστικές τάσεις. Η υψηλή αυτοεκτίμηση μπορεί να σχετίζεται με την αίσθηση αξίας και αυτοσεβασμού, ενώ ο ναρκισσισμός εκφράζει υπερβολική εγωκεντρικότητα και έλλειψη συναισθηματικής σύνδεσης με άλλους (7).

- Το τρίτο μέρος αφορούσε τη μέτρηση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής. Για τη μέτρηση της χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής - The Professional Quality Of Life Scale (ProQOL-5) της Beth Stamm (3) και συγκεκριμένα η πέμπτη αναθεωρημένη έκδοση της κλίμακας η οποία έχει μεταφραστεί και σταθμιστεί σε ελληνικό πληθυσμό (97,98). Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε 30 δηλώσεις αυτοαναφοράς οι οποίες κατατάσσονται σε μια πενταβάθμια κλίμακα Likert (1 - σχεδόν ποτέ, 5 - σχεδόν πάντα). Η κλίμακα απεικονίζει τα θετικά ή αρνητικά συναισθήματα που προκαλεί σε αυτούς η συμπόνια απέναντι σε ασθενείς/ωφελομένους. Αυτή η κλίμακα αξιολογεί τρεις διακριτές πτυχές: την Ικανοποίηση Συμπόνιας (Compassion Satisfaction), την Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout) και το Δευτερογενές Τραυματικό Στρες (Secondary Traumatic Stress) (3).

5.6 Ηθική και δεοντολογία

Η παρούσα έρευνα έχει πάρει την έγκριση της επιτροπής Ηθικής και Δεοντολογίας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας (βλέπε παράρτημα – Έγγραφο Ηθική και Δεοντολογία).

Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί, μέσω εντύπου ενημέρωσης και συγκατάθεσης, ότι οι απαντήσεις θα παραμείνουν αυστηρά απόρρητες και θα τηρηθεί η ανωνυμία, διασφαλίζοντας την προστασία των προσωπικών τους δεδομένων (βλέπε παράρτημα – Ερωτηματολόγιο).

Για κάθε υγειονομική περιφέρεια που βρίσκονται οι δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας υπήρξε επικοινωνία για έγκριση από το εκάστοτε επιστημονικό συμβούλιο και συμμετοχή στην έρευνα (βλέπε παράρτημα – Εγκρίσεις - έγγραφα 1-2-3). Τηρήθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα όλων των προσωπικών πληροφοριών ενώ για τις δομές Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας δεν υπήρξε καμία οικονομική επιβάρυνση. Επίσης, υπήρξε επικοινωνία με το Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (ΣΚΛΕ) για τη διευκόλυνση και προώθηση της διαδικασίας σε κοινωνικούς λειτουργούς που είναι εγγεγραμμένοι στο μητρώο. Προηγήθηκε έγκριση του Διοικητικού Συμβουλίου του ΣΚΛΕ για την διαδικασία (βλέπε παράρτημα – Εγκρίσεις – Έγγραφο 4).

Τέλος, όλες οι κλίμακες μέτρησης που απάρτισαν το ερωτηματολόγιο ήταν μεταφρασμένες και ελεύθερες στο διαδίκτυο αλλά είχε ζητηθεί και η έγκριση των συγγραφέων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Στατιστική ανάλυση

Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov - Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών ως προς την κανονικότητα της κατανομής τους. Για εκείνες που κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές (mean) και οι τυπικές αποκλίσεις (Standard Deviation = SD) για την περιγραφή τους, ενώ για εκείνες που δεν κατανέμονταν κανονικά χρησιμοποιήθηκαν επιπλέον και οι διάμεσοι (median) και τα ενδοτεταρτημοριακά εύρη (interquartilerange). Οι απόλυτες (N) και οι σχετικές (%) συχνότητες χρησιμοποιήθηκαν για την περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε το Student's t-test. Για τη σύγκριση ποσοτικών μεταβλητών μεταξύ περισσότερων από δυο ομάδων χρησιμοποιήθηκε ο παραμετρικός έλεγχος ANOVA. Για τον έλεγχο της σχέσης δυο ποσοτικών μεταβλητών χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson ή του Spearman. Η ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης (linear regression analysis) με τη διαδικασία διαδοχικής ένταξης/αφαίρεσης (stepwise) χρησιμοποιήθηκε για την εύρεση ανεξάρτητων παραγόντων που σχετίζονται με τις κλίμακες ποιότητας επαγγελματικής ζωής και την κλίμακα αυτοσυμπόνιας, από την οποία προέκυψαν συντελεστές εξάρτησης (β) και τα τυπικά σφάλματά τους (standard errors = SE). Όταν η κατανομή της εξαρτημένης δεν ήταν κανονική, χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση ο λογάριθμος αυτής. Τα επίπεδα σημαντικότητας είναι αμφίπλευρα και η στατιστική σημαντικότητα τέθηκε στο 0,05. Για την ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS 26.0.

6.2 Αποτελέσματα

6.2.1 Ατομικά – Δημογραφικά – Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

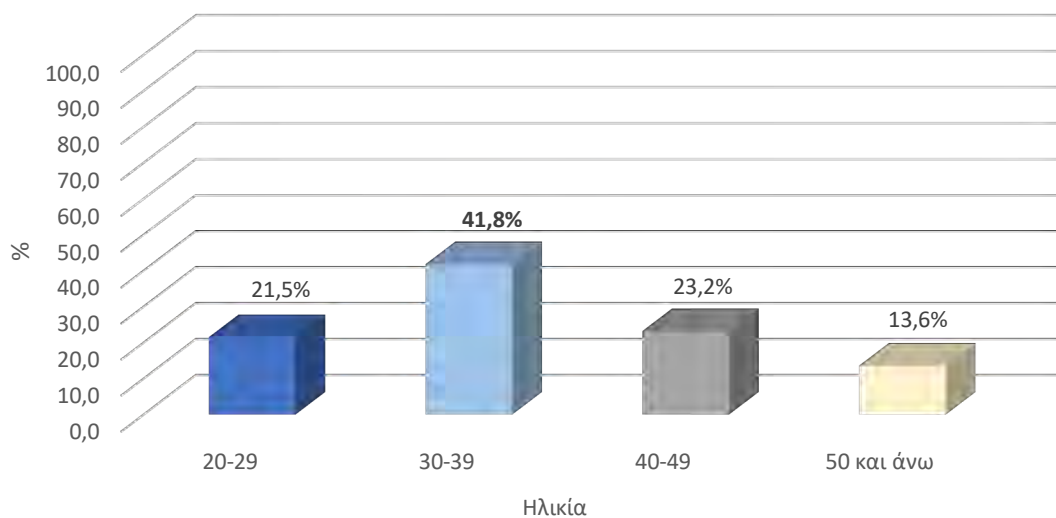
Το δείγμα αποτελείται από 177 κοινωνικούς λειτουργούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας οι οποίοι σε ποσοστό 41,8% ανήκαν στην ηλικιακή κατηγορία 30-39 ετών. Στον **Πίνακα 5** που ακολουθεί δίνονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 5: Δημογραφικά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

		N	%
Φύλο	Άντρας	20	11,3
	Γυναίκα	157	88,7
Ηλικία	20-29	38	21,5
	30-39	74	41,8
	40-49	41	23,2
	50 και άνω	24	13,6
Επίπεδο σπουδών	ΤΕΙ	74	41,8
	ΑΕΙ	35	19,8
	Μεταπτυχιακό	65	36,7
	Διδακτορικό	3	1,7
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	62	35,0
	Έγγαμος/η	89	50,3
	Ζω με σύντροφο	17	9,6
	Διαζευγμένος/η - Χήρος/α	9	5,1
Αριθμός παιδιών	0	88	49,7
	1	34	19,2
	2	42	23,7
	3	13	7,3
Τόπος διαμονής	Αστικό Κέντρο (Αθήνα - Θεσσαλονίκη)	56	31,6
	Μεγάλη επαρχιακή πόλη	78	44,1
	Κωμόπολη	17	9,6
	Χωριό	10	5,6
	Νησί	16	9,0
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	Έως 15.000€	92	52,0
	15.001€ - 25.000	50	28,2
	25.001€ - 35.000	25	14,1
	35.001€ - 50.000€	8	4,5
	50.000€ και άνω	2	1,1

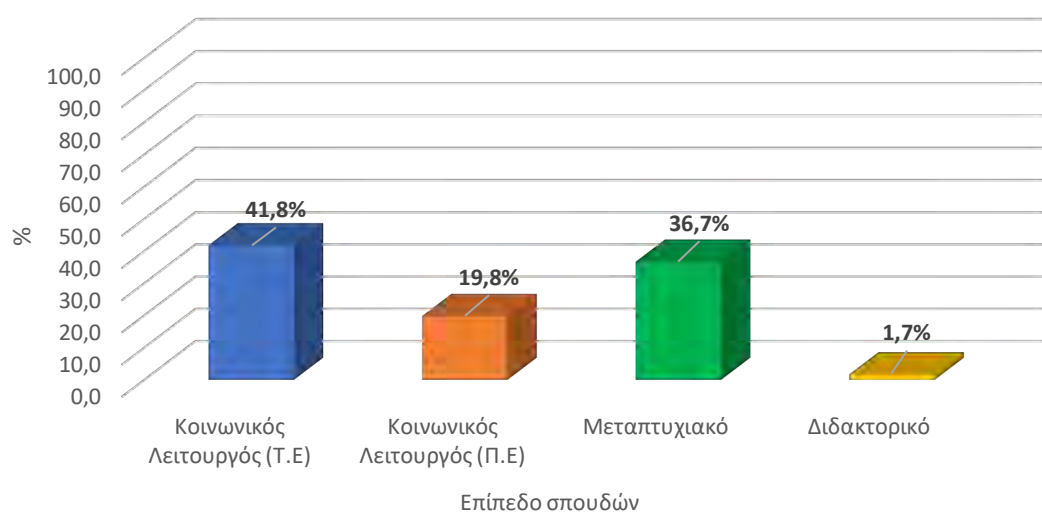
Το 88,7% των συμμετεχόντων ήταν γυναίκες. Επίσης, το 41,8% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί Τ.Ε., το 50,3% ήταν έγγαμοι και το 49,7% δεν είχε παιδιά. Το 44,1% κατοικούσε σε κάποια μεγάλη επαρχιακή πόλη και το 52% είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα που δεν ξεπερνούσε τις 15.000€.

Δίνεται παρακάτω το **Γράφημα 1** στο οποίο παρουσιάζεται η ηλικιακή κατανομή των συμμετεχόντων.



Γράφημα 1: Ηλικιακή κατανομή συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

Ακολουθεί το **Γράφημα 2** στο οποίο παρουσιάζεται το επίπεδο σπουδών των συμμετεχόντων.



Γράφημα 2: Ηλικιακή κατανομή συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

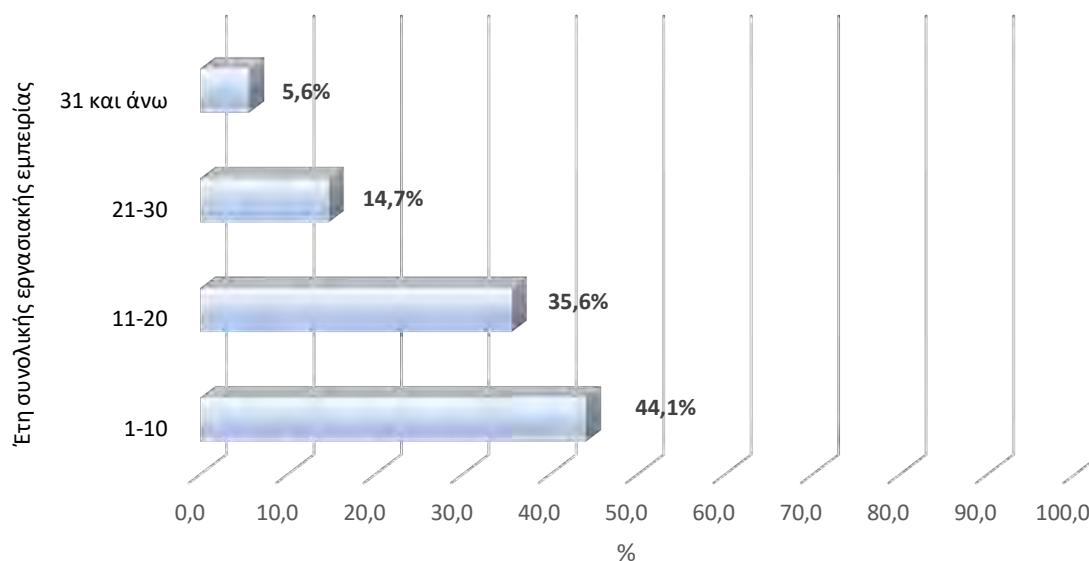
Έπεται ο **Πίνακας 6** με τα εργασιακά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 6: Εργασιακά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

		N	%
Έτη εμπειρίας ως κοινωνικός λειτουργός	1-5	67	37,9
	6-10	52	29,4
	11-15	13	7,3
	16-20	19	10,7
	21 και άνω	26	14,7
Έτη συνολικής εργασιακής εμπειρίας	1-10	78	44,1
	11-20	63	35,6
	21-30	26	14,7
	31 και άνω	10	5,6
Χώρος εργασίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ)	Κέντρο Υγείας	37	20,9
	Μονάδα Υγείας (ΤΟΜΥ, κ.α)	50	28,2
	Περιφερειακό Ιατρείο	1	0,6
	Άλλο ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα	89	50,3
Η εργασία σας ως κοινωνικός λειτουργός αφορά:	Ενήλικες	61	34,5
	Παιδιά & Εφήβους	9	5,1
	Και τα δύο	107	60,5
Πώς θα χαρακτηρίζατε το κλίμα στο χώρο εργασίας σας;	Πολύ κακό	7	4,0
	Κακό	13	7,3
	Ουδέτερο	23	13,0
	Καλό	87	49,2
	Πολύ καλό	47	26,6
Στα πλαίσια της εργασίας μου παρέχω και πνευματική φροντίδα.	Δεν ισχύει καθόλου	28	15,8
	Ισχύει σε πολύ μικρό βαθμό	29	16,4
	Ισχύει ως ένα βαθμό	91	51,4
	Ισχύει απολύτως	29	16,4

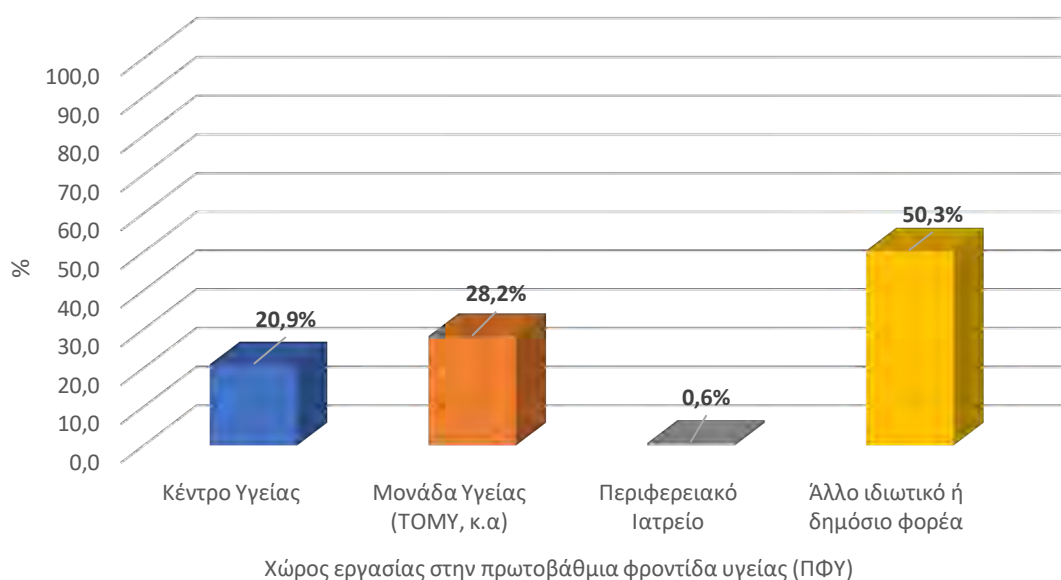
Το 37,9% είχε 1 έως 5 έτη εμπειρίας ως κοινωνικός λειτουργός αλλά το 44,1% είχε 1 έως 10 χρόνια γενικά εργασιακής προϋπηρεσίας. Το 50,3% εργαζόταν σε ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα εκτός από κέντρα και μονάδες υγείας ή περιφερειακά ιατρεία και για το 60,5% η εργασία αφορούσε και σε παιδιά και σε ενήλικες. Επίσης, το 75,8% θα χαρακτήριζε καλό έως πολύ καλό το κλίμα στο χώρο εργασίας του. Τέλος, το 67,8% προσέφερε στα πλαίσια της εργασίας του και πνευματική φροντίδα.

Παρουσιάζεται ακολούθως το ραβδόγραμμα (Γράφημα 3) σχετικά με την συνολική προϋπηρεσία των συμμετεχόντων.



Γράφημα 3: Συνολική προϋπηρεσία συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

Ακολουθεί και το Γράφημα 4 σχετικά με τον χώρο εργασίας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.



Γράφημα 4: Χώρος εργασίας συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

Στη συνέχεια δίνονται οι απαντήσεις των συμμετεχόντων (**Πίνακας 7**) σχετικά με την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων, την συγκατοίκηση με άτομα με χρόνια νοσήματα, τις προσωπικές τους εμπειρίες και πεποιθήσεις, καθώς και γενικά τη σχέση τους με το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον.

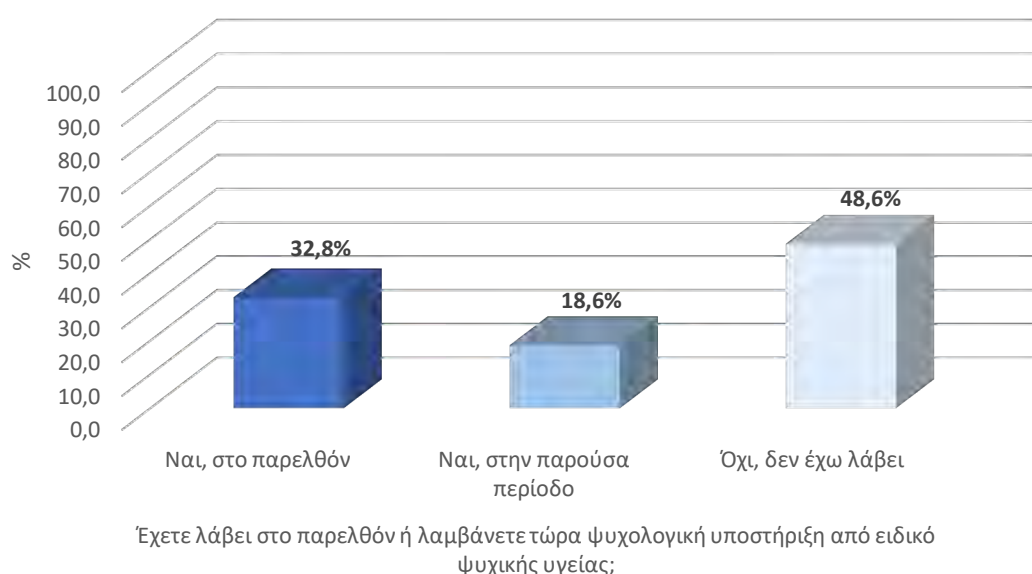
Πίνακας 7: Εργασιακά χαρακτηριστικά συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

		N	%
Έχετε ο ίδιος/α κάποιο χρόνιο νόσημα;	Όχι, κανένα νόσημα	152	85,9
	Ναι, ένα νόσημα	18	10,2
	Ναι, δύο νοσήματα	7	4,0
Κατοικείτε με κάποιο άτομο που έχει χρόνιο νόσημα;	Όχι	147	83,1
	Ναι	30	16,9
Έχω βιώσει θάνατο αγαπημένου προσώπου τα τελευταία χρόνια.	Όχι	69	39,0
	Ναι	108	61,0
Έχω βιώσει στη ζωή μου κάποιο τραυματικό γεγονός που απειλήθηκε η ζωή ή η ακεραιότητά μου.	Όχι	113	63,8
	Ναι	64	36,2
Ποια είναι η σχέση με το συγγενικό σας περιβάλλον;	Πολύ κακή	9	5,1
	Κακή	9	5,1
	Ουδέτερη	16	9,0
	Καλή	53	29,9
	Πολύ καλή	90	50,8
Ποια είναι η σχέση με το φιλικό σας περιβάλλον;	Πολύ κακή	11	6,2
	Κακή	1	0,6
	Ουδέτερη	4	2,3
	Καλή	49	27,7
	Πολύ καλή	112	63,3
Έχετε κάποιο χόμπι που σας δίνει χαρά;	Όχι	42	23,7
	Ναι	135	76,3
Αντλώ δύναμη στη ζωή μου από την πίστη μου στο Θεό ή σε κάποια άλλη ανώτερη δύναμη.	Δεν ισχύει καθόλου	32	18,1
	Ισχύει σε πολύ μικρό βαθμό	30	16,9
	Ισχύει ως ένα βαθμό	77	43,5
	Ισχύει απολύτως	38	21,5
	Ναι, στο παρελθόν	58	32,8

Έχετε λάβει στο παρελθόν ή λαμβάνετε τώρα ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό ψυχικής υγείας;	Ναι, στην παρούσα περίοδο	33	18,6
	Όχι, δεν έχω λάβει	86	48,6
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	Πολύ κακή	2	1,1
	Κακή	4	2,3
	Ουδέτερη	20	11,3
	Καλή	88	49,7
	Πολύ καλή	63	35,6

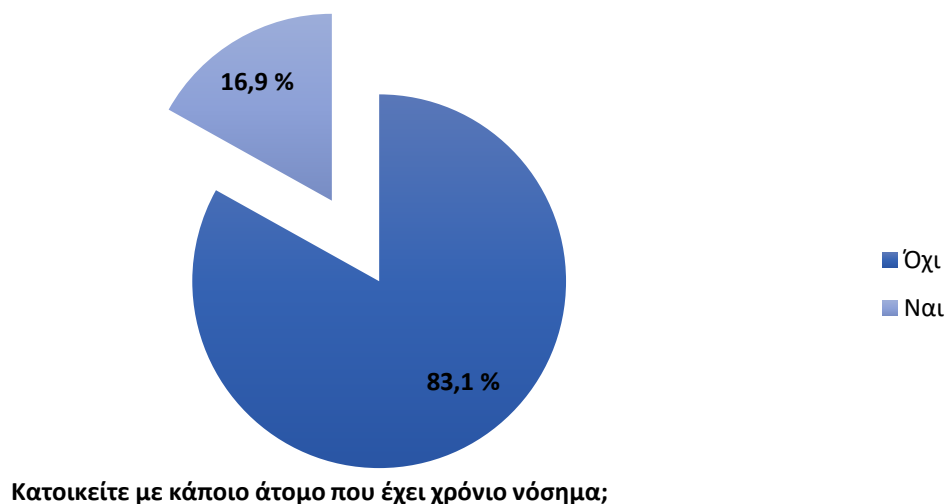
Το 10,2% έπασχε από ένα χρόνιο νόσημα και το 4% από δύο. Επίσης, το 16,9% κατοικούσε με άτομο που έπασχε από κάποιο χρόνιο νόσημα και το 61% είχε βιώσει θάνατο αγαπημένου προσώπου τα τελευταία χρόνια. Το 36,2% είχε βιώσει γενικά στη ζωή του κάποιο τραυματικό γεγονός που απείλησε τη ζωή ή την ακεραιότητά του. Για το 80,7% οι σχέσεις με το συγγενικό περιβάλλον ήταν καλές έως πολύ καλές και για το 91% ήταν αντίστοιχα καλές έως πολύ καλές με το φιλικό περιβάλλον και σε ποσοστό 85,3% δήλωσαν ότι λάμβαναν καλή έως πολύ καλή υποστήριξη από τους γύρω τους. Επιπλέον το 65% αντλούσε δύναμη από το Θεό ή κάποια άλλη ανώτερη δύναμη από ένα βαθμό έως απολύτως και το 76,3% είχε ένα χόμπι που τους έδινε χαρά. Τέλος, το 32,8% είχε λάβει βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν και το 18,6% λάμβανε την παρούσα περίοδο.

Ακολουθεί το **Γράφημα 5** για την λήψη ψυχολογικής υποστήριξης την περίοδο της έρευνας ή στο παρελθόν.



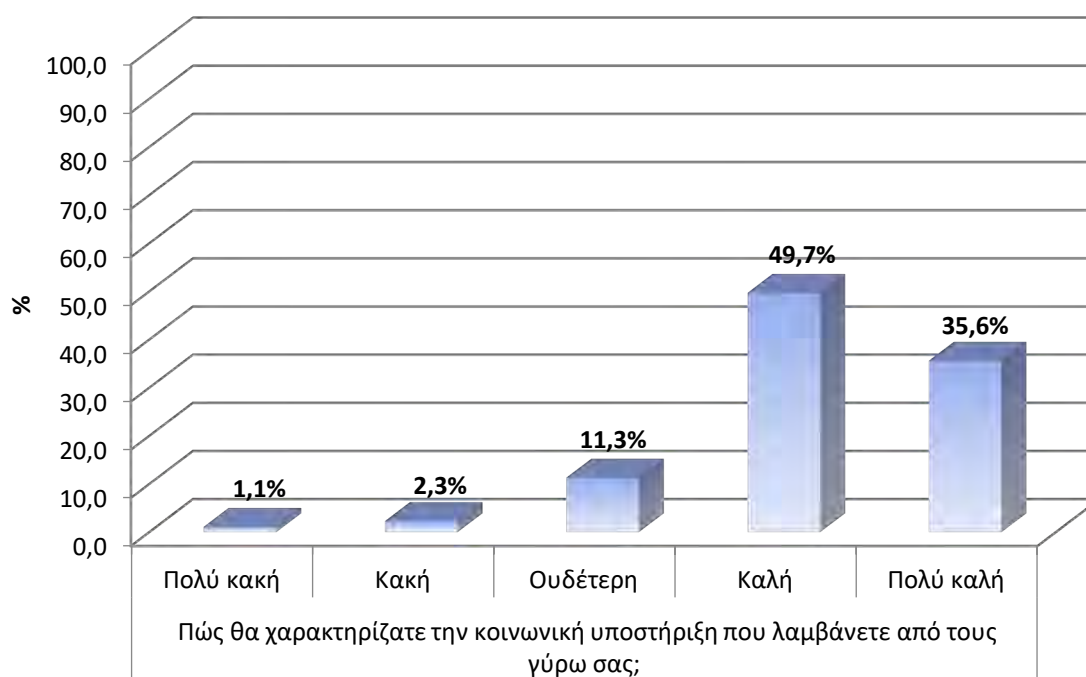
Γράφημα 5: Χώρος εργασίας συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

Έπειτα παρουσιάζεται το **Γράφημα 6** σχετικά με τη συγκατοίκηση με κάποιο άτομο το οποίο πάσχει από χρόνιο νόσημα.



Γράφημα 6: Συγκατοίκηση συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών με άτομο πάσχοντος από χρόνιο νόσημα

Στη συνέχεια δίνεται το ραβδόγραμμα (**Γράφημα 7**) ικανοποίησης από την κοινωνική υποστήριξη που λάμβαναν οι συμμετέχοντες.



Γράφημα 7: Ικανοποίηση από κοινωνική υποστήριξη συμμετεχόντων Κοινωνικών Λειτουργών

6.2.2 Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας ζωής - ProQOL

Στον επόμενο πίνακα (**Πίνακας 8**) δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία της κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL), η οποία διακρίνεται σε δύο υποκλίμακες, μία θετική και μία αρνητική. Η θετική είναι η κλίμακα «Ικανοποίηση συμπόνοιας» (Compassion Satisfaction)» και η αρνητική είναι η «Κόπωση συμπόνοιας (Compassion Fatigue)», η οποία με τη σειρά της διακρίνεται στις κλίμακες «Εξουθένωση (Burnout)» και «Δευτερογενές τραυματικό στρες (Secondary Traumatic Stress)». Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov επιβεβαιώθηκαν οι κανονικές κατανομές των ποσοτικών μεταβλητών «Ικανοποίηση συμπόνοιας», «Εξουθένωση» και «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ($p>0,005$ και για τις τρεις διαστάσεις). Η βαθμολογία σε όλες τις διαστάσεις κυμαίνεται από 10 έως 50 μονάδες. Συγκεκριμένα βαθμολογία ίση με 22 ή χαμηλότερη σε κάθε διάσταση συνεπάγεται χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, εξουθένωσης και δευτερογενούς μετατραυματικού στρες, ενώ όταν είναι μεταξύ 23 και 41 μονάδων υπάρχει μέτρια ικανοποίηση, εξουθένωση και δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Τέλος, τα επίπεδα αυτών γίνονται υψηλά για σκορ μεγαλύτερο των 42 μονάδων.

Επομένως, υψηλότερη βαθμολογία σε κάθε διάσταση να αντιστοιχεί σε υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης συμπόνοιας, εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες αντίστοιχα. .

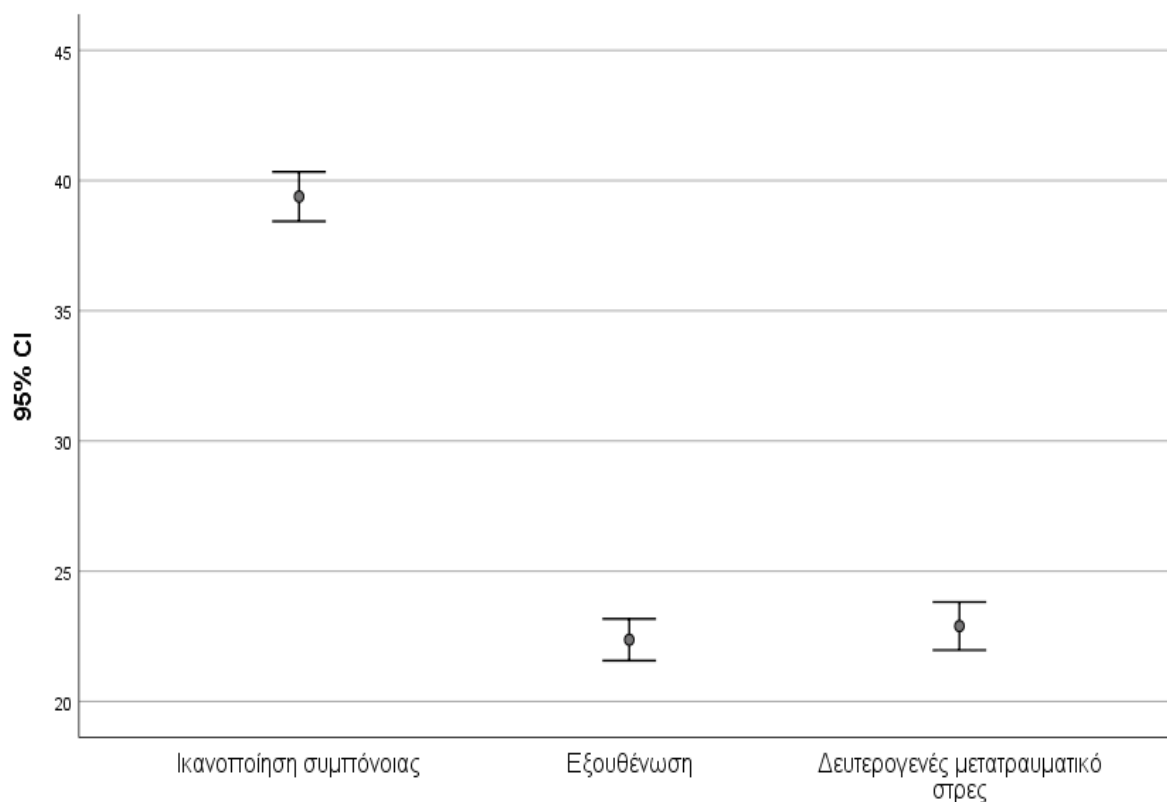
Πίνακας 8: Επαγγελματική ποιότητα ζωής (ProQOL)

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Cronbach's α
Ικανοποίηση συμπόνοιας	17,0	50,0	39,4 (6,4)	0,90
Εξουθένωση	11,0	37,0	22,4 (5,4)	0,75
Δευτερογενές τραυματικό στρες	10,0	40,0	22,9 (6,2)	0,74

Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Ικανοποίηση συμπόνοιας» ήταν 39,4 μονάδες ($SD=6,4$ μονάδες), υποδηλώνοντας μέτρια προς υψηλή ικανοποίηση στο συγκεκριμένο δείγμα. Η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Δευτερογενές τραυματικό στρες» ήταν 22,9 μονάδες ($SD=6,2$ μονάδες). Ακόμα, η μέση βαθμολογία στη διάσταση «Επαγγελματική εξουθένωση» ήταν 22,4 μονάδες ($SD=5,4$ μονάδες). Οι μέσες τιμές των διαστάσεων αυτών υποδηλώνουν

χαμηλά προς μέτρια επίπεδα εξουθένωσης και αντιμετώπισης δευτερογενούς μετατραυματικού στρες στο δείγμα. Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 σε όλες τις διαστάσεις υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Παρακάτω στο **Γράφημα 8** παρουσιάζονται οι μέσες τιμές για τις διαστάσεις της κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής.



Γράφημα 8: Μέσες τιμές διαστάσεων κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL)

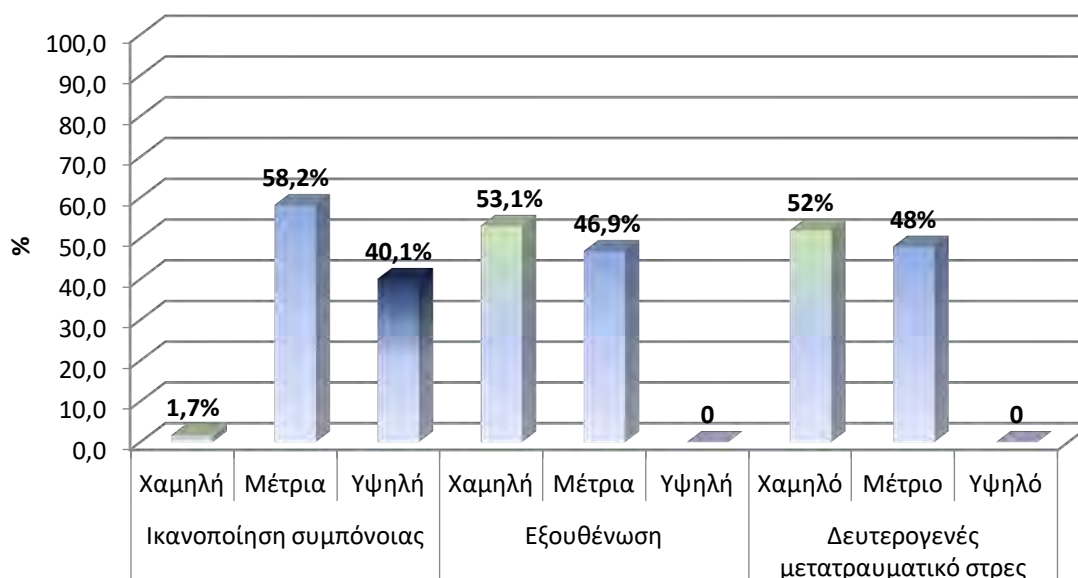
Η κατανομή των συμμετεχόντων στα επίπεδα υψηλής, μέτριας και χαμηλής ικανοποίησης συμπόνιας, εξουθένωσης και τραύματος δίνονται στον **Πίνακα 9** που ακολουθεί.

Πίνακας 9: Κατανομή συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών στα επίπεδα διαστάσεων επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL)

		N	%
Ικανοποίηση συμπόνιας	Χαμηλή	3	1,7
	Μέτρια	103	58,2
	Υψηλή	71	40,1
Εξουθένωση	Χαμηλή	94	53,1
	Μέτρια	83	46,9
	Υψηλή	0	0,0
Δευτερογενές μετατραυματικό στρες	Χαμηλό	92	52,0
	Μέτριο	85	48,0
	Υψηλό	0	0,0

Το 40,1% είχε υψηλή ικανοποίηση συμπόνιας. Κανένας δεν εμφάνισε υψηλή εξουθένωση ή δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Τα αντίστοιχα ποσοστά για μέτρια εξουθένωση και μέτριο δευτερογενές μετατραυματικό στρες ήταν 46,9% και 48%.

Έπεται το **Γράφημα 9** για την κατανομή των συμμετεχόντων στα επίπεδα υψηλής, μέτριας και χαμηλής ικανοποίησης συμπόνιας, εξουθένωσης και τραύματος.



Γράφημα 9: Κατανομή συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών στα επίπεδα διαστάσεων επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL)

6.2.3 Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας - SCS (Self-Compassion Scale)

Στον **Πίνακα 10** που ακολουθεί δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία για τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας. Τόσο οι διαστάσεις όσο και η συνολική κλίμακα κυμαίνονται από 1 έως 5 μονάδες. Με τη χρήση του κριτηρίου Kolmogorov - Smirnov ελέγχθηκαν οι κατανομές των διαστάσεων και της συνολικής κλίμακας αυτοσυμπόνιας. Για τις κατανομές των διαστάσεων απορρίφθηκε η υπόθεση κανονικότητας ($p < 0,005$ για όλες τις διαστάσεις), ενώ για την συνολική διάσταση η κατανομή πρόκυψε κανονική ($p = 0,200$). Έχει γίνει η κατάλληλη αντιστροφή των ερωτήσεων για τους υπολογισμούς των σκορ, ώστε κάθε διάσταση να έχει θετικό νόημα.

Υψηλότερες τιμές συνεπάγονται μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια, άρα μεγαλύτερη επιείκεια προς τον εαυτό τους, μεγαλύτερη αντιμετώπιση σαν έναν άνθρωπο όπως όλοι οι άλλοι, περισσότερη σύνεση, λιγότερη κριτική, απομόνωση και υπερβολική κατάκλιση από αρνητικά συναισθήματα.

Πίνακας 10: Βαθμολογία στην Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας (Self-Compassion Scale (SCS))

	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Μέση τιμή (SD)	Διάμεσος (ενδ. εύρος)	Cronbach's α
Αυτοκαλοσύνη (Self-kindness)	1,4	5,0	3,6 (0,7)	3,6 (3,2 – 4)	0,82
Αυτοκριτική (Self-judgement)	1,0	5,0	3,3 (0,8)	3,2 (2,8 – 3,8)	0,82
Κοινή ανθρωπιά (Common Humanity)	1,3	5,0	3,3 (0,7)	3,3 (2,8 – 3,8)	0,71
Απομόνωση (Isolation)	1,0	5,0	3,4 (0,9)	3,5 (3 – 4)	0,74
Ενσυνειδητότητα (Mindfulness)	1,5	5,0	3,7 (0,7)	3,8 (3,3 – 4,3)	0,71
Υπερταύτιση (Overidentification)	1,0	5,0	3,1 (0,9)	3 (2,5 – 3,8)	0,76
Συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας	1,8	4,6	3,4 (0,6)	-	0,80

Η διάσταση «Αυτοκαλοσύνη (Self-kindness)» κυμαινόταν από 1,4 έως 5 μονάδες με μέση τιμή 3,6 μονάδες ($SD = 0,7$ μονάδες), υποδηλώνοντας μέτρια προς υψηλά επίπεδα αυτοκαλοσύνης.

Η διάσταση «Κοινή ανθρωπιά (Common Humanity)» κυμαινόταν από 1,3 έως 5 μονάδες με μέση τιμή 3,3 μονάδες ($SD=0,7$ μονάδες), υποδηλώνοντας μέτρια αντιμετώπιση του ίδιου τους του εαυτού ως έναν κοινό άνθρωπο.

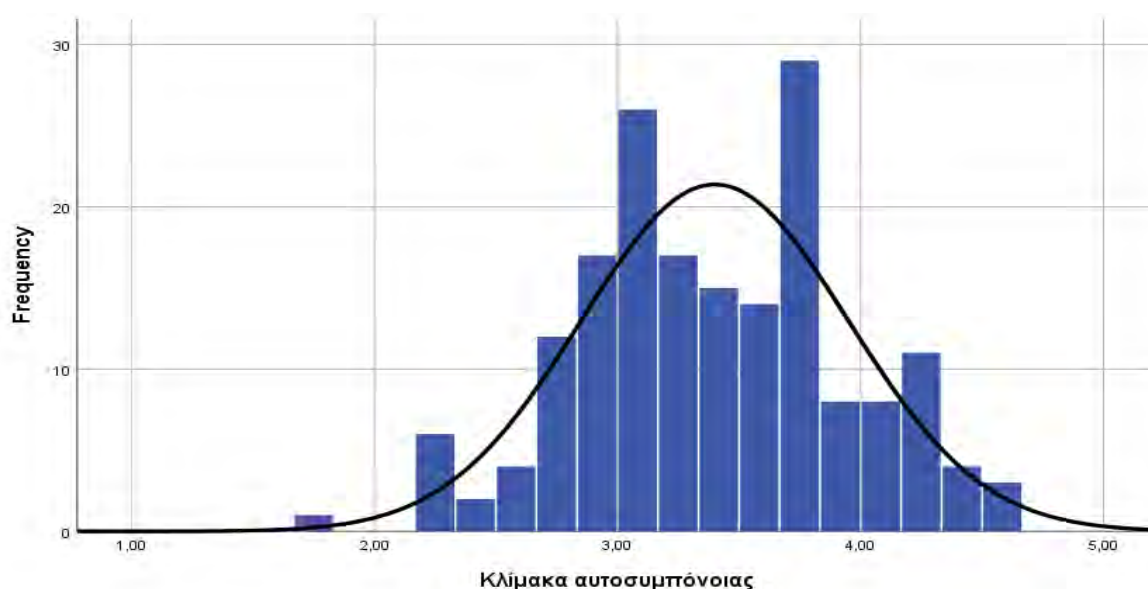
Η διάσταση «Ενσυνειδητότητα (Mindfulness)» κυμαινόταν από 1,5 έως 5 μονάδες με μέση τιμή 3,7 μονάδες ($SD=0,7$ μονάδες), υποδηλώνοντας μέτρια προς υψηλά επίπεδα σύνεσης.

Οι διαστάσεις «Αυτοκριτική (Self-judgement)», «Υπερταύτιση (Overidentification)» και «Απομόνωση (Isolation)» κυμαίνονταν από 1,0 έως 5 μονάδες με μέση τιμή 3,3 μονάδες ($SD=0,8$ μονάδες), 3,1 μονάδες ($SD=0,9$ μονάδες) και 3,4 μονάδες ($SD=0,9$ μονάδες) υποδηλώνοντας μέτρια επίπεδα κριτικής προς τον εαυτό τους, υπερταύτισης και απομόνωσης αντίστοιχα.

Η συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας κυμαινόταν από 1,8 έως 4,6 μονάδες μέση τιμή 3,4 μονάδες ($SD=0,6$ μονάδες), υποδηλώνοντας μέτρια επίπεδα αυτοσυμπόνιας.

Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 σε όλες τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα, υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία.

Ακολούθως δίνεται το ιστόγραμμα (Γράφημα 10) της συνολικής κλίμακας αυτοσυμπόνιας.



Γράφημα 10: Βαθμολογία στην Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας (Self-Compassion Scale (SCS))

Δίνεται παρακάτω, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 11, η κατανομή των συμμετεχόντων στα επίπεδα των διαστάσεων της κλίμακας αυτοσυμπόνιας.

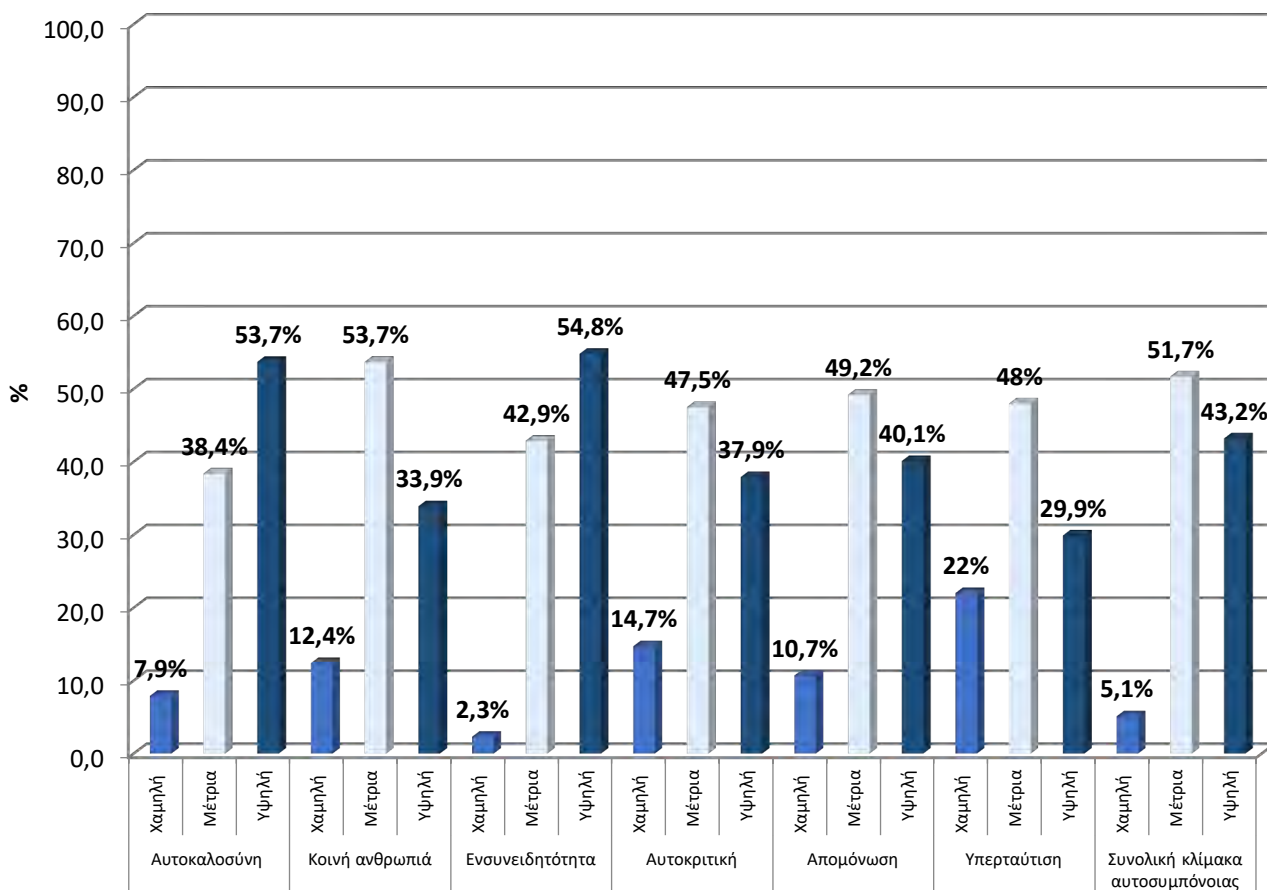
Πίνακας 11: Κατανομή συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών στα επίπεδα διαστάσεων της Κλίμακας Αυτοσυμπόνιας (Self-Compassion Scale (SCS))

		N	%
Αυτοκαλοσύνη	Χαμηλή	14	7,9
	Μέτρια	68	38,4
	Υψηλή	95	53,7
Κοινή ανθρωπιά	Χαμηλή	22	12,4
	Μέτρια	95	53,7
	Υψηλή	60	33,9
Ενσυνειδητότητα	Χαμηλή	4	2,3
	Μέτρια	76	42,9
	Υψηλή	97	54,8
Αυτοκριτική*	Χαμηλή	26	14,7
	Μέτρια	84	47,5
	Υψηλή	67	37,9
Απομόνωση*	Χαμηλή	19	10,7
	Μέτρια	87	49,2
	Υψηλή	71	40,1
Υπερταύτιση*	Χαμηλή	39	22,0
	Μέτρια	85	48,0
	Υψηλή	53	29,9
Συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας	Χαμηλή	9	5,1
	Μέτρια	91	51,7
	Υψηλή	76	43,2

*Έχουν αντιστραφεί ώστε να έχουν θετική σημασία

Το 53,7% είχε υψηλά επίπεδα αυτοκαλοσύνης, το 33,9% υψηλά επίπεδα κοινής ανθρωπιάς και αντίστοιχα το 54,8% ενσυνειδητότητα. Το 37,9% δεν ασκούσε σε υψηλό βαθμό αυτοκριτική, το 40,1% δεν απομονωνόταν πολύ και το 29,9% απέφευγε τα υψηλά επίπεδα υπερταύτισης. Συνολικά το 43,2% είχε υψηλά επίπεδα αυτοσυμπόνιας.

Δίνεται το αντίστοιχο ραβδόγραμμα (Γράφημα 11) για την κατανομή των συμμετεχόντων στα επίπεδα των διαστάσεων της κλίμακας αυτοσυμπόνιας.



Γράφημα 11: Κατανομή συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργιών στα επίπεδα διαστάσεων της Κλίμακας Αυτοσυμπόνιας (Self-Compassion Scale (SCS))

6.2.4 Συσχέτιση κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής με την κλίμακα αυτοσυμπόνιας

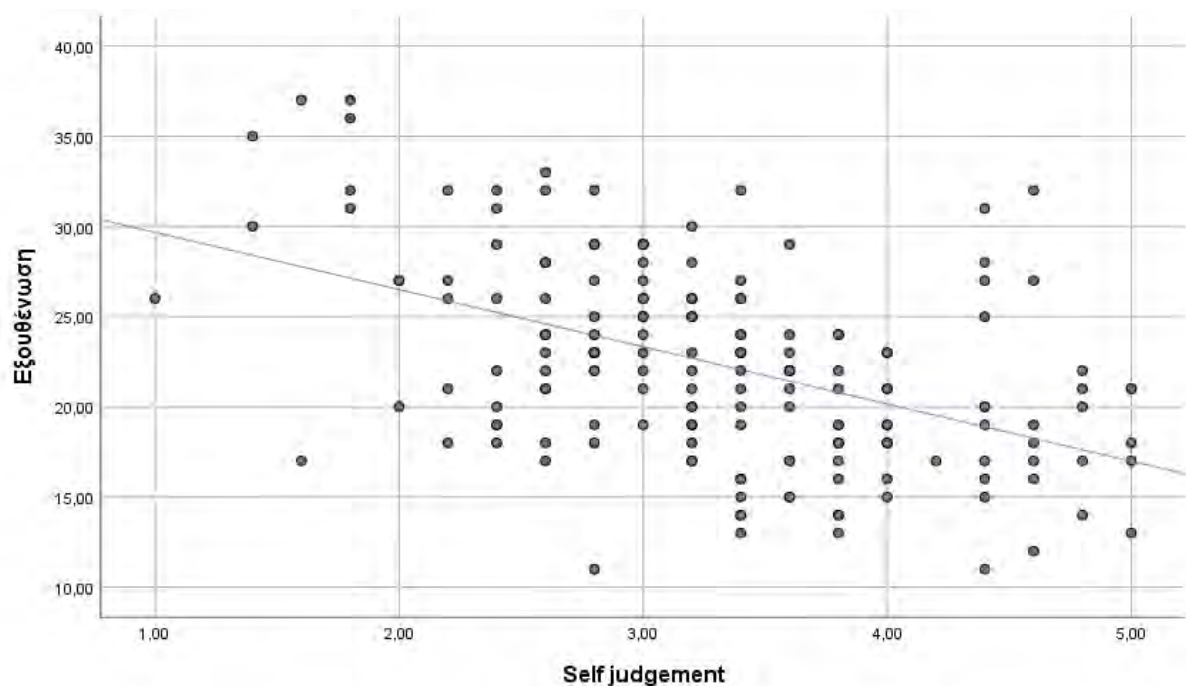
Δίνεται ο παρακάτω πίνακας συσχετίσεων Pearson(r)/Spearman (ρ) (**Πίνακας 12**) για τις διαστάσεις της κλίμακας ποιότητας επαγγελματικής ζωής με τις διαστάσεις και την συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας.

Πίνακας 12: Συσχέτιση Κλίμακας Επαγγελματικής Ζωής με Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας

		Ικανοποίηση συμπόνιας	Εξουθένωση	Δευτερογενές μετατραυματικό στρες
Αυτοκαλοσύνη	ρ	0,51	-0,51	-0,27
	ρ	<0,001	<0,001	<0,001
Κοινή ανθρωπιά	ρ	0,22	-0,23	0,13
	ρ	0,004	0,002	0,080
Ενσυνειδητότητα	ρ	0,42	-0,40	-0,17
	ρ	<0,001	<0,001	0,026
Αυτοκριτική	ρ	0,29	-0,48	-0,45
	ρ	<0,001	<0,001	<0,001
Απομόνωση	ρ	0,42	-0,54	-0,45
	ρ	<0,001	<0,001	<0,001
Υπερταύτιση	ρ	0,26	-0,43	-0,49
	ρ	<0,001	<0,001	<0,001
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας	r	0,50	-0,62	-0,43
	ρ	<0,001	<0,001	<0,001

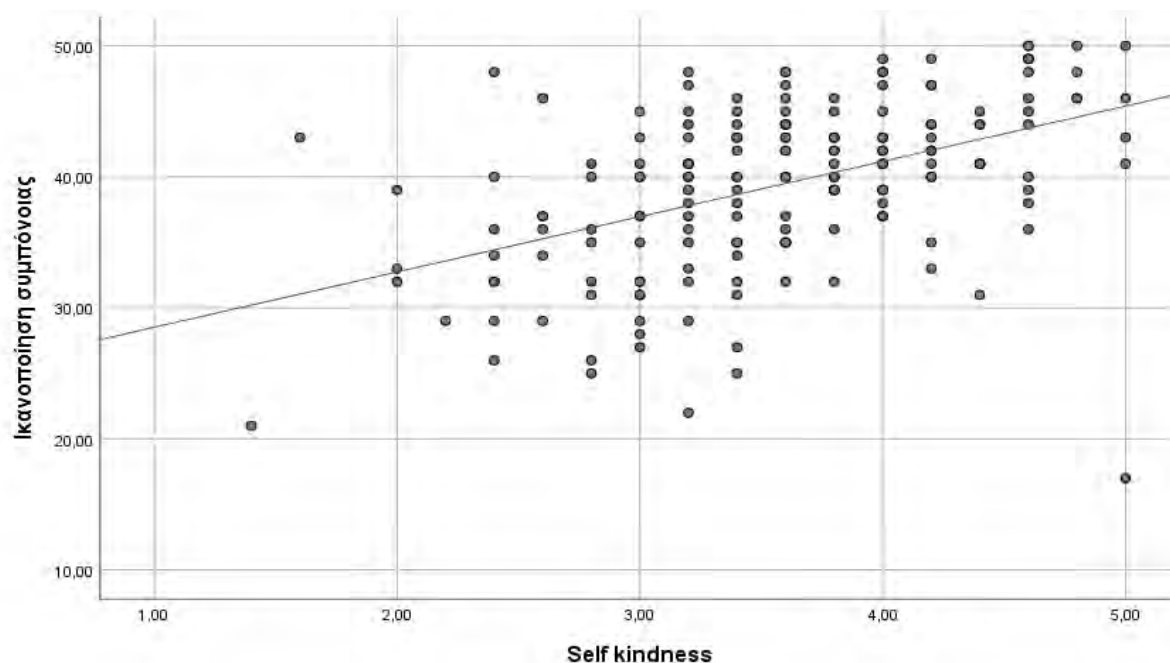
Τόσο οι διαστάσεις όσο και η συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας σχετίζονταν σημαντικά με τις διαστάσεις της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (με εξαίρεση τη διάσταση της ανθρωπιάς και αυτή του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες). Συγκεκριμένα, πιο ευγενική συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στον εαυτό του, περισσότερη ανθρωπιά, σύνεση, λιγότερη κριτική, απομόνωση και κατάκλιση από αρνητικά συναισθήματα συνεπάγονταν μεγαλύτερη ικανοποίηση συμπόνιας από τους άλλους, λιγότερη εξουθένωση και λιγότερο έντονο δευτερογενές μετατραυματικό στρες.

Έπεται το **Γράφημα 12** όπου παρουσιάζεται η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burnout) με τη διάσταση αυτοκριτικής (Self-judgment) (στην οποία μεγαλύτερο σκορ συνεπάγεται λιγότερη κριτική προς τον εαυτό τους).



Γράφημα 12: Συσχέτιση Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout) με διάσταση Αυτοκριτικής (Self-judgment)

Ακολουθεί το **Γράφημα 13** όπου παρουσιάζεται η συσχέτιση της ικανοποίησης συμπόνοιας (Compassion Satisfaction) με τη διάσταση αυτοκαλοσύνης (Self-kindness).



Γράφημα 13: Συσχέτιση της Ικανοποίησης Συμπόνοιας (Compassion Satisfaction) με τη διάσταση Αυτοκαλοσύνης (Self-kindness).

6.2.5 Συσχέτιση κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής με τα δημογραφικά, εργασιακά και στοιχεία σχετικά με την υγεία και τις πεποιθήσεις των συμμετεχόντων.

Στον **Πίνακα 13** που ακολουθεί δίνονται οι βαθμολογίες στις διαστάσεις επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL) ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Πίνακας 13: Συσχέτιση Κλίμακας Επαγγελματικής Ζωής με Ατομικά – Δημογραφικά χαρακτηριστικά

		Ικανοποίηση συμπόνοιας		Εξουθένωση		Δευτερογενές μετατραυματικό στρες	
		Μέση τιμή (SD)	P	Μέση τιμή (SD)	P	Μέση τιμή (SD)	P
Φύλο	Άντρας	39,6 (6,3)	0,902+	23,4 (5,8)	0,366+	22,8 (7,7)	0,914+
	Γυναίκα	39,4 (6,4)		22,2 (5,4)		22,9 (6)	
Ηλικία	20-29	38 (8)	0,302++	23,1 (5)	0,444++	22 (6,1)	0,398++
	30-39	39,2 (5,8)		22,7 (5,4)		23,3 (6,4)	
	40-49	40,1 (5,8)		21,4 (5,5)		22,2 (6,1)	
	50 και άνω	40,9 (6,3)		21,8 (5,9)		24,4 (6,1)	
Επίπεδο σπουδών	Κοινωνικός Λειτουργός (Τ.Ε)	39,9 (6,4)	0,095++	22,1 (5,4)	0,221++	23,4 (5,9)	0,490++
	Κοινωνικός Λειτουργός (Π.Ε)	37,3 (7,4)		23,8 (5,1)		23,2 (5,7)	
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	39,9 (5,7)		21,9 (5,5)		22,2 (6,8)	
Έγγαμος/η	Όχι	38,5 (7)	0,112+	22,9 (5,2)	0,259+	22,9 (6,7)	0,953+
	Ναι	40 (5,9)		22 (5,5)		22,9 (5,9)	
Τόπος διαμονής	Αστικό Κέντρο (Αθήνα - Θεσσαλονίκη)	39,3 (6,1)	0,121++	22,3 (5,7)	0,142++	22,8 (6)	0,560++
	Μεγάλη επαρχιακή πόλη	38,8 (6,5)		23,1 (5,6)		23,3 (6,4)	
	Κωμόπολη	38,9 (7,7)		21,7 (4,6)		22,9 (6,3)	
	Χωριό	38,7 (7,2)		23,3 (5,2)		24 (6,5)	
	Νησί	43,4 (3,7)		19,4 (3,4)		20,5 (6,3)	
Ετήσιο οικογενειακό εισόδημα	Έως 15.000€	38,4 (6,9)	0,121++	23,1 (5,3)	0,185++	23,3 (6,6)	0,443++
	15.001€ - 25.000	40,4 (5,6)		21,4 (5,3)		22,9 (6)	
	>25.001€	40,4 (5,9)		22 (5,6)		21,7 (5,5)	

+Student's t-test ++ANOVA

Οι διαστάσεις επαγγελματικής ποιότητας ζωής δεν βρέθηκαν να διαφέρουν ανάλογα με τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Έπεται ο **Πίνακας 14** με τις βαθμολογίες στις διαστάσεις επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL) ανάλογα με τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Πίνακας 14: Συσχέτιση Κλίμακας Επαγγελματικής Ζωής με Επαγγελματικά χαρακτηριστικά

		Ικανοποίηση συμπόνοιας		Εξουθένωση		Δευτερογενές μετατραυματικό στρες	
		Μέση τιμή (SD)	P	Μέση τιμή (SD)	P	Μέση τιμή (SD)	P
Έτη εμπειρίας ως κοινωνικός λειτουργός	1-5	38,5 (7,4)	0,156++	23,3 (5,6)	0,188++	23,2 (6,5)	0,716++
	6-10	38,7 (5,5)		21,9 (4,8)		23,1 (5,9)	
	11-15	42,6 (5,1)		19,8 (5,1)		20,5 (6,2)	
	16-20	40,3 (5,1)		23,1 (5,6)		22,6 (7)	
	21 και άνω	40,7 (6,5)		21,7 (5,8)		23,1 (5,7)	
Έτη συνολικής εργασιακής εμπειρίας	1-10	38,5 (7)	0,395++	23,1 (5)	0,293++	23,2 (6,3)	0,316++
	11-20	40 (5,5)		21,4 (5,6)		22,1 (6,3)	
	21-30	40,7 (6,4)		22 (6,2)		22,7 (6,1)	
	31 και άνω	38,9 (6,8)		23,1 (5,3)		25,9 (5,1)	
Χώρος εργασίας στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ΠΦΥ)	Κέντρο Υγείας	39,7 (6,3)	0,098++	21,6 (4,8)	0,635++	21,4 (5,1)	0,228++
	Μονάδα Υγείας	37,8 (7,5)		22,7 (5,1)		23,1 (5,9)	
	Άλλο ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα	40,2 (5,6)		22,5 (5,8)		23,4 (6,7)	
Η εργασία σας ως κοινωνικός λειτουργός αφορά:	Ενήλικες	39,3 (6,7)	0,614++	22,6 (6,1)	0,606++	23 (6,8)	0,412++
	Παιδιά & Εφήβους	41,4 (6,1)		20,7 (5,2)		25,4 (5)	
	Και τα δύο	39,3 (6,3)		22,4 (5)		22,6 (6)	

+Student's t-test ++ANOVA

Οι διαστάσεις επαγγελματικής ποιότητας ζωής δεν βρέθηκε να διαφέρουν ανάλογα με τα παραπάνω επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.

Δίνεται παρακάτω ο πίνακας συσχετίσεων του Spearman (**Πίνακας 15**) για τις διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής (ProQOL) με την ποιότητα των σχέσεων με το φιλικό, οικογενειακό και το περιβάλλον εργασίας, αλλά και με την παροχή πνευματικής φροντίδας.

Πίνακας 15: Συσχέτιση Κλίμακας Επαγγελματικής Ζωής με ποιότητα σχέσεων (φιλικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον και παροχή πνευματικής φροντίδας)

		Ικανοποίηση συμπόνοιας	Εξουθένωση	Δευτερογενές μετατραυματικό στρες
Ποια είναι η σχέση με το συγγενικό σας περιβάλλον;	ρ	0,10	-0,12	-0,09
	ρ	0,173	0,126	0,260
Ποια είναι η σχέση με το φιλικό σας περιβάλλον;	ρ	0,18	-0,30	-0,12
	ρ	0,016	<0,001	0,123
Πώς θα χαρακτηρίζατε το κλίμα στο χώρο εργασίας σας;	ρ	0,23	-0,24	-0,07
	ρ	0,003	0,001	0,349
Αντλώ δύναμη στη ζωή μου από την πίστη μου στο Θεό ή σε κάποια άλλη ανώτερη δύναμη.	ρ	0,10	-0,18	0,11
	ρ	0,193	0,016	0,162
Στα πλαίσια της εργασίας μου παρέχω και πνευματική φροντίδα.	ρ	0,11	-0,09	0,09
	ρ	0,146	0,225	0,222
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	ρ	0,34	-0,39	-0,34
	ρ	<0,001	<0,001	<0,001

Όσο καλύτερη ήταν η σχέση των συμμετεχόντων με το φιλικό τους περιβάλλον τόσο αυξανόταν η ικανοποίηση συμπόνοιας και μειωνόταν η εξουθένωση. Το ίδιο συνέβαινε και με το εργασιακό κλίμα. Όσο καλύτερο ήταν αυτό, τόσο αυξανόταν η ικανοποίηση συμπόνοιας και μειωνόταν η εξουθένωση. Επιπλέον, όσοι είχαν πίστη στο Θεό και σε κάποια ανώτερη δύναμη είχαν μειωμένο σκορ στη διάσταση εξουθένωσης. Τέλος, μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη από τον περίγυρο σχετιζόταν με σημαντική αύξηση της ικανοποίησης συμπόνοιας και σημαντική μείωση τόσο της εξουθένωσης όσο και του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.

Στη συνέχεια στον **Πίνακα 16** δίνονται οι βαθμολογίες των συμμετεχόντων στις διαστάσεις της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL) ανάλογα με την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων, την συγκατοίκηση με άτομα με χρόνια νοσήματα, τις προσωπικές τους εμπειρίες και πεποιθήσεις.

Πίνακας 16: Συσχέτιση Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής με την αντιμετώπιση χρόνιων νοσημάτων, την συγκατοίκηση με άτομα με χρόνια νοσήματα, τις προσωπικές τους εμπειρίες και πεποιθήσεις.

		Ικανοποίηση συμπόνοιας		Εξουθένωση		Δευτερογενές μετατραυματικό στρες	
		Μέση τιμή (SD)	P	Μέση τιμή (SD)	P	Μέση τιμή (SD)	P
Έχετε ο ίδιος/α κάποιο χρόνιο νόσημα;	Όχι	39,6 (6,4)	0,303+	22,1 (5,4)	0,153+	22,6 (6,1)	0,192+
	Ναι	38,2 (6,6)		23,8 (5,3)		24,4 (6,8)	
Κατοικείτε με κάποιο άτομο που έχει χρόνιο νόσημα;	Όχι	39,5 (6,5)	0,585+	21,9 (5,3)	0,005+	22,6 (6,2)	0,155+
	Ναι	38,8 (6,1)		24,9 (5,5)		24,4 (6,4)	
Έχω βιώσει θάνατο αγαπημένου προσώπου τα τελευταία χρόνια.	Όχι	38,4 (6,8)	0,090+	23,5 (5,5)	0,026+	22,5 (6,9)	0,528+
	Ναι	40 (6,1)		21,6 (5,3)		23,1 (5,8)	
Έχω βιώσει στη ζωή μου κάποιο τραυματικό γεγονός που απειλήθηκε η ζωή ή η ακεραιότητά μου.	Όχι	39,5 (6,5)	0,722+	21,8 (5)	0,080+	22,3 (6,1)	0,079+
	Ναι	39,2 (6,2)		23,3 (5,9)		24 (6,4)	
Έχετε κάποιο χόμπι που σας δίνει χαρά;	Όχι	37,8 (6,3)	0,072+	22,8 (5,7)	0,545+	25,2 (6,5)	0,006+
	Ναι	39,9 (6,4)		22,2 (5,3)		22,2 (6)	
Έχετε λάβει στο παρελθόν ή λαμβάνετε τώρα ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό ψυχικής υγείας;	Ναι, στο παρελθόν	39,9 (6,2)	0,681++	22,2 (5,5)	0,378++	22,7 (5,8)	0,183++
	Ναι, στην παρούσα περίοδο	38,6 (6,4)		23,5 (4,7)		24,7 (6,6)	
	Όχι, δεν έχω λάβει	39,3 (6,6)		22 (5,6)		22,3 (6,3)	

+Student's t-test ++ANOVA

Όσοι κατοικούσαν με κάποιο άτομο το οποίο είχε χρόνιο νόσημα είχαν μεγαλύτερη εξουθένωση σε σχέση με όσους δεν κατοικούσαν. Επίσης, όσοι είχαν βιώσει θάνατο αγαπημένου προσώπου τα τελευταία χρόνια είχαν μικρότερη εξουθένωση συγκριτικά με όσους δεν είχαν βιώσει. Τέλος, η ύπαρξη κάποιου χόμπι που δίνει χαρά σχετιζόταν με μειωμένο δευτερογενές μετατραυματικό στρες.

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με τις διαστάσεις της ποιότητας επαγγελματικής ζωής έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις τρεις διαστάσεις και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων, καθώς επίσης και την κλίμακα αυτοσυμπόνιας. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) δίνονται στους ακόλουθους πίνακες (**Πίνακες 17 – 18 – 19**).

- **Με εξαρτημένη μεταβλητή την «Ικανοποίηση Συμπόνιας»**

Πίνακας 17: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την Ικανοποίηση Συμπόνιας και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	16,414	(10,514, 22,313)	2,989	<0,001
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας	5,331	(3,832, 6,830)	0,759	<0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε το κλίμα στο χώρο εργασίας σας;	1,251	(0,440, 2,063)	0,411	0,003

R²=051, F=30,5, p <0,001

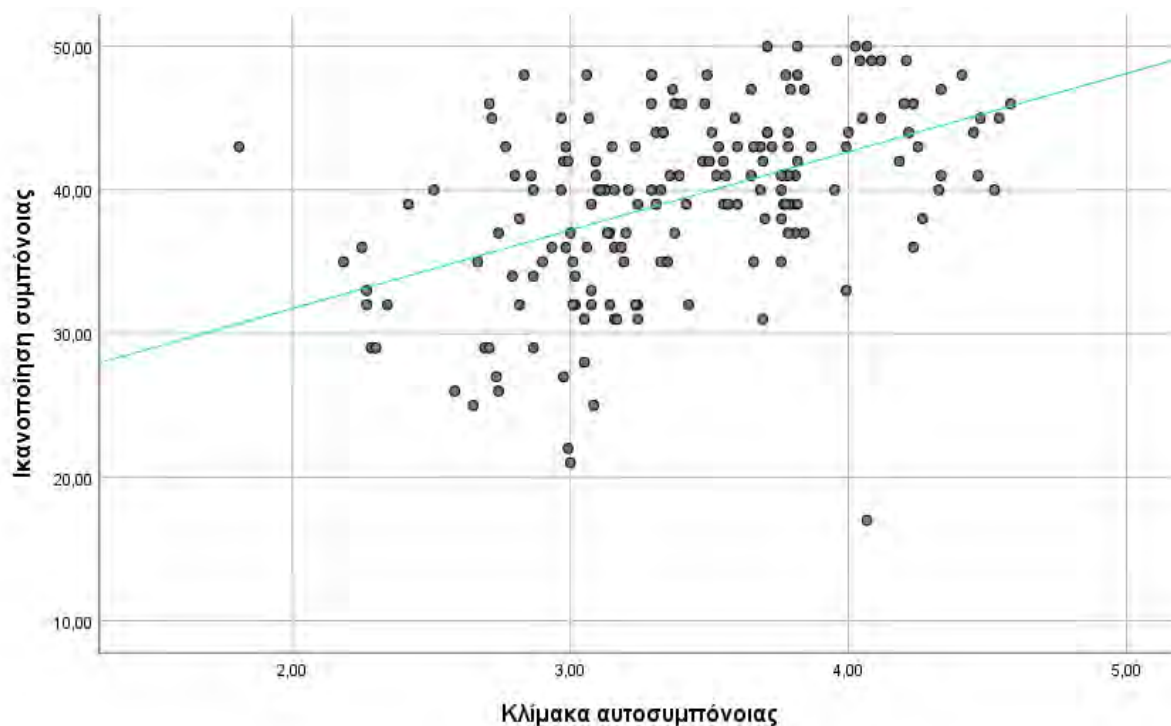
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η κλίμακα αυτοσυμπόνιας και το εργασιακό κλίμα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση ικανοποίησης συμπόνιας. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια συνεπαγόταν μεγαλύτερη ικανοποίηση συμπόνιας και από τους άλλους.
- Καλύτερο εργασιακό κλίμα συνεπαγόταν, επίσης, μεγαλύτερη ικανοποίηση συμπόνιας.

Το μοντέλο με αυτές τις ανεξάρτητες προβλεπτικές μεταβλητές εξηγούσε το 51% της μεταβλητότητας για τη διάσταση ικανοποίησης συμπόνιας.

Ακολουθεί το γράφημα συσχέτισης (**Γράφημα 14**) της κλίμακας αυτοσυμπόνιας με την ικανοποίηση συμπόνιας.



Γράφημα 14: Συσχέτιση της κλίμακας αυτοσυμπόνιας με την Ικανοποίηση Συμπόνιας (Compassion Satisfaction)

- Με εξαρτημένη μεταβλητή την «Επαγγελματική Εξουθένωση»

Πίνακας 18: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την Επαγγελματική Εξουθένωση και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	47,373	(42,694, 52,052)	2,370	<0,001
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας	-5,226	(-6,412, -4,040)	0,601	0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε το κλίμα στο χώρο εργασίας σας;	-0,847	(-1,462, -0,231)	0,312	0,007
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	-1,022	(-1,858, -0,186)	0,424	0,017

Κατοικείτε με κάποιο άτομο που έχει χρόνιο νόσημα; (Ναι vs Όχι)	1,748	(0,121, 3,375)	0,824	0,035
---	-------	----------------	-------	--------------

$R^2=0,67$, $F=34,45$, $p < 0,001$

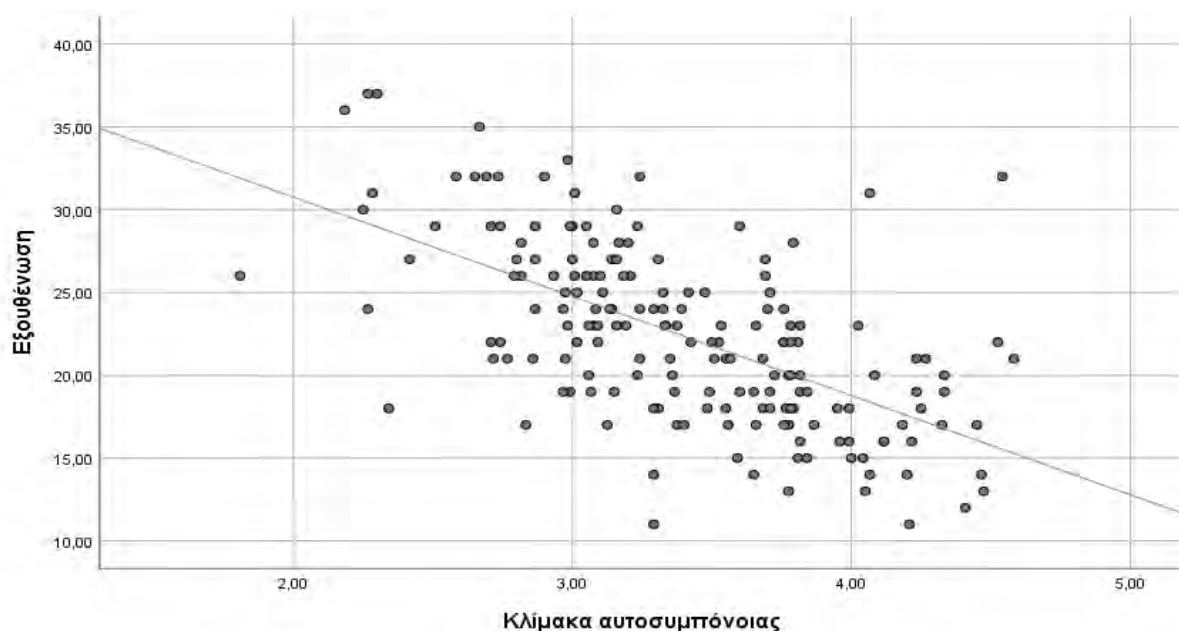
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η κλίμακα αυτοσυμπόνιας, το εργασιακό κλίμα, η κοινωνική υποστήριξη και η συγκατοίκηση με άτομο που πάσχει από χρόνιο νόσημα βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση εξουθένωσης. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια συνεπαγόταν μικρότερη εξουθένωση.
- Καλύτερο εργασιακό κλίμα συνεπαγόταν, επίσης, μικρότερη εξουθένωση.
- Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με μειωμένη εξουθένωση.
- Όσοι κατοικούσαν με άτομο που πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα είχαν μεγαλύτερη εξουθένωση σε σχέση με όσους δεν κατοικούσαν.

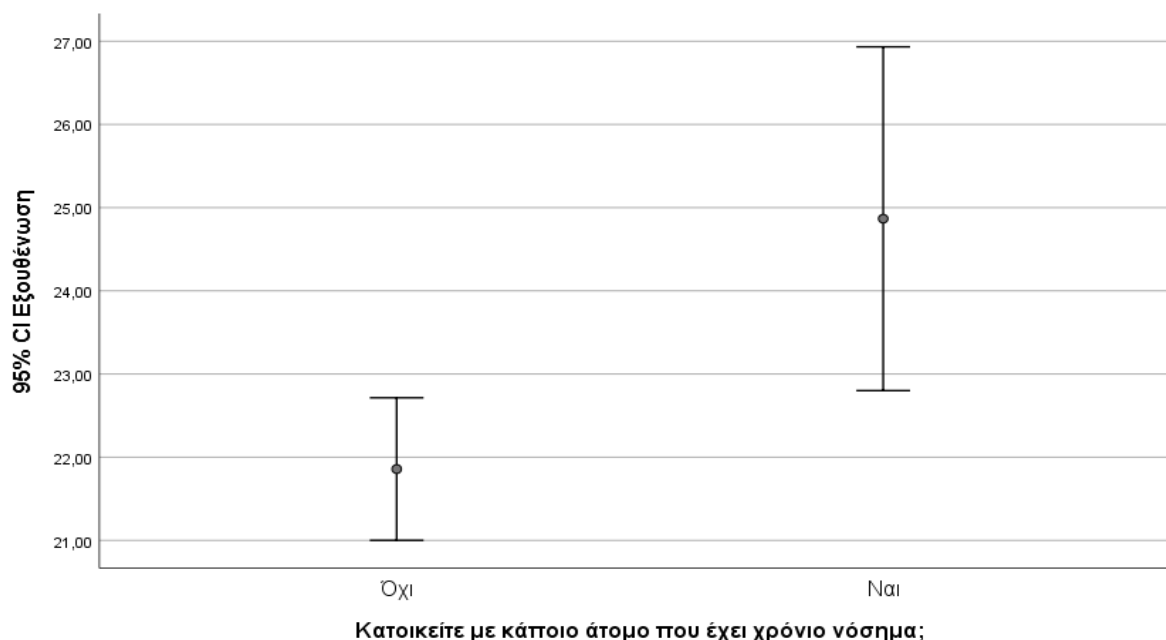
Το μοντέλο με αυτές τις ανεξάρτητες προβλεπτικές μεταβλητές εξηγούσε το 67% της μεταβλητότητας για τη διάσταση εξουθένωσης.

Δίνεται το γράφημα συσχέτισης (**Γράφημα 15**) της εξουθένωσης με την αυτοσυμπόνια.



Γράφημα 15: Συσχέτιση της κλίμακας αυτοσυμπόνιας με την Επαγγελματική Εξουθένωση (Burnout)

Έπεται η βαθμολογία (**Γράφημα 15**) στη διάσταση της εξουθένωσης ανάλογα με την συγκατοίκηση με άτομο που πάσχει από κάποιο χρόνιο νόσημα.



Γράφημα 15: Συσχέτιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burnout) με τη συγκατοίκηση με άτομο πάσχοντος από χρόνιο νόσημα

- Με εξαρτημένη μεταβλητή το «Δευτερογενές μετατραυματικό στρες»

Πίνακας 19: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το Δευτερογενές Μετατραυματικό Στρες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	45,471	(39,717, 51,226)	2,915	<0,001
Κλίμακα αυτοσυμπόνιας	-3,969	(-5,523, -2,414)	0,788	<0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	-1,702	(-2,773, -0,630)	0,543	0,002
Έχετε κάποιο χόμπι που σας δίνει χαρά;(Ναι vs Όχι)	-2,620	(-4,499, -0,741)	0,952	0,007

R²=052, F=20,90, p <0,001

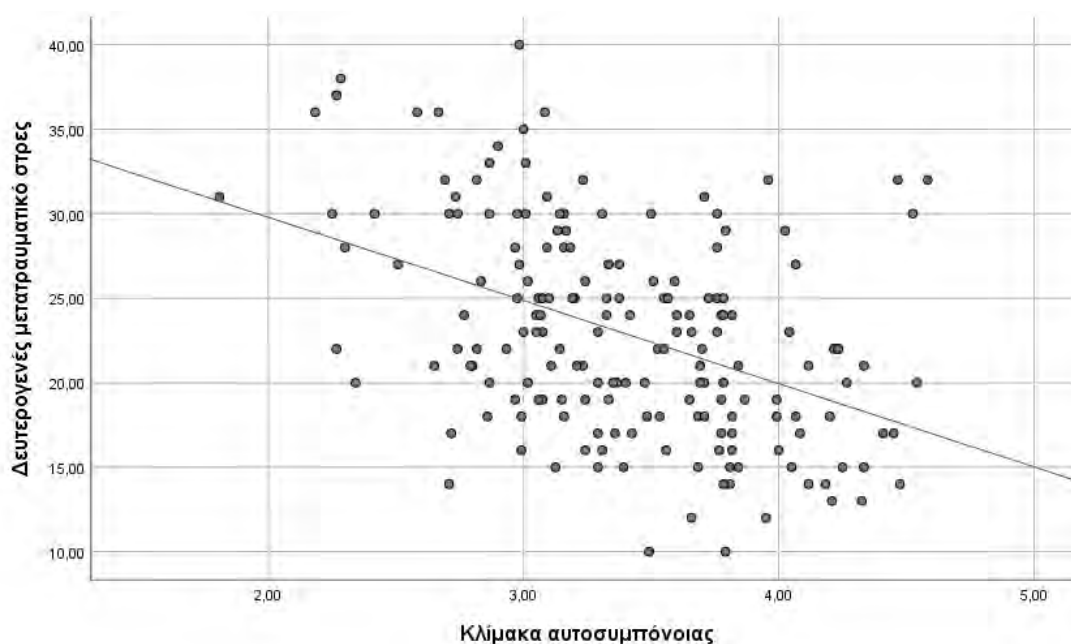
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η κλίμακα αυτοσυμπόνιας, η κοινωνική υποστήριξη και η ενασχόληση με χόμπι βρέθηκαν να σχετίζονται ανεξάρτητα με τη διάσταση δευτερογενούς μετατραυματικού στρες. Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια συνεπαγόταν μείωση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.
- Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη συνεπαγόταν, επίσης, μείωση του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.
- Όσοι είχαν κάποιο χόμπι που τους έδινε χαρά είχαν λιγότερο μετατραυματικό στρες, σε σχέση με όσους δεν ασχολούνταν με χόμπι.

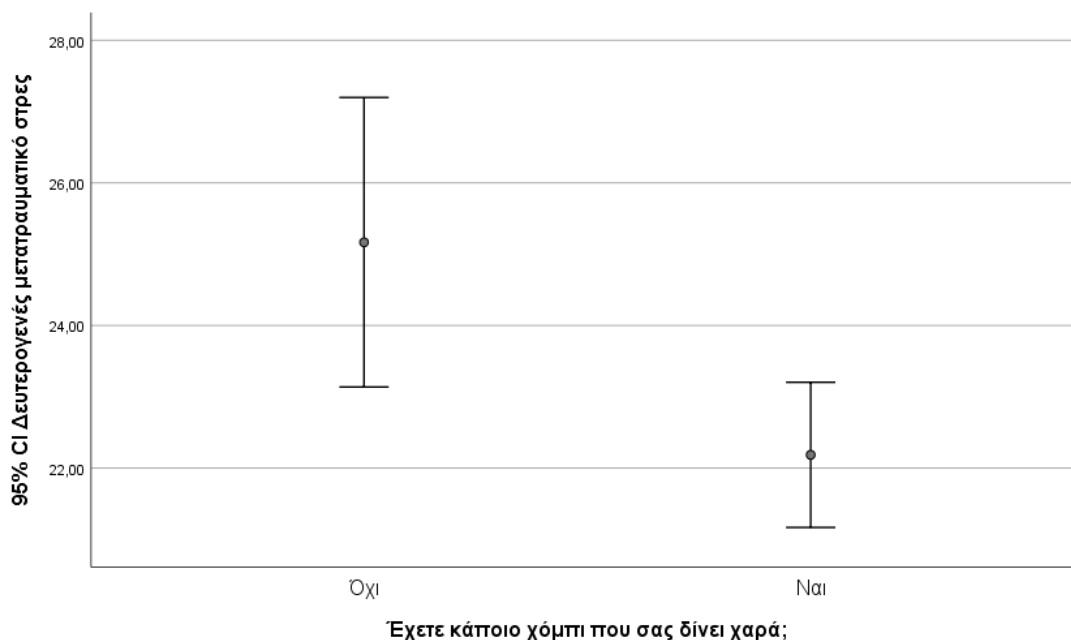
Το μοντέλο με αυτές τις ανεξάρτητες προβλεπτικές μεταβλητές εξηγούσε το 52% της μεταβλητότητας για τη διάσταση δευτερογενούς μετατραυματικού στρες.

Έπεται το γράφημα συσχέτισης (**Γράφημα 16**) του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες με την κλίμακα αυτοσυμπόνιας.



Γράφημα 16: Συσχέτιση του Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες (Secondary Traumatic Stress) με την κλίμακα αυτοσυμπόνιας

Ακολουθεί η βαθμολογία (Γράφημα 17) στη διάσταση δευτερογενούς μετατραυματικού στρες ανάλογα με την ενασχόληση με κάποιο χόμπι.



Γράφημα 17: Συσχέτιση του Δευτερογενούς Τραυματικού Στρες (Secondary Traumatic Stress) με την ενασχόληση με κάποιο χόμπι

Για τις διαστάσεις και τη συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας πραγματοποιήθηκαν όλες οι μονομεταβλητές αναλύσεις και βρέθηκε ότι:

- Η συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας σχετιζόταν σημαντικά με την σχέση του ατόμου με το συγγενικό, φιλικό περιβάλλον και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από τους γύρω του ($\rho=0,17$, $p=0,022$, $\rho=0,20$, $p=0,008$ και $\rho=0,40$, $p<0,001$ αντίστοιχα).
- Η διάσταση «Αυτοκαλοσύνη (Self-kindness)» σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο από τους γύρω του ($\rho=0,28$, $p<0,001$). Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη συνεπαγόταν πιο επιεική συμπεριφορά προς τον εαυτό του.
- Η διάσταση «Κοινή Ανθρωπιά (Common Humanity)» σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με τον αριθμό παιδιών ($\rho=0,16$, $p=0,032$). Όσα περισσότερα παιδιά είχε κάποιος τόσο περισσότερο αντιμετώπιζε τον εαυτό του σαν όμοιο με τους άλλους ανθρώπους.

- Η διάσταση «Ενσυνειδητότητα (Mindfulness)» σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο από τους γύρω του ($\rho=0,15$, $p=0,034$). Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη συνεπαγόταν περισσότερη ενσυνειδητότητα.
- Η διάσταση «Αυτοκριτική (Self-judgement)» σχετιζόταν σημαντικά και θετικά με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει το άτομο από τους γύρω του ($\rho=0,57$, $p<0,001$). Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη συνεπαγόταν λιγότερο αυστηρή κριτική προς τον εαυτό τους. Επίσης, σημαντική ήταν η σχέση με την συγκατοίκηση με κάποιο άτομο που νοσούσε ($U=1.679$, $p=0,039$), καθώς όσοι συγκατοικούσαν με ένα τέτοιο άτομο ήταν πιο αυστηροί προς τον εαυτό τους, συγκριτικά με όσους δεν συγκατοικούσαν.
- Η διάσταση «Κοινή Ανθρωπιά (Common humanity)» σχετιζόταν σημαντικά με την σχέση του ατόμου με το συγγενικό, φιλικό περιβάλλον και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από τους γύρω του ($\rho=0,23$, $p=0,002$, $\rho=0,20$, $p=0,009$ και $\rho=0,41$, $p<0,001$ αντίστοιχα). Καλύτερες σχέσεις σε οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό επίπεδο οδηγούσαν το άτομο σε καλύτερη συνειδητοποίηση ότι είναι όμοιος με τους γύρω του.
- Η διάσταση «Υπερταύτιση (Overidentification)» σχετιζόταν σημαντικά με την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από τους γύρω του ($\rho=0,34$, $p<0,001$). Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με μειωμένη υπερβολική αντίδραση και κατάκλιση από αρνητικά συναισθήματα. Επιπλέον, σχετιζόταν με το βίωμα τραυματικού γεγονότος ($U=2.775,5$, $p=0,010$), καθώς όσοι είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός που απείλησε τη ζωή ή την ακεραιότητά τους είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε αυτή τη διάσταση, άρα κατακλύζονταν ευκολότερα από αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με όσους δεν είχαν βιώσει κάτι αντίστοιχο.

Για την εύρεση των παραγόντων που σχετίζονται ανεξάρτητα με την κλίμακα αυτοσυμπόνιας και τις διαστάσεις αυτής, έγιναν πολυπαραγοντικές γραμμικές παλινδρομήσεις με εξαρτημένες μεταβλητές τις βαθμολογίες στις διαστάσεις αυτές και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Τα αποτελέσματα των αναλύσεων με τη μέθοδο διαδοχικής ένταξης αφαίρεσης (stepwise method) δίνονται στους ακόλουθους πίνακες (**Πίνακες 20-26**).

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας.

Πίνακας 20: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή την συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	2,388	(1,980, 2,796)	0,207	<0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	0,243	(0,147, 0,339)	0,049	<0,001

R²=0,35, F=24,88, p <0,001
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με την κλίμακα αυτοσυμπόνιας. Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη συνεπαγόταν, επίσης, μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια.

Το μοντέλο με αυτή την ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή εξηγούσε το 35% της μεταβλητότητας για την συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «αυτοκαλοσύνη»

Πίνακας 21: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση Αυτοκαλοσύνη (Self-kindness) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	0,432	(0,358, 0,505)	0,037	<0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	0,027	(0,009, 0,044)	0,009	0,003

R²=0,23, F=9,33, p =0,003
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Αυτοκαλοσύνη». Συγκεκριμένα μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη οδηγούσε σε αυξημένη ευγένεια του ατόμου προς τον ίδιο του τον εαυτό επομένως και μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια.

Το μοντέλο με αυτή την ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή εξηγούσε το 23% της μεταβλητότητας για τη διάσταση αυτοκαλοσύνης.

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Κοινή ανθρωπιά»

Πίνακας 22: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση Κοινή Ανθρωπιά (Common Hummunity) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	0,496	(0,476, 0,516)	0,037	<0,001
Αριθμός παιδιών	0,017	(0,002, 0,032)	0,007	0,023

R²=0,17, F=5,29, p =0,023

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Ο αριθμός παιδιών βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Κοινή ανθρωπιά». Συγκεκριμένα όσο περισσότερα παιδιά είχε κάποιος τόσο περισσότερο αντιμετώπιζε τον εαυτό του σαν όμοιο με τους άλλους ανθρώπους.

Το μοντέλο με αυτή την ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή εξηγούσε το 17% της μεταβλητότητας για τη διάσταση «Κοινή ανθρωπιά».

- Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Ενσυνειδητότητα»

Πίνακας 23: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση Ενσυνειδητότητα (Mindfulness) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	0,493	(0,428, 0,559)	0,037	<0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	0,016	(0,001, 0,031)	0,008	0,045

R²=0,15, F=4,071, p =0,045

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα με τη διάσταση «Ενσυνειδητότητα». Συγκεκριμένα μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με μεγαλύτερη σύνεση/ενσυνειδητότητα.

Το μοντέλο με αυτή την ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή εξηγούσε το 15% της μεταβλητότητας για τη διάσταση «Ενσυνειδητότητα».

- **Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Αυτοκριτική»**

Πίνακας 24: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση Αυτοκριτική (Self-judgement) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	0,328	(0,238, 0,419)	0,046	<0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	0,042	(0,021, 0,063)	0,011	<0,001

$R^2=0,28$, $F=15,15$, $p < 0,001$

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και με τη διάσταση αυτοκριτικής. Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με λιγότερη κριτική του εαυτού τους.

Το μοντέλο με αυτή την ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή εξηγούσε το 28% της μεταβλητότητας για τη διάσταση αυτοκριτικής.

- **Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Απομόνωση»**

Πίνακας 25: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση Απομόνωση (Isolation) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	0,261	(0,172, 0,350)	0,045	<0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	0,063	(0,041, 0,084)	0,011	<0,001

$R^2=0,41$, $F=34,38$, $p < 0,001$

+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κοινωνική υποστήριξη βρέθηκε να σχετίζεται ανεξάρτητα και με τη διάσταση απομόνωσης. Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με λιγότερη απομόνωση του ατόμου. Το μοντέλο με αυτή την ανεξάρτητη προβλεπτική μεταβλητή εξηγούσε το 41% της μεταβλητότητας για τη διάσταση απομόνωσης.

- **Με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση «Υπερταύτιση»**

Πίνακας 26: Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη διάσταση Υπερταύτιση (Overidentification) και ανεξάρτητες τα δημογραφικά, εργασιακά και προσωπικά στοιχεία

	β+	95% ΔΕ (β)	SE++	P
Constant	0,272	(0,170, 0,374)	0,052	<0,001
Πώς θα χαρακτηρίζατε την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνετε από τους γύρω σας;	0,052	(0,028, 0,076)	0,012	<0,001
Έχω βιώσει στη ζωή μου κάποιο τραυματικό γεγονός που απειλήθηκε η ζωή ή η ακεραιότητά μου. (Ναι vs Όχι)	-0,062	(-0,101, -0,022)	0,020	0,003

$R^2=0,37$, $F=13,61$, $p < 0,001$

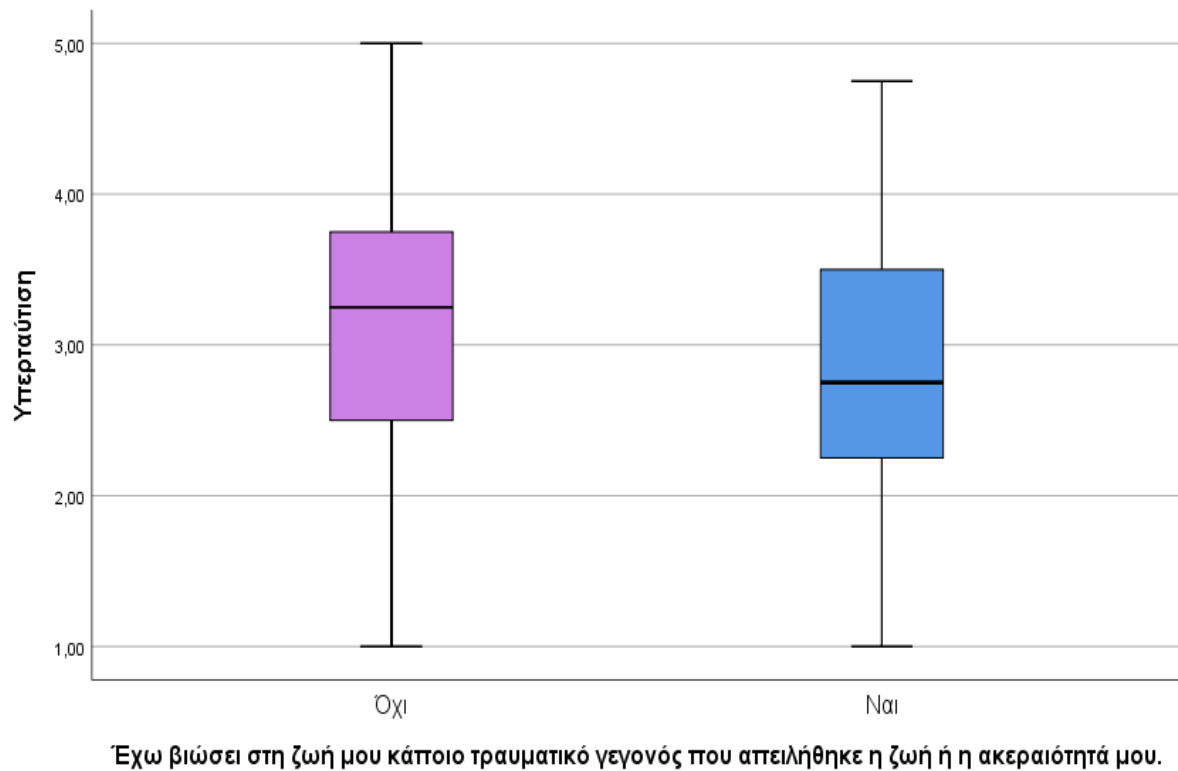
+συντελεστής εξάρτησης ++τυπικό σφάλμα

Σημείωση: Έχει χρησιμοποιηθεί ο λογάριθμος της εξαρτημένης

Η κοινωνική υποστήριξη και το βίωμα κάποιου τραυματικού γεγονότος που απείλησε τη ζωή ή την ακεραιότητά των συμμετεχόντων βρέθηκαν να σχετίζεται ανεξάρτητα και με τη διάσταση «Υπερταύτιση». Συγκεκριμένα:

- Μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη σχετιζόταν με μειωμένη υπερταύτιση.
- Όσοι είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός που απείλησε τη ζωή ή την ακεραιότητά τους είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε αυτή τη διάσταση, άρα μειωμένη υπερταύτιση. Το μοντέλο με αυτές τις ανεξάρτητες προβλεπτικές μεταβλητές εξηγούσε το 37% της μεταβλητότητας για τη διάσταση υπερταύτισης.

Δίνεται το **Γράφημα 18** της βαθμολογίας στη διάσταση «Υπερταύτιση» ανάλογα με το βίωμα κάποιου τραυματικού γεγονότος που απείλησε τη ζωή ή την ακεραιότητά των συμμετεχόντων.



Γράφημα 18: Συσχέτιση διάσταση «Υπερταύτιση» ανάλογα με το βίωμα κάποιου τραυματικού γεγονότος που απείλησε τη ζωή ή την ακεραιότητά των συμμετεχόντων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. ΣΥΖΗΤΗΣΗ - ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1 Συζήτηση

Ο σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να διερευνήσει την συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοσυμπόνια και την επαγγελματική ποιότητα ζωής σε κοινωνικούς λειτουργούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Π.Φ.Υ.). Ως επιμέρους στόχοι της έρευνας αποτέλεσε η διερεύνηση της συσχέτισης της αυτοσυμπόνιας με τα ατομικά, δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων/ουσών καθώς και τη συσχέτιση της επαγγελματικής ικανοποίησης με τους ίδιους δείκτες χαρακτηριστικών.

Ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και όχι μόνο, είναι καθοριστικός. Σε μια εποχή όπου κρίσεις και αλλαγές σε παγκόσμιο και εθνικό επίπεδο προκαλούν έντονες συζητήσεις για την επαγγελματική ευημερία ο κοινωνικός λειτουργός καλείται σε συνθήκες δυσμενών καταστάσεων, που συχνά συνοδεύονται από στρες, αντιπαράθεσεις και συγκρούσεις, να βρίσκεται στην πρώτη γραμμή, ασχολούμενος κυρίως με τις σχέσεις ανθρώπων που αντιμετωπίζουν δύσκολες καταστάσεις ή τραύματα καθημερινά, ενώ επικεντρώνεται σε στρατηγικές και δεξιότητες επίλυσης προβλημάτων, χρησιμοποιώντας όλους τους διαθέσιμους πόρους. Συγχρόνως, έρχεται σε επαφή με ανθρώπους που ζουν υπό δύσκολες συνθήκες διαβίωσης και αντιμετωπίζουν προβλήματα υγιεινής. Προσπαθούν να παρέχουν ενημέρωση, υποστήριξη, προστασία και ασφάλεια. Η δημιουργία μιας σχέσης μεταξύ κοινωνικού λειτουργού και ωφελομένου αναδεικνύεται ως ουσιώδης παράγοντας για τη ψυχοκοινωνική, συναισθηματική και πνευματική ευημερία του ατόμου που λαμβάνει υποστήριξη.

Η παρούσα μελέτη έρχεται να εξετάσει εάν η πρακτική της αυτοσυμπόνιας ενισχύει την αίσθηση της συνοχής και της ψυχικής υγείας σε επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς, χρησιμεύοντας έτσι, ως μια αποτελεσματική μέθοδος αυτοφροντίδας και δεξιότητα, δρώντας προληπτικά έναντι του δευτερογενούς τραυματικού στρες και της επαγγελματικής εξουθένωσης, προάγοντας την ικανοποίηση συμπόνιας.

Αναφορικά με το δείγμα των συμμετεχόντων και τα 177 ερωτηματολόγια που συλλέχθηκαν ήταν έγκυρα με την πλειονότητα των συμμετεχόντων να ανήκει σε ποσοστό 41,8% στην ηλικιακή κατηγορία 30-39 ετών, ενώ περίπου εννιά στους δέκα ήταν γυναίκες, ήτοι το 88,7% των συμμετεχόντων, το οποίο δεν δημιουργεί έκπληξη αφού η κοινωνική εργασία είναι ακόμη κατεξοχήν γυναικοκρατούμενο επάγγελμα.

Σχεδόν ένας στους δύο ήταν έγγαμοι, ήτοι το 50,3%. Επίσης, σχεδόν ένας στους δύο, με ποσοστό 49,7% δεν είχε παιδιά, ενώ με ανάλογο ποσοστό δηλαδή το 52% είχε ετήσιο οικογενειακό εισόδημα που δεν ξεπερνούσε τις 15.000€ δείχνοντας ότι πληθυσμός μας ανταποκρίνεται στο σύγχρονο μέσο Έλληνα εργαζόμενο. Επίσης, το 41,8% ήταν κοινωνικοί λειτουργοί Τ.Ε., με τους κατόχους κάποιου μεταπτυχιακού τίτλου να ακολουθούν με ποσοστό 36,7% γεγονός που υποδηλώνει την επιθυμία για αυτοβελτίωση και συνεχή εκπαίδευση. Το 44,1% του δείγματος κατοικούσε σε κάποια μεγάλη επαρχιακή πόλη με τους διαμένοντες σε Αστικό Κέντρο (Αθήνα - Θεσσαλονίκη) να ακολουθούν με ποσοστό 31,6% αλλά να υπάρχουν σε χαμηλά ποσοστά και εκπρόσωποι από χωριά και νησιά.

Ο τομέας εργασίας στην Π.Φ.Υ των συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών που συγκεντρώνει τις περισσότερες απαντήσεις αφορά σε ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα εκτός από κέντρα και μονάδες υγείας ή περιφερειακά ιατρεία των μονάδων Π.Φ.Υ με ποσοστό 50,3%. Για το 60,5% του δείγματος, η εργασία του ως κοινωνικός/ή λειτουργός αφορούσε και σε παιδιά και σε ενήλικες με το ποσοστό 34,5% που αφορούσε σε εργασία μόνο σε ενήλικες να ακολουθεί. Το 37,9% είχε 1 έως 5 έτη εμπειρίας ως κοινωνικός/ή λειτουργός αλλά το 44,1% είχε 1 έως 10 χρόνια γενικά εργασιακής προϋπηρεσίας εκτός του κλάδου της κοινωνικής εργασίας. Επιπροσθέτως, η πλειοψηφία του δείγματος, ήτοι το 75,8%, θα χαρακτήριζε καλό έως πολύ καλό το κλίμα στο χώρο εργασίας του. Τέλος, πάλι η πλειονότητα των συμμετεχόντων, ήτοι το 67,8%, προσέφερε στα πλαίσια της εργασίας του και πνευματική φροντίδα.

Σε συνέχεια των ατομικών χαρακτηριστικών, το 10,2% των συμμετεχόντων αντιμετώπιζε ένα χρόνιο νόσημα, ενώ το 4% να αντιμετωπίζει δύο χρόνια νοσήματα. Επιπλέον, το 16,9% ζούσε με κάποιον που είχε χρόνιο νόσημα, ενώ η πλειοψηφία του δείγματος, ήτοι το 61%, είχε βιώσει τον θάνατο αγαπημένου προσώπου στα πρόσφατα χρόνια. Το 36,2% είχε βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός που απείλησε τη ζωή ή την ακεραιότητά του. Περίπου οκτώ στους δέκα κοινωνικούς λειτουργούς, ήτοι το 80,7%, ανέφερε καλές έως πολύ καλές σχέσεις με την οικογένειά τους, ενώ εννιά στους δέκα δηλαδή σε ποσοστό 91% ανέφερε αντίστοιχες σχέσεις με τον φιλικό τους κύκλο. Το 85,3% ανέφερε ότι λάμβανε καλή έως πολύ καλή υποστήριξη από τους γύρω τους. Επιπλέον, το 65% ανέφερε ότι αντλούσε δύναμη από το Θεό ή κάποια άλλη ανώτερη δύναμη, γεγονός που αντιπροσωπεύει την κυρίαρχη τάση για πίστη, ενώ το 76,3% είχε ένα χόμπι που τους έδινε χαρά. Αρκετοί κοινωνικοί λειτουργοί σε ποσοστό

32,8% είχε λάβει βοήθεια από ειδικό ψυχικής υγείας στο παρελθόν, με το 18,6% που ακολουθεί να λαμβάνει ψυχολογική υποστήριξη κατά την περίοδο της έρευνας.

Όσον αφορά την επαγγελματική ποιότητα ζωής των κοινωνικών λειτουργών η έρευνα έδειξε ότι μέσες τιμές των διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς μετατραυματικού στρες υποδηλώνουν χαμηλά προς μέτρια επίπεδα ενώ η ικανοποίηση συμπόνιας ήταν υψηλή σε ποσοστό 40,1%. Ο συντελεστής αξιοπιστίας του Cronbach ήταν μεγαλύτερος από 0,7 σε όλες τις διαστάσεις υποδηλώνοντας αποδεκτή αξιοπιστία. Τα αποτελέσματα επιβεβαιώνονται από τη μελέτη της Bride (4), που αφορούσε κοινωνικούς λειτουργούς, όπου το 55% ανταποκρινόταν στα κριτήρια για ανάπτυξη τουλάχιστον ενός από τα βασικά συμπλέγματα συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης ή και δευτερογενούς τραυματικού στρες.

Επίσης, όσο καλύτερη ήταν η σχέση των συμμετεχόντων με το φιλικό τους περιβάλλον και όσο μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη είχαν από τον περίγυρο τους, αυτό σχετιζόταν με σημαντική αύξηση της ικανοποίησης συμπόνιας και σημαντική μείωση τόσο της εξουθένωσης όσο και του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες. Το ίδιο συνέβαινε και με το εργασιακό κλίμα. Όσο καλύτερο ήταν αυτό, τόσο αυξανόταν η ικανοποίηση συμπόνιας και μειωνόταν η εξουθένωση. Αν και η τρέχουσα μελέτη δεν εμβαθύνει στη βελτίωση των δεξιοτήτων αντιμετώπισης, της κοινωνικής υποστήριξης και της οργανωτικής αλλαγής που είναι απαραίτητες για τη μείωση της κόπωσης συμπόνιας, διερευνήσαμε τον βαθμό στον οποίο οι κοινωνικοί λειτουργοί αντιλήφθηκαν την κοινωνική υποστήριξη από συναδέλφους ή προϊστάμενους.

Επιπροσθέτως όσοι κατοικούσαν με κάποιο άτομο το οποίο είχε χρόνιο νόσημα είχαν μεγαλύτερη εξουθένωση σε σχέση με όσους δεν κατοικούσαν. Η έρευνα του Greenhaus (60) επιβεβαιώνει τα ευρήματα όπου η πλειονότητα των κοινωνικών λειτουργών δήλωνε ότι αισθανόταν μέτρια έως υψηλή επαγγελματική ικανοποίηση έχοντας μια ισορροπία σχέσης εργασίας-οικογένειας συνδεδεμένη με την ποιότητα ζωής.

Σε συνέχεια, όσοι είχαν πίστη στο Θεό και σε κάποια ανώτερη δύναμη είχαν μειωμένο σκορ στη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όπως και η ύπαρξη κάποιου χόμπι που δίνει χαρά σχετιζόταν με μειωμένο δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Αυτό επιβεβαιώνεται από τους Newell και MacNeil (85) όπου ανέφεραν ότι η διατήρηση θρησκευτικών πρακτικών και η ενασχόληση δραστηριοτήτων όπως του διαλογισμού, της γιόγκα και των φιλανθρωπικών δραστηριοτήτων οδηγούν στην αναζωογόνηση του εαυτού ενισχύοντας την αυτοφροντίδα και

την ανθεκτικότητα. Παράλληλα, συμπεριφορές όπως η ισορροπημένη διατροφή, τα χόμπι, η άσκηση ή οι δραστηριότητες αναψυχής βοηθούν επίσης στην εξάλειψη των επιπτώσεων και στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες (84,85).

Τα ατομικά και δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (ηλικία, φύλο, επίπεδο σπουδών, εισόδημα, τομέας απασχόλησης, έτη προϋπηρεσίας κ.α) δεν φάνηκε να επηρεάζουν καμία από τις πτυχές ποιότητας της επαγγελματικής ζωής. Επιπλέον, το υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης δεν φαίνεται να λειτουργεί ως προστατευτικός παράγοντας έναντι του δευτερογενούς τραυματικού στρες, παρεκκλίνοντας από την έρευνα του Taylor (14) και της Μαγγούλια (68) όπου διαπίστωσαν ότι η κόπωση συμπόνιας εμφανίζεται λιγότερο σε άτομα με υψηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο και ανώτερη εκπαίδευση αποτελώντας παράγοντα που επηρεάζει την προσαρμοστικότητα στον χώρο εργασίας.

Όσον αφορά την κλίμακα αυτοσυμπόνιας είναι σημαντικό να σημειωθεί πως η έλλειψη παρόμοιων μελετών στην ελληνική πραγματικότητα και οι ελάχιστες στη διεθνή βιβλιογραφία πάνω στον κλάδο της κοινωνικής εργασίας δυσχεραίνει μια συγκριτική ανάλυση και ερμηνεία.

Τόσο οι διαστάσεις όσο και η συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας σχετίζονταν σημαντικά με τις διαστάσεις της επαγγελματικής ποιότητας ζωής (με εξαίρεση τη διάσταση της ανθρωπιάς και αυτή του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες). Συγκεκριμένα, πιο ευγενική συμπεριφορά του ατόμου απέναντι στον εαυτό του, περισσότερη ανθρωπιά, σύνεση, λιγότερη κριτική, απομόνωση και κατάκλιση από αρνητικά συναισθήματα συνεπάγονταν μεγαλύτερη ικανοποίηση συμπόνοιας από τους άλλους, λιγότερη εξουθένωση και λιγότερο έντονο δευτερογενές μετατραυματικό στρες. Δηλαδή μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια συνεπαγόταν με μικρότερη επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες.

Δεν αναδείχτηκε στατιστικώς σημαντική σχέση των βαθμολογιών της κλίμακας αυτοσυμπόνιας με την κατοχή μεταπτυχιακού τίτλου, την ηλικία, το φύλο, το εισόδημα, τον τομέα εργασίας, ή τον χρόνο προϋπηρεσίας. Αυτό έρχεται σε αντίθεση με την έρευνα των Miller et al. (82) όπου η πολυετής εμπειρία, η κατάσταση της υγείας και το εισόδημα ήταν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της αυτοσυμπόνιας μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της υγείας.

Στην παρούσα μελέτη, η συνολική κλίμακα αυτοσυμπόνιας σχετιζόταν σημαντικά με την σχέση του ατόμου με το συγγενικό, φιλικό περιβάλλον και την κοινωνική υποστήριξη που λαμβάνει από τους γύρω του. Πιο συγκεκριμένα για τις διαστάσεις «Αυτοκαλοσύνη (Self-

kindness)», «Κοινή Ανθρωπιά (Common humanity)», «Ενσυνειδητότητα (Mindfulness)», «Αυτοκριτική (Self-judgement)» και «Υπερταύτιση (Overidentification)» τα μεγαλύτερα σκορ αφορούσαν τα άτομα που είχαν καλύτερες σχέσεις σε οικογενειακό, φιλικό και κοινωνικό επίπεδο.

Επιπροσθέτως, η διάσταση της «Κοινής Ανθρωπιάς (Common humanity)» σχετίστηκε σημαντικά και θετικά με τον αριθμό παιδιών ($\rho=0,16$, $p=0,032$). Όσα περισσότερα παιδιά είχε κάποιος τόσο περισσότερο αντιμετώπιζε τον εαυτό του σαν όμοιο με τους άλλους ανθρώπους.). Ενώ η διάσταση της «Υπερταύτισης (Overidentification)» πέρα από τη μεγαλύτερη κοινωνική υποστήριξη που σχετίστηκε με μειωμένη υπερβολική αντίδραση και κατάκλιση από αρνητικά συναισθήματα, σχετίστηκε επιπλέον και με το βίωμα τραυματικού γεγονότος ($U=2.775,5$, $p=0,010$), καθώς όσοι είχαν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός που απείλησε τη ζωή ή την ακεραιότητά τους είχαν χαμηλότερη βαθμολογία σε αυτή τη διάσταση, άρα κατακλύζονταν ευκολότερα από αρνητικά συναισθήματα σε σχέση με όσους δεν είχαν βιώσει κάτι αντίστοιχο.

7.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα μελέτη είναι η πρώτη που διεξάγεται και αφορά την αυτοσυμπόνια και πως επηρεάζει την επαγγελματική ζωή των κοινωνικών λειτουργών Π.Φ.Υ.

Ο βασικός και σημαντικός περιορισμός έγκειται στο γεγονός του περιορισμένου χρονικού πλαισίου της έρευνας το οποίο αποτέλεσε μία πρόκληση σε πρακτικό επίπεδο. Αυτό συνεπικουρήθηκε από τις δυσκολίες και τα στενά χρονικά περιθώρια για επικοινωνία και εγκρίσεις από τα εκάστοτε επιστημονικά συμβούλια των Υγειονομικών Περιφερειών Ελλάδος για την διεξαγωγή της έρευνας σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των περιοχών τους. Εν τέλει, δεν επετεύχθη σωστή και γρήγορη επικοινωνία με όλες τις περιφέρειες και επομένως δεν συμμετείχαν οι δομές Π.Φ.Υ. και των επτά Υγειονομικών Περιφερειών.

Ένας άλλος περιορισμός αφορά το πλαίσιο εργασίας των συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών στην έρευνα. Η χρήση ερωτηματολογίων αυτό-αναφοράς ενέχει τον κίνδυνο να μην δίνονται απόλυτα ειλικρινείς απαντήσεις και έτσι δεν είναι σίγουρο ότι όλες οι απαντήσεις των συμμετεχόντων προέρχονται από εργαζομένους σε δομές Π.Φ.Υ.

Τέλος, ένας άλλος κίνδυνος, αποτελεί το γεγονός ότι εκείνοι που βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους, στρες, ή επαγγελματικής εξουθένωσης ενδέχεται να μην είχαν το ενδιαφέρον, την ενέργεια ή τον χρόνο να συμπληρώσουν τα ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς. Είναι πιθανό

να μην επιθυμούσαν αρχικά να συμμετάσχουν ή να μην καταφέρνουν να ολοκληρώσουν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

7.3 Συμπεράσματα – Προτάσεις

Τα ευρήματα της μελέτης προσφέρουν πολύτιμες πληροφορίες για τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς στην εξέταση της επαγγελματικής ποιότητας ζωής τους αλλά και στην εμβάθυνση στην έννοια της αυτοσυμπόνιας και τη σχέση της με την αυτοφροντίδα και την ευημερία του εργατικού δυναμικού.

Οι επαγγελματίες κοινωνικής εργασίας αντιμετωπίζουν ποικίλες προκλήσεις, συμπεριλαμβανομένου του αυξανόμενου όγκου εργασίας και των όλο και πιο πολύπλοκων αναγκών των ωφελούμενων τους. Ωστόσο, η έλλειψη μελετών στην ελληνική και διεθνή βιβλιογραφία ειδικά για την έννοια της αυτοσυμπόνιας και την εξέταση της επαγγελματικής ποιότητας στο χώρο της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας κατέστησε εξ αρχής δύσκολο το εγχείρημα. Η εξέταση των πιθανών πλεονεκτημάτων της αυτοσυμπόνιας για τους επαγγελματίες και, κατ' επέκταση, για την ποιότητα της εργασίας τους, απουσίαζε σε μεγάλο βαθμό στον κλάδο της κοινωνικής εργασίας.

Στη μελέτη, η αυτοσυμπόνια αποδείχθηκε πολύτιμη τόσο ως προσέγγιση για την αντιμετώπιση του άγχους, της εξουθένωσης αλλά και ανάπτυξης δευτερογενούς τραυματικού στρες όσο και ως αποτελεσματική πρακτική. Τα ατομικά και δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων (ηλικία, φύλο, επίπεδο σπουδών, εισόδημα, τομέας απασχόλησης, έτη προϋπηρεσίας κ.α) δεν φάνηκε να επηρεάζουν καμία από τις πτυχές τόσο της ποιότητας επαγγελματικής ζωής όσο και της κλίμακας αυτοσυμπόνιας.

Το συγγενικό, φιλικό περιβάλλον, η κοινωνική υποστήριξη, το εργασιακό περιβάλλον η ύπαρξη χόμπι αλλά και η πίστη στο Θεό σχετίζονταν με σημαντική αύξηση της ικανοποίησης συμπόνιας και σημαντική μείωση τόσο της εξουθένωσης όσο και του δευτερογενούς μετατραυματικού στρες. Αντίστοιχα, στην κλίμακα της αυτοσυμπόνιας η μεγαλύτερη αυτοσυμπόνια συνεπαγόταν με μικρότερη επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες ειδικά για όσους σχετίζονταν σημαντικά με το συγγενικό, φιλικό περιβάλλον και είχαν κοινωνική υποστήριξη.

Τα ευρήματα που παρουσιάζονται σε αυτή τη μελέτη είναι μόνο η κορυφή του παγόβουνου δείχνοντας ότι χρειάζεται περαιτέρω διερεύνηση του θέματος. Αν και διερευνητικά, τα αποτελέσματα προσφέρουν ένα σημείο εκκίνησης μελλοντικών προσπαθειών.

Παράλληλα η έρευνα δείχνει ότι υπάρχουν πολλά ακόμη που πρέπει να μάθουμε για την επαγγελματική ποιότητα ζωής και ειδικά για την αυτοσυμπόνια στους κοινωνικούς λειτουργούς. Η αυτοαποτελεσματικότητα (Self-efficacy) των εργαζομένων, η αίσθηση ικανότητας και η αποτελεσματική εφαρμογή των δεξιοτήτων πρακτικής (π.χ. ενεργητική ακρόαση, επίλυση προβλημάτων, ενσυναίσθηση, επίβλεψη) είναι επίσης αξιόλογες πτυχές για μελλοντικές μελέτες.

Διαπιστώθηκε πόσο σημαντικό είναι για τους κοινωνικούς λειτουργούς που βρίσκονται στην «πρώτη γραμμή», η σημασία της αυτοσυμπόνιας, τα πολλά πιθανά οφέλη της και η ενασχόληση με δραστηριότητες αυτοφροντίδας για να τους αποτρέψουν από τις αρνητικές επιπτώσεις της εξουθένωσης και της κόπωσης από συμπόνια. Όταν η συναισθηματική, ψυχολογική ή και σωματική ευεξία του κοινωνικού λειτουργού είναι σε κίνδυνο, γίνεται δύσκολο να συνεισφέρει παραγωγικά και κατά συνέπεια, αισθάνεται ανίκανος και εξαντλημένος συναισθηματικά στο να ανταποκριθεί στις συνεχείς απαιτήσεις.

Η μελέτη ενισχύει την αυξανόμενη έκκληση για επαγγελματικά εκπαιδευτικά προγράμματα ώστε να εξεταστεί η συμπερίληψη της αυτοφροντίδας και της αυτοσυμπόνιας στα προγράμματα σπουδών έτσι ώστε οι απόφοιτοι της κοινωνικής εργασίας να εισέλθουν στο πεδίο καλύτερα προετοιμασμένοι για να ανταπεξέλθουν στις αντιξοότητες του επαγγέλματος (13). Η ενσωμάτωση της αυτοσυμπόνιας σε μια συνολική συστηματική προσέγγιση για την ευεξία των εργαζομένων θα μπορούσε να προωθήσει την υγεία και την ευημερία των εργαζομένων σε περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης (81). Τέλος, τα άτομα που εργάζονται σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να αντλήσουν από αυτή τη μελέτη τη σημασία της ανάπτυξης της αυτοσυμπόνιας, ως μέρος της επαγγελματικής τους ταυτότητας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

1. Καλοκαιρινού Α, Αδαμακίδου Θ, Βελονάκη ΒΣ, Βιβιλάκη Β, Καπρέλη Ε, Κριεμπάρδης Α. Εφαρμογές καλών πρακτικών ομάδας πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Handlenet. 2016 Feb 11. Διαθέσιμο από: <http://repository.kallipos.gr/handle/11419/3301>
2. Figley C. Compassion fatigue : coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. 1995;268. doi:10.4324/9780203777381.
3. Stamm B, Com B. The Concise ProQOL Manual [Internet]. 2010 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://www.illinoisworknet.com/WIOA/Resources/Documents/The-Concise-ProQOL-Manual.pdf>
4. Bride B, Figley C. The Fatigue of Compassionate Social Workers: An Introduction to the Special Issue on Compassion Fatigue. Clinical Social Work Journal. 2007 Jul 11;35(3):151–3. doi:10.1007/s10615-007-0093-5.
5. Adams R, Boscarino J, Figley C. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: a validation study. Am J Orthopsychiatry. 2006 Jan;76(1):103-8. doi:10.1037/0002-9432.76.1.103.
6. Yi J, Kim M, Choi K, Droubay B, Kim S. Compassion satisfaction and compassion fatigue among medical social workers in Korea: the role of empathy. Social Work in Health Care. 2019 Nov 26;58(10):970-87. doi:10.1080/00981389.2019.1686678.
7. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and Identity. 2003 Apr;2(2):85–101. doi:10.1080/15298860309032.
8. World Health Organisation. Fourth International Conference on Health Promotion, Jakarta, 1997 [Internet]. 2023 [cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/fourth-global-conference/jakarta-declaration>
9. Saraceno B. The World Health Organization's Mental Health and Substance Abuse Programme. Int Psychiatry. 2004 Apr 1;1(4):19-21.
10. Νόμος 4238/2014. Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις. ΦΕΚ 38Α/2014 [Internet]. [cited 2023 Oct 29]. Διαθέσιμο από: <https://www.kodiko.gr/nomothesia/document/79167/nomos-4238-2014>

11. Lionis C, Symvoulakis EK, Markaki A, Petelos E, Papadakis S, Sifaki-Pistolla D, Papadakakis M, Souliotis K, Tziraki C. Integrated people-centred primary health care in Greece: unravelling Ariadne's thread. *Prim Health Care Res Dev*. 2019 Jul 25;20:e113. doi:10.1017/S1463423619000446.
12. Pantazopoulos S. Charalampos Economou Barriers and facilitating factors in access to health services in Greece World Health Organization, Regional office for Europe, Copenhagen, 2015. *Social Cohesion and Development*. 2017 Jun 23;11(2):175.
13. NASW. Code of Ethics of the National Association of Social Workers. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*. 2005 Jul 20;11(3):395–422.
14. Hendry A, Taylor A, Mercer S, Knight P. Improving Outcomes through Transformational Health and Social Care Integration - The Scottish Experience. *Healthc Q*. 2016;19(2):73-79. doi:10.12927/hcq.2016.24703.
15. Bäck M, Calltorp J. The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden. *Int J Integr Care*. 2015 Sep 23;15:e016. doi:10.5334/ijic.2244.
16. Leutz W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom. *Milbank Q*. 1999;77(1):77-110, iv-v. doi:10.1111/1468-0009.00125.
17. Bikson K, McGuire J, Blue-Howells J, Seldin-Sommer L. Psychosocial problems in primary care: patient and provider perceptions. *Soc Work Health Care*. 2009;48(8):736-49. doi:10.1080/00981380902929057.
18. Craig S, Frankford R, Allan K, Williams C, Schwartz C, Yaworski A, Janz G, Malek-Saniee S. Self-reported patient psychosocial needs in integrated primary health care: A role for social work in interdisciplinary teams. *Soc Work Health Care*. 2016;55(1):41-60. doi:10.1080/00981389.2015.1085483.
19. Ιατρίδης Δ. Κοινωνική Εργασία και Υγεία. 1989;(14):79–89. Διαθέσιμο από: https://www.socwork.gr/journal_det.php?id=778
20. Andrews C, Darnell J, McBride T, Gehlert S. Social work and implementation of the Affordable Care Act. *Health Soc Work*. 2013 May;38(2):67-71. doi:10.1093/hsw/hlt002.

21. Tadic V, Ashcroft R, Brown J, Dahrouge S. The Role of Social Workers in Interprofessional Primary Healthcare Teams. *Health Policy*. 2020 Aug;16(1):27-42. doi:10.12927/hcpol.2020.26292.
22. Gehlert S, Browne T. *Handbook of Health Social Work* second edition. San Francisco, California: Jossey-Bass; 2019.
23. Gray M, Midgley J, Webb SA. *The Sage handbook of social work*. Los Angeles: Sage; 2012.
24. Scharlach A, Simon J, Santo TD. Who Is Providing Social Services to Today's Older Adults? *Journal of Gerontological Social Work*. 2003 Feb 26;38(4):5-17. doi:10.1300/J083v38n04_03
25. Gross A, Gross J, Eisenstein-Naveh A. Defining the role of the social worker in primary health care. *Health Soc Work*. 1983 Summer;8(3):174-81. doi:10.1093/hsw/8.3.174.
26. Lesser J. Clinical social work and family medicine: a partnership in community service. *Health Soc Work*. 2000 May;25(2):119-26. doi:10.1093/hsw/25.2.119.
27. Geron S, Andrews C, Kuhn K. Infusing Aging Skills into the Social Work Practice Community: A New Look at Strategies for Continuing Professional Education. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. 2005 Jul;86(3):431-40.
28. Di Fabio A, Kenny ME. Resources for enhancing employee and organizational well-being beyond personality traits: The promise of Emotional Intelligence and Positive Relational Management. *Personality and Individual Differences*. 2019 Feb;151.
29. Mitropoulou EM, Karagianni M, Thomadakis C. Social Media Addiction, Self-Compassion, and Psychological Well-Being: A Structural Equation Model. *Alpha Psychiatry*. 2022 Nov 1;23(6):298-304. doi:10.5152/alphapsychiatry.2022.22957.
30. Bluth K, Neff KD. New frontiers in understanding the benefits of self-compassion. *Self and Identity*. 2018 Nov 2;17(6):605-8. doi:10.1080/15298868.2018.1508494
31. Gilbert P, McEwan K, Matos M, Rivis A. Fears of compassion: development of three self-report measures. *Psychol Psychother*. 2011 Sep;84(3):239-55. doi:10.1348/147608310X526511.
32. Kalisch BJ. What is empathy? *Am J Nurs*. 1973 Sep;73(9):1548-52. doi:10.3389/fpsyg.2022.768827
33. Hein G, Singer T. I feel how you feel but not always: the empathic brain and its modulation. *Curr Opin Neurobiol*. 2008 Apr;18(2):153-8. doi:10.1016/j.conb.2008.07.012

34. Benzo RP, Kirsch JL, Nelson C. Compassion, Mindfulness, and the Happiness of Healthcare Workers. *Explore (NY)*. 2017 May-Jun;13(3):201-206. doi:10.1016/j.explore.2017.02.001.
35. Neff KD. Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annu Rev Psychol*. 2023 Jan 18;74:193-218. doi:10.1146/annurev-psych-032420-031047.
36. Couturier Y, Lanoue S, Karam M, Guillette M, Hudon C. Social workers coordination in primary healthcare for patients with complex needs: A scoping review. *International Journal of Care Coordination*. 2022 Sep 6;26(1). doi:10.1177/20534345221122952
37. Brill M, Nahmani N. The Presence of Compassion in Therapy. *Clinical Social Work Journal*. 2016 Feb 13;45(1):10–21. doi:10.1007/s10615-016-0582-5
38. Epstein RM, Franks P, Fiscella K, Shields CG, Meldrum SC, Kravitz RL, Duberstein PR. Measuring patient-centered communication in patient-physician consultations: theoretical and practical issues. *Soc Sci Med*. 2005 Oct;61(7):1516-28. doi:10.1016/j.socscimed.2005.02.001.
39. Gilbert P, Clarke M, Hempel S, Miles JN, Irons C. Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *Br J Clin Psychol*. 2004 Mar;43(Pt 1):31-50. doi:10.1348/014466504772812959.
40. Herriot H, Wrosch C. Self-compassion as predictor of daily physical symptoms and chronic illness across older adulthood. *J Health Psychol*. 2022 Jun;27(7):1697-1709. doi:10.1177/13591053211002326.
41. Germer C, Neff K. Cultivating Self-Compassion in Trauma Survivors [Internet]. 2014 Sep. Available from: https://self-compassion.org/wp-content/uploads/2015/08/Germer.Neff_.Trauma.pdf
42. Seppala E, Emiliana Simon-Thomas, Brown SL, Worline MC, C Daryl Cameron, Doty JR. *The Oxford handbook of compassion science*. New York, Ny: Oxford University Press; 2017.
43. Adams CE, Leary MR. Promoting Self-Compassionate Attitudes Toward Eating Among Restrictive and Guilty Eaters. *Journal of Social and Clinical Psychology* [Internet]. 2007 Dec [cited 2023 Oct 17];26(10):1120–44. Available from: <https://www.weightcrafters.com/adams-leary-eating-attitudes.pdf>

44. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*. 2007 Feb;41(1):139–54. doi: 10.1016/j.jrp.2006.03.004
45. Adshead G. *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy* Edited by Paul Gilbert. London: Routledge. 2005. 408 pp. £19.99 (pb). ISBN 158391983X. *British Journal of Psychiatry*. 2006 Jan;188(01):94–5.
46. Υφαντόπουλος, Γ. Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μοντέλο. *Αρχεία ελληνικής ιατρικής* 2007;24:6-18. Διαθέσιμο από: www.mednet.gr/archives
47. Zhan L. Quality of life: conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs*. 1992 Jul;17(7):795-800. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb02000.x.
48. Sirgy MJ, Michalos AC, Ferriss AL, Easterlin RA, Patrick D, Pavot W. The Quality-of-Life (QOL) Research Movement: Past, Present, and Future. *Social Indicators Research* [Internet]. 2006 [cited 2021 May 12];76(3):343–466. Available from: <https://www.jstor.org/stable/27522565>
49. Abrams I, Daugherty LG, Abrams RS, Vanecko M. Improving the quality of life. *Journal of School Health*. 1971 Jun;41(6):296–303. doi: 10.1111/j.1746-1561.1971.tb07067.x
50. Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. *Eval Program Plann*. 1982;5(1):69-79. doi:10.1016/0149-7189(82)90059-3.
51. Bowling A. *Measuring health : a review of subjective health, well-being and quality of life measurement scales*. London: Open Univ Press; 2017.
52. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*. 1995 Nov;41(10):1403-9. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k.
53. Alkire S. Human Development: Definitions, Critiques, and Related Concepts. SSRN Electronic Journal [Internet]. 2010 May 1 [cited 2023 Oct 03];Working Paper 36. Available from: <https://papers.ssrn.com/abstract=1815263>
54. Cummins RA. The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos. *Social Indicators Research* [Internet]. 1996 [cited 2023 Oct 12];38(3):303–28. Available from: <https://www.jstor.org/stable/27522935>

55. Schalock RL. The concept of quality of life: what we know and do not know. *J Intellect Disabil Res.* 2004 Mar;48(Pt 3):203-16. doi: 10.1111/j.1365-2788.2003.00558.x.
56. Marx K. *Capital: A Critique of Political Economy. Volume I: The Process of Capitalist Production* | Online Library of Liberty [Internet]. oll.libertyfund.org. 1867 [cited 2023 Jun 12]; Available from: <https://oll.libertyfund.org/title/marx-capital-a-critique-of-political-economy-volume-i-the-process-of-capitalist-production>
57. Martel JP, Dupuis G. Quality of Work Life: Theoretical and Methodological Problems, and Presentation of a New Model and Measuring Instrument. *Social Indicators Research* [Internet]. 2006 [cited 2023 Jun 12];77(2):333–68. Available from: <https://www.jstor.org/stable/27522585>
58. Lawler E. Strategies for improving the quality of work life. *American Psychologist.* 1982;37(5):486–93. doi: 10.1037/0003-066X.37.5.486
59. Mills T. *What's in a Name?*, Detroit, MI: General Motors Corporation. 1978.
60. Greenhaus J, Collins K, Shaw J. The relation between work–family balance and quality of life. *Journal of Vocational Behavior.* 2003 Dec;63(3):510–31. doi:10.1016/S0001-8791(02)00042-8
61. Nadler D, Lawler E 3rd. Quality of work life: perspectives and directions. *Organ Dyn.* 1983 Winter;11(3):20-30. doi: 10.1016/0090-2616(83)90003-7.
62. Efraty D, Sirgy MJ, Claiborne CB. The effects of personal alienation on organizational identification: A quality-of-work-life model. *Journal of Business and Psychology.* 1991;6(1):57–78. doi: 10.1007/bf01013685.
63. Martel J, Dupuis G. Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument. *Soc Indic Res.* 2006 Jun;77(2):333–68. doi: 10.1007/s11205-004-5368-4.
64. Sirgy MJ, Efraty D, Siegel P, Lee DJ. A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research.* 2001;55(3):241–302. doi:10.1023/A:1010986923468.
65. Danna K. Health and well-being in the workplace: a review and synthesis of the literature. *Journal of Management* [Internet]. 1999 [cited 2023 Jul 12];25(3):357–84. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0149206399000069>

66. Thompson I, Amatea E, Thompson E. Personal and Contextual Predictors of Mental Health Counselors' Compassion Fatigue and Burnout. *J Ment Health Couns.* 2014 Jan 1;36(1):58–77. doi:10.17744/mehc.36.1.p61m73373m4617r3.
67. Burnett HJ. The Compassion Fatigue and Resilience Connection: A Survey of Resilience, Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction among Trauma Responders. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience.* 2015;17(1). doi:10.4172/1522-4821.1000165.
68. Μαγγούλια Π. Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής. [Internet]. 2011 [cited 2023 Jun 8]. Διαθέσιμο από: <https://thesis.ekt.gr/thesisBookReader/id/26088?lang=el#page/1/mode/2up>
69. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing.* [Internet]. 1992 [cited 2023 Dec 16];4:116–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>
70. Maslach C, Jackson S. Burnout in organizational settings. *Applied Social Psychology Annual* [Internet]. 1984 [cited 2023 Oct 27];5. Available from: <https://smlr.rutgers.edu/sites/default/files/Documents/Faculty-Staff-Docs/BurnoutinOrganizationalSettings.pdf>
71. Schaufeli W, Leiter M, Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International.* 2009 Jun 19;14(3):204–20. doi:10.1108/13620430910966406.
72. Watkins C. Burnout in Counseling Practice: Some Potential Professional and Personal Hazards of Becoming a Counselor. *The Personnel and Guidance Journal.* 1983 Jan;61(5):304–8. doi:10.1111/j.2164-4918.1983.tb00031.x.
73. Sexton L. Vicarious traumatisation of counsellors and effects on their workplaces. *British Journal of Guidance & Counselling.* 1999 Aug;27(3):393–403. doi:10.1080/03069889908256279
74. Figley C. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *J Clin Psychol.* 2002 Nov;58(11):1433–41. doi: 10.1002/jclp.10090.
75. Coetzee S, Klopper H. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nurs Health Sci.* 2010 Jun;12(2):235–43. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x.

76. Christopher JC, Maris JA. Integrating mindfulness as self-care into counselling and psychotherapy training. *Counselling and Psychotherapy Research*. 2010 Jun;10(2):114–25. doi:10.1080/14733141003750285.
77. Francis LE. Ideology and Interpersonal Emotion Management: Redefining Identity in Two Support Groups. *Social Psychology Quarterly*. 1997 Jun;60(2):153. doi:10.2307/2787102.
78. Boscarino JA. Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: implications for clinical research and medical care. *Psychosom Med*. 1997 Nov-Dec;59(6):605-14. doi:10.1097/00006842-199711000-00008.
79. Kanno H. Supporting indirectly traumatized populations: the need to assess secondary traumatic stress for helping professionals in DSM-V. *Health Soc Work*. 2010 Aug;35(3):225-7. doi:10.1093/hsw/35.3.225.
80. Acker GM. The impact of clients' mental illness on social workers' job satisfaction and burnout. *Health Soc Work*. 1999 May;24(2):112-9. doi:10.1093/hsw/24.2.112.
81. Miller JJ, Lianekhammy J, Pope N, Lee J, Grise-Owens E. Self-care among healthcare social workers: An exploratory study. *Soc Work Health Care*. 2017 Nov-Dec;56(10):865-883. doi:10.1080/00981389.2017.1371100.
82. Lee JJ, Miller SE. A self-care framework for social workers: Building a strong foundation for practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services* [Internet]. 2013 Apr [cited 2023 Oct 24];94(2):96–103. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/epdf/10.1606/1044-3894.4289>
83. Dorociak K, Rupert P, Zahniser E. Work life, well-being, and self-care across the professional lifespan of psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*. 2017 Dec;48(6):429–37. doi:10.1037/pro0000160.
84. Hesse A. Secondary Trauma: How working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal*. 2002;30(3):293–309. doi:10.1023/A:1016049632545.
85. Newell JM, Nelson-Gardell D, MacNeil G. Clinician Responses to Client Traumas. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2015 May 6;17(3):306–13. doi:10.1177/1524838015584365.

86. Kemper KJ, Mo X, Khayat R. Are Mindfulness and Self-Compassion Associated with Sleep and Resilience in Health Professionals? *J Altern Complement Med*. 2015 Aug;21(8):496-503. doi: 10.1089/acm.2014.0281.
87. Sirois FM, Kitner R, Hirsch JK. Self-compassion, affect, and health-promoting behaviors. *Health Psychol*. 2015 Jun;34(6):661-9. doi:10.1037/hea0000158.
88. Shapiro SL, Astin JA, Bishop SR, Cordova M. Mindfulness-Based Stress Reduction for Health Care Professionals: Results From a Randomized Trial. *International Journal of Stress Management*. 2005;12(2):164–76. doi:10.1037/1072-5245.12.2.164.
89. Ying YW. Contribution of self-compassion to competence and mental health in social work students. *Journal of Social Work Education*. 2009 Apr;45(2):309–23. doi:10.5175/JSWE.2009.200700072.
90. Δημητρόπουλος Χ, & ΦΝ. Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, σσ. 25(5):642-647. 2008. Διαθέσιμο από: www.mednet.gr
91. Virgili M. Mindfulness-Based Interventions Reduce Psychological Distress in Working Adults: a Meta-Analysis of Intervention Studies. *Mindfulness*. 2013 Dec 13;6(2):326–37. doi:10.1007/s12671-013-0264-0.
92. Bartram D, Boniwell I. The science of happiness: achieving sustained psychological wellbeing. In *Practice* [Internet]. 2007 Sep 1 [cited 2023 Nov 3];29(8):478–82. Available from: <https://inpractice.bmj.com/content/29/8/478>
93. Cohen L, Manion L, Morrison K. *Research Methods in Education*. Eighth edition. New York: Routledge, 2018.: Routledge; 2018. doi:10.4324/9781315456539.
94. Γαλάνης Π. Βασικές αρχές της ποιοτικής έρευνας στις επιστήμες υγείας. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*. 2017. Διαθέσιμο από: www.mednet.gr
95. Emerson RW. Causation and Pearson's Correlation Coefficient. *Journal of Visual Impairment & Blindness*. 2015 May;109(3):242–4. doi:10.1177/0145482X1510900311.
96. Mantzios M, Wilson JC, Giannou K. Psychometric Properties of the Greek Versions of the Self-Compassion and Mindful Attention and Awareness Scales. *Mindfulness*. 2013 Aug 2;6(1):123–32. doi:10.1007/s12671-013-0237-3.

97. Misouridou E, Mangoulia P, Pavlou V, Kasidi K, Stefanou E, Mavridoglou E, Kelesi M, Fradelos E. Reliability and Validity of the Greek Version of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL-V). *Mater Sociomed*. 2021 Sep;33(3):179-183. doi:10.5455/msm.2021.33.179-183.
98. Misouridou E, Pavlou V, Kasidi K, Apostolara P, Parissopoulos S, Mangoulia P, Fradelos E. Translation and Cultural Adaptation of the Professional Quality of Life Scale (ProQOL V) for Greece. *Mater Sociomed*. 2020 Sep;32(3):187-190. doi:10.5455/msm.2020.32.187-190.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

1. Ηθική και Δεοντολογία



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ

ΒΙΟΠΟΛΙΣ, 41500 Λάρισα Τηλ.: 2410685716 Fax: 2410685546
www.med.uth.gr e-mail: gmed-didaktoria@uth.gr



Πληροφορίες: Παπαχατζοπούλου Βικτωρία
Τηλέφωνο: 2410685702

Λάρισα, 20 Σεπτεμβρίου 2023
Αριθμ. πρωτ.:491

Προς τον
Κ. Νεκτάριο Τσόκα
Μεταπτυχιακό Φοιτητή
του ΤΙ ΣΕΥ ΠΘ

Η Εσωτερική Επιτροπή Ηθικής και Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας κατά την 1^η/18-09-2023 συνεδρίασή της έκρινε ότι πληρούνται όλα τα θέματα Ηθικής και Δεοντολογίας και ενέκρινε τη διεξαγωγή της έρευνας στο πλαίσιο Μεταπτυχιακής Εργασίας, με θέμα: «Η επαγγελματική ποιότητα ζωής και η αυτοσυμπόνια των κοινωνικών λειτουργιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», από τον κ. Νεκτάριο Τσόκα.

Η Επιτροπή Ηθικής & Δεοντολογίας του Τμήματος Ιατρικής

Ο Πρόεδρος

Τα μέλη

Σωκράτης Βαρυτιμίδης
Καθηγητής Ορθοπαιδικής

Θεόδωρος Ελευθεριάδης
Αν. Καθηγητής
Νεφρολογίας

Αλέξανδρος Δαμαλάς
Επ. Καθηγητής
Ιατρικής Βιολογίας

2. Εγκρίσεις Έρευνας



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
Δ/ΝΣΗ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΑΝΘΡΩΠΙΝΟΥ ΔΥΝΑΜΙΚΟΥ
ΜΟΝΑΔΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡ. ΥΓΕΙΑΣ
Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης &
Διεθνών Συνεργασιών
Ταχ. Δ/ση : Μακεδόνων 2, ΑΘΗΝΑ
Ταχ. Κώδικας : 11521
Πληροφορίες : Β. Αλεξίου
Τηλ: 210 6441166
E-mail : ekpedeysi@1dype.gov.gr



✓ ΠΡΟΣ: Κ. ΤΣΟΚΑ ΝΕΚΤΑΡΙΟ
(μέσω email: nektarios.tsokas@gmail.com)

ΘΕΜΑ: Έγκριση αιτήματος του κ. ΤΣΟΚΑ ΝΕΚΤΑΡΙΟΥ, Κοινωνικού Λειτουργού στην Κ.Μ.Ψ.Υ. Ν. Τρικάλων, για διεξαγωγή επιστημονικής έρευνας στο πλαίσιο εκπόνησης μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας.

ΣΧΕΤ:

1. Οι διατάξεις του Ν. 3329/2005 (Α'81) «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις», όπως τροποποιήθηκε, συμπληρώθηκε και ισχύει.
2. Οι διατάξεις του Ν. 4624/2019 (ΦΕΚ 137/Α'/29-8-2019: «Αρχή Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα, μέτρα εφαρμογής του Κανονισμού (ΕΕ) 2016/679 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου και του Συμβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 για την προστασία των φυσικών προσώπων έναντι της επεξεργασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα και ενσωμάτωση στην εθνική νομοθεσία της Οδηγίας (ΕΕ) 2016/680 του Ευρωπαϊκού Κοινοβουλίου της 27^{ης} Απριλίου 2016 και άλλες διατάξεις».
3. Η υπ' αριθμ. πρωτ. 38487/06-10-2023 αίτηση του κ. ΤΣΟΚΑ ΝΕΚΤΑΡΙΟΥ.
4. Η υπ' αριθμ. πρωτ. 43255/06-11-2023 Γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου ΠΦΥ 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής στην 10^η /30.10.2023 Τακτική Συνεδρίαση.

Σε συνέχεια των ανωτέρω σχετικών, σας ενημερώνουμε ότι το Επιστημονικό Συμβούλιο ΠΦΥ της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής εισηγείται θετικά στο αίτημά σας για διεξαγωγή επιστημονικής έρευνας, μέσω διανομής ανώνυμου εθελοντικού ερωτηματολογίου σε Κοινωνικούς Λειτουργούς που απασχολούνται σε Δομές ΠΦΥ (Κέντρα Υγείας, Τ.Ο.Μ.Υ. & Τοπικά Ιατρεία), ευθύνης της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής.

Η εν λόγω έρευνα με θέμα: «Η επαγγελματική ποιότητα ζωής και η αυτό-συμπόνια των Κοινωνικών λειτουργών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας», διεξάγεται στο πλαίσιο του Διατμηματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Σχολής Επιστημών Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Επισημαίνεται η προϋπόθεση ότι:

α) η αποστολή των ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων θα γίνει αποκλειστικά από τον ερευνητή και μόνο στο προσωπικό email των επαγγελματιών που επιθυμούν να συμμετέχουν στην έρευνα,

β) δεν θα επιβαρυνθούν οικονομικά οι Δομές Υγείας

γ) θα διασφαλιστεί το απόρρητο (τυχόν προσωπικά δεδομένα)

δ) θα υπάρχει η σύμφωνη γνώμη των Επιστημονικά Υπευθύνων των Δομών ΠΦΥ και

ε) να κατατεθεί ανάτυπο της εκπονηθείσας εργασίας στη Διοίκηση της 1ης ΥΠΕ Αττικής, στη Δ/νση Προγραμματισμού και Ανάπτυξης Πολιτ. Παροχ. Υπηρ. Υγείας & Κοιν. Αλληλ. για τη Βιβλιοθήκη της Διεύθυνσης.

Η ΥΠΟΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΓΙΑΝΝΟΥΛΑ ΝΤΑΒΩΝΗ

Κοινοποίηση:

-ΔΟΜΕΣ ΠΦΥ

Εσωτερική Διανομή:

1. Κα Υποδιοικήτρια Κα Νταβώνη
2. Ε/ΓΣΣ 1^{ης} ΥΠΕ
3. Γραμματεία Επιστημονικού Συμβουλίου
4. ΔΠΑΠ
5. Δ3/ Τμήμα Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
5^η Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΛΑΡΙΣΑ 28.11.2023

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

**ΠΡΑΚΤΙΚΟ 12^{ης} ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΟΥ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ
ΤΗΣ 5^{ης} Υ.ΠΕ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΕΡΕΑΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Στη Λάρισα σήμερα στις 28 Νοεμβρίου ημέρα Τρίτη και ώρα 10:00 π.μ στην Κεντρική Υπηρεσία της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικώς σε δια περιφοράς συνεδρίαση του Ε.Σ. μετά από πρόσκληση του Αν. Διοικητή και Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας, το οποίο συγκροτήθηκε με την με την αριθμ. 2849/ 11.01.2019 και τροποποιήθηκε με την αριθμ. πρωτ. 104766/13.12.2022 Απόφαση του Διοικητή της 5^{ης} Υ.ΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς Ελλάδας και των μελών του Επιστημονικού Συμβουλίου.

Στη συνεδρίαση συμμετείχαν οι κάτωθι:

1. Ηλίας Τσιαούσης, Αν. Διοικητής της 5^{ης} Υ.ΠΕ. , ως Πρόεδρος.
2. Κουτσονάσιο Ιωάννη , Διευθύντη ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής Υπεύθυνος Συντονίστης Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Πύλης.
3. Μπατατόλη Γεώργιο, Διευθυντής ΕΣΥ Οδοντιατρικής, Υπεύθυνος Συντονιστής Επιστημονικής Λειτουργίας του ΚΥ Τρικάλων.
4. Τζανακάρη Αθανασία, Διευθύντρια ΕΣΥ Γενικής Ιατρικής, Υπεύθυνη Συντονίστρια Επιστημονικής Λειτουργίας του Κ.Υ Μουζακίου.
5. Παναγιώτα Λιάκου, μόνιμη υπάλληλος του Κ.Υ Φαρσάλων, κλάδου ΠΕ Διοικητικού Λογιστικού.
6. Στυλιανή Χατζηνίκου, υπάλληλος κλάδου ΔΕ Διοικητικού -Γραμματέων, της 5^{ης} ΥΠΕ Θεσσαλίας και Στερεάς, Γραμματέας του Επιστημονικού Συμβουλίου

Θέματα Ημερήσιας Διάταξης :

Θέμα 1^ο : Αίτημα του κ. ΤΣΟΚΑ ΝΕΤΑΡΙΟΥ του ΣΠΥΡΙΔΩΝΑ, μεταπτυχιακού φοιτητή του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου.

Ο Πρόεδρος του Επιστημονικού Συμβουλίου ενημέρωσε τα μέλη για το σχετικό αίτημα του κ. **ΤΣΟΚΑ ΝΕΤΑΡΙΟΥ του ΣΠΥΡΙΔΩΝΑ**, μεταπτυχιακού φοιτητή του Πανε/μιου Θεσσαλίας, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε Κοινωνικούς Λειτουργούς των Δομών Π.Φ.Υ., αρμοδιότητας της 5^{ης} Υ.Πε.

Το Επιστημονικό Συμβούλιο αφού έλαβε υπόψη:

1. Την εισήγηση του Προέδρου του Επιστημονικού Συμβουλίου,
2. Την με αριθμ. πρωτ. 88260/13/10/2023 αίτηση του κ. **ΤΣΟΚΑ ΝΕΤΑΡΙΟΥ του ΣΠΥΡΙΔΩΝΑ**.

Ομόφωνα εισηγείται

Την έγκριση του αιτήματος, του κ. **ΤΣΟΚΑ ΝΕΤΑΡΙΟΥ του ΣΠΥΡΙΔΩΝΑ**, μεταπτυχιακού φοιτητή του Πανε/μιου Θεσσαλίας, αναφορικά με τη χορήγηση σχετικής άδειας για τη διεξαγωγή μελέτης μέσω διανομής ερωτηματολογίου σε Κοινωνικούς Λειτουργούς των Δομών Π.Φ.Υ., αρμοδιότητας της 5^{ης} Υ.Πε. Το θέμα της ερευνητικής πρότασης είναι: «Η Επαγγελματική ποιότητα ζωής και η αυτό-συμπόνοια των Κοινωνικών Λειτουργών στην Π.Φ.Υ.».

Η διεξαγωγή της εν λόγω μελέτης αποτελεί μέρος για την ολοκλήρωση του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» της Σχολής Επιστημών Υγείας του ΠΑΝ/ΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ.

Η παραπάνω έρευνα θα γίνει κατόπιν συνεννόησης με τους Συντονιστές των αναφερόμενων Δομών Π.Φ.Υ. ώστε να μην παρακωλύεται η λειτουργία της υπηρεσίας.

Ο Πρόεδρος	Ακριβές απόσπασμα	Τα Μέλη
Ηλίας Τσιαούσης	Η Γραμματέας	Κουτσονάσιος Ιωάννη
	Στυλιανή Χατζηνίκου	Μπατατόλης Γεώργιος
		Τζανακάρη Αθανασία
		Παναγιώτα Λιάκου

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ



19.12.2023/08/15:ΤΠ
ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ
ΦΙΛΟΝΑΚΑ
ΠΡΟΤΕΙΝΟΜΕΝΟ
ΔΙΟΓ
Δ/νση Κερκελίνης
Χρηστούπολης

Πάτρα, 18/12/2023

Α. Π.: 63516

Απάντηση στο έγγραφο: 63516

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ

6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ

ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -

ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης

Τηλέφωνο : 2613 - 600578

e-mail : d.antoniadis@dypede.gr

ΠΡΟΣ

Κ. ΤΣΟΚΑ ΝΕΚΤΑΡΙΟ

Μεταπτυχιακό Φοιτητή του

Πανεπιστημίου Θεσσαλίας

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Αδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων

Σχετ: 1) Το από 10/10/2023 αίτημά σας.

- 2) Η υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π.οικ.66159 (ΦΕΚ 761/Υ.Ο.Δ.Δ./19.09.2019) Υπουργική Απόφαση περί διορισμού Διοικητή στην 6η ΥΠΕ, όπως παρατάθηκε με το άρθρο δέκατο έβδομο του Ν.4812/2021 (ΦΕΚ 110/30.06.2021/τ.Α'), με το άρθρο 81 του Ν.4915/2022 (ΦΕΚ 63/24.03.2022 τ.Α') και εν συνεχεία με την υπ' αριθμ. Γ4β/Γ.Π. οικ.44311/28.07.2022 (ΦΕΚ 670/30.07.22/τ.Υ.Ο.Ο.Δ) Υπουργική Απόφαση.

Σε απάντηση του παραπάνω σχετικού αιτήματός σας και λαμβάνοντας υπόψη την υπ' αριθμ. 22/28.11.2023(θ.3°) γνωμοδότηση του Επιστημονικού Συμβουλίου φορέων ΠΦΥ 6^{ης} ΥΠΕ, εγκρίνουμε να συλλέξετε ερευνητικά δεδομένα στους φορείς Π.Φ.Υ. 6^{ης} ΥΠΕ (Κέντρα Υγείας και ΤΟΜΥ), στους οποίους εργάζονται Κοινωνικοί Λειτουργοί, στο πλαίσιο της δυτλωματικής σας εργασίας με θέμα: «Η επαγγελματική ποιότητα ζωής και η αυτοσυμπόνια των κοινωνικών λειτουργών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» με την υποχρέωση της τήρησης των αρχών προστασίας προσωπικών δεδομένων και των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας. Επίσης προτείνεται η εξ' αποστάσεως συλλογή των ερευνητικών δεδομένων και όπου αυτή δεν είναι εφικτή, να γίνεται διαζώσης, εφόσον έχουν ληφθεί όλα τα προβλεπόμενα μέτρα προστασίας.

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΕΤΕ

ΚΕΝΤΡΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟΜΥ 6^{ης} ΥΠΕ

ΓΙΑΝΝΗΣ ΚΑΡΒΕΛΗΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΥΠΟΘΕΣΕΩΝ
ΣΥΝΔΕΣΜΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΕΛΛΑΔΟΣ

Γ' ΣΕΠΤΕΜΒΡΙΟΥ 19, 104 32 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 2108834818
Email: info@skle.gr



Αθήνα, 23/1/2024
ΑΠ: 162

Προς:
Κο Τσόκα Νεκτάριο

Θέμα: Βεβαίωση έγκρισης διεξαγωγής έρευνας στα μέλη του ΣΚΛΕ

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Συνδέσμου Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. 86/2022 απόφαση περί της διαδικασίας έγκρισης διεξαγωγής ερευνών, ενέκρινε το υπ' αριθμ. πρωτ. 932/3-11-2023 αίτημα μαζί με τα απαιτούμενα δικαιολογητικά του Κου Τσόκα Νεκταρίου και απέστειλε στα μέλη του το ερωτηματολόγιο της έρευνας με τίτλο «*Η επαγγελματική ποιότητα ζωής και η αυτό-συμπόνια των Κοινωνικών Λειτουργών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*» στο πλαίσιο του ΔΠΜΣ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας.

Για το Διοικητικό Συμβούλιο,

Η Πρόεδρος

Ο Γεν. Γραμματέας

Τριανταφυλλιά Αθανασίου

Γεώργιος Λουκάς

3. Ερωτηματολόγιο



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

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ ΚΑΙ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΓΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΕ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

Επιστημονικά Υπεύθυνη: Πολυξένη Μαγνούλια, Επίκουρη Καθηγήτρια
Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής και Ψυχοφαρμακολογίας,
Τμήμα Νοσηλευτικής,
Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Επιμέλεια –Συντονισμός: Νεκτάριος Τσόκας, Κοινωνικός Λειτουργός
e-mail: nektarios.tsokas@gmail.com

Αγαπητέ συμμετέχοντα/αγαπητή συμμετέχουσα,

Το παρόν ερωτηματολόγιο αφορά έρευνα που πραγματοποιείται στα πλαίσια εκπόνησης Διπλωματικής Εργασίας του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας με τίτλο «Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας» με σκοπό τη διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στην αυτοσυμπόνια και την επαγγελματική ποιότητα ζωής σε κοινωνικούς λειτουργούς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.

Το ερωτηματολόγιο απευθύνεται σε Επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς και η συμπλήρωσή του είναι προαιρετική. Η συμμετοχή σας στη μελέτη είναι εθελοντική. Οι πληροφορίες που θα παρέχετε θα παραμείνουν αυστηρά απόρρητες και θα τηρηθεί ανωνυμία, διασφαλίζοντας την προστασία των προσωπικών σας δεδομένων. Όλα τα ευρήματα ή/και συμπεράσματα της παρούσας μελέτης και οι πιθανές τους χρήσεις εκχωρούνται στα Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, σύμφωνα με τον Κώδικα Δεοντολογίας του ΠΘ.

Παρακαλείσθε να απαντήσετε στις ερωτήσεις που ακολουθούν αυθόρμητα, επιλέγοντας την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει περισσότερο. Έχει σημασία να απαντηθούν ΟΛΕΣ οι ερωτήσεις με ειλικρίνεια. Δεν υπάρχει σωστή ή λανθασμένη απάντηση, γι' αυτό μπορείτε να επιλέξετε ελεύθερα την απάντηση που εκφράζει καλύτερα τις δικές σας εμπειρίες και απόψεις. Η συμπλήρωση όλων των ερωτήσεων είναι σημαντική για την ορθή διεξαγωγή της έρευνας και θα βοηθήσει στη συγκέντρωση αξιόπιστων δεδομένων για τη διερεύνηση του θέματος της αυτοσυμπόνιας και της συσχέτισης της με την επαγγελματική ποιότητα ζωής των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών Π.Φ.Υ.

Η συμμετοχή σας είναι πολύ σημαντική για την ολοκλήρωση της μελέτης. Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για το χρόνο που θα διαθέσετε να συμπληρώσετε το ερωτηματολόγιο.

Παρακαλώ, σημειώστε με ένα Χ εάν δέχεστε ή όχι να συμμετάσχετε στη μελέτη.

- ☐ Δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη
- ☐ Δεν δέχομαι να συμμετάσχω στη μελέτη

Ατομικά - Δημογραφικά - Επαγγελματικά Χαρακτηριστικά

1. ΦΥΛΟ

- ☐ Άντρας
☐ Γυναίκα

2. ΗΛΙΚΙΑ

- ☐ 20-29
☐ 30-39
☐ 40-49
☐ 50 και άνω

3. ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ

- ☐ Κοινωνικός Λειτουργός (Τ.Ε)
☐ Κοινωνικός Λειτουργός (Π.Ε)
☐ Μεταπτυχιακό
☐ Διδακτορικό

4. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

- ☐ Άγαμος/η
☐ Έγγαμος/η
☐ Ζω με σύντροφο
☐ Διαζευγμένος/η - Χήρος/α

5. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ

- ☐ 0
☐ 1
☐ 2
☐ 3
☐ 3 και άνω

6. ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

- ☐ Αστικό Κέντρο (Αθήνα - Θεσσαλονίκη)
☐ Μεγάλη επαρχιακή πόλη
☐ Κωμόπολη
☐ Χωριό
☐ Νησί

7. ΕΤΗ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ/Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ

- ☐ 1-5
- ☐ 6-10
- ☐ 11-15
- ☐ 16-20
- ☐ 21 και άνω

8. ΕΤΗ ΣΥΝΟΛΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ (οποιοδήποτε επάγγελμα)

- ☐ 1-10
- ☐ 11-20
- ☐ 21-30
- ☐ 31 και άνω

9. ΧΩΡΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ (ΠΦΥ)

- ☐ Κέντρο Υγείας
- ☐ Μονάδα Υγείας (ΤΟΜΥ, κ.α)
- ☐ Περιφερειακό Ιατρείο
- ☐ Άλλο ιδιωτικό ή δημόσιο φορέα

10. Η ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ ΩΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ/Η ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΑΦΟΡΑ:

- ☐ Ενήλικες
- ☐ Παιδια & Εφήβους
- ☐ Και τα δύο

11. ΕΤΗΣΙΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΕΙΣΟΔΗΜΑ

- ☐ έως 15.000€
- ☐ 15.001€ - 25.000€
- ☐ 25.001€ - 35.000€
- ☐ 35.001€ - 50.000€
- ☐ 50.000€ και άνω

12. ΈΧΕΤΕ Ο ΙΔΙΟΣ/Α ΚΑΠΟΙΟ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ;

- ☐ Όχι, κανένα νόσημα
- ☐ Ναι, ένα νόσημα
- ☐ Ναι, δύο νοσήματα
- ☐ Ναι, τρία ή περισσότερα νοσήματα

13. ΚΑΤΟΙΚΕΙΤΕ ΜΑΖΙ ΜΕ ΑΤΟΜΟ ΠΟΥ ΕΧΕΙ ΧΡΟΝΙΟ ΝΟΣΗΜΑ;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

14. ΈΧΩ ΒΙΩΣΕΙ ΘΑΝΑΤΟ ΑΓΑΠΗΜΕΝΟΥ ΠΡΟΣΩΠΟΥ ΤΑ ΤΕΛΕΥΤΑΙΑ ΧΡΟΝΙΑ.

- ☐ Ναι
☐ Όχι

**15. ΈΧΩ ΒΙΩΣΕΙ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ ΚΑΠΟΙΟ ΤΡΑΥΜΑΤΙΚΟ ΓΕΓΟΝΟΣ ΠΟΥ ΑΠΕΙΛΗΘΗΚΕ Η ΖΩΗ
Η' Η ΑΚΕΡΑΙΟΤΗΤΑ ΜΟΥ.**

- ☐ Ναι
☐ Όχι

16. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΣΥΓΓΕΝΙΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ;

- ☐ Πολύ κακή
☐ Κακή
☐ Ουδέτερη
☐ Καλή
☐ Πολύ καλή

17. ΠΟΙΑ ΕΙΝΑΙ Η ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΟ ΦΙΛΙΚΟ ΣΑΣ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ;

- ☐ Πολύ κακή
☐ Κακή
☐ Ουδέτερη
☐ Καλή
☐ Πολύ καλή

**18. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΟ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΚΛΙΜΑ (ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ) ΣΤΟ
ΧΩΡΟ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΑΣ;**

- ☐ Πολύ κακό
☐ Κακό
☐ Ουδέτερο
☐ Καλό
☐ Πολύ καλό

19. ΕΧΕΤΕ ΚΑΠΟΙΟ ΧΟΜΠΥ ΠΟΥ ΝΑ ΣΑΣ ΔΙΝΕΙ ΧΑΡΑ;

- ☐ Ναι
☐ Όχι

20. ΑΝΤΛΩ ΔΥΝΑΜΗ ΣΤΗ ΖΩΗ ΜΟΥ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΙΣΤΗ ΜΟΥ ΣΤΟ ΘΕΟ Η' ΣΕ ΑΛΛΗ ΑΝΩΤΕΡΗ ΔΥΝΑΜΗ.

- ☐ Δεν ισχύει καθόλου
- ☐ Ισχύει σε πολύ μικρό βαθμό
- ☐ Ισχύει ως ένα βαθμό
- ☐ Ισχύει απολύτως

21. ΣΤΑ ΠΛΑΙΣΙΑ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΜΟΥ ΠΑΡΕΧΩ ΚΑΙ ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ.

- ☐ Δεν ισχύει καθόλου
- ☐ Ισχύει σε πολύ μικρό βαθμό
- ☐ Ισχύει ως ένα βαθμό
- ☐ Ισχύει απολύτως

22. ΈΧΕΤΕ ΛΑΒΕΙ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ Ή ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΤΩΡΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΑΠΟ ΕΙΔΙΚΟ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ;

- ☐ Ναι, στο παρελθόν
- ☐ Ναι, στην παρούσα περίοδο
- ☐ Όχι, δεν έχω λάβει

23. ΠΩΣ ΘΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΖΑΤΕ ΤΗΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ ΠΟΥ ΛΑΜΒΑΝΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΓΥΡΩ ΣΑΣ; (ΣΥΝΤΡΟΦΟ, ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ, ΦΙΛΟΙ κ.α)

- ☐ Πολύ κακή
- ☐ Κακή
- ☐ Ουδέτερη
- ☐ Καλή
- ☐ Πολύ καλή

Κλίμακα Αυτοσυμπόνιας - Self-Compassion Scale (SCS)

(Neff, 2003. Μετάφραση Mantzios & συν., 2015)

Παρακαλώ διαβάστε κάθε πρόταση προσεκτικά πριν απαντήσετε. Επιλέξτε έναν αριθμό από το 1 έως το 5 για κάθε πρόταση για να προσδιορίσετε πόσο συχνά συμπεριφέρεστε με αυτόν τον τρόπο.

(1 = ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ, 2 = ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ, 3 = ΕΝΔΙΑΜΕΣΑ, 4 = ΣΥΧΝΑ, 5 = ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ)

	ΣΧΕΔΟΝ ΠΟΤΕ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΕΝΔΙΑΜΕ ΣΑ	ΣΥΧΝΑ	ΣΧΕΔΟΝ ΠΑΝΤΑ
1. Αποδοκιμάζω και κατακρίνω τα ελαττώματα και τα μειονεκτήματά μου.	1	2	3	4	5
2. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, τείνω να εστιάζω υπερβολικά την προσοχή μου σε όλα αυτά που πηγαίνουν στραβά.	1	2	3	4	5
3. Όταν τα πράγματα πηγαίνουν στραβά, βλέπω τις δυσκολίες μου σαν κομμάτι της ζωής που το περνούν όλοι.	1	2	3	4	5
4. Όταν σκέφτομαι τα μειονεκτήματά μου, αισθάνομαι ότι είμαι ξεκομμένος/η από τον υπόλοιπο κόσμο.	1	2	3	4	5
5. Προσπαθώ να δίνω αγάπη στον εαυτό μου όταν πονάω συναισθηματικά.	1	2	3	4	5
6. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι προσωπικά σημαντικό, κατακλύζομαι από συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
7. Όταν είμαι μελαγχολικός/η και απογοητευμένος/η, υπενθυμίζω στον εαυτό μου ότι υπάρχουν κι άλλοι άνθρωποι στον κόσμο που αισθάνονται όπως κι εγώ.	1	2	3	4	5
8. Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, γίνομαι αυστηρός/η με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5
9. Όταν κάτι με αναστατώσει, προσπαθώ να μετριάσω τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
10. Όταν αισθάνομαι ανεπαρκής για κάποιο λόγο, σκέφτομαι ότι οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν συναισθήματα ανεπάρκειας.	1	2	3	4	5
11. Δεν ανέχομαι, ούτε έχω υπομονή με πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5
12. Όταν περνώ δύσκολες στιγμές, δίνω στον εαυτό μου τη φροντίδα και τη στοργή που έχει ανάγκη.	1	2	3	4	5
13. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, έχω συνήθως την αίσθηση ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι πιθανότατα πιο ευτυχισμένοι από εμένα.	1	2	3	4	5
14. Όταν συμβεί κάτι επίπονο, προσπαθώ να δω την κατάσταση ψύχραιμα και ισορροπημένα.	1	2	3	4	5
15. Προσπαθώ να δω τις αποτυχίες μου ως μέρος της ανθρώπινης φύσης.	1	2	3	4	5
16. Όταν βλέπω πτυχές του εαυτού μου που δε συμπαθώ, τα βλέπω με τον εαυτό μου.	1	2	3	4	5

17. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, προσπαθώ να δω τα πράγματα από όλες τις πλευρές.	1	2	3	4	5
18. Όταν αγωνίζομαι πραγματικά για κάτι, αισθάνομαι ότι άλλοι μάλλον βρίσκονται σε πιο ευνοϊκή θέση.	1	2	3	4	5
19. Είμαι καλός/ή με τον εαυτό μου όταν περνώ δοκιμασίες.	1	2	3	4	5
20. Όταν κάτι με αναστατώσει, με παρασύρουν τα συναισθήματά μου.	1	2	3	4	5
21. Μπορώ να γίνω λίγο ψυχρός/η προς τον εαυτό μου όταν δοκιμάζομαι.	1	2	3	4	5
22. Όταν αισθάνομαι θλιμμένος/η, προσπαθώ να προσεγγίσω τα συναισθήματά μου με περιέργεια και ειλικρίνεια.	1	2	3	4	5
23. Είμαι ανεκτικός/η με τα ελαττώματα και τις ανεπάρκειές μου.	1	2	3	4	5
24. Όταν συμβεί κάτι επίπονο, μεγαλοποιώ το γεγονός δίνοντας του υπερβολικές διαστάσεις.	1	2	3	4	5
25. Όταν αποτυγχάνω σε κάτι σημαντικό για εμένα, αισθάνομαι μόνος/η στην αποτυχία μου.	1	2	3	4	5
26. Προσπαθώ να δείχνω υπομονή και κατανόηση στις πτυχές της προσωπικότητάς μου που δε συμπαθώ.	1	2	3	4	5

Επαγγελματική Κλίμακα Ποιότητας Ζωής (ProQOL)
 Ικανοποίηση συμπόνιας και κόπωση συμπόνιας
 (ProQOL) Έκδοση 5 (2009)

Όταν φροντίζετε ανθρώπους έχετε άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε ήδη διαπιστώσει, η συμπόνια που τους παρέχετε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν μερικές ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές (ως πάροχος φροντίδας). Σκεφτείτε καθεμία από τις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με εσάς και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε με ειλικρίνεια τον αριθμό που αντανακλά, πιο συχνά στον τρόπο που έχετε βιώσει αυτές τις εμπειρίες τις τελευταίες 30 ημέρες.

1 = Ποτέ, 2 = Σπάνια, 3 = Μερικές φορές, 4 = Συχνά, 5 = Πολύ συχνά

Ικανοποίηση συμπόνιας και κόπωση συμπόνιας	
1. Είμαι ευχαριστημένος	1 2 3 4 5
2. Με απασχολεί έντονα η έγνοια που έχω για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία φροντίζω	1 2 3 4 5
3. Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να φροντίζω τους ανθρώπους	1 2 3 4 5
4. Νιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους	1 2 3 4 5
5. Αναπηδώ ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	1 2 3 4 5
6. Νιώθω αναζωογονημένος μετά την εργασία μου με τα άτομα που φροντίζω	1 2 3 4 5
7. Είναι δύσκολο να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή, από τη ζωή μου ως πάροχος φροντίδας	1 2 3 4 5
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός στη δουλειά μου, επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω των τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω	1 2 3 4 5
9. Νομίζω ότι ίσως έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος των ατόμων που φροντίζω	1 2 3 4 5
10. Νιώθω εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου ως πάροχος φροντίδας	1 2 3 4 5
11. Λόγω της φροντίδας, νιώθω "στα όρια της αντοχής μου" για διάφορα πράγματα	1 2 3 4 5
12. Μου αρέσει η εργασία μου ως πάροχος φροντίδας	1 2 3 4 5
13. Νιώθω θλίψη λόγω των τραυματικών εμπειριών των ατόμων που φροντίζω	1 2 3 4 5
14. Νιώθω σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω φροντίσει	1 2 3 4 5
15. Έχω πεποιθήσεις οι οποίες με στηρίζουν	1 2 3 4 5
16. Είμαι ευχαριστημένος με τον τρόπο που είμαι σε θέση να συμβαδίζω με τις τεχνικές και τα πρωτόκολλα παροχής φροντίδας	1 2 3 4 5

17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι.	1	2	3	4	5
18. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος/-η.	1	2	3	4	5
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος/ η λόγω της δουλειάς μου ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για τα άτομα που φροντίζω και για το πώς θα μπορούσα να τα βοηθήσω.	1	2	3	4	5
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η επειδή ο φόρτος εργασίας μου, μου φαίνεται ατελείωτος.	1	2	3	4	5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της εργασίας μου.	1	2	3	4	5
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις, επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ατόμων που φροντίζω.	1	2	3	4	5
24. Είμαι περήφανος/η για το τι μπορώ να κάνω για να παρέχω φροντίδα.	1	2	3	4	5
25. Ως αποτέλεσμα της φροντίδας μου, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις.	1	2	3	4	5
26. Νιώθω παγιδευμένος από το σύστημα.	1	2	3	4	5
27. Σκέφτομαι ότι είμαι επιτυχημένος ως επαγγελματίας.	1	2	3	4	5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω στη μνήμη μου σημαντικά κομμάτια της εργασίας μου, που αφορούν θύματα τραυματισμού.	1	2	3	4	5
29. Είμαι πολύ στοργικό άτομο.	1	2	3	4	5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή την εργασία.	1	2	3	4	5

© B. Hudnall Stamm, 2009. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. /www.isu.edu/~bhstamm or www.proqol.org.