

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ  
ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

**ΣΠΟΥΔΑΣΤΕΣ:**

**ΔΗΜΑΚΟΥ ΣΟΦΙΑ – ΜΑΡΙΑ  
ΜΑΝΩΛΗ ΚΕΡΑΣΙΑ  
ΜΠΟΥΡΤΖΙΛΑ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ:**

**ΚΛΩΝΗ ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ**

**ΠΑΤΡΑ - 2015**



## Αφιέρωση

*Στους γονείς μας και στους φίλους μας,  
που μας υποστήριξαν για την διεκπεραίωση  
της πτυχιακής μας.*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο προβληματισμός γύρω από την έννοια της Επαγγελματικής Εξουθένωσης έχει αποτελέσει αντικείμενο μεγάλου ερευνητικού ενδιαφέροντος. Σημαντικός αριθμός ερευνών εστιάζουν στις αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου, στα συμπτώματα που επιφέρει, στον τρόπο με τον οποίο μπορεί να επηρεάσει την αποδοτικότητα των εργαζομένων αλλά και τη σωματική και ψυχική υγεία τους (Παπαθανασίου, 2012· Μαυρίδου, 2012· Papastylianou, Kaila & Polychronopoulos, 2009). Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια διερεύνησης της επαγγελματικής εξουθένωσης σε κοινωνικούς λειτουργούς, οι οποίοι εργάζονται στο χώρο του Νοσοκομείου. Όπως θα γίνει αντιληπτό παρακάτω, πρόκειται για ένα ιδιαίτερο εργασιακό πλαίσιο όπου ο κοινωνικός λειτουργός έχει να αντιμετωπίσει πολλές προκλήσεις και καλείται να ανταποκριθεί με αποτελεσματικότητα σε πολύπλοκα αιτήματα και διαφορετικούς ρόλους. Οι δυσκολίες που καλείται να διαχειριστεί ο επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός αποκτούν ακόμα μεγαλύτερη διάσταση, λαμβάνοντας υπόψη τα μειονεκτήματα του Ελληνικού Συστήματος Υγείας και τον τρόπο λειτουργίας των Δημόσιων Νοσοκομείων.

Χρησιμοποιώντας ως μέθοδο προσέγγισης τη μελέτη περίπτωσης και μέθοδο ανάλυσης τη Θεματική Ανάλυση Περιεχομένου, επιχειρήθηκε να ερευνηθεί κατά πόσο τα δεδομένα της βιβλιογραφίας απαντώνται στην ελληνική πραγματικότητα. Για το σκοπό αυτό διενεργήθηκαν συνεντεύξεις με έξι νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς, κατά την διάρκεια των οποίων συζητήθηκαν θέματα, όπως οι αιτίες εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι συνέπειες που τη συνοδεύουν, οι τρόπους που εφευρίσκουν ώστε να τις διαχειριστούν και τις προτάσεις που κάνουν προς την κατεύθυνση της πρόληψης ή/και αποτελεσματικής αντιμετώπισης της.

Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, η έλλειψη κατάλληλης υποδομής και εποπτείας, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την δημιουργία ή αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, η οποία με τη σειρά της επιφέρει αρνητικές συνέπειες στην ποιότητα της προσφερόμενης εργασίας.

**Λέξεις – κλειδιά:** επαγγελματική εξουθένωση, νοσοκομείο, κοινωνικοί λειτουργοί, διαπροσωπικές σχέσεις

## ABSTRACT

The concept of burnout has received increasing attention in the literature. A significant number of studies have examined the causes and the symptoms of the syndrome and the way in which it can affect the efficiency of employees as well as their physical and mental health (Papathanasiou, 2012; Mavridou, 2012; Papastyliaou, Kaila & Polychronopoulos, 2009). The aim of this study was the investigation of hospital social workers' burnout syndrome. It is broadly accepted that hospitals consist a special work context where the social worker has to face many challenges and respond effectively to complex demands and different roles. The difficulties that a social worker must manage are bigger in the case of Greece, considering the disadvantages of Greek Health System and the way public hospitals operate.

Using as method the approach of Case Study and as Data Analysis method the Thematic Content Analysis, the researchers have made an attempt to investigate whether the data found in the literature applies to Greek reality. To this aim, interviews were conducted with six hospital social workers, during which several issues were discussed such as the causes of the burnout, the consequences that accompany it and the procedure of inventing ways to manage them.

The survey results give information on how and what the extreme workload, the poor interpersonal relationships, the lack of available structures and the lack of adequate supervision are important factors that contribute to burnout, affecting the quality of work.

**Key words:** burnout, hospital, social workers, interpersonal relations

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ .....	16
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 <sup>ο</sup> : ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ .....	17
1.1. Σύστημα Υγείας.....	17
1.2. Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	19
1.3. Επίπεδα Περίθαλψης.....	19
1.4. Δημόσια Νοσοκομεία: Εξέλιξη, Δομή, Οργάνωση και Στόχοι.....	21
1.5. Αδυναμίες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας.....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 <sup>ο</sup> : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ .....	29
2.1. Ιστορική αναδρομή της κοινωνικής εργασίας στη πρόληψη της ασθένειας και στην προώθηση της υγείας.....	30
2.2. Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομείο .....	34
2.3. Αξίες της κοινωνικής εργασίας στο Νοσοκομείο.....	37
2.4. Λόγοι παραπομπής στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Νοσοκομείου και οι παρεχόμενες υπηρεσίες .....	37
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 <sup>ο</sup> : Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	40
3.1. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού .....	40
3.2. Κώδικας Δεοντολογίας.....	42
3.3. Ρόλοι και αρμοδιότητες κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο .....	45
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURN OUT) .....	51
4.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση της έννοιας του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης .....	51
4.2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης .....	54
4.3. Συνέπειες του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης .....	58
4.4. Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	60
4.4.1. Το Μοντέλο των τριων Διαστάσεων της Maslach (1982).....	61
4.4.2. Το Μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980).....	61
4.4.3. Το Διαδραστικό Μοντέλο του Cherniss (1980).....	62
4.4.4. Το Μοντέλο της Pines .....	63
4.5. Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 <sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	67
5.1. Τύπος ερευνητικής προσέγγισης.....	67

5.2. Ερευνητικές Υποθέσεις.....	68
5.3. Εργαλείο συλλογής δεδομένων.....	69
5.4. Πιλοτική Έρευνα.....	72
5.5. Εγκυρότητα και αξιοπιστία των συνεντεύξεων.....	72
5.6. Συμμετέχοντες της έρευνας.....	72
5.7. Τόπος και χρόνος έρευνας.....	73
5.8. Μέθοδος ποιοτικής ανάλυσης.....	73
5.9. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας.....	75
5.10. Περιορισμοί έρευνας.....	76
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 <sup>ο</sup> : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	78
6.1. Διερεύνηση Εργασιακών και Ατομικών Παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (1 <sup>ο</sup> ς Άξονας).....	78
6.1.1. Συνθήκες εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	78
6.1.2. Τρόποι επίδρασης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην εργασία.....	78
6.1.3. Τρόποι επίδρασης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην προσωπική/κοινωνική ζωή.....	79
6.2. Προσωπικές εμπειρίες εμφάνισης ή μη του φαινομένου στους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς (2 <sup>ο</sup> ς Άξονας).....	80
6.2.1. Σχέσεις με τους υπόλοιπους συναδέλφους στο χώρο του Νοσοκομείου.....	80
6.2.2. Καταστάσεις από τις οποίες οι κοινωνικοί λειτουργοί αντλούν ευχαρίστηση στην εργασία τους.....	81
6.2.3. Δυσκολίες στην άσκηση της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας (συναισθήματα – σκέψεις).....	82
6.2.4. Πηγές άγχους στην άσκηση του ρόλου του Νοσοκομειακού Κοινωνικού Λειτουργού.....	83
6.2.5. Προσωπικά Αποθέματα.....	84
6.2.6. Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην παρούσα εργασιακή απασχόληση.....	85
6.3. Τρόποι και προτάσεις αντιμετώπισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης (3ος Άξονας).....	86
6.3.1. Τρόποι αντιμετώπισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσοκομειακό Πλαίσιο ...	86
6.3.2. Πρακτικές εκ μέρους της Διοίκησης του Νοσοκομείου για την πρόληψη και αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης.....	87
6.3.3. Ενέργειες του/της Διευθυντή/τριας ή/και του/της Προϊστάμενου/νης.....	88
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	89
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄.....	105
ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ.....	105
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄.....	106

ΣΚΕΛΕΤΟΣ ΗΜΙ-ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ .....	106
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ' .....	108
ΦΕΚ .....	108



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Για σχεδόν έναν αιώνα η κοινωνική εργασία συμβάλλει στην παροχή ποιοτικών και ολιστικών υπηρεσιών στο χώρο της υγείας (Giles, 2009). Πρόκειται για ένα ανθρωπιστικό επάγγελμα που διαφοροποιείται από τα υπόλοιπα, καθώς επικεντρώνεται τόσο στο άτομο όσο και στο περιβάλλον του. Οι Wilkinson & Marmot (2003) αναφέρουν ότι η διερεύνηση των κοινωνικών παραγόντων θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική όσον αφορά στην παροχή αποτελεσματικής ιατρικής φροντίδας καθώς υποστηρίζεται ότι οι κοινωνικές και οι οικονομικές συνθήκες είναι εκείνες που οδηγούν τους ανθρώπους στην ασθένεια και στην ανάγκη της ιατρικής φροντίδας, αποτελώντας τους σημαντικότερους καθοριστικούς παράγοντες της συνολικής υγείας του πληθυσμού. Ωστόσο, η αντίληψη για το σημαντικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσει η κοινωνική εργασία μέσα σε ιατρικά πλαίσια έχει μακρά ιστορία.

Τα νοσοκομεία και οι δομές παροχής υπηρεσιών υγείας αποτελούν το πιο κοινό τόπο δραστηριοποίησης των κοινωνικών λειτουργών (Whitaker, Weismiller, Clark & Wilson, 2006), οι οποίοι προσφέρουν σημαντικές υπηρεσίες σε όλο το συνεχές της θεραπείας και σε όλα τα επίπεδα περίθαλψης (National Association of Social Workers, 2011). Χαρακτηριστικά παραδείγματα των τομέων εργασίας των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών είναι η παιδιατρική, η ογκολογία, τα επείγοντα, οι μονάδες χρόνιας θεραπείας (Gibelman, 2005). Στο Νοσοκομείο μπορούμε να διακρίνουμε πέντε κύριες λειτουργίες: 1) την ιατρική - φροντίδα υγείας, 2) την κοινωνική, 3) την προληπτική, με την εργαστηριακή στήριξη του ελέγχου επιδημιών κ.ά., 4) την εκπαιδευτική, για παραγωγή στελεχών και για συνεχή εκπαίδευση και 5) την "τεχνική" - επιστημονική υποστήριξη στους εκτός νοσοκομείου λειτουργούς (ελεύθερους επαγγελματίες) Υ.Α. 8342 / 1998 (ΦΕΚ 711 / 14-07-1998 Τεύχος Β'). Σε όλες αυτές τις λειτουργίες ο νοσοκομειακός κοινωνικός λειτουργός μπορεί να αναπτύξει δραστηριότητες και η συμβολή του θεωρείται πολύτιμη.

Ο ρόλος του/της κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού στο νοσοκομείο είναι πολύπλευρος με πολλαπλές λειτουργίες της κλινικής Κοινωνικής Εργασίας και του Κοινωνικού Σχεδιασμού (ιστοσελίδα του νοσοκομείου Πα.Γ.Ν.Η, [www.pepagnh.gr](http://www.pepagnh.gr)). Συμβάλει στην πρόληψη και αντιμετώπιση των συναισθηματικών και κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων του ασθενή και οι δράσεις του επεκτείνονται στην οικογένεια, την κοινότητα και την διασύνδεση - αξιοποίηση φορέων με σκοπό την ενδυνάμωση, την ενεργοποίηση, την αποκατάσταση και την επανένταξή τους στο

ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον (ιστοσελίδα του Γ.Ν. Σπάρτης, [www.hospa.gr](http://www.hospa.gr)). Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός δραστηριοποιείται σε υποστηρικτικό, συμβουλευτικό, θεραπευτικό, οργανωτικό, ερευνητικό επίπεδο και οι ρόλοι και οι αρμοδιότητές του ποικίλλουν και διαφοροποιούνται ανάλογα τον άξονα δράσης του.

Πολλοί ασθενείς και οι οικογένειες τους χρειάζονται βοήθεια για να διαχειριστούν ή να λύσουν προσωπικά ή κοινωνικά προβλήματα που προκύπτουν ως αποτέλεσμα της ασθένειας ή της αναπηρίας τους. Στο πλαίσιο αυτό σημαντικός κρίνεται ο ρόλος της κοινωνικής εργασίας. Οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί έχουν υπό την ευθύνη τους την παροχή υποστήριξης στους ασθενείς και τις οικογένειές τους μετά την ανακοίνωση της διάγνωσης ή/και την εισαγωγή στο Νοσοκομείο. Στόχος τους είναι να βοηθήσουν τους ασθενείς και τα μέλη του οικογενειακού συστήματος και να τους να μάθουν να διαχειρίζονται τις συνέπειες των προβλημάτων που προκύπτουν από κάποιο οξύ ή χρόνια πρόβλημα υγείας. Απώτερος στόχος είναι η βελτίωση τόσο της ψυχικής και όσο και της σωματικής τους υγείας. Ένα σημαντικό κομμάτι των αρμοδιοτήτων τους αφορά στη διασύνδεση των ασθενών που αντιμετωπίζουν χρόνια προβλήματα υγείας αλλά και μελών άλλων κοινωνικών ομάδων π.χ. ηλικιωμένοι με δομές μετανοσοκομειακής φροντίδας, όπως είναι οι ομάδες υποστήριξης διαχείρισης της ασθένειας, τα προγράμματα βοήθειας στο σπίτι, κ.α.. Εκτός όμως από τον κλινικό τους ρόλο, οι κοινωνικοί λειτουργοί μπορεί να αναλάβουν διοικητικό και συντονιστικό ρόλο σε εξειδικευμένα προγράμματα όπως είναι τα προγράμματα ψυχικής υγείας, τα προγράμματα για ηλικιωμένους και προγράμματα με αποδέκτη την κοινότητα (Gibelman, 2005).

Από τα παραπάνω φαίνεται ότι ο κοινωνικός λειτουργός έχει πολλές και πολύ σημαντικές αρμοδιότητες στο πλαίσιο της απασχόλησης του στο χώρο του Νοσοκομείου. Προκειμένου λοιπόν να είναι σε θέση να είναι αποδοτικός, να τηρεί και να ακολουθεί τις αξίες του επαγγέλματος του αλλά και τις αρχές του Κώδικα Ηθικής και Δεοντολογίας, που διέπουν την εργασία του, θα πρέπει αφενός να βελτιωθούν οι οργανωσιακές συνθήκες της δουλειάς του και αφετέρου ο ίδιος να ανακαλύψει τρόπους διαχείρισης των εργασιακών προβλημάτων και αγχογόνων καταστάσεων, έτσι ώστε αυτά να μην επηρεάσουν αρνητικά την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει. Τα παραπάνω προβλήματα συνδέονται άμεσα με το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burn Out), το οποίο ίσως αποτελεί έναν από τους μεγαλύτερους επαγγελματικούς κινδύνους του 21ου αιώνα, καθώς συνιστά μια χρόνια κατάσταση, κατά την οποία ο/η εργαζόμενος/η χάνει κάθε ενδιαφέρον για

την εργασία του/της, γεγονός που μπορεί να επιφέρει σημαντική κρίση στη ζωή του/της (Μαυρίδου, 2012:17).

Λαμβάνοντας υπόψη στοιχεία διάφορων ορισμών που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης η Pines (2008) περιγράφει αναφέρει ότι «*Η επαγγελματική εξουθένωση η οποία βιώνεται ως μια κατάσταση φυσικής, συναισθηματικής και ψυχικής εξάντλησης, καθώς και ως αποπροσωποποίηση και μείωση των προσωπικών ικανοτήτων, είναι το τελικό αποτέλεσμα μιας διαδικασίας φθοράς κατά την οποία άτομα με ισχυρά κίνητρα και μεγάλη αφοσίωση χάνουν το ηθικό τους*» (Pines, 2008:212) Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί σε αυτό τον τομέα υποστηρίζουν ότι οι οργανωσιακές συνθήκες επηρεάζουν τη συγκεκριμένη εμπειρία, η οποία στη συνέχεια θα καθορίσει πόσο καλά ο εργαζόμενος κάνει τη δουλειά του και το πώς αισθάνεται με την ευρύτερη οργάνωση (Leiter & Maslach, 2008). Πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο για την εμφάνιση του οποίου συνηγορούν σε αλληλεπίδραση εργασιακοί και ατομικοί παράγοντες και το οποίο μπορεί να εκδηλωθεί μέσα από διαφορετικά συμπτώματα (Παπαθανασίου, 2012· Μαυρίδου, 2012· Papastylilianou, Kaila & Polychronopoulos, 2009· Kokkinos, 2007). Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Shirom & Melamed, 2008· Leiter & Maslach 1999· Samuelson et al., 1997· Parker & Kulik, 1995) προκύπτει ότι η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί με αρνητικά αποτελέσματα όπως π.χ. η αύξηση στις παραιτήσεις και στις απουσίες από τη δουλειά, τη μείωση της δέσμευσης στον οργανισμό, στην αύξηση των αυτοκτονικών συναισθημάτων, την επιδείνωση ψυχικής (συμπτώματα κατάθλιψης, άγχος, κ.α.) και σωματικής υγείας (καρδιαγγειακή ασθένεια, λοιμώδη νοσήματα, καρκίνος, διαβήτης, κ.α.).

Όσον αφορά στις παρεμβάσεις που αφορούν στην επαγγελματική εξουθένωση, φαίνεται ότι είναι περισσότερο προσανατολισμένες στο άτομο και προσφέρουν θεραπεία και όχι πρόληψη (Nelson, Quick & Simmons, 2001). Μια παρέμβαση που φαίνεται να υιοθετείται συχνά είναι οι ομάδες υποστήριξης συναδέλφων, οι οποίες παρέχουν στα μέλη τους πληροφοριακή και συναισθηματική υποστήριξη (Burke & Richardson, 2000).

Με την παρούσα μελέτη γίνεται προσπάθεια να μελετηθεί το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout), όπως αυτό παρουσιάζεται και βιώνεται από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, οι οποίοι εργάζονται στο πλαίσιο του Νοσοκομείου. Παράλληλα επιχειρείται η διερεύνηση της αιτιοπαθογένειας του φαινομένου στη συγκεκριμένη επαγγελματική ομάδα και ο προσδιορισμός των εργασιακών αλλά και

ατομικών παραγόντων οι οποίοι "ευθύνονται" για την εκδήλωση του συνδρόμου. Τέλος, θα γίνει μια προσπάθεια διερεύνησης των στρατηγικών που έχουν στη διάθεση τους οι εργαζόμενοι κοινωνικοί λειτουργοί προκειμένου να αποφύγουν ή να διαχειριστούν αποτελεσματικά τις αρνητικές συνέπειες της επαγγελματικής εξουθένωσης – στρατηγικές που είτε προσφέρονται από την υπηρεσία στην οποία υπάγονται είτε είναι αποτέλεσμα των δικών τους ατομικών προσπαθειών.

Η σημασία του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης αφενός για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και αφετέρου για την υγεία (ψυχική και σωματική) των ίδιων των εργαζομένων σε συνδυασμό με το γεγονός ότι ο αριθμός των σχετικών ερευνών στον Ελληνικό χώρο είναι περιορισμένος, προσδίδουν στην παρούσα έρευνα στοιχεία σημαντικότητας. Ένας λόγος που κάνει την παρούσα έρευνα σημαντική αφορά στο γεγονός ότι η έρευνα εστιάζει στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, όπως αυτό βιώνεται και τις συνέπειες που επιφέρει σε κοινωνικούς λειτουργούς οι οποίοι εργάζονται στο Δημόσιο τομέα. Ο Δημόσιος Τομέας στη συγκεκριμένη κοινωνικοοικονομική συγκυρία, παρουσιάζει πολλά προβλήματα στη χώρα μας. Οι κοινωνικοί λειτουργοί, στο πλαίσιο της δουλειάς τους στο νοσοκομείο πρέπει διαρκώς να προσαρμόζονται σε αυξανόμενες και πολυδιάστατες ανάγκες των εξυπηρετούμενων και να προσφέρουν ποιοτικές υπηρεσίες και να το κάνουν σε συνθήκες που χαρακτηρίζονται από επαγγελματική αβεβαιότητα, αύξηση φόρτου εργασίας, μείωση προσωπικού και περικοπές δαπανών. Πρόκειται για συνθήκες που δημιουργούν γόνιμο έδαφος για τη δημιουργία μιας διαδικασίας συναισθηματικής εξάντλησης, διανοητικής κούρασης και σωματικής κόπωσης (Shirom & Melamed, 2008). Εύλογα μπορεί κανείς να υποστηρίξει ότι η δουλειά του κοινωνικού λειτουργού στην Ελλάδα της κοινωνικοοικονομικής κρίσης είναι απαιτητική και ενέχει πολλές προκλήσεις, μια εκ των οποίων είναι και η αποτελεσματική διαχείριση των προβλημάτων και αποφυγή εκδήλωσης επαγγελματικής εξουθένωσης.

Επιχειρώντας μια σφαιρική αιτιοπαθογενετική προσέγγιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, θα συνεκτιμηθεί ο ρόλος δημογραφικών χαρακτηριστικών, στοιχείων σχετιζόμενων με την επαγγελματική ζωή των κοινωνικών λειτουργών και στοιχείων της προσωπικότητάς τους. Δεδομένου ότι το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει συγκεντρώσει το ενδιαφέρον μεγάλου μέρους της επιστημονικής κοινότητας διεθνώς, προσπαθήσαμε να κινηθούμε σε ανάλογα πλαίσια ώστε να προκύψει μια ολοκληρωμένη, εμπειριστατωμένη και

αποτελεσματική έρευνα του συνδρόμου στον ελληνικό χώρο, ελπίζοντας να συνεισφέρουμε τόσο στην αιτιοπαθογένεια και στην αναγνώριση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, όσο και στην αποτελεσματική αντιμετώπιση αλλά και πρόληψη αυτού.

Θεωρητικό υπόβαθρο της έρευνας μας αποτελεί το Μοντέλο Διαμεσολάβησης των Leiter & Maslach (1999), σύμφωνα με το οποίο όσο μεγαλύτερη είναι η αντιλαμβανομένη ασυμφωνία ανάμεσα στο άτομο και στη δουλειά του σε περιοχές όπως ο φόρτος εργασίας, ο έλεγχος, η ανταμοιβή, η κοινότητα, η δικαιοσύνη και οι αξίες, τόσο μεγαλύτερη είναι η πιθανότητα επαγγελματικής εξουθένωσης (Leiter & Maslach, 2008, σσ.25-26). Ταυτόχρονα δόθηκε έμφαση στη διερεύνηση των ατομικών χαρακτηριστικών, καθώς από τα αποτελέσματα ερευνών προκύπτει ότι οι αντιδράσεις των ατόμων στις δύσκολες εργασιακές συνθήκες ποικίλουν και ότι οι προσωπικοί πόροι μπορεί να επηρεάσουν την εμφάνιση ή μη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Φαίνεται ότι οι άνθρωποι που έχουν πολλά αποθέματα ενέργειας, είναι υγιείς, αισιόδοξοι, έχουν αυτοπεποίθηση και αίσθηση υψηλής αυτοαποτελεσματικότητας, αντιμετωπίζουν καλύτερα τις πιέσεις που βιώνουν στον επαγγελματικό τους χώρο (Greenglass, 2008, σ.110).

Λαμβάνοντας υπόψη από τη μια τα στοιχεία από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση (αιτιοπαθογένεια, θεωρητικά μοντέλα, συνέπειες, στρατηγικές διαχείρισης) και από την άλλη τα δεδομένα που αφορούν στο ρόλο του κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο, καθώς επίσης και τις αδυναμίες που παρουσιάζει το ελληνικό Σύστημα Υγείας, διατυπώθηκαν **οι παρακάτω ερευνητικές υποθέσεις:**

1. Η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα οι κοινωνικοί λειτουργοί μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι διαθέτουν περισσότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας και στην προσωπική τους ζωή έχουν οικογένεια αναμένεται να βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης
2. Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται με εργασιακές συνθήκες όπως το άγχος, ο φόρτος εργασίας, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, ο τρόπος λειτουργίας του οργανισμού και η έλλειψη πόρων. Συγκεκριμένα αναμένεται ότι τα άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους στο χώρο της εργασίας τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης

3. Οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί που καταφέρνουν να έχουν θετικές διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο της εργασίας τους φαίνεται να αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

Η εργασία χωρίζεται σε δύο μέρη, στο **Θεωρητικό** και στο **Εμπειρικό**.

Όσον αφορά στο Θεωρητικό μέρος, στο **πρώτο** κεφάλαιο γίνεται λόγος για το ελληνικό σύστημα υγείας, την οργάνωση και θεσμική εξέλιξη των Γενικών Νοσοκομείων, τα επίπεδα περίθαλψης και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Το κεφάλαιο κλείνει με μια συνοπτική παρουσίαση των αδυναμιών που παρουσιάζει το σύστημα υγείας στη χώρα μας. Το **δεύτερο** κεφάλαιο επικεντρώνεται στην κοινωνική εργασία. Γίνεται μια ιστορική αναδρομή της κοινωνικής εργασίας στο χώρο του Νοσοκομείου και περιγράφεται ο ρόλος που καλείται να παίξει στην πρόληψη της ασθένειας και στην προώθηση της υγείας. Παρουσιάζονται οι αξίες και οι βασικές θεωρίες που διέπουν την άσκηση της κοινωνικής εργασίας στο νοσοκομειακό πλαίσιο και αναφέρονται οι λόγοι παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία του νοσοκομείου. Το **τρίτο** κεφάλαιο ξεκινάει με την αναφορά στην Άδεια Ασκήσεως των κοινωνικών λειτουργών και κλείνει με την παρουσίαση των ρόλων και των αρμοδιοτήτων που έχουν οι κοινωνικοί λειτουργοί στο πλαίσιο της εργασίας τους στο Νοσοκομείο. Το Θεωρητικό μέρος κλείνει με την επισκόπηση της βιβλιογραφίας όσον αφορά στο Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Burn Out). Πραγματοποιείται η προσπάθεια εννοιολογικού καθορισμού της έννοιας και αναφέρονται οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της, οι συνέπειες που επιφέρει και τα βασικά θεωρητικά μοντέλα που έχουν διατυπωθεί για την καλύτερη ερμηνεία και μελέτη της.

Αναφορικά με το Ερευνητικό μέρος της εργασίας, στο **πρώτο κεφάλαιο** αφορά στη μεθοδολογία της έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, παρουσιάζονται αναλυτικά ο στόχος, τα ερευνητικά ερωτήματα και τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα. Ακολουθεί η παρουσίαση του «δείγματος», του τόπου και του χρόνου διεξαγωγής της έρευνας, της διαδικασίας συλλογής δεδομένων και των ζητημάτων που σχετίζονται με θέματα ηθικής και δεοντολογίας. Στη συνέχεια γίνεται λόγος για τον τρόπο ανάλυσης των δεδομένων που προέκυψαν από τις συνεντεύξεις. Το κεφάλαιο αυτό κλείνει με την παρουσίαση των δυσκολιών και των περιορισμών της έρευνας.

**Τέλος**, καταγράφονται τα αποτελέσματα της έρευνας με τη συνακόλουθη συζήτηση. Πιο συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σε συνάρτηση κάθε

φορά με τα ερευνητικά ερωτήματα. Η ενότητα αυτή κλείνει με τις προτάσεις για μελλοντική έρευνα.

## **ΜΕΡΟΣ Α΄: ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ**



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>: ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

### 1.1. Σύστημα Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1948, όπως αναφέρεται στο Chappell, 2008, σ. 130) ως υγεία ορίζεται «η κατάσταση της απόλυτης φυσικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι απλά η απουσία της ασθένειας ή της αδυναμίας». Ο Raphael (2006, σ. 653) αναφέρει ότι υπάρχει ένα σύνολο μεταβλητών, όπως η εκπαίδευση, η απασχόληση και οι εργασιακές συνθήκες, η σίτιση, οι υπηρεσίες υγείας, η στέγαση, το εισόδημα και η κατανομή του, το κοινωνικό δίκτυο, ο κοινωνικός αποκλεισμός, η ανεργία και η εργασιακή ασφάλεια, που διαμορφώνουν και καθορίζουν το επίπεδο της υγείας ενός ατόμου.

Στην ίδια κατεύθυνση οι Irwin, Solar & Vega (2008, σ. 65) υποστηρίζουν ότι οι δομικοί μηχανισμοί που διαμορφώνουν τις κοινωνικές ιεραρχίες και τοποθετούν τα άτομα σε διαφορετικές κοινωνικές θέσεις αποτελούν την αιτία των ανισοτήτων που παρατηρούνται στην υγεία. Η συσχέτιση των κοινωνικών μεταβλητών με την ποιότητα της υγείας αναφέρεται και από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 2013) όπου γίνεται λόγος για μεταβλητές όπως το εισόδημα, η κοινωνική τάξη, η εκπαίδευση, η απασχόληση, το φύλο και η εθνικότητα και δίνεται ιδιαίτερη έμφαση α) στη σημασία της μείωσης του κοινωνικού αποκλεισμού και των ανισοτήτων στην υγεία και β) στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας με κριτήριο τις ανάγκες και τις προσδοκίες όλων των αποδεκτών και στόχο τη βελτίωση της υγείας όλων των ανθρώπων.

Το Σύστημα Υγείας μπορεί να οριστεί ως ένα σύνολο από επιμέρους υποσυστήματα, τα οποία βρίσκονται σε διαρκή αλληλεπίδραση μεταξύ τους και με το περιβάλλον, με στόχο να επιτευχθεί η διατήρηση και η προαγωγή υγείας του πληθυσμού (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτα, 2007, σ.67). Μπορεί επίσης να ειπωθεί ως ένας συγκεκριμένος τρόπος οργάνωσης και διοίκησης των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα της υγείας. Ο στόχος μέσα από την προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών είναι η μεγιστοποίηση της υγείας του πληθυσμού, στο πλαίσιο των οικονομικών δυνατοτήτων της κοινωνίας (Λιαρόπουλος, 2007, σ.202). Αφορά στις «ενσυνείδητες προσπάθειες, των οποίων ο πρωταρχικός σκοπός είναι η προαγωγή, η αποκατάσταση και η διατήρηση υγείας» (Λιαρόπουλος, 2007, σ.201) και

πρόκειται για ένα σύστημα ανοικτό, το οποίο επηρεάζεται και επηρεάζει τους εξωτερικούς παράγοντες (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001, σσ.72-73). Στο πλαίσιο αυτού του ορισμού θεωρείται ότι το επίπεδο υγείας ενός πληθυσμού δεν εξαρτάται μόνο από το σύστημα υγείας, αλλά και από τα συστήματα - πολιτικό, κοινωνικό, οικονομικό, οικολογικό και πολιτιστικό - τα οποία υπάρχουν στο περιβάλλον του. Ως «δράση υγείας» ορίζεται οποιαδήποτε δραστηριότητα ή σύνολο δραστηριοτήτων η οποία έχει πρωταρχικό της σκοπό τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας. Με αυτή την έννοια, στο σύστημα υγείας συμπεριλαμβάνονται όχι μόνο το Εθνικό Σύστημα Υγείας, αλλά όλα τα κοινωφελή και ιδιωτικά ιδρύματα και φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπροσθέτως, σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, δεν νοούνται ως δράσεις υγείας δραστηριότητες οι οποίες δευτερευόντως έχουν ως παρενέργεια τη βελτίωση ή τη διατήρηση της υγείας, χωρίς να είναι αυτός ο πρωταρχικός τους στόχος (WHO, 2000).

Στη βιβλιογραφία αναφέρονται διαφορετικού τύπου συστήματα υγείας, η εκτενής περιγραφή των οποίων ξεφεύγει από τους σκοπούς της παρούσας εργασίας. Συνοπτικά θα μπορούσε να αναφερθεί ότι υπάρχει: **α)** το φιλελεύθερο σύστημα υγείας όπου ο ρόλος του κράτους είναι ιδιαίτερα περιορισμένος και υπάρχει πλήρης ελευθερία ο καταναλωτής να ζητήσει υπηρεσίες, τις οποίες προσφέρουν οι ιδιώτες παραγωγοί. Χαρακτηριστικό παράδειγμα του φιλελεύθερου συστήματος υγείας αποτελεί το σύστημα των ΗΠΑ, **β)** το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης - σύστημα τύπου Bismark (π.χ. Γερμανία, Γαλλία), στο πλαίσιο του οποίου η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας καλύπτεται στη βάση της λογικής της ασφάλισης και **γ)** το εθνικό σύστημα υγείας - σύστημα τύπου Beveridge (Μ. Βρετανία), βασικό χαρακτηριστικό του οποίου είναι η καθολική κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας στη βάση της λογικής του κοινωνικού δικαιώματος των πολιτών (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007· Λιαρόπουλος, 2007· Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001· Wolper, 2001· Τούντας, 2000).

Όσον αφορά στην περίπτωση της Ελλάδας, το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι μεικτό σύστημα και η χρηματοδότηση του γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση. Κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα είναι το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και οι υπηρεσίες υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες. Η πρωτοβάθμια

φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από τα κέντρα Υγείας και η Δευτεροβάθμια παρέχεται από τα νοσοκομεία (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007, σ.111).

## **1.2. Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**

Ο όρος *υπηρεσίες υγείας ή υγειονομικές υπηρεσίες* περιλαμβάνει το σύνολο των υπηρεσιών, με τις οποίες παρέχονται ιατρικές φροντίδες, προληπτικές και θεραπευτικές, καθώς και τους μηχανισμούς παραγωγής και διανομής αυτών των υπηρεσιών. Αυτός ο όρος εμπεριέχει τόσο την έννοια της *φροντίδας υγείας* όσο και την έννοια της *περίθαλψης* (Μπουρσανίδης, 1993). Ανάλογα με τη νομική μορφή της λειτουργίας τους, οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας διακρίνονται σε:

- § *Ιδιωτικές*, όπως είναι π.χ. τα ιδιωτικά ιατρεία ή εργαστήρια
- § *Δημόσιες*, όπως είναι π.χ. τα στρατιωτικά νοσοκομεία, τα περιφερειακά ιατρεία των Κέντρων Υγείας κ.α.
- § *Νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου* (Ν.Π.Ι.Δ.), αλλά και αστικές εταιρίες, όπως είναι π.χ. οι ιδιωτικές κλινικές και τα εργαστήρια- διαγνωστικά κέντρα
- § *Νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου* (Ν.Π.Δ.Δ.), όπως είναι τα περισσότερα νοσοκομεία της χώρας μας
- § *Ιδιαίτερη οργανωτική μορφή* αποτελεί το ίδιο το Υπουργείο Υγείας, με τις κεντρικές και περιφερειακές του υπηρεσίες

και ανάλογα με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, σε:

- § *Μονάδες ανοιχτής ή εξωνοσοκομειακής περίθαλψης*, οι οποίες παρέχουν μόνο πρωτοβάθμια περίθαλψη, όπως είναι τα ιδιωτικά ιατρεία, τα περιφερειακά (αγροτικά) ιατρεία, τα Κέντρα Υγείας, τα πολυϊατρεία ασφαλιστικών οργανισμών, τα ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα
- § *Μονάδες κλειστής ή νοσοκομειακής περίθαλψης*, οι οποίες παρέχουν μια, δυο ή και τρεις βαθμίδες περίθαλψης (πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια), όπως είναι τα νοσοκομεία και οι ιδιωτικές μονάδες περίθαλψης (Μπουρσανίδης, 1993).

## **1.3. Επίπεδα Περίθαλψης**

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα: την Πρωτοβάθμια, τη Δευτεροβάθμια και την Τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας. Με τον όρο *πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας* ορίζεται το σύνολο των προληπτικών, διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, για τις οποίες δεν

απαιτείται διανυκτέρευση (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009, σσ.388-389). Η πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών περιλαμβάνει δυο βαθμίδες: **α)** την πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών και **β)** την πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, βαθμίδες οι οποίες πολλές φορές αλληλεπικαλύπτονται και είναι δύσκολη η διάκριση τους. Όσον αφορά στην πρώτη βαθμίδα, είναι σαφώς αποδοτικότερη και οικονομικότερη καθώς εστιάζει στην πρόληψη. Συγκεκριμένα στο πλαίσιο της πραγματοποιούνται τα παρακάτω:

- § η καταπολέμηση των αιτιολογικών παραγόντων της ασθένειας
- § η άσκηση προληπτικής ιατρικής και η υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού
- § η ιατροκοινωνική και επιδημιολογική έρευνα
- § η ιατρική της εργασίας προκειμένου να βελτιωθούν οι συνθήκες υγιεινής και να μειωθούν οι επαγγελματικές ασθένειες και τα ατυχήματα
- § η παροχή υπηρεσιών προσχολικής και σχολικής υγιεινής
- § η ενημέρωση του ευρύτερου κοινού για σοβαρές μεταδιδόμενες ασθένειες όπως είναι π.χ. το AIDS και για θέματα οικογενειακού προγραμματισμού
- § ο έλεγχος της ρύπανσης του περιβάλλοντος
- § η αγωγή στοματικής υγείας και η άσκηση προληπτικής οδοντιατρικής
- § παροχή υπηρεσιών κοινωνικής φροντίδας και προστασία ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες ασθένειες, χρήστες ουσιών, κτλ)
- § έλεγχος της ρύπανσης του περιβάλλοντος
- § η αγωγή υγείας (Κυριόπουλος, 1995)

Η **δευτεροβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας** αφορά στο σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών υπηρεσιών, η εφαρμογή των οποίων απαιτεί τη νοσηλεία του ασθενή στο νοσοκομείο. Το νοσοκομείο αποτελεί τη λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμια παροχής υπηρεσιών υγείας, οι οποίες παρέχονται από νοσοκομεία:

- § Κρατικά του Ε.Σ.Υ., στα οποία υπηρετούν γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- § Πανεπιστημιακά, στα οποία υπηρετούν πανεπιστημιακοί ιατροί αλλά και ιατροί του Ε.Σ.Υ.
- § Στρατιωτικά, στα οποία υπηρετούν μόνιμοι και στρατεύσιμοι ιατροί και τα οποία υπάγονται στο Υπουργείο Εθνικής Άμυνας
- § Ειδικού καθεστώτος, στο οποίο υπάγονται όσα δεν ανήκουν στο Ε.Σ.Υ. και δεν είναι ιδιωτικού τομέα (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 1997).

Τέλος, η **τριτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας** αναφέρεται στις εξειδικευμένες υπηρεσίες, που μπορεί να είναι διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού περιεχομένου και αφορά:

- § στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων ιατρικών περιστατικών
- § στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας
- § στη δια βίου εκπαίδευση των ιατρών και γενικότερα των επαγγελματιών υγείας
- § στον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών που παρέχονται στη Πρωτοβάθμια και Δευτεροβάθμια βαθμίδα (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009, σ.390).

#### **1.4. Δημόσια Νοσοκομεία: Εξέλιξη, Δομή, Οργάνωση και Στόχοι**

Βασικός στόχος των Δημοσίων Νοσοκομείων είναι η παροχή δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στους ασθενείς. Σε αντίθεση με τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια (κλινικές), τα Δημόσια Νοσοκομεία έχουν δυο επιπλέον ειδικότερους στόχους: α) την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας και κυρίως των Ιατρών, κατά την πολύχρονη περίοδο της εξειδίκευσής τους σε συγκεκριμένες επίσημες ειδικότητες, αλλά και των Νοσηλευτών και άλλων τεχνολόγων ως προς την πρακτική τους εκπαίδευση και β) την επιστημονική έρευνα στους επιμέρους τομείς της Ιατρικής και των άλλων Επιστημών Υγείας (Λιαργκόβας, 2004). Σε γενικές γραμμές, σκοπός των νοσοκομείων είναι: 1) η παροχή ιατρικών εν γένει υπηρεσιών και νοσηλείας και ειδικότερα η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ισότιμα σε κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του θέση και σύμφωνα με τις διατάξεις του Ε.Σ.Υ., στα πλαίσια των δυνατοτήτων του, δίνοντας ιδιαίτερη έμφαση στην αποτελεσματικότητα, στην αποδοτικότητα και στην ποιότητα των υπηρεσιών του, 2) η εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών νοσηλείας και ιατρικής εν γένει περίθαλψης, 3) η έρευνα επί ιατρικών και γενικά επιστημονικών θεμάτων που άπτονται της παροχής ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών και 4) η κάθε άλλη εργασία που είναι συναφής με τους στόχους μίας σύγχρονης και πλήρως οργανωμένης νοσηλευτικής μονάδας (Υ.Α. 8342 / 1998 (ΦΕΚ 711 / 14-07-1998 Τεύχος Β').

Η εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορεί να διακριθεί σε τέσσερις περιόδους. Η **πρώτη** περίοδος έχει την αφετηρία της στη σύσταση του ελληνικού κράτους και φτάνει μέχρι το 1909. Την περίοδο αυτή το νοσοκομείο αποτελούσε φροντίδα των μοναστηριών, των δήμων ή κοινοτήτων και των

φιλάνθρωπων, ήταν μικρό σε δυναμικότητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για ικανοποιητική προσφορά υπηρεσιών. Τα εύπορα, αλλά και τα λαϊκά στρώματα απέφευγαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του και αποτελούσε καταφύγιο μόνο των απόρων (Καπανίδης, 1991). Τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύθηκαν εκείνη την εποχή σε ανθούσες οικονομικά πόλεις, όπως το Νοσοκομείο Σύρου (1830), το “Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς” στην Αθήνα (1836), το “Τζάνειο” στον Πειραιά (1875) και ο “Ευαγγελισμός” (1884), επίσης στην Αθήνα. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας άρχισε μόλις το 1903, με τη λειτουργία της “Πολυκλινικής” στην Αθήνα (Δικαίος, Κουτουζής, Πολύζος, Σιγάλας, Χλέτσος, 1999).

Η **δεύτερη** περίοδος (1909-1952) χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών, γενικών και ειδικών νοσοκομείων, λόγω και των ειδικών συνθηκών που επικρατούν (πόλεμοι, πρόσφυγες κ.α.). Τα στρατιωτικά και αργότερα τα προσφυγικά νοσοκομεία που δημιουργήθηκαν για την κάλυψη των αναγκών αποτέλεσαν το πρώτο ευρύ δίκτυο που εξελικτικά θα διευρυνόταν. Την περίοδο αυτή, παρόλο που οι υγειονομικές συνθήκες βελτιώθηκαν και γενικεύτηκε η χρήση του νοσοκομείου, το επίπεδο περίθαλψης που παρείχε, συγκρινόμενο με το αντίστοιχο των ευρωπαϊκών χωρών, εξακολουθούσε να είναι χαμηλό (Γείτονα, 1992).

Κατά τη διάρκεια της **τρίτης** περιόδου (1953-1982), η Ελλάδα διαιρείται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες, με το Ν. Δ. 2592/1953 “περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως” και τίθεται σε ισχύ η διοικητική αποκέντρωση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα και άλλα χαρακτηριστικά, που συμβάλλουν στην ορθολογική και επιστημονική γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αυτή τη χρονική περίοδο εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, δίνεται έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και από ιδιωτικές κλινικές (Καπανίδης, 1991).

Η **τέταρτη** χρονική περίοδος αρχίζει το 1983. Το 1983 ψηφίστηκε ο νόμος 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, με στόχο τη βελτίωση του επιπέδου περίθαλψης, τη δωρεάν παροχή υπηρεσιών υγείας, την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας, την αγωγή και προαγωγή υγείας (Ελληνας, 2004). Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σημαντικά την περίοδο αυτή (σήμερα ανέρχονται περίπου στο 5% του Α. Ε. Π.), σημειώθηκε σημαντική βελτίωση στην υποδομή και στη στελέχωση

των νοσοκομείων με προσωπικό και υπήρξε ουσιαστική βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης (Γείτονα, 1992). Τονίζοντας την ανάγκη για ριζική βελτίωση της υγείας, ο νόμος 1397/83 εγκαινιάζει μια νέα εποχή στο σύστημα παροχή ιατρικής φροντίδας. Στο νέο πλαίσιο που διαμορφώνει εξασφαλίζεται το δικαίωμα για ποιοτικά ανώτερη περίθαλψη, χωρίς ανισότητες και αδικίες και δίνεται έμφαση στις αρχές της αποκέντρωσης και της συνέχειας στην περίθαλψη (Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας – ΚΕΠΕ, 1985, σ.187). Επιπλέον, θεωρείται σημαντική η εξάλειψη των φαινομένων εμπορευματοποίησης της υγείας και η εξάλειψη των ανισοτήτων στη χρηματοδότηση και στην πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας (Μάρδας, 1993, σ.102). Η κρατική παρέμβαση στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων είναι έντονη και τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου δημοσιοποιούνται πλέον, με την ένταξή τους στο Ε.Σ.Υ. (Γείτονα, 1992).

Σήμερα η νοσοκομειακή περίθαλψη στην Ελλάδα παρέχεται από: 1) τα 128 Γενικά και Ειδικά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. (105 γενικά και 23 ειδικά), με 33.911 αναπτυγμένες κλίνες συνολικά, 2) τα 23 Δημόσια Νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ., με 4.063 αναπτυγμένες κλίνες συνολικά, από τα οποία 14 ανήκουν στο Υπουργείο Εθνικής Άμυνας (στρατιωτικά νοσοκομεία), 2 στο Υπουργείο Παιδείας, 2 στο Υπουργείο Δικαιοσύνης και 5 στο Ι.Κ.Α., 3) τα 233 Ιδιωτικά Γενικά και Ειδικά Νοσοκομεία και Κλινικές, με 15.158 αναπτυγμένες κλίνες συνολικά (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 1997).

Ο ιδρυτικός νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ν.1397/83) κατέστησε τα ελληνικά Νοσηλευτικά Ιδρύματα που επιχορηγούνταν, άμεσα ή έμμεσα, από το ελληνικό δημόσιο Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου (ΝΠΔΔ), προσδίδοντας σε αυτά τη νομική υπόσταση της αποκεντρωμένης δημόσιας υπηρεσίας. Με το Ν. 2889/01 τα δημόσια Νοσοκομεία του ΕΣΥ μετατράπηκαν σε αποκεντρωμένες μονάδες των Περιφερειακών Συμβουλίων Υγείας και Πρόνοιας (ΠεΣΥΠ), που είναι ΝΠΔΔ, δηλαδή δεν άλλαξε ουσιαστικά η νομική υπόστασή τους (Λιαργκόβας, 2004). Τα νοσοκομεία διακρίνονται σε: **α)** περιφερειακά νοσοκομεία, που περιλαμβάνουν όλες τις ειδικότητες και έχουν εξειδικευμένη τεχνολογία, **β)** γενικά νοσοκομεία περιοχής (νομαρχιακά), που καλύπτουν την πρωτοβάθμια αλλά κυρίως τη δευτεροβάθμια περίθαλψη, **γ)** επαρχιακά, μικρά νοσοκομεία, που καλύπτουν δύο-τρεις βασικούς τομείς (σε αυτή την κατηγορία φιλοδοξούσε να λειτουργήσουν ο αρχικός σχεδιασμός των Κέντρων Υγείας και **δ)** εξειδικευμένα νοσοκομεία, πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας ή και τριτοβάθμιας περίθαλψης, όπως είναι π.χ. τα

ψυχιατρικά, τα ογκολογικά νοσοκομεία κ.ά. (Υ.Α. 8342 / 1998 (ΦΕΚ 711 / 14-07-1998 Τεύχος Β'). Ανάλογα δηλαδή με την εσωτερική τους συγκρότηση, τα Νοσοκομεία μπορεί να έχουν διαφορετικούς εξειδικευμένους στόχους (Λιαργκόβας, 2004). Κάθε περιφερειακό, γενικό νοσοκομείο και κάθε ειδικό νοσοκομείο απαρτίζεται από τέσσερις υπηρεσίες, την ιατρική, τη νοσηλευτική, τη διοικητική και την τεχνική, οι οποίες είναι ιεραρχικά ισότιμες μεταξύ τους και συνεργάζονται, ώστε να πετύχουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, που είναι αφενός η σωστή διάγνωση και αφετέρου η γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία των ασθενών (Δικαίος και συν., 1999).

Με βάση το νομικό πλαίσιο που ισχύει σήμερα (Ν.1397/1983, Ν.2071/1992, Ν.2519/1997 και Π.Δ.87/1986) όλα τα νοσοκομεία, εκτός των στρατιωτικών, υπάγονται στην εποπτεία του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ανεξάρτητα από τη νομική μορφή που έχουν ή από τον φορέα στον οποίο ανήκουν. Αυτή η εποπτεία ασκείται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας, στον τρόπο άσκησης του ιατρικού, νοσηλευτικού, επιστημονικού και εκπαιδευτικού έργου και γενικά τον τρόπο λειτουργίας τους. Τα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ., καθώς και τα νοσοκομεία ιδιωτικού δικαίου που επιχορηγούνται από το κράτος υπόκεινται επιπλέον και σε έλεγχο του τρόπου διοίκησης και της οικονομικής τους διαχείρισης από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. Τα στρατιωτικά νοσοκομεία υπάγονται σε ανάλογη εποπτεία του Υπουργείου Εθνικής Άμυνας (Δικαίος και συν., 1999).

### **1.5. Αδυναμίες του Ελληνικού Συστήματος Υγείας**

Τα Δημόσια Νοσοκομεία και οι υπηρεσίες υγείας, συμπεριλαμβανομένης και των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται στο επίπεδο της κοινότητας, έχουν δημιουργηθεί προκειμένου να εξασφαλιστεί ότι όλοι έχουν πρόσβαση σε ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Ωστόσο, παρα το σημαντικό ρόλο που καλούνται να παίξουν οι δημόσιες υπηρεσίες υγείας, από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι διάφορες ομάδες πληθυσμού στερούνται του δικαιώματος στην υγεία και ότι υπάρχουν σοβαρά ζητήματα προσβασιμότητας (Adhikari, 2012· Fawcett, 2009· Raphael, 2006). Το γεγονός αυτό οδήγησε πολλούς ερευνητές στη διερεύνηση των εμποδίων και στον καθορισμό των κοινωνικών δεικτών υγείας μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο (Irwin, Solar, & Vega, 2008· Siegrista & Marmot, 2004). Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (AASW, 2014· Reisch, 2012· Giles,



2009· McLeod, Bywaters, Tanner & Hirsh, 2008) προκύπτει ότι τα εμπόδια αυτά συνήθως αφορούν στα παρακάτω:

- § **Έλλειψη υπηρεσιών:** περιλαμβάνει υπηρεσίες επανένταξης, μετανοσοκομειακής φροντίδας, υπηρεσίες διαχείρισης χρόνιου πόνου, στοιχειώδεις υπηρεσίες υγείας και πρόληψης σε επίπεδο κοινότητας που θα απευθύνονται κυρίως σε όσους βρίσκονται σε μεγαλύτερη ανάγκη ή ζουν σε απομακρυσμένες περιοχές
- § **Ζητήματα προσβασιμότητας:** θέματα προσβασιμότητας αντιμετωπίζουν συνήθως συγκεκριμένες ομάδες πληθυσμού, π.χ. όσοι ζουν σε αγροτικές και απομακρυσμένες γεωγραφικά περιοχές, οι οποίοι πολλές φορές πρέπει να μετακινηθούν σε κάποια αστική περιοχή προκειμένου να λάβουν υπηρεσίες υγείας. Επίσης, ζητήματα προσβασιμότητας αντιμετωπίζουν και τα μέλη των πολιτισμικών ομάδων, καθώς πολλές φορές το δημόσιο σύστημα υγείας είναι διαμορφωμένο με βάση τις ανάγκες της κυρίαρχης πολιτισμικά ομάδας και δεν έχει εξασφαλίσει την παροχή πολιτισμικά ευαισθητοποιημένων υπηρεσιών. Τέλος, δυσκολίες πρόσβασης μπορεί να αντιμετωπίσουν και άτομα τα όποια έχουν διαφορετική σεξουαλική ταυτότητα, οι πρόσφυγες και οι αιτούντες άσυλο και γενικότερα όσοι ζουν στο περιθώριο και έχουν αποκλειστεί κοινωνικά
- § **Το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών:** Η παραπομπή στα δημόσια νοσοκομεία για πολλούς ανθρώπους αποτελεί το μοναδικό τρόπο ώστε να λάβουν υπηρεσίες υγείας καθώς δεν μπορούν να απευθυνθούν σε ιδιωτικούς ιατρικούς φορείς και να ανταπεξέλθουν στο κόστος. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να δημιουργείται μεγαλύτερη εξάρτηση και επακόλουθη επιβάρυνση στα δημόσια τριτοβάθμια συστήματα υγείας
- § **Η καταλληλότητα και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών:** αυτός ο παράγοντας αφορά κυρίως σε ευαίσθητες ομάδες πληθυσμού και υπάρχει έντονος προβληματισμός κατά πόσο π.χ. οι γυναίκες, τα άτομα με ψυχικές διαταραχές, τα άτομα με αναπηρία, τα παιδιά και οι ηλικιωμένοι, λαμβάνουν εξειδικευμένες υπηρεσίες, υπηρεσίες δηλαδή που ανταποκρίνονται στις πραγματικές και μοναδικές τους ανάγκες

Είκοσι και πλέον χρόνια μετά φαίνεται ότι οι εξαγγελίες και στόχοι του νόμου 1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας, δεν επετεύχθησαν και το σύστημα υγείας αντιμετωπίζει μια παρατεταμένη κρίση και εξαιτίας σημαντικών προβλημάτων που

αντιμετωπίζει τίθεται σε κίνδυνο η ίδια η υπόσταση του και η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας (Ελληνας, 2004). Είναι χαρακτηριστικό ότι η ίδια πολιτική δύναμη που συνέλαβε και κατέστρωσε την ίδρυση του ΕΣΥ το 1983, ήταν εκείνη που λίγα χρόνια αργότερα και ενώ εξακολουθούσε να ασκεί την κυβερνητική εξουσία, παραδέχτηκε την αδυναμία του συστήματος που ιδρύθηκε να πετύχει τους σκοπούς του και να εξυπηρετήσει τους καταστατικούς του στόχους (Τούντας, 2002, σ.115). Οι συνιστώσες που υποβαθμίστηκαν ή αγνοήθηκαν από το ΕΣΥ, είναι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, η προληπτική ιατρική, η αύξηση και η καλή κατάρτιση του νοσηλευτικού προσωπικού, η δημιουργία τμημάτων ημερήσιας και βραχείας νοσηλείας στα νοσοκομεία, καθώς και ο θεσμός του γενικού γιατρού, του οικογενειακού γιατρού και του γιατρού της κοινωνικής ιατρικής (Αντωνοπούλου, 2008, σ.111). Οι αδυναμίες που παρουσιάζονται στο Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα μπορούν να συνοψιστούν στα παρακάτω:

- § έλλειψη οργανωμένων υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας
- § ακατάλληλη διοίκηση που χαρακτηρίζεται από συγκεντρωτισμό και γραφειοκρατία (νομικισμός, διάχυση ευθυνών, χαμηλή παραγωγικότητα, μικρός βαθμός εξειδίκευσης, καθυστερήσεις στη διεκπεραίωση, κ.α.)
- § έλλειψη μηχανογράφησης και λογιστικής τελευταίας τεχνολογίας με στόχο των εξορθολογισμό των δαπανών αλλά και την αποφυγή συσσώρευσης χρεών προς τους προμηθευτές και έλλειψη σύγχρονων μεθόδων management
- § μεγάλο χάσμα μεταξύ υπηρεσιών προσφερομένων σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία
- § έλλειψη στοιχείων σχετικά με τα οικονομικά της υγείας στην Ελλάδα
- § χαμηλές δημόσιες δαπάνες και καθυστερήσεις στις οφειλές ασφαλιστικών ταμείων – υποκοστολόγηση παρεχόμενων υπηρεσιών
- § υψηλές δαπάνες υγείας στον ιδιωτικό τομέα και φαινόμενα παραοικονομίας
- § εκτεταμένη στροφή του πληθυσμού στην ιδιωτική ασφάλιση και την ιδιωτική περίθαλψη
- § υψηλές φαρμακευτικές δαπάνες αλλά σημαντικές ελλείψεις σε φάρμακα
- § έλλειψη σύγχρονων διαγνωστικών μέσων και της κατάλληλης τεχνολογίας
- § έλλειψη αξιόπιστων και έγκυρων διαδικασιών αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών
- § έλλειψη ανθρώπινων πόρων, ιδιαίτερα στις γεωγραφικά απομακρυσμένες περιοχές της χώρας

- § σοβαρές ελλείψεις σε μη ιατρικό προσωπικό (νοσηλευτών)
- § έλλειψη εκπαίδευσης, μετεκπαίδευσης και συνεχούς επιμόρφωσης
- § έλλειψη ξενοδοχειακών υποδομών και υπηρεσιών σε αρκετά νοσοκομεία (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009· Αντωνοπούλου, 2008· Σουλιώτης & Μαριόλης, 2004· Έλληνας, 2004· Κουρής, 2003· Γείτονα, 2001· Γιωργούση & Κυριόπουλος, 1996· Σιγάλας, 1994, 1993· Καραγιάννη, 1994· Σέτζης, 1994· Πολύζος 1994)

Ένα σημαντικό πρόβλημα σχετίζεται με οικονομικά – δημοσιονομικά ζητήματα του συστήματος. Οι δαπάνες για τη νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί το μεγαλύτερο τμήμα των δαπανών υγείας και μεγαλώνει διαρκώς το χάσμα ανάμεσα σε αυτό που μπορεί να προσφερθεί και σε αυτό που μπορεί να αντέξει οικονομικά το υγειονομικό σύστημα (Maxwell, 1995· Σιγάλας, 1994). Τα τελευταία χρόνια, γίνεται αρκετός λόγος για τη συγκράτηση του αυξανόμενου κόστους των δαπανών για την υγεία και την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Νιάκας, 1991) και ενώ έχει παρατηρηθεί μια αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα μας, η αύξηση αυτή δεν συνοδεύτηκε από τα αντίστοιχα αποτελέσματα (Κυριόπουλος, 1991). Ο τρόπος χρέωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών (χαμηλότερος από το πραγματικό κόστος), οι υπερτιμολογημένες αγορές νοσοκομειακού και άλλου υλικού, οι σπατάλες εντός του συστήματος υγείας, η μείωση των εσόδων λόγω της εισφοροδιαφυγής και της αδήλωτης εργασίας έχουν ως αποτέλεσμα τη δημιουργία δημοσιονομικών ελλειμμάτων στο χώρο της υγείας (Κουρής, 2003· Γείτονα, 2001· Σιγάλας, 1993, 1994).

Ένα άλλο βασικό πρόβλημα σχετίζεται με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και την ανεπαρκή οργάνωση της (Μάνιου & Ιακωβίδου, 2009· Σουλιώτης & Μαριόλης, 2004· Έλληνας, 2004· Κουρής, 2003· Γιωργούση & Κυριόπουλος, 1996). Ο Έλληνας (2004) υποστηρίζει ότι ο ιδρυτικός νόμος του ΕΣΥ, παρα τον πρωτοποριακό του χαρακτήρα, έχει νοσοκομειακοκεντρικό προσανατολισμό. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το μεγαλύτερο μέρος των δαπανών να απορροφάται από τα νοσοκομεία, να παρατηρείται μεγάλη συνάθροιση των ασφαλισμένων στα εξωτερικά ιατρεία και να μην προσφέρονται εναλλακτικές μορφές φροντίδας ή/και νοσηλείας. Είναι χαρακτηριστικό ότι ο θεσμός της πρωτοβάθμιας περίθαλψης, προβλέφθηκε από τον ιδρυτικό νόμο του ΕΣΥ να λειτουργήσει στις αστικές, τις ημιαστικές και τις αγροτικές περιοχές της χώρας. Στις αγροτικές και τις ημιαστικές περιοχές ιδρύθηκαν τα Κέντρα Υγείας, τα οποία - όσα απ' αυτά σήμερα λειτουργούν - παρέχουν χαμηλής

στάθμης θεραπευτικές υπηρεσίες, αντί για ολοκληρωμένη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και πρόληψη, που ήταν ο αρχικός τους σκοπός. Στις αστικές περιοχές η ίδρυση των Κέντρων Υγείας, καθυστέρησε πάρα πολλά χρόνια. Είναι αξιοσημείωτο ότι στην Αθήνα, το πρώτο από τα κέντρα αυτά άρχισε να λειτουργεί μόλις τον Ιούνιο 2004 (Αντωνοπούλου, 2008, σ.111).

Τέλος, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι παρά τις εξαγγελίες του νόμου 1397/83 αλλά και τις μεταρρυθμιστικές προσπάθειες που ακολούθησαν (Ν.2071/1992, Ν.2194/1994, Ν.2519/1997, Ν.2889/2001) οι ανισότητες στη δημόσια υγεία συνεχίζουν να υπάρχουν και να μεγαλώνουν. Η ισότιμη πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας δεν διευκολύνεται και το κόστος παροχής των υπηρεσιών υγείας είναι μεγαλύτερο από αυτό που έπρεπε να είναι εξαιτίας της διογκωμένης γραφειοκρατίας (Γείτονα, 2001). Όπως χαρακτηριστικά αναφέρει ο Έλληνας (2004) *«...ο πολίτης βασίζεται στην πολιτική και κοινωνική διαμεσολάβηση ή στην προσωπική του οικονομική συμμετοχή για να εξασφαλίσει την περίθαλψη που δικαιούται».*

Το 1997, η Βουλή νομοθέτησε τα δικαιώματα των ασθενών που νοσηλεύονται στα Δημόσια Νοσοκομεία, ακολουθώντας τη σχετική διεθνή πρακτική. Ο κατάλογος των σχετικών δικαιωμάτων, περιλαμβάνει: την πρόσβαση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου, την παροχή φροντίδας υγείας με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ασθενούς, τη συγκατάθεση ή άρνηση για κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη, την αναλυτική πληροφόρηση για ό,τι αφορά στην κατάσταση της υγείας που να επιτρέπει τη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, την πλήρη και εκ των προτέρων ενημέρωση για πιθανούς κινδύνους από ασυνήθιστες, πειραματικές, διαγνωστικές, εκπαιδευτικές και θεραπευτικές πράξεις, καθώς και τη συγκεκριμένη συγκατάθεση για υποβολή σ' αυτές, την προστασία της ιδιωτικής ζωής στο μέτρο του δυνατού και την εγγύηση του απόρρητου χαρακτήρα του ιατρικού φακέλου και ιστορικού, το σεβασμό και την αναγνώριση των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων, την υποβολή αρμοδίας διαμαρτυριών και ενστάσεων και την πλήρη γνώση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν απ' αυτές (Νόμος 2519, 1997: άρθρο 1). Ωστόσο, όπως χαρακτηριστικά αναφέρει η Αντωνοπούλου (2008) *«το μοναδικό πρακτικό αποτέλεσμα της νομοθέτησης αυτών των δικαιωμάτων ήταν ότι μέσα σε λίγα χρόνια τετραπλασιάστηκε ο αριθμός των αγωγών σε δικαστήρια με τις οποίες ασθενείς ζητούν αποζημιώσεις για την παραβίαση των δικαιωμάτων τους»* (σ.116).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> : ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

Σύμφωνα με τον ορισμό της Διεθνούς Ένωσης Κοινωνικών Λειτουργών, η Κοινωνική Εργασία προωθεί την κοινωνική αλλαγή, την επίλυση διαπροσωπικών προβλημάτων και την ενδυνάμωση και απελευθέρωση των ατόμων με στόχο την ενίσχυση της κοινωνικής τους ευημερίας. Οι έννοιες της κοινωνικής δικαιοσύνης και των ανθρωπίνων δικαιωμάτων έχουν καθοριστική σημασία για την Κοινωνική Εργασία. Οι έννοιες αυτές είναι κυρίαρχες και στον Κώδικα Δεοντολογίας του επαγγέλματος όπως έχουν καθοριστεί από τον Σύνδεσμο Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος. Οι επαγγελματικές δεξιότητες και γνώσεις των κοινωνικών λειτουργών, οι προσεγγίσεις που υιοθετούν, η επικέντρωση και η κατανόηση εκ μέρους τους των ποικίλων φυσικών, συναισθηματικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που επηρεάζουν την ευημερία των ατόμων και των κοινοτήτων, καθιστούν σημαντικό το ρόλο τους μέσα στο σύστημα υγείας (NASW, 2013).

Το επάγγελμα της κοινωνικής εργασίας στον ελλαδικό χώρο έχει σχετικά σύντομη ιστορία. Η εμφάνιση της κοινωνικής εργασίας στην Ελλάδα συμπίπτει χρονικά με τις οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές συνθήκες και τις ιστορικές συγκυρίες που διαμορφώθηκαν μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο και τον εμφύλιο που ακολούθησε (Καλούτση, 1996). Η εξέλιξη του επαγγέλματος ήταν παράλληλη με την ανάπτυξη των προνοιακών υπηρεσιών.

Ο θεσμός του κοινωνικού λειτουργού αναγνωρίστηκε επίσημα στην Ελλάδα το 1959 με την έκδοση του ΝΔ 4018/1959 «Περί του θεσμού των Κοινωνικών Λειτουργών» (ΦΕΚ τ. Α΄ 247/12.11.1959), με το οποίο κατοχυρώθηκε το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού. Ο Σύνδεσμος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδας (ΣΚΛΕ) ιδρύθηκε το 1954 και από το 1956 είναι μέλος της Διεθνούς Συνομοσπονδίας Κοινωνικών Λειτουργών (Πάρλαλης, 2011, σ.15). Το 1977 με ΠΔ το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών αναδιοργανώθηκε και συστήθηκε μια χωριστή διεύθυνση με την επωνυμία «Διεύθυνση Κοινωνικής Εργασίας», για τον σχεδιασμό, την εφαρμογή και την αξιολόγηση των προνοιακών προγραμμάτων.

Το 1978 το ΠΔ 891/1978 «Περί καθορισμού του αντικειμένου εργασίας των κοινωνικών λειτουργών» (ΦΕΚ τ. Α΄ 213/7.12.1978), όρισε τους εξής τομείς δράσης: Κοινωνική Πρόνοια, Υγεία, Κοινωνική Ασφάλιση, Επαγγελματικός

Προσανατολισμός και Εργασία, Εκπαίδευση, Εγκληματικότητα, και Κοινωνική Οργάνωση και Ανάπτυξη (Πάρλαλης, 2011, σ.15). Έντεκα χρόνια αργότερα, το ΠΔ 50/1989 «Καθορισμός επαγγελματικών δικαιωμάτων των αποφοίτων των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας των Τεχνολογικών Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων» (ΦΕΚ τ. Α΄ 23/26.1.1989) εξειδίκευσε τους τομείς που όριζε το προεδρικό διάταγμα 891/1978(π.χ. διαχώρισε τον τομέα ψυχικής υγείας από τον τομέα υγείας) και πρόσθεσε νέους τομείς άσκησης της κοινωνικής εργασίας, όπως οι κοινωνικές υπηρεσίες στις Ένοπλες Δυνάμεις και στις υπηρεσίες του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης. Σήμερα η άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού ορίζεται από το ΠΔ 23/1992 (ΦΕΚ τ. Α΄ 63/30.1.1992). Σε αυτό ορίζονται οι προϋποθέσεις άσκησης σε κοινωνικές υπηρεσίες, η δεοντολογία του επαγγέλματος και η ιδιωτική άσκησή του (Πάρλαλης, 2011, σ.15).

### **2.1. Ιστορική αναδρομή της κοινωνικής εργασίας στη πρόληψη της ασθένειας και στην προώθηση της υγείας**

Η Κοινωνική Εργασία στην Υγεία θεσμοθετήθηκε στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθηκαν κοινωνικοί λειτουργοί για πρώτη φορά σε αντιφυματικά νοσοκομεία (Σαγιά & Σέμπρου, 2009 , σ.26). Το ίδιο έτος στις Η.Π.Α., στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, ξεκινάει η ιατρική - νοσοκομειακή κοινωνική εργασία, σε μια εποχή όπου στις ΗΠΑ η θεραπεία των ασθενών άρχισε να συντελείται σε ειδικά πλαίσια φροντίδας, εκτός κατοικίας των ασθενών, όπως είθισται μέχρι πρότινος (Beder, 2006). Το 1905 ο ιατρός Dr. Richard C. Cabot, παρατήρησε ότι οι ασθενείς δεν ήταν σε θέση να τηρούν τις οδηγίες των θεραπόντων ιατρών και να επιτυγχάνουν την ανάρρωση και αποθεραπεία τους εξαιτίας των προσωπικών και κοινωνικών τους προβλημάτων και των συνθηκών διαβίωσης τους. Αυτή η διαπίστωση τον έκανε να συνειδητοποιήσει την ανάγκη παρουσίας ενός κοινωνικού λειτουργού (caseworker) στο πλαίσιο του νοσοκομείου (Gonzalez, 2013, σ. 11), γεγονός που τον οδήγησε να διορίσει μια νοσοκόμα, την Garnet Pelton, η οποία θα είχε ως καθήκον να λειτουργεί ως κοινωνική λειτουργός στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης και να βοηθάει τους ιατρούς μέσω κοινωνικών παρεμβάσεων (Chachkes & Foster, 2004). Έξι μήνες αργότερα η Garnet Pelton παραιτείται από τη θέση της λόγω προβλημάτων υγείας και το 1906 Ida Cannon, η οποία αρχικά είχε εκπαιδευτεί ως νοσηλεύτρια και στη συνέχεια πήρε πτυχίο στην κοινωνική εργασία, προσλαμβάνεται ως η επόμενη κοινωνική λειτουργός στο εν λόγω νοσοκομείο (Beder, 2006).

Σύμφωνα με τον Bartlett (1975), πρόκειται για μια πολύ σημαντική στιγμή στην ιστορία της κοινωνικής εργασίας σε ιατρικά πλαίσια, καθώς έτσι πραγματοποιείται η πρώτη στροφή από τη χρήση των εθελοντών, στη χρήση πληρωμένων και εκπαιδευμένων επαγγελματιών. Ένας σημαντικός στόχος της δουλειάς της ήταν να γεφυρώνει το χάσμα μεταξύ του νοσοκομειακού περιβάλλοντος και του κοινωνικού περιβάλλοντος του ασθενή, με απώτερο σκοπό την απομάκρυνση εμποδίων που επηρέαζαν αρνητικά τη θεραπεία (Gonzalez, 2013, σ. 11).

Το έργο της Ida Cannon είναι ιδιαίτερα πλούσιο και η ίδια εργάστηκε σκληρά προς την κατεύθυνση της συνειδητοποίησης του σημαντικού ρόλου που μπορεί να παίξει η κοινωνική εργασία στο πλαίσιο του νοσοκομείου. Το 1912 συνεργάστηκε με τη σχολή της Κοινωνικής Εργασίας του Simmons (Simmons School of Social Work) και αποτέλεσμα αυτής της συνεργασίας ήταν η δημιουργία εξειδικευμένου εκπαιδευτικού προγράμματος για τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς. Το 1914 διορίστηκε ως διευθύντρια της Κοινωνικής Υπηρεσίας και το 1919, ίδρυσε στο νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, το Τμήμα της Κοινωνικής Υπηρεσίας, ως ξεχωριστό τμήμα του νοσοκομείου (Bartlett, 1975). Το 1918 ήταν μια από τους ιδρυτές της American Association of Hospital Social Workers και συνέβαλε στην ανάπτυξη της Επιτροπής πάνω στην Εκπαίδευση για τους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς (Committee on Training for Hospital Social Workers) (Gonzalez, 2013, σ. 12).

Το 1913 η Ida Cannon (σ. 34, όπως αναφέρεται στο Judd & Sheffield, 2010, σ. 869) υποστήριξε ότι *«εξαιτίας της πολυπλοκότητας των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν διάφορες ομάδες ασθενών, και της αλληλεξάρτησης μεταξύ ιατρικής και κοινωνικής θεραπείας σε κάθε απόπειρα να δοθεί μια επαρκής λύση, ο κοινωνικός λειτουργός είναι απαραίτητος στα νοσοκομεία μας»*. Τα λόγια της συνεχίζουν να είναι επίκαιρα, καθώς τα ζητήματα υγείας είναι πολύπλοκα και απαιτούν μια ολιστική προσέγγιση, καθιστώντας τη διεπιστημονική συνεργασία απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη θετικών αποτελεσμάτων. Η επίτευξη της υγείας δεν συμβαίνει σε ένα κενό αλλά αντίθετα μπορεί μόνο να επιτευχθεί μόνο εφόσον ληφθούν υπόψη οι κοινωνικές διαστάσεις της ζωής ενός ατόμου και οι άνθρωποι έχουν πρόσβαση σε μια ολιστική φροντίδα υγείας (AASW, 2014). Η προσφορά της Ida Cannon θεωρείται ιδιαίτερα σημαντική και στη δουλειά της οφείλεται το γεγονός ότι στη δεκαετία του 30', το Γενικό Νοσοκομείο Μασαχουσέτης αναγνωρίζει και υποστηρίζει τη δουλειά του κοινωνικού λειτουργού ως μέλους της διεπιστημονικής ομάδας και ως

επαγγελματία που καταγράφει χρήσιμες και σημαντικές πληροφορίες στον ιατρικό φάκελο του ασθενή (Bartlett, 1975).

Η δεκαετία του 60' είναι μια περίοδος που μπορεί να χαρακτηριστεί ως η περίοδος διεκδίκησης των πολιτικών δικαιωμάτων, με την ηγεσία του Dr. Martin Luther King Jr. να διαμορφώνει μια διαφορετική ιστορική συγκυρία, η οποία δεν θα μπορούσε να αφήσει ανεπηρέαστη την εξέλιξη της κοινωνικής εργασίας. Στις πολιτικές και κοινωνικοοικονομικές συνθήκες που διαμορφώνονται η κοινωνική εργασία μετακινείται από το άτομο και αρχίζει να εστιάζει περισσότερο στο ευρύτερο περιβάλλον και προκύπτει η ανάγκη της κατανόησης εκ μέρους των κοινωνικών λειτουργών της επίδρασης των κοινωνικών συστημάτων στη ζωή των πελατών τους (Gonzalez, 2013). Μια σημαντική έννοια που αναδύεται στο πεδίο εφαρμογής της κοινωνικής εργασίας αυτή την περίοδο είναι η έννοια της συνηγορίας (ο.π., σ. 13). Στις δεκαετίες του 60' και 70' εφευρίσκεται και αρχίζει να χρησιμοποιείται ο όρος "ιατρικά άποροι" ("medically needy"). Πραγματοποιείται μια αλλαγή στην παροχή ιατρικής φροντίδας στο Σύστημα Υγείας των ΗΠΑ και γίνεται μια προσπάθεια να εξασφαλιστεί ότι οι ασθενείς ηλικίας 65 ετών και άνω, οι φτωχοί ηλικιωμένοι, όπως επίσης και οι χρόνιοι ασθενείς ότι θα έχουν πρόσβαση σε νοσοκομειακή ιατρική φροντίδα και σε εξωτερικές διαγνωστικές υπηρεσίες (Harper, 2011, σ.13). Μια σημαντική αλλαγή που επίσης συντελείται το συγκεκριμένο χρονικό διάστημα αφορά στην στροφή από την εσωτερική νοσηλεία (inpatient care) στην εξωτερική φροντίδα (outpatient care), αλλαγή η οποία προκάλεσε αξιοσημείωτη αύξηση στον αριθμό των κοινωνικών λειτουργών υγείας (Encyclopedia of Social Work, 2012, σ. 1).

Στη δεκαετία του 80' ο ρόλος των κοινωνικών λειτουργών σε νοσοκομειακά πλαίσια επηρεάζεται ιδιαίτερα από τη μείωση οικονομικών πόρων και τη μειωμένη χρηματοδότηση στον τομέα της υγείας (Gonzalez, 2013, σ. 14). Άρχισε να επικρατεί η τάση της γρήγορης απομάκρυνσης των ασθενών από τα οξέα τμήματα των νοσοκομείων, η οποία άλλαξε τους στόχους της κοινωνικής εργασίας και οι κοινωνικοί λειτουργοί από την παροχή της ψυχοκοινωνικής υποστήριξης άρχισαν να επικεντρώνονται στην υποστήριξη των ασθενών όσον αφορά στις ανάγκες τους μετά την απομάκρυνση από το νοσοκομείο (Judd & Sheffield, 2009). Υπό αυτό το πρίσμα παρατηρείται σημαντική τροποποίηση της μορφής της νοσοκομειακής κοινωνικής εργασίας μέχρι τη δεκαετία του 90'. Οι Judd & Sheffield (2009) αναφέρουν χαρακτηριστικά ότι «*δραματικές αλλαγές συντελέστηκαν εξαιτίας της επικέντρωσης στη μείωση του οικονομικού κόστους... και η κοινωνική εργασία ενώ ήταν στο επίκεντρο,*



*άρχισε να ασκείται από το νοσηλευτικό προσωπικό... τα τμήματα των κοινωνικών υπηρεσιών άρχισαν να καταρρέουν, οι κοινωνικοί λειτουργοί τοποθετήθηκαν στα τμήματα των νοσηλευτών, γεγονός που σε κάποιες περιπτώσεις δημιούργησε ένα κλίμα ανταγωνισμού μεταξύ των νοσηλευτών και κοινωνικών λειτουργών» (σ.858).*

Κατά τη διάρκεια του 20ου αιώνα, παρατηρήθηκε άνθηση της κοινωνικής εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου και οι κοινωνικοί λειτουργοί έγιναν μέλη των διεπιστημονικών ομάδων και ανέπτυξαν δεξιότητες για την προώθηση αποτελεσματικών ομάδων σε ιατρικά πλαίσια (Marshall & Altpeter, 2005). Αυτές οι ομάδες συνεργασίας βασίστηκαν σε μοντέλα προαγωγής υγείας και πρόληψης της ασθένειας, προκειμένου να ανταποκριθούν στις ανάγκες των σύγχρονων κοινωνικών ζητημάτων που σχετίζονται με την υγεία.

Στην Ελλάδα, οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί εμφανίζονται να εργάζονται σε φορείς Υγείας και Νοσοκομεία την δεκαετία του '50 και η σύσταση των Κοινωνικών Υπηρεσιών στα ελληνικά Νοσοκομεία έγινε το 1956 με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας (Δημακοπούλου, 1996). Σύμφωνα με το Νομοθετικό Διάταγμα 2592/53, οι κοινωνικοί λειτουργοί υπάγονται στον Διοικητικό Διευθυντή του Νοσοκομείου, ο οποίος μπορεί να εισηγείται στο Διοικητικό Συμβούλιο για την ανάθεση καθηκόντων Προϊσταμένου/Προϊσταμένης Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978 άρθρο 3, καθορίζονται οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της Υγείας. Σύμφωνα με την παράγραφο 1 του άρθρου, *«ο κοινωνικός λειτουργός στον τομέα της υγείας συμβάλει στην πρόληψη ή στην αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που έχουν δημιουργηθεί ως συνέπεια καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής υγείας ατόμων ή οφείλονται στην προσωπικότητα των ατόμων αυτών ή σε δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντος τους, καθιστώντας το διαγνωστικό έργο ή την θεραπεία δυσχερή».*

Στη δεύτερη παράγραφο αναφέρεται ότι *«το έργο του κοινωνικού λειτουργού είναι και η παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα προς τον ασθενή και τους οικείους του, συμβάλλοντας κατά αυτό τον τρόπο στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου και στην ομαλή επανένταξη του ασθενή στο κοινωνικό περιβάλλον».* Τέλος, στην παράγραφο 3 αναφέρεται ότι *«η δραστηριότητα του/της κοινωνικού/κοινωνικής λειτουργού στον τομέα Υγείας αναπτύσσεται εντός πλαισίων συγκροτημένης κοινωνικής υπηρεσίας,*

νοσηλευτικού ιδρύματος ή κέντρου ψυχικής υγείας (διαγνωστικού, συμβουλευτικού, θεραπευτικού χαρακτήρα)» (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί καθιερώθηκαν επίσημα τα τελευταία χρόνια (1983) σε όλα τα νοσοκομεία του κράτους (Αλτάνης, 1991). Σύμφωνα με το Π.Δ. 87/86 τα Τμήματα Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία έχουν «την ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα και την αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση. Η Κοινωνική Υπηρεσία γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της πολιτείας». Σύμφωνα με το Π.Δ 87/86 (ΦΕΚ32/27-3-86/τ.α) η Κοινωνική Υπηρεσία ανήκει στην Διοικητική Υπηρεσία. Με τον Νόμο 2889/01 (αρ. 6 παρ.6) τα τμήματα των Κοινωνικών Υπηρεσιών των Νοσοκομείων εντάσσονται στην Ιατρική Υπηρεσία, αλλά μέχρι να ανανεωθούν οι οργανισμοί των νοσοκομείων εξακολουθούν να ανήκουν στο προηγούμενο διοικητικό καθεστώς (Πανταζάκας & Μέντης, 2002).

## **2.2. Ο ρόλος της Κοινωνικής Εργασίας στο Νοσοκομείο**

Όσον αφορά στο ρόλο που καλείται να διαδραματίσει η κοινωνική εργασία στο παραπάνω πλαίσιο, καταρχήν είναι σημαντικό να επισημάνουμε εκ νέου ότι η κοινωνική εργασία, όπως έχει ήδη αναφερθεί, ενδιαφέρεται για την αλληλεπίδραση μεταξύ του ατόμου και του κοινωνικού του περιβάλλοντος και σύμφωνα με την AASW (2010) ενδιαφέρεται «για την αποτελεσματική διασύνδεση μεταξύ των ανθρώπων και του κοινωνικού, πολιτισμικού και φυσικού του περιβάλλοντος» (σ.9). Μέσα σε αυτό το πλαίσιο η κοινωνική εργασία παρεμβαίνει στο άτομο στο περιβάλλον που αυτό κινείται και συναλλάσσεται, αναγνωρίζοντας την επίδραση των κοινωνικών, πολιτισμικών, ψυχολογικών, συναισθηματικών, πολιτικών, νομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων στην υγεία και στην συνολική ευημερία των ανθρώπων (O'Conner et al., 2006).

Η συμβολή της κοινωνικής εργασίας μέσα στο νοσοκομειακό πλαίσιο είναι ιδιαίτερα κρίσιμη. Η κοινωνική εργασία με την ολιστική φροντίδα και την ικανότητα της να επικεντρώνεται στην πολυπλοκότητα μέσα από μια ηθική, νομική, βιοψυχοκοινωνική και οικολογική οπτική, συνεισφέρει με έναν μοναδικό τρόπο στην παροχή κατάλληλων και στοχευμένων υπηρεσιών προκειμένου να ικανοποιηθούν οι πολυδιάστατες ανάγκες των ατόμων (Saleebey, 2001· Germaine & Gitterman, 1996).

Επίσης, σύμφωνα με τον Giles (2009, σ. 533) εξαιτίας της έμφασης που δίνεται στο πλαίσιο της κοινωνικής εργασίας στις έννοιες της κοινωνικής δικαιοσύνης και των δικαιωμάτων των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, η κοινωνική εργασία απευθύνεται σε άτομα και κοινότητες που βιώνουν ανισότητες όσον αφορά στην παροχή υπηρεσιών υγείας εξαιτίας ζητημάτων όπως η φτώχεια, η γλώσσα, η εθνικότητα, το φύλο, η θρησκεία, ο τόπος κατοικίας, κ.α. Το πεδίο εξάσκησης της κοινωνικής εργασίας στο χώρο του νοσοκομείου είναι εξαιρετικά ευρύ καθώς πρέπει να ανταπεξέλθει στις ανάγκες των ατόμων που είναι επείγουσες, ανικανοποίητες και πολύ πιεστικές σε περιόδους κρίσης, γεγονός που αποκτά ακόμα μεγαλύτερη σημασία σε ένα σύστημα που υγείας που αντιμετωπίζει σοβαρά ζητήματα ανισότητας και αδικίας (Hopps & Lowe 2008, σ. 38).

Σύμφωνα με τον Fawcett (2009, σ. 474) καθήκον της κοινωνικής εργασίας είναι η ενασχόληση με τα άτομα, τις οικογένειες, τις ομάδες και τις κοινότητες που είναι ευάλωτες ή έχουν μπει στο περιθώριο και αντιμετωπίζουν πολύπλοκα βιο – ψυχοκοινωνικά και ηθικά ζητήματα με στόχο την προστασία τους από οποιαδήποτε βλάβη και την γενικότερη υποστήριξη τους και την εξασφάλιση της πρόσβασης τους σε υπηρεσίες. Η σημασία της κοινωνικής εργασίας στο πλαίσιο του νοσοκομείου έχει τονιστεί από πολλούς ερευνητές (Giles, 2009· Hopps & Lowe, 2008· Keefler, Duber & Lechman, 2008· McLeod et al., 2008), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ιδιαίτερα η διάσταση, η οποία που εστιάζει σε ζητήματα κοινωνικής δικαιοσύνης και ανθρώπινων δικαιωμάτων είναι κρίσιμη καθώς εξασφαλίζει ότι εντός του συστήματος υγείας όλοι έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες και υπηρεσίες που χρειάζονται για την υγεία αι την συνολική ευημερία τους, εξασφαλίζοντας στους αποδέκτες ένα συνεχές δίκτυο υπηρεσιών υγείας (AASW, 2014).

Στο νοσοκομειακό πλαίσιο η κοινωνική εργασία μπορεί να γίνει αντιληπτή **α)** «ως ένα επάγγελμα υγείας που ασχολείται με ψυχοκοινωνικά ζητήματα, τα οποία επηρεάζουν άτομα, ομάδες και κοινότητες, σε διάφορα επίπεδα, συμπεριλαμβανομένης της βασικής και κοινοτικής υγείας, της ψυχικής υγείας, της παιδικής προστασίας και της υποστήριξης προς την οικογένεια» και **β)** «ως ένα πεδίο στο οποίο οι κοινωνικοί λειτουργοί εργάζονται εντός ενός ηθικού πλαισίου και μέσα σε διεπιστημονικά περιβάλλοντα, προκειμένου να διαχειριστούν προβλήματα τα οποία επηρεάζουν αρνητικά τη λειτουργία της κοινωνίας στο κοινωνικό, νομικό, οικονομικό και πολιτικό επίπεδο» (Lonne, Daniels & King, 2010, σ. 2). Η κοινωνική εργασία αξιολογεί το πώς το ψυχολογικό και το κοινωνικό πλαίσιο ενός υποκειμένου μπορεί να επιδράσει στην

υγεία του και να επηρεάσει την ικανότητα του να επανέλθει σε κατάσταση βέλτιστης υγείας και ευημερίας και στα φυσιολογικά επίπεδα λειτουργικότητας στην κοινότητα (Raphael, 2006). Με άλλα λόγια οι παρεμβάσεις στοχεύουν στην πρόληψη ή στη μείωση των ψυχοκοινωνικών συνεπειών της ασθένειας και της ανικανότητας που μπορεί να προκαλέσει (AASW, 2008, σ. 8).

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα & Μέντη (2002), οι κοινωνικές υπηρεσίες στο χώρο του νοσοκομείου επεκτείνονται στους εξής άξονες:

**Προληπτικής Παρέμβασης:** Παρέχονται υπηρεσίες ενημερωτικού και συμβουλευτικού χαρακτήρα σε όσους απευθύνονται στο νοσοκομείο αλλά και στην ευρύτερη κοινότητα μέσω προγραμμάτων αγωγής υγείας που η κοινωνική υπηρεσία οργανώνει, διεξάγει και στόχο έχουν την πρόληψη. Για το στόχο αυτό συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας του νοσοκομείου ή άλλους φορείς της κοινότητας.

**Επείγουσας Παρέμβασης:** Πραγματοποιείται παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης (στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών) παρέχοντας ψυχοκοινωνική υποστήριξη συμβουλευτικού, ενημερωτικού, παραπεμπτικού χαρακτήρα στον ασθενή και την οικογένεια του.

**Κλινικής Παρέμβασης:** Στους τομείς της Ιατρικής Υπηρεσίας (Παθολογικός, Χειρουργικός, Εργαστηριακός και Ψυχιατρικός) παρέχονται υπηρεσίες ψυχοκοινωνικής στήριξης στον ασθενή, για να αντιμετωπίσει τα κοινωνικά προβλήματα που δημιουργούνται ως απόρροια της ασθένειάς τους, με την συνεργασία της οικογένειας του ασθενή.

**Εξωνοσοκομειακής Παρακολούθησης:** Είναι ο συνδετικός κρίκος της νοσοκομειακής και εξωνοσοκομειακής φροντίδας του ασθενή με την παρακολούθηση του ασθενούς στα εξωτερικά ιατρεία ή και στο σπίτι με τη σύμφωνη γνώμη του ασθενούς.

**Τομέας Έρευνας και Εκπαίδευσης:** Η Κοινωνική Υπηρεσία ενός νοσοκομείου επεκτείνεται και εκτός των ορίων νοσοκομείου για να διεξάγει κοινωνική έρευνα για να εντοπίσει τους άπορους ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία και οι οποίοι για διάφορους λόγους δεν έχουν πρόσβαση στο νοσοκομείο. Επίσης διεξάγει έρευνα για τις κοινωνικοοικονομικές συνθήκες του ασθενή, που επηρεάζουν την κατάσταση του (ιστοσελίδα του νοσοκομείου «Ερρίκος Ντυνάν, [www.dunant.gr](http://www.dunant.gr)). Η κοινωνική υπηρεσία αναπτύσσει και υποστηρίζει ερευνητικά προγράμματα σε συνεργασία με άλλους επαγγελματίες υγείας. Η Κοινωνική Υπηρεσία αναλαμβάνει επίσης την

εκπαίδευση σπουδαστών του τμήματος της Κοινωνικής Εργασίας και την διεξαγωγή προγραμμάτων κατάρτισης στα πλαίσια της Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης. Τέλος, στην Κοινωνική Υπηρεσία μπορεί να απευθύνεται και στο ίδιο το προσωπικό του νοσοκομείου όταν χρειάζεται (ιστοσελίδα του νοσοκομείου «Ευαγγελισμός», [www.evangelismos-hosp.gr](http://www.evangelismos-hosp.gr)).

### **2.3. Αξίες της κοινωνικής εργασίας στο Νοσοκομείο**

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (AASW, 2014· Gonzalez, 2013· AASW, 2010· Bland, Renouf & Tullgren 2009· Harms, 2005) προκύπτει ότι η κοινωνική εργασία που ασκείται στο χώρο του νοσοκομείου διέπεται από κάποιες συγκεκριμένες αξίες και βασίζεται σε συγκεκριμένες θεωρίες. Ανάμεσα στις σημαντικότερες αξίες που θα έπρεπε να αποτελούν οδηγούς δράσης των κοινωνικών λειτουργών αναφέρονται η κοινωνική δικαιοσύνη, τα ανθρώπινα δικαιώματα, η ολιστική προσέγγιση του ατόμου, ο σεβασμός για την πολιτισμική και πνευματική ετερότητα, η κοινωνική ενσωμάτωση, η επαγγελματική ακεραιότητα, η υπευθυνότητα και η διαφάνεια (AASW, 2010).

### **2.4. Λόγοι παραπομπής στο Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας του Νοσοκομείου και οι παρεχόμενες υπηρεσίες**

Η κοινωνική εργασία ασχολείται με πολύπλοκα ζητήματα και ως εκ τούτου οι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο νοσοκομείο έχουν να διαχειριστούν μέσα σε ένα πολύπλοκο σύστημα υγείας, άτομα, οικογένειες και κοινότητες που αντιμετωπίζουν θέματα τα οποία σχετίζονται με την υγεία. Οι λόγοι παραπομπής στην κοινωνική υπηρεσία ενός νοσοκομείου αποδεικνύουν το σύνολο και την αναφερόμενη πολυπλοκότητα των παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στην αναζήτηση της βοήθειας από το συγκεκριμένο τμήμα του νοσοκομείου.

Οι Giles, Gould, Hart and Swancott (2007, σ.159) αναγνωρίζουν τρεις περιοχές προτεραιότητας για την Κοινωνική Εργασία μέσα στο πλαίσιο του Νοσοκομείου. Η πρώτη προτεραιότητα αναφέρεται ως *Ασφάλεια/Κίνδυνος* και ο στόχος είναι η παροχή ασφάλειας σε ατομικό, οικογενειακό και κοινοτικό επίπεδο, προκειμένου να εξασφαλιστεί ένα προστατευτικό πλαίσιο για όλους όσους βρίσκονται σε ευάλωτη θέση και αντιμετωπίζουν σοβαρό κίνδυνο. Η δεύτερη προτεραιότητα αφορά στην *Κοινωνική/Ψυχολογική Υποστήριξη* σε όλα τα επίπεδα, τονίζοντας τη σύνδεση μεταξύ της ψυχολογικής και σωματικής υγείας. Τέλος, η τρίτη

έχει να κάνει με την έννοια της *Προσβασιμότητας*. Επιδίωξη των νοσοκομειακών κοινωνικών λειτουργών αποτελεί η εξασφάλιση δίκαιης και ίσης πρόσβασης στις διαθέσιμες πηγές ώστε όλοι να μπορούν να καλύπτουν τις βασικές ανθρώπινες ανάγκες.

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (AASW, 2014· Craig & Muskat, 2013· IASW, 2011· Bland, Renouf & Tullgren, 2009· Giles, 2009· Badger, Royle & Craig, 2008· Raphael, 2006· Bywaters, 1991) προκύπτουν οι παρακάτω λόγοι παραπομπής:

- Παρέμβαση στην κρίση
- Αξιολόγηση σε σχέση με σοβαρά ψυχολογικά ζητήματα
- Αξιολόγηση επικινδυνότητας σε σχέση με την πρόκληση βλάβης προς τον εαυτό και τους άλλους. Εδώ συμπεριλαμβάνονται οι περιπτώσεις παιδικής κακοποίησης και παραμέλησης, κακοποίησης ηλικιωμένων, ενδοοικογενειακής βίας και η αυτοκτονική συμπεριφορά
- Πένθος και ζητήματα απώλειας
- Υποστήριξη και συμβουλευτική σχετικά με την προσαρμογή σε σημαντικά γεγονότα ζωής και μεταβατικές αλλαγές όπως το πένθος, το τραύμα, η αυτοκτονία, η γέννηση ενός παιδιού με αναπηρία, η ανακοίνωση μη επιθυμητών πληροφοριών για μια νέα διάγνωση, κ.α.
- Θεραπευτικές παρεμβάσεις
- Παρέμβαση σε ζητήματα που έχουν να κάνουν με αποκλεισμό τόσο κοινωνικό όσο και γεωγραφικό
- Χρόνιες ασθένειες και ανησυχίες όσον αφορά σε ζητήματα όπως είναι η διαχείριση του πόνου, η αποκατάσταση και η αναπηρία
- Θέματα ψυχικής υγείας όπως η συμμόρφωση στη θεραπεία, η κοινωνική υποστήριξη και η σύνδεση με την κοινότητα και τις υποστηρικτικές πηγές που διαθέτει
- Διαπροσωπικές και συντροφικές σχέσεις και η επίδραση τους στην υγεία και στην αποκατάσταση του ατόμου
- Ηθικά ζητήματα τα οποία σχετίζονται με τη λήψη αποφάσεων π.χ. για τον τετατισμό μιας εγκυμοσύνης, της δωρεάς οργάνων, το γενετικό έλεγχο

- Νομικά θέματα και ζητήματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως π.χ. το απόρρητο, η παραπομπή, η απόφαση για το τερματισμό μιας ζωής (ευθανασία)
- Άγχος και στρες για εργασιακά θέματα
- Οικονομικές δυσκολίες που μπορεί να επηρεάσουν τη δυνατότητα του ασθενή να ακολουθήσει και να ολοκληρώσει τη θεραπεία
- Εθνικά και πολιτισμικά ζητήματα (πολιτικοί πρόσφυγες, μετανάστες, τουρίστες με προβλήματα προσαρμογής)
- Συνηγορία και εξασφάλιση βασικών πηγών διαβίωσης: εργασία, κατάλληλη σίτιση και στέγαση, ασφάλιση
- Υποστήριξη ασθενών τελικού σταδίου
- Εθισμός και χρήση ουσιών
- Προσαρμογή στην ασθένεια - αναπηρία
- Μετανοσοκομειακή φροντίδα

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> : Ο ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

### **3.1. Άδεια ασκήσεως επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού**

Η άσκηση του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού ρυθμίζεται από το Προεδρικό Διάταγμα 23/1992. Σύμφωνα με την παράγραφο 1, του άρθρου 1 του ΠΔ 23/1992 για την άσκηση του επαγγέλματος και τη χρησιμοποίηση του τίτλου του Κοινωνικού Λειτουργού, απαιτείται:

- α) Πτυχίο μίας αναγνωρισμένης από το Κράτος Σχολής Κοινωνικής Εργασίας της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ή ισότιμο αντίστοιχης Σχολής του εξωτερικού
- β) Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος που χορηγείται με τις διατάξεις του ίδιου ΠΔ.

Η Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού εκδίδεται με απόφαση, του αρμοδίου οργάνου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Με το άρθρο 54 του Νόμου 3198/2011 προβλέπεται ότι η άδεια ασκήσεως επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού χορηγείται με τις ίδιες προϋποθέσεις και διαδικασίες για τους πτυχιούχους όλων των Τμημάτων Κοινωνικής Εργασίας Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ΑΕΙ και ΑΤΕΙ.

Σύμφωνα με το άρθρο 3 του ίδιου ΠΔ οι Κοινωνικοί Λειτουργοί που έτυχαν Άδειας Ασκήσεως Επαγγέλματος, παρέχουν τις υπηρεσίες τους τόσο στα πλαίσια οργανωμένων Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δημοσίου και του Ιδιωτικού Τομέα όσο και ως ελεύθεροι επαγγελματίες μετά από σχετική Άδεια του Υπουργού Υγείας.

Με το άρθρο 186 του Ν. 3852/2010 (Νόμος Καλλικράτη) η αρμοδιότητα για τη χορήγηση άδειας άσκησης επαγγέλματος κοινωνικού λειτουργού και την τήρηση σχετικού μητρώου με διαρκή ενημέρωση σε εφαρμογή των διατάξεων του άρθρου 1 του ΠΔ 23/1992 που αφορά στην «Άσκηση του Επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού» μεταβιβάζεται στις Περιφέρειες της χώρας.

Κατά συνέπεια, για την άσκηση του επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού εξακολουθεί να ισχύει ως προϋπόθεση η Έκδοση σχετικής Άδειας που εκδίδεται με σχετική Απόφαση του αρμοδίου οργάνου και δεν προκύπτει καμία αλλαγή στη διαδικασία έκδοσης αλλά και στον τύπο και το περιεχόμενο της σχετικής απόφασης των ισχυόντων πριν από την άσκηση της σχετικής αρμοδιότητας από τις Περιφέρειες της χώρας (Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος, 2012).



Σύμφωνα με το άρθρο 2 του ΠΔ Υπ' Αριθ. 23 (2) η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού ανακαλείται προσωρινά ή οριστικά με αιτιολογημένη απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης σε περιπτώσεις:

- § καταδίκης για κακούργημα ή πλημμέλημα, σε οποιαδήποτε ποινή, για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή ή στην Υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία, ή δωροληψία, παράβαση καθήκοντος, για έγκλημα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση και λιποταξία
- § στέρησης των πολιτικών δικαιωμάτων λόγω καταδίκης
- § θέσης του Κοινωνικού Λειτουργού σε δικαστική απαγόρευση ή δικαστική αντίληψη παράβασης των διατάξεων των άρθρων 4 - 9 του παρόντος Διατάγματος.

Η οριστική ανάκληση της άδειας άσκησης επαγγέλματος επιτρέπεται ύστερα μόνο από αμετάκλητη δικαστική απόφαση για αδίκημα που αναφέρεται στην παρ.1α του παρόντος άρθρου.3. Σε περίπτωση παράβασης των διατάξεων των άρθρων 4-9 του παρόντος η απόφαση ανάκλησης της άσκησης επαγγέλματος εκδίδεται, κατ' ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του Υπαλληλικού κώδικα που φορούν την επιβολή πειθαρχικών ποινών:

α. για θέματα σχέσεων με το συνδικαλιστικό τους όργανο και μετά την σύμφωνη γνώμη του πειθαρχικού τους οργάνου.

β. για θέματα δεοντολογικά που αναφέρονται στα προαναφερόμενα άρθρα, το Υπηρεσιακό Πειθαρχικό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Για θέματα δεοντολογικά η προσωρινή ανάκληση δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το χρονικό διάστημα του ενός (1) έτους, ενώ για ποινική καταδίκη για ορισμένα κακούργηματα ή πλημμελήματα, ή αμετάκλητη καταδικαστική απόφαση, στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων κ.λ.π. η ανάκληση θα είναι οριστική (Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, 2010).

Στη συνέχεια θα γίνει μια αναφορά στις αρχές που πρέπει να διέπουν την εργασία του κοινωνικού λειτουργού. Η αναφορά κρίνεται σημαντική καθώς η γνώση της δεοντολογίας είναι θεμελιώδες κομμάτι της επαγγελματικής πρακτικής των κοινωνικών λειτουργών. Η δέσμευση του επαγγελματία κοινωνικού λειτουργού να λειτουργεί με δεοντολογικό τρόπο επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα και την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών προς τους εξυπηρετούμενους.

### 3.2. Κώδικας Δεοντολογίας

Ο Κώδικας Δεοντολογίας του Επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού υιοθετήθηκε από την Διεθνή Ομοσπονδία των Κοινωνικών Λειτουργών (IFSW) και από τη Διεθνή Ένωση των Σχολών Κοινωνικής Εργασίας (IASSW), το 2004. Στο πλαίσιο του συγκεκριμένου κώδικα δίνεται έμφαση στα παρακάτω:

#### Αρχές

- **Ανθρώπινα δικαιώματα και ανθρώπινη αξιοπρέπεια**

Η κοινωνική εργασία βασίζεται στο σεβασμό της εγγενούς αξίας και αξιοπρέπειας όλων των ανθρώπων, καθώς και των δικαιωμάτων που απορρέουν από αυτές τις αξίες. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να υποστηρίζουν και να υπερασπίζονται τη σωματική, ψυχική (συναισθηματική), πνευματική ακεραιότητα και ευημερία των εξυπηρετούμενων. Αυτό προϋποθέτει:

1. Σεβασμό στο δικαίωμα για αυτοδιάθεση - Οι κοινωνικοί λειτουργοί πρέπει να σέβονται και να προάγουν το δικαίωμα των ατόμων να επιλέγουν και να αποφασίζουν ανεξάρτητα από τις αξίες και τις στάσεις ζωής τους, με την προϋπόθεση βέβαια ότι αυτές οι επιλογές δεν απειλούν τα δικαιώματα και τα έννομα συμφέροντα των υπολοίπων
2. Δικαίωμα για ισότιμη συμμετοχή - Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να προάγουν την κοινωνική συμμετοχή των εξυπηρετούμενων και να παρέχουν τις υπηρεσίες τους με τρόπο ενισχυτικό για όλες τις επιλογές και δράσεις οι οποίες δυνητικά επηρεάζουν τη ζωή των εξυπηρετούμενων
3. Αντιμετώπιση του κάθε ατόμου ως μια ολότητα - Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να θεωρούν το κάθε άτομο ως μέρος της οικογένειας, της κοινότητας ή του φυσικού περιβάλλοντός του και να επικεντρώνουν την πρακτική τους εξίσου σε όλες αυτές τις παραμέτρους
4. Αναγνώριση και ανάπτυξη των δυνατοτήτων - Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να εστιάζουν στα δυνατά σημεία των ατόμων, των ομάδων και των κοινοτήτων, με στόχο τη διαρκή ενδυνάμωσή τους

- **Κοινωνική δικαιοσύνη**

Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την ευθύνη να προάγουν την κοινωνική δικαιοσύνη τόσο σε επίπεδο ατόμου, όσο και σε επίπεδο κοινωνίας. Αυτό σημαίνει:

1. Καταπολέμηση των κοινωνικών διακρίσεων - Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν ευθύνη να καταπολεμούν τις κοινωνικές διακρίσεις οι οποίες σχετίζονται με τη σωματική επάρκεια, την υγεία, τις πολιτισμικές καταβολές, το φύλο, την έγγαμη σχέση, την κοινωνικοοικονομική κατάσταση, τις πολιτικές απόψεις, το χρώμα του δέρματος, τα φυλετικά ή τα σωματικά χαρακτηριστικά, το σεξουαλικό προσανατολισμό ή τα θρησκευτικά πιστεύω
2. Αναγνώριση της διαφορετικότητας - Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αναγνωρίζουν και να σέβονται την εθνική και πολιτισμική διαφορετικότητα των κοινωνιών στις οποίες εργάζονται και να συνεκτιμούν τις ατομικές, οικογενειακές, ομαδικές και κοινοτικές διαφορές
3. Δίκαιος διαμοιρασμός των πόρων - Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρειάζεται να εξασφαλίζουν ότι οι πόροι διατίθενται και διαμοιράζονται δίκαια, στη βάση των υπαρχουσών αναγκών
4. Καταπολέμηση των άδικων πολιτικών και πρακτικών - Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν καθήκον να αναφέρουν στους εργοδότες τους, σε όσους σχεδιάζουν προγράμματα κοινωνικής πολιτικής, στους πολιτικούς και στο κοινό τις συνθήκες ανεπάρκειας πόρων ή τον ανισομερή διαμοιρασμό των πόρων, καθώς επίσης και τις πολιτικές και πρακτικές οι οποίες είναι καταπιεστικές, άδικες ή επιζήμιες για τους εξυπηρετούμενους
5. Εργασία με αλληλεγγύη - Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την υποχρέωση να καταπολεμούν τις κοινωνικές συνθήκες οι οποίες οδηγούν στον κοινωνικό αποκλεισμό, στο στιγματισμό ή την υποδούλωση των ατόμων και να εργάζονται για μια "εμπεριέχουσα" κοινωνία.

· **Επαγγελματική συμπεριφορά**

1. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αναπτύσσουν και να διατηρούν τις επαγγελματικές τους δεξιότητες, ώστε να μπορούν να εξασκούν αποτελεσματικά το έργο τους
2. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να αποτρέπουν τη χρήση των δεξιοτήτων τους για έκνομες πράξεις, όπως βασανιστήρια και τρομοκρατία
3. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να ενεργούν με τιμιότητα/ακεραιότητα. Αυτό σημαίνει ότι δεν καταχρώνται των σχέσεων εμπιστοσύνης με τους εξυπηρετούμενους τους, ότι αναγνωρίζουν τα όρια μεταξύ προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και ότι δεν καταχρώνται τη θέση τους για προσωπικό όφελος ή κέρδος

4. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να συμπεριφέρονται στους εξυπηρετούμενούς τους με κατανόηση, αποστασιοποιημένη συμπάθεια (empathy) και φροντίδα
5. Οι κοινωνικοί λειτουργοί δεν πρέπει να θεωρούν υποδεέστερες τις ανάγκες ή τα συμφέροντα των εξυπηρετούμενων τους, όταν αυτά συγκρούονται με τις δικές τους προσωπικές ανάγκες ή συμφέροντα
6. Οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν καθήκον να φροντίζουν τον εαυτό τους επαγγελματικά και προσωπικά (σε κοινωνικό και εργασιακό επίπεδο), ώστε να μπορούν να παρέχουν τις κατάλληλες υπηρεσίες στους εξυπηρετούμενους
7. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να διατηρούν το απόρρητο στη συνεργασία τους με τους εξυπηρετούμενους. Εξαίρεση αποτελεί η διαφύλαξη ενός ανώτερου αγαθού, όπως αυτό της διατήρησης της ζωής
8. Οι κοινωνικοί λειτουργοί χρειάζεται να αναγνωρίζουν ότι είναι υπόλογοι για τις πράξεις τους στους χρήστες των υπηρεσιών τους, στους συναδέλφους τους, στους εργοδότες τους, στην επαγγελματική τους οργάνωση και στο νόμο, καθώς επίσης ότι τα συμφέροντα κάποιων εξ αυτών μπορεί να συγκρούονται μεταξύ τους
9. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να είναι πρόθυμοι για συνεργασία με τις Σχολές Κοινωνικής Εργασίας, στοχεύοντας στην υποστήριξη των εκπαιδευόμενων κοινωνικών λειτουργών για απόκτηση ποιοτικής και σύγχρονης εκπαίδευσης στην πρακτική
10. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να πραγματεύονται διαρκώς τη δεοντολογική διάσταση των πράξεών τους, τόσο με τους συναδέλφους όσο και με τους εργοδότες τους και να αναλαμβάνουν την απορρέουσα από αυτές ευθύνη
11. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να παραθέτουν την επαγγελματική δεοντολογία με βάση την οποία λαμβάνουν τις αποφάσεις τους και να αναλαμβάνουν την απορρέουσα από αυτές ευθύνη
12. Οι κοινωνικοί λειτουργοί οφείλουν να επιδιώκουν τη δημιουργία των κατάλληλων συνθηκών στις Οργανώσεις όπου εργάζονται, ώστε ο παρών κώδικας δεοντολογίας να συζητείται, να υποστηρίζεται και να αξιολογείται (<http://noesi.gr/book/kodikas-deontologias-toy-koinonikoy-leitoyrgoy-diethnis-ekdosi>)

### 3.3. Ρόλοι και αρμοδιότητες κοινωνικού λειτουργού στο Νοσοκομείο

Οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί έχουν την απαιτούμενη και κατάλληλη εκπαίδευση και είναι σε θέση να εργαστούν σε νοσοκομειακά πλαίσια εξαιτίας της ευρείας αντίληψης που διαθέτουν για το σύνολο των παραγόντων που υπεισέρχονται στην εκδήλωση της ασθένειας αλλά και επηρεάζουν την επανάκτηση της υγείας (NASW, 2013). Οι Craig & Muskat (2013) αναφέρουν ότι ο κοινωνικός λειτουργός *«εργάζεται συνεργατικά, ως μέρος μιας διεπιστημονικής ομάδας, προκειμένου να συμβάλλει στην ανάρρωση, να προωθήσει την ποιότητα ζωής σε περιπτώσεις χρόνιων ασθενειών και αναπηρίας και να συνηγορήσει υπέρ μιας κοινωνικής αλλαγής που θα οδηγήσει στην αποτελεσματική διαχείριση των κοινωνικών μειονεκτημάτων»* (Craig & Muskat, 2013, σ.7). Ο ρόλος τους είναι πολυεπίπεδος και απαιτητικός καθώς ασχολούνται με την αλληλεπίδραση και τις συνέπειες της, ανάμεσα από τη μια στα άτομα και στις κοινότητες τους και από την άλλη στα συστήματα υγείας. Οι Shapiro, Setterlund, Warburton, O'Connor and Cumming (2009) δηλώνουν χαρακτηριστικά ότι *«οι εγγενείς δυσκολίες στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας αφορούν στο γεγονός ότι οι ζωές των πελατών και οι κοινωνικές τους υποχρεώσεις διαμορφώνουν ένα πολύπλοκο σύστημα αλληλεπιδράσεων το οποίο απαιτεί οι παρεμβάσεις να γίνουν σε πολλά επίπεδα και συστήματα ταυτόχρονα»* (σ.321).

Το αντικείμενο εργασίας των Κοινωνικών Λειτουργών στη χώρα μας είναι νομοθετικά κατοχυρωμένο με το Π.Δ. 50/89 όπου οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είτε αυτοδύναμα είτε σε συνεργασία με άλλους επιστήμονες αποβλέπουν α) στην πρόληψη και θεραπεία των κοινωνικών προβλημάτων β) στην βελτίωση του βιοτικού επιπέδου και της κοινωνικής λειτουργικότητας ατόμων και ομάδων με την πραγμάτωση θεσμικών αλλαγών μέσα στην κοινότητα με:

- Διενέργεια κοινωνικής ή ψυχοκοινωνικής μελέτης, όπου κρίνεται απαραίτητη, του περιστατικού, της ομάδας και της κοινότητας που χρειάζεται την παρέμβαση του
- Διαμόρφωση διάγνωσης, αυτόνομα ή και σε συνεργασία άλλους ειδικούς για τα προβλήματα που εντοπίστηκαν
- Εκπόνηση και εκτέλεση σχεδίου δράσης και ενεργειών για την αντιμετώπιση συγκεκριμένης κατάστασης ασθενών (<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.25&langid=1>)

Η εργασία του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο ειδικότερα είναι να:

- συμμετέχει στην θεραπευτική ομάδα (ιατρός, νοσηλεύτης και άλλοι ειδικοί) και να αναπτύσσει κάθε δραστηριότητα για την επιτυχία του κοινού σκοπού, της θεραπείας και μέριμνας για την πρόληψη και διατήρηση της υγείας
- επιλαμβάνεται των ιατροκοινωνικών προβλημάτων των ασθενών, τα οποία έχουν άμεση σχέση με την κατάσταση της υγείας του
- προετοιμάζει τον ασθενή και την οικογένεια του για την ανάγκη εισαγωγής στο Νοσοκομείο ή της νοσηλείας κατ' οίκον
- βοηθάει τους νεοεισερχόμενους ασθενείς στην προσαρμογή τους στο Νοσοκομείο
- επιδιώκει την μείωση άγχους του ασθενή εξαιτίας της απειλής της υγείας του όπως και την απομάκρυνση του από το οικογενειακό περιβάλλον
- συμβάλλει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των ιατρών για τη λήψη στοιχείων που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενή, το κοινωνικό περιβάλλον, τις συνθήκες διαβίωσης του, τις ενδοοικογενειακές σχέσεις. Επιπλέον λαμβάνει οποιοδήποτε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικό στοιχείο το οποίο απαιτείται για την καλύτερη και πλέον εξατομικευμένη θεραπεία του ασθενή
- βοηθάει την παραδοχή της προτεινόμενης θεραπευτικής αγωγής ή χειρουργικής επεμβάσεως
- επιδιώκει την θετική συμμετοχή του ασθενή στην προτεινόμενη θεραπεία και αμβλύνει τους παράγοντες οι οποίοι ενδεχομένως παρεμποδίζουν την συμμετοχή του αυτή
- βοηθάει τους ασθενείς στα θέματα πρακτικής φύσεως όταν αδυνατούν οι ίδιοι ή στερούνται οικογενειακό περιβάλλον για την τακτοποίηση του
- κινητοποιεί της πηγές βοήθειας της κοινότητας για την πλέον αποτελεσματική άσκηση της εργασίας του
- ενημερώνει και τα υπόλοιπα μέλη της επιστημονικής ομάδας για την εξέλιξη του ασθενή και την πορεία του
- συνεργάζεται με ομάδες ασθενών προκειμένου να πετύχει:
  - α) την αρμονική συμβίωση εντός νοσοκομείου
  - β) την προσαρμογή των ασθενών στην κατάσταση υγείας τους και τους απαραίτητους περιορισμούς τους οποίους επιβάλλει η ασθένεια

- ερμηνεύει τις υπόλοιπες υπηρεσίες της κοινότητας στις ειδικές ανάγκες του ασθενή
- μεριμνά κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο για την ομαλή επανασύνδεση με την οικογένεια του, εάν είναι αναγκαίο και συμβάλλει στην εφαρμογή του προγράμματος αποκατάστασης του
- συμμετέχει στην έρευνα ή μελέτη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και εισηγείται μέτρα αντιμετώπισης ιατροκοινωνικών προβλημάτων
- κινητοποιεί, οργανώνει και δραστηριοποιεί εθελοντικές ομάδες, οι οποίες συμπληρώνουν το έργο της εξυπηρέτησης των ασθενών (<http://www.kat-hosp.gr/pages.fds?pagecode=01.25&langid=1>)

Οι νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί βοηθούν τους ασθενείς και τις οικογένειες τους να διαχειριστούν τα συναισθήματα που έχουν μετά τη διάγνωση και τους υποστηρίζουν όσον αφορά στις αποφάσεις που οι τελευταίοι καλούνται να πάρουν. Επίσης βοηθούν τους ασθενείς να επιλύσουν τα κοινωνικά, οικονομικά και ψυχολογικά προβλήματα, τα οποία συνδέονται με την κατάσταση της υγείας τους Gibelman (2005). Τέλος, δουλεύοντας σε συνεργασία με τους ιατρούς, τους νοσηλευτές και το υπόλοιπο ιατρικό προσωπικό, οι κοινωνικοί λειτουργοί έχουν τη δυνατότητα να τους ευαισθητοποιήσουν στις κοινωνικές και συναισθηματικές διαστάσεις της ασθένειας (Whitaker, Weismiller, Clark & Wilson, 2006). Τα καθήκοντα των κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία και στα ιατρικά κέντρα σύμφωνα με την National Association of Social Workers (2011) αφορούν στα παρακάτω:

- Αρχική εξέταση και αξιολόγηση του ασθενή και της οικογένειας του
- Διεξοδική ψυχολογική αξιολόγηση του ασθενή
- Παροχή βοήθειας στους ασθενείς και στις οικογένειες τους ώστε να κατανοήσουν τις διαφορές όψεις της ασθένειας και της θεραπείας, τις συνέπειες που συνοδεύουν την κάθε θεραπεία αλλά και τις συνέπειες που συνεπάγεται η άρνηση συμμόρφωσης με την προτεινόμενη θεραπεία
- Παροχή βοήθειας στους ασθενείς και στις οικογένειες τους ώστε να προετοιμαστούν στις αλλαγές που μπορεί να προκύψουν εξαιτίας της ασθένειας και η διερεύνηση των συναισθημάτων τους που συνοδεύουν αυτές τις αλλαγές

- Παροχή βοήθειας στους ασθενείς και στις οικογένειες τους ώστε να επικοινωνούν τόσο μεταξύ τους όσο και με τα μέλη της ιατρικής ομάδας
- Εκπαίδευση ασθενών σχετικά με τα επίπεδα παροχής ιατρικής φροντίδας (π.χ. εντατική φροντίδα, φροντίδα στο σπίτι, κτλ)
- Διευκόλυνση των ασθενών και των μελών της οικογένειας του όσον αφορά στη λήψη αποφάσεων
- Εφαρμογή παρεμβάσεων στην κρίση
- Παραπομπή σε ατομική, οικογενειακή ή ομαδική ψυχοθεραπεία σε περίπτωση πιθανής ψυχιατρικής διαταραχής
- Παροχή εκπαίδευσης στο ιατρικό προσωπικό για ψυχοκοινωνικά ζητήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς
- Προώθηση επικοινωνίας και συνεργασίας μεταξύ των μελών της ιατρικής ομάδας
- Συντονισμός του εξιτηρίου του ασθενή και σχεδιασμός πλάνου για τη συνέχιση της φροντίδας μετά την έξοδο από το νοσοκομείο
- Αναζήτηση οικονομικών πόρων και πηγών για την εξασφάλιση των φαρμάκων, του απαραίτητου ιατρικού εξοπλισμού και την ικανοποίηση άλλων αναγκών του ασθενή
- Συνηγορία προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών τους σε διαφορετικά πλαίσια φροντίδας (νοσηλεία, εξωνοσοκομειακή φροντίδα, φροντίδα στο σπίτι, φροντίδα σε επίπεδο κοινότητας)
- Προάσπιση των δικαιωμάτων των ασθενών μέσω της συνηγορίας σε πολιτικό επίπεδο (σσ. 1-2).

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα και Μέντη (2002) ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός έχει τις ακόλουθες αρμοδιότητες στους παρακάτω άξονες δράσης:

**1) Προληπτικής Παρέμβασης:** συλλέγει στοιχεία που αφορούν νόσους, κοινωνικά αίτια αυτών και συνέπειες στην ποιότητα ζωής του ατόμου. Συνεργάζεται με άλλους φορείς της κοινότητας για τον σχεδιασμό, συντονισμό και υλοποίηση προγραμμάτων αγωγής υγείας, που στόχο έχουν την ενημέρωση και ευαισθητοποίηση των πολιτών σε θέματα υγείας.

**2) Επείγουσας Παρέμβασης:** συγκεντρώνει πληροφορίες για τον ασθενή, το περιβάλλον του και τα προβλήματα που τυχόν αντιμετωπίζουν (οικονομικά,



οικογενειακά κλπ) και τους στηρίζει ψυχοκοινωνικά κατά τη φάση της κρίσης. Συνεργάζεται με άλλους επαγγελματίες υγείας ή άλλες υπηρεσίες προκειμένου να ενημερώσει τον ασθενή και την οικογένεια ή και να διενεργήσει τις κατάλληλες παραπομπές προς όφελος αυτών. Συνεργάζεται με άλλες υπηρεσίες και ειδικότητες για την δημιουργία έντυπου ενημερωτικού υλικού, που είναι χρήσιμο στους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Ακόμη διατηρεί αρχεία και στατιστικά δεδομένα για τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, που εξυπηρετήθηκαν στο Τμήμα Επειγόντων περιστατικών και διερευνά τα αίτια ενός προβλήματος υγείας, αλλά και τα προβλήματα που σχετίζονται με αυτό. Τα στοιχεία αυτά, με εξαμηνιαίες εκθέσεις υποβάλλονται στη Διοίκηση του Νοσοκομείου, ώστε να μελετηθούν στα πλαίσια διεξαγωγής προγραμμάτων υγείας.

**3) Κλινικής Παρέμβασης:** μεγάλο μέρος των ρόλων και των αρμοδιοτήτων ενός κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσεται στον άξονα αυτόν. Ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός αρχικά ανταποκρίνεται στο διαγνωστικό του ρόλο. Λαμβάνει το κοινωνικό ιστορικό με την διαδικασία της συνέντευξης είτε από τον ασθενή είτε από την οικογένεια του. Ως μέλος της διεπιστημονικής ομάδας, για την ολιστική αντιμετώπιση του αρρώστου ο/η κοινωνικός/κοινωνική λειτουργός πρέπει να συλλέξει τις απαραίτητες εκείνες πληροφορίες για την κοινωνική και ψυχική κατάσταση του ασθενή που θα πρέπει να γνωρίζουν τα άλλα μέλη της ομάδας.

**4) Έρευνας και Εκπαίδευσης:** Συντονίζει τις ερευνητικές διαδικασίες που αναπτύσσονται στους προηγούμενους άξονες. Εκπαιδεύει τους σπουδαστές Κοινωνικής Εργασίας και «οργανώνει καινοτόμα προγράμματα που αφορούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες ή εισάγουν νέους τρόπους αντιμετώπισης των κοινωνικών προβλημάτων» (Ν.2646/20-10-1998/ Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, αρθ.15, παρ.1).

Μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών την ευθύνη της Κοινωνικής Υπηρεσίας έχει ο/η Προϊστάμενος/Προϊσταμένη του τμήματος. Ο προϊστάμενος/η της Κοινωνικής Υπηρεσίας συγκαλεί και προεδρεύει του Συμβουλίου των Υπευθύνων τομέων της Κ.Υ. και της ολομέλειας των κοινωνικών λειτουργών τουλάχιστον δύο και μία φορές, φορά το μήνα και εκπροσωπεί την Κοινωνική Υπηρεσία σε συσκέψεις του Νοσοκομείου ή του Πε.Σ.Υ. Είναι υπεύθυνος για την τοποθέτηση των σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας για την πρακτική τους άσκηση και την εποπτεία της εκπαίδευσής τους.

Σύμφωνα με τους Πανταζάκα & Μέντη (2002) οι αρμοδιότητες του/της Προϊσταμένου/Προϊσταμένης της Κοινωνικής Υπηρεσίας είναι:

- η σωστή λειτουργία της Κ.Υ., εντός και εκτός του Νοσοκομείου
- ο συντονισμός, καθοδήγηση, εποπτεία για το επιστημονικό και διοικητικό έργο του προσωπικού της Κ.Υ.
- η ανάθεση καθηκόντων στους κοινωνικούς λειτουργούς σε διάφορους τομείς, τμήματα και προγράμματα του νοσοκομείου, καθώς και η ευθύνη για την υπηρεσιακή δραστηριότητα τους, εκτός του χώρου του νοσοκομείου
- η αξιολόγηση του έργου και της δραστηριότητας των κοινωνικών λειτουργών
- η σύνταξη της ετήσιας έκθεσης των δραστηριοτήτων της υπηρεσίας
- η άσκηση των κλινικών καθηκόντων εφόσον το επιτρέπουν οι παραπάνω υποχρεώσεις και αρμοδιότητες

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4ο : ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ** **ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ (BURN OUT)**

Από τις επιστημονικές έρευνες που έχουν διενεργηθεί, έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο συχνό σε κάποια επαγγέλματα, όπως οι γιατροί και οι νοσηλευτές (Jimmieson, 2000). Γι' αυτό και αρχικά, αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, ενώ η μελέτη του περιορίστηκε σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα στους ιατρούς, τους οδοντιάτρους, τους νοσηλευτές, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς (Demir, Ulosoy & Ulosoy, 2003).

Οι επαγγελματίες που έχουν να κάνουν με ανθρώπους, συχνά ξεκινούν το επάγγελμά τους, το οποίο τις περισσότερες φορές ανήκει στο δημόσιο τομέα, με ιδεαλιστικούς στόχους που προσανατολίζονται στην παροχή υπηρεσιών. Κατά κανόνα εργάζονται σε συνθήκες που αναμένεται από αυτούς να αφιερώνουν διαρκώς συναισθηματική, γνωσιακή, ακόμα και σωματική ενέργεια στους αποδέκτες των υπηρεσιών τους. Αναπόφευκτα ένα τέτοιο πλαίσιο φόρτου εργασίας και αλληλοσυγκρουόμενων απαιτήσεων συνιστά γόνιμο έδαφος για τη δημιουργία μιας διαδικασίας συναισθηματικής εξάντλησης, διανοητικής κούρασης και σωματικής κόπωσης, μια διαδικασία την οποία ο Freudenberger, ο πρώτος που διερεύνησε επιστημονικά αυτό το φαινόμενο, ονόμασε «επαγγελματική εξουθένωση» (burn out).

### **4.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση της έννοιας του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Τα τελευταία χρόνια λοιπόν, παρατηρείται έντονο επιστημονικό ενδιαφέρον για τη μελέτη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας όπου το φαινόμενο έχει αυξηθεί (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992). Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και, γενικότερα, σε χώρους που δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους (Θεοφίλου, 2009). Στα αγγλικά «burn out» σημαίνει «αναλώνομαι προοδευτικά εκ των ένδον μέχρι του σημείου της απανθράκωσης»

(Maslach & Jackson, 1984, όπως αναφέρεται στο Μαυρίδου, 2012, σ. 17). Ο όρος «επαγγελματική εξουθένωση» χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 από τον Freudenberger για την περιγραφή των συμπτωμάτων σωματικής και ψυχικής εξουθένωσης σε επαγγελματίες υπηρεσιών ψυχικής υγείας και γενικότερα χώρων, στους οποίους δημιουργούνται στενές σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών και ατόμων που έχουν την ανάγκη τους.

Ωστόσο, παρά το μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον και την εκτεταμένη μελέτη του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, δεν υπάρχει προς το παρόν ένας απολύτως αποδεκτός ορισμός. Σύμφωνα με τον Freudenberger (1974, όπως αναφέρεται στο Δούκα, 2003, σ.97) είναι *«μία κατάσταση κόπωσης ή εξουθένωσης που προκαλείται από την αφοσίωση σε μία αιτία, ένα τρόπο ζωής ή μία σχέση που αποτυχαίνει να αποδώσει μία αναμενόμενη επιβράβευση. Το σύνδρομο συνδέεται άμεσα με το βαθμό αφοσίωσης που έχει το άτομο στο αντικείμενό του και την ματαίωση που βιώνει από τη μη επίτευξη των στόχων του. Η έλλειψη της ποικιλίας και η μη επαρκής ανατροφοδότηση που συχνά αντιμετωπίζουν οι εργαζόμενοι συνεισφέρουν στην εμφάνιση και ανάπτυξη του συνδρόμου»*. Ο Potter υποστηρίζει ότι *«πρόκειται για μια διαταραχή του ενδιαφέροντος για εργασία που καταλήγει σε μια εξελισσόμενη αδυναμία για κινητοποίηση των δυνάμεων και των ικανοτήτων του εργαζόμενου. Ιδιαίτερη έμφαση παρέχεται στην εμφάνιση της κόπωσης και σε διαφορετικούς τομείς της ζωής του ατόμου»* (Διομήδους, Ζήκος, Λιάσκος, Ρουμελιώτη, Φωκά & Πιστόλης, 2009, σ.191).

Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να ειπωθεί ως μια αντίδραση στο μακροχρόνιο στρες, η οποία εμφανίζεται σε άτομα που εργάζονται συνεχώς και για μεγάλο χρονικό διάστημα κάτω από συνθήκες που θεωρούνται ιδιαίτερα πιεστικές (Dierendonck, Garssen & Visser, 2008, σ.54) ενώ σύμφωνα με τη Pines (1993) γίνεται αντιληπτή ως το τελικό στάδιο μιας διαδικασίας σταδιακής απογοήτευσης στην προσπάθεια του ατόμου να αντλήσει υπαρκτικό νόημα από την εργασία. Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί επίσης να θεωρηθεί ως συνδεδεμένο με την εργασία σύνδρομο το οποίο προέρχεται από το γεγονός ότι το άτομο αντιλαμβάνεται ένα σημαντικό χάσμα ανάμεσα στις προσδοκίες επαγγελματική επιτυχίας με την πολύ λιγότερο ικανοποιητική πραγματικότητα (Friedman, 2000).

Ίσως ο πιο ευρέως αναφερόμενος ορισμός της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach (1982), το όνομα της οποίας έχει από

πολύ νωρίς συνδεθεί με το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό η επαγγελματική κόπωση ορίζεται ως η σωματική και ψυχική εξάντληση του επαγγελματία υγείας με απώλεια του ενδιαφέροντος και των θετικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς, έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του (Maslach, 1982, όπως αναφέρεται στο Μαυρίδου, 2012, σ.19). Η εντονότερη κριτική που έχει ασκηθεί στον παραπάνω ορισμό έγινε από τον Cherniss (1986, όπως αναφέρεται στο Enzmann, 2008, σ.205), ο οποίος προτείνει να οριστεί η επαγγελματική εξουθένωση ως σύμπτωμα απώλειας κοινωνικής δέσμευσης, αρνούμενος ότι η εξουθένωση μπορεί να οφείλεται στην υπερβολική αφοσίωση ενός εργαζομένου στα επαγγελματικά του καθήκοντα. Τέλος, ένας ακόμα ορισμός που αξίζει να αναφερθεί είναι αυτός που προτείνουν οι Schaufeli & Enzmann (1998) σύμφωνα με τον οποίο η επαγγελματική εξουθένωση είναι «*μια σταθερή, αρνητική, συσχετιζόμενη με την εργασία πνευματική κατάσταση "φυσιολογικών" ατόμων, η οποία πρωταρχικά χαρακτηρίζεται από εξάντληση και συνοδεύεται από αρνητικό στρες, αίσθηση μειωμένης αποτελεσματικότητας, μειωμένο κίνητρο και ανάπτυξη δυσλειτουργικών στάσεων και συμπεριφορά στην εργασία*» (Schaufeli & Enzmann, 1998, όπως αναφέρεται στο Ξένου & Αντωνίου, 2008, σ.288).

Ωστόσο, ανεξάρτητα από τις διαφοροποιήσεις που παρατηρούνται μεταξύ των ορισμών, από την ανασκόπηση προκύπτει ότι οι ορισμοί αυτοί παρουσιάζουν κάποια κοινά στοιχεία και συμφωνούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση:

- § μπορεί να εμφανιστεί σε επίπεδο ανθρώπων και οργανισμών
- § είναι μια εσωτερική ψυχολογική εμπειρία που περιλαμβάνει συναισθήματα, στάσεις, προσδοκίες και κίνητρα
- § σχετίζεται με διάφορες προβληματικές καταστάσεις υγείας και οι επιπτώσεις της είναι αρνητικές
- § βιώνεται από το άτομο ως αρνητική εμπειρία
- § μπορεί να εμφανιστεί και σε άτομα υγιά που δεν είχαν κάποιο βεβαρημένο ιστορικό υγείας
- § οδηγεί σε μειωμένη απόδοση και παραγωγικότητα (Μαυρίδου, 2012, σ.36)

#### 4.2. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Τα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ποικίλα και μπορούν να οφείλονται καθώς και να επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες. Σύμφωνα με τους Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) «η εξουθένωση συνιστά μια ατομική εμπειρία που αναφέρεται στο ίδιο το περιεχόμενο της εργασίας» (σ.407). Αυτή η προσέγγιση του υπό διερεύνηση ζητήματος τονίζει την αλληλεπίδραση του ατόμου με το περιβάλλον του και τοποθετεί τον εργαζόμενο στο κέντρο μιας κατάστασης που διαμορφώνεται από το εξωτερικό του περιβάλλον ενώ ταυτόχρονα αλληλεπιδρά με αυτό (Παπαθανασίου, 2012, σ.41). Σύμφωνα με τον Cooper (1985, όπως αναφέρεται στο Παπαθανασίου, 2012) οι παράγοντες που μπορεί να δημιουργήσουν στρες στον εργαζόμενο, μπορούν να ομαδοποιηθούν σε έξι κατηγορίες:

1. Παράγοντες εγγενείς στην εργασία (θόρυβος, ζέστη, βάρδιες)
2. Εργασιακές σχέσεις (σύγκρουση με τους συναδέλφους ή προϊσταμένους, έλλειψη κοινωνικής υποστήριξης)
3. Ο ρόλος του εργαζόμενου στο χώρο της δουλειάς του (π.χ. ασάφεια ρόλου)
4. Ανάπτυξη επαγγελματικής σταδιοδρομίας (έλλειψη θέσης, έλλειψη προοπτικών για προαγωγή, έλλειψη καριέρας, αβεβαιότητα εργασίας)
5. Οργανωτική δομή και εργασιακό κλίμα (έλλειψη αυτονομίας, έλλειψη ευκαιριών για συμμετοχή σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων, έλλειψη ελέγχου του ρυθμού της εργασίας)
6. Αλληλεπίδραση οικογενειακού και εργασιακού περιβάλλοντος (σύγκρουση μεταξύ του ρόλου του εργαζόμενου στο σπίτι του και στο χώρο της δουλειάς, έλλειψη συζυγικής υποστήριξης)

Από την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας (Παπαθανασίου, 2012· Μαυρίδου, 2012· Papastylianou, Kaila & Polychronopoulos, 2009· Kokkinos, 2007· Skaalvik & Skaalvik, 2007· Chang, Daly & Hancock, 2006· Kahn et al., 2006· Brake, Bloemendal & Hoogstraten, 2003· Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Κουμπιάς & Γιαβρίμης, 2002· Maslach et al., 2001· Maslach & Leiter, 1997) όσον αφορά στους παράγοντες που "ενοχοποιούνται" για την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης προκύπτει ότι πρόκειται για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Οι προσωπικοί παράγοντες υποδιαιρούνται στα γνωρίσματα της προσωπικότητας (άγχος, η

ανθεκτικότητα στο στρες και η αίσθηση ελέγχου που διαθέτουν ή όχι οι εργαζόμενοι αναφορικά με τις καταστάσεις που αντιμετωπίζουν), στο φύλο και σε άλλα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, εκπαίδευση, επαγγελματική εμπειρία, οικογενειακή κατάσταση, ανθεκτικότητα στο άγχος και η εικόνα που έχει ο εργαζόμενος για τον εαυτό του) και οι εργασιακοί παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν τις στρεσογόνες συνθήκες εργασίας, τη στήριξη των εργαζομένων και τις ευκαιρίες για τη βελτίωση των εργασιακών συνθηκών. Επίσης στους εργασιακούς παράγοντες συμπεριλαμβάνονται η ασάφεια του επαγγελματικού ρόλου και η σύγκρουση που μπορεί να υπάρχει μεταξύ διαφορετικών ρόλων στους οποίους καλείται να ανταπεξέλθει ο/η εργαζόμενος/η. Τέλος, έχει γίνει λόγος και για μεταβλητές όπως η αυτονομία, η πρόκληση για νέες εργασίες και καθήκοντα, η συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η χρησιμοποίηση ικανοτήτων, ο προσανατολισμός στόχου ή ευθύνης και η ανατροφοδότηση για το έργο που παρέχεται.

Σύμφωνα με τους Maslach et al. (2001) ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η σύγκρουση ρόλων και η ασάφεια τους, η απουσία πόρων, η έλλειψη εποπτείας ή κοινωνικής υποστήριξης, η έλλειψη πληροφόρησης, ο επιχειρησιακός έλεγχος, η λήψη αποφάσεων, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες για την δημιουργία ή αύξηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπλέον, οι Justice, Gold & Klein (1981, όπως αναφέρεται στο Παπαθανασίου, 2012, σ.41) αναφέρονται σε παράγοντες όπως η υπερβολική αφοσίωση των εργαζομένων, η απουσία επίγνωσης των προσωπικών τους ορίων, η έλλειψη διαχωρισμού προσωπικής και επαγγελματικής ζωής και η έλλειψη αναγνώρισης συμβάλλουν στην εμφάνιση του φαινομένου.

Όσον αφορά συγκεκριμένα στους παράγοντες που σχετίζονται με το εργασιακό περιβάλλον, οι Maslach & Leiter (1997) αναφέρουν πέντε πηγές αιτιών της επαγγελματικής εξουθένωσης:

- § Ο τρόπος λειτουργίας ενός οργανισμού ή επιχείρησης που έχει να κάνει κυρίως με την ιεραρχική δομή. Έχει φανεί ότι σε μια κάθετη ιεραρχική δομή, οι εργαζόμενοι έχουν μικρότερη αυτονομία και μικρότερη συμμετοχή σε διαδικασίες λήψης αποφάσεων σε θέματα που τους αφορούν άμεσα και επηρεάζουν την ποιότητα της εργασίας τους
- § Η αβεβαιότητα για τη σταθερότητα και την ασφάλεια της εργασίας που αυξάνει το κλίμα της εξουθένωσης, τον κυνισμό και την έλλειψη αυτοπεποίθησης

- § Η ανεπάρκεια των μισθολογικών αποδοχών σε συνδυασμό με την έλλειψη προοπτικής για επαγγελματική ανέλιξη. Από τη μια πολλοί εργαζόμενοι βλέπουν τον μισθό τους να είναι «παγιωμένος» και από την άλλη βλέπουν ότι ενώ οι αρμοδιότητες τους αυξάνονται συνεχώς και ότι δεν υπάρχουν πιθανότητες να διεκδικήσουν προαγωγή. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση κινήτρων και ικανοποίησης από την εργασία
- § Η εργασιακή κοινότητα στο χώρο της εργασίας. Ο παράγοντας αυτός αναφέρεται στην έλλειψη συνεργασίας και ομαδικότητας, που μπορεί να προκύψουν σε συνθήκες επαγγελματικής ανασφάλειας
- § Η απουσία δικαιοσύνης, η οποία γίνεται πρόβλημα όταν χάνεται η εμπιστοσύνη, η ειλικρίνεια και ο σεβασμός

Εκτός από την επίδραση των παραγόντων που σχετίζονται με το εργασιακό καθεστώς και περιβάλλον, σημασία έχει δοθεί και στα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων. Οι Pines & Aronson (1988, όπως αναφέρεται στο Παπαθανασίου, 2012, σ.41) κάνουν λόγο για κάποια ατομικά χαρακτηριστικά όπως η ηλικία, το φύλο, η επαγγελματική εμπειρία, η εθνικότητα, η οικογενειακή κατάσταση, ο τύπος προσωπικότητας, τα οποία φαίνεται να επηρεάζουν την πιθανότητα εκδήλωσης εκ μέρους του εργαζόμενου του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Παρόλο που η σημασία των ατομικών χαρακτηριστικών έχει μελετηθεί αρκετά, δεν υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητικών ευρημάτων, γεγονός που δεν προκαλεί ωστόσο εντύπωση αν λάβει κανείς υπόψη την πολυδιάστατη φύση της έννοιας της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Όσον αφορά στην ηλικία από τις έρευνες των Maslach et al. (2001) και των Chang, Daly & Hancock (2006) φαίνεται ότι οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης ενώ οι μεγαλύτεροι αναφέρουν λιγότερο συχνά συναισθήματα εξάντλησης, στοιχείο που πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός οι μεγαλύτεροι σε ηλικία διαθέτουν περισσότερη επαγγελματική εμπειρία και επομένως είναι λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση.

Σχετικά με το φύλο των εργαζομένων, μεταξύ των ερευνητικών ευρημάτων δεν υπάρχει συμφωνία για το αν αποτελεί παράγοντα διαφοροποίησης, καθώς κάποιες έρευνες αναφέρουν ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο φύλων στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ άλλες βρίσκουν διαφορετικά επίπεδα εξουθένωσης μεταξύ των δύο φύλων. Σε ορισμένες έρευνες οι γυναίκες φαίνεται να εμφανίζουν μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης. Οι διαφορές



ανάμεσα στους άντρες και στις γυναίκες επαγγελματίες μπορεί να οφείλονται στα επαγγέλματα που επιλέγουν τα δύο φύλα, καθώς φαίνεται ότι οι γυναίκες εμπλέκονται πιο συχνά σε επαγγέλματα παροχής φροντίδας (Maslach & Jackson, 1981, όπως αναφέρεται στο Παπαθανασίου, 2012, σ.42). Από την άλλη η Martin (2000) αναφέρεται στα διαφορετικά χαρακτηριστικά της προσωπικότητας των αντρών και γυναικών και υποστηρίζει ότι υπάρχουν διαφορές στα επίπεδα εξουθένωσης λόγω διαφορετικότητας των συναισθημάτων που διέπουν τα δύο φύλα. Ωστόσο, είναι σημαντικό να μην αγνοούνται οι έρευνες που δείχνουν αντίθετα αποτελέσματα όπως αυτή των Brake, Bloemendal & Hoogstraten (2003), σύμφωνα με την οποία οι άντρες παρουσιάζουν μεγαλύτερα επίπεδα εξουθένωσης σε σύγκριση με τις γυναίκες.

Τέλος, όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση των εργαζόμενων, φαίνεται ότι οι παντρεμένοι εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης. Τα αποτελέσματα των ερευνών δείχνουν ότι η ύπαρξη οικογένειας λειτουργεί ως σημαντικός προληπτικός παράγοντας, καθώς παρέχει συναισθηματική υποστήριξη και επιτρέπει στους εργαζόμενους να λειτουργούν πιο ισορροπημένα (Pines, 1988, όπως αναφέρεται στο Παπαθανασίου, 2012, σ.43).

Κλείνοντας, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι εκτός από τους ατομικούς – προσωπικούς και εργασιακούς παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης οι Maslach & Leiter (1997) κάνουν λόγο και για παράγοντες του ευρύτερου κοινωνικοοικονομικού περιβάλλοντος. Συγκεκριμένα αναφέρονται σε τρεις παράγοντες: α) τάσεις της οικονομίας, β) τεχνολογία και γ) η φιλοσοφία της διοίκησης των οργανισμών.

Σχετικά με τον ελληνικό χώρο, οι Antoniou & Antonodimitrakis (2001) διεξήγαγαν μία έρευνα πανελλαδικής κλίμακας για την επαγγελματική εξουθένωση και τις γενικότερες ψυχολογικές πιέσεις που βιώνουν οι Έλληνες επαγγελματίες της υγείας. Βρέθηκε ότι οι βασικότεροι παράγοντες ανάπτυξης και διατήρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης ήταν αυτοί που σχετίζονται με την ίδια τη φύση του ιατρικού επαγγέλματος (π.χ. καθημερινή επαφή με τον ανθρώπινο πόνο και με ασθενείς σε τελικό στάδιο, αυξημένες ευθύνες για τους ασθενείς, κ.α.) αλλά και παράγοντες που σχετίζονταν με την ελληνική πραγματικότητα (π.χ. περιορισμένα μέσα, έλλειψη επιμόρφωσης και συνεχιζόμενης κατάρτισης, κ.α.). Συγκρίνοντας τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των Ελλήνων γιατρών με τα αντίστοιχα

Βρετανών συναδέλφων τους, οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι Έλληνες επαγγελματίες της υγείας είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την εργασία τους, ενώ ταυτόχρονα παρουσιάζουν περισσότερα ψυχολογικά προβλήματα, όπως κατάθλιψη, στρες, δυσθυμία, διαταραχές ύπνου, κ.α. Επιπλέον, οι Έλληνες γιατροί παρουσίαζαν υψηλότερους δείκτες Συμπεριφοράς Τύπου Α, που έχει συνδεθεί με αυξημένες πιθανότητες ανάπτυξης καρδιαγγειακών νοσημάτων (Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης «Ψυχαργός», 2005, σ.6). Επίσης, η Αδαλή, Πριάμη, Ευαγγέλου, Υφαντή & Μούγια (2002), οι οποίοι διερεύνησαν το βαθμό επαγγελματικής εξουθένωσης του νοσηλευτικού προσωπικού σε πέντε δημόσια Νοσοκομεία της Αθήνας βρήκαν ότι, η συναισθηματική εξάντληση του προσωπικού κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα και οι εργασιακοί παράγοντες σχετίζονταν με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης του Νοσηλευτικού προσωπικού (Αδαλή και συν., 2002). Ωστόσο, σύμφωνα με την μελέτη των Κανδρή, Καλέμη & Μόσχος (2004), η καλή συνεργασία και υγιής επικοινωνία, η καλή οργάνωση εργασίας και έστω ένα άτυπο υποστηρικτικό σύστημα εργασίας, αποτελούν ισχυρούς παράγοντες για την σθεναρή αντίσταση των νοσηλευτών στον κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης (Κανδρή και συν., 2004).

#### **4.3. Συνέπειες του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με μια ποικιλία δεικτών δυσλειτουργίας, όπως η κατάθλιψη, η ένταση, το άγχος, τα σωματικά προβλήματα, τα προβλήματα σχέσεων αποτελώντας επιβαρυντικό παράγοντα για την ψυχική υγεία (Αντωνίου, 2006). Έχει επίσης συνδεθεί με διάφορα αρνητικά οργανωσιακά αποτελέσματα, μεταξύ άλλων με την αύξηση στις παραιτήσεις και τις απουσίες από τη δουλειά (Parker & Kulik 1995), τη μείωση της αφοσίωσης στην οργάνωση (Maslach & Leiter 1997) και την αύξηση αυτοκτονικών συναισθημάτων (Samuelsson, Gustavsson, Petterson, Arentz & Asberg, 1997). Οι δείκτες της ψυχικής υγείας των οποίων οι συνδέσεις με την επαγγελματική εξουθένωση διερευνήθηκαν, περιλαμβάνουν συμπτώματα κατάθλιψης, άγχος και σωματικές ενοχλήσεις.

Τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι κυρίως ψυχολογικά ενώ οι πάσχοντες εργαζόμενοι συχνά αποδίδουν τα παράπονά τους σε προβλήματα της εργασίας θεωρώντας πως αυτή ευθύνεται για την κατάστασή τους. *«Είναι σημαντική η συνειδητοποίηση, ότι οι μόνιμα κουρασμένοι εργαζόμενοι δεν πάσχουν εξ ορισμού από σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ενώ, αντίστροφα, οι*

*πάσχοντες από το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να μην εκφράζουν την κόπωση ως το κύριο παράπονό τους» (Διομήδους και συν., 2009, σ.191). Σύμφωνα με τους Tyler και Cushway (1998, όπως αναφέρεται στο Θεοφίλου, 2009, σ.42), τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης ομαδοποιούνται «σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά. Στα σωματικά συμπτώματα περιλαμβάνονται όλα τα χαρακτηριστικά που αφορούν στις τυπικές εκδηλώσεις στρες και άγχους όπως: πονοκέφαλοι, γαστρεντερικά προβλήματα, δυσκολίες ύπνου, υπερένταση, σεξουαλική δυσλειτουργία, διαταραχές διατροφής και μυοσκελετικοί πόνοι».*

Σύμφωνα με τον Potter, τα συμπτώματα του Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης είναι τα εξής:

- § **Αρνητικά Συμπτώματα:** Μη ικανοποίηση, αγωνία, συχνές διαμαρτυρίες, αισθήματα αδικίας, κατάθλιψη και εκρήξεις θυμού
- § **Διαπροσωπικά Προβλήματα:** Καθώς τα συναισθήματα του ατόμου έχουν επηρεαστεί υπάρχουν επιπτώσεις στις διαπροσωπικές του σχέσεις. Η επικοινωνία του ατόμου διακατέχεται από υπερβολές, νεύρα, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία και στο οικογενειακό περιβάλλον
- § **Προβλήματα Υγείας:** Η σωματική ικανότητα του ατόμου επηρεάζεται και είναι ιδιαίτερα επιρρεπές σε κρυολογήματα, πονοκεφάλους, αϋπνίες, πόνους στη μέση καθώς και κόπωση
- § **Μειωμένη Αποδοτικότητα:** Αυτός που πάσχει από το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης βαριέται στην εργασία του και είναι ανίκανος να ενθουσιαστεί για κάποιο αντικείμενο. Εμφανίζει δυσκολία συγκέντρωσης και ολοκλήρωσης της εργασίας του
- § **Κατάχρηση Ουσιών:** Το άτομο για να αντιμετωπίσει το στρες μπορεί να καταφύγει στο κάπνισμα, τη χρήση αλκοόλ, φαρμάκων ακόμα και ναρκωτικών.
- § **Διατροφικές συνήθειες:** Οι διατροφικές συνήθειες αλλάζουν σε μεγαλύτερες ή μικρότερες ποσότητες φαγητού
- § **Αισθήματα Κατωτερότητας:** Το άτομο εσωτερικεύει την αποτυχία του στην εργασία του, μετατρέπει τον ενθουσιασμό του σε κνισμό και νοιώθει ανίκανο να επιδράσει θετικά στην εργασία του. Διακατέχεται από αισθήματα κατωτερότητας και ανικανότητας

- § **Οικογενειακό Στρες:** Οι οικογένεια του ατόμου επηρεάζεται καθώς το άτομο αναγκάζεται να απουσιάζει από αυτήν για πολλές ώρες μέσα στη μέρα. Η παρουσία του στο σπίτι δεν είναι απαλλαγμένη από τα προβλήματα της εργασίας. Αντίθετα, τον απασχολούν και γι αυτό δεν ευχαριστείται την παρουσία της οικογένειάς του. Δεν βοηθά στο σπίτι ή την οργάνωση του οικογενειακού προγράμματος
- § **Άρνηση Δημιουργίας Σχέσεων:** Ο εργαζόμενος που πάσχει από το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης, χάνει το ενδιαφέρον του για τις κοινωνικές σχέσεις του. Σπάνια ξοδεύει χρόνο με τα φιλικά του πρόσωπα και αφήνει τις σχέσεις του να τελειώσουν από την απομάκρυνσή του. Ταυτόχρονα δεν επιδιώκει να γνωρίσει και να σχετιστεί με νέα άτομα
- § **Εκφυλισμός Σχέσεων στην Εργασία:** Όταν το burnout βρίσκεται σε προχωρημένο στάδιο, ο εργαζόμενος βλέπει στους συναδέλφους του εχθρούς, άτομα που τον επιβουλεύονται και επιθυμούν να δουν την καταστροφή του. Τέλος, καλύπτει τη δική του αδυναμία αποδίδοντας ευθύνες στο πλαίσιο της εργασίας του (Potter, στο Δούκα, 2003, σσ.98-99)

#### 4.4. Θεωρητικά Μοντέλα Επαγγελματικής Εξουθένωσης

Σύμφωνα με τον Vachon (1987, στο Θεοφίλου, 2009, σ.44), «τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος» (Θεοφίλου, 2009, σ.44). Τα περισσότερα θεωρητικά μοντέλα επιχειρούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης υπό το πρίσμα μίας δυναμικής αλληλεπίδρασης μεταξύ ατόμου και περιβάλλοντος. Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται κυρίως σε στρεσογόνες και δυσμενείς επαγγελματικές συνθήκες, όπως το ιδιαίτερα φορτωμένο πρόγραμμα, η έλλειψη αυτονομίας και εξουσίας, η ανεπαρκής ψυχολογική υποστήριξη και η αυταρχική διοίκηση του οργανισμού (Μαυρίδου, 2012). Άλλοι πάλι ερευνητές (Dekker & Schaufeli, 1995· Antoniou, 1999· Firth-Cozens & Payne, 1999) τονίζουν τη σημασία των ατομικών παραγόντων, υποστηρίζοντας, ότι η επαγγελματική εξουθένωση εξαρτάται από τις προσδοκίες που ο επαγγελματίας έχει από τον ίδιο του τον εαυτό αλλά και από το χώρο της υγείας στον οποίο εργάζεται. Ακολουθεί μία συνοπτική παρουσίαση των σημαντικότερων μοντέλων ερμηνείας της επαγγελματικής εξουθένωσης:

#### **4.4.1. Το Μοντέλο των τριων Διαστάσεων της Maslach (1982)**

Σύμφωνα με αυτή την εννοιολογική προσέγγιση (Maslach & Leiter, 1997), η επαγγελματική εξουθένωση θεωρείται ως ένα σύνδρομο το οποίο αποτελείται από τρεις διαστάσεις. Η πρώτη διάσταση ονομάζεται «συναισθηματική εξάντληση» και περιλαμβάνει αισθήματα ψυχικής και σωματικής κόπωσης, καθώς και απώλεια ενέργειας και διάθεσης. Σε αυτή τη συνθήκη ο εργαζόμενος νιώθει ότι έχει εξαντλήσει τους συναισθηματικούς του πόρους (Maslach et al., 2001). Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται ότι είναι το βασικό ατομικό στρεσογόνο στοιχείο του συνδρόμου (Shirom & Melamed, 2008). Για τη δεύτερη διάσταση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επικρατήσει η χρήση του όρου «αποπροσωποποίηση», με τον οποίο περιγράφεται η απομάκρυνση και αποξένωση του εργαζόμενου από τους άλλους ανθρώπους στον εργασιακό του χώρο (ασθενείς/πελάτες, συναδέλφους, κ.α.) και η εγκαθίδρυση απρόσωπων, επιθετικών και κυνικών σχέσεων με αυτούς (Leiter & Maslach, 2005). Η αποπροσωποποίηση αντιπροσωπεύει το διαπροσωπικό στοιχείο της επαγγελματικής εξουθένωσης (Shirom & Melamed, 2008). Η τρίτη διάσταση ονομάζεται «έλλειψη προσωπικής επίτευξης» και αναφέρεται στην αίσθηση του εργαζομένου ότι έχει μειωθεί η αποδοτικότητα και η παραγωγικότητα του και στη μείωση της αίσθησης αυτοαποτελεσματικότητας του (Leiter & Maslach, 2005). Η έλλειψη προσωπικής επίτευξης αντιπροσωπεύει το στοιχείο αυτοαξιολόγησης της επαγγελματικής εξουθένωσης (Shirom & Melamed, 2008).

#### **4.4.2. Το Μοντέλο των Edelwich & Brodsky (1980)**

Οι Edelwich & Brodsky (1980, όπως αναφέρεται στο Μαυρίδου, 2012, σσ.24-26) περιέγραψαν μία σειρά από τέσσερα στάδια ανάπτυξης της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα οποία ακολουθεί ο εργαζόμενος από την αρχή της καριέρας του, και συγκεκριμένα:

**Ενθουσιασμός.** Ο εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό. Μόλις έχει μπει στον επαγγελματικό στίβο και έχει υπερβολικά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος υπερεπενδύει στην εργασία του, αφιερώνοντας το χρόνο και την ψυχή του, ενώ επίσης υπερεπενδύει στις σχέσεις που αναπτύσσει με τους ασθενείς. Καθώς, όμως, διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

**Αμφιβολία και αδράνεια.** Τότε, λοιπόν, περνάει στο δεύτερο στάδιο, αυτό της αμφιβολίας και αδράνειας. Η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες

του, με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα από την εργασία του. Ο εργαζόμενος κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία και προσπαθεί ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως θετικό αποτέλεσμα. Έτσι, σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως ακόμα αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

**Απογοήτευση και ματαίωση.** Την αμφιβολία και αδράνεια διαδέχονται η απογοήτευση και ματαίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Για να ξεφύγει από το αδιέξοδο πρέπει είτε να αναθεωρήσει τελικά τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από την εργασιακό του χώρο, από την πηγή δηλαδή του στρες.

**Απάθεια.** Στο τελευταίο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης, που περιγράφεται ως απάθεια, ο εργαζόμενος αποφεύγει κάθε υπευθυνότητα απέναντι στους άλλους, ενώ προσπαθεί να καταπολεμήσει την απογοήτευση και τη ματαίωση που του προκαλεί το επάγγελμά του. Ουσιαστικά συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους, ενώ επενδύει ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του και αγνοεί τις ανάγκες των ασθενών/πελατών του, για να καλύψει την ανεπάρκεια που νιώθει απέναντί τους.

#### **4.4.3. Το Διαδραστικό Μοντέλο του Cherniss (1980)**

Σύμφωνα με τον C. Cherniss, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μία «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

**I. Φάση του «εργασιακού στρες»:** Πρόκειται για μία διατάραξη ανάμεσα στους απαιτούμενους και τους διαθέσιμους πόρους. Το εργασιακό στρες είναι το αποτέλεσμα της διατάραξης αυτής στο

εξωτερικό και εσωτερικό περιβάλλον του εργαζόμενου, η οποία δημιουργείται όταν οι διαθέσιμοι πόροι δεν επαρκούν για να ικανοποιήσουν με κατάλληλο τρόπο τους προσωπικούς στόχους και τα αιτήματα που προέρχονται από το εργασιακό περιβάλλον. Αυτή η διατάραξη της ισορροπίας μπορεί να συμβεί σε οποιονδήποτε εργαζόμενο, χωρίς να οδηγήσει απαραίτητα σε επαγγελματική εξουθένωση.

**II. Φάση «εξάντλησης»:** Πρόκειται για τη συγκινησιακή ανταπόκριση στην προηγούμενη διατάραξη της ισορροπίας, η οποία εκδηλώνεται με τη μορφή συναισθηματικής εξάντλησης, στρες, κόπωσης, ανίας, έλλειψης ενδιαφέροντος και απάθειας. Ο εργασιακός χώρος αποτελεί για τον εργαζόμενο πηγή εξάντλησης, ενώ η

προσοχή του στρέφεται περισσότερο σε γραφειοκρατικές πλευρές παρά σε κλινικές παραμέτρους. Ο εργαζόμενος βρίσκεται σε μία κατάσταση συνεχούς έντασης που, αν δεν καταφέρει να τη διαχειριστεί σωστά, ενδέχεται να οδηγήσει σε απογοήτευση και παραίτηση.

**III. Φάση «αμυντικής κατάληξης»:** Πρόκειται για το στάδιο όπου πραγματοποιούνται αλλαγές στη στάση και τη συμπεριφορά του εργαζομένου, ο οποίος σταδιακά αποεπενδύει συναισθηματικά την εργασία του και εκδηλώνει κυνισμό και απάθεια για τους άλλους. Οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στη μείωση των σωματικών και ψυχολογικών συνεπειών που επέρχονται, με την ελπίδα να μπορέσει ο εργαζόμενος να επιβιώσει επαγγελματικά (Cherniss, 1980, στο Θεοφίλου, 2009, σσ.45-46)

#### **4.4.4. Το Μοντέλο της Pines**

Η Pines και οι συνεργάτες της ορίζουν την επαγγελματική εξουθένωση ως *«μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από την μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά και απαιτητικές συνθήκες»* (Pines, 1993:53). Δεν περιορίζουν την εφαρμογή της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, όπως είχε προταθεί αρχικά, αλλά αντίθετα την διερεύνησαν και σε τομείς όπως οι οικογενειακές σχέσεις και οι πολιτικές συγκρούσεις (Pines, 1993). Η μέτρηση που εφαρμόζει η Pines (Burnout Measure) απομακρύνεται από την αρχική θεώρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης ως συνδρόμου που συν-εμφανίζεται με συμπτώματα απελπισίας, απόγνωσης και μειωμένης αυτοπεποίθησης και αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση ως μονοδιάστατη έννοια που αξιολογείται από μία μόνο κλίμακα που δίνει μια συνολική βαθμολογία (Θεοφίλου, 2009).

#### **4.5. Στρατηγικές πρόληψης και αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Λαμβάνοντας υπόψη τους ορισμούς που έχουν προταθεί για την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα θεωρητικά μοντέλα που έχουν διαμορφωθεί για την καλύτερη κατανόηση του, καθώς επίσης και τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί όσον αφορά στην αιτιοπαθογένεια του φαινομένου και στις αρνητικές του συνέπειες, θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι πρόκειται για ένα φαινόμενο πολυπαραγοντικό, για την εμφάνιση του οποίου συνηγορούν ατομικοί και εργασιακοί παράγοντες. Η πολύπλευρη φύση του συνδρόμου θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη όταν

κανείς υιοθετεί μέτρα και στρατηγικές για την πρόληψη και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Μόνο μια συστημική αντίληψη της έννοιας μπορεί να οδηγήσει στην αποτελεσματική αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην εξασφάλιση της συνολικής υγείας των εργαζομένων, την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών και την εύρυθμη λειτουργία ενός οργανισμού ή μιας επιχείρησης.

Ο Cherniss (1995) θεωρεί ότι η λύση στην επαγγελματική εξουθένωση είναι η άσκηση μιας εργασίας η οποία θα έχει ιδιαίτερη σημασία για τον εργαζόμενο ενώ άλλοι μελετητές του φαινομένου θεωρούν ότι μέσα από την ανατροφοδότηση, τη δίκαιη συμπεριφορά, την παροχή καινοτόμου δράσης, την παροχή αναγνώρισης στον εργαζόμενο αλλά και μέσα από εύρυθμες διαπροσωπικές σχέσεις, ο/η εργαζόμενος/η μπορεί να προλάβει την εκδήλωση του συνδρόμου ή θα είναι σε θέση να το διαχειριστεί πιο αποτελεσματικά (Leiter & Maslach, 2004). Άλλοι ερευνητές συνιστούν την εποπτεία και την ψυχοθεραπεία ως στρατηγικές αντιμετώπισης της εξουθένωσης εκ μέρους των εργαζομένων. Επιπλέον, έρευνες στο πεδίο έχουν επισημάνει τον προστατευτικό ρόλο που μπορεί να διαδραματίσουν οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας, οι οποίες μπορούν να αποτελέσουν αποτελεσματική στρατηγική αντιμετώπισης των στρεσογόνων καταστάσεων που προκύπτουν στο εργασιακό περιβάλλον. Έχει φανεί ότι η θετική αλληλεπίδραση μεταξύ των εργαζομένων και οι υγιείς, αλληλουποστηρικτικές συναισθηματικές σχέσεις αυξάνουν την παραγωγικότητα των εργαζομένων και λειτουργούν προστατευτικά έναντι καταστάσεων εργασιακού στρες (Haley-Lock, 2007· Ramajan & Barsade, 2006).

Ως εκ τούτου οι παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης θα πρέπει να στοχεύουν τόσο στο άτομο όσο και στο εργασιακό του περιβάλλον προκειμένου να επιτευχθούν οι επιθυμητές αλλαγές. Τέτοιες αλλαγές είναι δυνατόν να προκύψουν μέσα από τη συστηματική ευαισθητοποίηση – ενημέρωση και μέσα από κατάλληλες παρεμβάσεις με στόχο την ενίσχυση των ικανοτήτων των εργαζομένων και την ανάπτυξη πρόσθετων δεξιοτήτων διαχείρισης εργασιακών συνθηκών (Maslach et al., 2001). Αλλαγές μπορεί να προκύψουν και μέσα από την αλλαγή της συνολικής οργανωσιακής κουλτούρας ενός οργανισμού. Έχει για παράδειγμα υποστηριχτεί ότι η ύπαρξη ενός λιγότερο ελεγχόμενου περιβάλλοντος από την πλευρά της διοίκησης και η παροχή περισσότερων ευκαιριών για ανεξαρτησία και αυτόνομη δράση εκ μέρους των εργαζομένων, μπορεί να



λειτουργήσει προληπτικά στην εμφάνιση των συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης (Ramajan & Barsade, 2006).

## **ΜΕΡΟΣ Β΄: ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> : ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

### **5.1. Τύπος ερευνητικής προσέγγισης**

Προκειμένου να επιτευχθούν οι ερευνητικοί στόχοι της παρούσας μελέτης επιλέχτηκε η ποιοτική ερευνητική προσέγγιση. Η επιλογή της ποιοτικής προσέγγισης στη συγκεκριμένη έρευνα στοχεύει να αναδείξει την άποψη την οποία έχουν οι συνεντευξιζόμενοι και να περιγράψει το τι ακριβώς διαδραματίζεται στο πλαίσιο συγκεκριμένων καταστάσεων (Faulkner, Swann et al., 1999). Οι ποιοτικές μέθοδοι βρίσκουν εφαρμογή σε ερευνητικές προσπάθειες που έχουν ως στόχο να διερευνήσουν, να αναδείξουν και να διακριβώσουν τις σχέσεις όπως αυτές αναπτύσσονται ανάμεσα σε κοινωνικά υποκείμενα και κοινωνικές ομάδες. Επίσης, έχοντας ως στόχο την απάντηση στα ερωτήματα «πώς» και «γιατί», εφαρμόζονται για την ανάδειξη ενδεχομένων συσχετίσεων, την περιγραφή, ανάλυση, ερμηνεία και κατανόηση κοινωνικών φαινομένων και τη διατύπωση ή αναδιατύπωση υποθέσεων και θεωρητικών θέσεων για το κοινωνικό γίγνεσθαι (Ιωσηφίδης, 2003, σ.3).

Τα βασικά χαρακτηριστικά της μεθόδου αυτής είναι: α) η επικέντρωση στο λεγόμενο πραγματικό ή φυσικό περιβάλλον στο οποίο διαδραματίζονται τα γεγονότα, β) το ενδιαφέρον για τις σημασίες, απόψεις και την κατανόηση, γ) η ιδιαίτερη έμφαση στη διαδικασία και δ) η επαγωγική ανάλυση και η τεκμηριωμένη θεωρία (Bird, Hammersley, Gomm & Woods, 1999, σ.147). Σύμφωνα με την Κυριαζή (2009) «... η απόφαση για τις μεθόδους που θα χρησιμοποιηθούν δεν θα πρέπει να στηρίζεται σε τεχνικά κριτήρια, αλλά στη καταλληλότητα συγκεκριμένων μεθόδων να απαντήσουν στα ερωτήματα για την κοινωνική πραγματικότητα, όπως διατυπώνονται αυτά μέσα από το θεωρητικό πλαίσιο της έρευνας» (Κυριαζή, 2009, σ.54).

Η ποιοτική μέθοδος βοηθάει τον ερευνητή να δει το «γιατί συμβαίνει» μια κατάσταση και πολλές φορές προτιμάται ως προσέγγιση στη μελέτη κοινωνικών φαινομένων καθώς:

- δίνει ιδιαίτερη σημασία στη λεπτομέρεια
- περιλαμβάνει τόσο λεκτικές όσο και μη λεκτικές συμπεριφορές
- βοηθάει στην αποκάλυψη βαθύτερων εννοιών
- αποκαλύπτει την πολυπλοκότητα και τις αντιφάσεις των υπό μελέτη ζητημάτων

- συμβάλλει στην καταγραφή όσο το δυνατόν περισσότερων όψεων της πραγματικότητας (Creswell, 1994, σ.145)

Θα διεξάγουμε την έρευνα μας με τη μέθοδο της μελέτης περίπτωσης, η οποία δίνει τη δυνατότητα να σκιαγραφηθεί σε βάθος το "πώς είναι να βρίσκεται κανείς" σε μια συγκεκριμένη κατάσταση και να αποτυπωθεί η πραγματικότητα σε πρώτο πλάνο μέσα από την περιγραφή των βιωμάτων, των σκέψεων και των συναισθημάτων των συμμετεχόντων (Cohen, Manion & Morrison, 2008). Η κυρίαρχουσα μεθοδολογία είναι να αντληθούν αυτές οι σημασίες και ερμηνείες με την εντατική μελέτη περιπτώσεων σε φυσικούς χώρους και με την υποβολή των ευρημάτων σε αναλυτική επαγωγή. Επομένως, μελέτη περίπτωσης είναι μια σε βάθος μελέτη ενός φαινομένου (περίπτωση) στο φυσικό-του περιβάλλον και από την προοπτική γωνία των συμμετεχόντων στη λειτουργία του φαινομένου αυτού (ο.π., σ.313). Το βασικό πλεονέκτημα της επιλεγείσας μεθόδου είναι η δυνατότητα που παρέχει στον/στην ερευνητή/τρια να μελετήσει σε βάθος μια πλευρά ενός προβλήματος σε περιορισμένη χρονική έκταση και μπορεί να ασχολείται με μία περίπτωση (λόγω της μοναδικότητάς της ή με ένα ή περισσότερα ζητήματα, όπως εμφανίζονται σε μία ή περισσότερες περιπτώσεις (Bell, 2001). Η μεθοδολογία της Μελέτης Περίπτωσης συνίσταται από μόνη της σε περιορισμένο αριθμό συμμετεχόντων και για αυτό τον λόγο οι συνεντευξιαζόμενοι είναι μόνο 6.

## 5.2. Ερευνητικές Υποθέσεις

1. Η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία και η επαγγελματική εμπειρία συσχετίζεται με την επαγγελματική εξουθένωση. Συγκεκριμένα οι κοινωνικοί λειτουργοί μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι διαθέτουν περισσότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας και στην προσωπική τους ζωή έχουν οικογένεια αναμένεται να βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης
2. Η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται με εργασιακές συνθήκες όπως το άγχος, ο φόρτος εργασίας, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, ο τρόπος λειτουργίας του οργανισμού και η έλλειψη πόρων. Συγκεκριμένα αναμένεται ότι τα άτομα που βιώνουν υψηλά επίπεδα άγχους στο χώρο της εργασίας τους, έχουν περισσότερες πιθανότητες να εμφανίσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης
3. Οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί που καταφέρνουν να έχουν θετικές διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο της εργασίας τους φαίνεται να

αντιμετωπίζουν πιο αποτελεσματικά το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης

### **5.3. Εργαλείο συλλογής δεδομένων**

Στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας επιλέχτηκε η συνέντευξη, ως μέσο συλλογής δεδομένων. Η συνέντευξη αποτελεί ένα από τα βασικότερα εργαλεία της ποιοτικής μεθόδου και αναφέρεται στην αλληλεπίδραση και στην επικοινωνία μεταξύ προσώπων, που καθοδηγείται από τον ερευνητή ή ερωτώνται με στόχο την απόσπαση πληροφοριών σχετιζομένων με το αντικείμενο της έρευνας (Cohen, Manion & Morrison, 2008). Με άλλα λόγια πρόκειται για την μέθοδο που έχει ως αντικείμενό της να σχηματίσει ένα «νοητικό περιεχόμενο», να αποκαλύψει πτυχές της προσωπικότητας και να αναγνωρίσει συμπεριφορές. Η μέθοδος της συνέντευξης είναι δυνατό να χρησιμοποιείται όταν η έρευνα εστιάζεται: στο υποκειμενικό νόημα μιας κοινωνικής κατάστασης ή φαινομένου, στη διερεύνηση προσωπικών ή κοινωνικών εμπειριών, στάσεων, αντιλήψεων, ιδεών και συμπεριφορών και στη διερεύνηση προσωπικών αντιλήψεων σε σχέση με κοινωνικές διαδικασίες (Kvale, 1996).

Συνέντευξη, όπως αναφέρει ο Δημητρόπουλος (2009) είναι η διαδικασία κατά την οποία ο ερωτών (συνεντευκτής) προσπαθεί, μέσα από μια σχέση επικοινωνίας, να συγκεντρώσει από τον ερωτώμενο τα στοιχεία που ενδιαφέρουν τη συγκεκριμένη έρευνα. Το συγκριτικό της πλεονέκτημα, σε σχέση με το ερωτηματολόγιο, είναι ότι μας επιτρέπει να εξετάσουμε τα ερευνητικά ερωτήματα σε μεγαλύτερο βάθος και εύρος, γιατί οι άνθρωποι είναι περισσότερο πρόθυμοι να μιλούν παρά να γράφουν (Παρασκευόπουλος, 1993). Ο May (1997) αναφέρει ότι οι συνεντεύξεις μπορούν να αποτελέσουν πλούσιες πηγές δεδομένων σχετικά με τις απόψεις, τις φιλοδοξίες και τα συναισθήματα των ανθρώπων. Η αμεσότητα της επικοινωνίας, η δυνατότητα παρατήρησης των αντιδράσεων του υποκειμένου, η δυνατότητα παροχής διευκρινίσεων και συμπληρωματικών στοιχείων είναι μερικά ακόμα πλεονεκτήματα της συνέντευξης σε σχέση με άλλες τεχνικές έρευνας.

Όσον αφορά στη μορφή της συνέντευξης, στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας, θα επιλεχτεί η ημιδομημένη συνέντευξη, διότι ενώ έχει δομή και οργάνωση, χαρακτηρίζεται από μεγαλύτερη ευελιξία και περισσότερα περιθώρια ελευθερίας. Με άλλα λόγια ενώ διεξάγεται βάσει προκατασκευασμένων ερωτήσεων, υπάρχει η δυνατότητα παρεμβάσεων και τροποποιήσεων από πλευράς τού ερευνητή, όπου αυτό ήταν εφικτό και απαραίτητο. Οι βασικές ερωτήσεις που περικλείονται στη δομή της,

κατευθύνουν περισσότερο παρά έχουν ένα δεσμευτικό ρόλο για τη διεξαγωγή της έρευνας. Ο ερευνητής, κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, μπορεί να τροποποιήσει τη σειρά των ερωτήσεων, να προσθέσει ή να αφαιρέσει ερωτήσεις, ακολουθώντας τα ενδιαφέροντα ή τις προκλήσεις των συνομιλητών του και ανάλογα με τη περίπτωση να ζητήσει περισσότερες εξηγήσεις ώστε να διερευνήσει περισσότερο τα θέματα που προκύπτουν (Bell, 2001). Όσον αφορά στο είδος των ερωτήσεων, στη συγκεκριμένη μελέτη επιλέχθηκαν ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Ένα σημαντικό πλεονέκτημα αυτού του είδους των ερωτήσεων είναι ότι επιτρέπουν στον ερωτώμενο να εκφράσει ελεύθερα τις σκέψεις και τα συναισθήματα του, γεγονός που με τη σειρά του επιτρέπει την εις βάθος προσέγγιση των υπό εξέταση ζητημάτων (Βάμβουκας, 2007, σ.251).

Ο συγκεκριμένος τύπος συνέντευξης επιλέχθηκε ως πιο αξιόπιστος, καθώς από τη μια δεν επιβάλλει αυστηρό και συγκεκριμένο πλαίσιο και από την άλλη όμως δεν αφήνει απεριόριστη ελευθερία κινήσεων. Σε αντίθεση με τη δομημένη συνέντευξη, όπου όλες οι ερωτήσεις είναι σχεδιασμένες και διατυπωμένες εκ των προτέρων, δημιουργώντας ένα κατευθυνόμενο κλειστό περιβάλλον απαντήσεων, η ημι-δομημένη συνέντευξη στηρίζεται σε ένα αρχικό πλάνο θεματικών περιοχών, από το οποίο δύναται να προκύψουν νέες ερωτήσεις, διαμορφώνοντας τον ατομικό χαρακτήρα, της κάθε συνέντευξης (Ιωσηφίδης, 2003). Επίσης, σε σχέση με την ελεύθερη συνέντευξη κρίθηκε ως καταλληλότερη επιλογή καθώς η δεύτερη ενέχει τον κίνδυνο απομάκρυνσης από το ερευνητικό ζήτημα, αφού χαρακτηρίζεται από πλήρη ελευθερία του συνεντευξιαζόμενου στο να καταθέσει προσωπικές απόψεις χωρίς να δεσμεύεται από κάποιο θεματικό πλαίσιο.

Σύμφωνα με τον Ιωσηφίδη (2003, σσ.40-41), τα πλεονεκτήματα της ημιδομημένης συνέντευξης είναι ότι επιτρέπει την άντληση δεδομένων σε βάθος και μπορεί να οδηγήσει στην ανάδειξη θεμάτων που δεν είχαν προκαθοριστεί από τον ερευνητή. Συνοπτικά, ο τύπος της ημι-δομημένης συνέντευξης επιλέχθηκε για τους παρακάτω λόγους :

- § Η ημι-δομημένη συνέντευξη στηρίζεται σε ένα γενικό πλάνο κατασκευής αξόνων ερωτήσεων παρέχοντας παράλληλα ευελιξία απαντήσεων και γενικότερα διευρυμένου επικοινωνιακού περιβάλλοντος αλληλεπίδρασης των συμμετεχόντων μερών σε αυτή
- § Εστιάζει στο περιεχόμενο, υποβόσκον - επικαλυπτόμενο μήνυμα των λεγομένων του συνεντευξιαζόμενου, υποβάλλοντας το συνεντευκτή σε

διατύπωση συμπληρωματικών - δευτερευουσών ερωτήσεων, προκειμένου να ανιχνευθούν τα βασικά ερωτήματα της έρευνας

§ Εμβαθύνει, διερευνά, ξεχωρίζει και αποσαφηνίζει τις σκέψεις και αντιλήψεις των ερωτηθέντων για το ερευνώμενο ζήτημα, επιδιώκοντας να αποτιμήσει τον τρόπο με τον οποίο τα υποκείμενα της έρευνας συμπεριφέρονται και αντιδρούν σε προσωπικές καταστάσεις της ζωής τους

§ Πραγματοποιείται βάσει ανοικτών ερωτήσεων, οι οποίες αποκτούν διαφορετικό νόημα για τον κάθε ερωτώμενο, δίνοντας του τη δυνατότητα για προσωπικές περιγραφικές απαντήσεις.

Ο σχεδιασμός της συνέντευξης στο πλαίσιο της παρούσας εργασίας βασίστηκε πάνω σε θεματικούς άξονες, οι οποίοι συνάδουν με τα ερευνητικά ερωτήματα. Η δομή της (Παράρτημα) αποτελείται από τρεις άξονες, όπως προκύπτουν από τα ερευνητικά ερωτήματα και τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων. Τα δημογραφικά στοιχεία αφορούσαν σε χαρακτηριστικά όπως το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την ύπαρξη τέκνων και τα χρόνια προϋπηρεσίας στην ειδικότητα του κοινωνικού λειτουργού. Η συνέντευξη οργανώθηκε γύρω από τους ακόλουθους τρεις άξονες ερωτήσεων:

Ο πρώτος άξονας επικεντρώνεται σε ερωτήσεις που αφορούν στη διερεύνηση εργασιακών και ατομικών παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε επαγγελματίες Κοινωνικούς Λειτουργούς και συγκεκριμένα τις συνθήκες εμφάνισης του φαινομένου, τους τρόπους που μπορεί να επηρεάσει την εργασία αλλά και την προσωπική/κοινωνική ζωή τους.

Στον δεύτερο άξονα έγινε προσπάθεια οι ερωτήσεις να προσανατολίσουν τη συνέντευξη στις προσωπικές εμπειρίες των συμμετεχόντων όσον αφορά στην εμφάνιση ή μη της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς. Οι ερωτήσεις αφορούσαν την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων στο χώρο της εργασίας, τις εργασιακές καταστάσεις που αποτελούν πηγές άγχους και πίεσης και τις δυσκολίες που συναντούν στο πλαίσιο της εργασίας τους, τις εργασιακές καταστάσεις από τις οποίες αντλούν ικανοποίηση, τα συναισθήματα που βιώνουν και τις σκέψεις που κάνουν εξαιτίας των δυσκολιών που βιώνουν. Διερευνήθηκαν επίσης στοιχεία στην προσωπικότητα τους, τα οποία τους καθιστούν πιο ανθεκτικούς όσον αφορά στην εμφάνιση συμπτωμάτων Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Τέλος, οι κοινωνικοί λειτουργοί του δείγματος

ρωτήθηκαν αν ποτέ έχουν βιώσει συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην παρούσα εργασιακή τους απασχόληση.

Ο τρίτος άξονας περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τους τρόπους αντιμετώπισης του συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης από τους συμμετέχοντες και τις προτάσεις τους για αλλαγές που θα μπορούσε να κάνει η Διοίκηση του Νοσοκομείου, ο Διευθυντής ή και ο/η Προϊστάμενος/η ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης.

#### **5.4. Πιλοτική Έρευνα**

Για να ελεγχθεί η σαφήνεια, η ευστοχία και η αποτελεσματικότητα των ερωτήσεων με απώτερο στόχο την οριστικοποίηση των βασικών ερωτημάτων της συνέντευξης πραγματοποιήθηκε πριν από την κυρίως έρευνα, δοκιμαστική ή πιλοτική έρευνα (Κυριαζή, 2005), που αφορούσε στη λήψη συνέντευξης από ένα κοινωνικό λειτουργό. Οι παρατηρήσεις του ερωτώμενου σχετικά με τη σαφήνεια των ερωτημάτων, την κατανόησή τους και τα τυχόν προβλήματα που διαπίστωνε κατά τη διάρκεια της συνέντευξης οδήγησαν στην τελική διαμόρφωση των βασικών ερωτημάτων.

#### **5.5. Εγκυρότητα και αξιοπιστία των συνεντεύξεων**

Για να διασφαλιστεί σε ένα βαθμό η εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της συνέντευξης, προσπάθεια καταβλήθηκε έτσι ώστε να ελαττωθεί όσο γινόταν περισσότερο, όπως αναφέρουν και οι Cohen και συν. (2008, σ.205) η μεροληψία. Πηγές μεροληψίας θα μπορούσαν να είναι η προετοιμασία της διεξαγωγής των συνεντεύξεων, τα χαρακτηριστικά του συνεντευξιαζόμενου και το ουσιαστικό περιεχόμενο των ερωτήσεων. Προκειμένου να επιτευχθεί αυτό προσέχθηκε ιδιαίτερα η διατύπωση των ερωτήσεων έτσι ώστε το μήνυμα να είναι ξεκάθαρο και μελετήθηκε η διαδικασία της διεξαγωγής της συνέντευξης για να μπορούν να αντιμετωπισθούν τυχόν προβλήματα που μπορεί να προέκυπταν. Επίσης, για να ενισχυθεί η αξιοπιστία έγινε προσπάθεια να ακολουθηθεί η ίδια δομή και αλληλουχία λέξεων και ερωτήσεων για κάθε συμμετέχοντα (Cohen και συν., 2008, σ.206).

#### **5.6. Συμμετέχοντες της έρευνας**

Το δείγμα της διερευνητικής αυτής προσπάθειας αποτελούν έξι κοινωνικοί λειτουργοί. Συγκεκριμένα πρόκειται για γυναίκες κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στα Νοσοκομεία της Αθήνας και της Πάτρας. Οι τρεις από τις έξι συμμετέχουσες ανήκουν στην ηλικιακή ομάδα των 31-40 ετών, είναι άγαμες, δεν



έχουν τέκνα και έχουν 6 – 10 χρόνια προϋπηρεσίας στην ειδικότητα. Δύο κοινωνικοί λειτουργοί του δείγματος είναι από 41 έως 50 ετών, είναι έγγαμες με παιδιά και αναφέρουν ότι ασκούν το επάγγελμα από 11 έως 20 χρόνια. Η έκτη συνεντευξιαζόμενη είναι 51 – 60 ετών, άγαμη, χωρίς τέκνα και δηλώνει ως χρόνια προϋπηρεσίας τα 21 – 25 χρόνια.

Το δείγμα επιλέχτηκε με τη μέθοδο του διαθέσιμου δείγματος (‘‘βολική’’ δειγματοληψία) σε συνδυασμό με τη σκόπιμη δειγματοληψία, δηλαδή επιλέχτηκαν τα πλησιέστερα άτομα που ήταν διαθέσιμα και δέχτηκαν να λάβουν μέρος στην έρευνα (Cohen και συν., 2008).

### **5.7. Τύπος και χρόνος έρευνας**

Η διεξαγωγή της παρούσας μελέτης έγινε στο χώρο εργασίας των συμμετεχόντων, δηλαδή στο Νοσοκομειακό Πλαίσιο όπου εργάζονταν οι κοινωνικοί λειτουργοί. Οι συνεντεύξεις διεξήχθησαν είτε κατά την διάρκεια του ωραρίου εργασίας τους αλλά σε κάποιες περιπτώσεις -λόγω φόρτου εργασίας τους- μετά το πέρας της καθημερινής τους εργασίας. Λόγω περιορισμένου χρόνου ολοκλήρωσης της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας οι συνεντεύξεις προγραμματίστηκαν και υλοποιήθηκαν μέσα σε 2 εβδομάδες και η διάρκεια της καθεμίας κυμαίνονταν από 30-45’. Οι ερευνήτριες, παρείχαν, όπου και όταν, χρειαζόταν τις απαραίτητες διευκρινίσεις.

### **5.8. Μέθοδος ποιοτικής ανάλυσης**

Η ανάλυση των δεδομένων, τα οποία προέκυψαν από τις συνεντεύξεις, βασίστηκε στην **ανάλυση περιεχομένου** (content analysis). Η ανάλυση **περιεχομένου** (content analysis) είναι μια ποιοτική μέθοδος ανάλυσης, η οποία αποσκοπεί στην παρουσίαση των αποτελεσμάτων με αντικειμενικό και συστηματικό τρόπο, ο οποίος θα περιγράφει τόσο με ποσοτικό, όσο και με ποιοτικό τρόπο το αποτέλεσμα της επικοινωνίας που προκύπτει από τη συνέντευξη, με σκοπό να τα κωδικοποιήσει, να τα καταγράψει και να τα ερμηνεύσει (Gall, Borg, & Gall, 1996). Επίσης, η ανάλυση περιεχομένου συμβάλει στην καταγραφή και αξιολόγηση ποιοτικών στοιχείων, που αναφέρονται στο νόημα, στο ύφος των αναφορών κ.ά., στοιχεία που οι ποσοτικές μέθοδοι έρευνας αδυνατούν, συχνά, να καταγράψουν και να μελετήσουν. Η ανάλυση περιεχομένου, επομένως, συνιστά μια ερευνητική μέθοδο η οποία συμβάλλει στη συστηματική κωδικοποίηση του γραπτού και προφορικού λόγου και στηρίζεται στη

διαμόρφωση κατηγοριών στις οποίες μπορούν να ενταχθούν τα τμήματα επικοινωνίας που εξετάζει μια έρευνα (Ιωσηφίδης, 2003).

Η εν λόγω μέθοδος χρησιμοποιείται για τον προσδιορισμό: α) των χαρακτηριστικών του περιεχομένου, β) των χαρακτηριστικών του πομπού της επικοινωνίας, γ) των χαρακτηριστικών των αποδεκτών της επικοινωνίας και των επιπτώσεών της σε αυτούς, με σκοπό την εξαγωγή εγκύρων συμπερασμάτων. Πρόκειται για μία διαδικασία η οποία περιλαμβάνει τρεις διακριτές φάσεις: α) τη συλλογή στοιχείων, β) την κωδικοποίηση και ανάλυση στοιχείων και γ) την παρουσίαση της ανάλυσης (Βάμβουκας, 2002)

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας για την επεξεργασία των πληροφοριών, ως **ενότητα ανάλυσης** θα χρησιμοποιηθεί η **θεματική ή σημασιολογική ανάλυση**. Η **θεματική ή σημασιολογική ανάλυση** εστιάζει σε έννοιες, νοήματα ή θέματα που ανακαλούνται αναφορικά με το αντικείμενο μελέτης, συγκεντρώνονται πληροφορίες για το αντικείμενο και το πώς αυτό γίνεται αντιληπτό από άτομα ή ομάδες (γνώμες, πεποιθήσεις, ερμηνείες που διατυπώνονται). Με αυτόν τον τρόπο γνωστοποιούνται στον ερευνητή τόσο τα αντικείμενα, όσο και τα υποκείμενα που οδηγήθηκαν για να εκφραστούν με έναν συγκεκριμένο τρόπο για το αντικείμενο. Η φράση (ως τμήμα με αυτοτελές εννοιολογικό περιεχόμενο) ή το θέμα (ως τμήμα του λόγου που αντιστοιχεί σε μια ιδέα), χρησιμοποιούνται με σκοπό την επιλογή και την ορθολογική οργάνωση κατηγοριών οι οποίες συμπυκνώνουν (συνοπτική μορφή) το ουσιώδες περιεχόμενο ενός κειμένου, μιας επικοινωνίας. Το περιεχόμενο (υλικό της επικοινωνίας) διακρίνεται σε ενότητες ανάλυσης, επιτρέποντας την ποσοτικοποίηση των αποτελεσμάτων και την περαιτέρω σύγκριση, με προϋπόθεση τον ισότιμο υπολογισμό των μονάδων της κατηγοριοποίησης (Τζάνη, 2005, σ.6).

Η θεματική ή σημασιολογική ανάλυση δηλαδή έχει ως στόχο τη δημιουργία μιας ευρύτερης ομάδας όπου θα συμπεριλαμβάνονται κατηγορίες. Εφόσον οριστεί μια αρχική ενότητα θεμάτων, τα δεδομένα που θα προκύψουν σαν στοιχεία επιπρόσθετα, θα κωδικοποιηθούν και θα κατανεμηθούν στις ανάλογες κατηγορίες. Σύμφωνα με αυτή τη μέθοδο οι διαθέσιμες πληροφορίες, του υλικού των συνεντεύξεων, υποβάλλονται σε αλληπάλληλες προσεγγίσεις, με στόχο και με βάση τις απαντήσεις να δημιουργηθούν τελικά κατηγορίες (θέματα) ανάλυσης (Εγχειρίδιο Μελέτης, ΕΚΠ 51, ΕΑΠ, 1999, σσ.198-199), στις οποίες εντάσσεται το υλικό με βάση το περιεχόμενό τους. Το αποτέλεσμα της παραπάνω διαδικασίας είναι να υπάρχουν ολοκληρωμένα σύνολα θεμάτων και σε καθένα από αυτά να υπάρχουν

χαρακτηριστικά αποσπάσματα δεδομένων και πληροφοριών. Οι απαντήσεις κωδικοποιημένες και κατανεμημένες στις ανάλογες κατηγορίες, θα αποτελέσουν υλικό για παραπέρα ανάλυση και προβληματισμό μέσω γραπτών και περιγραφικών εξηγήσεων με τη χρήση της ποιοτικής προσέγγισης (Τζάνη, 2005, σ.6).

Σε αυτό το σημείο σημαντικό είναι να αναφερθεί ότι όσον αφορά στην ανάλυση των δεδομένων, λόγω του περιορισμένου αριθμού των συνεντευξιαζόμενων που συμμετείχαν στην παρούσα ερευνητική μελέτη (6 γυναίκες κοινωνικοί λειτουργοί) και της συμπλήρωσης όλων των απαραίτητων στοιχείων -κατά την διάρκεια της κάθε συνέντευξης- δεν κρίθηκε απαραίτητη η μαγνητοφώνηση τους, και κατά συνέπεια, η απομαγνητοφώνησης τους.

### **5.9. Ζητήματα ηθικής και δεοντολογίας**

Στο πλαίσιο της διεξαγωγής της έρευνας για λόγους δεοντολογίας σχεδιάστηκε η αρχική προσέγγιση των συνεντευξιαζόμενων και ένα ενημερωτικό φυλλάδιο προς ενημέρωσή τους (Παράρτημα). Δόθηκε μεγάλη βαρύτητα στην αρχική προσέγγιση των συμμετεχόντων στην έρευνα καθώς η δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης παίζει καθοριστικό ρόλο για την έκβαση της συνέντευξης. Πριν από τη διεξαγωγή της συνέντευξης δόθηκε το ενημερωτικό φυλλάδιο και εξασφαλίστηκε η συναίνεση των συμμετεχόντων.

Όσον αφορά στην τήρηση του απορρήτου των συμμετεχόντων της έρευνας, ξεκαθαρίστηκε το ζήτημα της ανωνυμίας, δίνοντας εγγυήσεις για το πώς θα χρησιμοποιηθούν οι πληροφορίες, όπως επίσης και το ότι θα γίνει σεβαστή η επιθυμία τους για διακοπή της συνέντευξης ή για μη δημοσιοποίηση των δεδομένων. Οι συνεντευξιαζόμενοι δεν κατέγραψαν τα προσωπικά τους στοιχεία πέραν των βασικών δημογραφικών. Οι συμπληρωμένες συνεντεύξεις καταχωρούνταν σε ένα φάκελο έτσι ώστε να μην υπάρχει πιθανότητα ανάγνωσης τους από άλλα άτομα - συμμετέχοντες ή μη- στη παρούσα μελέτη. Επίσης, οι συνεντευξιαζόμενοι της παρούσας έρευνας δεν πιέστηκαν με οποιοδήποτε τρόπο για συμμετοχή τους σε αυτή και για αυτό τον λόγο ενώ αρχικά είχαν προσεγγιστεί 10 κοινωνικοί λειτουργοί στο τέλος συμμετείχαν εκείνοι οι οποίοι μπορούσαν να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για την υλοποίηση της έρευνας οικειοθελώς.

Καθώς η πλειοψηφία των απασχολούμενων κοινωνικών λειτουργών ανέκαθεν αποτελούνταν από γυναικείο πληθυσμό οι ερευνήτριες της συγκεκριμένης μελέτης συνάντησαν σοβαρή δυσκολία στην εύρεση ανδρών κοινωνικών λειτουργών. Πιο

συγκεκριμένα, ενώ ήρθαν σε επικοινωνία με 2 κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται ως Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί εκείνοι με την σειρά τους αρνήθηκαν να συμμετέχουν σε αυτή καθώς όπως εξήγησαν πίστευαν ότι δεν θα μπορούσε να διασφαλιστεί η ανωνυμία τους αφού ήταν οι μόνοι εργαζόμενοι άνδρες στην ειδικότητα. Φυσικά, η επιθυμία τους, για ηθικούς και δεοντολογικούς λόγους έγινε αμέσως αποδεκτή από τις ερευνήτριες της παρούσας μελέτης.

### **5.10. Περιορισμοί έρευνας**

Ένας σημαντικός περιορισμός της παρούσας έρευνας σχετίζεται με την ερευνητική προσέγγιση που επιλέχτηκε, καθώς η αξιοπιστία και η εγκυρότητα της έρευνας επηρεάζεται το είδος της μεθοδολογίας της έρευνας που επιλέγεται καθώς και τα εργαλεία συλλογής των δεδομένων που χρησιμοποιούνται επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό της εγκυρότητα και την αξιοπιστία μιας έρευνας (Cohen, Manion & Morrison, 2008). Ως εκ τούτου η παρούσα έρευνα επηρεάζεται από τα μειονεκτήματα που συνοδεύουν τις ποιοτικές μεθόδους έρευνας.

Στα μειονεκτήματα των ποιοτικών ερευνών και του τεχνικού εργαλείου της συνέντευξης, εντάσσεται ο ανθρώπινος προσωπικός παράγοντας όπου ασυναίσθητα (κάποιες φορές) παρεμβαίνει στον ερευνητή και έχει ως αποτέλεσμα να μεταφέρει χρωματισμένες, υποκειμενικές απόψεις προς τα υποκείμενα-αντικείμενα της μελέτης. Σύμφωνα με τον Παρασκευόπουλο (1993) η ποιοτική προσέγγιση *«είναι ευάλωτη στην υποκειμενικότητα και τη μεροληψία τόσο του εξεταστή όσο και του εξεταζόμενου, με αποτέλεσμα να μειώνεται, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα των συλλεγόμενων πληροφοριών»* (Παρασκευόπουλος, 1993, σ.129). Έτσι από τη πλευρά του εξεταστή, οι προσωπικές του απόψεις, η τάση του να εκμαιεύσει απαντήσεις ανάλογα με αυτό που ερευνά, οι παρερμηνείες κ.λ.π μπορεί να αλλοιώσουν τα συλλεγόμενα στοιχεία. Από τη πλευρά του εξεταζόμενου, μειονέκτημα μπορεί να αποτελεί η διάθεση του να εκθέσει τον εαυτό του πραγματικά και η διστακτικότητά του να αναφερθεί σε προσωπικά δεδομένα. Μια ακόμα αδυναμία της ποιοτικής έρευνας αφορά στο γεγονός ότι οι μεμονωμένες ποιοτικές μελέτες δεν μπορούν να αποτελέσουν βάση γενίκευσης των αποτελεσμάτων μέσω της αναλυτικής επαγωγής και ότι μας παρέχουν πληροφορίες που είναι δύσκολο να ταξινομηθούν και να κατηγοριοποιηθούν.

Από τη σχετική βιβλιογραφία (Cohen, Manion & Morrison, 2008) προκύπτει ότι οι μεροληψίες από την πλευρά του ερευνητή αλλά και του ερωτώμενου που οφείλονται στο χαρακτήρα, στις απόψεις και στις πεποιθήσεις, οι πιθανές

παρεξηγήσεις κατά τη διάρκεια της συνέντευξης, οι ασάφειες των ερωτήσεων, η μη σύγκριση με άλλες έρευνες σχετικές με το προς διερεύνηση ζήτημα, καθώς και η χρήση ενός ερευνητικού εργαλείου ή η απουσία τριγωνοποίησης στο επίπεδο των υποκειμένων της έρευνας, αποτελούν βασικά ζητήματα εγκυρότητας μιας ποιοτικής έρευνας. Από την άλλη πλευρά η μη επιστημονική επιλογή και η έκταση του δείγματος της έρευνας, η φιλική σχέση συνεντευκτή-ερωτώμενου, ο ελλιπής έλεγχος και η μη τήρηση των προδιαγραφών του σχεδίου έρευνας, οι μη επαρκώς καθορισμένοι στόχοι και η ασάφεια των ερευνητικών ερωτημάτων, δημιουργούν πρόβλημα αξιοπιστίας σε μια εκπαιδευτική έρευνα.

Αναφορικά με το φύλο των συνεντευξιζόμενων, όπως προαναφέρθηκε και στην προηγούμενη υποενότητα, -για πρακτικούς λόγους- συμμετείχαν μόνο γυναίκες Νοσοκομειακοί κοινωνικοί λειτουργοί.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> : ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **6.1. Διερεύνηση Εργασιακών και Ατομικών Παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης (1<sup>ος</sup> Άξονας)**

#### **6.1.1. Συνθήκες εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Ως βασικές συνθήκες εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης αναφέρονται από τις συνεντευξιαζόμενες ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, οι πιεστικές εργασιακές συνθήκες και οι κακές επαγγελματικές σχέσεις με τους συναδέλφους. Είναι χαρακτηριστικό ότι οι τέσσερις από τις έξι κοινωνικούς λειτουργούς αναφέρουν ως συνθήκη για την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης την έλλειψη υποστηρικτικών διαπροσωπικών σχέσεων στο πλαίσιο της εργασίας τους.

#### **Συγκεκριμένα δηλώνουν:**

*...Κακές σχέσεις, εντάσεις στην εργασία, πολλές διαφωνίες και συγκρούσεις που επηρεάζουν την αποτελεσματικότητα...*

*...Κάτω από ένα καθημερινό περιβάλλον πίεσης και συγκρούσεων μεταξύ συναδέλφων...*

*...Κακή συνεργασία με συναδέλφους/ συνεργάτες άλλων ειδικοτήτων...*

*...Όταν έχει υπερβολικό, μη διαχειρίσιμο, φόρτο εργασίας, όταν επικρατούν κακές εργασιακές συνθήκες, όταν υπάρχουν κακές επαγγελματικές σχέσεις...*

Ως άλλες αιτίες εμφάνισης της εξουθένωσης αναφέρονται από μια κοινωνική λειτουργό οι ευρύτερες κοινωνικο-οικονομικές συνθήκες και από μια άλλη η έλλειψη εποπτείας. Χαρακτηριστικά αναφέρουν:

*...Αλλαγές μη αφομοιώσιμες όπως η οικονομική κρίση και κατεπέκταση και κοινωνικές και πολιτικές...*

και

*...αλλά και όταν υπάρχει έλλειψη εποπτείας στην άσκηση του ρόλου όπου θα μπορούσε να δίνεται η ευκαιρία συναισθηματικής εκτόνωσης από πολύπλοκα περιστατικά...*

#### **6.1.2. Τρόποι επίδρασης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην εργασία**

Στην ερώτηση «Με ποιούς τρόπους θεωρείται ότι μπορεί η Επαγγελματική Εξουθένωση να επηρεάσει τη δουλειά σας γενικότερα στο χώρο του Νοσοκομείου;», οι συμμετέχουσες στην έρευνα αναφέρουν την απώλεια διάθεσης για εργασία, μείωση αποδοτικότητας και επίδραση στη σχέση κοινωνικού λειτουργού και

εξυπηρετούμενου. Από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι όταν βιώνει ο/η επαγγελματίας κοινωνικός λειτουργός συμπτώματα εξουθένωσης επηρεάζεται η ποσότητα και η ποιότητα της εργασίας του. Χαρακτηριστικές απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών είναι οι παρακάτω:

*...Μη αποδοτικότητα, οι ασθενείς – πελάτες το δαισθάνονται και αρχίζουν να δυσανασχετούν. Χάνουν την ψυχραιμία τους και σε αμφισβητούν...*

*...Όταν ένας εργαζόμενος είναι επαγγελματικά εξουθενωμένος δεν μπορεί να συγκεντρωθεί στην δουλειά του αποδοτικά και έτσι επηρεάζεται και η ποσότητα αλλά κυρίως η ποιότητα εργασίας του...*

*...Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει έναν επαγγελματία στο χώρο του Νοσοκομείου στην αποδοτικότητά του και γενικότερα στην εργασία του με τον εξυπηρετούμενο....*

*...Μπορεί να έχει επίδραση στην ποιότητα της δουλειάς...*

### **6.1.3. Τρόποι επίδρασης της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην προσωπική/κοινωνική ζωή**

Όσον αφορά στην παραπάνω κατηγορία υπάρχει απόλυτη συμφωνία ότι οι αρνητικές επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν περιορίζονται μόνο στον εργασιακό χώρο αλλά επηρεάζουν πλευρές της προσωπικής και κοινωνικής ζωής, με τη μεταφορά των αρνητικών συναισθημάτων στο οικογενειακό και ευρύτερο περιβάλλον. Το τελευταίο θεωρείται από τις συνεντευξιαζόμενες η βασικότερη αρνητική συνέπεια της εξουθένωσης. Στη συνέχεια αναφέρονται τα παραδείγματα που δίνουν:

*...Όταν είμαι πολύ κουρασμένη και ιδίως όταν υπάρχουν προστριβές με συναδέλφους ή με τον Διευθυντή μου κάποιες φορές ξεσπάω στα παιδιά μου ή κυρίως στο σύζυγο μου...*

*...Φυσικά και μπορεί να επηρεάσει, γιατί εάν ένας εργαζόμενος αισθάνεται 'ξεζουμισμένος' από την εργασία του τότε δεν έχει ψυχικές και σωματικές αντοχές να ανταποκριθεί ικανοποιητικά σε όλες τις υπόλοιπες σχέσεις και δραστηριότητες και μπορεί να μεταφέρει την κακή του διάθεση και στην οικογένεια του και το περιβάλλον του γενικότερα....*

Υπήρξαν επίσης απαντήσεις που αναφέρονται σε συμπτώματα που σχετίζονται με την επίδραση του συνδρόμου στην σωματική και ψυχολογική

κατάσταση των συμμετεχόντων στην έρευνα και γίνεται λόγος για καταστάσεις όπως ο θυμός, η πίεση, το άγχος και η αϋπνία

*...Πολλές φορές μου χρειάζεται αρκετός χρόνος μετά την εργασία για να ηρεμήσω και να μπορέσω να κάνω άλλα πράγματα. Ιδιαίτερα οι πολλές συγκρούσεις μπορεί να μου φέρουν αϋπνία κι νιώθω την ανάγκη να μιλήσω για όλα αυτά που συνέβησαν..*

*Αρκετά, διότι, επιφέρει άγχος και άρνηση, αφού υπάρχει αρκετή πίεση λόγω των πολλών περιστατικών...*

*...Το αίσθημα μείωσης του θυμού που μπορεί να νιώθει ο επαγγελματίας μπορεί να μεταφερθεί στην προσωπική ζωή με την μορφή εκνευρισμού και απόσυρσης...*

## **6.2. Προσωπικές εμπειρίες εμφάνισης ή μη του φαινομένου στους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς (2<sup>ος</sup> Άξονας)**

### **6.2.1. Σχέσεις με τους υπόλοιπους συναδέλφους στο χώρο του Νοσοκομείου**

Σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους, η πλειοψηφία του δείγματος αναφέρει ότι οι σχέσεις είναι τυπικές και κάποιες φορές κακές και συγκρουσιακές. Μόνο μια από τις συνεντευξιαζόμενες αναφέρει την ύπαρξη φιλικών σχέσεων.

*...Τυπικές αλλά πλέον δεν με πειράζει αυτό γιατί στο παρελθόν υπήρχαν πολλές εντάσεις οι οποίες έχουν υποχωρήσει. Πλέον κατάλαβα ότι δεν μπορούμε να είμαστε φίλοι απλά να έχουμε τυπική συναδελφική σχέση...*

*...Με τους συναδέλφους κοινωνικούς λειτουργούς οι σχέσεις μας είναι δυστυχώς, με την πλειοψηφία εξ αυτών, τυπικές, άκρως επαγγελματικές και με 1-2 άτομα σχετικά κακές και αυτό είναι αρκετά ψυχοφθόρο για εμένα...*

*...Οι σχέσεις με τους συναδέλφους με κάποιους είναι καλές, αλλά με άλλους συγκρουσιακές...*

*...Καλές τυπικές σχέσεις με κάποιες εξαιρέσεις όπου η σχέση είναι πιο φιλική – προσωπική...*

Αντιφατικές θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν οι απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών σχετικά με την ποιότητα της σχέσης τους με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, μια αντίφαση που ωστόσο είναι δικαιολογημένη αν αναλογιστεί κανείς ότι η δημιουργία διαπροσωπικών σχέσεων αλλά και ο τρόπος αντίληψης και βίωσης τους επηρεάζεται πολύ από προσωπικά χαρακτηριστικά.



Δύο από τις έξι συμμετέχουσες αναφέρουν ότι οι σχέσεις με το υπόλοιπο προσωπικό του Νοσοκομείου είναι ικανοποιητικές. Συγκεκριμένα δηλώνουν ότι:

*...Με το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό οι σχέσεις μου είναι τυπικές αλλά αρκετά ικανοποιητικές και δεν μου δημιουργούν κανένα ιδιαίτερο άγχος, εκτός από μεμονωμένα γεγονότα που σχετίζονται με πολύπλοκα περιστατικά...*

*...Με το νοσηλευτικό και το ιατρικό προσωπικό οι σχέσεις μου είναι καλές. Με τους συναδέλφους μέτριες έως κακές...*

Ωστόσο, μια κοινωνική λειτουργός υποστηρίζει ότι:

*...Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό έρχεται σε σύγκρουση μαζί μας αρκετές φορές, διότι δεν μπορούμε πάντα να ανταπεξέλθουμε στην εξυπηρέτηση των αιτημάτων τους και πολλές φορές επεμβαίνουν στον ρόλο μας...*

### **6.2.2. Καταστάσεις από τις οποίες οι κοινωνικοί λειτουργοί αντλούν ευχαρίστηση στην εργασία τους**

Λαμβάνοντας υπόψη τις απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών σε αυτή τη θεματική ενότητα, το γενικό συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι η βασικότερη πηγή ικανοποίησης είναι η θετική έκβαση των περιστατικών, η οποία συνδέεται με το αίσθημα της επαγγελματικής αναγνώρισης, το οποίο ως ανάγκη εμφανίζεται πολύ έντονα στο δείγμα της έρευνας. Αναλυτικότερα οι συνεντευξιαζόμενες δηλώνουν:

*...Ναι, όταν βλέπω ότι πηγαίνουν καλά τα περιστατικά μου και ιδιαίτερα δε όταν επανέρχονται μετά από καιρό και με ευχαριστούν...*

*...Ναι, σπάνια προσφέροντας βοήθεια σε ανθρώπους που πραγματικά το χρειάζονται και λαμβάνοντας ένα απλό «ευχαριστώ»...*

*...Από τα θετικά σχόλια των εξυπηρετούμενων. Από την εύρεση λύσεων στα αιτήματα και από την επαγγελματική αναγνώριση από συναδέλφους ή συνεργάτες άλλων ειδικοτήτων....*

*...Οι καλές σχέσεις με τους συναδέλφους και η καλή έκβαση των περιστατικών. Ο καλός λόγος των συνεργατών, των εκπαιδευόμενων και οι εκτός νοσοκομείου φίλοι και συγγενείς...*

Επίσης, ως πηγή ικανοποίησης αναφέρεται η αίσθηση αποδοτικότητας και η αντίληψη ότι η παρεχόμενη εργασία έχει χρησιμότητα και ενδιαφέρον

*...Ναι, υπάρχουν. Συγκεκριμένα όταν έχουμε την δυνατότητα και μπορούμε να ανταπεξέλθουμε και να είμαστε χρήσιμοι και αποδοτικοί απέναντι στους εξυπηρετούμενους...*

*...Απασχολούμαι, κατ' επιλογή, σε 4 δι-επιστημονικές ομάδες και αυτό αποτελεί πηγή επαγγελματικής ικανοποίησης σε εμένα καθώς έχω ανάγκη για εναλλαγή αντικειμένου εργασίας αλλά έχω και την χαρά να προσφέρω τις επαγγελματικές μου γνώσεις και εμπειρίες σε αρκετούς τομείς...*

### **6.2.3. Δυσκολίες στην άσκηση της Νοσοκομειακής Κοινωνικής Εργασίας (συναισθήματα – σκέψεις)**

Οι βασικές δυσκολίες που αναφέρουν οι κοινωνικοί λειτουργοί του δείγματος αφορούν στην έλλειψη της κατάλληλης υποδομής, η οποία όπως τονίζουν επηρεάζει την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν και δυσχεραίνει την επικοινωνία με τους εξυπηρετούμενους. Η συγκεκριμένη πηγή δυσκολίας περιγράφεται εύγλωττα από δύο συνεντευξιαζόμενες:

*...Ναι αρκετές, σε καθημερινή βάση, και αυτές επικεντρώνονται στην έλλειψη/ανεπάρκεια του διαθέσιμου από τον Φορέα χώρου άσκησης της εργασίας μας (έχουμε μόνο 1 δωμάτιο και δεν μπορούμε να εργαστούμε εύκολα 2 συνάδελφοι ταυτόχρονα. Επίσης, υπάρχει έλλειψη οικονομικών πόρων στην διαθεσιμότητα μας στην Κοινωνική Υπηρεσία. Άρα αναγκαζόμαστε να απαντούμε με αρνητικό τρόπο στα αιτήματα των εξυπηρετούμενων γονέων, οι οποίοι, κατά περιόδους, αντιδρούν με ακραίους τρόπου π.χ. μέχρι και μας φτύνουν οι αθίγγανοι γονείς ή μας βρίζουν ή καταριούνται. Κάποιοι έχουν αναφέρει ότι δεν υπάρχει λόγος να εργαζόμαστε αν δεν μπορούμε στην ουσία να τους βοηθήσουμε...*

*...Σχεδόν καθημερινά αντιμετωπίζουμε δυσκολίες στην άσκηση του ρόλου μας λόγω της έλλειψης χώρων – γραφείων και της ανάγκης να εργαζόμαστε στον ίδιο χώρο 3-4 άτομα. Αυτή η δεδομένη κατάσταση προκαλεί πίεση και αδυναμία συγκέντρωσης, ώστε να μπορέσουμε να εργαστούμε...*

Ως πηγή δυσκολίας αναφέρεται επίσης η έλλειψη εξωνοσοκομειακών δομών για τις περιπτώσεις που είναι απαραίτητη η παραπομπή. Συγκεκριμένα γίνεται λόγος για την έλλειψη Δομών Παιδικής Προστασίας.

*...Ναι διότι υπάρχει αδιέξοδο όσον αφορά τις δομές στα πλαίσια προστασίας ανηλίκων. Αυξάνονται καθημερινά τα παιδιά με εισαγγελική εντολή και δεν υπάρχουν πλαίσια φιλοξενίας...*

*...Οι δυσκολίες πηγάζουν από την έλλειψη αρκετών δομών παιδικής προστασίας...*

Ένας ακόμα παράγοντας, ο οποίος βιώνεται ως πηγή δυσκολίας σχετίζεται με τις κακές και συγκρουσιακές σχέσεις στο χώρο εργασίας.

*...από τις συγκρούσεις μεταξύ των συναδέλφων – συνεργατών, διευθυντών/ προϊσταμένων – υφισταμένων. Τα συναισθήματα που μου προκαλούνται είναι ματαίωση, απογοήτευση και θυμός...*

*...όταν οι εντάσεις είναι μεγάλες κι έντονες αποφεύγω την προσωπική εμπλοκή...*

#### **6.2.4. Πηγές άγχους στην άσκηση του ρόλου του Νοσοκομειακού Κοινωνικού Λειτουργού**

Οι παραπάνω δυσκολίες, αναφέρονται ξανά από τις συμμετέχουσες, καθώς συνδέονται με υψηλά επίπεδα άγχους. Οι πιο χαρακτηριστικές απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών της έρευνας παρατίθενται παρακάτω:

*...Οι διαπληκτισμοί μεταξύ των συναδέλφων. Λείπουν πρωταρχικοί κανόνες συμπεριφοράς, κι έτσι δυσκολευόμαστε να ασκήσουμε το ρόλο μας...*

*...Η κακή σχέση που δυστυχώς επικρατεί με 1-2 συναδέλφους μου δημιουργεί έντονο άγχος και στενοχώρια, κατά περιόδους και ιδιαίτερα όταν είναι περίοδος που πρέπει να συνεννοηθούμε για άδειες διακοπών αλλά και συνεργασία σε κάποια, από κοινού, περιστατικά. Επίσης, η έλλειψη διαθέσιμου χώρου δημιουργεί εντάσεις μεταξύ των συναδέλφων γιατί κάποιες φορές χρειαζόμαστε τον ίδιο χώρο. Η έλλειψη οικονομικών πόρων για παροχές σε είδος (φαρμακευτικά ή άλλα ιατρικά είδη σε κάποιους άπορους γονείς, η για κάποιες ιατρικές εξετάσεις, διαμονή σε κάποιο ξενοδοχείο κατά την παραμονή του παιδιού τους στο νοσοκομείο, ή για την επιστροφή τους στον τόπο διαμονής τους) μας προκαλεί άγχος και στενοχώρια...*

Μεταξύ άλλων αιτιών που προκαλούν άγχος είναι η αύξηση των περιστατικών, η δυσκολία των ζητημάτων των εξυπηρετούμενων (απώλεια) σε συνδυασμό με την αδυναμία ανταπόκρισης εκ μέρους των εργαζόμενων κοινωνικών λειτουργών στα αιτήματα των εξυπηρετούμενων

*...Ναι όταν μας τυχαίνουν περιστατικά όπου αντιμετωπίζουμε απώλεια (θάνατο) κάποιου ασθενή και δυστυχώς δεν έχουμε την δυνατότητα εποπτείας, ούτε καν χρόνο να μιλήσουμε οι συνάδελφοι ανεπίσημα μεταξύ μας...*

*...Βεβαίως, η καθημερινή αύξηση των περιστατικών λόγω της οικονομικής κρίσης και οι απαιτήσεις των εξυπηρετούμενων στις οποίες δεν μπορούμε πάντα να ανταπεξέλθουμε...*

Τέλος, μια συνεντευξιαζόμενη αναφέρει ως αιτία άγχους τις ευρύτερες κοινωνικο-πολιτικές συνθήκες.

*...Κυρίως όσων αφορά την διοίκηση, την νομοθεσία, τα κενά στην διαχείριση καταστάσεων που πηγάζουν από τις τελευταίες αλλαγές στον χώρο μας...*

#### **6.2.5. Προσωπικά Αποθέματα**

Στην ερώτηση για το αν υπάρχει διαφοροποίηση στις απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών η κάθε μια εστιάζει σε άλλα αποθέματα και στοιχεία, τα οποία θεωρούνται ότι λειτουργούν προστατευτικά στην πρόληψη των συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Το υποστηρικτικό κοινωνικό, οικογενειακό και εργασιακό περιβάλλον αναφέρονται ως ένας σημαντικός προστατευτικός παράγοντας:

*...Ναι, έχω πολλούς καλούς φίλους συγγενείς και οικογένεια που με στηρίζουν και καλή διεύθυντρα...*

*...Επίσης, έχω την δική μου οικογένεια με 2 υγιή παιδιά που αντλώ μεγάλη προσωπική ικανοποίηση από εκεί καθώς και πολύ καλό υποστηρικτικό δίκτυο από φίλους και συγγενείς...*

Υποστηρίζεται επίσης ότι η εμπειρία, η εποπτεία, η προσωπική ψυχοθεραπεία και η εκπαίδευση μπορεί να βοηθήσουν έναν επαγγελματία κοινωνικό λειτουργό ώστε να συνεχίσει να είναι αποδοτικός, να αντλεί ικανοποίηση από την εργασία του και να αποφύγει συμπτώματα εξουθένωσης.

*...Γενικά αντέχω την εργασία και νομίζω πως τα πολλά χρόνια εμπειρίας, προσωπικής εκπαίδευσης και διεργασιών με οδηγούν να αντιμετωπίζω την επαγγελματική εξουθένωση με δημιουργικότητα, αλλαγές, αναγνώριση λαθών ή ανιχνεύοντας το πώς έφθασα κι εγώ σ' αυτό...*

*...Ναι, έχω κάνει ατομική συστημική ψυχοθεραπεία επί 2 έτη όπου εκτός από ανάλυση οικογενειακών ζητημάτων έχω αναλύσει και επαγγελματικά ζητήματα. Επίσης έχω συστημική εκπαίδευση και επί 2 χρόνια είχα και επαγγελματική εποπτεία στα πλαίσια αυτής της εκπαίδευσης...*

Επιπλέον περιγράφονται ως βοηθητικά κάποια χαρακτηριστικά προσωπικότητας όπως

*...Η προσωπική απενοχοποίηση ότι δεν μπορώ να λύσω όλα τα προβλήματα του κόσμου...*

*...Ναι η υπομονή, ενσυναίσθηση, ευγένεια και η θέληση για βοήθεια, αλλά και η συναισθηματική αποστασιοποίηση από τα περιστατικά τα οποία καλούμε να διαχειριστώ...*

Τέλος, μια συμμετέχουσα θεωρεί ότι όταν ένας επαγγελματίας εκτελεί τα καθήκοντα του σύμφωνα με τα όσα υπαγορεύονται από το ρόλο του, από μόνο του μπορεί να τον/την προστατέψει. Χαρακτηριστικά υποστηρίζει:

*...Δεν θεωρώ ότι υπάρχει κάποιο ιδιαίτερο στοιχείο στην προσωπικότητά μου. Προσπαθώ να φερθώ επαγγελματικά και να ασκώ σωστά το ρόλο μου...*

#### **6.2.6. Συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην παρούσα εργασιακή απασχόληση**

Στην παρούσα θεματική κατηγορία γίνεται προσπάθεια διερεύνησης του κατά πόσο οι κοινωνικοί λειτουργοί του δείγματος έχουν βιώσει ή βιώνουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης στην τωρινή τους απασχόληση. Μόνο μια από τις συνεντευξιαζόμενες δηλώνει ότι δεν έχει εμπειρία αντίστοιχων συμπτωμάτων και θεωρεί ότι αυτό οφείλεται στο μικρό χρονικό διάστημα άσκησης του επαγγέλματος. Συγκεκριμένα αναφέρει:

*...Όχι ακόμα διότι βρίσκομαι στον 5<sup>ο</sup> χρόνο εργασίας...*

Όλες οι υπόλοιπες συνεντευξιαζόμενες δηλώνουν την ύπαρξη συμπτωμάτων εξουθένωσης, αναφέροντας διαφορετικούς λόγους.

- **Σύγκρουση μεταξύ διαφορετικών ρόλων**

*...Ναι, όταν επέστρεψα στην εργασία μετά την άδεια ανατροφής αισθανόμουν εξαντλημένη και οι αντοχές μου ήταν περιορισμένες...*

- **Ευθύνες αλλά και η αλλαγή ρόλου που μπορεί να επιφέρει μια προαγωγή**

*...Βέβαια, όταν άλλαξα ρόλους από Κοινωνική Λειτουργός σε θεραπεύτρια. Κι όταν έγινα προϊσταμένη και χρειάστηκε να αφήσω προσωπικές σχέσεις και πράγματα πίσω μου. Ένιωθα κούραση, δεν ήθελα να δω ορισμένους εργαζόμενους που τους θεωρούσα υπεύθυνους για την αμφισβήτηση του ρόλου μου και υπερβολικά άδικους και αυστηρούς απέναντί μου...*

- **Εντάσεις μεταξύ συναδέλφων**

*...Κάποιες περιόδους στο παρελθόν υπήρχαν εντάσεις σημαντικές μεταξύ συναδέλφων ίδιας ειδικότητας αλλά μέσα από διάλογο και οριοθέτηση διευθετήθηκαν ομαλώς...*

- **Αύξηση του αριθμού των εξυπηρετούμενων και των απαιτήσεων τους**

*...Βεβαίως, διότι καθημερινά τα περιστατικά αυξάνονται, όπως και οι απαιτήσεις των ανθρώπων λόγω της οικονομικής κρίσης. Πολύ συχνά βρισκόμαστε στη δυσάρεστη θέση να μην μπορούμε να καλύψουμε τα αιτήματα των εξυπηρετούμενων κι αυτό μας «μειώνει» ως επαγγελματίες...*

- **Αδυναμία κατάλληλης φροντίδας εξυπηρετούμενων λόγω έλλειψης διαθέσιμων δομών**

*...Ναι λόγω της μη ύπαρξης υποστηρικτικών δομών και πλαισίων προστασίας ανηλίκων, κάτι το οποίο μας οδηγεί σε αδιέξοδο...*

### **6.3. Τρόποι και προτάσεις αντιμετώπισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης (3ος Άξονας)**

#### **6.3.1. Τρόποι αντιμετώπισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο Νοσοκομειακό Πλαίσιο**

Από τις απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών σε αυτή τη θεματική ενότητα προκύπτει το εξής ενδιαφέρον στοιχείο: ενώ έχουν αναφερθεί διαφορετικές αιτίες για την εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης και πολλές πηγές άγχους και πίεσης που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση του φαινομένου, όσον αφορά στους τρόπους αντιμετώπισης, οι πέντε από τις έξι συμμετέχουσες τονίζουν τη σημασία των υποστηρικτικών επαγγελματικών σχέσεων και τη βελτίωση του εργασιακού κλίματος, δίνοντας ιδιαίτερη βαρύτητα στον ανοιχτό διάλογο. Παρακάτω παρατίθενται οι πιο χαρακτηριστικές απόψεις τους:

*...Καλύτερη συνεργασία, ανοιχτές συζητήσεις. Οι συζητήσεις να μην γίνονται απειλητικές για το «εγώ» και την επαγγελματική ταυτότητα του καθένα. Μείωση των εντάσεων...*

*...με την καθιέρωση διαλόγου μεταξύ συναδέλφων μέσω μηνιαίων συναντήσεων, σε ήρεμο περιβάλλον...*

*...Θεωρώ σημαντικό να διοργανωθούν και να υπάρξουν ομάδες συζήτησης μεταξύ των επαγγελματιών και καλή συνεργασία μέσα στα πλαίσια της συναδελφικότητας...*

*...Αναγνωρίζοντας αρχικά το πρόβλημα, βρίσκοντας λύσεις αντιμετώπισης και εφαρμόζοντάς τις. Επίσης να υπάρχει ομαδική πνεύμα συνεργασίας...*

Ως τρόποι αντιμετώπισης της εξουθένωσης αναφέρονται επίσης το rotation, η εποπτεία και οι σαφείς επαγγελματικοί ρόλοι.

*...Με την καθιέρωση rotation όπου ο εργαζόμενος, εάν το επιθυμεί, θα μπορεί να αλλάζει αντικείμενο εργασίας...*

*...Επίσης, σημαντικό θα ήταν να υπάρχει εποπτεία, με σκοπό να συζητούνται τα περιστατικά και να αποφορτίζονται συναισθηματικά οι επαγγελματίες...*

και

*...Σωστή οργάνωση των τμημάτων και υπηρεσιών. Να γίνει ξεκάθαρος καθορισμός των υποχρεώσεων της κάθε ειδικότητας, αλλά και των συναδέλφων της ίδιας ειδικότητας...*

### **6.3.2. Πρακτικές εκ μέρους της Διοίκησης του Νοσοκομείου για την πρόληψη και αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

Οι συμμετέχουσες του δείγματος υποστηρίζουν ότι η διοίκηση του Νοσοκομείου θα μπορούσε να υιοθετήσει αρκετά μέτρα προς την κατεύθυνση της αναβάθμισης της εργασίας τους και την πρόληψη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Καταρχήν τονίζεται η ανάγκη καλύτερης υποδομής, ευελιξίας του ωραρίου και πρόσληψης νέου προσωπικού.

*...Να είναι πιο ελαστικοί στην πλήρωση του ωραρίου και να προσλάβει και πιο πολύ προσωπικό για να έχουμε λιγότερα περιστατικά...*

*...Να είναι κάπως ευέλικτοι στην εκτέλεση του ωραρίου μας, γιατί υπάρχουν ημέρες που αισθανόμαστε άδεια ψυχικά ιδιαίτερα δε σε περιπτώσεις απώλειας κάποιου παιδιού και με το να διαθέσει 1-2 ακόμη γραφεία στην διάθεση μας...*

*...Να έχουν οι επαγγελματίες τον χώρο τους, ώστε να μην χρειάζεται να «πιέζονται» να εξυπηρετούν πάνω από ένα περιστατικό μέσα στον ίδιο χώρο, διότι αυτό αυτόματα αναιρεί την εχεμύθεια που θα έπρεπε να τηρείτε απέναντι στον εξυπηρετούμενο...*

Αναφέρεται επιπλέον η σημαντικότητα της διαρκούς εκπαίδευσης, της αναγνώρισης του ρόλου και του έργου του κοινωνικού λειτουργού και η ανάγκη εποπτείας.

*...Αναγνώριση του έργου του Κοινωνικού Λειτουργού και αυτού που προσφέρουμε. Επανεκπαιδεύσεις ανά 4 χρόνια με άδεια μετ' αποδοχών. Λιγότερη αμφισβήτηση και προβολές των άλλων επαγγελματιών επάνω μας...*

*...Να υπάρχουν ειδικοί για εποπτεία και για υποστήριξη όπου χρειάζεται...*

Τέλος, μια από τις συνεντευξιαζόμενες κάνει λόγο για τη διαδικασία καλύτερης επιλογής προσώπων, οι οποίοι ασκούν διοικητικό ρόλο.

*...Να βοηθήσει να γίνεται επιλογή προϊσταμένων, διευθυντών όχι μόνο βάση τυπικών, αλλά και ουσιαστικών προσόντων...*

Η τελευταία ερώτηση σε αυτή τη θεματική ενότητα αφορούσε συγκεκριμένα στις ενέργειες που θα μπορούσε να κάνει ο/η Διευθυντής/τρια ή/και ο/η Προϊστάμενος/η προκειμένου να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης. Οι προτάσεις των κοινωνικών λειτουργών αναφέρονται παρακάτω.

### **6.3.3. Ενέργειες του/της Διευθυντής/τριας ή/και του/της Προϊστάμενου/νης**

Η εικόνα που διαμορφώνεται από τις απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών για τον "κατάλληλο" διευθυντή-προϊστάμενο είναι ενός ανθρώπου που δείχνει κατανόηση για τις ανάγκες των υφιστάμενων του, τους υποστηρίζει στις δύσκολες καταστάσεις που αντιμετωπίζουν και που αφήνει περιθώρια για διάλογο και συμπεριλαμβάνει τη γνώμη των άλλων στην λήψη σημαντικών αποφάσεων. Είναι αυτός ή αυτή που θα λειτουργήσει διαμεσολαβητικά, φροντίζοντας για τη δημιουργία ενός υποστηρικτικού και φιλικού εργασιακού περιβάλλοντος και διεκδικητικά, φροντίζοντας για τη διαμόρφωση των απαραίτητων συνθηκών, ώστε οι υφιστάμενοι του να μπορούν να ασκούν το επάγγελμά τους αποτελεσματικά. Η εικόνα αυτή σκιαγραφείται από τα παρακάτω λόγια:

*...Να ασκεί εποπτικό ρόλο όταν δεν είμαστε καλά ψυχολογικά και να κατανοεί την ανάγκη μας κάποιες φορές να μπορούμε να φεύγουμε νωρίτερα γιατί είτε δεν είμαστε καλά είτε έχουμε οικογενειακές υποχρεώσεις...*

*...Να υπάρχει διάλογος και οι αποφάσεις να παίρνονται από κοινού. Να μην αποφασίζει μόνος/μόνη του. Και έχοντας μεγαλύτερη διαύγεια να μπορεί να αναγνωρίσει τα δυναμικά του επαγγέλματός μας...*

*...Να κάνει μια σοβαρή προσπάθεια δημιουργίας φιλικού κλίματος μεταξύ συναδέλφων και να διεκδικήσει πιο σθεναρά την εξασφάλιση περισσότερων, και πιο κατάλληλων, γραφείων για άσκηση του ρόλου μας...*

*...Να δημιουργήσει καλύτερο κλίμα συνεργασίας μεταξύ των συναδέλφων θέτοντας τα όρια που πρέπει στον καθένα από τους επαγγελματίες...*

*...Να είναι υποστηρικτικός και να διαθέτει χρόνο για το προσωπικό...*

*...Να υπάρχει σωστή και δίκαιη οργάνωση του τμήματος και έμπρακτη στήριξη των εργαζομένων στις δυσκολίες...*



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7ο : ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

Λαμβάνοντας υπόψη τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και την ανασκόπηση της σχετικής με την επαγγελματική εξουθένωση, βιβλιογραφίας προκύπτουν ορισμένα βασικά συμπεράσματα:

Καταρχήν, η αντίληψη των κοινωνικών λειτουργών για την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης βρίσκεται σε συμφωνία με το θεωρητικό μοντέλο των (Maslach & Leiter, 1997) καθώς εκ μέρους τους γίνεται λόγος και για τις τρεις διαστάσεις, δηλαδή: α) η συναισθηματική εξάντληση, β) η αποπροσωποποίηση και γ) και με τον ορισμό που προτείνει η Maslach (1982, όπως αναφέρεται στο Μαυρίδου, 2012, σ.19) σύμφωνα με τον οποίο η επαγγελματική κόπωση ορίζεται ως η σωματική και ψυχική εξάντληση του επαγγελματία υγείας με απώλεια του ενδιαφέροντος και των θετικών συναισθημάτων προς τους ασθενείς, έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και αρνητική εικόνα για τον εαυτό του.

Δεύτερον από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις αιτίες εμφάνισης του φαινομένου φαίνεται ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα φαινόμενο πολύ-παραγοντικό, για την εμφάνιση του οποίου συμβάλλουν τόσο τα ατομικά χαρακτηριστικά προσωπικότητας όσο και οι εργασιακές συνθήκες. Η συγκεκριμένη σύλληψη της έννοιας βρίσκεται σε συμφωνία με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας (Παπαθανασίου, 2012· Μαυρίδου, 2012· Papastylianou, Kaila & Polychronopoulos, 2009· Kokkinos, 2007· Skaalvik & Skaalvik, 2007· Chang, Daly & Hancock, 2006· Kahn et al., 2006· Brake, Bloemendal & Hoogstraten, 2003· Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Κουμπιάς & Γιαβρίμης, 2002· Maslach et al., 2001· Maslach & Leiter, 1997) τα οποία τονίζουν την πολυπλοκή φύση της έννοιας και κάνουν λόγο για ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο είναι αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης μεταξύ ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων.

Μια διαφορά της παρούσας έρευνας αφορά στη συσχέτιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με ατομικά χαρακτηριστικά, μια συσχέτιση η οποία αναφέρεται στη διεθνή βιβλιογραφία. Όσον αφορά στην ηλικία δεν παρατηρείται διαφοροποίηση μεταξύ των συμμετεχόντων στην έρευνα με βάση αυτό το κριτήριο σχετικά με την εκδήλωση συμπτωμάτων επαγγελματικής εξουθένωσης. Για παράδειγμα από τις έρευνες των Maslach et al. (2001) και των Chang, Daly & Hancock (2006) προκύπτει ότι οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης ενώ οι μεγαλύτεροι αναφέρουν λιγότερο συχνά συναισθήματα εξάντλησης, στοιχείο

που πιθανότατα οφείλεται στο γεγονός οι μεγαλύτεροι σε ηλικία διαθέτουν περισσότερη επαγγελματική εμπειρία και επομένως είναι λιγότερο επιρρεπείς στην εξουθένωση. Κάτι τέτοιο δεν εντοπίστηκε στη δική μας έρευνα. Η περισσότερη επαγγελματική εμπειρία αναφέρεται ως προστατευτικός παράγοντας για την εμφάνιση του φαινομένου αλλά δεν φαίνεται να είναι αρκετός για την πρόληψη του. Αντίθετα προκύπτει ότι τα λιγότερα χρόνια εμπειρίας προστατεύουν από το σύνδρομο. Ωστόσο, λόγω του ότι αυτό το στοιχείο αναφέρεται μόνο από μια συνεντευξιαζόμενη, δεν θα μπορούσε να γίνει κάποια γενίκευση και να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα. Επίσης, βρέθηκε συσχέτιση με άλλα ατομικά χαρακτηριστικά (οικογενειακή κατάσταση και επαγγελματική εμπειρία), συσχέτιση που προκύπτει από την ανασκόπηση. Για παράδειγμα υπάρχουν αποτελέσματα ερευνών που δείχνουν ότι η ύπαρξη οικογένειας λειτουργεί ως σημαντικός προληπτικός παράγοντας, καθώς παρέχει συναισθηματική υποστήριξη και επιτρέπει στους εργαζόμενους να λειτουργούν πιο ισορροπημένα (Παπαθανασίου, 2012, σ.43). Κάτι τέτοιο επιβεβαιώθηκε κι από την παρούσα έρευνα, καθώς η οικογένεια αναφέρεται ως παράγοντας προστατευτικός, και εντοπίζεται σημαντική διαφορά στις απαντήσεις των κοινωνικών λειτουργών με βάση την οικογενειακή τους κατάσταση. Με βάση τα παραπάνω θα μπορούσε να υποστηριχτεί ότι η πρώτη ερευνητική μας υπόθεση ότι δηλαδή οι κοινωνικοί λειτουργοί μεγαλύτερης ηλικίας, οι οποίοι διαθέτουν περισσότερα χρόνια επαγγελματικής εμπειρίας και στην προσωπική τους ζωή έχουν οικογένεια αναμένεται να βιώνουν χαμηλότερα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης, κάτι το οποίο επιβεβαιώθηκε από τα αποτελέσματα της έρευνας.

Όσον αφορά στη δεύτερη ερευνητική μας υπόθεση ότι δηλαδή η επαγγελματική εξουθένωση συσχετίζεται με εργασιακές συνθήκες όπως το άγχος, ο φόρτος εργασίας, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις, ο τρόπος λειτουργίας του οργανισμού και η έλλειψη πόρων επιβεβαιώνεται απόλυτα από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, τα οποία βρίσκονται σε συμφωνία με αποτελέσματα άλλων ερευνών (Αδαλή και συν., 2002· Maslach et al., 2001· Antoniou & Antonodimitrakis, 2001· Maslach & Leiter, 1997).

Στη βιβλιογραφία έχει αναφερθεί ότι το άγχος των εργαζομένων συνδέεται με την εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και ότι εντοπίζεται θετική συσχέτιση μεταξύ υψηλών επιπέδων στρες και εκδήλωσης συμπτωμάτων εξουθένωσης (Papastyliou, Kaila & Polychronopoulos, 2009· Kokkinos, 2007· Skaalvik & Skaalvik, 2007· Chang, Daly & Hancock, 2006· Kahn et al., 2006· Brake,

Bloemendal & Hoogstraten, 2003· Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Κουμπιάς & Γιαβρίμης, 2002· Maslach et al., 2001· Maslach & Leiter, 1997).

Τέλος, σχετικά με την τρίτη υπόθεση μας ότι δηλαδή οι το υποστηρικτικό εργασιακό περιβάλλον και οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συναδέλφους αποτελούν σημαντική στρατηγική αντιμετώπισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης επιβεβαιώνεται σε πολύ σημαντικό βαθμό από τις κοινωνικές λειτουργούς του δείγματος. Ενώ οι συμμετέχουσες αναφέρουν πολλούς και διαφορετικούς τρόπους πρόληψης και αποτελεσματικής διαχείρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης όπως η εποπτεία, η συνεχής κατάρτιση, η βελτίωση των υποδομών και διαθέσιμων πόρων, κ.α., όλες αναφέρονται στη σημαντικότητα των διαπροσωπικών σχέσεων. Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι οι συγκρουσιακές σχέσεις και η έλλειψη υποστηρικτικού εργασιακού κλίματος προκαλούν συναισθήματα θυμού, απογοήτευσης και ματαίωσης και οδηγούν στην απόσυρση των κοινωνικών λειτουργών.

Κλείνοντας, αξίζει να αναφερθεί, εκ νέου, ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι ένα πολύ-παραγοντικό φαινόμενο, το οποίο όταν βιώνεται έχει πολλές αρνητικές συνέπειες για την αποδοτικότητα των εργαζομένων, την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και τη για τη συνολική τους ευεξία. Συνοπτικά ,η διαδικασία ανάπτυξης και εξέλιξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί προϊόν της δυναμικής διάδρασης ανάμεσα στο συνδυασμό προσωπικών και περιβαλλοντικών παραγόντων από τη μία πλευρά και των ψυχοπαιστικών καταστάσεων που συσχετίζονται με την επαγγελματική αλλά και την εξω-επαγγελματική ζωή του ατόμου από την άλλη. Συνεπώς οι μηχανισμοί πρόληψης και αντιμετώπισης οφείλουν να δρουν παράλληλα και έγκαιρα με στόχο τόσο την ελαχιστοποίηση των στρεσογόνων παραγόντων όσο και την ενίσχυση της σωματοψυχικής ισορροπίας μέσα από τη διαμόρφωση συστημάτων κοινωνικής υποστήριξης. Το αισιόδοξο βέβαια είναι ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο "θεραπείας". Για να γίνει ωστόσο αυτό απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση του ζητήματος, προσεκτική εξέταση των συνθηκών που το προκαλούν και των παραγόντων που σχετίζονται με την εκδήλωση του. Είναι χαρακτηριστικό για παράδειγμα ότι ενώ η επαγγελματική εξουθένωση έχει μελετηθεί πολύ, λίγες είναι οι μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων παρέμβασης και βρέθηκε να έχουν ευεργετική επίδραση στην επαγγελματική εξουθένωση (Μαυρίδου, 2012). Θα πρέπει να τονιστεί ότι βασική

προϋπόθεση για την αντιμετώπιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι η αναγνώρισή του. Η καλύτερη κατανόηση του μπορεί να οδηγήσει στην ανάδειξη και διαμόρφωση πιο αποτελεσματικών μέτρων παρέμβασης, που θα στοχεύουν στη διασφάλιση του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος και στη μέγιστη ικανοποίηση του εξυπηρετούμενου από την παρεχόμενη φροντίδα.

Στο πλαίσιο της παρούσας έρευνας έγινε μια προσπάθεια διερεύνησης της επαγγελματικής εξουθένωσης έτσι όπως αυτή γίνεται αντιληπτή και βιώνεται από τους νοσοκομειακούς κοινωνικούς λειτουργούς. Σαφέστατα δεν μπορεί να υποστηριχτεί ότι τα αποτελέσματα μπορούν να γενικευτούν ή καταφέρθηκε να καλυφθούν όλες τις πλευρές του ζητήματος. Μπορεί ωστόσο να ειπωθεί ότι η μελέτη ανέδειξε σημαντικά ζητήματα και έφερε στην επιφάνεια σημαντικά στοιχεία. Το μόνο βέβαιο είναι ότι οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί βιώνουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, αναγνωρίζουν τις αρνητικές της συνέπειες τόσο για την επαγγελματική όσο και για την προσωπική/κοινωνική τους ζωή. Οι συμμετέχοντες εκφράζουν την ανάγκη τους για βελτίωση των εργασιακών συνθηκών και την επιθυμία τους να είναι αποδοτικοί και να αντλούν ικανοποίηση από την εργασία τους. Πολλά μπορούν να γίνουν προς αυτή τη κατεύθυνση. Παρεμβάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε εργασιακό-οργανωτικό επίπεδο έτσι ώστε να βοηθηθούν όσοι ήδη βιώνουν την επαγγελματική εξουθένωση αλλά και να προστατευτούν όσοι κινδυνεύουν να την βιώσουν. Η εκμάθηση τεχνικών διαχείρισης στρεσογόνων καταστάσεων, η θέσπιση στόχων, ο σχεδιασμός και η οργάνωση του χρόνου και της εργασίας, ο καθορισμός προτεραιοτήτων, η διάκριση μεταξύ επαγγελματικής και προσωπικής ζωής, θα μπορούσαν επίσης να αυξήσουν την ανθεκτικότητα των εργαζομένων και θα τους προστάτευαν από τα αρνητικά συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **Ελληνόγλωσση**

Αβεντισιάν-Παγοροπούλου, Α., Κουμπιάς, Ε., & Γιαβρίμης, Π. (2002). Σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης: Το χρόνια άγχος των δασκάλων και η μετεξέλιξή του σε επαγγελματική εξουθένωση. *Μέντορας*, 5, 103-127.

Αδαλή, Ε., Πριάμη, Μ., Ευαγγέλου, Ε., Υφαντή, Μ., & Μούγια, Β. (2002). Επαγγελματική εξουθένωση και εργασιακό περιβάλλον ψυχιατρικού νοσηλευτικού προσωπικού. *Νοσηλευτική*, 1, 105-114.

Αλτάνης, Π. (1991). Η συμμετοχή του Κοινωνικού Λειτουργού στη θεραπευτική ομάδα-Διεπιστημονική Συνεργασία και AIDS. *Κοινωνική Εργασία*, 22, 109-118.

Αναγνωστόπουλος, Φ., & Παπαδάτου, Δ. (1992). Παραγοντική σύνθεση και εσωτερική συνοχή του Ερωτηματολογίου Καταγραφής Επαγγελματική Εξουθένωσης σε δείγμα νοσηλευτριών. *Ψυχολογικά Θέματα*, 5(3), 183-202.

Αντωνίου, Σ. Α. (2006). *Εργασιακό Στρες*. Αθήνα: Παρισιάνου.

Αντωνοπούλου, Λ. (2008). Ρύθμιση και μεταρρυθμίσεις του εθνικού συστήματος υγείας στην Ελλάδα. Συγκρίσεις με την ευρωπαϊκή εμπειρία. *Κοινωνική Συνοχή και Ανάπτυξη*, 3(2), 109-120.

Βάμβουκας, Μ. (2007). *Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία*. Αθήνα: Γρηγόρης.

Bell, J. (2001). Μεθοδολογικός σχεδιασμός παιδαγωγικής και κοινωνικής έρευνας. Οδηγός για Φοιτητές και Υποψήφιους Διδάκτορες. Αθήνα: Gutenberg.

Bird, M., Hammersley, M., Gomm, R., & Woods, P. (1999). *Εκπαιδευτική Έρευνα στην Πράξη: Εγχειρίδιο Μελέτης*. Πάτρα: ΕΑΠ.

Γείτονα, Μ. (2001). Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα – Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. *Ιατρική*, 79(3), 259-267.

Γείτονα Μ. (1992): *Σφαιρικός Προϋπολογισμός: Μια μορφή χρηματοδότησης των νοσοκομείων*. Διδακτορική Διατριβή, Τμήμα Νοσηλευτικής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής,. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα.

Γωγούση, Ε., & Κυριόπουλος, Γ. (1996). Απόψεις για τη σημερινή κατάσταση στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και προτάσεις για τη βελτίωση της. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 8(3), 137-140.

Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2008). *Μεθοδολογία εκπαιδευτικής έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Δημητρόπουλος, Ε.Γ. (2009). Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας: προς ένα συστημικό δυναμικό μοντέλο μεθοδολογίας επιστημονικής έρευνας. Αθήνα : Έλλην.

Dierendonck, D., Garssen, B., & Visser, A. (2008). Ανακλύπτοντας το νόημα και το σκοπό της εργασίας: Η διαπροσωπική ψυχολογία ως υπόβαθρο ενός προγράμματος πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης. Στο: Α.Σ. Αντωνίου, (Επιμ), *Burn Out: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης* (σσ.53-66). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Δικαίος, Κ., Κουτουζής, Μ., Πολύζος, Ν., Σιγάλας, Ι., & Χλέτσος, Μ. (1999), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Διομήδους, Μ., Ζήκος, Δ., Λιάσκος, Ι., Ρουμελιώτη, Ι., Φωκά, Α., & Πιστόλης, Ι. (2009). Σύνδρομο χρόνιας κόπωσης και επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας. *Νοσηλευτική*, 48(2), 190-199.

Δούκα, Μ. (2003). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ή burnout: στην κοινωνική εργασία. *Κοινωνική Εργασία*, 70, 97-108.

Έλληνας, Δ. (2004). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας: Το κλειδί για να μετατραπεί το Ε.Σ.Υ. από σύστημα ασθένειας, σε σύστημα υγείας. *Ιατρικά Θέματα*, 16(2), 87-93. 2004.

Enzmann, D. (2008). Επαγγελματική εξουθένωση και συναισθήματα: Ένα ζήτημα που δεν έχει ερευνηθεί αρκετά αναζητά θεωρία. Στο: Α.Σ. Αντωνίου, (Επιμ), *Burn Out: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης* (σσ.197-210). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Faulkner, D., Swann, J., Baker, S., Bird, M., & Cartly, J. (1999). Η Εξέλιξη του Παιδιού στο Κοινωνικό Περιβάλλον – Εγχειρίδιο Μεθοδολογίας. Πάτρα: ΕΑΠ.

Greenglass, E.R. (2008). Προδραστική Αντιμετώπιση, Πόροι και Επαγγελματική Εξουθένωση: Συμπεράσματα για το Εργασιακό Στρες. Στο: Α.Σ. Αντωνίου. (Επιμ), *Burn Out: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης* (σσ.109-128). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., & Σούλης, Σ. (1997). *Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα*. Αθήνα: Παπαζήσης.

Θεοφίλου, Π. (2009). Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στο χώρο της υγείας. *Περιοδικό Επιστήμης και Τεχνολογίας*, 41-50. Ανακτήθηκε στις 23 Φεβρουαρίου 2015 από το: <http://e-jst.ath.gr>.

Ιωσηφίδης, Θ. (2003). *Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων στις κοινωνικές επιστήμες*. Αθήνα: Κριτική.

Καλογεροπούλου, Μ., & Μουρδουκούτας, Π. (2007). *Υπηρεσίες Υγείας* (Τομ. Α'). Αθήνα: Κλειδάριθμος.

Κανδρή, Θ., Καλέμη, Γ., & Μόσχος, Ν. (2004). Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης «burnout syndrome» στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό της Μονάδας Τραυμάτων του Γ. Ν. Νικαίας. *Νοσηλευτική*, 1, 116-125.

Καπανίδης, Ν. (1991). Ο Φόβος του νοσοκομείου. *Επιθεώρηση Υγείας*, 59, 315-319.

Καραγιάννη, Β. (1994). Η ποιότητα του λειτουργικού κύκλου διανομής φαρμάκου στα ελληνικά νοσοκομεία: συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ δύο διαφορετικών συστημάτων. Στο: *Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας»* (σσ. 161-172), 4-6 Νοεμβρίου 1994, Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.

Κουρής, Γ. (2003). Πέντε προτάσεις για μια ολοκληρωμένη Εθνική Πολιτική Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 14(85), 13-14.

Κυριαζή, Ν. (2009). *Η Κοινωνιολογική έρευνα. Κριτική επισκόπηση των μεθόδων και των τεχνικών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Κυριόπουλος, Γ. (1995). *Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών*. Αθήνα: Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.

Κυριόπουλος, Ι. (1991). Ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας: η διεθνής εμπειρία και η ελληνική προοπτική. *Επιθεώρηση Υγείας*, 41, 297-302.

Κώδικας Δεοντολογίας του Κοινωνικού Λειτουργού (διεθνής έκδοση). Ανακτήθηκε στις 20 Μαρτίου 2015 από το: <http://noesi.gr/book/kodikas-deontologias-toy-koinonikoy-leitoyrgoy-diethnis-ekdosi>.

Leiter, MP., & Maslach, C. (2008). Ένα Μοντέλο Διαμεσολάβησης για την Επαγγελματική Εξουθένωση. Στο: Α.Σ. Αντωνίου, (Επιμ), *Burn Out: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης* (σσ.23-51). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Λιαργκόβας, Π. Γ. (2004). *Οικονομία και πολιτική στην σύγχρονη Ελλάδα*. Αθήνα: Διονικος.

Λιαρόπουλος, Α.Α. (2007). *Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας* (Τομ. Α'). Αθήνα: Βήτα.

Μάνιου, Μ., & Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), 380-400.

Μάρδας, Γ. (1993). *Οργανωτική και Οικονομική του Συστήματος Κοινωνικής Διοίκησης*. Αθήνα: Το Οικονομικό.

Μαυριδου, Α.Θ. (2012). *Διερεύνηση Συνδρόμου Επαγγελματικής Εξουθένωσης σε Ιατρικό και Νοσηλευτικό Προσωπικό Γενικών Νοσοκομείων*. Διδακτορική διατριβή. Αριστοτέλειο Πανεπιστήμιο Θεσσαλονίκης. Σχολή Ιατρικής.

May, T. (1997). *Κοινωνική έρευνα: θέματα, μέθοδοι και διαδικασία*. Αθήνα: Gutenberg.

Maxwell, R. (1995). The right and fair Use of Sanitary resources. *Hospital Management International*. *Επιθεώρηση Υγείας*, 7(39), 21-22.

Μονάδα Υποστήριξης και παρακολούθησης «Ψυχαργός – Β. φάση» (2005). Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης στις μονάδες ψυχικής υγείας και ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης. *Παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο*. Αθήνα: Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Ανακτήθηκε στις 23 Φεβρουαρίου 2015 από το: <http://www.scribd.com/Maslach-Burnout-Inventory>.

Νιάκας, Δ. (1991). Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης του κόστους του υγειονομικού τομέα στο διεθνή χώρο και η ελληνική περίπτωση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 27, 155-161.

Νόμος 2519 (1997). *Νόμος 2519/97. Ανάπτυξη και εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ, οργάνωση των υγειονομικών υπηρεσιών, ρυθμίσεις για το φάρμακο*. Στο: ΦΕΚ Α 165/97.

Ξένου, Μ., & Αντωνίου, Α.Σ. (2008). Επιδράσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στα επίπεδα γενικής υγείας των εργαζομένων και τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες. Στο: Α.Σ. Αντωνίου, (Επιμ), *Burn Out: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης* (σσ.289-303). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

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.

Παπαθανασίου, Ι. (2012). *Αξιολόγηση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στους Επαγγελματίες Υγείας και Ψυχικής Υγείας*. Διδακτορική διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Ιατρική σχολή. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας.



Παρασκευόπουλος, Ι. Ν. (1993). *Μεθοδολογία επιστημονικής έρευνας* (Τομ. Β'). Αθήνα.

Πάρλαλης, Σ.Κ. (Επιμ) (2011). *Οι Πρακτικές Εφαρμογές της Κοινωνικής Εργασίας στην Ελλάδα και στην Κύπρο*. Αθήνα: Πεδίο.

Pines, A.M. (2008). Έρωτας και Εργασία: Οι Σχέσεις ανάμεσα στις Ασυνείδητες Επιλογές τους και την Επαγγελματική Εξουθένωση. Στο: Α.Σ. Αντωνίου. (Επιμ), *Burn Out: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης* (σσ.211-231). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Πολύζος, Ν. (1994). Ολική ποιότητα και δείκτες νοσοκομειακού προϊόντος. Στο: *Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας»* (σσ. 71-89), 4-6 Νοεμβρίου 1994, Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.

Σαγιά, Α., & Σέμπρου, Μ. (2009). *Οι απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για τη διεπαγγελματική συνεργασία μεταξύ Κοινωνικών Λειτουργών και Νοσηλευτών/Νοσηλευτριών στο χώρο του νοσοκομείου*. Πτυχιακή εργασία. Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας. Τμήμα: Κοινωνικής Εργασίας.

Σέτζης, Δ. (1994). Έλεγχος και εξασφάλιση ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών αναισθησιολογικού τμήματος σε τριτοβάθμιο ελληνικό νοσοκομείο. Στο: *Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας»* (σσ. 178-180), 4-6 Νοεμβρίου 1994, Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.

Σιγάλας, Ι. (1994). Τα ελλείμματα των νοσοκομείων. Πρόβλημα χρηματοδότησης ή διαχείρισης. *Επιθεώρηση Υγείας*, 5(4), 38-45.

Σιγάλας, Ι. (1993). Το νοσοκομείο στην Ελλάδα: Χθες, Σήμερα, Αύριο. *Επιθεώρηση Υγείας*, 4(4), 36-40.

Shirom, A., & Melamed, S. (2008). Επηρεάζει η Επαγγελματική Εξουθένωση τη Σωματική Υγεία; Ανασκόπηση των Σύγχρονων Στοιχείων. Στο: Α.Σ. Αντωνίου. (Επιμ), *Burn Out: Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης* (σσ.67-108). Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Σύλλογος Κοινωνικών Λειτουργών Ελλάδος (ΣΚΛΕ) (2012). *Νέα Παρέμβαση ΣΚΛΕ για την Άδεια Ασκήσεως Επαγγέλματος*. Ανακτήθηκε στις 12 Φεβρουαρίου 2015 από το: <http://www.skle.gr/index.php/el/component/content/article/69-%CE%93%CE%B5%CE%BD%CE%B9%CE%BA%CE%AC/229-21441638>

Σουλιώτης, Κ., & Μαριόλης, Α. (2004). Η διαμόρφωση ενός ολοκληρωμένου Συστήματος Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας*, 16(2), 87-93.

Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας. Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας. (2010). *Άσκηση του Επαγγέλματος του Κοινωνικού Λειτουργού*. Ανακτήθηκε στις 12 Φεβρουαρίου 2015 από το: <http://www.teiath.gr/seyp/socialwork/categories.php?id=8102&lang=el>.

Τζάνη, Μ. (2005). *Σημειώσεις για το μάθημα «Μεθοδολογία Έρευνας Κοινωνικών Επιστημών»*. Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών. Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης . Εργαστήριο «Βιοψυσικό Περιβάλλον: Νευροεπιστήμες & Μάθηση».

Τούντας, Γ. (2002). *Πολιτική υγείας*. Αθήνα: Οδυσσέας/Νέα Υγεία.

Τούντας, Ι. (2000). Συγκριτική ανάλυση των συστημάτων υγείας δέκα αναπτυγμένων χωρών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(1), 76-87.

Υπουργείο Εθνικής Οικονομίας – ΚΕΠΕ (1985). *Πρόγραμμα Οικονομικής και Κοινωνικής Ανάπτυξης 1983-1987*. Αθήνα: ΚΕΠΕ.

Wolper L. (2001). *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Το Νοσοκομείο στα Πλαίσια ενός Συστήματος Οργανωμένης Παροχής Φροντίδας* (Τομ. Β'). Αθήνα: Mediforce.

## **Ξενόγλωσση**

Antoniou, A.S., & Antonodimitrakis, P. (2001). Levels of job satisfaction and coping strategies of occupational stress used by Greek hospital doctors. *Proceedings of the 8<sup>th</sup> Greek Conference of Psychological Research*, Alexandroupoli.

Australian Association of Social Workers (AASW) (2014). *Queensland Branch Position Paper on the Role of Social Work in Health Care*. Canberra: AASW.

Australian Association of Social Workers (AASW) (2013). *Practice standards*. Canberra: AASW.

Australian Association of Social Workers (AASW) (2010). *Code of ethics*. Canberra: Australian Association of Social Workers.

Australian Association of Social Workers (AASW) (2008). *Practice standards for mental health social workers*. Canberra: AASW.

Badger, K., Royle, D., & Craig, C. (2008). *Hospital Social Workers and Indirect Trauma Exposure: An Exploratory Study of Contributing Factors* (σσ. 63-71). Health and Social Work: National Association of Social Workers.

Bartlett, H. (1975). Ida M. Cannon: Pioneer in medical social work. *Social Service Review*, 49(2), 208-229.

Beder, J. (2006). *Hospital social work: The interface of medicine and caring*. New York: Routledge.

Bland, R., Renouf, N., & Tullgren, A. (2009). *Social work practice in mental health*. Sydney Australia: Allen and Unwin.

Brake, H., Bloemendal, E., & Hoogstraten, J. (2003). Gender differences in burnout among Dutch Dentists. *Community Dentistry and Oral Epidemic*, 31, 321-327.

Burke, R.J., & Richardson, A.M. (2000). Psychological burnout in organizations. Στο: R.T. Golembiewski (Ed), *Handbook of organizational behavior* (2<sup>nd</sup> edn) (σσ. 327-368). New York: Marcel Dekker.

Bywaters, P. (1991). Case Finding and Screening for Social Work in Acute General Hospitals. *British Journal of Social Work*, 21, 19-39.

Chachkes, E., & Foster, Z. (2004). Taking charge: Social work leadership in end-of-life care. Στο: J. Berzoff., & P. R. Silverman (Eds.), *Living with dying: A handbook for end-of-life healthcare practitioners* (σσ.825-837). New York: Columbia University Press.

Chang, EM., Daly, J., & Hancock, KM et al. (2006). The relationships among workplace stressors coping methods, demographic characteristics, and health in Australian nurses. *Journal of Professional Nursing*, 22, 30-38.

Chappell, N. L. (2008). Aging and mental health. *Social Work in Mental Health*, 7(1-3), 122-138.

Cherniss, C. (1995). *Beyond Burnout*. London: Routledge.

Cowles, L., & Lefcowitz, M. (1992). Interdisciplinary expectations of the medical social work in the hospital setting. *Health and Social Work* 17, 57-65.

Craig, S. L. & Muskat, B. (2013). Bouncers, brokers and glue: The self-described roles of social workers in urban hospitals. *Health and Social Work*, 38(1), 7-16.

Creswell, J. (1994). *Research Design: Qualitative and Quantitative Approaches*. London: Sage Publication.

Csikai, E.L. (1999). Euthanasia and Assisted Suicide: Issues for Social Work Practice. *Journal of Gerontological Social Work*, 31(3/4), 49-63.

Csikai, E.L. (1997). Social Workers' Participation on Hospital Ethics Committees: An Assessment of Involvement and Satisfaction. *Arete*, 22(1), 1-13.

Demir, A., Ulosoy, M., & Ulosoy, M. F. (2003). Investigation of factors influencing burnout levels in professional and private lives of nurses. *International Journal of Nursing Studies*, 40, 807-827.

Dziegielewski, S. (1998). *The changing face of health care social work: professional practice in the end of managed care*. New York, N.Y.: Springer Publishing Company.

Encyclopedia of Social Work (2012). Health care social work, 1-6. Ανακτήθηκε στις 15 Φεβρουαρίου 2015 από το: <http://www.oxfordnaswsocialwork.com/LOGIN?sessionid=5819c7270c1facf3c4de9397ad4ac6c4&authstatuscode=400>.

Firth-Cozens, J., & Payne, R. (1999). *Stress in Health Professionals: Psychological and Organisational Causes and Interventions*. U.K.: John Wiley και Sons Ltd.

Friedman, I.A. (2000). Burnout in teachers: shattered dreams of impeccable professional performance. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 595-606.

Fusenig, E. (2012). *The Role of Emergency Room Social Worker: An Exploratory Study*. Master of Social Work Clinical Research Papers. Paper 26. Ανακτήθηκε στις 15 Φεβρουαρίου 2015 από το: [http://sophia.stkate.edu/msw\\_papers/26](http://sophia.stkate.edu/msw_papers/26).

Gall, M.D., Borg, W.R., & Gall, J.P. (1996). *Educational Research (6th ed.)*. White Plains, NY: Longman Publishers USA.

Gibelman, M. (2005). *What Social Workers Do (2nd ed.)?* Washington, DC: NASW Press.

Giles, R. (2009). Developing a health equality imagination: Hospital practice challenges for social work practice. *International Social Work*, 52, 525-537.

Gilew, R., Gould, S., Hart, C., & Swancott, J. (2007). Clinical Priorities: Strengthening Social Work Practice in Health. *Australian Social Work*, 60(2), 147-165.

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 are social work education a contributing component?* Doctorate in Social Work (DSW) Dissertations. Paper 46.

Haley-Lock, A. (2007). Up close and personal: Employee networks and job satisfaction in a Human Service context. *Social Service Review*, 81(4), 683-707.

Harms, L. (2005). *Understanding human development: A multidimensional approach*. South Melbourne: Oxford University Press.

Harper, B.C. (2011). Palliative social work: An historical perspective. Στο: T. Altilio., & S. Otis-Green (Eds.), *Oxford textbook of palliative social work* (σσ. 11-20). New York: Oxford University Press.

Hobbs, M. (2005). The social worker on the medical interdisciplinary team. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 16(2), 186-191.

Hopps, J., & Lowe, T. (2008). Scope of social work practice. Στο: K. Sowers., & C. Dulmus (Eds), *Comprehensive Handbook of Social Work and Social Welfare* (σσ. 37-63). Hoboken, N.J.: Wiley.

Huber, R., Cox, V. M., & Edelen, W. (1992). Right-to-Die Responses from a Random Sample of 200. *The Hospice Journal*, 8(3), 1-19.

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.

Judd, R. G., & Sheffield, S. (2010). Hospital social work: Contemporary roles and professional activities. *Social Work in Health Care*, 49, 856-871.

Irish Association of Social Workers' (IASW). Special Interest Group on Ageing (SIGA) (2011). *The Role of the Social Worker with Older Persons*. 1- 15.

Irwin, A., Solar, O., & Vega, J. (2008). *Social determinants of health*. The United Nations Commission of Geneva. Switzerland: World Health Organization.

Kahn, J.H., Schneider, K.T., Jenkins – Henkelman, T.M., & Moyle, L.L. (2006). Emotional social support and job burnout among high school teachers: Is it all due to dispositional affectivity? *Journal of Organizational Behaviour*, 27, 793-807.

Kaul, R. (2001). Coordinating the death notification process: The roles of the emergency room social worker and physician following a sudden death. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 1,101-114.

Keefler, J., Duder, S., & Lechman, C. (2001). Predicting length of stay in an acute care hospital: The role of psychosocial problems. *Social Work in Health Care*, 33(2), 1-16.

Klass, D. (1999). Developing a cross-cultural model of grief: The state of the field. *OMEGA*, 39(3) 153-178.

Kokkinos, C.M. (2007). Job stressors, personality and burnout in primary school teachers. *British Journal of Educational Psychology*, 77, 229-243.

Kvale, S. (1996). Interviews: an introduction to qualitative research interviewing. Thousand Oaks, California: Sage Publications.

Leiter, M., & Maslach, C. (2005). *Banishing Burnout: Six strategies for improving your relationships with work*. San Francisco: Jossey-Bass.

Leiter, MP., & Maslach, C. (1999). Six areas of worklife: a model of the organizational context of burnout. *Journal of Health and Human Services Administration*, 21, 472-489.

Lonne, R., Daniels, R., & King, J. (2010). *Visioning technology based simulated learning environments in the social work curriculum*. Simulated Learning Environments Project Report prepared for Health Workforce Australia 26th November 2010.

Marshall, V. W., & Altpeter, M. (2005). Cultivating social work leadership in health promotion and aging: Strategies for active aging interventions. *Health & Social Work*, 30(2), 135-144.

Martin, J. (2000). Hidden gendered assumptions in mainstream organizational theory and research. *Journal of Management Inquiry*, 9(2), 207-216.

Maslach, C., & Leiter, MP. (1997). *The truth about burn out*. San Francisco: Jossey-Bass.

Maslach, C., Schaufeli, W., & Leiter, MP. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

McLeod, E., Bywaters, P., Tanner, D., & Hirsh, M. (2008). Social care to facilitate access to social networks following hospital discharge. *British Journal of Social Work*, 38, 73-90.

Mitchell, C. (1996). Assisted Suicide: A Conflict of Social Work Values. *Social Work and Christianity*, 23(2), 102-114.

National Association of Social Workers (NASW) (2011). Social Workers in Hospitals & Medical Centers: occupational profile. Ανακτήθηκε στις 13 Φεβρουαρίου από το: <http://workforce.socialworkers.org/studies/profiles/Hospitals.pdf>.

Nelson, D.L., Quick, J.C., Simmons, B.L. (2001). Preventive management of work stress: current themes and future challenges. Στο: A. Baum., T.A. Revensen., & J.E. Singer (Eds), *Handbook of Health Psychology* (σσ.349-364). Mahaway, NJ: Erlbaum.

O'Brien, M., & Stewart, S. (2009). Measuring satisfaction with social work services. *Social Work in Healthcare, 48*(2), 105-118.

Papastylianou, D., Kaila, M., & Polychronopoulos, M. (2009). Teachers' burnout, depression, role conflict – Ambiguity. *Journal of Social Psychology of Education, 12*, 295-314.

Parker, P.A., & Kulik, J.A. (1995). Burnout, self and supervisor-rated job performance, and absenteeism among nurses. *Journal of Behavioral Medicine, 18*(6), 581-599.

Perrin, N., & Polowy, J. (Eds) (2008). *The Role of the Social Worker in the Long-Term Care Facility*. Missouri Long-Term Care Ombudsman Program.

Pines, A. M. (1993). Burnout. Στο: L. Goldberger., & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress* (2<sup>nd</sup> ed.), (σσ.386-403). New York: Free Press.

Pines, A.M. (1993). Burnout: an existential perspective. Στο: W.B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Eds), *Professional Burnout, Recent Developments in Theory and Research* (33-51). Washington, DC: Taylor & Francis.

Ramajan, L., & Barsade, S. (2006). What makes the job tough? The influence of organizational respect on burnout in the human services. University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, 1914.

Raphael, D. (2006). Social determinants of health: Present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services, 35*(4), 651-677.

Reisch, M. (2012). The challenge of health care reform for hospital social work in the United States. *Social Work in Health Care, 51*(10), 873-893.

Rizzo V.M., & Seidman, J. (:). *The role of social work in promoting health*. National Center for Gerontological Social Work Education, 1-15.

Saleebey, D. (2001). *Human behavior and social environments: A biopsychosocial approach*. New York, NY: Columbia University Press.

Samuelsson, M., Gustavsson, J. P., Petterson, I.L., Arentz, B., & Asberg, M. (1997). Suicidal feelings and work environment in psychiatric nursing personnel. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 32*, 391-397.

Shafor, B., & Horejsi, C. (2008). *Techniques and guidelines for social work practice* (8th ed). Boston, MA: Pearson Education.

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, 318-333.

Siegrista, J., & Marmot, M. (2004). Health inequalities and the psycho-social environment: Two scientific challenges. *Social Science & Medicine*, 58, 1463-147.

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, 611-625.

Walsh, F., & Mc Goldrick, M. (2004). *Living Beyond Loss: Death in the Family*. New York, N.Y.: W. W. Norton & Company.

Wells, P. J. (1993). Preparing for sudden death: social work in the emergency room. *Social Work*, 38(3), 339-342.

Wesley, C. A. (1996). Social Work and End-of-Life Decisions: Self-Determination and the Common Good. *Health and Social Work*, 21(2), 115-121.

Whitaker, T., Weismiller, T., Clark, E., & Wilson, M. (2006). *Assuring the Sufficiency of a Front Line Workforce: A National Study of Licensed Social Workers. Special Report: Social Work Services in Health Care Settings*. Washington DC: National Association of Social Workers.

Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. Denmark: WHO Regional Office for Europe. Ανακτήθηκε στις 10 Φεβρουαρίου 2015 από το: [https://www.google.gr/books?hl=el&lr=&id=QDFzqNZZHLMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Wilkinson+%26+Marmot+\(2003,&ots=xUpIhFWRmt&sig=5Cr8n71NwniI2whXgtC6vJxYU3s&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Wilkinson%20%26%20Marmot%20\(2003%2C&f=false](https://www.google.gr/books?hl=el&lr=&id=QDFzqNZZHLMC&oi=fnd&pg=PA5&dq=Wilkinson+%26+Marmot+(2003,&ots=xUpIhFWRmt&sig=5Cr8n71NwniI2whXgtC6vJxYU3s&redir_esc=y#v=onepage&q=Wilkinson%20%26%20Marmot%20(2003%2C&f=false).

World Health Organization (WHO) (2013). *The world health report 2013: research for universal health coverage*. Luxembourg: World Health Organization.

/



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄**  
**ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΑΔΙΟ**

Αγαπητοί Κοινωνικοί Λειτουργοί,

Στο πλαίσιο της φοίτησης μας στο..... και διεξαγωγής της πτυχιακής μας εργασίας πραγματοποιούμε έρευνα με θέμα «*Την Επαγγελματική Εξουθένωση*». Συγκεκριμένα σκοπός της έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων των κοινωνικών λειτουργών, οι οποίοι/ες εργάζονται στο χώρο του Νοσοκομείου και η συλλογή στοιχείων σχετικά με:

- τους εργασιακούς και ατομικούς παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης
- τις προσωπικές εμπειρίες εμφάνισης ή μη του φαινομένου στους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς
- τους τρόποι αντιμετώπισης και τις προτάσεις για αλλαγές που θα συμβάλλουν στην πρόληψη του φαινομένου

Η έρευνα αυτή δεν είναι δυνατή χωρίς τη δική σας συμμετοχή. Να θυμάστε ότι δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις και γι' αυτό θα σας παρακαλούσαμε να απαντήσετε ελεύθερα και με ειλικρίνεια. Όλες οι πληροφορίες θα είναι αυστηρά εμπιστευτικές και οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και θα επεξεργαστούν μόνο από μας. Τα αποτελέσματα της έρευνας μπορούν να σας κοινοποιηθούν εφόσον το επιθυμείτε. Έχετε υπόψη σας ότι σε περίπτωση που αλλάξετε γνώμη μπορείτε να αποσύρετε τη συμμετοχή σας σε οποιαδήποτε φάση της συνέντευξης.

Η κατάθεση των προσωπικών σας απόψεων και εμπειριών είναι πολύτιμη και καθοριστική για την ολοκλήρωση της παρούσας έρευνας. Σας ευχαριστούμε προκαταβολικά για τη συνεργασία σας και την πολύτιμη βοήθεια σας.

Με εκτίμηση

**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β΄**  
**ΣΚΕΛΕΤΟΣ ΗΜΙ-ΔΟΜΗΜΕΝΗΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ**

**Βασικά Δημογραφικά στοιχεία**

<b>Φύλο:</b> Θήλυ	<b>Ηλικία:</b> 22-30
Άρρεν	31-40
	41-50
	51-60
<b>Οικογενειακή Κατάσταση:</b>	<b>Χρόνια Προϋπηρεσίας στην Ειδικότητα</b>
Άγαμος/Η	0-5
Έγγαμος/Η	6-10
Τέκνα	11-20
	21-25

**1<sup>ος</sup> Άξονας: Διερεύνηση Εργασιακών και Ατομικών Παραγόντων που μπορεί να οδηγήσουν στην εμφάνιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης**

1. Κάτω από ποιές συνθήκες, κατά την γνώμη σας, ένας/μια κοινωνικός λειτουργός μπορεί να εμφανίσει Επαγγελματική Εξουθένωση;
2. Με ποιούς τρόπους θεωρείται ότι μπορεί η Επαγγελματική Εξουθένωση να επηρεάσει τη δουλειά σας γενικότερα στο χώρο του Νοσοκομείου;
3. Κατά τη γνώμη σας η Επαγγελματική Εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει και πλευρές της κοινωνικής και προσωπικής ζωής ενός/μιας εργαζομένου/ης;  
Παρακαλώ αναφέρετε τουλάχιστον ένα παράδειγμα

**2ος Άξονας: Προσωπικές εμπειρίες εμφάνισης ή μη του φαινομένου στους Νοσοκομειακούς Κοινωνικούς Λειτουργούς**

1. Πως θα χαρακτηρίζατε τις σχέσεις με τους υπόλοιπους συναδέλφους σας (κοινωνικούς λειτουργούς, νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό);
2. Υπάρχουν συνθήκες ή/και καταστάσεις στη καθημερινή δουλειά σας από τα οποία αντλείτε επαγγελματική ικανοποίηση ;  

**Αν ναι,** παρακαλώ αναφέρετε τουλάχιστον μια σχετική κατάσταση.
3. Αντιμετωπίζετε δυσκολίες στην άσκηση του ρόλου σας ως Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί ;

**Αν ναι**, τι σκέψεις και συναισθήματα σας προκαλούν αυτές οι δυσκολίες;

4. Υπάρχουν πηγές άγχους στην άσκηση του ρόλου σας ως Νοσοκομειακοί Κοινωνικοί Λειτουργοί ;

Αν ναι, παρακαλώ δώστε τουλάχιστον ένα παράδειγμα

5. Υπάρχουν στοιχεία στην προσωπικότητα σας που, κατά τη γνώμη σας, σας καθιστούν πιο ανθεκτικούς όσον αφορά στην εμφάνιση συμπτωμάτων Επαγγελματικής Εξουθένωσης;

Αν ναι, παρακαλώ δώστε τουλάχιστον ένα παράδειγμα

6. Έχετε ποτέ βιώσει συμπτώματα Επαγγελματικής Εξουθένωσης στην παρούσα εργασιακή σας απασχόληση ;

Αν ναι, παρακαλώ δώστε τουλάχιστον ένα παράδειγμα

### **3ος Άξονας: Τρόποι Αντιμετώπισης και προτάσεις για αλλαγές**

1. Πως, κατά τη γνώμη σας, θα μπορούσε να αντιμετωπιστεί η Επαγγελματική Εξουθένωση στο Νοσοκομειακό Πλαίσιο στην ειδικότητα σας ;
2. Τι θα μπορούσε, κατά τη γνώμη σας, να κάνει η Διοίκηση του Νοσοκομείου όπου εργάζεστε ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης;
3. Τι θα μπορούσε, κατά τη γνώμη σας, να κάνει ο Διευθυντής ή και ο/η Προϊστάμενος/η στην εργασία όπου εργάζεστε ώστε να μειωθούν οι πιθανότητες εμφάνισης Επαγγελματικής Εξουθένωσης;

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ΄

### ΦΕΚ

ΠΡΟΕΔΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΓΜΑ ΥΠ' ΑΡΙΘ. 23 (2)

ΑΣΚΗΣΗ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΟΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΥ ΛΕΙΤΟΥΡΓΟΥ

Αθήνα, 20-1-1992

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ Α΄

#### **Άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού**

##### **Άρθρο 1. Χορήγηση άδειας**

1. Για την άσκηση του επαγγέλματος και τη χρησιμοποίηση του τίτλου του Κοινωνικού Λειτουργού απαιτείται: α) Πτυχίο μιας αναγνωρισμένης από το Κράτος Σχολής Κοινωνικής Εργασίας της Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης ή ισότιμο αντίστοιχης Σχολής του εξωτερικού. β) Άδεια, που χορηγείται σύμφωνα με τις διατάξεις του Διατάγματος αυτού.
2. Για την ισοτιμία των πτυχίων των Σχολών εκπαίδευσης Κοινωνικών Λειτουργών του εξωτερικού αποφαινόμενοι: α. Για τους κατόχους τίτλων σπουδών του εξωτερικού Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης από το ΔΙΚΑΤΣΑ χωρίς αντιστοιχία. β. Για το αντικείμενο ειδικότητας των πιο πάνω πτυχίων αποφαινόμενοι το Ινστιτούτο Τεχνολογικής Εκπαίδευσης (ΙΤΕ).
3. Οι υποψήφιοι για τη λήψη της άδειας άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού, που αναφέρεται στην παράγραφο 1 του παρόντος απαιτείται να: α. Έχουν την Ελληνική Ιθαγένεια, με επιφύλαξη της παρ. 5 του παρόντος άρθρου. β. Να μην έχουν καταδικασθεί σε ποινές κακουργήματος ή πλημμελήματος από εκείνα που αναφέρονται στο άρθρο 2 του παρόντος ή να μην έχουν στερηθεί των πολιτικών τους δικαιωμάτων λόγω καταδίκης.
4. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού χορηγείται με απόφαση Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων ή του εξουσιοδοτούμενου, με σχετική απόφασή του κατά τα οριζόμενα στο άρθρο 29 παραγρ. 1 τον Ν. 1558/85, αρμοδίου οργάνου και δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως. Η άδεια εκδίδεται μετά από αίτηση του ενδιαφερομένου που συνοδεύεται με τα ακόλουθα δικαιολογητικά:
  - α. Επικυρωμένα αντίγραφο ή φωτοαντίγραφο πτυχίου Σχολής Κοινωνικής Εργασίας, ή βεβαίωση της Σχολής από την οποία να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει καταστεί πτυχιούχος.

- β. Πιστοποιητικό ισοτιμίας τίτλου σπουδών, για τους πτυχιούχους σχολών του εξωτερικού.
- γ. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο δελτίου Αστυνομικής Ταυτότητας.
- δ. Αντίγραφο ποινικού μητρώου τύπου Α'.
- ε. Πιστοποιητικό αρμόδιας Εισαγγελικής Αρχής ή υπεύθυνη με δήλωση του άρθρου 8 του Ν. 1599/86, ότι ο υποψήφιος δε διώκεται ως φυγόποινος ή φυγόδικος.στ. Επικυρωμένο φωτοαντίγραφο του εκλογικού βιβλιαρίου από το οποίο να προκύπτει ότι ο υποψήφιος έχει ασκήσει το εκλογικό του δικαίωμα ή βεβαίωση από την οποία να προκύπτει ότι άσκησε το δικαίωμα αυτό ή ότι δεν το άσκησε δικαιολογημένα. Σε περίπτωση έλλειψης εκλογικού βιβλιαρίου, βεβαίωση της Αρμόδιας Αρχής ότι ο υποψήφιος έχει υποβάλει τα απαιτούμενα δικαιολογητικά για την έκδοσή του.
5. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργικού χορηγείται με τη διαδικασία της προηγούμενης παραγράφου και σε αλλοδαπούς, υπηκόους των Κρατών - Μελών των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων, σε εφαρμογή των διατάξεων του Π.Δ. 37/88 (ΦΕΚ 15/29.1.88 Τ.Α.), εφ' όσον πληρούν τις προϋποθέσεις του παρόντος Π.Δ/τος καθώς επίσης και σε περιπτώσεις αλλοδαπών της παραγράφου 5 τον άρθρου 3 του Ν. 991/79, εφ' όσον πληρούν και τις αναφερόμενες στη διάταξη αυτή προϋποθέσεις.
6. Στην αρμόδια Δ/ση του Υπουργείου Υγείας, πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων τηρείται Μητρώο που περιλαμβάνει:α) Στοιχεία ταυτότητας του ενδιαφερομένου β) Γνώση ξένων γλωσσών) πρόσθετες σπουδές.

## **Άρθρο 2 Ανάκληση άδειας**

1. Η άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού ανακαλείται προσωρινά ή οριστικά με αιτιολογημένη απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων που δημοσιεύεται στην Εφημερίδα της Κυβέρνησης σε περιπτώσεις:α. Καταδίκης για κακούργημα ή πλημμέλημα, σε οποιαδήποτε ποινή, για κλοπή, υπεξαίρεση (κοινή ή στην Υπηρεσία), απάτη, εκβίαση, πλαστογραφία, δωροδοκία, ή δωροληψία, παράβαση καθήκοντος, για έγκλημα κατά των ηθών, συκοφαντική δυσφήμιση και λιποταξία.β. Στέρησης των πολιτικών δικαιωμάτων λόγω καταδίκης.γ. Θέσης του Κοινωνικού Λειτουργού σε δικαστική απαγόρευση ή δικαστική αντίληψη.δ. Παράβασης των διατάξεων των άρθρων 4 - 9 του παρόντος Διατάγματος.
2. Η οριστική ανάκληση της άδειας άσκησης επαγγέλματος επιτρέπεται ύστερα μόνο

από αμετάκλητη δικαστική απόφαση για αδίκημα που αναφέρεται στην παραγρ. 1α του παρόντος άρθρου.3. Σε περίπτωση παράβασης των διατάξεων των άρθρων 4-9 του παρόντος η απόφαση ανάκλησης της άσκησης επαγγέλματος εκδίδεται, κατ' ανάλογη εφαρμογή των διατάξεων του Υπαλληλικού κώδικα που φορούν την επιβολή πειθαρχικών ποινών:

α. Για θέματα σχέσεων με το συνδικαλιστικό τους όργανο και μετά την σύμφωνη γνώμη του πειθαρχικού τους οργάνου.

β. Για θέματα δεοντολογικά που αναφέρονται στα προαναφερόμενα άρθρα, το Υπηρεσιακό Πειθαρχικό Συμβούλιο του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Για θέματα δεοντολογικά η προσωρινή ανάκληση δεν θα πρέπει να υπερβαίνει το χρονικό διάστημα του ενός (1) έτους, ενώ για ποινική καταδίκη για ορισμένα κακουργήματα ή πλημμελήματα, ή αμετάκλητη καταδικαστική απόφαση, στέρηση πολιτικών δικαιωμάτων κ.λ.π. η ανάκληση θα είναι οριστική.

### **Άρθρο 3 Πλαίσια άσκησης τον επαγγέλματος**

1. Οι Κοινωνικοί λειτουργοί που έτυχαν άδειας άσκησης επαγγέλματος σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του παρόντος, παρέχουν τις υπηρεσίες τους στα πλαίσια οργανωμένων Κοινωνικών Υπηρεσιών του Δημοσίου και του ιδιωτικού τομέα.

2. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί μπορούν με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, να παρέχουν τις υπηρεσίες τους και ως **ελεύθεροι επαγγελματίες**, εφόσον έχουν ασκήσει, αποδεδειγμένα, το επάγγελμά τους για μία τουλάχιστον πενταετία στα πλαίσια των Υπηρεσιών της προηγούμενης παραγράφου.

3. Το αντικείμενο των υπηρεσιών του Κοινωνικού Λειτουργού, ως ελεύθερου επαγγελματία, πρέπει να είναι αντίστοιχο της απαιτούμενης, κατά την προηγούμενη παράγραφο, επαγγελματικής εμπειρίας.

4. Η παροχή υπηρεσιών από τον Κοινωνικό Λειτουργό, ως ελεύθερου επαγγελματία είναι επιτρεπτή εφόσον: α. Διατηρεί για το σκοπό αυτό επαρκείς και κατάλληλους χώρους στους οποίους απαραίτητα περιλαμβάνονται γραφείο για συνεντεύξεις και αίθουσα αναμονής των εξυπηρετούμενων. β. Τηρεί μητρώο εξυπηρετούμενων και λοιπά στοιχεία από τα οποία προκύπτει η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών με την άσκηση κοινωνικής εργασίας.

5. Με απόφαση του Υπουργού Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μετά γνώμη του οικείου επαγγελματικού Συλλόγου, καθορίζεται, κατά είδος και μορφή

παρεχόμενων υπηρεσιών το ύψος των αμοιβών του Κοινωνικού Λειτουργού που, με τις προϋποθέσεις των διατάξεων του άρθρου αυτού, παρέχει τις υπηρεσίες του ως ελεύθερος επαγγελματίας.

6. Η εποπτεία του έργου του Κοινωνικού λειτουργού ως ελεύθερου επαγγελματία αποτελεί έργο των αρμοδίων κατά τόπους περιφερειακών Υπηρεσιακών του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων κατά την άσκηση της οποίας διασφαλίζονται οι διατάξεις του Διατάγματος αυτού για τη διαφύλαξη του ιδιωτικού απόρρητου.

7. Για την έκδοση της απόφασης της παραγράφου 2 του άρθρου αυτού ο ενδιαφερόμενος υποβάλλει στο Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, μέσω της κατά τόπο αρμόδιας περιφερειακής του Υπηρεσίας, αίτηση με τα ακόλουθα στοιχεία:α. βεβαίωση προϋπηρεσίας από την οποία να προκύπτει με σαφήνεια, τόσο ο χρόνος της επαγγελματικής εμπειρίας του ενδιαφερόμενου, όσο και το αντικείμενο των υπηρεσιών που πρόσφερε κατά το χρόνο της προϋπηρεσίας του.β. Υπεύθυνη δήλωση του Ν. 1599/86 στην οποία να αναφέρεται με σαφήνεια η έδρα και η περιγραφή των χώρων που ο ενδιαφερόμενος πρόκειται να ασκήσει το έργο του, το είδος των υπηρεσιών που θα προσφέρει και την κατηγορία ή τις κατηγορίες των εξυπηρετούμενων στους οποίους θα απευθύνονται οι υπηρεσίες του.γ. Προκειμένου για αλλοδαπό που έτυχε άδειας άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού λειτουργού σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 1 του παρόντος, βεβαίωση ότι έχει επαρκή γνώση της Ελληνικής γλώσσας, η οποία χορηγείται από:α. Λέσχη Πανεπιστημίου Αθηνών/Διδασκαλείο ξένων γλωσσών (Ν. 5147/1931, άρθρο 12, ΦΕΚ 211/τ. Α'/14, 16.7.1931).β. Σχολείο Νέας Ελληνικής Γλώσσας Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης (Π.Δ. 1051/1977, ΦΕ, 350/τ. Α'/14.11.77).

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ Β'**

Αρχές, καθήκοντα, υποχρεώσεις, ασυμβίβαστα κατά την άσκηση του επαγγέλματος

### **Άρθρο 4. Αρχές**

1. Η άσκηση του επαγγέλματος τον Κοινωνικού λειτουργού προϋποθέτει προσήλωση στα ιδεώδη της ελευθερίας και της δικαιοσύνης και πίστη στην αξία της ανθρώπινης ύπαρξης και των δυνατοτήτων της.

2. Με βάση τις Θεμελιώδεις αρχές της προηγούμενης παραγράφου ο Κοινωνικός Λειτουργός.

α. Αναγνωρίζει έμπρακτα το δικαίωμα κάθε ανθρώπου.

(1) Να αποφασίζει στο να αποδεχθεί ή όχι το είδος των παρεχομένων σ' αυτόν υπηρεσιών και τον τρόπο αντιμετώπισης των προβλημάτων του, εφόσον με τον τρόπο αυτό δεν εκτίθεται σε κίνδυνο η ασφάλεια και η ευημερία των συνανθρώπων του και του κοινωνικού συνόλου γενικότερα.

(2) να συμμετέχει εποικοδομητικά και στο μέτρο του δυνατού στη διαδικασία του σχεδιασμού των κοινωνικών μέτρων που τον αφορούν και να συμπράττει στην προσπάθεια κάλυψης των αναγκών του στο μέτρο που οι δυνατότητές του το επιτρέπουν.

β. Ενεργεί κατά τρόπο που συμβάλλει στη δημιουργία ή παροχή ίσων ευκαιριών, σε άτομα, ομάδες και κοινότητες, χωρίς διάκριση καταγωγής, φύλου, ηλικίας, κοινωνικής θέσης, θρησκευτικών ή πολιτικών πεποιθήσεων, τόσο για την κάλυψη των βιολογικών, συναισθηματικών, κοινωνικών και πολιτιστικών αναγκών τους, όσο και για την ανάπτυξη και αξιοποίηση των δικών τους δυνατοτήτων.

Συμβάλλει στην καλλιέργεια, μεταξύ των πολιτών, πνεύματος κοινωνικής ευθύνης και αλληλεγγύης και στην ευαισθητοποίηση και προετοιμασία τους για κοινωνική δράση.

### **Άρθρο 5. Υποχρεώσεις προς το επάγγελμα**

1. Για την ανάπτυξη και προαγωγή της Κοινωνικής Εργασίας ο Κοινωνικός Λειτουργός:

α. Επιδιώκει τη βελτίωση της επαγγελματικής του στάθμης με τη συνεχή επιμόρφωση και μετεκπαίδευσή του, με την αξιοποίηση της επαγγελματικής εποπτείας κατά την άσκηση του έργου του και την παρακολούθηση των διεθνών εξελίξεων στο χώρο της Κοινωνικής Εργασίας.



β. Συμβάλλει ενεργά στην τήρηση των "αρχών" στην αξιοποίηση των "μεθόδων" της Κοινωνικής Εργασίας και στην προσαρμογή των χρησιμοποιούμενων "τεχνικών" στις διαμορφούμενες νέες κοινωνικές ανάγκες και προβλήματα.

γ. Συμβάλλει στην ορθή και σαφή ενημέρωση της κοινής γνώμης αναφορικά με τις επιδιώξεις και τους στόχους της Κοινωνικής Εργασίας και στην εδραίωση και αύξηση της αναγνώρισης και εμπιστοσύνης της κοινωνίας και των εξυπηρετούμενων για τη χρησιμότητα των υπηρεσιών που προσφέρει.δ. Προσφέρει γνώσεις, επαγγελματική πείρα, τόσο για την επισήμανση και τεκμηρίωση της φύσης και της έκτασης κοινωνικών αναγκών και προβλημάτων, όσο και για τον καθορισμό των επιλογών και τρόπων αντιμετώπισής τους και βελτίωσης της ποιότητας ζωής σε τοπικό, περιφερειακό και εθνικό επίπεδο, συμβάλλοντας έτσι, με τη συμμετοχή του σε αρμόδια όργανα, στη διαμόρφωση της Κοινωνικής Πολιτικής καθώς επίσης στο σχεδιασμό και τη διαμόρφωση των απαραίτητων Κοινωνικών Υπηρεσιών και προγραμμάτων.

#### **Άρθρο 6 Καθήκοντα προς του εξυπηρετούμενους**

1. Ο Κοινωνικός Λειτουργός κατά τη διαδικασία παροχής των υπηρεσιών του στον εξυπηρετούμενο (άτομο, ομάδα, κοινότητα) οφείλει:

- α. Να σέβεται την προσωπικότητά του και να συμβάλλει έμπρακτα στη διαφύλαξη της αξιοπρέπειάς του και στην ικανοποίηση και διασφάλιση των δικαιωμάτων του.
- β. Να αναγνωρίζει την ιδιαιτερότητά του και το δικαίωμά του να αποφασίζει για τις υποθέσεις που τον αφορούν, ενθαρρύνοντας και υποβοηθώντας τον ταυτόχρονα να αναλαμβάνει τις ευθύνες των πράξεών του, να αξιοποιεί στο έπακρο τις δυνατότητές του και να βρίσκει, αυτενεργώντας, λύσεις για την κάλυψη των αναγκών του ή την αντιμετώπιση των προβλημάτων του, με τρόπους κοινωνικά παραδεκτούς.
- γ. Να τον ενημερώνει με σαφήνεια και πληρότητα για τις προϋποθέσεις, το περιεχόμενο και τα χρονικά πλαίσια της συνεργασίας μαζί του και να παρέχει τις υπηρεσίες του με αντικειμενικά κριτήρια και μετά από αμερόληπτη κρίση, έτσι ώστε η επαγγελματική σχέση μαζί του να στηρίζεται σε αμοιβαία εμπιστοσύνη και να αξιοποιείται απ' αυτόν στον επιθυμητό βαθμό και κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.
- δ. Να συλλέγει και να χρησιμοποιεί πληροφορίες ή δεδομένα που αφορούν τον εξυπηρετούμενο μόνο εφόσον σχετίζονται με τις ανάγκες ή τα προβλήματα για τα οποία απευθύνθηκε στην Κοινωνική Υπηρεσία και εφόσον κρίνονται απαραίτητα, τόσο για το διαγνωστικό έργο, όσο και για τη λήψη των αναγκαίων γι' αυτόν μέτρων.
- ε. Να τηρεί αυστηρά, εχεμύθεια σε ιδιωτικά απόρρητα που του έχει εμπιστευθεί ο

εξυπηρετούμενος ή που έχουν περιέλθει σε γνώση του κατά την άσκηση του επαγγέλματός του, ή λόγω της ιδιότητάς του.Στα πλαίσια της τήρησης του υπηρεσιακού απόρρητου οφείλει επίσης να επαγρυπνεί για τη μυστικότητα των εγγράφων στοιχείων που τηρούνται στην υπηρεσία που υπηρετεί.Σε περίπτωση που ο Κοινωνικός Λειτουργός κληθεί να εξετασθεί ως μάρτυρας από δικαστική ή άλλη Αρχή, για Θέματα για τα οποία υποχρεούνται να τηρήσει εχεμύθεια, οφείλει να προβαίνει σε σαφή δήλωση τόσο για την ιδιότητά του, όσο και για την υποχρέωσή του αυτή.Δεν αποτελεί παραβίαση της επαγγελματικής εχεμύθειας η γνωστοποίηση από τον Κοινωνικό Λειτουργό πληροφοριών ή γεγονότων, όταν η ενέργειά του αποσκοπεί στη διαφύλαξη της ανθρώπινης ζωής ή την προστασία της σωματικής και ψυχικής ακεραιότητας ανηλίκων καθώς και ενηλίκων που στερούνται των δυνατοτήτων αυτοπροστασίας.στ. Να μην επιδιώκει προσωπικά οφέλη σε βάρος των συμφερόντων του εξυπηρετούμενου και του περιβάλλοντός του και σε καμιά περίπτωση να δέχεται φιλοδωρήματα.

#### **Άρθρο 7. Υποχρεώσεις προς τον φορέα στον οποίο παρέχει τις υπηρεσίες του.**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός κατά τη διάρκεια της εργασιακής σχέσης του με τον φορέα στον οποίο προσφέρει τις υπηρεσίες του οφείλει:

- α. Να είναι επαρκώς ενημερωμένος, αναφορικά με τις αρχές, τους σκοπούς και τους στόχους του φορέα καθώς επίσης για τα κοινωνικά προγράμματα. και τους μηχανισμούς, με τους οποίους υλοποιούνται οι πιο πάνω σκοποί και στόχοι.
- β. Να συμβάλλει με τις επαγγελματικές του γνώσεις και ενέργειες στην αποδοτικότερη εφαρμογή των κοινωνικών προγραμμάτων του φορέα και με τις τεκμηριωμένες εισηγήσεις του, στη λήψη μέτρων για τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω συμπλήρωσης ή τροποποίησης των εφαρμοζόμενων προγραμμάτων ή της κατάρτισης και εφαρμογής νέων, που επιβάλλονται από τις διαμορφούμενες συνθήκες και ανάγκες.
- γ. Να τηρεί τους κανόνες οργάνωσης και λειτουργίας του Φορέα και να συμβάλλει εποικοδομητικά για τη λήψη μέτρων που Θα στοχεύουν στην αποδοτικότερη οργάνωση και λειτουργία του και στη βελτίωση των όρων και συνθηκών εργασίας.

#### **Άρθρο 8. Καθήκοντα προς τους συναδέλφους**

Ο Κοινωνικός Λειτουργός στις υπηρεσιακές του σχέσεις με τους συναδέλφους του οφείλει:

- α. Να συμβάλλει, με την εν γένει συμπεριφορά του, στη δημιουργία και διατήρηση κλίματος αμοιβαίας εμπιστοσύνης, εποικοδομητικής συνεργασίας και συναδελφικής

αλληλεγγύης.

β. Να σέβεται την προσωπικότητα, την ιεραρχική θέση, τις ικανότητες και την επαγγελματική τους πείρα, να μην παρεμβαίνει άμεσα στις αρμοδιότητές τους και να δέχεται και να ασκεί καλόπιστη και εποικοδομητική κριτική.

γ. Να συμβάλλει με πνεύμα ειλικρίνειας και κατανόησης και με ειρηνικό και ευπρεπή τρόπο στην εξομάλυνση διαφορών, που ενδεχόμενα μπορεί να ανακύψουν κατά το στάδιο της επαγγελματικής του σχέσης και συνεργασίας.

### **Άρθρο 9. Ασυμβίβαστα**

1. Απαγορεύεται στον Κοινωνικό Λειτουργό να ασκεί εργασία, που δεν συμβιβάζεται με το κύρος του ως Κοινωνικού Λειτουργού.

2. Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί κατά την άσκηση του επαγγέλματός τους, δεν μπορούν είτε ατομικά, είτε μετέχοντες, με την ιδιότητά τους, σε συλλογικά υπηρεσιακά όργανα να επιλαμβάνονται θεμάτων από τα οποία προκύπτει φανερό συμφέρον των ιδίων ή συγγενών τους σε ευθεία γραμμή απεριόριστα και σε πλάγια γραμμή μέχρι τρίτου βαθμού.

### **Άρθρο 10 Διευκολύνσεις κατά την άσκηση του έργου**

1. Σε όσους έχει χορηγηθεί άδεια άσκησης επαγγέλματος Κοινωνικού Λειτουργού και απασχολούνται με την ιδιότητα αυτή, παρέχεται από τους πάσης φύσεως φορείς κάθε δυνατή διευκόλυνση, κατά την άσκηση του έργου τους.

2. Για την πιστοποίηση της ταυτότητας και ιδιότητας των Κοινωνικών Λειτουργών της προηγούμενης παραγράφου ο φορέας που τους απασχολεί ή ο επαγγελματικός Σύλλογος στον οποίο ανήκουν μπορεί να τους εφοδιάζει με το απαραίτητο έγγραφο, (ταυτότητα).

### **Άρθρο 11. Καταργούμενες διατάξεις**

Κατά τη δημοσίευση του παρόντος Π.Δ/τος στην Εφημερίδα της Κυβερνήσεως παύουν να ισχύουν οι διατάξεις του Β.Δ/τος 690/61 "περί της ασκήσεως του επαγγέλματος Κοινωνικών Λειτουργών". Στον Υπουργό Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων αναθέτουμε τη δημοσίευση και την εκτέλεση του παρόντος.

(<http://www.teiath.gr/seyp/socialwork/categories.php?id=8102&lang=el>)