



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ – ΤΜΗΜΑ  
ΙΑΤΡΙΚΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ & ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των  
επαγγελματιών υγείας σε Σχολικές Μονάδες  
Ειδικής Αγωγής της Κρήτης»**

**Χαντζάρα Ευαγγελία  
Σχολική Νοσηλεύτρια ΤΕ**

- Επιβλέποντες:**
- 1. Α. Φιλαλήθης, Καθηγητής,  
Τομέα Κοινωνικής Ιατρικής,  
Τμήμα Ιατρικής, Παν. Κρήτης**
  - 2. Γ. Κρισσωτάκης,  
Επίκουρος Καθηγητής, Τμήμα  
Νοσηλευτικής, ΤΕΙ Κρήτης**

*Ηράκλειο, Ιούνιος 2016*



## **Ευχαριστίες**

Η παρούσα εργασία δε θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί χωρίς τη συμβολή και τη συμπαράσταση πολλών ανθρώπων.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Αναστάσιο Φιλαλήθη για την υποστήριξη του και την επιστημονική του καθοδήγηση προκειμένου να ολοκληρωθεί η εργασία αυτή.

Τον κ. Γεώργιο Κριτσωτάκη για τη συνεχή καθοδήγησή του και την άριστη συνεργασία και υπομονή καθ' όλη τη διάρκεια της υλοποίησης της εργασίας.

Τον κ. Μανόλη Λιναρδάκη για τη βοήθειά του στη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων και την ανιδιοτελή συνεισφορά του καθ' όλη τη διάρκεια της μελέτης.

Τη γραμματέα του Μεταπτυχιακού προγράμματος κ. Τασσέλη για τη βοήθειά της, όπου ήταν δυνατό.

Τους προϊσταμένους και διευθυντές των σχολικών μονάδων Ειδικής αγωγής για τη συνεργασία τους, προκειμένου να ενημερωθεί το προσωπικό και να συγκεντρωθούν τα ερωτηματολόγια.

Το σύνολο του ειδικού βοηθητικού και εκπαιδευτικού προσωπικού των δομών ειδικής αγωγής της Κρήτης, που συμμετείχε στην έρευνα.

Τέλος, την οικογένειά μου για την αμέριστη συμπαράστασή τους σε αυτό το «ταξίδι».

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	1
Περιεχόμενα	2
Περίληψη	4
Abstract	6

### ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>Εισαγωγή</b>	8
<b>1. Ορισμός εννοιών</b>	11
1.1. Ποιότητα ζωής	12
1.2 Ποιότητα επαγγελματικής ζωής	12
1.2.1 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής	13
1.2.2 Παράγοντες που επηρεάζει η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής	15
1.2.3 Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής σε εργαζόμενους παροχής βοήθειας	15
1.3 Ικανοποίηση συμπίνας	16
1.4 Κόπωση συμπίνας (δευτερογενές τραυματικό στρες)	17
1.4.1 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κόπωσης συμπίνας	20
1.4.1.1 Ατομικοί και εργασιακοί παράγοντες κινδύνου	20
1.4.1.2 Παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενοι με τους ασθενείς	22
1.4.2 Παράγοντες που μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπίνας	22
1.5 Επαγγελματική εξουθένωση	23
1.5.1 Εξελικτικά στάδια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	24
1.5.2 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης	25
1.6 Επαγγελματική εξουθένωση vs κόπωση συμπίνας	26
<b>2. Έρευνες για την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής</b>	28
2.1 Έρευνες σε επαγγελματίες υγείας	28
2.1.1 Έρευνες με τη χρήση άλλων ερευνητικών εργαλείων	28
2.1.2 Έρευνες με τη χρήση της Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής	31
2.2 Έρευνες σε ειδικούς παιδαγωγούς	35
2.2.1 Έρευνες με τη χρήση άλλων ερευνητικών εργαλείων	35
2.2.2 Έρευνες με τη χρήση της Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής	39
2.3 Συμπεράσματα μελετών	40
<b>3. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής</b>	42
3.1 Ερευνητικά εργαλεία σε ειδικούς παιδαγωγούς	42
3.2 Ερευνητικά εργαλεία σε επαγγελματίες υγείας	44

### ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

<b>4. Μεθοδολογία</b>	46
4.1 Σκοπός και στόχοι	46
4.2 Πληθυσμός της μελέτης – κριτήρια εισόδου	46

4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων	47
4.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων	47
4.4.1 Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών	48
4.4.2 Η κλίμακα επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQOL R-V)	48
4.4.2.1 Αξιοπιστία κλίμακας επαγγελματικής ποιότητας ζωής (ProQoL RV)	49
4.4.2.2 Βαθμολόγηση και νόρμες υποκλιμάκων	49
4.4.2.2.1 Ικανοποίηση συμπόνιας	49
4.4.2.2.2 Επαγγελματική εξουθένωση	49
4.4.2.2.3 Κόπωση συμπόνιας (δευτερογενές τραυματικό στρες)	50
4.4.2.3 Υπολογισμός των σκορ	50
4.5 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας	51
4.6 Στατιστική ανάλυση	51
<b>5. Αποτελέσματα</b>	<b>53</b>
5.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος	53
5.2 Κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις της Κλίμακας Ποιότητας της Επαγγελματικής Ζωής	56
5.3 Μέση βαθμολογία των τριών υποκλιμάκων	58
5.4 Συσχέτιση της βαθμολογίας κάθε υποκλίμακας με χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.	60
<b>6. Συζήτηση</b>	<b>63</b>
6.1 Επαγγελματική Ποιότητα Ζωής στην Ελλάδα και το εξωτερικό	63
6.2 Η Επαγγελματική ζωή σε σχέση με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.	65
6.3 Περιορισμοί και δυνατά σημεία της μελέτης	69
<b>7. Συμπεράσματα – προτάσεις</b>	<b>72</b>
<b>Βιβλιογραφικές αναφορές</b>	<b>73</b>
<b>Παραρτήματα</b>	<b>90</b>
Παράρτημα Α – Άδεια χρήσης ερευνητικού εργαλείου	90
Παράρτημα Β – Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας	91
Παράρτημα Γ – Ερωτηματολόγιο	93

## Περίληψη Μεταπτυχιακής Εργασίας

Τίτλος εργασίας:	Ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας σε σχολικές μονάδες Ειδικής αγωγής της Κρήτης
Της:	Χαντζάρα Ευαγγελίας, Σχολικής Νοσηλεύτριας ΤΕ
Υπό τη επίβλεψη των:	1. Αναστάσιο Φιλαλήθη, Καθηγητή Κοινωνικής Ιατρικής, Παν. Κρήτης 2. Γεώργιο Κρισωτάκη, Επίκουρο Καθηγητή Νοσηλευτικής Δημόσιας Υγείας, ΤΕΙ Κρήτης
Ημερομηνία:	Ιούνιος 2016

**Εισαγωγή:** Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής για τα άτομα που παρέχουν βοήθεια, αποτελεί ιδιαίτερο αντικείμενο έρευνας τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της σύνδεσης της με την παραγωγικότητα στην εργασία, αλλά και με την ποιότητα ζωής.

**Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη σκοπό έχει τη διερεύνηση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων σε Σχολικές Μονάδες Ειδικής Αγωγής της Κρήτης, σε σχέση με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά τους, εκτιμώντας την ικανοποίηση συμπόνιας και τον κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες.

**Μεθοδολογία:** Στην μελέτη συμμετείχαν 108/140 επαγγελματίες υγείας (ποσοστό συμμετοχής 77,15%), οι οποίοι συμπλήρωσαν ανώνυμα ερωτηματολόγιο που περιελάμβανε την Κλίμακα Ποιότητας της Επαγγελματικής Ζωής (ProQOL – V, 5<sup>η</sup> έκδοση, 2009).

**Αποτελέσματα:** Το επίπεδο ικανοποίησης συμπόνιας των επαγγελματιών υγείας ήταν μέτριο προς υψηλό, το 66,7% των συμμετεχόντων διέτρεχε μέτριο κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και το 65,7% διέτρεχε μικρό κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας. Οι έγγαμοι διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης και είχαν μεγαλύτερη ικανοποίηση συμπόνιας, ενώ η τελευταία φάνηκε να επηρεάζεται και από τον αριθμό παιδιών που φροντίζουν καθημερινά οι επαγγελματίες υγείας. Το φύλο σχετίστηκε με τον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας, με τις γυναίκες να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο. Η εργασιακή εμπειρία σχετίστηκε με τον κίνδυνο εμφάνισης

επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς οι πιο έμπειροι διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο.

**Συμπέρασμα - προτάσεις:** Η μεγάλη ικανοποίηση συμπόνιας του προσωπικού ο μέτριος κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης και ο μικρός κίνδυνος εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας αποτελούν μια ένδειξη ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν παιδιά με αναπηρίες, βρίσκεται σε καλό επίπεδο. Επιπλέον έρευνα είναι αναγκαία για την εκτίμηση της ποιότητας της εργασιακής τους ζωής στην υπόλοιπη χώρα, λαμβάνοντας υπόψη και επιπλέον δημογραφικά, επαγγελματικά ή ατομικά χαρακτηριστικά, όπως το ωράριο εργασίας, η ιεραρχική θέση στην εργασία, η ηλικία των μαθητών κ.ά.

Λέξεις - κλειδιά: *ποιότητα επαγγελματικής ζωής, ικανοποίηση συμπόνιας, επαγγελματική εξουθένωση, κόπωση συμπόνιας, επαγγελματίες υγείας, Ειδική αγωγή*

## Abstract

Title: Professional quality of life of health care providers in Special education schools of Crete (Greece)

By: Chantzara Evaggelia, School Nurse

Supervisors: 1. A. Philalithis, Professor, Department of Social Medicine, University of Crete, Greece  
2. G. Kritsotakis, Assistant Professor, Nursing Department, TEI of Crete, Greece

Date: June 2016

**Introduction:** The quality of work life among care providers has been researched with great interest in the recent years due to its associations with work productivity and quality of life.

**Objective:** The aim of this study was to estimate the quality of professional life among health professionals working in Special Education schools in Crete, Greece, in relation to their demographic and occupational characteristics.

**Methods:** A sample of 108 out of all 140 health professionals (response rate 77,15%) completed an anonymous questionnaire which included the Professional Quality of Life (ProQOL – V) that measures compassion satisfaction, the risk for burnout and the risk for secondary traumatic stress.

**Results:** Special Education workers had a medium to high level of compassion satisfaction; 66,7% of the sample was at medium risk for burnout and 65,7% was at small risk for compassion fatigue. In multivariable regression models, family status was related to burnout and compassion satisfaction. Married professionals were at lower risk for burnout and had a higher level of compassion satisfaction. The latter seemed to be correlated to the number of children that health care professionals provide daily support to. Gender was related to the risk for compassion fatigue, as women were at higher risk compared to men. Work experience was related to the risk for burnout, as the more experienced personnel was at higher risk.

**Conclusion and recommendations:** The levels of compassion satisfaction, medium risk of burnout and low risk of compassion fatigue are indicative of a satisfying quality of professional life among health professionals who take care of children with disabilities. Future research should estimate the quality of work life



all over Greece, taking into account other demographic, occupational or individual characteristics, such as working hours, employment position, pupils' age etc.

Key – words: *quality of work life, compassion satisfaction, burnout, compassion fatigue, health care professionals, Special education*

## Εισαγωγή

Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής για τους επαγγελματίες που παρέχουν βοήθεια, αποτελεί πεδίο έρευνας με ιδιαίτερη σημασία τις τελευταίες δεκαετίες (Riordan, 1992; Fagin, 1996; Frank, 2006; Dominguez-Gomez, 2009; Deighton, 2007). Οι επαγγελματίες που είναι ικανοποιημένοι, είναι πιο παραγωγικοί και αποδοτικοί στην εργασία τους, ενώ παράλληλα έχουν και καλύτερη ποιότητα ζωής. Σύμφωνα με τη Stamm (2009), συνιστώσες της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής αποτελούν οι έννοιες ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction), δευτερογενές τραυματικό στρες (secondary traumatic stress disorder) ή κόπωση συμπόνιας (compassion fatigue) και επαγγελματική εξουθένωση (burnout).

Στα επαγγέλματα που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών σε ανθρώπους και με την ανθρώπινη φροντίδα παρατηρείται εντονότερα το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Mashlach & Goldberg, 1998). Επίσης, η κόπωση συμπόνιας έχει σχετιστεί με υψηλά ποσοστά σωματικών ασθενειών, με συχνότερη χρήση αναρρωτικών αδειών, με μεταβολές στο εργασιακό δυναμικό και εγκατάλειψη επαγγέλματος καθώς και με χαμηλό ηθικό, αλλά και παραγωγικότητα των εργαζομένων (Rudolph et al., 1997; Stamm et al., 2002). Τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας στην επαγγελματική ζωή συνδέονται, μεταξύ άλλων, με τη χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών (Danna & Griffin, 1999), ενώ επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου στο χώρο εργασίας του, δείχνοντας απροθυμία για οποιαδήποτε προσπάθεια και συμμετοχή σε ένα συλλογικό έργο (Efraty & Sirgy, 1990).

Ο χώρος της Ειδικής Αγωγής φροντίζει άτομα με αναπηρίες και είναι ένας δυναμικός χώρος εκπαίδευσης. Περιλαμβάνει πολλά και διαφορετικά είδη σχολικών μονάδων ειδικής αγωγής (Σ.Μ.Ε.Α.Ε), οι οποίες παρέχουν διάφορων τύπων υπηρεσίες σε μαθητές ποικίλων κατηγοριών και ειδικών εκπαιδευτικών αναγκών. Στις παραπάνω δομές απασχολούνται εκπαιδευτικοί αλλά και ειδικό βοηθητικό και επιστημονικό προσωπικό πολλών ειδικοτήτων. Η παροχή φροντίδας διακρίνεται σε πολλά επίπεδα, με διαφορετικές απαιτήσεις όπου επικρατούν διαφορετικές εργασιακές συνθήκες. Αρνητικές

και οι θετικές πτυχές της εργασίας τους επηρεάζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής.

Οι ειδικοί παιδαγωγοί και οι επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται σε δομές Ειδικής Αγωγής, φροντίζοντας παιδιά με κάποιας μορφής αναπηρία ή/και μαθησιακές δυσκολίες, και στο πλαίσιο της αλληλεπίδρασής τους με αυτά, έρχονται αντιμέτωποι με διαταραχές συμπεριφοράς των παιδιών, οι οποίες πολλές φορές θέτουν σε κίνδυνο τη σωματική ακεραιότητα τόσο των ίδιων, όσο και των παιδιών. Η αλληλεπίδραση αυτή όταν συμβαίνει για αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα, μπορεί να είναι ιδιαίτερα στρεσογόνα για το προσωπικό, καθώς επενδύει αρκετή από την ενέργειά του στη φροντίδα των παιδιών αυτών, με το ενδεχόμενο να αποδυναμώνεται σωματικά και συναισθηματικά (Platsidou & Agaliotis, 2008).

Πλήθος ερευνών διερευνούν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των ειδικών παιδαγωγών (Sari, 2004; Tepper & Palladino, 2007; Platsidou & Agaliotis, 2008; Strydom et al., 2012; Zarafshan et al., 2013) και των επαγγελματιών υγείας που δραστηριοποιούνται σε διάφορους τομείς (Simon et al., 2006; Sabo, 2008; Sprang, 2011; Rossi et al., 2012; Ray et al., 2013), εκτιμώντας παραμέτρους όπως, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, την κόπωση συμπόνιας και την ικανοποίηση από την εργασία (job satisfaction). Ωστόσο, λίγες μελέτες εκτιμούν τους παράγοντες που συνιστούν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής σε επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε παιδιά με αναπηρίες. Η παρούσα έρευνα σκοπό έχει την εκτίμηση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής των παραπάνω εργαζομένων, σε σχέση με δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά που ενδεχόμενα να την επηρεάζουν. Οι πτυχές που διερευνούνται είναι το επίπεδο της ικανοποίησης συμπόνιας, ο κίνδυνος για το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Έχοντας μια εικόνα των παραπάνω παραμέτρων στην ομάδα των επαγγελματιών αυτών, δίδεται η ευκαιρία να αναζητηθούν τρόποι βελτίωσης των συνθηκών εργασίας τους, αλλά και της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν στα παιδιά με αναπηρίες στο σχολικό πλαίσιο.

Η εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το θεωρητικό και το ερευνητικό. Στο πρώτο μέρος επιχειρείται μια αποσαφήνιση των βασικών εννοιών που

διαπραγματεύεται η έρευνα, γίνεται αναφορά σε ποικίλα ερευνητικά εργαλεία που έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιηθεί και παρουσιάζεται η ανασκόπηση ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί σε επαγγελματίες υγείας και σε εκπαιδευτικούς Ειδικής αγωγής στην Ελλάδα και διεθνώς. Επιπλέον, γίνεται αναφορά σε διάφορα εργαλεία μέτρησης των παραμέτρων που αποτελούν αντικείμενο της παρούσας μελέτης, δηλαδή της ικανοποίησης συμπίονιας, της κόπωσης συμπίονιας και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο δεύτερο μέρος παρουσιάζεται η κυρίως έρευνα, όπου περιγράφεται ο σκοπός και οι επιμέρους στόχοι, η μέθοδος συλλογής δεδομένων, τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν και η στατιστική ανάλυση. Περιγράφονται, επίσης, τα αποτελέσματα, ενώ στη συνέχεια συγκρίνονται με τα ευρήματα άλλων μελετών, καταλήγοντας στα συμπεράσματα και τις προτάσεις.

## 1. Ορισμός εννοιών

### 1.1 Ποιότητα ζωής

Ο όρος "ποιότητα ζωής" (quality of life) άρχισε να γίνεται γνωστός για πρώτη φορά στις ΗΠΑ τη δεκαετία του '50. Αρχικά, ταυτίστηκε με το βιοτικό επίπεδο ή επίπεδο διαβίωσης, προσδίδοντας στην ποιότητα ζωής μια καταναλωτική έννοια. Το 1960 στον όρο ποιότητα ζωής προστέθηκαν οι έννοιες της παιδείας, της υγείας και ευεξίας, της οικονομίας και της βιομηχανικής ανάπτυξης (Fallowfield, 1990).

Η ποιότητα ζωής μπορεί να ορισθεί με την περιγραφή των χαρακτηριστικών ή συνθηκών της ζωής που είναι απαραίτητες για τη λειτουργία των ατόμων ως ανεξάρτητων και αυτόνομων όντων. Τέτοια χαρακτηριστικά αποτελούν η ελευθερία της δράσης, η επαγγελματική και οικογενειακή καταξίωση και η διατήρηση της υγείας. Γενικότερα, η ποιότητα ζωής θεωρείται το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης πολλών παραγόντων, όπως η κοινωνία, η οικονομία, η υγεία και το περιβάλλον, που επηρεάζουν την ανάπτυξη των ατόμων και των κοινωνιών (Treasury Board of Canada Secretariat, 2000).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1995), η ποιότητα ζωής 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»*. Σημαντικές παράμετροι που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής του ατόμου θεωρούνται, η σωματική και ψυχική υγεία, το επίπεδο της προσωπικής ανεξαρτησίας, οι κοινωνικές σχέσεις, η οικογενειακή ζωή, η εκπαίδευση, η ικανοποίηση από την εργασία, οι προσωπικές αξίες και η οικονομική και πολιτική κατάσταση. (Calaminus & Barr, 2008; Mooney, 2006; WHO, 2003).

Οι Campbell et al. (1976) θεωρούν ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με το βαθμό ικανοποίησης από τη ζωή και τις συνθήκες διαβίωσης. Οι Young και Longman (1983) συμπληρώνοντας την παραπάνω άποψη, υποστήριξαν ότι η ποιότητα ζωής σχετίζεται με τη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική ευεξία

του ατόμου. Έτσι, αν στοιχεία όπως η συντροφικότητα και η οικογενειακή ζωή, η υγεία, η φιλία, η απασχόληση, η στέγαση, η παιδεία, το επίπεδο μόρφωσης, η οικονομική άνεση και γενικότερα το βιοτικό επίπεδο βαίνουν καλά, τότε η ικανοποίηση των ατόμων από τη ζωή τους βρίσκεται σε υψηλά επίπεδα και συνεπώς και η ποιότητα ζωής.

Ο Flanagan (1978, 1982) ταξινομήσε τους παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής σε πέντε μεγάλες κατηγορίες:

α) σωματική και υλική ευημερία, που περιλαμβάνει την οικονομική άνεση, την ασφάλεια, και την υγεία,

β) σχέσεις με άλλους ανθρώπους, που αναφέρεται στις συζυγικές σχέσεις, στις σχέσεις με συγγενείς και φίλους και στην ανατροφή παιδιών,

γ) κοινωνικές δραστηριότητες, όπως η παροχή βοήθειας σε συνανθρώπους, η συμμετοχή σε τοπικές και εθνικές δραστηριότητες,

δ) προσωπική ανάπτυξη και καταξίωση, που έχει να κάνει με την πνευματική ανάπτυξη, τις προσωπικές προσδοκίες και την αυτογνωσία, το ενδιαφέρον για τη δουλειά, τη δημιουργικότητα και την εμπειρία και τέλος

ε) ελεύθερος χρόνος (κοινωνικοποίηση, αναψυχή).

Η έννοια της ποιότητας ζωής είναι επομένως πολυσύνθετη με ποικίλες ερμηνείες. Είναι δύσκολο να καθοριστεί με ακρίβεια, ωστόσο μπορεί να προσδιοριστεί, λαμβάνοντας υπόψη και εκτιμώντας τους παράγοντες οι οποίοι την καθορίζουν.

## **1.2 Ποιότητα επαγγελματικής ζωής**

Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι της έννοιας «ποιότητα ζωής». Το επάγγελμα καταλαμβάνει ένα μεγάλο μέρος της ζωής του ατόμου, διεισδύει, ως ένα βαθμό, στη ζωή του και επηρεάζει την ποιότητά της.

Ο όρος «ποιότητα επαγγελματικής ζωής» (quality of working life) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά τη δεκαετία του '60 από τον Irving Bluestone, εργαζόμενο στην εταιρία General Motors, προκειμένου να περιγράψει το βαθμό ικανοποίησης του προσωπικού από την εργασία. Σταδιακά η έννοια της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής εξελίχθηκε και προσεγγίστηκε με διάφορους τρόπους, ακολουθούμενους από τις κατάλληλες

στρατηγικές, με απώτερο σκοπό την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων (Goode, 1989). Έτσι, οι επιχειρήσεις έστρεψαν τις προσπάθειές τους προς το σκοπό αυτό, ενθαρρύνοντας το προσωπικό να συμμετέχει ενεργά στην επίλυση προβλημάτων και στη λήψη αποφάσεων, που αφορούσαν στις εργασιακές συνθήκες. Επιπλέον, η εκάστοτε διοίκηση έδειχνε μεγαλύτερο ενδιαφέρον για την ευημερία των εργαζομένων, δίνοντας έμφαση στην ανάπτυξη των διαπροσωπικών σχέσεων και στη βελτίωση των συνθηκών εργασίας (Bowditch & Bouno, 1982; Goode, 1989).

Στα μέσα της δεκαετίας του '70 οι στρατηγικές των επιχειρήσεων, πέρα από την αύξηση της παραγωγικότητας, στόχευαν στην ανάπτυξη της αίσθησης του ανήκειν και στην αναγνώριση του έργου των εργαζομένων, καθώς και του αισθήματος της υπερηφάνειας από το έργο τους (Davis & Cherns, 1975; Faunce & Dubin, 1975). Φαίνεται, λοιπόν, η βελτίωση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής να εστιάζεται σε τρεις παραμέτρους: την παραγωγικότητα και την ικανοποίηση από την εργασία, τη συμμετοχή στη διοίκηση και την ικανοποίηση των αναγκών του εργατικού δυναμικού (Sashkin & Burke, 1987).

### **1.2.1 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής**

Έχει γίνει προσπάθεια από διάφορους ερευνητές να προσδιοριστεί η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής σε πολλά επαγγέλματα, με βάση ένα ευρύ φάσμα παραγόντων που την επηρεάζουν (Walton, 1973; Scobel, 1975; Calson, 1978; Straw & Heckscher, 1984; Havlovic, 1991; Srinivas, 1994; Lau, 2000; Wyatt & Chay, 2001; Brooks & Anderson, 2005). Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής αφορά στη σχέση που έχει η εργασία με τη γενικότερη ευημερία του ατόμου, καθώς κατά τους Danna και Griffin (1999), οι παράγοντες που την επηρεάζουν χωρίζονται σε τρεις μεγάλες κατηγορίες, οι οποίες αφορούν τις αντιλήψεις του εργαζόμενου σχετικά με α) την ικανοποίηση από τη ζωή, β) από συγκεκριμένες συνθήκες εργασίας (αμοιβές, σχέσεις με τη διοίκηση) και γ) την ικανοποίηση από το περιβάλλον εργασίας γενικότερα.

Ο Walton (1974) πρότεινε ότι είναι δυνατόν να καθοριστεί η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, εκτιμώντας τις αντιλήψεις των εργαζομένων σχετικά με την εργοδοσία τους, σε οκτώ κρίσιμα σημεία: α) την επαρκή και δίκαιη αποζημίωση, β) τις ασφαλείς συνθήκες εργασίας, γ) την ευκαιρία για συνεχή ανάπτυξη και ασφάλεια, δ) την αξιοποίηση των ικανοτήτων του προσωπικού, ε) την διαφάνεια και την αίσθηση του ανήκειν στην ομάδα εργασίας, στ) την κοινωνική διάσταση της εργασίας, ζ) τα δικαιώματα των εργαζομένων και το πώς αυτά μπορούν να προστατευτούν και τέλος η) την ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της προσωπικής ζωής.

Οι Hackman και Oldham (1976) υποστήριξαν ότι υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που καθορίζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, μεταξύ των οποίων είναι οι επαγγελματικές δεξιότητες, το περιεχόμενο του έργου που πρέπει να παράγει ο εργαζόμενος και το πόσο αυτό θεωρείται σημαντικό, η αυτονομία και η ανατροφοδότηση.

Σύμφωνα με την προσέγγιση των Taylor et al. (1979), πέρα από τους προφανείς εξωγενείς παράγοντες που προσδιορίζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής (μισθός, ωράριο, συνθήκες εργασίας), θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και ορισμένες άλλες συνιστώσες. Αυτές είναι η ανάπτυξη του εργαζόμενου και το αίσθημα της δικαιοσύνης και της ισότητας που θα πρέπει να αποπνέει το εργασιακό περιβάλλον, η συμμετοχή των εργαζομένων στη διαχείριση, η κοινωνική υποστήριξη, η κοινωνική σημασία του έργου ή του προϊόντος που παράγεται και η αίσθηση του ότι ο χώρος εργασίας υπόσχεται ένα μέλλον ουσιαστικής σημασίας για τον εργαζόμενο.

Τα αποτελέσματα έρευνας, που σκοπό είχε τον καθορισμό παραγόντων που επιδρούν στην ποιότητα της επαγγελματικής ζωής (Levine, 1984), κατέληξαν σε παρόμοια προσέγγιση. Ξεχώρισαν ορισμένοι καθοριστικοί παράγοντες, που αφορούσαν στο κατά πόσο υπάρχει σχέση εμπιστοσύνης και σεβασμός ανάμεσα στο προσωπικό και τους ανωτέρους, στις προκλήσεις που καλείται να ανταποκριθεί ο εργαζόμενος στα πλαίσια της καθημερινής εργασιακής ρουτίνας, στις προοπτικές που προσφέρει η εργασία, στην αυτοεκτίμηση, στο βαθμό που η προσωπική ζωή επηρεάζεται και επηρεάζεται από την εργασία και στο κατά πόσο η εργασία συνεισφέρει στο κοινωνικό σύνολο.



Επομένως, η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, μερικοί από τους οποίους δε σχετίζονται με τις εργασιακές συνθήκες, αλλά έχουν να κάνουν με την αίσθηση της ευημερίας και το βαθμό ικανοποίησης του ατόμου γενικά από τη ζωή (Danna & Griffin, 1999).

### **1.2.2 Παράγοντες που επηρεάζει η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής**

Παρά το ότι δεν υπάρχει ένας επίσημος όρος για να περιγραφεί η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, είναι γενικός αποδεκτό το γεγονός πως η παραπάνω έννοια σχετίζεται με την ευημερία των εργαζομένων και πως διαφέρει από την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης (job satisfaction) (Davis & Cherns, 1975; Hackmann & Suttle, 1977; Champoux, 1981; Lawler, 1982; Efraty & Sirgy, 1990). Η διαφορά αυτή έχει να κάνει με το ότι η επαγγελματική ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα της ποιότητας επαγγελματικής ζωής. Η τελευταία δεν επηρεάζει μόνο την ικανοποίηση από την εργασία, αλλά και το αίσθημα ικανοποίησης σε άλλους τομείς της ανθρώπινης ζωής, όπως ο ελεύθερος χρόνος, οι οικογενειακές και οι κοινωνικές σχέσεις, η υγεία και η οικονομική κατάσταση (Sirgy et al., 2001). Τα χαμηλά επίπεδα ποιότητας στην επαγγελματική ζωή συνδέονται, μεταξύ άλλων, με τη μειωμένη παραγωγικότητα, τις συχνές απουσίες από την εργασία και τη χαμηλή ποιότητα παροχής υπηρεσιών (Danna & Griffin, 1999). Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής επηρεάζει τη συμπεριφορά του ατόμου στο χώρο εργασίας του, όπως η συμμετοχή, η οργάνωση και η προθυμία για περαιτέρω προσπάθεια (Efraty & Sirgy, 1990).

### **1.2.3 Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής σε εργαζόμενους παροχής βοήθειας**

Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων που παρέχουν βοήθεια, αποτελεί αντικείμενο μελέτης την τελευταία εικοσαετία. Οι εργαζόμενοι αυτοί προέρχονται από ποικίλους χώρους, όπως το χώρο της εκπαίδευσης, της υγείας, των σωμάτων ασφαλείας, των δημοσίων λειτουργιών

ή από το δικαστικό σώμα (Bogg, 1995; Sari, 2004; Robins et al., 2009; Yang-Shing Chen et al., 2007). Εξαιτίας της φύσης της εργασίας τους, οι παραπάνω εργαζόμενοι καλούνται να ανταπεξέλθουν σε ποικίλες στρεσογόνες καταστάσεις, καθώς στα πλαίσια των καθηκόντων τους αντιμετωπίζουν άτομα που βρίσκονται σε κρίση και έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες. Σαν αποτέλεσμα αυτού, ενδέχεται να βιώνουν με τη σειρά τους συχνά καταστάσεις εξουθένωσης, άγχους και να κατακλύζονται από αρνητικά συναισθήματα (Stamm, 2010).

Σύμφωνα με τη Stamm (2009), η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων που παρέχουν βοήθεια έχει θετική και αρνητική πλευρά. Η θετική αφορά στην ικανοποίηση που λαμβάνει το προσωπικό από τη φροντίδα ατόμων που το έχουν ανάγκη, συμπάσχοντας μαζί τους (ικανοποίηση συμπόνιας) και η αρνητική πλευρά σχετίζεται με το αίσθημα της πνευματικής και σωματικής εξάντλησης (επαγγελματική εξουθένωση), καθώς και με την συναισθηματική εξάντληση και τις ακραίες καταστάσεις άγχους, που προκύπτουν από την συνεχή και υπερβολική ενασχόληση με τον πόνο του άλλου (κόπωση συμπόνιας).

### 1.3 Ικανοποίηση συμπόνιας

Η ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction) είναι *«η ικανότητα να λαμβάνεις ικανοποίηση μέσα από την προσφορά βοήθειας στους άλλους»* (Simon et al., 2006). Ενώ, σύμφωνα με τη Stamm (2005), η ικανοποίηση συμπόνιας σχετίζεται με την ικανότητα κάποιου να είναι αποτελεσματικός στη δουλειά του και να αντλεί ευχαρίστηση από αυτήν. Με την παραπάνω έννοια περιγράφονται τα οφέλη που αποκομίζουν όσοι επαγγελματίες έχουν να αντιμετωπίσουν και να φροντίσουν άτομα που υποφέρουν ή έχουν βιώσει τραυματικές εμπειρίες (Stamm, 2002).

Συγκεκριμένα, τα οφέλη έχουν να κάνουν με το αίσθημα της ικανοποίησης όταν κάποιος είναι ικανός και σωστός επαγγελματίας. Ο εργαζόμενος που αισθάνεται ευχαριστημένος με την απόδοσή του, είναι πολύ πιθανό να έχει θετικά συναισθήματα και σκέψεις για τους συναδέλφους του και να είναι πρόθυμος να προσφέρει περισσότερα, όχι μόνο στον εργασιακό τομέα, αλλά και στο ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Ο εργαζόμενος με μεγάλη

ικανοποίηση συμπόνιας αισθάνεται επιτυχημένος ως επαγγελματίας, νιώθει ευχαρίστηση να βοηθά τους άλλους μέσα από τη δουλειά του, παίρνει δύναμη από αυτήν, θέλει να συνεχίσει να την κάνει και πιστεύει ότι μπορεί να κάνει τη διαφορά μέσα από αυτήν (Stamm, 2009).

#### **1.4 Κόπωση συμπόνιας (δευτερογενές τραυματικό στρες)**

Στην έννοια της κόπωσης συμπόνιας (compassion fatigue), αναφέρθηκε για πρώτη φορά η Joinson (1992) για να περιγράψει την εξάντληση των Νοσηλευτών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών από την καθημερινή παροχή των υπηρεσιών στους ασθενείς τους. Η κόπωση συμπόνιας είναι η πιο πρόσφατη ονομασία ενός άλλου όρου, που συχνά χρησιμοποιείται στον τομέα της Τραυματολογίας, του "δευτερογενούς τραυματικού στρες" (secondary traumatic stress). Τις περισσότερες φορές το φαινόμενο αυτό συνδέεται με το κόστος φροντίδας (cost of caring) για τους άλλους (Figley, 1982). Σε κάθε άτομο που έχει βιώσει μια τραυματική εμπειρία, αντιστοιχεί ένας αριθμός ατόμων που το πλαισιώνουν (γονείς, παιδιά, φίλοι, φροντιστές). Αν κάποιος αναλογιστεί τον αριθμό των ατόμων που επηρεάζονται είτε άμεσα ή έμμεσα από το τραύμα, αντιλαμβάνεται την έκταση της επιρροής που μπορεί να έχει ένα τραυματικό γεγονός στη ζωή των ατόμων (Munroe et al., 1995; Steinberg, 1996; Yassen, 1996).

Η κόπωση συμπόνιας, αν και συνώνυμη έννοια με το δευτερογενές τραυματικό στρες, θεωρείται πιο φιλικός όρος, καθώς δεν αποτελεί μια παθολογική κατάσταση με την έννοια της ψυχικής νόσου, αλλά θεωρείται μια φυσική συμπεριφορική και συναισθηματική αντίδραση που προκύπτει από την παροχή βοήθειας σε κάποιον που υποφέρει από τραύμα ή πόνο (Figley, 1995). Το δευτερογενές τραυματικό στρες παραπέμπει περισσότερο σε μια παθολογική κατάσταση και είναι σχεδόν ταυτόσημο με τον όρο "διαταραχή μετατραυματικού στρες" (post traumatic stress disorder) (Figley, 2002a; Collins & Long, 2003b). Η διαταραχή μετατραυματικού στρες περιγράφεται στο DMS-V (American Psychiatric Association, 2013), όπου αναφέρεται ότι η διαταραχή αυτή είναι δυνατόν να παρουσιαστεί όταν ένα άτομο βιώσει μια τραυματική εμπειρία άμεσα ή έμμεσα. Η έννοια του δευτερογενούς

τραυματικού στρες σχετίζεται με την απόκτηση τραυματικών εμπειριών με έμμεσο τρόπο.

Το δευτερογενές τραυματικό στρες συμβαίνει όταν κάποιος βρίσκεται εκτεθειμένος σε τραυματικά γεγονότα που έχει βιώσει απευθείας ένα άλλο άτομο και νιώθει ότι συμπάσχει απόλυτα μέσα από την έμμεση έκθεσή του στο τραύμα (Figley & Kleber, 1995). Υπάρχουν πολλοί όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την περιγραφή του παραπάνω φαινομένου. Μερικοί από αυτούς είναι η «δευτερογενής θυματοποίηση» (secondary victimization) (Figley, 1982), ο «δευτερογενής επιζών» (secondary survivor), (Remer & Elliott, 1988), η «μετάδοση συναισθημάτων» (emotional contagion) (Miller, et al., 1988) και το τραύμα ταύτισης (vicarious traumatization) (McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995).

Το αίσθημα της συμπόνιας για τους άλλους, σε συνδυασμό με την ένταση που επικρατεί στον εργασιακό χώρο, καθιστούν τους επαγγελματίες ευάλωτους μπροστά στον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας. Η κόπωση συμπόνιας χρησιμοποιείται ως όρος για να περιγράψει μια σειρά συμπτωμάτων που βιώνουν οι επαγγελματίες - φροντιστές όταν επηρεάζονται πολύ από την έκθεσή τους απέναντι στα συναισθήματα και τις τραυματικές εμπειρίες των ανθρώπων που φροντίζουν. Τέτοια συμπτώματα μπορεί να είναι το αίσθημα του φόβου ή του πόνου, οι ενοχλητικές σκέψεις ή εφιάλτες, η έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, η απώλεια της ενέργειας ή η υπερεδιέγερση. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να είναι το αποτέλεσμα της φροντίδας μεγάλου αριθμού περιστατικών ή να εμφανίζονται ως απάντηση σε ένα ιδιαίτερα απαιτητικό ή τραυματικό μεμονωμένο περιστατικό. Ο Figley (1995) χρησιμοποιεί και τον όρο «δευτερογενής τραυματική εμπειρία» (secondary traumatization) για να περιγράψει την παραπάνω κατάσταση. Οι συνέπειες αυτής της κατάστασης επηρεάζουν την επαγγελματική και προσωπική ζωή των επαγγελματιών επιφέροντας αλλαγές στις σχέσεις τους με τον εαυτό τους, την οικογένειά τους και τον κοινωνικό τους περίγυρο (McCann & Pearlman, 1990; Figley, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995a; Salston, 2000).

Σύμφωνα με τον ορισμό που δόθηκε από τον Figley (1995, 2002a), το δευτερογενές τραυματικό στρες (STS) περιγράφει *«τις συναισθηματικές, νοητικές και σωματικές απαιτήσεις προκειμένου να αντιμετωπίσει κάποιος το τραυματικό και συναισθηματικό υπόβαθρο των πελατών»*. Το δευτερογενές

τραυματικό στρες έχει να κάνει με την αντίδραση και τα συναισθήματα που προκύπτουν όταν γνωρίζει κανείς ότι κάποιος έχει βιώσει ένα τραυματικό γεγονός και όταν υπάρχει έντονο το άγχος, λόγω της παροχής βοήθειας ή της επιθυμίας να προσφέρει κανείς βοήθεια σε κάποιον που βιώνει τραυματικές εμπειρίες ή που πονάει (Figley, 1995, 1999; Baranowsky, 2002). Η Thompson (2003) περιγράφοντας το φαινόμενο της κόπωσης συμπόνιας, αναφέρει ότι η κόπωση συμπόνιας αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου, μέσα σε μερικές εβδομάδες έως και μερικά χρόνια. Με τον καιρό η ικανότητα των επαγγελματιών να φροντίζουν τους άλλους ελαττώνεται, καθώς αυτοί "αποστραγγίζονται" συναισθηματικά από την έκθεσή τους στον πόνο και τις τραυματικές εμπειρίες των ατόμων που φροντίζουν.

Σύμφωνα με τη Stamm (1997), το δευτερογενές τραυματικό στρες μπορεί να χρησιμοποιείται σαν ένας ευρύτερος όρος που συμπεριλαμβάνει τις έννοιες κόπωση συμπόνιας, τραύμα ταύτισης και αντιμεταβίβαση (counter transference). Όμως, στην τελευταία έκδοση του ProQOL (Stamm, 2009), θεωρείται ότι η κόπωση συμπόνιας είναι ο ευρύτερος όρος που εμπεριέχει τις έννοιες επαγγελματική εξουθένωση και δευτερογενές τραυματικό στρες, ωστόσο το θεωρητικό αυτό μοντέλο δεν έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά. Έτσι, στις περισσότερες δημοσιεύσεις μέχρι σήμερα χρησιμοποιείται ο όρος κόπωση συμπόνιας ως ταυτόσημος του όρου δευτερογενές τραυματικό στρες.

Η κόπωση συμπόνιας, λοιπόν, είναι μία κατάσταση κατά την οποία ο φροντιστής έρχεται αντιμέτωπος, πέρα από τις αντιξοότητες στις συνθήκες εργασίας και με τα προσωπικά του συναισθήματα για τον άνθρωπο που πονάει. Αυτή η ακραία κατάσταση άγχους και η υπερβολική ενασχόληση με τα βάσανα των άλλων, μετατρέπεται σε μια τραυματική εμπειρία για τον επαγγελματία που καλείται να παρέχει βοήθεια (Figley, 1995). Καθώς συχνά δε βιώνει τα θετικά αποτελέσματα των προσπαθειών του, ο επαγγελματίας παροχής φροντίδας χάνει την ικανότητά του να αισθανθεί ικανοποίηση και χαρά στον επαγγελματικό τομέα, αλλά και στην προσωπική του ζωή, ενώ παράλληλα μειώνεται η επιθυμία του να συμπονέσει και να φροντίσει τους άλλους. Η κόπωση συμπόνιας αναπτύσσεται με την πάροδο του χρόνου και μπορεί να εκδηλωθεί εβδομάδες ή και χρόνια αργότερα (McHolm, 2006).

### 1.4.1 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης κόπωσης συμπίονιας

Η συνεχής έκθεση, η γνώση ενός τραυματικού γεγονότος και η ενσυναίσθηση με το τραυματισμένο άτομο αποτελούν παράγοντες κινδύνου για την ανάπτυξη κόπωσης συμπίονιας (Figley, 1995; 2002a; Gentry et al., 2002; Stamm, 2002; Valent, 2002). Η κατάσταση μπορεί να επιδεινωθεί λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας και της συχνής και άμεσης επαφής με τους ανθρώπους που έχουν υποστεί κάποιου είδους τραύμα, της αναπαράστασης τραυματικών αφηγήσεων ή ακόμη και της έκθεση σε υλικό, όπως αντικείμενα ή φωτογραφίες, που σχετίζεται με στρεσογόνα γεγονότα (Stamm et al., 2002). Δεν αναπτύσσουν όμως όλοι οι επαγγελματίες κόπωση συμπίονιας. Ενώ η έκθεση στο τραυματικό γεγονός που έχει βιώσει ο ασθενής αποτελεί παράγοντα κινδύνου, δεν οδηγεί απαραίτητα σε δευτερογενές τραυματικό στρες (Rudolph et al., 1997). Ατομικά χαρακτηριστικά, εργασιακοί παράγοντες κινδύνου, καθώς και παράγοντες που σχετίζονται με τους ασθενείς καθορίζουν τη σοβαρότητα και τη διάρκεια των συμπτωμάτων (Gates & Gillespie, 2008).

#### 1.4.1.1 Ατομικοί και εργασιακοί παράγοντες κινδύνου

Κατά τον Figley (1995), δύο είναι οι παράγοντες που αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης κόπωσης συμπίονιας: το ιστορικό τραυματικών εμπειριών στην παιδική ηλικία και οι μηχανισμοί αντιμετώπισης των εμπειριών αυτών. Η πιθανότητα εμφάνισης κόπωσης συμπίονιας αυξάνεται, όταν οι επαγγελματίες υγείας δεν έχουν αντιμετωπίσει αποτελεσματικά τις δικές τους τραυματικές εμπειρίες και μέσα από την επαφή τους με ασθενείς που υποφέρουν, αναβιώνει το δικό τους τραυματικό γεγονός. Από την άλλη πλευρά, το ιστορικό προσωπικού τραύματος θα μπορούσε να αποτελεί ταυτόχρονα και προστατευτικό παράγοντα, με την έννοια του ότι ο επαγγελματίας θα αναγκαζόταν, εκ των πραγμάτων, να μάθει να εφαρμόζει κατάλληλες στρατηγικές αντιμετώπισης των τραυματικών γεγονότων και να αισθανθεί δυνατότερος από αυτή την εμπειρία (Rudolph et al., 1997).

Παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο ανάπτυξης κόπωσης συμπίονιας είναι η ενσυναίσθηση των επαγγελματιών υγείας απέναντι στους

τραυματισμένους ασθενείς (Figley, 1995, 1999, 2002b; Riggio & Taylor, 2000; Abendroth & Flannery, 2006), καθώς όσο εντονότερη είναι, τόσο καλύτερη φροντίδα θα λάβει το άτομο από τον επαγγελματία υγείας, αλλά και τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος για τον τελευταίο να βιώσει παρόμοια συμπτώματα με το άτομο που φροντίζει (Abendroth & Flannery, 2006). Γενικότερα, η υπερβολική ενσυναίσθηση σε συνδυασμό με το άγχος, τις απαιτήσεις της καθημερινής ζωής και πιθανά προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζει το άτομο, αποτελούν παράγοντες κινδύνου (Abendroth & Flannery, 2006).

Έρευνες έχουν δείξει ότι παράγοντες που επηρεάζουν τη σοβαρότητα εμφάνισης των συμπτωμάτων δευτερογενούς τραυματικού στρες αποτελούν η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τα έτη προϋπηρεσίας, ο φόρτος εργασίας, ο αριθμός των περιστατικών που αναλαμβάνει ο φροντιστής και η αυξημένη επαφή με τραυματισμένους πελάτες ή ασθενείς (Dunning & Silva, 1980; Munroe, 1990; Moran & Britton, 1994; Follette et al., 1994; Hodgkinson & Shepherd, 1994; Beaton & Murphy, 1995; Pearlman & Saakvitne, 1995a; Marmar, et al., 1996; Harvey, 1996; Baird & Jenkins, 2003; Kanno et al., 2012; Jonsson et al., 2003). Άλλες μελέτες υποστηρίζουν ότι το φύλο σχετίζεται με την εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες, με τις γυναίκες να το εμφανίζουν συχνότερα σε σχέση με τους άνδρες, ανεξαρτήτως επαγγέλματος (McCarroll et al., 1993; Kassam - Adams, 1995; Cornille & Meyers, 1999; Ben-Ezra et al., 2006; Taylor et al., 2006; Kalra et al., 2008; Hooper et al., 2010).

Επιπλέον, το αρνητικό κλίμα στις εργασιακές σχέσεις και η έλλειψη συναδελφικής υποστήριξης σχετίζεται με τον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας (Myers & Wee 2002; Murray et al., 2009; Robins et al., 2009). Ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένας παράγοντας κινδύνου για την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας (Weiner, 1989; Beaton & Murphy, 1995; Cerney 1995; Chrestman, 1995; Dutton & Rubinstein, 1995; Figley, 1995, 2002a; Pearlman & Saakvitne, 1995b; Stamm, 1995; Abendroth & Flannery, 2006; McHolm, 2006). Ενώ, η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και η ανικανότητα να ανταποκριθεί κάποιος στις απαιτήσεις που χαρακτηρίζουν τα επαγγέλματα παροχής φροντίδας, φαίνεται πως αυξάνουν την πιθανότητα ανάπτυξης δευτερογενούς τραυματικού στρες

(Figley, 1995, 2002b; Schauben & Frazier, 1995; Nelson-Gardell & Harris, 2003; Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

#### **1.4.1.2 Παράγοντες κινδύνου σχετιζόμενοι με τους ασθενείς**

Ο κίνδυνος εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας αυξάνει όταν κάποιος από τα άτομα που φροντίζουν οι επαγγελματίες, τους θυμίζει κάποιο οικείο πρόσωπο ή κάποιο μέλος της οικογένειάς τους. Επίσης, αν τα άτομα που φροντίζουν έχουν κακοποιηθεί ψυχολογικά, σωματικά ή σεξουαλικά ή έχουν τραυματιστεί ως αποτέλεσμα εγκληματικών ενεργειών ή πεθαίνουν (Burns & Harm, 1993; Figley, 1995; Cornille & Meyers, 1999; O'Connor & Jeavons, 2003; Sabo, 2008). Σε έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι οι επαγγελματίες παροχής φροντίδας βιώνουν το χειρότερο τραυματικό γεγονός, όταν έχουν να αντιμετωπίσουν παιδιά (Laposa & Alden, 2003; Crabbe et al., 2004; Maytum et al., 2004). Τέλος, το ίδιο το τραυματικό γεγονός, δηλαδή το τι ακριβώς συνέβη, τι είδε το άτομο, το πώς αντέδρασε αποτελούν παράγοντες κινδύνου (Clark & Gioro, 1998).

#### **1.4.2 Παράγοντες που μειώνουν τον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας**

Η εκπαίδευση των επαγγελματιών με τη συμμετοχή τους σε προγράμματα που σκοπό έχουν να τους προετοιμάσουν ώστε να αντιμετωπίζουν τραυματικά γεγονότα και να τα διαχειρίζονται με το σωστό τρόπο, αποτελεί παράγοντα μείωσης αλλά και πρόληψης του φαινομένου (Hyttten & Hasle, 1989; Kenardy et al., 1996; O'Connor & Jeavons, 2003). Επίσης, παράγοντες πρόληψης είναι η ξεκούραση, οι κοινωνικές δραστηριότητες και η δημιουργική απασχόληση, το υποστηρικτικό οικογενειακό περιβάλλον, οι καλές σχέσεις με τους γείτονες ή τους συναδέλφους, η θρησκευτικότητα και η υπευθυνότητα (Pearlman, 1995; Valent, 2002; Gentry et al., 2002; Moran, 2002).

Σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, προστατευτικός παράγοντας για την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας και επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρείται η ικανοποίηση συμπόνιας (Saakvitne & Pearlman, 1996; Collins & Long, 2003b;



Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Murray et al., 2009). Γενικά, το να είναι κάποιος ευχαριστημένος με τον ρόλο του ως επαγγελματίας υγείας (Saakvitne & Pearlman, 1996; Collins & Long, 2003a), να κατανοεί και να συμπονά τα άτομα που τον έχουν ανάγκη, χωρίς απαραίτητα να υπάρχει το στοιχείο της υπερβολικής ενσυναίσθησης, συμβάλλει στην ικανοποίηση του ατόμου από τη ζωή του γενικότερα (Figley, 1995; Jenkins & Baird, 2002; Sabin-Farrell & Turpin, 2003; Sabo, 2006), επιδρά θετικά στον αυτοσεβασμό του και ενδυναμώνει την πεποίθησή του ότι μπορεί να κάνει τη διαφορά μέσα από την εργασία του (Lepore, 2004).

### 1.5 Επαγγελματική εξουθένωση

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση (burnout) χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στα μέσα της δεκαετίας του '70 από τον ψυχίατρο Freudenberger (1974), στην προσπάθειά του να περιγράψει μια κατάσταση σωματικής και πνευματικής εξάντλησης που ήταν αποτέλεσμα των ιδιαίτερα απαιτητικών συνθηκών εργασίας. Πρόκειται για μια κατάσταση που εκδηλώνεται συχνότερα σε επαγγελματίες που παρέχουν βοήθεια σε άτομα που το έχουν ανάγκη, όπως κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές, ιατροί, πυροσβέστες, αστυνομικοί, εκπαιδευτικοί (Maslach, 1982; Κάντας, 1996; Poncet et al., 2006), χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν κάνει την εμφάνισή του και σε άλλου είδους επαγγέλματα.

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης χαρακτηρίζεται από μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων του προσωπικού σε τέτοιο βαθμό, ώστε να αδυνατούν να ανταπεξέλθουν στα καθήκοντά τους και να φροντίσουν όσους έχουν ανάγκη (Maslach, 1982; Fry & Allen, 1975). Πρόκειται για μια κατάσταση που διαρκεί για μεγάλο χρονικό διάστημα και οδηγεί στην εξάντληση των αποθεμάτων ενέργειας των εργαζομένων. Δεν οφείλεται σε κάποιο μεμονωμένο γεγονός. Αντιθέτως οφείλεται σε χρόνιο, συσσωρευμένο άγχος που αποδυναμώνει σταδιακά τον εργαζόμενο, καθιστώντας τον αδύναμο να αντιμετωπίσει την πίεση μέσα στον εργασιακό περιβάλλον (Παπαδάτου & Αναγνωστόπουλος, 1999; Gentry, 2002).

Έχει βρεθεί ότι συχνά συνδέεται με μια σειρά αρνητικών επιπτώσεων στη σωματική και την ψυχική υγεία του ατόμου, στις διαπροσωπικές σχέσεις

και στην εργασιακή συμπεριφορά. Αναλυτικότερα, σε ότι αφορά τη σωματική υγεία, τα άτομα μπορεί να παρουσιάζουν, αϋπνίες, πονοκεφάλους, σεξουαλική δυσλειτουργία, μυοσκελετικούς πόνους, γαστρεντερικά προβλήματα, διατροφικές διαταραχές (Tyler & Cushway, 1998). Όσον αφορά την ψυχική υγεία, μερικά από τα συμπτώματα που παρουσιάζονται είναι: αίσθημα κόπωσης, έλλειψη αυτοσυγκέντρωσης, ευερεθιστότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, έλλειψη ενδιαφέροντος και συναισθημάτων (απάθεια), αποξένωση, ανία, καχυποψία και κατάθλιψη. Επίσης, είναι δυνατόν να επιδεινώνονται οι σχέσεις του ατόμου σε επίπεδο συναδέλφων, σε οικογενειακό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς τα προβλήματα στην εργασία μεταφέρονται στον οικογενειακό και κοινωνικό περίγυρο, δημιουργώντας εντάσεις (Griffith et al., 1999). Σε ότι αφορά την εργασιακή συμπεριφορά, το άτομο ενδέχεται να παρουσιάζει μεγαλύτερο βαθμό δυσαρέσκειας από την εργασία του, να αυξάνονται οι απουσίες από την εργασία και να επιθυμεί την αλλαγή θέσης εργασίας ή ακόμη και επαγγέλματος (Freudenberger, 1974; ΕΠΑΨΥ, 2003).

### **1.5.1 Εξελικτικά στάδια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης**

Πολλοί μελετητές, στην προσπάθειά τους να αναλύσουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, το χωρίζουν σε εξελικτικά στάδια. Η Maslach (1986) υποστηρίζει ότι το συγκεκριμένο σύνδρομο χωρίζεται σε τρία στάδια. Στο πρώτο στάδιο, το άτομο αισθάνεται εξουθενωμένο σωματικά και συναισθηματικά και ταλαιπωρείται από πονοκεφάλους ή άλλου είδους προβλήματα υγείας, ενώ στο δεύτερο στάδιο εμφανίζονται άλλα συμπτώματα, όπως κυνισμός απέναντι σε τρίτους, αρνητικές σκέψεις για τον εαυτό του, το άτομο αρχίζει σταδιακά να κλείνεται στον εαυτό του, γίνεται όλο και λιγότερο παραγωγικό στην εργασία του και αποξενώνεται από τους άλλους. Στο τρίτο στάδιο το άτομο έχει έντονα την αίσθηση της ματαιότητας και της αποστροφής για τον κόσμο και τη ζωή.

Σύμφωνα με τον Cherniss (1980), η επαγγελματική εξουθένωση εξελίσσεται σε τρεις φάσεις: α) τη φάση του εργασιακού άγχους, όπου η πραγματικότητα στις συνθήκες εργασίας φαίνεται να μη συμβαδίζουν με τις

προσδοκίες του εργαζόμενου, κάτι το οποίο επιφέρει διατάραξη της ισορροπίας, β) τη φάση της εξάντλησης, κατά την οποία εξαιτίας της ήδη διαταραγμένης ισορροπίας, το άτομο αισθάνεται κόπωση, ανία, άγχος, απογοήτευση και τελικά φτάνει σε σημείο απάθειας και γ) τη φάση αμυντικής κατάληξης, όπου το άτομο έχει συχνές αλλαγές στη διάθεσή του και έντονο το στοιχείο του κυνισμού, προκειμένου να αμυνθεί απέναντι στην έντονη ψυχολογική πίεση που δέχεται.

Κατά τους Edelwich και Brodsky (1980), το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αναλύεται σε τέσσερα στάδια. Στο πρώτο στάδιο, τον αρχικό ενθουσιασμό και τις υψηλές προσδοκίες από την εργασία αντικαθιστά το αίσθημα της απογοήτευσης. Στο δεύτερο στάδιο, η απογοήτευση εξελίσσεται σε αμφιβολία και αδράνεια, ενώ παράλληλα απομυθοποιείται η κατάσταση που βιώνει ο εργαζόμενος. Ωστόσο, κατηγορώντας πολλές φορές τον εαυτό του για τις συνθήκες που επικρατούν και μη έχοντας προσαρμόσει τις προσδοκίες του σε αυτές τις συνθήκες, επιμένει να επενδύει ακόμη περισσότερο στην εργασία του. Στο τρίτο στάδιο, επέρχεται μεγαλύτερη απογοήτευση και ματαίωση, με μόνη διέξοδο είτε την αναθεώρηση των προσδοκιών από το άτομο, ή την αλλαγή εργασιακού πλαισίου. Στο τέταρτο και τελευταίο στάδιο επέρχεται η απάθεια, ο εργαζόμενος παραμένει στη δουλειά του για καθαρά βιοποριστικούς λόγους, σημειώνοντας χαμηλή απόδοση στα καθήκοντά του.

### **1.5.2 Παράγοντες κινδύνου εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης**

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης προκαλείται από την αλληλεπίδραση τόσο εξωτερικών παραγόντων, που αφορούν το εργασιακό περιβάλλον, όσο και εσωτερικών παραγόντων, που σχετίζονται με την προσωπικότητα του ατόμου. Χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος που προκαλούν το παραπάνω σύνδρομο μπορεί να είναι οι χαμηλές οικονομικές απολαβές, η μονοτονία, η έλλειψη αυτονομίας στη λήψη αποφάσεων, η πίεση χρόνου, η έλλειψη καθορισμένων αρμοδιοτήτων, η υπηρεσία σε βάρδιες, οι διαπροσωπικές διαμάχες, η μολυσμένη ατμόσφαιρα στο χώρο εργασίας. Τα στοιχεία του ατόμου, που ευνοούν την εμφάνιση της

επαγγελματικής εξουθένωσης, σχετίζονται με τον τρόπο που αντιμετωπίζει της αγχογόνες καταστάσεις, καθώς και με τις προσδοκίες του από την εργασία. Μερικά από αυτά είναι ο υπέρμετρος ενθουσιασμός για την εργασία, οι υψηλές ατομικές φιλοδοξίες, η έλλειψη ικανότητας του ατόμου να δίνει λύσεις σε προβλήματα και η έντονη τάση για συμπόνια που ενισχύει τη συναισθηματική πίεση που ήδη υφίσταται το άτομο (Maslach 1982; Maslach & Jackson, 1986; Maslach et al., 2001).

Έχει βρεθεί ότι ιδιαίτερα επιρρεπή στο σύνδρομο είναι τα άτομα ηλικίας 30 με 40 ετών, χωρίς να έχει περαιτέρω διερευνηθεί ο λόγος που στη συγκεκριμένη ηλικιακή ομάδα συμβαίνει αυτό περισσότερο συχνά, από ότι σε νεότερες ηλικίες (Maslach & Jackson, 1984). Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι τα νεότερα άτομα, μόλις αντιληφθούν το πόσο αρνητικά τους επηρεάζει η εργασία τους, αλλάζουν ευκολότερα επάγγελμα, καθώς βρίσκονται στην αρχή της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας (Shaufeli et al., 1993; Maslach & Jackson, 1984). Επίσης, το φύλο των εργαζομένων φαίνεται να παίζει ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου, με τις γυναίκες να παρατηρείται συχνότερα η επαγγελματική εξουθένωση (Heim, 1992). Ενώ, όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι ανύπαντροι ή οι διαζευγμένοι εμφανίζουν πιο συχνά το σύνδρομο σε σχέση με τους παντρεμένους (Yaktin et al., 2003). Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν συχνά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, γεγονός το οποίο πιθανόν να οφείλεται στο ότι έχουν υψηλές προσδοκίες από το επάγγελμά τους, ανάλογες του επιπέδου εκπαίδευσής τους (Maslach & Leiter, 1997; Shaufeli et al., 1993; Yaktin et al., 2003).

### **1.6 Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης vs κόπωση συμπόνιας**

Αξίζει να σημειωθεί ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και η κόπωση συμπόνιας δεν είναι ταυτόσημες έννοιες. Η κόπωση συμπόνιας προκύπτει από την υπερβολική ενασχόληση του επαγγελματία υγείας με τον ασθενή και την απορρόφηση του τραύματος ή του πόνου του. Είναι δηλαδή μια αντίδραση του επαγγελματία – φροντιστή απέναντι στον ανθρώπινο πόνο και όχι απέναντι σε μια εργασιακή κατάσταση. Δεν προκύπτει από το γεγονός

ότι κάποιος έχει υπερβολικό φόρτο εργασίας ή αντιμετωπίζει γενικότερα αντιξοότητες στο εργασιακό περιβάλλον, αλλά από το ότι έχει επενδύσει μεγάλο μέρος της ενέργειάς του και για μεγάλο χρονικό διάστημα σε άτομα που υποφέρουν, συχνά μάλιστα χωρίς να λαμβάνει ικανοποίηση, απολαμβάνοντας τους καρπούς των προσπαθειών του.

Οποιοσδήποτε εργάζεται σε ένα απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον βρίσκεται σε κίνδυνο για εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ οι επαγγελματίες υγείας που καθημερινά έχουν να αντιμετωπίσουν τον ανθρώπινο πόνο έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν κόπωση συμπόνιας (McHolm, 2006). Η κόπωση συμπόνιας, όπως και η επαγγελματική εξουθένωση, επηρεάζει την ικανότητα του επαγγελματία να παρέχει σωστές υπηρεσίες και δοκιμάζει τις προσωπικές και επαγγελματικές του σχέσεις (Rudolph et al., 1997; Collins & Long, 2003a).

## **2. Έρευνες για την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής**

Αρκετές μελέτες έχουν πραγματοποιηθεί σχετικά με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής, εκτιμώντας την ικανοποίηση συμπίονιας, την κόπωση συμπίονιας και την επαγγελματική εξουθένωση σε διάφορες κατηγορίες επαγγελματιών που παρέχουν βοήθεια. Πολλές από αυτές αφορούν κυρίως επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται σε διάφορα πεδία, αλλά και εκπαιδευτικούς Ειδικής Αγωγής και σχετίζονται με τη διερεύνηση της ύπαρξης των παραπάνω παραμέτρων, των παραγόντων κινδύνου, και των μηχανισμών αντιμετώπισης που έχουν αναπτύξει οι εργαζόμενοι (Felton, 1998; Abentroth, 2005; Kalra, 2008; Najjar, 2009; Eichinger, 2000; Μαγνούλια, 2011; Bataineh, 2012; Plapinger, 2013). Από αυτές προκύπτει ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει άμεση σχέση με την κόπωση συμπίονιας, καταστάσεις στις οποίες φαίνεται ότι είναι ευάλωτοι οι επαγγελματίες υγείας.

### **2.1 Έρευνες σε επαγγελματίες υγείας**

#### **2.1.1 Έρευνες με τη χρήση άλλων εργαλείων μέτρησης**

Σε μελέτη των Pagel και Witmann (1986), διερευνήθηκε η σχέση μεταξύ προσωπικών και εργασιακών χαρακτηριστικών και της επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα σε νοσηλευτές παιδιατρικών μονάδων αυξημένης φροντίδας. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, οι νοσηλευτές παρουσίαζαν σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ τα παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς που καλούνται να φροντίσουν οι εργαζόμενοι, ήταν παράγοντας που σχετιζόταν στενά με την επαγγελματική εξουθένωση. Παράγοντες μείωσης του φαινομένου, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες, θα μπορούσαν να αποτελούν η εκπαίδευση των ασθενών και η συναισθηματική υποστήριξη των παιδιών και των οικογενειών τους.

Σε έρευνα των Watson και Feld (1996), διερευνήθηκαν πιθανοί παράγοντες που προκαλούν στρες καθώς και η επαγγελματική εξουθένωση ανάμεσα σε νοσηλευτικό προσωπικό παιδιατρικής κλινικής. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκαν, μεταξύ άλλων, τα ερευνητικά εργαλεία «Maslach Burnout Inventory», «Nursing Situations Questionnaire», «Hopkins Symptom

Checklist-21» και «Ways of Coping Checklist». Κυριότερους στρεσογόνους παράγοντες φαίνεται να αποτελούν οι συναδελφικές συγκρούσεις, ο φόρτος εργασίας και η ανεπάρκεια που αισθάνονται οι εργαζόμενοι σε ότι αφορά την αντιμετώπιση των συναισθηματικών αναγκών των παιδιών που φροντίζουν και των οικογενειών τους.

Οι Foley et al. (2004), εκτίμησαν την ικανοποίηση από την εργασία ανάμεσα σε σχολικούς Νοσηλευτές στην πολιτεία της Καλιφόρνια (Η.Π.Α.), χρησιμοποιώντας την κλίμακα «The Index of Work Satisfaction» (IWS). Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας, ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία των συμμετεχόντων είναι χαμηλός, ενώ φαίνεται ότι παράγοντες όπως, η αλληλεπίδραση με τους μαθητές και η αυτονομία στο χώρο εργασίας καθορίζουν το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης.

Σε μελέτη σχετική με την κόπωση συμπίνας σε 18 νοσηλευτές του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Chase, 2005), βρέθηκε ότι 1 στους 3 συμμετέχοντες διέτρεχε υψηλό ή πολύ μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπίνας. Γενικά, οι νοσηλευτές δήλωσαν ότι δέχονταν μεγάλη πίεση λόγω του φόρτου εργασίας και της έλλειψης υποστήριξης στο εργασιακό περιβάλλον. Οι μηχανισμοί άμυνας που χρησιμοποιούσαν, τους παρείχαν κάποιον τρόπο να διαχειριστούν το στρες που ένιωθαν. Όμως, όταν δεν τα κατάφεραν, ένιωθαν εξάντληση, απομόνωση, θυμό και δεν ήταν τόσο στοργικοί με τους ασθενείς τους. Ωστόσο, δήλωναν ότι αισθάνονταν ικανοποίηση συμπίνας από την επαφή με τους ασθενείς, καθώς ανέφεραν ότι μέσα από την επαφή μαζί τους, και ειδικά όταν διαπίστωναν ότι η φροντίδα που παρείχαν είχε θετικά αποτελέσματα, είχαν ένα αίσθημα ολοκλήρωσης.

Σε μελέτη των Conrad και Kellar-Guenther (2006), εκτιμήθηκε η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής με τη χρήση της κλίμακας Compassion Satisfaction / Fatigue Self - Test ανάμεσα σε 363 επαγγελματίες που απασχολούνται σε υπηρεσίες προστασίας ανηλίκων στο Κολοράντο των Η.Π.Α. Οι συμμετέχοντες είχαν παρακολουθήσει σεμινάριο σχετικό με το δευτερογενές τραυματικό στρες. Βρέθηκε ότι σχεδόν το 50% των εργαζομένων διέτρεχε μεγάλο έως πολύ μεγάλο κίνδυνο ανάπτυξης δευτερογενούς τραυματικού στρες, ενώ ο κίνδυνος για επαγγελματική εξουθένωση ήταν σημαντικά μικρότερος. Επίσης, σε όσους παρατηρήθηκαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης

συμπόνιας, διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο για κόπωση συμπόνιας και επαγγελματική εξουθένωση.

Οι Perron & Hiltz (2006) μελέτησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες σε κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται πάνω σε θέματα παιδικής κακοποίησης, με τη χρήση των εργαλείων «Oldenberg Burnout Inventory» και «Secondary Traumatic Stress Scale». Από τα αποτελέσματα της έρευνας φαίνεται ότι η ικανοποίηση από την εργασία σχετίζεται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση, καθώς και με το δευτερογενές τραυματικό στρες. Δε βρέθηκε συσχέτιση του αριθμού περιστατικών που αντιμετωπίζουν οι συμμετέχοντες και της εργασιακής εμπειρίας, είτε με την επαγγελματική εξουθένωση ή με το δευτερογενές τραυματικό στρες.

Μια έρευνα, όπου συμμετείχαν 185 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε μονάδες εντατικής φροντίδας παιδών, εκτίμησε το βαθμό κόπωσης συμπόνιας, καθώς και το κατά πόσο η παράμετρος αυτή επηρεαζόταν έπειτα από την παρακολούθηση σχετικών εκπαιδευτικών σεμιναρίων (Meadors, 2008). Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα εκπαιδευτικά σεμινάρια συνέβαλλαν στην πληροφόρηση και επαγρύπνηση των εργαζομένων σχετικά με την κόπωση συμπόνιας, μειώνοντας παράλληλα το εργασιακό στρες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της μελέτης, όσοι επαγγελματίες υγείας βίωναν έντονο στρες στην προσωπική τους ζωή, το ίδιο βίωναν και στον εργασιακό χώρο, ενώ ταυτόχρονα παρατηρούνταν σε αυτούς υψηλά επίπεδα κόπωσης συμπόνιας.

Μια μελέτη των Robins et al. (2009), χρησιμοποιώντας τις κλίμακες «Interpersonal Reactivity Index» (IRI), «Spiritual Involvement Beliefs Scale» (SIBS), «Brief COPE» και «Compassion Satisfaction and Fatigue Test» (CSFT) σε 314 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε παιδιατρικό νοσοκομείο, έδειξε ότι το συνολικό δείγμα είχε καλά επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας, διέτρεχε πολύ μικρό κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση και μικρό κίνδυνο για κόπωσης συμπόνιας. Το 39% των συμμετεχόντων διέτρεχε μέτριο έως μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας, ενώ το 21% μέτριο έως μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η κόπωση συμπόνιας και η επαγγελματική εξουθένωση



σχετίζονταν με το επάγγελμα, τα έτη προϋπηρεσίας, το βαθμό ενσυναίσθησης και την ασάφεια των επαγγελματικών ορίων.

Οι Rossi et al. (2012) εκτίμησαν το επίπεδο κόπωσης συμπίονιας σε επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές ψυχικής υγείας στη Βερόνα της Ιταλίας. Τους συμμετέχοντες αποτελούσαν ψυχίατροι, ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί, νοσηλευτές και βοηθοί νοσηλευτών. Οι ψυχίατροι και οι κοινωνικοί λειτουργοί βρέθηκε να έχουν τα υψηλότερα επίπεδα κόπωσης συμπίονιας, σε σχέση με τις υπόλοιπες ειδικότητες.

### **2.1.2 Έρευνες με τη χρήση της Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής**

Μια μελέτη που έγινε σχετικά με την κόπωση συμπίονιας και την επαγγελματική εξουθένωση με τη χρήση της 'Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής' ProQOL (Professional Quality Of Life Scale) σε 20 νοσηλευτές παιδιατρικού τμήματος, που αντιμετώπιζαν παιδιά με χρόνια προβλήματα υγείας και τις οικογένειές τους (Maytum, 2004), εντόπισε ορισμένους παράγοντες κινδύνου, προσωπικούς και εργασιακούς, καθώς και τρόπους αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης και της κόπωσης συμπίονιας που ανέπτυξαν οι παραπάνω εργαζόμενοι. Ανάμεσα σε αυτούς τους παράγοντες ήταν ο φόρτος εργασίας και η έλλειψη υποστήριξης στον εργασιακό χώρο, η υπερβολική εμπλοκή των νοσηλευτών με τους ασθενείς και οι μη ρεαλιστικές προσδοκίες από τον εαυτό τους, ενώ μηχανισμό αντιμετώπισης αποτελούσαν, μεταξύ άλλων, η συναδελφική υποστηρικτική σχέση και η ανάπτυξη μιας «σχεδιασμένης προσέγγισης» σε ότι αφορά την κόπωση συμπίονιας.

Η Abendroth (2005) μελέτησε τον κίνδυνο κόπωσης συμπίονιας σε 216 νοσηλευτές που εργάζονται σε άσυλα στην Φλόριντα των Η.Π.Α, σε σχέση με τα δημογραφικά, ατομικά και επαγγελματικά τους χαρακτηριστικά, χρησιμοποιώντας την κλίμακα ProQOL Revision-III. Σύμφωνα με τα ευρήματα της έρευνας, το 78% του δείγματος διέτρεχε μέτριο έως υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπίονιας, με το 26% περίπου από αυτούς να βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο. Βρέθηκε σημαντικά θετική συσχέτιση της κόπωσης συμπίονιας με την επαγγελματική εξουθένωση ( $r=0.66$ ) και αρνητική

συσχέτιση με την ικανοποίηση συμπόνιας ( $r=-0.36$ ), ενώ αρνητική ήταν και η συσχέτιση της ικανοποίησης συμπόνιας με την επαγγελματική εξουθένωση ( $r=-0.53$ ). Η ηλικία και το κυκλικό ωράριο δε βρέθηκε να συσχετίζονται με τις παραπάνω έννοιες και γενικότερα τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά δε φάνηκε να έχουν ιδιαίτερη επίδραση στον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας. Αυτό υποδηλώνει ότι οι συγκεκριμένοι επαγγελματίες ενδεχομένως να είχαν αναπτύξει με το πέρασμα του χρόνου, τους δικούς τους μηχανισμούς άμυνας, προκειμένου να ανταπεξέλθουν στις καθημερινές εργασιακές απαιτήσεις. Χαρακτηριστικό είναι πως το 83% των νοσηλευτών που ήταν στην ομάδα υψηλού κινδύνου, δήλωσαν ότι θυσιάζαν τον εαυτό τους για την ικανοποίηση των άλλων. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με τις απαιτήσεις της ζωής, σχετίζεται άμεσα με την κόπωση συμπόνιας και την εξάντληση. Το στρες, η ανησυχία, οι απαιτήσεις της καθημερινότητας και η υπερβολική ενσυναίσθηση, είναι βασικοί παράγοντες κινδύνου της κόπωσης συμπόνιας (Abendroth & Flannery, 2006).

Μελέτη που πραγματοποιήθηκε σε 1121 επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται στον τομέα της ψυχικής υγείας (Sprang, 2007), για την ποιότητα στην επαγγελματική ζωή, έδειξε ότι οι γυναίκες είχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας, ενώ ο παράγοντας της επαγγελματικής πειθαρχίας έπαιζε σημαντικό ρόλο, με τους ψυχιάτρους να δηλώνουν υψηλότερα επίπεδα κόπωσης συμπόνιας, σε σχέση με συναδέλφους μη ιατρούς.

Σε μελέτη που διερευνούσε την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής με τη χρήση της κλίμακας ProQOL-IV, ανάμεσα σε προσωπικό διάφορων ειδικοτήτων που εργάζονται σε οργανισμούς προστασίας του παιδιού και της οικογένειας (Sprang 2011), φάνηκε οι άνδρες να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για κόπωση συμπόνιας και επαγγελματικής εξουθένωσης, σε σχέση με τις γυναίκες. Επιπλέον, στις μεγάλες ηλικίες παρατηρήθηκαν υψηλά επίπεδα κόπωσης συμπόνιας, ενώ οι εργαζόμενοι νεότερης ηλικίας δήλωναν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής κόπωσης. Τα παραπάνω φαινόμενα ήταν εντονότερα ανάμεσα σε κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους.

Οι Kalra et al. (2008), μελέτησαν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής 15 επαγγελματιών υγείας που φροντίζουν ασθενείς με διαβήτη με χρήση της κλίμακας ProQOL R-III. Σύμφωνα με τα ευρήματα της μελέτης, η

επαγγελματική εξουθένωση ήταν σε χαμηλά επίπεδα σε σχέση με άλλες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας, ενώ υψηλότερα επίπεδα κόπωσης συμπτώνας εμφάνιζαν οι γυναίκες. Η ικανοποίηση συμπτώνας ήταν μεγάλη για το 60% των συμμετεχόντων, ενώ δημογραφικά χαρακτηριστικά, όπως η ηλικία ή τα έτη προϋπηρεσίας στο αντικείμενο εργασίας, δε βρέθηκε να επηρεάζουν τα επίπεδα κόπωσης συμπτώνας και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σε έρευνα των Van Hook et al. (2009), μετρήθηκε η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής ανάμεσα στο προσωπικό που εργάζεται σε οργανισμούς προστασίας του παιδιού και της οικογένειας στη Φλόριντα των Η.Π.Α. Η ικανοποίηση συμπτώνας σχετίστηκε με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης συμπτώνας. Τα υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης συμπτώνας παρατηρήθηκαν στις νεότερες ηλικίες εργαζομένων, καθώς και σε όσους έρχονταν αντιμέτωποι με τις πιο δύσκολες υποθέσεις και τα πιο ευάλωτα περιστατικά των παιδιών και των οικογενειών τους. Ορισμένοι από τους τρόπους αντιμετώπισης των παραπάνω καταστάσεων, που ανέφεραν οι εργαζόμενοι, ήταν η σωματική άσκηση και η αξιοποίηση του χρόνου με την οικογένεια.

Σύμφωνα με μια μελέτη για την εκτίμηση της κόπωσης συμπτώνας ανάμεσα σε νοσηλευτές που παρέχουν κατ' οίκον φροντίδα και σε νοσηλευτές που απασχολούνται σε νοσηλευτικά ιδρύματα (Yoder, 2010), παράγοντες που επηρέαζαν το βαθμό κόπωσης συμπτώνας αποτελούσαν το ωράριο εργασίας, τα χρόνια προϋπηρεσίας και το αντικείμενο εργασίας. Αξιοσημείωτο είναι ότι το 50% των συμμετεχόντων διέτρεχαν κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπτώνας.

Σε έρευνα των Huggard και Dixon (2011), που πραγματοποιήθηκε σε 253 ειδικευμένους γιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων στη Νέα Ζηλανδία, χρησιμοποιώντας την κλίμακα ProQOL - version 3, βρέθηκε ότι ένας στους έξι επαγγελματίες φαίνεται να βρίσκονται σε κίνδυνο για την εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες και ένας στους πέντε κινδυνεύει από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η ικανοποίηση συμπτώνας φαίνεται να είναι σε χαμηλά επίπεδα, ενώ δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στις παραπάνω παραμέτρους και τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Σε έρευνα σχετικά με την επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές (Μαγγούλια, 2011), χρησιμοποιήθηκε μεταξύ άλλων και η κλίμακα ProQOL-IV. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι η κόπωση συμπτώνας διέφερε σημαντικά ανάλογα με το επίπεδο εκπαίδευσης και την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, ενώ θετική ήταν και η συσχέτιση με τον αριθμό παιδιών. Συγκεκριμένα, σε μεγαλύτερο κίνδυνο βρέθηκε να είναι οι παντρεμένοι σε σχέση με τους άγαμους και τους διαζευγμένους, ενώ σε μικρότερο κίνδυνο οι νοσηλευτές ΠΕ σε σχέση με τους ΔΕ και τους ΤΕ. Επίσης η κόπωση συμπτώνας σχετίστηκε με το γυναικείο φύλο, τα έτη προϋπηρεσίας και την επιλογή τμήματος. Οι νοσηλευτές που εργάζονται σε ΜΕΘ διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο για δευτερογενές τραυματικό στρες σε σχέση με τους νοσηλευτές που εργάζονται σε Ψυχιατρικές Κλινικές, ενώ σημαντικό παράγοντα αποτελούσε η επιθυμία τους να φύγουν από το συγκεκριμένο τμήμα ή νοσοκομείο.

Σε μελέτη των Ray et al. (2013), εκτιμήθηκε η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής 169 επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται στον τομέα της ψυχικής υγείας. Για το σκοπό αυτό χρησιμοποιήθηκε μεταξύ άλλων και η κλίμακα ProQOL-IV. Βρέθηκε ότι τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπτώνας μειώνουν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ χαμηλά επίπεδα κόπωσης συμπτώνας σχετίζονται με μικρό βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες ψυχικής υγείας.

Σε πρόσφατη έρευνα με συμμετέχοντες 78 επαγγελματίες υγείας που εργάζονταν σε δομές προστασίας νέων με νοητική στέρση (Baniawicz, 2015), εκτιμήθηκε η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής με τη χρήση της κλίμακας ProQOLR-V και της Brief COPE. Όσοι από τους εργαζόμενους είχαν αναπτύξει μηχανισμούς άμυνας για να αντιμετωπίσουν στρεσογόνους παράγοντες στον εργασιακό χώρο, είχαν λιγότερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης και σημείωναν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης συμπτώνας, σε σχέση με συναδέλφους που δεν είχαν αναπτύξει τρόπους αντιμετώπισης. Η αποτελεσματική εποπτεία στην εργασία σχετίστηκε με χαμηλότερα επίπεδα τόσο επαγγελματικής εξουθένωσης, όσο και κόπωσης συμπτώνας.

Οι Hunsaker et al. (2015), διερεύνησαν την ποιότητα επαγγελματικής ζωής, καθώς και πιθανούς δημογραφικούς και εργασιακούς παράγοντες που

ενδέχεται να επιδρούν στην εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας, επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης συμπόνιας σε ένα δείγμα 1000 νοσηλευτών που εργάζονταν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών, χρησιμοποιώντας την κλίμακα ProQOL R-V. Παρατηρήθηκαν στους συμμετέχοντες χαμηλά έως μέτρια επίπεδα κόπωσης συμπόνιας και επαγγελματικής εξουθένωσης και γενικότερα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπόνιας. Επιπλέον, η έλλειψη υποστήριξης από τη διεύθυνση αποτελούσε σημαντικό παράγοντα κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωσης συμπόνιας.

## **2.2 Έρευνες σε ειδικούς παιδαγωγούς**

### **2.2.1 Έρευνες με τη χρήση άλλων εργαλείων μέτρησης**

Σε έρευνα όπου συμμετείχαν 132 δάσκαλοι Ειδικής αγωγής (Eichinger, 2000), εξετάστηκε το επαγγελματικό άγχος και ο βαθμός ικανοποίησης από την εργασία, σε σχέση με το φύλο και τους κοινωνικούς ρόλους που υιοθετούνται από το κάθε άτομο. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι γυναίκες ειδικοί παιδαγωγοί με ένα ισορροπημένο κοινωνικό προσανατολισμό, είχαν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και βίωναν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους, συγκριτικά με άλλες συναδέλφους με αδιαφοροποίητους κοινωνικούς ρόλους. Επίσης, ο ισορροπημένος κοινωνικός προσανατολισμός σχετίστηκε με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία και στους άνδρες ειδικούς παιδαγωγούς.

Μελέτη σχετικά με την ικανοποίηση από την εργασία μεταξύ εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής (Sari, 2004), έδειξε ότι οι παραπάνω εκπαιδευτικοί με μεγαλύτερη εμπειρία εμφάνιζαν υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης και χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης. Επίσης, οι εκπαιδευτικοί που υποστηρίζουν παιδιά με νοητική στέρηση ή σωματική αναπηρία έχουν χαμηλότερα επίπεδα κόπωσης συμπόνιας, σε σχέση με άλλους συναδέλφους.

Μια ποιοτική έρευνα (Hoffman, 2007) σχετικά με την κόπωση συμπόνιας ανάμεσα σε ειδικούς παιδαγωγούς δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης, ανέδειξε ορισμένα κοινά σημεία που χαρακτήριζαν την εμφάνιση κόπωσης συμπόνιας στους εκπαιδευτικούς. Αυτά ήταν μια αίσθηση απώλειας ελέγχου στη σχολική

τάξη, η αίσθηση της μεγαλύτερης ευθύνης απέναντι στη δουλειά τους απ' ότι απέναντι στην προσωπική τους ευημερία και η υπέρμετρη συμπόνια απέναντι στους μαθητές τους.

Μελέτη που διερευνούσε την επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης Γενικής και Ειδικής Αγωγής (Kalyva et al., 2007), διαπίστωσε ότι οι ειδικοί παιδαγωγοί αισθάνονταν λιγότερο επαγγελματικά εξουθενωμένοι, σε σχέση με τους υπόλοιπους συναδέλφους τους, ενώ το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης δε φαίνεται να σχετίζεται με το φύλο, την ηλικία ή τα έτη προϋπηρεσίας.

Οι Platsidou και Agaliotis (2008), διερεύνησαν τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης και του στρες σε 127 δασκάλους Ειδικής αγωγής με τη χρήση των εργαλείων «the Maslach Burnout Inventory», «the Employee Satisfaction Inventory» και «the Inventory of Job related Stress Factors» (εργαλείο που δημιουργήθηκε για τις ανάγκες της έρευνας). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες σημείωσαν μέτρια με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, με τους μεγαλύτερους ηλικιακά και τους έγγαμους να εμφανίζουν μικρότερα επίπεδα σε σχέση με άλλους συναδέλφους. Δε βρέθηκε σημαντική διαφορά στο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης ως προς το φύλο και την επαγγελματική εμπειρία. Σχετικά υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης σημείωσαν οι εκπαιδευτικοί σε τομείς όπως η φύση της εργασίας τους, η οργάνωση και η διεύθυνση του σχολείου, ενώ μέτρια ικανοποίηση σημειώθηκε σε ότι αφορά την αμοιβή και τις προοπτικές επαγγελματικής εξέλιξης. Η έρευνα έδειξε ότι το επαγγελματικό άγχος βρισκόταν σε μέτρια προς χαμηλά επίπεδα. Οι παράγοντες που σχετίζονταν με το επαγγελματικό στρες ήταν η διδασκαλία σε τμήματα μαθητών με διαφορετικές εκπαιδευτικές ανάγκες (ανομοιογενή τμήματα), η αξιολόγηση των μαθητών, η συνεργασία με άλλους συναδέλφους, ειδικούς ή γονείς και η οργάνωση του προγράμματος.

Σε μελέτη που εξέταζε το επαγγελματικό άγχος των ειδικών παιδαγωγών στα ελληνικά σχολεία (Kokkinos & Davatzoglou, 2009), 373 εκπαιδευτικοί συμπλήρωσαν ερωτηματολόγιο το οποίο κατασκευάστηκε για τις ανάγκες της έρευνας (Special Education Sources of Stress Inventory). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι εμφανίζουν μεσαία επίπεδα επαγγελματικού άγχους, ενώ μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα αυτό να εμφανιστεί στους νεότερους, έγγαμους

εκπαιδευτικούς με επαγγελματική εμπειρία στην Ειδική Αγωγή έως 5 έτη. Παράγοντες που επιδεινώνουν την κατάσταση αφορούσαν κυρίως στην έλλειψη υποστήριξης από τους συναδέλφους και τους ανωτέρους, καθώς και στη μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τους μαθητές. Το μεγαλύτερο άγχος των ειδικών παιδαγωγών φαίνεται να συνδέεται με τη διδασκαλία παιδιών με αυτισμό, και ακολουθούν οι μαθητές με δυσκολίες συμπεριφοράς, ΔΕΠ-Υ, συναισθηματικές δυσκολίες, με νοητική στέρηση, με προβλήματα όρασης, λόγου και τέλος με προβλήματα ακοής.

Οι Antoniou et al. (2009), διερεύνησαν τους παράγοντες που προκαλούν επαγγελματικό στρες σε Έλληνες ειδικούς παιδαγωγούς, καθώς και τις στρατηγικές αντιμετώπισής τους. Στη μελέτη συμμετείχαν 158 δάσκαλοι Ειδικής αγωγής και χρησιμοποιήθηκε ένα ερωτηματολόγιο κατασκευασμένο για τις ανάγκες της συγκεκριμένης έρευνας και το «Occupational Stress Indicator» (OSI). Οι σημαντικότεροι στρεσογόνοι παράγοντες για τους ειδικούς παιδαγωγούς ήταν η έλλειψη πόρων και εξοπλισμού, η έλλειψη κρατικής υποστήριξης γενικότερα, η πίεση χρόνου και οι αυξημένες ευθύνες για την εκπαίδευση των μαθητών. Αναφέρθηκαν από τους εκπαιδευτικούς κυρίως στρατηγικές κοινωνικής στήριξης, με τις γυναίκες να χρησιμοποιούν τις παραπάνω στρατηγικές συχνότερα από τους άνδρες συναδέλφους τους. Σύμφωνα με τους ερευνητές, αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι γυναίκες δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην οικοδόμηση σταθερών ανθρώπινων σχέσεων.

Οι Adeniyi et al. (2010) διερεύνησαν τους παράγοντες που προκαλούν επαγγελματικό άγχος σε δασκάλους Ειδικής Αγωγής στη Νιγηρία, με τη χρήση του εργαλείου “Job Stress Inventory”. Στην έρευνα συμμετείχαν 50 ειδικοί παιδαγωγοί που δίδασκαν σε Ειδικά σχολεία και τμήματα ένταξης. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι, παράγοντες που επιδεινώνουν το επαγγελματικό άγχος είναι ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη υποστήριξης από την πολιτεία, ο μεγάλος αριθμός παιδιών ανά τμήμα, το ανεπαρκές διδακτικό υλικό και η φύση της αναπηρίας των μαθητών, με τις περιπτώσεις πολλαπλής ή βαριάς αναπηρίας να προκαλούν το μεγαλύτερο άγχος.

Οι Palladino και Davis (2011), διεξάγοντας μια ποιοτική έρευνα, εκτίμησαν το βαθμό κόπωσης συμπόνιας σε καθηγητές Ειδικής αγωγής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι παράγοντες, που συμβάλουν

στη μείωση των επιπέδων κόπωσης συμπίονιας, είναι η προηγούμενη εργασιακή εμπειρία και το υποστηρικτικό περιβάλλον μεταξύ συναδέλφων αλλά και ανωτέρων. Ο φόρτος εργασίας σε ότι αφορά διοικητικά καθήκοντα των εκπαιδευτικών και η έλλειψη επιπλέον επαγγελματικής κατάρτισης πάνω σε ζητήματα Ειδικής αγωγής φαίνεται να αυξάνουν το βαθμό κόπωσης συμπίονιας ανάμεσα στους εκπαιδευτικούς.

Μια μελέτη όπου εξετάζονταν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης ανάμεσα σε ειδικούς παιδαγωγούς, καθώς και κοινωνικοί παράγοντες που συμβάλλουν στη μείωση του φαινομένου (Bataineh, 2012), συμμετείχαν 300 δάσκαλοι Ειδικής αγωγής. Από την έρευνα προέκυψε ότι παράγοντες όπως το υποστηρικτικό οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον, αλλά και η πραγματοποίηση προσωπικών προσδοκιών, συνέβαλαν στη μείωση του βαθμού επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων. Δε βρέθηκε κάποια συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του φύλου, της οικογενειακής κατάστασης, της ηλικίας και της εργασιακής εμπειρίας.

Σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση εκπαιδευτικών Ειδικής Αγωγής, έρευνα έδειξε ότι η αύξηση της επαγγελματικής εμπειρίας σχετιζόταν με μείωση των επιπέδων συναισθηματικής εξάντλησης (Zarafshan, 2013), ενώ εντονότερη συναισθηματική εξάντληση δήλωσαν οι εκπαιδευτικοί μαθητών με αυτισμό, σε σχέση με όσους ασχολούνταν με μαθητές με κώφωση ή νοητική στέρηση.

Σε μελέτη σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση ειδικών παιδαγωγών αλλά και άλλων ειδικοτήτων, όπως ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και φροντιστών παιδιών με αναπηρίες και μαθησιακές δυσκολίες, στο σχολικό πλαίσιο (Koenig, 2014), οι συμμετέχοντες παρακολούθησαν μια σειρά σεμιναρίων για την κόπωση συμπίονιας και την επαγγελματική εξουθένωση καθώς και τους τρόπους διαχείρισής τους. Κατά τη διάρκεια της έρευνας, συμπληρώθηκαν ερωτηματολόγια πριν, αμέσως μετά τα επιμορφωτικά σεμινάρια και 6 μήνες αργότερα, με σκοπό να διερευνηθούν τα βραχυπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα οφέλη από την παρακολούθησή τους. Τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν ήταν το “the Maslach Burnout Inventory-Educators Survey” (MBI-ES) και το “the Secondary Traumatic Stress Scale” (STSS) για την επαγγελματική εξουθένωση και την κόπωση συμπίονιας αντίστοιχα καθώς και το “Ways of Coping questionnaire”. Τα



αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι συμμετέχοντες, έπειτα από την επιμόρφωσή τους, υιοθέτησαν θετικές συμπεριφορές και στάσεις στη ζωή τους. Επιπλέον, υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίστηκαν με υψηλά επίπεδα κόπωσης συμπόνιας, ενώ η ηλικία και τα έτη προϋπηρεσίας δε βρέθηκε να σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση.

### **2.2.2 Έρευνες με τη χρήση της Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής**

Σε μελέτη όπου συμμετείχαν εκπαιδευτικοί ειδικής αγωγής που εργάζονταν με αυτιστικά παιδιά ηλικίας 2 έως 6 ετών (Morgan, 2006), εκτιμήθηκε η ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής με τη χρήση της κλίμακας The Professional Quality of Life – III. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι συμμετέχοντες με τα περισσότερα έτη προϋπηρεσίας στο χώρο της Ειδικής αγωγής, διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης σε σχέση με άλλους συναδέλφους. Επιπλέον, βρέθηκε να σχετίζεται αρνητικά η ικανοποίηση συμπόνιας με την επαγγελματική εξουθένωση, καθώς ο υψηλός βαθμός ικανοποίησης συμπόνιας μείωνε τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Μια μελέτη διερεύνησε τη σχέση μεταξύ της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής, της συναισθηματικής νοημοσύνης και της ικανοποίησης από τη ζωή σε 208 ειδικούς παιδαγωγούς και άλλες ειδικότητες που φροντίζουν παιδιά με αναπηρίες στο σχολικό πλαίσιο (Ανδρεάδου, 2014). Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν τα ερευνητικά εργαλεία «The Professional Quality of Life» (Stamm, 2009), «η Κλίμακα Ικανοποίησης από τη ζωή» (Diener et al., 1985) και το «Trait Emotional Intelligence Questionnaire–Short Form» (Petrides & Furnham, 2003). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η οικογενειακή κατάσταση, το είδος του σχολικού πλαισίου, η σχέση εργασίας, η φύση της αναπηρίας των μαθητών, ο αριθμός των μαθητών και τα χρόνια προϋπηρεσίας φαίνεται να επηρεάζουν την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες. Συγκεκριμένα, χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσίαζαν οι εργαζόμενοι με παιδιά, σε σχέση με όσους δεν είχαν παιδιά. Επίσης, οι εργαζόμενοι σε Ειδικά νηπιαγωγεία και Ειδικά δημοτικά σχολεία

εμφάνιζαν μικρότερο βαθμό δευτερογενούς τραυματικού στρες, σε σχέση με συναδέλφους τους που απασχολούνταν σε Ειδικές σχολικές μονάδες δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης. Ανάλογο φαινόμενο παρατηρήθηκε ανάμεσα σε αναπληρωτές και μόνιμους, με τους τελευταίους να εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, το υψηλό επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης και δευτερογενούς τραυματικού στρες συνδέθηκε με τα περισσότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας. Έντονη τάση για δευτερογενές τραυματικό άγχος παρατηρήθηκε σε εργαζόμενους που φρόντιζαν παιδιά με νοητική στέρση και πολλαπλές αναπηρίες, ενώ ο μεγάλος αριθμός παιδιών που αναλογούσε ανά εργαζόμενο οδηγούσε σε μεγαλύτερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μελέτης (Αλβανού, 2014), στην οποία έγινε σύγκριση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής ανάμεσα σε εκπαιδευτικούς Γενικής και Ειδικής Αγωγής, οι εκπαιδευτικοί Ειδικής Αγωγής βιώνουν λιγότερο συχνά δευτερογενές τραυματικό στρες και επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους υπόλοιπους συναδέλφους, ενώ λαμβάνουν πιο συχνά ικανοποίηση από την εργασία τους.

### **2.3 Συμπεράσματα μελετών**

Συμπερασματικά, στις παραπάνω έρευνες εξετάστηκαν σε επαγγελματίες υγείας και ειδικούς παιδαγωγούς πολλοί παράγοντες και χαρακτηριστικά σε σχέση με παραμέτρους, οι οποίες πλαισιώνουν την έννοια της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής. Το φύλο βρέθηκε να σχετίζεται την κόπωση συμπόνιας, με τις γυναίκες να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τόσο ανάμεσα σε επαγγελματίες υγείας, όσο και σε εκπαιδευτικούς. Επίσης, η δυσκολία των περιστατικών ή η φύση της αναπηρίας των παιδιών, καθώς και η εργασιακή εμπειρία φάνηκε να σχετίζεται με την κόπωση συμπόνιας και την επαγγελματική εξουθένωση. Οι πιο έμπειροι εργαζόμενοι και όσοι καλούνταν να αντιμετωπίσουν παιδιά με πολλαπλές αναπηρίες ή νοητική στέρση και περιστατικά με διαταραχές συμπεριφοράς διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης των παραπάνω αρνητικών χαρακτηριστικών για την ποιότητα επαγγελματικής ζωής. Κυριότεροι παράγοντες κινδύνου που αναδείχτηκαν από τις μελέτες ήταν ο φόρτος εργασίας, η έλλειψη υποστήριξης στο

εργασιακό περιβάλλον και οι συναδελφικές συγκρούσεις. Τέλος, οι περισσότερες έρευνες διαπίστωσαν ότι η ικανοποίηση συμπόνιας δρα προστατευτικά απέναντι στον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

### 3. Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής

Η ανάγκη για την εκτίμηση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής οδήγησε τους ερευνητές στη δημιουργία ερευνητικών εργαλείων που αξιολογούν είτε την επαγγελματική ικανοποίηση, είτε την επαγγελματική εξουθένωση, ή την κόπωση συμπόνιας και το επαγγελματικό άγχος. Μερικά από τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν σε ειδικούς παιδαγωγούς ή επαγγελματίες υγείας περιγράφονται εν συντομία παρακάτω προκειμένου να είναι ευκολότερη και πιο δόκιμη η σύγκριση των αποτελεσμάτων μεταξύ διαφορετικών ερευνών.

#### 3.1 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής σε ειδικούς παιδαγωγούς

Το Special Education Stress Index (Heifetz & Coleman, 1984) είναι ένα εργαλείο που σκοπό έχει τον εντοπισμό πιθανών στρεσογόνων παραγόντων, όσων εκπαιδευτικών εργάζονται σε δομές Ειδικής Αγωγής. Αποτελείται από 43 ερωτήσεις που αναφέρονται σε παράγοντες, όπως οι συναδελφικές σχέσεις, η γραφειοκρατία και η συνεργασία και ανατροφοδότηση των εκπαιδευτικών από τους γονείς. Υπάρχει μια 7-βαθμη κλίμακα βαθμολόγησης, η οποία κυμαίνεται από το 1 «καθόλου πηγή άγχους» έως το 7 «σημαντική πηγή άγχους». Ένας συνολικός δείκτης άγχους προκύπτει, ανάλογα με τη μέση βαθμολογία από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων (Eichinger, 2000).

Το Special Education Satisfaction Index των Heifetz & Coleman (1984) είναι ένα εργαλείο μέτρησης των πιθανών πηγών επαγγελματικής ικανοποίησης των ειδικών παιδαγωγών. Αποτελείται από 44 ερωτήματα, τα οποία έχουν να κάνουν με παράγοντες όπως η αναγνώριση και εκτίμηση των γονέων ή τα κίνητρα για τους μαθητές, με μια 7-βαθμη κλίμακα, που κυμαίνεται από το 1 «καθόλου πηγή ικανοποίησης», έως το 7 «σημαντική πηγή ικανοποίησης». Από μια μέση βαθμολογία εκτιμάται το επίπεδο της ικανοποίησης από την εργασία (Eichinger, 2000).

Το Quality of Working Life Systemic Inventory (Martel & Dupuis, 2006) είναι ένα εργαλείο με το οποίο οι εκπαιδευτικοί καλούνται να αξιολογήσουν την ποιότητα της επαγγελματικής τους ζωής και να εκτιμήσουν κατά πόσο

υπάρχουν προοπτικές για αλλαγή ή βελτίωση της παρούσας κατάστασης. Αποτελείται από 34 ερωτήματα, με τα οποία εξετάζονται διάφορες διαστάσεις της εργασίας, όπως η φύση της εργασίας, η ψυχολογική της διάσταση και το οργανωτικό της πλαίσιο. Οι απαντήσεις δίνονται με μια 7-βαθμη κλίμακα, που εκτίνεται από το 1 «ζωτικής σημασίας» έως το 7 «ασήμαντο».

Το Minnesota Satisfaction Questionnaire Short Form (Weiss, Davis, England & Lofquist, 1967), αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης των ειδικών παιδαγωγών και γενικότερα των εκπαιδευτικών. Το ερωτηματολόγιο εκτιμά τρεις πτυχές της επαγγελματικής ικανοποίησης: α) την εγγενή ικανοποίηση, που έχει να κάνει με την αναγνώριση του εκπαιδευτικού έργου και τις ευκαιρίες για επαγγελματική εξέλιξη, β) την εξωγενή ικανοποίηση, που αφορά τις συνθήκες εργασίας, τις συναδελφικές σχέσεις, τις αποδοχές και την υλικοτεχνική υποδομή και υποστήριξη και γ) τη γενική ικανοποίηση, δηλαδή μια συνολική εκτίμηση για τους παραπάνω παράγοντες (Strydom, Nortje, Beukes, Esterhuysen & Westhuizen, 2012). Πρόκειται για ένα ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων. Οι απαντήσεις δίδονται με τη χρήση μιας 5-βαθμης κλίμακας τύπου Likert, που κυμαίνεται από το 1 «πολύ δυσαρεστημένος» έως το 5 «πολύ ικανοποιημένος». Μια συνολικά υψηλή βαθμολογία αντιστοιχεί σε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, ενώ μια συνολικά χαμηλή βαθμολογία σημαίνει λιγότερη ικανοποίηση.

Το εργαλείο Special Educators' Sources of Stress Inventory (Kokkinos & Davazoglou, 2009) μετρά τα επίπεδα επαγγελματικού άγχους σε εκπαιδευτικούς Ειδικής αγωγής. Αποτελείται από 72 στοιχεία, τα οποία αναφέρονται σε στρεσογόνους παράγοντες που αντιμετωπίζουν οι ειδικοί παιδαγωγοί στο χώρο εργασίας τους. Πρόκειται για παράγοντες, όπως για παράδειγμα, η πίεση για καλύτερη απόδοση, η αλληλεπίδραση με τους συναδέλφους και τους γονείς των μαθητών και ο φόρτος εργασίας. Οι απαντήσεις δίνονται σε μια 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert, η οποία εκτίνεται από το 1 «καθόλου άγχος» έως το 5 «υπερβολικό άγχος».

### 3.2 Εργαλεία μέτρησης της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής σε επαγγελματίες υγείας

Το Job Satisfaction Survey (Spector 1985) μετρούσε αρχικά την ικανοποίηση από την εργασία σε εργαζομένους που δραστηριοποιούνται στο χώρο των κοινωνικών υπηρεσιών. Ωστόσο, αργότερα χρησιμοποιήθηκε και σε άλλους επαγγελματίες. Με το συγκεκριμένο εργαλείο εκτιμώνται παράμετροι όπως, η ικανοποίηση από τις οικονομικές απολαβές, τις επιπλέον αμοιβές, τα προνόμια, τις συναδελφικές σχέσεις, την εποπτεία, τη φύση της εργασίας και την επικοινωνία. Οι απαντήσεις δίδονται σε μια 6- βαθμη κλίμακα τύπου Likert, που εκτείνεται από το 1 «διαφωνώ πάρα πολύ» έως το 6 «συμφωνώ πάρα πολύ».

Ένα δημοφιλές ερευνητικό εργαλείο αποτελεί το Maslach Burnout Inventory (Maslach & Jackson, 1981). Έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές μελέτες και εκτιμά τη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και του δευτερογενούς τραυματικού στρες. Απευθύνεται σε όλες τις ειδικότητες εργαζομένων στο χώρο των κοινωνικών υπηρεσιών και της υγειονομικής περίθαλψης. Αποτελείται από 3 υποκλίμακες:

α) τη συναισθηματική εξάντληση, που αφορά στα συναισθήματα που βιώνει κανείς, λόγω της εξάντλησης στην εργασία,

β) την αποπροσωποποίηση που έχει επίσης να κάνει με συναισθηματικές αντιδράσεις και

γ) την προσωπική επίτευξη, που αναφέρεται σε συναισθήματα σχετικά με τις ικανότητες του εργαζόμενου και τις επιτυχίες του στην εργασία. Χρησιμοποιείται μια 7-βαθμη κλίμακα τύπου Likert, που εκτείνεται από το 0 «ποτέ» έως το 6 «κάθε μέρα». Σε ό,τι αφορά τις υποκλίμακες της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης, το υψηλότερο σκορ αντιστοιχεί σε υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ χαμηλότερο σκορ στην υποκλίμακα της προσωπικής επίτευξης αντιστοιχεί σε υψηλότερο βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης. Μια άλλη έκδοση του εργαλείου, το Maslach Burnout Inventory – Educators Survey, απευθύνεται σε εκπαιδευτικούς (Maslach et al., 2001).

Το εργαλείο Compassion Fatigue Self Test (CFST) εκτιμά την κόπωση συμπόνιας και την επαγγελματική εξουθένωση σε επαγγελματίες που

παρέχουν βοήθεια σε ανθρώπους που υποφέρουν (Figley, 1995). Αποτελείται από 40 ερωτήσεις, 23 από τις οποίες αφορούν την μέτρηση της κόπωσης συμπίονιας και 17 ερωτήσεις αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση. Οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert που εκτείνεται από το 1 «σπάνια / ποτέ» έως το 5 «πολύ συχνά». Σε ό,τι αφορά την εκτίμηση της κάθε υποκλίμακας, όσο μεγαλύτερη είναι η συνολική βαθμολογία, τόσο αυξάνεται ο κίνδυνος εμφάνισης κόπωσης συμπίονιας και επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το Secondary Traumatic Stress Scale αποτελεί ένα σχετικά καινούριο εργαλείο εκτίμησης των συμπτωμάτων του δευτερογενούς τραυματικού άγχους και χρησιμοποιήθηκε σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, οι οποίοι έρχονται αντιμέτωποι με τις τραυματικές εμπειρίες των ασθενών τους (Bride, Robinson, Yegidis & Figley, 2004). Αποτελείται από 17 ερωτήματα και εκτιμάει τρεις υποκλίμακες: την εισβολή (intrusion), την αποφυγή (avoidance) και τη διέγερση (arousal). Οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert που εκτείνεται από το 1 «ποτέ» έως το 5 «πολύ συχνά». Με το άθροισμα των απαντήσεων προκύπτει μια βαθμολογία και κάθε υποκλίμακα ξεχωριστά, καθώς επίσης και μια συνολική βαθμολογία.

Το Copenhagen Burnout Inventory (Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, 2005) αποτελεί ερευνητικό εργαλείο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά σε επαγγελματίες που εργάζονται σε κοινωνικές υπηρεσίες (PUMA cohort study). Το εργαλείο αυτό εξετάζει τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης: την προσωπική εξουθένωση (personal burnout), τη σχετιζόμενη με την εργασία (work-related burnout) και την εξουθένωση που είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης με τους πελάτες – ασθενείς (client-related burnout). Αποτελείται από 19 ερωτήσεις και οι απαντήσεις δίνονται σε 5-βαθμη κλίμακα τύπου Likert, που εκτείνεται από το 0 «ποτέ ή σε πολύ χαμηλό βαθμό» έως το 4 «πάντα ή σε πολύ υψηλό βαθμό». Μια υψηλή βαθμολογία σημαίνει υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

## **4. Μεθοδολογία**

### **4.1 Σκοπός και στόχοι**

Σκοπός της μελέτης ήταν η διερεύνηση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής του ειδικού βοηθητικού και ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού που δραστηριοποιείται σε δομές Ειδικής αγωγής στην Κρήτη. Οι επιμέρους στόχοι της μελέτης ήταν: α) να προσδιοριστούν τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του ειδικού εκπαιδευτικού και βοηθητικού προσωπικού που δραστηριοποιείται στις σχετικές δομές στην Κρήτη και β) να εκτιμηθεί ο βαθμός ικανοποίησης συμπόνιας, ο βαθμός κινδύνου για δευτερογενές τραυματικό στρες και ο βαθμός κινδύνου για επαγγελματική εξουθένωση, σε σχέση με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.

### **4.2 Πληθυσμός της μελέτης – κριτήρια εισόδου**

Πληθυσμός - στόχος της έρευνας ήταν το σύνολο του Ειδικού Βοηθητικού και Ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού, μονίμων και αναπληρωτών, που απασχολήθηκε σε σχολικές μονάδες Ειδικής Αγωγής στην Κρήτη κατά το σχολικό έτος 2015-2016. Συνολικά διανεμήθηκαν 140 ερωτηματολόγια, από τα οποία επιστράφηκαν τα 108 (ποσοστό ανταπόκρισης 77,15%). Τα κριτήρια συμμετοχής στην έρευνα ήταν τα εξής:

α) το Ειδικό βοηθητικό και εκπαιδευτικό προσωπικό να εργάζεται σε σχολικές μονάδες Ειδικής Αγωγής της Κρήτης και να κατέχει θέση μόνιμου ή αναπληρωτή,

β) η προϋπηρεσία τους σε ανάλογη θέση να είναι τουλάχιστον εξάμηνης διάρκειας, ώστε να θεωρείται ότι έχει αποκτηθεί μια ελάχιστη εργασιακή εμπειρία στο συγκεκριμένο πλαίσιο.



### 4.3 Μέθοδος συλλογής δεδομένων

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε σε όλα τα Ειδικά Νηπιαγωγεία, Ειδικά Δημοτικά σχολεία, Ειδικά Γυμνάσια, Ειδικά ΕΠΑΛ και ΕΕΕΕΚ των νομών Χανίων, Ρεθύμνου, Ηρακλείου και Λασιθίου, όπου εργαζόταν Ειδικό βοηθητικό και Ειδικό εκπαιδευτικό προσωπικό. Η διανομή πραγματοποιήθηκε από την ίδια την ερευνήτρια, έπειτα από ενημέρωση των διευθυντών ή προϊσταμένων των σχολικών μονάδων σχετικά με το σκοπό της μελέτης και τη διαδικασία συλλογής δεδομένων, ενώ ορίστηκε διάστημα 15 ημερών ως ανώτατο όριο για τη συμπλήρωσή τους. Στο διάστημα αυτό η ερευνήτρια επικοινωνούσε τηλεφωνικά με τους διευθυντές των σχολικών μονάδων και επισκεπτόταν τα σχολεία για τη συλλογή των ερωτηματολογίων. Η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε κατά τους μήνες Φεβρουάριο – Μάρτιο 2016.

### 4.4 Εργαλεία συλλογής δεδομένων

#### 4.4.1 Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών

Το ερωτηματολόγιο δημογραφικών και επαγγελματικών χαρακτηριστικών περιελάμβανε 10 ερωτήσεις κλειστού τύπου. Πρόκειται για ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής ή ερωτήσεις ποσοτικών μεταβλητών όπως, για παράδειγμα, ηλικία ή έτη προϋπηρεσίας. Οι πέντε πρώτες ερωτήσεις αφορούσαν δημογραφικά στοιχεία και συγκεκριμένα το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το αν έχουν αποκτηθεί παιδιά και το μορφωτικό επίπεδο. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις αφορούσαν τα επαγγελματικά χαρακτηριστικά όπως, η ειδικότητα των εργαζομένων, η σχέση εργασίας, τα χρόνια προϋπηρεσίας στην Ειδική αγωγή, ο αριθμός και το είδος της αναπηρίας των παιδιών που υποστηρίζουν καθημερινά. Στο τέλος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να διατυπώσουν τις δικές τους προτάσεις σχετικά με τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν στα παιδιά με αναπηρία.

#### 4.4.2 Η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL R-IV)

Η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (Professional Quality of Life Scale – ProQOL R-IV, Stamm, 2005) αποτελεί το πιο συχνά χρησιμοποιημένο εργαλείο μέτρησης των θετικών και αρνητικών επιδράσεων σε επαγγελματίες, οι οποίοι έχουν να αντιμετωπίσουν ανθρώπους που έχουν βιώσει τραυματικά γεγονότα. Πρόκειται για την αναθεώρηση της παλαιότερης Κλίμακας Κόπωσης Συμπόνιας (Compassion Fatigue Self Test), η οποία είχε αναπτυχθεί από τον Figley στα τέλη της δεκαετίας του 1980, οπότε και άρχισε η συνεργασία του με τη Stamm. Το 1993 η Stamm εισήγαγε την έννοια της «ικανοποίησης συμπόνιας» και το εργαλείο μετονομάστηκε σε Compassion Satisfaction and Fatigue Test (CSFT, Stamm & Figley, 1996). Στα τέλη της δεκαετίας του 1990, έπειτα από κοινή συμφωνία των δύο ερευνητών, το εργαλείο πήρε την ονομασία που διατηρεί μέχρι και σήμερα. Η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (5<sup>η</sup> έκδοση 2009) αποτελείται από τρεις υποκλίμακες: την Ικανοποίηση Συμπόνιας, την Επαγγελματική Εξουθένωση και την Κόπωση Συμπόνιας. Κάθε υποκλίμακα είναι μοναδική και για κάθε μια αποδίδεται ένα ξεχωριστό σκορ. Η κλίμακα έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές ειδικότητες επαγγελματιών, από επαγγελματίες υγείας, εκπαιδευτικούς, εργαζόμενους σε ανθρωπιστικές οργανώσεις μέχρι και διοικητικούς υπαλλήλους.

Η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής, καθώς και οι προηγούμενες εκδόσεις της, έχουν χρησιμοποιηθεί σε περισσότερες από 30 χώρες στον κόσμο και έχουν μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες, μεταξύ των οποίων και η ελληνική (Μαγγούλια, 2011; Ανδρεάδου, 2014; Αλβανού, 2014). Η αγγλική του εκδοχή, καθώς και οι μεταφράσεις σε άλλες 20 γλώσσες, διατίθεται στο διαδίκτυο στη διεύθυνση [www.proqol.org](http://www.proqol.org), ενώ η έγκριση για τη χρήση του δίδεται εφόσον γίνεται αναφορά στο όνομα της δημιουργού και οι ερωτήσεις δεν έχουν αλλοιωθεί. Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε η ελληνική μετάφραση της Κλίμακας έπειτα από την έγκριση της δημιουργού της.

#### **4.4.2.1 Αξιοπιστία της Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (ProQOL R-IV)**

Σε ότι αφορά την αξιοπιστία (reliability) της Κλίμακας, ο συντελεστής άλφα του Cronbach για τις υποκλίμακες έχει ως εξής: ικανοποίηση συμπόνιας  $\alpha=0.87$ , επαγγελματικής εξουθένωσης  $\alpha=0.72$  και κόπωσης συμπόνιας  $\alpha=0.80$  (Stamm, 2005). Για την παρούσα μελέτη, οι συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach ήταν για την υποκλίμακα ικανοποίηση συμπόνιας  $\alpha=0,799$ , για την Επαγγελματική εξουθένωση  $\alpha=0,748$  και για το Δευτερογενές Τραυματικό στρες  $\alpha=0,819$ .

#### **4.4.2.2. Βαθμολόγηση και νόρμες υποκλιμάκων**

##### **4.4.2.2.1 Ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction)**

Τα μεγαλύτερα σκορ σε αυτή την υποκλίμακα υποδηλώνουν και μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ικανότητα κάποιου να είναι αποδοτικός και αποτελεσματικός στην εργασία του. Σύμφωνα με τη μελέτη της Stamm (2005), το μέσο σκορ είναι 50. Περίπου το 25% των ατόμων έχουν υψηλά σκορ, δηλαδή πάνω από 57 και ένα ποσοστό 25% έχουν χαμηλό σκορ, δηλαδή κάτω από 43. Αν κάποιος σημειώσει υψηλό σκορ (μεγαλύτερο του 57), τότε είναι πολύ πιθανό να νιώθει επαγγελματική ικανοποίηση σε μεγάλο βαθμό από την εργασία του. Αν το σκορ είναι μικρότερο από 43, αυτό θα σημαίνει ότι πιθανόν το άτομο να αντιμετωπίζει προβλήματα στην εργασία ή ότι υπάρχουν άλλοι λόγοι, π.χ. μπορεί το άτομο να βρίσκει ικανοποίηση από άλλες δραστηριότητες εκτός του χώρου εργασίας.

##### **4.4.2.2.2 Επαγγελματική εξουθένωση (burnout)**

Τα μεγαλύτερα σκορ σημαίνουν ότι το άτομο διατρέχει μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το μέσο σκορ σε αυτή την υποκλίμακα είναι 50. Το 25% περίπου των ατόμων σημειώνουν σκορ πάνω από 57 και ένα ποσοστό 25% σημειώνουν σκορ κάτω από 43. Αν το σκορ είναι πολύ χαμηλό, δηλαδή κάτω του 18, αυτό

πιθανόν να αντανakλά τα θετικά συναισθήματα και σκέψεις του ατόμου σχετικά με την ικανότητά του να είναι αποτελεσματικός στη εργασία του. Όταν το σκορ είναι μεγαλύτερο από 57, τότε το άτομο θα πρέπει να αναρωτηθεί τι είναι αυτό που τον ενοχλεί στη δουλειά του και του προκαλεί αρνητικά συναισθήματα και την αίσθηση ότι δεν είναι αποτελεσματικό στα καθήκοντά του. Το υψηλό σκορ, ωστόσο, ενδεχομένως να αντανakλά τη διάθεση της στιγμής. Δηλαδή, ίσως το άτομο να έχει περάσει μια δύσκολη μέρα στη δουλειά ή να έχει ανάγκη από ξεκούραση ή διακοπές. Εάν όμως το υψηλό σκορ εξακολουθεί ή σχετίζεται με άλλες ανησυχίες του ατόμου, θα πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη.

#### **4.4.2.3 Κόπωση συμπόνιας ή δευτερογενές τραυματικό στρες (compassion fatigue / secondary traumatic stress)**

Το μέσο σκορ στην υποκλίμακα της κόπωσης συμπόνιας είναι 50. Το 25% των ατόμων έχουν σκορ μεγαλύτερο από 57 και το 25% των ατόμων έχουν σκορ μικρότερο του 43. Εάν το σκορ είναι μεγαλύτερο από 57, ίσως θα πρέπει το άτομο να σκεφτεί σοβαρά τι είναι εκείνο που το τρομάζει τόσο στην εργασία του ή εάν συνυπάρχει και άλλος λόγος που να εξηγεί το μεγάλο σκορ. Τα μεγάλα σκορ δεν σημαίνουν υποχρεωτικά ότι το άτομο έχει κάποιο πρόβλημα, αποτελεί όμως ένδειξη και θα πρέπει να εξετάσει το πώς αισθάνεται για τη δουλειά του και το εργασιακό του περιβάλλον.

#### **4.4.2.3. Υπολογισμός των σκορ**

Η Κλίμακα Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (5<sup>η</sup> έκδοση, 2009) αποτελείται από 30 ερωτήσεις και η βαθμολογία υπολογίζεται με διαβάθμιση 5 σημείων της κλίμακας Likert, που εκτείνεται από το 1 («ποτέ») έως το 5 («πολύ συχνά»). Για να υπολογίσουμε το σκορ της κάθε υποκλίμακας, αντιστρέφουμε αρχικά τις απαντήσεις στις ερωτήσεις 1, 4, 15, 17 και 29 (δηλαδή, 1=5, 2=4, 3=3, 4=2 και 5=1) και στη συνέχεια υπολογίζουμε το άθροισμα για κάθε υποκλίμακα. Το σκορ για την ικανοποίηση συμπόνιας υπολογίζεται από το άθροισμα στις ερωτήσεις: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 και 30. Το σκορ για την επαγγελματική εξουθένωση υπολογίζεται από το

άθροισμα στις ερωτήσεις: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 και 29 και το σκορ για την κόπωση συμπίπτει ή δευτερογενές τραυματικό στρες υπολογίζεται από το άθροισμα στις ερωτήσεις: 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, και 28.

#### 4.5 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας στα σχολεία Ειδικής αγωγής της Κρήτης, ζητήθηκε και δόθηκε η σχετική άδεια από την αρμόδια επιτροπή του Υπουργείου Παιδείας (Διεύθυνση Ειδικής αγωγής), ενώ για τη χρήση της Κλίμακας Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής (5<sup>η</sup> έκδοση – 2009) ζητήθηκε και δόθηκε άδεια από τον οργανισμό που διαχειρίζεται τα πνευματικά δικαιώματα του συγκεκριμένου εργαλείου (ProQoL.org).

Στην αρχή κάθε ερωτηματολογίου αναφερόταν ο σκοπός της έρευνας, η προέλευση της ερευνήτριας (Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής) και υπήρχε διαβεβαίωση σχετικά με την εθελοντική συμμετοχή στην έρευνα, την ανωνυμία και την ασφάλεια των συμμετεχόντων, καθώς και την εμπιστευτικότητα των δεδομένων. Η αποδοχή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου θεωρήθηκε ως συναίνεση για τη συμμετοχή στη μελέτη.

#### 4.6 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του προγράμματος IBMSPSS 23.0. Έγινε εκτίμηση των συντελεστών αξιοπιστίας Cronbach's α για κάθε υποκλίμακα του ProQOL ενώ εν συνεχεία υπολογίστηκαν οι συντελεστές ασυμμετρίας των υποκλιμάκων προκειμένου να αξιολογηθεί η κανονικότητα της κατανομής τους. Οι συντελεστές καθορίζουν μικρή ασυμμετρία, αποτέλεσμα που έδειξε και ο σχετικός έλεγχος κατά Blom (QQplot). Στη συνέχεια υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των περιγραφικών χαρακτηριστικών των 108 συμμετεχόντων στη μελέτη ενώ ακολούθησαν έλεγχοι συσχέτισης ως προς τα επίπεδα των υποκλιμάκων μέσω της μέθοδο  $\chi^2$  και διαφοράς χαρακτηριστικών με της μη παραμετρικές Mann Whitney και Kruskal Wallis (λόγω μικρών δειγματικών μεγεθών στις διάφορες υποκατηγορίες). Τέλος, ακολούθησε ανάλυση πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης και συσχέτισης των υποκλιμάκων με τα διάφορα

περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων, όπου αξιολογήθηκαν οι τυποποιημένοι συντελεστές παλινδρόμησης (standardized betas). Ως επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε το 0,05.

## 5. Αποτελέσματα

### 5.1 Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος της μελέτης

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Στη μελέτη συμμετείχαν 108 επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε σχολεία Ειδικής αγωγής.

**Πίνακας 1.** Περιγραφικά χαρακτηριστικά 108 επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές Ειδικής Αγωγής στην Κρήτη.

		N	%
<b>Φύλο</b>	<i>άνδρες</i>	16	14,8
	<i>γυναίκες</i>	92	85,2
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>20 – 30</i>	25	23,1
	<i>31 – 40</i>	57	52,8
	<i>41 - 50</i>	26	24,1
	<i>μέση ηλικία (τυπ.απ.)</i>	35,1 (8,2)	
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>Ελεύθερος/η</i>	43	39,8
	<i>Έγγαμος/η</i>	65	60,2
<b>Τέκνα</b>	<i>ναι</i>	60	55,6
<b>Εκπαίδευση</b>	<i>ΤΕΕ, ΙΕΚ</i>	31	28,7
	<i>ΤΕΙ</i>	30	27,8
	<i>ΑΕΙ</i>	13	12,0
	<i>Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό δίπλωμα</i>	34	31,5
<b>Ειδικότητα</b>	<i>Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό</i>	31	28,7
	<i>Ψυχολόγος</i>	18	16,7
	<i>Κοινωνικός/η Λειτουργός</i>	20	18,5
	<i>Σχολικός Νοσηλευτής/τρια</i>	12	11,1
	<i>Λογοθεραπευτής/τρια</i>	10	9,3
	<i>Φυσιοθεραπευτής/τρια</i>	11	10,2
	<i>Εργοθεραπευτής/τρια</i>	6	5,6
<b>Σχέση εργασίας</b>	<i>Μόνιμος/η</i>	16	14,8
	<i>Ωρομίσθιος/α</i>	3	2,8
	<i>Αναπληρωτής/τρια</i>	89	82,4
<b>Χρόνια εργασίας</b>	<i>1-5</i>	63	58,3
	<i>6-10</i>	26	24,1
	<i>11+</i>	19	17,6
	<i>μέσος χρόνος (τυπ.απ.)</i>	6,8 (5,6)	

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων του δείγματος ήταν γυναίκες (85,2%), ενώ η μέση ηλικία των συμμετεχόντων ήταν τα 35,1 έτη. Περίπου το 60% των συμμετεχόντων ήταν έγγαμοι και είχαν παιδιά.

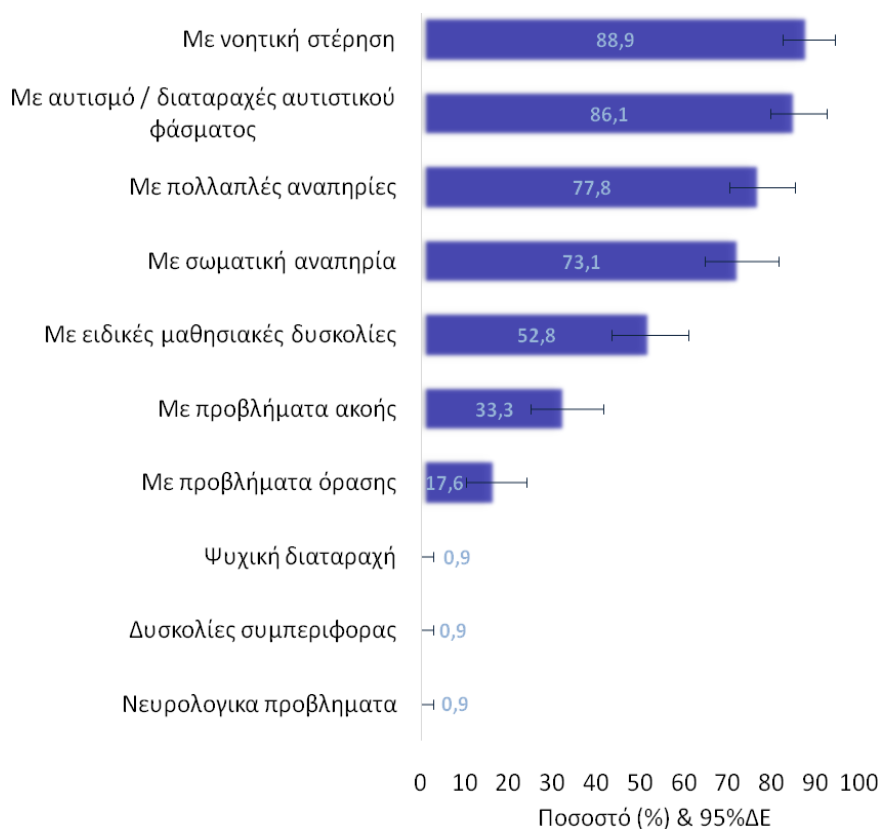
Σε ότι αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, το 28,7% ήταν απόφοιτοι Τεχνικού Επαγγελματικού Εκπαιδευτηρίου (ΤΕΕ) ή Ινστιτούτου Επαγγελματικής Κατάρτισης (ΙΕΚ), απόφοιτοι ΤΕΙ σε ποσοστό 27,8%, ενώ ένα σημαντικό ποσοστό (31,5%) ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού ή Διδακτορικού διπλώματος. Ως προς την ειδικότητα, ένα μεγάλο ποσοστό των ερωτηθέντων (28,7%) αποτέλεσε το Ειδικό Βοηθητικό προσωπικό, ενώ ακολουθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί σε ποσοστό 18,5% και οι ψυχολόγοι σε ποσοστό 16,7%. Σε ότι αφορά τη σχέση εργασίας, την πλειοψηφία των εργαζομένων του δείγματος αποτελούσαν οι αναπληρωτές σε ποσοστό 82,4%. Ο μέσος χρόνος προϋπηρεσίας στην Ειδική αγωγή ήταν τα 6,8 έτη, με το μεγαλύτερο ποσοστό του προσωπικού να έχει εργαστεί σε δομές Ειδικής αγωγής έως 5 έτη (58,3%).

Στο Σχήμα 1 καταγράφεται η συχνότητα των προβλημάτων των μαθητών που φροντίζουν οι επαγγελματίες υγείας καθημερινά. Τα περισσότερα παιδιά που καλούνται να φροντίσουν έχουν νοητική στέρωση (88,9%), ενώ ακολουθούν τα παιδιά με διαταραχές αυτιστικού φάσματος σε ποσοστό 86,1%. Ένα μεγάλο ποσοστό των μαθητών είναι παιδιά με πολλαπλές ή σωματικές αναπηρίες (77,8% και 73,1% αντίστοιχα). Οι εργαζόμενοι αναφέρουν επίσης, ορισμένα περιστατικά παιδιών με ψυχική διαταραχή, νευρολογικά προβλήματα και δυσκολίες συμπεριφοράς. Το σύνολο (αριθμός) των ειδικών δυσκολιών που αναφέρθηκαν από τους 108 συμμετέχοντες προσέγγιζε τις 10, όπως φαίνεται και στο σχήμα, ενώ ο μέσος αριθμός τους ήταν 4,3 (1,6).

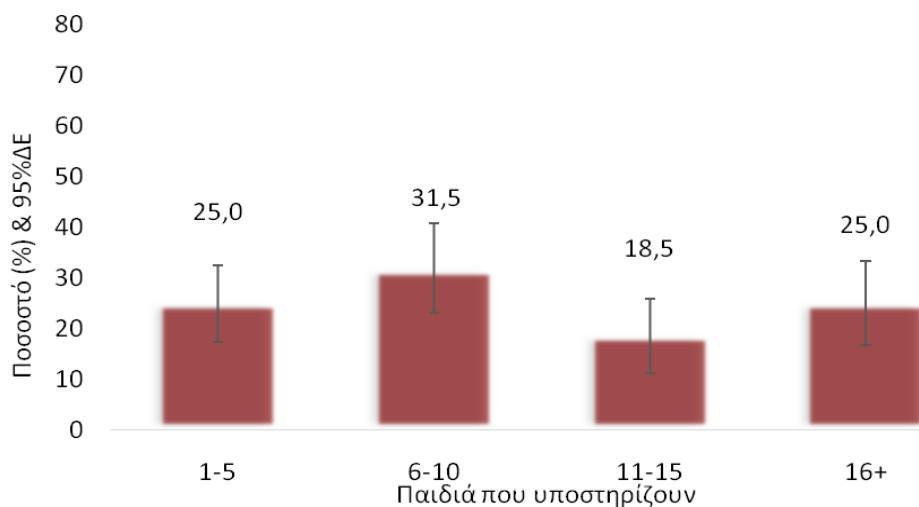
Σε ότι αφορά τον αριθμό των παιδιών που καθημερινά υποστηρίζουν οι 108 επαγγελματίες υγείας στο σχολικό περιβάλλον (Σχήμα 2), το 31,5% υποστηρίζει 6-10 μαθητές, ένα ποσοστό 25% φροντίζει 1-5 μαθητές καθημερινά, ενώ ίδιο ποσοστό υποστηρίζει πάνω από 16 παιδιά σε καθημερινή βάση.



**Σχήμα 1.** Συχνότητα των ειδικών δυσκολιών των παιδιών που υποστηρίζουν οι 108 επαγγελματίες υγείας της μελέτης (πολλαπλές αναφορές).



**Σχήμα 2.** Αριθμός των παιδιών (μαθητών) που υποστηρίζουν οι 108 επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές Ειδικής αγωγής στην Κρήτη



## 5.2 Κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις της Κλίμακας Ποιότητας της Επαγγελματικής Ζωής

**Πίνακας 2.** Κατανομές απαντήσεων ερωτήσεων της κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQoL).

	Ποτέ		Σπάνια		Μερικές φορές		Συχνά		Πολύ συχνά	
	v	%	v	%	v	%	N	%	v	%
1. Είμαι ευτυχισμένος*	-	-	1	0,9	17	15,7	57	52,8	33	30,6
2. Ανησυχώ έντονα	1	0,9	13	12,0	36	33,3	42	38,9	16	14,8
3. Νοιώθω ότι συνδέομαι	2	1,9	10	9,3	31	28,7	40	37,0	25	23,1
4. Λαμβάνω ικανοποίηση*	-	-	-	-	8	7,4	29	26,9	71	65,7
5. Αναπηδών ή ξαφνιάζομαι	22	20,4	40	37,0	30	27,8	11	10,2	5	4,6
6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος	-	-	3	2,8	31	28,7	41	38,0	33	30,6
7. Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω	38	35,2	45	41,7	20	18,5	5	4,6	-	-
8. Δεν είμαι τόσο παραγωγικός	68	63,0	33	30,6	5	4,6	2	1,9	-	-
9. Νομίζω ότι έχω επηρεαστεί	59	54,6	34	31,5	13	12,0	1	0,9	1	0,9
10. Αισθάνομαι εγκλωβισμένος	60	55,6	31	28,7	13	12,0	3	2,8	1	0,9
11. Έχω αισθανθεί εκνευρισμένος	20	18,5	35	32,4	43	39,8	8	7,4	2	1,9
12. Μου αρέσει η δουλειά μου	-	-	-	-	4	3,7	30	27,8	74	68,5
13. Αισθάνομαι μελαγχολικός	38	35,2	42	38,9	25	23,1	3	2,8	-	-
14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα	51	47,2	36	33,3	17	15,7	4	3,7	-	-
15. Έχω πεπειθηθεί*	-	-	3	2,8	16	14,8	60	55,6	29	26,9
16. Είμαι ευχαριστημένος	-	-	6	5,6	28	25,9	67	62,0	7	6,5
17. Είμαι το άτομο που πάντα ήθελα να είμαι*	-	-	3	2,8	15	13,9	60	55,6	30	27,8
18. Η δουλειά μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος	-	-	-	-	11	10,2	43	39,8	54	50,0
19. Αισθάνομαι εξαντλημένος	8	7,4	30	27,8	50	46,3	14	13,0	6	5,6
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις	-	-	3	2,8	11	10,2	50	46,3	44	40,7
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος	15	13,9	42	38,9	42	38,9	6	5,6	3	2,8
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά	2	1,9	6	5,6	40	37,0	46	42,6	14	13,0
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες	60	55,6	39	36,1	8	7,4	1	0,9	-	-
24. Είμαι υπερήφανος	-	-	4	3,7	14	13,0	47	43,5	43	39,8
25. έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις	68	63,0	31	28,7	7	6,5	1	0,9	1	0,9
26. Αισθάνομαι ότι "βαλτώνω"	12	11,1	23	21,3	38	35,2	24	22,2	11	10,2
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος	1	0,9	10	9,3	32	29,6	53	49,1	12	11,1
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω	46	42,6	44	40,7	15	13,9	3	2,8	-	-
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ*	-	-	-	-	11	10,2	42	38,9	55	50,9
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα	-	-	1	0,9	5	4,6	40	37,0	62	57,4

\* Στην εκτίμηση της βαθμολογίας (scoring) του ερωτηματολογίου, οι απαντήσεις στις συγκεκριμένες ερωτήσεις αντιστρέφονται.

Στον πίνακα 2 απεικονίζεται η κατανομή των απαντήσεων στις τρεις υποκλίμακες, βάσει των οποίων εκτιμάται η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των συμμετεχόντων. Οι ερωτήσεις που αφορούν στην ικανοποίηση συμπόνιας είναι οι: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30. Σε ότι αφορά την κατανομή των απαντήσεων στις παραπάνω ερωτήσεις, οι περισσότεροι εργαζόμενοι (60,1%) αισθάνονται συχνά ή πολύ συχνά ότι συνδέονται με τους μαθητές που φροντίζουν. Ένα μεγάλο ποσοστό (68,1%) δηλώνουν ότι νιώθουν συχνά ή πολύ συχνά αναζωογονημένοι μέσα από την καθημερινή υποστήριξη των παιδιών. Η πλειοψηφία των εργαζομένων δηλώνουν ότι πολύ συχνά τους αρέσει η δουλειά τους (68,5%). Το 62% του προσωπικού δηλώνει συχνά ευχαριστημένο που καταφέρνει να εφαρμόζει τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα, ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι (89,8%) απαντούν ότι η δουλειά τους τους κάνει να αισθάνονται συχνά ή πολύ συχνά ικανοποιημένοι. Το 87% του προσωπικού δηλώνει ότι συχνά ή πολύ συχνά έχει ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα για τους μαθητές που υποστηρίζει και ένα ποσοστό 42,6% πιστεύει συχνά ή πολύ συχνά ότι μπορεί να κάνει τη διαφορά μέσα από την εργασία του. Τέλος, πολλοί επαγγελματίες υγείας αισθάνονται συχνά υπερήφανοι για το τι μπορούν να κάνουν για να βοηθήσουν τα παιδιά με ειδικές ικανότητες σε ποσοστό 43,5%.

Οι ερωτήσεις που αφορούν στην επαγγελματική εξουθένωση είναι οι: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26 και 29. Σε ότι αφορά την κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις αυτές, το 52,8% του προσωπικού που δραστηριοποιείται στο χώρο της Ειδικής αγωγής δηλώνει συχνά ευτυχισμένο. Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας λαμβάνουν πολύ συχνά ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορούν να υποστηρίξουν ανθρώπους, σε ποσοστό 65,7%. Η πλειοψηφία των εργαζομένων (63%) ποτέ δεν έχει την αίσθηση ότι δεν είναι τόσο παραγωγικός/η στη δουλειά επειδή χάνει τον ύπνο του λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τους μαθητές που φροντίζει. Οι πιο πολλοί επαγγελματίες υγείας ποτέ δεν αισθάνονται εγκλωβισμένοι από τη δουλειά τους (55,6%). Η πλειοψηφία του προσωπικού (82,5%) έχει συχνά ή πολύ συχνά πεπειθήσεις στις οποίες στηρίζεται, ενώ το 83,4% των συμμετεχόντων δηλώνει ότι συχνά ή πολύ συχνά πιστεύει ότι είναι το άτομο που πάντα θα ήθελε να είναι. Ένα σημαντικό ποσοστό των συμμετεχόντων

(46,3%) αισθάνεται εξαντλημένο λόγω της δουλειάς του, ενώ την αίσθηση ότι μερικές φορές «βαλτώνει» από το σύστημα έχει το 35,2% των ερωτηθέντων. Οι περισσότεροι εργαζόμενοι, τέλος, δηλώνουν ότι είναι άνθρωποι που συχνά ή πολύ συχνά νοιάζονται πολύ για τους άλλους (89,8%).

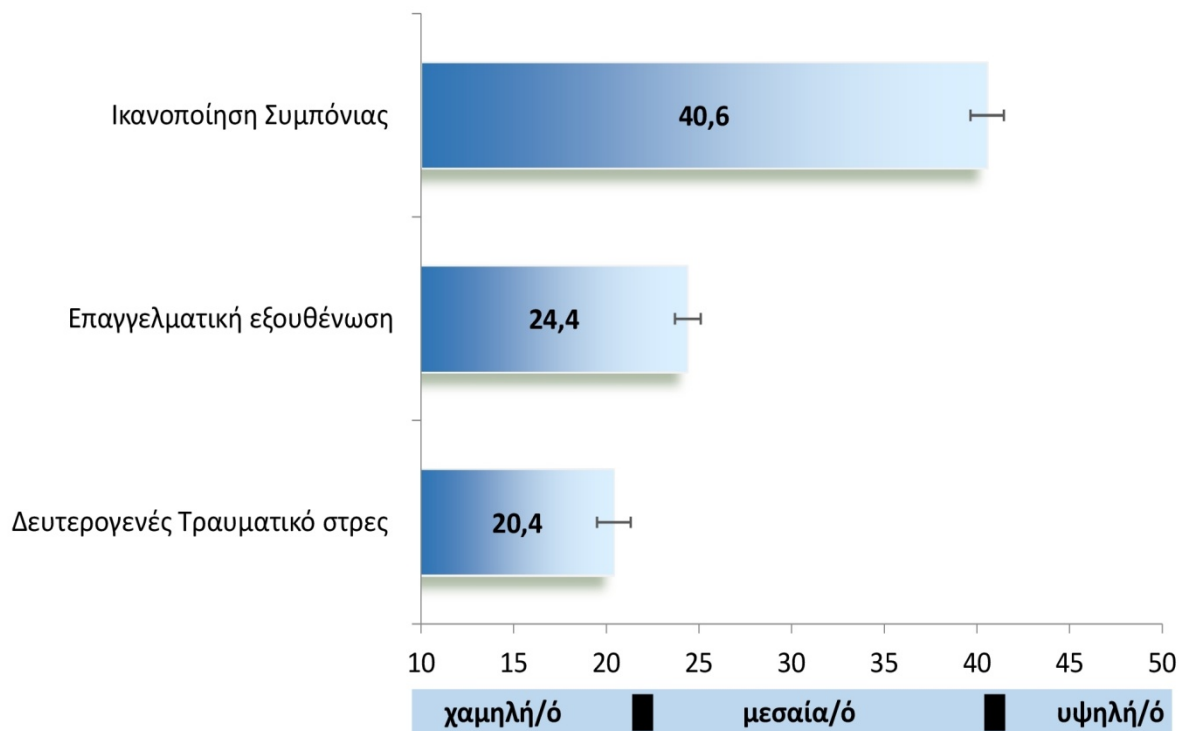
Σε ότι αφορά την κατανομή των απαντήσεων στις ερωτήσεις που σχετίζονται με το δευτερογενές τραυματικό στρες (ερωτήσεις 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23, 25, 28), το 38,9% των εργαζομένων συχνά ανησυχεί έντονα για περισσότερα από ένα παιδιά που υποστηρίζει καθημερινά. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες σπάνια ξαφνιάζονται από απροσδόκητους ήχους (37,0%) και ποτέ δεν δυσκολεύονται ή σπάνια δυσκολεύονται να διαχωρίσουν την προσωπική τους ζωή από την επαγγελματική (76,9%). Η πλειοψηφία του δείγματος (86,1%) νομίζει ότι ποτέ δεν έχει ή σπάνια έχει επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος των μαθητών που υποστηρίζει. Σχεδόν οι μισοί επαγγελματίες υγείας (50,9%) ποτέ δεν έχουν ή σπάνια έχουν εκνευριστεί για διάφορα πράγματα, λόγω της βοήθειας που παρέχουν, ενώ πολλοί επαγγελματίες υγείας σπάνια αισθάνονται μελαγχολικοί εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των μαθητών που φροντίζουν σε ποσοστό 38,9%. Επίσης, οι περισσότεροι ποτέ δεν αισθάνονται (47,2%) σαν να βιώνουν το τραύμα όσων παιδιών έχουν βοηθήσει. Ποτέ δεν αποφεύγουν ή σπάνια αποφεύγουν συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των παιδιών που υποστηρίζουν οι περισσότεροι ερωτηθέντες (91,7%), ενώ το ίδιο ποσοστό δηλώνει ότι ποτέ δεν έχει ή σπάνια έχει ενοχλητικές σκέψεις, ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους μαθητές. Τέλος, το μεγαλύτερο ποσοστό των συμμετεχόντων (42,6%) σπάνια δεν μπορεί να ανακαλέσει σημαντικά μέρη της δουλειάς του που αφορούν θύματα τραυματισμού.

### **5.3 Μέση βαθμολογία των τριών υποκλιμάκων**

Η μέση συνολική βαθμολογία των συμμετεχόντων (σχήμα 3) σε ότι αφορά την ικανοποίηση συμπόνιας ήταν 40,6, το οποίο αντιστοιχεί σε ένα μεσαίο προς υψηλό επίπεδο ικανοποίησης. Το μέσο συνολικό σκορ για την επαγγελματική εξουθένωση φτάνει το 24,4, κάτι το οποίο αντιστοιχεί σε ένα χαμηλό προς μέτριο κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου, ενώ η μέση

βαθμολογία 20,4 που αφορά στο δευτερογενές τραυματικό στρες, αντιστοιχεί σε ένα μικρό κίνδυνο εμφάνισής του.

**Σχήμα 3.** Επίπεδα βαθμολογίας (score) των 3 υποκλιμάκων της κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQoL).



Μέση τιμή & 95%ΔΕ

Στον Πίνακα 3 φαίνεται πώς διαμορφώνεται η συνολική βαθμολογία των τριών υποκλιμάκων για το σύνολο των συμμετεχόντων.

**Πίνακας 3.** Συχνότητα και επίπεδα βαθμολογίας (score) των 3 υποκλιμάκων της κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQoL).

	Ικανοποίηση συμπόνιας (compassion satisfaction)	Επαγγελματική εξουθένωση (burnout)	Δευτερογενές Τραυματικό στρες (secondary traumatic stress)
	μέση τιμή (τυπική απόκλιση)		
	40,6(4,6)	24,4(3,8)	20,4(5,3)
Επίπεδο βαθμ.	v (%)		
Χαμηλή/ό	-	36 (33,3)	71 (65,7)
Μεσαία/ο	57 (52,8)	72 (66,7)	37 (34,3)
Υψηλή/ό	51 (47,2)	-	-
p-value	0,564	0,001	0,001

Έλεγχοι  $\chi^2$ .

Ο βαθμός ικανοποίησης συμπίνας των εργαζομένων κυμαίνεται από μέτριο έως υψηλό βαθμό. Το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων (66,7%) διατρέχει μέτριου βαθμού κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ οι περισσότεροι εργαζόμενοι (65,7%) διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες.

#### **5.4 Συσχέτιση της βαθμολογίας κάθε υποκλίμακας με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων**

Στον πίνακα 4 καταγράφονται τα επίπεδα βαθμολογίας των τριών υποκλιμάκων, σε σχέση με τα περιγραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του δείγματος (μονοπαραγοντική ανάλυση). Σε ότι αφορά το φύλο, φαίνεται πως οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες. Επίσης, οι ελεύθεροι φαίνεται να λαμβάνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την καθημερινή επαφή με τους μαθητές και να διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Σε ότι αφορά τις ειδικότητες των εργαζομένων, το Ειδικό βοηθητικό προσωπικό λαμβάνει μεγαλύτερη ικανοποίηση από την καθημερινή φροντίδα των παιδιών στα Ειδικά σχολεία, ενώ όσοι έχουν προϋπηρεσία μέχρι 5 έτη, έχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Στον πίνακα 5 καταγράφεται η συσχέτιση της βαθμολογίας κάθε υποκλίμακας με τα περιγραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων (πολυπαραγοντικό μοντέλο). Από την ανάλυση προκύπτει ότι οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπίνας, οι έγγαμοι βιώνουν σε μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίηση συμπίνας και έχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, προκύπτει ότι όσο περισσότερη προϋπηρεσία έχει κανείς στο χώρο της Ειδικής αγωγής, τόσο μεγαλύτερο κίνδυνο διατρέχει για την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης και όσο αυξάνεται ο αριθμός των παιδιών που ο επαγγελματίας υγείας υποστηρίζει καθημερινά, τόσο μεγαλύτερη είναι η ικανοποίηση συμπίνας που βιώνει.

**Πίνακας 4.** Επίπεδα βαθμολογίας (score) των 3 υποκλιμάκων της κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQoL) ως προς τα περιγραφικά χαρακτηριστικά 108 επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές Ειδικής Αγωγής στην Κρήτη.

		Ικανοποίηση συμπόνας		Επαγγελματική εξουθένωση		Δευτερογενές Τραυματικό στρες	
		μέση τιμή	τυπ. αποκλ.	μέση τιμή	τυπ. αποκλ.	μέση τιμή	τυπ. αποκλ.
<b>Φύλο</b>	<i>Ανδρας</i>	39,8	4,6	23,4	3,3	17,1*	3,6
	<i>Γυναίκα</i>	40,7	4,6	24,5	3,8	21,0	5,3
<b>Ηλικία, χρόνια</b>	<i>20-30</i>	40,0	4,6	24,2	3,1	20,2	4,4
	<i>31-40</i>	40,6	4,4	24,9	4,2	21,2	5,7
	<i>41-50</i>	40,9	5,2	23,5	3,2	18,8	4,6
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<i>Ελεύθερος/η</i>	39,3*	5,0	25,6*	4,0	21,2	5,5
	<i>Έγγαμος/η</i>	41,4	4,1	23,6	3,4	19,9	5,1
<b>Τέκνα</b>	<i>Ναι</i>	41,1	4,2	23,9	3,3	20,1	5,0
	<i>Όχι</i>	39,9	5,0	24,9	4,3	20,8	5,7
<b>Εκπαίδευση</b>	<i>ΤΕΕ, ΙΕΚ</i>	42,3	3,7	24,7	3,6	22,2	5,9
	<i>ΤΕΙ</i>	39,6	4,3	23,9	3,9	20,1	5,5
	<i>ΑΕΙ</i>	39,2	5,3	24,2	3,2	17,7	4,2
	<i>Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό δίπλωμα</i>	40,4	5,1	24,6	4,1	20,1	4,4
<b>Ειδικότητα</b>	<i>Ειδικό Βοηθητικό Προσωπικό</i>	42,3*	3,7	24,7	3,6	22,2	5,9
	<i>Ψυχολόγος</i>	39,9	4,8	24,3	3,9	21,0	4,9
	<i>Κοινωνικός/η Λειτουργός</i>	38,7	4,9	24,5	4,1	19,1	5,4
	<i>Σχολικός Νοσηλεύτης/τρια</i>	41,3	5,2	22,8	3,4	17,9	2,9
	<i>Λογοθεραπευτής/τρια</i>	40,8	5,3	24,5	3,5	18,4	3,9
	<i>Φυσιοθεραπευτής/τρια</i>	41,4	2,9	24,2	4,7	21,2	6,0
	<i>Εργοθεραπευτής/τρια</i>	36,7	4,3	25,8	3,4	20,8	5,0
<b>Σχέση εργασίας</b>	<i>Μόνιμος/η</i>	38,9	5,7	25,7	3,0	19,3	5,9
	<i>Ωρομίσθιος/α</i>	43,0	1,0	24,3	1,2	16,7	4,5
	<i>Αναπληρωτής/τρια</i>	40,8	4,4	24,1	3,9	20,7	5,1
<b>Χρόνια εργασίας</b>	<i>1-5</i>	40,7	4,4	23,5*	3,4	19,7	4,7
	<i>6-10</i>	40,0	4,7	25,8	4,2	21,6	5,7
	<i>11+</i>	40,8	5,2	25,4	3,7	21,3	6,2
<b>Υποστήριξη παιδιών</b>	<i>1-5</i>	40,1	3,4	24,6	4,4	20,1	5,3
	<i>6-10</i>	39,3	5,3	25,0	4,2	19,6	5,3
	<i>11-15</i>	41,4	4,6	23,6	2,8	22,1	5,8
	<i>16+</i>	41,9	4,5	24,0	3,2	20,6	4,7

Έλεγχοι Mann Whitney & Kruskal Wallis. \* p<0.05.

**Πίνακας 5.** Πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση της σχέσης των βαθμολογιών (score) των 3 υποκλιμάκων της κλίμακας Ποιότητας Επαγγελματικής Ζωής (ProQoL) με τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 108 επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές Ειδικής Αγωγής στην Κρήτη.

Προβλεπτικοί παράγοντες	Ικανοποίηση συμπόνιας		Επαγγελματική εξουθένωση		Δευτερογενές Τραυματικό στρες	
	stand. beta	p-value	stand. beta	p-value	stand. beta	p-value
<b>Φύλο</b>	0,069	0,478	0,092	0,324	<b>0,228</b>	<b>0,020</b>
<b>Ηλικία</b>	-0,052	0,687	-0,007	0,956	-0,076	0,553
<b>Οικογενειακή κατάσταση</b>	<b>0,581</b>	<b>0,004</b>	<b>-0,602</b>	<b>0,002</b>	-0,239	0,229
<b>Τέκνα</b>	0,340	0,089	-0,272	0,154	-0,073	0,712
<b>Εκπαίδευση</b>	-0,086	0,371	-0,029	0,748	-0,160	0,095
<b>Χρόνια εργασίας</b>	-0,040	0,709	<b>0,320</b>	<b>0,002</b>	0,204	0,057
<b>Υποστήριξη παιδιών</b>	<b>0,205</b>	<b>0,033</b>	-0,151	0,098	0,023	0,809
<b>Συνολικός αριθμός ειδικών δυσκολιών</b>	-0,123	0,211	0,081	0,384	0,051	0,599
<i>R<sup>2</sup></i>	0,146		0,225		0,154	
<i>R<sup>2</sup> adjusted</i>	0,077		0,163		0,085	

Η διαβάθμιση των κατηγοριών των προβλεπτικών παραγόντων περιλαμβάνει: φύλο (1:άνδρες, 2:γυναίκες), ηλικία (1:20-30, 2:31-40, 3:41-50), οικογενειακή κατάσταση (1:ελεύθερος/η, 2:έγγαμος/η), τέκνα (1:ναι, 2:όχι), εκπαίδευση (1:ΤΕΕ/ΙΕΚ, 2:ΤΕΙ, 3:ΑΕΙ, 4:Μεταπτυχιακό ή/και Διδακτορικό δίπλωμα), σχέση εργασίας (1:Μόνιμος/η, 2:Ωρομίσθιος/α, 3:Αναπληρωτής/τρια), χρόνια εργασίας (1:1-5, 2:6-10, 3:11+) και υποστήριξη παιδιών (1:1-5 παιδιά, 2:6-10, 3:11-15, 4:16+).



## 6. Συζήτηση

Η παρούσα έρευνα διερεύνησε την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας που απασχολούνται σε σχολικές μονάδες Ειδικής αγωγής στην Κρήτη, προσδιορίζοντας το βαθμό ικανοποίησης συμπόνιας, του κινδύνου για επαγγελματική εξουθένωση και του κινδύνου εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες.

### 6.1 Σύγκριση της Επαγγελματικής Ποιότητας Ζωής στην Ελλάδα και το εξωτερικό

Βασικό εύρημα της μελέτης είναι ότι η ικανοποίηση συμπόνιας των εργαζομένων κυμαίνεται από μέτριο έως υψηλό βαθμό (μέση βαθμολογία 40,6), επομένως φαίνεται να έχουν θετική εικόνα για την επαγγελματική τους πορεία, καθώς αντλούν μέτρια έως μεγάλη ευχαρίστηση μέσα από την καθημερινή φροντίδα των παιδιών με αναπηρίες. Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες (66,7%) διατρέχουν μέτριο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης με μέση βαθμολογία 24,4. Αυτό πιθανόν να αντανακλά τα θετικά συναισθήματα που έχουν για την ικανότητά τους να είναι αποτελεσματικοί στο έργο τους. Από τους 108 συμμετέχοντες οι 71 διατρέχουν χαμηλό κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες (μέση βαθμολογία 20,4). Φαίνεται, επομένως, οι περισσότεροι να μην επηρεάζονται ιδιαίτερα από την έκθεσή τους στα συναισθήματα και τις τραυματικές εμπειρίες των παιδιών που φροντίζουν.

Το μέτριο επίπεδο κινδύνου επαγγελματικής εξουθένωσης και ο μικρός κίνδυνος για δευτερογενές τραυματικό στρες των περισσότερων από τους ερωτηθέντες της έρευνας, είναι πιθανό να εξηγούνται εν μέρει από τον σχετικά μεγάλο βαθμό ικανοποίησης συμπόνιας. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία (Abendroth, 2005; Conrad & Kellar-Guenther, 2006; Deighton et al., 2007; Murray et al., 2009), υπάρχει αρνητική συσχέτιση της ικανοποίησης συμπόνιας με την κόπωση συμπόνιας και την επαγγελματική εξουθένωση, ενώ αντίθετα υπάρχει θετική συσχέτιση ανάμεσα στις δύο τελευταίες έννοιες. Η ικανοποίηση συμπόνιας θεωρείται προστατευτικός παράγοντας απέναντι στον κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας και επαγγελματικής

εξουθένωσης (Saakvitne & Pearlman, 1996; Conrad & Kellar-Guenther, 2006, Murray et al., 2009).

Ομοιότητες με την παρούσα μελέτη παρουσιάζουν μελέτες σε ειδικούς παιδαγωγούς, όπου το συνολικό δείγμα σημείωνε μέτρια ή χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Kokkinou & Davatzoglou, 2009; Πατσάλη & Παπουτσάκη, 2010) και μεγάλη ικανοποίηση από την εργασία τους (Platsidou & Agaliotis, 2008). Παρόμοια είναι και τα αποτελέσματα στη μελέτη της Ανδρεάδου (2014) σε εργαζομένους στις δομές Ειδικής αγωγής διαφόρων ειδικοτήτων, οι οποίοι παρουσιάζουν μέτρια προς υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπίνας, ενώ σε μελέτη που αφορούσε νοσηλευτές που εργάζονταν σε τμήμα επειγόντων περιστατικών (Hunsaker et al., 2015), παρατηρήθηκαν χαμηλά έως μέτρια επίπεδα κόπωσης συμπίνας και επαγγελματικής εξουθένωσης και γενικότερα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης συμπίνας.

Στη μελέτη των Robins et al. (2009) που αφορούσε επαγγελματίες υγείας απασχολούμενους σε παιδιατρικό νοσοκομείο, το συνολικό δείγμα δήλωνε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, (στην παρούσα μελέτη δηλώνει το 47,2%) ενώ βρισκόταν σε πολύ μικρό κίνδυνο για εμφάνιση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (στην παρούσα μελέτη 1 στους 3) και σε μικρό κίνδυνο για εμφάνιση δευτερογενούς τραυματικού στρες. Το ίδιο επίπεδο κίνδυνου προκύπτει και σε αυτή την έρευνα.

Μεγάλη διαφορά ως προς τον κίνδυνο για κόπωση συμπίνας παρουσιάζει η μελέτη των Conrad και Kellar-Guenther (2006) σε επαγγελματίες που εργάζονται σε υπηρεσίες προστασίας ανηλίκων, όπου σε υψηλό ή πολύ μεγάλο κίνδυνο βρισκόταν το 50% των ερωτηθέντων, ενώ στην παρούσα μελέτη δεν παρουσίασε κανένας τέτοιο επίπεδο κινδύνου. Υπάρχει όμως και διαφορά στο βαθμό ικανοποίησης συμπίνας, με το 70% περίπου να βιώνει μεγάλη ικανοποίηση και στον κίνδυνο για σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, καθώς ήταν πολύ μικρός.

Διαφορές με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προκύπτουν σε ότι αφορά την κόπωση συμπίνας στη μελέτη της Abendroth (2005) σε νοσηλευτές που εργάζονται σε άσυλα στην Φλόριντα των Η.Π.Α, όπου προέκυψε ότι περίπου 8 στους 10 διέτρεχαν μέτριο έως υψηλό κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπίνας, με το 26% περίπου από αυτούς να

βρίσκονται σε μεγάλο κίνδυνο. Επιπλέον, σε μελέτη σχετική με την κόπωση συμπίονιας σε νοσηλευτές του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Chase, 2005), βρέθηκε ότι 1 στους 3 συμμετέχοντες διέτρεχε υψηλό ή πολύ μεγάλο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπίονιας.

Ως προς το επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης, στη μελέτη των Rudolph et al. (1997) σε επαγγελματίες ψυχικής υγείας, περισσότεροι από τους μισούς διέτρεχαν μεγάλο κίνδυνο, σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη όπου δε διέτρεχε κανένας από τους συμμετέχοντες μεγάλο κίνδυνο.

## **6.2 Η Επαγγελματική ζωή σε σχέση με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων.**

Ένας από τους στόχους της μελέτης ήταν η εκτίμηση του βαθμού των τριών υποκλιμάκων που προσδιορίζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής σε σχέση με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων. Ένας παράγοντας που βρέθηκε να σχετίζεται με υψηλό βαθμό ικανοποίησης συμπίονιας, είναι η οικογενειακή κατάσταση. Συγκεκριμένα, στους έγγαμους παρατηρείται μεγαλύτερη ικανοποίηση συμπίονιας, ενώ διατρέχουν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το τελευταίο επισημαίνεται και σε έρευνα σε ειδικούς παιδαγωγούς στην Ελλάδα (Platsidou & Agaliotis, 2008). Αυτό πιθανόν να οφείλεται στην υποστήριξη που υπάρχει από το σύντροφο, το οικογενειακό και το κοινωνικό περιβάλλον. Η σημασία της κοινωνικής υποστήριξης επισημαίνεται από τους Murray et al. (2009) στη μελέτη τους σε νοσηλευτές που εργάζονται σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών στις ΗΠΑ. Οι νοσηλευτές που δεν είχαν αναπτύξει σχέσεις με τους συναδέλφους και γενικότερα δεν είχαν κοινωνική υποστήριξη, είχαν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και κόπωση συμπίονιας. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η κοινωνική υποστήριξη είναι δυνατό να μειώνει το άγχος στον εργασιακό χώρο, αυξάνοντας παράλληλα την ικανοποίηση συμπίονιας σε όσους αλληλεπιδρούν μέσα στο κοινωνικό δίκτυο που έχουν αναπτύξει. Επίσης, σύμφωνα με τους Lazarus & Folkman (1984) η ικανότητα του ατόμου να δημιουργεί κοινωνικούς δεσμούς αποτελεί παράγοντα – κλειδί για την αντιμετώπιση στρεσογόνων

καταστάσεων. Επίσης, ο Killian (2008) σε έρευνά του σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, το δευτερογενές τραυματικό στρες και την ικανοποίηση συμπόνιας σε επαγγελματίες υγείας, καταλήγει ότι η υποστήριξη από την οικογένεια, τους φίλους και την κοινότητα αποτελεί ένα σημαντικό παράγοντα για την αύξηση της ικανοποίησης συμπόνιας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, οι γυναίκες διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας σε σχέση με τους άντρες. Στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγει και η έρευνα των Hooper et al. (2010), σε νοσηλευτικό προσωπικό μονάδων εντατικής θεραπείας και ογκολογικών κλινικών. Θα πρέπει να σημειωθεί ότι στην παρούσα μελέτη υπάρχει μια δυσαναλογία στο δείγμα μεταξύ ανδρών ( $n=16$ ) και γυναικών ( $n=92$ ). Ομοίως, στη μελέτη των Hooper et al. (2010) το ποσοστό των ανδρών ήταν πολύ μικρό (περίπου 8%). Επιπλέον, από μελέτες σε ειδικούς παιδαγωγούς προκύπτει ότι οι γυναίκες εκπαιδευτικοί εμφανίζουν μεγαλύτερη συναισθηματική εξάντληση και άγχος σε σχέση με τους άνδρες συναδέλφους τους (Antoniou et al., 2009; Sari, 2004). Οι ερευνητές αποδίδουν το αποτέλεσμα στη διαφορετική αντίληψη που υπάρχει ανάμεσα στα δύο φύλα για το τι αποτελεί στρεσογόνα κατάσταση. Σε παρόμοιο συμπέρασμα καταλήγουν έρευνες που αφορούσαν επαγγελματίες υγείας, όπου προέκυψε ότι οι γυναίκες διέτρεχαν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες (Sprang, 2007; Kalra, 2008). Η διαφορά που προκύπτει, στην παρούσα μελέτη, ως προς τον κίνδυνο κόπωσης συμπόνιας ανάμεσα στα δύο φύλα, θα μπορούσε να αποδοθεί στη διαφορετική ιδιοσυγκρασία και αντίληψη του κάθε επαγγελματία. Επειδή η συμμετοχή ανδρών στη μελέτη είναι μικρή (14,8%), η διαφορά που προκύπτει λόγω φύλου, θα πρέπει να ερμηνεύεται με προσοχή.

Δε βρέθηκαν διαφορές σε σχέση με το φύλο για τις υποκλίμακες ικανοποίηση συμπόνιας και επαγγελματική εξουθένωση. Με το παραπάνω συμφωνούν μελέτες σε εκπαιδευτικούς Ειδικής αγωγής, στις οποίες προκύπτει ότι το φύλο δεν έχει επίδραση στην επαγγελματική ικανοποίηση (Platsidou & Agaliotis, 2008; Πατσάλης & Παπουτσάκη, 2010; Kalyva et al., 2007; Zarafshan et al., 2013) και δε σχετίζεται με το επαγγελματικό άγχος (Kokkinou & Davatzoglou, 2009) ή την επαγγελματική εξουθένωση (Bataineh, 2012). Άλλες έρευνες, που αφορούν επαγγελματίες στον τομέα της ψυχικής

υγείας, συμπεραίνουν ότι το φύλο δε σχετίζεται με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής (Stamm, 2010; Huggard & Dixon, 2011). Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι επαγγελματίες διατηρούν τον επαγγελματισμό τους, ανεξάρτητα από το φύλο τους, επομένως άνδρες και γυναίκες βιώνουν παρόμοιες εμπειρίες ως προς τα συναισθήματα αλτρουϊσμού και τον ανθρώπινο πόνο. Αντιθέτως, μελέτες σε δασκάλους Ειδικής αγωγής υποστηρίζει ότι οι γυναίκες έχουν χαμηλότερα επίπεδα άγχους και αντλούν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την εργασία τους (Eichinger, 2000; Sari, 2004).

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι ένας παράγοντας που αυξάνει τον κίνδυνο εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης, αποτελεί η εμπειρία, καθώς όσο μεγαλύτερη η εμπειρία σε δομές Ειδικής αγωγής, τόσο μεγαλύτερος και ο κίνδυνος εμφάνισης του συνδρόμου. Έρευνες σε ειδικούς παιδαγωγούς καταλήγουν στο ίδιο συμπέρασμα (Sari, 2004; Morgan, 2006; Αλβανού, 2014), ενώ με τα αποτελέσματα συμφωνούν και μελέτες σε επαγγελματίες υγείας που δραστηριοποιούνται στον παιδιατρικό τομέα (Robinsental., 2009), στον τομέα ψυχικής υγείας (Μαγγούλια, 2011) αλλά και στην Ειδική αγωγή (Ανδρεάδου, 2014). Σύμφωνα με τον Hargreaves (1999), τουλάχιστον σε ότι αφορά τους ειδικούς παιδαγωγούς, η άσκηση του επαγγέλματος επί σειρά ετών συνδέεται με τη μείωση της ικανοποίησης και του ενδιαφέροντος για την εργασία και την απομυθοποίηση του ίδιου του επαγγέλματος, πιθανώς λόγω των δυσκολιών που ενίοτε αντιμετωπίζουν οι εκπαιδευτικοί. Αντίθετα, από έρευνα σε επαγγελματίες υγείας προκύπτει ότι δε σχετίζεται η εργασιακή εμπειρία με την επαγγελματική εξουθένωση και την κόπωση συμπόνιας (Perron & Hiltz, 2006). Άλλες μελέτες σε δασκάλους Ειδικής αγωγής καταλήγουν, επίσης, στο ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης δε σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία (Kalyva et al., 2007; Bataineh, 2012; Koenig, 2014). Ανάλογες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι ειδικοί παιδαγωγοί με τη λιγότερη εμπειρία αποτελούσαν ομάδα υψηλού κινδύνου, καθώς όσο μεγαλύτερη εμπειρία έχει κάποιος, τόσο περισσότερο μαθαίνει να αντιμετωπίζει τις καταστάσεις άγχους στην εργασία του (Καντάς & Βασιλάκη, 1997; Platsidou & Agaliotis, 2008).

Από την έρευνα προκύπτει ότι όσοι περισσότεροι είναι οι μαθητές που φροντίζει ο επαγγελματίας υγείας, τόσο μεγαλύτερη η ικανοποίηση συμπόνιας. Μια πιθανή εξήγηση είναι ότι ο μεγάλος αριθμός παιδιών που

καλείται να φροντίσει αποτελεί για αυτόν μια καθημερινή πρόκληση. Αν ανταποκριθεί σε μια τέτοια πρόκληση, αυτό θα έχει θετική επίδραση στην αυτοεκτίμησή του, ενώ ταυτόχρονα θα μετατρέπει το έργο του σε κοινωνική προσφορά, συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην αύξηση της ικανοποίησης συμπίνας. Σε διαφορετικό αποτέλεσμα κατέληξε η έρευνα των Perron και Hiltz (2006), σε κοινωνικούς λειτουργούς και ψυχολόγους οργανισμών προστασίας ανηλίκων, όπου ο αριθμός των περιστατικών δε βρέθηκε να σχετίζεται με τον κίνδυνο για επαγγελματική εξουθένωση και για δευτερογενές τραυματικό στρες.

Δε βρέθηκε να σχετίζονται οι τρεις υποκλίμακες της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής με την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, τη σχέση εργασίας και την ύπαρξη ή όχι τέκνων. Σε ότι αφορά την ηλικία, στο ίδιο αποτέλεσμα καταλήγουν μελέτες σε ειδικούς παιδαγωγούς (Kalyva et al., 2007; Πατσάλης και Παπουτσάκη, 2010; Αλβανού, 2014). Αντιθέτως, άλλες μελέτες τόσο σε ειδικούς παιδαγωγούς, όσο και σε επαγγελματίες υγείας καταλήγουν στο ότι οι νεότεροι εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης (Καντάς & Βασιλάκη, 1997; Platsidou & Agaliotis, 2008; Sprang, 2011), επαγγελματικού άγχους (Kokkinos & Davatzoglou, 2009) καθώς και κόπωσης συμπίνας (Sprang, 2011; Van Hook et al., 2009). Σε έρευνα σε ειδικούς παιδαγωγούς (Antonίου et al., 2009) φαίνεται ότι οι νεότεροι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την εργασία, ενώ υψηλότερο επίπεδο αποπροσωποποίησης φαίνεται να εντοπίζεται στους μεγαλύτερους ηλικιακά εκπαιδευτικούς.

Ως προς τη σχέση εργασίας, έρευνα σε εκπαιδευτικούς καταλήγει στο ότι οι αναπληρωτές εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής καταπόνησης σε σχέση με τους μόνιμους (Antonίου et al., 2009). Οι ερευνητές το αποδίδουν στην αβεβαιότητα ως προς την διατήρηση της εργασίας τους που καθιστά τους αναπληρωτές αδύναμους να αντεπεξέλθουν στις απαιτήσεις του εκπαιδευτικού τους ρόλου.

Σε ότι αφορά την απόκτηση παιδιών και το επίπεδο εκπαίδευσης, έρευνες σε ειδικούς παιδαγωγούς καταλήγουν στο ότι όσοι είχαν αποκτήσει παιδιά είχαν μικρότερο κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες (Αλβανού, 2014) και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Ανδρεάδου, 2014), ενώ έρευνα σε επαγγελματίες υγείας συμπέρανε ότι μεγαλύτερο

κίνδυνο εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες είχαν οι εργαζόμενοι με παιδιά και όσοι είχαν χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Μαγγούλια, 2011).

Τέλος, δε βρέθηκε να σχετίζεται η φύση του προβλήματος υγείας του παιδιού με την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής. Αντίθετα, σε μελέτες που αφορούσαν ειδικούς παιδαγωγούς, προέκυψε ότι όσοι είχαν να αντιμετωπίσουν παιδιά με αυτισμό εμφάνιζαν μεγαλύτερο άγχος, σε σχέση τις υπόλοιπες περιπτώσεις μαθητών (Kokkinou & Davatzoglou, 2009), ενώ η φροντίδα αυτιστικών μαθητών αύξανε τη συναισθηματική εξάντληση (Zarafshan, 2013). Κατά τους ερευνητές, αυτό ίσως να οφείλεται στις επιπλέον προκλήσεις που δέχονται οι ειδικοί παιδαγωγοί, λόγω των ιδιαίτερων προβλημάτων επικοινωνίας και συμπεριφοράς που εμφανίζουν τα συγκεκριμένα περιστατικά παιδιών. Άλλη έρευνα καταλήγει στο ότι οι ειδικοί παιδαγωγοί έχουν μεγαλύτερο άγχος, όταν αντιμετωπίζουν μαθητές με πολλαπλές αναπηρίες (Adeniyi et al., 2010). Σε αντίθεση έρχονται και τα αποτελέσματα έρευνας σε σχέση με το δευτερογενές τραυματικό στρες, όπου οι εκπαιδευτικοί που είχαν να αντιμετωπίσουν άτομα με νοητική στέρηση ή σωματικές αναπηρίες, εμφάνιζαν χαμηλότερο κίνδυνο εμφάνισης κόπωσης συμπόνιας σε σύγκριση με άλλα περιστατικά (Αλβανού, 2014).

### **6.3 Περιορισμοί και δυνατά σημεία της μελέτης**

Έναν περιορισμό της μελέτης αποτελεί η επιλογή του πληθυσμού, ο οποίος αποτελείται από 140 επαγγελματίες υγείας που προέρχονται από τις δομές Ειδικής αγωγής δημόσιου χαρακτήρα της Κρήτης. Προκειμένου να είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων, είναι απαραίτητη η διεξαγωγή ερευνών που θα συμπεριλάβουν αντιπροσωπευτικό δείγμα από όλες της περιοχές της Ελλάδας.

Επισημαίνεται ότι οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σε ότι αφορά την ικανοποίηση συμπόνιας, την επαγγελματική εξουθένωση και το δευτερογενές τραυματικό στρες, δόθηκαν βάσει των εμπειριών τους εκείνη τη δεδομένη χρονική στιγμή. Είναι πιθανόν το επόμενο διάστημα να τροποποιηθεί η εμπειρία των ατόμων σε σχέση με στρεσογόνους παράγοντες στον εργασιακό χώρο. Από την άλλη, οι πληροφορίες που ζητούνται από τους συμμετέχοντες αφορούν τις τελευταίες 30 ημέρες, κάτι που περιορίζει σημαντικά το σφάλμα

ανάκλησης, καθώς είναι λιγότερο πιθανό μέσα σε αυτό το διάστημα τα άτομα να μην θυμούνται λεπτομέρειες ή γεγονότα που συνέβησαν πριν αρκετό καιρό.

Επίσης, είναι πιθανό όσοι συμμετείχαν στην έρευνα να διαφέρουν σε ορισμένα χαρακτηριστικά που έχουν να κάνουν με τις έννοιες που μελετήθηκαν, καθώς οι εμπειρίες των μη συμμετεχόντων σε ότι αφορά τις τρεις υποκλίμακες ενδέχεται να διαφέρουν σημαντικά από εκείνες των ατόμων που συμμετείχαν τελικά στην μελέτη (συστηματικό σφάλμα αυτό-επιλογής), αν και στα δυνατά σημεία της μελέτης συγκαταλέγεται το υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης (77,15%) και η συμμετοχή μεγάλου αριθμού σχολικών μονάδων από όλη την Κρήτη (συνολικά 30). Αξίζει να σημειωθεί ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων σε δομές Ειδικής αγωγής έχει μελετηθεί στην Ελλάδα, κυρίως σε πληθυσμό ειδικών παιδαγωγών. Όσες μελέτες συμπεριέλαβαν στον πληθυσμό τους και την κατηγορία των επαγγελματιών υγείας, είχαν περιορισμένο αριθμό δείγματος αυτής της κατηγορίας. Είναι η πρώτη φορά που διεξάγεται μια μελέτη που αφορά αποκλειστικά τους επαγγελματίες υγείας των παραπάνω δομών και με ένα ικανοποιητικό αριθμό συμμετεχόντων.



## 7. Συμπεράσματα - προτάσεις

Οι περισσότεροι επαγγελματίες υγείας αισθάνονται συχνά αναζωογονημένοι μέσα από την καθημερινή υποστήριξη των παιδιών, δηλώνουν ότι πολύ συχνά τους αρέσει η δουλειά τους και είναι ικανοποιημένοι από αυτήν. Λιγότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες αισθάνονται εξαντλημένοι από τη δουλειά τους, ενώ σχεδόν 1 στους 3 έχει την αίσθηση ότι «βαλτώνει» ως επαγγελματίας στο συγκεκριμένο χώρο. Επιπλέον, σπάνια επηρεάζονται από τις τραυματικές εμπειρίες των μαθητών που υποστηρίζουν.

Η μεγάλη ικανοποίηση συμπόνιας του προσωπικού και ο μικρός κίνδυνος εμφάνισης δευτερογενούς τραυματικού στρες αποτελούν μια ένδειξη ότι η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής των εργαζομένων βρίσκεται σε καλό επίπεδο. Ωστόσο, δεν μπορεί να μη ληφθεί υπόψη ο μέτριος κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης που προκύπτει από τα αποτελέσματα, κάτι που σημαίνει ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής του προσωπικού. Δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά που φάνηκε να επηρεάζουν την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής είναι το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η εργασιακή εμπειρία και ο αριθμός παιδιών που φροντίζουν καθημερινά οι επαγγελματίες.

Μελλοντικές έρευνες θα μπορούσαν να μελετήσουν την επίδραση άλλων δημογραφικών ή επαγγελματικών χαρακτηριστικών των επαγγελματιών υγείας, που ενδεχομένως να επηρεάζουν τις παραμέτρους που εξετάστηκαν στην παρούσα μελέτη, όπως το ωράριο, η ιεραρχική θέση που κατέχει ο εργαζόμενος, η ηλικία των μαθητών κ.ά. Επίσης, θα ήταν χρήσιμο να διερευνηθούν πιθανοί προβλεπτικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση συμπόνιας, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή την κόπωση συμπόνιας στο συγκεκριμένο πληθυσμό – στόχο. Τέλος, θα μπορούσε να μελετηθεί η επίδραση των τριών παραμέτρων στην αποδοτικότητα και παραγωγικότητα του Ειδικού βοηθητικού και Ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού.

## Βιβλιογραφικές αναφορές

### Ξενόγλωσση βιβλιογραφία

Abendroth, M. and Flannery, J., (2006). Predicting the risk of compassion fatigue: A study of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(6), 346-356.

Abendroth, M., (2005). Predicting the risk of compassion fatigue: An empirical study of hospice nurses. MSc Thesis. Florida State University, School of Nursing.

Adeniyi, S. O., Fakolade, O. A. and Tella, A., (2010). Perceived Causes of Job Stress among Special Educators in selected Special and Integrated Schools in Nigeria. *New Horizons In Education*, 58 (2), 73-82.

American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)*. Washington, DC.

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington, DC.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders (4th Edition)*. Washington, D C.

Antoniou, A-S., Polychroni, F. and Kotroni, C., (2009). Working with Students with Special Educational Needs in Greece: Teachers' Stressors and Coping Strategies. *International Journal of Special Education*, 24 (1), 100-111.

Baniewicz, M.J., (2015). *Compassion Fatigue and Coping in Mental Health Professionals Working in Residential Treatment with Traumatized Youth*. Thesis. Philadelphia College of Osteopathic Medicine, Department of Psychology.

Baranowsky, A., (2002). The silencing response in clinical practice: On the road to dialog. In: C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner/Mazel, 155-170.

Bataineh, O., (2012). An Investigation of Social Support and Burnout among Special Education Teachers in the United Arab Emirates. *International Journal of Special Education*, 27 (2), 5-13.

Beaton, R. and Murphy, S., (1995). Working with people in crisis: Research implications. In: C.R. Figley, ed. Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel, 51-81.

Ben-Ezra, M., Essar, N. and Saar, R., (2006). Post-traumatic reactions among rescue personnel before and after exposure to trauma: A brief report. *Stress and Health*, 22, 337-340

Bogg, J., (1995). Job Satisfaction, Mental Health, and Occupational Stress Among Senior Civil Servants. *Human Relations*, 48 (3), 327 – 341.

Bowditch, J. R , and Bouno, A. F., (1982). Quality of work life assessment. A survey-based approach. Auburn House. Boston.

Bride, B.E., Robinson M. M., Yegidis B. and Figley C. R., (2007). Development and Validation of the Secondary Traumatic Stress Scale. *Research on Social Work Practice*, 14, 27-35.

Brooks, B. A., and Anderson, M. A., (2005). Defining quality of nursing work life. *Nursing Economics*, 23 (6), 319 – 326.

Burns, C. and Harm, N.J., (1993). Emergency nurses' perceptions of clinical incidents and stress debriefing. *Journal of Emergency Nursing*, 19, 431-436.

Calaminus, G. and Barr, R., (2008). Review: Economic evaluation and health-related quality of life. *Pediatric Blood Cancer*, 50, 1112-1115.

Calson, C., (1978). General Motors quality of work life efforts. *Personnel*, 55 (4), 11-23.

Campbell, A., Converse, P. E. and Rodgers, W. L., (1976). *The Quality of American Life: Perceptions, Evaluations, and Satisfaction*. Russell Sage Foundation. New York.

Cerney, M.S., (1995). Treating the "heroic treaters". In: C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 131-149

Chase, M., (2005). Emergency Department nurses' lived experience with compassion fatigue. MSc Thesis. Florida State University, School of Nursing.

Cherniss, C., (1980). *Professional Burnout in Human Service Organizations*. Preager. New York.

Chrestman, K.R., (1995). Secondary exposure to trauma and self-reported distress among therapists. In: B.H. Stamm, ed. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Lutherville, MD: Sidran Press, 29-36.

Clark, M.L. and Gioro, S., (1998). Nurses, indirect trauma, and prevention. *Journal of Nursing Scholarship*, 30(1), 85-87.

Collins, S. and Long, A., (2003a). Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. *Journal of Psychiatric and Mental*

*Health Nursing*, 10, 17– 23.

Collins, S. and Long, A., (2003b). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers-A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417-424.

Conrad, D. and Kellar-Guenther, Y., (2006). Compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction among Colorado child protection workers. *Child Abuse & Neglect*, 30(10), 1071-1080.

Cornille, T.A. and Meyers, T.N., (1999). Secondary traumatic stress among child protective service workers: Prevalence, severity and predictive factors. *Traumatology*, 5 (1), 3–16.

Crabbe, J.M. et al., (2004). Are health professionals getting caught in the crossfire? The personal implications of caring for trauma victims. *Emergency Medicine Journal*, 21, 568-572.

Craig, C. D. and Sprang, G., (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety Stress Coping*, 23(3), 319-39.

Danieli, Y., (1994). Countertransference, trauma and training. In: J.P. Wilson & J.D. Lindy, eds. *Countertransference in the treatment of PTSD*. London: Guilford, 368-388.

Danna, K. and Griffin, R. W., (1999). Health and well-being in the workplace: A review and synthesis of the literature. *Journal of Management*, 25, 357-384.

Davis, L. E., & Cherns, A. B., (1975). *Quality of working life Volume 2*. Free Press. New York.

Deighton, R.M., Gurriss, N. and Traue, H., (2007). Factors affecting burnout and compassion fatigue in Psychotherapists treating torture survivors: Is the therapist's attitude to working through trauma relevant? *Journal of Traumatic Stress*, 20(1), 63-75.

Dominguez-Gomez, E. and Rutledge, D.N., (2009). Prevalence of secondary traumatic stress among emergency nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 35 (3), 199-204.

Dunning, C. and Silva, M., (1980). Disaster induced trauma in rescue workers. *Victimology: An International Journal*, 5 (2 – 4), 287–297.

Dutton, M.A. and Rubinstein, F.L., (1995). Working with people with PTSD: Research implications. In: C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 82-100.

Edelwich, J. and Brodsky. A., (1980). *Burnout: Stages of Disillusionment in Helping Professions*. Human Sciences Press. New York.

Eichinger, J., (2000). Job Stress and Satisfaction Among Special Education Teachers: Effects of gender and social role orientation. *International Journal of Disability, Development and Education*, 47(4), 397-412.

Efraty, D. and Sirgy. M.J., (1990). The effects of quality of working life (QWL) on employee behavioral responses' *Social Indicators Research*, 22(1), 31-47.

Fagin, L. et al., (1996). Stress, coping and burnout in mental health nurses: findings from three research studies. *International Journal of Psychiatry*, 42 (2), 102-111.

Fallowfield, L., (1990) *The Quality of Life. The Missing Measurement in Health Care*. Souvenir Press, London.

Faunce, W A., and Dubin, R., (1975). Individual investment in working and living. In L. E. Davis & A. B Cherns (Eds.), *Quality of working life*. Volume 1, 313-314. Free Press. New York.

Figley, C., (1982). Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health. Keynote presentation at the

Conference, Families and close relationships: Individuals in social interaction, Texas Tech University, Lubbock, Texas.

Figley, C. R., (1985). The family as victim: Mental health implications. *Psychiatry*, 6, 283-291.

Figley, C. R. (1989). *Helping Traumatized Families*. San Francisco: Jossey-Bass.

Figley, C.R. and Kleber, R., (1995). Beyond the "victim": Secondary traumatic stress. In: R.J. Kleber and C.R. Figley, eds. *Beyond trauma: Cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press, pp. 75-98.

Figley, C.R., (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress in those who treat the traumatized*. New York: Brunner Mazel, pp. 1-20.

Figley, C.R., (1999). Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In B.H. Stamm, ed. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore, MD: Sidran Press, 3-28.

Figley, C.R., (2002a). *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner – Routledge.

Figley, C.R., (2002b). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.

Felton, J.S., (1998). Burnout as a clinical entity: Its importance in health care workers. *Occupational Medicine*, 48, 237-250.

Flanagan J. C., (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138-147.

Flanagan J. C., (1982). Measurement of quality of life: current state of the art. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 63 (2), 56-59.

Foley, M. et al., (2004). A Multi-Factor Analysis of Job Satisfaction Among School Nurses. *The Journal of School Nursing*, 20 (2), 94-100.

Follette, V., Polusny, M. and Milbeck, K.,(1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms and impact of providing service to child sexual abuse survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*. 25 (3), pp. 275–282

Frank, D.I. and Karioth, S. P., (2006). Measuring compassion fatigue in public health nurses providing assistance to hurricane victims. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 4(7), 1-13.

Freudenberg, H.J., (1974). *Stuff Burnout*. *J Soc Issues*, 30, 159-165.

Fry, W. F., and Allen, M., (1975). *Make 'em Laugh*. Palo Alto. Pacific Books. California.

Garrett, C., (1999). Stress, coping, empathy, secondary traumatic stress and burnout in healthcare providers working with HIV-infected individuals. New York University, New York, USA.

Gates, D.M. and Gillespie, G.L., (2008). Secondary traumatic stress in nurses who care for traumatized women. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 37, 243-249.

Gentry, J.E., (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3/4), 37-61.

Gentry, J.E., Baranowsky, A. and Dunning, K., (2002). ARP: The accelerated recovery program (ARP) for compassion fatigue. In: C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner – Routledge, 123–138.

Goode, D. A., (1989). Quality of life, quality of work life. In W. E. Kiernan & R. Schalock (Eds.), *Economics, industry and disability. A look ahead* (pp. 337-349). Baltimore: Paul H. Brookes.

Griffith, J., Steptoe, A. and Cropley, M., (1999). An investigation of coping strategies associated with job stress. *British Journal of Educational Psychology*, 69 (4), 517- 531.

Hackman, J. and Oldham, G., (1976). *The Job Diagnostic Survey*. New Haven: Yale University.

Hargreaves, A., (1999). *Changing teachers, changing times*, New York: Teachers College Press.

Harvey, M., (1996). An ecological view of psychological trauma and trauma recovery. *Journal of Traumatic Stress*, 9, pp. 3-23.

Havlovic, S. J., (1991). Quality of work life and human resource outcomes. *Industrial Relations*, 30 (3), 469-479.

Hodgkinson, P. and Shepherd, M., (1994). The impact of disaster support work. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), pp. 587-600.

Hooper, C. et al., (2010). Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427.

Hoffman, S., Palladino, J. and Barnett J., (2007). Compassion fatigue as a theoretical framework to help understand burnout among special education teachers. *Journal of ethnographic and Qualitative Research*, 2, 15-2.

Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D.R., Wetsel, M.A., Reimels E., (2010). Compassion satisfaction, burnout and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5): 420–427.

Huggard, P. and Dixon, R., (2011). “Tired of Caring”: The Impact of Caring on Resident Doctors. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 3, 105 – 112.

Hunsaker, S., Chen, H-C., Maughan, D. and Heaston, S., (2015). Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(2), 186-194.

Hytten, K. and Hasle, A., (1989). Firefighters: A study of stress and coping. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80 (335), 50-55.

Jenkins, S.R. and Baird, S., (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: A validation study. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 423-432.

Joinson, C., (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22 (4), 116-122.

Jonsson, A., Segesten, K. & Mattsson, B., (2003). Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel. *Emergency Medicine Journal*, 20, 79-84.

Kalra, S., Chawla, K. & Kalra, B., (2008). Compassion fatigue in diabetes care professionals: Effect of cognitive behavior therapy. *International Journal of Emergency Medicine*, 12(5), 7-10.

Kalyva, E., Karagianni, P., Tziastias, T., Tsontaki, M., and Hatzialexiadou, E. (2007). The effect of teacher burnout on their



perceptions regarding their students' unwanted behaviours. Paper published at the proceedings of the Conference "Primary Education and Contemporary Challenges", Ioannina, pp. 1279-1283.

Kanno, H., Tosone, C., Koeske, G. F. and Newhill, C. E., (2012). Risk and Protective Factors of Secondary Traumatic Stress for Social Workers. Paper published at the proceedings of the Conference : Society for Social Work and Research Sixteenth Annual Conference Research That Makes A Difference: Advancing Practice and Shaping Public Policy, Washington D.C. Available at <https://sswr.confex.com/sswr/2012/webprogram/Paper17273.html>

Kassam-Adams, N., (1995). The risks of treating sexual trauma: Stress and secondary trauma in psychotherapists. In: B.H. Stamm, ed. Secondary traumatic stress: Self care issues for Clinicians, Researchers, and Educators. Maryland: Sidran Press, 37-48.

Kenardy, J. A. et al., (1996). Stress debriefing and patterns of recovery following a natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 9, pp. 37-49.

Killian, K. D., (2008). Helping till it hurts? A multimethod study of compassion fatigue, burnout, and self-care in clinicians working with trauma survivors. *Traumatology*, 14(2), 32-44.

Koenig, A., (2014). Learning to prevent burning and fatigue: teacher burnout and compassion fatigue. Thesis. The School of Graduate and Postdoctoral Studies. The University of Western Ontario. Canada.

Kokkinos, M.C. and Davazoglou, M.A., (2009). Special education teachers under stress: evidence from a Greek national study. *Educational Psychology*, 29(4), 407-424.

Kristensen, T. S., Borritz, M., Villadsen, E. and Christensen, K. B., (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work and Stress: an International Journal of Work, Health and Organisations*, 19 (3), 192 – 207.

Laposa, J.M. and Alden, L.E., (2003). Posttraumatic stress disorder in the emergency room: exploration of a cognitive model. *Behavior Research and Therapy*, 41, 4965.

Lau, R. S. M., (2000). Quality of work life and performance – An ad hoc investigation of two key elements in the service profit chain model. *International Journal of Service Industry Management*, 11 (5), 422- 437.

Lazarus, R. S. and Folkman S., (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer .

Lepore, M., (2004). *Assessing the frequency and influences of secondary traumatic stress symptoms among crisis intervention workers*. PhD Dissertation. Duquesne University, School of Education

Levine, M. F., Taylor J. C. and Davis, L.E., (1984). Defining Quality of Working Life. *Human Relations*, 37 (1), 81-104.

McCarroll, J. et al., (1993). Traumatic stress of a wartime mortuary anticipation of exposure to mass death. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(9), 545-551.

Marmar, C. et al., (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Preita earthquake interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9(1), 63-85.

Martel, J. P. and Dupuis, G., (2006). Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of new model and measuring instrument. *Social Indicator Research*, 77, 333-368.

Maslach, C., (1982). *Burnout: the cost of caring*. New Jersey: Prentice Hall Inc.

Maslach, C. and Jackson, C. E., (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.

Maslach, C. and Jackson, C. E., (1984). Burnout in Organizational Settings. *Applied Social Psychology Annual*, 5, 133 – 153.

Maslach, C. and Jackson C. E., (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.

Maslach C. & Goldberg J. (1998). Prevention of Burnout: new perspectives. *Applied and Preventive Psychology*, 7, 63-74.

Maslach, C. and Leiter, P. M., (1997). *The truth about burnout*. Jossey Bass Publishers. San Francisco.

Maslach C., Shaufeli W. B., Leiter M. P., (2001). Annual Review of Psychology, 52, 397-422.

Maytum, J.C., Heiman, M.B. & Garwick, A.W., (2004). Compassion fatigue and burnout in nurses who work with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 171-179.

McCann, I. L. and Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (2), 131-149.

McHolm, F., (2006). Rx for Compassion Fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), 12-19.

Miller, K.I., Stiff, J.B. and Ellis, B.H., (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs*, 55(9), 336-341.

Meadors, P. and Lamson, A., (2008). Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on Intensive Care Units for Children. *Journal of Pediatric Health Care*, 22 (1), 24-34.

Mooney, A., (2006). Quality of life: Questionnaires and questions. *Journal of Health Communication*, 11, 327-341.

Moran, C. and Briton, N.R., (1994). Emergency work experience and reactions to traumatic incidents. *Journal of Trauma Stress*, 7, 575-585.

Moran, C., (2002). Humor as a moderator of compassion fatigue. In: C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. NY: Brunner-Routledge, 139-154.

Morgan, K., (2006). Compassion Satisfaction and Burnout in Special Education Teachers and Therapist Working in An Early Intervention Program. BSc Thesis. Kennesaw State University. Department of Psychology.

Munroe, J., (1990). Therapist traumatization from exposure to clients with combat related PTSD: Implications for administration and supervision. PhD Dissertation. Massachusetts: Northeastern University.

Munroe, J.F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rapperport, K. and Zimering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A treatment model. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 209-232.

Murray, M.A. et al., (2009). Secondary traumatic stress, burnout, compassion fatigue and compassion satisfaction in trauma nurses. In: AACN (American Association of Critical-Care Nurses), National Teaching Institute. Louisiana, New Orleans. *American Journal of Critical Care*, 18(3), 13-14.

Myers, D. and Wee, D., (2002). Strategies for managing disaster mental health worker stress. In C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner Routledge, 181-211.

Najjar, N., (2009). Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. *Journal of Health Psychology*, 14, 267-277.

Nelson-Gardell, D. and Harris, D., (2003). Childhood abuse history, secondary traumatic stress, and child welfare workers. *Child Welfare*, 82, 5-26.

O'Connor, J. and Jeavons, S., (2003). Nurses' perceptions of critical incidents. *Journal of Advanced Nursing*, 41, 53-62.

Pagel, I. and Witmann, E., (1986). Relationship of Burnout to Personal and Job-Related Variables in Acute-Care Pediatric Settings. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 9 (2), 131-143.

Palladino, J. and Davis, K., (2011). Compassion Fatigue among Secondary Special Education Teachers: A case study about job stress and burnout. Msc Thesis. Eastern Michigan University. Department of Special Education.

Pearlman, L.A., (1995). Self-care for trauma therapists: Ameliorating vicarious traumatization. In: B.H. Stamm, ed. *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Maryland: Sidran Press, 51-64.

Pearlman, L. A. and Saakvitne, K. W. (1995a). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorders in those who treat the traumatized*, 150-177. NY: Brunner/Mazel.

Pearlman, L.A. and Saakvitne, K.W., (1995b). Trauma and the therapist: Counter transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: W.W. Norton & Company.

Perron, B. and Hiltz, B., (2006). Burnout and Secondary Trauma Among Forensic Interviewers of Abused Children. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23 (2), 216-234.

Plapinger, K., (2013). The other frontline workers: exploring the symptoms of compassion fatigue among school staff members. MSc Thesis. Smith College School for Social work. Northampton, Massachusetts.

Platsidou, M. and Agaliotis, I., (2008). Burnout, Job Satisfaction and Instructional Assignment related Sources of Stress in Greek Special Education Teachers. *International journal of Disability, Development and Education*, 55 (1), 61-76.

Poncet, M. C., Toullic, P, Papazian, L., Kentish-Barnes. N., Timsit, J. F., Pochard, F., Chevret, S., Schlemmer, B., Azoulay, E., (2006). Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respiratory Critical Care Med*, 175 (7), 698-704.

Ray, S., Wong, C., White, D. and Heaslip, K., (2013). Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, Work Life Conditions, and Burnout Among Frontline Mental Health Care Professionals. *Traumatology*, 19(4), 255 –267.

Remer, R. and Elliot. J., (1988). Characteristics of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9(4), pp. 373-387.

Riggio, R.E. and Taylor, S.J., (2000). Personality and communication skills as predictors of hospice nurse performance. *Journal of Business and Psychology*, 15(2), 351-359.

Riordan, R.J. and Saltzer, S.K., (1992). Burnout prevention among health care providers working with the terminally ill: A literature review. *Omega*, 25, 17–24.

Robins, P.M., Meltzer, L. and Zelikovsky, N., (2009). The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(4), 270-279.

Rossi, A., Cetrano, G., Pertile, R., Rabbi, L., Donisi, V., Grigoletti, L., et al., (2012). Burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction among staff in community-based mental health services. *Psychiatry Research*, 200, 933-938.

Rudolph, J.M., Stamm, B.H. and Stamm, H.E., (1997). Compassion fatigue: A concern for mental health policy, providers & administration. In: 13th Annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies. Montreal.

Saakvitne, K.W. and Pearlman, L.A., (1996). Transforming the pain: A workbook on vicarious traumatization. New York: WW Norton & Co.

Sabin-Farrell, R. and Turpin, G., (2003). Vicarious traumatization: Implications for the mental health of health workers. *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.

Sabo, B.M., (2006). Compassion fatigue and nursing work: Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12 (3), 136–142.

Sabo, B.M., (2008). Adverse psychosocial consequences: Compassion fatigue, burnout and vicarious traumatization: Are nurses who provide palliative and hematological cancer care vulnerable? *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 23-29

Salston, M.G., (2000). Secondary traumatic stress: A study exploring empathy and the exposure to the traumatic material of survivors of community violence. Dissertation. Florida State University.

Sari, H., (2004). An analysis of burnout and job satisfaction among Turkish special school headteachers and teachers, and the factors effecting their burnout and job satisfaction. *Educational Studies*, 30 (3), 291-306.

Sashkin, M., and Burke, W., (1987). Quality of work life. *Journal of Management*, 13(2), 393- 418.

Schauben, L. and Frazier, P., (1995). Vicarious trauma: The effects on female counselors of working with sexual violence survivors. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 49–64.

Scobel, D. N., (1975). Doing away with the factory blues. *Harvard Business Review*, 53, 132-142.

Simon, C.E., et al., (2006). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23(4), pp. 1-14.

Sirgy, M.J., Efraty., D., Siegel., P. and Lee., D-J., (2001). A New Measure of Quality of Work Life (QWL) Based on Need Satisfaction and Spillover Theories. *Social Indicators Research*, 55 (3), 241-302.

Shaufeli, W. B., Van Dierendonk, D. and Sixma, H. I., (1993). Burnout among General Practitioners: a Perspective from Equity Theory. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 13 (1), 86 – 100.

Spector, P.E, (1985). Measurement of Human Service Staff Satisfaction: Development of the Job Satisfaction Survey. *American Journal of Community Psychology*, 13 (6), 693-713.

Sprang, G., (2011). Secondary Traumatic Stress and Burnout in Child Welfare Workers: A Comparative Analysis of Occupational Distress Across Professional Groups. *Child Welfare*, 90 (6), 143-168.

Sprang, G., Clark, J. J., and Whitt-Woosley, A., (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss and Trauma*, 12, 259–28.

Srinivas, E. S., (1994). Perceived quality of work life (PQWL) and organizational commitment: A study of managers in selected organizations. In Nirmal Kr. Gupta and Abad Ahmad (ED.) *Management Research: Contemporary Issues*. New Delhi: South Asia Publications.

Stamm, B.H., (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers and educators*. Lutherville, MD: Sidran Press.

Stamm, B.H., (1997). Work-related Secondary Traumatic Stress. *PTSD Research Quarterly*, (8) 2, Spring. [Available on-line[[http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/RQ\\_Spring\\_1997.html](http://www.dartmouth.edu/dms/ptsd/RQ_Spring_1997.html).]

Stamm, B.H. et al., (2002). The helper's power to heal and to be hurt – or helped – by trying. Register Report: A publication of the National Register of Health Service Providers in Psychology. United Nations: Washington DC.

Stamm, B.H., (2005). *The ProQOL manual: The professional quality of life scale: Compassion satisfaction, burnout & compassion*

fatigue/secondary trauma scales. [ebook] Lutherville, MD: Sidran Press.  
Available at: <http://www.isu.edu/~bhstamm>

Stamm, B.H., (2010) The Concise ProQOL Manual, 2nd Ed.  
Pocatello, ID: ProQOL.org

Stamm, B. H., and Figley, C. R., (1996). Compassion satisfaction and fatigue test. Retrieved September 23, 2001 from <http://www.isu.edu/~bstamm/tests.htm>.

Steinberg, A., (1996). Understanding the secondary traumatic stress of children. In C. Figley (Ed.), Burnout in families: The systemic cost of caring. Delray Beach, FL: St. Lucie Press.

Straw, R. J., & Heckscher, C.C., (1984). QWL: new working relationships in the communication industry. Labor Studies Journal, 8, 261-274.

Strydom, L., Nortje, N., Beukes R., Esterhuysen K. and Westhuizen, J., (2012). Job Satisfaction amongst teachers at special needs schools. South African Journal of Education, 32 (3), 255 – 266.

Taylor, J.C., Cooper C.L. and Mumford E., (1979). The quality of working life in Western and Eastern Europe, Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds, Europe.

Tepper, E. and Palladino, J., (2007). Compassion Fatigue and Burnout: Precursors to Elementary Special Educators' Exodus from Teaching. Eastern Michigan University. Department of Special Education.

Thompson, R., (2003). Compassion fatigue: The professional liability for caring too much. In: The Human Side of School Crises, A Public Entity Risk Institute Symposium.

Treasury Board of Canada Secretariat, (2000). Improving the quality of life of Canadians and their children. Available at: <http://publications.gc.ca/site/eng/9.615108/publication.html>

Tyler, P. and Cushway, D., (1998). Stress and well-being in health-care staff: the role of negative affectivity, and perceptions of job demand and discretion. Stress Medicine, 14, 99-107.

Valent, P., (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In: C.R. Figley, ed. Treating compassion fatigue. New York: Brunner-Routledge, 17-37.



Van Hook, M. P., and Rothenburg, M., (2009). Quality of life and compassion satisfaction/ fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community-based care organizations in central Florida. *Social Work and Christianity*, 36, 36–54.

Walton, R. D., (1974). Quality of work life What is it? *Sloan Management Review*, 15(1), 11-21.

Walton, R. E., (1973). QWL indicators: prospects and problems. In Portigal, A.H. (Eds.). *Measuring the quality of working life. A symposium on Social Indicators of Working Life*. Ottawa, 19-20.

Watson P. & Feld A. (1996). Factors in stress and burnout among paediatric nurses in a general hospital. *Nursing Praxis in New Zealand*, 11(3), 38-46.

Weiner, W., (1989). Is burnout an institutional syndrome? *Loss, Grief & Care*, 3(1-2), 95-100

Wyatt, T. A., and Chay, Y. W., (2001). Perceptions of QWL; A study of Singaporean employees development. *Research and Practice in Human Resource Management*, 9(2), 59-76.

World Health Organization., (1995). *Health promotion glossary*. Switzerland: Geneva .

World Health Organization. (2003). *Concepts and methods of community-based initiatives*. Switzerland: Geneva.

Yaktin U. S., Azoury N. B., Doumit M. A., (2003). Personal Characteristics and Job Satisfaction among nurses in Lebanon. *Journal of Nursing Administration*, 33 (7-8), 384 – 390.

Yassen, J., (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. In C. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, 175-208.

Yoder, E., (2010). Compassion fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23 (4), 191-197.

Yang-Shing Chen, Ming-Chao Chen, Frank Huang-Chih Chou, Feng-Ching Sun, Pei-Chun Chen, Kuan-Yi Tsai and Shin-Shin Chao, (2007). The relationship between quality of life and posttraumatic stress

disorder or major depression for firefighters in Kaohsiung, Taiwan. *Quality of Life Research*, 16 (8), 1289-1297.

Young, K. and Longman, A., (1983). Quality of life and persons with melanoma: A pilot study. *Cancer Nursing*, 6 (3), 50-54.

Zarafshan, H., Mohammadi, M.R., Ahmadi, F., Arsalani, A., (2013). Job Burnout among Iranian Elementary School Teachers of Students with Autism: a Comparative Study. *Iran Journal of Psychiatry*, 8(1), 20-27.

### Ελληνική βιβλιογραφία

Αλβανού, Κ., (2014). Σύγκριση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής: μια διερευνητική μελέτη. Μεταπτυχιακή εργασία. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Οικονομικών & Κοινωνικών επιστημών.

Ανδρεάδου, Μ., (2014). Η ποιότητα της επαγγελματικής ζωής εργαζομένων στην Ειδική Αγωγή και η σχέση της με τη συναισθηματική νοημοσύνη. Μεταπτυχιακή εργασία. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Τμήμα Εκπαιδευτικής & Κοινωνικής πολιτικής.

Εταιρεία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ). (2003). Ημερίδα για την επαγγελματική εξουθένωση, Αθήνα.

Καλαντζή, Φ., (2007). Διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης σε τρία Δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία. Μεταπτυχιακή εργασία. Αθήνα: Πάντειο Πανεπιστήμιο, Τμήμα Ψυχολογίας.

Κάντας, Α., (1998). Οργανωτική και Βιομηχανική Ψυχολογία. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κάντας, Α., (1996). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας – πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3, 71-85.

Κάντας, Α. και Βασιλάκη Ε., (1997). Burnout in greek teachers : main findings and validity of the Maslach Burnout inventory. *Work and stress*, 11(1), 94-100

Μαγγούλια, Π., (2011). Η επίδραση του δευτερογενούς τραυματικού στρες στην παραγωγικότητα των νοσηλευτών σε ΜΕΘ και ψυχιατρικές κλινικές. Διδακτορική διατριβή. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό

Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Νοσηλευτικής.

Παπαδάτου, Δ. και Αναγνωστόπουλος, Φ., (1999). Επαγγελματική εξουθένωση. 3η εκδ. Στο: Δ. Παπαδάτου & Φ. Αναγνωστόπουλος, επιμ. Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

### Άδεια χρήσης ερευνητικού εργαλείου

ProQOL.org

Permission Letters

Thank you for completing the form for permission to use the ProQOL. This page provides access to permission letters. It also specifies the terms of use.

Please read the [FAQs](#) if you have questions about use. Most of the time you will find your answer there.

If you wish to use the ProQOL for non-commercial purposes, simply download the Permission to use the ProQOL form below. The form you submitted will be on record with our office so that we will know you requested permission. Make sure to keep a copy of the information you submitted with your use permission form. Together, the information you submitted and this page are your permission. These letters alone are not sufficient without a copy of the use permission form.

In the spirit of helping others, we assume that you will use the ProQOL for good. By submitting your form and downloading the permissions, you agree to the following conditions.

- You agree to always use the ProQOL or work associated with it in an ethical manner appropriate to human rights policies of the United Nations including *The United Nations Universal Declaration of Human Rights*. You may have other requirements based on your setting such as permission from a Human Subjects committee such as is common at Universities. The ProQOL.org does not have a Human Subjects review process. You must find that locally.
- You agree to always use the ProQOL in culturally sensitive ways.
- If you collect data, you agree to manage and protect your data the legal and ethical management of data in your employment, training or volunteer setting. For example, if you are from the United States or a European country doing research in a developing nation, you will be held to the procedures of your organization in the United States or European country.
- You, or someone with whom you work, will not profit directly from selling the ProQOL or products that rest in large part on the ProQOL. The ProQOL can be freely used as part of a school course, training curriculum or in a book or journal when it is not the substantial part of the work.
- We encourage you to review and use the Best Practices Parameters from the International Society for Traumatic Stress Studies. To find more about these, go to the International Society for Traumatic Stress Studies website at [www.istss.org](http://www.istss.org). Among others there are parameters for [Trauma Research and Teaching and Training about Trauma](#), and [International Training Guidelines](#).

I wish you the very best as you use the ProQOL. Please do consider donating a copy of your data. You can find more information about data donations at the [Donate Data](#) page on the ProQOL site.

Beth Hudnall Stamm  
Developer and Director, [ProQOL.org](http://ProQOL.org)

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β**  
**Έγκριση διεξαγωγής της έρευνας**



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΠΑΙΔΕΙΑΣ  
ΕΡΕΥΝΑΣ ΚΑΙ ΘΡΗΣΚΕΥΜΑΤΩΝ

-----  
ΓΕΝΙΚΗ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ  
ΣΠΟΥΔΩΝ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ &  
ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ  
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ  
ΤΜΗΜΑ Α  
-----

Μαρούσι, 26-01-2016  
Αρ. Πρωτ. 12472 /Δ3

Ταχ. Δ/ση: Α. Παπανδρέου 37  
Τ.Κ. - Πόλη: 151 23 Μαρούσι  
Ιστοσελίδα: <http://www.minedu.gov.gr>  
Email: [t08dea1@minedu.gov.gr](mailto:t08dea1@minedu.gov.gr)  
Πληροφορίες: Τουρούκης Χ  
Τηλέφωνο: 210 3442190- 3442577  
Fax: 210 34423193

**ΠΡΟΣ: 1) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**  
**2) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΧΑΝΙΩΝ**  
**3) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΡΕΘΥΜΝΟΥ**  
**4) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Α/ΘΜΙΑΣ ΛΑΣΙΘΙΟΥ**  
**5) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΧΑΝΙΩΝ**  
**6) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΡΕΘΥΜΝΟΥ**  
**7) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ**  
**8) ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ Β/ΘΜΙΑΣ ΛΑΣΙΘΙΟΥ**  
**ΚΟΙΝ: ΣΧΟΛΙΚΕΣ ΜΟΝΑΔΕΣ (ΜΕΣΩ ΤΩΝ ΟΙΚΕΙΩΝ**  
**Δ/ΝΣΕΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ).**

**ΘΕΜΑ: Έγκριση Διεξαγωγής Έρευνας**

Απαντώντας σε σχετικό αίτημα και έχοντας υπόψη την με αριθμό 63/19-01-2016 πράξη του Δ.Σ. του Ι.Ε.Π. σας κάνουμε γνωστό ότι εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας της κ. Χαντζάρα Ευαγγελίας, μεταπτυχιακής φοιτήτριας της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Κρήτης, με θέμα: «Διερεύνηση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής των επαγγελματιών υγείας που εργάζονται σε δομές Ειδικής Αγωγής στην Κρήτη», καθώς πληροί τους επιστημονικούς όρους και τις προβλεπόμενες παιδαγωγικές προϋποθέσεις.

Ενδεικτικά αναφέρεται ότι η εν λόγω έρευνα αποσκοπεί στη διερεύνηση της ποιότητας της επαγγελματικής ζωής του ειδικού εκπαιδευτικού και του ειδικού βοηθητικού προσωπικού, μόνιμων και αναπληρωτών, που εργάζεται σε ΣΜΕΑΕ και ΚΕΔΔΥ της Κρήτης. Σε αυτό το πλαίσιο, πρόκειται να ακολουθήσει τον κάτωθι μεθοδολογικό σχεδιασμό.

**Μεθοδολογία- Το δείγμα της έρευνας-Οργάνωση της έρευνας:**

Η έρευνα απευθύνεται σε ενήλικες και απαιτεί την εθελοντική και ανώνυμη συμπλήρωση ενός ερωτηματολογίου εκτός εργασιακού ωραρίου.

**Εργαλεία για την έρευνα:**

Τα ερευνητικά ερωτήματα που επιχειρείται να ανιχνευτούν είναι:

α) ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης, ο βαθμός κινδύνου για δευτερογενές μετατραυματικό στρες και ο βαθμός κινδύνου για επαγγελματική εξουθένωση, σε συνδυασμό και με τα δημογραφικά και επαγγελματικά χαρακτηριστικά του προσωπικού και β) ποιες είναι οι προτάσεις των εργαζομένων για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν στα παιδιά με αναπηρία στο σχολικό πλαίσιο.

Σε κάθε περίπτωση, επισημαίνεται ότι η εν λόγω έρευνα, κατά το στάδιο της υλοποίησής της **θα πρέπει να πληροί τις κάτωθι προϋποθέσεις:**

1) Η ερευνήτρια θα πρέπει να εξασφαλίσει τη συναίνεση των Διευθυντών, του Συλλόγου Διδασκόντων των Σχολικών Μονάδων και του ειδικού εκπαιδευτικού και ειδικού βοηθητικού προσωπικού, μονίμων και αναπληρωτών, που θα συμμετάσχουν στην έρευνα, των οποίων η συμμετοχή στην έρευνα είναι προαιρετική.

2) Σε κάθε περίπτωση, θα πρέπει να τηρηθούν όλοι οι προβλεπόμενοι κανόνες της ερευνητικής δεοντολογίας, όπως αυτοί αναγράφονται στο Αναλυτικό Σχέδιο Έρευνας, το οποίο έχει υποβληθεί στο Ινστιτούτο Εκπαιδευτικής Πολιτικής. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στην αναγκαιότητα διαφύλαξης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και στην προστασία των προσωπικών τους δεδομένων. Η ερευνήτρια δεν θα προβεί σε ηχογράφηση ή βιντεοσκόπηση κατά τη διάρκεια της έρευνας.

3) Με την ολοκλήρωση της έρευνας, η ερευνήτρια θα πρέπει να αποστείλει ηλεκτρονικό αντίγραφο της έρευνάς της στη Βιβλιοθήκη του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής.

Τέλος, επισημαίνεται ότι το συνημμένο υλικό της έρευνας θα φυλάσσεται στο αρχείο του Ινστιτούτου Εκπαιδευτικής Πολιτικής για δύο χρόνια από την ημερομηνία συζήτησής της στο Διοικητικό Συμβούλιο και μετά θα καταστρέφεται με ευθύνη του Τμήματος Γραμματειακής Στήριξης.

**Η ΠΡΟΪΣΤΑΜΕΝΗ ΤΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ**

**ΘΕΟΔΩΡΑ ΑΣΤΕΡΗ**

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ**  
**Ερωτηματολόγιο**



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ



**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Σας παρακαλώ να συμπληρώσετε **ανώνυμα** το παρόν ερωτηματολόγιο, το οποίο αποτελεί μέρος Μεταπτυχιακής εργασίας, που αφορά την ποιότητα της επαγγελματικής ζωής του Ειδικού Εκπαιδευτικού και Ειδικού Βοηθητικού προσωπικού, που εργάζεται σε σχολικές μονάδες Ειδικής Αγωγής στην Κρήτη.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι **προαιρετική**. Είναι σημαντικό, ωστόσο, να απαντηθούν ΟΛΕΣ οι ερωτήσεις με ειλικρίνεια. Σας βεβαιώνω ότι διατηρείται η ανωνυμία των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο και ότι τα προσωπικά σας δεδομένα δεν θα κοινοποιηθούν. Οι πληροφορίες που θα δώσετε είναι εμπιστευτικές και πρόκειται να χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς. Από την συγκεκριμένη μελέτη θα προκύψουν χρήσιμα οφέλη στον ιδιαίτερο αυτό χώρο φροντίδας παιδιών με αναπηρίες.

Για οποιαδήποτε διευκρίνιση μπορείτε να επικοινωνήσετε στο τηλ. 6977086744 ή στην ηλεκτρονική διεύθυνση [med4p1030226@med.uoc.gr](mailto:med4p1030226@med.uoc.gr)

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για την συνεργασία σας.

Ευαγγελία Χαντζάρα, Σχολική Νοσηλεύτρια ΤΕ.





**8.Χρόνια προϋπηρεσίας στην Ειδική Αγωγή**

1-5	<input type="checkbox"/>
6-10	<input type="checkbox"/>
11-15	<input type="checkbox"/>
16-20	<input type="checkbox"/>
21-25	<input type="checkbox"/>
25 και άνω	<input type="checkbox"/>

**9.Παιδιά τα οποία υποστηρίζετε** (μπορείτε να σημειώσετε περισσότερες από μια επιλογές)

Με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες	<input type="checkbox"/>
Με νοητική στέρση	<input type="checkbox"/>
Με σωματική αναπηρία	<input type="checkbox"/>
Με αυτισμό / διαταραχές αυτιστικού φάσματος	<input type="checkbox"/>
Με προβλήματα ακοής	<input type="checkbox"/>
Με προβλήματα όρασης	<input type="checkbox"/>
Με πολλαπλές αναπηρίες	<input type="checkbox"/>
Άλλο: _____	

**10.Αριθμός μαθητών που υποστηρίζετε καθημερινά**

1-5	<input type="checkbox"/>
6-10	<input type="checkbox"/>
11-15	<input type="checkbox"/>
16-20	<input type="checkbox"/>
21-25	<input type="checkbox"/>
25 και άνω	<input type="checkbox"/>

5η έκδοση (2009)

Όταν υποστηρίζεις ανθρώπους, έχεις άμεση επαφή με τις ζωές τους. Όπως ίσως έχετε διαπιστώσει η συμπόνια σας για αυτούς που βοηθάτε μπορεί να σας επηρεάσει με θετικούς και αρνητικούς τρόπους. Παρακάτω υπάρχουν κάποιες ερωτήσεις σχετικά με τις εμπειρίες σας, θετικές και αρνητικές, ως επαγγελματίας. Σκεφτείτε την κάθε μια από τις ακόλουθες ερωτήσεις σε σχέση με σας και την τρέχουσα εργασιακή σας κατάσταση. Επιλέξτε τον αριθμό που ειλικρινά αντικατοπτρίζει το πόσο συχνά βιώσατε τις παρακάτω καταστάσεις τις τελευταίες 30 μέρες.

	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά
1.Είμαι ευτυχισμένος / η.	1	2	3	4	5
2.Ανησυχώ έντονα για περισσότερα από ένα άτομα τα οποία υποστηρίζω	1	2	3	4	5
3.Νοιώθω ότι συνδέομαι με τους άλλους	1	2	3	4	5
4.Λαμβάνω ικανοποίηση από το γεγονός ότι μπορώ να υποστηρίζω ανθρώπους	1	2	3	4	5
5.Αναπηδών ή ξαφνιάζομαι από απροσδόκητους ήχους	1	2	3	4	5
6.Αισθάνομαι αναζωογονημένος αφότου δουλέψω μ' αυτούς που υποστηρίζω	1	2	3	4	5
7.Δυσκολεύομαι να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως επαγγελματίας	1	2	3	4	5
8.Δεν είμαι τόσο παραγωγικός/η στη δουλειά επειδή χάνω τον ύπνο μου λόγω τραυματικών εμπειριών κάποιου από τα άτομα που φροντίζω/ υποστηρίζω	1	2	3	4	5
9.Νομίζω ότι ίσως να έχω επηρεαστεί από το τραυματικό άγχος αυτών που υποστηρίζω	1	2	3	4	5
10.Αισθάνομαι εγκλωβισμένος από τη δουλειά μου	1	2	3	4	5
11.Λόγω της βοήθειας που παρέχω, έχω αισθανθεί εκνευρισμένος/η για διάφορα πράγματα	1	2	3	4	5
12.Μου αρέσει η δουλειά μου	1	2	3	4	5
13.Αισθάνομαι μελαγχολικός/η εξαιτίας των τραυματικών εμπειριών των ανθρώπων που βοηθώ.	1	2	3	4	5
14.Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω βοηθήσει	1	2	3	4	5
	Ποτέ	Σπάνια	Μερικές φορές	Συχνά	Πολύ συχνά

15. Έχω πεπειθήσεις οι οποίες με στηρίζουν	1	2	3	4	5
16. Είμαι ευχαριστημένος/η με το πώς καταφέρνω να ακολουθώ τις τεχνικές υποστήριξης και τα πρωτόκολλα	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	1	2	3	4	5
20. Έχω ευχάριστες σκέψεις συναισθήματα γι' αυτούς που υποστηρίζω και για το πώς θα μπορούσα να τους βοηθήσω	1	2	3	4	5
21. Αισθάνομαι καταβεβλημένος/η επειδή ο φόρτος εργασίας μου φαίνεται ατελείωτος.	1	2	3	4	5
22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω τη διαφορά μέσω της δουλειάς μου	1	2	3	4	5
23. Αποφεύγω συγκεκριμένες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες των ανθρώπων που υποστηρίζω	1	2	3	4	5
24. Είμαι υπερήφανος/η για το τι μπορώ να κάνω για να βοηθήσω	1	2	3	4	5
25. Ως αποτέλεσμα της παροχής βοήθειας στους άλλους, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις	1	2	3	4	5
26. Αισθάνομαι ότι "βαλτώνω" από το σύστημα	1	2	3	4	5
27. Έχω σκέψεις ότι είμαι επιτυχημένος/η ως επαγγελματίας	1	2	3	4	5
28. Δεν μπορώ να ανακαλέσω σημαντικά μέρη της δουλειάς μου που αφορούν θύματα τραυματισμού	1	2	3	4	5
29. Είμαι ένας άνθρωπος που νοιάζεται πολύ	1	2	3	4	5
30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτή τη δουλειά	1	2	3	4	5

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

Παρακαλώ σημειώστε τυχόν προτάσεις που θεωρείτε ότι μπορούν να συμβάλλουν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχετε ως επαγγελματίας υγείας, στα παιδιά με αναπηρία στο σχολικό πλαίσιο.

---



---



---