



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**ΤΜΗΜΑ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΗΣ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΚΑΙ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**“Επαγγελματική Εξουθένωση των Νοσοκομειακών
Κοινωνικών Λειτουργών”**

Αλεξανδροπούλου Γεωργία

Τουμπλής Σταύρος

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : Ιγνατία Φαρμακοπούλου

Πάτρα, 2021

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	5
Ευχαριστίες	6
ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	10
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	10
Ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ (HOSPITAL SOCIAL WORKER).....	10
1.1 Ιστορική αναδρομή ίδρυσης Κοινωνικών υπηρεσιών στα Νοσοκομεία.....	10
1.2 Νομικό Πλαίσιο	11
1.3 Οι αξίες της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομείο	15
1.4 Ρόλοι και αρμοδιότητες του Νοσοκομειακού Κοινωνικού Λειτουργού στις Κοινωνικές Υπηρεσίες	15
1.5 Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στον Ψυχιατρικό Τομέα	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.....	21
ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	21
2.1 Βασικοί ορισμοί και ανάλυση συναφών εννοιών	21
2.2 Ανασκόπηση σχετικών ερευνητικών μελετών αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών.....	24
2.3 Εισαγωγή στα θεωρητικά μοντέλα	27
2.3.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)	28
2.3.2 Το υπαρξιακό μοντέλο της Pines.....	29
2.3.3 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης	31
2.4 Μέτρηση επαγγελματικής εξουθένωσης	32
2.4.1 Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης & επαγγελματικής ικανοποίησης	32
2.4.2 Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης & επαγγελματικού άγχους.....	33
2.5 Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3.....	38
ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ	38
3.1 Παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης	38
3.1.1 Ατομικοί παράγοντες (Individual factors).....	40
3.1.2 Οργανωτικοί παράγοντες (Organizational factors).....	41
3.1.3 Παράγοντες συναλλαγής (Transactional factors)	43
3.2 Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης	43
3.3 Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	44

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΙΚΡΟΚΛΙΜΑΚΑΣ	48
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	48
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	48
4.1. Ερευνητικά ερωτήματα	48
4.2 Προσδιορισμός Μεθόδου Έρευνας	49
4.3. Δείγμα συμμετεχόντων	50
4.4 Μέθοδος συλλογής ποσοτικών δεδομένων	51
4.4.1 Κατασκευή Ερωτηματολογίου	52
4.5 Μέθοδος Ανάλυσης των Δεδομένων	53
4.6 Διασφάλιση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας της Έρευνας.....	53
4.7 Πιλοτική έρευνα	54
4.8 Κωδικοποίηση των ερωτημάτων	54
4.9 Δεοντολογικά Ζητήματα	55
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	56
ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ	56
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6	92
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ	92
6.1 Γενικά συμπεράσματα.....	92
6.2 Ειδικά συμπεράσματα.....	94
6.3 Περιορισμοί της Έρευνας	95
6.4. Προτάσεις Κοινωνικής Πολιτικής.....	95
6.5 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα.....	96
Βιβλιογραφία	98
Ελληνική Βιβλιογραφία	98
Ξένη Βιβλιογραφία	103
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	112

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Κύριος στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας αποτελεί η μελέτη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών. Με άλλα λόγια, η εργασία αυτή στοχεύει στην διερεύνηση των παραγόντων που είναι ικανοί να οδηγήσουν στην εξουθένωση καθώς και στη μελέτη των συμπτωμάτων και των επιπτώσεων που αυτή επιφέρει. Επιπρόσθετα μελετάται ο ρόλος και οι αρμοδιότητες των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών με απώτερο στόχο την ανάδειξη του πολλαπλού του ρόλου αλλά και των χαρακτηριστικών που διακρίνουν τα ελληνικά νοσοκομεία.

Στην παρούσα έρευνα εκτιμήθηκε το επίπεδο της επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς στην περιφέρεια Αττικής και Δυτικής Ελλάδας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε την άνοιξη του έτους 2021 και η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε ότι οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα παρουσίασαν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.

Λέξεις κλειδιά: επαγγελματική εξουθένωση, κοινωνικοί λειτουργοί, παράγοντες, επιπτώσεις.

ABSTRACT

The main objective of this dissertation is the study of the phenomenon of burnout of hospital social workers. In other words, this work aims to investigate the factors that are capable of leading to burnout as well as to study the symptoms and the effects that it brings. In addition, the role and responsibilities of hospital social workers are studied with the ultimate goal of highlighting the multiple roles and the characteristics that distinguish Greek hospitals.

The present study assessed the level of burnout in hospital social workers in the region of Attica and Western Greece. The survey was conducted in the spring of 2021 and the analysis of the results showed that the hospital social workers who participated in the present survey showed high levels of burnout.

Keywords: burnout, social workers, factors, effects.

Ευχαριστίες

Πριν την παρουσίαση των αποτελεσμάτων της παρούσας πτυχιακής εργασίας αισθανόμαστε την υποχρέωση και θέλουμε να ευχαριστήσουμε ορισμένους από τους ανθρώπους που συνεργαστήκαμε μαζί τους και έπαιξαν πολύ σημαντικό ρόλο στην πραγματοποίηση της εργασίας αυτής.

Πρώτα από όλα θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την επιβλέπουσα καθηγήτριά μας κ. Ιγνατία Φαρμακοπούλου για την εμπιστοσύνη που μας έδειξε, την υπομονή της, καθώς και για την πολύτιμη καθοδήγησή της κατά την διάρκεια υλοποίησης της διπλωματικής μας εργασίας.

Επιπροσθέτως εγώ, η Αλεξανδροπούλου Γεωργία, θέλω να ευχαριστήσω τον σύζυγό μου και τα τέκνα μου, που με στήριξαν στις σπουδές μου με κάθε δυνατό τρόπο, με υπομονή και κουράγιο προσέφεραν την αμέριστη ηθική συμπαράσταση και αποτέλεσαν την κύρια πηγή ενέργειας για την ολοκλήρωση των σπουδών μου.

Στη συνέχεια των ευχαριστηρίων εγώ, ο Τουμπλής Σταύρος, θα ήθελα να ευχαριστήσω μια πολύ ξεχωριστή προσωπικότητα, που πίστεψε σε μένα και με έπεισε να συμμετάσχω στις πανελλήνιες εξετάσεις και να περάσω με επιτυχία στο τμήμα Κοινωνικής Εργασίας ΤΕΙ Πατρών. Είναι η καθηγήτρια της χημείας στο Εσπερινό Λύκειο Σπάρτης κ. Μαρία Αλατσά την οποία εκτιμώ βαθύτατα. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω την φίλη και συνάδελφο κ. Γεωργία Αλεξανδροπούλου για την άψογη και άριστη συνεργασία που είχαμε κατά τη διάρκεια της φοίτησής μας και την εκπόνηση της διπλωματικής εργασίας μας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κοινωνική εργασία, για σχεδόν έναν αιώνα προσφέρει στον χώρο της υγείας ποιοτικές και ολιστικές υπηρεσίες (Giles, 2009). Το επάγγελμα αυτό διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα διότι κατατάσσεται στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα και επικεντρώνεται στο άτομο καθώς και στο περιβάλλον του. Θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική η διερεύνηση των κοινωνικών παραγόντων στην αποτελεσματική παροχή ιατρικής φροντίδας κατά την αναφορά των Wilkinson & Marmot (2003) διότι υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικές και οικονομικές συνθήκες οδηγούν τους ανθρώπους στην ασθένεια και κατ' επέκταση στην ανάγκη της ιατρικής φροντίδας, όπου και αποτελούν τους σημαντικότερους παράγοντες στην συνολική υγεία του πληθυσμού.

Οι πιο κοινοί τόποι για την δραστηριοποίηση των κοινωνικών λειτουργών αποτελούν τα νοσοκομεία και οι δομές παροχής υπηρεσιών υγείας (Whitaker et. al., 2006) όπου προσφέρουν υψηλής σημασίας υπηρεσίες σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης και θεραπειών. Χαρακτηριστικά παραδείγματα των τομέων όπου δραστηριοποιούνται οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί είναι οι μονάδες χρόνιας θεραπείας, η ογκολογία, η παιδιατρική και τα επείγοντα (Gibelman, 2005; Μπατιρ). Οι πέντε κύριες λειτουργίες του νοσοκομείου που διακρίνουμε είναι οι εξής (ΦΕΚ 711 / 14-07-1998 Τεύχος Β')

- Την ιατρική - φροντίδα υγείας
- Την κοινωνική
- Την προληπτική όπου περιλαμβάνει την εργαστηριακή στήριξη για τον έλεγχο επιδημιών
- Την εκπαιδευτική για να προσλαμβάνει νέα στελέχη και να μετεκπαιδεύει τα όσα στελέχη υπάρχουν.
- Την «τεχνική» - επιστημονική εκπαίδευση για να υποστηρίζει τους λειτουργούς εκτός του νοσοκομείου (πχ. ελεύθερους επαγγελματίες).

Στο νοσοκομείο ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού είναι πολύπλευρος. Αρχικά συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση προβλημάτων συναισθηματικής και κοινωνικοοικονομικής φύσεως τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειας του εν' ψ σκοπός των δράσεων του είναι να ενδυναμώσουν, να ενεργοποιήσουν και να επανεντάξουν τους ασθενείς στο ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Αναλόγως τον άξονα που δρα, οι ρόλοι του διαφοροποιούνται και οι αρμοδιότητές του ποικίλουν, με

αποτέλεσμα να δραστηριοποιείται κυρίως σε επίπεδο υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, οργανωτικό, θεραπευτικό και ερευνητικό (Kelly et. al., 2005).

Πολλοί ασθενείς καθώς και οι οικογένειές τους χρειάζονται υποστήριξη για να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα που προκύπτουν λόγω της ασθένειας ή της αναπηρίας τους. Στο πλαίσιο αυτό ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας κρίνεται άκρως σημαντικός. Με την εισαγωγή στο νοσοκομείο ή την ανακοίνωση της διάγνωσης, οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί έχουν υπό παρέχουν στους ασθενείς και τις οικογένειες τους υποστήριξη και τους βοηθούν ώστε να μάθουν να διαχειρίζονται τις συνέπειες των προβλημάτων που προκύπτουν από κάποιο οξύ ή χρόνιο πρόβλημα υγείας. Απώτερος σκοπός τους είναι να βελτιώσουν την ψυχική και την σωματική του υγεία των ασθενών και για αυτό το λόγο μια από τις κύριες αρμοδιότητες τους είναι να συμβάλλουν στην επίτευξη της διασύνδεσης των δομών μετανοσοκομειακής φροντίδας όπως είναι τα προγράμματα «βοήθεια στο σπίτι», με ασθενείς που έχουν χρόνια προβλήματα υγείας αλλά και άλλων κοινωνικών ομάδων όπως οι ηλικιωμένοι.

Επίσης ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός στο πλαίσιο απασχόλησης του αναλαμβάνει πολλές αρμοδιότητες. Για να είναι σε θέση λοιπόν να ανταπεξέλθει στις αρχές του Κώδικα Ηθικής Δεοντολογίας και στις αξίες του επαγγέλματος του, θα πρέπει να βρίσκει τρόπους για να διαχειρίζεται αποτελεσματικά τα εργασιακά προβλήματα και αγχογόνες καταστάσεις που προκύπτουν, έτσι ώστε η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει να μην επηρεάζεται αρνητικά (Μαυρίδου, 2012). Τα προβλήματα που αναφέρονται παραπάνω συνδέονται άμεσα με το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burn Out), το οποίο τον 21^ο αιώνα αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους επαγγελματικούς κινδύνους, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να χάνουν το ενδιαφέρον για τη δουλειά τους αλλά και να επηρεάζεται σημαντικά η ζωή τους.

Το φαινόμενο επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται κυρίως λόγω της αλληλεπίδρασης των εργασιακών και των ατομικών παραγόντων και μπορεί να εκδηλωθεί με διάφορους τρόπους (Leiter & Maslach, 2008; Shirom & Melamed, 2008). Η επαγγελματική εξουθένωση έχει ταυτιστεί με αρνητικά αποτελέσματα όπως για παράδειγμα η αύξηση των παραιτήσεων από τη εργασία, η συχνή απουσία από την δουλειά, η αύξηση των αρνητικών συναισθημάτων καθώς και η επιδείνωση της ψυχικής (κατάθλιψη, άγχος) και της σωματικής υγείας (καρδιαγγειακή ασθένεια, διαβήτης) (Kokkinos, 2007).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να μελετήσει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Burn Out), όπως αυτό βιώνεται και παρουσιάζεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στο νοσοκομείο. Παράλληλα θα αναλυθεί ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας καθώς και οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες του κοινωνικού λειτουργού στις κοινωνικές υπηρεσίες. Στη συνέχεια θα πραγματοποιηθεί μια θεωρητική προσέγγιση της επαγγελματικής εξουθένωσης παραθέτοντας τα πιο διαδεδομένα θεωρητικά μοντέλα ενώ θα επισημανθεί η σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης με την επαγγελματική ικανοποίηση και το επαγγελματικό άγχος. Έπειτα θα διερευνηθούν οι παράγοντες και οι επιπτώσεις στην συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα και θα προσδιοριστούν οι ατομικοί αλλά και οι εργασιακοί παράγοντες οι οποίοι ευθύνονται για την εμφάνιση του φαινομένου αυτού.

Η επαγγελματική εξουθένωση ως φαινόμενο προσδίδει στην παρούσα έρευνα σημαντικά στοιχεία όχι μόνο για την ποιότητα των υπηρεσιών αλλά και για την ψυχική και σωματική υγεία των εργαζομένων ενώ παρατηρείται ότι στην Ελλάδα ο αριθμός των σχετικών ερευνών είναι περιορισμένος (Μπατιρίδου, 2021). Η παρούσα έρευνα είναι επίσης σημαντική διότι εστιάζει στο πως βιώνεται το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ένας κοινωνικός λειτουργός ο οποίος εργάζεται σε δημόσιο νοσοκομείο. Στη χώρα μας ο δημόσιος τομέας παρουσιάζει πολλά προβλήματα, όπου οι κοινωνικοί λειτουργοί καλούνται να αντιμετωπίσουν αυξανόμενες και πολυδιάστατες ανάγκες σε συνθήκες επαγγελματικής αβεβαιότητας, σε αύξηση φόρτου εργασίας καθώς και σε συνθήκες όπου μειώνεται το προσωπικό και οι δαπάνες. Οι παραπάνω συνθήκες δημιουργούν γόνιμο έδαφος στην συναισθηματική εξάντληση, την διανοητική κούραση καθώς και την σωματική κόπωση (Shirom & Melamed, 2008).

ΜΕΡΟΣ Α: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

Ο ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ (HOSPITAL SOCIAL WORKER)

1.1 Ιστορική αναδρομή ίδρυσης Κοινωνικών υπηρεσιών στα Νοσοκομεία

Η διακήρυξη του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1978 αναγνώρισε την επιστήμη της κοινωνικής εργασίας ως ισότιμη με τα άλλα επαγγέλματα εξαιτίας των παρακάτω γεγονότων που αναγνωρίστηκαν παράλληλα.

1. Η ασθένεια αποτελεί και κοινωνικό φαινόμενο εκτός από βιολογικό.
2. Η προστασία και η βελτίωση της υγείας θα πρέπει να περιλαμβάνει στην ευρεία έννοια της τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Με άλλα λόγια, η έννοια της υγείας ως σφαιρική θα πρέπει να είναι πολυδιάστατη και να αφορά την υγεία και την περίθαλψη σε όλα της τα επίπεδα.
3. Η νέα διάσταση της νοσοκομειακής περίθαλψης, θα πρέπει να περικλείει την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, την πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα καθώς και την αποκατάσταση (Δάφνη, 2016).

Η κοινωνική εργασία στα νοσοκομεία θεσμοθετήθηκε στην Αγγλία στα αντιφυματικά νοσοκομεία το 1905 (Δάφνη, 2016). Τον ίδιο χρόνο δημιουργήθηκε τμήμα κοινωνικής εργασίας σε νοσοκομείο της Αμερικής και συγκεκριμένα στο Massachusetts General Hospital (Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κούζη, 2015).

Το έργο των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία ήταν η παροχή βοήθειας στους νοσούντες καθώς και η εκτέλεση των οδηγιών που έδινε το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την ιατροφαρμακευτική αγωγή των ασθενών. Στην μετέπειτα πορεία τους, ο προσανατολισμός της εργασίας των κοινωνικών λειτουργών κινήθηκε στην κάλυψη των κοινωνικών και ψυχολογικών αναγκών των ασθενών (Δάφνη, 2016).

Ωστόσο στην Ελλάδα, καθυστέρησαν να θεσμοθετήσουν τις κοινωνικές υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία. Πιο συγκεκριμένα, οι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίστηκαν στα δημόσια νοσοκομεία την δεκαετία του 1950. Το Διάταγμα 2592

του 1953, επισήμανε πως οι κοινωνικοί λειτουργοί θα υπάγονται στον Διοικητικό Διευθυντή του νοσοκομείου, ο οποίος θα εισηγείται μεταξύ των άλλων και την ανάθεση καθηκόντων του Προϊσταμένου κοινωνικής υπηρεσίας στο Διοικητικό Συμβούλιο (Βαρσάμης και συν., 2008).

Οι κοινωνικές υπηρεσίες στα δημόσια νοσοκομεία συστάθηκαν το 1956 με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Σύμφωνα με το Νομοθετικό Διάταγμα 4018 του 1959 τα νοσοκομειακά ιδρύματα αποτελούν πεδίο άσκησης επαγγέλματος των κοινωνικών λειτουργών. Στη συνέχεια με το Προεδρικό Διάταγμα 891 του 1978 καθιερώθηκαν οι αρμοδιότητες και ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία και έτσι αντιμετωπίζονται ισότιμα όπως οι υπόλοιποι εργαζόμενοι σε άλλους τομείς υγείας (Δάφνη, 2016; Βαρσάμης και συν., 2008).

1.2 Νομικό Πλαίσιο

Η άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού ρυθμίζεται από το Προεδρικό Διάταγμα 23/1992. Στην παράγραφο 1 του άρθρου 1 του Προεδρικού αυτού Διατάγματος αναφέρονται οι απαιτήσεις προκειμένου να μπορεί κάποιος να ασκήσει το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού. Πιο συγκεκριμένα για την άσκηση του επαγγέλματος απαιτείται (Λαμπράκη, Βλασιάδης, Πατεράκης & Φιλαλήτης, 2016; Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015) :

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

Η Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού εκδίδεται με απόφαση του αρμόδιου οργάνου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Επιπλέον σύμφωνα με το άρθρο 54 του Νόμου 3198/2011 η Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος χορηγείται με τους ίδιους όρους ακολουθώντας τις ίδιες διαδικασίες για τους πτυχιούχους όλων των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας, ΑΕΙ και ΑΤΕΙ.

Το άρθρο 3 του Προεδρικού Διατάγματος αναφέρει πως οι κοινωνικοί λειτουργοί που διαθέτουν την Άδεια Ασκήσεως μπορούν να παρέχουν τις υπηρεσίες

τους σε οργανωμένες Κοινωνικές Υπηρεσίες τόσο του Δημόσιου όσο και του Ιδιωτικού τομέα αλλά και ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Αξίζει να σημειωθεί πως για την άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού απαιτείται η Έκδοση σχετικής άδειας που εκδίδεται με σχετική απόφαση του Αρμόδιου Οργάνου.

Το νομικό πλαίσιο του επαγγέλματος των κοινωνικών λειτουργών, αφορά στον Κώδικα Δεοντολογίας, ο οποίος υιοθετήθηκε το 2004 από την Διεθνή Ομοσπονδία Κοινωνικών Λειτουργών (International Federation of Social Workers - IFSW) καθώς και από τη Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (International Association of Schools of Social Work - IASSW) (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015).

Η κοινωνική εργασία στηρίζεται και οφείλει να στηρίζεται στο σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων καθολικά. Πιο συγκεκριμένα:

Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν:

- να αναγνωρίζουν και να αναπτύσσουν τις δυνατότητες των εξυπηρετούμενων τους. Επίσης, να εστιάζουν στα δυνατά σημεία των ατόμων και των ομάδων προκειμένου να τα ενδυναμώσουν αλλά και στα αδύναμα σημεία τους προκειμένου να τα βελτιώσουν.
- να προασπίζονται την σωματική, την πνευματική και τη ψυχική ακεραιότητα των εξυπηρετούμενων.
- να αντιμετωπίζουν κάθε άτομο ως ολότητα. Πρέπει δηλαδή να θεωρούν το κάθε άτομο ως μέρος της κοινότητας στην οποία ανήκουν και οι ίδιοι, να επικεντρώνουν την κάθε πρακτική ή μελέτη σε κάθε άτομο ξεχωριστά και να το αντιμετωπίζουν ως άτομο της οικογένειάς τους.
- να δείχνουν απόλυτο σεβασμό στο δικαίωμα για αυτοδιάθεση. Σημαντικό είναι να δείχνουν αμέριστο σεβασμό και να προάγουν το δικαίωμα των ατόμων να επιλέγουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους με ελεύθερη βούληση και ανεξάρτητα από τις αξίες τους, υπό τον όρο ότι δεν απειλούν τα συμφέροντα και τα δικαιώματα των υπολοίπων.
- να προάγουν το δικαίωμα για ισότιμη συμμετοχή. Οφείλουν να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με τέτοιο τρόπο που να ενισχύουν την κοινωνική και ισότιμη συμμετοχή όλων των εξυπηρετούμενων.

i. Κοινωνική Δικαιοσύνη

Η εφαρμογή της κοινωνικής δικαιοσύνης αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του επαγγέλματος των κοινωνικών λειτουργών. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ευθύνη απέναντι στην κοινωνία και οφείλουν να προάγουν τη δικαιοσύνη τόσο σε συλλογικό όσο και σε ατομικό επίπεδο. Πιο συγκεκριμένα:

Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει:

- να συμπεριφέρονται στην εργασία τους με αλληλεγγύη στους εξυπηρετούμενούς τους, να καταπολεμούν τις συνθήκες που οδηγούν στο κοινωνικό αποκλεισμό και να βρίσκουν άμεσα λύσεις και τρόπους αντιμετώπισης.
- να καταπολεμούν τις άδικες πρακτικές και όσες πολιτικές έχουν καταπιεστικούς σκοπούς. Είναι σημαντικό να κάνουν αναφορές σε υπευθύνους, εργοδότες και υπηρεσίες σχετικά με την ανεπάρκεια των πόρων και τις παράνομες σκοπιμότητες.
- να εξασφαλίζουν το δίκαιο και σωστό διαμοιρασμό των πόρων, ανάλογα με τις εκάστοτε ανάγκες.
- να αναγνωρίζουν τη διαφορετικότητα και να σέβονται τις όποιες διαφορές, ατομικές, ομαδικές, εθνικές και διεθνείς
- να καταπολεμούν τις κοινωνικές διακρίσεις, οι οποίες αφορούν τη σεξουαλική ταυτότητα, τις θρησκευτικές πεποιθήσεις, τα φυλετικά χαρακτηριστικά, την έγγαμη κατάσταση, την σωματική ανεπάρκεια, την οικονομική κατάσταση, το κοινωνικό υπόβαθρο, τη μόρφωση, τα σωματικά χαρακτηριστικά, το φύλο, τις πολιτικές απόψεις και το χρώμα του δέρματος.

ii. Επαγγελματική Συμπεριφορά

Η επαγγελματική συμπεριφορά των κοινωνικών λειτουργών είναι σημαντικό να συμπεριλαμβάνει τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:

Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν:

- να αναπτύσσουν και στη συνέχεια να διατηρούν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες και να εξασκούν το επάγγελμά τους με τρόπο αποτελεσματικό.

- να συμπεριφέρονται με κατανόηση και να δείχνουν φροντίδα, συμπόνια αλλά και συμπάθεια στους εξυπηρετούμενους. Τα συναισθήματά τους όμως θα πρέπει να είναι αποστασιοποιημένα προκειμένου να δρουν αντικειμενικά και να μην τα αφήνουν να τους επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό.
- να απέχουν και να αποστασιοποιούνται από οποιαδήποτε έκνομη πράξη όπως βασανιστήρια και τρομοκρατία.
- να ακολουθούν πιστά το νομικό πλαίσιο και να λαμβάνουν τις αποφάσεις τους, οι οποίες θα προκύπτουν από το κώδικα δεοντολογίας.
- να πραγματεύονται με συνεχή και αδιάλειπτο τρόπο την δεοντολογική διάσταση κάθε πράξης τους με όλους όσους συνεργάζονται αλλά και να αναλαμβάνουν σχετική ευθύνη για καθεμία από αυτές.
- να δρουν με τιμιότητα και ακεραιότητα. Πρέπει να διαχωρίζουν την επαγγελματική τους ζωή από την προσωπική αλλά και να αναπτύσσουν σχέσεις εμπιστοσύνης με τους εξυπηρετούμενούς τους, χωρίς ωστόσο να καταχρώνται την εμπιστοσύνη που δημιουργείται μεταξύ τους ή να εκμεταλλεύονται τη θέση τους για προσωπικούς σκοπούς.
- να συνεργάζονται με τις Σχολές Κοινωνικής Εργασίας έτσι ώστε να δείχνουν έμπρακτα την υποστήριξή τους στην εκπαίδευση.
- να γνωρίζουν τα δικαιώματα και τις υποχρεώσεις τους καθώς και να αναγνωρίζουν ότι είναι υπόλογοι τόσο στον οργανισμό που εργάζονται, στους εργοδότες και στους συναδέλφους τους όσο και στο νόμο καθώς και στους εξυπηρετούμενούς τους.
- να ακολουθούν πιστά τον κώδικα δεοντολογίας.
- να φροντίζουν για την δια βίου εκπαίδευσή τους έτσι ώστε να ανανεώνονται οι γνώσεις και δεξιότητές τους.
- να διατηρούν το απόρρητο και τα προσωπικά δεδομένα των εξυπηρετούμενών τους. Εξαίρεση ωστόσο αποτελεί η περίπτωση της διατήρησης της ζωής, όπου εκεί δεν τίθεται ζήτημα απορρήτου.
- να θέτουν τις ανάγκες των εξυπηρετούμενών τους ως προτεραιότητα ακόμα και αν αυτές συγκρούονται με τα προσωπικά τους συμφέροντα (Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κούζη, 2015; Λαμπράκη, Βλασιάδης, Πατεράκης & Φιλαλήθης, 2016).

1.3 Οι αξίες της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομείο

Η κοινωνική εργασία που ασκείται στο χώρο του νοσοκομείου διέπεται από ποικίλες και σημαντικές αξίες. Σύμφωνα με τον Gonzalez (2013) οι πιο σημαντικές από αυτές είναι η κοινωνική δικαιοσύνη, η κοινωνική ενσωμάτωση και τα ανθρώπινα δικαιώματα. Άλλες αξίες που είναι βοηθητικό και θεμιτό να αποτελούν οδηγούς δράσης των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία είναι η επαγγελματική ακεραιότητα, η υπευθυνότητα, η διαφάνεια, ο σεβασμός για την πολιτιστική και πνευματική ετερότητα καθώς και η ολιστική προσέγγιση του ατόμου (Harms 2005; Bland, Renouf & Tullgren 2009; Calma & Priday, 2011; Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015; Patil & Ennis, 2018).

1.4 Ρόλοι και αρμοδιότητες του Νοσοκομειακού Κοινωνικού Λειτουργού στις Κοινωνικές Υπηρεσίες

Οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί διαθέτουν την απαιτούμενη εκπαίδευση και την κατάλληλη επιμόρφωση ώστε να μπορούν να εργαστούν σε νοσοκομείο, κυρίως λόγω της αντίληψης που διαθέτουν για το σύνολο των παραγόντων που συμβάλλουν στην εκδήλωση ασθενειών, καθώς και αυτών που είναι υπεύθυνοι για την βελτίωση της υγείας (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015). Σύμφωνα με τους Craig & Muskat (2013) οι ρόλοι των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, είναι πολυεπίπεδοι και αρκετά απαιτητικοί κυρίως λόγω της ασχολίας τους τόσο με τα άτομα όσο και με το σύστημα υγείας, με αποτέλεσμα η αλληλεπίδραση αυτών να επιβαρύνει περισσότερο τους ρόλους τους. Οι Shapiro et al. (2009) επισημαίνουν πως οι δυσκολίες του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού, έγκειται στο ότι οι ζωές των ασθενών, καθώς και οι ποικίλες κοινωνικές υποχρεώσεις αυτών, δημιουργούν ένα πολυδιάστατο σύστημα αλληλεπιδράσεων, για το οποίο οι παρεμβάσεις που πρέπει να γίνουν αφορούν πολλά επίπεδα και συστήματα ταυτόχρονα.

Αρχικά λοιπόν οι ρόλοι και οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών, αποτελούν το αντικείμενο εργασίας τους και έχουν καταχωρηθεί συνταγματικά με το

Προεδρικό Διάταγμα 50/89 (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015). Πιο συγκεκριμένα, οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί είναι σημαντικό να διαθέτουν όλες τις απαραίτητες γνώσεις και δεξιότητες ώστε να μπορούν να αναλάβουν την αξιολόγηση των αναγκών του κάθε ασθενή συσχετίζοντας την με την κατάσταση της υγείας του καθώς και να δρουν με τρόπο αποτελεσματικό σε οποιαδήποτε στάδιο της ασθένειας (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015). Αναμφισβήτητα, ο ρόλος του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού είναι πολυδιάστατος και απαιτητικός (Calma & Priday, 2011).

Οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί πάντα σε συνεργασία με τους ιατρούς γενικής υγείας, τους νοσηλευτές αλλά και τους ειδικούς ψυχικής υγείας συμβάλλουν αποτελεσματικά στην πρόληψη και θεραπεία των κοινωνικών προβλημάτων του κάθε ασθενούς. Μέριμνα τους είναι επίσης η βελτίωση του βιοτικού επιπέδου των ασθενών και για αυτό τον λόγο διενεργούν ψυχοκοινωνική μελέτη του κάθε περιστατικού και κατ'αυτόν τον τρόπο συμβάλλουν στη ολιστική διάγνωση του (Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κούζη, 2015).

Γενικότερα οι αρμοδιότητες ενός κοινωνικού λειτουργού στο νοσοκομείο είναι οι εξής:

1. Αναλαμβάνει την κάλυψη των κοινωνικοπρονιακών αναγκών του ασθενούς, οι οποίες σχετίζονται άμεσα με την υγεία του.
2. Προετοιμάζει τον ασθενή και τους οικείους του για την ανάγκη εισαγωγής του στο νοσοκομείο ή της κατ'οίκον νοσηλείας του.
3. Συμβάλλει καθοριστικά στην καλύτερη προσαρμογή των ασθενών στο νοσοκομειακό περιβάλλον.
4. Συμβάλει στην μείωση του άγχους του ασθενούς, ο οποίος αισθάνεται ότι απειλείται η υγεία του και απομονώνεται από το οικογενειακό περιβάλλον του.
5. Αναλαμβάνει μέρος στο θεραπευτικό και διαγνωστικό έργο των ιατρών μέσω της σωστής συλλογής των προσωπικών στοιχείων του ασθενούς που αφορούν την προσωπικότητα, το κοινωνικό και οικογενειακό του περιβάλλον. Μέρος της εργασίας του λοιπόν είναι η ψυχοκοινωνική εκτίμηση των ασθενών καθώς με αυτόν τον τρόπο η εξατομικευμένη θεραπεία γίνεται πιο εύκολη και πιο αποτελεσματική.
6. Όταν το οικογενειακό περιβάλλον αδυνατεί να λύσει πρακτικά θέματα που αφορούν τον ασθενή ή ακόμα κι όταν ο ασθενής δεν καταφέρνει να τα

επιλύσει, παρέχει βοήθεια, ώστε να επιλυθούν άμεσα και αποτελεσματικά τα θέματα επανένταξης του ασθενούς στην οικία του.

7. Επιλύει τυχόν προβλήματα που κωλύουν την χειρουργική επέμβαση, προκειμένου να επιτευχθεί καλύτερα η θεραπευτική αγωγή.
8. Μεριμνά στην άμεση και βέλτιστη εφαρμογή αποκατάστασης του ασθενούς όταν χρειάζεται.
9. Κινητοποιεί εθελοντικές δράσεις που συμβάλουν στην καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015).

Παράλληλα, η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση των διαστάσεων της ασθένειας όπως αυτές των κοινωνικών, ψυχολογικών και συναισθηματικών. Επιπλέον οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί παρέχουν βοήθεια τόσο στους ασθενείς όσο και στις οικογένειές τους, έτσι ώστε να καταφέρουν συλλογικά να διαχειριστούν τα συναισθήματά τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας, καθώς και στην αποπεράτωση αυτής, αλλά και στις αποφάσεις που πρέπει οι ίδιοι να πάρουν για τα ζητήματα που προκύπτουν (Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κούζη, 2015). Παράλληλα η συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές συμβάλλει στην ευαισθητοποίηση των κοινωνικών καθώς και των συναισθηματικών διαστάσεων της ασθένειας (Whitaker et. al., 2006).

Συνεπώς τα καθήκοντα των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών περιλαμβάνουν:

- Αρχικά, μέσω της σωστής λήψης ιατροψυχοκοινωνικού ιστορικού, αξιολόγηση τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειάς του, προκειμένου να γίνει διεξοδική ψυχοκοινωνική αξιολόγηση του ασθενή.
- Σωστή και πλήρη ενημέρωση των ασθενών και των οικογενειών τους, ως προς την θεραπεία αλλά και τις επιπτώσεις στο άτομο και την οικογένειά του, στην περίπτωση μη συμμόρφωσης του ασθενούς στην προτεινόμενη θεραπεία.
- Παροχή υποστηρικτικής βοήθειας στους ασθενείς και στις οικογένειές τους, με σκοπό να προσαρμοστούν στις πιθανές αλλαγές που θα προκύψουν λόγω της ασθένειας. Οι συναισθηματικές αλλαγές παίζουν σημαντικό ρόλο στην ψυχολογική κατάσταση και την θεραπεία.

- Διασύνδεση ασθενών, ιατρικής ομάδας και οικογένειας, για την καλύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν και κάλυψη των αναγκών τους.
- Ψυχοεκπαίδευση οικογενειακού περιβάλλοντος για σωστή λήψη αποφάσεων που αφορούν τον ασθενή.
- Αναζήτηση οικονομικών πόρων για την εξασφάλιση φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού.
- Παραπομπή των ασθενών σε Φορείς και Υπηρεσίες για εξειδικευμένη κάλυψη των αναγκών τους.

Οι αρμοδιότητες των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών σύμφωνα με τους Σέμπρου και Σαγιά (2010) αφορούν τους παρακάτω άξονες: α) Προληπτική παρέμβαση, β) Επείγουσα παρέμβαση, γ) Κλινική παρέμβαση και δ) Έρευνα και εκπαίδευση

α) Η προληπτική παρέμβαση εστιάζεται στην συνεργασία των κοινωνικών λειτουργών με άλλους φορείς για την ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα αγωγής και υγείας. Παράλληλα, ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός μελετά τα αίτια και τις συνέπειες των κοινωνικών φαινομένων στην ποιότητα ζωής του ανθρώπου.

β) Η επείγουσα παρέμβαση αφορά στην συγκέντρωση αναγκαίων πληροφοριών για τον ασθενή, το περιβάλλον που τον πλαισιώνει και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει τόσο ο ίδιος όσο και οι οικείοι του. Άμεσο μέλημα του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού είναι να καταφέρει να τους στηρίξει στη φάση αυτή που διανύουν. Επίσης, διατηρεί αρχεία για τους ασθενείς καθώς και για τους συνοδούς που εξυπηρετήθηκαν από το τμήμα των επειγόντων στο νοσοκομείο, ενώ ερευνά τα αίτια του προβλήματος αλλά και ότι σχετίζεται με αυτό. Τα στοιχεία που προκύπτουν καθώς και οι εξαμηνιαίες εκθέσεις υποβάλλονται στη Διοίκηση του νοσοκομείου και εξετάζονται με ενδελεχή τρόπο.

γ) Η κλινική παρέμβαση αφορά στην διάγνωση του προβλήματος του ασθενή, τη λήψη όλων των απαραίτητων στοιχείων που αφορούν το ιστορικό του καθώς και την ολιστική αντιμετώπιση της ασθένειάς του σε επίπεδο κοινωνικό και ψυχολογικό.

δ) Τέλος, η έρευνα και η εκπαίδευση συμβάλλει στον συντονισμό των διαδικασιών που ακολουθούνται στους προηγούμενους άξονες καθώς και στην εκπαίδευση σπουδαστών της κοινωνικής εργασίας προκειμένου να μάθουν τρόπους

να αντιμετωπίζουν ποικίλες καταστάσεις και κοινωνικά προβλήματα (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015).

Την ευθύνη της Κοινωνικής Υπηρεσίας αναλαμβάνει ο Προϊστάμενος του τμήματος. Αυτός συγκαλεί και προεδρεύει του Συμβουλίου των Υπευθύνων τομέων της Κοινωνικής Υπηρεσίας και της ολομέλειας των κοινωνικών λειτουργών κυρίως δυο φορές το μήνα. Ταυτόχρονα, εκπροσωπεί την Κοινωνική Υπηρεσία σε συσκέψεις του νοσοκομείου, ενώ παράλληλα είναι υπεύθυνος για τους σπουδαστές της Κοινωνικής Εργασίας τόσο για την τοποθέτησή τους όσο και για την πρακτική τους άσκηση και την εποπτεία της εκπαίδευσής και επιμόρφωσής τους (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015).

Οι αρμοδιότητες του Προϊστάμενου της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι οι εξής (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015; Παναζάκας & Μέντης, 2002):

1. Η ορθή λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας, τόσο εντός πλαισίου όσο και εκτός νοσοκομείου.
2. Η καθοδήγηση καθώς και η εποπτεία του έργου του προσωπικού καθώς και του επιστημονικού έργου της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
3. Η ανάθεση των καθηκόντων στους κοινωνικούς λειτουργούς της υπηρεσίας, σε διάφορα τμήματα και τομείς του νοσοκομείου καθώς και η ανάληψη ευθύνης που αφορά οποιαδήποτε δραστηριότητα εκτός του νοσοκομειακού πλαισίου.
4. Η αξιολόγηση κάθε δραστηριότητας αλλά και του συνολικού έργου των κοινωνικών λειτουργών.
5. Η σύνταξη ετήσιας έκθεσης που αφορά το σύνολο των δραστηριοτήτων της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
6. Η ανάληψη κλινικών καθηκόντων.

1.5 Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στον Ψυχιατρικό Τομέα

Η κοινωνική εργασία με εξυπηρετούμενους στο ψυχιατρικό τομέα συνέβαλε στη διαμόρφωση ενός διαφορετικού και καθοριστικού πεδίου δράσης για τους κοινωνικούς λειτουργούς. Η επαρκής διαχείριση όλων των ψυχιατρικών διαταραχών δημιούργησε την αναγκαιότητα ύπαρξης καταρτισμένων κοινωνικών λειτουργών σε θέματα ψυχιατρικής επιστήμης. Στόχος λοιπόν της ψυχιατρικής κοινωνικής εργασίας

είναι η αποτελεσματική κάλυψη των ποικίλων κοινωνικών και ψυχιατρικών απαιτήσεων (Λειβαδίτης, 1994; Μαρτινάκη, Παπαϊωάννου & Ασημόπουλος, 2018).

Ο ρόλος του ψυχιατρικού κοινωνικού λειτουργού είναι πολύπλευρος καθώς οφείλει να βασίζεται στις επιστημονικές αρχές, την τεχνογνωσία και τις δεξιότητες της κοινωνικής εργασίας με τέτοιο τρόπο ώστε να επεκτείνει σημαντικά το φάσμα τόσο των ικανοτήτων όσο και των δυνατοτήτων που απαιτούνται από έναν κοινωνικό λειτουργό στο τομέα της ψυχιατρικής. Με άλλα λόγια, βασικός σκοπός ενός ψυχιατρικού κοινωνικού λειτουργού είναι ο σχεδιασμός, η διαμόρφωση, η υλοποίηση και η αξιολόγηση τόσο της φροντίδας όσο και της θεραπείας των ατόμων με ψυχικές διαταραχές.

Επιπλέον οι παρεμβάσεις ενός ψυχιατρικού κοινωνικού λειτουργού θα πρέπει να εντάσσονται στα πλαίσια ολοκληρωμένων συστημάτων παροχής υπηρεσιών όπως το εθνικό σύστημα ψυχικής υγείας και τη πολιτική κοινωνικής μέριμνας, έτσι ώστε να μπορεί να επιτελέσει το έργο του και να εξασφαλίσει την απαραίτητη φροντίδα στους εξυπηρετούμενούς του. Με άλλα λόγια ο ψυχιατρικός κοινωνικός λειτουργός παρέχει τις υπηρεσίες του στα νοσοκομεία, σε ειδικά κέντρα ψυχιατρικής και ψυχικής υγείας, σε ψυχιατρικές κλινικές και δομές και σε κοινοτικές δομές και υπηρεσίες αποκατάστασης (Μαρτινάκη, Παπαϊωάννου & Ασημόπουλος, 2018).

Επιπροσθέτως, αρκετές ερευνητικές μελέτες έχουν αναδείξει ότι υπάρχει ελλειψής επάνδρωση κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία. Επιπρόσθετα, σχετικές έρευνες επισημαίνουν ότι η ανεπαρκής στελέχωση νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών οδηγεί ενίοτε σε συγκρούσεις με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, σε περιορισμένη επαγγελματική αναγνώριση τους αλλά και σε έλλειψη θεσμοθέτησης ενός πλαισίου που θα αφορά στην διεπαγγελματική συνεργασία (Σέμπρου & Σαγιά, 2010; Θάνου, 2011; Μεσσήνη, 2015; Ορφανίδου και συν., 2017).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

2.1 Βασικοί ορισμοί και ανάλυση συναφών εννοιών

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση είναι πολυδιάστατος και για αυτόν το λόγο δεν υπάρχει ακριβής εννοιολογικός προσδιορισμός για αυτόν. Με άλλα λόγια, δεν μπορεί να καθοριστεί με σαφήνεια η πολύπλοκη αυτή έννοια. Ωστόσο πολλοί ερευνητές έχουν μελετήσει αλλά και αποδώσει τον όρο επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποιώντας πολλές προσεγγίσεις ((Καλέμη & Ψαρρά, 2017; Κανδρή, Καλέμη & Μόσχος, 2015).

Σύμφωνα με τον Χατζηπέμπο (2016) η επαγγελματική εξουθένωση αποδίδεται με τον όρο «burnout», ο οποίος χρησιμοποιήθηκε πρώτη φορά το 1930 με σκοπό να περιγράψει την απώλεια του ταλέντου των Αμερικανών αθλητών ενώ χρησιμοποιήθηκε ξανά τριάντα χρόνια αργότερα για να αποδώσει με ειρωνικό τρόπο τα αποτελέσματα από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών σε μακροχρόνιο διάστημα.

Έπειτα ο όρος αυτός χρησιμοποιήθηκε το 1974 από έναν κλινικό ψυχίατρο, τον Freudenberger (1974), με στόχο να αναλύσει την άσχημη σωματική και ψυχική κατάσταση που βίωναν τόσο οι εργαζόμενοι της ψυχιατρικής κλινικής όσο και οι εθελοντές που εργαζόντουσαν σε αυτήν, ενώ η ανάλυση αυτού είχε ως απώτερο σκοπό να αποδοθεί όσο καλύτερα γινόταν η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης ως ένα ψυχοσωματικό σύνδρομο.

Κάποια χρόνια αργότερα επιχείρησε να δώσει άλλη διάσταση στην έννοια του «burnout». Έτσι εκτός από την ψυχοσωματική εξάντληση μελέτησε και την πνευματική εξουθένωση, την απώλεια κινήτρων για εργασία αλλά και την άρνηση από μέρους αρκετών εργαζομένων για ενεργή συμμετοχή και συνεργασία με τους ασθενείς-χρήστες ναρκωτικών ουσιών, που φρόντιζαν στην κλινική του Αγίου Στεφάνου στην πολιτεία της Νέας Υόρκης. Σύμφωνα με τον Freudenberger τα συμπτώματα που παρουσιάστηκαν στους εργαζόμενους οφείλονταν τόσο σε κοινωνικούς όσο και σε ατομικούς παράγοντες. Οι κοινωνικοί παράγοντες αφορούσαν περιβαλλοντικές και εργασιακές συνθήκες του χώρου εργασίας ενώ οι ατομικοί, αφορούσαν χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου όπως εσωστρέφεια,

κοινωνικότητα (Freudenberger, 1974; Κουστέλιος & Κουστέλιου, 2001; Βασιλειάδης, 2018).

Στη συνέχεια προσπάθησαν πολλοί ερευνητές να διαφοροποιήσουν ορισμένους όρους που πολλές φορές συγχέονταν με την επαγγελματική εξουθένωση όπως το εργασιακό στρες και το επαγγελματικό άγχος (Κάντας, 1996; Καλέμη & Ψαρρά, 2017).

Το εργασιακό στρες ορίζεται ως το στρες που εμφανίζεται στους εργαζόμενους, οι οποίοι δεν καταφέρνουν να εξισορροπήσουν τη διευθέτηση των επαγγελματικών υποχρεώσεών τους με τον τρόπο που τις αντιμετωπίζουν (Καλέμη & Ψαρρά, 2017). Ενώ το επαγγελματικό άγχος ορίζεται ως το άγχος εκείνο το οποίο δημιουργείται εξαιτίας της επαγγελματικής κατάστασης που βρίσκεται το άτομο, από την φύση της εργασίας του ή από μια νέα επαγγελματική αρμοδιότητα που έχει αναλάβει (Κοϊνης & Σαρίδη, 2015).

Έπειτα η Maslach (1976) έκανε χρήση του όρου επαγγελματική εξουθένωση προκειμένου να αποδώσει υπό αρνητική σκοπιά μια εμπειρία της που οφειλόταν στις διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ εργαζομένων κατά τη διάρκεια της εργασίας τους. Στη συνέχεια οι Pines & Kafry (1978) διατύπωσαν την άποψη πως τα άτομα που αισθάνονται επαγγελματική εξουθένωση δεν καταφέρνουν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις της εργασίας τους καθώς αδυνατούν να βγάλουν εις πέρας τις όποιες αρμοδιότητες που τους έχουν αναθέσει αφού το εργασιακό άγχος αυξάνεται συνεχώς οδηγώντας τους πολλές φορές σε ψυχοσωματική κατάρρευση.

Επιπλέον, ο Cherniss (1980) ερμήνευσε την επαγγελματική εξουθένωση ως αντίδραση του ατόμου σε κάθε στρεσογόνα κατάσταση που βιώνει. Την ίδια περίοδο οι Edelwich & Brodsky (1980) πραγματοποίησαν την δική τους έρευνα και κατέληξαν πως η επαγγελματική εξουθένωση εμφανίζεται τη στιγμή που το άτομο παύει να θεωρεί την εργασία του ως προτεραιότητα και αδιαφορεί για τους στόχους που είχε θέσει μόλις είχε ξεκινήσει.

Μερικά χρόνια μετά η Maslach (1982) αναδιατύπωσε την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης και την έθεσε στο πλαίσιο της εργασίας με σκοπό να περιγράψει τις νέες συνθήκες που λαμβάνουν χώρα σε κάθε επιχείρηση ή οργανισμό και οδηγεί τους εργαζόμενους σε σωματική αλλά και συναισθηματική εξάντληση.

Συνεπώς μετά από αρκετές μελέτες, η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλάζει σκοπιά και μετατρέπεται από ποιοτική μελέτη σε ποσοτική και από θεωρητική έρευνα σε εμπειρική. Στην περίπτωση της εμπειρικής μελέτης

χρησιμοποιήθηκαν σταθμισμένα ερωτηματολόγια προκειμένου να αποδειχθούν όσο το δυνατόν πιο αξιόπιστα συμπεράσματα. Επιπλέον η Γιάννου (2016) πρότεινε, έπειτα από μελέτη που πραγματοποίησε τη κλίμακα Burnout-Measure (BM) ως εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης αν και στη συνέχεια αυτό το εργαλείο αμφισβητήθηκε ως προς την αξιοπιστία του, όπως και άλλα άλλωστε που δεν πρόλαβαν να γίνουν ευρέως γνωστά (Αντωνίου & Ντάλλα, 2010; Κοϊνης & Σαρίδη, 2015; Κάντας, 1996; Βασιλόπουλος, 2012)

Ακόμη η επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με την Cherniss (1980) αποτελεί μια εξελικτική διαδικασία και αναλύεται υπό τρεις σκοπιές: την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση ή την ψυχρή συμπεριφορά καθώς και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (Cherniss, 1980; Βάσιος, 2020).

Στο στάδιο της συναισθηματικής εξάντλησης (emotional exhaustion) που αποτελεί το πρώτο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, σύμφωνα με την Cherniss (1980), οι δεξιότητες και οι προσδοκίες του ατόμου δεν αρκούν για να ολοκληρώσει επιτυχώς τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις, με αποτέλεσμα το άτομο αυτό να βιώνει έντονα οποιαδήποτε κατάσταση, να αισθάνεται μόνιμο άγχος και έντονο στρες (Maslach & Jackson, 1981).

Στο δεύτερο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή στο στάδιο της αποπροσωποποίησης (depersonalization) το άτομο νιώθει αρκετή κόπωση ενώ δεν δείχνει κανένα ενδιαφέρον για την εργασία του. Αντίθετα εκφράζει μια συνεχή απάθεια και μια μόνιμη αδιαφορία για οποιαδήποτε αρμοδιότητα καλείται να αναλάβει στην εργασία του. Ταυτόχρονα αρχίζει να νιώθει πως οι δυνάμεις του τον εγκαταλείπουν και εγκαταλείπει και αυτός με τη σειρά του τους στόχους που είχε θέσει στην αρχή. Έτσι αρχίζει να νιώθει μια συνεχή απογοήτευση αλλά και άρνηση και οδηγείται σε πλήρη αδιαφορία και ψυχρή συμπεριφορά (Maslach & Jackson, 1981).

Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης που αφορά την έλλειψη επιτευγμάτων (loss of personal accomplishment), το άτομο αρχίζει να εναντιώνεται απέναντι στον ίδιο του τον εαυτό καθώς και στους συναδέλφους του, ενώ δείχνει απόλυτη αδιαφορία για το επαγγελματικό του περιβάλλον καθώς αρχίζει να συμπεριφέρεται κυνικά και εγωιστικά (Maslach & Schaufeli, 1993).

Η Maslach αλλά και πολλοί συνεργάτες προκειμένου να μετρήσουν την επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποίησαν την κλίμακα Maslach-Burnout-Inventory (MBI), που χρησιμοποιεί και τις τρεις διαστάσεις του συνδρόμου ενώ

σύμφωνα με τους Kristensen et. al. (2005) η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται στο μεγαλύτερο ποσοστό (90%) των επιστημονικών εργασιών.

Συνεπώς η προσέγγιση της Maslach στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης θεωρείται η πλέον ως η περισσότερο αποδεκτή καθώς και περισσότερο γνωστή αλλά και τεκμηριωμένη με επιστημονικό τρόπο (Θεοφίλου, 2009; Κόκκινος & Δαβάζογλου, 2006; Στάγια & Ιορδανίδης, 2014).

Συμπερασματικά λοιπόν, το εργασιακό άγχος αποτελεί επικίνδυνο παράγοντα για το περιβάλλον εργασίας και εμφανίζεται σε περιπτώσεις που τα άτομα δεν μπορούν πλέον να διαχειριστούν τις απαιτήσεις της εργασίας τους χάνοντας τον έλεγχο της κάθε κατάστασης. Αποτελεί όμως υποκειμενική μορφή για το κάθε άτομο αφού όλοι οι παράγοντες δεν δημιουργούν άγχος στους ίδιους ανθρώπους. Συνεπώς το εργασιακό άγχος και το επαγγελματικό στρες οδηγούν σε σωματική, ψυχική και πνευματική εξάντληση, η οποία ορίζεται ως επαγγελματική εξουθένωση (Osha, 2000; Παναγιώτου, 2020).

2.2 Ανασκόπηση σχετικών ερευνητικών μελετών αναφορικά με την επαγγελματική εξουθένωση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών

Κάποια επαγγέλματα, σχετίζονται με υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Δυστυχώς, μέσα σε αυτά συγκαταλέγεται και αυτό των κοινωνικών λειτουργών (Jimmieson, 2000). Βέβαια, όπως χαρακτηριστικά αναφέρουν οι Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κούζη (2015) όλοι οι επαγγελματίες υγείας συνδέονται με υψηλά επίπεδα εξουθένωσης εξαιτίας της καθημερινής τους επαφής με τον άνθρωπο αλλά και της έκθεσής τους σε ποικίλα κοινωνικά προβλήματα. Οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν μια ευάλωτη ομάδα που εμφανίζουν πολύ συχνά υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, αφού είναι συνήθως στην «πρώτη γραμμή».

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα ανασκόπησης που πραγματοποίησαν οι Coyle et. al. και αφορούν ερευνητικές μελέτες από το 1996 έως το 2000 σε Αγγλία, ΗΠΑ και διάφορες ευρωπαϊκές χώρες, οι κοινωνικοί λειτουργοί σε ψυχιατρικές δομές εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους και κατάθλιψης σε σχέση με άλλους επαγγελματίες υγείας. Πιο συγκεκριμένα παρατήρησαν πως σχεδόν οι μισοί κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονταν σε χώρο ψυχικής υγείας εμφάνιζαν

συναισθηματική εξάντληση και λιγότερη ικανοποίηση από την εργασία τους, συγκριτικά με άλλους επαγγελματίες όπως ψυχίατροι και εργοθεραπευτές (Coyle et. al., 2005).

Από την άλλη πλευρά οι Lloyd & King, (2004) αναφέρουν ότι αν και οι κοινωνικοί λειτουργοί ως επάγγελμα εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης αυτά αντισταθμίζονται από τα υψηλά επίπεδα ατομικών επιτευγμάτων. Διαφορετική άποψη ωστόσο έχουν οι Shirom & Ezrachi (2003), οι οποίοι αμφισβήτησαν τις προαναφερόμενες απόψεις. Υποστήριξαν πως οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν είναι περισσότερο ευάλωτοι από άλλες ομάδες, όπως για παράδειγμα οι ιατροί, και αυτό διότι έκριναν πως τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης δεν εξαρτώνται από τις ιδιαιτερότητες των ατόμων, αλλά μόνο από το εργασιακό τους περιβάλλον (Shirom & Ezrachi, 2003).

Ο Jones (2001) μέσα από μια έρευνα που πραγματοποίησε σε ομάδες κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε δημόσια νοσοκομεία της Αγγλίας, δήλωσε ότι σχεδόν καθημερινά οι κοινωνικοί λειτουργοί έρχονται σε επαφή με τον ανθρώπινο πόνο ενώ βλέπουν συναδέλφους τους να ξεπερνούν τα όριά τους τόσο πνευματικά όσο και σωματικά. Με άλλα λόγια υποστήριξε πως τα επίπεδα σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης των κοινωνικών λειτουργών είναι τεράστια εξαιτίας των υψηλών εργασιακών τους απαιτήσεων. Ταυτόχρονα υποστηρίζει πως οι συγκρούσεις με άλλους επαγγελματίες και ο φόρτος εργασίας σχετίζονται με τα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με την ίδια έρευνα απαιτείται συναισθηματική υποστήριξη από τους συναδέλφους, κλινική εποπτεία καθώς και υψηλά επίπεδα ικανοποίησης προκειμένου να αποφευχθεί η επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών (Jones 2001).

Τρία χρόνια αργότερα, οι Coffey, Dugdill & Tattersall (2004) πραγματοποίησαν μια ακόμη έρευνα σε ομάδες κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε δύο δημόσια Βρετανικά νοσοκομεία και κατέληξαν στο γεγονός ότι η επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στα δημόσια νοσοκομεία είναι σε πολύ υψηλότερα επίπεδα από ότι στο παρελθόν. Η προαναφερόμενη έρευνα διαπίστωσε ότι τα επίπεδα της επαγγελματικής ικανοποίησης ήταν πολύ χαμηλά ενώ του εργασιακού στρες πολύ υψηλότερα και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι στις κοινωνικές υπηρεσίες των δημόσιων νοσοκομείων, η κατάσταση είναι χειρότερη από ότι ήταν πριν μια δεκαετία. Μάλιστα η συγκεκριμένη έρευνα κατέδειξε υψηλά

επίπεδα ελλείψεων στην οργάνωση και μεγάλη δυσλειτουργία στις δομές κοινωνικής πολιτικής (Coffey et. al., 2004).

Από άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί (Nissly, MorBarak & Levin, 2005; Morrison, 2007) προκύπτει πως ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό των κοινωνικών λειτουργών απουσιάζουν συχνά από την εργασία τους, ενώ παρουσιάζουν συχνά μειωμένη απόδοση και υψηλά επίπεδα παραίτησης. Μάλιστα τονίζουν πως τα επίπεδα παραίτησης είναι υψηλά εξαιτίας των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν καθημερινά στην εργασία τους και πιο συγκεκριμένα εξαιτίας των στρεσογόνων καταστάσεων που βιώνουν.

Επιπλέον, σύμφωνα με έρευνες που διεξήχθησαν στην χώρα μας, οι κυριότερες πηγές που δημιουργούν εργασιακό άγχος στους κοινωνικούς λειτουργούς είναι οι συνθήκες εργασίας, η έλλειψη ευκαιριών, οι οργανωτικές συνθήκες και το χαμηλό εισόδημα (Λεωνίδου 2016; Σταυροπούλου και συν., 2015). Οι Adams, Boscarino & Figley (2006) μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση και το επαγγελματικό άγχος στους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς και κατέληξαν πως η συναισθηματική εξάντλησή τους είναι σε αρκετά υψηλά επίπεδα. Αξίζει να σημειωθεί πως έγινε αναφορά και σε έναν ακόμη όρο, αυτόν της κόπωσης συμπόνιας (compassion fatigue) ο οποίος αντιστοιχεί στην επαγγελματική εξουθένωση και την συναισθηματική εξάντληση (Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κούζη, 2015).

Η διεθνής βιβλιογραφία παρουσιάζει μια σειρά επιστημονικών ερευνών όπου εντοπίζει υψηλά ποσοστά απομάκρυνσης από τον εργασιακό χώρο, αρκετά μειωμένη επίδοση και υψηλά επίπεδα παραίτησης λόγω επαγγελματικού άγχους (Νιαρχάκου, 2018; Morrison, 2007; Nissly, Barak, & Levin, 2005).

Ωστόσο, στην Ελλάδα, σύμφωνα με έρευνα των Σταυροπούλου και συν. (2015) η βασική πηγή ικανοποίησης των κοινωνικών λειτουργών είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσουν τα άτομα στον επαγγελματικό τους χώρο ενώ αρνητικά συναισθήματα προκαλούν οι συνθήκες εργασίας και η οργάνωση του κρατικού ή ιδιωτικού φορέα.

Η Παπαδάκη (2006) τόνισε πως οι κυριότερες ενδογενείς πηγές ικανοποίησης των κοινωνικών λειτουργών είναι η επικοινωνία και η εργασία με τους εξυπηρετούμενους, το συναίσθημα αυτοπραγμάτωσης, η πρόκληση που παρέχει η εργασία τους, η ανατροφοδότηση που λαμβάνουν από τους εξυπηρετούμενους καθώς και η υποστήριξη τους από συναδέλφους. Παράλληλα, οι συνθήκες που παρατηρούνταν στους φορείς και προκαλούσαν δυσαρέσκεια και άγχος στους

κοινωνικούς λειτουργούς ήταν ο μεγάλος φόρτος εργασίας, η έλλειψη ευκαιριών για επιμόρφωση και κατάρτιση του προσωπικού, η έλλειψη υποστήριξης του προσωπικού και ευκαιριών, οι περιορισμένοι πόροι, η έλλειψη εποπτείας και απαραίτητων μέσων για κατάλληλη άσκηση εργασίας και η περιορισμένη επαγγελματική αναγνώριση από τον Οργανισμό και από άλλα μέλη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού.

Τέλος οι Parathanasiou et. al. (2011) σε έρευνα που διεξήγαγαν σε διάφορα νοσοκομεία της Ελλάδας, εντόπισαν συχνότερα και υψηλότερα επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης στους επαγγελματίες υγείας από ότι στους επαγγελματίες του χώρου ψυχικής υγείας.

2.3 Εισαγωγή στα θεωρητικά μοντέλα

Προκειμένου να διερευνηθεί το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης πολλοί μελετητές επιχείρησαν να προσδιορίσουν ορισμένα θεωρητικά μοντέλα. Παρακάτω αναλύονται τα πιο γνωστά μοντέλα, τα οποία συμβάλλουν στην ανάλυση του φαινομένου αλλά και στην αναζήτηση των αιτιών, των συνεπειών και των αποτελεσμάτων που αυτό επιφέρει.

Ως κυριότερες αιτίες του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως έχει ήδη επισημανθεί, αποτελούν οι διαπροσωπικές σχέσεις στα πλαίσια της εργασίας, η φύση του επαγγέλματος, η προσωπικότητα του εργαζόμενου, η διοίκηση και οι εργασιακές συνθήκες (Καλέμη & Ψαρρά, 2017). Η μελέτη του φαινομένου στη διεθνή βιβλιογραφία αφορά δύο προσεγγίσεις, οι οποίες έχουν ως κριτήριο διαφοροποίησης τους παράγοντες που παίζουν καθοριστικό ρόλο στη δημιουργία του (Swider & Zimmerman, 2010).

Η πρώτη προσέγγιση αναφέρεται στα μοντέλα εκείνα που αποδίδουν την επαγγελματική εξουθένωση σε παράγοντες όπως τη φύση της εργασίας του επαγγέλματος και τις εργασιακές συνθήκες. Αναλυτικότερα, οι εργαζόμενοι αισθάνονται εξουθένωση λόγω του φόρτου εργασίας, του έντονου προγράμματος αλλά και της έλλειψης ψυχολογικής υποστήριξης από την ίδια την εργασία (Maslach, 1982).

Η δεύτερη προσέγγιση αναφέρεται στα μοντέλα εκείνα που αποδίδουν την επαγγελματική εξουθένωση σε ατομικούς παράγοντες όπως οι στόχοι των εργαζομένων, οι δυνάμεις αλλά και οι αδυναμίες επίτευξής τους. Με άλλα λόγια, τα

χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του εργαζόμενου καθώς και άλλοι παράγοντες μαζί, οδηγούν σε αύξηση του εργασιακού στρες και εν τέλει σε επαγγελματική εξουθένωση (Maslach, 1982).

2.3.1 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach (1982)

Το μοντέλο των τριών διαστάσεων διατυπώθηκε από την Maslach το 1982 και αποτελεί το πιο γνωστό αλλά και εφαρμόσιμο μοντέλο επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο στην εγχώρια όσο και στη διεθνή βιβλιογραφία (Κουράκος, 2010).

Οι τρεις μορφές της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι εξής:

- Συναισθηματική εξάντληση
- Αποπροσωποποίηση ή ψυχρή συμπεριφορά
- Έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων

οι οποίες διερευνήθηκαν σε ένα δείγμα διευθυντών σε τμήμα ανθρώπινου δυναμικού.

Σύμφωνα με αναλύσεις που έλαβαν χώρα, οι τρεις αυτές μορφές αφορούν μεταβλητές που σχετίζονται άμεσα με αυτές, όπως για παράδειγμα η αντιμετώπιση του άγχους και του στρες και η αποδοτικότητα στην εργασία. Με άλλα λόγια, η επαγγελματική εξουθένωση εμπίπτει στην αλληλεπίδραση του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον. Συνεπώς, το μοντέλο αυτό συνδέει το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης με τον χώρο εργασίας (Καλέμη & Ψαρρά, 2017).

Η πρώτη από τις τρεις μορφές επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά την συναισθηματική εξάντληση, δηλαδή την κόπωση που αισθάνεται το άτομο, την κούραση, την ατονία ενώ πολλές φορές διακατέχεται από το αίσθημα της ανικανότητας και δεν μπορεί να προσφέρει οτιδήποτε στην εργασία του (Καλέμη & Ψαρρά, 2017). Σύμφωνα με τους Swider & Zimmerman (2010) η επαγγελματική και συναισθηματική εξουθένωση προκύπτει από την προσωπικότητα του ατόμου αλλά και από τους στόχους και τις αρμοδιότητες που θέτουν οι υπεύθυνοι στον εργασιακό χώρο.

Η δεύτερη μορφή επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά την αποπροσωποποίηση ή την ψυχρή συμπεριφορά που αποκτά το κάθε άτομο ως άμυνα απέναντι στο συναίσθημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (Cherniss, 1980).

Σύμφωνα με την Maslach (1982) η αποπροσωποποίηση προκαλεί έντονα συναισθήματα αποξένωσης και αποτυχίας και έτσι το άτομο απομακρύνεται από τους συναδέλφους του, ενώ νιώθει αποξενωμένος από το περιβάλλον της εργασίας του.

Συνεπώς η στάση του και η συμπεριφορά του κρίνεται ως επιθετική και ψυχρή ενώ πολλές φορές το άτομο αυτό κατακλύζεται από ειρωνεία και έντονο αποκρουστικό ύφος.

Η τρίτη και τελευταία μορφή σεπαγγελματικής εξουθένωσης αφορά στην έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Το άτομο αισθάνεται ανίκανο να προσφέρει τις υπηρεσίες του στην εργασία του καθώς κυριεύεται από το αίσθημα αποτυχίας και εν τέλει από αυτό της εξουθένωσης. Ακόμη νιώθει δυστυχής και απογοητευμένος, γεγονός που σε μακροχρόνιο επίπεδο δύναται να οδηγήσει τον εργαζόμενο σε παραίτηση από την εργασία του (Schaufeli & Enzmann, 1998).

Σύμφωνα με τον Χατζηπέμπο (2016), η κάθε διάσταση του μοντέλου της Maslach είναι μονοσήμαντη, αλλά και κάθε μια από αυτές απαιτεί την ύπαρξη της άλλης, έτσι ώστε το μοντέλο να είναι ολοκληρωμένο. Στο πέρασμα όμως των ετών το μοντέλο αυτό διαφοροποιήθηκε και οι τρεις διαστάσεις διατυπώθηκαν ξανά ως:

- Σωματική και ψυχική εξάντληση
- Κυνισμό
- Ανικανότητα και έλλειψη παραγωγικότητας (Maslach & Schaufeli, 1993).

2.3.2 Το υπαρξιακό μοντέλο της Pines

Η Pines δημιούργησε ένα νέο μοντέλο, γνωστό ως υπαρξιακό μοντέλο, σύμφωνα με το οποίο η υπαρξιακή προσέγγιση βασίζεται σε δυο κύριες υποθέσεις. Η πρώτη υπόθεση, υποστηρίζει πως τα άτομα πρέπει να θεωρούν ότι η ζωή τους έχει αξία και είναι σημαντική αλλά και οι δραστηριότητες με τις οποίες απασχολούνται είναι εξίσου ουσιώδεις (Καλέμη & Ψαρρά, 2017). Η δεύτερη υπόθεση στηρίζεται στο γεγονός ότι πολλοί άνθρωποι επιλέγουν ένα επάγγελμα, το οποίο για αυτούς αποτελεί σημείο αναφοράς αφού αναπολούν τα παιδικά τους χρόνια μέσα από αυτό, αναβιώνουν αναμνήσεις και ξαναζούν εμπειρίες ενώ ταυτόχρονα ικανοποιούν τις ανάγκες τους, υλοποιούν τους στόχους τους και τις προσδοκίες τους (Pines, 1993; Pines, 2000a ; Pines, 200b; Pines & Yanai, 2000).

Η πρώτη υπόθεση προκύπτει από την υπαρξιακή ψυχοθεραπεία ενώ η δεύτερη υπόθεση προκύπτει από την ψυχοδυναμική θεωρία. Με άλλα λόγια, το υπαρξιακό μοντέλο ερμηνεύει την ανάγκη των ανθρώπων να ανακαλύψουν την υπαρξιακή

σημασία μέσω της εργασίας τους (Frank, 1976; Yalom, 1980; Pruyser, 1980; Becker, 1973).

Έτσι λοιπόν όταν το άτομο επιλέγει για σταδιοδρομία μια εργασία με υψηλές απαιτήσεις και ταυτόχρονα αποκτά υψηλές προσδοκίες, τότε θέτει ακόμα υψηλότερους στόχους (Καλέμη & Ψαρρά, 2017). Σύμφωνα με την Pines (2002) τα άτομα που έχουν υψηλούς στόχους και προσδοκίες συνήθως είναι άτομα που κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας δεν κατάφεραν να πραγματοποιήσουν τα όνειρά και τους στόχους τους. Ωστόσο, η επιτυχία την οποία στοχεύουν τα άτομα αυτά θα καταφέρει να επουλώσει τις πληγές τους και να απομακρύνει τα αρνητικά συναισθήματα που έχουν δημιουργηθεί από την παιδική τους ηλικία (Pines & Yanai, 2000; Pines, 2002).

Έτσι λοιπόν το άτομο επιλέγει ένα επάγγελμα το οποίο έχει υψηλές απαιτήσεις, θέτει υψηλά κίνητρα και στόχους που πολλές φορές τον οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση. Η Pines χαρακτηρίζει τα κίνητρα σε τρεις τύπους: Τα καθολικά κίνητρα, τα κίνητρα που σχετίζονται με κάποιο επάγγελμα και τα προσωπικά κίνητρα (Pines, 2000a, 2002).

Πιο συγκεκριμένα, τα καθολικά κίνητρα αφορούν τα κίνητρα που έχει το άτομο μόλις αρχίζει την επαγγελματική του σταδιοδρομία, ενώ τα κίνητρα που σχετίζονται με κάποιο επάγγελμα αφορούν αρχές και αξίες που έχει κάθε άτομο με βάση το επάγγελμα που επιλέγει. Τέλος, τα προσωπικά κίνητρα αφορούν τις προσωπικές επιδιώξεις και την εικόνα που έχουν τα άτομα για την εργασία τους (Pines, 2002).

Συνεπώς, το άτομο, με όλα τα παραπάνω κίνητρα, «χτίζει» την επαγγελματική του σταδιοδρομία και ορίζει τις προσδοκίες που έχει από αυτήν. Σε περίπτωση ωστόσο που δεν καταφέρει να επιτύχει τους στόχους του, τότε οδηγείται σε απώλεια κινήτρων και επαγγελματική εξουθένωση (Pines, 2002).

Έτσι λοιπόν, η επαγγελματική εξουθένωση στηρίζεται σε στόχους και κίνητρα που ορίζουν τα άτομα αλλά και τη δυνατότητα να τα πετύχουν. Σύμφωνα με την Pines (2002), οι αιτίες επαγγελματικής εξουθένωσης, αποδίδονται στα άτομα που έχουν υψηλές απαιτήσεις από την εργασία τους.

Η κλίμακα για τη μέτρηση επαγγελματικής εξουθένωσης που προτείνει η Pines είναι η κλίμακα Burnout-Measure, η οποία στηρίζεται σε μεγάλο βαθμό στην κλίμακα που πρότεινε η Maslach. Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία και αυτή η κλίμακα είναι ιδιαίτερα αξιόπιστη και αρκετά εφαρμόσιμη (Maslach-Pines, 2000).

2.3.3 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης

Το πιο πρόσφατο μοντέλο για τη μελέτη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτό του μοντέλου της Κοπεγχάγης. Το μοντέλο αυτό το πρότεινε μια ομάδα ερευνητών αποτελούμενη από τους Kristensen, Borritz, Villadsen & Christensen, οι οποίοι αμφισβήτησαν το εργαλείο μέτρησης που πρότεινε η Maslach (MBI) επειδή το έκριναν ως πλέον αδύναμο να μελετήσει την επαγγελματική εξουθένωση. Έτσι λοιπόν πρότειναν το Copenhagen-Burnout-Inventory (CBI) που αποτελεί ένα νέο ερωτηματολόγιο, το οποίο σχεδιάστηκε προκειμένου να ξεπεράσει τους περιορισμούς και τις αδυναμίες αυτού που πρότεινε η Maslach. Το CBI αναπτύχθηκε ως μέρος της μελέτης PUMA που ξεκίνησε τότε να ερευνά την εξουθένωση των εργαζομένων στον τομέα των υπηρεσιών στην Κοπεγχάγη (Kristensen et. al., 2005).

Πιο συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο CBI αποτελείται από 19 ερωτήσεις και τρεις κλίμακες που μετρούν τις τρεις υπο-διαστάσεις εξάντλησης. Η κλίμακα προσωπικής εξουθένωσης αποτελείται από έξι στοιχεία και μετρά το βαθμό σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης που βιώνει ένα άτομο ανεξαρτήτως από το εάν αποτελεί μέρος του εργατικού δυναμικού ή όχι. Η κλίμακα εξουθένωσης που σχετίζεται με την εργασία έχει επτά στοιχεία και μετρά το βαθμό σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης που σχετίζεται άμεσα με την εργασία και το περιβάλλον αυτής. Η κλίμακα εξουθένωσης που σχετίζεται με τον πελάτη έχει έξι στοιχεία και μετρά το βαθμό σωματικής και ψυχολογικής εξάντλησης που αισθάνονται οι άνθρωποι, οι οποίοι εργάζονται σκληρά με αρκετό κόσμο και συναναστρέφονται με πελάτες.

Το μοντέλο αυτό θεωρείται ιδιαίτερα αξιόπιστο έπειτα από μελέτες που έγιναν στη Δανία και την Αυστραλία. Ωστόσο οι δημιουργοί του μοντέλου αυτού προτείνουν πως η εγκυρότητά του θα πρέπει να ελέγχεται σε διαφορετικούς πληθυσμούς (Kristensen et. al., 2005; Winwood & Winefield, 2004).

Το μοντέλο αυτό χρησιμοποιήθηκε σε πολλές χώρες και μεταφράστηκε σε περισσότερες από οκτώ γλώσσες, ενώ έχει ερευνηθεί σε περισσότερα από 15 επαγγέλματα όπως οι γιατροί και άλλα επαγγέλματα όπως φύλακες, καθηγητές (Winwood & Winefield, 2004; Biggs & Brough, 2006; Kristensen et. al., 2005).

2.4 Μέτρηση επαγγελματικής εξουθένωσης

Οι έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση είναι πολύ εκτεταμένες, ενώ τα τελευταία χρόνια εμφανίζουν συνεχώς αυξανόμενη τάση για πιο εμπειριστωμένες μελέτες, με αποτέλεσμα να αναπτύσσονται διάφορα εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων σε διάφορους τομείς.

Προκειμένου να μετρηθεί αλλά και να αξιολογηθεί το μέγεθός της, δημιουργήθηκαν στον διεθνή χώρο αρκετά ψυχομετρικά εργαλεία, τα οποία χρησιμοποιούν διάφορες κλίμακες και ερωτήσεις προκειμένου να καλύψουν όλο το φάσμα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα, επιχειρούν να μετρήσουν διάφορες σχέσεις με άξονα αυτή, όπως για παράδειγμα τη σχέση της με την ικανοποίηση όπως και την αλληλεπίδραση επαγγελματικού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία θα αναλυθούν παρακάτω.

2.4.1 Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης & επαγγελματικής ικανοποίησης

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση φαίνεται ξεκάθαρα η άμεση σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες εντοπίζεται αρνητική συσχέτιση μεταξύ των δυο αυτών μεταβλητών, αφού η επαγγελματική έλλειψη ικανοποίησης αποτελεί βασικό παράγοντα της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ακόμη η μη ικανοποίηση των εργαζομένων σχετίζεται άμεσα με τα υψηλά επίπεδα άγχους και στρες και συνεπώς με την ψυχική και σωματική υγεία των εργαζομένων. Σύμφωνα με τον Βασιλειάδη (2018) και την Αμαραντίδου (2010) όπου παρατηρείται υψηλός βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης υφίσταται και χαμηλός βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης (McGowan, 2020; Ρούπα, Τζαβέλας & Ραφτόπουλος, 2008).

Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες που δεν υποστηρίζουν τη θετική συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής δυσαρέσκειας και επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με την Λεωνίδου (2016), οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης αλλά ταυτόχρονα υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτή η ιδιαίτερη σχέση οφείλεται στην ιδιαίτερη φύση των επαγγελματιών υγείας καθώς και του υψηλού βαθμού υπευθυνότητας που έχουν τα

άτομα που εργάζονται σε αυτό το χώρο. Η ίδια σχέση επιβεβαιώνεται και για το επάγγελμα των νομικών, σύμφωνα με την Σαλμάν (2010).

Συνεπώς εμφανίζουν όλα τα επαγγέλματα επαγγελματική ικανοποίηση και εξουθένωση, αυτό όμως που αλλάζει είναι η θετική ή αρνητική συσχέτιση των δυο αυτών μεταβλητών.

2.4.2 Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης & επαγγελματικού άγχους

Όπως προκύπτει από την βιβλιογραφία υπάρχει σχέση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικού άγχους και μάλιστα χαρακτηρίζεται ως σχέση αιτίου-αιτιατού. Συμπεραίνεται λοιπόν, πως το επαγγελματικό άγχος σε μακροχρόνιο επίπεδο, οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση (Miles et. al, 2002; McGowan, 2020).

Σύμφωνα με τους Wu et. al. (2007) καθώς και με τον McGowan (2020) το εργασιακό άγχος αποτελεί σημαντικό παράγοντα, ο οποίος παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση της συναισθηματικής εξουθένωσης και των αποκλινοσών συμπεριφορών. Αναλυτικότερα, η συναισθηματική εξουθένωση σχετίζεται σε σημαντικό βαθμό με τις αποκλίνουσες συμπεριφορές όπως για παράδειγμα απουσίες, χαμηλή αποδοτικότητα, μειωμένη αποτελεσματικότητα, επιθετικότητα, αργοπορημένη άφιξη στην εργασία, αδυναμία συμμόρφωσης στους ισχύοντες νόμους και κανόνες. Όταν εμφανίζονται υψηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους, η συναισθηματική εξουθένωση παρουσιάζει υψηλή θετική συσχέτιση με τέτοιες συμπεριφορές. Ταυτόχρονα, ισχύει και η αντίστροφη σχέση δηλαδή σε χαμηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους, η συναισθηματική εξουθένωση εμφανίζει αρνητική συσχέτιση με τις αποκλίνουσες συμπεριφορές (McGowan, 2020).

Ακόμα, τα χαμηλά επίπεδα επαγγελματικού άγχους εμφανίζουν θετική συσχέτιση με θετικές συμπεριφορές και αντιδράσεις όπως για παράδειγμα η δημιουργικότητα, η συνέπεια, η αποδοτικότητα, και η αποτελεσματικότητα, συμβάλλοντας καθοριστικά στην σωστή και αποδοτική λειτουργία των οργανισμών και των φορέων (Spector & Fox, 2005; McGowan, 2020).

Η σχέση αυτή εξηγείται μέσω του μοντέλου Spector & Fox, δηλαδή του Environment events emotion behavior model, όπου συμπεραίνεται πως το επαγγελματικό άγχος εγείρει αρνητικά συναισθήματα και αυξάνει δραματικά την πιθανότητα εμφάνισης αποκλίνουσας συμπεριφοράς. Με άλλα λόγια, σύμφωνα με το

μοντέλο των Spector & Fox, η μόνιμη έκθεση ατόμων σε γεγονότα, τα οποία προκαλούν συναισθήματα τόσο θετικά όσο και αρνητικά συμβάλλει στην αύξηση της πιθανότητας το άτομο να αντιδρά σε καταστάσεις με βάση την συμπεριφορά που έχει (Spector & Fox, 2005)

Σύμφωνα με την Pines (1993) τα άτομα τα οποία αναμένουν να αντλήσουν από την εργασία τους ένα αίσθημα εμπιστοσύνης καθώς και σημαντικότητας είναι περισσότερο επιρρεπή στην επαγγελματική εξουθένωση από ότι άλλα άτομα που δεν έχουν τέτοιες βλέψεις. Με άλλα λόγια, τα άτομα που δεν έχουν ανάλογες προσδοκίες τείνουν να εμφανίζουν επαγγελματικό άγχος συχνότερα και πιο σπάνια συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Pines, 1993; McGowan, 2020).

Επιπρόσθετα σύμφωνα με τον McGowan (2020) το άγχος εκφράζεται με την εμφάνιση τόσο σωματικών όσο και ψυχικών συμπτωμάτων ενώ η εξουθένωση αποτελεί το τελικό στάδιο κατάρρευσης των μηχανισμών προσαρμογής το οποίο προκύπτει εξαιτίας της παρατεταμένης κατάστασης άγχους στην οποία βρίσκεται το άτομο. Βασικό κριτήριο διαφοροποίησης των εννοιών του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί η ανάπτυξη αρνητικών συμπεριφορών, δηλαδή η επαγγελματική εξουθένωση η οποία συνοδεύεται από εκδήλωση αρνητικής συμπεριφοράς απέναντι στον οργανισμό και την εργασία, ενώ το επαγγελματικό άγχος δεν συνάδει απαραίτητα με τέτοιες συμπεριφορές (McGowan, 2020; Spector & Fox, 2005).

2.5 Εργαλεία μέτρησης επαγγελματικής εξουθένωσης

Ποικίλα είναι τα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το πλέον πιο διαδεδομένο εργαλείο μέτρησης, είναι αυτό που πρότειναν οι Maslach & Jackson το 1986 και ορίζεται ως η κλίμακα MBI (Maslach-Burnout-Inventory). Το εν λόγω εργαλείο μέτρησης δημιουργήθηκε στην αγγλική γλώσσα και στη συνέχεια διατυπώθηκε σε πολλές ακόμα γλώσσες, ενώ παράλληλα παρείχε όλα τα απαραίτητα μέσα και για ερευνητικές μελέτες. Οι παράγοντες που εμπειριέχε, αφορούσαν την προσωπική επίτευξη, τη συναισθηματική εξάντληση, τη δέσμευση ότι τα άτομα θα εργαστούν και τέλος την αποπροσωποποίηση. Ωστόσο στο τελικό MBI ο παράγοντας της δέσμευσης για εργασία, δεν συμπεριλήφθηκε. Με τη πάροδο των χρόνων, το MBI διαφοροποιήθηκε πολλές φορές και τώρα πλέον περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις ενώ

μελετά 3 πλέον παράγοντες και όχι 4 όπως κατά την αρχική σχεδίαση (Δουβάνας και συν., 2015).

Αξίζει να σημειωθεί πως το MBI χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα για πολλές έρευνες ενώ με την κατάλληλη τροποποίηση μπορεί να αξιοποιηθεί ως εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε πολλά επαγγέλματα, πέραν των επαγγελματιών υγείας. Μάλιστα σύμφωνα με τους Kristensen et al. (2005) το 90% των διεθνών ερευνών για την επαγγελματική εξουθένωση σε εργαζομένους έχει πραγματοποιηθεί με την κλίμακα MBI. Το ίδιο συμβαίνει και στην Ελλάδα, με την συντριπτική πλειοψηφία των μελετητών να θεωρούν πως το εν λόγω εργαλείο αποτελεί το πλέον πιο αξιόπιστο μέσο μέτρησης (Maslach et. al., 2001; Halbesleben, 2006; Βάσιος, 2020).

Στη συνέχεια εμφανίστηκε μια άλλη έκδοση του MBI, που αποτελεί το MBI-ES (Maslach Burnout Inventory- Educators Survey), το οποίο δημιουργήθηκε με σκοπό να χρησιμοποιηθεί αποκλειστικά σε εκπαιδευτικούς αλλά και γενικότερα σε εργαζόμενους στον χώρο της εκπαίδευσης (Friedman, 1999; Maslach et. al., 2001).

Έπειτα κατασκευάστηκε το εργαλείο BM (Burnout- Measure) προκειμένου να μετρηθεί ο βαθμός επαγγελματικής εξουθένωσης σε διάφορα επαγγέλματα, για αυτό και έχει μεταφραστεί σε πολλές γλώσσες και έχει χρησιμοποιηθεί σε πολλές χώρες ανά τον κόσμο. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελείται από 21 στοιχεία που μετρούν αλλά και αξιολογούν το επίπεδο της σωματικής, της συναισθηματικής και της ψυχικής εξουθένωσης του εργαζόμενου. Αξίζει να σημειωθεί πως αρκετοί ερευνητές θεώρησαν πως το εργαλείο αυτό δεν είναι και τόσο λειτουργικό εξαιτίας της ενιαίας βαθμολογίας και πρότειναν να κατασκευαστεί ένα άλλο που κάθε διάσταση θα αξιολογείται διαφορετικά (Pines & Aronson, 1988; Shirom & Ezrachi, 2003; Βάσιος, 2020).

Ακόμη οι Shirom & Ezrachi (2003) κατασκεύασαν ένα άλλο εργαλείο μέτρησης γνωστό ως SMBM (Shirom- Melamed- Burnout- Measurement) όπου ως θεωρητικό υπόβαθρο είχε την θεωρία του Hobfoll (1998) για τη διατήρηση των πόρων (conservation of resources). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από τρεις διαστάσεις: τη σωματική κόπωση, τη συναισθηματική εξάντληση και τη γνωστική κόπωση (Αλβανού, 2014; Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κουζή, 2015).

Επιπρόσθετα προκειμένου να διεξαχθεί μια έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση και πιο συγκεκριμένα για να αξιολογηθούν οι παράγοντες δημιουργίας

καθώς και οι επιπτώσεις που αυτή επιφέρει στο τομέα παροχής ανθρωπιστικών υπηρεσιών, οι Kristensen et. al. (2005) δημιούργησαν ένα νέο εργαλείο μέτρησης γνωστό ως CBI (Copenhagen- Burnout- Inventory). Οι λόγοι δημιουργίας του εργαλείου αυτού οφείλονται κυρίως στην πολυπλοκότητα του εργαλείου MBI, και πιο συγκεκριμένα στη δυσκολία μετάφρασής του καθώς και στον μεγάλο αριθμό ερωτήσεων που περιείχε. Ταυτόχρονα, θεωρήθηκε πως το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου δεν εξυπηρετούσε τους σκοπούς της μελέτης που είχαν οι ίδιοι επιλέξει και αυτό διότι το MBI είναι σχεδιασμένο με τέτοιο τρόπο που αξιολογεί μόνο την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων που έρχονται σε καθημερινή επαφή με κόσμο.

Παράλληλα υποστήριξαν πως οι τρεις διαστάσεις του MBI δεν αφορούν τα συστατικά μέρη της επαγγελματικής εξουθένωσης αλλά τα αποτελέσματα του συνδρόμου αυτού. Ένα άλλο σημείο κριτικής αποτελεί το γεγονός πως, σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποίησαν, πολλοί ερωτώμενοι δήλωναν δυσαρεστημένοι με τις ερωτήσεις που περιείχε γιατί δεν ήταν εύστοχες. Για αυτό το λόγο προέβησαν στη δημιουργία ενός νέου εργαλείου που θα προσαρμοζόταν περισσότερο στις ανάγκες τους. Έτσι λοιπόν το νέο εργαλείο CBI αποτελείται από 19 ερωτήσεις, οι οποίες χωρίζονται σε 3 κύριες κατηγορίες: στην εξουθένωση που νιώθει κάποιος είτε εργάζεται είτε όχι, στην εξουθένωση που αντιλαμβάνεται αυτός που βρίσκεται μέσα στο εργασιακό περιβάλλον καθώς και στην εξουθένωση που αντιλαμβάνεται αυτός που εξυπηρετείται. Το ερωτηματολόγιο είναι με τέτοιο τρόπο δομημένο έτσι ώστε να μπορεί να μελετήσει την επαγγελματική εξουθένωση των ατόμων σε διάφορα επαγγέλματα. Ακόμη το ερωτηματολόγιο δύναται να προβλέψει τη μελλοντική εμφάνιση ασθενειών, προβλημάτων στον ύπνο καθώς και την πρόθεση των εργαζομένων να εγκαταλείψουν την εργασία τους. Η κλίμακα των απαντήσεων του συγκεκριμένου εργαλείου άγεται στη κλίμακα των 100 (Αλβανού, 2014; Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κουζή, 2015; Kristensen et. al., 2005).

Τέλος, οι Demerouti & Bakker (2008) δημιούργησαν ένα νέο εργαλείο το OLBI (Oldenburg- Burnout- Inventory) στο οποίο ανέφεραν μόνο 2 παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης: την εξουθένωση και την αποδέσμευση από την εργασία. Το συγκεκριμένο εργαλείο αποτελείται από 8 ερωτήσεις συνολικά, από τις οποίες οι 4 αναφέρονται σε θετικά συναισθήματα και οι άλλες 4 σε αρνητικά. Το OLBI αφορά κυρίως άτομα που καταπιάνονται με οποιασδήποτε μορφής σωματική

εργασία αλλά και σε όσους ασχολούνται με την ανάλυση και διαχείριση των δεδομένων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΑΙ ΕΠΙΠΤΩΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

3.1 Παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης

Η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα σύνδρομο συναισθηματικής εξάντλησης, αποπροσωποποίησης και περιορισμένης προσωπικής εκπλήρωσης. Αναπτύσσεται κυρίως σε ανθρώπους που κατά τη διάρκεια της εργασίας τους έρχονται σε επαφή με άλλα άτομα (Καλέμη & Ψαρρά, 2017). Μάλιστα η επαγγελματική εξουθένωση είναι απόρροια χρόνιου συσσωρευμένου άγχους, που διακατέχει το άτομο και αποστερεί των ψυχικών του αποθεμάτων, τα οποία τον καθιστούν ικανό να αντιμετωπίζει την πίεση που δέχεται εξαιτίας των εργασιακών συνθηκών καθώς και το έντονο στρες (Σαρίδη, Καρρά & Σουλιώτης, 2016).

Οι παράγοντες που καθορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση, σύμφωνα με τους Maslach et. al. (1986) είναι: η συναισθηματική εξάντληση, η αποπροσωποποίηση και η μείωση προσωπικών επιτευγμάτων. Πιο συγκεκριμένα:

- Συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion)

Η συναισθηματική εξάντληση αποτελεί την κύρια διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης και δημιουργείται κυρίως από αισθήματα κόπωσης και μείωσης των ψυχικών αποθεμάτων του ανθρώπου. Το άτομο αισθάνεται ότι πλέον δεν έχει την απαραίτητη ενέργεια και ψυχική κατάσταση για να καταφέρει να φέρει εις πέρας τις εργασιακές του υποχρεώσεις και να αντιμετωπίσει τους άλλους ανθρώπους που έχουν την ανάγκη και την φροντίδα του.

- Αποπροσωποποίηση (depersonalization)

Η αποπροσωποποίηση αφορά τα αρνητικά και τα κινικά συναισθήματα που καταλαμβάνουν τον εργαζόμενο για τους αποδέκτες των υπηρεσιών του, δηλαδή τους ασθενείς. Τα συναισθήματα αυτά εκφράζονται με αρνητικές στάσεις και συμπεριφορές, αλλά και απόμακρες και απρόσωπες σχέσεις που διαμορφώνει ο εργαζόμενος με αυτούς. Σύμφωνα με τους Maslach et. al. (1986) η αποπροσωποποίηση αποτελεί επακόλουθο της συναισθηματικής εξάντλησης.

- Μείωση προσωπικών επιτευγμάτων (reduced personal accomplishment)

Η αίσθηση της περιορισμένης προσωπικής εκπλήρωσης και αυτο-αποτελεσματικότητας, συνδέεται κυρίως με τα συμπτώματα κατάθλιψης. Μπορεί να επιδεινωθεί, όταν το άτομο βιώνει έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης και περιορισμένες δυνατότητες για εξέλιξη στο εργασιακό πλαίσιο. Με άλλα λόγια, το άτομο αξιολογεί αρνητικά τον εαυτό του, είναι πολύ δυσαρεστημένο από την απόδοσή του στην εργασία και συχνά παραιτείται από κάθε προσπάθεια αλλά και αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών (Καλέμη & Ψαρρά, 2017).

Σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία, η επαγγελματική εξουθένωση δεν δημιουργείται μόνο από έναν παράγοντα, αλλά είναι απόρροια της αλληλεπίδρασης τόσο των εξωτερικών όσο και εσωτερικών παραγόντων (Αναστασίου, 2013). Εσωτερικοί παράγοντες είναι τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου, δημογραφικά χαρακτηριστικά, ενώ εξωτερικοί παράγοντες είναι ο φόρτος εργασίας, οι σχέσεις ανάμεσα σε συναδέλφους, η ηγεσία, το ίδιο και το εργασιακό περιβάλλον (Βασιλόπουλος, 2012).

Σύμφωνα με τον Chang (2009) υπάρχει μια άλλη κατηγοριοποίηση των παραγόντων που όμως αφορά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι παράγοντες αυτοί είναι οι ατομικοί, οι οργανωτικοί και οι παράγοντες συναλλαγής, που θα τους αναλύσουμε στις παρακάτω υποενότητες. Την προσέγγιση αυτή ακολουθούν πολλοί ακόμη ερευνητές όπως Δεληγάς, Τούκας και Σπυρούλη (2012), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση προκαλείται από ένα σύνολο παραγόντων και συγκεκριμένα από την αλληλεπίδραση εξωτερικών και ατομικών παραγόντων.

Σύμφωνα με την Micklevitz (2001) μια ακόμη κατηγοριοποίηση των παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά τους ατομικούς και τους εργασιακούς παράγοντες.

Ακόμη σύμφωνα με αρκετές θεωρητικές μελέτες τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης αφορούν την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον εργασίας του καθώς και συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά (Παπαδάκη, Τοράκη & Αυγενάκης 2013; Σύρμος, 2019).

Στις επόμενες υποενότητες θα αναλυθούν οι παράγοντες επαγγελματικής εξουθένωσης που αφορούν τους ατομικούς, τους οργανωτικούς και τους παράγοντες συναλλαγής.

3.1.1 Ατομικοί παράγοντες (Individual factors)

Η πρώτη κατηγορία παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι ατομικοί. Ουσιαστικά πρόκειται για παράγοντες που ανήκουν και συσχετίζονται περισσότερο με τον επαγγελματία ως άτομο και ως προσωπικότητα (Σύρμος, 2019; Παπαδάκη, Τοράκη & Αυγενάκης, 2013).

Ως ατομικοί παράγοντες αναφέρονται τόσο τα δημογραφικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, τα έτη προϋπηρεσίας, το εισόδημα και τα διάφορα στοιχεία προσωπικότητας, που όμως είναι μοναδικά στο κάθε άτομο, όπως οι στόχοι που θέτει ο καθένας από το επάγγελμά του, οι προσδοκίες που έχει, ο βαθμός αυτοελέγχου και αυτοεκτίμησης (Maslach et al., 2001; Καλέμη & Ψαρρά, 2017; Chang, 2009).

Σύμφωνα με τους Παπαστυλιανού & Πολυχρονόπουλος (2007) τα άτομα μικρότερης ηλικίας και με λιγότερα χρόνια προϋπηρεσίας καθώς και με λιγότερη εμπειρία εμφανίζουν πιο συχνά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Το γεγονός αυτό δικαιολογείται επειδή τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας και με περισσότερη εμπειρία έχουν αναπτύξει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και τεχνικές αυτοελέγχου για την αντιμετώπιση των απαιτήσεων και των εργασιακών καθηκόντων (Κάντας, 1995; Δεληγάς, Τούκας & Σπυρούλη, 2012; Κουλιεράκης, Μεταλληνού & Πάντζου, 2000).

Το μορφωτικό επίπεδο παίζει επίσης σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης των ατόμων καθώς, όπως έχει αποδειχτεί από έρευνες καθώς όσα περισσότερα προσόντα, εφόδια και γνώσεις έχει κάποιος εργαζόμενος τόσο πιο σπάνια εμφανίζει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Pines, 1993; Maslach et al., 2001)

Τέλος σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση των ατόμων, οι έρευνες αποδεικνύουν ότι οι άγαμοι εμφανίζουν πιο συχνά επαγγελματική εξουθένωση σε σχέση με τους έγγαμους (Κάντας, 1996; Maslach et al., 2001; Δεληγάς, Τούκας & Σπυρούλη, 2012).

Εκτός όμως από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά οι έρευνες δείχνουν πως σημαντικό ρόλο παίζουν και τα μοναδικά στοιχεία προσωπικότητας όπως οι στόχοι που θέτει ο καθένας από το επάγγελμά του, οι προσδοκίες που έχει και ο βαθμός αυτοελέγχου, αυτοπεποίθησης και αυτοεκτίμησης Σύμφωνα μάλιστα με πρόσφατες

έρευνες τα άτομα τα οποία δεν διαθέτουν τόσο ισχυρή προσωπικότητα και έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση παρουσιάζουν συχνά συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης (Antoniou, Polychroni & Kotroni, 2009; Παπαθανασίου, 2012).

Επιπλέον σύμφωνα με τους Maslach et. al. (2001) τα άτομα που έχουν υψηλότερες απαιτήσεις και μεγαλύτερους στόχους στη ζωή τους νιώθουν συχνά εξουθένωση σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό από άτομα που έχουν ελάχιστες ή καθόλου απαιτήσεις (Κουλιεράκης, Μεταλληνού & Πάντζου, 2000).

Ακόμη σύμφωνα με τους Παπαδάκη, Τοράκη & Αυγενάκης (2013) τα κυριότερα ατομικά χαρακτηριστικά αφορούν τα αρχικά κίνητρα του εργαζόμενου για την απασχόλησή του στο επάγγελμα, τις προσδοκίες του ατόμου τόσο για τον ίδιο του τον εαυτό όσο και για τους άλλους, τον τρόπο αντίληψης και αντίδρασης στις δύσκολες καταστάσεις που έχει να διαχειριστεί καθώς και την πιθανότητα αποτυχίας στην πραγματοποίηση των στόχων και των ονείρων του.

Τέλος η δύναμη και η αντοχή που παρατηρείται σε ορισμένους επαγγελματίες στο τρόπο διαχείρισης του άγχους και η ικανότητα μετατροπής του σε πρόκληση, η αυξημένη ύπαρξη αυτοελέγχου, η εμπειρία, η δυνατότητα διαχείρισης του εργασιακού στρες και η μετατροπή του σε δημιουργικό, αποτελούν ατομικούς παράγοντες για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης (Παπαδάκη, Τοράκη & Αυγενάκης, 2013; Σύρμος, 2019).

3.1.2 Οργανωτικοί παράγοντες (Organizational factors)

Η δεύτερη κατηγορία παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι οργανωτικοί. Ως οργανωτικούς παράγοντες ορίζουμε αυτούς που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον και αφορούν την ηγεσία, τις συνθήκες εργασίας, τις διαπροσωπικές σχέσεις και την υλικοτεχνική υποδομή (Anastasiou & Parakonstantinou, 2014; Καλέμη & Ψαρρά, 2017; Antoniou, Polychroni & Kotroni, 2009).

Πιο συγκεκριμένα οι οργανωτικοί παράγοντες που σχετίζονται με το περιβάλλον εργασίας αφορούν (Κουτελέκος, 2007):

- Τις πιεστικές και αντίξοες συνθήκες εργασίας
- Την έλλειψη ψυχολογικής υποστήριξης στο χώρο εργασίας
- Την έλλειψη εκπαιδευμένου προσωπικού

- Την έλλειψη επικοινωνίας μεταξύ των ατόμων
- Την έλλειψη στήριξης από τους συναδέλφους ή/και τη διοίκηση
- Την υψηλή συναισθηματική φόρτιση στο περιβάλλον εργασίας
- Τις άνισες οικονομικές απολαβές
- Την ανισότητα στις ηθικές απολαβές
- Το εξαντλητικό ωράριο
- Τις απαιτητικές συνθήκες εργασίας
- Την μη συμμετοχή στις αποφάσεις
- Την αυταρχική διοίκηση
- Την έλλειψη κινήτρων και δυνατότητας εργασιακής εξέλιξης
- Την ασάφεια του ρόλου των εργαζομένων
- Τις ιδιαιτερότητες του κάθε χώρου εργασίας όπως αυξημένες ανάγκες των ασθενών ορισμένων τμημάτων, π.χ. οι μονάδες εντατικής θεραπείας (ΜΕΘ).

Με άλλα λόγια, όλοι οι παράγοντες που αφορούν τη δομή και την οργάνωση του εργασιακού περιβάλλοντος καθώς και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά στους υγειονομικούς χώρους, παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου. Αξίζει να σημειωθεί πως σύμφωνα με τους Παπαδάκη, Τοράκη & Αυγενάκη (2013) οι ατομικοί παράγοντες συμβάλλουν πολύ περισσότερο στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης, από ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες.

Επιπρόσθετα η ασάφεια των ρόλων των ατόμων στο χώρο της εργασίας καθώς και η ελλιπής ενημέρωση αυτών για τους στόχους και τις απαιτήσεις από την εργασία του, συμβάλλουν καθοριστικά στη δημιουργία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης (Chang, 2009; Antoniou, Polychroni & Kotroni, 2009).

Τέλος ένας ακόμη παράγοντας που επιδρά θετικά στη δημιουργία άγχους, στρες και εν τέλει στην επαγγελματική εξουθένωση είναι η αξιολόγηση από τα θεσμικά όργανα και από το κοινωνικό τους περιβάλλον (Anastasiou & Papakonstantinou, 2014; Κουτελέκος, 2007).

3.1.3 Παράγοντες συναλλαγής (Transactional factors)

Η τρίτη κατηγορία παραγόντων της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτή της συναλλαγής. Με άλλα λόγια, οι παράγοντες συναλλαγής προκύπτουν από την αλληλεπίδραση των ατομικών και των οργανωτικών παραγόντων (προκύπτει από την τομή των δυο συνόλων) και αφορούν κυρίως τις αντιλήψεις για τον τρόπο οργάνωσης της διοίκησης, τις αντιλήψεις για την υποστήριξη από τη διεύθυνση, τους συναδέλφους και τη διοίκηση καθώς και την εσωτερική αμοιβή και την επαγγελματική ικανοποίηση (Chang, 2009).

3.2 Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης

Τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ποικίλα και σχετίζονται άμεσα με τον συναισθηματικό τομέα, την σωματική κατάσταση του ατόμου καθώς και με την ψυχοσύνθεσή του την δεδομένη χρονική στιγμή (Καλέμη & Ψαρρά, 2017). Αυτή διαταράσσεται μόλις το άτομο αισθάνεται έντονα την απώλεια ενδιαφέροντος για τη δουλειά του, έχει άρνηση για οποιαδήποτε δραστηριότητα που σχετίζεται με αυτή, καθώς και απαξίωση και αποστασιοποίηση γενικότερα από το χώρο εργασίας του (Chang, 2009).

Συνεπώς τα συμπτώματα που εμφανίζει σε αυτές τις περιπτώσεις ο κοινωνικός λειτουργός είναι συναισθηματικά και ψυχολογικά, σωματικά, νοητικά και συμπεριφορικά (Maslach et. al., 2001; Τριανταφύλλου, 2013).

Η πρώτη κατηγορία αφορά το συναισθηματικό επίπεδο, όπου ο επαγγελματίας αισθάνεται έντονα δυσφορία για την εργασία του, βιώνει αρνητικά συναισθήματα για τον εαυτό του, αναπτύσσει έντονη αποθάρρυνση και εμφανίζει καταθλιπτική διάθεση ενώ ταυτόχρονα αυξάνεται με εκθετικό ρυθμό η ένταση και το άγχος που αισθάνεται. Σε ψυχολογικό επίπεδο το άτομο εκδηλώνει τα παρακάτω συμπτώματα: διαρκή εκνευρισμό, κυκλοθυμία, αποτυχία, άγχος, κατάθλιψη, έλλειψη ενδιαφέροντος, κλειστοφοβία, αγοραφοβία (Καλέμη & Ψαρρά, 2017).

Η δεύτερη κατηγορία αφορά το σωματικό επίπεδο όπου το άτομο εμφανίζει τυπικά ψυχοσωματικά συμπτώματα άγχους όπως: ταχυπαλμίες, αϋπνίες, έντονες εφιδρώσεις, δυσκολία στην αναπνοή, ναυτίες. Άλλα σωματικά συμπτώματα που μπορεί να εμφανίσει είναι τα ακόλουθα: πονοκέφαλοι, ζάλη, ημικρανίες, πόνοι στο

στήθος, αίσθημα κόπωσης, συχνοουρία, διάρροια, αιφνίδιες διαταραχές βάρους, υπέρταση και αύξηση των επιπέδων χοληστερόλης στο αίμα. Παράλληλα στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται και άλλες ψυχοσωματικές διαταραχές όπως καρδιαγγειακά προβλήματα και γαστρεντερικές διαταραχές. Σε διαπροσωπικό επίπεδο, κυρίως στις περιπτώσεις των επαγγελματιών υγείας, μειώνεται σταδιακά η ικανότητά τους να αντιλαμβάνονται και να κατανοούν τις σκέψεις και τη συμπεριφορά των ασθενών και βαθμιαία περιορίζεται η ενσυναίσθηση (Καλέμη & Ψαρρά, 2017).

Η τρίτη κατηγορία αφορά το νοητικό επίπεδο. Σε αυτό το επίπεδο ο εργαζόμενος αισθάνεται ανικανότητα κυρίως επαγγελματικά καθώς και ότι δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις προσδοκίες του, στους στόχους του και νιώθει αβοήθητος και ανεπαρκής. Επιπλέον παρουσιάζει δυσκολίες συγκέντρωσης, προσοχής και λήψης αποφάσεων καθώς και μειωμένη αντοχή. Ακόμα δεν είναι παρατηρητικός αλλά αντίθετα επιρρεπής σε απροσεξίες και διάφορα ατυχήματα.

Η τέταρτη και τελευταία κατηγορία είναι τα συμπεριφορικά συμπτώματα. Σε αυτό το επίπεδο το άτομο εκδηλώνει τα παρακάτω συμπτώματα: αποφυγή εργασίας, απουσίες από την εργασία, μειωμένη απόδοση και αποτελεσματικότητα, επιθετικότητα προς τους συναδέλφους. Αναλυτικότερα ο επαγγελματίας που παρουσιάζει τα συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι παρορμητικός, αναβλητικός έχει βίαια ξεσπάσματα και αντιμετωπίζει τους αποδέκτες των υπηρεσιών με επιθετικότητα, περιορίζοντας ταυτόχρονα την επαφή του με τους άλλους ενώ συμπεριφέρεται με τρόπο αδιάφορο, απρόσωπο και συχνά κυνικό. Μάλιστα για να μειώσει την ένταση που αισθάνεται καταφεύγει ενίοτε σε λύσεις ανάγκης όπως το κάπνισμα, η κατανάλωση αλκοόλ ακόμα και σε διάφορες ψυχοδραστικές ουσίες.

3.3 Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα σημαντικό λόγω των επιπτώσεών του τόσο σε ατομικό όσο και σε επίπεδο οργάνωσης.

Οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης σε ατομικό επίπεδο αφορούν τόσο συμπτώματα που σχετίζονται με σωματικό, ψυχικό και συναισθηματικό επίπεδο όσο και συμπτώματα που αφορούν στην συμπεριφορά του ατόμου (Δεληχάς και συν., 2012). Οι περισσότεροι άλλωστε ερευνητές ακολουθούν αυτή την κατηγοριοποίηση, σύμφωνα με τους Shirom & Melamed (2005).

Αρχικά σε οργανικό επίπεδο το άτομο που νιώθει εξάντληση εμφανίζει χρόνια κόπωση, αδυναμία και χαμηλή ενεργητικότητα ενώ παρουσιάζει έντονη κούραση και ταλαιπωρείται από πονοκεφάλους καθώς και συχνά από μυοσκελετικούς πόνους, δερματολογικά και αναπνευστικά προβλήματα. Στη συνέχεια το άτομο παρουσιάζει δυσκολίες ύπνου, ζαλάδες αλλά και διαταραχές διατροφής καθώς και σε κάποιες περιπτώσεις παρατηρείται σεξουαλική δυσλειτουργία. Παράλληλα παρατηρείται δυσκολία συγκέντρωσης, «απουσία μνήμης» και έλλειψη προσοχής (Κάντας, 1996; Murphy, 2003; Shirom & Melamed, 2005; Jansen, 2010; Κουτρουβίδης, 2013).

Εκτός από την εμφάνιση των επιπτώσεων σε οργανικό επίπεδο, ο επαγγελματίας εμφανίζει προβλήματα και σε συναισθηματικό επίπεδο, δηλαδή συναισθηματική εξάντληση και έλλειψη ενδιαφέροντος για οποιαδήποτε δραστηριότητα ενώ συχνά έχει αρνητική διάθεση και μειωμένη αυτοπεποίθηση. Ταυτόχρονα διακατέχεται από τύψεις και ενοχές, από απάθεια και πολλές φορές εμφανίζει συμπτώματα κατάθλιψης. Αποτελέσματα όλων των παραπάνω είναι η παροχή χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών στους εξυπηρετούμενους του (Maslach & Jackson, 1986, Ahola, 2007).

Εκτός από τα οργανικά και συναισθηματικά προβλήματα δημιουργούνται και προβλήματα σε επίπεδο συμπεριφοράς. Πιο συγκεκριμένα, το επαγγελματικά εξουθενωμένο άτομο οδηγείται συχνά σε συγκρούσεις τόσο με τους συναδέλφους του όσο και με την οικογένειά του, αλλά ακόμη και με τους εξυπηρετούμενούς του. Παράλληλα νιώθει αποξένωση από τους οικείους του και αποστασιοποίηση από τους συναδέλφους του, ενώ παρατηρείται έντονη έλλειψη επικοινωνίας με τον περίγυρό του, αδυναμία συγκέντρωσης στα εργασιακά του καθήκοντα και μειωμένη απόδοση στην εργασία του. Οι εντάσεις που δημιουργούνται έχουν σαν αποτέλεσμα την εμφάνιση αντικοινωνικής συμπεριφοράς και κατ'επέκταση την αποξένωση και την αποστασιοποίηση του ατόμου από τους άλλους (Maslach & Jackson, 1981; Καντάς, 1996; Αβεντισιάν – Παγοροπούλου και συν., 2002).

Άλλες έρευνες εντοπίζουν τις επιπτώσεις του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους παρακάτω παράγοντες:

- Απόδοση στην Εργασία
- Επιπτώσεις στην υγεία

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση υποδεικνύει ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επίπτωση στην απόδοση του εργαζόμενου στην

εργασία του. Μάλιστα, οι δυο αυτοί παράγοντες έχουν έντονη αρνητική συσχέτιση, δηλαδή το άτομο εμφανίζει υψηλά επίπεδα άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ παρουσιάζει μειωμένη απόδοση στην εργασία του (Maslach et. al., 2001).

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης σχετίζεται με υψηλά επίπεδα παρατεταμένης απουσίας από την εργασία αλλά και με πρόθεση για παραίτηση από αυτήν καθώς και μειωμένη κινητικότητα. Ωστόσο τα άτομα που παραμένουν στη δουλειά εμφανίζουν μειωμένη εργασιακή απόδοση, μειωμένη ικανοποίηση και χαμηλά επίπεδα δέσμευσης με την εργασία και την επιχείρηση στην οποία απασχολούνται (Maslach et. al., 2001; Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001).

Τα άτομα με σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχουν αρνητική επιρροή στους συναδέλφους τους, είτε μέσω διαπροσωπικών συγκρούσεων είτε διασπώντας την προσοχή τους σκόπιμα κατά την εκτέλεση διαφόρων εργασιών. Συνεπώς το σύνδρομο έχει μεταδοτικό χαρακτήρα και ενδέχεται να διαιωνίζεται μέσα στην επιχείρηση μέσω ποικίλων αλληλεπιδράσεων στον εργασιακό χώρο. Μάλιστα σύμφωνα με τους Burke & Greenglass (2001) υπάρχουν διαδοχικές αρνητικές επιπτώσεις και στη ζωή των εργαζομένων στο σπίτι τους.

Σύμφωνα με τους Shanafelt et. al. (2002), οι οποίοι μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίων τη σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης των ειδικευόμενων γιατρών και την γνώμη τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς και κατέδειξαν πως το 76% των γιατρών είχαν τα χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης. Πιο συγκεκριμένα στην έρευνα αυτή αποδείχτηκε πως τα άτομα που εμφάνιζαν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ταυτόχρονα ανέπτυξαν κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, έκαναν λάθη στη φαρμακευτική αγωγή τουλάχιστον σε μηνιαία βάση σε σχέση με αυτούς που δεν εμφάνιζαν το σύνδρομο.

Η ικανοποίηση των ασθενών καθώς και η εξέλιξη της υγείας τους αποτελούν παράγοντες διαμόρφωσης του αποτελέσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών και επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από την αποπροσωποποίηση και την συναισθηματική εξάντληση των επαγγελματιών υγείας (Vahey et. al., 2004).

Επιπλέον ιδιαίτερα σημαντική επίδραση έχει το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στην ψυχική υγεία του ατόμου. Το σύνδρομο αυτό συνδέεται με νευρωτική συμπεριφορά καθώς και με ένα ψυχιατρικό προφίλ νευρασθένειας που σχετίζεται με την εργασία. Σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) και τους Volpe et. al. (2014) το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης δύναται να ορισθεί ως ψυχική ασθένεια. Ωστόσο αυτό που επικρατεί κυρίως στην βιβλιογραφία

για το σύνδρομο αυτό, είναι πως προκαλεί μια ψυχική δυσλειτουργία και επιφέρει σημαντικές επιπτώσεις στη ζωή του ατόμου όπως στρες, άγχος, κατάθλιψη, μείωση της αυτοπεποίθησης και της αυτοεκτίμησής του (Vahey et. al., 2004).

Παρόλα αυτά κάποιες έρευνες υποστηρίζουν ότι η σχέση δεν είναι αιτίου-αιτιατού και αυτό δικαιολογείται λόγω του ότι τα άτομα που είναι ψυχικά υγιή είναι περισσότερο ικανά να διαχειριστούν κάποιες στρεσογόνες καταστάσεις και συνεπώς είναι λιγότερο πιθανό να εκδηλώσουν σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Αντίθετα, τα άτομα που δεν είναι ψυχικά υγιή εμφανίζουν συχνά το σύνδρομο και δεν μπορούν να διαχειριστούν αποτελεσματικά οποιαδήποτε κατάσταση τους προκαλεί άγχος και στρες (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001; Vahey et. al., 2004).

ΜΕΡΟΣ Β: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ ΜΙΚΡΟΚΛΙΜΑΚΑΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Ερευνητικά ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας διπλωματικής είναι να μελετήσει την επαγγελματική εξουθένωση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών.

Τα ερευνητικά ερωτήματα που δύναται να διερευνηθούν και να απαντηθούν στην παρούσα εργασία είναι τα εξής:

- ✓ Εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί;
- ✓ Ποιοι είναι οι πιο σημαντικοί λόγοι που συντελούν στην επαγγελματική εξουθένωση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών;
- ✓ Ποιο φύλο εμφανίζει μεγαλύτερο ποσοστό επαγγελματικής εξουθένωσης;

Η παρούσα διπλωματική δύναται να μελετήσει τις παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις. Πιο συγκεκριμένα:

- Αν οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί νιώθουν ψυχικά εξαντλημένοι, τότε εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης.
- Αν στο νοσοκομείο οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί είναι γυναίκες, τότε εμφανίζουν πιο συχνά επαγγελματική εξουθένωση από τους άντρες, λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης.
- Όσο αυξάνονται τα χρόνια υπηρεσίας στην καριέρα ενός κοινωνικού λειτουργού, τόσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα εξουθένωσης που έχει. Οπότε αν οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί είναι νέοι ηλικιακά, τότε εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση αλλά μόνο σε χαμηλά επίπεδα.

- Αν οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται κάθε μέρα πολύ σκληρά, τότε αυξάνεται το αίσθημα επαγγελματικής εξουθένωσης.

4.2 Προσδιορισμός Μεθόδου Έρευνας

Προκειμένου να μελετηθούν οι όροι που έχουν επισημανθεί στα παραπάνω κεφάλαια αλλά και για να πραγματοποιηθεί η διερεύνηση των σχέσεων που αναπτύσσονται όπως αναφέρθηκε στη θεωρία αλλά και στα ερευνητικά ερωτήματα της έρευνάς μας, πρέπει να προσδιοριστούν οι μέθοδοι που θα ακολουθηθούν στην πορεία.

Η μορφή της μεθόδου δύναται να καθοριστεί με βάση τη φύση του προβλήματος που μελετάται. Η επιλογή των τύπων της έρευνας στη παρούσα βιβλιογραφία, σύμφωνα με τον Σιώμκο (2008) είναι η εξερευνητική και η περιγραφική.

Η εξερευνητική έρευνα απαιτεί τη μελέτη και τη συλλογή όλων των στοιχείων με σκοπό την εύρεση της φύσης του προβλήματος καθώς και την διερεύνηση των υποθέσεων στις οποίες βασίζεται η έρευνα (Σταθακόπουλος, 2001), ενώ η περιγραφική έρευνα έχει ως στόχο την πλήρη γνώση του προβλήματος καθώς και τη διερεύνηση των στοιχείων του γενικού πληθυσμού (Σιώμκος, 2008).

Ένα από τα βασικά πλεονεκτήματα της περιγραφικής έρευνας είναι ότι τα αποτελέσματα τα οποία εξάγει δίνονται με απόλυτη ακρίβεια, εφόσον τα ερευνητικά ερωτήματα έχουν τεθεί από την αρχή.

Ένας ακόμη διαχωρισμός που γίνεται στις μεθόδους έρευνας αφορά τον τρόπο συλλογής των δεδομένων. Σύμφωνα με τον Σιώμκο (2008), οι κατηγορίες στις οποίες διακρίνεται η έρευνα είναι οι ποιοτικές και οι ποσοτικές.

Η ποιοτική έρευνα στοχεύει στην ανάδειξη των απόψεων των συνεντευξιζόμενων καθώς και στην περιγραφή των καταστάσεων που διαδραματίζονται στα πλαίσια της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα επιχειρεί να αναλύσει τα "Γιατί;" και τα "Πώς;" συμβαίνουν κάποια φαινόμενα (Sibanda, 2009) ενώ ενδείκνυται κυρίως στη μελέτη κοινωνικών φαινομένων αφού δίνει έμφαση στη λεπτομέρεια, συμβάλλει στην αποκάλυψη βαθύτερων εννοιών και βοηθά στην καταγραφή συνεχώς και περισσότερων όψεων της πραγματικότητας (Cohen, Manion & Morrison, 2008). Επιπρόσθετα η ποιοτική έρευνα επιχειρεί να μελετήσει τα κίνητρα, τις απόψεις, τις στάσεις καθώς και τις ιδέες και τη συμπεριφορά των

ανθρώπων αλλά στοχεύει και στην ολιστική κατανόηση αφού μέσα από αυτά προβάλλονται νέα μοντέλα θεωρίας (Frankel & Devers, 2000; Sibanda, 2009). Με άλλα λόγια, βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι κατά τη διαδικασία συλλογής των δεδομένων δεν απαιτείται σε καμία περίπτωση μεγάλο δείγμα ατόμων αλλά αντίθετα μικρό προκειμένου να αχθούν τα εν λόγω συμπεράσματα (Delice, 2010).

Αντίθετα η ποσοτική έρευνα μελετά συστηματικά τα φαινόμενα σε σχέση με τα μαθηματικά μοντέλα και τις στατιστικές μεθόδους (Blessing & Chakrabarti, 2009). Με άλλα λόγια έχει ως στόχο τη διερεύνηση, την ανάδειξη των ενδεχόμενων συσχετίσεων καθώς και την ανάλυση κι ερμηνεία των διαφόρων καταστάσεων (Ιωσιφίδης, 2003).

Στη δική μας περίπτωση, η έρευνά μας θα είναι ποσοτική διότι σκοπός μας είναι να επαληθευτούν οι υποθέσεις που έχουν γίνει στην ερευνητική μας διαδικασία, οι οποίες είναι άμεσα συσχετισμένες με την ικανοποίηση του συνόλου των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, ενώ τα αποτελέσματα τα οποία θα προκύψουν θα μπορούν να γενικευτούν στο γενικό πληθυσμό των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών.

4.3. Δείγμα συμμετεχόντων

Η τεχνική δειγματοληψίας η οποία επιλέγεται σε κάθε έρευνα παίζει καθοριστικό ρόλο, αφού επηρεάζει στο μέγιστο βαθμό τα αποτελέσματά της (Morrison, 1993).

Η δειγματοληψία που ακολουθήθηκε στην εργασία αυτή αφορά δείγματα μη πιθανότητας (δειγματοληψία χωρίς πιθανότητα), δηλαδή η πιθανότητα επιλογής του κάθε ατόμου του πληθυσμού δεν είναι ίση στο δείγμα μας. Με άλλα λόγια, δεν υπάρχει η δυνατότητα να γίνει γνωστή η πιθανότητα επιλογής του δείγματος στο πληθυσμό μας. Αντίθετα η δειγματοληψία με πιθανότητα πραγματοποιείται σύμφωνα με τους νόμους των πιθανοτήτων, είναι ελεγχόμενη ως προς τις παραμέτρους και δίνει τη δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων που εξάγονται από ένα δείγμα και συνεπώς την ικανότητα υπολογισμού του σφάλματος εκτίμησης (Φίλιας, 2001).

Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί πως ο τρόπος αυτός δειγματοληψίας είναι ο πλέον πιο αντικειμενικός ενώ η επιλογή των στοιχείων του δείγματός μας

πραγματοποιήθηκε με βάση την περιοχή που διαμένουν οι ερευνητές σε συνάρτηση με τον τόπο εργασίας των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών.

Επιπλέον, το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο όπου μοιράστηκαν σε έντυπη και ηλεκτρονική μορφή 30 ερωτηματολόγια σε νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς της Περιφέρειας Δυτικής Ελλάδας και της Αττικής, όπου και τα 30 ήταν ορθώς συμπληρωμένα και έτσι μπορέσαμε να προχωρήσουμε στη στατιστική επεξεργασία και ανάλυση.

Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε από 01/05/2021 έως και 30/07/2021.

4.4 Μέθοδος συλλογής ποσοτικών δεδομένων

Το εργαλείο της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο, οποίο συμβάλλει στη συλλογή των δεδομένων μας άμεσα και γρήγορα (Clark-Carter, 2004). Για την επιτυχία της στατιστικής έρευνας απαιτείται η σωστή κατάρτιση του ερωτηματολογίου προκειμένου να ληφθούν και σωστά αποτελέσματα (Παππάς, 2002).

Για να δομηθεί άρτια ένα ερωτηματολόγιο, θα πρέπει να περιέχει τα εξής στοιχεία, σύμφωνα με τους Σιώμκο & Μαύρο (2008), Παππάς (2002) και Παπαγεωργίου (2014):

- Άριστη σχεδίαση στις ερωτήσεις και στις απαντήσεις.
- Εύκολες και γρήγορες απαντήσεις, που δεν απαιτούν πολύ χρόνο να αφιερώσει κάποιος.
- Συντομία στις ερωτήσεις καθώς και στις απαντήσεις έτσι ώστε να ενθαρρύνουν τον ερωτώμενο καθώς και τον ερευνητή στη συμπλήρωσή του. Επιπλέον η συντομία στις απαντήσεις συμβάλλει με τρόπο καθοριστικό στη θετική στάση των ερωτώμενων για συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.
- Κατάλληλο μέγεθος του ερωτηματολογίου (ούτε πολύ μικρό –ούτε πολύ μεγάλο) προκειμένου να διεξαχθεί ομαλά η έρευνα.
- Λογική ακολουθία και συνοχή των απαντήσεων.
- Δυνατή επεξεργασία των στοιχείων της έρευνας. Δηλαδή αποφυγή πολυπλοκότητας των στοιχείων της έρευνας.

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τους Παρασκευόπουλος & Γιαννίτσας (1999) και Καζολέα (2009), ο τρόπος που διατυπώνονται οι ερωτήσεις χαρακτηρίζεται από τα εξής:

- Απλή χρήση γλώσσας, έτσι ώστε τόσο οι ερωτήσεις όσο και οι απαντήσεις να είναι απλές και κατανοητές στους ερωτώμενους.
- Σαφήνεια στη διατύπωση και στη γλώσσα, ώστε να γίνονται πλήρως κατανοητά τα ερωτήματα αλλά και οι απαντήσεις αυτών.
- Αποφυγή ερωτήσεων και πιθανών απαντήσεων που οδηγούν σε διχογνωμία απόψεων και δυσκολεύουν τους ερωτώμενους.
- Αποφυγή ερωτήσεων και πιθανών απαντήσεων που ενδέχεται να εμπεριέχουν πιθανές αποκρύψεις στοιχείων ή παρερμηνείες.

Έτσι λοιπόν το ερωτηματολόγιο σε σύγκριση με τη συνέντευξη ή άλλα εργαλεία έρευνας είναι περισσότερο αξιόπιστο και διακρίνεται από χαμηλό κόστος δημιουργίας αλλά και μεγαλύτερη ακρίβεια στη συλλογή δεδομένων. Παράλληλα δίνεται η δυνατότητα ποσοτικοποίησης των δεδομένων και ανάλυσης αυτών, ώστε να καταλήξουν σε στατιστικά συμπεράσματα (Singh, 2007; Φίλιας 2001).

4.4.1 Κατασκευή Ερωτηματολογίου

Η κατασκευή ερωτηματολογίου στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, βασίστηκε πάνω σε θεματικούς άξονες, οι οποίοι συνδέονται με τα ερευνητικά ερωτήματα. Η δομή του ερωτηματολογίου, το οποίο παρατίθεται στο παράρτημα της εργασίας, αποτελείται από τρεις άξονες, όπως προκύπτουν από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων καθώς και τα ερευνητικά ερωτήματα. Αρχικά τα δημογραφικά στοιχεία αφορούν στο φύλο, στην ηλικία, στην οικογενειακή κατάσταση, στην ύπαρξη τέκνων, στις πρόσθετες σπουδές, στα έτη υπηρεσίας, στην ειδικότητα του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού, στον αριθμό των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στο νοσοκομείο καθώς και στο όνομα του νοσοκομείου στο οποίο εργάζονται οι ερωτώμενοι.

Ο δεύτερος άξονας αφορά ερωτήσεις που μελετούν τις στάσεις των ερωτώμενων απέναντι στα εργασιακά και επαγγελματικά ζητήματα. Πιο συγκεκριμένα μελετά τις προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων, ως προς τις συνθήκες εργασίας που επικρατούν στο νοσοκομείο που εργάζονται, το λόγο που

τους οδήγησε στην επιλογή του επαγγέλματος αυτού καθώς και το βαθμό κανοποίησης που λαμβάνουν από την εργασία τους.

Ο τρίτος άξονας αφορά την εμφάνιση ή μη, επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι ερωτήσεις επικεντρώθηκαν στη ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της εργασίας, στις εργασιακές καταστάσεις που αποτελούν πηγές άγχους καθώς και στους τρόπους που δύναται να μειώσουν το αίσθημα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

4.5 Μέθοδος Ανάλυσης των Δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια συγκεντρώθηκαν και επεξεργάστηκαν βάσει του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS Statistics- Version 24 (Statistical Package for the Social Sciences) και στη συνέχεια ακολούθησε διαδικασία ανάλυσης και εξαγωγής συμπερασμάτων.

Προκειμένου να επεξεργαστούν σωστά τα δεδομένα ακολουθήθηκε περιγραφική στατιστική και συγκεκριμένα η ανάλυση της συχνότητας βάση του SPSS. Στο συγκεκριμένο σημείο αξίζει να σημειωθεί πως δεν παρατηρήθηκε κανένα απολύτως πρόβλημα κατά την εισαγωγή των μεταβλητών στο πρόγραμμα αλλά και ούτε κατά την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων. Αφού λοιπόν συγκεντρώθηκαν οι απαντήσεις, κωδικοποιήθηκαν και εισήχθησαν στο πρόγραμμα με τρόπο κατάλληλο για τη στατιστική μας ανάλυση (με μεταβλητές και αριθμητικά δεδομένα).

4.6 Διασφάλιση Εγκυρότητας και Αξιοπιστίας της Έρευνας

Ένα εργαλείο μέτρησης πρέπει να διαθέτει τόσο αξιοπιστία όσο και εγκυρότητα έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η σταθερότητα στις διαδοχικές μετρήσεις. Αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης θεωρείται αυτό το εργαλείο που σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις σε ίδιο δείγμα, αλλά σε διαφορετική χρονική στιγμή, εμφανίζει σταθερά τα ίδια αποτελέσματα. Την αξιοπιστία την χαρακτηρίζουν οι έννοιες «σταθερότητα» και «εσωτερική συνοχή», όροι που οι ερευνητές πρέπει να εξετάζουν, προκειμένου να χρησιμοποιήσουν στην πράξη ένα εργαλείο μέτρησης (Ουζούνη & Νακάκης, 2011).

Η αξιοπιστία στατιστικά εκτιμάται με τον συντελεστή συσχέτισης r (correlation coefficient). Το εργαλείο μέτρησης δεν είναι αξιόπιστο όταν ο συντελεστής συσχέτισης (r) κυμαίνεται από την τιμή 0, ενώ μέχρι την τιμή 1.0 διαθέτει την μέγιστη αξιοπιστία. Ένα όργανο μέτρησης θεωρείται ότι διαθέτει την μεγαλύτερη

αξιοπιστία, όσο ο συντελεστής συσχέτισης προσεγγίζει την τιμή 1.0 ($r = 1.0$). Επίσης θεωρείται αποδεκτό επίπεδο αξιοπιστίας ο συντελεστής συσχέτισης $r \geq 0.70$ (Ουζούνη & Νακάκης, 2011).

Σε αυτήν την έρευνα για κάθε κλίμακα του ερωτηματολογίου η αξιοπιστία των ερωτήσεων με την έννοια της εσωτερικής συνέπειας (internal consistency) εκτιμήθηκε με τον συντελεστή α (Coefficient alpha) του Cronbach's. Ο δείκτης Cronbach's α συγκρίνει κάθε μία ερώτηση ξεχωριστά με το άθροισμα των διακυμάνσεων όλων των ερωτήσεων. Σκοπός του είναι να μεγιστοποιήσει την εσωτερική σταθερότητα, όπου το επιτυγχάνει συμπεριλαμβάνοντας ή όχι κάθε ερώτηση παρατηρώντας την τιμή που πρέπει να είναι Cronbach's $\alpha \geq 0.7$.

4.7 Πιλοτική έρευνα

Προκειμένου να ελεγχθεί η σαφήνεια, η ευστοχία καθώς και η αποτελεσματικότητα των ερωτήσεων ώστε αυτά να οριστικοποιηθούν εντός του ερωτηματολογίου, πραγματοποιήθηκε πριν από την κύρια έρευνα, μια πιλοτική, η οποία αφορούσε σε διανομή ενός ερωτηματολογίου σε κάποιον νοσοκομειακό κοινωνικό λειτουργό. Οι παρατηρήσεις του ερωτώμενου σχετικά με την σαφήνεια των ερωτημάτων, την αντίληψη και την κατανόηση αυτών, καθώς και τα τυχόν προβλήματα όπως οι παρερμηνείες που δημιουργούνται από τα ερωτήματα συνέβαλαν στη τελική διαμόρφωση του ερωτηματολογίου (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015).

4.8 Κωδικοποίηση των ερωτημάτων

Το πρώτο βήμα το οποίο καλούμαστε να πραγματοποιήσουμε αφού συλλέξουμε τα δεδομένα μας είναι τα κωδικοποιήσουμε έτσι ώστε να καταφέρουμε να τα επεξεργαστούμε κατάλληλα. Ουσιαστικά με τον όρο κωδικοποίηση αναφερόμαστε στη δυνατότητα μετατροπής των δοσμένων απαντήσεων, που έχουμε λάβει σε αριθμούς, έτσι ώστε να μπορεί το στατιστικό πρόγραμμα να κάνει όλους τους υπολογισμούς που θα του ζητήσει ο χρήστης.

Χαρακτηριστικά έστω η πρώτη ερώτηση στο ερωτηματολόγιο είναι:

1. Φύλο:
 - Άνδρας

- Γυναίκα

τότε θα πρέπει να ορίσουμε ότι η επιλογή «Άνδρας» θα το συμβολίσουμε με τον αριθμό 1 και η επιλογή «Γυναίκα» με τον αριθμό 2.

4.9 Δεοντολογικά Ζητήματα

Προκειμένου να διεξαχθεί άρτια η έρευνά μας για δεοντολογικούς λόγους σχεδιάστηκε η αρχική προσέγγιση των ερωτώμενων μέσω ενός ενημερωτικού συνοδευτικού σημειώματος πριν δοθεί το ερωτηματολόγιο, το οποίο παρατίθεται στο Παράρτημα.

Δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην αρχική προσέγγιση των συμμετεχόντων στην έρευνά μας και στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ αυτών και των ερευνητών. Πριν από τη διεξαγωγή της έρευνας δόθηκε το ενημερωτικό φυλλάδιο και εξασφαλίστηκε με αυτό τον τρόπο η συναίνεση των συμμετεχόντων (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015).

Σχετικά με την τήρηση του απορρήτου των συμμετεχόντων της έρευνας, εξασφαλίστηκε το θέμα της ανωνυμίας, παρέχοντας εγγυήσεις σχετικά με τον τρόπο που θα χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες. Αναφορικά με τα προσωπικά στοιχεία οι ερωτώμενοι μας παρείχαν μόνο τα βασικά δημογραφικά που ζητούνταν στο ερωτηματολόγιο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΩΝ ΕΥΡΗΜΑΤΩΝ

5.1 Ανάλυση αποτελεσμάτων ανά θεματική ενότητα και ανά ερώτημα

Το κεφάλαιο αυτό στοχεύει στην ανάλυση των αποτελεσμάτων των ερωτηματολογίων που μοιράστηκαν στους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς.

ΜΕΡΟΣ Α – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

➤ Φύλο

Ο πληθυσμός μας αποτελείται από 30 άτομα, εκ των οποίων τα 10 άτομα ήταν άντρες και τα 20 άτομα ήταν γυναίκες (πίνακας 1). Βέβαια, αυτό ήταν αναμενόμενο καθώς ανέκαθεν η πλειοψηφία των φοιτητών κοινωνικής εργασίας είναι θηλυκού γένους.

Πίνακας 1: Κατανομή φύλου.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άνδρας	10	33,3	33,3	33,3
	Γυναίκα	20	66,7	66,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

➤ Ηλικία

Από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 2) είναι φανερό ότι υπήρχε ποικιλομορφία στο ηλικιακό φάσμα συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών. Πιο συγκεκριμένα, το 40% (12 συμμετέχοντες) έχει ηλικία μεταξύ 36-50 ετών. Ακολουθούν με ποσοστό 33,3% (10 συμμετέχοντες) οι επαγγελματίες που έχουν ηλικία μικρότερη των 35 ετών ενώ μόνο το 26,7% (8 συμμετέχοντες) έχουν ηλικία άνω των 51 ετών.

Πίνακας 2: Κατανομή ηλικίας.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<35	10	33,3	33,3	33,3
	36-50	12	40,0	40,0	73,3
	51 και άνω	8	26,7	26,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

➤ **Οικογενειακή Κατάσταση**

Σύμφωνα με το παρακάτω πίνακα (πίνακας 3) η πλειοψηφία των συμμετεχόντων με ποσοστό 53,4% είναι έγγαμος/η (16 συμμετέχοντες), το 36,6 είναι άγαμοι (11 συμμετέχοντες), ενώ μόλις το 10% είναι διαζευγμένος/η (3 συμμετέχοντες).

Πίνακας 3: Οικογενειακή κατάσταση.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Άγαμος/η	11	36,6	36,6	36,6
	Διαζευγμένος/η	3	10,0	10,0	46,6
	Έγγαμος/η	16	53,4	53,4	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

➤ **Τέκνα**

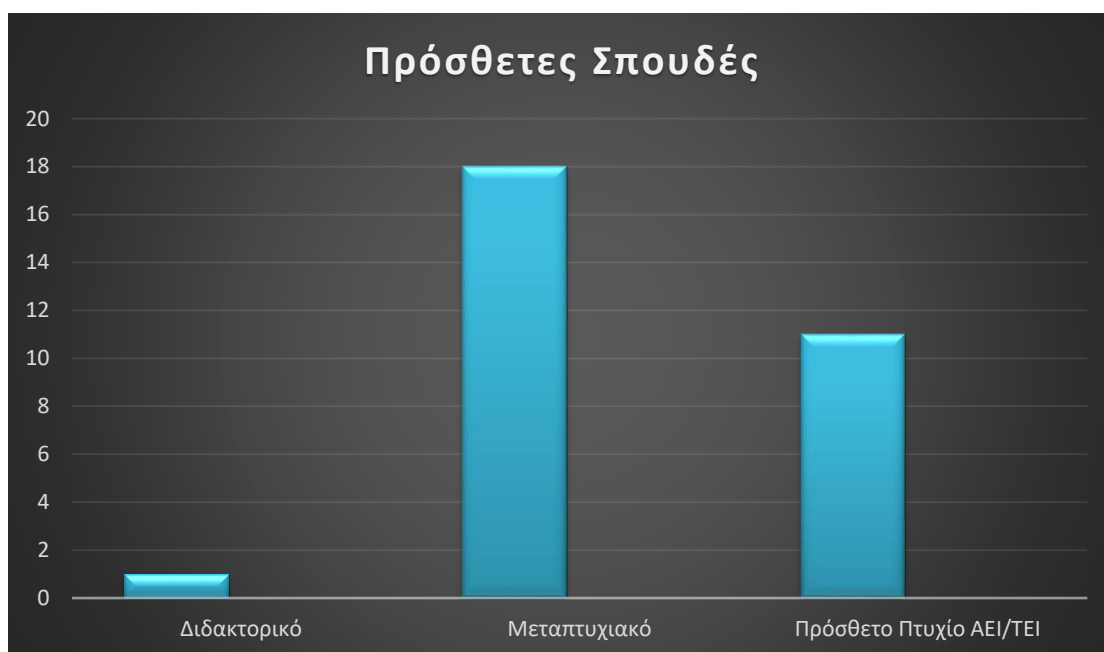
Όπως προκύπτει από τον παρακάτω πίνακα (πίνακας 4) πολλοί κοινωνικοί λειτουργοί δεν είχαν τέκνα 56,7% (17 συμμετέχοντες) ενώ αρκετοί 43,3% έχουν (13 συμμετέχοντες).

Πίνακας 4: Τέκνα.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ναι	13	43,3	43,3	43,3
	Όχι	17	56,7	56,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

➤ Πρόσθετες Σπουδές

Από το γράφημα που ακολουθεί (γράφημα 1) παρατηρείται πως η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, με ποσοστό 60% (18 άτομα εκ των 30 στο σύνολο του δείγματός μας) κατέχει μεταπτυχιακό δίπλωμα. Επιπλέον το 36,7% κατέχει πρόσθετο πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί πως μόνο ένα άτομο έχει διδακτορικό δίπλωμα.



Γράφημα 1: Πρόσθετες σπουδές συμμετεχόντων.

➤ Αριθμός κοινωνικών λειτουργών στο Νοσοκομείο

Τα αποτελέσματα σχετικά με τον αριθμό των κοινωνικών λειτουργών που υπάρχουν στο νοσοκομείο που εργάζονται οι ερωτώμενοι παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 5.

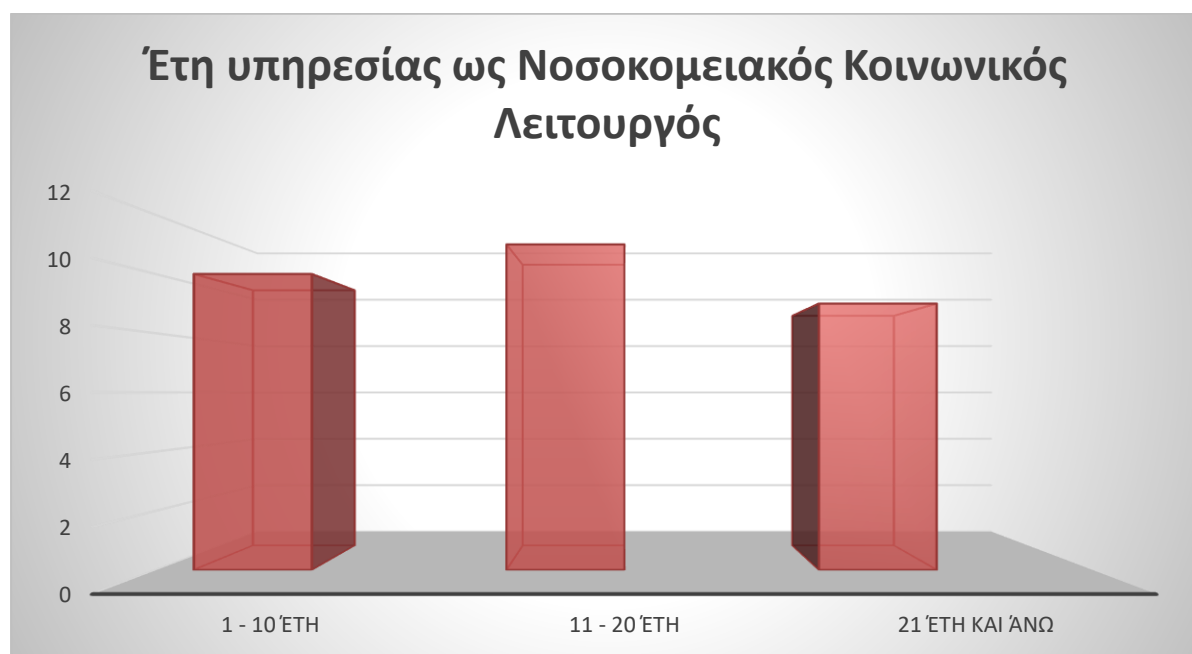
Πίνακας 5: Αριθμός κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομείο.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-10	9	30,0	30,0	30,0
	11-20	14	46,6	46,6	76,6
	>21	7	23,3	23,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

Οι περισσότεροι από τους κοινωνικούς λειτουργούς (46,6%) ανέφεραν πως στο νοσοκομείο, στο οποίο εργάζονται, απασχολούνται 11-20 κοινωνικοί λειτουργοί. Βέβαια υπήρχε και ένα σημαντικό ποσοστό (30%) των κοινωνικών λειτουργών που εξήγησαν ότι απασχολούνται στην υπηρεσία τους μόνο 1-10 συνάδελφοι τους. Από την άλλη πλευρά, ένα λίγο μικρότερο ποσοστό συμμετεχόντων (23,3%) δήλωσε ότι στο νοσοκομείο εργάζονται περισσότεροι από 21 κοινωνικοί λειτουργοί. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι δεν υπάρχει ομοιομορφία στις προσλήψεις κοινωνικών λειτουργών στα συμμετέχοντα νοσοκομεία.

➤ Έτη υπηρεσίας ως Νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός

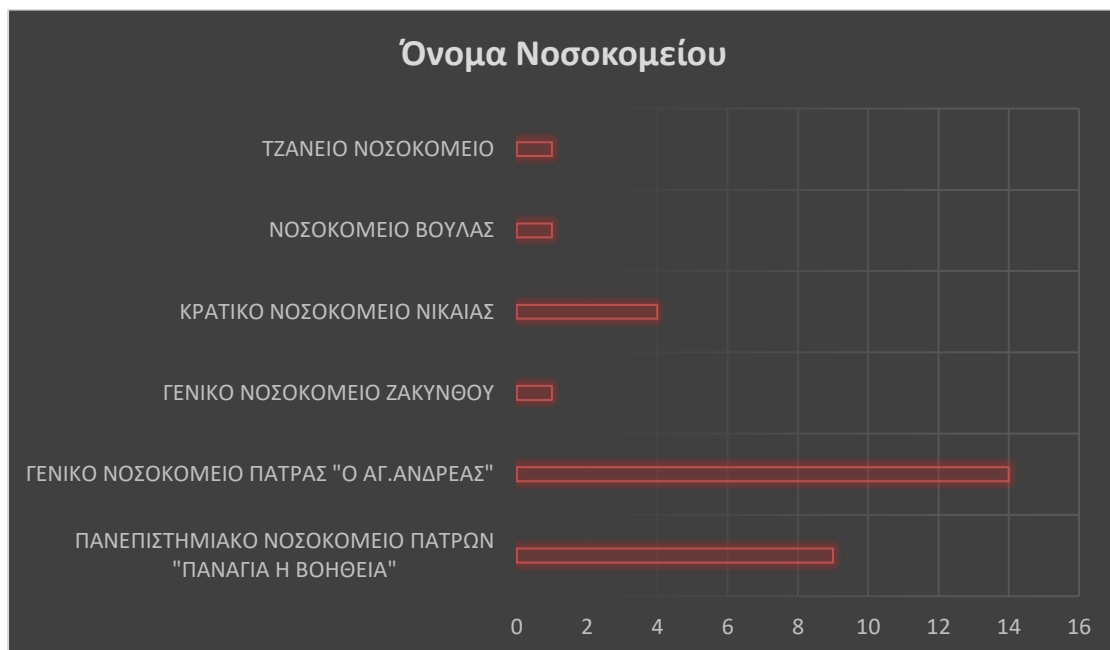
Από το γράφημα που ακολουθεί (γράφημα 2) παρατηρείται πως αρκετοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί (11 συμμετέχοντες), δήλωσαν πως έχουν συνολική εμπειρία ως κοινωνικοί λειτουργοί από 11 έως 20 χρόνια, ενώ παρόμοιος αριθμός κοινωνικών λειτουργών (10 συμμετέχοντες) σημείωσε ότι έχει μικρή εμπειρία προϋπηρεσίας (1-10 έτη) και οι υπόλοιποι 9 συμμετέχοντες δήλωσαν συνολική εμπειρία μεγαλύτερη των 21 ετών. Άρα, το δείγμα μας ήταν μοιρασμένο και στις τρεις προαναφερόμενες κατηγορίες.



Γράφημα 2: Έτη υπηρεσίας των συμμετεχόντων ως νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών.

➤ **Όνομα Νοσοκομείου**

Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 3) η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών, 14 άτομα στο σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν πως εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο της Πάτρας, ο «Άγιος Ανδρέας» ενώ 9 δήλωσαν πως εργάζονται στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Πάτρας «Παναγία η Βοήθεια». Αξίζει να σημειωθεί πως 4 άτομα εργάζονται στο Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας. Οι εναπομείναντες 3 κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται στο «Τζάνειο Νοσοκομείο», στο Νοσοκομείο της Βούλας και στο Γενικό Νοσοκομείο Ζακύνθου. Άρα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων κοινωνικών λειτουργών εργάζονται σε επαρχιακά νοσοκομειακά πλαίσια.



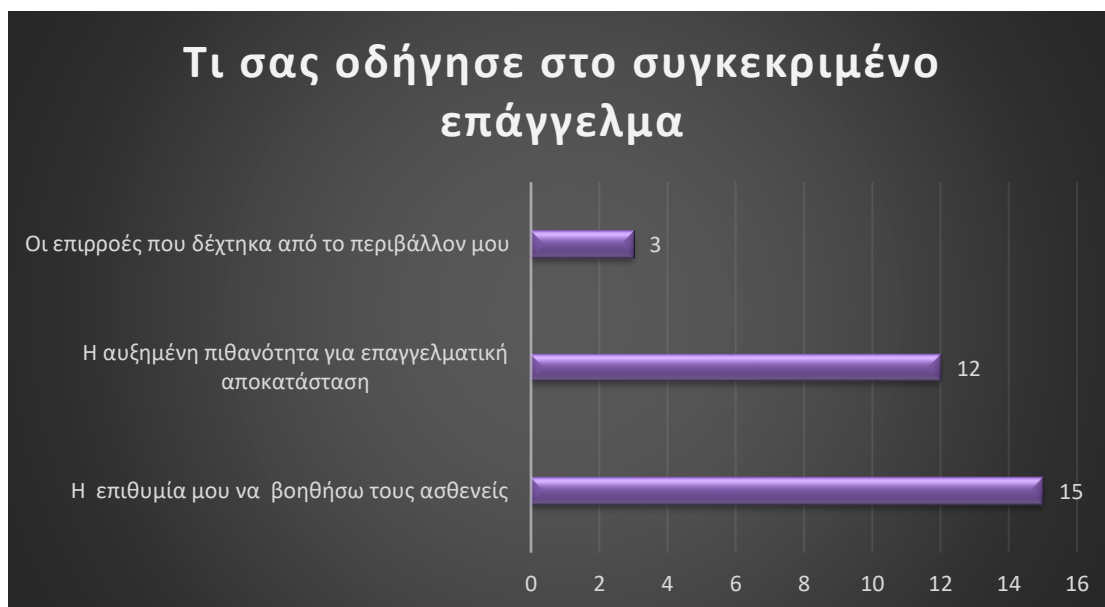
Γράφημα 3: Όνομα Νοσοκομείου που εργάζονται οι συμμετέχοντες.

ΜΕΡΟΣ Β-ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

➤ **Τι σας οδήγησε στο συγκεκριμένο επάγγελμα**

Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 4) παρατηρείται πως οι μισοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί, (15/30) δήλωσαν πως η κυριότερη αιτία που τους οδήγησε στην επιλογή του επαγγέλματος αυτού ήταν η επιθυμία τους να βοηθήσουν τους ασθενείς. Αρκετοί κοινωνικοί λειτουργοί (12/30) είπαν ότι επέλεξαν το συγκεκριμένο επάγγελμα λόγω της αυξημένης πιθανότητας επαγγελματικής

αποκατάστασης. Αξίζει να σημειωθεί πως μόνο 3 άτομα από το σύνολο των κοινωνικών λειτουργών δήλωσαν πως επηρεάστηκαν από το περιβάλλον τους και ακολούθησαν αυτό το επάγγελμα.

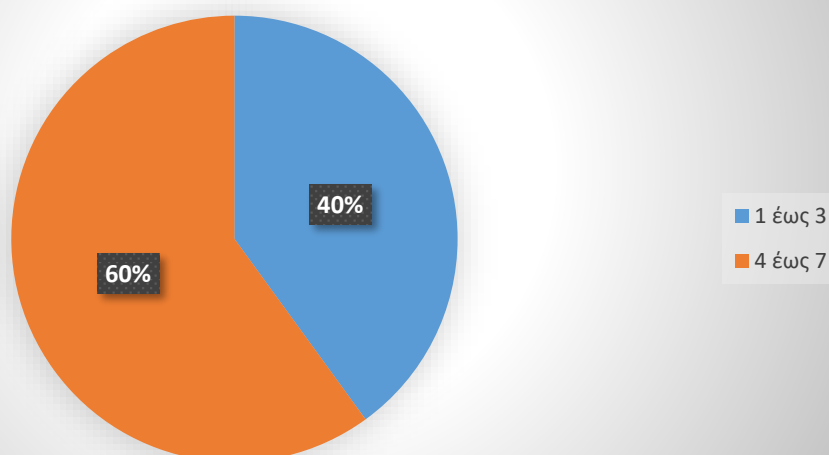


Γράφημα 4: Λόγοι που οδήγησαν στο συγκεκριμένο επάγγελμα σύμφωνα με τους ερωτώμενους.

➤ **Αριθμός ασθενών στην καθημερινή ρουτίνα**

Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 5) η πλειοψηφία των ατόμων, με ποσοστό 60% (18/30), δήλωσαν πως ο αριθμός των ασθενών με τους οποίους ασχολούνται σε καθημερινή βάση κατά τη διάρκεια της εργασίας τους είναι 4 έως 7. Το υπόλοιπο 40% ανέφερε ότι ασχολείται με 1-3 εξυπηρετούμενους ημερησίως. Συμπεραίνουμε λοιπόν ότι η δουλειά του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού από πλευράς φόρτου εργασίας είναι πράγματα πολύ επιβαρυνμένα.

Με πόσα άτομα που χρειάζονται την υπηρεσία σας ασχολείστε καθημερινά



Γράφημα 5: Αριθμός ατόμων που χρειάζονται την υπηρεσία του κοινωνικού λειτουργού και με τα οποία οι ίδιοι ασχολούνται, σύμφωνα με τους ερωτώμενους.

➤ **Νυχτερινές Βάρδιες**

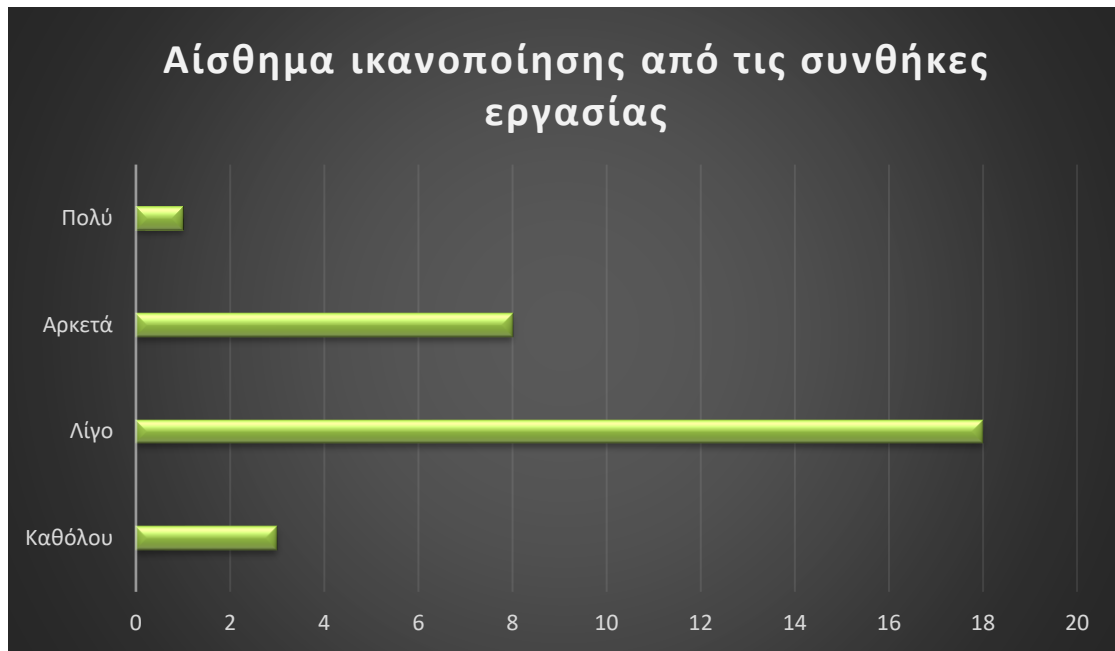
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 6) παρατηρείται πως η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών 19 από το σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν πως δεν κάνουν καμία νυχτερινή βάρδια. Αξίζει να σημειωθεί πως μόνο 4 από το σύνολο των ατόμων δήλωσαν πως έχουν από 4 έως 7 βάρδιες το μήνα. Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι στα περισσότερα νοσοκομεία οι κοινωνικές υπηρεσίες αλλά και οι παιδοψυχιατρικές κλινικές εντός των νοσοκομείων λειτουργούν αποκλειστικά με πρωινό ωράριο. Αυτό βέβαια είναι θετικό στοιχείο συγκριτικά με τους υπόλοιπους παραϊατρικούς επαγγελματίες όπως οι νοσοκόμοι/ες που έχουν κυκλικό ωράριο και έτσι έχουν πρωινές, απογευματινές και βραδινές βάρδιες.



Γράφημα 6: Νυχτερινές Βάρδιες των συμμετεχόντων ως νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί .

➤ **Είστε ικανοποιημένος από τις συνθήκες εργασίας**

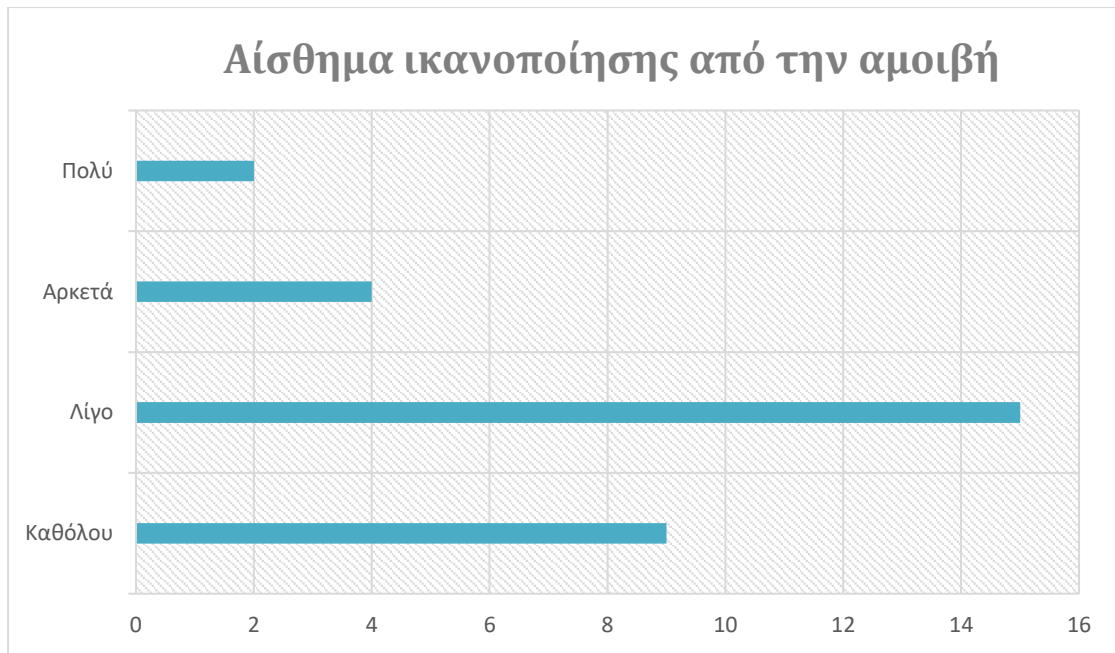
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 7) παρατηρείται πως η πλειοψηφία των ερωτώμενων, 18/30, δήλωσαν πως αισθάνονται μόνο λίγο ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας. Μόνο ένα μικρό ποσοστό (8 συμμετέχοντες) ανέφεραν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι ενώ μόνο 1/30 νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός δήλωσε ότι είναι πολύ ικανοποιημένος από την εργασία του.



Γράφημα 7: Αίσθημα ικανοποίησης από τις συνθήκες εργασίας, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Αισθάνεστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας**

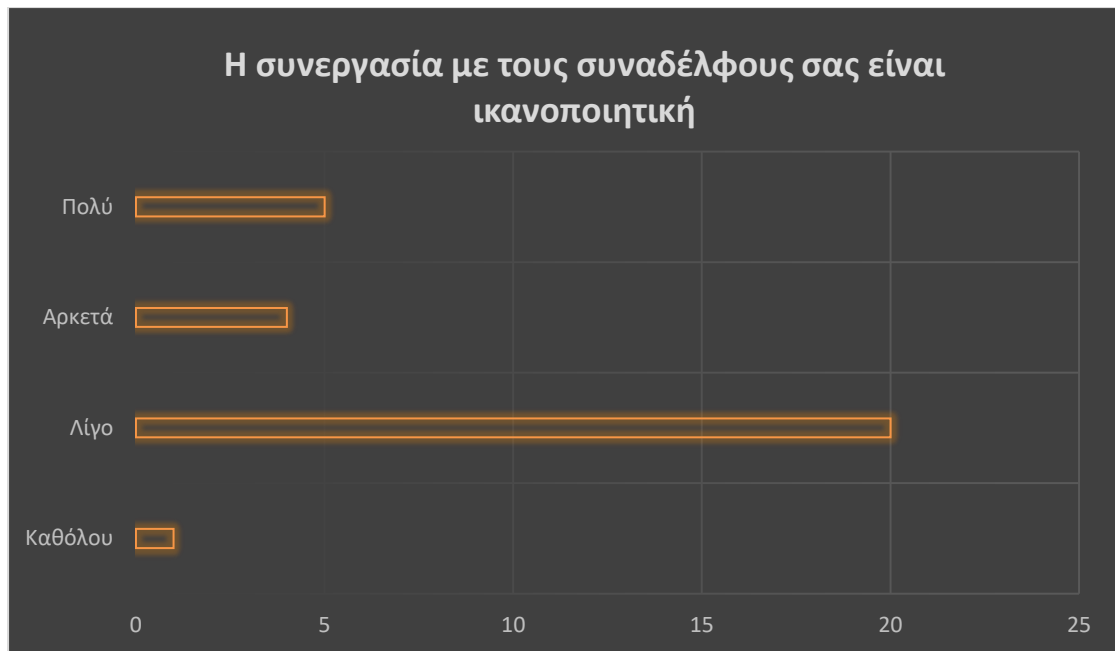
Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 8) οι μισοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί (15/30) δήλωσαν πως μόνο λίγο αισθάνονται ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους ενώ μόνο 2 άτομα αισθάνονται πολύ ικανοποιημένοι από αυτή. Ωστόσο, 9 εκ των 30 συμμετεχόντων δεν νιώθουν καθόλου ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους. Άρα, η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών δεν είναι ικανοποιημένοι από την αμοιβή που λαμβάνουν και αυτό αποτελεί έναν επιπλέον επιβαρυντικό παράγοντα επαγγελματικής εξουθένωσης.



Γράφημα 8: Αίσθημα ικανοποίησης από την αμοιβή, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Πιστεύετε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική**

Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 9) παρατηρείται πως πάλι οι μισοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί (15/30) δήλωσαν πως η συνεργασία με τους συναδέλφους τους είναι λίγο ικανοποιητική, ενώ μόλις 4 υποστηρίζουν πως η συνεργασία είναι αρκετά ικανοποιητική. Αξίζει να σημειωθεί πως μόνο 5 άτομα αισθάνονται πολύ ικανοποιημένοι και μόνο 1 καθόλου. Συμπερασματικά, ούτε αυτή η παράμετρος αφήνει τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς ικανοποιημένους και όπως έχει αναφερθεί στην βιβλιογραφία η κακή συνεργασία με συναδέλφους συμβάλλει σε μεγάλο βαθμό στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών.



Γράφημα 9: Η συνεργασία με τους συναδέλφους είναι ικανοποιητική, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Πιστεύετε ότι οι σχέσεις με τους ανώτερους σας είναι ικανοποιητικές**

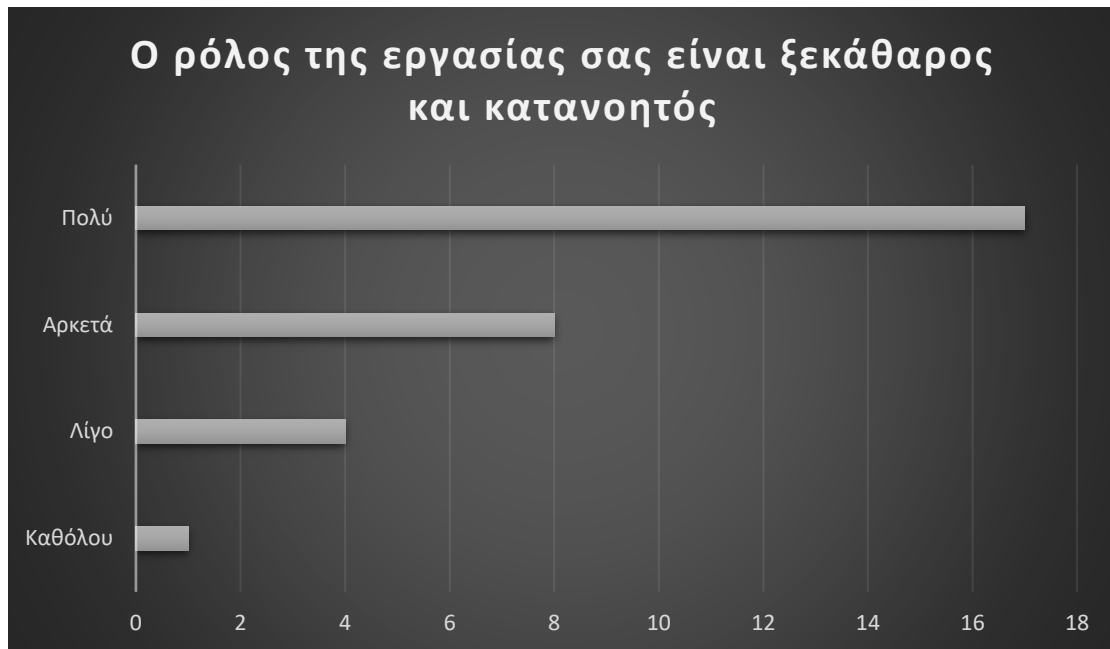
Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 10) μια μερίδα νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, (12/30 συμμετέχοντες) δήλωσαν πως οι σχέσεις με τους ανώτερους είναι αρκετά ικανοποιητική ενώ περίπου το ίδιο ποσοστό (11/30) δήλωσαν πως είναι λίγο. Αξίζει να σημειωθεί πως μόνο 6 άτομα δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι από τις σχέσεις που έχουν δημιουργηθεί με τους ανώτερους τους. Άρα, και σε αυτό τον παράγοντα δεν καταγράφηκε μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης από τους κοινωνικούς λειτουργούς.



Γράφημα 10: Αίσθημα ικανοποίησης από τις σχέσεις με τους ανωτέρους, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Ο ρόλος της εργασίας σας είναι ξεκάθαρος και κατανοητός**

Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 11) παρατηρείται πως η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, 17/30 από το σύνολο του δείγματός μας, υποστηρίζουν πως ο ρόλος της εργασίας τους είναι ξεκάθαρος και πολύ κατανοητός και 8/30 αρκετά. Αυτό το στοιχείο είναι ενθαρρυντικό αλλά λαμβανομένου υπόψη τους υπόλοιπους παράγοντες στην πλειοψηφία των ερωτήσεων οι συμμετέχοντες κοινωνικοί λειτουργοί δεν φαίνονται ικανοποιημένοι από την απασχόληση τους σε νοσοκομειακά πλαίσια.

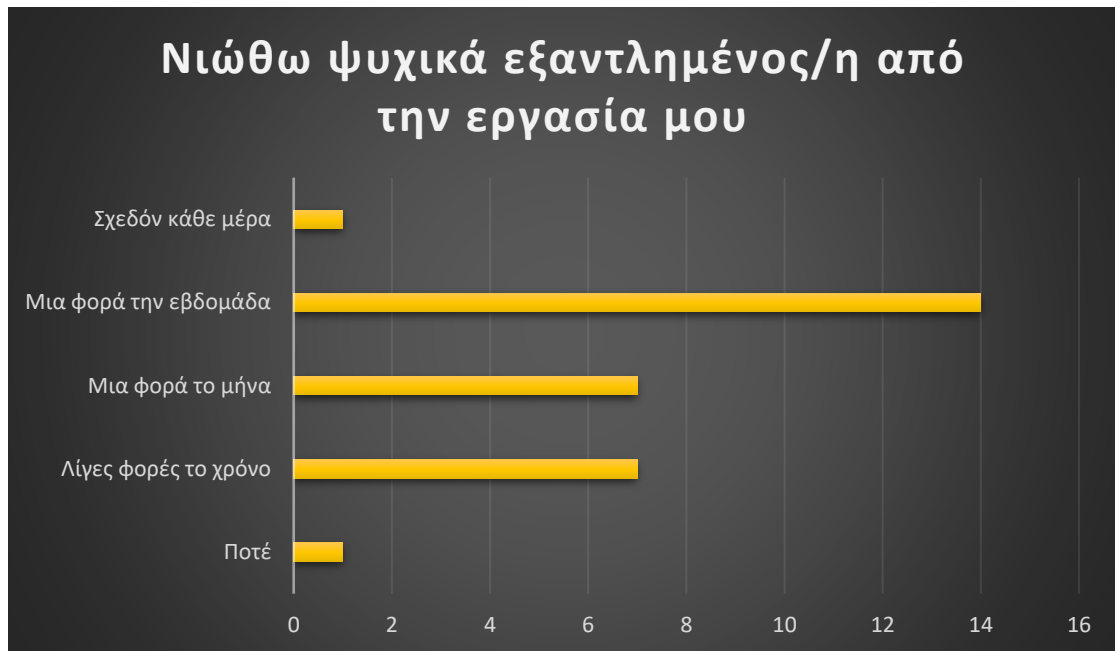


Γράφημα 11: Ο ρόλος της εργασίας σας είναι ξεκάθαρος και κατανοητός, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

ΜΕΡΟΣ Γ– ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

➤ Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από την εργασία μου

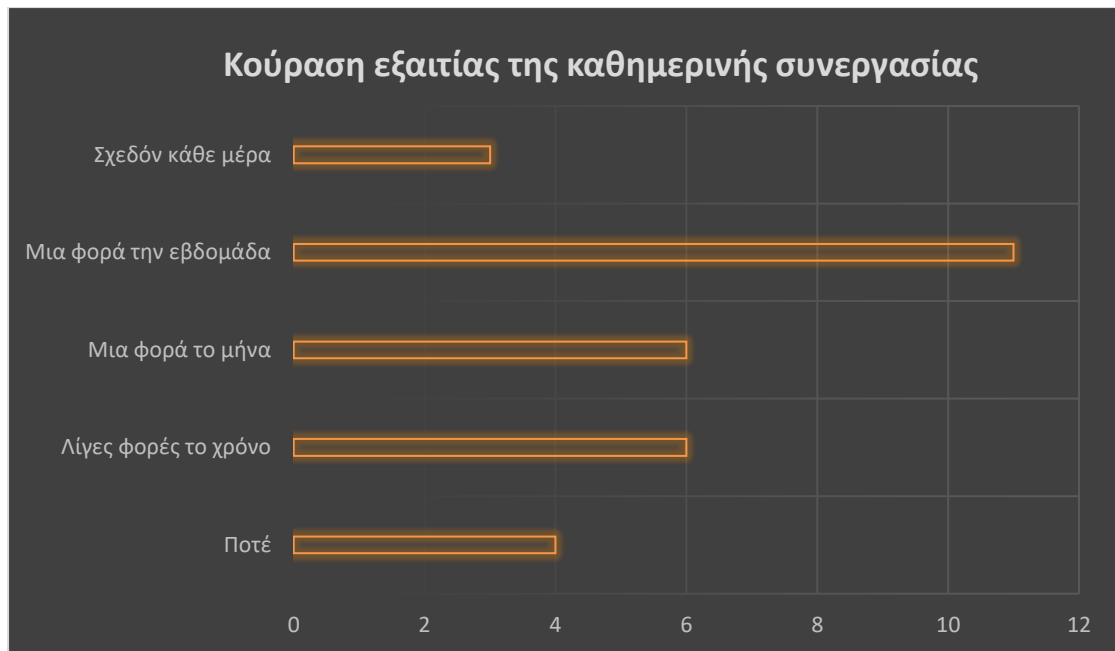
Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 12) σχεδόν οι μισοί κοινωνικοί λειτουργοί, 14/30 δήλωσαν πως μια φορά την εβδομάδα νιώθουν εξαντλημένοι από την εργασία τους στο νοσοκομείο. 7 εκ των 30 ανέφεραν ότι αισθάνονται 1 φορά το μήνα εξαντλημένοι, ενώ άλλοι 7 συμμετέχοντες ότι αισθάνονται έτσι μόνο λίγες φορές το χρόνο. Ωστόσο, μόνο 1 άτομο νιώθει έτσι κάθε μέρα, αλλά και 1 ακόμη κοινωνικός λειτουργός δηλώνει πως δεν διακατέχεται από αυτό το συναίσθημα ποτέ. Άρα, η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών αισθάνεται πολύ συχνά αίσθημα ψυχικής εξάντλησης, στοιχείο που βέβαια οδηγεί σταδιακά στην επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών.



Γράφημα 12: Αίσθημα εξάντλησης λόγω εργασίας, σύμφωνα με τους ερωτώμενους.

➤ **Είναι πολύ κουραστικό για μένα να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα**

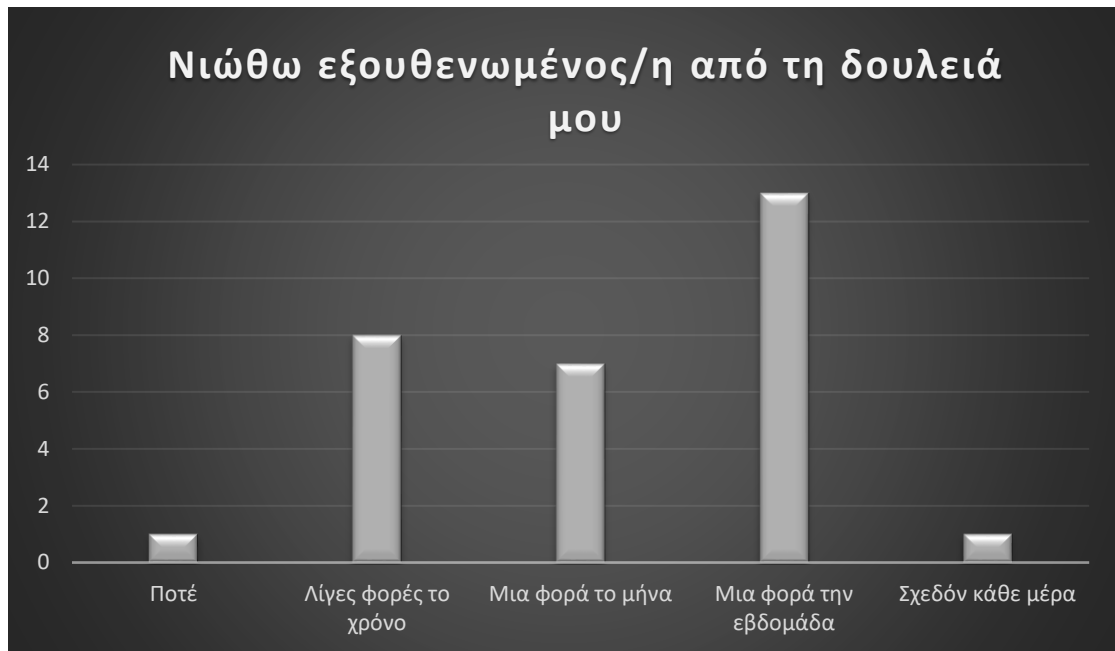
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 13) παρατηρείται πως το 1/3 των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών (11/30) δήλωσαν πως αισθάνονται μια φορά την εβδομάδα έντονη κούραση εξαιτίας της καθημερινής τους συνεργασίας με ανθρώπους. 7 εκ των 30 ανέφεραν ότι αισθάνονται 1 φορά το μήνα, ενώ άλλοι 7 συμμετέχοντες ότι αισθάνονται έτσι μόνο λίγες φορές το χρόνο. Αξίζει να σημειωθεί πως μόλις 4 άτομα δεν έχουν νιώσει το αίσθημα αυτό ποτέ. Άρα, αρκετοί συμμετέχοντες κοινωνικοί λειτουργοί νιώθουν ότι είναι πολύ κουραστικό να δουλεύουν με ανθρώπους όλη μέρα, συμπεριλαμβανομένου βέβαια ότι η δουλειά που κάνουν μαζί τους θεωρείτε ψυχοφθόρος.



Γράφημα 13: Αίσθημα κούρασης εξαιτίας της καθημερινής δουλειάς με ανθρώπους, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου**

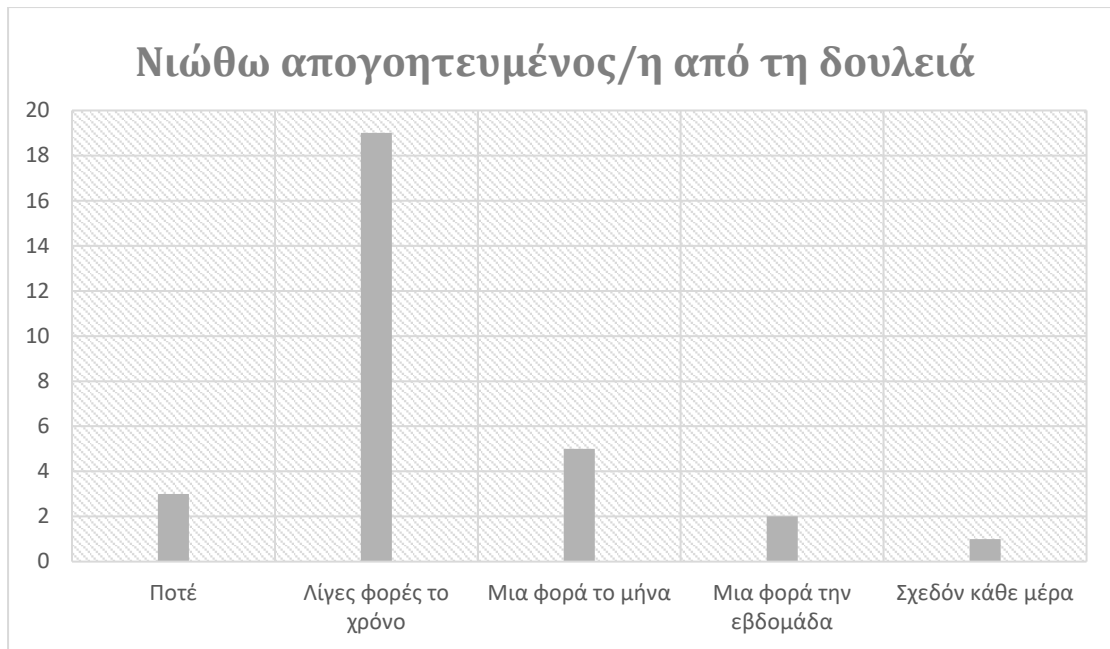
Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 14) σχεδόν οι μισοί νοσοκομειακοί λειτουργοί, 13/30 δήλωσαν πως νιώθουν εξουθενωμένοι μια φορά την εβδομάδα ενώ 7/30 νιώθουν έτσι 1 φορά το μήνα. Οι εναπομείναντες 10, 8 νιώθουν έτσι λίγες φορές το χρόνο ενώ μόλις 1 κοινωνικός λειτουργός νιώθει εξουθενωμένος κάθε μέρα ενώ ακόμη 1 δεν διακατέχεται ποτέ από το αίσθημα της εξουθένωσης. Συμπερασματικά, αρκετοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί νιώθουν συχνά εξουθενωμένοι από τη δουλειά τους.



Γράφημα14: Αίσθημα εξουθένωσης λόγω δουλειάς, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου**

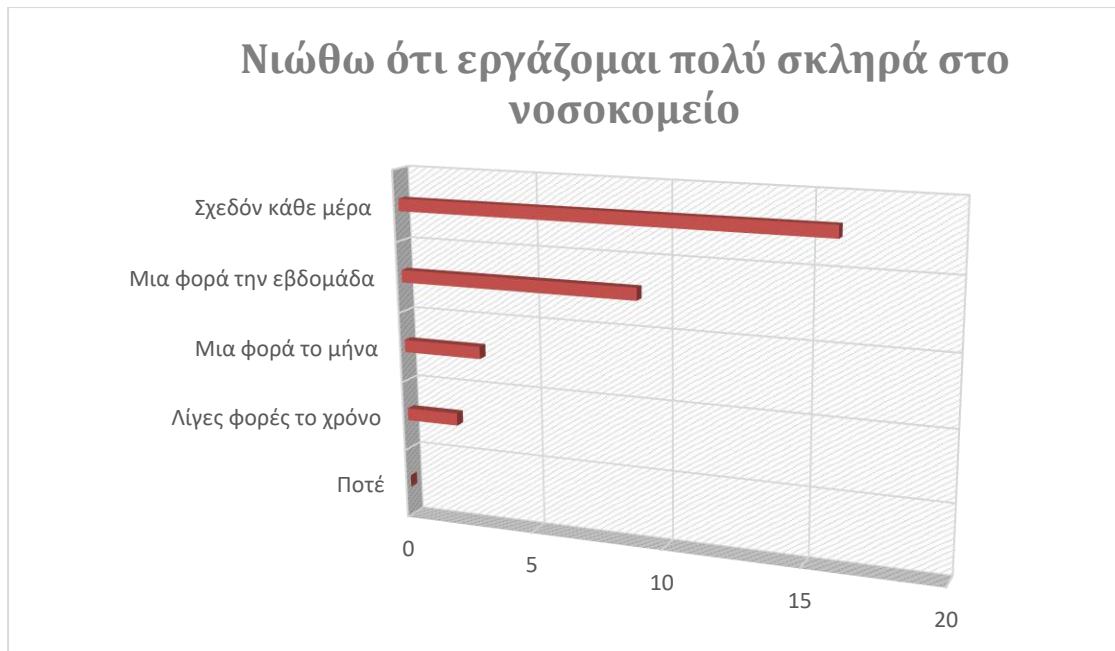
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 15) παρατηρείται πως οι μισοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί, 15/30, δήλωσαν πως νιώθουν μόνο λίγες φορές το χρόνο απογοητευμένοι από τη δουλειά τους ενώ μόλις 5 δήλωσαν πως αισθάνονται έτσι μόνο μια φορά το μήνα. Άρα, αν και σε πολλούς τομείς η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών φάνηκαν μη ικανοποιημένοι και κουρασμένοι από την συγκεκριμένη εργασία, δυσκολεύονται να καταγράψουν ότι είναι συνολικά απογοητευμένοι από τη δουλειά τους.



Γράφημα 15: Αίσθημα απογοήτευσης λόγω δουλειάς, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στο νοσοκομείο**

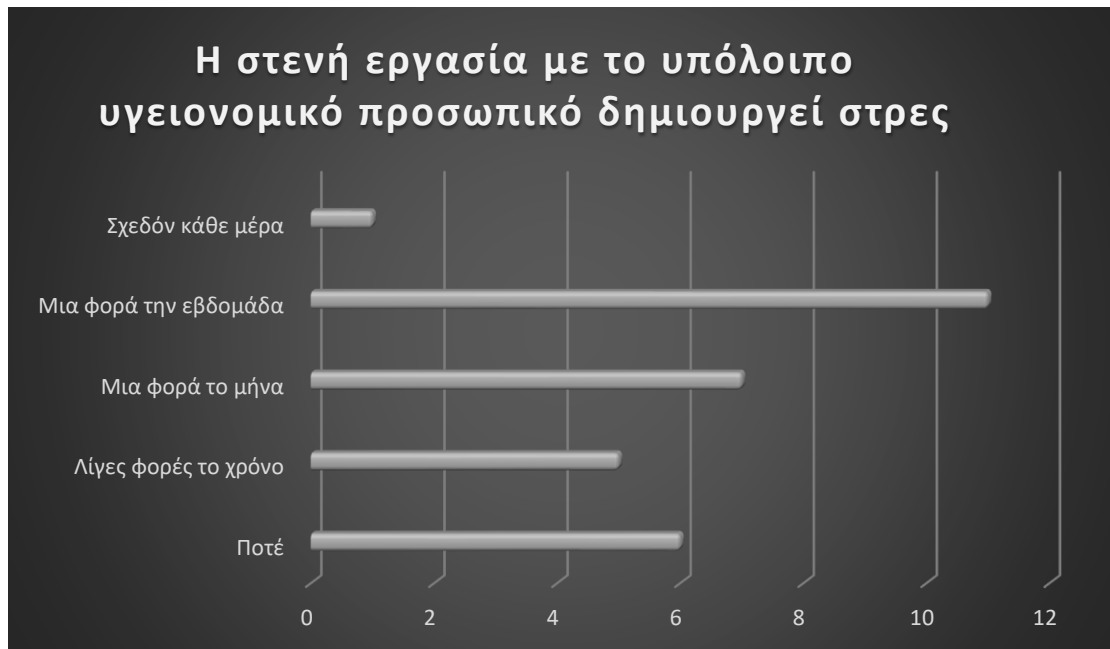
Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 16) αρκετοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί, 16/30 άτομα στο σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν πως νιώθουν σχεδόν κάθε μέρα πως εργάζονται πολύ σκληρά ενώ άλλοι 9 άτομα αισθάνονται έτσι μια φορά την εβδομάδα. Μόνο 3 κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την αίσθηση ότι εργάζονται σκληρά μια φορά το μήνα ενώ μόλις 2 δηλώνουν πως νιώθουν έτσι λίγες φορές το χρόνο.



Γράφημα 16: Αίσθηση σκληρής εργασίας στο νοσοκομείο, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση/στρες το να εργάζομαι στενά με το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό**

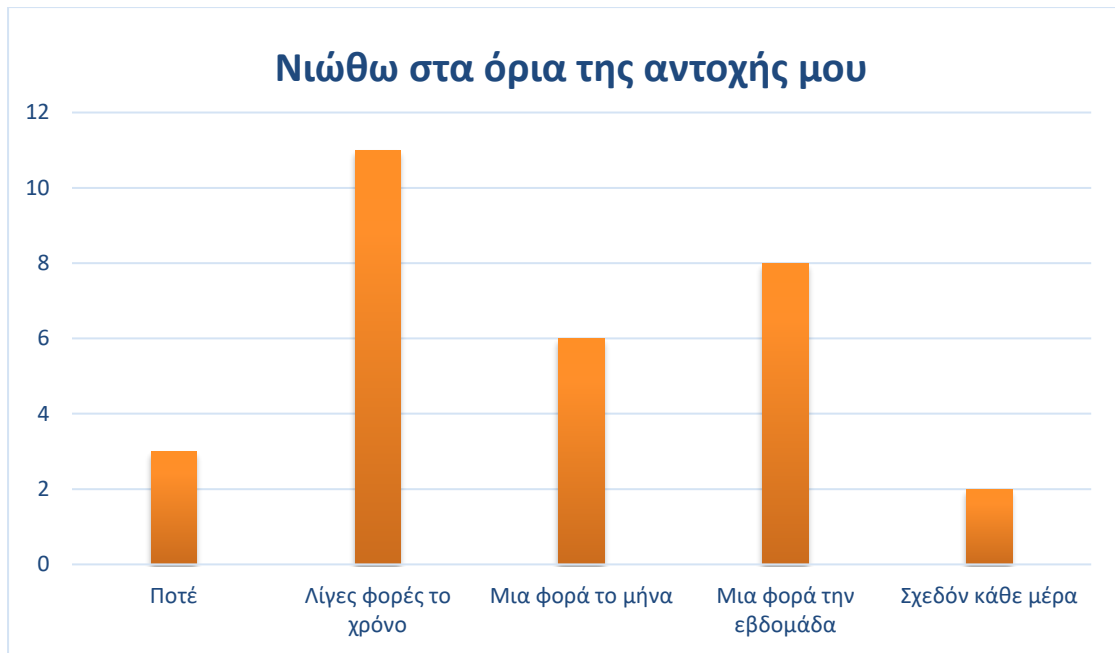
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 17) παρατηρείται πως και πάλι το 1/3 των κοινωνικών λειτουργών, 11/30, δήλωσαν πως νιώθουν μια φορά την εβδομάδα πως η στενή συνεργασία με το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό τους δημιουργεί έντονο στρες ενώ άλλοι 7/30 ότι νιώθουν έτσι μια φορά το μήνα. Μόλις 5ότι νιώθουν έτσι λίγες φορές το χρόνο και άλλα 6 άτομα δήλωσαν πως δεν έχουν νιώσει έτσι ποτέ. Συμπερασματικά, ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων αισθάνεται ένταση με την συνεργασία τους με το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό.



Γράφημα 17: Αίσθημα άγχους και στρες λόγω στενής συνεργασίας με το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό, σύμφωνα με τους συμμετέχοντες.

➤ **Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου**

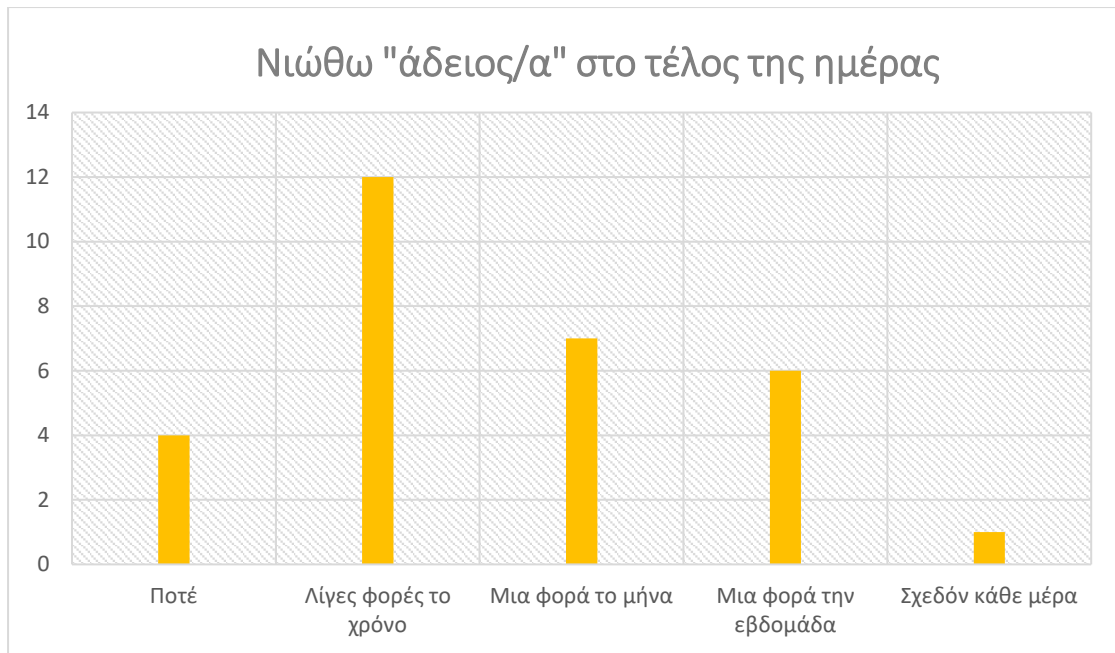
Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 18) το 1/3 των κοινωνικών λειτουργών δηλαδή 11 άτομα στο σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν πως λίγες φορές το χρόνο νιώθουν πως φτάνουν στα όρια της αντοχής τους ενώ άλλα 8 άτομα δήλωσαν πως έχουν νιώσει έτσι μόνο μια φορά την εβδομάδα. Αξίζει να σημειωθεί πως μόνο 6 νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί αισθάνονται πως φτάνουν στα όρια τους μια φορά το μήνα ενώ μόνο 3 ότι δεν το έχουν νιώσει ποτέ. Άρα, όπως και στην προηγούμενη ερώτηση ένας σημαντικός αριθμός συμμετεχόντων αισθάνεται ότι βρίσκεται στα όρια της αντοχής τους.



Γράφημα 18: Οι συμμετέχοντες νιώθουν στα όρια της αντοχής τους.

➤ **Νιώθω «άδειος/α» στο τέλος της ημέρας**

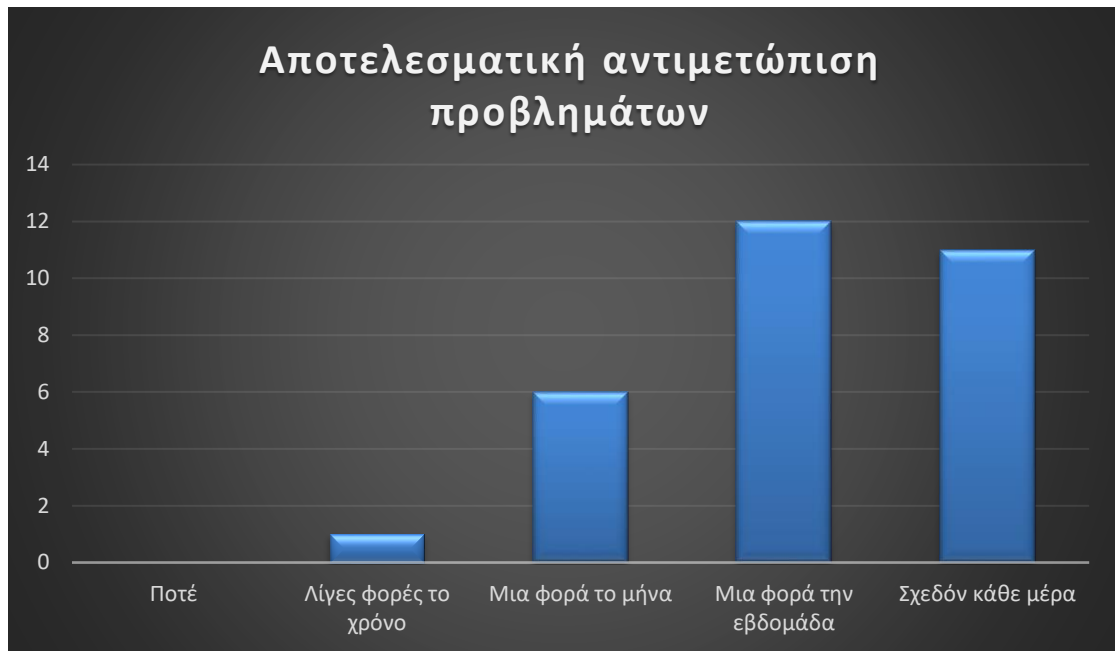
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 19) παρατηρείται ότι το 1/3 των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, 12/30 δήλωσαν πως νιώθουν «άδειοι» στο τέλος της ημέρας μόνο λίγες φορές το χρόνο ενώ το άλλο 1/3 νιώθουν έτσι μια φορά το μήνα ή την εβδομάδα. Ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι μόλις 4 δηλώνουν πως δεν έχουν νιώσει αυτό το συναίσθημα ποτέ, καθ' όλη τη διάρκεια των χρόνων της υπηρεσίας τους ως κοινωνικοί λειτουργοί.



Γράφημα 19: Οι συμμετέχοντες νιώθουν «άδειοι» στο τέλος της ημέρας του νοσοκομείου.

➤ **Αντιμετωπίζω τα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της εργασίας μου πολύ αποτελεσματικά**

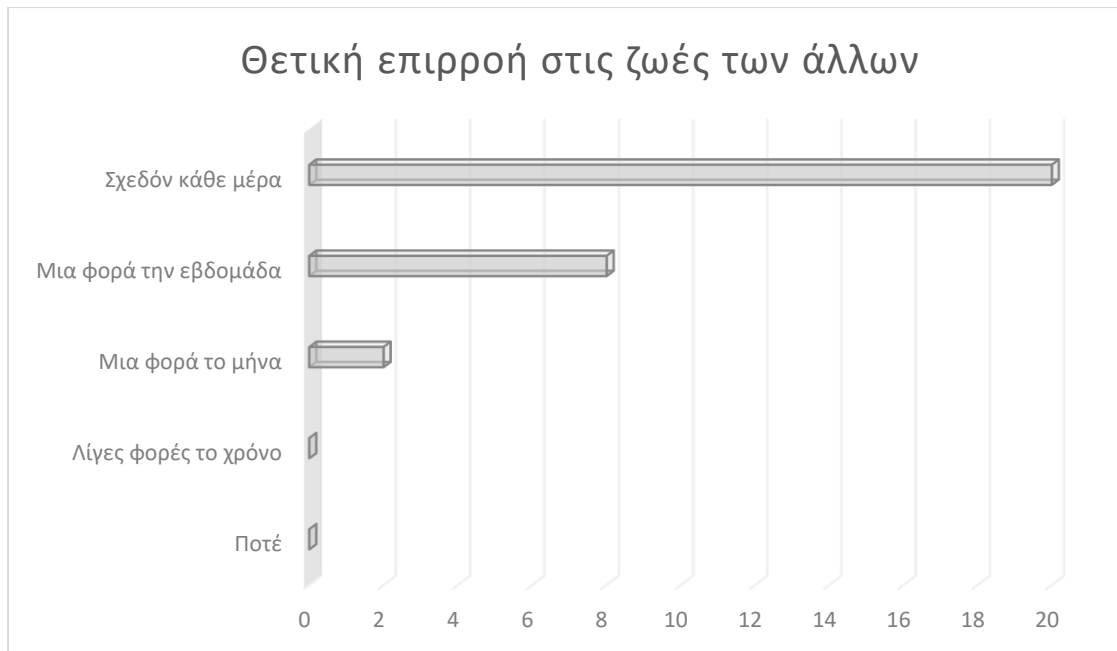
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 20) παρατηρείται πως η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών αντιμετωπίζει τα προβλήματα που προκύπτουν κατά την διάρκεια της εργασίας τους πολύ αποτελεσματικά αφού 12/30 ανέφεραν πως μια φορά την εβδομάδα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της δουλειάς ενώ άλλα 11 εκ των 30 δήλωσαν πως τα αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά σε καθημερινή βάση. Ενδιαφέρον στοιχείο είναι ότι κανένας συμμετέχοντας δεν δήλωσε ποτέ και μόλις 1 κάποιες φορές το χρόνο. Οπότε σε γενικές γραμμές οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί νιώθουν ότι δουλεύουν αποτελεσματικά, παρόλες τις αντίξοες συνθήκες εργασίας τους.



Γράφημα 20: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα προβλήματα προκύπτουν κατά τη διάρκεια της εργασίας.

➤ **Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τις ζωές των άλλων**

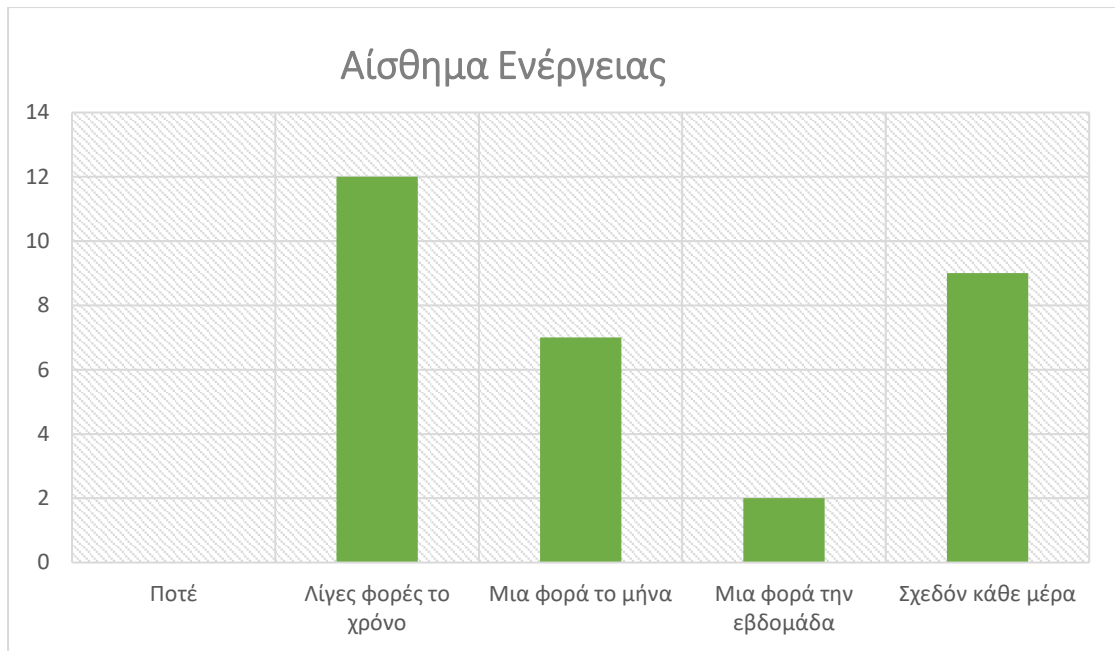
Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 21) η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών, 20 άτομα στο σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν πως σχεδόν κάθε μέρα νιώθουν πως η εργασία τους επηρεάζει τις ζωές των άλλων ενώ 8 άτομα δήλωσαν πως έχουν αυτό το συναίσθημα μια φορά την εβδομάδα. Αυτό φυσικά το ερευνητικό εύρημα είναι θετικό, αλλά αν λάβουμε συνολικά υπόψη όλα τα αποτελέσματα, καταγράφεται μια γενική δυσαρέσκεια και εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομειακά πλαίσια.



Γράφημα 21: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως νιώθουν ότι η εργασία τους επηρεάζει θετικά τις ζωές των άλλων.

➤ **Νιώθω γεμάτος/η ενέργεια**

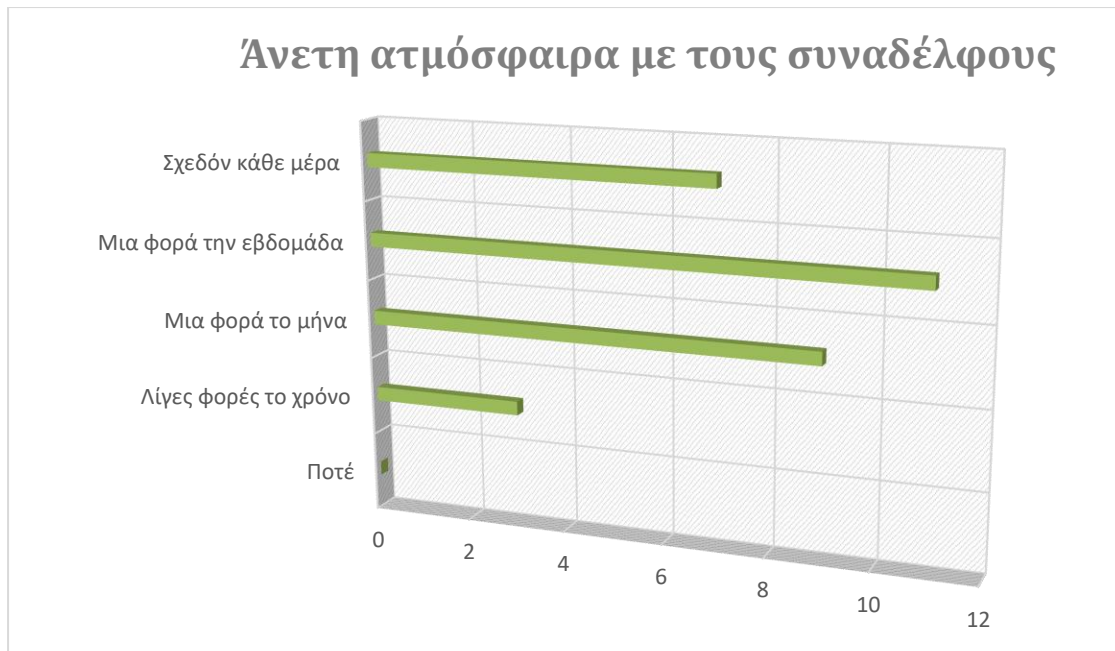
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 22) παρατηρείται πως μόνο 9 εκ των 30 νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών νιώθουν γεμάτοι ενέργεια σχεδόν κάθε μέρα και επίσης μόνο 2 μια φορά την εβδομάδα και τέλος μόνο άλλοι 7 μια φορά το μήνα. 12 εκ των 30 διατύπωσαν ακόμη πιο δύσκολη κατάσταση όπου νιώθουν γεμάτοι ενέργεια μόνο λίγες φορές το χρόνο.



Γράφημα 22: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως νιώθουν γεμάτοι ενεργητικότητα.

➤ **Μπορώ να δημιουργήσω μια άνετη ατμόσφαιρα με τους συναδέλφους**

Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 23) το 1/3 των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών 11/30 δήλωσαν ότι πως μια φορά την εβδομάδα νιώθουν πως μπορούν να δημιουργήσουν μια άνετη ατμόσφαιρα με τους συναδέλφους, ενώ μόλις 7 άτομα δήλωσαν πως μπορούν να το κάνουν καθημερινά.

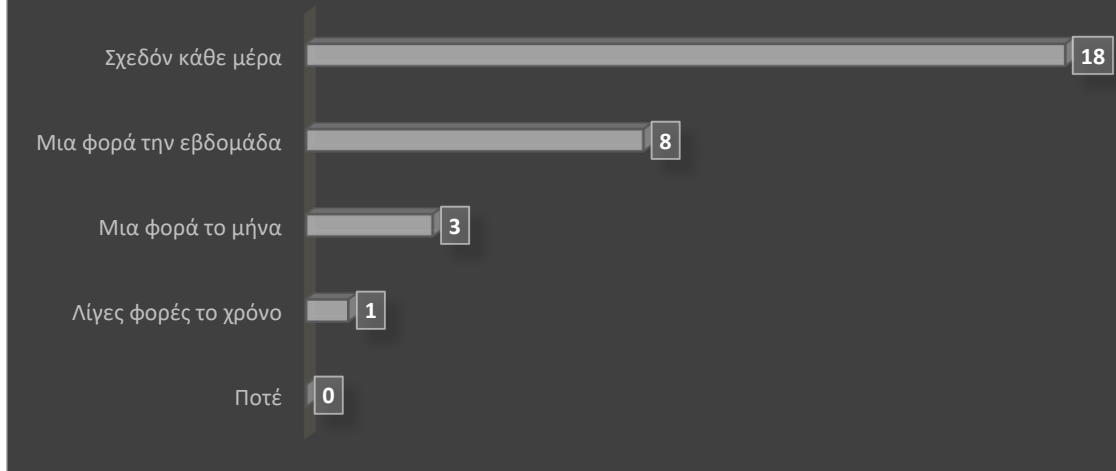


Γράφημα 23: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως μπορούν να δημιουργήσουν μια άνετη ατμόσφαιρα με τους συναδέλφους.

➤ **Έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά μου**

Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 24) παρατηρείται πως η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, 18 από το σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν πως σχεδόν κάθε μέρα νιώθουν πως έχουν καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα ενώ 8 άτομα πιστεύουν πως το κάνουν μια φορά την εβδομάδα. Ωστόσο αξίζει να σημειωθεί πως μόνο 3 άτομα αισθάνονται έτσι μόνο μια φορά το μήνα ενώ μόνο 1 από το σύνολό μας, λίγες φορές το χρόνο. Συμπερασματικά, όπως έχουμε αναφέρει και στην ερώτηση της αποτελεσματικότητας του έργου του κοινωνικού λειτουργού, οι συμμετέχοντες αισθάνονται ότι κάνουν ότι καλύτερο μπορούν στο πλαίσιο της δουλειάς τους, παρόλες τις αντίξοες συνθήκες.

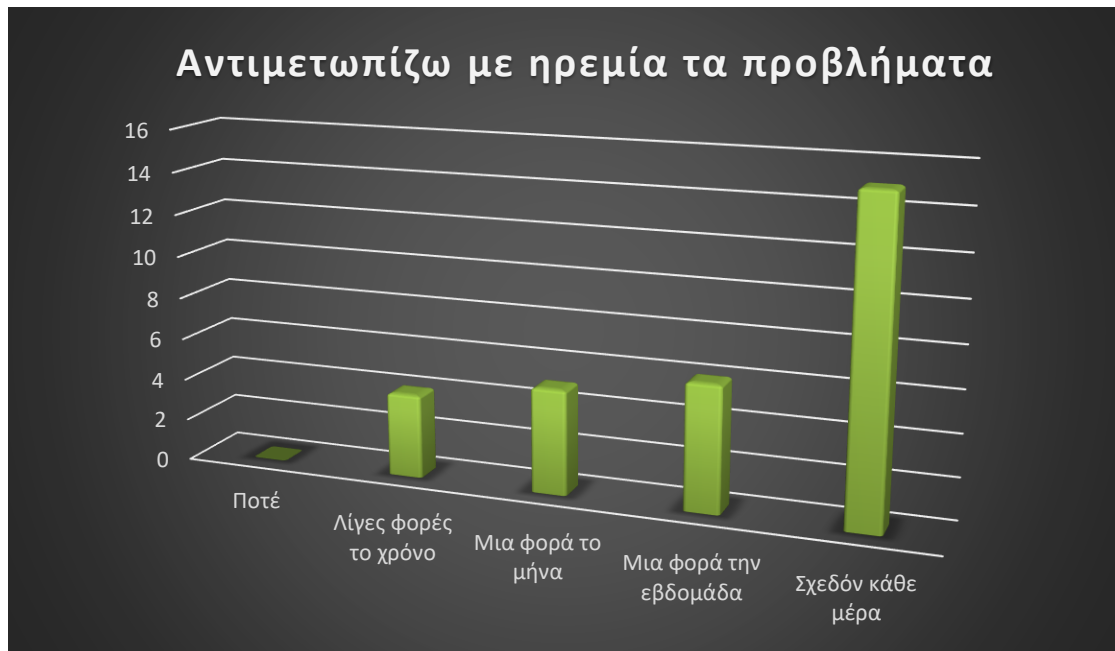
ΑΞΙΟΛΟΓΕΣ ΕΝΕΡΓΕΙΕΣ ΣΤΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΔΟΥΛΕΙΑΣ



Γράφημα 24: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως έχουν καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά τους.

➤ **Αντιμετωπίζω ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν από τη δουλειά μου**

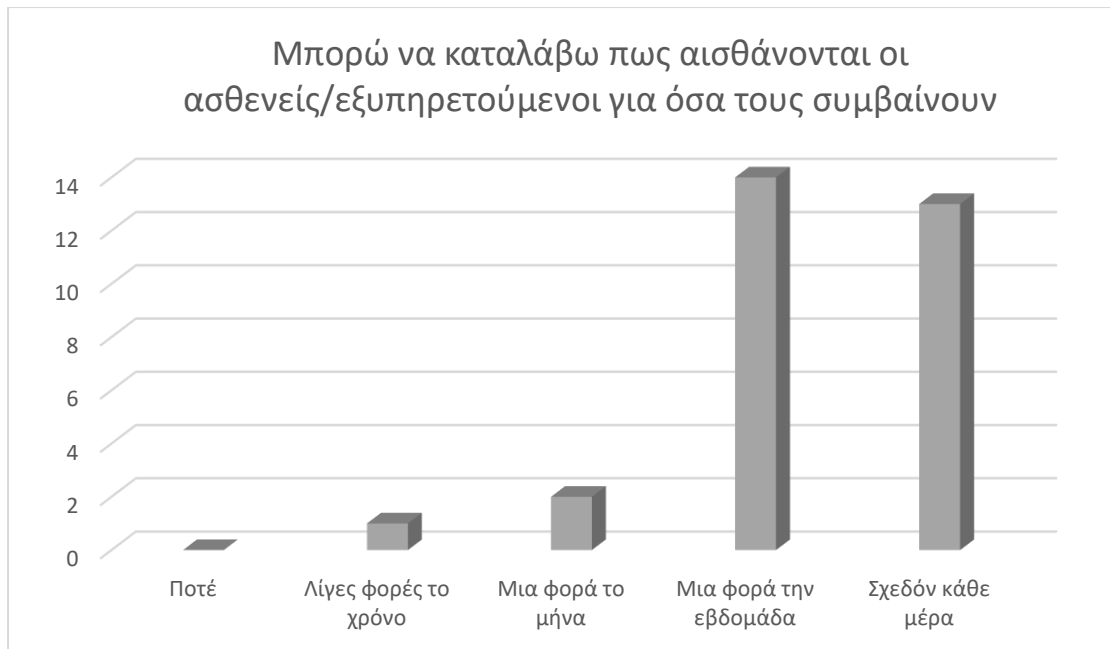
Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 25) οι μισοίνοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί 15/30 δήλωσαν πως σχεδόν κάθε μέρα νιώθουν πως αντιμετωπίζουν με ηρεμία τα προβλήματα που προκύπτουν από τη δουλειά τους ενώ μόλις οι 6 δηλώνουν πως αντιμετωπίζουν μια φορά την εβδομάδα τα πράγματα με ηρεμία. 4/30 ανέφεραν μια φορά το χρόνο ενώ 3/30 λίγες φορές το χρόνο, οπότε η πλειοψηφία των συμμετεχόντων θεωρεί ότι αντιμετωπίζει με ηρεμία τα προβλήματα στη δουλειά τους.



Γράφημα 25: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως αντιμετωπίζουν ήρεμα τα προβλήματα από τη δουλειά τους.

- **Μπορώ να καταλάβω πως αισθάνονται οι ασθενείς/εξυπηρετούμενοί μου για όσα τους συμβαίνουν.**

Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 26) η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, 12/30 δήλωσαν πως σχεδόν κάθε μέρα καταλαβαίνουν πως αισθάνονται οι εξυπηρετούμενοί τους για όσα τους συμβαίνουν γύρω τους και άλλοι 13/30 πως το κάνουν καθημερινά. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί αισθάνονται ότι έχουν ανεπτυγμένη ενσυναίσθηση.

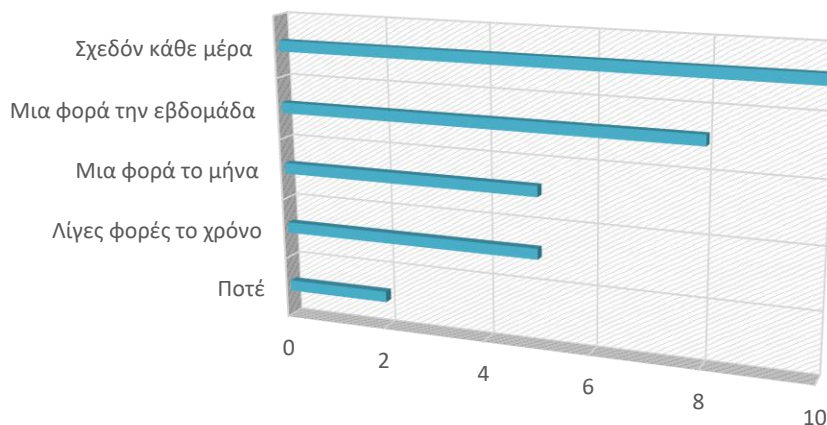


Γράφημα 26: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως μπορούν να καταλάβουν πως αισθάνονται οι ασθενείς/εξυπηρετούμενοί τους για όσα τους συμβαίνουν.

- Έχω γίνει περισσότερο σκληρός/η με τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά

Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 27) παρατηρείται πως το 1/3 των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, 10/30, δήλωσαν πως σχεδόν κάθε μέρα αισθάνονται πως έχουν γίνει περισσότερο σκληροί με τους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησαν να εργάζονται, ενώ άλλοι 8/30 νιώθουν έτσι μόνο μια φορά την εβδομάδα και άλλοι 5/30 μια φορά το μήνα. Άρα, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων νιώθει ότι σκλήρυνε από τότε που άρχισε αυτή τη δουλειά.

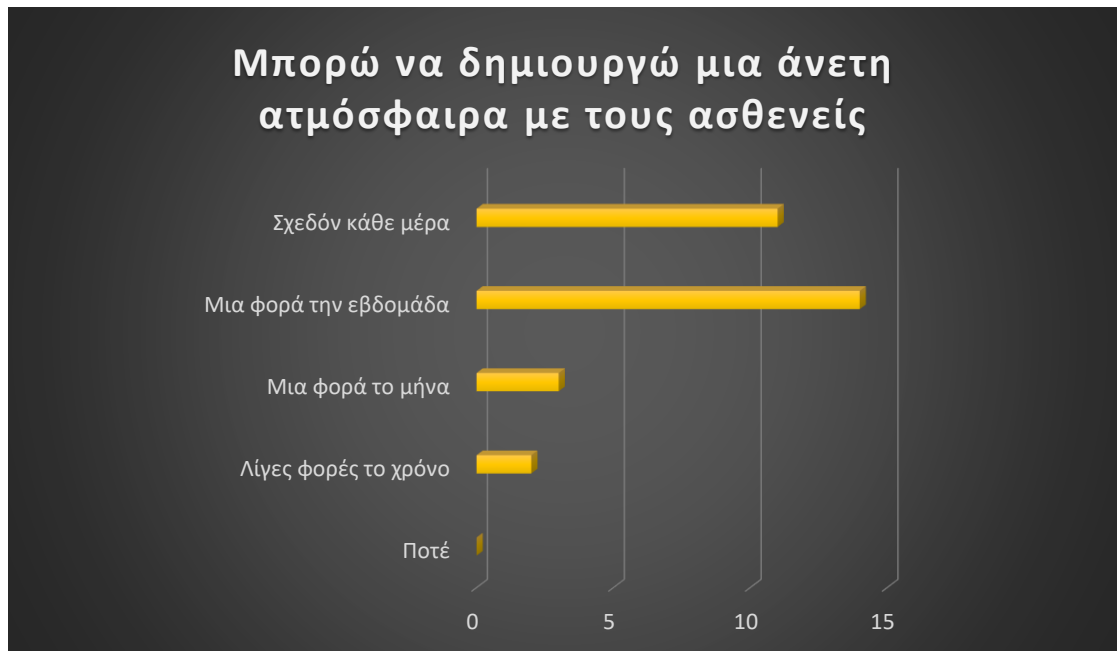
Έχω γίνει περισσότερο σκληρός/ή με τους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησα αυτή τη δουλειά



Γράφημα 27: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως νιώθουν πως έχουν γίνει περισσότερο σκληροί με τους ανθρώπους από τότε που ξεκίνησαν να εργάζονται.

➤ Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.

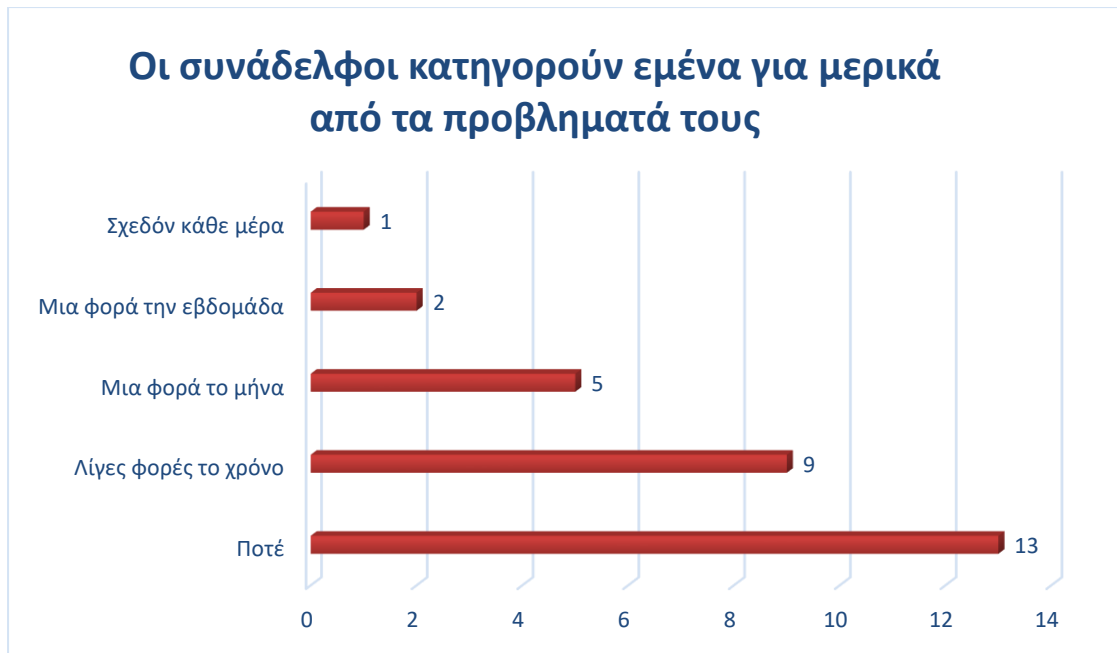
Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 28) παρατηρείται πως οι μισοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί, 14/30, δήλωσαν πως μια φορά την εβδομάδα αισθάνονται πως μπορούν να δημιουργήσουν μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς τους ενώ άλλοι 12/30 νιώθουν έτσι σχεδόν καθημερινά. Άρα, η πλειοψηφία νιώθει ότι δημιουργεί μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς τους.



Γράφημα 28: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως μπορούν να δημιουργήσουν μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς τους.

➤ **Αισθάνομαι ότι οι συνάδελφοι κατηγορούν εμένα για μερικά από τα προβλήματά τους**

Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 29) παρατηρείται πως σχεδόν οι μισοί νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί δήλωσαν πως οι συνάδελφοί τους δεν τους κατηγορούν ποτέ για μερικά από τα προβλήματά τους 13/30 ενώ και άλλοι 9/30 δήλωσαν πως νιώσει το αίσθημα αυτό λίγες φορές το χρόνο. Μόνο 5/30 ανέφεραν ότι τους συμβαίνει κάτι τέτοιο μια φορά το μήνα ή την εβδομάδα, οπότε αυτό το ζήτημα δεν φαίνεται να απασχολεί τους κοινωνικούς λειτουργούς.

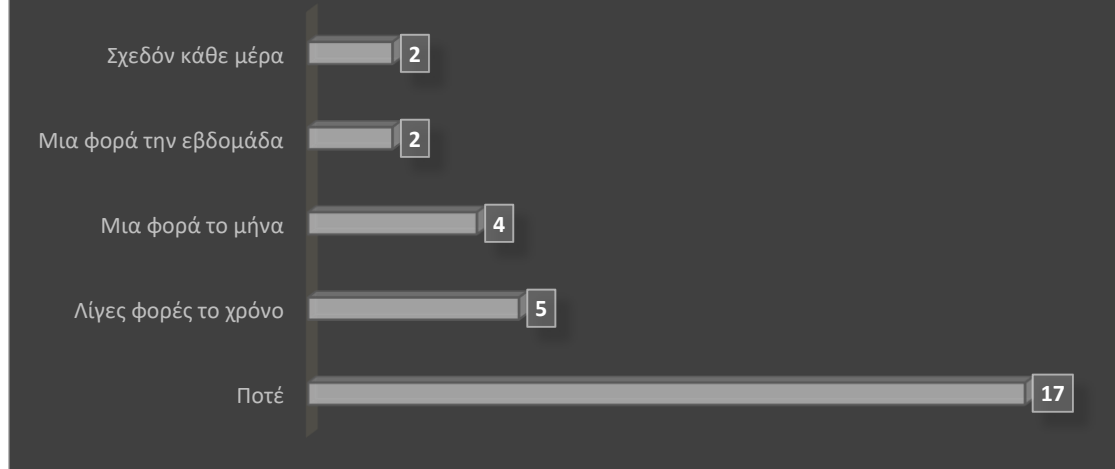


Γράφημα 29: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν πως νιώθουν ότι οι συνάδελφοί τους κατηγορούν για μερικά από τα προβλήματά τους.

- **Στην πραγματικότητα δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει σε μερικούς από τους συναδέλφους μου**

Όπως προκύπτει από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 30) πάνω από τους μισούς νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς 17/30 άτομα στο σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν πως ποτέ δεν υποστήριξαν ότι δεν τους ενδιαφέρει τι συμβαίνει με μερικούς από τους συναδέλφους τους, ενώ άλλοι 5 δήλωσαν πως αυτό τους συμβαίνει μόνο λίγες φορές το χρόνο. Άρα, ούτε αυτό το ζήτημα παρουσιάζει κάποιο ενδιαφέρον στη συγκεκριμένη μελέτη.

ΔΕ ΜΕ ΕΝΔΙΑΦΕΡΕΙ ΤΙ ΣΥΜΒΑΙΝΕΙ ΜΕ ΜΕΡΙΚΟΥΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΣΥΝΑΔΕΛΦΟΥΣ ΜΟΥ

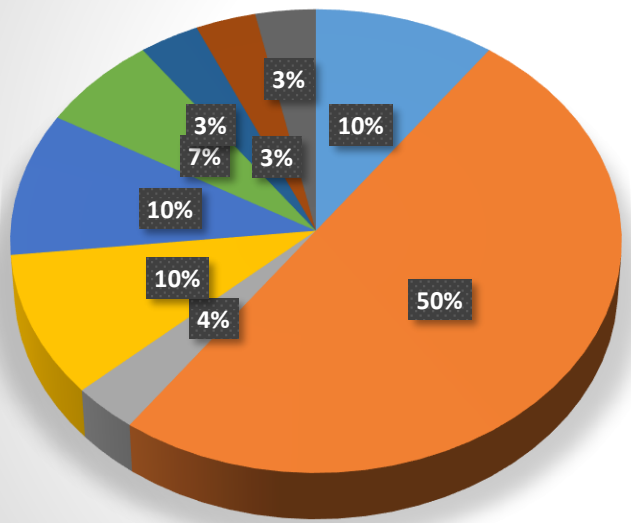


Γράφημα 30: Οι συμμετέχοντες δηλώνουν την άποψή τους για το αν τους ενδιαφέρει στη πραγματικότητα τι συμβαίνει με μερικούς από τους συναδέλφους τους.

➤ Τρόποι που μειώνουν το αίσθημα της επαγγελματικής σας εξουθένωσης

Από το παρακάτω γράφημα (γράφημα 31) παρατηρείται πως η πλειοψηφία των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών, το 50% από το σύνολο του δείγματός μας, δήλωσαν πως ο βασικός τρόπος για να μειωθεί το αίσθημα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι να ανατεθούν λιγότερα περιστατικά. 10% δέχτηκαν 3 εναλλακτικές απαντήσεις, και πιο συγκεκριμένα οι εξής: να βελτιωθούν οι σχέσεις μου με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, να αλλάξω την θέση που ασχολούμαι και να υπάρξει εποπτεία όπου θα αποφορτιζόμαστε συναισθηματικά. Συμπερασματικά, σε αυτή την ερώτηση είναι φανερό ότι οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί επιβαρύνονται πολύ αναφορικά με τον φόρτο εργασίας αλλά δυστυχώς και σε πολλούς άλλους τομείς και άρα υπάρχουν αρκετά περιθώρια για βελτίωση των εργασιακών συνθηκών των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών.

Τρόποι που μειώνουν το αίσθημα της επαγγελματικής σας εξουθένωσης



- Na βελτιωθούν οι σχέσεις μου με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Na μου ανατίθενται λιγότερα περιστατικά.
- Na μοιράζομαι το βάρος της ευθύνης των περιστατικών με μέλη της δι-επιστημονικής μου ομάδας.
- Na υπάρξει Εποπτεία όπου θα αποφορτιζόμαστε συναισθηματικά
- Na αλλάξω την θέση/πόστο που απασχολούμαι (rotation).
- Na μοιράζομαι το βάρος της ευθύνης των περιστατικών με μέλη της δι-επιστημονικής μου ομάδας.
- Na μου δίνονται περισσότερες ευκαιρίες πρωτοβουλίας.
- Na μειωθούν οι ώρες εργασίας μου.

5.2 Γενικά ευρήματα

Τα πορίσματα της εν λόγω έρευνας αναμφισβήτητα αποδεικνύουν την ύπαρξη του φαινομένου επαγγελματικής εξουθένωσης στους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς της Περιφέρειας Αττικής και Δυτικής Ελλάδας. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των κοινωνικών λειτουργών, δηλώνουν πως νιώθουν εξουθενωμένοι και ψυχικά εξαντλημένοι μια φορά την εβδομάδα.

Ο φόρτος εργασίας, η φύση του επαγγέλματος (αρκετά ψυχοφθόρος) και οι δύσκολες σχέσεις με προσωπικό άλλων ειδικοτήτων αποτελούν αναμφίβολα τους σημαντικότερους λόγους που οδηγούν στη δημιουργία άγχους και στρες το οποίο καταλήγει στην επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών.

Η πρώτη ερευνητική μας υπόθεση ότι “αν οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί νιώθουν ψυχικά εξαντλημένοι, τότε εμφανίζουν υψηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης”, επιβεβαιώνεται σε πολύ σημαντικό βαθμό από τους κοινωνικούς λειτουργούς του δείματός μας. Πιο συγκεκριμένα οι νοσοκομειακοί λειτουργοί, οι οποίοι είναι εξαντλημένοι είτε ψυχικά είτε σωματικά και νιώθουν απογοήτευση εμφανίζουν πιο εύκολα το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης συγκριτικά με άλλους συναδέλφους που δεν διακατέχονται από τέτοια συναισθήματα.

Όσον αφορά τη δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση ότι “πιο συχνά οι γυναίκες κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζουν επαγγελματική εξουθένωση από τους άντρες”, λόγω της συναισθηματικής εξάντλησης που αισθάνονται, επιβεβαιώνεται από τους κοινωνικούς λειτουργούς του δείματός μας καθώς οι γυναίκες εμφανίζουν πιο εύκολα υψηλά επίπεδα άγχους, στρες κι απογοήτευσης ενώ παράλληλα εκδηλώνουν πιο εύκολα τη συναισθηματική φόρτιση από την οποία διακατέχονται που τους οδηγεί στην εξάντληση.

Όμως η τρίτη ερευνητική μας υπόθεση ότι “όσο αυξάνονται τα χρόνια υπηρεσίας στην καριέρα ενός κοινωνικού λειτουργού, τόσο μεγαλύτερα είναι τα επίπεδα εξουθένωσης που έχει” δεν επιβεβαιώνεται από το δείγμα μας. Πιο συγκεκριμένα, η ηλικία δεν αποτελεί παράγοντα της επαγγελματικής εξουθένωσης από τους κοινωνικούς λειτουργούς της μελέτης μας.

Τέλος, η τέταρτη ερευνητική υπόθεση ότι “αν οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται κάθε μέρα πολύ σκληρά, τότε αυξάνεται το αίσθημα επαγγελματικής εξουθένωσης” επιβεβαιώνεται από το δείγμα μας. Η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις εργασιακές συνθήκες, το άγχος και το στρες, το φόρτο εργασίας αλλά και τον τρόπο λειτουργίας του νοσοκομείου. Συνεπώς η σκληρή δουλειά σε συνδυασμό με τους παραπάνω παράγοντες οδηγούν σε επαγγελματική εξουθένωση.

5.3 Ειδικά ευρήματα

Από την παραπάνω μελέτη συμπεράναμε πως, οι ερωτώμενοι επέλεξαν το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού κυρίως λόγω της επιθυμίας τους να βοηθήσουν τους ασθενείς και ανθρώπους που τους έχουν πραγματικά ανάγκη. Ένας ακόμη λόγος, λιγότερο σημαντικός για το δείγμα μας, είναι η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση.

Επιπλέον, αν και ο ρόλος της εργασίας τους είναι ξεκάθαρος και κατανοητός, οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί ασχολούνται καθημερινά με περίπου 4 έως 7 ασθενείς και δεν είναι ικανοποιημένοι από τις συνθήκες εργασίας που επικρατούν στα νοσοκομεία που εργάζονται.

Επιπρόσθετα οι κοινωνικοί λειτουργοί των νοσοκομείων αυτών είναι μόνο λίγο ικανοποιημένοι από την αμοιβή τους.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί πως αν και η συνεργασία με τους συναδέλφους είναι λίγο ικανοποιητική δηλώνουν αρκετά ικανοποιημένοι για τις σχέσεις τους με τους ανωτέρους τους.

5.4 Συσχέτιση της παρούσας έρευνας με προηγούμενες ερευνητικές μελέτες

Μέσα από την έρευνα τόσο της διεθνής όσο και της ελληνικής βιβλιογραφίας άγεται το συμπέρασμα ότι το επαγγελματικό άγχος αποτελεί αδιαμφισβήτητα έναν από τους βασικότερους παράγοντες, της επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρατηρήθηκε λοιπόν από τη βιβλιογραφική μας επισκόπηση πως οι παράγοντες, οι αιτίες καθώς και οι συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης απασχόλησαν πάρα πολλούς ερευνητές τα τελευταία χρόνια. Επιπλέον υπάρχουν πολλοί από αυτούς επιστούν τη προσοχή για περαιτέρω έρευνα και διερεύνηση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης που φαίνεται ότι αυξάνεται ραγδαία.

Ωστόσο στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί πως παρά το ενδιαφέρον αρκετών ερευνητών αλλά της πραγματοποίησης πολλών μελετών, ο αριθμός των ερευνών που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών είναι μικρός (Σάγια, 2009; Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015; Δημητριάδου, 2015; Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κούζη, 2015; Νιαρχάκου, 2018). Συναρτήσει λοιπόν της ραγδαίας αύξησης της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς

και των αλλαγών που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στο νοσοκομειακό περιβάλλον, κρίνεται η ανάγκη για στοχευμένη μελέτη του φαινομένου.

Τα πορίσματα της έρευνάς μας στο μεγαλύτερο τους μέρος επιβεβαιώνονται από προηγούμενες μελέτες. Όπως υποστήριξε η Σάγια (2009) οι κυριότεροι λόγοι εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ο φόρτος εργασίας και οι σχέσεις με τους συναδέλφους και το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό. Συνεπώς οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζουν πολλές φορές συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης εξαιτίας των πολλών αρμοδιοτήτων που έχουν αναλάβει και που πρέπει να διεκπεραιώσουν καθώς και των συνθηκών εργασίας που τους δημιουργούν έντονο άγχος και στρες αλλά και των σχέσεων που έχουν αναπτυχθεί στο εργασιακό τους περιβάλλον (Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015).

Επιπλέον επισημάνθηκε πως η επαγγελματική εξουθένωση των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών εκτός από το ότι έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στην ψυχική και σωματική υγεία όσο και στο γεγονός ότι αυτή επιδρά ανασταλτικά στην αποτελεσματική λειτουργία και αποδοτικότητα του ίδιου του νοσοκομείου (Γεωργοπούλου, Κλάψη & Κούζη, 2015; Νιαρχάκου, 2018). Τέλος, η εργασία του νοσοκομειακού κοινωνικού λειτουργού θεωρείται αρκετά επιφορτισμένη και για αυτό το λόγο πρέπει να υπάρξει κατάλληλη εποπτεία ώστε να μειωθεί ο φόρτος εργασίας και συνεπώς να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου burnout (Δημητριάδου, 2015).

Από τη μελέτη αυτή προέκυψαν αρκετά συμπεράσματα και δεδομένου ότι δεν υπάρχουν έρευνες που διερευνούν το εν λόγω θέμα στα Νοσοκομεία της Περιφέρειας Αττικής και Δυτικής Ελλάδας, η παρούσα μελέτη ευελπιστούμε να συνέβαλλε στην ήδη υπάρχουσα βιβλιογραφία.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

6.1 Γενικά συμπεράσματα

Ο προβληματισμός γύρω από την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον (Kourmoussi & Alexopoulos, 2016). Μεγάλος αριθμός ερευνών εστιάζεται στις αιτίες που προκαλούν την εμφάνιση του συνδρόμου αυτού, στα συμπτώματα που επιφέρει, στον τρόπο που μπορεί να επηρεάσει την αποδοτικότητα των εργαζομένων καθώς και την σωματική και ψυχική τους υγεία (Papastylianiou, Kaila & Polychronopoulos, 2009). Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια διερεύνησης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι εργάζονται σε νοσοκομεία της Αττικής και της Δυτικής Ελλάδας. Όπως γίνεται αντιληπτό, πρόκειται για ένα αρκετά απαιτητικό εργασιακό περιβάλλον, όπου ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να αντιμετωπίσει πολλές προκλήσεις και να ανταπεξέλθει με αποτελεσματικότητα σε πολύπλοκα ζητήματα και σε διαφορετικούς ρόλους (Platsidou & Agaliotis, 2008).

Οι δυσκολίες που ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός καλείται να διαχειριστεί είναι αρκετές και πολύπλοκες, λαμβάνοντας υπόψη τα μειονεκτήματα του ελληνικού συστήματος υγείας και τον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν τα δημόσια νοσοκομεία. Αποτελέσματα ερευνών (Kokkinos, 2006; Θεοφίλου, 2009; Ηλιοπούλου, 2013; Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα, 2015) έχουν δείξει ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις καθώς και ο συνδυασμός της έλλειψης εποπτείας με τις μη κατάλληλες υποδομές, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την ανάπτυξη του αισθήματος της εξουθένωσης, γεγονός που επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα της εργασίας που προσφέρεται από το υγειονομικό προσωπικό (Yong & Yue, 2007). Ταυτόχρονα η παρούσα μελέτη απέδειξε πως ο μεγάλος όγκος των περιστατικών που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι νοσοκομειακοί λειτουργοί καθημερινά και τα ψυχοφθόρα περιστατικά οδηγούν συχνά σε επαγγελματική εξουθένωση. Παράλληλα για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου προτείνεται η βελτίωση των σχέσεων με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και ενδεχομένως η αλλαγή της θέσης ή του πόστου που κατέχουν αλλά και η ύπαρξη εποπτείας που θα βοηθήσει σημαντικά στη συναισθηματική αποφόρτιση.

Συνοπτικά, η διαδικασία εξέλιξης και ανάπτυξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης από τη μια πλευρά αποτελεί την δυναμική διάδραση του συνδυασμού των προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και από την άλλη των ψυχοπαιστικών καταστάσεων που σχετίζονται με την επαγγελματική αλλά και την εξω-επαγγελματική ζωή του ατόμου (Antoniou, Polychroni & Vlachakis, 2006). Επομένως, η αντιμετώπιση του φαινομένου καθώς και οι μηχανισμοί πρόληψης οφείλουν να δρουν παράλληλα και έγκαιρα συμβάλλοντας στην ελαχιστοποίηση των στρεσογόνων παραγόντων αλλά και στην ενίσχυση της ψυχοσωματικής ισορροπίας μέσα από τη διαμόρφωση συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης (Platsidou, 2010).

Ωστόσο, πολλοί ερευνητές έχουν προτείνει διάφορες παρεμβάσεις για την πρόληψη ή την αντιμετώπιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (Greenglass, Burke & Fiksenbaum, 2001). Στις περισσότερες έρευνες η συζήτηση για το φαινόμενο αυτό αφορούσε ατομοκεντρικές παρεμβάσεις, όπως να απομακρυνθεί ο εργαζόμενος από την εργασία ή να εφαρμοστούν στρατηγικές σε ατομικό επίπεδο, με στόχο την ενδυνάμωση του ατόμου ή την αλλαγή της συμπεριφοράς του απέναντι στην εργασία (Demerouti et. al., 2000). Οι τεχνικές όμως που εστιάζουν στην συμπεριφορά του ατόμου φαίνεται να μην είναι αποτελεσματικές, λόγω των εργασιακών παραγόντων, οι οποίοι είναι σημαντικοί στην εμφάνιση του συνδρόμου. Βέβαια οι παραπάνω τεχνικές στην μία διάσταση του συνδρόμου αυτής της συναισθηματικής εξάντλησης, θα μπορούσαν να είναι αποτελεσματικές, αλλά όχι στις δύο άλλες, την αποπροσωπιοποίηση και τα προσωπικά επιτεύγματα (Bakker, Le Blanc & Schaufeli, 2005).

Στο χώρο της εργασίας, ωστόσο, οι παρεμβάσεις σε ατομικό επίπεδο φαίνεται να είναι αναποτελεσματικές διότι το άτομο δεν μπορεί να έχει υπό τον έλεγχό του, τους παράγοντες που του προκαλούν το σύνδρομο (Demir, Ulusoy & Ulusoy, 2003). Συχνά ωστόσο έχει παρατηρηθεί η χρήση τέτοιων τεχνικών εξαιτίας της παραδοχής ότι οι οργανώσεις αλλάζουν πιο δύσκολα από τους ανθρώπους. Παράλληλα υπάρχει η αντίληψη πως ο κάθε επαγγελματίας υγείας δεν δύναται να ιεραρχεί τις ανάγκες του, επιλέγοντας κυρίως την ικανοποίηση των προσωπικών αναγκών του κυρίως επειδή ασκεί λειτούργημα (Burke, 2003). Αποτέλεσμα της πεποίθησης αυτής είναι η ενίσχυση του μύθου της παντοδυναμίας γεγονός που καθιστά το άτομο ευάλωτο ως προς την επαγγελματική εξουθένωση (Greenglass & Burke, 2002).

6.2 Ειδικά συμπεράσματα

Σύμφωνα με το σύνολο των ερευνών που έχουν διεξαχθεί αλλά και μελετηθεί στη παρούσα εργασία καθώς και από την βιβλιογραφική ανασκόπηση προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα (Koukoulaki et. al., 2017):

Αρχικά, η αντίληψη των κοινωνικών λειτουργών για το πως ορίζεται η επαγγελματική εξουθένωση συμπίπτει με το θεωρητικό μοντέλο των Maslach & Leiter (1997), δηλαδή η επαγγελματική εξουθένωση αποτελείται από τρεις διαστάσεις: α) την αποπροσωποποίηση (DP), β) τη συναισθηματική εξάντληση (EE) και γ) την προσωπική επίτευξη (PA)

Δεύτερον, σύμφωνα με την βιβλιογραφική μελέτη (Brake, Bloemendal & Hoogstraten, 2003; Skaalvik & Skaalvik, 2007; Chang et. al., 2006) η επαγγελματική εξουθένωση επιδρά σημαντικά τόσο στα ατομικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του κάθε ατόμου όσο και στις συνθήκες που επικρατούν στο εργασιακό περιβάλλον. Η διεθνής βιβλιογραφία μελετά τη συσχέτιση μεταξύ επαγγελματικής εξουθένωσης και ηλικίας. Ωστόσο συχνά δεν παρατηρείται διαφοροποίηση των συμμετεχόντων με βάση αυτό το κριτήριο. Ενώ για παράδειγμα στις έρευνες των Maslach et. al., (2001) και των Chang, Daly & Hancock (2006) προκύπτει ότι οι εργαζόμενοι σε νεότερη ηλικία εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης και οι μεγαλύτεροι ηλικιακά εμφανίζουν μικρότερα ποσοστά, πιθανόν το στοιχείο αυτό να οφείλεται στην επαγγελματική εμπειρία που διαθέτουν, γεγονός που τους κάνει λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση (Chang & Daly, 2006). Έτσι, η μεγαλύτερη επαγγελματική εμπειρία δύναται να καθυστερήσει την εμφάνιση του φαινομένου αυτού αλλά συχνά δεν αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα για την πρόληψή του.

Τρίτον, η επαγγελματική εξουθένωση σχετίζεται με τις εργασιακές συνθήκες όπως είναι ο τρόπος λειτουργίας του οργανισμού, το άγχος, η έλλειψη βασικών πόρων, ο φόρτος εργασίας και οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις (Hancock et. al., 2006).

Συνεπώς οι κοινωνικοί λειτουργοί στο πλαίσιο της εργασίας τους στο νοσοκομείο καλούνται να αντιμετωπίσουν όλα τα παραπάνω ζητήματα με αποτέλεσμα να προσπαθούν συνεχώς να προσαρμόζονται σε νέες πολυδιάστατες και αυξανόμενες ανάγκες και παράλληλα να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες ανεξαρτήτως των συνθηκών εργασίας, οι οποίες πολλές φορές χαρακτηρίζονται από

περικοπές δαπανών, μείωση προσωπικού και επαγγελματική αβεβαιότητα (Jafari et al., 2012).

6.3 Περιορισμοί της Έρευνας

Οι περιορισμοί της έρευνάς μας αφορούν κυρίως το μέγεθος του δείγματος, το είδος της έρευνας καθώς και τον περιορισμένο χρόνο κατά τον οποίο αυτή διεξήχθη.

Αρχικά ο πρώτος περιορισμός αφορά το σχετικά μικρό αριθμό των συμμετεχόντων στην έρευνα, συγκριτικά με το μέγεθος του πληθυσμού των νοσοκομείων στη Δυτική Ελλάδα και στην Αττική. Συνεπώς εκφράζεται η αδυναμία γενίκευσης των αποτελεσμάτων στο γενικό πληθυσμό.

Ο περιορισμένος χρόνος που είχε στη διάθεσή του ο ερευνητής για τη διεξαγωγή της έρευνας καθώς και ο αυξημένος φόρτος εργασίας των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών κυρίως λόγω των νέων συνθηκών που επικρατούν στο περιβάλλον του νοσοκομείου λόγω του SARS-Cov2 αποτελούν περιορισμούς που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη.

Ακόμη η διεξαγωγή μόνο ποσοτικής έρευνας χρησιμοποιώντας ως εργαλείο το ερωτηματολόγιο και δεδομένου ότι αυτά συμπληρώθηκαν ανώνυμα, ενδεχομένως να αποτέλεσε εμπόδιο στην έκφραση των πραγματικών και ειλικρινών απόψεων των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών εξαιτίας της ανησυχίας τους για την διατήρηση της ανωνυμίας ή λόγω αμφιβολιών για το που θα χρησιμοποιηθεί αυτή η έρευνά ή ακόμη και λόγω άλλων παραγόντων.

Τέλος αξίζει να σημειωθεί πως η χρήση ερωτηματολογίων αυτοαναφοράς, βασίζεται αποκλειστικά και μόνο σε υποκείμενες κρίσεις, γεγονός που αποτελεί έναν σημαντικό περιορισμό της έρευνάς μας.

6.4. Προτάσεις Κοινωνικής Πολιτικής

Η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο το οποίο συχνά εμφανίζει αρνητικές συνέπειες σε κάθε διάστασή του όπως η χαμηλή αποδοτικότητα των εργαζομένων, η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται καθώς και τα αρνητικά συναισθήματα που δημιουργούνται στους εργαζόμενους όπως αισθήματα θυμού, απογοήτευσης και ματαίωσης που εν τέλει οδηγούν σε εξάντληση.

Η διαδικασία ανάπτυξης καθώς και εξέλιξης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης προκύπτει από την αλληλεπίδραση των προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων και των ποικίλων πιεστικών καταστάσεων που

βιώνει το άτομο και που σχετίζονται τόσο με την επαγγελματική όσο και με την προσωπική ζωή του. Έτσι λοιπόν οι μηχανισμοί πρόληψης και αντιμετώπισης θα πρέπει να λειτουργούν με το καλύτερο δυνατό τρόπο δηλαδή παράλληλα αλλά και έγκαιρα με απώτερο σκοπό να ελαχιστοποιηθούν όσο το δυνατόν περισσότερο όλοι οι στρεσογόνοι παράγοντες που δημιουργούν επαγγελματική εξουθένωση καθώς και να επιτευχθεί ψυχοσωματική ισορροπία μέσα από τη διαμόρφωση διαφόρων συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης. Με αυτό τον τρόπο δύναται να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο «θεραπείας».

Προκειμένου ωστόσο να επιτευχθεί το βήμα αυτό απαιτείται περαιτέρω έρευνα του θέματος αυτού καθώς και εξέταση των συνθηκών που προκαλούν την επαγγελματική εξουθένωση αλλά και ενδελεχή μελέτη των παραγόντων που σχετίζονται άμεσα με την εκδήλωση αυτού του συνδρόμου. Μάλιστα πολλές έρευνες έχουν διεξαχθεί με θέμα την επαγγελματική εξουθένωση ωστόσο λίγες μόνο από αυτές εστιάζουν στις πολύπλευρες επιδράσεις της (Μαυρίδου, 2012). Σύμφωνα με τους Δημάκου, Μανώλη & Μπουρτζίλα (2015) και Μεσσήνη (2015) βασική προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του συνδρόμου αυτού αποτελεί η αναγνώριση και η αποδοχή του έτσι ώστε να γίνει αντιληπτή η διαμόρφωση των αποτελεσματικών μέτρων παρέμβασης που στόχο θα έχουν να διασφαλίσουν το μέγιστο δυνατό αποτέλεσμα και τη μέγιστη ικανοποίηση του εξυπηρετούμενου.

6.5 Προτάσεις για Μελλοντική Έρευνα

Η παρούσα εργασία είχε ως κύριο στόχο τη μελέτη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών και πραγματοποιήθηκε στη περιφέρεια Αττικής και Δυτικής Ελλάδας. Προκειμένου η μελέτη αυτή να επεκταθεί, μια μελλοντική πρόταση αφορά την πραγματοποίηση της ίδιας έρευνας σε μεγαλύτερο πλήθος νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών τόσο στο δημόσιο τομέα όσο και στον ιδιωτικό ώστε να διαπιστωθεί η επαλήθευση των ερευνητικών μας ερωτημάτων.

Μια άλλη πρόταση αφορά και την πραγματοποίηση ενός διαφορετικού τύπου έρευνας, δηλαδή το συνδυασμό ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας με χρήση τόσο των ερωτηματολογίων όσο και προσωπικών συνεντεύξεων. Με τη συνέντευξη αποτρέπονται οι κατευθυνόμενες απαντήσεις και έτσι οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί

λειτουργοί είναι σε θέση να διατυπώσουν ελεύθερα τις απόψεις και τις ιδέες τους στο εν λόγω θέμα. Με τον τρόπο αυτό ο ερευνητής αποκτά μια ολοκληρωμένη εικόνα σχετικά με τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών και δύναται να οδηγηθεί σε πιο αξιόπιστα συμπεράσματα.

Τέλος, μια άλλη πρόταση αφορά την πραγματοποίηση της έρευνας σε διαφορετική χρονική περίοδο, και μάλιστα στο μέλλον εφόσον οι συνθήκες είναι διαφορετικές από αυτές που διεξήχθη η παρούσα έρευνα. Άλλωστε το διάστημα που πραγματοποιήθηκε ήταν αρκετά δύσκολο ενώ ο φόρτος εργασίας τους ήταν στο ζενίθ, συγκριτικά με άλλες περιόδους κυρίως λόγω του Sars-Cov2.

Βιβλιογραφία

Ελληνική Βιβλιογραφία

- Αβεντισιάν - Παγοροπούλου, Α., Κουμπιάς, Ε., & Γιαβρίμης Π. (2002). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης: το χρόνιο άγχος των δασκάλων και η μετεξέλιξή του σε επαγγελματική εξουθένωση. *Μέντορας*, 5, 103-127.
- Αλβανού, Κ. (2014). Σύγκριση της ποιότητας επαγγελματικής ζωής των εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής: μια διερευνητική μελέτη.
- Αμαραντίδου, Σ. Α. (2010). Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση εκπαιδευτικών.
- Αναστασίου Σ. (2013). Η σημασία της επαγγελματικής εξουθένωσης και επαγγελματικής ικανοποίησης στην απόδοση των εργαζομένων, ΕΣΔΟ Διεθνές Επιστημονικό Συνέδριο, MIBES, 8-10 Ιουνίου, Λάρισα
- Αντωνίου, Α.-Σ., & Ντάλλα, Μ. (2010). Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από το επάγγελμα Ελλήνων δασκάλων (ειδικής και γενικής αγωγής) και καθηγητών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης: Συγκριτική μελέτη. Στο Χ. Καρακιουλάφη & Μ. Σπυριδάκης (Επιμ.), *Εργασία και Κοινωνία* (σσ. 365-399). Αθήνα: Εκδόσεις Διόνικος.
- Βαρσάμης, Π., Κεσσούδη, Ε., Δημακοπούλου, Ε., & Αποστόλου, Π. (2008). Μελέτη επιλεγμένων κοινωνικών-επαγγελματικών δεξιοτήτων του "Detmolder Lernweg -Model" σε σπουδαστές με αναπηρίες. *Σύγχρονη Εκπαίδευση: Τρίμηνη Επιθεώρηση Εκπαιδευτικών Θεμάτων*, (152), 182-189.
- Βασιλειάδης, Π. Π. (2018). *Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση: διερεύνηση απόψεων φιλολόγων* (Doctoral dissertation, Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας. Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης).
- Βασιλόπουλος, Φ. Σ. (2012). Η επαγγελματική εξουθένωση και στη σχέση της με το κοινωνικό άγχος στους εκπαιδευτικούς της πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. *Hellenic Journal of Psychology*, 9, 18-44.
- Γεωργοπούλου, Χ. Α., Κλάψη, Ζ. Α., & Κούζη, Α. Α. (2015). Η επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στο νοσοκομειακό χώρο.
- Γιάννου, Σ (2016). *Η επαγγελματική εξουθένωση των αναπληρωτών εκπαιδευτικών που εργάζονται σε σχολεία πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης: Μια*

ποιοτική προσέγγιση. Ανακτήθηκε στις 22/01/2021 από:
https://apothesis.eap.gr/bitstream/repo/32589/1/giannou_ekp62_apothesis_pdf.pdf

- Δάφνη, Σ. (2016). Προγραμματισμός εξιτηρίου νοσοκομειακού ασθενούς και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού.
- Δεληχάς, Μ., Τούκας, Δ., & Σπυρούλη, Α. (2012). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out). *Υγιεινή & Ασφάλεια της Εργασίας*, 50, 5-12.
- Δημάκου, Σ. Μ., Μανώλη, Κ., & Μπουρτζίλα, Π. (2015). Κοινωνική εργασία στο νοσοκομείο.
- Δημητριάδου, Χ. (2015). *Η επαγγελματική εξουθένωση των Ελλήνων νοσηλευτών και η σχέση της με την σωματική και ψυχική τους υγεία* (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).
- Δουβανάς, Α., Μπάλιου, Μ., Παντελάκη, Α., Πουσδέρη, Π., & Μαρβάκη, Χ. (2015). Πιλοτική μελέτη διερεύνησης επαγγελματικής εξουθένωσης ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού Μονάδων Εντατικής Θεραπείας παιδιατρικού νοσοκομείου.
- Ηλιοπούλου, Π. (2013). *Διερεύνηση της επαγγελματικής δέσμευσης και της σχέσης της με την επαγγελματική ικανοποίηση και εξουθένωση των δημοσίων υπαλλήλων: η αναγκαιότητα της συμβουλευτικής σταδιοδρομίας στο δημόσιο τομέα* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Φιλοσοφική. Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας. Τομέας Παιδαγωγικής).
- Θάνου, Μ. (2011). Στρατηγικός σχεδιασμός και βελτίωση της λειτουργίας των κρατικών νοσοκομείων: η περίπτωση του ΓΝ Γιαννιτσών.
- Θεοφίλου, Π. (2009). *Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στον χώρο της υγείας*. *e-Journal of Science & Technology*, 4 (4), 41-50. Ανακτήθηκε στις 24/01/2021 από: <http://hdl.handle.net/11400/5001>.
- Ιωσηφίδης, Θ. (2003). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες.
- Καζολέας, Σ. (2009). *Έρευνα αγοράς: ποσοτική και ποιοτική έρευνα: διεξαγωγή ποσοτικής έρευνας. Ανάλυση-αποτελέσματα* (Doctoral dissertation).

- Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., & Μόσχος, Ν. (2015). Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραύματος του ΓΝ Νίκαιας.
- Καλέμη, Γ., & Ψαρρά Μ.Λ (2017). *Επαγγελματική εξουθένωση: Αναγνώριση και στρατηγικές αντιμετώπισης*. Διασυνδεδετική Ψυχιατρική. Αθήνα:Ιατρικές Εκδόσεις.
- Κάντας, Α. (1995). *Οργανωτική–Βιομηχανική Ψυχολογία: Διεργασίες ομάδας, σύγκρουση, ανάπτυξη και αλλαγή, κουλτούρα, επαγγελματικό άγχος*. Τόμος 3ος, Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.
- Κάντας, Α. (1996). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3 (2), 71-85.
- Καραγιάννη, Ε. (2018). *Παράγοντες στρες και επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Φιλοσοφική. Τμήμα Φιλοσοφίας, Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας. Τομέας Παιδαγωγικής).
- Κοϊνης, Α, & Σαρίδη, Μ. (2015). Εργασιακό στρες και η επίδρασή του στην επαγγελματική και προσωπική ζωή των Επαγγελματιών Υγείας.
- Κόκκινος, Κ. Μ., & Δαβάζογλου, Α. (2006). Επαγγελματική Εξουθένωση σε Εκπαιδευτικούς Ειδικής και Γενικής Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Στο: *Ε. Φτιάκα, Α. Γαγάτσης, Ι. Ηλία, Ι., & Μ. Μοδέστου,(Επιμ.). Η Σύγχρονη Εκπαιδευτική Έρευνα στην Κύπρο*, 1065-1074.
- Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο., & Πάντζου, Π. (2000). Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομείων/υπηρεσιών υγείας. *Τόμ. Β. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα*.
- Κουράκος, Μ. (2010). *Μελέτη της σχέσης επιπέδων αντιλαμβανόμενου άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από την εργασία σε φροντιστές υγείας-νοσηλευτές παθολογικών κλινικών* (Master's thesis).
- Κουστέλιος, Α., & Κουστέλιου, Ι. (2001). *Επαγγελματική ικανοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση στην εκπαίδευση*. *Ψυχολογία* 8.1, 30-39.
- Κουτελέκος, Ι. (2007). Πολυκανδριώτη Μ. Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 1.

- Κουτρουβίδης, Π. (2013). Διαχείριση εργασιακού άγχους/ Εναρμόνιση επαγγελματικής και προσωπικής ζωής . Αθήνα: Υ.ΠΑΙ.Θ.
- Λαμπράκη, Μ., Βλασιάδης, Κ., Πατεράκης, Γ., & Φιλαλήθης, Α. (2016). Προσδοκίες και ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού από την εργασία του σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείο. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 33(4).
- Λειβαδίτης, Μ. (1994). Ψυχιατρική και δίκαιο. *Ιατρικά, κοινωνικά, νομικά προβλήματα: Η συμβολή της κοινωνικής Ψυχιατρικής*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 421-439.
- Λεωνίδου, Μ. (2016). *Η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με την επαγγελματική εξουθένωση και την επαγγελματική ικανοποίηση των Νοσηλευτών στη μονάδα εντατικής θεραπείας* (Doctoral dissertation, Πρόγραμμα Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης, Πανεπιστήμιο Νεάπολις Πάφου).
- Μαρτινάκη, Σ., Παπαϊωάννου, Α., & Ασημόπουλος, Χ. (2018). Ψυχιατρική κοινωνική εργασία. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 35(1).
- Μαυρίδου, Α. Θ. (2012). *Διερεύνηση συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό Γενικών Νοσοκομείων* (No. GRI-2012-8795). Aristotle University of Thessaloniki.
- Μεσσήνη, Π. (2015). *Στελέχωση δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων: πρότυπα, οργανισμοί και σημερινή πραγματικότητα*. *The staffing of public hospitals: standards, organizations and current reality* (Master's thesis).
- Μπατιρίδου, Λ. Α. (2021). Η διασύνδεση της αγάπης στην κλινική επαγγελματική φροντίδα και η σχέση της με την επαγγελματική εξουθένωση.
- Νιαρχάκου, Η. (2018). Οι διαστάσεις του burnout και οι επιπτώσεις του στην εργασιακή ικανοποίηση: η περίπτωση ενός Δημόσιου Νοσοκομείου.
- Ορφανίδου, Δ., Πέγιου, Π., Βασιλειάδου, Γ., & Σίμωση, Ι. Μ. (2017). Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Βόρεια Ελλάδα. Μια ποιοτική προσέγγιση από την πλευρά των επαγγελματιών Κοινωνικών Λειτουργών.
- Ουζούνη, Χ., & Νακάκης, Κ. (2011). Η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των εργαλείων μέτρησης σε ποσοτικές μελέτες. *Νοσηλευτική*, 50(2), 231-239.

- Παναγιώτου, Α. (2020). Εργασιακή εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση εκπαιδευτικών γενικής και ειδικής αγωγής περιφερειακής ενότητας Σερρών.
- Πανταζάκας, Π., & Μέντης, Μ. (2002). Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας. – Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Ε.Σ.Υ και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού. *Κοινωνική Εργασία*, 66, 97-112.
- Παπαγεωργίου, Γ. (2014). Ποσοτική έρευνα. Ανακτήθηκε στις 06/07/2021 από:
http://sociology.soc.uoc.gr/pegasoc/wpcontent/uploads/2014/10/Microsoft-WordPapageorgiou_DEIGMATOLHPTIKH1.pdf .
- Παπαδάκη, Ε. (2006). Επαγγελματική Ικανοποίηση στις Κοινωνικές Υπηρεσίες στην Κρήτη.
- Παπαθανασίου, Ι. (2012). *Αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας* (Doctoral dissertation, University of Ioannina; Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων).
- Παπαστυλιανού, Α., & Πολυχρονόπουλος, Μ. (2007). Επαγγελματική εξουθένωση, κατάθλιψη, ασάφεια και σύγκρουση ρόλων στους εκπαιδευτικούς της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. *Ψυχολογία*, 14, 295-314.
- Παππάς, Θ. (2002). *Η μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας στις ανθρωπιστικές επιστήμες*. Kardamitsa.
- Παρασκευόπουλος, Ι., & Γιαννίτσας, Ν. Δ. (1999). Ερωτηματολόγιο διαπροσωπικής και ενδοπροσωπικής προσαρμογής. *Ελληνικά Γράμματα*.
- Ρούπα, Ζ., Τζαβέλας, Γ., & Ραφτόπουλος, Β. (2008). Σχέση επαγγελματικής εξουθένωσης και ικανοποίησης από τη ζωή σε νοσηλευτές που εργάζονται σε ογκολογικά τμήματα *Νοσηλευτική*.
- Σαλμάν, Α. (2010). Επαγγελματική εξουθένωση και επαγγελματική ικανοποίηση των δικηγόρων Θεσσαλονίκης.
- Σαρίδη, Μ., Καρρά, Α., & Σουλιώτης, Κ. (2016). Εργασιακό stress και επαγγελματίες υγείας σε περίοδο οικονομικής κρίσης. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*, 33(1).
- Σέμπρου, Μ., & Σαγιά, Α. (2010). Οι απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργών και Νοσηλευτών/Νοσηλευτριών στο χώρο του νοσοκομείου.

- Σιώμοκος Γ. (2003) , Έρευνα Αγοράς , Εκδόσεις Σταμούλη, 2008, Αθήνα.
- Σιώμοκος, Γ., & Μαύρος, Δ. (2008). Έρευνα αγοράς. εκδόσεις Σταμούλη.
- Στάγια, Δ., & Ιορδανίδης, Γ. (2014). Το επαγγελματικό άγχος και η επαγγελματική εξουθένωση των εκπαιδευτικών στην εποχή της οικονομικής κρίσης. *Επιστημονική Επετηρίδα Παιδαγωγικού Τμήματος Νηπιαγωγών Πανεπιστημίου Ιωαννίνων*, 7, 56-82.
- Σταθακόπουλος Β. (2001) , Μέθοδοι έρευνας αγοράς , Εκδόσεις Σταμούλη, Αθήνα.
- Σταυροπούλου, Α. Σ., Παπαδάκη, Ε., Φτυλάκη, Α., & Καμπά, Ε. (2015). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burn-out syndrome).
- Σύρμος, Ν. Χ. (2019). *Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας* (No. GRI-2019-25764). Aristotle University of Thessaloniki.
- Τριανταφύλλου, Ε. (2013). *Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της ψυχικής υγείας: συγκριτική αξιολόγηση της εξουθένωσης των επαγγελματιών υγείας σε διαφορετικού τύπου ψυχιατρικές δομές* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής-Ψυχιατρικής και Νευρολογίας. Κλινική Α' Ψυχιατρική ΑΙΓΙΝΗΤΕΙΟΥ Νοσοκομείου).
- Φίλιας, Β. (2001). Εισαγωγή στη Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών. *Αθήνα: Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών*.
- Χατζηπέμπος, Θ. (2016). Επαγγελματική εξουθένωση στην Ειδική Αγωγή: Μια συνδυαστική μεθοδολογική προσέγγιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του εκπαιδευτικού και ειδικού εκπαιδευτικού προσωπικού Διδακτορική Διατριβή. Αθήνα: ΕΚΠΑ.

Ξένη Βιβλιογραφία

- Adams, R. E., Boscarino, J. A., & Figley, C. R. (2006). Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. *American Journal of orthopsychiatry*, 76(1), 103-108.
- Ahola, K. (2007). Occupational burnout and health. Finnish Institute of Occupational Health. Helsinki, Finland. Ανακτήθηκε στις 24/3/2021 από: <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/19788/occupati.pdf;sequence=2>.

- Anastasiou, S., & Papakostantinou, G. (2014). Factors affecting job satisfaction, stress and work performance of secondary education teachers in Epirus, NW Greece. *International Journal of Management in Education*, 8 (1), 37-53.
- Antoniou, A.-S., Polychroni, F., & Kotroni, C. (2009). Working with students with special educational needs in Greece: Teachers' stressors and coping strategies. *International Journal of Special Education*, 24 (1), pp. 100-111.
- Antoniou, A. S., Polychroni, F., & Vlachakis, A. N. (2006). Gender and age differences in occupational stress and professional burnout between primary and high-school teachers in Greece. *Journal of managerial psychology*.
- Auerbach, C., & Mason, S. E. (2010). The value of the presence of social work in emergency departments. *Social work in health care*, 49(4), 314-326.
- Bakker, A. B., Le Blanc, P. M., & Schaufeli, W. B. (2005). Burnout contagion among intensive care nurses. *Journal of advanced nursing*, 51(3), 276-287.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: Free Press.
- Biggs, A., & Brough, P. (2006). A test of the Copenhagen Burnout Inventory and psychological engagement. *Australian Journal of Psychology*, 58(Suppl.), 114.
- Bland, R., Renouf, N., & Tullgren, A. (2009). *Social work in mental health: An introduction*.
- Blessing, L.T.M., Chakrabarti, A. (2009). *DRM, a design research methodology*. Luxembourg: Springer.
- Brake, H. T., Bloemendal, E., & Hoogstraten, J. (2003). Gender differences in burnout among Dutch dentists. *Community dentistry and oral epidemiology*, 31(5), 321-327.
- Burke, R. J. (2003). Hospital restructuring, workload, and nursing staff satisfaction and work experiences. *The Health Care Manager*, 22(2), 99-107.
- Burke, R. J., & Greenglass, E. R. (2001). Hospital restructuring, work-family conflict and psychological burnout among nursing staff. *Psychology & health*, 16(5), 583-594.
- Calma, T., & Priday, E. (2011). Putting indigenous human rights into social work practice.

- Chang, M. L. (2009). An Appraisal Perspective of Teacher Burnout: Examining the Emotional Work of Teachers. *Educational Psychology Review*, 21, 193-218.
- Chang, E. M., Daly, J. W., Hancock, K. M., Bidewell, J., Johnson, A., Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2006). The relationships among workplace stressors, coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of professional nursing*, 22(1), 30-38.
- Chang, E., & Daly, J. (2006). *Pathophysiology applied to nursing*. Elsevier Health Sciences.
- 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*, 34(5), 735-746.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας.
- 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.
- Clark – Carter, D. (2004). *Quantitative psychological research*. New York: Psychology Press.
- Craig, S. L., & Muskat, B. (2013). Bouncers, brokers, and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health & Social Work*, 38(1), 7-16.
- Curtis, L., Moriarty, J., & Netten, A. (2010). The expected working life of a social worker. *British Journal of Social Work*, 40(5), 1628-1643.
- Delice, A. (2010). The Sampling Issues in Quantitative Research. *KuramveUygulamadaEğitimBilimleri / Educational Sciences: Theory & Practice*, 10(4), 2001-2018.
- Demerouti, E., Bakker, A. B., Nachreiner, F., & Schaufeli, W. B. (2000). A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of advanced nursing*, 32(2), 454-464.

- Demir, A., Ulusoy, M., & Ulusoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *International journal of nursing studies*, 40(8), 807-827.
- Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions* (Vol. 1). New York: Human Sciences Press.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Simon and Schuster.
- Frankel, R.M., Devers, K.J. (2000). Study Design in Qualitative Research—1: Developing Questions and Assessing Resource Needs. *Education for Health*, 13(2), pp: 251 – 261.
- Freudenbergr, H.J. (1974). “Staff Burnout”, *Journal of Social Issues*. 30.1,159-165.
- Gibelman, M. (2005). Social workers for rent: The contingency human services labor force. *Families in Society*, 86(4), 457-469.
- Giles, R. (2009). Developing a health equality imagination: Hospital practice challenges for social work priorities. *International Social Work*, 52(4), 525-537.
- Gonzalez, A. L. (2013). How do social workers in the ICU perceive their role in providing end-of-life care? What factors impede or help them in carrying out this role in end-of-life care and is social work education a contributing component?.
- Greenglass, E. R., Burke, R. J., & Fiksenbaum, L. (2001). Workload and burnout in nurses. *Journal of community & applied social psychology*, 11(3), 211-215.
- Greenglass, E. R., & Burke, R. J. (2002). Hospital restructuring and burnout. *Journal of health and human services administration*, 89-114.
- Halbesleben, J. R. (2006). Sources of social support and burnout: a meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of applied Psychology*, 91(5), 1134.
- Hancock, K., Chang, E., Johnson, A., Harrison, K., Daly, J., Easterbrook, S., & Davidson, P. M. (2006). Palliative care for people with advanced dementia: The need for a collaborative, evidence-based approach. *Alzheimer's Care Today*, 7(1), 49-57.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. Taylor & Francis.

- Harms, L. (2005). *Understanding human development: A multidimensional approach*. South Melbourne, Australia: Oxford University Press.
- Jafari, S., Batebi, A., Hosseini, M., Ebrahimipoor, M., Shojaei, F., & Vaezi, M. (2012). The Effects of occupational stress on quality of life and associated factors among hospital nurses in Iran. *Journal of Social and Development Sciences*, 3(6), 194-202.
- Jansen, K. L. (2010). Coping, stress, and burnout factors in long-term volunteering. Unpublished doctorate dissertation, University of Toledo, USA.
- Jimmieson, N. L. (2000). Employee reactions to behavioural control under conditions of stress: The moderating role of self-efficacy. *Work & Stress*, 14(3), 262-280.
- Jones, C. (2001). Voices from the front line: State social workers and New Labour. *British Journal of Social Work*, 31(4), 547-562.
- Kelly, M. S., Frey, A., Thompson, A., Klemp, H., Alvarez, M., & Berzin, S. C. (2015). Assessing the national school social work practice model: Findings from the second national school social work survey. *Social Work*, 61(1), 17-28.
- Kokkinos, C. M. (2006). Factor structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Educators Survey among elementary and secondary school teachers in Cyprus. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 22(1), 25-33.
- Kokkinos, C. M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British journal of educational psychology*, 77(1), 229-243.
- Koukoulaki, T., Pinotsi, D., Georgiadou, P., Daikou, A., Zorba, K., Targoutzidis, A., ... & Pahkin, K. (2017). Restructuring seriously damages well-being of workers: The case of the restructuring programme in local administration in Greece. *Safety science*, 100, 30-36.
- Kourmoussi, N., & Alexopoulos, E. C. (2016). Stress sources and manifestations in a nationwide sample of pre-primary, primary, and secondary educators in Greece. *Frontiers in public health*, 4, 73.
- Kristensen, T.S., Borritz, M., Villadsen, E., & Christensen, K.B. (2005). The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work & Stress*, 19(3), 192 -/207. [doi: 10.1080/02678370500297720](https://doi.org/10.1080/02678370500297720).

- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2005). *Banishing burnout: Six strategies for improving your relationship with work*. John Wiley & Sons.
- Lloyd, C., & King, R. (2004). A survey of burnout among Australian mental health occupational therapists and social workers. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 39(9), 752-757.
- Maslach, C. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, C. (1982). Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. In W. S. Paine (Ed.), *Job stress and burnout* (pp.29-40). Beverly Hills, CA: Sage.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, vol. 2, 99-113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1997). *Maslach burnout inventory*. Scarecrow Education.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21, pp. 3463-3464). Palo Alto, CA: Consulting psychologists press.
- Malach-Pines, A. (2000). Nurses' burnout: an existential psychodynamic perspective. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 38(2), 23-31.
- Maslach, C., & Schaufeli, W. B. (1993). Historical and conceptual development of burnout. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*, 12, 1-16.
- Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422. [doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397](https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397) .
- Micklevitz, S. A. (2001). Professional burnout. Retrieved April, 21, 2006.
- Miles, D. E., Borman, W. E., Spector, P. E., & Fox, S. (2002). Building an integrative model of extra role work behaviors: A comparison of counterproductive work behavior with organizational citizenship behavior. *International Journal of Selection and Assessment*, 10(1-2), 51-57.
- Morrison K. R. B. (1993), Planning and Accomplishing School-centered Evaluation.

- Morrison, T. (2007). Emotional intelligence, emotion and social work: Context, characteristics, complications and contribution. *The British Journal of Social Work*, 37(2), 245-263.
- Nissly, J. A., Barak, M. E. M., & Levin, A. (2005). Stress, social support, and workers' intentions to leave their jobs in public child welfare. *Administration in Social Work*, 29(1), 79-100.
- Osha, J. P. (2000). *U.S. Patent No. 6,151,175*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Papastylianou, A., Kaila, M., & Polychronopoulos, M. (2009). Teachers' burnout, depression, role ambiguity and conflict. *Social Psychology of Education*, 12(3), 295-314.
- Patil, T., & Ennis, G. M. (2018). Critically reflecting on the Australian Association of Social Workers Code of Ethics: Learning from a social work field placement. *British Journal of Social Work*, 48(5), 1370-1387.
- Pines, A. M. (1993). Burnout: An existential perspective. In W. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.) *Professional burnout*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Pines, A. M. (2000a). Treating career burnout: A psychodynamic existential perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 56(5), 633-642.
- Pines, A. M. (2000b). Nurses' burnout: An existential psychodynamic perspective. *Journal of Psychosocial Nursing*, 38(2), 1-9.
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press.
- Pines, A., & Kafry, D. (1978). Occupational tedium in the social services. *Social work*, 23(6), 499-507. Ανακτήθηκε στις 25/01/2021 από: https://www.researchgate.net/publication/12985113_Occupation_tedium_in_the_social_services
- Pines, A. M., & Yanai, O. (2000). Unconscious influences on the choice of a career: Implications for organizational consultation. *Journal of Health and Human Services Administration*, 21, 502-511.
- Platsidou, M., & Agaliotis, I. (2008). Burnout, job satisfaction and instructional assignment-related sources of stress in Greek special education

- teachers. *International journal of disability, development and education*, 55(1), 61-76.
- Platsidou, M. (2010). Trait emotional intelligence of Greek special education teachers in relation to burnout and job satisfaction. *School psychology international*, 31(1), 60-76.
 - Pruyser, P. W. (1980). Work: Curse or Blessing? A Psychoanalytic Systematization. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44(1), 59.
 - Schaufeli, W., & Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A critical analysis*. CRC press.
 - Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of internal medicine*, 136(5), 358-367.
 - Shapiro, M., Setterlund, D., Warburton, J., O'Connor, I., & Cumming, S. (2009). The outcomes research project: An exploration of customary practice in Australian health settings. *British Journal of Social Work*, 39(2), 318-333.
 - Shirom, A., & Ezrachi, Y. (2003). On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the burnout measure. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(1), 83-97.
 - Shirom, A., & Ezrachi, Y. (2003). On the discriminant validity of burnout, depression and anxiety: A re-examination of the burnout measure. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(1), 83-97.
 - Shirom, A., & Melamed, S. (2005). Does burnout affect physical health? A review of the evidence. In A. S. Antoniou & C. Cooper (Eds), *Research Companion to Organizational Health Psychology*. Cheltenham, UK • Northampton, MA, USA. Ανακτήθηκε στις 20/03/2021 από: <http://www.al-edu.com/wp-content/uploads/2014/05/AntoniouCooper-eds-Research-Companion-to-Organizational-Health-Psychology.pdf#page=617>.
 - Sibanda, N. (2009). Quantitative research. Ανακτήθηκε από: <http://www.victoria.ac.nz/postgradlife/downloads/quantitative%20seminar1&ug09.pdf>.
 - Singh, K. (2007). *Quantitative social research methods*. New Delhi: SageNorfolk: Peter Francis Publishers.

- Skaalvik, E. M., & Skaalvik, S. (2007). Dimensions of teacher self-efficacy and relations with strain factors, perceived collective teacher efficacy, and teacher burnout. *Journal of educational psychology, 99*(3), 611.
- Spector, P. E., & Fox, S. (2005). The Stressor-Emotion Model of Counterproductive Work Behavior.
- Swider, B. W., & Zimmerman, R. D. (2010). Born to burnout: A meta-analytic path model of personality, job burnout, and work outcomes. *Journal of Vocational behavior, 76*(3), 487-506.
- Volpe, U., Luciano, M., Palumbo, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., & Fiorillo, A. (2014). Risk of burnout among early career mental health professionals. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 21*(9), 774-781.
- Whitaker, T., Weismiller, T., Clark, E., & Wilson, M. (2006). Assuring the sufficiency of a frontline workforce: A national study of licensed social workers. *Executive summary. Washington, DC: National Association of Social Workers.*
- Wilkinson, R. G., & Marmot, M. (Eds.). (2003). *Social determinants of health: the solid facts.* World Health Organization.
- Winwood, P. C., & Winefield, A. H. (2004). Comparing two measures of burnout among dentists in Australia. *International Journal of Stress Management, 11*(3), 282.
- Yalom, I. D. (2020). *Existential psychotherapy.* Hachette UK.
- Yong, Z., & Yue, Y. (2007). Causes for burnout among secondary and elementary school teachers and preventive strategies. *Chinese Education & Society, 40*(5), 78-85.
- Wu, S., Zhu, W., Wang, Z., Wang, M., & Lan, Y. (2007). Relationship between burnout and occupational stress among nurses in China. *Journal of advanced nursing, 59*(3), 233-239.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Συνοδευτική επιστολή

Στο πλαίσιο ολοκλήρωσης των Προπτυχιακών μας Σπουδών στο Πανεπιστήμιο Πατρών, Τμήμα της Εκπαίδευσης και της Κοινωνικής Εργασίας διενεργούμε ερευνητική μελέτη με θέμα : «**Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης των Νοσοκομειακών Κοινωνικών Λειτουργών**». Η Επιβλέπουσα Καθηγήτρια μας είναι η Επίκουρη Καθηγήτρια Ιγνατία Φαρμακοπούλου.

Στόχος της έρευνας είναι να διερευνηθούν οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης σε Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται σε Νοσοκομεία της Αττικής και της Δυτικής Ελλάδας.

Για αυτό το λόγο θα σας ήμασταν υπόχρεοι αν μπορούσατε να συμπληρώσετε το ακόλουθο ερωτηματολόγιο, το οποίο είναι ανώνυμο και έτσι διασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα των απαντήσεών σας. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Παρακαλείσθε να απαντήσετε με ειλικρίνεια, βασιζόμενοι στο πως αισθάνεστε κατά την περίοδο εργασίας σας, ως Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί.

Σας ευχαριστούμε, εκ των προτέρων, για τη συμμετοχή σας.

Με εκτίμηση

Γεωργία Αλεξανδροπούλου

Σταύρος Τουμπλής

ΜΕΡΟΣ Α – ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Παρακαλώ συμπληρώστε την απάντηση βάζοντας ένα μόνο (X) στο αντίστοιχο πλαίσιο και συμπληρώστε αυτά που σας εκφράζουν.

1. Φύλο: α) Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία: α) <35 β) 36 – 50 γ) 51 και άνω

3. Οικογενειακή κατάσταση :

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

4. Τέκνα: α) ΝΑΙ β) ΟΧΙ

5. Πρόσθετες σπουδές:

Διδακτορικό

Μεταπτυχιακό

Δεύτερο πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ

Άλλο:.....

6. Αριθμός κοινωνικών λειτουργών στο Νοσοκομείο που εργάζεστε:

7. Έτη υπηρεσίας ως Νοσοκομειακός Κοινωνικός Λειτουργός:

8. Όνομα Νοσοκομείου που εργάζεστε:.....

ΜΕΡΟΣ Β-ΣΥΝΘΗΚΕΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Παρακαλώ συμπληρώστε την απάντηση βάζοντας ένα μόνο (X) στο αντίστοιχο πλαίσιο και συμπληρώστε αυτά που σας εκφράζουν

1. Τι σας οδήγησε στο συγκεκριμένο επάγγελμα;

Η επιθυμία μου να βοηθήσω τους ασθενείς/εξυπηρετούμενους

Η αυξημένη πιθανότητα για επαγγελματική αποκατάσταση

Οι επιρροές που δέχτηκα από το περιβάλλον μου

Άλλο:.....

2. Με πόσα άτομα/οικογένειες ασχολείστε καθημερινά;

Καμία

1-3

4-7

8 και πάνω

3. Έχετε εφημερίες;

Ναι

Όχι

4. Είστε ικανοποιημένος από τις συνθήκες εργασίας;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
---------	------	--------	--------	------

5. Αισθάνεστε ικανοποιημένος από την αμοιβή σας;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
---------	------	--------	--------	------

6. Πιστεύετε ότι η συνεργασία με τους συναδέλφους σας είναι ικανοποιητική;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
---------	------	--------	--------	------

7. Πιστεύετε ότι οι σχέσεις με τους ανωτέρους σας είναι ικανοποιητικές;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
---------	------	--------	--------	------

8. Ο ρόλος της εργασίας σας είναι ξεκάθαρος και κατανοητός;

Καθόλου	Λίγο	Μέτρια	Αρκετά	Πολύ
----------------	-------------	---------------	---------------	-------------

ΜΕΡΟΣ Γ- ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν αφορούν στάσεις απέναντι σε εργασιακά και επαγγελματικά ζητήματα. Σημειώστε με κλίμακα από 1-5 το βαθμό συμφωνίας σας με τις παρακάτω προτάσεις:

Γ1. Νιώθω ψυχικά εξαντλημένος/η από την εργασία μου

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ2. Είναι πολύ κουραστικό για μένα να δουλεύω με ανθρώπους όλη μέρα.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ3. Νιώθω εξουθενωμένος/η από τη δουλειά μου.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ4. Νιώθω απογοητευμένος/η από τη δουλειά μου.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ5. Νιώθω ότι εργάζομαι πολύ σκληρά στο νοσοκομείο.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ6. Μου δημιουργεί μεγάλη ένταση/στρες το να εργάζομαι στενά με το υπόλοιπο υγειονομικό προσωπικό.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ7. Νιώθω ότι βρίσκομαι στα όρια της αντοχής μου.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ8. Νιώθω «άδειος/α» στο τέλος της ημέρας.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ9. Αντιμετωπίζω τα προβλήματα που προκύπτουν κατά τη διάρκεια της εργασίας μου πολύ αποτελεσματικά.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ10. Νιώθω ότι με την εργασία μου επηρεάζω θετικά τις ζωές των άλλων.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ11. Νιώθω γεμάτος/η ενέργεια.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ12. Μπορώ να δημιουργήσω μια όμορφη ατμόσφαιρα με τους συναδέλφους μου.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ13. Έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα σε αυτή τη δουλειά.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ14. Αντιμετωπίζω ήρεμα τα προβλήματα που προκύπτουν από τη δουλειά μου.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ15. Μπορώ να καταλάβω πως αισθάνονται οι ασθενείς/εξυπηρετούμενοι μου για όσα τους συμβαίνουν.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ16. Έχω γίνει περισσότερο σκληρός/η με τους ανθρώπους από τότε που άρχισα αυτή τη δουλειά.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ17. Μπορώ να δημιουργώ μια άνετη ατμόσφαιρα με τους ασθενείς μου.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ18. Αισθάνομαι ότι οι συνάδελφοι κατηγορούν εμένα για μερικά από τα προβλήματά τους.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ19. Στην πραγματικότητα δεν με ενδιαφέρει τι συμβαίνει στους συναδέλφους μου.

1 (Ποτέ)	2 (Λίγες φορές το χρόνο)	3 (Μια φορά το μήνα)	4 (Μια φορά την εβδομάδα)	5 (Σχεδόν κάθε μέρα)
-------------	--------------------------------	-----------------------------	---------------------------------	----------------------------

Γ20. Επιλέξτε κάποιους από τους παρακάτω τρόπους που θεωρείτε ότι θα μείωναν το αίσθημα της επαγγελματικής σας εξουθένωσης;

- Να απαλλαγθώ από την Παραπομπή των Περιστατικών μου σε διάφορους Φορείς και Υπηρεσίες.
- Να μου ανατίθενται λιγότερα περιστατικά.

- Να μου ανατίθενται λιγότερο ψυχοφθόρα περιστατικά.
- Να αλλάξω την θέση/πόστο που απασχολούμαι (rotation).
- Να αλλάξει ο Διευθυντής/ντρια της Μονάδας που εργάζομαι.
- Να αλλάξει ο Προϊστάμενος/η της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- Να βελτιωθούν οι σχέσεις μου με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.
- Να βελτιωθούν οι σχέσεις μου με τους συναδέλφους μου στη δι-επιστημονική ομάδα.
- Να δημιουργήσω φιλία με συναδέλφους.
- Να υπάρξει Εποπτεία όπου θα αποφορτιζόμαστε συναισθηματικά.
- Να μειωθούν οι ώρες εργασίας μου.
- Να μου δίνονται περισσότερες ευκαιρίες πρωτοβουλίας.
- Να μοιράζομαι το βάρος της ευθύνης των περιστατικών με μέλη της δι-επιστημονικής μου ομάδας.
- Άλλο:.....