

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

Σ.Ε.Υ.Π-ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ
ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ»

«BURNOUT OF SOCIAL WORKERS AT HOSPITALS»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ : ΓΕΩΡΓΟΠΟΥΛΟΥ ΧΑΡΙΤΙΝΗ 4672

ΚΛΑΨΗ ΖΩΗ 4702

ΚΟΥΖΗ ANNA 4656

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ :ΣΙΑΚΑΜΠΙΕΝΗ ΑΡΓΥΡΩ

ΠΑΤΡΑ,ΙΟΥΝΙΟΣ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους μας βοήθησαν για την συγγραφή της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας. Πιο συγκεκριμένα όλους τους κοινωνικούς λειτουργούς που δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα που διεξήχθη και μοιράστηκαν μαζί μας τα βιώματα και τις εμπειρίες τους. Επίσης πολύ σημαντική ήταν η βοήθεια που πήραμε από την καθηγήτρια μας Κα Σιακαμπένη Αργυρώ γι' αυτό και την ευχαριστούμε ιδιαίτερα!

Copyright© ΓεωργοπούλουΧαριτίνη, Κλάψη Ζωή, Κουζή Άννα, 2015.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Allrightsreserved.

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα. Οι απόψεις και τα συμπεράσματα που περιέχονται σε αυτό το έγγραφο εκφράζουν τον συγγραφέα και μόνο.

ΑΡΚΤΙΚΟΛΕΞΑ

E.E.	Επαγγελματική Εξουθένωση
MBI	Maslach Burnout Inventory
EE- 27	Ευρωπαϊκή Ένωση των 27 χωρών-μελών
JCQ	Job Content Questionnaire
ERI-Q	Effort /reward Imbalance
OSI	Occupational Stress Indicator
EASHW	European Agency for Safety and Health at Work
SLIC	Senior Labour Inspectors (Επιτροπή Ανωτέρων Επιθεωρητών Εργασίας)
ESENER	European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks
SMBM	Shirom Melamed Burnout Measurement
CBI	Copenhagen Burnout Inventory
IFSW	Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικής Εργασίας
IASSW	Διεθνής Ένωση Σχολών Κοινωνικής Εργασίας
N.Δ.	Νομοθετικό Διάταγμα
Π.Δ.	Προεδρικό Διάταγμα
TEI	Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα
MBI- NL	Netherlands Maslach Burnout Inventory
OSHA	Occupational Safety & Health Administration

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΝΕΥΜΑΤΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ	2
ΑΡΤΙΚΟΛΕΞΑ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ-ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	9
· ΑΝΑΓΑΙΟΤΗΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
· ΣΚΟΠΟΣ –ΣΤΟΧΟΙ	
ΜΕΡΟΣ Α: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	12
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	
& ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	12
1.1.ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	12
1.2. ΑΙΤΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	17
1.3. ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	20
1.4. ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	21
1.5. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	22
1.6. ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	23
1.7. ΑΙΤΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	28
<i>1.7.1 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ</i>	28
<i>1.7.2 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΆΤΟΜΟ</i>	30
1.8.ΣΥΝΕΠΕΙΕΣΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	31
1.9.ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	33
1.10ΣΧΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	35
1.11 ΣΧΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ.....	36
1.12 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ- ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ	
& ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ	
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ	39
2.1.Το ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	39
<i>2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ</i>	39
<i>2.1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ</i>	40
<i>2.1.3 ΚΥΡΙΟΙ ΆΞΟΝΕΣ ΔΡΑΣΗΣ & ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ</i>	41

2.1.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.....	42
2.2.ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ	44
2.3.ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ& ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ	
ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ	46
2.4.ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ	51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ	56
3.1.ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	56
3.2. ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	59
3.2.1 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ.....	60
3.2.2 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ/ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	62
ΚΕΦΑΛΑΙΟ4 : ΕΡΕΥΝΑ	71
4.1. ΣΚΟΠΟΣ	71
4.2. ΣΤΟΧΟΙ	71
4.3. ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	71
4.4. ΔΕΙΓΜΑ	72
4.5. ΤΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ	72
4.6. ΤΗΡΗΣΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ	73
4.7.ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	73
4.7.1. ΠΙΝΑΚΑΣΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝΣΤΟΙΧΕΙΩΝ	73
4.7.2.ΚΛΙΝΙΚΕΣΤΜΗΜΑΤΑΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ.....	74
4.7.3.ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ	76
4.7.4. ΣΚΕΨΕΙΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	77
4.7.5. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ –ΣΥΝΑΔΕΛΦΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ	77
4.7.6. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ	79
4.7.7. ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥΣ ΧΡΟΝΟ	80
4.7.8. ΕΠΙΡΡΟΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ	81
4.7.9. ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ	82
4.7.10. ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑ –ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.....	83

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	85
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	89
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	92
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ	100
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	102

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΑ

ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 1: ΜΟΝΤΕΛΟ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ- ΕΛΕΓΧΟΥ ΚΑΡΑΣΕΚ 1979	13
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 2: ΣΧΕΣΗ ΑΠΟΔΟΣΗΣ – ΑΓΧΟΥΣ	16
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 3: ΟΙ ΔΥΝΑΜΙΚΕΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ ΚΑΤΑ COOPER	18
ΔΙΑΓΡΑΜΜΑ 4: ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΓΧΟΥΣ	20

ΠΙΝΑΚΕΣ

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΚΙΝΔΥΝΟΙ & ΜΕΤΡΑ/ ΟΡΙΑ	59
--	----

ΛΕΞΕΙΣ ΚΛΕΙΔΙΑ

Επαγγελματικό άγχος (jobstress), επαγγελματική εξουθένωση (jobburnout), επαγγελματική ικανοποίηση (jobsatisfaction), κοινωνικός λειτουργός (socialworker), κοινωνικοί λειτουργοί σε Νοσοκομεία (hospitalsocialworkers).

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η παρούσα εργασία πραγματεύεται την επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομειακό χώρο. Το θέμα αυτό προσεγγίστηκε με δύο τρόπους. Αρχικά με τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, στην οποία περιγράφεται με αναλυτικό τρόπο το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα αίτια και οι συνέπειές της, καθώς και οι τρόποι πρόληψης και αντιμετώπισης. Επίσης μέσω της ποιοτικής έρευνας έγινε προσπάθεια πλήρους κατανόησης του φαινομένου, συγκεκριμένα των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομειακό χώρο. Αυτό πραγματοποιήθηκε μέσω της κατάθεσης των εμπειριών τους αλλά και των συναισθημάτων τους.

Το πρώτο κεφάλαιο αναφέρεται στον ορισμό του επαγγελματικού άγχους. Πιο συγκεκριμένα πραγματοποιείται εννοιολογική προσέγγιση των εννοιών του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρουσιάζονται μοντέλα και θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί σχετικά με τις δύο αυτές έννοιες και αναλύονται διάφοροι παράμετροι, όπως αίτια, συμπτώματα, συνέπειες, τρόπος μέτρησης, και οι σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ των εννοιών αυτών αλλά και ανάμεσα σε άλλους παράγοντες, όπως η εργασιακή ικανοποίηση. Στο δεύτερο κεφάλαιο, αναλύεται το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού, ο κώδικας δεοντολογίας του επαγγέλματος, αλλά και τα προβλήματα και οι προκλήσεις που περιλαμβάνει, που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Επίσης, παρατίθεται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, με έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση των Κοινωνικών λειτουργών, δίνοντας περισσότερη έμφαση στους Κοινωνικούς λειτουργούς που απασχολούνται στα Νοσοκομεία. Στο τρίτο κεφάλαιο του πρώτου μέρους, παρουσιάζει τους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης, με μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των σχετικών ερευνών, τόσο στην Ελλάδα, όσο και στο εξωτερικό. Στο Τέταρτο κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα της έρευνας που πραγματοποιήθηκε. Κλείνοντας ,περιγράφονται σε ξεχωριστό κεφάλαιο τα συμπεράσματα και οι προτάσεις της ολιστικής μας προσέγγισης .

ABSTRACT

This paper is about the burnout of social workers working in hospitals. We had approached it in two ways. The first way was done with literature review where the syndrome of burnout was analytically described, its causes and effects along with ways of preventing and coping with it. The other way was done through qualitative research for the full understanding of this phenomenon for the social workers in hospital that was done through their experiences and feelings.

The first chapter deals with the definition of occupational stress. More specifically a conceptual approach is performed on the concepts of occupational stress and burnout. Models and theories are presented that have been developed on these two concepts analyzing various parameters, such as causes, symptoms, consequences, how to measure, and the relationships that have been developed between these concepts but also among other factors such as job satisfaction. In the second chapter, we analyse the profession of social worker and his code of conduct of the profession, but also the problems and challenges included that contribute to the appearance of the burnout syndrome. It also gives an overview of the literature with research on burnout of social workers, giving more emphasis to social workers employed in hospitals. It also gives an overview of the literature with research on burnout of social workers, giving more emphasis to social workers employed in hospitals. In the third chapter of the first part, it shows how to prevent and treat occupational stress and burnout, with a literature review of relevant research, both in Greece and abroad. Fourth chapter analyzes the results of the survey conducted. Finally, in a separate chapter we describe the conclusions and recommendations of our holistic approach.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η επαγγελματική εξουθένωση τα τελευταία χρόνια είναι ένα θέμα που όλο και περισσότερο αποτελεί πρόβλημα για τους επαγγελματίες καθώς τα ποσοστά του συνεχώς αυξάνονται. Ετσι η παρούσα ολιστική ανασκόπηση θεωρούμε ότι είναι μεγάλης αναγκαιότητας. Οι περισσότερες έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση στο νοσοκομειακό χώρο ασχολούνται γενικότερα με τους επαγγελματίες υγείας. Για τον λόγο αυτό, θεωρήσαμε σκόπιμο να ασχολήθουμε μόνο με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού και την επαγγελματική εξουθένωση. Το νοσοκομείο επίσης είναι ένας πολύ στρεσογόνος χώρος. Τα προβλήματα και το έντονο άγχος αποτελεί καθημερινότητα. Αυτό αποτέλεσε για εμάς πρόσφορο έδαφος για μελέτη του φαινομένου.

Ο σκοπός της παρούσας πτυχιακής είναι να εξετασθεί κατά πόσο το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού έρχεται αντιμέτωπο με την επαγγελματική εξουθένωση (burnout) στο χώρο του νοσοκομείου.

Ειδικότερα, οι στόχοι της εργασίας που πραγματοποιήθηκε ήταν αρχικά η αναλυτική βιβλιογραφική ανασκόπηση των αιτιών, των συνεπειών αλλά και των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου. Επίσης η διερεύνηση των παραγόντων (εσωτερικών και εξωτερικών) που επηρεάζουν ή μη τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς στο νοσοκομειακό χώρο οδηγώντας τους στην επαγγελματική εξουθένωση. Επιπροσθέτως η καταγραφή των συναισθημάτων του δείγματος στα πλαίσια εργασίας τους στο νοσοκομείο καθώς και η επιρροή της οικονομικής κρίσης τόσο στο επαγγελματικό όσο και στο προσωπικό επίπεδο. Τέλος η εξέταση των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το επαγγελματικό άγχος χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ευρεία κλίμακα δυσκολιών και πιέσεων που βιώνει ο επαγγελματίας στον χώρο της εργασίας του. Οι στρεσογόνοι παράγοντες που διερευνήθηκαν μπορεί να είναι είτε ενδογενείς (π.χ. χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου) είτε εξωγενείς (π.χ. συνθήκες εργασίας). Η μακροχρόνια έκθεση του επαγγελματία σε στρεσογόνους παράγοντες και η έλλειψη ικανότητας σωστής διαχείρισης και αντιμετώπισής τους οδηγούν σε ανικανότητα του επαγγελματία να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εργασίας του. Το άτομο εξαντλείται, αποδυναμώνεται και θέτεται σε κίνδυνο η σωματική του και ψυχική του υγεία. Παράλληλα, μειώνεται η αποδοτικότητά του και αυτό έχει άμεσες συνέπειες στις επιχειρήσεις και στους οργανισμούς. Πρόκειται για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (jobburnout) ή κατά το ελληνικότερο, της υπερκόπωσης.

Αν και ο όρος της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίστηκε στα μέσα της δεκαετίας του '70, συστηματικές μελέτες του συνδρόμου εμφανίστηκαν από το 1982 και έπειτα (Shirom 1989). Αρχικά η επαγγελματική εξουθένωση μελετήθηκε για τον χώρο της εκπαίδευσης, των κοινωνικών υπηρεσιών, της ψυχικής υγείας και άλλων ανθρωποκεντρικών επαγγελμάτων, χωρίς, ωστόσο, σαφή προσδιορισμό της έννοιας και της συμπτωματολογίας. Η ακριβέστερη εννοιολογική προσέγγιση του συνδρόμου πραγματοποιήθηκε από την Maslach την δεκαετία του 1980, με την κατασκευή και του αντίστοιχου ψυχομετρικού εργαλείου (Maslach Burnout Inventory), το οποίο μέχρι σήμερα κυριαρχεί στις μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση. Πλέον, η βιβλιογραφία, βέβαια, έχει επεκταθεί και σε έρευνες της επαγγελματικής εξουθένωσης όχι μόνο στα ανθρωποκεντρικά επαγγέλματα αλλά και σε άλλα επαγγέλματα, καθώς αναγνωρίζεται ως ένα κοινωνικό φαινόμενο που πλήττει όλους τους επαγγελματικούς χώρους.

Ωστόσο, η επαγγελματική εξουθένωση κατά το μεγαλύτερο ποσοστό αφορά και εμφανίζεται κυρίως, στα επαγγέλματα υγείας (ψυχολόγοι, ψυχοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί, ιατροί, νοσηλευτές) λόγω της ιδιαίτερης φύσης αυτών των επαγγελμάτων, που βασικό τους χαρακτηριστικό είναι η καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο. Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν μια ομάδα ιδιαίτερα ευάλωτη που συχνά, εμφανίζει υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τους Snibb et al. (1989), οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι περισσότερο ευαίσθητοι ως προς την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία. Οι βασικές αρχές και ο κώδικας δεοντολογίας του επαγγέλματος σε συνδυασμό με οργανωτικά προβλήματα και την έλλειψη κατάλληλων πόρων, προκαλούν ηθικά διλήματα στους κοινωνικούς λειτουργούς, σε πολλές καταστάσεις. Οι ηθικοί προβληματισμοί για την σωστή λήψη αποφάσεων είναι καθοριστικός παράγοντας στην εμφάνιση άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης στους κοινωνικούς λειτουργούς.

Οι αριθμοί και τα στατιστικά στοιχεία, τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς, είναι ανησυχητικά. Ιδιαίτερα οξύ έχει γίνει το πρόβλημα τα τελευταία χρόνια, λόγω και της οικονομικής κρίσης που έχει πλήξει πολλές χώρες της Ε.Ε., και ιδιαίτερα την Ελλάδα. Οι συνθήκες εργασίας έχουν χειροτερεύσει, οι πιέσεις έχουν αυξηθεί, η αυτονομία έχει περιοριστεί και οι αμοιβές έχουν μειωθεί. Αυτή η κατάσταση επιτάσσει την λήψη και εφαρμογή μέτρων για την πρόληψη και αντιμετώπιση του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα μέτρα αυτά πραγματοποιούνται είτε σε ατομικό επίπεδο, είτε σε σχέση με το άτομο και την εργασία του, είτε σε επίπεδο οργανωτικό/ διοικητικό. Η πολυπλοκότητα των φαινομένων του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής

εξουθένωσης απαιτεί όχι μια μονομερή αλλά μια ολιστική προσέγγιση. Πολλές επιχειρήσεις, έχουν ήδη αντιληφθεί την σπουδαιότητά αυτών των μέτρων, μέσω της αποτελεσματικότητάς τους, που έχει εκτιμηθεί από διάφορες μελέτες. Ωστόσο, ακόμα πολλές επιχειρήσεις δεν φαίνεται να έχουν δώσει την απαραίτητη προσοχή στο πρόβλημα.

Τα συμπεράσματα που προέκυψαν από την παραπάνω προσπάθεια είναι ότι ο φόρτος εργασίας, η αμφισβήτηση του ρόλου του κοινωνικού λειτουργού, η μικρή επαγγελματική εμπειρία καθώς και η μη ικανοποίηση στο συγκεκριμένο χώρο εργασίας αποτελούν τις βασικότερες αιτίες στην εμφάνιση του συνδρόμου. Αντιθέτως οι καλές σχέσεις με συναδέλφους και συνεργάτες, το υποστηρικτικό περιβάλλον και η εξωτερική συμβουλευτική εποπτεία είναι οι σημαντικότεροι παράγοντες για την πρόληψη και καταπολέμηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

ΜΕΡΟΣ Α: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Γενικά, το άγχος είναι μια κατάσταση που βιώνουν οι άνθρωποι σε διάφορες πτυχές της ζωής τους. Είναι ο τρόπος με τον οποίο το σώμα προετοιμάζεται να αντιδράσει απέναντι σε απειλές και κινδύνους. Ο όρος *άγχος* προέρχεται από το ρήμα *ἄγχω*, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Είναι, λοιπόν, ένα δυσάρεστο συναίσθημα που εμφανίζεται όταν ο άνθρωπος έρχεται αντιμέτωπος με μια δύσκολη κατάσταση.

Η έννοια του επαγγελματικού άγχους έχει μελετηθεί διαχρονικά στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία μέσω πολλών διαφορετικών θεωρητικών προσεγγίσεων (Cox 1978, Cox&Griffiths 2010; ΑπόEuropeanRiskObservatory 2012). Ως επαγγελματικό άγχος μπορεί να ορισθεί το σύνολο των επιβλαβών σωματικών και συναισθηματικών αντιδράσεων του εργαζομένου, όταν οι απαιτήσεις του έργου του δεν ταιριάζουν με τις ικανότητές του, τις προσωπικές του ανάγκες και τις προσωπικές του πεποιθήσεις. Το επαγγελματικό άγχος είναι μια δυσλειτουργική τακτική του ατόμου, η οποία πυροδοτείται από την «απειλή» που θεωρεί ότι βιώνει, κάθε φορά που έρχεται αντιμέτωπος με δύσκολες καταστάσεις στην εργασία του (Δαλακούρα 2011).

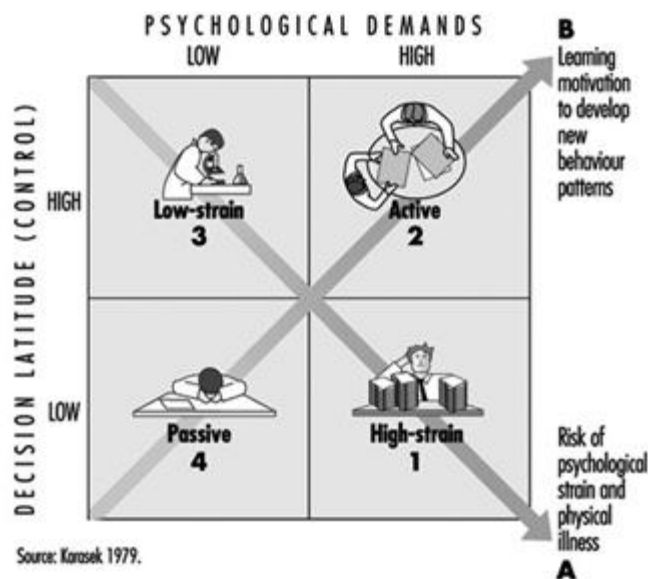
Οι σύγχρονες θεωρητικές προσεγγίσεις εξετάζουν την έννοια του επαγγελματικού άγχους μέσω της πολύπλοκης αλληλεπίδρασης του ατόμου με το εργασιακό περιβάλλον. Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Παρατηρητήριο Κινδύνων (2012), το επαγγελματικό άγχος σηματοδοτεί την ύπαρξη προβληματικής αλληλεπίδρασης μεταξύ του ατόμου με το εργασιακό περιβάλλον ή μελετάται σε όρους γνωστικών και συναισθηματικών διαδικασιών, δηλαδή μέσω ψυχολογικής προσέγγισης (psychological approach).

Σύμφωνα, λοιπόν, με αυτή την προσέγγιση, το επαγγελματικό άγχος θεωρείται ως μια αρνητική συναισθηματική εμπειρία, που σχετίζεται με την αντίληψη του ατόμου ότι βρίσκεται υπό υπερβολικές απαιτήσεις που δεν είναι εφικτό να τις διαχειριστεί. Αυτή η προσέγγιση περιλαμβάνει θεωρίες άγχους που χωρίζονται σε δυο κατηγορίες: τις θεωρίες αλληλεπίδρασης (interactional theories) και τις θεωρίες συναλλαγής (transactional theories). Οι θεωρίες αλληλεπίδρασης αφορούν προσέγγιση που δίνει στο άτομο ένα παθητικό ρόλο, αντιδρώντας στα εγγενή χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος. Από την άλλη, οι θεωρίες συναλλαγής, προσεγγίζουν το άγχος, δίνοντας στο άτομο έναν πιο ενεργητικό ρόλο, όπου μέσω μιας γνωστικής αξιολόγησης προσπαθεί να διαχειριστεί το αγχογόνο

περιβάλλον(EuropeanRiskObservatory, 2012).Στην συνέχεια, παρουσιάζονται οι βασικότερες θεωρίες αυτών των κατηγοριών.

ΘΕΩΡΙΑ ΑΠΑΙΤΗΣΕΩΝ- ΕΛΕΓΧΟΥ KARASEK (1979)

Η θεωρία απαιτήσεων- ελέγχου (Demand- ControlTheory) πρόκειται για μια θεωρία αλληλεπίδρασης. Η βασική θέση αυτής της θεωρίας είναι ότι το άγχος είναι πιθανό να εμφανιστεί όταν ένα άτομο με χαμηλή ικανότητα στην λήψη αποφάσεων προσλαμβάνεται σε μια θέση εργασίας με υψηλές ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις (EuropeanRiskObservatory, 2012).



Διάγραμμα 1: Μοντέλο Απαιτήσεων /Ελέγχου Karasek (1979)/ (Hurrelletal. 2011)

Στο παραπάνω διάγραμμα, απεικονίζεται το μοντέλο απαιτήσεων/ ελέγχου, όπως προτάθηκε από τον Karasek (1979). Στον κάθετο άξονα τοποθετείται το εύρος λήψης αποφάσεων, ενώ στον οριζόντιο άξονα οι απαιτήσεις της εργασίας. Συνδυάζοντας τα διαφορετικά επίπεδα από τις δυο αυτές διαστάσεις, προκύπτουν 4 πιθανοί συνδυασμοί:

§ Υψηλές απαιτήσεις- Χαμηλό εύρος λήψης αποφάσεων

Πρόκειται για τον χειρότερο συνδυασμό, καθώς αντιστοιχεί σε μεγάλη πίεση στην εργασία (High- strain) και συνοδεύεται με τις μεγαλύτερες πιθανότητες εκδήλωσης ασθενειών.

§ Χαμηλές απαιτήσεις – Χαμηλό εύρος λήψης αποφάσεων

Πρόκειται για παθητική κατάσταση (passive) που ενδέχεται να οδηγήσει και σε απώλεια των δεξιοτήτων του ατόμου.

§ Υψηλές απαιτήσεις- Υψηλό εύρος λήψης αποφάσεων

Πρόκειται για μια ενεργό κατάσταση (active). Σε αυτή την περίπτωση το άτομο μπορεί αποτελεσματικά να ανταπεξέλθει στις υψηλές ψυχοκοινωνικές απαιτήσεις της δουλειάς και έτσι δεν υπάρχουν πολλές πιθανότητες για προβλήματα και ασθένειες. Αυτό

οφείλεται στο γεγονός ότι το άτομο συμμετέχει ενεργά στην λήψη αποφάσεων, αισθάνεται κύριος του εαυτού του, και σίγουρος ότι μπορεί να ανταπεξέλθει σε απρόοπτες καταστάσεις. Έχει την δυνατότητα επιλογής και μπορεί ο ίδιος να προσαρμόσει το πρόγραμμά του, σύμφωνα με τις ανάγκες του.

§ Χαμηλές απαιτήσεις- Υψηλό εύρος λήψης αποφάσεων

Ο συγκεκριμένος συνδυασμός αντιστοιχεί σε χαλαρή κατάσταση (low- strain) και πρόκειται για ιδανικό συνδυασμό διότι δεν υπάρχουν πολλές πιέσεις στην εργασία και ο βαθμός ελέγχου είναι μεγάλος.

ΘΕΩΡΙΑ ΕΝΑΡΜΟΝΙΣΗΣ ΑΤΟΜΟΥ- ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΟΣ (FRENCHETAL. 1982)

Η θεωρία εναρμόνισης ατόμου- περιβάλλοντος (Person- EnvironmentFitModel) πρόκειται για μια άλλη σημαντική θεωρία αλληλεπίδρασης που επιχειρεί να εξηγήσει την έννοια του άγχους. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία των Frenchetal. (1982), το άγχος είναι πιθανό να εμφανιστεί σε δυο περιπτώσεις:

§ Όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν εναρμονίζονται καλά με τις συμπεριφορές και τις ικανότητες του εργαζομένου

§ Και αντιστρόφως, όταν οι ανάγκες του εργαζομένου δεν ικανοποιούνται επαρκώς από το εργασιακό περιβάλλον (EuropeanRiskObservatory, 2012).

Το συγκεκριμένο μοντέλο λαμβάνει υπόψη του το ίδιο το άτομο και τον τρόπο με το οποίο επεξεργάζεται το περιβάλλον του, συγκρίνοντας τις προσωπικές του απαιτήσεις με τις εργασιακές παροχές. Όταν, λοιπόν, τα κίνητρα και οι επιδιώξεις του δεν εναρμονίζονται με τις εργασιακές παροχές και υπάρχει σημαντική απόκλιση, τότε το άτομο βιώνει stress.

ΘΕΩΡΙΑ ΙΣΟΡΡΟΠΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑΣ/ ΑΝΤΑΜΟΙΒΗΣ (SIEGRIST, 1996)

Η θεωρία ισορροπίας μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής (Effort-RewardImbalanceTheory) είναι μια θεωρία συναλλαγής. Σύμφωνα με τον Siegrist (1996), άγχος βιώνει το άτομο όταν δεν υπάρχει καλό ταίριασμα μεταξύ της άποψης του ατόμου για τις εργασιακές απαιτήσεις και της άποψης του ατόμου για την καταλληλότητα της αμοιβής που λαμβάνει (EuropeanRiskObservatory, 2012). Άρα, η βασική υπόθεση του Siegristείναι ότι θα πρέπει να υπάρχει ισορροπία ανάμεσα σε αυτό που «επενδύει» ο εργαζόμενος στην δουλειά του και σε αυτό που λαμβάνει πίσω ως ανταπόδοση. Η έννοια της προσπάθειας περιλαμβάνει 2 ειδών προσπάθειες: την ενδογενή και την εξωγενή. Εξωγενής προσπάθεια αφορά στο έργο που εκτελεί το άτομο, ώστε να ανταπεξέλθει στα εργασιακά του καθήκοντα. Ενδογενής προσπάθεια είναι τα εσωτερικά κίνητρα για απόδοση όπως π.χ. λήψη πρωτοβουλιών. Ως ανταμοιβή μπορεί να θεωρηθεί όχι μόνο η χρηματική ανταμοιβή αλλά και

η κοινωνική αναγνώριση, η οικονομική ασφάλεια, η δυνατότητα διατήρησης της εργασιακής θέσης. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, μεγαλύτερο άγχος βιώνουν τα άτομα με υψηλότερη δέσμευση στην εργασία, διότι αυτά τείνουν να υπερεκτιμούν τις δυνατότητές του και να υποεκτιμούν τις αμοιβές τους, με αποτέλεσμα η απόκλιση να είναι μεγαλύτερη.

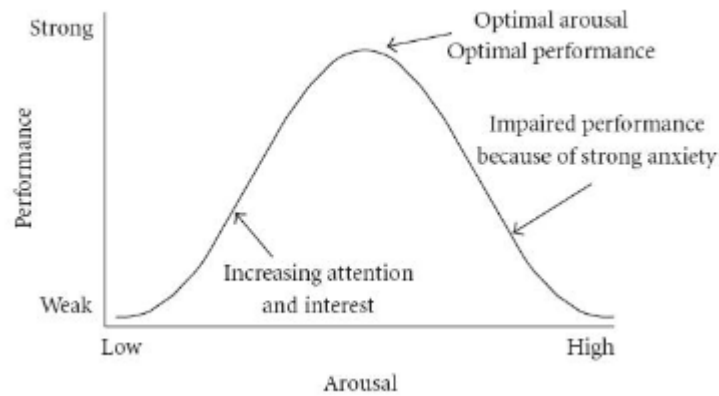
ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΗΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ

ΘΕΩΡΙΑ ΤΩΝ ΒΙΤΑΜΙΝΩΝ (WARR, 1990)

Σύμφωνα με την Θεωρία Βιταμινών (VitaminModel), οι διάφοροι εργασιακοί παράγοντες παρομοιάζονται με βιταμίνες. Ο Warr (1990) πιστεύει ότι οι εργασιακοί παράγοντες θα πρέπει να υφίστανται στην κατάλληλη δοσολογία, ώστε να αποφεύγεται το stress. Για παράδειγμα, αναφορικά με τις πρωτοβουλίες στην εργασία, όσο στρεσογόνο είναι να υπάρχουν πολύ περιορισμένα περιθώρια πρωτοβουλιών, τόσο στρεσογόνο το να υπάρχουν πολύ μεγάλα περιθώρια.

ΘΕΩΡΙΑ ΤΟΥ ΑΝΕΣΤΡΑΜΜΕΝΟΥ-U (Yerkes&Dodson)

Η σχέση εργασιακού άγχους και απόδοσης περιγράφεται από την θεωρία του ανεστραμμένουU (Inverted- UHypothesis) ή αλλιώς από τον Νόμο των Yerkes&Dodson (1908). Στο παρακάτω διάγραμμα, απεικονίζεται η σχέση της απόδοσης με διάφορα επίπεδα διέγερσης (arousal). Χαμηλά επίπεδα διέγερσης αντιστοιχούν σε κατάσταση ηρεμίας, ενώ πολύ υψηλά επίπεδα διέγερσης αντιστοιχούν σε υψηλό επίπεδο άγχους, που είναι αρνητικό και του έχει αποδοθεί ο όρος distress. Σύμφωνα με αυτή την θεωρία, υπάρχει ένα βέλτιστο επίπεδο διέγερσης στο οποίο μεγιστοποιείται η απόδοση του εργαζόμενου. Μέχρι αυτό το σημείο, η αύξηση της δυσκολίας και των απαιτήσεων της εργασίας και κατά συνέπεια, η αύξηση της διέγερσης οδηγεί σε αύξηση της απόδοσης. Πέρα από αυτό το σημείο, η αύξηση της δυσκολίας της εργασίας προκαλεί μείωση της απόδοσης. Αυτό συμβαίνει διότι υπάρχει μεγαλύτερη πίεση, περισπασμοί, δυσκολίες και αρνητικές σκέψεις. Όλα αυτά συσσωρεύονται στο μυαλό του ατόμου και αποπροσανατολίζουν την προσοχή και την εστίαση από το έργο. Το υπερβολικό άγχος μειώνει την ικανότητα να διαχειριστεί το άτομο μεγάλο όγκο πληροφοριών και την δημιουργική σκέψη (Δαλακούρα, 2011).



Διάγραμμα 2: Σχέση απόδοσης – άγχους

ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ HANSSEYLE

Όπως υποδηλώνεται και από τον Νόμο των Yerkes&Dodson, σε κάποιες περιπτώσεις, το άγχος δεν έχει μόνο την αρνητική όψη. Ένα μέρος της ακαδημαϊκής βιβλιογραφίας τονίζει την θετική πλευρά του άγχους. Ο HansSeyle ισχυρίζεται ότι το θετικό ή καλό άγχος δεν μας βλάπτει. Μάλιστα, επινόησε τον όρο eustress, με συνθετικά το πρόθεμα eu που σημαίνει καλός και την λέξη stress. Τοeustress υποδηλώνει ότι οι πιέσεις της ζωής μπορούν να αντιμετωπίζονται ως προκλήσεις και όχι σαν απειλές, που προάγουν την παραγωγικότητα και την δημιουργικότητα. Αποτελεί ένα μηχανισμό εγρήγορσης και μέσο αναγνώρισης των ικανοτήτων του ατόμου.

Ο Seyle μελέτησε τις αντιδράσεις του οργανισμού στην έκθεση στρεσογόνων αντιδράσεων με βάση τον χρονικό ορίζοντα. Έτσι, προτείνει ότι όταν κάποιος βιώνει μια στρεσογόνα κατάσταση περνάει από τρία στάδια τα οποία περιγράφει ως σύνδρομο γενικής προσαρμογής:

§ Συναγερμός: είναι το πρώτο στάδιο και είναι η κατάσταση που το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με την στρεσογόνο κατάσταση και αντιδρά με τρόπο παρόμοιο με αυτόν της «μάχης ή φυγής».

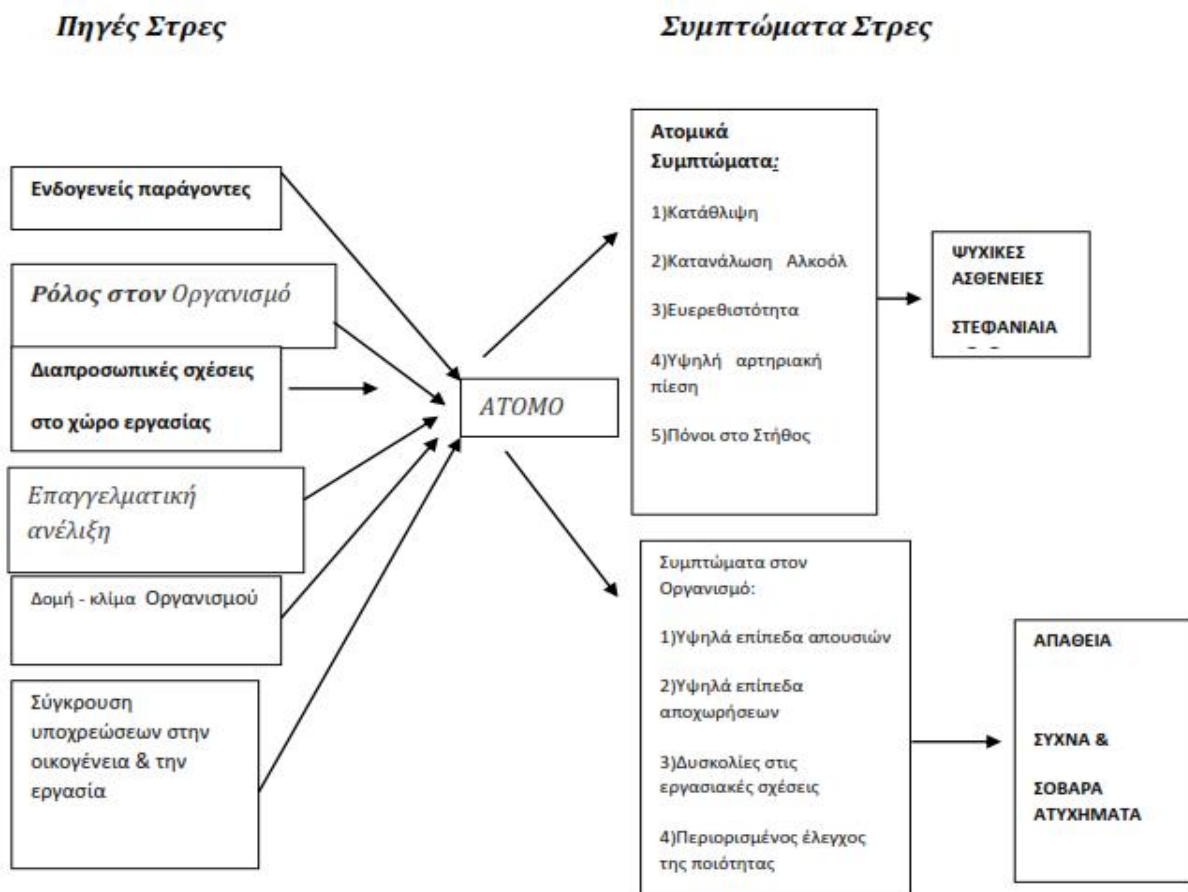
§ Αντίσταση είναι το δεύτερο στάδιο. Είναι η φάση ανάπτυξης μηχανισμών άμυνας. Παλεύει με κάθε δυνατή διαδικασία και μέσο. Αν η κατάσταση αντιμετωπισθεί σε αυτό το στάδιο επανέρχεται η ισορροπία. Αν όχι, έρχεται το τρίτο στάδιο.

§ Εξάντληση είναι το τρίτο και τελικό στάδιο του μοντέλου. Οι αντιστάσεις απέναντι στην στρεσογόνο κατάσταση χαλαρώνουν, το άτομο δεν μπορεί να προσαρμοστεί, η ενέργεια έχει εξαντληθεί και τα συμπτώματα του stressεντείνονται.

1.2 ΑΙΤΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΆΓΧΟΥΣ

Το επαγγελματικό άγχος και οι πηγές του είναι ένα ζήτημα πολύπλοκο με πολλές διαστάσεις και η προσέγγισή του δεν μπορεί να είναι μονοδιάστατη. Υπάρχουν κάποιοι παράγοντες που η ύπαρξή τους στο χώρο της εργασίας αποτελεί πηγή επαγγελματικού στρες. Ωστόσο, το πως το άτομο θα διαχειριστεί τις αγχογόνες καταστάσεις και ποιες θα είναι οι συνέπειες, είναι αρκετά υποκειμενικό και βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς του, τις εμπειρίες του, τα βιώματά του και διάφορες εξωτερικές συνθήκες. Σημαντικό ρόλο παίζουν και οι προσδοκίες που έχει διαμορφώσει το άτομο για τις συνθήκες εργασίας. Η ύπαρξη απόκλισης αυτών των προσδοκιών από τις πραγματικές συνθήκες αποτελεί, επίσης, πηγή άγχους (Κοϊνης&Σαρίδη 2014).

Σύμφωνα με το Μοντέλο του Cooper, που απεικονίζεται στο παρακάτω διάγραμμα, οι παράγοντες που αποτελούν πηγή επαγγελματικού στρες χωρίζονται σε 6 κατηγορίες: ενδογενείς παράγοντες, αυτοί που σχετίζονται με τον ρόλο στην εργασία, αυτοί που αφορούν στις εργασιακές σχέσεις, αυτοί που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου, αυτοί που σχετίζονται με την δομή και το κλίμα της οργάνωσης και, τέλος, αυτοί που σχετίζονται με την σχέση της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή. Τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως φαίνεται και στο διάγραμμα, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εκδήλωση των συμπτωμάτων του επαγγελματικού άγχους, καθώς λειτουργούν ως φίλτρο.



Διάγραμμα 3: Οι δυναμικές του επαγγελματικού άγχους κατά Cooper

Σύμφωνα με έρευνες που αφορούν, συγκεκριμένα, πηγές επαγγελματικού άγχους για τους επαγγελματίες υγείας, φαίνεται πως οι παρακάτω είναι και οι πιο σημαντικές:

§ Φόρτος Εργασίας

Σύμφωνα με τους Tyler&Ellison, που διεξήγαγαν έρευνα σε νοσοκομείο της Αγγλίας, ο φόρτος εργασίας είναι ο μεγαλύτερος αγχογόνος παράγοντας. Αυτό πολλές φορές οφείλεται και στις ελλείψεις σε νοσηλευτικό και παραϊατρικό προσωπικό.

§ Κυλιόμενο Ωράριο

Το κυλιόμενο ωράριο είναι ένας καθοριστικός παράγοντας στα επαγγέλματα υγείας, ο οποίος επηρεάζει όχι μόνο την επαγγελματική ζωή αλλά και την προσωπική ζωή. Σύμφωνα με τους Edwardetal. (1987), οι νοσηλευτές που εργάζονταν με κυλιόμενο ωράριο παρουσίασαν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους σε σχέση με αυτούς που εργάζονταν με σταθερό ωράριο.

§ Αμφισβήτηση Ρόλου

Η αμφισβήτηση του ρόλου του επαγγελματία υγείας αποτελεί έναν, επίσης, σημαντικό παράγοντα εργασιακού άγχους. Η αμφισβήτηση του ρόλου έχει δυσμενείς συνέπειες στην ψυχική ευεξία του ατόμου, ειδικά όταν χαρακτηρίζεται από μειωμένο αυτοέλεγχο

(Jimmieson2000). Σύμφωνα με μελέτες, εντοπίζεται θετική σημαντική σχέση μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου, όπως: κατάθλιψη, επαγγελματική δυσαρέσκεια, δυσαρέσκεια από τη ζωή, μειωμένα εργασιακά κίνητρα, μειωμένα επίπεδα αυτοεκτίμησης και πρόθεση αποχώρησης από την εργασία (Αντωνίου 2006).

Άλλες σημαντικές πηγές επαγγελματικού άγχους στους επαγγελματίες υγείας είναι (Bakkeretal. 2000; Arnoldetal. 1995):

§ Η στρεσογόνος φύση του επαγγέλματος: ψυχολογικές αναζητήσεις, ηθικά διλήματα και απαιτήσεις των ασθενών- πελατών.

§ Έκθεση σε τραυματικά γεγονότα.

§ Πίεση και ένταση στο χώρο εργασίας μειώνει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και επιδρά άμεσα στα επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης και συνεπώς, και στην ποιότητα της ζωής τους.

§ Η συνεχής αλληλεπίδραση και ενασχόληση των επαγγελματιών με συγγενείς ασθενών- πελατών δημιουργεί συναισθήματα θυμού, αμηχανίας, φόβου και απόγνωσης ειδικά όταν οι λύσεις που προτείνονται δεν είναι εύκολα ορατές από τους συγγενείς. Κάποιες φορές οι επαγγελματίες έρχονται αντιμέτωποι με καταγγελίες ή πρέπει να επιλύσουν διαφορές.

§ Η έλλειψη υποστηρικτικού κλίματος και συμπαράστασης από συναδέλφους και προϊσταμένους και οι συγκρούσεις μεταξύ των μελών της θεραπευτικής ομάδας.

§ Η ασάφεια ρόλων, οι διαφορετικές ιεραρχικές βαθμίδες, η έλλειψη οργανωτικής δομής και διάφοροι άλλοι διοικητικοί παράγοντες.

§ Βία και παρενόχληση: Αποτελούν σημαντικούς ψυχοκοινωνικούς κινδύνους στον τομέα της υγείας. Ο υγειονομικός και κοινωνικός τομέας παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά έκθεσης στη βία στον χώρο εργασίας στην ΕΕ-27 (ποσοστό 15,2). Επίσης, το ποσοστό περιστατικών εκφοβισμού και παρενόχλησης σε αυτόν τον τομέα είναι υψηλότερο του μέσου όρου. Ενδεικτικά να αναφερθεί, ότι σύμφωνα με το δανικό πρόγραμμα «η βία ως μορφή έκφρασης», ποσοστό 32% των κοινωνικών λειτουργών σε μονάδες φροντίδας και του νοσηλευτικού προσωπικού στα νοσοκομεία εκτίθεται σε περιστατικά βίας (Pedersen 2007).

§ Ατομικά χαρακτηριστικά, όπως η προσωπικότητα, τα προσωπικά βιώματα, η συναισθηματική ωριμότητα, το προσωπικό στυλ του εργαζόμενου και

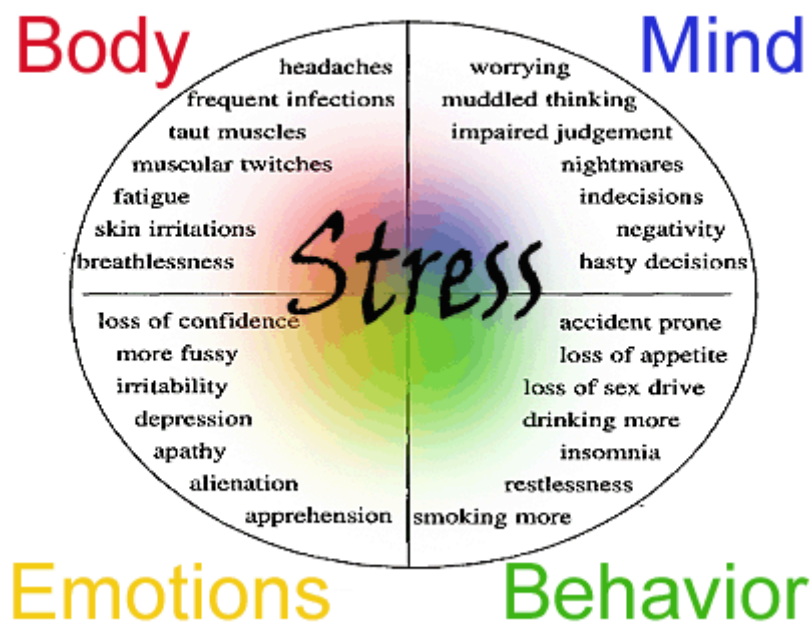
διάφοροι δημογραφικοί παράγοντες, όπως: ηλικία το φύλο, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο, τα έτη υπηρεσίας και η οικογενειακή κατάσταση.

1.3 ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ- ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΆΓΧΟΥΣ

Τα συμπτώματα του επαγγελματικού άγχους διακρίνονται σε:

§ Ατομικό επίπεδο:

Σε ατομικό επίπεδο, οι αντιδράσεις διακρίνονται σε σωματικές, γνωσιακές, συμπεριφορικές και ψυχολογικές. Κάποια από τα συνηθέστερα συμπτώματα του άγχους είναι πονοκέφαλος, διαταραχές στον ύπνο, ταχυκαρδία, εφίδρωση, πιασμένοι μύες, ενοχλήσεις στο στομάχι. Το άγχος επηρεάζει επίσης, και την συμπεριφορά τη σκέψη και την διάθεση. Προκαλεί διαρκή εξάντληση, δυσκολία στη συγκέντρωση, ανησυχία, ακόμα και για ασήμαντα θέματα, απαισιοδοξία, έλλειψη ανοχής, θυμό, χαμηλό ηθικό και μη φιλικές και οικογενειακές σχέσεις. Η γνωσιακή αντίδραση συντελείται, συνήθως, ασυνείδητα και σχετίζεται με αρνητικές σκέψεις και καταστροφολογία. Τα ψυχολογικά συμπτώματα σχετίζονται με αρνητικά συναισθήματα όπως, απώλεια εμπιστοσύνης, απάθεια, αποξένωση, κατάθλιψη και εκνευρισμός. Η συμπεριφορική αντίδραση εκδηλώνεται από τον τρόπο με τον οποίο το άτομο αντιδρά, κοιτά ή μιλάει και περιλαμβάνει κακές συνήθειες, όπως κατανάλωση αλκοόλ και κάπνισμα (Δαλακούρα 2011).



Διάγραμμα 4: Συμπτώματα Άγχους/ Δαλακούρα (2011)

§ Επίπεδο επιχείρησης:

Απουσία από την εργασία, αναστάτωση προσωπικού, κακή τήρηση του ωραρίου, προβλήματα πειθαρχίας, παρενόχληση, μειωμένη παραγωγικότητα, ατυχήματα, σφάλματα και αυξημένες δαπάνες για αποζημίωση ή υγειονομική περίθαλψη (Arnoldetal. 1995).

1.4 ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Λόγω του πολυδιάστατου χαρακτήρα του επαγγελματικού άγχους η μέτρησή του είναι απαιτητική και πολύπλοκη διαδικασία. Γενικά, είναι πιο δύσκολο να εκτιμηθούν οι οργανωτικοί παράγοντες του επαγγελματικού άγχους σε σχέση με τους ατομικούς ή τους κοινωνικούς παράγοντες (Eurofound). Αναφορικά με την μέτρηση του επαγγελματικού άγχους είναι σημαντικό να εκτιμάται και να αξιολογείται η άποψη του ίδιου του εργαζόμενου, καθώς, σύμφωνα με τις θεωρίες του επαγγελματικού άγχους, η αντίληψη που έχει ο εργαζόμενος για τις συνθήκες εργασίας παίζει καθοριστικό ρόλο στο επίπεδο εκδήλωσης των συμπτωμάτων του άγχους και η αντίσταση στο άγχος διαφέρει από άτομο σε άτομο. Σύμφωνα με τις κατευθυντήριες γραμμές που δίνονται, η ανάλυση του επαγγελματικού άγχους και η διαχείριση του επαγγελματικού άγχους πρέπει να είναι διαδικασίες αλληλένδετες και να συμπεριλαμβάνουν δράσεις σε επίπεδο οργάνωσης της εργασίας, καθώς και σε συλλογικό ή και σε τοπικό επίπεδο, δίνοντας έμφαση στην υποκειμενική άποψη του εργαζόμενου για τους αιτιολογικούς παράγοντες του άγχους (Τούκας&Τούκα 2011).

Έτσι λοιπόν, η ανάλυση επικινδυνότητας του άγχους δεν πρέπει να γίνεται με βάση λίστες ελέγχου αλλά με βάση άλλες μεθόδους που θα βασίζονται σε περιγραφικές, επαγωγικές, συγκριτικές ή και στατιστικές μελέτες. Οι μέθοδοι αυτοί χαρακτηρίζονται από διαδικασίες που χρησιμοποιούν υποκειμενικά στοιχεία («υποκειμενικές μέθοδοι») που αναδεικνύουν την αντίληψη του εργαζομένου και αντικειμενικά στοιχεία («αντικειμενικές μέθοδοι») που αφορούν σε μετρήσιμους δείκτες άγχους, που δεν συνυπολογίζουν την προσωπική άποψη του εργαζομένου. Τέτοιες αντικειμενικές μέθοδοι είναι, για παράδειγμα, τεχνικές jobanalysis, checklists, αχχογόνοι δείκτες, συμπεριφορικοί δείκτες, δείκτες της υγείας των εργαζομένων. Οι υποκειμενικές μέθοδοι περιλαμβάνουν, κυρίως, ερωτηματολόγια. Τέτοια ερωτηματολόγια διακρίνονται σε εξειδικευμένα και σε γενικευμένα. Τα εξειδικευμένα ερωτηματολόγια αφορούν συγκεκριμένα επαγγέλματα, ενώ τα γενικευμένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν σε οποιονδήποτε χώρο εργασίας. Τα πιο γνωστά γενικευμένα ερωτηματολόγια είναι τα:

§ Jobcontentquestionnaire (JCQ)

§ Effort/ reward imbalance (ERI-Q)

§ Occupational stress indicator (OSI)

Η χρήση των γενικευμένων ερωτηματολογίων θέλει ιδιαίτερη προσοχή διότι μπορεί να οδηγήσει σε απώλεια χρήσιμων και καθοριστικών πληροφοριών για κάποιο συγκεκριμένο επάγγελμα. Για παράδειγμα, το ερωτηματολόγιο JCQ δεν ενδείκνυται για επαγγέλματα που χαρακτηρίζονται από συχνή επαφή με ασθενείς, διότι δεν λαμβάνει υπόψη το ψυχοσυναισθηματικό υπόβαθρο των εργαζομένων (Τούκας&Τούκα 2011).

1.5 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΆΓΧΟΣ

Σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για τη Βελτίωση των Συνθηκών Διαβίωσης και Εργασίας, το επαγγελματικό άγχος αποτελεί μια από τις συχνότερα αναφερόμενες αιτίες ασθένειας των εργαζομένων, επηρεάζοντας πάνω από 40 εκατ. άτομα σε όλη την Ε.Ε.. Σύμφωνα με την τέταρτη ευρωπαϊκή έρευνα για τις συνθήκες εργασίας (EASHW, 2007), το 2005, το 20% των εργαζομένων από την Ε.Ε. των 15 και το 30% από τα 10 νέα κράτη μέλη πίστευαν ότι η υγεία τους διατρέχει κίνδυνο λόγω εργασιακού άγχους. Το 2002, το ετήσιο οικονομικό κόστος του επαγγελματικού άγχους στην Ε.Ε.15 υπολογίστηκε στα 20.000 εκατ. €(SLIC, 2012).

Στον Καναδά, 46% των εργαζομένων γνώρισε προβλήματα εργασιακού άγχους την τελευταία χρονιά της οικονομικής ύφεσης λόγω του φόρτου εργασίας. Στην Ιαπωνία, περίπου 10.000 άνθρωποι, ετησίως, πεθαίνουν από εξάντληση στην εργασία τους. Έρευνα του Ιαπωνικού Υπουργείου Εργασίας (2002), έδειξε ότι το 25% των εργαζομένων δουλεύει, μηνιαίως, περισσότερες από 80 ώρες υπερωριών.

Σύμφωνα με ευρωπαϊκή έρευνα σχετικά με νέους και πρωτοεμφανιζόμενους κινδύνους (ESENER), τα ατυχήματα, οι μυοσκελετικές παθήσεις και το επαγγελματικό άγχος αποτελούν το σημαντικότερο ανησυχητικό παράγοντα για τα διοικητικά στελέχη. Το επαγγελματικό άγχος αναφέρεται συχνά ως σημαντικός ανησυχητικός παράγοντας για τα διοικητικά στελέχη στους τομείς υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας. Οι διαφορές του επιπέδου ανησυχίας ανάμεσα στους διάφορους κλάδους αντιστοιχούν στην αντιμετώπιση δύσκολων πελατών, ασθενών μαθητών κτλ. Το 79% των ευρωπαϊκών διοικητικών στελεχών ανησυχούν για το επαγγελματικό άγχος, ποσοστό ιδιαίτερα υψηλό (SLIC, 2012).

Μια ματιά στις διάφορες χώρες- μέλη της ΕΕ, δείχνει ότι το επαγγελματικό άγχος, στους τομείς της εκπαίδευσης και της υγείας, είναι συνηθέστερο στην Σλοβενία (ποσοστό 60%), ενώ ακολουθούν η Ελλάδα και η Λετονία, με ποσοστά, 54% και 52%, αντίστοιχα. Ακόμα και στις χώρες με γενικό επίπεδο επαγγελματικού άγχους χαμηλότερο από το

ευρωπαϊκό μέσο όρο, όπως Ηνωμένο Βασίλειο, Γαλλία, Ολλανδία, πάνω από το 20% των εργαζομένων στους κλάδους της υγείας και της εκπαίδευσης αναφέρουν επαγγελματικό άγχος. Σύμφωνα με στοιχεία της Ευρωπαϊκής Στατιστικής Υπηρεσίας (Eurostat), το άγχος, η κατάθλιψη και η νευρικότητα ήταν συνηθισμένος λόγος για απουσίες μεγαλύτερες από 14 ημέρες σε τομείς, όπως αυτοί της υγείας και της κοινωνικής πρόνοιας (SLIC, 2012).

Σύμφωνα με έρευνες, οι συνθήκες εργασίας στην Ελλάδα είναι πολύ πιεστικές. Οι ρυθμοί εργασίας στην Ελλάδα είναι ταχύτεροι από ότι στην Ε.Ε.- 27. Οι Έλληνες εργάζονται σε πολύ υψηλούς ρυθμούς (73,3% έναντι 59,6%) και με μικρές προθεσμίες 68, 4% έναντι 61, 8%). Επίσης, οι Έλληνες εργαζόμενοι, όπως φαίνεται από την ίδια έρευνα, έχουν περιορισμένη δυνατότητα να καθορίσουν οι ίδιοι το ωράριο εργασίας τους, έστω εν μέρει, με αποτέλεσμα να μην υπάρχει εξισορρόπηση επαγγελματικού και ιδιωτικού βίου. Σχεδόν, ένας στους δύο Έλληνες αναφέρει προβλήματα στην πλάτη και άγχος εξαιτίας της εργασίας, ποσοστό διπλάσιο από το αντίστοιχο ευρωπαϊκό.

Αξίζει να αναφερθεί ότι συνήθως, οι στατιστικές υποτιμούν την πραγματικότητα, διότι πολλοί εργαζόμενοι αρνούνται να παραδεχτούν τα ψυχολογικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν στον χώρο εργασίας τους από φόβο μήπως αποχαρακτηριστούν και/ ή απολυθούν.

1.6 ΟΡΙΣΜΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Στην αγγλική γλώσσα, ο όρος "burnout" σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης» (Maslach&Jackson 1981). Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση (jobburnout)» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά από τον Freudenberger στην προσπάθειά του να περιγράψει την ψυχική και συναισθηματική εξουθένωση σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας αλλά και γενικότερα σε επαγγελματίες, όπου καθημερινά έρχονται σε επαφή με άτομα που τους έχουν ανάγκη. Πρόκειται για το βίωμα της αποτυχίας και της εξάντλησης, λόγω των υπερβολικών απαιτήσεων σε ενέργεια, προσπάθεια και προσόντα. Αν και το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει, εκτεταμένως, την σχετική βιβλιογραφία, δεν υπάρχει κάποιος σαφής ορισμός απολύτως αποδεικτός. Ο πιο αντιπροσωπευτικός, ίσως, και ευρέως αναφερόμενος ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός που δόθηκε από τον ψυχολόγο Christine Maslach (1982):

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική

εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Πολλοί ερευνητές θέλησαν να διαμορφώσουν το θεωρητικό υπόβαθρό για το σύνδρομο του burnoutπου θεωρείται ένα πολύ σημαντικό πρόβλημα με σημαντικές επιπτώσεις. Ενδεικτικά να αναφερθεί ότι, σύμφωνα με έρευνες αποτελεί ένα από τα τέσσερα σοβαρότερα προβλήματα στην προσφορά εργασίας στην Ευρώπη (Merllie, Paoli, 2001). Οι σημαντικότερες θεωρίες που προσπαθούν να αναλύσουν τις διάφορες πτυχές του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι εξής:

1) ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΡΙΩΝ ΔΙΑΣΤΑΣΕΩΝ (MASLACH, 1982)

Σύμφωνα με την Maslach (1982), το σύνδρομο του burnoutαποτελείται από τρεις διαστάσεις:

§ *Συναισθηματική Εξάντληση*

Η πρώτη διάσταση περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης.

§ *Αποπροσωποποίηση*

Η αποπροσωποποίηση ορίζεται ως η απομάκρυνση και η αποξένωση του εργαζομένου από τους ασθενείς – πελάτες και την δημιουργία επιθετικών και κυνικών σχέσεων μεταξύ τους.

§ *Έλλειψης Προσωπικής Επίτευξης*

Πρόκειται για το αίσθημα του επαγγελματία ότι δεν μπορεί να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της εργασίας του και αυτό έχει ως αποτέλεσμα την μείωση της απόδοσή του (Leiter&Maslach 2005).

Σύμφωνα με τους Maslach&Jackson (1986), οι τρεις διαστάσεις του συνδρόμου δεν εμφανίζονται παράλληλα. Προηγείται η συναισθηματική εξάντληση που εμφανίζεται πρώτα και οδηγεί στην συνέχεια στην αποπροσωποποίηση και την μειωμένη προσωπική επίτευξη.

2) ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΩΝ EDELWICH & BRODSKY (1980)

Η εξέλιξη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης περιγράφεται από τους Edelwich&Brodsky (1980) μέσα από τέσσερα στάδια από τα οποία περνάει ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρα του:

§ *Ενθουσιασμός*

Στην αρχή της καριέρας του, ο επαγγελματίας νιώθει ενθουσιασμό, θέτει υψηλούς στόχους και διαμορφώνει υπερβολικές προσδοκίες. Αφιερώνεται ιδιαίτερα στην εργασία του

με ενέργεια, χρόνο και ψυχή. Ωστόσο, όταν οι διαμορφωμένες προσδοκίες δεν επαληθευτούν, απογοητεύεται.

§ Αμφιβολία & Αδράνεια

Σαν δεύτερο στάδιο έρχεται η αμφιβολία και η αδράνεια. Σε αυτό το στάδιο, οι προσδοκίες δεν επαληθεύονται και έτσι οι ανάγκες του επαγγελματία δεν ικανοποιούνται. Επειδή, θεωρεί ότι ευθύνεται ο ίδιος για αυτό προσπαθεί να επενδύσει ακόμα περισσότερο στην εργασία του χωρίς αποτέλεσμα. Έτσι, αρχίζει να αποϊδανικοποιεί την εργασία του χωρίς, όμως, ακόμα να έχει αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

§ Απογοήτευση & Ματαίωση

Στο τρίτο στάδιο, ο εργαζόμενος συνειδητοποιεί ότι η εργασία του δεν εκπληρώνει τις προσδοκίες του και ότι δεν μπορεί να επιτύχει την προσωπική ολοκλήρωση μέσα από εκεί με αποτέλεσμα να κατακλύζεται από αίσθημα απογοήτευσης και ματαίωσης. Η λύση σε αυτό είναι είτε να εγκαταλείψει την εργασία του είτε να αναθεωρήσει τις προσδοκίες που είχε διαμορφώσει.

§ Απάθεια

Το τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η απάθεια. Σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και την ματαίωση και αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους. Εργάζεται μόνο για βιοποριστικούς λόγους, επενδύοντας ελάχιστη ενέργεια στην εργασία του, αγνοώντας τις ανάγκες των ασθενών- πελατών.

3) ΔΙΑΔΡΑΣΤΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΟΥ CHERNISS (1980)

Σύμφωνα με το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss (1980) η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια διαδικασία που ακολουθεί κάποια στάδια. Τα στάδια περιγράφονται ως εξής:

§ Φάση του «εργασιακού στρες»:

Σε αυτή την φάση υπάρχει ανισορροπία λόγω της απόκλισης των διαθέσιμων πόρων και των πόρων που απαιτούνται, ώστε να εκπληρωθούν, με τον κατάλληλο τρόπο, οι προσωπικοί στόχοι του εργαζόμενου αλλά και οι απαιτήσεις της εργασίας. Το εργασιακό στρες είναι αποτέλεσμα αυτής της διατάραξης στο εσωτερικό και εξωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου. Αυτή η ανισορροπία μπορεί να συμβεί σε οποιοδήποτε εργαζόμενο, χωρίς απαραίτητα αυτό να σημαίνει ότι ο εργαζόμενος θα οδηγηθεί σε επαγγελματική εξουθένωση.

§ Φάση «εξάντλησης»:

Πρόκειται για το στάδιο κατά το οποίο ο εργαζόμενος ανταποκρίνεται συναισθηματικά στην ανισορροπία που αναφέρεται προηγουμένως. Ο εργαζόμενος έτσι φορτίζεται συναισθηματικά στην δουλειά του και αυτό εκφράζεται μέσω συναισθηματικής εξάντλησης, ανίας, κόπωσης, απάθειας και έλλειψης ενδιαφέροντος. Αν δεν μπορέσει να την διαχειριστεί σωστά αυτή την φάση, ο εργαζόμενος οδηγείται σε απογοήτευση και ματαίωση.

§ Φάση «αμυντικής κατάληξης»:

Σε αυτή την φάση, ο εργαζόμενος προσπαθώντας να επιβιώσει επαγγελματικά, αρχίζει να αλλάζει στάση και συμπεριφορά απέναντι στην εργασία του, αποεπενδύοντας συναισθηματικά και εκφράζοντας κυνισμό και απάθεια. Με αυτόν τον τρόπο προσπαθεί να μειώσει τις αρνητικές ψυχικές και σωματικές συνέπειες των προηγούμενων φάσεων.

4) MONTELO THΣ PINES (1988)

HPines και οι συνεργάτες της, μέσα από το υπαρξιακό μοντέλο που προτείνουν, ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης, που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες (Pines & Aronson 1988). Τονίζει περισσότερο το ρόλο του εργασιακού περιβάλλοντος αναφορικά με την καλλιέργεια των συνθηκών εμφάνισης του συνδρόμου, ενώ τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας και τα κίνητρα πιστεύει ότι παίζουν ρόλο, κυρίως, στην πυροδότηση του συνδρόμου. Να σημειωθεί ότι τα κίνητρα σύμφωνα με την Pines (1993) χωρίζονται σε καθολικά, δηλαδή σε αυτά που όλοι διαμορφώνουν στην αρχή της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας, τα ατομικά, που συνδέονται με το συγκεκριμένο άτομο και τα κίνητρα που συνδέονται με το εκάστοτε επάγγελμα.

Σύμφωνα με το υπαρξιακό μοντέλο, η αιτία της επαγγελματική εξουθένωσης είναι υπαρξιακή και οφείλεται στην ανάγκη του ανθρώπου να δώσει νόημα στην ζωή του. Αν αυτό δεν επιτευχθεί μέσω της εργασίας τότε το άτομο εμφανίζει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

5) MONTELO TOY MEIER (1983)

Ο Meier (1983) ορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μια κατάσταση η οποία προέρχεται από επαναλαμβανόμενες εργασιακές εμπειρίες εξαιτίας των οποίων το άτομο έχει χαμηλές προσδοκίες σχετικά με την ύπαρξη θετικής ενίσχυσης και υψηλές προσδοκίες σχετικά με το ενδεχόμενο τιμωρίας στην εργασία. Ο εργαζόμενος, επίσης, έχει χαμηλές προσδοκίες για τους τρόπους ελέγχων στην εργασία ή χαμηλές προσδοκίες προσωπικής επάρκειας στις απαιτήσεις των ελέγχων. Αυτό σημαίνει ότι πολλές φορές ο εργαζόμενος

ενδέχεται να μην εργασθεί παραγωγικά ή ακόμα και να παραλείψει μια εργασία, διότι φοβάται ότι δεν είναι επαρκής και ότι θα τιμωρηθεί.

Το μοντέλο του Meier, λοιπόν, καθορίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως ένα πολυδιάστατο φαινόμενο συνδυάζοντας παράγοντες τόσο του ατόμου αλλά και του περιβάλλοντος της εργασίας. Μάλιστα, το μοντέλο αυτό δίνει ιδιαίτερη έμφαση και εστιάζει στις γνωστικές και συμπεριφοριστικές πλευρές του ατόμου και στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση αναφορικά με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτοί οι παράγοντες είναι:

§ Προσδοκίες ενίσχυσης

Πρόκειται για τις προσδοκίες του ατόμου για τα αποτελέσματα της εργασίας και για το κατά πόσο αυτά θα μπορέσουν να ικανοποιήσουν τους προσωπικούς στόχους του. Η άποψη που έχει το κάθε άτομο για τις ικανότητες του είναι σχετικά υποκειμενική, συνεπώς, το αποτέλεσμα της εργασίας του είναι λίγο πολύ ενδεικτικό και σηματοδοτεί το επίπεδο γνώσεων και ικανοτήτων του. Αυτός ο παράγοντας, δηλαδή, υποδεικνύει ότι ένα άτομο με υψηλές προσδοκίες ενίσχυσης, δηλαδή, υψηλές προσδοκίες για τις επιδόσεις του στην εργασία είναι πολύ πιο πιθανόν να οδηγηθεί σε ματαίωση και συνεπώς, σε επαγγελματική εξουθένωση.

§ Προσδοκίες αποτελέσματος

Οι προσδοκίες αποτελέσματος αναφέρονται στις συμπεριφορές που απαιτούνται για να επέλθουν συγκεκριμένα αποτελέσματα. Έτσι, οι εργαζόμενοι πρέπει να γνωρίζουν διάφορες αποτελεσματικές συμπεριφορές για να μπορούν να πετυχαίνουν τους επιθυμητούς στόχους.

§ Προσδοκίες αποτελεσματικότητας

Οι προσδοκίες αυτό- αποτελεσματικότητας ορίζονται ως οι προσδοκίες του ατόμου για τις ικανότητές του (Bandura 1997). Οι προσδοκίες αυτές καθορίζουν τις προσπάθειες που θα καταβάλει ένα άτομο καθώς και τις επιλογές του.

§ Γνωστική επεξεργασία

Πρόκειται για μια διαδικασία ανθρώπινης πληροφόρησης μέσω της οποίας διαμορφώνονται οι προσδοκίες των ατόμων και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως: κοινωνικές ομάδες, προσωπικές απόψεις, τρόπο μάθησης κτλ.

Συμπερασματικά, λοιπόν, μέσω της γνωστικής επεξεργασίας και των συμπεριφοριστικών παραγόντων που διαμορφώνονται από αυτή, κάθε άτομο αντιδρά διαφορετικά σε μια επαγγελματική αποτυχία ή επιτυχία και διαμορφώνει διαφορετικές

προσδοκίες αποτελεσματικότητας, με αποτέλεσμα να διαφέρει σε κάθε άτομο το αν θα οδηγηθεί σε επαγγελματική εξουθένωση ή όχι.

6) ΜΟΝΤΕΛΟ ΤΗΣ ΚΟΠΕΓΧΑΓΗΣ (2005)

Πρόκειται για το πιο σύγχρονο μοντέλο αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση που προτάθηκε από τους Kristensen T., Borritz M., Villadsen E., και Christensen K. B.. Οι Kristensen et al. (2005) άσκησαν κριτική στο Μοντέλο της Maslach και ιδιαίτερα στο εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιεί, προτείνοντας ένα άλλο εργαλείο μέτρησης όπως θα αναλυθεί παρακάτω. Η βασική κριτική απέναντι στο μοντέλο της Maslach είναι ότι οι Kristensen et al. πιστεύουν ότι η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μειωμένη προσωπική επίτευξη δεν είναι αναπόσπαστα συστατικά της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά περισσότερο συνέπειες του συνδρόμου. Έτσι, οι Kristensen et al. προτείνουν η επαγγελματική εξουθένωση να μελετάται μέσω τριών άλλων παραγόντων: την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την εξουθένωση που σχετίζεται με την επαφή με τους ανθρώπους. Το θεωρητικό υπόβαθρο στο οποίο στηρίχθηκαν είναι ο τρόπος που ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση οι Schaufeli & Greenglass (2001), ως «μια κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής κόπωσης που προκύπτει από την μακροχρόνια έκθεση σε εργασιακές καταστάσεις που είναι συναισθηματικά απαιτητικές».

1.7 ΑΙΤΙΑ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προσωπική υπόθεση του κάθε ατόμου αλλά σίγουρα ο χώρος μέσω στον οποίο εργάζεται το άτομο και τα χαρακτηριστικά του παίζουν, επίσης, καθοριστικό ρόλο στην εξέλιξη και ανάπτυξη του συνδρόμου. Είναι σαφές δηλαδή, ότι το σύνδρομο επηρεάζεται και από ατομικά χαρακτηριστικά αλλά και από χαρακτηριστικά της εργασίας (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Μάλιστα σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli, Leiter (2001), κάποιο παράγοντες της εργασίας είναι πιο καθοριστικοί από τους ατομικούς.

1.7.1 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ

§ Χαρακτηριστικά εργασίας (Job characteristics)

Σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli, Leiter (2001), το σύνδρομο burnout συνδέεται με τον φόρτο εργασίας. Η πίεση χρόνου και ο μεγάλος όγκος καθηκόντων ευνοούν την εκδήλωση του συνδρόμου και κυρίως, σχετίζονται με την συναισθηματική εξάντληση.

Άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά της εργασίας που συσχετίζονται θετικά με το σύνδρομο burnout είναι η σύγκρουση ρόλων και η ασάφεια ρόλων στην εργασία. Η σύγκρουση ρόλων υφίσταται όταν ο εργαζόμενος θα πρέπει να ολοκληρώσει καθήκοντα τα οποία έρχονται σε αντίθεση – σύγκρουση μεταξύ τους. Η ασάφεια ρόλων υφίσταται όταν ο εργαζόμενος δεν γνωρίζει σαφώς, τις αρμοδιότητές του και τις υποχρεώσεις του, και γενικά όταν δεν διαθέτει τις απαραίτητες πληροφορίες που χρειάζεται για να κάνει την δουλειά του αποτελεσματικά (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Σημαντικός παράγοντας είναι και η έλλειψη πόρων αλλά και η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης. Η έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης συνδέεται με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Σημαντική είναι και η υποστήριξη από τους προϊσταμένους αλλά και από τους συναδέλφους, αν και η υποστήριξη των πρώτων φαίνεται να υπερέχει. Μάλιστα, οι έρευνες δείχνουν ότι η υποστήριξη έρχεται να μετριάσει την αρνητική επίδραση των αγχογόνων παραγόντων, αποτρέποντας έτσι, την ανάπτυξη του συνδρόμου σύμφωνα με την υπόθεση του "buffering" (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Πιο συγκεκριμένα, για τα επαγγέλματα υγείας σημαντικό ρόλο παίζει και η σχέση των συγγενών των ασθενών με τον επαγγελματία. Μια κακή σχέση ή η έλλειψη υποστήριξης από τους συγγενείς των ασθενών μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην ΕΕ (Fujiiwaraetal. 2003).

Τέλος, ένας παράγοντας που συνδέεται και με τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου είναι και η έλλειψη feedback αλλά και η έλλειψη αυτονομίας. Επίσης, η συμμετοχή του εργαζομένου στην λήψη αποφάσεων της επιχείρησης φαίνεται να λειτουργεί θετικά και ανασταλτικά ως προς την εμφάνιση του συνδρόμου (Maslach, Schaufeli, Leiter (2001).

§ Χαρακτηριστικά της επαγγελματικής απασχόλησης (Occupational characteristics)

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το σύνδρομο είναι πιο έντονο σε κάποια επαγγέλματα και λιγότερο έντονο σε κάποια άλλα. Υποστηρίζεται από την πλειοψηφία των ερευνών ότι επαγγέλματα που χαρακτηρίζονται από καθημερινές συναισθηματικές προκλήσεις, μέσω της στενής καθημερινής επαφής με ανθρώπους, είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν, στις εστίες τους, υψηλά επίπεδα του συνδρόμου (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

§ Χαρακτηριστικά της οργάνωσης (Organizational characteristics)

Η εργασία λαμβάνει χώρα σε ένα οργανωσιακό πλαίσιο το οποίο αποτελείται από ιεραρχίες, κανόνες λειτουργίας, πόρους και κατανομή χώρου. Όλοι αυτοί οι παράγοντες έχουν μακροχρόνια επίδραση κυρίως, όταν φαίνεται να παραβιάζουν βασικές αρχές δικαιοσύνης και ισότητας. Σημαντικό ρόλο παίζουν δηλαδή, οι αξίες που διαμορφώνονται σε μια οργάνωση και διαμορφώνουν την συναισθηματική και γνωστική σχέση που αναπτύσσει ο

εργαζόμενος με την δουλειά του. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι οι αλλαγές στην οργάνωση, όπως για παράδειγμα, εξαγορές ή συγχωνεύσεις, επηρεάζουν την ψυχολογία των εργαζομένων (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

1.7.2 ΑΙΤΙΑ ΠΟΥ ΣΧΕΤΙΖΟΝΤΑΙ ΜΕ ΤΟ ΑΤΟΜΟ

Όπως έχει αναφερθεί, τα άτομα δεν ανταποκρίνονται απλά στις συνθήκες και τα χαρακτηριστικά της εργασίας αλλά «φέρνουν» και τα δικά τους χαρακτηριστικά σε αυτήν.

§ Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Από όλα τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, αυτό που έχει μεγαλύτερη συσχέτιση με το σύνδρομο burnout είναι η ηλικία. Οι μικρότερη στην ηλικία φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό σχετίζεται με την εργασιακή εμπειρία. Οι μικρότεροι σε ηλικία, συνήθως, δεν διαθέτουν ιδιαίτερη εργασιακή εμπειρία, συνεπώς, βιώνουν μια πιο έντονη- αγχογόνα κατάσταση. Αυτό το ερευνητικό αποτέλεσμα θα πρέπει να αντιμετωπίζεται με προσοχή λόγω της πιθανής ύπαρξης «προκατάληψης επιβίωσης» (survivalbias) (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Τα αποτελέσματα για το φύλο δεν είναι πολύ σαφή και ξεκάθαρα. Αναφορικά, με την οικογενειακή κατάσταση, φαίνεται ότι οι άγαμοι (κυρίως άνδρες) εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης από τους έγγαμους ακόμα και από τους χωρισμένους (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Η υποστήριξη από τον/ την σύζυγο και η ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση (Jenkins, Elliot, 2004).

Τέλος, να αναφερθεί ότι υψηλότερα επίπεδα εκπαίδευσης συνδέονται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό φαίνεται ίσως ανορθόδοξο, καθώς υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης θα μπορούσε να σχετίζεται με μεγαλύτερη σταθερότητα και ασφάλεια στην απασχόληση. Ωστόσο, θα μπορούσε να εξηγηθεί από το γεγονός ότι αυτά τα άτομα έχουν περισσότερες ευθύνες ή από το ότι αυτά τα άτομα έχουν υψηλότερες προσδοκίες, συνεπώς, απογοητεύονται από την ματαιώση (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

§ Χαρακτηριστικά Προσωπικότητας

Σύμφωνα με έρευνες υπάρχουν κάποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου που ευθύνονται για το γεγονός ότι κάποια άτομα είναι περισσότερο επιρρεπή στην εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Το προφίλ αυτό περιγράφει ένα άτομο με χαμηλά επίπεδα σκληραγώγησης, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εξωτερική εστίαση ελέγχου και παθητικό στυλ διευθέτησης καταστάσεων. Αξίζει να αναφερθεί ότι η εξωτερική εστίαση ελέγχου είναι ένα χαρακτηριστικό ατόμου όταν

αυτό το άτομο αποδίδει γεγονότα και επιτεύγματα σε άλλους – πιο δυνατούς- ή στην τύχη (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Επίσης, το σύνδρομο burnoutsυνδέεται με την νευρωτική διαταραχή που περιλαμβάνει άγχος, εχθρότητα, κατάθλιψη κ.ά.. Τα νευρωτικά άτομα είναι συναισθηματικά ευάλωτα και ασταθή και επιρρεπή σε ψυχολογικό άγχος. Πιο συγκεκριμένα, να αναφερθεί ότι η διάσταση της συναισθηματικής εξάντλησης συνδέεται με την προσωπικότητα Τύπου Α, με συμπεριφορά που έχει τα εξής χαρακτηριστικά: εχθρότητα, ανταγωνισμό, πιεστικό καθημερινό πρόγραμμα, και υπερβολική ανάγκη για έλεγχο (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

§ Στάση απέναντι στην εργασία

Τα άτομα διαφέρουν ως προς τις προσδοκίες που διαμορφώνουν αναφορικά με την εργασία τους. Κάποια άτομα διαμορφώνουν πολύ υψηλές προσδοκίες για την εργασία τους και άσχετα αν αυτές είναι ρεαλιστικές ή όχι, σχετίζονται με υψηλά ποσοστά συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα άτομα με υψηλές προσδοκίες, καταναλώνουν πολλή ενέργεια και δουλεύουν πολύ σκληρά, εξαντλούνται και στην συνέχεια γίνονται κυνικοί όταν δεν έχουν το επιθυμητό αποτέλεσμα (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

1.8 ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Το σύνδρομο burnouteίναι ιδιαίτερα σημαντικό λόγω των συνεπειών που προκαλεί τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο οργανισμού- επιχείρησης. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης επιδρά στους παρακάτω παράγοντες:

§ Απόδοση στην εργασία (jobperformance)

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση υποδεικνύει ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επίπτωση στην απόδοση του εργαζομένου. Μάλιστα, οι δυο αυτοί παράγοντες έχουν έντονη αρνητική συσχέτιση. Υψηλά δηλαδή, επίπεδα επαγγελματικού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης συνοδεύονται από μειωμένη απόδοση εργαζομένου.

Το σύνδρομο burnoutsχετίζεται με υψηλά επίπεδα παρατεταμένης απουσίας από την δουλειά (absenteeism), πρόθεση για παραίτηση από την δουλειά και κινητικότητα (turnover). Ωστόσο, για αυτούς που μένουν στην δουλειά, το σύνδρομο burnoutοδηγεί σε χαμηλή παραγωγικότητα και αποδοτικότητα στην εργασία. Συνεπώς, αυτό σχετίζεται με μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και χαμηλά επίπεδα δέσμευσης με την εργασία και την επιχείρηση-οργανισμό (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Τα άτομα με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ενδέχεται να έχουν αρνητική επιρροή στους συναδέλφους τους είτε μέσω διαπροσωπικών συγκρούσεων είτε διασπώντας την προσοχή κατά την διάρκεια εκτέλεσης μιας εργασίας. Άρα, το σύνδρομο έχει «μεταδοτικό» χαρακτήρα και μπορεί να διαιωνίζεται μέσα σε μια επιχείρηση μέσω των ανεπίσημων αλληλεπιδράσεων στον εργασιακό χώρο (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Κάποιες έρευνες μάλιστα υποδεικνύουν ότι υπάρχουν αλυσιδωτές αρνητικές επιπτώσεις και στην ζωή των εργαζομένων στο σπίτι τους (Burke&Greenglass 2001).

Αναφορικά με τα επαγγέλματα υγείας, οι Shanafelt, Bradley, Wipf και Back (2002) μελέτησαν με την χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και της γνώμης τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Το 76% των γιατρών είχαν τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι γιατροί με επαγγελματικοί εξουθένωση ανέφεραν «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία, λάθη στην φαρμακευτική αγωγή, τουλάχιστον σε μηνιαία ή εβδομαδιαία βάση σε σχέση με αυτούς που δεν εμφάνιζαν το σύνδρομο.

Και άλλες έρευνες υποστηρίζουν, επίσης, ότι η ικανοποίηση των ασθενών αλλά και η έκβαση της υγείας τους, που αποτελούν παράγοντες διαμόρφωσης του αποτελέσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών, επηρεάζονται σημαντικά από την αποπροσωποποίηση και την συναισθηματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας (Priebeetal 2004, Vaheyetal. 2004).

§ Επιπτώσεις στην υγεία

Σωματικές επιπτώσεις

Οι σωματικές επιπτώσεις σε άτομα που βιώνουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι παρόμοιες με αυτές των ατόμων που βιώνουν εργασιακό άγχος.

Επιπτώσεις στην Ψυχική Υγεία

Ιδιαίτερα σημαντική επίδραση έχει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ψυχική υγεία του ατόμου. Το σύνδρομο συνδέεται με νευρωτική συμπεριφορά και με ένα ψυχιατρικό προφίλ νευρασθένειας που σχετίζεται με την εργασία. Σύμφωνα με αυτά τα στοιχεία μπορεί να υποστηριχθεί ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι μια ψυχική ασθένεια (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Ωστόσο, αυτό που επικρατεί σαν άποψη είναι ότι το σύνδρομο προκαλεί μια ψυχική δυσλειτουργία, που σημαίνει ότι προκαλεί κάποιες επιπτώσεις όπως άγχος, κατάθλιψη και μείωση στην αυτοεκτίμηση του ατόμου.

Παρόλο αυτά υπάρχουν και κάποιοι ερευνητές που υποστηρίζουν ότι η σχέση δεν έχει αυτή την κατεύθυνση αιτίου- αιτιατού αλλά αντίθετη. Αυτό το επιχείρημα στηρίζεται στη διαπίστωση ότι τα ψυχικώς υγιή άτομα είναι περισσότερο ικανά να χειριστούν

αγχογόνες καταστάσεις και έτσι είναι λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Ενώ, αντίθετα άτομα που δεν είναι ψυχικώς υγιή είναι περισσότερο πιθανό να εμφανίζουν το σύνδρομο καθώς δεν είναι ικανά να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις χρόνιες πηγές άγχους (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

1.9 ΜΕΤΡΗΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Οι έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση είναι πλέον πολύ εκτεταμένες με αποτέλεσμα να έχουν αναπτυχθεί κάποια εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους. Το πιο ευρέως διαδεδομένο είναι το εργαλείο μέτρησης που προτείνουν οι Maslach και Jackson, που είναι η κλίμακα MBI (Maslach Burnout Inventory Measure). Σύμφωνα με τον Kristensen et al. (2005), στο 90% των ερευνών για την επαγγελματική εξουθένωση στους εργαζομένους έχει χρησιμοποιηθεί το συγκεκριμένο εργαλείο. Αλλά και σύμφωνα με τους Glass και McKnight's (1996), από 18 έρευνες που ανασκόπησαν, που σχετιζόταν με την επαγγελματική εξουθένωση, μόνο μια δεν χρησιμοποίησε την κλίμακα MBI. Στην Ελλάδα η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών έχει διενεργηθεί με το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Το MBI των Maslach & Jackson είναι ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από 22 ερωτήσεις οι οποίες ομαδοποιούνται στις τρεις διαστάσεις που υποδεικνύει το θεωρητικό μοντέλο: την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα. Οι συμμετέχοντες έχουν την δυνατότητα να απαντήσουν σε μια κλίμακα Likert 7 σημείων επιλέγοντας 0 (ποτέ) έως το 6 (κάθε μέρα). Η βαθμολογία της κάθε διάστασης υπολογίζεται με το άθροισμα των επιμέρους απαντήσεων στις ερωτήσεις που την αποτελούν. Συνεπώς, υψηλή επαγγελματική εξουθένωση έχουν τα άτομα με υψηλή βαθμολογία (άνω του 27) στην διάσταση «συναισθηματική εξάντληση», με υψηλή βαθμολογία (άνω του 10) στην διάσταση «αποπροσωποποίηση» και χαμηλή βαθμολογία (κάτω του 33) στην διάσταση «προσωπικά επιτεύγματα». Χαμηλή ή καθόλου επαγγελματική εξουθένωση βιώνουν τα άτομα με χαμηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (βαθμολογία κάτω του 18), χαμηλά επίπεδα αποπροσωποποίησης (βαθμολογία κάτω του 5) και υψηλό επίπεδο προσωπικών επιτευγμάτων (βαθμολογία άνω του 40). Τέλος, σε μέτριο βαθμό βιώνουν το σύνδρομο τα άτομα με βαθμολογία συναισθηματικής εξάντλησης μεταξύ του 19-26, αποπροσωποποίησης μεταξύ του 6-9, και προσωπικών επιτευγμάτων μεταξύ του 34-39 (Δουβάνας κ.ά. 2011).

Το δεύτερο δημοφιλέστερο εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης που χρησιμοποιείται σε διεθνείς έρευνες είναι το εργαλείο μέτρησης που προτείνουν η Pines και οι

συνεργάτες της. Το BurnoutMeasure αξιολογεί τρεις πτυχές της επαγγελματικής εξουθένωσης: την σωματική, πνευματική, συναισθηματική). Η αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης προκύπτει εξάγοντας μια ενιαία βαθμολογία από όλες τις ερωτήσεις. Αξίζει να αναφερθεί, ωστόσο, ότι κάποιος ερευνητής πιστεύουν ότι είναι δυσλειτουργικό να προκύπτει μια ενιαία βαθμολογία από όλες τις κλίμακες και ότι κάθε κλίμακα (διάσταση) θα πρέπει να αξιολογείται διαφορετικά (Shirom&Ezrachi 2003)

Έχουν αναπτυχθεί, φυσικά, και άλλα εργαλεία μέτρησης και καταγραφής της επαγγελματικής εξουθένωσης άλλα από αυτά στηρίζονται στο MBI των Maslach&Jackson ενώ άλλα ασκούν κριτική σε αυτό. Οι Shirom&Melamed (2003), επηρεασμένοι από τους Maslach&Jackson αλλά και της Pines και των συνεργατών της, σχεδίασαν το εργαλείο μέτρησης SMBM (Shirom, Melamed Burnout Measurement). Το συγκεκριμένο εργαλείο μέτρησης έχει ως θεωρητικό υπόβαθρο την θεωρία του Hobfoll (1989, 1998) για την διατήρηση των πόρων (Conservation of resources). Σύμφωνα με αυτή την θεωρία η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια συναισθηματική κατάσταση με τρεις διαστάσεις:

§ Σωματική κόπωση: αίσθημα κόπωσης και μειωμένης ενέργειας

§ Συναισθηματική εξάντληση: έλλειψη ενέργειας για έκφραση συναισθημάτων συμπάθειας προς άλλους

§ Γνωστική Κόπωση: μειωμένη διανοητική ευκινησία.

Το πρώτο εργαλείο που χρησιμοποίησαν (2003), αποτελούνταν από 14 ερωτήσεις και περιελάμβαναν αυτές τις τρεις διαστάσεις. Ωστόσο, στην συνέχεια εξέλιξαν το ερωτηματολόγιο, διαμορφώνοντάς το με 22 ερωτήσεις και τέσσερις διαστάσεις: σωματική κόπωση (Physical fatigue), γνωστική φθορά (cognitive weariness), ένταση (tension) και την νωθρότητα-ατονία (listlessness) που αισθάνεται ο εργαζόμενος.

Το πιο πρόσφατο εργαλείο, η δημιουργία του οποίου στηρίχθηκε στην κριτική που ασκήθηκε από τους δημιουργούς του στο εργαλείο μέτρησης που προτείνουν οι Maslach&Jackson. Οι Kristensen et al. (2011), που αναφέρονται και προηγουμένως, ασκούν κριτική στο MBI. Το βασικό στοιχείο της κριτικής είναι ότι το MBI είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο που να επιτρέπει την μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης μόνο σε επαγγέλματα όπου οι εργαζόμενοι έρχονται σε καθημερινή επαφή με ανθρώπους. Ένα άλλο σημείο κριτικής, είναι ότι οι Maslach&Jackson μετράνε την επαγγελματική εξουθένωση σε τρεις διαστάσεις που θεωρούν αναπόσπαστα συστατικά της (συναισθηματική εξάντληση, αποπροσωποποίηση, προσωπικά επιτεύγματα). Οι Kristensen et al. (2011) υποστηρίζουν ότι αυτά δεν είναι συστατικά μέρη του burnout αλλά αποτελέσματα του συνδρόμου. Τέλος,

υποστηρίζουν ότι κάποιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου MBIδεν ευσταθούν και οι ερωτώμενοι δηλώνουν δυσαρεστημένοι σύμφωνα με έρευνα των ερευνητών. Έτσι, λοιπόν, οι Kristensenetal. (2011), δημιουργούν το ερωτηματολόγιο CopenhagenBurnoutInventory (CBI), με τρεις υποκλίμακες: την προσωπική εξουθένωση, την επαγγελματική εξουθένωση και την εξουθένωση που σχετίζεται με την επαφή με ανθρώπους (πελάτες, συναδέλφους, ασθενείς, μαθητές κτλ.). Το ερωτηματολόγιο είναι με τέτοιο τρόπο διαμορφωμένο ώστε να μπορεί να μετρήσει την επαγγελματική εξουθένωση σε άτομα όλων των επαγγελμάτων. Το ερωτηματολόγιο μπορεί να προβλέψει την μελλοντική εμφάνιση ασθενειών, προβλημάτων στον ύπνο, χρήση αναλγητικών και πρόθεση των εργαζομένων να εγκαταλείψουν την εργασία τους.

1.10 ΣΧΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Μέσα από την βιβλιογραφική ανασκόπηση γίνεται φανερό ότι υπάρχει σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης. Σύμφωνα με την πλειοψηφία των ερευνών, υπάρχει αρνητική συσχέτιση μεταξύ τους, καθώς η επαγγελματική δυσαρέσκεια αποτελεί έναν από τους βασικότερους παράγοντες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση (Orgestaetal., 2008). Η έλλειψη ικανοποίησης συσχετίζεται θετικά με υψηλά επίπεδα άγχους και με την ψυχική και σωματική υγεία των επαγγελματιών (Orgestaetal., 2008). Η έρευνα του Dolan (1987), επιβεβαιώνει, επίσης, ότι ο υψηλός βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Ωστόσο, υπάρχει και ένα κομμάτι της βιβλιογραφίας που δεν υποστηρίζει την θετική συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής δυσαρέσκειας και της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Reid και οι συνεργάτες του (1999), οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας που εργάζονταν σε εξωνοσοκομειακές δομές, παρουσίαζαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής ικανοποίησης παράλληλα με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αξίζει να αναφερθεί ότι αυτό το γεγονός οφείλεται στην ιδιαίτερη φύση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και του υψηλού βαθμού υπευθυνότητας που συνοδεύει την άσκηση του επαγγέλματος τους. Οπότε από την μια ενδέχεται να νιώθουν επαγγελματική ικανοποίηση αλλά από την άλλη παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης.

1.11 ΣΧΕΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ & ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Σύμφωνα με την ακαδημαϊκή βιβλιογραφία, η σχέση εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σχέση αιτίου- αιτιατού. Το εργασιακό άγχος και η μακροχρόνια έκθεση σε αυτό μπορεί να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

Σύμφωνα με τους Golparvaretal. (2012), το επαγγελματικό άγχος είναι ο παράγοντας που καθορίζει την σχέση της συναισθηματικής εξάντλησης με τις αποκλίνουσες συμπεριφορές. Πιο συγκεκριμένα, σε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους, η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται αρνητικά, σε σημαντικό βαθμό, με τις αποκλίνουσες συμπεριφορές (απουσίες, μειωμένη αποδοτικότητα, ανήθικη λήψη αποφάσεων, επιθετικότητα, άρνηση συμμόρφωσης στις οδηγίες και στους κανόνες λειτουργίας του οργανισμού, αργοπορημένη άφιξη κτλ). Ενώ, στα υψηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους, η συναισθηματική εξάντληση σχετίζεται θετικά, σε σημαντικό βαθμό, με τις αποκλίνουσες συμπεριφορές. Επίσης, τα χαμηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους σχετίζονται θετικά με θετικές συμπεριφορές στην εργασία και δημιουργικότητα, συμβάλλοντας θετικά στην εύρυθμη λειτουργία των οργανισμών και την αποδοτικότητα. Αυτή η σχέση μπορεί να εξηγηθεί μέσω του μοντέλου Spector&Fox (2002) (Environmentevents-emotion-behavior model) (από Golparvaretal. 2012). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, η συνεχής έκθεση σε γεγονότα που εγείρουν συναισθήματα, αυξάνει την πιθανότητα το άτομο να ανταποκριθεί με βάση την συμπεριφορά του. Το επαγγελματικό άγχος προκαλεί αρνητικά συναισθήματα και αυξάνει την πιθανότητα αποκλίνουσας συμπεριφοράς.

Σύμφωνα με τους Schaufeli&Buunk (1996), το άγχος είναι μια προσωρινή διαδικασία προσαρμογής που συνοδεύεται από σωματικά και ψυχικά συμπτώματα. Ενώ, η εξουθένωση είναι ένα τελικό στάδιο της κατάρρευσης των μηχανισμών προσαρμογής που προκύπτει από παρατεταμένη βίωση άγχους. Το βασικό κριτήριο διαχωρισμού των δυο εννοιών, είναι ότι η εξουθένωση περιλαμβάνει την ανάπτυξη αρνητικών συμπεριφορών απέναντι στους ασθενείς/ πελάτες, τον οργανισμό και την εργασία, ενώ το επαγγελματικό άγχος δεν συνοδεύεται απαραίτητα από τέτοιες συμπεριφορές. Σύμφωνα με την Pines (1993), τα άτομα που περιμένουν να αντλήσουν από την εργασία τους ένα αίσθημα σημαντικότητας είναι επιρρεπείς στην εκδήλωση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Τα άτομα χωρίς παρόμοιες προσδοκίες είναι πιθανό να εμφανίζουν επαγγελματικό άγχος και όχι σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

1.12 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΑΓΧΟΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ

Στην σύγχρονη εποχή, το πρόβλημα του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης γίνεται ακόμα πιο οξύ λόγω της οικονομικής κρίσης που πλήττει πολλές χώρες και την Ελλάδα σε μεγάλο βαθμό. Η οικονομική κρίση, με την μείωση των εισοδημάτων που την συνοδεύει, έχει οδηγήσει πολλά άτομα σε κατάσταση φτώχειας. Πολλές είναι οι έρευνες που συνδέουν την κατάσταση φτώχειας με δείκτες υγείας όπως το προσδόκιμο επιβίωσης, η νοσηρότητα, η θνησιμότητα αλλά και η πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, η οικονομική κρίση έχει μεγάλο αντίκτυπο στην ψυχική υγεία των ατόμων. Αυτός ο αντίκτυπος εκδηλώνεται μέσα από την αύξηση των αυτοκτονιών, των ανθρωποκτονιών, των καταχρήσεων και των ψυχικών διαταραχών, κυρίως αυτής της καταθλιπτικής διαταραχής (Bouras&Lykouras 2011).

Έτσι, λοιπόν, οικονομική κρίση είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας που έρχεται να προστεθεί σε αυτούς που συμβάλλουν στο άγχος και στην ανάπτυξη του συνδρόμου μέσω πολλών διαστάσεων που αυτή συνεπάγεται (EuropeanFoundationfortheImprovementofLivingandWorkingConditions):

§ Ανεργία

Τα υπερβολικά υψηλά επίπεδα ανεργίας που συνοδεύουν την οικονομική κρίση δημιουργούν άγχος και φόβο απώλειας της ήδη υπάρχουσας εργασίας στους εργαζομένους καθώς, αν χάσουν την εργασία τους θα είναι πολύ δύσκολο να βρουν απασχόληση αλλού. Ο βαθμός αβεβαιότητας είναι μεγάλος και αυτό δημιουργεί έντονο stress.

§ Υψηλές εργασιακές απαιτήσεις

Η οικονομική κρίση σε συνδυασμό με την ανεργία έχει μειώσει πολύ τις θέσεις εργασίας που σημαίνει ότι στις επιχειρήσεις ιδιωτικού και δημόσιου φορέα, έχουν συσσωρευτεί πολλά καθήκοντα στις ήδη υπάρχουσες θέσεις και οι εργαζόμενοι έρχονται αντιμέτωποι με μεγάλο φόρτο εργασίας καθημερινά, γεγονός που αυξάνει την συχνότητα φαινομένων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

§ Αυξημένη ασάφεια ρόλων στην εργασία

Η οικονομική κρίση έχει επιφέρει πολλές αλλαγές στον χώρο εργασίας με ανακατατάξεις και αναδιρθρώσεις ώστε οι επιχειρήσεις να μπορέσουν να ανταπεξέλθουν και να προσαρμοστούν στα νέα δεδομένα και να καταφέρουν να επιβιώσουν. Μέσα στα πλαίσια της αναδιάρθρωσης στο χώρο εργασίας ο εργαζόμενος έρχεται αντιμέτωπος με ασάφεια ρόλων και δεν γνωρίζει ποια είναι ακριβώς τα καθήκοντα του. Η ασάφεια ρόλων είναι μια

σημαντική πηγή εργασιακού άγχους και ενδέχεται να οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ

2.1 ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

2.1.1 ΟΡΙΣΜΟΣ

Ο όρος κοινωνική εργασία είναι μετάφραση του αγγλοσαξονικού όρου «socialwork», ενώ ο όρος κοινωνικός λειτουργός είναι απόδοση του όρου «socialworker».

Η Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικής Εργασίας (IFSW) και η Διεθνής Ένωση Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (IASSW), το 2014 στην Μελβούρνη, πρότειναν τον εξής ορισμό του επαγγέλματος της Κοινωνικής Εργασίας (IFSW 2014):

«Η Κοινωνική Εργασία είναι εφαρμοσμένο επάγγελμα αλλά και ακαδημαϊκό πεδίο που προωθεί την κοινωνική αλλαγή και ανάπτυξη, την κοινωνική συνοχή και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ανθρώπων. Οι αρχές της κοινωνικής δικαιοσύνης, των ανθρωπίνων δικαιωμάτων, της συλλογικής ευθύνης και του σεβασμού της διαφορετικότητας είναι κεντρικές στην κοινωνική εργασία, η οποία θεμελιώνεται από τις θεωρίες της κοινωνικής εργασίας, των κοινωνικών επιστημών, των ανθρωπιστικών επιστημών και τη γηγενή γνώση και συνδέει ανθρώπους και δομές για να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της ζωής αλλά και να ενισχύσει την ευημερία τους.

Ο παραπάνω ορισμός μπορεί να διευρυνθεί σε εθνικό ή/και σε περιφερειακό επίπεδο».

Σύμφωνα με την Δημοπούλου & Λαγωνίκα (2006), «η κοινωνική εργασία είναι ένα κοινωνικό φαινόμενο, μια ανταπόκριση στις ειδικές κοινωνικές συνθήκες και ανάγκες. Το επάγγελμα βρίσκεται σε συνεχή ροή και αλλαγή, μορφοποιούμενο και αλληλοτροφοδοτούμενο από τις νέες κοινωνικές, πολιτικές και πολιτιστικές διαστάσεις της κοινωνίας όπου ασκείται».

Οι τομείς δράσεις των κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα, σύμφωνα με το νομικό καθεστώς, είναι οι εξής:

§ Οργανώσεις του δημόσιου τομέα, όπως είναι τα νοσοκομεία

§ Ιδιωτικές κερδοσκοπικές οργανώσεις, όπως κλινικές, οίκοι ευγηρίας, ιδιωτικοί ασφαλιστικοί φορείς,

§ Εθελοντικές, μη κερδοσκοπικές οργανώσεις, όπως ο Ερυθρός Σταυρός, η εκκλησία, οι μη κυβερνητικές οργανώσεις

§ Οργανώσεις κοινοτικής φροντίδας, όπως είναι τα προγράμματα «Βοήθεια στο σπίτι» και οι ξενώνες.

Σύμφωνα με το Προεδρικό Διάταγμα αρ. 50, άρθρο 1, οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν δικαίωμα απασχόλησης, ως στελέχη στον ιδιωτικό και ευρύτερο δημόσιο τομέα, με τα παρακάτω αντικείμενα:

§ Διενέργεια κοινωνικής μελέτης ή ψυχοκοινωνικής μελέτης, όπου κρίνεται απαραίτητη

§ Διαμόρφωση διάγνωσης αυτόνομα ή και σε συνεργασία με άλλους ειδικούς για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν

§ Εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης.

2.1.2 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η ανάπτυξη και εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας είναι αποτέλεσμα της δημιουργίας Κράτους Πρόνοιας. Σημαντική αιτία για την ανάπτυξη Κράτους Πρόνοιας ήταν ο καταστροφικός Παγκόσμιος Πόλεμος, ο οποίος δημιούργησε την ανάγκη για εύρεση ειρήνης, ευημερίας και δικαιοσύνης. Έτσι, λοιπόν, υπήρχε ανάγκη για ένα σταθερό κράτος που θα παρείχε ασφάλεια στους πολίτες του. Η Κοινωνική Εργασία αναγνωρίστηκε, διεθνώς, ως εφαρμοσμένη επιστήμη στις αρχές του 20^{ου} αιώνα. Αυτό προήλθε από την ανάγκη για την αντιμετώπιση των πολύπλοκων κοινωνικών προβλημάτων που δημιουργήθηκαν από την βιομηχανική ανάπτυξη και την αστικοποίηση (Καλλινικάκη 1998).

Η Κοινωνική Εργασία στην Ελλάδα, όπως και στην Ευρώπη, εξελίχθηκε παράλληλα με την κοινωνική πρόνοια στην οποία συνέβαλε καθοριστικά. Η εμφάνιση της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα έγινε το 1950. Η χρονιά αυτή θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική για την εξέλιξη της Κοινωνικής Εργασίας. Ως τότε, η δραστηριότητα της κοινωνικής πρόνοιας πραγματοποιούνταν από κοινωνικά στελέχη, ενώ από το 1950, η κοινωνική εργασία εφαρμόζεται ως ειδική τεχνική άσκηση κοινωνικής πρόνοιας (Καλλινικάκη 1998). Η κοινωνική πρόνοια στην Ελλάδα είναι προσανατολισμένη στην παροχή επιδομάτων σε άτομα ή σε ευάλωτες ομάδες που αντιμετωπίζουν κοινωνικοοικονομικά προβλήματα και δεν καλύπτονται από το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης.

Η άσκηση της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα αναγνωρίστηκε επίσημα με την έκδοση του Ν.Δ. 4018 «Περί του θεσμού των κοινωνικών λειτουργών» (Φ.Ε.Κ. 247/12-11-1959) και την έκδοση του διατάγματος «Περί της ασκήσεως του επαγγέλματος των κοινωνικών λειτουργών» (Β.Δ. 690/1961, ΦΕΚ 163/1961). Το 1978, ορίστηκαν οι τομείς

δράσεις των κοινωνικών λειτουργών με το Π.Δ. 891/7-12-1978 «Περί ασκήσεως του επαγγέλματος των κοινωνικών λειτουργών». Το 1989, με το Π.Δ. 23/26-1-1989, «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των αποφοίτων των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των ΤΕΙ», εξειδικεύονται οι τομείς δράσεις, διαχωρίζεται ο τομέας υγείας από τον τομέα ψυχικής υγείας και προστίθενται νέοι τομείς δράσεις (Καλλινικάκη 1998).

Τα τελευταία χρόνια, σύμφωνα με τους Koukouli, Papadaki&Philalithis (2008), υπάρχουν τέσσερις βασικοί παράγοντες που έχουν διαμορφώσει την ανάπτυξη της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα:

§ Το μοντέλο κοινωνικής πρόνοιας που επικρατεί στην Ελλάδα και στηρίζεται στην οικογένεια και την φροντίδα που παρέχεται από εκεί. Στο οικογενειοκεντρικό μοντέλο φροντίδα επικρατούν τα άτυπα δίκτυα και κυρίως, η οικογένεια, που έχουν την κύρια ευθύνη για την φροντίδα, αντικαθιστώντας το επίσημο δίκτυο κοινωνικών υπηρεσιών.

§ Περιορισμένη κρατική υποστήριξη σε συνδυασμό με άλλες πολύπλοκες και δύσκολες κοινωνικές, πολιτικές και οικονομικές συνθήκες.

§ Η πίεση καινούργιων αναγκών που έχουν προκύψει τα τελευταία χρόνια ως αποτέλεσμα της αύξησης του ηλικιωμένου πληθυσμού, των αλλαγών στην οικογενειακή δομή και τον αυξανόμενο αριθμό των μεταναστών.

§ Η οικονομική υποστήριξη από την Ευρωπαϊκή Ένωση και ο κανονιστικός της ρόλος σε διάφορους τομείς κοινωνικής πολιτικής.

2.1.3 ΚΥΡΙΟΙ ΑΞΟΝΕΣ ΔΡΑΣΗΣ&ΠΑΡΕΜΒΑΣΗΣ

Οι κύριοι άξονες δράσης και παρέμβασης της κοινωνικής εργασίας είναι:

§ Η προαγωγή της κοινωνικής αλλαγής

Αυτό το είδος παρέμβασης πραγματοποιείται όταν η τρέχουσα κατάσταση, είτε σε επίπεδο ατομικό, οικογένειας ή μικρής ομάδας, είτε κοινότητας ή της ευρύτερης κοινωνίας, χρήζει αλλαγής και εξέλιξης. Καθοδηγείται από την ανάγκη για αλλαγή των δομικών συνθηκών που λειτουργούν συσσωρευτικά στην περιθωριοποίηση, τον κοινωνικό αποκλεισμό και την καταπίεση. Οι παρεμβάσεις κοινωνικής αλλαγής αναγνωρίζουν τον χώρο για ατομικό αυτοπροσδιορισμό για την προαγωγή των ανθρωπίνων δικαιωμάτων και της οικονομικής, περιβαλλοντικής και κοινωνικής δικαιοσύνης. Το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας δεσμεύεται, εξίσου, και στη διατήρηση της κοινωνικής σταθερότητας, μόνο στο βαθμό που δε χρησιμοποιείται για να περιθωριοποιήσει ή να καταπιέσει κάποια κοινωνική ομάδα ατόμων (IFSW 2014).

§ Η κοινωνική εξέλιξη

Πρόκειται για στρατηγικές παρέμβασης και μέτρα με στόχους, σε μακροχρόνιο ορίζοντα. Βασίζονται σε ολιστικές, βιο-ψυχο-κοινωνικές και πνευματικές εκτιμήσεις που ενσωματώνουν πολλαπλά συστημικά επίπεδα και διεπιστημονική συνεργασία, με στόχο την βιώσιμη εξέλιξη. Προτεραιότητα του άξονα αυτού είναι η κοινωνική, δομική και οικονομική ανάπτυξη, ενώ δεν συμερίζεται τη συμβατική άποψη ότι η οικονομική ανάπτυξη είναι προαπαιτούμενο για την κοινωνική ανάπτυξη (IFSW 2014).

§ Η κοινωνική συνοχή

Σε αλληλεγγύη με όσους βρίσκονται σε μειονεκτική θέση προσπαθεί να ανακουφίσει από την φτώχεια, να ενδυναμώσει ευάλωτες και καταπιεζόμενες ομάδες και να προάγει την κοινωνική ένταξη και συνοχή (IFSW 2014).

§ Η ενδυνάμωση και απελευθέρωση ατόμων και ομάδων

Αυτός ο άξονας αφορά σε πρακτικές χειραφέτησης. Στόχος είναι η ανάπτυξη κριτικής σκέψης μέσα από αναστοχασμό των δομικών πηγών καταπίεσης και προνομίων, βάσει κριτηρίων ή χαρακτηριστικών, όπως η φυλή, η κοινωνική τάξη, η γλώσσα, η θρησκεία, το φύλο, οι ειδικές ανάγκες, ο πολιτισμικός και σεξουαλικός προσανατολισμός και μέσα από την ανάπτυξη στρατηγικών δράσης απευθυνόμενων στα δομικά και προσωπικά εμπόδια (IFSW 2014).

2.1.4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΙ ΣΕ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Η νοσοκομειακή κοινωνική εργασία χρειάζεται, διότι πολλοί ασθενείς και οι οικογένειές τους χρειάζονται βοήθεια για να διαχειριστούν ή να λύσουν προσωπικά ή κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν, ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της αναπηρίας τους (Θριάσιο, Ιστοσελίδα). Σύμφωνα με τους Whitaker, Weismiller & Wilson (2006), τα Νοσοκομεία έρχονται πρώτα σε προτεραιότητα απασχόλησης για τους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Επιπρόσθετα με κλινικούς ρόλους του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο, ενδέχεται να αναλαμβάνουν και ηγετικούς- διοικητικούς ρόλους σε ειδικά νοσοκομειακά προγράμματα, όπως για παράδειγμα στον τομέα της ψυχικής υγείας ή των ηλικιωμένων.

Οι λόγοι για τους οποίους μπορεί να απευθυνθεί κάποιος στους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς είναι ποικίλοι: παιδική προστασία, κακομεταχείριση, ενδοοικογενειακή βία, υποστήριξη καρκινοπαθών, υποστήριξη ασθενών τελικού σταδίου, απώλεια και πένθος, απόπειρες αυτοκτονίας, οικονομικές δυσκολίες, έλλειψη στέγης, έλλειψη περιβάλλοντος (μοναξιά- απομόνωση), ανεργία, ανασφάλιστοι- άποροι ασθενείς, πολιτικοί

πρόσφυγες, μετανάστες, τουρίστες με προβλήματα προσαρμογής, εθισμός και χρήση ουσιών, οξύ ή χρόνια πρόβλημα υγείας, προβλήματα ψυχικής υγείας, προσαρμογή στην ασθένεια, οικογενειακά προβλήματα, άγχος των φροντιστών, μετανοσοκομειακή φροντίδα (Θριάσιο, Ιστοσελίδα).

Οι παρεχόμενες υπηρεσίες των Κοινωνικών Λειτουργιών στο Νοσοκομείο είναι (Θριάσιο, Ιστοσελίδα):

Συμβουλευτική

- § Προσαρμογή στην ασθένεια/ αναπηρία
- § Διαχείριση πένθους και απώλειας
- § Διαχείριση τραύματος
- § Παρέμβαση σε κρίση λόγω ασθένειας

Υποστήριξη του ασθενή και της οικογένειας

- § Υποστήριξη προς άτομα που φροντίζουν τον ασθενή και παροχή πληροφοριών
- § Συναισθηματική υποστήριξη και επικέντρωση στις επιπτώσεις της ασθένειας
- § Υποστήριξη στον σχεδιασμό της μετανοσοκομειακής φροντίδας
- § Υποστήριξη των σχέσεων και των δεσμών της οικογένειας και διευκόλυνση της επικοινωνίας των μελών της.

Ψυχοκοινωνική διαγνωστική εκτίμηση

- § Εκτίμηση των κοινωνικών, περιβαλλοντικών και συναισθηματικών συνθηκών, με σκοπό τη βελτίωση της κοινωνικής και συναισθηματικής ευημερίας των ασθενών
- § Σχεδιασμός της κατάλληλης υποστήριξης και παρέμβασης προς τους ασθενείς και τις οικογένειες

Προετοιμασία για εξιτήριο

- § Παροχή υποστήριξης και συνεργασία με τη διεπιστημονική ομάδα για τον προσδιορισμό και την κάλυψη αναγκών μετά την νοσηλεία
- § Σύνδεση με τις κατάλληλες υπηρεσίες της αντίστοιχης περιοχής, κατά το εξιτήριο

Παροχή πληροφοριών – Συνηγορία

§ Οι Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορεί να ενημερώσουν τον ασθενή για προνοιακές και ασφαλιστικές παροχές ή παροχές κοινωνικής φροντίδας και να αιτηθούν αντί για τον ασθενή, αν αυτό κρίνεται απαραίτητο.

Παραπομπή σε υπηρεσίες της Κοινότητας

§ Οι Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορεί να παρεμπέψουν τον ασθενή ή την οικογένειά του στις κατάλληλες δημόσιες ή εθελοντικές υπηρεσίες της περιοχής του Νοσοκομείου.

Μακροχρόνια Φροντίδα

§ Στην περίπτωση που απαιτείται μακροχρόνια φροντίδα, οι Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί βοηθούν στην εξεύρεση κατάλληλης δομής και στην διαχείριση των επιπτώσεων της αλλαγής στον τρόπο ζωής του ασθενούς.

2.2 ΚΩΔΙΚΑΣ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

Η Διεθνής Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW) και η Διεθνής Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (IASSW) υιοθέτησαν το 2004, τον Διεθνή Κώδικα Δεοντολογίας του Επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού. Οι βασικές αρχές και οι κώδικες ηθικής που πρέπει να πλαισιώνουν το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού είναι οι εξής:

Ανθρώπινα δικαιώματα & ανθρώπινη αξιοπρέπεια

Η κοινωνική εργασία στηρίζεται στο σεβασμό της αξιοπρέπειας των δικαιωμάτων όλων των ανθρώπων. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να υποστηρίζουν και υπερασπίζονται την σωματική, ψυχική, πνευματική ακεραιότητα και ευημερία των εξυπηρετούμενων. Αυτό προϋποθέτει (ΤΕΙ Αθήνας, Ιστοσελίδα):

§ Σεβασμό στο δικαίωμα για αυτοδιάθεση: Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να σέβονται και να προάγουν το δικαίωμα των ατόμων να επιλέγουν και να αποφασίζουν ανεξάρτητα από τις αξίες τους, με την προϋπόθεση ότι αυτές οι επιλογές δεν απειλούν τα δικαιώματα και τα έννομα συμφέροντα άλλων.

§ Δικαίωμα για ισότιμη συμμετοχή: Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να προάγουν την κοινωνική συμμετοχή των εξυπηρετούμενων και να παρέχουν τις υπηρεσίες τους, με τρόπο που να ενισχύουν όλες τις δράσεις που ενδέχεται να επηρεάζουν την ζωή των εξυπηρετούμενων.

§ Αντιμετώπιση του κάθε ατόμου ως ολότητα: Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να θεωρούν το κάθε άτομο ως μέρος της οικογενείας, της κοινότητας ή του

φυσικού περιβάλλοντός του και να επικεντρώνουν την πρακτική τους, εξίσου, σε όλες αυτές τις παραμέτρους.

§ Αναγνώριση και ανάπτυξη των δυνατοτήτων: Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να εστιάζουν στα δυνατά σημεία των ατόμων και των ομάδων, με στόχο την διαρκή ενδυνάμωσή τους.

Κοινωνική Δικαιοσύνη

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ευθύνη να προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη, τόσο σε ατομικό, όσο και σε επίπεδο κοινωνίας, με τους εξής τρόπους (ΤΕΙ Αθήνας, Ιστοσελίδα):

§ Καταπολέμηση των κοινωνικών διακρίσεων: Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να καταπολεμούν τις κοινωνικές διακρίσεις οι οποίες αφορούν σε σωματική ανεπάρκεια, υγεία, πολιτισμικές καταβολές, φύλο, έγγαμη κατάσταση, κοινωνικοοικονομική κατάσταση, πολιτικές απόψεις, χρώμα δέρματος, φυλετικά και σωματικά χαρακτηριστικά, σεξουαλικό προσανατολισμό και θρησκευτικά πιστεύω.

§ Αναγνώριση διαφορετικότητας: Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αναγνωρίζουν και να σέβονται τις εθνικές, ατομικές, οικογενειακές, ομαδικές διαφορές.

§ Δίκαιος διαμοιρασμός των πόρων: Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να εξασφαλίζουν ότι γίνεται σωστός και δίκαιος διαμοιρασμός των πόρων, σύμφωνα με τις ανάλογες ανάγκες.

§ Καταπολέμηση των άδικων πολιτικών και πρακτικών: Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αναφέρουν στους εργοδότες τους και σε όσους είναι υπεύθυνοι για τον σχεδιασμό κοινωνικής πολιτικής, τις συνθήκες ανεπάρκειας πόρων και τις καταπιεστικές και άδικες πρακτικές.

§ Εργασία με αλληλεγγύη: Οφείλουν να καταπολεμούν τις κοινωνικές συνθήκες που οδηγούν σε κοινωνικό αποκλεισμό

Επαγγελματική Συμπεριφορά

Οι κοινωνικοί λειτουργοί:

§ Οφείλουν να αναπτύσσουν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες, ώστε να εξασκούν το επάγγελμά τους αποτελεσματικά.

§ Οφείλουν να αποτρέπουν την χρήση των δεξιοτήτων τους για έκνομες πράξεις, όπως βασανιστήρια και τρομοκρατία.

§ Οφείλουν να ενεργούν με τιμιότητα και ακεραιότητα. Δηλαδή, δεν πρέπει να καταχρώνται των σχέσεων εμπιστοσύνης με τους εξυπηρετούμενους τους,

δεν πρέπει να καταχρώνται την θέση τους για προσωπικό όφελος και πρέπει να αναγνωρίζουν τα όρια μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής.

§ Οφείλουν να συμπεριφέρονται στους εξυπηρετούμενούς τους με κατανόηση, αποστασιοποιημένη συμπάθεια και φροντίδα.

§ Δεν πρέπει να θεωρούν υποδεέστερες τις ανάγκες των εξυπηρετούμενών τους, όταν συγκρούονται με τα συμφέροντά τους.

§ Έχουν καθήκον να φροντίζουν τον εαυτό τους σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο, ώστε να μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες υπηρεσίες στους εξυπηρετούμενούς τους.

§ Οφείλουν να διατηρούν το απόρρητο στη συνεργασία τους με τους εξυπηρετούμενους τους. Εξάιρεση αποτελεί η διαφύλαξη ενός ανώτερου αγαθού, όπως αυτό της διατήρησης της ζωής.

§ Πρέπει να αναγνωρίζουν ότι είναι υπόλογοι για τις πράξεις τους στους χρήστες των υπηρεσιών τους, στον οργανισμό τους, στον νόμο, στους συναδέλφους τους και στους εργοδότες τους.

§ Οφείλουν να είναι πρόθυμοι για συνεργασία με τις Σχολές Κοινωνικής Εργασίας, με στόχο την υποστήριξη της εκπαίδευσης.

§ Οφείλουν να πραγματεύονται, συνεχώς, τη δεοντολογική διάσταση των πράξεών τους, τόσο με τους συναδέλφους όσο και με τους εργοδότες και να αναλαμβάνουν την ανάλογη ευθύνη

§ Οφείλουν να παραθέτουν την επαγγελματική δεοντολογία με βάση την οποία λαμβάνουν τις αποφάσεις τους και να αναλαμβάνουν την σχετική ευθύνη

§ Οφείλουν να επιδιώκουν την δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών στις Οργανώσεις όπου εργάζονται, ώστε ο παρών Κώδικας Δεοντολογίας να συζητείται και να υποστηρίζεται. (ΤΕΙ Αθήνας, Ιστοσελίδα).

2.3 ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ & ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΤΟΥ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Ο Κώδικας Δεοντολογίας και οι γενικές κατευθυντήριες γραμμές, υπάρχουν για να βοηθούν τους επαγγελματίες, στην σωστή άσκηση του επαγγέλματός τους και στην λήψη σωστών αποφάσεων, ώστε να αντιμετωπίζουν τα ηθικά διλήματα και τις προκλήσεις που προκύπτουν. Μερικά από τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι (IFSW, online):

§ Το γεγονός ότι η αφοσίωση των κοινωνικών λειτουργών βρίσκεται πολλές φορές στο μέσο αντικρουόμενων συμφερόντων

§ Το γεγονός ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί λειτουργούν ταυτόχρονα και ως βοηθοί και ως ελεγκτές.

§ Οι συγκρούσεις ανάμεσα στο καθήκον των κοινωνικών λειτουργών για την προστασία των συμφερόντων των ατόμων με τους οποίους δουλεύουν και στις απαιτήσεις της κοινωνίας για την αποτελεσματικότητα και την χρησιμότητα.

§ Το γεγονός ότι οι πόροι στην κοινωνία είναι περιορισμένοι.

Επίσης, σύμφωνα με διεθνή έρευνα των Whitakeretal. (2006), οι Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί αναφέρουν αύξηση στην σοβαρότητα των προβλημάτων των ασθενών, αύξηση στον όγκο δουλειάς και την γραφειοκρατία και στις λίστες αναμονής για παροχή υπηρεσιών. Τα τελευταία χρόνια έχουν κλείσει αρκετά τμήματα κοινωνικής εργασίας και το προσωπικό των κοινωνικών λειτουργών μεταφέρεται και συγχωνεύεται με άλλα τμήματα, ενώ μειώνονται και οι θέσεις τους.

Σύμφωνα με έρευνα της Georgoussi (2003) που πραγματοποιήθηκε στο 20% των εγγεγραμμένων κοινωνικών λειτουργών στον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, η πίεση χρόνου είναι το νούμερο ένα πρόβλημα στην άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού στην Ελλάδα, στον οποίο δεν περιλαμβάνονται άλλες διοικητικές-γραφειοκρατικές εργασίες.

Σύμφωνα με τους Papadaki&Papadaki (2008), που αφορούσε στους κοινωνικούς λειτουργούς στην Κρήτη, οι ανεπαρκείς πόροι και οι οργανωτικοί κανόνες και κανονισμοί έχουν ως αποτέλεσμα ποικίλες δύσκολες καταστάσεις που περιέχουν ηθικά διλήμματα, τις οποίες οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να αντιμετωπίσουν. Σύμφωνα με την έρευνα, οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν αναπτύσσουν δραστηριότητες προκειμένου να βελτιώσουν τις ανεπαρκείς υπηρεσίες και να προκαλέσουν τις κυβερνητικές πολιτικές. Προσπαθούν να βρουν λύσεις με βάση τους δεδομένους περιορισμούς.

Σύμφωνα με την Καλλινικάκη (1998) παράγοντες που παρεμποδίζουν την εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα είναι:

§ Η γραφειοκρατική οργάνωση των κοινωνικών υπηρεσιών. Επικρατεί

§ υψηλός βαθμός συγκεντρωτισμού και ιεραρχική υποταγή

§ Η έλλειψη συντονισμού των υπηρεσιών

§ Άνιση κατανομή των κοινωνικών υπηρεσιών μεταξύ του κέντρου και

§ της περιφέρειας

§ Οι ελλείψεις στην στελέχωση

- § Η έλλειψη σύγχρονης διοίκησης
- § Η ασυνέχεια στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών
- § Η διστακτικότητα στην εφαρμογή καινοτόμων προγραμμάτων
- § Τα κενά στην νομοθεσία για νέες δομές
- § Η έλλειψη εξοπλισμού
- § Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης στην κοινωνική εργασία
- § Οι περιορισμένες δυνατότητες επιμόρφωσης των κοινωνικών λειτουργών
- § Η αποκλειστική ενασχόληση των κοινωνικών λειτουργών στην εφαρμογή
- § Η έλλειψη της ενασχόλησης τους στη διαδικασία σχεδιασμού και αξιολόγησης κοινωνικών προγραμμάτων
- § Η περιορισμένοι ενασχόλησή τους με την έρευνα στην Κοινωνική εργασία
- § Το μη προσδιορισμένο επίπεδο φτώχειας στην Ελλάδα
- § Το υποτονικό κοινωνικό κίνημα της χώρας
- § Η έλλειψη εμπιστοσύνης των πολιτών σε υπηρεσίες και ειδικούς.

Πιο συγκεκριμένα, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που απασχολούνται στον Δημόσιο Τομέα αντιμετωπίζουν δυσκολίες οι οποίες οφείλονται (Papadaki 2005):

- § Στον περιορισμένο ρόλο του δημόσιου τομέα στην παροχή κοινωνικής φροντίδας
- § Στην έλλειψη κοινωνικού σχεδιασμού και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών πρόνοιας
- § Στην αναποτελεσματικότητα των υπηρεσιών κοινωνικής πρόνοιας
- § Στις αποσπασματικές κοινωνικές υπηρεσίες
- § Στον προσανατολισμό των προγραμμάτων πρόνοιας τα οποία στοχεύουν σε συγκεκριμένες ευάλωτες ομάδες, ενώ άλλες ανάγκες παραμένουν ακάλυπτες.
- § Δεν υπάρχει κανένας συνδυασμός προληπτικών και θεραπευτικών στόχων με αποτέλεσμα οι κοινωνικοί λειτουργοί να παρεμβαίνουν όταν πια το πρόβλημα έχει γίνει πολύ οξύ
- § Στους ανεπαρκείς πόρους των Οργανώσεων
- § Στην έλλειψη ικανοποιητικής στελέχωσης
- § Στον συγκεντρωτισμό των κοινωνικών υπηρεσιών

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που απασχολούνται στον Δημόσιο Τομέα, παρεμβαίνουν περισσότερο, παρέχοντας βοήθεια στα άτομα παρά αντιμετωπίζοντας τα προβλήματα που υπάρχουν (Papadaki 2005).

Το κυριότερο μέλημα των επαγγελματιών υγείας είναι η ευημερία των εξυπηρετούμενων τους, και για αυτό το λόγο η λήψη ηθικών αποφάσεων αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα στοιχεία του επαγγελματισμού τους.

Τι είναι, όμως, ηθική ικανότητα;

Σύμφωνα με τον Ματσαγγούρα (2000), η ηθική ικανότητα περιγράφεται ως «εσωτερική κατάσταση στάσεων, κινήτρων και συναισθημάτων», η οποία προσδίδει ένα σταθερό προσανατολισμό, τόσο στην πρόθεση όσο και στην εκφρασμένη συμπεριφορά του ατόμου, προς τις αξίες, που αποσκοπούν να διασφαλίσουν τα ανθρώπινα δικαιώματα και την κοινωνική ευημερία. Ωστόσο, υποστηρίζεται ότι η ανάπτυξη της ηθικής ικανότητας ξεκινά από την συμμόρφωση σε εξωτερικούς κανόνες και μαθημένα πρότυπα, για να εξελιχθεί μέχρι το επίπεδο της συνειδητής ηθικής επιλογής. Αναφορικά με τους επαγγελματίες υγείας, οι ηθικές τους αποφάσεις δεν διαμορφώνονται μόνο από τους κώδικες δεοντολογίας αλλά και από τις συλλογικές πρακτικές, όπως η κουλτούρα της υπηρεσίας όπου εργάζονται και τα πολιτισμικά σχήματα για το ρόλο του επαγγελματία υγείας (Menziess 1988).

Ηθικά ζητήματα προκύπτουν σε κάθε σχεδόν κατάσταση. Ο ρόλος της ηθικής κρίσης εμφανίζεται, κυρίως, σε πιο περίπλοκες καταστάσεις. Ο ποσοτικός και ποιοτικός φόρτος εργασίας, η πίεση για αποτελεσματικότητα, οι περιορισμοί των θεσμικών πλαισίων και των διαθέσιμων πόρων δεν επιτρέπουν πάντα την «ιδανική λύση», και δημιουργούν καταστάσεις που απαιτούν από τον επαγγελματία υγείας να προχωρήσει σε ηθική απόφαση (Reamer 1990). Οδηγός στην λήψη ηθικών αποφάσεων είναι οι κατευθυντήριες γραμμές του Κώδικα Δεοντολογίας και το σύστημα αξιών και κανόνων στις οποίες βασίζεται η εφαρμογή του επαγγέλματος, που «δεσμεύουν» επαγγελματικά τον επαγγελματία στο «τι πρέπει να κάνει και τι δεν πρέπει να κάνει». Ωστόσο, δεν είναι πάντα σαφές, απλό και αυτονόητο το τι είναι «καλό» και τι όχι και ποιες είναι οι ενδεικνυόμενες δράσεις, ειδικά σε πλουραλιστικές κοινωνίες, που επικρατούν πολλά αξιακά σχήματα. Σύμφωνα με την Borgys (1988), υπάρχει μεγάλη διαφοροποίηση στους κοινωνικούς λειτουργούς και σε άλλους επαγγελματίες υγείας (όπως ψυχιάτρους και ψυχολόγους), ως προς το τι θεωρούσαν αποδεκτό και τι όχι σε σχέση με τους θεραπευμένους τους. Αυτές οι διαφορές, εν μέρει, οφείλονταν και σε διαφορές στην σχολή που ακολουθεί ο κάθε επαγγελματίας.

Οι ηθικές αποφάσεις γίνονται πιο δύσκολες στην περίπτωση αντικρουόμενων αξιών. Ο επαγγελματίας καλείται πολλές φορές να διακρίνει τι οφείλει στον εξυπηρετούμενό του, τι

οφείλει στην οικογένεια του θεραπευμένου, τι οφείλει στον εαυτό του. Για παράδειγμα η ανακοίνωση μιας επώδυνης αλήθειας μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο σε ένα άτομο και αρνητικό σε ένα άλλο. Η η εστίαση στις υποχρεώσεις ενός ατόμου μπορεί σε μια περίπτωση να έχει μεγαλύτερη σημασία από την εστίαση στα δικαιώματά του, ενώ σε μια άλλη περίπτωση να ισχύει το αντίθετο. Η λήψη ηθικών αποφάσεων χρειάζεται, λοιπόν, όχι μόνο εξοικείωση με τον Κώδικα Δεοντολογίας αλλά και καλλιέργεια πολλών άλλων γνωστικών ικανοτήτων (Μασσού& Μανιάτη 2007).

Το συναίσθημα αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εμπόδιο στην επαγγελματική πράξη για τους κοινωνικούς λειτουργούς και γενικότερα τους επαγγελματίες υγείας, διότι ταυτίζεται με την απομάκρυνση από την λογική, με την ένταση και την σύγχυση. Σύμφωνα με τον Osler, ο επαγγελματίας υγείας «δείχνει στο πρόσωπό του ακόμη και την μικρότερη αλλοίωση, έκφραση ανησυχίας ή φόβου, δεν έχει τα νωτιαία νευρικά του κέντρα υπό έλεγχο και είναι κάθε στιγμή επιρρεπής στην καταστροφή» (Kushner&Thomasma 2007).

Καθοριστικό ρόλο στα ηθικά ζητήματα και στην λήψη ηθικών ζητημάτων από τον επαγγελματία υγείας παίζουν και οι σχηματοποιημένες γνώσεις και μεταφορές. Κάποια παραδείγματα τέτοιων σχημάτων είναι τα παρακάτω:

§ Στρατιωτική μεταφορά

Σύμφωνα με αυτή, οι επαγγελματίες υγείας αντιλαμβάνονται τον εαυτό τους ως «μαχητή σε πόλεμο» κατά των προβλημάτων των εξυπηρετούμενων. Εμπεριέχει τον ηθικό κίνδυνο να στιγματίσει το πρόβλημα και τους εξυπηρετούμενους.

§ Εμπορική μεταφορά

Προέρχεται από τον κόσμο των εμπορικών συναλλαγών και δίνει στον εξυπηρετούμενο το ρόλο του «πελάτη» και στον επαγγελματία υγείας τον ρόλο του «πωλητή» των υπηρεσιών υγείας. Αυτό το σχήμα μπορεί να οδηγεί μεν, σε αποτελεσματικότητα αλλά ενδέχεται να οδηγήσει και σε αποστασιοποίηση μεγαλύτερη από την επιθυμητή και απουσία ενδιαφέροντος για τον εξυπηρετούμενο.

§ Μηχανιστική Μεταφορά

Εστιάζει στην λειτουργικότητα. Το πρόβλημα του εξυπηρετούμενου θεωρείται η «βλάβη» και οι θεραπευτικές παρεχόμενες υπηρεσίες θεωρούνται ως «επιδιόρθωση». Αυτό το σχήμα ενδέχεται να οδηγήσει σε αποπροσωποποίηση των εξυπηρετούμενων και σε τυποποίηση στην εργασία.

§ Η μεταφορά της προσωπικής φροντίδας

Αυτή η μεταφορά εστιάζει στις ανάγκες του εξυπηρετούμενου και ενδέχεται να δώσει στον επαγγελματία υγείας έναν γονεϊκό ρόλο. Σε αυτή την περίπτωση, υπάρχει το

χαρακτηριστικό παράδειγμα των επαγγελματιών που πρέπει να παρέχουν υπηρεσίες σε «δύσκολους» ασθενείς. Η αντιστοίχιση με την γονεϊκή φροντίδα βοηθάει στην κατανόηση. Σύμφωνα με μελέτες, τα βρέφη με δύσκολη ιδιοσυγκρασία προκαλούν ποικίλα αρνητικά συναισθήματα στους γονείς (κατάθλιψη άγχος, ενοχές, θυμό κτλ), με αποτέλεσμα να λαμβάνουν φροντίδα που δεν είναι καλά συντονισμένη με τις ανάγκες τους. Οι γονείς «δύσκολων» παιδιών νιώθουν, πιο συχνά, «κακοί γονείς» και επειδή δεν αντλούν ικανοποίηση από αυτή την σχέση τείνουν να περνούν λιγότερο χρόνο με τα παιδιά τους. Κάτι αντίστοιχο, νιώθουν και οι επαγγελματίες υγείας με δύσκολους ασθενείς και, συχνά, βιώνουν το αίσθημα της ματαίωσης (Κακαβούλης 1994).

Σύμφωνα με την Papadaki (2005), οι κοινωνικοί λειτουργοί βιώνουν ηθικά διλλήματα που πηγάζουν:

§ Από την έλλειψη ικανότητας των Οργανώσεων να καλύψουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενων

§ Από τις επαγγελματικές σχέσεις με υπεύθυνους των Οργανώσεων και μέλη του Ιατρικού προσωπικού.

2.4 ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΕΡΕΥΝΩΝ ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥΣ

Μέχρι σήμερα υπάρχουν πάνω από 5500 δημοσιευμένες μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση και το 34% αυτών αφορούν σε επαγγελματίες υγείας (Firth-Cozensetal., 1999). Σύμφωνα με τον Jimmieson (2000) κάποια επαγγέλματα, σχετίζονται με υψηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν χαρακτηριστικό παράδειγμα επαγγελμάτων που συνδέονται με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό οφείλεται στο ότι έρχονται καθημερινά σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με άτομα ευπαθή και αναπτύσσουν στενές σχέσεις με αυτούς, που είναι σχέση ενός ατόμου με ένα άλλο που το έχει ανάγκη.

Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν μια ομάδα ιδιαίτερα ευάλωτη που συχνά, εμφανίζει υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τους Snibbleetal. (1989), οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι περισσότερο ευαίσθητοι ως προς την συναισθηματική εξάντληση και την αποπροσωποποίηση σε σχέση με άλλους εργαζόμενους στην ψυχική υγεία. Οι Loyod και King (2004) συμπεραίνουν ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζουν υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης τα οποία, ωστόσο, αντισταθμίζονται από υψηλά επίπεδα αντιληπτών προσωπικών επιτευγμάτων. Σύμφωνα με

τους Coyleetal. (2005), οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται σε μονάδες ψυχικής υγείας εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα εργασιακού άγχους και συναισθηματικής εξάντλησης και χαμηλότερα επίπεδα εργασιακής ικανοποίησης σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας.

Μια διαφορετική οπτική δίνουν οι Soderfeldtetal. (1995), οι οποίοι αμφισβητούν την άποψη ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι περισσότερο ευάλωτοι στην επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό το στηρίζουν στην άποψη ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται περισσότερο από διάφορους παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον παρά από τις ιδιαιτερότητες των ατόμων – ασθενών.

Ο Jones (2001) εκθέτει τις εμπειρίες από μια ομάδα κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στο δημόσιο τομέα στην Αγγλία. Μεταξύ άλλων γράφει: «...οι κοινωνικοί λειτουργοί μιλούσαν για το πόσο συχνό ήταν να βλέπουν συναδέλφους να κλαίνε... ανθρώπους που κλειδώνονται σε δωμάτια ή που απλά εξαφανίζονται από το γραφείο τους για ώρες. Η ασθένεια για λίγο καιρό κάθε εβδομάδα ή κάθε μήνα έμοιαζε με ρουτίνα σε κάποιους φορείς. Μεγάλο μέρος των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονταν πολλά χρόνια στον τομέα αυτό είχαν επαναλαμβανόμενα και σοβαρά προβλήματα υγείας, που κατέληγαν σε μεγάλες περιόδους απουσίας. Πολλοί μίλησαν για συναισθηματική και σωματική εξάντληση, που προέκυπτε από τις υψηλές απαιτήσεις της δουλειάς τους».

Οι Coffeyetal. (2004) πραγματοποίησαν μια έρευνα σε προσωπικό από 2 Βρετανικά τμήματα κοινωνικής υπηρεσίας. Συμπέραναν ότι η ψυχική κατάσταση ανάμεσα στους κοινωνικούς λειτουργούς είναι πιο φτωχή σχετικά με παλαιότερες έρευνες. Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι αισθητά πιο μειωμένη. Επίσης, οι περιορισμοί σε οργανωτικό επίπεδο είναι πολύ υψηλότερη. Κατέληξαν ότι η κατάσταση στις κοινωνικές υπηρεσίες είναι πολύ χειρότερη από ότι υπολογιζόταν παλαιότερα.

Σύμφωνα με ένα μεγάλο μέρος ερευνών στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία, μεγάλο μέρος κοινωνικών λειτουργών παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά απουσίας από την εργασία τους και μειωμένη επίδοση αλλά και υψηλά ποσοστά παραίτησης (Morrison 2007; Nissly, MorBarak&Levin 2005; Wright&Cropanzano 1998). Σύμφωνα με έρευνα στην Μεγάλη Βρετανία, το 60% των τοπικών φορέων που απασχολούν κοινωνικούς λειτουργούς, δήλωσε ότι παρατηρούνται υψηλά επίπεδα παραίτησης, γιατί οι κοινωνικοί λειτουργοί δυσκολεύονται να μείνουν στην εργασία τους. Κυριότερη αιτία παραίτησης των κοινωνικών λειτουργών σύμφωνα με έρευνα στην Μεγάλη Βρετανία θεωρείται η αγχογόνα φύση της εργασίας τους (LGA 2009). Σύμφωνα με τους Curtis, Mortiarthy&Netten (2009), και την έρευνα που πραγματοποίησαν στην Μεγάλη Βρετανία, οι νεοδιορισθέντες κοινωνικοί λειτουργοί

παραμένουν στο επάγγελμα κατά μέσο όρο 8 χρόνια πριν παραιτηθούν , μέσος όρος μικρότερος από άλλα επαγγέλματα της ίδιας κατηγορίας.

Σύμφωνα με έρευνα της Papadaki (2006), αναφορικά με την άποψη των κοινωνικών λειτουργών στην Κρήτη για την επαγγελματική ικανοποίηση, οι κυριότερες πηγές ικανοποίησης ήταν ενδογενείς συνθήκες εργασίας, ενώ εξωγενείς συνθήκες εργασίας και συνθήκες οργάνωσης ήταν οι πηγές δυσαρέσκειάς τους. Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν ότι οι ερωτώμενοι ήταν αρκετά ικανοποιημένοι με την εργασία τους αλλά άλλοι δείκτες επαγγελματικής ικανοποίησης δεν ήταν και τόσο υψηλοί. Πιο συγκεκριμένα, οι κυριότερες ενδογενείς πηγές ικανοποίησης των κοινωνικών λειτουργών είναι:

- § Η εργασία με τους εξυπηρετούμενους
- § Η πρόκληση που η εργασία παρέχει
- § Το συναίσθημα της αυτό-πραγμάτωσης
- § Η συμβολή της εργασίας στην προσωπική ανάπτυξη
- § Η επικοινωνία με τους εξυπηρετούμενους
- § Η ανατροφοδότηση- αναγνώριση από τους εξυπηρετούμενους
- § Η υποστήριξη άλλων Κοινωνικών Λειτουργών αποτελούσε επίσης σημαντική πηγή ικανοποίησης

Σύμφωνα με την ίδια έρευνα, οι εξωγενείς συνθήκες εργασίας και οι οργανωτικές συνθήκες προκαλούσαν στους Κοινωνικούς Λειτουργούς δυσαρέσκεια και παράλληλα αποτελούσαν πηγές εργασιακού άγχους. Αναφορικά με τους εξωγενείς παράγοντες εργασίας, βασικότεροι παράγοντες ήταν το επίπεδο μισθού και η έλλειψη ευκαιριών για προαγωγή. Από αυτούς, το επίπεδο αυτονομίας ήταν ένας αμφιλεγόμενος παράγοντας και μπορούσε να αποτελέσει πηγή ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας, ανάλογα με το είδος της οργάνωσης. Οι συνθήκες στις Οργανώσεις που προκαλούσαν δυσαρέσκεια ήταν :

- § Οι περιορισμένοι πόροι
- § Ο μεγάλος φόρτος εργασίας
- § Η έλλειψη υποστήριξης και η έλλειψη εποπτείας
- § Η έλλειψη ευκαιριών για συνεχιζόμενη επιμόρφωση
- § Η έλλειψη μέσων για άνετη άσκηση της εργασίας. Αποτελεί μια σημαντική πηγή επαγγελματικού άγχους, καθώς οι Κοινωνικοί Λειτουργοί, ενώ έχουν την επιθυμία να προσφέρουν και να βοηθήσουν, δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενών τους, με αποτέλεσμα να νιώθουν αισθήματα απογοήτευσης.

- § Η έλλειψη ευκαιριών για επηρεασμό των προγραμμάτων

§ Η περιορισμένη επαγγελματική αναγνώριση από τους υπευθύνους των Οργανώσεων και από μέλη του ιατρικού προσωπικού. Αυτό το γεγονός δεν αφήνει περιθώριο στους Κοινωνικούς Λειτουργούς να πάρουν αποφάσεις σε θέματα που αφορούν την εργασία τους και αυτό αποτελεί μια σημαντική πηγή επαγγελματικού άγχους.

Σύμφωνα με έρευνα σε τρία Κέντρα Υγείας στην Ελλάδα, το 90% των εργαζομένων επαγγελματιών υγείας δήλωσε ικανοποιημένο από την Διοίκηση και τις διαπροσωπικές σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς. Αντίθετα, δήλωσαν ότι δεν αντλούν ικανοποίηση από τις απολαβές και το περιβάλλον εργασίας (Κοϊνης&Σαρίδη 2014).

Σύμφωνα με τους Georgoussietal. (2003), το Προφίλ των Κοινωνικών Λειτουργών στην Ελλάδα διαμορφώνεται ως εξής: ένας «τυπικός» Κοινωνικός Λειτουργός στην Ελλάδα είναι μια γυναίκα μέσης ηλικίας, παντρεμένη ή ανύπαντρη. Που εργάζεται στις υπηρεσίες υγείας ή στις κοινωνικές υπηρεσίες τα τελευταία 10 χρόνια, δεν διαθέτει χρόνο ούτε χρήματα για να παρακολουθήσει επιστημονικά συνέδρια και δεν έχει προοπτικές προαγωγής. Εργάζεται σκληρά, δεν διαθέτει χρόνο αλλά και η δομή της Οργάνωσης που εργάζεται, δεν του επιτρέπει άλλη εργασία πέρα από την άμεση βοήθεια σε άτομα που βρίσκονται σε κατάσταση έκτακτης ανάγκης. Σύμφωνα με έρευνα, τα κυριότερα νοσήματα που ταλαιπωρούν τους επαγγελματίες υγείας σε Νοσοκομεία είναι αλλεργίες, οσφυαλγία, ημικρανία και έλκος, η ύπαρξη stress και έντασης αλλά και η εμφάνιση μελαγχολικού συναισθήματος και αισθημάτων απαξίωσης. Αυτά έχουν ως αποτέλεσμα την μείωση της απόδοσή τους και την κακή ποιότητα ζωής τους (Robin&Leslie 2006).

Σύμφωνα με τους Pines&Karfy (1978), οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι μια ομοιογενής ομάδα, συναισθηματικά, όπου η ευαισθητοποίησή τους απέναντι στα προβλήματα των εξυπηρετούμενών τους, τους κάνει πιο ευάλωτους στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ο Rushton (1987) αναρωτιέται μήπως τα άτομα που είναι ευάλωτα στην κατάθλιψη διαλέγουν την Κοινωνική Εργασία αντί άλλων επαγγελμάτων, υποσυνείδητα, διότι θέλουν να εργάζονται μέσω ατομικών προβλημάτων βοηθώντας άλλους. Άλλωστε, σύμφωνα με έρευνες, η «ανάγκη να βοηθούν τους άλλους», είναι το νούμερο ένα κίνητρο για την επιλογή επαγγέλματος, στους κοινωνικούς λειτουργούς (Lloyd 2002).

Οι Adamsetal. (2006), μελετούν το ψυχολογικό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση στους κοινωνικούς λειτουργούς. Η διαφοροποίηση της έρευνας ανάμεσα στην σχετική ακαδημαϊκή βιβλιογραφία είναι ότι χρησιμοποιούν έναν άλλον όρο και όχι αυτόν της επαγγελματικής εξουθένωσης, που είναι πιο εξειδικευμένος για τα επαγγέλματα που προσφέρουν φροντίδα σε τραυματίες. Ο όρος είναι η κόπωση συμπάθειας

(compassionfatigue) και αντιστοιχεί ουσιαστικά, στον όρο της συναισθηματικής εξάντλησης που περιλαμβάνεται στο σύνδρομο του burnout.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

3.1 ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, το εργασιακό άγχος είναι ένας από τους παράγοντες που συντελούν στην εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η πρόληψη και αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους αποτελεί ένα σημαντικό κομμάτι της πρόληψης και αντιμετώπισης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Με σκοπό την εναρμόνιση των πρακτικών αντιμετώπισης του άγχους σε όλα τα κράτη μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης, στις 8 Οκτωβρίου 2004, υπογράφηκε η συμφωνία πλαίσιο για το επαγγελματικό άγχος στην οποία δόθηκαν κατευθυντήριες γραμμές για τον εντοπισμό και την διαχείριση των αγχογόνων παραγόντων στον χώρο εργασίας. Το θέμα πρέπει να προσεγγίζεται ολιστικά μέσα από μια γενική διαδικασία διαχείρισης κινδύνου και να περιλαμβάνει διάφορες παρεμβάσεις αντιμετώπισης αλλά και προληπτικά μέτρα. Οι παρεμβάσεις μπορεί να είναι είτε ατομικές είτε συλλογικές. Οι στρατηγικές που υιοθετούνται πλέον, στα πλαίσια της ολιστικής προσέγγισης αφορούν τόσο στην ιατρική επίβλεψη όσο και στην οργάνωση της εργασίας, στην τυπολογία των εφαρμοζόμενων εργασιακών πρακτικών και στους τρόπους συμπεριφοράς των εργαζομένων (Τούκας, Τούκα 2011). Το μωσαϊκό των αιτιωδών παραγόντων που οδηγούν στο επαγγελματικό άγχος και ενδεχομένως στην επαγγελματική εξουθένωση απαιτεί οργανωμένη και συνδυαστική λήψη μέτρων και παρεμβάσεων, αλλιώς η αντιμετώπιση θα είναι επιφανειακή και καθόλου αποτελεσματική. Έτσι, πολλές φορές είναι σημαντικό να εφαρμόζεται ένας συνδυασμός από παρεμβατικές ενέργειες για την εξάλειψη ή/και πρόληψη του προβλήματος. Οι στρατηγικές παρέμβασης χωρίζονται στα εξής τρία επίπεδα (Leka&Cox2008):

§ Οργανωτικό επίπεδο (Πρωτογενείς παρεμβάσεις)

Οι πρωτογενείς παρεμβάσεις δίνουν έμφαση, κυρίως, στην λήψη μέτρων σχετικά με τον εργονομικό σχεδιασμό των δραστηριοτήτων. Για παράδειγμα, πρόκειται για μέτρα που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον, τον εξοπλισμό εργασίας- τεχνολογίας, τους ρυθμούς εργασίας, τα ωράρια και τα συστήματα επιβράβευσης. Αυτά τα μέτρα έχουν, κυρίως, προληπτικό χαρακτήρα.

§ Επίπεδο μικρής ομάδας (Δευτερογενείς παρεμβάσεις)

Οι δευτερογενείς παρεμβάσεις εστιάζουν στην εκπαίδευση των εργαζομένων σε συλλογικό και ατομικό επίπεδο για τον κώδικα συμπεριφοράς στους εργασιακούς χώρους και τις ορθές πρακτικές εργασίας (κάθετες και οριζόντιες διαπροσωπικές σχέσεις, επικοινωνία,

ρόλοι, καθήκοντα υποχρεώσεις, ομαδικό πνεύμα κτλ). Σκοπός των δευτερογενών παρεμβάσεων είναι η ανάπτυξη των ατομικών ικανοτήτων των εργαζομένων να διαχειρίζονται το άγχος στο χώρο εργασίας.

§ Ατομικό επίπεδο (τριτογενείς παρεμβάσεις)

Οι τριτογενείς παρεμβάσεις έχουν επανορθωτικό – θεραπευτικό χαρακτήρα και στοχεύουν στην μείωση των συμπτωμάτων του άγχους σε ατομικό επίπεδο.

Σύμφωνα με τον Καντά (1998), κατά σειρά προτεραιότητας προτείνονται τρεις βασικές στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης:

§ Μείωση ή τροποποίηση κατάστασης ή απομάκρυνση του ατόμου από αυτήν

§ Προσαρμογή της εργασίας στο άτομο

§ Ενδυνάμωση της ανθεκτικότητας του ατόμου με άσκηση, διαλογισμό, τεχνικές χαλάρωσης και κοινωνική στήριξη.

Ο Emery (1993) αναζητούν την λύση στο θέμα της πρόληψης του επαγγελματικού άγχους στις ιδιότητες που θα προάγουν την ψυχική υγεία:

§ Υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας

§ Συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην εργασία

§ Ικανοποιητικό επίπεδο ποικιλίας

§ Το να απολαμβάνεις το σεβασμό και τη συμπαράσταση των συναδέλφων

§ Ενδιαφέρουσα και κοινωνικά αποδεκτή εργασία

§ Μελλοντική ενδιαφέρουσα προοπτική

Σύμφωνα με τους Begat & Severinsson (2006), η δημιουργία ικανοποιητικού ψυχοκοινωνικού περιβάλλοντος εργασίας αποτελεί προϋπόθεση για την δημιουργία ιδανικών συνθηκών εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας και την παροχή ποιοτικής φροντίδας. Κάτι τέτοιο επιτρέπει την ελευθερία δράσης, την ανάπτυξη συνεργασίας με τους υπόλοιπους εργαζόμενους και επηρεάζει θετικά την κατάσταση της υγείας τους.

Σύμφωνα με τους Edwardsetal. (2000), η συμβουλευτική εποπτεία είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος υποστήριξης των επαγγελματιών υγείας, με στόχο την διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων και την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης, αφού έχει ως αποτέλεσμα την τόνωση της αυτοπεποίθησής τους, τόσο ως επαγγελματίες αλλά και ως ανθρώπινες οντότητες.

Πολλές φορές εφαρμόζονται στρατηγικές διαχείρισης άγχους, οι οποίες δεν θεωρούνται αποτελεσματικές και μάλιστα πολλές φορές είναι αρνητικές. Αναφορικά με

στρατηγικές διαχείρισης άγχους που συναντώνται στην Μεγάλη Βρετανία, υπάρχουν εκτεταμένες έρευνες. Ο Fineman (1985) διαπιστώνει ότι η εσωτερίκευση των δυσκολιών ήταν ο κυρίαρχος τρόπος διαχείρισης που χρησιμοποιούσαν οι κοινωνικοί λειτουργοί, όταν «χτιζόταν το άγχος», με την ελπίδα ότι αυτό θα εξαφανιστεί ή θα διοχετευτεί αλλού. Πρόκειται για μια όχι τόσο θετική στρατηγική διαχείρισης. Στην έρευνα του Satymurti (1981), οι κοινωνικοί λειτουργοί έθεταν το άγχος τους σε διαδικασία αναθεώρησης με θετικές στρατηγικές διαχείρισης του τύπου «Μπορεί να συμβεί στον καθένα» ή «Δεν είμαι μόνο εγώ». Όμως, κυριαρχούσαν και σε αυτή την έρευνα, περισσότερο αρνητικές στρατηγικές. Για το λόγο αυτό, καθίσταται αναγκαία η ανάπτυξη γνώσεων και αναγνώρισης και κατανόησης των θετικών στρατηγικών διαχείρισης του άγχους, ώστε να αποφευχθεί και η εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

Η Επιτροπή Ανωτέρων Επιθεωρητών Εργασίας (Senior Labour Inspectors- SLIC) συμφώνησε να πραγματοποιήσει το 2012 μια εκστρατεία για τους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους. Μια ομάδα εργασίας με εκπροσώπους 12 κρατών μελών, με επικεφαλής τη Σουηδία, σχεδίασε την εκστρατεία το 2011. Στα πλαίσια της εκστρατείας αυτής προτείνονται για τους διάφορους ψυχοκοινωνικούς κινδύνους (έλλειψη καθορισμού των οργανωτικών στόχων, σύγκρουση ρόλων, διφορούμενος χαρακτήρας ρόλων) κάποια μέτρα πρόληψης, μετριασμού και αντιμετώπισης, όπως φαίνονται και στον παρακάτω πίνακα. Στα προληπτικά μέτρα περιλαμβάνονται: σαφείς οδηγίες, ισορροπημένη κατανομή των εργασιακών καθηκόντων, σχέσεις υπαλλήλων, ενημέρωση, σαφείς διαδικασίες και οδηγίες. Τα μέτρα μετριασμού είναι: αύξηση χώρου δράσης, χρόνος ανάκαμψης, κοινωνική υποστήριξη, επίβλεψη, συμβουλευτική και κατάρτιση. Στην αποκατάσταση περιλαμβάνονται: η προσαρμογή εργασίας, η επανένταξη στην εργασία και η υποστήριξη κρίσης (SLIC 2012).

Πηγή κινδύνου	Κίνδυνοι και συνέπειες	Μέτρα/ όρια		
		Πρόληψης	Μετριασμού	Αποκατάστασης
Έλλειψη καθορισμού των οργανωτικών στόχων	Στον οργανισμό Λάθη Περιστατικά κινδύνου Τραυματισμοί κατά την εργασία Προβλήματα συνεργασίας	Σαφής ηγεσία: Ευθύνη Εξουσία Σαφή όρια Ξεκάθαροι στόχοι	Χώρος δράσης Ενημέρωση Συναντήσεις στο χώρο εργασίας Επιρροή επί του σχεδιασμού	Προσαρμογή εργασίας Επανάταξη στην εργασία
ή/και	Διενέξεις Αναζήτηση αποδιοπομπαίων τράγων Διατάραξη παραγωγής	Ενημέρωση: Συμπεριφορά Πρότυπα Κανόνες Γεγονότα	Υποστήριξη Επιθεώρηση Επικοινωνία Δυνατότητα διαβούλευσης με τη διοίκηση	Υποστήριξη κρίσης
Σύγκρουση ρόλων	Αύξηση της εναλλαγής του προσωπικού στις θέσεις εργασίας Απώλεια επάρκειας	Εποικοδομητικά σχόλια	Εμπειρία/ αρμοδιότητα Οδηγίες Εκπαίδευση	
ή/και		Επικοινωνία		
Διφορούμενος χαρακτήρας ρόλων	Για το άτομο Συμπτώματα άγχους Τραυματισμοί κατά την εργασία Αρρώστιες Σύνδρομο υπερκόπωσης Απώλεια εργασίας	Διάλογος με τον υπάλληλο Εισαγωγή Δυνατότητα κάλυψης	Ανάκαμψη	

Πίνακας 1: Ψυχοκοινωνικοί Κίνδυνοι & Μέτρα/Όρια (SLIC 2012)

3.2 ΠΡΟΛΗΨΗ & ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει διάφορες μορφές παρέμβασης είτε για την πρόληψη είτε για την αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι περισσότερες συζητήσεις αφορούσαν ατομοκεντρικές παρεμβάσεις, όπως απομάκρυνση του εργαζομένου από την εργασία του ή εφαρμογές ατομικών στρατηγικών, με σκοπό να ενδυναμώσει το άτομο τις εσωτερικές του δυνάμεις ή να αλλάξει συμπεριφορά και στάση απέναντι στην εργασία (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Ωστόσο, οι τεχνικές που εστιάζουν στο άτομο και στην συμπεριφορά του δεν φαίνεται να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές, καθώς οι εργασιακοί παράγοντες είναι πιο σημαντικοί για την εμφάνιση του συνδρόμου (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Μπορεί τέτοιες τεχνικές να είναι πιο αποτελεσματικές σε μια από τις διαστάσεις του συνδρόμου, αυτό της συναισθηματικής εξάντλησης αλλά όχι και στις δυο άλλες, όπως είναι η αποπροσωποποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα. Οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο δεν φαίνεται να είναι τόσο αποτελεσματικές στο χώρο της εργασίας, λόγω του ότι το άτομο δεν έχει υπό τον έλεγχό του τους παράγοντες που του προκαλούν το σύνδρομο και, γενικά, αρνητικές επιπτώσεις, όπως συμβαίνει στην προσωπική του ζωή. Χρησιμοποιούνται, ωστόσο, διότι όπως υποστηρίζεται «είναι πιο εύκολο να αλλάξεις ανθρώπους παρά οργανώσεις» (Maslachetal. 2001).

Συχνά, επικρατεί η πεποίθηση ότι ο επαγγελματίας υγείας δεν πρέπει να έχει προσωπικές ανάγκες, δεν πρέπει να επηρεάζεται από τον πόνο των αρρώστων που φροντίζει αλλά να ασκεί με αυτοθυσία ένα λειτούργημα. Η πεποίθηση αυτή ενισχύει τον μύθο της παντοδυναμίας και καθιστά το άτομο περισσότερο ευάλωτο στην επαγγελματική εξουθένωση. Η πρόληψη και η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης στα επαγγέλματα υγείας, προϋποθέτει την αμφισβήτηση της πεποίθησης αυτής και την αναγνώριση ότι ο επαγγελματίας υγείας πρέπει να φροντίζει παράλληλα και τον εαυτό του.

3.2.1 ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ

Πρόκειται, κυρίως, για εκπαιδευτικές παρεμβάσεις ώστε να βελτιώσει το άτομο την ικανότητά του να διαχειρίζεται τις καταστάσεις στον εργασιακό χώρο και γίνονται με πρωτοβουλία του ίδιου το ατόμου. Αυτές οι εκπαιδευτικές παρεμβάσεις γίνονται είτε από ένα άτομο είτε από ομάδες ατόμων μαζί. Παραδείγματα τέτοιων παρεμβάσεων είναι: εκπαιδευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του άγχους, χαλάρωση, διαχείριση χρόνου, εκπαίδευση ατομικής επιβεβαίωσης, θεραπεία εξορθολογισμού των συναισθημάτων, σεμινάρια για ανάπτυξη διαπροσωπικών και κοινωνικών ικανοτήτων, ομαδικού πνεύματος, διαχείρισης προσωπικών απαιτήσεων, διαλογισμός (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001). Σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999), κάποιες βασικές ατομικές παρεμβάσεις είναι οι εξής:

§ Έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων του συνδρόμου. Αυτό θα οδηγήσει και στην έγκαιρη λήψη μέτρων για την αντιμετώπιση του συνδρόμου, με αποτέλεσμα τον περιορισμό του.

§ Επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών. Συνήθως, τα αισθήματα απογοήτευσης και ματαιώσης που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση πηγάζουν από δύσκολους στόχους που έχουν τεθεί από το άτομο ή από υπερβολικά υψηλές προσδοκίες που δεν είναι ιδιαίτερα εφικτό να πραγματοποιηθούν. Συνεπώς, ο επαναπροσδιορισμός στόχων και προσδοκιών θα μετέβαλλε την στάση του ατόμου απέναντι στην εργασία του με αποτέλεσμα να προλάβει την ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

§ Αναγνώριση των στρατηγικών αντιμετώπισης. Αυτό θα βοηθήσει το άτομο να αξιολογήσει το άτομο ποιες από αυτές έχουν αποτελεσματική δράση στην ρύθμιση των συναισθημάτων του και συντελούν στην επίλυση των προβλημάτων στην εργασία.

§ Η αναζήτηση υποστήριξης από φίλους και συνεργάτες και από ειδικούς. Η υποστήριξη βοηθάει, προστατεύει και θεραπεύει το άτομο. Η υποστήριξη μειώνει τα επίπεδα άγχους και μειώνει τις πιθανότητες να νοσήσει.

§ Αποτελεσματική Διαχείριση χρόνου. Η αποτελεσματική διαχείριση του χρόνου φαίνεται ότι είναι ιδιαίτερα ευεργετική για την ψυχική υγεία των εργαζόμενων, καθώς αυξάνεται η αίσθηση ελέγχου που έχουν πάνω στην εργασία τους. Σύμφωνα με την Lang (1992), η σωστή διαχείριση του χρόνου σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα κατάθλιψης και άγχους, ιδιαίτερα αναφορικά με εργασίες με σκληρό και αυστηρό πρόγραμμα.

§ Σωστός τρόπος ζωής. Η σωστή διατροφή, η άσκηση, και η επαρκής ανάπαυση θωρακίζουν το άτομο από το χρόνιο άγχος και λειτουργούν προληπτικά ως προς το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

§ Προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή αλλαγή του χώρου εργασίας. Με αυτό τον τρόπο το άτομο έχει την αίσθηση του ελέγχου και ότι είναι υπεύθυνος για τις πράξεις του. Η αλλαγή θέσης εργασίας αν είναι απόφαση συνειδητή και όχι ένα μέσο φυγής ή μια αυθόρμητη πράξη, τότε βοηθάει σημαντικά στον περιορισμό του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

§ Ανάπτυξη δεξιοτήτων προστασίας και άμυνας. Είναι βασικό το άτομο να αναπτύξει συγκεκριμένες δεξιότητες που θα το βοηθήσουν να διαχειριστεί δύσκολες καταστάσεις με εξυπηρετούμενους του.

§ Είναι πολύ σημαντικό το άτομο να μάθει να γίνει πιο διεκδικητικό. Αυτό σημαίνει:

- Να διαχειρίζεται κάθε κατηγορία διαπροσωπικών σχέσεων χωρίς να κατακλύζεται από τα συναισθήματα που αυτές διακινούν.
- Να υποστηρίζει την άποψή του ακόμη και αν είναι αντίθετη με εκείνη του συνομιλητή του, διατηρώντας ταυτόχρονα μια καλή σχέση μαζί του
- Να είναι σε θέση να επικοινωνεί χωρίς φόβους και νοητικές αναστολές
- Να μην καταβάλλεται από αισθήματα κατωτερότητας ούτε να καυχιέται ναρκισσιστικά για τον εαυτό του
- Να βιώνει με θετικό τρόπο την σχέση του με τους άλλους

Τα ερωτήματα που προκύπτουν, ωστόσο, είναι αν οι ικανότητες διαχείρισης μπορούν να διδαχθούν, αν μπορούν να εφαρμοστούν στην εργασία και αν αυτό, όντως, έχει κάποια επίπτωση στη επαγγελματική εξουθένωση (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Αναφορικά με το ερώτημα αν μπορεί το άτομο να διδαχτεί νέους τρόπους διαχείρισης και συμπεριφοράς, η απάντηση είναι θετική. Αναφορικά, ωστόσο, με το αν αυτές τις ικανότητες μπορεί να τις εφαρμόσει στο χώρο εργασίας, η απάντηση δεν είναι θετική. Είναι ιδιαίτερα δύσκολο να εφαρμόσει ένας εργαζόμενος τις δικές του συμπεριφορές, ώστε να διαχειριστεί κάποιες καταστάσεις στον χώρο εργασίας, διότι αυτός λειτουργεί με βάση ένα σύνολο καθορισμένων κανόνων που διαμορφώνονται σε οργανωσιακό επίπεδο. Για να είναι εφικτό κάτι τέτοιο θα πρέπει να υπάρχει ένας ικανοποιητικός βαθμός αυτονομίας στην εργασία και να είναι έτοιμος ο εργαζόμενος να αντιμετωπίσει τις επιπτώσεις και τις αντιδράσεις μια τέτοιας αλλαγής (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Αναφορικά με το τρίτο ερώτημα, αν δηλαδή έχει κάποιο αποτέλεσμα πάνω στην επαγγελματική εξουθένωση η εφαρμογή διαφόρων ατομικών στρατηγικών, τα ερευνητικά αποτελέσματα δεν δίνουν ξεκάθαρη απάντηση. Φαίνεται πως σε ένα βαθμό κάποιες τέτοιες ατομικές παρεμβάσεις έχουν αποτέλεσμα στην εξάντληση. Αλλά δεν φαίνεται να έχουν επίδραση πάνω στον κυνισμό ή στο αίσθημα ανεπάρκειας (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

3.2.2 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΕ ΟΡΓΑΝΩΤΙΚΟ/ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο αφορούν πρωτοβουλίες της διοίκησης για την πρόληψη και αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Κάποιες από αυτές τις παρεμβάσεις σχετίζονται με την σωστή οργάνωση και προγραμματισμό της εργασίας, όπως:

- § Τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση
- § Καλύτερος σχεδιασμός των χώρων εργασίας
- § Σωστός προγραμματισμός εργασίας
- § Εμπλουτισμός εργασίας
- § Συμμετοχική λήψη αποφάσεων
- § Αποσαφήνιση των ρόλων και των καθηκόντων των εργαζομένων
- § Δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης
- § Δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης
- § Οργάνωση συμβουλευτικών εποπτειών
- § Συμβουλευτική υποστήριξη εργαζομένων

Σύμφωνα με τους Lewallenetal. (2003) και τον Espeland (2006), η ανανέωση και η εναλλαγή καθηκόντων στους επαγγελματίες υγείας είναι απαραίτητη προϋπόθεση για την αποφυγή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρέχοντας προσδοκίες αλλαγής αλλά και διαφορετικές κλινικές δραστηριότητες ενισχύεται το πνευματικό ενδιαφέρον και το

κίνητρο επαγγελματία, με αποτέλεσμα να επανακάτ θτική στάση ως προς την εργασία. Επίσης, η δημιουργία αισθήματος κοινής ευθύνης αλλά και η διοχέτευση της ενέργειας των αντιπαραθέσεων σε άλλες δημιουργικές δραστηριότητες αποτρέπει την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Adams et al. προτείνουν ότι ο καλύτερος τρόπος αντιμετώπισης του άγχους και της συναισθηματικής κόπωσης των κοινωνικών λειτουργών είναι η ενίσχυση της ικανότητας των επαγγελματιών στο να αντιμετωπίζουν και να καλύπτουν τις συναισθηματικές ανάγκες των εξυπηρετούμενών τους. Σημαντικό μέτρο, επίσης, θα ήταν οι Οργανώσεις να προσφέρουν στους επαγγελματίες υγείας τα απαραίτητα μέσα, ώστε να διατηρήσουν την προσφορά ποιοτικών και ποικιλόμορφων υπηρεσιών. Ωστόσο, υπάρχει, εδώ και ένα κομμάτι αμφιβολίας, μήπως αυτό μέσω του φόρτου εργασίας, οδηγούσε σε ένα φαύλο κύκλο και πυροδοτούσε πιο πολύ το σύνδρομο (Shaufelietal. 2009).

Σύμφωνα με την Maslach et al. (1996), διάφορες μορφές κοινωνικής υποστήριξης προστατεύουν και προλαμβάνουν την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι Um & Harrison (1998) διαπίστωσαν ότι η κοινωνική υποστήριξη στους κοινωνικούς λειτουργούς λειτουργούσε ως παράγοντας μετρίασης μεταξύ του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής δυσαρέσκειας. Η εποπτεία είναι η βασικότερη μορφή κοινωνικής υποστήριξης προς τους κοινωνικούς λειτουργούς. Σύμφωνα με τους Himle et al. (1989), η υποστήριξη από τους προϊσταμένους αλλά και από τους συναδέλφους σχετίζεται με χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικού άγχους (Lloyd 2002). Την σημαντικότητα της κοινωνικής υποστήριξης από συναδέλφους υποστηρίζουν πολλές ακόμα μελέτες (Bennett et al. 1993; Bradley & Sutherland 1995; Thompson et al. 1996; Smith & Nursten 1998; from Collins 2008). Σύμφωνα με έρευνες των Gibson et al. (1989) σε κοινωνικούς λειτουργούς στην Βόρεια Ιρλανδία, η υποστήριξη από τους συναδέλφους αποτελούσε πρωταρχική πηγή υποστήριξης, κατά 80%. Οι Jones et al. (1991) ερευνώντας του Νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς στο Hertfordshire, διαπίστωσε ότι για τα 3/4 των ερωτώμενων η σημαντική πηγή υποστήριξης ήταν αυτή από τους συναδέλφους (Collins 2008).

Και οι Kim & Stoner (2008), υποστηρίζουν ότι η δημιουργία συνθηκών υποστήριξης στην εργασία είναι σημαντική, ώστε να εμποδίσει την επαγγελματική εξουθένωση. Οι ίδιοι προτείνουν με την έρευνά τους και την δημιουργία αποκεντρωμένων συνθηκών εργασίας. Στην έρευνα που πραγματοποίησαν σε ένα δείγμα 346 κοινωνικών λειτουργών στην Καλιφόρνια, διαπίστωσαν ότι οι μεταβλητές της κοινωνικής υποστήριξης και της εργασιακής αυτονομίας είχαν άμεση αρνητική επίδραση στην πρόθεση για αποχώρηση. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η εργασιακή αυτονομία αλληλεπιδρούσε με το επαγγελματικό άγχος στην

πρόβλεψη για επαγγελματική εξουθένωση και η κοινωνική υποστήριξη αλληλεπιδρούσε με το άγχος ρόλων στην πρόβλεψη της πρόθεσης για αποχώρηση.

OCollins (2008), εστιάζοντας στους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται σε θεσμικές υπηρεσίες στην Μεγάλη Βρετανία προτείνει ότι προκειμένου να ενδυναμωθούν οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να δημιουργηθούν κατάλληλες στρατηγικές διαχείρισης (copingstrategies) και συστήματα υποστήριξης. Επίσης, υποστηρίζει ότι είναι σημαντική η ανάπτυξη δυνατών προσωπικοτήτων με αντοχές που απολαμβάνουν υψηλή αυτοεκτίμηση και έχουν αυξημένη αίσθηση ελέγχου. Επίσης, οι απαιτήσεις που διαμορφώνονται στο τομέα των κοινωνικών υπηρεσιών στην Μεγάλη Βρετανία καθιστούν απαραίτητη την δημιουργία καλύτερων συνθηκών για εκπαίδευση και πρακτική άσκηση του προσωπικού.

Ο Collins, ανάμεσα σε άλλα μέτρα που προτείνει, προτείνει ένα ακόμα μέτρο πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης στους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Αυτό είναι ο τρόπος επιλογής αυτών που θα εξασκήσουν το επάγγελμα της Κοινωνικής Εργασίας να διαμορφωθεί έτσι ώστε άτομα που δεν έχουν μεγάλη αντοχή και σκληραγώγηση να μην επιλέγονται στις σχολές ή στις δομές. Αυτό που θα ελέγχεται ουσιαστικά στην διαδικασία επιλογής θα είναι:

§ Ποια είναι τα υπάρχοντα δυνατά σημεία;

§ Ποια είναι η απόδειξη της δέσμευσης του υποψηφίου στην κοινωνική εργασία;

§ Πόσο σοβαρές ήταν οι προηγούμενες προκλήσεις;

§ Πως διαχειρίστηκε ο υποψήφιος της προηγούμενες προκλήσεις;

§ Πως θα διαχειριστεί ο υποψήφιος τις απαιτήσεις του προγράμματος κοινωνικής εργασίας;

§ Τι υποστήριξη είναι διαθέσιμη στον υποψήφιο από φίλους, οικογένεια κ.ά;

Το ζήτημα της «σκληραγώγησης» του χαρακτήρα του ατόμου έχει μελετηθεί από πολλές έρευνες. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι το άτομο που θεωρείται πιο σκληραγωγημένο, ενώ δεν είναι τόσο ευάλωτο στην εμφάνιση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, ενδέχεται εντέλει να επιβαρυνθεί περισσότερο από άλλα άτομα, μέσα στις Οργανώσεις, καθώς μπορεί να επιφορτιστεί μεγάλο όγκο δουλειάς, γεγονός που θεωρείται ως «φορολόγηση της σκληραγώγησης» και μειώνει τα θετικά χαρακτηριστικά αναφορικά με την επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση (Collins 2008).

Ωστόσο δεν αρκεί να αλλάξουν κάποια χαρακτηριστικά της εργασίας ή της οργάνωσης που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση αλλά θα πρέπει τέτοιου είδους

παρεμβάσεις να συνδυάζονται κατάλληλα και με εκπαιδευτικά προγράμματα σε σχέση με ατομικά χαρακτηριστικά και στάσεις, όπως αναλύθηκε προηγουμένως. Ένας τέτοιος συνδυασμός φαίνεται να είναι περισσότερο αποτελεσματικός στην πρόληψη αλλά και την αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το θετικό του συνδυασμού διοικητικών και εκπαιδευτικών παρεμβάσεων είναι ότι δίνει έμφαση στην δημιουργία και ενίσχυση της δέσμευσης στην δουλειά. Για παράδειγμα, αν ο φόρτος εργασίας είναι ένα χαρακτηριστικό μια συγκεκριμένης δουλειάς που προκαλεί επαγγελματική εξουθένωση σε ένα άτομο, και είναι δεδομένη, ίσως λίγα πράγματα μπορούν να γίνουν για να λυθεί άμεσα αυτό το πρόβλημα μέσω της μεθόδου της χαλάρωσης ή άλλων παρόμοιων τεχνικών. Θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί, όμως, μέσω μιας εναλλακτικής προσέγγισης. Το άτομο θα μπορούσε, ίσως, να αντιμετωπίσει και να ανεχτεί τον φόρτο εργασίας αν πιστεύει ότι αξίζει τον κόπο, αν πιστεύει ότι θα ανταμειφτεί για αυτό και ότι η ανταμοιβή θα είναι δίκαιη (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Αυτό γίνεται κατανοητό από μια έρευνα που έγινε, όπου οι εργαζόμενοι συμμετείχαν σε εβδομαδιαίες ομαδικές συνεδριάσεις, σχεδιασμένες ώστε να αναγνωρίζουν τρόπους για μείωση των αντιλαμβανόμενων ανισοτήτων στην δουλειά. Σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου, οι συμμετέχοντες παρουσίασαν σημαντική μείωση στα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης μέσα σε έξι μήνες και ένα χρόνο μετά. Αυτές οι αλλαγές συνοδεύτηκαν και από αυξήσεις στην αντιλαμβανόμενη ισότητα. Ωστόσο, και πάλι αυτό φαίνεται να επηρέασε μόνο την συναισθηματική εξάντληση και όχι τις άλλες δυο διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες που μελετούν τέτοιου είδους παρεμβάσεις και τα αποτελέσματά τους:

§ Εκπαίδευση στις δεξιότητες επικοινωνίας με συνεδρίες:

Οι Shimizu et al 2003, διερεύνησαν την σχέση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης που βίωναν Ιάπωνες νοσηλευτές και της εκπαίδευσής τους στην διεκδικητικότητα που αποτελεί μέρος της εκπαίδευσης στις δεξιότητες επικοινωνίας. Για ένα μήνα οι συμμετέχοντες εκπαιδεύτηκαν με διαλέξεις «παίζοντας ρόλους» σε διήμερες συνεδρίες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι τα προσωπικά επιτεύγματα της ομάδας παρέμβασης βελτιώθηκαν σημαντικά 5 μήνες μετά από την εκπαίδευση σε σχέση με την ομάδα ελέγχου.

§ Προγράμματα Διαχείρισης άγχους:

Οι West, Horan και Gomes (1984), διαπίστωσαν ότι συμμετέχοντες σε πρόγραμμα διαχείρισης άγχους που περιελάμβανε εκπαίδευση σε δεξιότητες διεκδίκησης μέσω της

εφαρμογής «παιζίματος ρόλων», βελτιώθηκαν σημαντικά μέσα σε 4 μήνες, αναφορικά με την συναισθηματική εξάντληση και τα προσωπικά επιτεύγματα. Οι McCue και Sachs (1991), περιγράφουν ένα τετράωρο σεμινάριο για την διαχείριση του stress, στο οποίο οι συμμετέχοντες, από ένα νοσοκομειακό πανεπιστήμιο, εκπαιδεύτηκαν σε δεξιότητες χρήσης πόρων για την επίτευξη στόχων, σχέσεων, προσδοκιών και αντοχής στο stress. Το συμπέρασμα των ερευνών ήταν ότι οι βαθμολογίες στη συναισθηματική εξάντληση μειώθηκαν μετά από 6 εβδομάδες. Επίσης, και οι Ospina- Kammerer και Figley (2003), μελέτησαν την αποτελεσματικότητα προγραμμάτων διαχείρισης του άγχους. Οι συμμετέχοντες της μελέτης συμμετείχαν σε 4 εβδομαδιαία σεμινάρια εκπαίδευσης σε τεχνικές μείωσης του stress. Τα αποτελέσματα ήταν μείωση των βαθμολογιών επαγγελματικής εξουθένωσης στο MBI. Άλλη μορφή τέτοιων προγραμμάτων είναι και οι συσκέψεις τα Σαββατοκύριακα και οι υποστηρικτικές ομάδες. Αυτά τα προγράμματα, σύμφωνα με μελέτες με γυναίκες εργαζόμενες στο τομέα της ψυχικής υγείας (Mehr, Senteney, Creadie 1995), είχαν σημαντική επίδραση στα επίπεδα της συναισθηματικής εξάντλησης και αποπροσωποποίησης.

§ Ομάδες εργασίας (workshops)

Οι Pines και Aronson (1988), πραγματοποίησαν πάνω από 100 έρευνες με πάνω από 5000 συμμετέχοντες από διάφορα επαγγέλματα υγείας, όπως ψυχολόγους, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς κτλ., και διαπίστωσαν ότι οι ομάδες εργασίας (workshops) είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης.

§ Διαχείριση των ατομικών πόρων και χρησιμοποίηση της κοινωνικής υποστήριξης

Σύμφωνα με την μελέτη των Freedy και Hobfoll (1994), τέτοιου είδους προγράμματα βοήθησαν αρκετά τους συμμετέχοντες να αντιμετωπίσουν διάφορα προβλήματα στην εργασία και έτσι μείωσαν αισθητά τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

§ Εκπαιδευτικά προγράμματα σε θεραπευτικές ικανότητες

Σύμφωνα με έρευνα του Lemma (2000), που πραγματοποιήθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο με βάση το μοντέλο συμβουλευτικής τριών σταδίων του Egan, η συμμετοχή σε τέτοιου είδους προγράμματα για 15 εβδομάδες μείωσε αισθητά τα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

§ Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις

Οι Ewers P., Bradshaw Mc Govern και Ewers B., (2002) πραγματοποίησαν ένα πρόγραμμα σε 2 μονοήμερες συνεδρίες κατά την διάρκεια 6 μηνών σε μια ομάδα νοσηλευτών

ψυχικής υγείας οι οποίοι εργάζονταν με άτομα που υπέφεραν από σοβαρή μακροχρόνια ψυχική ασθένεια σε μονάδα ασφαλείας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Σκοπός των ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων ήταν να βοηθήσουν τους επαγγελματίες να κατανοήσουν τα προβλήματα των ασθενών σε ένα πλαίσιο μεγαλύτερης ενσυναίσθησης. Τα αποτελέσματα ήταν ιδιαίτερα θετικά και μάλιστα δεν αφορούσαν μόνο στα επίπεδα της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία σαφώς μειώθηκαν, αλλά αφορούσαν και στη ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, η οποία βελτιώθηκε αισθητά και στον οργανισμό ο οποίος ωφελήθηκε σημαντικά.

§ Πρόγραμμα συμβουλευτικής καριέρας

Οι Gorter, Eijkman, Hoogstraten (2001), πραγματοποίησαν μια έρευνα εφαρμόζοντας ένα πρόγραμμα, που περιελάμβανε ατομική συμβουλευτική και ομαδικές συνεδρίες με την χρήση γνωστικών και συμπεριφορικών τεχνικών παρέμβασης, για 6 μήνες σε Ολλανδούς οδοντιάτρους που παρουσίαζαν τουλάχιστον μέτρια βαθμολογία στις διαστάσεις της συναισθηματικής εξάντλησης και της αποπροσωποποίησης στην Ολλανδική εκδοχή του MBI (MBI-NL). Τα αποτελέσματα της έρευνας υποδεικνύουν σημαντική θετική επίπτωση αυτών των προγραμμάτων στις βαθμολογίες των ατόμων.

§ Ομάδες Balint

Η δημιουργία ομάδων Balint έχουν στόχο την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στην αναγνώριση των ψυχολογικών προβλημάτων με ψυχολογικές και σωματικές εκφάνσεις, τη βελτίωση της επικοινωνίας με τον ασθενή και την κατανόηση της σημασίας της συμπάθειας προς τους ασθενείς (Δημητρόπουλος & Φιλίππου 2008). Στην Ελλάδα, οι ομάδες αποτελούνται συνήθως, από έξι με δέκα άτομα, οι οποίοι είναι συνήθως, γιατροί, ψυχολόγοι, νοσηλευτές και κοινωνικοί λειτουργοί και από έναν συντονιστή της ομάδας (Ελληνική Ομάδα Balint). Οι ομάδες Balint είναι ιδιαίτερα διαδεδομένες στην Βόρεια Ευρώπη, ενώ στην Ελλάδα όχι τόσο (Μπεζιούλα).

Ωστόσο, να αναφερθεί ότι δεν είναι εύκολο να εφαρμοστούν οι διοικητικές παρεμβάσεις, παρόλο την αξία που έχουν, αναφορικά με την επίλυση του προβλήματος. Είναι αρκετά πολύπλοκες, ιδιαίτερα λόγω του επιπέδου συνεργασίας που απαιτούν, ενώ απαιτούν, επίσης, επένδυση χρόνου, προσπάθειας και χρημάτων (Maslach, Schaufeli, Leiter 2001).

Οι Ruotsalainen et al. (2008), διεξήγαγαν έρευνα για να διερευνήσουν την αποτελεσματικότητα διαφόρων κατηγοριών παρεμβάσεων στο επαγγελματικό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση, με ένα δείγμα από 2.812 συμμετέχοντες. Διαπίστωσαν ότι οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο μπορούσαν να μειώσουν το επαγγελματικό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση. Οι παρεμβάσεις που στηρίζονται στην αλληλεπίδραση ατόμου

και εργασίας μπορούν να μειώσουν την επαγγελματική εξουθένωση. Επίσης, οι παρεμβάσεις σε οργανωτικό επίπεδο μπορεί να μειώσουν τα συμπτώματα του άγχους.

Γενικά, εφαρμόζονται διάφορα προγράμματα στις χώρες της Ευρώπης για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον χώρο εργασίας που προλαμβάνουν και αντιμετωπίζουν το επαγγελματικό άγχος και προλαμβάνουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Κάποιες επιχειρήσεις έχουν συνειδητοποιήσει πόσο σημαντικές είναι οι παρεμβάσεις για την προαγωγή της ψυχικής υγείας και τις εφαρμόζουν. Ωστόσο υπάρχουν αρκετοί εργασιακοί χώροι στους οποίους δεν έχουν εφαρμοστεί τέτοια μέτρα (Osha). Παρακάτω παρατίθενται 2 παραδείγματα παρεμβάσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας (Osha):

1. Πρόγραμμα στήριξης φροντιστών (Jané- Liopiset al. 2005)

Το πρόγραμμα έχει σχεδιαστεί με σκοπό να αυξήσει τη συμμετοχή και την κοινωνική στήριξη σε ομάδες φροντιστών αναφορικά με τη διαδικασία λήψης αποφάσεων που συνδέονται με την εργασία σε εγκαταστάσεις περίθαλψης υγείας. Το πρόγραμμα ενισχύει την δυνατότητα των φροντιστών να κινητοποιούν μια κοινωνικά υποστηρικτική ομαδική νοοτροπία και να εφαρμόζουν τεχνικές επίλυσης προβλημάτων. Το πρόγραμμα διαμορφώνεται ως εξής:

§ Έξι εκπαιδευτικές συνεδρίες (4 έως 5 ώρες)

§ Συμμετέχοντες: 10 διευθυντές ιδρυμάτων και 10 μέλη του προσωπικού άμεσης φροντίδας

§ Στόχος:

- Καλύτερη κατανόηση και ενίσχυση των υφισταμένων στο εσωτερικό των επιχειρήσεων
- Αύξηση συμμετοχής των εργαζομένων
- Ανάπτυξη και καθοδήγηση εκπαιδευτικών δραστηριοτήτων
- Εκμάθηση τεχνικών για τη διατήρηση αυτών των νέων δεξιοτήτων μακροπρόθεσμα

Το πρόγραμμα προκάλεσε αύξηση του αριθμού των υποστηρικτών σχολίων όσον αφορά στην εργασία. Επίσης, ενίσχυσε την πεποίθηση και την αντίληψη των συμμετεχόντων ότι μπορούν να αντιμετωπίζουν εποικοδομητικά τις διαφωνίες και τον υπερβολικό φόρτο εργασίας. Το πρόγραμμα, τέλος, ενίσχυσε το ομαδικό πνεύμα, την ψυχική υγεία και την ικανοποίηση από την εργασία.

2. Διαχείριση των περιστατικών βίας κατά του προσωπικού στον τομέα υγειονομικής περίθαλψης (EU-OSHA 2002)

Στην Ιρλανδία, το 2000, αναφέρθηκαν 12 περιστατικά βίας ή καταχρηστικής συμπεριφοράς κατά του προσωπικού στα νοσοκομεία της κεντροδυτικής περιφέρειας. Ο αριθμός αυξήθηκε σε 64, το 2001. Το προσωπικό ανέφερε συναισθήματα άγχους, απογοήτευσης και φόβου. Το Τμήμα Διαχείρισης Κινδύνου ανέπτυξε μια ολιστική προσέγγιση για την συστηματική αντιμετώπιση της βίας στον χώρο εργασίας που περιλάμβανε τα εξής:

§ Ανάπτυξη μια νέας πολιτικής αναφοράς συμβάντων και ενθάρρυνση μιας πιο διαφανούς πολιτικής αναφορών

§ Ανάπτυξη ολοκληρωμένου πλαισίου και προγράμματος για την διαχείριση της βίας και της επιθετικότητας

§ Αντιμετώπιση της βίας και της επιθετικότητας με την μέθοδο αντιμετώπισης των επαγγελματικών κινδύνων. Για το λόγο αυτό αναπτύχθηκε με τυπική μέθοδος εκτίμησης κινδύνων

§ Ειδική εκπαίδευση του προσωπικού ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει και να παρέμβει σε περιστατικά επιθετικής ή βίαιης συμπεριφοράς.

Μετά την εκτίμηση των κινδύνων ελήφθησαν τα ακόλουθα μέτρα:

§ Πρόγραμμα κατάρτισης «Μη βίαιη παρέμβαση σε περίπτωση κρίσης»

§ Ενίσχυση της παρουσίας του προσωπικού ασφαλείας

§ Ενημέρωση του τμήματος όσον αφορά στις πολιτικές έναντι των ασκούμενων βία

§ Παροχή προσωπικών συστημάτων τηλεειδοποίησης και συστημάτων συναγερμού πανικού

§ Στενότερη σύνδεση με την ιρλανδική αστυνομία

§ Τρεις επιτυχείς δικαστικές διώξεις ατόμων με βίαιη συμπεριφορά

§ Βελτίωση της εργονομίας του τμήματος.

Υπάρχουν κάποιες, αν και σπάνιες, μελέτες αξιολόγησης παρεμβάσεων για την προαγωγή της ψυχικής υγείας στον χώρο της εργασίας τόσο από την άποψη της σχέσης κόστους- οφέλους όσο και από την άποψη της αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας των επιμέρους μέτρων μείωσης του άγχους. Το Κέντρο του Sainsbury για την ψυχική υγεία στην Βρετανία παρέχει μια εκτίμηση του κόστους- αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων προαγωγής ψυχικής υγείας, με βάση παραδείγματα που παρέχουν οργανισμοί στη Βρετανία (Osha).

Το ετήσιο επαγγελματικό κόστος που αφορά την ψυχική υγείας στον χώρο εργασίας στη Βρετανία κατανέμεται ως εξής (Osha):

§ Απουσία λόγω ασθενείας: 8,4 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (περ. 9,7 δισεκατομμύρια ευρώ)

§ Μειωμένη παραγωγικότητα: 5,1 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (περ. 5,9 δισεκατομμύρια ευρώ)

§ Ανανέωση του προσωπικού 2,4 δισεκατομμύρια λίρες Αγγλίας (περ. 2,8 δισεκατομμύρια ευρώ)

ΗBritishTelecomανέφερεμιαμείωση 30% των απουσιών από την εργασία λόγω ασθενείας, οφειλόμενων σε προβλήματα ψυχικής υγείας, μετά την εφαρμογή στρατηγικής για την ψυχική υγεία. Ο Hilton (2005), αναφέρει τα αποτελέσματα ενός προγράμματος ψυχικής υγείας στην Αυστραλία. Το πρόγραμμα στόχευε στην έγκαιρη διάγνωση και παρέμβαση αναφορικά με τα συμπτώματα κατάθλιψης που εμφάνιζαν οι εργαζόμενοι. Σύμφωνα με το πρόγραμμα, οι εργαζόμενοι θα μπορούσαν να αναγνωρίσουν συναδέρφους τους που θα παρουσίαζαν συμπτώματα ψυχικής νόσου και θα τους παρείχαν φροντίδα που, χρηματοδοτούμενη από τις επιχειρήσεις. Τα ετήσια οικονομικά οφέλη ήταν κατά πέντε φορές υψηλότερα σε σχέση με την ετήσια επένδυση στο πρόγραμμα (Osha).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:ΕΡΕΥΝΑ

4.1 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να εξετασθεί κατά πόσο το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού έρχεται αντιμέτωπο με την επαγγελματική εξουθένωση (burnout) στο χώρο του νοσοκομείου.

4.2 ΣΤΟΧΟΙ

Ειδικότερα, οι στόχοι της έρευνας που πραγματοποιήθηκε, είναι :

- Η διερεύνηση των παραγόντων (εσωτερικών και εξωτερικών) που επηρεάζουν ή μη τους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς στο νοσοκομειακό χώρο οδηγώντας τους στην επαγγελματική εξουθένωση.
- Η καταγραφή των συναισθημάτων του δείγματος στα πλαίσια εργασίας τους στο νοσοκομείο.
- Η επιρροή της οικονομικής κρίσης τόσο στο επαγγελματικό όσο και στο προσωπικό επίπεδο.
- Η εξέταση των τρόπων πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.

4.3 ΜΕΘΟΔΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Η ερευνητική μέθοδος που ακολουθήθηκε είναι ποιοτική και βασίστηκε σε συνεντεύξεις. Βάσει του ερευνητικού εργαλείου της ημιδομημένης συνέντευξης και με τη βοήθεια μαγνητοφώνησης στις περισσότερες περιπτώσεις (εκτός από δύο) μας δόθηκε η ευκαιρία να καταγραφούν σημαντικές πληροφορίες και να κατανοηθούν συναισθήματα, κίνητρα, στόχοι, επιδιώξεις και στοιχεία του περιβάλλοντος των ερωτώμενων. Τα πλεονεκτήματα που εξασφαλίστηκαν από την ποιοτική έρευνα με ημιδομημένες συνεντεύξεις ήταν η δυνατότητα για διευκρινήσεις πάνω σε ουσιαστικά θέματα , αφήνοντας περιθώρια για μια ουσιαστική συζήτηση συμπεριλαμβανομένων των εμπειριών των συνεντευξιζόμενων.

Η όλη διαδικασία είχε αναμφισβήτητα μια κατευθυντήρια γραμμή. Κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων, έχοντας άμεση επαφή με τα υποκείμενα του δείγματος εύλογο ήταν να γεννηθούν νέοι παράμετροι ως προς το εξεταζόμενο θέμα.

Εκτός από τη συλλογή των δημογραφικών στοιχείων οι ερωτώμενοι καλέστηκαν να απαντήσουν σε άλλες έντεκα (11) ερωτήσεις ανοικτού τύπου βασισμένες στα συναισθήματα και στις προσωπικές τους εμπειρίες.

4.4 ΔΕΙΓΜΑ

Η διεξαγωγή της έρευνας διήρκησε από τον Μάρτιο του 2015 έως τον Μάιο του 2015 στην οποία τηρήθηκαν οι βασικοί κανόνες της ποιοτικής δειγματοληψίας, δηλαδή η καταλληλότητα και η επάρκεια σύμφωνα με τον Μαντζούκα. Ειδικότερα, το δείγμα επιλέχθηκε με τέτοιο τρόπο ώστε να είναι κατάλληλο και επαρκές στην προσπάθεια κατανόησης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομειακό χώρο με κύριο στόχο όχι την ποσότητα - καθώς έχοντας ένα μεγάλο δείγμα υπάρχει πιθανότητα να χαθούν τα υποκειμενικά και εξατομικευμένα χαρακτηριστικά - αλλά την ποιοτική συλλογή των απαιτούμενων προς εξέταση δεδομένων. Το συγκεκριμένο δείγμα δεν επιλέχθηκε τυχαία. Αντιθέτως επιλέχθηκε στοχευμένα καθώς όλοι οι ερωτώμενοι είχαν την εμπειρία να απαντήσουν ολοκληρωμένα σε όλα τα ερευνητικά ερωτήματα εκπληρώνοντας έτσι τους στόχους της έρευνας. Επιπροσθέτως θεωρήθηκε σημαντική η πραγματοποίηση συνεντεύξεων σε κοινωνικούς λειτουργούς διαφόρων πόλεων προκειμένου να υπάρξει ένα ευρύ φάσμα πληροφοριών.

Συγκεκριμένα το δείγμα της έρευνας αποτελείται από δέκα (10) γυναίκες και δύο (2) άνδρες κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι εργάζονται στο νοσοκομειακό χώρο.

4.5 ΤΟΠΟΣ ΣΥΛΛΟΓΗΣ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που έλαβαν μέρος στην έρευνα μας εργάζονται στο νοσοκομειακό χώρο. Πιο συγκεκριμένα στην Πάτρα, στο Γενικό Νοσοκομείο και στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο "Παναγία η βοήθεια", στην Αθήνα, στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο «Ευαγγελισμός» καθώς και στο Νοσοκομείο Νοσημάτων Θώρακος «Η Σωτηρία». Επίσης στα Γενικά Νοσοκομεία Σπάρτης και Πύργου.

Οι συνεντεύξεις πραγματοποιήθηκαν στις προαναφερθείσες νοσοκομειακές μονάδες έπειτα από τηλεφωνική επικοινωνία με τους επαγγελματίες και προγραμματισμού της συνάντησης.

4.6 ΤΗΡΗΣΗ ΑΠΟΡΡΗΤΟΥ

Ιδιαίτερη σημασία δόθηκε από τους ερευνητές στην τήρηση του απορρήτου, καθώς από την πρώτη κιόλας επικοινωνία οι συμμετέχοντες διαβεβαιώθηκαν ότι οι πληροφορίες που θα δώσουν θα χρησιμοποιηθούν μόνο για τους σκοπούς της έρευνας και πως τα ευαίσθητα προσωπικά τους δεδομένα θα παραμείνουν προστατευμένα. Πιο συγκεκριμένα, ενημερώθηκαν για το θέμα της έρευνας, τους στόχους και το σκοπό της. Επιπροσθέτως ρωτήθηκαν για τη διαδικασία της μαγνητοφώνησης η οποία θεωρείται ο καλύτερος και πιο αξιόπιστος τρόπος για τη συλλογή των δεδομένων.

4.7 ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι κοινωνικοί λειτουργοί που έλαβαν μέρος στην έρευνα απάντησαν σε μια σειρά ερωτήσεων. Για την τήρηση του απορρήτου δεν χρησιμοποιούμε τα ονόματά των κοινωνικών λειτουργών αλλά γράμματα του ελληνικού αλφαβήτου. Οι ερωτήσεις οι οποίες κλήθηκαν να απαντήσουν συνοψίζονται στους εξής άξονες:

4.7.1. ΠΙΝΑΚΑΣ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΣΤΟΙΧΕΙΩΝ

Α/Α	ΦΥΛΟ	ΗΛΙΚΙΑ	ΕΠΙΠΕΔΟ ΣΠΟΥΔΩΝ	ΟΙΚΟΓ. ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ	ΠΑΙΔΙΑ	ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟΝ Ν.Χ	ΦΟΡΕΑΣ
Α	Γ	51	Πτυχίο Κ.Ε	Έγγαμη	Ναι	8	Γενικό νοσοκομείο Πατρών (ΓΝΠ)
Β	Γ	48	Πτυχίο Κ.Ε	Έγγαμη	Ναι	18	Γενικό νοσοκομείο Σπάρτης
Γ	Γ	48	Πτυχίο Κ.Ε	Έγγαμη	Ναι	13	Γενικό νοσοκομείο Πατρών (ΓΝΠ)
Δ	Α	45	MSC	Έγγαμος	Ναι	22	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών "Παναγία η βοήθεια"
Ε	Γ	61	Πτυχίο Κ.Ε	Έγγαμη	Ναι	27	Γενικό νοσοκομείο Πατρών (ΓΝΠ)
Ζ	Γ	52	Πτυχίο Κ.Ε	Έγγαμη	Ναι	26	Γενικό νοσοκομείο Πατρών (ΓΝΠ)
Η	Γ	56	Μεταπτυχιακό	Έγγαμη	Ναι	27	Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών

							“Παναγία η βοήθεια”
Θ	Α	57	Μεταπτυχια- κό	Έγγαμος	Ναι	28	Νοσοκομείο Ευαγγελισμός
Ι	Γ	46	Μεταπτυχια- κό	Άγαμη	Όχι	19	Νοσοκομείο Σωτηρία
Κ	Γ	36	Μεταπτυχια- κό	Έγγαμη	Ναι	14	ΛαϊκόΝοσοκομείο Αθηνών
Λ	Γ	39	Πτυχίο Κ.Ε	Έγγαμη	Όχι	10	Γενικό Νοσοκομείο Πύργου
Μ	Γ	55	Πτυχίο Κ.Ε	Έγγαμη	Ναι	30	Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών

Το δείγμα μας αποτελείται από δέκα (10) γυναίκες και δύο (2) άντρες ηλικίας 36-61 ετών. Από τους ερωτώμενους οι πέντε (5) είχαν μεταπτυχιακές σπουδές ενώ οι υπόλοιποι επτά (7) είχαν πτυχίο κοινωνικής εργασίας. Από τους κοινωνικούς λειτουργούς όλοι εκτός από έναν είναι έγγαμοι ενώ μόνο δυο (2) από αυτούς δεν έχουν παιδιά. Όσον αφορά τα χρόνια προϋπηρεσίας τους στο νοσοκομειακό χώρο κυμαίνονται από οχτώ (8) έως τριάντα (30). Τέλος, από το σύνολο των ερωτηθέντων οι τέσσερις (4) εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών, δύο (2) στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών “Παναγία η βοήθεια”, δύο (2) στο Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών, ένας (1) στο Νοσοκομείο Σωτηρία, ένας (1) στο Νοσοκομείο Ευαγγελισμός, ένας (1) στο Γενικό Νοσοκομείο Πύργου και ένας (1) στο Γενικό Νοσοκομείο Σπάρτης.

4.7.2 ΚΛΙΝΙΚΕΣ-ΤΜΗΜΑΤΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ

ΟΝΟΜΑ	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΕΤΗ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΗ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ	ΠΡΟΥΠΗΡΕΣΙΑ ΣΤΟΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΧΩΡΟ
Α	Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη	2	Παθολογική
Β	Όλες τις κλινικές του νοσοκομείου	18	Όλες τις κλινικές του νοσοκομείου
Γ	· Παθολογική	11	· Πλαστική

	<ul style="list-style-type: none"> Μονάδα Εντατικής Θεραπείας 		<ul style="list-style-type: none"> Χειρουργική Καρδιολογική
Δ	<ul style="list-style-type: none"> Εντατική Νεφρολογική Κλινική αποκατάστασης Νευροχειρουργική 	15	Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών
Ε	Καρδιολογική	27	Ορθοπαιδική
Ζ	<ul style="list-style-type: none"> Γυναικολογική Μαιευτική Νεογνολογικό 	7	<ul style="list-style-type: none"> Παθολογική Νευροχειρουργική
Η	Ψυχιατρική	16	Ψυχιατρική
Θ	<ul style="list-style-type: none"> Ψυχιατρική Παιδοψυχιατρική 	15	Παιδοψυχιατρική
Ι	Πνευμονολογική (4 ^η -5 ^η -6 ^η -7 ^η)	19	Πνευμονολογική (4 ^η -5 ^η -6 ^η)
Κ	<ul style="list-style-type: none"> Ορθοπαιδική Εντατική Καρδιολογική Ουρολογική Γυναικολογική Κυτταρολογική Νευρολογική 	6	<ul style="list-style-type: none"> Ουρολογική Γυναικολογική Κυτταρολογική
Λ	Κινητή Ψυχιατρική Μονάδα	3	<ul style="list-style-type: none"> Καρδιολογική Παθολογική
Μ	<ul style="list-style-type: none"> Πνευμονολογική Μικροβιολογική Γενικές εφημερίες Τεχνητού Νεφρού Μεταμόσχευσης 	2	Τεχνητού Νεφρού (28 χρόνια)

	<ul style="list-style-type: none"> · Ειδικών λοιμώξεων · Παθολογική 		
--	---	--	--

Όπως αναφέρθηκε από τους ερωτώμενους κοινωνικούς λειτουργούς ο φόρτος εργασίας τα τελευταία χρόνια έχει σημειώσει σημαντική αύξηση. Συγκεκριμένα οι έξι από τους δώδεκα (6/12) τα τελευταία χρόνια έχουν αναλάβει περισσότερες κλινικές καθώς όπως οι ίδιοι δήλωσαν δεν αναπληρώθηκαν ποτέ έως τώρα οι θέσεις των κοινωνικών λειτουργών που συνταξιοδοτήθηκαν. Μάλιστα ένας ερωτώμενος είπε :

«...Καμία από τις κλινικές που έχω αναλάβει δεν μπορώ να παρακολουθήσω πλήρως. Πηγαίνω μόνο σε όσα περιστατικά που μου παραπέμπουν οι γιατροί ή οι νοσηλευτές...»

Επιπλέον υπήρχαν και ερωτώμενοι οι οποίοι δήλωσαν πως παρότι ο αριθμός των κλινικών που είναι υπεύθυνοι έχει παραμείνει ίδιος, οι απαιτήσεις της εργασίας τους έχουν αυξηθεί συγκριτικά με το παρελθόν.

4.7.3 ΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Όσον αφορά τα συναισθήματα που ειπώθηκαν από του ερωτώμενους για το επάγγελμά τους, όλοι εκτός από δύο απάντησαν πως αγαπούν πολύ τη δουλειά τους όπως επίσης και τη προσφορά τους στο χώρο του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα ένας ερωτώμενος είπε:

«... Τα συναισθήματα για τη δουλειά μου είναι τα θετικότερα όλης της επαγγελματικής μου πορείας. Είμαι απόλυτα ικανοποιημένη. Με άριστα το δέκα βάζω δέκα με τόνο....»

Επιπλέον άλλος ένας ανέφερε:

«...Εγώ αγαπώ πάρα πολύ από αυτή τη δουλειά. Καταρχάς ήταν η πρώτη μου επιλογή, δεν μπήκα τυχαία σε αυτή τη σχολή. Είχαν περάσει βέβαια αρκετά χρόνια μέχρι να προσληφθώ και δεν ήξερα αν τελικά θα εξασκούσα το επάγγελμα γιατί υπήρχαν και τότε διάφορες πολιτικές συγκυρίες όταν εγώ τελείωσα και δεν γίνονταν προσλήψεις. Νιώθω ότι είναι πραγματικά ένας πολύ ευτυχισμένος χρόνος ζωής που έχω περάσει στα δεκαεννιά χρόνια της επαγγελματικής μου πορείας..»

Αντιθέτως οι δύο κοινωνικοί λειτουργοί δήλωσαν πως αγαπούν το επάγγελμα τους παρόλα αυτά δεν είναι ικανοποιημένοι με το νοσοκομειακό χώρο. Μια μαρτυρία εκ των δύο είναι η εξής :

«...Όταν ξεκίνησα να δουλεύω στο νοσοκομείο, νόμιζα ότι θα μείνω για λίγο καιρό, στη συνέχεια όμως έγινα μόνιμη και παρέμεινα για καθαρά βιοποριστικούς λόγους. Αν μπορούσα να γίνω σερβιτόρα θα γινόμουν.....»

4.7.4 ΣΚΕΨΕΙΣ ΑΛΛΑΓΗΣ ΧΩΡΟΥ ΚΑΙ ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΟΥ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων απάντησαν πως δεν /επιθυμούν απαραίτητα να αλλάξουν χώρο ή τομέα εργασίας στα μετέπειτα χρόνια της επαγγελματικής τους πορείας. Συγκεκριμένα είπαν πως παρά το γεγονός ότι το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού ανήκει στο δευτερογενή τομέα του νοσοκομείου και συχνά παραγκωνίζεται, οι ίδιοι είναι ευχαριστημένοι.

Ειδικότερα οι τέσσερις από τους δώδεκα (4/12) θεωρούν πως πρέπει να αλλάξουν τομείς και πλαίσια τόσο για τις γνώσεις και τις εμπειρίες όσο και για την αποφυγή της εξουθένωσής τους. Ο ένας από τους συγκεκριμένους κοινωνικούς λειτουργούς, ενώ συμφωνεί με την παραπάνω άποψη για προσωπικούς του λόγους δήλωσε τα εξής:

«... Το μόνο που θα με στεναχωρούσε, θα ήταν να πάω στη χημειοθεραπεία. Ίσως συναισθηματικά γιατί έχω χάσει τη μητέρα μου στα 18 χρόνια μου από καρκίνο. Δε ξέρω αν σχετίζεται αλλά θεωρώ πως είναι ψυχοφθόρο...»

Ένας άλλος λόγος για τον οποίο ένας ερωτώμενος θα ήθελε να αλλάξει τομέα είναι οι εξειδικευμένες σπουδές του. Ο ίδιος δήλωσε :

«...Κάποια στιγμή θα ήθελα να ασχοληθώ με το χώρο της ψυχικής υγείας καθώς είμαι πιο εξειδικευμένος. Επίσης μου φαίνεται καλή ιδέα να ασχοληθώ στο μέλλον με την εκπαίδευση. ...»

Τέλος δύο από τους ερωτώμενους ανέφεραν ότι δεν είναι καθόλου ικανοποιημένοι από τον χώρο εργασίας τους και παραμένουν σε αυτόν για βιοποριστικούς λόγους . Ο ένας μάλιστα δήλωσε :

«... Θα ήθελα πάρα πολύ να φύγω από το νοσοκομείο. Σε ποιον αρέσει; αρέσει σε κανέναν το νοσοκομείο; Το ιδανικό για εμένα θα ήταν να ασχοληθώ με τον τομέα της ειδικής αγωγής στον οποίο έχω κάνει και μεταπτυχιακό στο εξωτερικό...»

4.7.5 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ- ΣΥΝΑΔΕΛΦΙΚΕΣ ΣΧΕΣΕΙΣ

Στην ερώτηση για το πώς αισθάνονται σχετικά με το περιβάλλον εργασίας τους και κατά πόσο νιώθουν ικανοποιημένοι οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν έχοντας ως βάση τη σχέση τους με την υπόλοιπη διεπιστημονική ομάδα του νοσοκομείου.

Οι απαντήσεις ποίκιλαν πάνω σε αυτό το θέμα. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (7/12) τόνισαν πως οι σχέσεις τους με τους υπόλοιπους συναδέλφους-κοινωνικούς λειτουργούς είναι πολύ καλές. Ανέφεραν όμως προβλήματα και δυσκολίες που αντιμετωπίζονται με τους υπόλοιπους συνεργάτες που παρεβρίσκονται στον νοσοκομειακό χώρο (γιατρούς, νοσηλευτές.) Παρακάτω παρατίθενται δύο μαρτυρίες των συνεντευξιαζόμενων :

«...Εδώ μέσα στο γραφείο οι σχέσεις μας είναι πολύ καλές, βοηθάει ο ένας τον άλλον.... Εεε εντάξει και με τους γιατρούς συνεργαζόμαστε. Οι γιατροί όταν είναι να τους βοηθήσεις να φύγει το περιστατικό μας σέβονται ... αλλά μετά δεν μας λένε ούτε καλημέρα....»

Επίσης:

«...Με τους γιατρούς πολύ συχνά ερχόμαστε σε αντιπαράθεση διότι εκείνοι πιστεύουν πως ενώ κάποια άτομα πρέπει να πάρουν εξιτήριο γιατί δεν έχουν κάποιο ιατρικό πρόβλημα, εμείς σαν κοινωνικοί λειτουργοί δεν μπορούμε να τους αφήσουμε να φύγουν εφόσον δεν έχουν κάπου να μείνουν.... με αποτέλεσμα να ερχόμαστε αντιμέτωποι με το δεοντολογικό κώδικα...»

Εν συνεχεία, οι δύο από τους δώδεκα (2/12) ενώ στον παρόντα χρόνο οι σχέσεις τους με τους συνεργάτες τους (γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί) είναι πολύ καλές, σημείωσαν πως στο παρελθόν αντιμετώπιζαν σοβαρά προβλήματα στο κομμάτι της συνεργασίας. Πιο συγκεκριμένα ένας είπε :

«...Παλαιότερα αισθανόμουν πως ήμουν το παιδί «σάντουιτς» και πιεζόμουν από τους από κάτω και τους από πάνω και γι ' αυτό λοιπόν άλλαξα και τομέα.. και πλέον δεν αντιμετωπίζω κανένα πρόβλημα...»

Επιπλέον ο δεύτερος δήλωσε:

«...Στο παρελθόν αντιμετώπισα τεράστιες δυσκολίες με έναν συνάδελφο κοινωνικό λειτουργό. Δεν ήθελα να έρχομαι καθόλου στο γραφείο γι' αυτόν τον λόγο μέχρι που το συγκεκριμένο άτομο συνταξιοδοτήθηκε και από τότε ησύχασα...»

Ένα επιπλέον ζήτημα το οποίο αναφέρθηκε από δύο ερωτώμενους (2/12) είναι η έλλειψη του σεβασμού που βίωσαν και εξακολουθούν να βιώνουν ως προς το επάγγελμά τους. Δηλαδή ειπώθηκε από τους ίδιους, πως πολλές φορές αναγκάζονται να « κάνουν γραμματειακή δουλειά» ή άλλες εργασίες πέρα των καθηκόντων τους. Επιπροσθέτως εξέφρασαν το παράπονο της άγνοιας των συνεργατών τους (γιατροί, νοσηλευτικό προσωπικό) ως προς το ρόλο τους στον νοσοκομειακό χώρο. Το ίδιο πρόβλημα ακούστηκε και από άλλον έναν συνεντευξιαζόμενο (1/12), ο οποίος όμως κατάφερε να το εξαλείψει και να κατακτήσει με προσπάθεια το σεβασμό και την ουσιαστική του θέση στο χώρο.

Ειδικότερα είπε:

«... Όταν έρχεσαι στο νοσοκομείο το πρώτο πράγμα που πρέπει να κάνεις είναι αποδεκτό το ρόλο σου. Αυτό μου πήρε πολύ καιρό... δύο με τρία χρόνια. Αυτό που κατάφερα είναι να υπάρχει τεράστια αποδοχή και στο ρόλο μου σαν κοινωνική λειτουργό αλλά και εμένα σαν άνθρωπο... αυτό με βοηθάει πολύ στη δουλεία μου..»

4.7.6 ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Όλοι οι ερωτώμενοι απάντησαν πως έχουν έρθει αντιμέτωποι με δυσκολίες και απαιτητικές καταστάσεις. Παρόλα αυτά μόνο τέσσερις από αυτούς (4/12) μας ανέφεραν συγκεκριμένα γεγονότα τα οποία έπαιξαν καθοριστικό ρόλο τόσο στην επαγγελματική τους πορεία όσο και στην ψυχική τους ισορροπία.

«... Στα πρώτα χρόνια της δουλειάς μου είχα έναν παππού στην παθολογική στο 719 δωμάτιο.. θυμάμαι και το όνομά του το οποίο δε χρειάζεται να το πω... είχε έρθει, ήταν μοναχικός, πονούσε η κοιλιά του και ήταν τέσσερις μέρες μέσα. Δεν είχε περάσει να τον δει γιατρός κι εγώ αρκετό καιρό βρισκόμενος στην παθολογική ήμουν σε μόνιμη σύγκρουση με τον γιατρό και δεν μπορούσα να του πω ότι δεν τον έχει εξετάσει. Του έβγαλαν εξιτήριο χωρίς όμως να τον έχουν εξετάσει. Είχα φροντίσει να του φέρουν ρούχα και μαζί με τις νοσοκόμες τον ντύσαμε. Θυμάμαι ακόμα και το παντελόνι, ήταν σε πολύ κακή κατάσταση αλλά παρόλα αυτά έπρεπε να πάρει εξιτήριο. Κατεβαίνοντας τις σκάλες από τον έβδομο όροφο μέχρι το γραφείο μου δεν σταμάτησα να κλαίω γιατί είπα στον εαυτό μου τι έκανα; Τι έκανα γι' αυτόν τον άνθρωπο που είχε πρόβλημα; Δεν είχα κάνει τίποτα. Δεν τον είχα βοηθήσει σε κάτι που αυτός ήθελε. Αυτό το περιστατικό μου έχει μείνει...»

Ένας άλλος συνεντευξιαζόμενος ανέφερε :

«... Ένα περιστατικό το οποίο μου έχει μείνει και είχα απογοητευτεί πάρα πολύ από αυτό ήταν όταν βρισκόμουν στην νευροχειρουργική. Είχα έναν παππού ο οποίος ήταν τρόφιμος ενός γηροκομείου και επέμενε πως πονάει η μέση του και οι γιατροί δεν του έδιναν σημασία και του έλεγαν «Ναι θα σε χειρουργήσουμε», δεν τον είχαν χειρουργήσει. «Θα αυτοκτονήσω. Δεν αντέχω άλλο» έλεγε αυτός. Εγώ άπειρος δεν είχα πει κάτι στους γιατρούς ότι ο παππούς είναι απογοητευμένος ή ότι ίσως χρειάζεται κάποια άλλη βοήθεια. Ερχόμενος από τις διακοπές των Χριστουγέννων ο παππούς αυτοκτόνησε. Είχε πέσει από πάνω, ήταν τότε στον έκτο όροφο. Ορκίστηκα στον εαυτό μου ότι και το παραμικρό που θα λέει κάποιος θα το πρέπει να του δίνω τη σημασία που πρέπει. Μετά από αυτό έκανα να κοιμηθώ ήσυχη δύο εβδομάδες...»

Σημαντική ήταν και η δήλωση ενός τρίτου συνεντευξιζόμενου:

«...Δε θα ξεχάσω ποτέ έναν ασθενή ο οποίος είχε κάνει εισαγωγή στο νοσοκομείο έπειτα από αυτοκινητιστικό ατύχημα. Οι γιατροί με ενημέρωσαν για το περιστατικό και μου είπαν πως δεν έχει υποστηρικτικό περιβάλλον. Όταν μίλησα μαζί του μου ανέφερε αρκετές φορές πως θα προτιμούσε να είχε πεθάνει και έτσι συνειδητοποίησα πως ο άνθρωπος αυτός χρειάζεται επιπλέον παρακολούθηση. Αρχισα λοιπόν να κινώ κάποιες διαδικασίες για να παραπεμφθεί αλλού ο ασθενής, αλλά επειδή όπως ξέρετε το γραφειοκρατικό κομμάτι στη χώρα μας είναι πολύ περίπλοκο, αυτό μου πήρε κάποιο χρόνο. Μέχρι να βγάλω άκρη οι γιατροί του έδωσαν εξιτήριο παρά τις αντιδράσεις μου και δεν μπόρεσα τελικά να βοηθήσω αυτόν τον άνθρωπο. Δε ξέρω τι απέγινε και στεναχωρήθηκα πολύ γιατί θεωρώ πως η κατάσταση του ήταν πολύ άσχημη...»

Τέλος, ένας από τους συμμετέχοντες στην έρευνας επισήμανε πόσο ψυχοφθόρο είναι να έρχεσαι καθημερινά αντιμέτωπος με το θάνατο. Τα λόγια του ήταν:

«...Επειδή η δουλειά στο νοσοκομείο είναι πάρα πολύ αγχώδης, το δυσκολότερο πράγμα που αντιμετωπίζεις στο νοσοκομείο και σε φέρνει ακόμα και σε προβληματισμό με τον ίδιο σου τον εαυτό είναι ότι δεν γίνονται όλοι οι άνθρωποι καλά. Άρα ζεις την πορεία τους, ζεις την επιβάρυνσή τους, ζεις το θάνατό τους. Αυτά είναι πολύ βαριά πράγματα και έχουν πολύ μεγάλο ψυχικό βάρος...»

4.7.7 ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΕΡΓΑΣΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΟΥΣ ΧΡΟΝΟ

Οι περισσότεροι ερωτηθέντες (8/12) απάντησαν πως μοιράζονται τα θέματα της δουλειάς τους με το οικογενειακό-φιλικό περιβάλλον τους με αποτέλεσμα να επηρεάζεται είτε θετικά είτε αρνητικά η προσωπική τους ζωή. Ένα ενδεικτικό παράδειγμα σε κάθε περίπτωση είναι :

«... Η δουλειά μου είναι ένα μεγάλο κομμάτι της ζωής μου, καλύπτει πάνω από το 1/3.. άρα να επηρεάζεται η προσωπική μου ζωή, αλλά επηρεάζεται θετικά. Δηλαδή τα περιστατικά και οι εμπειρίες που έχω αποκομίσει από τη δουλειά μου με κάνουν πιο δυνατό να προχωράω στη ζωή μου. Αποτελούν τροφή για σκέψη και προβληματισμό...»

«...Επηρεάζει τη ζωή μου... άνθρωποι είμαστε. Δεν μπορώ αν έχει χαθεί κάποιο από τα περιστατικά μου να μην το συζητήσω , ούτε να μείνω ανέπαφη συναισθηματικά, αλλά προσπαθώ όσο περισσότερο γίνεται να το διαχωρίζω...»

Από την άλλη πλευρά , υπήρχαν και κάποιοι (4/12) που με προσπάθεια έχουν καταφέρει όπως είπαν να μην μεταφέρουν τα ζητήματα της δουλειάς τους έξω από τον επαγγελματικό τους χώρο.

Δύο μαρτυρίες των ερωτηθέντων είναι οι εξής:

«...Έχω καταφέρει... μην ρωτήσεις πως το έχω κάνει, αλλά πραγματικά γίνεται αυτόματα. Τελειώνοντας το ωράριο μου, μπαίνω στο αυτοκίνητο μου και κατευθείαν ανοίγει η μουσική, δεν κλείνω ποτέ το ράδιο, ανοίγει αυτόματα με τη μηχανή και με το που γίνεται αυτό μπαίνω σε άλλη φάση. Ποτέ δεν έχουμε μιλήσει με το σύντροφό μου για προβλήματα ανθρώπων στη δουλειά. Θεωρώ δηλαδή ότι αυτό είναι ένα κομμάτι εργασιακό και πως κάποια πράγματα δεν πρέπει να περνάνε στο σπίτι. Αυτό βέβαια δε ξέρω αν είναι καλό ή κακό αλλά εμένα με βοηθάει στο να δουλεύω στο οχτάωρο...»

«...Όχι.. έχω μάθει και δε ξέρω πως ...τα ξεχωρίζω. Σπάνια είναι τα περιστατικά που θα τα μεταφέρω στο σπίτι, να τα κουβεντιάσω χωρίς ονόματα βέβαια γιατί με έχουν απασχολήσει ιδιαίτερα ...Όχι.. έχω μάθει να τα αφήνω πίσω...»

Επιπλέον σημαντικό είναι να επισημανθεί ότι δύο από τους ερωτώμενους (2/12) ανέφεραν πως και η προσωπική τους ζωή επηρεάζει τη δουλειά τους.

4.7.8 ΕΠΙΡΡΟΕΣ ΤΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ ΚΡΙΣΗΣ

Σύμφωνα με τους επαγγελματίες η οικονομική κρίση έχει επηρεάσει τη ζωή τους και τη δουλειά τους σε πολλούς παραμέτρους. Αρχικά όσον αφορά τον μισθό τους οι έξι στους δώδεκα (6/12) δήλωσαν πως είναι ικανοποιημένοι αφού δεν έχουν υπάρξει ιδιαίτερες αλλαγές λόγω των πολλών χρόνων προϋπηρεσίας τους. Οι υπόλοιποι έξι (6/12) απάντησαν πως είναι έντονα δυσαρεστημένοι από τις μειώσεις που έχει επιφέρει η κρίση. Πιο συγκεκριμένα ένας συνεντευξιαζόμενος εξέφρασε τα εξής:

«...Πέρασα ένα διάστημα όταν είχαν ξεκινήσει τα δύσκολα, μας είχαν κατεβάσει τον μισθό γύρω στα πεντακόσια ευρώ που ήταν τεράστια απώλεια. Ξαφνικά άλλαξαν και τα δεδομένα της ζωής μας γιατί με το σπίτι που νοικιάζαμε με τον σύντροφό μου δεν μπορούσαμε να τα βγάλουμε πέρα και έτσι πήγαμε σε μικρότερο...»

Πέρα από το οικονομικό ζήτημα, όλοι οι κοινωνικοί λειτουργοί μας εξέφρασαν την ανησυχία τους ,τόσο για το μέλλον του επαγγέλματος όσο και για την προσωπική ζωή των ίδιων και των οικογενειών τους αναλογιζόμενοι την παρούσα κατάσταση. Χαρακτηριστικά, τα λεγόμενα δύο ερωτώμενων ήταν:

«...Η αλήθεια είναι πως όλοι λειτουργούμε σε ένα καταθλιπτικό περιβάλλον που μας βομβαρδίζει συστηματικά με αρνητική ενέργεια. Εγώ θέλω να πω πως η κρίση ήταν λογικό επακόλουθο μιας κοινωνίας που θάβει τα προβλήματα κάτω από το χαλί, που δεν τα αντιμετωπίσε, που δεν έχει το χαρακτήρα της πρόληψης. Επομένως πληρώνουμε σήμερα τις συνέπειες, τις αβλεψίες πολλών δεκαετιών. Εκείνο που με ανησυχεί και με αγχώνει όμως είναι τι θα γίνουν οι επόμενες γενιές γιατί όπως εγώ βρήκα μία απασχόληση και πήρα τη σκυτάλη από κάποιους άλλους, πολύ φοβάμαι πως αυτό που θα παραδώσω στις επόμενες γενιές θα είναι κάτι χειρότερο απ' αυτό που παρέλαβα, κι αυτό με πικραίνει αναλογιζόμενος και το κομμάτι των προσωπικών μου ευθυνών, για το πώς φτάσαμε εδώ...»

Ακόμα:

«...Είναι αλήθεια πως η οικονομική κρίση με έχει επηρεάσει. Αυτό που μου προκαλεί άγχος είναι τα παιδιά μου. Για τον ίδιο λόγο η οικονομική μου ευμάρεια ή όχι έχει να κάνει πάντα με τα παιδιά μου και όχι με μένα. Εγώ μπορώ να ζήσω και με τα λίγα. Δεν με νοιάζει αν θα πάω εκδρομές γιατί τα έχω ζήσει αυτά, με νοιάζει όμως να έχω τη δυνατότητα να πάω και τα παιδιά μου εκδρομή...»

Τέλος, σημαντικό είναι να σημειωθεί πως οι περισσότεροι ανέφεραν πως άλλη μια επίδραση της κρίσης είναι και η συνεχόμενη αύξηση του φόρτου εργασίας λόγω της διακοπής των προσλήψεων στο δημόσιο τομέα. Αυτό συνεπώς έχει ως αποτέλεσμα την ανάληψη περισσότερων ευθυνών από λιγότερους επαγγελματίες. Επιπλέον η ανθρωπιστική κρίση η οποία είναι επακόλουθο της οικονομικής έχει αυξήσει τα αιτήματα στις κοινωνικές υπηρεσίες των νοσοκομείων διότι όπως μας ανέφεραν, τόσο οι άνθρωποι που ζουν κάτω από τα όρια της φτώχειας όσο και οι μη ασφαλισμένοι γίνονται ολοένα και περισσότεροι.

4.7.9 ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΕΡΓΑΣΙΑΚΟΥ ΑΓΧΟΥΣ

Όλοι οι ερωτηθέντες κοινωνικοί λειτουργοί απάντησαν θετικά στην ερώτηση για το αν βιώνουν άγχος στην καθημερινή τους ζωή γενικότερα, αλλά και στον εργασιακό τους χώρο ειδικότερα. Παρόλα αυτά άλλοι έχουν βρει τρόπους να το μετριάσουν και άλλοι να το μετατρέψουν σε δημιουργικότητα.

Τρεις από τους δώδεκα (3/12) είπαν πως πραγματοποιούν συνεδρίες ψυχοθεραπείας αφιερώνοντας όσο περισσότερο χρόνο μπορούν στην αυτοπραγμάτωση τους. Ένας δήλωσε τα εξής:

«...Γενικότερα αντιμετωπίζω έντονες καταστάσεις άγχους στη ζωή μου και μερικές φορές η δουλειά μου με κάνει ακόμα χειρότερα. Γι' αυτό το λόγο κάνω ψυχοθεραπεία τα τελευταία δέκα χρόνια, αλλά το άγχος ακόμα υπάρχει...»

Επιπλέον οι τέσσερις από τους δώδεκα (4/12) είπαν πως έχουν καταφέρει να μετατρέψουν το εργασιακό τους άγχος σε δημιουργικό αναζητώντας συνεχώς καινούργια πράγματα τα οποία τους ευχαριστούν και τους δημιουργούν πληρότητα. Πολύ σημαντικό είναι να δούμε αναλυτικά δύο από αυτές τις μαρτυρίες:

«...Επειδή είναι μια δουλειά πάρα πολύ αγχώδης, έχω βρει μεγάλο αντίδοτο. Εγώ χορεύω πολύ, ασχολούμαι με τους παραδοσιακούς χορούς, κάνω πολλά πράγματα στον ελεύθερο χρόνο μου και αυτό είναι πολύ σημαντικό. Δηλαδή στο να παίρνεις από πολλά πράγματα στη ζωή σου ευχάριστα δεδομένα. Επίσης κάνω δραστηριότητες, κάνω εκδηλώσεις και ομάδα που έχει δημιουργηθεί μέσα στο νοσοκομείο...»

«...Έχω φτιάξει τον εαυτό μου έτσι ώστε να ανταποκρίνεται σε συνθήκες πίεσης. Το άγχος που έχω είναι η οργάνωση μιας ημερίδας που έχω και πρέπει σε μια μέρα να ανταποκριθώ σε πολλούς ρόλους, συμμετέχω ενεργά σε μια πρωτοβουλία για προσέλκυση εθελοντών, γράφω προτάσεις σε ευρωπαϊκά προγράμματα. Κάνουμε πολλά και διαφορετικά προγράμματα που όμως με γεμίζουν...»

Υπήρχαν όμως και τρεις από τους δώδεκα (3/12) που ανέφεραν πως καταπολεμούν το άγχος τους με συζήτηση που πραγματοποιείται με άλλους συναδέλφους κοινωνικούς λειτουργούς.

«...Όταν έχω άγχος και με απασχολεί ένα πρόβλημα ο ένας βοηθάει τον άλλο με τη συζήτηση. Αμέσως η διάθεση μου φτιάχνει... Είναι πολύ σημαντικό να κουβεντιάζεις και να παίρνεις γνώμες από συναδέλφους που αντιμετωπίζουν και οι ίδιοι παρόμοιες καταστάσεις και προβληματισμούς... »

Κλείνοντας, υπήρξαν και δύο από τους ερωτώμενους (2/12) οι οποίοι απάντησαν πως παρόλο που έχουν άγχος, δεν ενεργούν με κάποιο συγκεκριμένο τρόπο ώστε να το αντιμετωπίσουν. Ωστόσο προσπαθούν να μην τους επηρεάζει τόσο στον τομέα της εργασίας τους.

4.7.10 ΕΞΩΤΕΡΙΚΗ ΕΠΟΠΤΕΙΑ- ΥΠΟΣΤΗΡΙΚΤΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Όλοι οι ερωτώμενοι παρόλο που θεωρούν την εξωτερική εποπτεία μεγίστης σημασίας αφενός για την πρόληψη του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης και αφετέρου για την καλύτερη απόδοση στην εργασία τους αναφέρουν πως δεν έχουν το προνόμιο αυτό.

Ωστόσο τρεις (3/12) από τους ερωτώμενους που εργάζονται στο ίδιο νοσοκομείο έχουν καταφέρει να αναπληρώσουν αυτή την έλλειψη του κράτους κάνοντας μεταξύ τους εσωτερική εποπτεία, συζητώντας τα προβλήματα και τις ανησυχίες τους που αφορούν τη δουλειά τους και προσπαθώντας να βρουν μια λύση γι' αυτά. Αντιθέτως, οι υπόλοιποι εννέα (9/12) μας ανέφεραν πως γι' αυτόν ακριβώς το λόγο, δηλαδή της έλλειψης εξωτερικής εποπτείας έχουν αντικαταστήσει αυτό το κενό έχοντας την υποστήριξη από το οικογενειακό και φιλικό τους περιβάλλον. Αξιοσημείωτα είναι τα λεγόμενα μερικών από αυτών:

«... Ζω σε μια πόλη που δεν είναι η πατρίδα μου, ούτε εμένα ούτε και της οικογενείας μου. Αλλά έχω φροντίσει να δημιουργήσω μεγάλα, ισχυρά κοινωνικά δίκτυα από τα οποία εισπράττω μεγάλη ενίσχυση και αυτό είναι πολύ βασικό κομμάτι ώστε να περνάω καλά. Και να μου τύχει κάτι σίγουρα έχω με κάποιον να το μοιραστώ...»

Επίσης :

«... Ξέρω πολύ καλά πως χρειάζομαι όπως και όλοι οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας να υπάρχει εξωτερική εποπτεία για να μοιραζόμαστε με κάποιον τα προβλήματα που μας απασχολούν, να βρίσκουμε λύσεις και να μπορούμε έτσι να βοηθάμε με τον καλύτερο τρόπο τους εξυπηρετούμενούς μας. Επειδή όμως κάτι τέτοιο δεν υφίσταται, βρίσκω αυτή την υποστήριξη στην οικογένεια μου...»

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα στοιχεία της ποιοτικής έρευνας με δείγμα δώδεκα (12) κοινωνικούς λειτουργούς σε επτά (7) νοσοκομειακές μονάδες των νομών Αχαΐας, Αττικής, Ηλείας και Λακωνίας αποτέλεσαν πηγή πληροφοριών και κατ' επέκταση ανάλυση των σχετικών συμπερασμάτων.

Ξεκινώντας με τα δημογραφικά στοιχεία αξίζει να σημειωθεί πως η επαγγελματική εξουθένωση βιβλιογραφικά τουλάχιστον συνδέεται με την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης και το φύλο για το οποίο όμως τα στοιχεία δεν είναι σαφή και ξεκάθαρα. Από τα παραπάνω το πιο άμεσα συσχετιζόμενο με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η ηλικία. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρείται πως οι επαγγελματίες μικρότερης ηλικίας εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και αυτό συνάδει με την απειρία τους. Από τα αποτελέσματα μας διαπιστώνεται το παραπάνω καθώς η πλειοψηφία φάνηκε να αντιμετωπίζει μεγαλύτερη δυσκολία και άγχος στα πρώτα χρόνια της επαγγελματικής τους πορείας η οποία με το πέρασμα των χρόνων στις περισσότερες περιπτώσεις περιορίστηκε. Επιπρόσθετα, όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης αποδίδεται θεωρητικά πως όταν αυτό είναι υψηλό συνδέεται περισσότερο με την επαγγελματική εξουθένωση. Αυτό ακούγεται ανορθόδοξο, όμως μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι αυτά τα άτομα έχουν υψηλότερες προσδοκίες με συνέπεια να απογοητεύονται από τη ματαιώση. Υπήρξε ένα άτομο από το σύνολο των ερωτηθέντων το οποίο επιβεβαίωσε την παραπάνω θεωρία.

Κάτι που δεν εντοπίστηκε στη βιβλιογραφία, είναι η συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με τον τόπο εργασίας των επαγγελματιών. Στην έρευνα μας, παρατηρήθηκε πως στα μεγάλα αστικά κέντρα (Αθήνα, Πάτρα) το επαγγελματικό άγχος και η ροπή προς εξουθένωση τείνει να είναι πιο έντονη σε σύγκριση με τις μικρότερες επαρχιακές πόλεις (Πύργος, Σπάρτη). Αυτό μπορεί να ταυτιστεί και με τους γρήγορους ρυθμούς της ζωής που κυριαρχούν στις μεγάλες πόλεις και το γενικότερο άγχος που διακρίνει τους ανθρώπους που κατοικούν σε αυτές.

Σημείο αναφοράς μπορούν να αποτελέσουν τα συναισθήματα των κοινωνικών λειτουργών για το επάγγελμα τους. Φαίνεται πως η ώριμη σκέψη και η ισχυρή θέληση για την εισαγωγή στο συγκεκριμένο επάγγελμα αλλά και στον χώρο υγείας παίζουν πολύ σημαντικό ρόλο στο να μπορέσει να ανταπεξέλθει κανείς στις δύσκολες συνθήκες που ενδεχομένως να προκύψουν και να καταφέρει να φέρει εις πέρας τα καθήκοντα του. Επίσης η προσωπική επιλογή του χώρου εργασίας κάνει το άτομο να έχει την αίσθηση του ελέγχου, να είναι υπεύθυνο για τις πράξεις του και εν συνεχεία να μειώσει τις πιθανότητες της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό παρατηρήθηκε από το δείγμα της έρευνας που διεξήχθη καθώς οι

επαγγελματίες που είχαν σαν πρώτη επιλογή την κοινωνική εργασία αλλά και το νοσοκομειακό πλαίσιο δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση και μη επιθυμία αλλαγής τομέα εργασίας σε αντίθεση με αυτούς που η πρόσληψη τους στο χώρο της υγείας δεν αποτελούσε άμεση επιθυμία αλλά συνέβη κυρίως για βιοποριστικούς ή άλλους λόγους.

Το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομειακό χώρο έρχεται αντιμέτωπο με την αμφισβήτηση και άγνοια του ρόλου. Σύμφωνα με τις αναφορές των επαγγελματιών, η θέση τους και τα καθήκοντα τους δεν γίνονται αντιληπτά από τους συνεργάτες τους καθώς παρατηρείται η ανάθεση εργασιών πέρα των αρμοδιοτήτων τους. Πολλές φορές επίσης, δεν κατανοούνται πλήρως οι ικανότητες της ανάληψης σοβαρών αποφάσεων από τους κοινωνικούς λειτουργούς λόγω της έλλειψης γνώσεων πάνω στα καθήκοντα τους. Αυτή η αμφισβήτηση για το ρόλο του, σύμφωνα με τη θεωρία έχει δυσμενείς συνέπειες στη ψυχική ευεξία του ατόμου ενώ εντοπίζεται θετική σημαντική σχέση μεταξύ αμφισβήτησης ρόλου και συμπτωμάτων ψυχικής και σωματικής νόσου όπως: επαγγελματική δυσαρέσκεια, μειωμένα εργασιακά κίνητρα και πρόθεση αποχώρησης από την εργασία.

Συνέπεια αυτού είναι η αύξηση των πιθανοτήτων ο επαγγελματίας να στραφεί στην αλλαγή πλαισίου. Όσον αφορά το παραπάνω η αλλαγή τομέα εργασίας ή η αποχώρηση από το νοσοκομειακό πλαίσιο δεν αποτέλεσε επιθυμία από τους περισσότερους ερωτώμενους. Σε κάποιες περιπτώσεις επαγγελματιών που δήλωσαν εξουθενωμένοι από το επαγγελματικό τους περιβάλλον, η επιθυμία αλλαγής ήταν μεγάλη, πράγμα το οποίο δεν είναι παράλογο καθώς αν η απόφαση της αλλαγής εργασίας είναι συνειδητή και όχι ένα μέσο φυγής ή μια αυθόρμητη πράξη τότε βοηθά σημαντικά στον περιορισμό του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σύμφωνα με την πλειονότητα του δείγματος οι σχέσεις με τους συναδέλφους θεωρούνται σημαντικός παράγοντας ενός υγιούς επαγγελματικού περιβάλλοντος, που αποτελεί προϋπόθεση για τη δημιουργία ιδανικών συνθηκών εργασίας για τους επαγγελματίες υγείας και την παροχή ποιοτικής φροντίδας καθώς και της αποφυγής της επαγγελματικής εξουθένωσης τους. Ζητήματα που προέκυψαν τόσο με συναδέλφους όσο και με ανώτερους επηρέασαν την απόδοσή τους. Επίσης η καλή σχέση που επικρατεί σε κάποιες περιπτώσεις μεταξύ τους έχει ως αποτέλεσμα την ύπαρξη ενός ευχάριστου κλίματος στον εργασιακό χώρο καθώς και τη μέγιστη απόδοσή τους. Αυτό αποδεικνύεται και στο θεωρητικό κομμάτι σύμφωνα με το οποίο σημαντική είναι η υποστήριξη κυρίως από τους προϊστάμενους αλλά και από τους συναδέλφους. Μάλιστα, μια κακή σχέση ή έλλειψη υποστήριξης μπορεί να συμβάλει σημαντικά στην επαγγελματική εξουθένωση. Αρκετοί από

τους ερωτώμενους ανέφεραν την κακή συνεργασία που επικρατεί με προϊσταμένους, έχοντας ως αποτέλεσμα τη μη συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων, πράγμα το οποίο λειτουργεί ως ενισχυτικός παράγοντας στην εμφάνιση του συνδρόμου. Τέλος, σύμφωνα με τον Παυλίδη, η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται άμεσα με το εργασιακό περιβάλλον και δεν επηρεάζεται σημαντικά από τις ιδιαιτερότητες των ατόμων-ασθενών στη συγκεκριμένη μελέτη.

Σε μία έρευνα που διεξάγεται το 2015 δεν θα μπορούσε να παραληφθεί η δράση και αντίδραση της οικονομικής κρίσης σε συνδυασμό με την επαγγελματική εξουθένωση. Σε μια πρώτη παράμετρο υπήρξε δυσαρέσκεια όσον αφορά τη μείωση του μισθού, καθώς είναι αρκετά σημαντικό ο επαγγελματίας να γνωρίζει ότι θα ανταμειφθεί η προσφορά του και πως η ανταμοιβή αυτή θα να είναι δίκαιη. Στη δεύτερη παράμετρο επισημάνθηκε η αύξηση του φόρτου εργασίας λόγω της μείωσης προσλήψεων. Αποτέλεσμα αυτού είναι η συσσώρευση πολλών καθηκόντων στις ήδη υπάρχουσες θέσεις. Οι παραπάνω παράμετροι συνάδουν με τη βιβλιογραφική μας ανασκόπηση η οποία υποστηρίζει πως οι προαναφερθέντες παράγοντες αυξάνουν τη συχνότητα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μάλιστα σύμφωνα με διεθνή έρευνα των Whitakeretal (2006) οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί αναφέρουν αύξηση σε διάφορους τομείς όπως ο όγκος δουλειάς και η σοβαρότητα προβλημάτων και με το κλείσιμο αρκετών τμημάτων κοινωνικής εργασίας το προσωπικό των κοινωνικών λειτουργών μεταφέρεται και συγχωνεύεται με άλλα τμήματα ενώ μειώνονται και οι θέσεις τους. Αντίθετα, παρόλο που στη θεωρία η οικονομική κρίση τείνει να δημιουργεί άγχος και φόβο απώλειας της εργασίας λόγω των υψηλών επιπέδων ανεργίας, κανένας από τους ερωτώμενους δεν εξέφρασε αυτή την ανησυχία παρά μόνο τον προβληματισμό για εύρεση πρόσφορου επαγγελματικού εδάφους των νεότερων κοινωνικών λειτουργών.

Αναμενόμενο ήταν από επαγγελματίες οι οποίοι βρίσκονται πολλά έτη στο χώρο της υγείας να αναφερθούν σε έντονες εμπειρίες και δύσκολα περιστατικά τα οποία αποτέλεσαν καθοριστικό ρόλο σε προσωπικό και επαγγελματικό επίπεδο. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία η συναισθηματική εμπλοκή των επαγγελματιών απέναντι στις δυσκολίες των εξυπηρετούμενων τους αλλά και όταν καλούνται να διακρίνουν τι οφείλουν στον εξυπηρετούμενο και στην οικογένεια του, τους κάνει περισσότερο ευάλωτους στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στη δική μας προσέγγιση αναφέρθηκε συναισθηματική εμπλοκή με λίπτες υπηρεσιών των νοσοκομείων που ναι μεν επηρέασαν τους κοινωνικούς λειτουργούς αλλά κανείς δεν δήλωσε να νιώθει πιο ευάλωτος ή επαγγελματικά εξουθενωμένος. Επίσης στο χώρο της υγείας θεωρείται σημαντική η μετεκπαίδευση και η ειδική εκπαίδευση των επαγγελματιών ώστε να έχουν τη δυνατότητα να ανταπεξέλθουν και να παρέμβουν σε

αναγκαίες περιπτώσεις ασθενών, εφόσον σε έναν τέτοιο χώρο υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να χρειαστεί να αντιμετωπίσει κανείς το φόβο για θάνατο.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους διαπιστώθηκε πως ο επαγγελματίας με δική του πρωτοβουλία διαχειρίζεται το άγχος με παρεμβάσεις όπως ψυχανάλυση ή ψυχοθεραπεία, εκπαιδευτικά προγράμματα για την αντιμετώπιση του, διαχείριση χρόνου, εκπαίδευση ατομικής επιβεβαίωσης, εξορθολογισμό των συναισθημάτων, σεμινάρια για την ανάπτυξη διαπροσωπικών και κοινωνικών ικανοτήτων καθώς και διαλογισμό. Επιπλέον η καθημερινή ενασχόληση με πράγματα που τους ευχαριστούν όπως ο χορός, η μουσική και ο ποιοτικός χρόνος με αγαπημένα τους άτομα βοηθούν πολύ στην καταπολέμηση του άγχους. Σε ένα άλλο επίπεδο, ο επαγγελματίας σε συνεργασία με τη διοίκηση μπορεί πραγματοποιήσει πρόληψη και παρέμβαση του εργασιακού άγχους και του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης με τον εμπλουτισμό της εργασίας. Δηλαδή δημιουργία ομάδων χορού ή άλλων δραστηριοτήτων, δράσεων αλλά και εμπλοκή με άλλα σημαντικά ζητήματα πέρα των αρμοδιοτήτων τους με στόχο την αλλαγή και την επανάκτηση του ενδιαφέροντος και κατ' επέκταση την αντιμετώπιση του εργασιακού άγχους. Σε αυτό το σημείο αξίζει να σημειωθεί ότι αμφισβητείται ο συγκεκριμένος τρόπος αντιμετώπισης, διότι μπορεί να υπάρξει φόρτος εργασίας ο οποίος θα οδηγήσει σε ένα φαύλο κύκλο και θα επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα.

Δεν είναι τυχαίο λοιπόν, ότι παίζει πολύ σημαντικό ρόλο η ύπαρξη της εξωτερικής εποπτείας στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς πράγμα το οποίο δεν υφίσταται στην ελληνική πραγματικότητα και γι' αυτό το λόγο το δείγμα των ερωτηθέντων στρέφεται σε άλλους τρόπους αντιμετώπισης. Το γεγονός αυτό είναι ιδιαίτερα δυσάρεστο, καθώς η συμβουλευτική εποπτεία είναι ένας από τους πιο αποτελεσματικούς τρόπους των επαγγελματιών υγείας, αφού στοχεύει στην διαχείριση των στρεσογόνων παραγόντων και έχει ως αποτέλεσμα την τόνωση της αυτοπεποίθησης τους τόσο ως επαγγελματίες αλλά και ως ανθρώπινες οντότητες.

Το κενό της εξωτερικής εποπτείας είναι πολύ μεγάλο και δεν καλύπτεται πλήρως. Παρ' όλα αυτά οι κοινωνικοί λειτουργοί που ήρθαμε σε επαφή, τόνισαν ότι βοηθούνται ψυχολογικά σε μεγάλο βαθμό στρεφόμενοι στο ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον. Σε συνάρτηση με τη βιβλιογραφία αποδεικνύεται πως η υποστήριξη από την οικογένεια και τους φίλους και η ισορροπία μεταξύ της επαγγελματικής και της οικογενειακής ζωής αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται αρνητικά με την επαγγελματική εξουθένωση.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ερευνητική ομάδα μετά την βιβλιογραφική ανασκόπηση και κατά την ερευνητική διαδικασία κατέληξε στις παρακάτω προτάσεις για την πρόληψη και την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης δίνοντας ιδιαίτερή βάση στην πρόληψη :

- Αρχικά σε κρατικό επίπεδο σημαντική θα ήταν η διοργάνωση σεμιναρίων, ημερίδων με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση. Με αυτόν τον τρόπο οι επαγγελματίες υγείας θα μπορούν να αυτοπροστατευθούν γνωρίζοντας τις αιτίες, τα συμπτώματα και τους τρόπους αντιμετώπισης του συνδρόμου .
- Επίσης θα μπορούσαν να ιδρυθούν συμβουλευτικοί σταθμοί με καταρτισμένους επαγγελματίες για την βοήθεια του προσωπικού υγείας που έχουν έρθει αντιμέτωποι με το πρόβλημα. Ακόμη καλύτερα η πρόληψη συμβουλών στον νοσοκομειακό χώρο που θα απασχολούνταν αποκλειστικά με τους υπαλλήλους του νοσοκομείου θα αποτελούσε σημαντική βοήθεια .
- Η εποπτική διαδικασία αποτελεί μια από τις σημαντικότερες διαδικασίες πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης .Η θέσπιση συγκεκριμένων ωρών και ημερών εποπτείας τουλάχιστον δύο (2) φορές τον μήνα είναι πολύ βοηθητική για την μείωση του άγχους του εργαζόμενου .
- Άλλος ένας καλός τρόπος πρόληψης του φαινομένου είναι η κυκλική ανταλλαγή προσωπικού . Δηλαδή εναλλαγή κλινικών στον νοσοκομειακό χώρο ανά τακτά χρονικά διαστήματα για την ποικιλία εμπειριών αλλά και την αποφυγή των ίδιων δυσάρεστων καταστάσεων .
- Η τήρηση του οχταώρου καθώς και η ύπαρξη διαλειμμάτων και αδειών συντελούν ιδιαίτερα στην αποφόρτιση των επαγγελματιών υγείας .
- Σε ατομικό επίπεδο, ο κάθε εργαζόμενος θα πρέπει να αξιοποιεί τον ελεύθερο του χρόνο με ότι τον ευχαριστεί περισσότερο. Γεμίζοντας την καθημερινότητα του με δημιουργικά πράγματα, αποφορτίζεται από προβλήματα που ίσως προκύπτουν στον εργασιακό του χώρο.
- Τέλος, το υποστηρικτικό περιβάλλον που μπορεί να περιλαμβάνει την οικογένεια, τους φίλους και τους συναδέλφους είναι απαραίτητο στήριγμα για την αντιμετώπιση ψυχοφθόρων καταστάσεων.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Αντωνίου ΑΣ., *Επαγγελματικό στρες*, Εκδόσεις Παρισιάνου, Αθήνα.
- Δημητρόπουλος Χ., Φιλίππου Ν., (2008), *Η επαγγελματική εξουθένωση στον χώρο της υγείας*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(5) 642- 647.
- Δημοπούλου- Λαγωνίκα Μ., (2006), *Μεθοδολογία Κοινωνικής Εργασίας: Μοντέλα Παρέμβασης*, Αθήνα, Ελληνικά Γράμματα.
- Δουβάνας Α., Μπάλιου Μ., Παντελάκη Α., Πουσδέρηκη Π., Μαρβάκη Χ., (2011). *Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου*. Το Βήμα του Ασκληπιού, 10^{ος} Τόμος, 3^ο Τεύχος Ιούλιος – Σεπτέμβρης 2011.
- ΕΠΑΨΥ (Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας), (2002), *Burnout: Οδηγός Πρόληψης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές θεραπευτικές και αποκαταστασιακές δραστηριότητες*, European Agency for Safety and Health of Work.
- Θεοφίλου Π., (2013). *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας*. E-Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας (e-JST).
- Κακαβούλης ΑΚ., (1994), *Ηθική Ανάπτυξη και αγωγή*, Αθήνα Χ.Ε..
- Καλλινικάκη Θ., (1998), *Κοινωνική Εργασία*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Καλογεροπούλου Μ., Παπαθανασοπούλου Ε., (2013), *Οι επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στην ψυχική υγεία του νοσηλευτικού προσωπικού*, Πιλοτική μελέτη, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 30 (5), 587-594.
- Καντάς Α., (1998), *Οργανωτική- Βιομηχανική ψυχολογία*, Ελληνικά Γράμματα.
- Κοΐνης Α., Σαρίδη Μ., (2014), *Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας*, Rostrum of Asclepius- "To Vimatou Asklipeiou", Journal, Vol. 13, Issue 4.
- Μασσού Μ., Μανιάτη Ε., (2007), *Ηθική ανάπτυξη και αντιμετώπιση των εθνοπολιτιστικών ανισοτήτων*. 4^ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ελληνικού Ινστιτούτου Εφαρμοσμένης Παιδαγωγικής και Εκπαίδευσης (ΕΛΛ.Ι.Ε.Π.Ε.Κ.) με θέμα «Σχολείο ίσο για παιδιά άνισα», Αθήνα, 4-6 Μαΐου.

- Ματσαγγούρας Η., (2000), *Η σχολική τάξη*, Αθήνα, Γρηγόρης.
- Πανταζοπούλου Α., (2003), *Εργασιακό Περιβάλλον & Ψυχικές Επιπτώσεις (Οργανωτική-Βιομηχανική Ψυχολογία) Προσέγγιση από το χώρο της Ιατρικής της Εργασίας*, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας.
- Παππά Ε.Α., Αναγνωστόπουλος Φ., Νιάκας Δ., (2008). *Επαγγελματική Εξουθένωση Ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις της στο επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25 (1), 94-101.
- Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., (1999), *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Σταυροπούλου Α., Παπαδάκη Ε., Φτυλάκη Α., Καμπά Ε., (2010), *Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-outsyndrome): Κατανόηση και πρόωμη αναγνώριση του συνδρόμου από το νοσηλευτικό προσωπικό σε δημόσιο και ιδιωτικό νοσοκομείο*, Το Βήμα του Ασκληπείου, Τόμος 9^{ος}, Τεύχος 3^ο, Ιούλιος- Σεπτέμβρης.
- Τούκας Δ., Τούκα Α., (2011), *Ανάλυση και διαχείριση του επαγγελματικού άγχους στο νοσοκομειακό περιβάλλον: Από την επιστημονική προσέγγιση στην πρακτική εφαρμογή*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 28(1) 20-26.
- Τριανταφυλλίδου Μ., Παπαγεωργίου Ε., (2011), *Δεοντολογία και διαχείριση διλημμάτων στα επαγγέλματα υγείας*, Το βήμα του Ασκληπείου, Τόμος 10, Τεύχος 4^ο, Οκτώβρης- Δεκέμβρης.
- Φακή Μ., Γκούβα Μ., Παπαθανασίου Ι., Πράπα Π., Πάσχου Δ., Πράπα Ε., Κοτρωτσιου Ε., (2009), *Το άγχος σε εργαζόμενους σε δομές Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας*, InterscientificHealthCare, 1, 9-15.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Adams E. R., Boscarino J. A., Figley C., (2006), *Compassion Fatigue and Psychological Distress among Social Workers: A validation Study*, Am. J Orthopsychiatry, 76 (1), 103-108.
- Arnold J., Cooper C., Robertson IT, (1995), *Work Psychology: Understanding human behavior in the work place*, 2nd edition, Pitman, London.
- Bakker AB., Kilmer CH, Siegriest J., Shaufeli, (2000), *Effort- reward imbalance and burnout among nurses*, Journal of Advanced Nursing, 31, 884-891.
- Bandura A., (1997), *Self- efficacy: The exercises of control*, New York: Freeman.
- Begat I., Severissson E., (2006), *Reflection on how clinical nursing supervision enhances nurses' experience of well- being related to their psychosocial work environment*. Journal of Nursing Management 14, 610-616.
- Borys D., (1988), *Dual relationships between therapists and client: A national survey of clinicians attitudes and practices*. Unpublished doctoral dissertation.
- Bouras G., Lykouras L., (2011), *The economic crisis and its impact on mental health*, Encephalos, 48, 54-61.
- Burke RJ., Greenglass ER., (2001), *Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff*, Psychol. Health In press.
- Cherniss C., (1980), *Professional burnout in human service organizations*, New York: Preager Publisher.
- Coffey M., Dugdill L., Tattersall A., (2004), *Stress in Social Services: Mental Wellbeing, Constraints and Job Satisfaction*, British Journal of Social Work, Vol. 34, Issue 5., pp. 735-746.
- Collins S., (2008), *Statutory Social Workers: Stress, Job satisfaction, Coping, Social Support and Individual Differences*. British Journal of Social Work, 38, pp. 1173-1193.
- Cooper C.L., Cooper R.D., Eaker I., H., (1998), *Living with stress*, Penguin, Harmondsworth.
- Cox T., (1993), *Stress research and stress management: putting theory to work*, CRR61, Health and Safety Executive, London.

- Coyle D., Edwards D., Hannigan B., Fothergill A., Burnard P., (2005), *A systematic review of stress among mental Health social workers*, International Social Work, 48(2), 201-211.
- Curtis L., Mortiarty J., Netten A., (2009), *The expected working life of a social worker*. British Journal of Social Work, 40(5), 1628-1643.
- Dolan N., (1987), *The relationship between Burnout and Job Satisfaction in Nurses*, Journal of Advanced Nursing 12(1), 3-12.
- Edelwich J., Brodsky A., (1980), *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press.
- Edward D., Burnard P., Coyle D., Forthergill A., Hannigan B., (2000), *Stress and Burn out in community health nursing: a review of the literature*, Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7, 7-14.
- Edward W., McCranie VA, Lambert CE, Lambert Jr, (1987), *Work Stress, Hardiness and Burnout among hospital staff nurses*, Nursing Research, 36 (6), 374-378.
- Emery J.E., (1993), *Perceived Sources of Stress Among Pediatric Oncology Nurses*, Journal of Pediatric Oncology Nursing. Vol. 10, N. 3, 87-92.
- Espeland K.E., (2006), *Overcoming burnout: how to revitalize your career*. Journal of Continuing Education, 37(4): 178-184.
- European Risk Observatory, (2012), *Management of psychosocial risks at work: An analysis of the findings of the European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks (ESENER)*, Report, European Agency for Safety and Health at Work.
- Ewers P., Brandshaw I., McGovern J., Ewers B., (2002), *Does the training in psychosocial interventions reduce burnout rates in Forensic nurses?*, Adv. Nurs., 37: 470-476.
- Fineman S., (1985), *Social Work, Stress and Intervention*, Aldershot, Gower.
- Firth- Cozens J., Paynt R., (1999), *Stress in health professionals: Psychological and organizational causes and intervention*, Wiley Chichester.
- Freedly JR., Hobfoll SE., (1994), *Stress inoculation for reduction of burnout in psychiatric nurses*, Surrey University.

- French J. R. P., Caplan R.D., Harrison R., V., (1982), *The mechanism of job stress and strain*, London: Wiley.
- Fujiwara K., Tsukishima E., Tsutsumi A., Kawakami N., Kishi R., (2003), *Interpersonal conflict, social support and burnout among home care workers in Japan*, *Journal Occupational Health*, 45, 313-320.
- Georgoussi E., (2003), *Research Note Social Workers in Greece: How they spend their working hours*, *European Journal of Social Work*, Vol. 6, Issue 1.
- Georgoussi E., Greogory S., Dedoussi A., Kyriopoulos J., (2003), *Research note. Social Workers in Greece: How they spend their working hours*, *European Journal of Social Work*. 6 (1),p 65-70.
- Glass D.C., McKnight JD., (1996), *Perceived control, depressive symptomatology and professional burnout: a review of the evidence*, *Psychol. Health* 11: 23-48.
- Golparvar M., Kamkar M., &Javadian Z., (2012), *Moderating Effects of Job Stress in Emotional Exhaustion and Feeling of Energy Relationships with Positive and Negative Behaviors: Job Stress Multiple Functions Approach*, *International Journal of Psychological Studies*, Vol.4, N. 4.
- Gorter RC., Eijkman Maj. Hoogstraten J., (2001), *A career counseling program for dentists: Effects on burnout*, *Patient EducCouns*, 43: 23-30.
- Jane- Liopis E., Barry M., Hosman C., Patel V., (2005), *Mental health promotion works: a review*, *Promotion & Education* 12:9.
- Jenkins R., Elliot P., (2004), *Stressors, burnout and social support: Nurses in acute mental health settings*, *Journal Adv. Nurses*, 48, 622-631.
- Jimmieson NL, (2000), *Employee reactions to behavioral control under conditions of stress: the moderating role of self- efficacy*, *Work and Stress*, 14, 262-280.
- Jones C., (2001), *Voices from the front line: state social workers and New Labour*, *British Journal of Social Work*, Vol. 31, Issue 4, pp. 547-567.
- Karasek R., (1979), *Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for job redesign*, *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-306.

- Kim H., Stoner M., (2008), *Burnout and Turnover Intention Among Social Workers: Effects of Role Stress, Job Autonomy and Social Support*. Administration in Social Work, Vol. 32, Issue 3.
- Koukoulis S., Papadaki E., Philalithis A., (2008), *Factors Affecting the development of social work and its professionalization process: the case of Greece*, International Journal of Social Welfare, Vol.17, pp. 216-224.
- Kristensen T.S., Borritz M., Villadsen E., Christensen K., (2005), *The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout*, Work and Stress, 19(3), 192-207.
- KushnerTK.,ThomasmaDC., (2007), *Δεοντολογία και ηθική στην κλινική πράξη*. Αθήνα, Επιστ. Εκδ. Παρισιάνου.
- Lang D., (1992), *Preventing short-term strain through time- management coping*, Work and Stress, Vol. 6, Issue 2.
- Leka S., Cox T. (2008), *The European framework for psychosocial risk management: Prima EF- I-WHO Publications*, Nottingham.
- Lewallen LP, Crane PB, Letvak S., Jones E., Hu J., (2003), *An innovative strategy to enhance new faculty success*. Nursing Education Perspectives, 24: 257-260.
- Lloyd C., King R., (2004), *A survey of Burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers*. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology, 39(9), 752- 757.
- Lloyd C., King R., Chenoweth L., (2002), *Social work, stress and Burnout: A review*, Journal of Mental Health, Vol. 11, Issue 3, pp. 255-265.
- Local Government Association (LGA), (2009), *Councils struggling to recruit Social Workers in Wake of Baby P*. London.
- Maslach C., (1982), *Burnout: The cost of caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Maslach C., Jackson S.E., (1981), *The measurement of experienced burnout*, Journal of Occupational Behavior, 2, 99-113.
- Maslach C., Jackson S.E., (1986), *Maslach Burnout Inventory manual (2nded.)* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

- Maslach C., Leiter M., (2005), *Reversing Burnout*, Stanford Social Innovation review, Stanford University.
- Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter P.M., (2001). *Job Burnout*. Annual Reviews Psychology, 52: 397-422.
- McCue JD., Sachs CL., (1991), *A stress management workshop improves residents' coping skills*, Arch Intern Med, 151: 2273-2274.
- Menzies L., (1988), *Containing anxiety in Institutions*, London, Free Associations Press.
- Meyr ML., Senteney A., Creadie TM., (1995), *Daydreams, stress and burnout in women mental health workers: A preliminary clinical report*, *Imagination, Cognition and Personality*, 14: 105-115.
- Morrison T., (2007), *Emotional intelligence, emotion and social work: Context, characteristics, complications and contribution*, British Journal of Social Work, 37, 245-263.
- Nissly J.A., Mor Barak ME. Levin A., (2005), *Stress, support and workers intention to leave their jobs in public health child welfare*. Administration in Social Worker, 29 (1), 79-100.
- Orgesta J., Rusac S., Zorec L., (2008), *Relations between burnout syndrome and job satisfaction among mental health workers*, Croatian Medical Journal, 49, 364-374.
- Ospina- Kammerer V., Figley CR., (2003), *An evaluation of the respiratory one method (ROM) in reducing emotional exhaustion among family physician residents*, Int. J. Emerg. Ment. Health, 5: 29-32.
- Papadaki E. & Papadaki V., (2008), *Ethically Difficult Situations Related to Organizational Conditions: Social Worker's Experience in Crete, Greece*, Journal of Social Work, Vol. 8, N. 2, pp. 163-180.
- Papadaki E., (2006), *Επαγγελματική Ικανοποίηση στις Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Κρήτη: Απόψεις Κοινωνικών Λειτουργών*, European Journal of Social Work, Vol. 9, Issue 4.
- Papadaki V., (2005), *High job demands, low job control, low support. Social Work practice realities in public social services in Crete*. Sweden, Umea University.

- Pedersen K., (2007), *Violence at the workplace. Danish Experiences with the prevention of Violence in the Social and Health Care sector*, Social Development Centre SUS, Copenhagen.
- Pines A., Karfy D., (1978), *Occupational tedium in the social services*, *Social Work*, 499-507.
- Pines A.M., (1993), *Burnout*. In L., Goldberger & S., Breznits (Eds.) *Handbook of Stress* (2nd ed.), pp. 386-403, New York: Free Press.
- Pines A.M., Aronson E., (1988), *Career burnout: Causes and cures*. New York: Free Press.
- Priebe S., Fakhoury W., White I., Watts J., Bebbington P., Billings J., et al., (2004), *Characteristics of teams, staff and patients: Associations with outcome of patients in assertive outreach*, *Br J. Psychiatry*, 185, 306-311.
- Reamer FG., (1990), *Ethical dilemmas in social service* (2nd ed.), New York, Columbia University Press.
- Reid Y., Johnson S., Morant N., Kuipers E., Szmukler G., Thornicroft G., Bebbington P., Prosser D., (1999), *Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a qualitative study*, *Soc. Psychiatry Epidemiol.*, 34: 301-308.
- Robin M., Leslie RM., (2006), *Introduction to Health Psychology*, Greek Letters, Athens.
- Ruotsalainen J., Serra C., Marine A., Verbeek J., (2008), *Systematic review of interventions for reducing occupational stress in health care workers*, *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, Vol. 34 (3), pp.169-178.
- Rushton A., (1987), *Stress among social workers*. In Payne R., & Firth – Cozens (Eds), *Stress in Health Professionals*, pp. 167-188. Chichester: John Wiley & Sons.
- Satymurti C., (1981) *Occupational Survival*, Oxford, Pergamon.
- Schaufeli W.B., Leiter M. P., Maslach C., (2009), *Burnout: 35 years of research and practice*, *Career Development International*, Vol. 14. N.3, pp. 204-220.
- Seyle H., (1976), *Stress in health and disease*. Reading, MA, Butterworth.
- Shanafelt T., Bradley K., Wipf J., Back A., (2002), *Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program*. *Ann. International Med.*, 136, 358-367.

- Shaufeli W. B., Greenglass E.R., (2001), *Introduction to special issue on burnout and health*, Psychology & Health, Vol. 16, Issue 5.
- Shimizu T., Mizoue T., Kubota S., Mishima N., Nagata S., (2003), *Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: A pilot study*. Journal Occupational Health, 45: 185- 190.
- Shirom A. (1989), *Burnout in work organizations*. In C.L. Cooper & I. Robertson (Eds.), International Review of Industrial and Organizational Psychology, pp. 26-48, N.Y.: Wiley.
- Shirom A., Ezrachi Y., (2003), *On the discriminant validity of Burnout, Depression and Anxiety: A re-examination of Burnout Measure, Anxiety, Stress and Coping: An international Journal*, 16 (1), 83-97.
- Siegrist J., (1996), *Adverse Health Effects of High- Effort / Low- Reward Conditions*, Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 1, N. 1, 27-41.
- Snibble J., Radcliffe T., Weisberger C., Richards M., Kelly J., (1989), *Burnout among primary care physicians and mental health professionals in a managed health care setting*, Psychological Reports, 65, 775-780.
- Soderfeldt M., Soderfeldt B., WargLE., (1995), *Burnout in social work*, Social Work.
- Tyler PA., Ellison RN., (1994), *Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing*. Journal of Advanced Nursing, 19, 469-476.
- Vahey DC., Aiken LH., Sloane DM., (2004), *Nurse burnout and patient satisfaction*, Med. Care, 42, 1157-1166.
- Warr P., (1990), *Decision latitude, job demands and employee well- being*, Work and Stress, 4(4), 285-294.
- West DJ., Horan JJ., Gomes PA., (1984), *Component analysis of occupational stress inoculation applied to registered nurses in an acute care hospital setting*. Journal Consul. Clin.Psychol., 31: 209-218.
- Whitaker T., Weismiller T., Clark E., Wilson M., (2006), *Assuring the Sufficiency of a front line Workforce: A National Study of Licensed Social Workers*, Special Report: Social

Work Services in Health Care Settings. Washington DC., National Association of Social Workers.

Williams S., Cooper L., C., (1998), *Measuring Occupational Stress: Development of the Pressure Management Indicator*, Journal of Occupational Health Psychology, Vol. 3., N.4, p.306-321.

Wright RJ., Cropanzano R., (1998), *Emotional exhaustion as a predictor of job performance and voluntary turnover*. Journal of Applied Psychology, 83, 486-493.

Yerkes R.M., Dodson J.,D., (1908), *The Relation of Strength of Stimulus to Rapidity of Habit-Formation*, Journal of Comparative Neurology and Psychology, 18, 459-482.

ΔΙΑΔΥΚΤΙΑΚΕΣ ΠΗΓΕΣ

ΤΕΙ Αθήνας, Διεθνής Κώδικας Δεοντολογίας του επαγγέλματος, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

[Online]. Διαθέσιμο

από:

<http://www.teiath.gr/seyp/socialwork/categories.php?id=8912&lang=el> [Πρόσβαση 31/05/2015]

Δαλακούρα Α., (2011), *StressManagement*. Εκπαιδευτικές Σημειώσεις. Διαθέσιμο από:

http://www.icbs.gr/Innet/UsersFiles/students/tutor_notes/postgraduate/Stage_2/Dalakoura/2011-2012/LPD/Stress%20mngt%20NOTES.pdf [Πρόσβαση 03/06/2015]

Ελληνική Ομάδα Balint, *Το πλαίσιο λειτουργίας τους*, Ιστοσελίδα. Διαθέσιμο από:

<http://www.balintgroupgreece.com/%CF%80%CE%BB%CE%B1%CE%AF%CF%83%CE%B9%CE%BF-%CE%BB%CE%B5%CE%B9%CF%84%CE%BF%CF%85%CF%81%CE%B3%CE%AF%CE%B1%CF%82-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%BF%CE%BC%CE%AC%CE%B4%CF%89%CE%BD/> [Πρόσβαση 03/06/2015]

Επιτροπή Ανώτερων Επιθεωρητών Εργασίας (SLIC), (2012), *Ψυχοκοινωνικοί Κίνδυνοι στην Εργασία, Ιστορικό, PsychosocialRiskAssessments*. Διαθέσιμο από:

http://www.av.se/dokument/inenglish/European_Work/Slic_2012/Greek_3.pdf [Πρόσβαση 04/06/2015]

Θριάσιο, Γενικό Νοσοκομείο, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, Ιστοσελίδα. Διαθέσιμο από:

<http://www.thriassio-hosp.gr/socialwork.html> [Πρόσβαση 03/06/2015]

Μπεζιούλα Ν., *Η ιστορία των Ομάδων Balint*, Ιστοσελίδα. Διαθέσιμο από:

<http://www.balintgroupgreece.com/%CE%B7-%CE%B9%CF%83%CF%84%CE%BF%CF%81%CE%AF%CE%B1-%CF%84%CF%89%CE%BD-%CE%BF%CE%BC%CE%AC%CE%B4%CF%89%CE%BD-balint/> [Πρόσβαση 03/06/2015]

Eurofound, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions,

Work-Related

Stress. [online].

Διαθέσιμο

από:

www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1004059s/index.htm [Πρόσβαση 03/06/2015]

- Eurofound, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, *Work-Related Stress*. [online]. Διαθέσιμο από: www.eurofound.europa.eu/ewco/studies/tn1004059s/index.htm [Πρόσβαση 03/06/2015]
- Hurrell J., Joseph J., Levi, Lennart, Murphy, Lawrence R., Sauter, Steven L., (2011), *Demand/Control Model: A Social, Emotional and Physiological Approach to Stress Risk and Active Behaviour*, Encyclopedia of Occupational Health and Safety, International Labor Organization. Διαθέσιμο από: <http://www.ilo.org/iloenc/part-v/psychosocial-and-organizational-factors/theories-of-job-stress/item/12-psychosocial-factors-stress-and-health> [Πρόσβαση 05/06/2015]
- IFSW, *Δήλωση των Ηθικών Αρχών*, [online]. Διαθέσιμο από: <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/> [Πρόσβαση 31/05/2015]
- IFSW, Διεθνής Ομοσπονδία Κοινωνικής Εργασίας, (2014), *Αναθεώρηση του Παγκόσμιου Ορισμού της Κοινωνικής Εργασίας*. Διαθέσιμο από: http://cdn.ifsw.org/assets/ifsw_63944-8.pdf [Πρόσβαση 31/05/2015]
- Merlie D., Paoli P., (2001), *Δέκα χρόνια συνθήκες εργασίας στην Ευρωπαϊκή Ένωση*. Διαθέσιμο από: www.disables.gr. [Πρόσβαση 28/05/2015]
- NASW, National Association of Social Workers, (2011), *Social Workers in Hospitals & Medical Centers- Occupational Profile*. Center for Workforce Studies & Social Work Practice. Διαθέσιμο από: <http://workforce.socialworkers.org/studies/profiles/Hospitals.pdf> [Πρόσβαση 31/05/2015]
- Osha, *Προαγωγή της Ψυχικής Υγείας στον Τομέα της Υγειονομικής Περίθαλψης*. E- Facts 46. Διαθέσιμο από: <https://osha.europa.eu/el/publications/e-facts/efact46> [Πρόσβαση 31/05/2015]
- Schaufeli W.B., Buunk B.P, (1996), *Professional Burnout*, Handbook of Work and Health. Διαθέσιμο από: <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/082.pdf> [Πρόσβαση 27/05/2015]

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δημογραφικά στοιχεία:

- Φύλο
- Ηλικία
- Οικογενειακή κατάσταση
- Εκπαίδευση

Κύριο μέρος ερωτήσεων:

- Σε ποιο τμήμα- κλινική εργάζεστε;
- Πόσα χρόνια δουλεύετε σε αυτή τη κλινική;
- Είσατε μόνιμος ή συμβασιούχος;
- Έχετε εργαστεί σε άλλη κλινική ή τομέα;
- Ποια είναι τα συναισθήματα για τη δουλειά σας;
- Έχετε σκεφτεί να αλλάξετε τομέα;
- Πως είναι το περιβάλλον εργασίας σας;
- Ποιες είναι οι σχέσεις σας με τους συνεργάτες- συνάδελφους σας;
- Έχετε άγχος στην καθημερινή σας ζωή;
- Είχατε έντονες εμπειρίες άγχους στο χώρο εργασίας σας τα τελευταία χρόνια;
- Αν ναι, περιγράψτε μας μια εμπειρία άγχους που βιώσατε.
- Είσατε ικανοποιημένος με το ωράριο και τον μισθό σας;
- Εντοπίζεται διαφορές στην εργασία σας εξαιτίας της οικονομικής κρίσης;
- Υπάρχει υποστηρικτικό περιβάλλον;
- Η εργασία σας επηρεάζει την επαγγελματική σας ζωή ή το αντίθετο;
- Έχετε νιώσει ποτέ υπερβολική κούραση ή άγχος και αν ναι πως το αντιμετωπίσατε;