

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η κοινωνική εργασία στο χώρο της υγείας και το σύνδρομο  
επαγγελματικής εξουθένωσης των κοινωνικών λειτουργών  
στο χώρο της υγείας**

Κυριάκη Δ. Ειρήνη  
Σαϊσανά Π. Ελένη



Πάτρα, Ιανουάριος 2010

**Α.Τ.Ε.Ι. ΠΑΤΡΑΣ**  
**ΣΕΥΠ**  
**ΤΜΗΜΑ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΟ  
ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ  
ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΟΜΑΔΑ:**  
ΣΑΪΣΑΝΑ Π. ΕΛΕΝΗ  
ΚΥΡΙΑΚΗ Δ. ΕΙΡΗΝΗ

**ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ:**  
ΒΑΛΣΑΜΗ ΟΥΡΑΝΙΑ

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου στην Κοινωνική Εργασία από το τμήμα Κοινωνικής Εργασίας της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος (Α.Τ.Ε.Ι.) Πάτρας

**Πάτρα, Ιανουάριος 2010**

**A.T.E.I. PATRAS**  
**SEYP**  
**DEPARTMENT OF SOCIAL WORK**

**Thesis**

**”SOCIAL WORK IN THE AREA OF HEALTH AND THE  
SYNDROME OF PROFESSIONAL BURNOUT SOCIAL  
WORKERS AT HEALTH”**

**RESEARCH TEAM:**  
HELEN P. SAISANA  
EIRINI D. KIRIAKI

**TEACHER RESPONSIBLE:**  
VALSAMI OURANIA

Thesis for obtaining a degree in Social Work from the Board of Social Work, School of Health and Welfare of the Technological Educational Institute (A.T.E.I.) Patras

**Patra, January 2010**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες.....	8
Περίληψη.....	9
Αντί προλόγου.....	14

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Εισαγωγή.....	15
1.2 Σκοπός.....	17

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

#### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ- BURNOUT

2.1 Η έννοια και το περιεχόμενο του άγχους.....	18
2.2 Άγχος και συναφείς όροι.....	19
2.2.1 Φόβος.....	19
2.2.2 Απειλή.....	20
2.2.3 Αγωνία.....	20
2.2.4 Στρες.....	21
2.2.4.1 Είδη στρες.....	22
2.2.4.2 Τα διαφορετικά πρόσωπα του στρες.....	23
2.3 Είδη άγχους.....	25
2.4 Προσωπικότητα.....	26
2.4.1 Τύποι προσωπικότητας.....	27
2.5 Η σχέση προσωπικότητας και άγχους.....	28
2.6 Εργασιακό άγχος.....	30
2.7 Τα αίτια του εργασιακού άγχους.....	32
2.7.1 Οι εργασιακές σχέσεις.....	34
2.7.2 Δομή του εργασιακού χώρου.....	35
2.8 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout).....	37
2.9 Στάδια εξέλιξης.....	39
2.10 Αίτια εμφάνισης.....	45
2.11 Συμπτώματα.....	49
2.12 Επιπτώσεις.....	55
2.13 Δημογραφικά στοιχεία και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.....	56
2.14 Προσωπικότητα και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.....	57

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

#### Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Τομείς άσκησης της κοινωνικής εργασίας.....	60
3.1.1 Τομέας κοινωνικής πρόνοιας.....	61

3.1.2 Τομέας υγείας.....	62
3.1.3 Τομέας ψυχικής υγείας.....	62
3.1.4 Τομέας κοινωνικής ασφάλισης.....	63
3.1.5 Τομέας επαγγελματικού προσανατολισμού εργασίας.....	64
3.1.6 Τομέας εκπαίδευσης.....	64
3.1.7 Τομέας πρόληψης και καταστολής.....	64
3.1.8 Τομέας κοινωνικής οργάνωσης και ανάπτυξης.....	65
3.1.9 Τομέας κοινωνικών υπηρεσιών για τις ένοπλες δυνάμεις και τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δημοσίας Τάξης.....	66
3.2 Οι ομάδες στόχου της κοινωνικής εργασίας.....	66
3.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός της υγείας και η θεωρητική της προσέγγιση.....	79
3.3.1 Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	81
3.3.2 Δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας.....	84
3.3.3 Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας.....	85
3.4 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες υγείας.....	86
3.5 Η έννοια της ψυχικής υγείας.....	90
3.5.1 Προγράμματα μονάδων ψυχικής υγείας κατά την άσκηση της κοινωνικής εργασίας.....	93
3.6 Η κοινωνική εργασία στους τομείς υγείας στην Ελλάδα.....	98
3.7 Η κοινωνική εργασία στους τομείς υγείας στην Ευρώπη.....	101
3.8 Η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών υγείας και ψυχικής υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με τις άλλες ευρωπαϊκές πρωτεύουσ.....	102

#### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:**

#### **Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

4.1 Η εμφάνιση του burnout στα επαγγέλματα φροντίδας.....	107
4.2 Συχνότητα εμφάνισης burnout στο επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού συγκριτικά με τα υπόλοιπα επαγγέλματα.....	108
4.3 Αιτίες που συνδέουν το burnout με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας.....	110
4.4 Συμπτώματα των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση.....	113
4.5 Επιπτώσεις του burnout των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας αναφορικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.....	116
4.6 Μελέτη του burnout των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα.....	118

4.7 Σύγκριση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους κοινωνικούς λειτουργούς στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό.....	120
--	-----

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 :**

### **Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

5.1 Μέτρα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο.....	123
5.1.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη.....	124
5.1.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη.....	126
5.1.3. Τριτοβάθμια πρόληψη.....	127
5.2 Μέτρα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο.....	127
5.2.1 Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο.....	129
5.2.2 Παρέμβαση σε οργανωσιακό επίπεδο.....	132
5.2.2.1. Πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.....	133
5.2.2.2. Δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.....	135
5.2.2.3 Τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης.....	136
5.3 Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με βάση τις γνωστικές- συμπεριφορικές μεθόδους.....	138
5.4 Σύγκριση Ελλάδας και άλλων Ευρωπαϊκών χωρών ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	139

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ**

Συμπεράσματα – Προτάσεις .....	143
--------------------------------	-----

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>145</b>
--------------------------	------------



## **ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης αξίζει να ευχαριστήσουμε αρχικά την επόπτρια μας κυρία Βαλσάμη Ουρανία για την πολύτιμη βοήθεια που μας παρείχε αρχικά για τη σωστή επιλογή του θέματος και ύστερα για τις κατευθυντήριες γραμμές στη διερεύνηση και βιβλιογραφική ανασκόπηση αυτού.

Ευχαριστούμε επίσης θερμά τον κύριο Πανταζάκα Παντελή, προϊστάμενο της κοινωνικής υπηρεσίας του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για τις χρήσιμες συμβουλές του σχετικά με την ανεύρεση πηγών για την διεκπεραίωση της συγκεκριμένης μελέτης .

Ακόμη τον κύριο Μέντη Μανόλη, κοινωνικό λειτουργό του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Πατρών για τις συμβουλές και τη βοήθειά του σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Εν τέλει ευχαριστούμε θερμά το οικογενειακό μας περιβάλλον για την στήριξη και την κατανόηση που μας προσέφεραν κατά τη διάρκεια συγγραφής της παρούσας εργασίας.



## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετάται το φαινόμενο του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης (burnout) που προσβάλλει τους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στο χώρο της υγείας.

Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η εισαγωγή και ο σκοπός της βιβλιογραφικής ανασκόπησης.

Στο δεύτερο κεφάλαιο παρουσιάζεται μια εκτενής ανασκόπηση στο πρόδρομο του burnout, το άγχος. Αναφέρονται οι διάφορες πτυχές του και ο τρόπος με τον οποίο αυτό μπορεί να εμφανιστεί είτε ως φόβος, είτε ως απειλή, είτε ως αγωνία και τέλος είτε ως στρες. Ιδιαίτερη βαρύτητα δίνεται στη διαλεύκανση των παραπάνω εννοιών μεταξύ τους. Περιγράφονται οι τύποι της προσωπικότητας και πως αυτοί δρουν αναλογικά με το άγχος. Διευκρινίζεται η διαφορά του εργασιακού άγχους απ' το burnout και παρουσιάζεται αναλυτικά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα στάδια εξέλιξης του, τα αίτια, τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις που έχει στους εργαζόμενους.

Στο τρίτο κεφάλαιο πραγματοποιείται ανασκόπηση στους τομείς άσκησης της κοινωνικής εργασίας καθώς και στις ομάδες στόχου της. Αναλύονται ιδιαίτερα οι τομείς αλλά και οι ομάδες στόχου καθώς λειτουργούν ως κεντρώς δύναμη και αφετηρία στην άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού. Οι δυσλειτουργίες που προκύπτουν στους τομείς άσκησης αλλά και η ιδιαιτερότητα των ομάδων στόχου που αναλύονται συνδέονται αναλογικά με την εμφάνιση του burnout καθώς παρουσιάζουν σχέση συνάφειας και εξάρτησης. Στη συνέχεια αναλύονται ο τομέας της υγείας και της ψυχικής υγείας, οι οποίοι λειτουργούν

ως πλαίσιο αναφοράς για την εργασία του κοινωνικού λειτουργού. Ιδιαίτερης αναφοράς και ανασκόπησης χρήζει στη παρούσα βιβλιογραφική έρευνα ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες υγείας ο οποίος συνδέεται άμεσα αφενός με την οριοθέτηση των καθηκόντων του και αφετέρου με τους προκλητικούς παράγοντες εμφάνισης του burnout. Στο τέλος του τρίτου κεφαλαίου πραγματοποιείται σύγκριση στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας στους τομείς υγείας στην Ελλάδα και στην Ευρώπη.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται η επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στο χώρο της υγείας. Αναφέρονται τα επαγγέλματα φροντίδας που είναι περισσότερο επιρρεπή στο burnout και η συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στα επαγγέλματα αυτά συγκριτικά με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού. Εξετάζονται οι προκλητικοί παράγοντες που οφείλονται για τη δημιουργία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις που αυτό έχει σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο απ' τον επαγγελματία. Επίσης μελετάται το burnout των κοινωνικών λειτουργών που δουλεύουν στο τομέα της υγείας και στο εξωτερικό και πραγματοποιείται μια σύγκριση μεταξύ Ελλάδας και εξωτερικού.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται τα μέτρα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης και αναλύονται τα επίπεδα στα οποία θα έπρεπε από τις εκάστοτε αρχές της χώρας να δοθεί έμφαση έτσι ώστε να προληφθεί το φαινόμενο του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπρόσθετα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση και στους τρόπους αντιμετώπισης τόσο σε προσωπικό επίπεδο δηλαδή στις ενέργειες τις οποίες πρέπει να κάνει ο ίδιος

ο επαγγελματίας τόσο και σε οργανωτικό επίπεδο δηλαδή στις ενέργειες τις οποίες οφείλει να προβεί η εκάστοτε επιχείρηση. Στο τέλος του πέμπτου κεφαλαίου πραγματοποιείται σύγκριση των μέτρων των οποίων έχει λάβει η Ελλάδα σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο σε έναν ικανοποιητικό βαθμό.

Στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται σύγκριση μεταξύ των κεφαλαίων και πως αυτά συνάδουν μεταξύ τους. Διατυπώνονται συμπεράσματα τα οποία προκύπτουν από την βιβλιογραφική έρευνα και πραγματοποιείται συζήτηση πάνω σε αυτά.

## **ABSTRACT**

In this literature review studied the phenomenon of professional burnout syndrome (burnout) affecting social workers working in the field of health.

Firstly the first chapter presents the introduction and the purpose of literature review.

In particular the second chapter presents a comprehensive overview of the precursor to burnout, stress. Indicate the various aspects of the way in which this can occur as either fear or a threat or as anxiety and stress as either end. Particular attention is given to clarify these concepts together. Describe the types of personality and how they act in proportion to the stress. Clarifies the difference in work-related stress from the burnout and presented in detail the professional burnout syndrome, stages of development, the causes, symptoms and effects of workers. The third chapter has been reviewed in the exercise of social work and target groups. Analyzed specific sectors and target groups and act as a centrist force and starting to practice as a social worker. The shortcomings arising in the exercise and the specificity of target groups are analyzed according to the appearance of burnout and have relevance and relationship addiction. Then analyzed the area of health and mental health, acting as a reference for the work of social worker. Particular reference needs to review this literature review the role of social worker to health services which are directly linked to the demarcation of duties and other challenging factors to the occurrence of burnout. At the end of the third chapter takes place compared to the exercise of social work in health in Greece and

Europe.

The fourth chapter presents the burnout for social workers working in the field of health. List care practitioners who are most prone to burnout and the incidence of professional burnout in these professions than the profession of social worker. It examines the provocative factors related to the creation of professional burnout syndrome, the symptoms and impact of such a professional and personal level than the professional. Also studied burnout in social workers who work in health and abroad and made a comparison between Greece and abroad. The fifth chapter presents the prevention of professional burnout and analyzed the levels that should the relevant authorities to focus in order to prevent the phenomenon of professional burnout syndrome. In addition special emphasis and ways of addressing both the personal level that the actions which have to do the same in both the professional and organizational, that is to say in actions which must give the firm. At the end of the fifth chapter shall compare the measures that were taken by Greece in relation to the rest of Europe to address the phenomenon in a satisfactory manner.

The sixth chapter comparison is made between capitals and that are consistent with each other. Draws conclusions arising from the literature review and a debate on them.

*Αντί προλόγου.....*

*“Αν θέλεις οι άνθρωποι να έχουν κίνητρα για μια καλή εργασία  
δεν έχεις παρά να  
τους τα δώσεις” ( Frederick Herzberg ).*

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### 1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στη σύγχρονη εποχή ο άνθρωπος βαδίζει μ' ένα συνεχόμενο άγχος για το αύριο, γι' αυτά που θα επέλθουν τα οποία συχνά συνάδουν με την επαγγελματική του αποκατάσταση, την επαγγελματική εξέλιξη και ικανοποίησή του. Το εργασιακό άγχος μαστίζει τους επαγγελματίες όλων των κλάδων. Ο φόρτος εργασίας, οι δύσκολες εργασιακές συνθήκες, η δομή και η οργάνωση του χώρου, η ασάφεια ρόλων και η σύγκρουση ρόλων είναι μερικοί απ' τους προκλητικούς παράγοντες εμφάνισης του. Όλα αυτά σε συνδυασμό με την απουσία κοινωνικής υποστήριξης τόσο απ' το οικογενειακό όσο και από το συγγενικό και φιλικό περιβάλλον έχει ως αποτέλεσμα την μέγιστη εκδήλωση εργασιακού άγχους.

Καθώς η εργασία αποτελεί για τον άνθρωπο βασικό μέσο βιοπορισμού και ηθικής ανταμοιβής, το άτομο προσπαθεί να ανταπεξέλθει καθημερινά στις ανάγκες της εργασίας του, αγωνιζόμενος να αποδώσει τα μέγιστα που απαιτεί το εργασιακό περιβάλλον στα πλαίσια της παραγωγικής διαδικασίας. Στη προσπάθειά του αυτή ορισμένες απ' τις φιλοδοξίες του αποδεικνύονται φρούδες και το άτομο αποθαρρύνεται και εγκλωβίζεται σ' ένα κύκλο αρνητικών συναισθημάτων. Έτσι ατονεί το αίσθημα χαράς και αισιοδοξίας, το οποίο με τη σειρά του διαδέχεται το αίσθημα αποτυχίας. Σαν αποτέλεσμα της προαναφερθείσας συλλογιστικής ο επαγγελματίας παρουσιάζει σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης το οποίο χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις : την συναισθηματική

εξάντληση, την αποπροσωποίηση και το αίσθημα μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων. Εργαζόμενοι που αφοσιώνονται πλήρως στη δουλειά τους, που είναι ευσυνείδητοι και δυσκολεύονται να διαχωρίσουν την επαγγελματική τους ενασχόληση απ' την προσωπική τους ζωή, είναι πιο εύκολο να προσβληθούν απ' το εν λόγω σύνδρομο. Το σύνδρομο αυτό ή αλλιώς burnout επέρχεται απ' τα συσσωρευμένα χρόνια συμπτώματα του εργασιακού άγχους που παρουσιάζει το άτομο και είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται έγκαιρα.

Τα τελευταία χρόνια έχει αρχίσει να στρέφεται το ενδιαφέρον στην υποστήριξη και συμβουλευτική των εργαζομένων εντός του εργασιακού χώρου. Στα πλαίσια της Ευρωπαϊκής στρατηγικής προσπαθεί να κινηθεί και η Ελλάδα, χωρίς όμως να έχει καταφέρει να φτάσει στα επίπεδα άλλων χωρών του εξωτερικού.



## 1.2 ΣΚΟΠΟΣ

Σκοπός της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας αποτελεί η διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς στο τομέα της Υγείας στην Ελλάδα προκειμένου να διαλευκανθούν τα αίτια από τα οποία προκαλείται και να εξακριβωθούν οι τρόποι αντιμετώπισης του συνδρόμου συγκριτικά με άλλες ευρωπαϊκές πρωτεύουσες.

Οι επιμέρους στόχοι που έχουν τεθεί στη παρακάτω βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι οι εξής:

] Ο βαθμός σύνδεσης των τομέων άσκησης καθώς και των ομάδων στόχου της κοινωνικής εργασίας με την επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας.

] Ο βαθμός σύνδεσης του φόρτου εργασίας με την επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας

] Ο βαθμός σύνδεσης των εργασιακών σχέσεων με την επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας

] Η εξακρίβωση στη συσχέτιση της εκδήλωσης των αγχογόνων συμπτωμάτων αναλογικά με τη προσωπικότητα του κάθε επαγγελματία.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ- BURNOUT**

### **2.1 Η έννοια και το περιεχόμενο του άγχους**

Τις τελευταίες δεκαετίες το άγχος έχει προκαλέσει αντικείμενο έρευνας πολλών επιστημόνων. Εκατοντάδες είναι τα βιβλία που έχουν γραφτεί, χιλιάδες τα άρθρα που έχουν δημοσιευτεί σε επιστημονικά περιοδικά τα οποία εξετάζουν το άγχος από όλες τις οπτικές του γωνίες. Παρ' όλα αυτά όμως ο κάθε ερευνητής και αναλυτής του άγχους εισάγει και έναν διαφορετικό ορισμό της έννοιας. Για το λόγο αυτό παρατίθενται παρακάτω κάποιοι από αυτούς τους ορισμούς.

«Το άγχος συμπύσσεται στον ορισμό ως αναφορά της αναγνώρισης «ότι τα γεγονότα που αντιμετωπίζει κανείς βρίσκονται έξω από το πεδίο καταλληλότητας του συστήματος νοητικών κατασκευών (τρόπος αντίληψης και ερμηνείας των γεγονότων) , δηλαδή δεν μπορεί να τα ερμηνεύσει». (Pervin, John, 2001:475).

Άλλος ορισμός παρουσιάζει το άγχος ως τις «συναισθηματικές καταστάσεις διέγερσης και έντασης και είναι συχνά μια βασανιστική κατάσταση απόγνωσης. Χαρακτηρίζεται από τη διάχυτη εντύπωση ενός μεγάλου κινδύνου λιγότερο ή περισσότερο πραγματικού, φυσικού ή ψυχικού και συχνά μόλις συνειδητού, μπροστά στον οποίο νιώθει κανείς αδύναμος» (Παπαδόπουλος, 1998:18).

Επιπροσθέτως ο ορισμός του άγχους «αναφέρεται στις τρέχουσες αλλαγές που προκαλούν οι στρεσογόνες συνθήκες τόσο στη ψυχολογική λειτουργία των ρυθμιστικών μηχανισμών όσο και στη συμπεριφορά του ατόμου» (Βασιλάκη και συν. ,2001:75)

## **2.2 Άγχος και συναφείς όροι**

Αρκετά φορές το άγχος αποδίδεται με πολλές έννοιες και συναφείς όρους όπως, φόβος, αγωνία, stress και απειλή. Η λανθασμένη αυτή συσχέτιση καθώς και η υποκειμενική αντίληψη των ερευνητών για την έννοια του άγχους τους οδήγησε στην διατύπωση των συσχετικών στοιχείων, των ομοιοτήτων και των διαφορών μεταξύ τους.

Ως εκ τούτου κρίνεται πολυσήμαντη η αναφορά στις απόψεις τους και η σκιαγράφηση των κυριότερων χαρακτηριστικών της καθεμιάς έννοιας ξεχωριστά.

### **2.2.1 Φόβος**

Φόβος είναι το «δυσάρεστο συναίσθημα που νιώθει κάποιος μπροστά στην απειλή κάποιου συγκεκριμένου και κατανοητού λογικού κινδύνου, που συνήθως συνοδεύεται από σωματικά συμπτώματα και συναισθηματική ταραχή, καθώς και από την επιθυμία του ατόμου να αμυνθεί ή να τραπεί σε φυγή» (Πιάνος,2000:147) .

Ως προς την περιγραφή τους από το πάσχοντα το άγχος περιγράφεται ενσυνείδητα, αόριστα και έχει χρόνια διάρκεια, ενώ ο φόβος περιγράφεται ενσυνείδητα , πολύ συγκεκριμένα κι έχει βραχεία εντόπιση (Οικονόμου, 1994) .

### **2.2.2 Απειλή**

Η απειλή ορίζεται ως «η επίγνωση μιας επικείμενης ευρύτατης αλλαγής στη πυρηνική δομή κάποιου. Κάθε φορά που οι άνθρωποι αναλαμβάνουν μια δραστηριότητα εκτίθενται στη σύγχυση. Η σύγχυση μπορεί να οδηγήσει σε κάτι καινούριο ή να εξελιχθεί σε απειλή για το άτομο» (Pervin, John, 2001:476)

Η αντίληψη μιας περίπτωσης ως απειλητικής και οι ψυχολογικές αντιδράσεις προς αυτήν εξαρτώνται από την προσωπικότητα του ατόμου, το φιλοσοφικό του προσανατολισμό και τις κληρονομικές του προδιαθέσεις.

Επίσης επηρεάζονται από τη πολιτιστική και κοινωνική υποδομή του, την εμπειρία του, το βαθμό ευφυΐας του, τις συνήθειες και τη μόρφωσή του (Ραγιά,1993) .

### **2.2.3 Αγωνία**

«Αγωνία είναι μια από τις πολλές λέξεις που αποδίδεται στα ελληνικά η υποκειμενική αντίληψη του συναισθήματος του άγχους. Το άτομο λέγοντας ότι έχει αγωνία εννοεί ότι έχει άγχος, χωρίς να γνωρίζει πολλές φορές ότι οι δύο λέξεις είναι συνώνυμες» (Παπαδόπουλος, 1994:22) .

Το αντικείμενο της αγωνίας είναι πιο φανερό, πιο εξωτερικό, πιο πραγματικό και προσιτό γι' αυτό υπάρχει δυνατότητα διαφυγής και διεξόδου η οποία οδηγεί στην ανάπτυξη δραστηριότητας. Η αγωνία εκφράζεται με περισσότερη ανησυχία από το άγχος γι' αυτό και προκαλεί εντονότερες κινητικές αντιδράσεις για αποφυγή, αποτροπή και κατανίκηση του κινδύνου, απ' ότι το

άγχος που διαποτίζει, ακινητοποιεί, παραλύει και καταβάλλει το άτομο (Γαλανού, 1977) .

#### **2.2.4 Στρες**

Το στρες ορίζεται ή αλλιώς ψυχολογική ένταση ορίζεται ως «μια ιδιαίτερη σχέση του ατόμου με το περιβάλλον η οποία εκφράζεται με την εκτίμηση του ότι η κατάσταση που αντιμετωπίζει επιβαρύνει σημαντικά ή και υπερβαίνει τα ψυχικά αποθέματα του κι έτσι θέτει σε κίνδυνο τη ψυχική του ισορροπία» ( Βασιλάκη και συν. ,2001) .

Επίσης ως στρες ορίζεται η αδυναμία του ανθρώπινου οργανισμού σε φυσιολογικό και ψυχολογικό επίπεδο ν' ανταποκριθεί σ'ένα πιεστικό εξωτερικό ερέθισμα. Οι αντιδράσεις του οργανισμού σε πιεστικές καταστάσεις έχουν φυσιολογικούς και ψυχολογικούς παραμέτρους

Πιστεύεται ότι υπάρχουν ατομικές προδιαθέσεις κατά την αντίδραση έναντι του στρες, γι' αυτό διαφορετικά άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες, αντιδρούν με διαφορετικό τρόπο (Αντωνίου, 2006) .

Η εκτεταμένη και παρατεταμένη επιστημονική μελέτη του στρες αφορά τη πιθανή του επίδραση στην υγεία του ατόμου, καθώς το στρες μπορεί να επηρεάσει την υγεία με δύο τρόπους: με συμπεριφορικές και οργανικές αλλαγές (jane, Ogden, 2000) .

Σίγουρα η αντίδραση και οι αλλαγές που θα επιφέρει το στρες σε κάθε άνθρωπο διαφέρουν όχι μόνο λόγω φύλου, ηλικίας, μορφωτικού επιπέδου αλλά και λόγω ατομικών προδιαθέσεων κατά την αντίδραση έναντι του στρες, γι' αυτό και διαφορετικά

άτομα που εκτίθενται στις ίδιες αιτίες στρες αντιδρούν όπως προαναφέρθηκε με διαφορετικό τρόπο (Αντωνίου, 2006) .

#### 2.2.4.1 Είδη stress

-Οξύ στρες: Προκαλείται από μια κατάσταση έντονη που μόλις προηγήθηκε (π.χ., συνέντευξη για δουλειά) ή που άμεσα επίκειται (π.χ., ραντεβού με κάποιον που μας ενδιαφέρει). Θέτει το άτομο σε ετοιμότητα και μπορεί να προκαλεί μέχρι και ευχάριστη ένταση, επαναλαμβανόμενο όμως εξαντλεί το άτομο.

-Επεισοδιακό οξύ στρες: Οξύ στρες σε καθημερινή σχεδόν βάση. Τα άτομα αυτά είναι σαν να βρίσκονται διαρκώς "στην πρίζα". Προκαλεί έντονα σωματικά συμπτώματα (π.χ., καρδιακές παθήσεις, έλκος) και προβλήματα στην συμπεριφορά (π.χ.,επιθετικότητα,ξεσπάσματα).

-Χρόνιο στρες: Το άτομο βρίσκεται μόνιμα σε μια κατάσταση στρες, την οποία μέσα από τον χρόνο συνηθίζει ως αναπόσπαστο κομμάτι της ζωής του. Η ζωή του φαίνεται < μίζερη> και στάσιμη. Το άτομο φθείρεται σωματικά και ψυχικά και νιώθει δυστυχισμένο και ανικανοποίητο. Τα αποτελέσματα αυτού του τύπου στρες είναι αρκετά σοβαρά, καθώς μπορούν να καταλήξουν σε σημαντικά σωματικά ή ψυχικά προβλήματα ([www.health.gr](http://www.health.gr) προσπέλαση 11/09/09).

## **2.2.4.2. Τα διαφορετικά πρόσωπα του στρες**

### **Φύλο και στρες**

Η φυσιολογία της αντίδρασης μάχης ή φυγής είναι ίδια σε όλους τους ανθρώπους. Ορισμένοι ερευνητές, όμως, πιστεύουν ότι υπάρχουν κάποιες διαφορές στον τρόπο με τον οποίο αντιδρούν στο στρες οι άντρες και οι γυναίκες, διαφορές που σχετίζονται με το φύλο. Έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε πολλές χώρες δείχνουν ότι οι γυναίκες επηρεάζονται περισσότερο από το στρες. Σύμφωνα με μελέτες, «οι γυναίκες έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να παρουσιάσουν χρόνια στρες και να νιώσουν ότι έχουν χάσει τον έλεγχο της ζωής τους. Για το που οφείλονται, όμως, αυτές οι διαφορές ορισμένοι ερευνητές πιστεύουν ότι οι κοινωνικές υποχρεώσεις που δεσμεύουν τις γυναίκες-μεταξύ των οποίων η φροντίδα των παιδιών, των ηλικιωμένων συγγενών και του σπιτιού- τις εκθέτουν σε περισσότερα ερεθίσματα που μπορεί να προκαλέσουν άγχος. Οι άντρες, από την άλλη μεριά, ανησυχούν περισσότερο για τα οικονομικά ζητήματα, γεγονός απόλυτα κατανοητό αφού είναι παραδοσιακά επιφορτισμένοι με το ρόλο του "προμηθευτή" της οικογένειας».

### **Ηλικία και στρες**

Ορισμένα γεγονότα που καλούμαστε να αντιμετωπίσουμε κατά τη διάρκεια της ζωής μας, όπως ο θάνατος ενός συζύγου, μία ασθένεια ή ένα ατύχημα, είναι πιθανότερο να προκύψουν σε πιο προχωρημένη ηλικία. «Οι ασθένειες που εμφανίζονται συνήθως οι

άνθρωποι μεγαλύτερης ηλικίας, όπως καρδιακές παθήσεις, η αρθρίτιδα και ο καρκίνος, αποτελούν πηγές έντονου άγχους. Οι παρενέργειες των φαρμάκων και άλλων θεραπειών μπορεί να συνιστούν πλέον μία δυσάρεστη καθημερινή πραγματικότητα για αυτούς τους ανθρώπους. Επίσης, τα ηλικιωμένα άτομα παρουσιάζουν συχνά διαταραχές του ύπνου. Όπως είναι φυσικό, όλοι αυτοί οι παράγοντες προκαλούν στρες».

### **Η φροντίδα των άλλων και το στρες.**

Η φροντίδα των ανθρώπων που μας περιβάλλουν αποτελεί στην ουσία όρο κοινωνικού συμβολαίου, το οποίο κρατάει ενωμένα τα μέλη μιας οικογένειας ή οποιασδήποτε άλλης κοινωνικής ομάδας. Φυσικά, «η φροντίδα ενός ηλικιωμένου γονέα ή ενός αρρώστου συζύγου μπορεί να είναι μία αξιέπαινη και συχνά ευχάριστη πράξη. Αλλά σίγουρα δεν είναι εύκολη υπόθεση. Αν έχετε αναλάβει τη φροντίδα κάποιου ανθρώπου, μπορεί να κυριεύεστε συχνά από άγχος, εξάντληση, θυμό, ενοχές, θλίψη και άλλα επώδυνα συναισθήματα».

### **Εργασία και στρες**

Όλοι γνωρίζουμε ότι στις μέρες μας ο τομέας της εργασίας είναι πιο σκληρός από ποτέ. Οι ώρες εργασίας είναι ατελείωτες. Πολύ συνταξιούχοι επιστρέφουν στην αγορά εργασίας. Τα κινητά τηλέφωνα, τα email και οι συσκευές φαξ γκρέμισαν το διαχωριστικό τείχος μεταξύ εργασίας και ελεύθερου χρόνου. «Οι



συχνές απολύσεις, η αγωνία των μεγαλύτερων υπαλλήλων που κινδυνεύουν από τους φιλόδοξους νέους με τις τεχνολογικές γνώσεις, και η γενικότερη αστάθεια της οικονομικής κατάστασης δημιουργούν ένα κλίμα αυξανόμενης ανασφάλειας. Σύμφωνα με μία έρευνα όπως αυτή αναφέρεται από το Βασιλόπουλο συμμετείχαν 21,300 νοσοκόμες, οι εργαζόμενες που ανέφεραν ότι δεν ήλεγχαν τη δουλειά τους, ότι δεν είχαν την κοινωνική στήριξη που χρειαζόνταν στον εργασιακό τους χώρο και ότι επιβαρύνονταν με αυξημένα καθήκοντα, αντιμετώπιζαν αρκετά προβλήματα υγείας. Αντίθετα, οι εργαζόμενες που είχαν το μεγαλύτερο δυνατό έλεγχο της δουλειάς τους και μειωμένες υποχρεώσεις ήταν υγιέστερες» (Βασιλόπουλος, 2005:46,47,48,49).

### **2.3 Είδη άγχους**

Έχοντας αναλύσει τα παραπάνω και θέλοντας να εφιστίσουμε την προσοχή στη σημασία του άγχους αξίζει να αναφέρουμε τα είδη του.

Τα είδη του άγχους προκύπτουν απ' την αντίδραση του κάθε ατόμου προς αυτό με εντελώς διαφορετικούς τρόπους οι οποίοι ποικίλλουν από υγιείς σε παθολογικές. Έτσι το άγχος διακρίνεται σε αρνητικό «distress», σε θετικό «eustress» και σε ουδέτερο «neustress». Το αρνητικό συνήθως χρησιμοποιείται ως συνώνυμο της λέξης «stress» και ευθύνεται κυρίως για βιοχημικές, σωματικές, συμπεριφοριστικές και ψυχολογικές αλλαγές (Jane, Ogden, 2004).

Το θετικό στρες ή «eustress» βοηθάει τους ανθρώπους να αντιδρούν πιο γρήγορα να αναπτύσσουν πιο αποτελεσματικές στρατηγικές αντιμετώπισης των προβλημάτων τους και να επιτυγχάνουν σε διάφορους τομείς της ζωής, αξιοποιώντας δυνατότητες ή ευκαιρίες με κάθε τρόπο. Εν τέλει το ουδέτερο «neustress» δεν αποτελεί έναν απαραίτητα βοηθητικό ή επιβλαβή τύπο στρες (Αντωνίου, 2006) .

Μια άλλη κατηγοριοποίηση του άγχους αφορά το νευρωτικό-ψυχωτικό-παθολογικό άγχος (Γαλανού,1977) .

Στο παθολογικό άγχος η ένταση είναι ανάλογη προς το προκαλούμενο ερέθισμα και η προσαρμογή του ατόμου δεν είναι πλήρης (Οικονόμου,1998). Στο νευρωσικό άγχος το άτομο εκδηλώνει σε μέγιστο βαθμό αίσθημα απελπισία σε σχέση με την αιτία απ' την οποία προκαλείται κι έτσι το άτομο γίνεται άτολμο και ανασφαλές (Ρώμας, 1984) .

Άλλο είδος άγχους αποτελεί και το αντικειμενικό άγχος, το οποίο βιώνει κανείς απέναντι σ' έναν πραγματικό κίνδυνο αλλά επιτρέπει στο άτομο να ανταπεξέλθει στο υπάρχον πρόβλημα (Σπιλμπεργκερ, 1982) .

## **2.4 Προσωπικότητα**

Ως προσωπικότητα ορίζεται η ψυχοσωματική οντότητα που έχει την εξελικτική ικανότητα να συναλλάσσεται και να επικοινωνεί ανάλογα με τον εαυτό της και με το περιβάλλον (Διαμαντόπουλος, 2001) .

Η προσωπικότητα αντιπροσωπεύει εκείνα τα χαρακτηριστικά του ατόμου που εξηγούν τους σταθερούς τύπους συναισθήματος, σκέψης και συμπεριφοράς ( L. Perlin & O. John, 1999) .

Τα κυριότερα στοιχεία της προσωπικότητας είναι ο χαρακτήρας, η συναισθηματική ιδιοσυγκρασία, τα κίνητρα, η νοημοσύνη και η σωματική διάπλαση του ατόμου (Χασάπη, 1980) .

#### **2.4.1 Τύποι προσωπικότητας**

Η προσωπικότητα διακρίνεται σε τρεις τύπους , τον τύπο A, B και C .

Αναλυτικότερα ο τύπος προσωπικότητα A έχει βιαστικό και κοφτό λόγο, κάνει γρήγορες κινήσεις, μασάει γρήγορα τη τροφή του, σκέφτεται και πραγματοποιεί πολλά πράγματα ταυτόχρονα. Διακατέχεται από ανυπομονησία καθώς και αδυναμία να ανεχθεί ρυθμούς πιο αργούς από τους δικούς του. Επίσης προσπαθεί να επιβάλλει τις απόψεις του, αισθάνεται ενοχές όταν δεν ασχολείται με κάτι και κάνει νευρικές χειρονομίες-τικ.

Ακόμη διακατέχεται από έντονη συγκέντρωση και επαγρύπνηση, ανταγωνισμό, τελειομανία παρουσιάζει υψηλά επίπεδα διαπροσωπικών συγκρούσεων και τυγχάνει περιορισμένης ή μηδενικής κοινωνικής υποστήριξης. Αυτός ο τύπος είναι σε συνεχή πίεση να πετύχει κάτι (Σαπουτζή- Κρέπια, 2000) .

Οι μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι άντρες που έχουν προσωπικότητα τύπου A πάσχουν από στεφανιαία νόσο . Η συνήθως εχθρική συμπεριφορά, που τους χαρακτηρίζει επιβαρύνει την υπάρχουσα κατάσταση (Αντωνίου, 2006) .

Ο τύπος προσωπικότητας Β έχει απόλυτη ελευθερία από τις τάσεις του τύπου Α , τόνος της φωνής του είναι χαμηλός , κάνει ήρεμες κινήσεις, είναι χαλαρός και καθόλου βιαστικός. Επιπρόσθετα εργάζεται χωρίς πίεση, δεν αντιλαμβάνεται τη πίεση του χρόνου, χαλαρώνει χωρίς αισθήματα ενοχής και διακατέχεται από αισιοδοξία. Δεν αισθάνεται την ανάγκη επίδειξης των επιτευγμάτων του, δεν προσπαθεί να εντυπωσιάσει τους άλλους ενώ απολαμβάνει εντελώς η ζωή και τις χαρές της (Σαπουτζή- Κρέπια, 2000) .

Ο τύπος προσωπικότητας C είναι ένα σύμπλεγμα των Α και Β (Σαπουτζή- Κρέπια, 2000) .

Σύμφωνα με την Αντωνίου τα άτομα με τύπο προσωπικότητας C πάσχουν συνήθως από καρκίνο.

## **2.5 Η σχέση προσωπικότητας και άγχους**

Η προσωπικότητα του ατόμου ως σύνολο καθώς και τα επιμέρους χαρακτηριστικά όπως έχει σημειωθεί σε πολλές έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί επηρεάζουν το είδος στρατηγικής που χρησιμοποιείται έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η αγχογόνος κατάσταση.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η αίσθηση αντοχής (Kabasa, 1986) η συμπεριφορά τύπου Α (Glass, 1979) , ο ενδοπροσωπικός / εξωπροσωπικός έλεγχος ο οποίος επηρεάζει την αντίληψη για το αν ένα γεγονός είναι ελέγξιμο ή όχι, (Carver, Scheier & Weintraub, 1989), η αυτοεκτίμηση (Brodzinsky & συν. ,1992) και οι διαστάσεις της προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός, η

εξωστρέφεια και η δεκτικότητα στις εμπειρίες (Casta, Somerfield & McCrae, 1996), ( Βασιλάκη και συν. , 2001) .

Συχνά στις σχετική βιβλιογραφία γίνεται αναφορά στην προσωπικότητα του ατόμου ως βασικό παράγοντα στον τρόπο αντίδρασης στο άγχος. Η προσωπικότητα καθώς και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της καθορίζουν την στρατηγική που θα ακολουθηθεί έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η αγχογόνος κατάσταση.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι η αίσθηση αντοχής (Kabasa, 1986), η συμπεριφορά τύπου A ( Glass, 1977), ο ενδοπροσωπικός / εξωπροσωπικός έλεγχος που επηρεάζει την αντίληψη ότι ένα γεγονός είναι ελέγξιμο ή όχι (Carver, Scheier & Brodzinsky, 1992) καθώς και διαστάσεις της προσωπικότητας όπως ο νευρωτισμός, η εξωστρέφεια και η δεκτικότητα στις εμπειρίες (Costa Samerfield & McCrae, 1996), (Βασιλάκη και συν. , 2001).

Οι Glazer, Stetz και Izso (2003) εκπόνησαν μια έρευνα σε πέντε δυτικές χώρες σχετικά με τους τύπους προσωπικότητας των ατόμων που εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Οι έρευνες παρουσιάζουν ορισμένες διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα, χωρίς όμως να επηρεάζουν σημαντικά τα βασικά αποτελέσματα. Βρέθηκε ότι στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα ευάλωτα τα άτομα με εξωτερικό πεδίο ελέγχου και τα άτομα με τύπο προσωπικότητας A.

Ιδιαίτερη αναφορά συναντάται στην προσωπικότητα τύπου A όπως συνηθίζεται να περιγράφεται από τους επιστήμονες. Τα άτομα που ανήκουν στον τύπο προσωπικότητας A είναι συνήθως επιτυχημένα στην εργασία τους, προωθούνται γρηγορότερα από

άλλους και συναντώνται συνήθως σε επαγγέλματα με υψηλό κύρος. Επενδύουν λιγότερο στην οικογένεια και στο φιλικό περιβάλλον ενώ δεν έχουν πολλές δραστηριότητες εκτός εργασίας (Argyle, 1990) .

Σε σχετική έρευνα το 1980 οι Chesney και Rosenman βρήκαν πως τα άτομα προσωπικότητας τύπου Α αναπτύσσουν στρες σε υπερβολικά ελεγχόμενα περιβάλλοντα εργασίας ενώ αντίθετα όταν οι ίδιοι ελέγχουν την εργασία τους δεν αναπτύσσουν σχετικά συμπτώματα στρες (Argyle,1990) .

Όσον αφορά τον τύπο προσωπικότητας C, αυτή περιγράφεται ως παθητική, ήρεμη, απελπισμένη, προσανατολισμένη στους άλλους και με μη εξωτερικεύονται συναισθήματα. Τα άτομα με τύπο προσωπικότητας C δεν εξωτερικεύουν τα συναισθήματα τους και καταστέλλουν τα συναισθήματά τους και καταστέλλουν τις συναισθηματικές αντιδράσεις σε γεγονότα ζωής (Η ψυχολογία της υγείας,2001).

## **2.6 Εργασιακό άγχος**

Το εργασιακό άγχος αποτελεί ένα από τα κυριότερα, σύμφωνα με βιβλιογραφικές αναφορές, προβλήματα υγείας που σχετίζονται άμεσα με την καθημερινότητα του κάθε ατόμου.

Η επίδραση του εργασιακού άγχους καθώς και το ερέθισμα που θα πάρει το κάθε άτομο προκειμένου να αντιδράσει αγχωτικά δεν αποτελεί στερεοτυπικό κανόνα. Κι αυτό γιατί όπως αναφέραμε προηγουμένως το κάθε άτομο ανάλογα με το φύλο και τον τύπο προσωπικότητας αντιδρά διαφορετικά (παθολογικά ή υγιής) στα διάφορα ερεθίσματα που δίνονται στον εργασιακό του χώρο.

Έτσι λοιπόν δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην έννοια της αντίληψης καθώς η πίεση και η έκθεση του ατόμου προς αυτήν έχει έναν υποκειμενικό χαρακτήρα (Leka & συν. 2003:4).

Καθώς το στρες πηγάζει απ' τη σχέση κι αλληλεπίδραση ατόμου-περιβάλλοντος (Jane Ogden, 2004), το εργασιακό άγχος είναι η κατάσταση κατά την οποία δεν υπάρχει ή το άτομο αντιλαμβάνεται ότι δεν υπάρχει ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων του περιβάλλοντος ή του ατόμου και των δυνατοτήτων του ίδιου (του ατόμου).

Το άγχος μπορεί να επηρεάσει οποιοδήποτε εργασιακό χώρο ανεξάρτητα από το μέγεθος και τον τομέα δραστηριότητάς του και οποιοδήποτε εργαζόμενο ανεξάρτητα από τη μορφή συμβολαίου ή τη σχέση εργασίας.

Βέβαια από τη φύση τους ορισμένα επαγγέλματα είναι περισσότερο αγχογόνα από άλλα, και ιδιαίτερα εκείνα που συνεπάγονται σχέσεις με ανθρώπους απαιτούν ταχύτητα στη λήψη αποφάσεων (Cooper & Eaker, 1988).

Παραδείγματα τέτοιων επαγγελμάτων είναι:

- Ένστολα επαγγέλματα : αστυνομικοί, κυβερνήτες αεροσκαφών, φύλακες σε σωφρονιστικά συστήματα
- Καλλιτεχνικά επαγγέλματα : δημοσιογράφοι, ηθοποιοί, παρουσιαστές ραδιοφώνου και τηλεόρασης
- Επαγγέλματα διοίκησης και εμπορίου : διαφημιστές, διευθυντές προσωπικού
- Επαγγέλματα παραγωγής και κατασκευών : ανθρακωρύχοι, κτίστες
- Επαγγέλματα υγείας : οδοντίατροι, ιατροί, νοσοκόμες

- Επαγγέλματα κοινωνικών υπηρεσιών : κοινωνικοί λειτουργοί, δάσκαλοι

Έρευνα της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφέρει ότι το 28% των εργαζομένων βιώνει καταστάσεις εργασιακού άγχους. Ένας στους πέντε εργαζόμενους αναφέρει κόπωση ως συνέπεια του εργασιακού στρες, ένας στους 8 αναφέρει συχνούς πονοκεφάλους ως συνέπεια του εργασιακού στρες ενώ το 20% των εργαζομένων που πάσχουν από καρδιαγγειακές παθήσεις έχουν βιώσει έντονες καταστάσεις εργασιακού στρες (Τμήμα Επιθεώρησης Εργασίας, Νέες μορφές εργασιακής παθολογίας, 2005).

## **2.7 Τα αίτια του εργασιακού άγχους**

Είναι πολύ σημαντικό τόσο για το κάθε άτομο ξεχωριστά όσο και για τον κάθε οργανισμό να αναγνωρίζει και να αντιμετωπίζει τους τομείς και τα στοιχεία εκείνα που φαίνονται ότι προκαλούν στρες στο εργασιακό περιβάλλον.

Σήμερα, βεβαίως, είναι πλέον παγκοσμίως αποδεκτό ότι οι εργασιακές συνθήκες επηρεάζουν ιδιαίτερα την υγεία των εργαζομένων, την επαγγελματική ανάπτυξη και ευημερία τους. Η αντιμετώπισή τους καθίσταται τόσο κοινωνική όσο και οικονομική προτεραιότητα. Δεν υπάρχει, όμως, υγεία χωρίς ψυχική υγεία.

Η ψυχική υγεία είναι εξαρτημένη σε ακόμη μεγαλύτερο βαθμό από τις σχέσεις που διαμορφώνει κάποιος με το περιβάλλον. Καταλαβαίνει κανείς τη σπουδαιότητα του ρόλου που



διαδραματίζει το εργασιακό περιβάλλον στην κοινωνικοποίηση του ατόμου, λαμβανομένου υπόψη του χρόνου που αφιερώνει σε αυτό η πληθώρα των ενηλίκων, της εξατομίκευσης του σύγχρονου τρόπου ζωής και της γενικότερης τάσης για αποξένωση στα πλαίσια των διαπροσωπικών σχέσεων.

Η εργασία σαν τέτοια δεν συνιστά μόνον ένα κορυφαίο μέσο κοινωνικοποίησης του ανθρώπου, αλλά και αυτοπροσδιορισμού και κοινωνικής καταξίωσής του. Δυστυχώς, το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να αποδειχθεί σημαντική πηγή έκλυσης άγχους, να προκαλέσει πόνο και απογοήτευση οδηγώντας μοιραία στην ανάπτυξη ψυχολογικών προβλημάτων που συνδέονται με την εργασία. Αν στις απαιτήσεις που συνδέονται με την εργασία προστεθούν οι άλλες κοινωνικές επιταγές και τα προβλήματα της οικογενειακής ζωής, τότε μπορούμε να εννοήσουμε γιατί συχνά οι συνέπειες στα άτομα κυμαίνονται από μία προσωρινή δυσπροσαρμοστικότητα έως μία σοβαρή διαταραχή. Ειδικά, δε, σήμερα με την οικονομική κρίση, την εκτίναξη της ανεργίας και τη συνακόλουθη επιδείνωση των εργασιακών σχέσεων γίνεται εμφανές πως η ψυχική υγεία των εργαζομένων κλονίζεται συθέμελα. (Σχοινιά, 2006).

Συνεπώς δεδομένης της πολυπλοκότητας του φαινομένου του άγχους όταν αναφερόμαστε στις πηγές άγχους δεν μπορούμε να είμαστε απόλυτοι και κατηγορηματικοί και δεν πρέπει να αγνοούμε την προσωπική αντίληψη του κάθε ατόμου σχετικά με το ποιους παράγοντες θεωρεί στρεσογόνους και ποιους όχι. Γι' αυτό θα αναφερθούμε στους ως πιθανούς στρεσογόνους παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον.

Αναφορικά με το μοντέλο για το άγχος που προτείνει ο Cooper, οι πηγές άγχους κατατάσσονται σε έξι κατηγορίες: αυτές που είναι εσωγενείς στην εργασία, αυτές που σχετίζονται με τον εργασιακό ρόλο, αυτές που αφορούν τις εργασιακές σχέσεις, αυτές που σχετίζονται με την ανάπτυξη της σταδιοδρομίας του ατόμου, αυτές που σχετίζονται με το κλίμα και τη δομή της οργάνωσης και τέλος αυτές που αναφέρονται στη σχέση (διασύνδεση) της οικογενειακής ζωής με την εργασιακή ζωή (Καντάς, 1995: 105-106).

Πολλοί παράγοντες συνδέονται με την δημιουργία και την εξέλιξη των ψυχικών προβλημάτων, και έχουν σχέση με την εργασία. Κοινωνικοί παράγοντες που πρόσφατα εκτιμήθηκαν και ασκούν μια συστηματική αρνητική επιρροή στην ψυχική υγεία των εργαζομένων αφορούν την οργάνωση της εργασίας και τις σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα σε αυτήν. Εργασιακός φόρτος, αδυναμία αναγνώρισης και στήριξης, έλλειψη συναδελφικής αλληλεγγύης, απουσία συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, ανεπαρκής πρόσβαση στη πληροφόρηση, διαρκής ανασχεδιασμός, εργασιακή απομόνωση, είναι μερικοί από τους σημαντικότερους παράγοντες που απειλούν την υγεία των εργαζομένων.(Σχοινιά, 2006).

### **2.7.1 Οι εργασιακές σχέσεις**

Πολύ σημαντικό και καθοριστικό παράγοντα διαδραματίζουν οι σχέσεις που δημιουργούνται μέσα σε μια οργάνωση καθώς αποτελούν το υπόβαθρο για την ανάπτυξη παραγωγικών δραστηριοτήτων. Ο κάθε εργαζόμενος ξεχωριστά έχει ανάγκη να

ενεργεί ελεύθερα και να λαμβάνει αποδοχή και υπόληψη απ' τους συνεργάτες του. Ωστόσο το πόσο καλές θα είναι οι διαπροσωπικές σχέσεις στο χώρο εργασίας εξαρτάται από τη νοοτροπία των εργαζομένων μιας και υπάρχουν άτομα περισσότερο ή λιγότερο ανταγωνιστικά. Όταν ο εργαζόμενος δεν απολαμβάνει την εκτίμηση που αξίζει η δουλειά του, του δημιουργείται αίσθημα υποτίμησης, καταστρέφεται η ικανοποίηση απ' την εργασία του και μειώνονται τα κίνητρα για την βελτίωση της απόδοσης και προώθησης νέων εξελίξεων (Fontana,1993:67).

Η επίδραση που έχουν οι συνάδελφοι στη ψυχολογία του κάθε ατόμου είναι καθοριστικής σημασίας. Ο ενεργητικός ρόλος των ισορροπημένων σχέσεων με τους συναδέλφους επιβεβαιώνεται με την κλασική μελέτη των French & Caplan 1973 αφού διαπίστωσαν ότι η κοινωνική υποστήριξη απ' τους συναδέλφους μπορεί να λειτουργήσει διαμεσολαβητικά όσον αφορά τις επιδράσεις του εργασιακού στρες (Αντωνίου, 2006:134).

### **2.7.2 Δομή του εργασιακού χώρου**

Η ένταξη του κάθε ατόμου στον εργασιακό χώρο συνοδεύεται και από την επιθυμία εκπλήρωσης εσωτερικών αναγκών του. Όταν η οργάνωση δίνει αυτή την ευκαιρία στο άτομο, τότε αυτό θα εργαστεί και θα αποδώσει. Σε αντίθεση περίπτωση όμως αυτό θα εργαστεί και αποδώσει. Σε αντίθετη περίπτωση όμως θα προτάξει τις δικές του ανάγκες κι όχι αυτές της οργάνωσης.

«Υπερβολικές και σε πολλές περιπτώσεις ανεξέλεγκτες απαιτήσεις και πιέσεις μπορούν να προκληθούν από κακό

σχεδιασμό της εργασίας, κακή διαχείριση και ανικανοποίητες εργασιακές συνθήκες. Εξαιτίας λοιπών αυτών των συνθηκών είναι δυνατόν οι εργαζόμενοι να μην λαμβάνουν την ικανοποιητική υποστήριξη απ' τους άλλους ή να μην έχουν αρκετό έλεγχο της εργασίας τους και των πιέσεων της» (Leka & συν., 2003).

Όση περισσότερη υποστήριξη λαμβάνουν οι εργαζόμενοι απ' τους υπόλοιπους και όσο καλύτερα μπορούν να εργαστούν βάση της δομής της οργάνωσης τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα να βιώσουν εργασιακό στρες.

Από τα παραπάνω διαφαίνεται καθαρά ότι η ψυχική ισορροπία του εργαζόμενου αφορά κατά ένα μεγάλο ποσοστό την καλή δομή και οργάνωση της υπηρεσίας καθώς επίσης και την άψογη σχεδίαση αυτής στα πλαίσια των υπηρεσιών που παρέχει.

Πολύ βασικοί εσωγενείς παράγοντες της δομής και της οργάνωσης του εργασιακού χώρου αποτελούν οι κακές συνθήκες εργασίας και ο φόρτος εργασίας.

- **Συνθήκες εργασίας**

Για την ομαλή και εύκολη ροή της εργασίας απαραίτητα θεωρούνται τα κριτήρια εκείνα που πληρούν την προώθηση της υγείας και την ασφάλεια των εργαζομένων. Οι συνθήκες σε πολλές οργανώσεις και υπηρεσίες και κυρίως στις δημόσιες είναι δυσάρεστες ή και πολλές φορές επικίνδυνες. Ενδεικτικά αναφέρεται ο έντονος φωτισμός, ο έντονος και διαρκής θόρυβος, οι τοξικές ουσίες, η έλλειψη εξαερισμού, οι ακραίες θερμοκρασίες, οι δυσάρεστες μυρωδιές, η υγρασία και ο έντονος «καταθλιπτικός» χρωματισμός χώρου. Ιδιαίτερο στρεσογόνο περιβάλλον αξίζει να σημειωθεί ότι θεωρείται ο χώρος του

νοσοκομείου ο οποίος συναθροίζει τα περισσότερα απ' τα πιο πάνω ενδεικτικά στοιχεία (Καντάς, 1995:106).

- Φόρτος εργασίας

Πολυσήμαντο ρόλο διαδραματίζει και στην ανάπτυξη στρες η επιτυχή ανταπόκριση στα καθήκοντα του εργαζομένου σε προκαθορισμένο χρόνο. Ο εργαζόμενος καλείται να ολοκληρώσει εκκρεμότητες και να φέρει σε πέρας τις επαγγελματικές του υποχρεώσεις σε ορισμένο χρονικό όριο, γεγονός που του αποτελεί έντονο εκνευρισμό, υπερένταση, αγωνία και έντονο στρες.

Σημαντικό ρόλο όμως διαδραματίζει και ο υπο-φόρτος εργασίας όταν ακολουθείται από ακανόνιστες περιόδους έντασης (Καντάς, 1995:106).

## **2.8 Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης ( burnout)**

Την επαγγελματική εξουθένωση θα μπορούσαμε να την χαρακτηρίσουμε ως επιδημία της εποχής μας, καθώς λαμβάνει ολοένα και μεγαλύτερες διαστάσεις στις χώρες του λεγόμενου Δυτικού κόσμου.

Ο όρος επαγγελματική εξουθένωση χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά το 1974 απ' τον Freudenberger, ο οποίος περιέγραψε ένα σύνολο συμπτωμάτων υπερκόπωσης έπειτα από παρατήρηση επαγγελματιών ψυχικής υγείας. Προς το παρόν δεν υπάρχει ένας ευρέως αποδεκτός είναι αυτός της ψυχολόγου Christine Maslach (1982) :

«Η απώλεια ενδιαφέροντος για τους ανθρώπους με τους οποίους κάποιος εργάζεται, συμπεριλαμβανομένης της σωματικής εξάντλησης και χαρακτηρίζεται από συναισθηματική εξάντληση όπου ο επαγγελματίας δεν έχει πλέον καθόλου θετικά αισθήματα συμπάθειας ή σεβασμού για τους πελάτες ή ασθενείς».

Οι Maslach & Jackson (1986) υποστήριξαν ότι είναι δυνατό να αξιολογήσουμε την επαγγελματική εξουθένωση των εργαζόμενων χρησιμοποιώντας τον Κατάλογο Επαγγελματικής Εξουθένωσης (Maslach Burnout Inventory, MBI, Maslach & Jackson 1986). Το MBI αποτελεί μια ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα και αξιολογεί τα ακόλουθα τρία βασικά στοιχεία : α) το βαθμό συναισθηματικής εξάντλησης, β) τα επίπεδα αποπροσωποποίησης και γ) την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων (Leitter & Maslach, 2005). Όσον αφορά την συναισθηματική κάλυψη ο εργαζόμενος αισθάνεται ψυχικά «άδειος». Στην περίπτωση της αποπροσωποποίησης ο εργαζόμενος αναπτύσσει ένα μηχανισμό άμυνας προκειμένου να αντιμετωπίσει την συναισθηματική εξάντληση που βιώνει. Αποστασιοποιείται απ' το αντικείμενο της εργασίας του, συχνά εκδηλώνει αδιαφορία ή και επιθετική συμπεριφορά. Στην αίσθηση των μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων το άτομο αναπτύσσει αρνητική εικόνα για τον εαυτό του ως προς τα επαγγελματικά του επιτεύγματα. (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1999).

Ιδιαίτερη σημασία κατέχει και η ερμηνεία που δόθηκε από την Pines (1993) όσον αφορά το φαινόμενο επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Pines υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με την ανάγκη του ανθρώπου να πιστεύει ότι η ζωή του έχει νόημα και πως ότι κάνει είναι χρήσιμο. Η

ανάγκη αυτή είναι βασικό κίνητρο στη ζωή του ανθρώπου. Έτσι οι άνθρωποι μοχθούν να βρουν κάποιο νόημα στη ζωή τους μέσα απ' τη δουλειά τους και στην περίπτωση που αποτύχουν αισθάνονται επαγγελματική εξουθένωση. Οι άνθρωποι που είναι αφοσιωμένοι στη δουλειά τους είναι περισσότερο επιρρεπής να βιώσουν το σύνδρομο απ' αυτούς που δεν έχουν επενδύσει συναισθηματικά στη δουλειά τους.

Κατανοώντας την έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης παρατηρούμε ότι συγχέεται με το εργασιακό/επαγγελματικό άγχος. Όπως αναφέρουν οι Pines και Aronson η επαγγελματική εξουθένωση είναι συνέπεια ίσως και η σημαντικότερη του επαγγελματικού άγχους. Εντοπίζοντας τη διαφορά παρατηρούμε ότι το επαγγελματικό άγχος ορίζεται κατά κύριο λόγο βάση των απαιτήσεων του εργασιακού περιβάλλοντος (Καντάς, 1995)

## **2.9 Στάδια εξέλιξης**

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν εμφανίζεται ξαφνικά ούτε οφείλεται σε μεμονωμένο γεγονός που προκαλεί υπερβολικό στρες. Αντίθετα είναι ένα πρόβλημα το οποίο παρουσιάζεται με την πάροδο του χρόνου, εφόσον οι συνθήκες που το προκαλούν εξακολουθούν να υφίστανται και να ταλανίζουν το άτομο ( National Institute of Health, προσπέλαση 6/8/2009).

Η Corine Shore (1999) και Alether Calen υποστήριξαν ότι το Σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης εμφανίζεται σε τρία στάδια. Όσο προχωρούν τα στάδια το σύνδρομο επιδεινώνεται.

### **® Στάδιο πρώτο: Ανησυχία**

Σε αυτό το στάδιο το άτομο βιώνει έντονη ανησυχία σε βαθμό που αυτή τον εμποδίζει να λειτουργεί αποτελεσματικά. Παρακωλύονται οι καθημερινές του δραστηριότητες τόσο στον εργασιακό τομέα, όσο και στους υπόλοιπους τομείς της ζωής του. Σε αυτή τη φάση το άτομο επιστρατεύει τους μηχανισμούς άμυνας για να αντισταθεί στην εσωτερική του ανησυχία και στις συνέπειες που θεωρεί ότι θα έχει αν την εκφράσει. Όλοι οι εργαζόμενοι αναγκάζονται να χρησιμοποιήσουν τους μηχανισμούς άμυνας για να ανταπεξέλθουν στο στρες της εργασίας τους, τις φορές που αυτό τους κατακλύζει χωρίς αυτό να σημαίνει την εμφάνιση του burnout. Οι εργαζόμενοι όμως που καταφεύγουν σε αυτούς καθημερινά, είναι βέβαιο ότι έχουν αρχίσει να εξουθενώνονται.

#### **® Στάδιο δεύτερο: Απομάκρυνση**

Αυτό το στάδιο χαρακτηρίζεται από την απομόνωση. Το άτομο προσπαθεί να διατηρήσει την εσωτερικά του γαλήνη αλλοτριώνοντας τον εαυτό του από τους συναδέλφους και κάθε τι που του θυμίζει την εργασία του. Αυτό γίνεται με την φυσικά απομάκρυνσή του, δηλαδή με την άρνησή του να συμμετέχει στις εκδηλώσεις των συναδέλφων του, όπως γιορτές, κοινωνικές εκδηλώσεις, και με την ψυχολογική, υιοθετώντας, δηλαδή μια κυνική και ψυχρή άποψη και στάση για το αντικείμενο της εργασίας του και τους συναδέλφους του. Ακριβώς επειδή αυτή η συμπεριφορά είναι δυσάρεστη για τους γύρω του, οι συνάδελφοι του εργαζόμενου τείνουν να απομονώνουν το άτομο σε αυτό το στάδιο. Ως αποτέλεσμα, το περιβάλλον του ατόμου δεν αναγνωρίζει την ύπαρξη του συνδρόμου στη ζωή το πάσχοντα



και συνεπώς δεν μπορούν να τον υποστηρίξουν.

### **® Στάδιο τρίτο: Εξουθένωση**

Στο τελευταίο στάδιο το άτομο βιώνει πολύ έντονα την εξουθένωση. Η κόπωση που βιώνει τον οδηγεί σε συμπεριφορές οργής και βαναυσότητας ή ακόμη και στην πλήρη απάθεια. Ο εργαζόμενος κινδυνεύει να τιμωρηθεί πειθαρχικά γι' αυτή του τη συμπεριφορά καθώς οι εργοδότες είτε αγνοούν, είτε αδιαφορούν για τους λόγους που τον οδηγούν σε αυτή. Αν και η συμβουλευτική και ψυχολογική στήριξη είναι απαραίτητη, σπάνια την απολαμβάνουν οι εργαζόμενοι. Δυστυχώς τις περισσότερες φορές λαμβάνονται πειθαρχικά μέτρα που εντείνουν το στρες του εργαζόμενου και τον οδηγούν σε παύση της εργασίας του.

Ο C. Cherniss υποστηρίζει ότι η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί περισσότερο μια «διαδικασία» παρά ένα μεμονωμένο «συμβάν», και η οποία ακολουθεί τρία στάδια:

#### **A) Φάση του εργασιακού στρες**

Σ' αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος θεωρεί ότι οι διαθέσιμοι πόροι του εργασιακού περιβάλλοντος δεν επαρκούν, ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στα αιτήματα και τις απαιτήσεις που πηγάζουν από την εργασία του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα τη δημιουργία εργασιακού στρες, χωρίς όμως να είναι ο κύριος λόγος που θα οδηγήσει σε επαγγελματική εξουθένωση.

#### **B) Φάση εξάντλησης**

Σε αυτό το στάδιο ο εργαζόμενος αρχίζει να ανταποκρίνεται συγκινησιακά στη διατάραξη της ισορροπίας των διαθέσιμων

πόρων-απαιτήσεων του εργασιακού περιβάλλοντος. Ο εργαζόμενος αρχίζει να έχει μειωμένο ενδιαφέρον για τη εργασία του μέσα στα πλαίσια του οποίου εμπεριέχεται η συναισθηματική εξάντληση, το στρες, η κόπωση και πολλές φορές η απάθεια προς την εργασία του. Όταν ο εργαζόμενος δεν καταφέρνει να διαχειριστεί σωστά την παραπάνω συγκινησιακή κατάσταση που διατυπώθηκε υπάρχει περίπτωση να οδηγηθεί σε απογοήτευση και παραίτηση από την εργασία του.

### **Γ) Φάση αμυντικής κατάληξης**

Κύριο χαρακτηριστικό αυτού του σταδίου είναι ότι ο εργαζόμενος αλλάζει στάση και συμπεριφορά ως προς τον τρόπο που έβλεπε στο παρελθόν την εργασία του. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να αρχίζει να απομπλέκεται συναισθηματικά από την εργασία του εκδηλώνοντας κυνισμό και απάθεια. Αυτή η στάση είναι δυνατόν μεν να μειώσει τις ψυχολογικές και σωματικές συνέπειες που ενδέχεται να εκδηλωθούν, αλλά από την άλλη ο εργαζόμενος έχει χάσει επαγγελματική ικανοποίηση της εργασίας του συνεχίζοντας την κυρίως για βιοποριστικούς λόγους ( Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα υποστήριξης & παρακολούθησης «ψυχαργώς- β' φάση 2005).

Επιπρόσθετα, οι Edelwich και Brodsky ανέλυσαν μια σειρά από τέσσερα στάδια της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέροντας ότι είναι μια προοδευτική διεργασία από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και στα ιδανικά του επαγγελματία. Ειδικότερα τα στάδια που ακολουθεί ο εργαζόμενος είναι τα ακόλουθα:

### ® **Πρώτο στάδιο: Ενθουσιασμός**

Ο νέος εργαζόμενος ξεκινάει την καριέρα του με ενθουσιασμό, έχοντας αρκετά υψηλούς στόχους και συχνά μη ρεαλιστικές προσδοκίες. Στο στάδιο αυτό ο εργαζόμενος αφιερώνει το χρόνο του και τη ψυχή του στην εργασία του και στα άτομα τα οποία εξυπηρετεί προσπαθώντας να αντλήσει κάθε δυνατή ικανοποίηση και ηθική ανταμοιβή. Καθώς όμως διαπιστώνει ότι το έργο που παράγει δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, απογοητεύεται.

### ® **Δεύτερο στάδιο: Αμφιβολία και αδράνεια**

Σ' αυτό το στάδιο η εργασιακή καθημερινότητα διαψεύδει τις προσδοκίες του εργαζόμενου με αποτέλεσμα να μην καλύπτονται οι ανάγκες του μέσα απ' την εργασία του. Αρχίζει να αναρωτιέται μήπως είναι εκείνος η αιτία κατηγορώντας τον εαυτό του για την αποτυχία προσπαθώντας ακόμη περισσότερο να επενδύσει στο επάγγελμά του, χωρίς όμως κάποιο θετικό αποτέλεσμα. Διάφορα θέματα τα οποία δεν τον απασχολούσαν στο παρελθόν αρχίζουν να τον προβληματίζουν. Ενοχλείται που η προσφορά του δεν αναγνωρίζεται εκφράζοντας παράπονα για το χαμηλό μισθό, το εξουθενωτικό ωράριο, την έλλειψη υποστήριξης και συνεργασίας με τους συναδέλφους. Έτσι σταδιακά αποϊδανικοποιεί την εργασία του, μη έχοντας όμως αναθεωρήσει τις προσδοκίες του.

### ® **Τρίτο στάδιο: Απογοήτευση και ματαιίωση**

Την αμφιβολία και τη ματαιίωση διαδέχονται η απογοήτευση και η ματαιίωση. Ο εργαζόμενος βλέπει ότι οι προσπάθειές του να ολοκληρωθεί μέσα από την εργασία του ματαιώνονται και

οδηγείται στην αποθάρρυνση και την απογοήτευση. Η πραγματικότητα για εκείνον είναι αδιέξοδη και νοιώθει παγιδευμένος μέσα σε αυτή. Αυτό το στάδιο μπορεί να θεωρηθεί ως μεταβατικό καθώς ο εργαζόμενος είτε αναθεωρεί τους μη ρεαλιστικούς του στόχους και προσδοκίες, είτε απομακρύνεται από το χώρο εργασίας του.

### ® Τέταρτο στάδιο: 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. Συγκεκριμένα ο εργαζόμενος συνεχίζει να εργάζεται για βιοποριστικούς λόγους επενδύοντας ελάχιστη ενέργεια στα καθήκοντά του (Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «ψυχαργός-β φάση, 2005).

Παρατηρώντας τις παραπάνω θεωρίες οι οποίες καταγράφουν και αναπτύσσουν τα στάδια εξέλιξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης συμπεραίνεται πως όλες υποστηρίζουν ότι ο νέος εργαζόμενος ξεκινά τη δουλειά του με υψηλούς στόχους και μεγάλες προσδοκίες. Όταν αυτές δεν υλοποιούνται οι προσπάθειες του εργαζόμενου για επαγγελματική ικανοποίηση αδρανούν και κατά συνέπεια το ίδιο το άτομο να οδηγείται σε αδιαφορία για την εργασία του γεγονός το οποίο είναι άρρηκτα συνδεδεμένο με την επαγγελματική εξουθένωση

## 2.10 Αίτια εμφάνισης

Το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να έχει μια σύνθετη πολυπαραγοντική αιτιολογία. Οι προκλητικοί παράγοντες του συνδρόμου είναι άρρηκτα συνδεδεμένοι με τις αιτίες του στρες στο άτομο και ενισχύονται από τις συνθήκες ζωής του ατόμου όπως το εργασιακό του περιβάλλον και η οικογενειακή του εμπειρία.

Οι προκλητικοί παράγοντες χωρίζονται σε δύο μεγάλες κατηγορίες: τους εργασιακούς και τους προσωπικούς. Οι βασικότερες αιτίες που οδηγούν τον εργαζόμενο στην εξουθένωση είναι ο φόρτος εργασίας, η μη υποστήριξη του εργαζόμενου απ' το περιβάλλον του και η ύπαρξη ελάχιστων ευκαιριών για να αναπτυχθεί σε προσωπικό επίπεδο. Οι περισσότεροι επαγγελματικοί χώροι επικεντρώνονται αποκλειστικά στη παραγωγικότητα και την αύξηση του κέρδους, δίνοντας λίγη σημασία στις ανάγκες και τα συναισθήματα των υπαλλήλων. Ως αποτέλεσμα ο εργαζόμενος πιέζεται να παράγει το μεγαλύτερο δυνατό έργο στο μικρότερο χρόνο( Sue Micklewitz, 2001).

Το κάθε άτομο σύμφωνα με τη Vachon(1987), αντιλαμβάνεται και αντιμετωπίζει διαφορετικά τις συνθήκες και τα γεγονότα που υπάρχουν στο χώρο εργασίας του. Έτσι διαφαίνονται τέσσερις μεσολαβητικοί παράγοντες που συμβάλλουν στην ανάπτυξη του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτοί περιλαμβάνουν:

Α)ατομικά χαρακτηριστικά (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση)

Β)ενδοατομικοί παράγοντες (προσωπικότητα, επιθυμίες, προσδοκίες)

Γ)διαπροσωπικοί παράγοντες

Δ)κοινωνικοί- πολιτισμικοί παράγοντες (κοινωνικές προσδοκίες απ' το ρόλο του επαγγελματία, φιλοσοφία της εργασίας), (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου,1999)

Βασικά αίτια στην εμφάνιση του συνδρόμου είναι και οι εντατικοί ρυθμοί εργασίας, η επαγγελματική ανασφάλεια, η έλλειψη προσωπικού, ο έντονος ανταγωνισμός, η άκαμπτη διοίκηση, η ασάφεια των ρόλων και των ορίων, η έλλειψη ελεύθερου χρόνου καθώς επίσης και η ρουτίνα (Μεσσήνης,2008).

Έρευνα των Maslach και Leiter το 1971 κατέγραψε πέντε στοιχεία τα οποία όταν συνδυάζονται μεταξύ τους συμβάλλουν στην εξουθένωση του ατόμου. Αρχικά εντόπισαν το υπερβολικά φορτωμένο επαγγελματικό πρόγραμμα. Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, ο επαγγελματίας σε λίγο χρόνο και με λίγους πόρους καλείται να παράγει το έργο του, γεγονός που του προκαλεί στρες. Επιπλέον, η έλλειψη ελέγχου της ικανοποίησης των εργαζομένων και η έλλειψη της συντροφικότητας μεταξύ των συναδέλφων που προκαλείται από τον ανταγωνισμό, την κακή επικοινωνία και τον μεγάλο φόρτο εργασίας, επιβαρύνουν το άτομο και το οδηγούν στην εξουθένωση. Επίσης, επιβαρυντικό παράγοντα αποτελεί η αδικία που πιθανά νοιώθει ο υπάλληλος ως προς την αποζημίωση του ή την αξιολόγηση του. Τέλος, η σύγκρουση των αξιών μέσα στο άτομο συμβάλλουν στην εμφάνιση του burnout. Οι επαγγελματίες, συχνά, καλούνται να

πράξουν κάτι που αντιτίθενται στις ηθικές τους αξίες. Η συνεχής παραβίαση των προσωπικών του αρχών προκαλεί έντονο στρες στο άτομο και απέχθεια για την εργασία του ή ακόμα και τον εαυτό του(Δούκα,2003).

Η ρουτίνα είναι επίσης, ένας παράγοντας που μετατρέπει τον ενθουσιασμό για εργασία σε κόπωση. Όταν κάθε μέρα εργασίας συνίσταται από την ίδια δραστηριότητα, χωρίς ποικιλία, οι εργαζόμενοι δεν αντλούν πλέον ευχαρίστηση από το αντικείμενό τους, αλλά αντίθετα, λειτουργούν μηχανικά και χωρίς δημιουργικότητα. Ως αποτέλεσμα, αλλοτριώνονται απέναντι στην εργασία τους και δεν βρίσκουν νόημα σε αυτή.

Στους επαγγελματικούς χώρους που είναι οικονομικά ασταθείς το προσωπικό βιώνει το άγχος της απώλειας της εργασίας του και εργάζονται με το φόβο της ανεργίας. Αυτό το στρες προστίθεται στους παραπάνω παράγοντες και ενισχύει την κόπωση του ατόμου.

Η γνώση των παραγόντων οι οποίοι ενοχοποιούνται για την πρόκληση του burnout βοηθά αναμφίβολα στη αντιμετώπιση του φαινομένου.

Στην εποχή μας η πλειονότητα των εργαζομένων απασχολείται σε οργανωμένες επιχειρήσεις ή οργανισμούς. Οι αλλαγές στην οργάνωση, στη δομή και στους στόχους της επιχείρησης, όπως και η επέκταση ή η συρρίκνωση της αποτελούν παράγοντες πρόκλησης επαγγελματικής εξουθένωσης για τους εργαζόμενους, οι οποίοι φοβούνται για πιθανές αρνητικές επιπτώσεις και δυσκολεύονται να προσαρμοστούν στη νέα κατάσταση.

Η ανυπαρξία ενημέρωσης, η αίσθηση της απομόνωσης και της αδιαφορίας, η υποχρέωση λειτουργίας με νέους κανονισμούς προκαλούν σύγχυση και απογοήτευση. Οι διαταραγμένες σχέσεις

μεταξύ των εργαζομένων, ο ανταγωνισμός, η υπονόμηση, η επιβουλή και οι διαμάχες εκνευρίζουν, αναστατώνουν, καταστρέφουν τη συνεργατικότητα, τη γαλήνη και την οργάνωση, και εκμηδενίζουν τη συναδελφικότητα και την αλληλεγγύη

Ο όγκος και η δυσκολία στη δουλειά που ξεπερνούν τις ικανότητες και δυνατότητες του εργαζόμενου τον αγχώνουν και τον αδρανοποιούν. Οι ανεπαρκείς πόροι και η έλλειψη μέσων για την εκτέλεση της εργασίας, όπως και η περιορισμένη δικαιοδοσία τον αποθαρρύνουν. Η επιφόρτιση με μεγαλύτερο αριθμό καθηκόντων ή με υποχρεώσεις που υπερβαίνουν τις δυνατότητες του φέρνουν την αίσθηση της έλλειψης χρόνου ή ικανότητας. Η έλλειψη ερεθισμάτων ή ευκαιριών, οι μονότονα επαναλαμβανόμενες ενέργειες και η απουσία πρωτοβουλιών κάνουν την εργασία βαρετή ( [www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr), προσπέλαση 11/9/2009).

Ο ρόλος που διαδραματίζει και η θέση που κατέχει ο κάθε εργαζόμενος στην οργάνωση είναι δυνατόν να είναι πηγή άγχους όταν υπάρχει σύγκρουση προσδοκιών, καθηκόντων ή υποχρεώσεων, η ταυτόχρονη ικανοποίηση των οποίων είναι δύσκολη ή αδύνατη. Η βαθμίδα της θέσεως, ιδίως οι θέσεις που βρίσκονται στη μεσότητα της ιεραρχικής κλίμακας προκαλεί σύγκρουση συνειδησιακού ή αλτρουιστικού χαρακτήρα. Κοινή περίπτωση όπου ο υπάλληλος καλείται να υλοποιήσει ή να επιβλέψει αποφάσεις της διοίκησης, για τις οποίες δεν είχε γνώση ή δεν ζητήθηκε η γνώμη του ή οι οποίες θίγουν τους εργαζόμενους όπως η επιβολή ποινών και οι απολύσεις([www.anew.gr](http://www.anew.gr) ,προσπέλαση 6/8/2009).



Στις αιτίες εμφάνισης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αξίζει να σημειωθούν και οι παράγοντες που συνδέονται με την εμφάνιση του συνδρόμου και οι οποίοι είναι οι εξής:

- Σύγκρουση ρόλου: Ένα άτομο που έχει αντικρουόμενες υπευθυνότητες αρχίζει να νιώθει ότι σύρεται σε πολλές κατευθύνσεις και θα προσπαθήσει να τα κάνει όλα εξίσου χωρίς να θέτει προτεραιότητες. Το αποτέλεσμα θα είναι το συναίσθημα της κόπωσης και της εξουθένωσης.

- Ασάφεια ρόλου: Το άτομο δεν γνωρίζει τι αναμένεται να κάνει. Γνωρίζει ότι αναμένεται να είναι ένας καλός επαγγελματίας, αλλά δεν είναι σίγουρο πως θα το επιτύχει αυτό διότι δεν υπάρχει κάποιο μοντέλο ρόλου ή οδηγίες για να ακολουθήσει. Το αποτέλεσμα είναι ότι ποτέ δεν αισθάνεται ότι ολοκληρώνει κάτι που να αξίζει.

- Απαιτήσεις ρόλου: Το άτομο δεν μπορεί να πει «όχι» και συνεχίζει να αναλαμβάνει ευθύνες που δεν μπορεί να διεκπεραιώσει μέχρι τελικά να αναπτύξει το σύνδρομο(Δούκα, 2003).

Διαφαίνεται καθαρά λοιπόν η πολυδιάστατη πλευρά των αιτιών που οδηγούν στο burnout και η πολυπαραγοντική σημασία που αυτά κατέχουν στη εκδήλωση των οργανικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων.

## **2.11 Συμπτώματα**

Η συχνή και μακροχρόνια έκθεση του εργαζόμενου σε εργασιακές συνθήκες οι οποίες του δημιουργούν προβλήματα,

συνεπάγεται με την υπερκόπωση και την εξάντλησή του. Οι συνέπειες αυτές δεν αφορούν μόνο τη φυσική κατάσταση του ατόμου, αλλά και τη συμπεριφορά του τόσο στο εργασιακό περιβάλλον όσο και την αλλαγή της συμπεριφοράς στη προσωπική του ζωή. Σύμφωνα με μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί, όπως αναφέρει ο Καντάς, για τη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει εντοπιστεί ότι τα συμπτώματα ομαδοποιούνται σε σωματικά, ψυχολογικά και συμπεριφορικά (Καντάς,1995). Παρακάτω αναγράφονται τα συμπτώματα αναλυτικά.

#### ΣΩΜΑΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- σωματική εξάντληση και κούραση
- πονοκέφαλοι
- μεγάλη διάρκεια ύπνου ή υπνηλία
- αναπνευστικά προβλήματα
- μείωση ή αύξηση του βάρους
- συχνή εκδήλωση ασθενειών που συνήθως έχουν παρατεταμένο χαρακτήρα
- υπερένταση
- αυξημένα επίπεδα χοληστερόλης
- διαταραχές της ομιλίας
- καρδιαγγειακά προβλήματα
- στεφανιαία νόσος
- έλκος
- σεξουαλική δυσλειτουργία
- αίσθημα κόπωσης

## ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- Έλλειψη συναισθημάτων και ενδιαφέροντος
- Κυνισμός και αρνητικά διάθεση
- συναισθηματική εξάντληση
- έλλειψη συναισθηματικού ελέγχου
- αίσθηση ματαιότητας και χαμηλό ηθικό
- ευερεθιστικότητα
- έλλειψη υπομονής
- αδυναμία στην αντιμετώπιση ανεπιθύμητων καταστάσεων
- κατάθλιψη
- ανία
- στρες
- αποπροσωποποίηση
- μειωμένη αυτοπεποίθηση
- εκνευρισμός
- αδυναμία στη λήψη αποφάσεων
- αποξένωση
- αισθήματα ενοχής και αποτυχίας
- αυξημένη ανησυχία
- καχυποψία

## ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

- εργασιακή απόδοση και εργασιακή ικανοποίηση σε χαμηλά επίπεδα
- αρκετές απουσίες απ' το εργασιακό περιβάλλον

- αυξημένα παράπονα για την εργασία
- ύπαρξη μειωμένης επικοινωνίας και παραίτησης
- αυξημένα παράπονα για την εργασία
- αυξημένες συγκρούσεις μέσα στο οικογενειακό περιβάλλον
- δημιουργία απρόσωπων σχέσεων
- αυξημένη χρήση φαρμάκων
- υπερβολική χρήση αλκοόλ
- αδυναμία συγκέντρωσης
- ροπή στα ατυχήματα

(Potter, 1998), (Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «ψυχαργώς- β φάση», 2005).

Οι Schaufeli και Buunk (1992) κατατάσσουν τα συμπτώματα σε πέντε διαφορετικές κατηγορίες: στα ψυχολογικά, σωματικά, συμπεριφορικά, κοινωνικά και στις ευρύτερα προβληματικές συμπεριφορές.

**A) Ψυχολογικά συμπτώματα:** Τα ψυχολογικά συμπτώματα μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως αισθήματα κατάθλιψης, θυμού και απογοήτευσης και επίσης γνωστικής και ψυχικής δυσκαμψίας, έντονης κριτικής, συμπεριλαμβανομένων της έλλειψης συγκέντρωσης και ηρεμίας. Αυτά τα συμπτώματα καταλήγουν σε ένα συναίσθημα «μειωμένης ατομικής ικανότητας», και δίνουν το έναυσμα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης.

**B) Σωματικά συμπτώματα:** Τα σωματικά συμπτώματα χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. α) ασαφή σωματικά συμπτώματα έντασης, όπως πονοκέφαλοι, αϋπνία, πόνοι στους μύς και υπερβολική ή χρόνια κόπωση, β) ψυχοσωματικές

διαταραχές, όπως έλκη, γαστρικές διαταραχές και προβλήματα καρδιολογικά, γ)φυσιολογικές αντιδράσεις στρες, όπως συχνότητα αναπνοής και καρδιολογικών παλμών, υπέρταση και υψηλά επίπεδα χοληστερόλης.

**Γ)Συμπεριφορικά συμπτώματα :** Διαχωρίζεται εδώ η συμπεριφορά του ατόμου σε γενικές γραμμές μεταξύ αυτής που είναι αποτέλεσμα έντασης και της χαρακτηριστικής συμπεριφοράς μέσα στο εργασιακό περιβάλλον που εμφανίζεται με τη μειωμένη παραγωγικότητα και την αύξηση του αριθμού απουσιών.

**Δ)Κοινωνικά συμπτώματα:** Η εκδήλωση των κοινωνικών συμπτωμάτων του συνδρόμου συμβαίνει κυρίως στο χώρο εργασίας. Όλοι υποφέρουν, τείνουν να απομονώνονται από τους συναδέλφους τους, ψυχολογικά και σωματικά, ιδιαίτερα όταν η εργασία τους απαιτεί επαφή με άλλους. Η ανικανότητα του ατόμου να επηρεάσει το κοινωνικό του περιβάλλον συμβάλλει στην ανάπτυξη του συνδρόμου. Όσο η κοινωνική απομόνωση μεγαλώνει τόσο και η ανικανότητα να επηρεάσει το κοινωνικό του περιβάλλον αυξάνεται.

**Ε)Συμπτώματα εκδηλωμένα ως προβληματικές συμπεριφορές:** Αρνητισμός, κυνισμός, αδιαφορία, πεσιμισμός και θυμός είναι οι πιο συνηθισμένες συμπεριφορές του συνδρόμου. Άλλοι παράγοντες είναι η δυσαρέσκεια με την εργασία, σαν αιτία αλλά και σαν σύμπτωμα.

**ΣΤ)Οργανωτικά συμπτώματα:** Στα οργανωτικά συμπτώματα συμπεριλαμβάνονται η ασάφεια στην οργάνωση των εργασιακών υποχρεώσεων και η ασάφεια στην διεκπεραίωση εργασιών λόγω φόρτου εργασίας (Κοινωνική Εργασία, Τεύχος 82, 2000).

Επιπρόσθετα, ο Potter(1995) κατατάσσει τα συμπτώματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης ως εξής:

- § **Αρνητικά συναισθήματα:** Εκρήξεις θυμού, κατάθλιψη, χρόνια αρνητικά συναισθήματα και συνεχείς διαμαρτυρίες
- § **Διαπροσωπικά προβλήματα:** Κάτω από το αίσθημα της συναισθηματικής στεγνότητας οι διαπροσωπικές σχέσεις γίνονται δύσκολες με αποτέλεσμα ο εργαζόμενος να επικοινωνεί με υπερβολές, νεύρα, απόσυρση και αναποτελεσματικότητα στην εργασία του και στο οικογενειακό περιβάλλον.
- § **Προβλήματα υγείας:** Με την αποστασιοποίηση του ατόμου απ' το κοινωνικό του περιβάλλον και τη μείωση της συναισθηματικής επικοινωνίας ακολουθεί σταδιακά και η μείωση της σωματικής ικανότητας. Χαρακτηριστικά συμπτώματα είναι η κόπωση, τα κρυολογήματα, οι πονοκέφαλοι και οι αϋπνίες.
- § **Μειωμένη αποδοτικότητα:** Κατά τη διάρκεια του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης το άτομο αρχίζει να βαριέται και νιώθει ανίκανο να χαρεί και να ενθουσιαστεί με κάποιο αντικείμενο. Εμφανής είναι και η δυσκολία της συγκέντρωσης σε κάποιο αντικείμενο και η αναποτελεσματικότητα ολοκλήρωσης της δουλειάς του.
- § **Κατάχρηση ουσιών:** Για την αντιμετώπιση του στρες που σχετίζεται με τη σύγκρουση με το αντικείμενο εργασίας το άτομο μπορεί να καταναλώνει αλκοόλ, να τρώει περισσότερο ή λιγότερο, να χρησιμοποιεί φάρμακα, να καπνίζει τσιγάρα ακόμη και να πίνει συνεχώς καφέ. Η αύξηση ή η κατάχρηση αυτών των ουσιών υποδηλώνει το πρόβλημα.

§ Αισθήματα κατωτερότητας: Το άτομο εσωτερικεύει την αποτυχία του στην εργασία του, μετατρέπει τον ενθουσιασμό του σε κυνισμό και νιώθει ανίκανο να επιδράσει θετικά στην εργασία του. Διακατέχεται από αισθήματα κατωτερότητας και ανικανότητας.

(Δούκα, 2003).

## 2.12 Επιπτώσεις

Παρατηρώντας τα παραπάνω συμπτώματα αξίζει να αναφερθούν και οι επιπτώσεις που έχει το burnout στους διάφορους τομείς λειτουργικότητας του ατόμου.

Στο γνωσιακό τομέα το άτομο που βιώνει το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης παρουσιάζει έκπτωση στη συγκέντρωσή του, χαμηλή αυτοεκτίμηση, απάθεια, ακαμψία, αποπροσανατολισμό, τελειομανία, ενασχόληση με τραυματικές εμπειρίες και ιδέες αυτοκαταστροφής.

Σε συναισθηματικό επίπεδο, παρουσιάζονται αισθήματα αδυναμίας, ενοχής, θυμού, φόβου, θλίψης, κατάθλιψης. Αυτά συχνά συνοδεύονται από ένα συναισθηματικό μούδιασμα ή έντονες εναλλαγές διάθεσης και αυξημένη ευαισθησία.

Συνπεριφοριστικά, το άτομο παρουσιάζει ανυπομονησία, κοινωνική απόσυρση, παλινδρομήσεις σε προηγούμενα στάδια ανάπτυξης, διαταραχές ύπνου, εφιάλτες, εγρήγορση.

Σε πνευματικό- θρησκευτικό επίπεδο, ο εργαζόμενος που βιώνει κόπωση θέτει υπαρξιακούς προβληματισμούς ως προς την αξία της ζωής, αμφισβητεί το σκοπό για τον οποίο ζει, χάνει την ελπίδα του, θυμώνει με τα θεία, αμφισβητεί τα θρησκευτικά του

πιστεύω, γίνεται σκεπτικιστής και παύει να εμπιστεύεται τον εαυτό του.

Στις διαπροσωπικές του σχέσεις, το άτομο μπορεί να αρχίσει να απομονώνεται, να χάνει το ενδιαφέρον του για τις σχέσεις, γίνεται δύσπιστο ή υπερπροστατευτικός γονέας ή σύντροφος, προβάλλει στους άλλους το θυμό ή τις ενοχές του, χάνει εύκολα την υπομονή του και εμπλέκεται σε διαπροσωπικές συγκρούσεις. Εν τέλει ως προς την εργασία του το άτομο, έχει χαμηλό ηθικό, δεν έχει αρκετά κίνητρα, αποφεύγει να εκπληρώσει τα καθήκοντά του και δίνει υπερβολική σημασία σε επουσιώδεις λεπτομέρειες. Η στάση του απέναντι στην εργασία του χαρακτηρίζεται από αρνητισμό, αποστασιοποίηση και απάθεια. Δεν συνδέεται με το αντικείμενο της εργασίας του, η ποιότητα της απόδοσής του είναι χαμηλή, είναι ευερέθιστος, εμπλέκεται σε διαπληκτισμούς με τους συναδέλφους του και τους αποφεύγει (Figley, 1995).

### **2.13 Δημογραφικά στοιχεία και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης**

Μετά από έρευνα που πραγματοποιήθηκε, τα ευρήματα σύμφωνα με τη Maslach(2001) αναφέρουν ιδιαίτερα επιρρεπή τα άτομα ηλικίας 30 έως 40 ετών. Οι λόγοι όμως για τους οποίους δεν υπάρχει η ίδια συχνότητα εμφάνισης του burnout σε νεαρότερες ηλικίες δεν έχουν διερευνηθεί ακόμη. Πιθανόν αυτό συμβαίνει επειδή τα νεαρότερα άτομα όταν αντιληφθούν ότι η εργασία τους, τους επηρεάζει αλλάζουν ευκολότερα και αβίαστα



επαγγελματική κατεύθυνση αφού βρίσκονται στα πρώτα στάδια της σταδιοδρομίας τους.

Το φύλο των εργαζομένων στη συγκεκριμένη έρευνα δεν έχει σημασία στην εμφάνιση του burnout. Αυτό που παρατηρήθηκε είναι εντονότερος κυνισμός στους άντρες και περισσότερη εξουθένωση στις γυναίκες. Παράλληλα όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, οι ανύπαντροι κυρίως άντρες εμφανίζουν σε μεγαλύτερα ποσοστά επαγγελματική εξουθένωση από τους παντρεμένους ή ακόμη και τους εν διαστάσει, πιθανόν επειδή το επάγγελμα αποτελεί βασική προτεραιότητα γι' αυτούς. Τέλος, έχει παρατηρηθεί πως τα άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζουν μεγαλύτερο επίπεδο επαγγελματικής εξουθένωσης, χωρίς όμως να έχουν διερευνηθεί και οι λόγοι. Η Maslach θεωρεί ως πιθανό αίτιο τις προσδοκίες αυτών των ατόμων από την εργασία τους που συνήθως είναι περισσότερες και βρίσκονται σε αναλογία με το εκπαιδευτικό επίπεδό τους(Maslach,2001).

## **2.14 Προσωπικότητα και σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης**

Αν και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αφορά στη ευρεία του έννοια όλα τα επαγγέλματα και όλους τους επαγγελματίες, ιδιαίτεροι εργασιακοί τομείς και συγκεκριμένα είδη προσωπικότητας έχουν αποδειχτεί να είναι περισσότερο ευάλωτοι σε αυτό (Leichtling, 2004).

Οι Glazer, Stetz και Izso (2003) εκπόνησαν μία έρευνα σε πέντε δυτικές χώρες σχετικά με τους τύπους προσωπικότητας των ατόμων που εμφανίζουν με μεγαλύτερη συχνότητα το σύνδρομο. Οι έρευνες παρουσίαζαν ορισμένες διαφοροποιήσεις από χώρα σε χώρα, χωρίς όμως να επηρεάζουν σημαντικά τα βασικά αποτελέσματα. Βρέθηκε ότι στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ιδιαίτερα ευάλωτα τα άτομα με εξωτερικό πεδίο ελέγχου (Locus of control) και τα άτομα με τον τύπο προσωπικότητας A.

Το πεδίο ελέγχου αφορά στην πεποίθηση του ατόμου ότι ελέγχει τη ζωή του ή όχι. Τα άτομα που αναγνωρίζουν στον εαυτό τους τη δυνατότητα και την ευθύνη του ελέγχου των γεγονότων της ζωής τους έχουν εσωτερικό πεδίο ελέγχου, ενώ εξωτερικό έχουν τα άτομα που πιστεύουν ότι άλλα άτομα και γενικότερα εξωγενείς δυνάμεις καθορίζουν τα περισσότερα σημαντικά ζητήματα της ζωής τους.

Αναφορικά με τον τύπο A και B της συμπεριφοράς, οι Spector και Conelli (Glazer et al. , 2003) τους χωρίζουν ανάλογα με τον τρόπο που ανταποκρίνονται στα διάφορα ερεθίσματα. Τα άτομα με συμπεριφορά τύπου A έχουν τάση να είναι επιθετικά, εστιάζονται στην επίτευξη των στόχων τους, είναι δυναμικά, έχουν κατηγορηματικές απόψεις, είναι ανυπόμονοι, φιλόδοξοι, ευερέθιστοι και γίνονται εύκολα εχθρικοί. Αντίθετα τα άτομα με συμπεριφορά τύπου B είναι περισσότερο βολικά, δεν αγχώνονται εύκολα και έχουν γενικότερα πιο ήπιες στάσεις και συμπεριφορές.

Σύμφωνα, επομένως, με την έρευνα, τα άτομα με εξωτερικό πεδίο ελέγχου είναι πιο επιρρεπή στο burnout καθώς και τα άτομα με συμπεριφορά τύπου A.

Σε αυτό το κεφάλαιο θέλαμε να παρουσιάσουμε μια εκτενής ανασκόπηση στο πρόδρομο του burnout, το άγχος. Αναφέραμε τις διάφορες πτυχές του και τον τρόπο με τον οποίο αυτό μπορεί να εμφανιστεί είτε ως φόβος, είτε ως απειλή, είτε ως αγωνία και τέλος είτε ως στρες. Ιδιαίτερη βαρύτητα δώσαμε στη διαλεύκανση των παραπάνω εννοιών μεταξύ τους. Περιγράφηκαν οι τύποι της προσωπικότητας και η δράση τους αναλογικά με το άγχος. Διευκρινίστηκε η διαφορά του εργασιακού άγχους απ' το burnout και παρουσιάστηκε αναλυτικά το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, τα στάδια εξέλιξης του, τα αίτια, τα συμπτώματα και οι επιπτώσεις που έχει στους εργαζόμενους.

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : Η ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

#### **3.1 Τομείς άσκησης της Κοινωνικής Εργασίας**

Η κοινωνική εργασία ασκείται σε όλους τους τομείς προνοιακής και αναπτυξιακής κοινωνικής πολιτικής. Οι τομείς άσκησης είναι πολλοί και επεκτείνονται σε κάθε κοινότητα, ομάδα ανθρώπων καθώς και σε πολυάριθμα και ποικίλα προβλήματα και καταστάσεις.

Οι διακρίσεις των τομέων άσκησης της κοινωνικής εργασίας γίνονται με βάση:

- α) το φυσικό χώρο στον οποίο ασκείται η κοινωνική εργασία (π.χ σε νοσοκομεία-νοσοκομειακός τομέας)
- β) το νομικό καθεστώς σύστασης και λειτουργίας της κοινωνικής υπηρεσίας (π.χ δημόσιος τομέας)
- γ) την ηλικιακή ομάδα η οποία εξυπηρετείται (π.χ ηλικιωμένοι)
- δ) το είδος των προβλημάτων το οποίο η κοινωνική εργασία καλείται να αντιμετωπίσει (π.χ τομέας εξάρτησης ουσιών)
- ε) την κατάσταση κρίσης που η κοινωνική εργασία αντιμετωπίζει (π.χ τομέας προσφύγων).

Στην Ελλάδα οι διακρίσεις έχουν θεσμοθετηθεί με βάση το νομικό καθεστώς και το είδος των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει η κοινωνική εργασία.

A. Οι φορείς της κοινωνικής εργασίας με βάση το νομικό καθεστώς διακρίνονται σε:

1. Οργανώσεις του δημόσιου τομέα
2. Ιδιωτικές κερδοσκοπικές οργανώσεις
3. Εθελοντικές μη κερδοσκοπικές οργανώσεις

#### 4. Οργανώσεις κοινοτικής ανάπτυξης

B. Οι φορείς της κοινωνικής εργασίας με βάση το είδος του κοινωνικού προβλήματος διακρίνονται σε:

1. Κοινωνική πρόνοια και ανάπτυξη κοινωνικής πολιτικής
  2. Κοινωνική ασφάλιση- Απασχόληση
  3. Κατοικία
  4. Εργασία
  5. Εκπαίδευση
  6. Παραβατικότητα
  7. Υγεία και Ψυχική Υγεία
  8. Κοινωνική οργάνωση και ανάπτυξη
- 
9. Προστασία μετακινούμενων πληθυσμών
  10. Προστασία κοινωνικά αποκλεισμένων ομάδων
  11. Κοινωνικές Υπηρεσίες στις ένοπλες δυνάμεις και υπηρεσίες του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης. (Καλλινικάκη, 1998).

### **3.1.1 Τομέας Κοινωνικής Πρόνοιας**

Οι φορείς που ανήκουν στο τομέα της κοινωνικής πρόνοιας απευθύνονται σε άτομα τα οποία είναι οικονομικά αδύναμα, άτομα που έχουν πληγεί από απρόβλεπτα γεγονότα ή κρίσεις καθώς και άτομα ευάλωτα λόγω ηλικίας, φυσικής κατάστασης ή νομικής υπόστασης. (Καλλινικάκη, 1998).

Οι σημαντικότεροι φορείς είναι οι Διευθύνσεις Πρόνοιας που λειτουργούν σε κάθε νομό της χώρας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι παρακάτω υπηρεσίες:

- α) Προγράμματα παιδικής προστασίας
  - β) Προγράμματα κοινωνικής προστασίας για ηλικιωμένους
  - γ) Προγράμματα προστασίας ατόμων με αναπηρίες
  - δ) Προγράμματα προστασίας της οικογένειας
- και γενικά ατόμων και οικογενειών με κοινωνικές ανάγκες. ( Προεδρικό Διάταγμα, αριθ:50, άρθρο 1 ).

### **3.1.2 Τομέας Υγείας**

Η κοινωνική εργασία έχει εφαρμογές σε όλα τα είδη και τις μορφές των υπηρεσιών και των προγραμμάτων Υγείας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στον τομέα της Υγείας αφορά την παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών προς τον ασθενή και τους οικείους του. Οι επαγγελματίες κοινωνικοί λειτουργοί απασχολούνται σε νοσηλευτικά ιδρύματα, αναρρωτήρια, θεραπευτικούς ξενώνες, ιατροπαιδαγωγικά κέντρα, μονάδες οικογενειακού προγραμματισμού (Προεδρικό Διάταγμα, αριθμ:50, άρθρο 1 ).

Ειδικότερα στα νοσηλευτικά πλαίσια η παρέμβαση του κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσεται μέσω στενής διεπιστημονικής συνεργασίας με το ιατρικό, νοσηλευτικό και ερευνητικό προσωπικό. Σε όλα τα πλαίσια Υγείας στόχος του κοινωνικού λειτουργού είναι να βοηθά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έτσι ώστε να μπορεί να αναγνωρίσει τις κοινωνικές ανάγκες των ασθενών και την κοινωνική διάσταση κάθε προβλήματος υγείας (Καλλινικάκη, 1998).

### **3.1.3 Τομέας Ψυχικής Υγείας**

Κοινωνικές Υπηρεσίες λειτουργούν σε όλες τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας. Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού σε αυτές τις υπηρεσίες είναι η παροχή υπηρεσιών διαγνωστικού, συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα σε άτομα, ομάδες και οικογένειες τα οποία θεραπεύονται σε:

1. Κοινοτικά Κέντρα Ψυχικής Υγείας
2. Μονάδες Νοσηλείας
3. Μονάδες Βραχείας Νοσηλείας
4. Νοσοκομεία Ημέρας
5. Ξενώνες
6. Προγράμματα ανάδοχων οικογενειών για ψυχικά ασθενείς
7. Εργαστήρια επαγγελματικής κατάρτισης
8. Προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης
9. Προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού
10. Θεραπευτήρια Ψυχικών Παθήσεων
11. Συμβουλευτικούς Σταθμούς

( Προεδρικό Διάταγμα, αριθ:50, άρθρο 1, Καλλινικάκη, 1998).

### **3.1.4 Τομέας Κοινωνικής Ασφάλισης**

Η απασχόληση στον τομέα Κοινωνικής Ασφάλισης των κοινωνικών λειτουργών αποσκοπεί στη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα σε ασφαλισμένα άτομα ή και στις οικογένειες τους μέσα από τους αρμόδιους φορείς (π.χ .Ι.Κ.Α, Ο.Γ.Α) (Προεδρικό Διάταγμα, αριθμ:50, άρθρο 1).

### **3.1.5 Τομέας Επαγγελματικού Προσανατολισμού Εργασίας**

Η άσκηση κοινωνικής εργασίας σε αυτό τον τομέα εξειδικεύεται στη παροχή κοινωνικών υπηρεσιών στα πλαίσια των φορέων επαγγελματικού προσανατολισμού όπως είναι ο Ο.Α.Ε.Δ, τα γραφεία εύρεσης εργασίας και τα γραφεία εργασίας για άτομα με ειδικές ανάγκες. Κέντρα Εργαζόμενης Νεότητας, βιομηχανικές μονάδες, επιχειρήσεις. (Προεδρικό Διάταγμα, αριθμ:50, άρθρο 1).

### **3.1.6 Τομέας Εκπαίδευσης**

Στην Ελλάδα η άσκηση η κοινωνικής εργασίας σε σχολικά πλαίσια έχει θεσμοθετηθεί από το 1985 ωστόσο δεν έχουν μέχρι σήμερα εφαρμοστεί. Σε όλες τις χώρες της Ευρώπης και στη Β. Αμερική λειτουργούν κοινωνικές υπηρεσίες σε όλες τις βαθμίδες της εκπαίδευσης καθώς και στην ειδική αγωγή.

Στη χώρα μας εξαίρεση αποτελεί η ύπαρξη κοινωνικών λειτουργών σε μόνιμες θέσεις εργασίας από το 1987 στα ειδικά σχολεία. Κυρίως οι κοινωνικοί λειτουργοί αποσκοπούν, στην αντιμετώπιση κάθε είδους προβλημάτων που αντιμετωπίζουν οι μαθητές και παρεμποδίζουν την προσαρμογή και επίδοση τους στο σχολείο καθώς και προγράμματα επαγγελματικού προσανατολισμού και κοινωνικών συμβουλευτικών υπηρεσιών ( Καλλινικάκη, 1998).



### **3.1.7 Τομέας Πρόληψης και Καταστολής**

Ο τομέας αυτός ασχολείται με την πρόληψη και καταστολή της ροπής προς παραβάσεις ανηλικών και εγκληματικότητα. Ο κοινωνικός λειτουργός που απασχολείται στο τομέα αυτό αποσκοπεί στην παροχή ειδικών υπηρεσιών ενημερωτικού, συμβουλευτικού και επιβοηθητικού χαρακτήρα μέσα από κρατικούς ή άλλους φορείς όπως:

Δικαστήρια Ανηλίκων

Υπηρεσίες Επιμελητών Ανηλίκων

Εταιρίες Προστασίας Ανηλίκων

Ιδρύματα Αγωγής Ανηλίκων

Σωφρονιστικά Καταστήματα

Φυλακές

Εταιρία Προστασίας Αποφυλακισμένων

Ιδρύματα και υπηρεσίες για άτομα με παρεκκλίνουσα κοινωνική συμπεριφορά ( Προεδρικό Διάταγμα, αριθμ:50, άρθρο 1).

### **3.1.8 Τομέας Κοινωνικής Οργάνωσης και Ανάπτυξης**

Οι κοινωνικοί λειτουργοί στο τομέα αυτό παρέχουν κοινωνικές υπηρεσίες με στόχο την υποβοήθηση αναπτυξιακών δραστηριοτήτων σε όλες τις βαθμίδες της Τοπικής Αυτοδιοίκησης, Λαϊκής Επιμόρφωσης, Κέντρων Νεότητας, Πολιτιστικών Κέντρων. ( Προεδρικό Διάταγμα, αριθμ:50, άρθρο 1).

### **3.1.9 Τομέας Κοινωνικών Υπηρεσιών για τις ένοπλες δυνάμεις και τις υπηρεσίες του Υπουργείου Δημόσιας Τάξης**

Στα Σώματα Ασφάλειας και Στρατού η στελέχωση τους από κοινωνικούς λειτουργούς έχει θεσμοθετηθεί από το Π.Δ. 50/1989 η υλοποίηση του όμως έχει καθυστερήσει σε μεγάλο βαθμό. Στη χώρα μας στο τομέα αυτό εφαρμόζεται μεμονωμένα πειραματικά προγράμματα παροχής προσωπικών κοινωνικών υπηρεσιών σε περιορισμένο αριθμό μονάδων (Καλλινικάκη, 1998).

### **3.2 Οι ομάδες στόχου της Κοινωνικής Εργασίας**

Η κοινωνική εργασία είναι μια ανθρωποκεντρική επιστήμη καθώς επιδιώκει την εύρυθμη λειτουργία του ατόμου, των ομάδων και του κοινωνικού συνόλου. Κάθε άτομο, ομάδα ή κοινότητα είναι δυνατόν να έρθει αντιμέτωπο με κάποιο πρόβλημα και να χρειαστεί βοήθεια έτσι ώστε να καταφέρει να το αντιμετωπίσει.

Οι πληθυσμιακές ομάδες στις οποίες παρεμβαίνουν οι κοινωνικοί λειτουργοί είναι διάφορες και οι όποιες διαφοροποιήσεις που μπορούν να επιτευχθούν με πολλά και ποικίλλα κριτήρια. Σε αυτό το κεφάλαιο το βασικό κριτήριο με το οποίο θα κατανεμηθούν οι ομάδες στόχου της κοινωνικής εργασίας είναι τι είδος του προβλήματος το οποίο αντιμετωπίζουν.

#### **A) ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟΙ-MONAXΙΚΑ ΑΤΟΜΑ**

Τα άτομα τα οποία ανήκουν στη συγκεκριμένη ομάδα είναι δυνατό να χωριστούν σε δύο κατηγορίες:

- 1) στα άτομα ηλικίας 65-74 ετών, στη λεγόμενη τρίτη ηλικία και
- 2) στη τέταρτη ηλικία όπου ανήκουν τα άτομα πάνω από 75 ετών.

Όπως έχει παρατηρηθεί η « Τρίτη ηλικία» έχει ανάγκη πολιτισμικών και ψυχολογικών φροντίδων ενώ η «τέταρτη ηλικία» είναι αντικείμενο φύλαξης και «φυσιολογικών φροντίδων». Οι ηλικιωμένοι συνήθως αισθάνονται κοινωνικά απομονωμένοι και συναισθηματικά αποξενωμένοι από τις οικογένειες τους αλλά και από την κοινότητα.

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει πολλαπλές αρμοδιότητες για τη χάραξη πολιτικής, του σχεδιασμού καθώς και την εφαρμογή προγραμμάτων για την Τρίτη ηλικία. Πιο συγκεκριμένα τα μέτρα αυτά είναι:

- 1) εισοδηματική ενίσχυση όπως είναι η συνταξιοδότηση των ανασφάλιστων ηλικιωμένων μετά τα 65 έτη από τον Ο.Γ.Α, τα επιδόματα είτε βαριάς αναπηρίας, είτε σε περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης.
- 2) παροχές σε είδος και σε προσωπικές κοινωνικές υπηρεσίες όπως είναι η φροντίδα στο σπίτι, τα Κέντρα Ανοιχτής Περιθαλψής Ηλικιωμένων (Κ.Α.Π.Η), Κέντρα Ημερήσιας Φροντίδας Ηλικιωμένων (Κ.Η.Φ.Η).

Επιπρόσθετα για τους ηλικιωμένους λειτουργεί και η ιδρυματική περίθαλψη η οποία περιλαμβάνει τα γηροκομεία και τα άσυλα. Στα γηροκομεία εισάγονται άτομα που δεν μπορούν να αυτοεξυπηρετηθούν πλήρως ενώ στα άσυλα εισάγονται κατάκοιτοι ηλικιωμένοι οι οποίοι πάσχουν από χρόνιες (ανίατες) παθήσεις.

Αξίζει να σημειωθεί ότι για την συγκεκριμένη ομάδα στόχου έχει δοθεί έμφαση στην εξωϊδρυματική φροντίδα χωρίς όμως να παραβλέπεται ότι ένα ποσοστό ηλικιωμένων χρειάζεται λόγω βιολογικών διεργασιών ιδρυματική φροντίδα. (Σταθόπουλος, 2005)

## B) Άτομα με Αναπηρίες

Σύμφωνα με τον ορισμό του Οικονομικού και Κοινωνικού Συμβουλίου του Ο.Η.Ε. ( 1975 ), ο όρος "ανάπηρος" αναφέρεται σε « οποιοδήποτε άτομο δεν μπορεί να εξασφαλίσει μόνο του όλες ή ένα μέρος από τις ανάγκες μιας φυσιολογικής ατομικής ή κοινωνικής ζωής λόγω κάποιου εκ γενετής ή επίκτητου σωματικού ή διανοητικού μειονεκτήματος ». Οι αναπηρίες μπορούν να χωριστούν σε τέσσερα είδη : κινητικές ή σωματικές, νοητικές-γνωστικές και συναισθηματικές. Συχνά όμως η αναπηρία σε ένα τομέα λειτουργικότητας του ατόμου έχει επιπτώσεις και στους άλλους τομείς. ( Σταθόπουλος, 2005 ).

Οι κατηγορίες των ατόμων που ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία είναι οι εξής :

1. Άτομα με προβλήματα κώφωσης ή βαρηκοΐας.
2. Άτομα με προβλήματα όρασης.
3. Άτομα με κινητικά προβλήματα.
4. Άτομα με νοητική καθυστέρηση.
5. Άτομα με επιληψία.
6. Άτομα πάσχοντα από νεφρική ανεπάρκεια.
7. Άτομα με αυτισμό.
8. Άτομα πάσχοντα από ψυχικές ασθένειες-αναπηρίες.

9. Άτομα με μεσογειακή αναιμία ή συγγενική αιμορραγική διάθεση ( αιμορροφιλία ).

10. Άτομα με βαριές αναπηρίες ποσοστού πάνω από 67%.

Στην Ελλάδα τα προγράμματα καθώς και οι δομές που υφίστανται είναι πολλά. Οι δομές μπορούν να κατηγοριοποιηθούν σε ανοιχτές και κλειστές.

Οι ανοιχτές δομές είναι :

§ Κέντρα διάγνωσης, αξιολόγησης και υποστήριξης ( Κ.Δ.Α.Υ ).

§ Κέντρα δημιουργικής απασχόλησης ατόμων με αναπηρίες ( Κ.Δ.Α.Π.μεΑ ).

§ Προστατευμένα παραγωγικά εργαστήρια.

§ Κέντρα εκπαίδευσης, Κοινωνικής Υποστήριξης και κατάρτισης Ατόμων με ειδικές ανάγκες ( ΚΕ.ΚΥ.ΚΑ.μεΑ ).

§ Κέντρα Αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης ( Κ.Α.Φ.Κ.Α ).

§ Στέγες Ημιαυτόνομης διαβίωσης ατόμων με ειδικές ανάγκες.

§ Ξενώνες

§ Κοινοτικές δράσεις.

Οι κλειστές δομές είναι οι εξής :

§ Οικοτροφεία

§ Κέντρα Περίθαλψης παιδιών

§ Θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων

§ Ιδρύματα της Εκκλησίας και φιλανθρωπικών οργανώσεων ( Σταθόπουλος, 2005 ).

## Γ) Άτομα Εξαρτημένα από τοξικές ουσίες

Τα άτομα τα οποία ανήκουν σε αυτή τη κατηγορία δεν έχουν συγκεκριμένη ηλικία, συνηθέστερη όμως ηλικία έναρξης χρήσης παράνομων ουσιών θεωρείται η εφηβεία, μιας και η συγκεκριμένη ηλικία χαρακτηρίζεται από τη δίψα των εφήβων για νέες εμπειρίες. Συνήθως είναι άτομα που διακατέχονται από δυσαρέσκεια και απογοήτευση. Καταφεύγουν λοιπόν στα ναρκωτικά σαν μοναδική διέξοδο για να μπορέσουν να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα τους ως συνέπεια της μη θεμελιωμένης προσωπικότητάς τους. ( Η Υγεία των εφήβων, Διαστάσεις, Συνθήκες και Κοινωνικό Πλαίσιο, Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής , 2003 ).

Η Ελλάδα σύμφωνα με τις εκθέσεις του Ευρωπαϊκού Κέντρου Παρακολούθησης Ναρκωτικών και Τοξικομανίας βρίσκεται στη δεύτερη θέση μετά την Ιρλανδία σε ρυθμό αύξησης θανάτων από τη χρήση ναρκωτικών ουσιών. ( Σταθόπουλος, 2005).

Το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας έχει ιδρύσει ειδικό φορέα για την καταπολέμηση των ναρκωτικών με την επωνυμία Οργανισμός για την Καταπολέμηση των Ναρκωτικών (ΟΚΑΝΑ). Τα θεραπευτικά προγράμματα αποτοξίνωσης και επανένταξης των τοξικά εξαρτημένων ατόμων έχουν αναπτυχθεί σε διάφορες πόλεις της Ελλάδας. Η αντιμετώπιση του προβλήματος βασίζεται σε δύο βασικές προσεγγίσεις:

1. Θεραπευτικές κοινότητες.

Στην Ελλάδα οι θεραπευτικές κοινότητες αποτελούν τη βασική στρατηγική της πολιτείας για την απεξάρτηση. Οι φορείς για τα προγράμματα απεξάρτησης είναι το Κέντρο Θεραπείας Εξαρτημένων Ατόμων ( ΚΕ.ΘΕ.Α). Μερικές από τις μονάδες που ανήκουν σε αυτό το φορέα είναι οι εξής:

- § Πρόγραμμα Ιθάκη
- § Πρόγραμμα Στροφή
- § Πρόγραμμα Έξοδος
- § Πρόγραμμα Παρέμβαση
- § Πρόγραμμα Διάβαση
- § Πρόγραμμα Νόστος

## 2. Τα Ανοιχτά Προγράμματα.

Αποτελούν το δεύτερο μέτωπο παρέμβασης. Λειτουργούν σε διάφορους φορείς όπως:

- § Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής το οποίο περιλαμβάνει ένα τέτοιο πρόγραμμα με την επωνυμία « 18 και άνω».
- § Αιγινήτειο το οποίο περιλαμβάνει πρόγραμμα πρόληψης και αντιμετώπισης εξαρτητικών καταστάσεων γνωστό ως « ΙΑΣΩΝ ».
- § Κίνηση-Πρόταση το οποίο εδρεύει στη Πάτρα.

Εκτός από τα παραπάνω προγράμματα στην Ελλάδα έχουν αναλάβει πρωτοβουλία οι Δήμοι της κάθε κοινότητας και σε συνεργασία με τον ΟΚΑΝΑ και το ΚΕΘΕΑ οργανώνουν προγράμματα ενημέρωσης και ευαισθητοποίησης των τοπικών κοινοτήτων και ιδιαίτερα με επισκέψεις σε Δημοτικά, Γυμνάσια

και Λύκεια. ( Σταθόπουλος, 2005, Διαχρονική Έρευνα του ΚΕΘΕΑ και του ΕΣΔΥ, 2001).

#### Δ) ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΠΑΡΑΒΑΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΑΝΤΙΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ.

Συνήθως τα άτομα τα οποία ανήκουν στην ομάδα αυτή, είναι είτε έφηβοι ( 13-17 ετών ) οι οποίοι καταλήγουν σε αυτές τις συμπεριφορές εξαιτίας της προσπάθειας τους για ανεξαρτησία, είτε νεαροί ενήλικες ( 18-22 ετών ) και προέρχονται συνήθως από οικογένειες με χαμηλό εισόδημα ή από οικογένειες στις οποίες υπάρχουν συναισθηματικά προβλήματα όπως ο χωρισμός των γονέων. ( Σταθόπουλος, 2005 ).

Όσον αφορά την πρόληψη της νεανικής παραβατικότητας και την αποτελεσματικότητα της θα πρέπει να ενταχθεί σε ένα πλαίσιο που θα αφορά την πρόληψη των προβληματικών καταστάσεων που συνδέονται με την ανάπτυξη των παιδιών σε ένα υγιές οικογενειακό καθώς και κοινωνικό περιβάλλον. (Γεωργούλας, Τσαλκάνης, 2006 ).

Στην Ελλάδα ισχύει διαφορετική μεταχείριση για τους ανήλικους κάτω των 10 ετών οι οποίοι ανατίθενται στους κηδεμόνες τους για τη σωστή ανατροφή και διαπαιδαγώγηση και σε ανήλικους 10-14 ετών οι οποίοι κρίνονται από το δικαστήριο. Ανάλογα με την επίγνωση των πράξεων τους η ευθύνη της ανατροφής τους δίνεται είτε στους κηδεμόνες τους είτε σε αναμορφωτικά ιδρύματα.

Επιπρόσθετα λειτουργούν τα δικαστήρια ανηλίκων σε όλα τα πρωτοδικεία της χώρας τα οποία δικάζουν ανήλικους



( 7-14 ετών) για ποινικά αδικήματα. Τα δικαστήρια Ανηλίκων διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες:

α) Μονομελή τα οποία εκδικάζουν πταίσματα και πλημμελήματα που επισύρουν ποινή μέχρι 10 ετών.

β) Τριμελή τα οποία εκδικάζουν κακουργήματα

γ) Εφετεία τα οποία εκδικάζουν εφέσεις κατά των αποφάσεων Μονομελών και Τριμελών Δικαστηρίων.

Επίσης σε κάθε πρωτοδικείο ανήκουν οι Εταιρίες Προστασίας Ανηλίκων της οποίας σκοπός είναι η παροχή υλικής και κοινωνικής στήριξης. Σε κάθε πρωτοδικείο ανήκουν ακόμη και η Υπηρεσία Επιμελητών Ανηλίκων η οποία συνεργάζεται με τους δικαστές Ανηλίκων. Διεξάγει κοινωνική μελέτη, συνεργάζεται με την οικογένεια και το σχολείο καθώς έχει και την ευθύνη για την καταστολή της παραπτωματικότητας των ανηλίκων.

Λειτουργούν ακόμη και τα σωφρονιστικά καταστήματα Ανηλίκων.

Για τους Ενήλικες λειτουργούν 30 καταστήματα κράτησης σε όλη την Ελλάδα. Ένα μόνο από αυτά είναι για γυναίκες. Τα καταστήματα αυτά διαχωρίζονται σε

α) Αγροτικά

β) Ειδικά που αφορούν νέους και κέντρα ημιελεύθερης διαβίωσης.

γ) Γενικά

δ) Θεραπευτικά

(Σταθόπουλος, 2005).

## E) ΠΡΟΣΦΥΓΕΣ-ΜΕΤΑΝΑΣΤΕΣ

Πρόσφυγας ορίζεται «κάθε πρόσωπο που έχει δικαιολογημένο φόβο διωγμού λόγω φυλής, θρησκείας, εθνικής προέλευσης, πολιτικών πεποιθήσεων ή συμμετοχής σε ορισμένη κοινωνική ομάδα, βρίσκεται έξω από τη χώρα της υπηκοότητάς του και δεν μπορεί εξαιτίας αυτού του φόβου ή δεν θέλει να προσφύγει στην προστασία της χώρας αυτής». Ο ορισμός αυτός υιοθετήθηκε διεθνώς στις 28 Ιουλίου 1951 και αποτυπώθηκε στη συνθήκη η οποία έγινε γνωστή ως Σύμβαση της Γενεύης «Περί του Καθεστώτος των Προσφύγων» ( Σταθόπουλος, 2005 ).

Η διαφορά μεταξύ προσφύγων και μεταναστών είναι ότι οι πρόσφυγες δεν επιλέγουν να εγκαταλείψουν τη χώρα τους αλλά εξαναγκάζονται σε φυγή. Οι πρόσφυγες οδηγούνται σε αυτή την απόφαση εξαιτίας παραγόντων απώθησης ενώ οι μετανάστες σε αντίθεση εξαιτίας παραγόντων έλξης. ( Σταθόπουλος, 2005 ).

Στην Ελλάδα κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1980 εισέρχονταν πρόσφυγες από μη Ευρωπαϊκές χώρες, την δεκαετία του 1990 από : Αλβανία, Ιράν, Ιράκ και Τουρκία. Στη δεκαετία του 2000 οι πρόσφυγες είναι κυρίως Κούρδοι και Αφγανοί. ( Σταθόπουλος, 2005 ).

Στην Ελλάδα το Υπουργείο Δημόσιας Τάξης έχει την ευθύνη για τη χορήγηση ασύλου σε πρόσφυγες. Ο Ερυθρός Σταυρός έχει την ευθύνη για την κάλυψη των προσωπικών αναγκών τους και για την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προκύπτουν. Επιπρόσθετα όσοι πρόσφυγες είναι αναγνωρισμένοι επίσημα έχουν το δικαίωμα να ζητήσουν από τις Ελληνικές Αρχές άδει παραμονής και εργασίας, δικαίωμα υγειονομικής περίθαλψης και εκπαίδευσης. Οι πρόσφυγες στους οποίους δεν χορηγείται άσυλο δεν απελαύνονται αλλά παραμένουν στην Ελλάδα χωρίς όμως να

έχουν δικαίωμα για εργασία, εκπαίδευση και κοινωνική ασφάλιση.

Μια ακόμη κατηγορία ατόμων τα οποία κατάγονται από άλλες χώρες και ζουν παράνομα στην Ελλάδα είναι οι λαθρομετανάστες. Ως βασική αιτία της μετανάστευσης τους είναι η οικονομική εξαθλίωση που υφίστανται στη χώρα τους. Για την νομιμοποίηση των λαθρομεταναστών έχουν εκδοθεί δύο Προεδρικά Διατάγματα. Αρχικά προβλέπεται η έκδοση της Λευκής Κάρτας η οποία νομιμοποιεί την προσωρινή παραμονή τους. Το δεύτερο βήμα είναι η έκδοση της Πράσινης Κάρτας η οποία νομιμοποιεί την παραμονή και την εργασία για τρία χρόνια.

Επιπρόσθετα προκειμένου να βοηθηθούν τα παιδιά των μεταναστών να ενταχθούν στο εκπαιδευτικό σύστημα έχουν οργανωθεί προγράμματα διαπολιτισμικής εκπαίδευσης, τάξεις υποδοχής. Ο Δήμος της Αθήνας ακόμη έχει ιδρύσει το Γραφείο Κοινωνικής Υποστήριξης και Ενημέρωσης Αλλοδαπών. Απώτερος στόχος είναι η ενδυνάμωση των μεταναστών και η ομαλοποίηση της ένταξής τους στην Ελληνική κοινωνία. ( Σταθόπουλος, 2005 ).

## ΣΤ) ΨΥΧΙΚΑ ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Οι ψυχικές ασθένειες και διαταραχές επηρεάζουν την ικανότητα του ατόμου να έχει ικανοποιητικές σχέσεις με τους συνανθρώπους του, να εργάζεται δημιουργικά και αποτελεσματικά και να φροντίζει για τις ανάγκες του.

Σοβαρότερες από όλες τις ψυχικές διαταραχές θεωρούνται οι ψυχώσεις. ( Σταθόπουλος, 2005 ).

Ορισμένες μορφές ψυχικών ασθενειών είναι οι ψυχώσεις, ο αυτισμός και η σχιζοφρένεια είναι μακροχρόνιας μορφής και ο ασθενής καταλήγει σε βαριές μορφές αναπηρίας. Συνήθως είναι ανασφάλιστοι, δεν εργάζονται και δεν έχουν κοινωνικούς δεσμούς. Για την κάλυψη των αναγκών τους λαμβάνουν ένα επίδομα από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας. ( Σταθόπουλος, 2005 ).

Στην Ελλάδα το πρώτο Ψυχιατρείο ιδρύθηκε το 1854, ακολούθησαν το Δρομοκαϊτείο Φρενοκομείο, το Αιγινήτειο, το Δημόσιο Ψυχιατρείο Αττικής και άλλα στη Θεσσαλονίκη, στη Τρίπολη και στη Λέρο. Το πρώτο Δημόσιο Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο ιδρύθηκε το 1958 στη Πεντέλη το οποίο σήμερα είναι γνωστό ως Παιδοψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής στη Ραφήνα Αττικής. ( Madianos, 2002 ).

Επιπρόσθετα έχουν ιδρυθεί και λειτουργούν έξω-νοσοκομειακές μονάδες όπως τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Εκτός από τα Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής έχει αναπτυχθεί και συνεχίζει να αναπτύσσεται στο πλαίσιο του προγράμματος « Ψυχαργός » ένα εκτεταμένο δίκτυο υπηρεσιών ενδιάμεσης φροντίδας. ( Σταθόπουλος, 2005 ).

## Z) ΚΑΚΟΠΟΙΗΜΕΝΕΣ ΓΥΝΑΙΚΕΣ

Η βία κατά των γυναικών αποτελεί δομικό χαρακτηριστικό των πατριαρχικών οικογενειών και ανάγεται στις εξουσιαστικές σχέσεις που έχουν διαμορφωθεί ανάμεσα στα δύο φύλα.

Η βία στην οικογένεια εξελίσσεται σε ένα μεγάλο κοινωνικό πρόβλημα με απροσδιόριστες διαστάσεις. Σύμφωνα με έρευνα του Πανεπιστημίου της Μαδρίτης, οι γυναίκες σε όλη την Ευρώπη ( και στην Ελλάδα ) ηλικίας 15-44 ετών διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να τραυματιστούν ή να πεθάνουν έχοντας υποστεί κακοποίηση από συντρόφους ή συζύγους παρά να χάσουν τη ζωή τους από καρκίνο ή τροχαία δυστυχήματα. ( Χατζηφωτίου, 2005 ).

Τα είδη της κακοποίησης είναι:

- § Η σωματική
- § Η σεξουαλική
- § Η ψυχολογική

( Walker, 1989 ).

Μερικές από τις οργανώσεις που εδρεύουν στην Ελλάδα είναι:

- § Κ.Ε.Θ.Ι.
- § Σύλλογος Αγέννητου Παιδιού
- § Κλίμακα
- § Γραμμή Κακοποίησης « Δίπλα σου ».
- § Χαμόγελο του παιδιού
- § ΚΕ.Φ.Ο. ( Κέντρο Φροντίδας Οικογένειας ).

(Γενική Γραμματεία Ισότητας, Κ.Ε.Θ.Ι, 2007).

## Η) ΤΣΙΓΓΑΝΟΙ

Οι τσιγγάνοι είναι μια από τις αειπλανείς φυλές του κόσμου οι οποίοι στην Ελλάδα απαντώνται με πάρα πολλές προσωνομίες.

Με το χαρακτηρισμό τσιγγάνοι χαρακτηρίζουμε πληθυσμιακές ομάδες του Ελλαδικού χώρου που ακόμα και σήμερα ζουν με ένα νομαδικό τρόπο ζωής και διαφέρουν φυλετικά και γλωσσικά από τους υπόλοιπους Έλληνες. ( Κασιμάτη, 2007 ).

Σήμερα οι περισσότεροι τσιγγάνοι εργάζονται ως εποχιακοί εργάτες γης ή ως γυρολόγοι μικροέμποροι, πολλές φορές χωρίς άδεια εργασίας. ( Κασιμάτη, 2007 ).

Τα βασικά προβλήματα τα οποία πρέπει να αντιμετωπιστούν σε αυτή την ομάδα-στόχου είναι:

§ Ο αναλφαβητισμός

§ Η έλλειψη μόνιμης στέγης

§ Η έλλειψη ασφαλιστικής κάλυψης και ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης

§ Η έλλειψη απασχόλησης

§ Η μη εγγραφή τους σε μητρώα Δήμων ή Κοινοτήτων.

( Κασιμάτη, 2007 ).

Χωρίς καμία αμφιβολία τα προβλήματα στέγασης, εργασίας, κοινωνικής περίθαλψης, παιδείας και εκπαίδευσης των τσιγγάνων είναι μέγιστα και επί πολλές δεκαετίες παραμένουν άλυτα προβλήματα. Εκτός από τις προσπάθειες της Γενικής Γραμματείας Λαϊκής Επιμόρφωσης ( Γ.Γ.Λ.Ε ) και των Νομαρχιακών Επιτροπών Λαϊκής Επιμόρφωσης ( Ν.Ε.Λ.Ε ) για επιμόρφωση των τσιγγάνων, δεν γνωρίζουμε κάποια θεαματικά βήματα ούτε κάποια σημαντικά μέτρα από μέρους της Ελληνικής Πολιτείας που να αποσκοπούν στη βελτίωση της ζωής των τσιγγάνων της χώρας μας. ( Κασιμάτη, 2007 ).

### **3.3 Εννοιολογικός προσδιορισμός της Υγείας και η θεωρητική της προσέγγιση**

Η Υγεία είναι ένα σημαντικό αγαθό για τον άνθρωπο μέσα από το οποίο έχει τη δυνατότητα να υπερβαίνει τις κρίσεις και τις διαταραχές της ισορροπίας διαμορφώνοντας νέους κανόνες και αξίες. Η Υγεία ξεκινά από το σπίτι, το σχολείο, την εργασία και οι άνθρωποι οφείλουν να αναζητούν καλύτερους τρόπους πρόληψης και αποφυγής της ασθένειας.

Σύμφωνα με την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας ως Υγεία ορίζεται η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου και όχι απλά η απουσία της αρρώστιας. Μέσα από τον ορισμό αυτό παρατηρείται το γεγονός ότι η υγεία υφίσταται μέσα από την ύπαρξη δύο παραμέτρων. Η πρώτη παράμετρος είναι η απουσία της ασθένειας ενώ η δεύτερη είναι η ψυχική και κοινωνική ευεξία. Βέβαια ο ορισμός αυτός θεωρείται γενικός έτσι ώστε να μπορεί να συμπεριλάβει όλες τις πτυχές του φαινομένου της υγείας. Σήμερα είναι γνωστό ότι οι περισσότερες ασθένειες, είτε ψυχικές είτε σωματικές είναι αποτέλεσμα συνδυασμού βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων οι οποίοι επιδρούν στην υγεία του ανθρώπου. Οι επαγγελματίες Υγείας έχοντας πλέον τη γνώση αυτή, μπορούν να αντιμετωπίσουν τις διαταραχές της Υγείας μέσα από μια σφαιρική εικόνα και με τον τρόπο αυτό διασφαλίζεται η βελτίωση της πρόληψης αλλά και της αντιμετώπισης της ασθένειας. ( Σαρρής και συν., 2001 ).

Η Υγεία σήμερα έχει μια ολοκληρωμένη εικόνα μέσα από διάφορες προσεγγίσεις οι οποίες την προσδιορίζουν από

διαφορετική σκοπιά αλληλοσυμπληρώνοντας η μια την άλλη. Οι προσεγγίσεις αυτές είναι οι παρακάτω:

✚ Η βιολογική προσέγγιση της Υγείας.

Σύμφωνα με τη προσέγγιση αυτή η Υγεία εξαρτάται από τη μη εμφάνιση ιών, μικροβίων κ.α τα οποία είναι ικανά να προκαλέσουν διαταραχές στο ανθρώπινο σώμα . Κύριο μέλημα είναι η επιδιόρθωση της βλάβης και η αντιμετώπιση της ασθένειας σε ατομικό επίπεδο. ( Σαρρής και συν. , 2001 ).

✚ Η ολιστική προσέγγιση

Η ολιστική προσέγγιση δεν κάνει διαχωρισμούς ανάμεσα στο σώμα και στη ψυχή αλλά δέχεται την αλληλεπίδρασή τους καθώς επίσης και την επίδραση που ασκεί στην Υγεία του ανθρώπου το κοινωνικό περιβάλλον. Βασική αρχή της προσέγγισης αυτής είναι ότι η αντιμετώπιση της ασθένειας είναι συνάρτηση σωματικών, ψυχικών και κοινωνικών παραγόντων. ( Πανταζάκας, Μέντης, 2003 ).

✚ Η κοινωνικό-οικονομική προσέγγιση της Υγείας

Σύμφωνα με την κοινωνική προσέγγιση της Υγείας η Υγεία εξαρτάται από ένα σύνολο εγγενών και επίκτητων παραγόντων. Η Υγεία αλλά και η ασθένεια θεωρούνται αποτέλεσμα των σχέσεων του ατόμου με την κοινωνία. Πλήθος ερευνών έχουν αποδείξει ότι οι κοινωνικές σχέσεις προάγουν την Υγεία και προστατεύουν τα άτομα από τις ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις στην Υγεία τους. Όσον αφορά την οικονομική προσέγγιση, η ασθένεια δεν επιτρέπει στο άτομο που νοσεί να συμμετέχει στα παραγωγικές διαδικασίες, στην εργασία δηλαδή, αλλά αντίθετα προκαλεί κόστος για το κοινωνικό σύνολο και θα πρέπει να περιοριστεί στο ελάχιστο δυνατό. ( Σαρρής και συν. , 2001 ).

✚ Η πολιτισμική προσέγγιση της Υγείας



Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή η υγεία εξαρτάται άμεσα από το πολιτισμικό περιβάλλον. Ο κάθε πολιτισμός επιλέγει ανάμεσα στις δυνατότητες που του παρέχει η εποχή και το περιβάλλον του, έναν ορισμένο τρόπο αξιών και κανόνων στην προσπάθεια του να κατανοήσει και να θεραπεύσει την ασθένεια καθώς και να διαφυλάξει και να προάγει την υγεία. Κάθε κοινωνία λοιπόν οργανώνει το σύνολο των χαρακτηριστικών που καθορίζουν το πλαίσιο της Υγείας. ( Σαρρής και συν. , 2001 ).

#### Η πολιτική προσέγγιση της Υγείας

Σε αυτή τη προσέγγιση το Κράτος Πρόνοιας έχει αποδεχτεί την άποψη ότι η Υγεία αποτελεί κοινωνικό αγαθό. Παρεμβαίνει λοιπόν στους μηχανισμούς λειτουργίας των υπηρεσιών Υγείας με την τάση να διαμορφώνει ένα άλλο σύστημα σύμφωνα με το οποίο η θεμελιώδης αρχή είναι η ισότητα των πολιτών στην Υγεία με σκοπό τη βελτίωση του επιπέδου Υγείας, ευημερίας και ευεξίας ολόκληρου του πληθυσμού. ( Σαρρής και συν. , 2001:33-40 ).

### **3.3.1 Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Τα τελευταία 20 χρόνια στην Ελλάδα η Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας αποτελεί βασικό συστατικό στοιχείο όλων των μεταρρυθμιστικών προσπαθειών του συστήματος Υγείας. Τα τελευταία χρόνια επίσης συντελείται μια ριζική τομή στο σύστημα Υγείας με την Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας να αποτελεί το κεντρικό σημείο της πολιτικής και επιστημονικής συζήτησης. Οι προσπάθειες για την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας είναι αμέτρητες και

ανολοκλήρωτες. Επιστημονικές μελέτες, Νομοσχέδια ακόμη και Νόμοι προβλέπουν την οργάνωση της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας με ή χωρίς οικογενειακό γιατρό. Με το πέρασμα του χρόνου από τον οικογενειακό γιατρό περάσαμε στους αγροτικούς υγειονομικούς σχηματισμούς, στους κοινοτικούς γιατρούς και στα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ. την σοβαρότερη προσπάθεια που έγινε ποτέ για την υγειονομική κάλυψη των αγροτικών περιοχών. Ωστόσο παρά την αύξηση των δαπανών για τον τομέα της Υγείας, η χώρα μας συγκριτικά με άλλες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης παραμένει μακριά από τις προδιαγραφές και τις επιταγές για την υγεία που ορίζει η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας. ( Σταθόπουλος, 2005 , Κυριόπουλος, Φιλαλήθης, 1996 ).

Ο όρος «φροντίδα» είναι ευρύτερος της «περίθαλψης» και υποδηλώνει ότι στόχος είναι να προληφθεί η ασθένεια και να περιφρουρηθεί η Υγεία. Η παρέμβαση οφείλει να γίνει σε πρωτοβάθμιο επίπεδο εκεί που ζει και εργάζεται ο κόσμος. « Η πρωτοβάθμια ιατρική περίθαλψη αναφέρεται σε υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται σε άτομα που έχουν εκδηλώσει συμπτώματα της νόσου ή έχουν νοσήσει. Αντίθετα η πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας αναφέρεται σε υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται σε υγιή άτομα, είτε στο σύνολο του πληθυσμού, είτε σε επίπεδο κοινότητας» ( Θεοδώρου και συν. , 2001:101 ). Έτσι λοιπόν σύμφωνα με το «άρθρο 1» του νόμου 3235/2004 ως Πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας ορίζεται το σύστημα παροχής σε ατομικό και οικογενειακό επίπεδο δέσμης βασικών και ολοκληρωμένων υπηρεσιών φροντίδα υγείας.” ( ΦΕΚ Α 53 20040218 ).

Επιπρόσθετα μια γενική άποψη για την πρωτοβάθμια φροντίδα Υγείας ορίζει ότι είναι το σύνολο δραστηριοτήτων και

υπηρεσιών που προάγουν την Υγεία, την πρόληψη της ασθένειας, την περίθαλψη, την αποκατάσταση και την επανένταξη των ασθενών. Στόχος είναι η κάλυψη των πραγματικών αναγκών φροντίδας Υγείας και Κοινωνικής πρόνοιας ολόκληρου του πληθυσμού. Θεμελιώδης αρχή της είναι η προσέγγιση της Υγείας ως κοινωνικού δικαιώματος όλων των πολιτών ασχέτως κοινωνικών, οικονομικών, θρησκευτικών ή φυλετικών χαρακτηριστικών τους. ( Θεοδώρου και συν. , 2001 ).

Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από:

- α) Κέντρα υγείας του Ε.Σ.Υ. και τα περιφερειακά τους ιατρεία.
- β) Τις μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας των Οργανισμών Κοινωνικής Ασφάλισης ( Ο.Κ.Α. ) που μετονομάζονται σε Κέντρα Υγείας του οικείου Ο.ΚΑ.
- γ) Τα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
- δ) Τις μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης
- ε) Άλλους φορείς που συνδέονται οργανωτικά ή λειτουργικά με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ. ( ΦΕΚ Α 53 20040218, άρθρο 2 ).

Τα Κέντρα Υγείας των Οργανισμών Ασφάλισης όπως και οι μονάδες παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης, εποπτεύονται και ελέγχονται από το Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας διαμέσου των αρμοδίων Πε.Σ.Υ.Π (Περιφερειακά Συστήματα Υγείας και Πρόνοιας) ως προς τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών τους και την ποιότητά τους. Επίσης οι Οργανισμοί Κοινωνικής Ασφάλισης και Περίθαλψης μπορούν να συμβάλλονται μεταξύ τους για την παροχή υπηρεσιών Υγείας στους ασφαλισμένους τους. ( ΦΕΚ Α 20040218, άρθρο 2 ).

### **3.3.2 Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας**

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας αναφέρεται στη περίθαλψη που παρέχεται από ειδικευμένους γιατρούς των βασικών ιδιοτήτων οι οποίοι εργάζονται στο Γενικό Νοσοκομείο της περιοχής, είτε πρόκειται για τοπικό είτε για νομαρχιακό Νοσοκομείο. Το Νοσοκομείο αυτό απευθύνεται σε ένα πληθυσμό 50.000-500.000 ατόμων που απαιτούν ενδονοσοκομειακή περίθαλψη. Επιπρόσθετα τα Νοσοκομεία αυτά είναι δυναμικότητας 100-600 κλινών και διαθέτουν όλες τις βασικές κλινικές, παρακλινικές και εργαστηριακές ειδικότητες. ( Θεοδώρου και συν. , 2001 ).

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τα Δημόσια Νοσοκομεία τα οποία εντάσσονται στα πλαίσια του Πε.Σ.Υ., τα Δημόσια Νοσοκομεία εκτός Πε.Σ.Υ όπως είναι τα Στρατιωτικά Νοσοκομεία, Ι.Κ.Α λοιπά μη κερδοσκοπικά καθώς και τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία τα οποία λειτουργούν ως ανεξάρτητες ιδιωτικές επιχειρήσεις. ( Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2000 ).

Στα Νομαρχιακά Νοσοκομεία η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας προσφέρει περιορισμένου εύρους υπηρεσίες καθώς δεν διαθέτει τον τεχνολογικό εξοπλισμό και ανθρώπινο δυναμικό σε σχέση με τον εξοπλισμό και το δυναμικό ενός Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου. Ωστόσο δεν θεωρείται ότι υπάρχει ποιοτική διαφοροποίηση στην επιστημονική στελέχωση των Περιφερειακών και Νομαρχιακών Νοσοκομείων. ( Θεοδώρου και συν. , 2001 ).

### 3.3.3 Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα υγείας αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων Υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από γιατρούς του Περιφερειακού ( Πανεπιστημιακού ) Νοσοκομείου και καλύπτει από 500.000-1.500.000 άτομα. Το Περιφερειακό Νοσοκομείο πρέπει να είναι στελεχωμένο με εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και εξοπλισμό με μηχανήματα σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας. ( Θεοδώρου και συν. , 2001 ).

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από Πανεπιστημιακές κλινικές, οι οποίες έχουν την κατάλληλη τεχνολογική υποδοχή και εξειδικευμένο προσωπικό για την παροχή υψηλής τεχνογνωσίας υπηρεσιών Υγείας. ( Πολύζος, Υφαντόπουλος, 2000 ). Οι κλινικές αυτές είναι ακόμη εξοπλισμένες με υψηλή βιοϊατρική τεχνολογία και παρέχουν ιατρικές υπηρεσίες όλων των ιατρικών ειδικοτήτων. ( Θεοδώρου και συν. ,2001 ).

Η διαφοροποίηση η οποία παρατηρείται μεταξύ Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρουσιάζεται σαν λειτουργική και αφορά στη σύνθεση της Ιατρικής Υπηρεσίας και κατ' επέκταση στον πληρέστερο εξοπλισμό, που διαθέτουν τα Περιφερειακά Νοσοκομεία ως μονάδες Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. ( Θεοδώρου και συν. , 2001 ).

### **3.4 Ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες Υγείας**

Η Κοινωνική Εργασία είναι αναγνωρισμένη διεθνώς σαν εφαρμοσμένη κοινωνική επιστήμη. Σχηματοποίησε την υπόστασή της κυρίως από την ανάγκη παρέμβασης στην άσκηση κοινωνικής πολιτικής, για την αντιμετώπιση κοινωνικών προβλημάτων που απέδειξε η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποιημένη κοινωνία. Σήμερα η παροχή κοινωνικών υπηρεσιών αποτελεί υποχρέωση της πολιτείας και δικαίωμα του πολίτη, για βελτίωσή της, ευρύτερης έννοιας, παρεχόμενης περίθαλψης. ( Ζηλεμένου, 2006 ).

Στην Ελλάδα, η σύσταση Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία έγινε το 1956 με σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αργότερα, με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978, άρθρο 3, προσδιορίστηκαν οι αρμοδιότητες των Κοινωνικών Λειτουργών στο τομέα της Υγείας ως εξής: « οι Κοινωνικοί Λειτουργοί εις τον τομέα της υγείας συμβάλλει εις την πρόληψη, την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων., δημιουργημένων συνεπεία καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής Υγείας ατόμων ή οφειλομένων εις την προσωπικότητα αυτών ή εις ετέρας δυσμενείς καταστάσεις των περιβάλλοντος των, άτινα καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικό έργο ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας». Αργότερα οι αρμοδιότητες των τμημάτων Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία επαναπροσδιορίστηκαν με το Προεδρικό Διάταγμα 87/86 ( ΦΕΚ 32/27-3-86 ) ως εξής: « η ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους

πρόβλημα, η αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της πολιτείας. ( Χαλβατζά, Τσιλιμιγκάκη, 2006 ).

Ειδικότερα το αντικείμενο του Κοινωνικού Λειτουργού στον τομέα της Υγείας διασπάται σε τρεις τομείς οι οποίοι είναι οι εξής:

A) Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ο Κοινωνικός Λειτουργός συμβάλει στην πρόληψη, στην αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων που δημιουργούνται στα άτομα και δυσχεραίνουν το διαγνωστικό έργο, την εφαρμογή θεραπευτικών μέτρων και την έκβαση της πορείας της νόσου.

B) Το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στο τομέα της Υγείας συνίσταται αφενός στη διερεύνηση των κοινωνικοοικονομικών συνθηκών που ήταν η αιτία να δημιουργηθούν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα άτομα και αφετέρου στην παροχή ειδικών κοινωνικών υπηρεσιών σε επίπεδο ενημερωτικό και συμβουλευτικό απέναντι στους ασθενείς και στους οικείους του. Στόχος είναι η συμβολή στην επιτυχία του διαγνωστικού και θεραπευτικού έργου, η αποδοχή της ασθένειας και η αντιμετώπιση της καθώς και η ομαλή επανένταξη του ατόμου στο οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον.

Γ) Στο τομέα της Υγείας οι δραστηριότητες του Κοινωνικού λειτουργού αναπτύσσονται μέσα στα πλαίσια της συγκεκριμένης κοινωνικής υπηρεσίας κυρίως Νοσηλευτικού Ιδρύματος ή Κέντρου Ψυχικής Υγιεινής διαγνωστικού, συμβουλευτικού και θεραπευτικού χαρακτήρα και μέσα στα πλαίσια των δυνατοτήτων της κοινωνικής πολιτικής. ( Ζηλεμένου, 2006 ).

Αναλυτικότερα το έργο του Κοινωνικού Λειτουργού στο Νοσοκομείο είναι: Προληπτικό, Διαγνωστικό, Θεραπευτικό, Εκπαιδευτικό και αναφέρεται στις ακόλουθες ενέργειες:

- § Λήψη κοινωνικού ιστορικού που βοηθά στην εύρεση, διερεύνηση και αξιολόγηση ειδικών προβλημάτων που αντιμετωπίζουν τα άτομα που διαπιστώνεται ότι χρήζουν βοήθειας ή απευθύνονται ή παραπέμπονται στην Κοινωνική Υπηρεσία από άλλη υπηρεσία ( Νοσηλευτική, Ιατρική, ή άλλη εξωτερική ). Σε περίπτωση ανάγκης γίνεται αξιολόγηση των πληροφοριών για τον ασθενή από τον Κοινωνικό Λειτουργό και δίνονται στον Θεράποντα Ιατρό ή την προϊσταμένη της κλινικής του Νοσοκομείου εάν αυτό καταστεί αναγκαίο.
- § Προετοιμασία του ασθενούς και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος για την παραδοχή της ασθένειας και της αναγκαιότητας των θεραπευτικών μέτρων καθώς και την ενεργό συμμετοχή του στην αντιμετώπιση της κατάστασης του ασθενούς.
- § Βοήθεια τόσο του ασθενή όσο και της οικογένειας του στη παραδοχή της νέας κατάστασης που προκύπτει για αυτούς που σε κάποιες περιπτώσεις μπορεί να είναι και ένας μη ανατρέψιμος κλονισμός της Υγείας του ασθενούς και περαιτέρω την προσαρμογή του στο περιβάλλον του Νοσοκομείου.
- § Συμβάλει στο διαγνωστικό και θεραπευτικό έργο των γιατρών και της κλινικής γενικότερα, μέσω της λήψης στοιχείων που αφορούν την προσωπικότητα του ασθενή στο κοινωνικό του περιβάλλον, τον τρόπο που επικοινωνεί



και τις σχέσεις που έχει με αυτό, τις συνθήκες διαβίωσης του και τις ενδοοικογενειακές σχέσεις.

- § Κατεύθυνση για την αντιμετώπιση οικονομικών προβλημάτων που δημιουργήθηκαν εξαιτίας του γεγονότος της ασθένειας μέσα στα πλαίσια των υπαρχόντων προγραμμάτων κοινωνικής πολιτικής ( επιδόματα, συντάξεις ).
- § Δημιουργία ομάδων ασθενών οι οποίοι έχουν κοινές ανάγκες και προβλήματα με στόχο αφενός την αρμονική συμβίωση μέσα στο Νοσοκομείο και αφετέρου της βοήθειας τους μέσω της ομάδας να εκφραστούν, να συνειδητοποιήσουν τα προβλήματα τους και να αξιοποιήσουν τις δυνατότητες τους.
- § Προετοιμασία του ασθενούς και του περιβάλλοντος του για την επάνοδο του και την προσαρμογή του στο φυσικό περιβάλλον. Όταν η επανένταξη του ασθενή δεν είναι δυνατή, προτείνεται η αποκατάσταση του σε νέο προστατευμένο περιβάλλον ( Θεραπευτήρια, Κοινωνικοί Ξενώνες ).
- § Συνέχιση της συνεργασίας με τον ασθενή εκτός Νοσοκομείου σύμφωνα με την κρίση του Κοινωνικού Λειτουργού ή παραπομπή σε άλλη υπηρεσία εκτός έδρας.
- § Προγραμματισμός και εκτέλεση ερευνητικών προγραμμάτων είτε στα πλαίσια της Κοινωνικής Υπηρεσίας είτε σε συνεργασία με άλλες επιστημονικές ομάδες εντός ή εκτός Νοσοκομείου.
- § Διασυνδεδετική δράση μεταξύ τμημάτων και υπηρεσιών του Νοσοκομείου καθώς και με άλλες υπηρεσίες της κοινότητας.

- § Ενημέρωση της κοινότητας και άλλων φορέων για τις υπηρεσίες και τα προγράμματα του Νοσοκομείου και την ευαισθητοποίηση του πληθυσμού.
- § Ενημέρωση των στελεχών του Νοσοκομείου και της κοινότητας για το ρόλο του Κοινωνικού Λειτουργού και τα προγράμματα της Κοινωνικής Υπηρεσίας.
- § Οργάνωση, εκπαίδευση και αξιοποίηση εθελοντικών ομάδων ή και κάθε εθελοντικής προσφοράς για τις ανάγκες των ασθενών του Νοσοκομείου.
- § Ενημέρωση και προάσπιση των δικαιωμάτων και υποχρεώσεων του ασθενή και τη βοήθεια για αποτελεσματική χρήση των υπηρεσιών.
- § Εκπαίδευση σπουδαστών Κοινωνικής Εργασίας.
- § Συμμετοχή στα εκπαιδευτικά και επιστημονικά προγράμματα του Νοσοκομείου.
- § Συμμετοχή σε συμβούλια και επιστημονικές επιτροπές του Νοσοκομείου.
- § Συνεχή εκπαίδευση και επιμόρφωση μέσω επιστημονικών και άλλων συναφών δραστηριοτήτων.
- § Σύνταξη εισηγήσεων σχετικές με τη λειτουργία της Κοινωνικής Υπηρεσίας και του Νοσοκομείου γενικά για καλύτερη εξυπηρέτηση των πολιτών. ( Ζηλεμένου, 2006 ).

### **3.5 Η έννοια της Ψυχικής Υγείας**

Η Ψυχική Υγεία ορίζεται ως: «η ισορροπία μεταξύ των διαφορών πλευρών της ζωής μας ( κοινωνική, σωματική, συναισθηματική, πνευματική) η οποία μας επηρεάζει στον τρόπο

που διαχειριζόμαστε το περιβάλλον μας και κάνουμε τις επιλογές μας». ( Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2002 ).

Σύμφωνα με την έκθεση του Π.Ο.Υ για την Παγκόσμια Υγεία 2001 με θέμα Ψυχική Υγεία: Νέα Αντίληψη, Νέα Ελπίδα, «οι ψυχικές διαταραχές είναι αποτέλεσμα περίπλοκων αλληλεπιδράσεων βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων». Επισημαίνονται οι ψυχολογικοί παράγοντες που σχετίζονται με την ανάπτυξη ψυχικών διαταραχών ( π.χ σχέσεις παιδιών με γονείς ) όπως και κοινωνικοί ( φτώχεια, ανεξέλεγκτη αστικοποίηση, ταχεία τεχνολογική εξέλιξη, πόλεμοι, καταστροφές ). ( Πασαντωνόπουλος, Ζαχαριάς, 2003 ). Για όλους τους παραπάνω λόγους η Ψυχική Υγεία ορίζεται διαφορετικά από τους επιστήμονες διαφόρων χωρών επειδή αυτή η έννοια επηρεάζεται από τον τοπικό αποκλεισμό. Έτσι λοιπόν δεν υπάρχει τρόπος να συνδυαστούν όλα αυτά σε ένα παγκόσμια αποδεκτό ορισμό. Υπάρχει όμως μια γενική ομολογία η οποία επιτάσσει ότι το να είναι κάποιος ψυχικά υγιής δεν σημαίνει απλώς ότι δεν πάσχει από ψυχικό νόσημα. Έχει να κάνει επίσης με το πώς νιώθει για τον εαυτό του, πώς νιώθει για τους άλλους και πώς αντιδρά στις απαιτήσεις της ζωής.

Ο πιο διαδεδομένος τρόπος να εξετάζεται η Ψυχική Υγεία κάποιου είναι να διερευνάται η λειτουργικότητα του ατόμου, δηλαδή πόσο αποτελεσματικός και επιτυχής είναι σε διάφορους τομείς της ζωής του. Όπως για παράδειγμα να ανταπεξέρχεται στις πιέσεις, να διατηρεί ικανοποιητικές σχέσεις, να νιώθει ικανός, να ζει ανεξάρτητα, να βγαίνει μέσα από δύσκολες καταστάσεις. Μέσα σε αυτά τα πλαίσια θεωρείται ότι ο άνθρωπος πρέπει να διαθέτει ευημερία, έτσι ώστε να μπορεί να

βελτιώσει την Ψυχική Υγεία του. Δίνεται με άλλα λόγια, ιδιαίτερη σημασία στη συναισθηματική ευημερία, στο βίωμα μιας δημιουργικής ζωής, στην ευελιξία να ανταπεξέρχεται στις προκλήσεις της ζωής του. ( Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2002 ).

Επιπρόσθετα αναφέρεται συχνά ο όρος Ψυχικής Υγιεινής η οποία υποδηλώνει την εδραίωση και διατήρηση της Ψυχικής Υγείας. Άρα από τη μια μεριά έχουμε τα ψυχικά νοσήματα και τις προσπάθειες των ειδικών να αποκαταστήσουν τις ψυχικές λειτουργίες, από την άλλη έχουμε το ενδιαφέρον για ενδυνάμωση της Ψυχικής Υγείας.

Ένα μοντέλο ευημερίας ( ευδαιμονίας ) που έχει προταθεί, είναι ένα μοντέλο πέντε τομέων και δώδεκα υποτομέων ου χαρακτηρίζουν την υγιή λειτουργικότητα και είναι βασικός παράγοντας ευημερίας. Οι τομείς είναι : πνευματικότητα, εργασία/ ψυχαγωγία, φιλία, έρωτας, αυτό-διεύθυνση. Οι υποτομείς είναι οι εξής : αυταξία, αυτοέλεγχος, ρεαλιστικές πεποιθήσεις, συναισθηματική επίγνωση και προσαρμοστικότητα, επίλυση προβλημάτων και δημιουργικότητα, αίσθηση χιούμορ, διατροφή, άσκηση, αυτοφροντίδα, διαχείριση των πιέσεων ( στρες ), ταυτότητα φύλου και πολιτισμική ταυτότητα. ( Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας, 2002 ).

### **3.5.1 Προγράμματα μονάδων Ψυχικής Υγείας κατά την άσκηση Κοινωνικής Εργασίας**

Απόλυτη προτεραιότητα στη σημερινή εποχή στην εφαρμογή μεταρρύθμισης στον τομέα της Ψυχικής Υγείας και της Πρόνοιας τίθεται η αποσυλοποίηση των ψυχικά ασθενών και η επανένταξη τους στη κοινωνία, μέσω ειδικών δομών της κοινότητας.

Τα παλαιότερα χρόνια στη χώρα μας η βασική μέριμνα που υπήρχε για τους ψυχικά ασθενείς ήταν τα ψυχιατρεία. Με το πέρασμα του χρόνου δημιουργήθηκαν και πολλές ιδιωτικές κλινικές γνωστές ως Νευρολογικές κλινικές. Όμως με το 1278/1982/άρθρο 21 για το ΚΕ.Σ.Υ αναγνωρίζεται η ανάγκη για αναδιάρθρωση της ψυχικής περίθαλψης με στόχο όπως αναφέρθηκε και παραπάνω την αποϊδρυματοποίηση και την ανάπτυξη προγραμμάτων Κοινοτικής Ψυχιατρικής Φροντίδας. ( Madianos, 2002 ).

Η ψυχική περίθαλψη δεν είναι προνόμιο, είναι δικαίωμα. Αποτελεί αναπόσπαστο μέρος του γενικού συστήματος Υγείας και η πρόληψη είναι καλύτερη και λιγότερο κοινωνικοοικονομικά δαπανηρή από τη θεραπεία. Ιδιαίτερα σημαντική θεωρείται η πρόληψη και η περίθαλψη σε πρωτοβάθμιο επίπεδο. Αυτή επιτυγχάνεται στα πλαίσια της γειτονιάς με πλήρη, συστηματική και συντονισμένη χρησιμοποίηση του δημόσιου και ιδιωτικού δυναμικού του επαγγελματικού και εθελοντικού τομέα. Η σημασία των κοινωνικών υποστηρικτικών δικτύων για τη βελτίωση της Ψυχικής Υγείας αυξάνεται συνεχώς στις σύγχρονες κοινωνίες. Οι υπηρεσίες αποκατάστασης από την άλλη μοιράζονται τον κοινό

στόχο φροντίδας των ατόμων με μακροχρόνια σοβαρή ψυχική αναπηρία ανεξάρτητα από το εάν ζουν σε κοινωνικό ή νοσοκομειακό περιβάλλον.

Οι υπηρεσίες λοιπόν αποτελούν το μέσο για την παροχή αποτελεσματικών παρεμβάσεων για την Ψυχική Υγεία. Οι υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνουν θεραπευτικές υπηρεσίες και δραστηριότητες πρόληψης και προαγωγής της Ψυχικής Υγείας. Σε αυτές περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από τους γενικούς γιατρούς, νοσηλευτές και άλλους επαγγελματίες υγείας που έχουν ως βάση τις πρωτοβάθμιες υπηρεσίες υγείας. Η παροχή φροντίδας Ψυχικής Υγείας απαιτεί την εκπαίδευση των αντίστοιχων επαγγελματιών ώστε να είναι σε θέση να αναγνωρίζουν και να αντιμετωπίζουν τις ψυχικές διαταραχές.

Οι θεσμοθετημένες κοινοτικές υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας περιλαμβάνουν : Κοινοτικές Υπηρεσίες Αποκατάστασης, προγράμματα αντιμετώπισης περιστατικών εκτός Νοσοκομείου, κινητές μονάδες αντιμετώπισης κρίσεων, υπηρεσίες βοήθειας και υποστήριξης στο σπίτι καθώς και υπηρεσίες που αφορούν συγκεκριμένες πληθυσμιακές ομάδες όπως παιδιά, έφηβοι, ηλικιωμένοι και γυναίκες.

Οι άτυπες κοινοτικές υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας παρέχονται από μέλη των τοπικών κοινοτήτων που δεν ανήκουν ουσιαστικά στα επαγγέλματα Υγείας. ( Πασαντωνόπουλος, 2005 ).

Μερικές από τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας που παρέχονται σε πρωτοβάθμιο επίπεδο είναι οι εξής :

### ***A) ΜΟΝΑΔΕΣ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ***

1. Κέντρα Ψυχικής Υγείας, Κέντρα Ψυχικής Υγιεινής, Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα.

Σκοπός : Ψυχοκοινωνική μέριμνα, συμβουλευτική παρέμβαση στην κοινότητα, πρόληψη, θεραπεία και συμβολή στην αποκατάσταση. Κοινωνική ένταξη του παιδιού, του εφήβου ή του ενήλικα ατόμου με προβλήματα Ψυχικής Υγείας.

2. Κινητές Μονάδες Ψυχικής Υγείας.

Σκοπός : Παροχή υπηρεσιών πρόληψης και νοσηλείας ή ειδικής φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ' οίκον σε συγκεκριμένο Τομέα Ψυχικής Υγείας.

3. Κέντρα Εξειδικευμένης Περίθαλψης τα οποία περιλαμβάνουν: Κέντρα Ημέρας, Νοσοκομεία Ημέρας, Κέντρα Παρέμβασης στην Κρίση για παιδιά, εφήβους, ενήλικες.

Σκοπός : Διασφάλιση της συνέχειας της θεραπευτικής φροντίδας των παιδιών, των εφήβων ή των ενηλίκων ατόμων με προβλήματα Ψυχικής Υγείας στην κοινότητα.

Αντιμετώπιση των παθολογικών συμπεριφορών και προβλημάτων στη λειτουργικότητά τους.

Ενίσχυση της ψυχοκοινωνικής αποκατάστασης, την κοινωνική προσαρμογή και ένταξή τους.

4. Μονάδες Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης οι οποίες περιλαμβάνουν : Ξενώνες και Οικοτροφεία.

Σκοπός : Τοποθέτηση και ψυχιατρική παρακολούθηση σε χώρους διαβίωσης, θεραπείας και υποστήριξης για μακρόχρονη ή βραχεία παραμονή των ατόμων με προβλήματα Ψυχικής Υγείας και σοβαρές ψυχοκοινωνικές δυσκολίες, όταν δεν έχουν στέγη ή κατάλληλο οικογενειακό περιβάλλον.

5. Ειδικές Μονάδες Αποκατάστασης και Επαγγελματικής Επανένταξης οι οποίες περιλαμβάνουν : Προστατευμένα Εργαστήρια, Εργαστήρια Επαγγελματικής Εκπαίδευσης.

Σκοπός : Παροχή υπηρεσιών για την απόκτηση λειτουργικών, μαθησιακών και επαγγελματικών δεξιοτήτων στα άτομα τα οποία πάσχουν από χρόνιες ψυχικές διαταραχές και σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα από το κατάλληλο προσωπικό. Απώτερος στόχος είναι η θεραπεία, η κοινωνική επανένταξη και η τοποθέτησή τους στην ελεύθερη αγορά εργασίας ή σε Κοινωνικούς Συνεταιρισμούς Περιορισμένης Ευθύνης ή άλλες μορφές κοινωνικών ή δημοτικών επιχειρήσεων.

6. Κοινωνικοί Συνεταιρισμοί Περιορισμένης Ευθύνης ( Κοι. Σ. Π. Ε. )

Σκοπός : Κοινωνικοοικονομική ενσωμάτωση και επαγγελματική ένταξη των ατόμων με σοβαρά ψυχοκοινωνικά προβλήματα



μέσω του οικονομικού και κοινωνικού χαρακτήρα τους. Απώτερος στόχος είναι η θεραπεία των ατόμων αυτών και η κατά το δυνατόν οικονομική τους αυτάρκεια.

( Πασαντωνόπουλος, 2005 ).

## ***Β] ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ.***

1. Προγράμματα Οικογενειών οι οποίες φιλοξενούν παιδιά, εφήβους ή ενήλικα άτομα με ψυχικές διαταραχές, με σκοπό την ψυχιατρική τους παρακολούθηση μέσα σε αυτές και οι οποίες θεωρούνται κατάλληλες για την τοποθέτηση των ατόμων αυτών.

2. Προγράμματα Προστατευμένων Διαμερισμάτων για εγκατάσταση και ψυχιατρική παρακολούθηση ενήλικων ατόμων με ψυχικές διαταραχές σε διαμέρισμα ή άλλης μορφής κατοικία στη κοινότητα.

3. Υπηρεσίες Νοσηλείας ή Ειδικής Φροντίδας Ψυχικής Υγείας κατ'οίκον από τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Ιατροπαιδαγωγικά Κέντρα καθώς επίσης και από τα Νοσοκομεία και τα Πανεπιστημιακά Ψυχιατρικά Νοσοκομεία.

( Πασαντωνόπουλος, 2005 ).

### **3.6 Η Κοινωνική Εργασία στους τομείς Υγείας στην Ελλάδα**

Διεθνώς η Κοινωνική Εργασία θεωρείται εφαρμοσμένη Κοινωνική Επιστήμη. Η αναγκαιότητα θεσμοθέτησής της προέκυψε από τα κοινωνικά προβλήματα που δημιούργησε η βιομηχανική ανάπτυξη και η αστικοποιημένη κοινωνία. Αντικείμενο της Κοινωνικής Εργασίας είναι ο άνθρωπος σε συνάρτηση με το κοινωνικό του περιβάλλον. Σκοπός της Κοινωνικής Εργασίας, σε όποιο χώρο και αν ασκείται, είναι η μέγιστη αξιοποίηση των δυνατοτήτων του ατόμου, ιδιαίτερα των μη προνομιούχων, μέσα σε ένα περιβάλλον σεβασμού των πανανθρώπινων αξιών, όπως αυτές διαμορφώθηκαν στο ιστορικό και κοινωνικό γίγνεσθαι, με απώτερο στόχο τόσο την επίτευξη της ατομικής ευημερίας και κυρίως της προόδου του ευρύτερου συνόλου. ( Πανταζάκας, Μέντης, 2002 ).

Η Κοινωνική Εργασία στην Υγεία θεσμοθετήθηκε στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθησαν για πρώτη φορά κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιφυματικά Νοσοκομεία. Την ίδια χρονιά ιδρύεται Κοινωνική Υπηρεσία και στο Νοσοκομείο της Βοστώνης στις Η.Π.Α. Αρχικά έργο των κοινωνικών λειτουργών ήταν να βοηθήσουν τους ασθενείς να κατανοήσουν και να εκτελέσουν τις οδηγίες των γιατρών αναφορικά με τη λήψη φαρμάκων. Με την πάροδο όμως του χρόνου, κατανοήθηκαν και αναγνωρίστηκαν οι ψυχολογικοί, κοινωνικοί και οικονομικοί λόγοι που ευθύνονταν για τη πορεία και εξέλιξη της ασθένειας. Έτσι οι κοινωνικοί λειτουργοί είχαν ως στόχο την κάλυψη των οικονομικών αναγκών των ασθενών καθώς και την επίλυση άλλων προβλημάτων τα οποία εμπόδιζαν την ανάρρωση των ασθενών. Σήμερα η Κοινωνική εργασία έχει καθιερωθεί στο

χώρο της Υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες του κόσμου, ενώ ο ρόλος της έχει αναγνωριστεί ως ισότιμος με τα άλλα επαγγέλματα Υγείας. Η διακήρυξη της Π.Ο.Υ ALMA-ATA το 1978 επιβεβαίωσε την αναγνώριση αυτή καθώς στη διακήρυξη αυτή αναγνωρίζεται ότι :

- § Η αρρώστια δεν είναι μόνο βιολογικό φαινόμενο, αλλά έχει και κοινωνική βάση.
- § Η έννοια της προστασίας και προαγωγής της Υγείας είναι πολυδιάστατη και σφαιρική, μέρος της οποίας είναι η νοσοκομειακή περίθαλψη.
- § Είναι απαραίτητος ο αποπροσανατολισμός των στόχων της περίθαλψης από την κεντρική νοσοκομειακή περίθαλψη στη νέα διάσταση, την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η οποία δίνει βαρύτητα στην πρόληψη, την κοινωνική φροντίδα και την αποκατάσταση.

Στην Ελλάδα, η σύσταση Κοινωνικών Υπηρεσιών στα Νοσοκομεία έγινε το 1956 με τη σχετική εγκύκλιο του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας. Αργότερα με το Προεδρικό Διάταγμα 891/1978 άρθρο 3, προσδιορίστηκαν οι αρμοδιότητες των κοινωνικών λειτουργών στον τομέα της Υγείας ως εξής: « ο κοινωνικός λειτουργός εις τον τομέα της Υγείας συμβάλλει εις την πρόληψη, την αντιμετώπιση συναισθηματικών ή κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων δημιουργημένων συνεπεία καταστάσεων κλονισμού σωματικής ή ψυχικής Υγείας ατόμων, ή οφειλομένων εις την προσωπικότητα αυτών ή εις ετέρας δυσμενείς καταστάσεις του περιβάλλοντος των, άτινα καθιστούν δυσχερές το διαγνωστικόν έργον ή την εφαρμογή μέτρων θεραπείας».

Οι αρμοδιότητες των Τμημάτων Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία επαναπροσδιορίστηκαν με το Π.Δ 87/86 ( ΦΕΚ 32/27-3-86 ) ως εξής: « Η ευθύνη και φροντίδα για τη συμπαράσταση στους νοσηλευόμενους στο Νοσοκομείο για κάθε κοινωνικό τους πρόβλημα, η αναζήτηση και διερεύνηση των αιτιών που προκαλούν τα προβλήματα αυτά κατά περίπτωση και γενικά φροντίζει για την αντιμετώπιση των κοινωνικών αυτών προβλημάτων στο πλαίσιο της γενικότερης πολιτικής της Πολιτείας » ( Πανταζάκας, Μέντης, 2002 ).

Έτσι λοιπόν η Κοινωνική Εργασία στο Νοσοκομείο θεωρείται η παλαιότερη και πιο σαφής δευτερογενής κοινωνική υπηρεσία. Η κύρια διάκρισή της είναι η συνεργασία με όλο το προσωπικό υγείας καθώς και ο σκοπός και η μέθοδος θεραπείας. Ο κοινωνικός λειτουργός εκτός από τη συνεργασία του ε τον ασθενή χρειάζεται ποικίλλες επαφές και με άτομα του περιβάλλοντος και με αντιπροσωπευτικές πηγές της κοινότητας.

Η αναγκαιότητα λοιπόν για παρέμβαση υπάρχει και στα τρία επίπεδα, στους ασθενείς, την οικογένεια και το προσωπικό. Στα Γενικά Νοσοκομεία ο κοινωνικός λειτουργός, εξαιτίας της άκαμπτης οργανωτικής δομής, αρκετές φορές καλούνται να περιοριστούν στην παροχή και μόνο, εξυπηρετώντας περιστατικά άμεσου ανάγκης. Αυτός ο ρόλος όμως θεωρείται ατελής. Οι ευκαιρίες για συμβουλευτική εργασία στο χώρο του Νοσοκομείου από τον κοινωνικό λειτουργό είναι απεριόριστες, αρκεί να υπάρχουν οι πρακτικές και οργανωτικές δομές π.χ. επαρκής αναλογία Κοινωνικών Λειτουργών και ασθενών και η επιμονή για εφαρμογή προγραμμάτων ατομικής και ομαδικής συμβουλευτικής ( Ζηλεμένου, 2006 ).

Παρά το γεγονός ότι έχουν συσταθεί κοινωνικές υπηρεσίες εδώ και παραπάνω από πενήντα χρόνια στα Νοσοκομεία, και πρόσφατα, και σε άλλες υπηρεσίες Υγείας, η στελέχωση και το θεσμικό πλαίσιο λειτουργίας τους παρουσιάζουν προβλήματα. Σε πολλά Νοσοκομεία της χώρας μας, ο αριθμός των κοινωνικών λειτουργών σε σχέση με τον αριθμό των κλινικών είναι μικρός. Σε μερικά Νοσοκομεία ακόμη και Κέντρα Υγείας δεν υπηρετεί ούτε ένας κοινωνικός λειτουργός. Εξαιτίας αυτού λοιπόν οι νέοι Οργανισμοί των Νοσοκομείων οφείλουν να λάβουν υπόψη αυτά τα δεδομένα και να θεσμοθετήσουν τις ανάλογες οργανικές θέσεις προκειμένου οι Κοινωνικοί Λειτουργοί να μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς στο έργο τους ( Σταθόπουλος, 2005 ).

### **3.7 Η Κοινωνική Εργασία στο χώρο της Υγείας σε άλλες Ευρωπαϊκές χώρες**

Οι πρώτες σχολές Κοινωνικής Εργασίας ιδρύθηκαν το 1900 στις ΗΠΑ και στο Λονδίνο. Ακολούθησε ένα ταχύς ρυθμός ανάπτυξης αντίστοιχων σχολών στις χώρες της Ευρώπης. Το 1928 ιδρύθηκε από μια μικρή ομάδα σχολών κοινωνικής εργασίας της Δυτικής Ευρώπης ο Διεθνής Σύνδεσμος Σχολών Κοινωνικής Εργασίας ( International Association of Schools of Social Work – IASSW ). Το 1945 ο Σύνδεσμος μεταφέρθηκε στις ΗΠΑ και από το 1978 εδρεύει στη Βιέννη. Λίγα χρόνια αργότερα, το 1966 σε όλο τον κόσμο λειτουργούσαν 450 σχολές Κοινωνικής Εργασίας ενώ σήμερα οι σπουδές στην Κοινωνική Εργασία έχουν αναβαθμιστεί. Λειτουργούν 233 σχολές Κοινωνικής Εργασίας πανεπιστημιακού επιπέδου σε Ευρώπη ,

ΗΠΑ , Νότια και Κεντρική Αμερική , Ασία και Αφρική. ( Καλλινικάκη , 1998 ).

Αναλυτικότερα όπως έχει ήδη αναφερθεί και παραπάνω η Κοινωνική Εργασία έγινε επίσημα αποδεκτή ως ξεχωριστή ειδικότητα στην Αγγλία το 1905, όταν προσελήφθησαν οι πρώτοι κοινωνικοί λειτουργοί σε αντιφυματικά ιατρεία. Τον ίδιο χρόνο, στο Νοσοκομείο της Βοστώνης, στις ΗΠΑ, ιδρύθηκε ξεχωριστά από τη νοσηλευτική υπηρεσία, η κοινωνική υπηρεσία. Με το πέρασμα των χρόνων η κοινωνική εργασία στα Νοσοκομεία είναι πλέον καθιερωμένη σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες.

### **3.8 Η ανάπτυξη των κοινοτικών υπηρεσιών Υγείας και Ψυχικής Υγείας στην Ελλάδα συγκριτικά με τις άλλες Ευρωπαϊκές πρωτεύουσες**

Το νέο κεφαλαιοκρατικό πλαίσιο της νέας χιλιετίας προκαλεί ήδη παρενέργειες στο χώρο της Υγείας με την απροκάλυπτη κερδοσκοπική ιατρική και τη διαχειριζόμενη φροντίδα στο χώρο της αγοράς και πώλησης υπηρεσιών Υγείας. Στο τομέα της ψυχικής Υγείας, μόλις το 1775, ο Φίλιππος Πινέλ στη Γαλλία τόλμησε να απελευθερώσει τους ανθρώπους αυτούς από τις αλυσίδες με τις οποίες ήταν δεμένοι και να τους θεωρήσει ως ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία, φροντίδα και θεραπεία. Στις ΗΠΑ, μετά από προσπάθειες πολλών ετών κατόρθωσε η Dorothea Dix να πείσει την Αμερικανική κυβέρνηση να χρηματοδοτήσει την ανέγερση νοσοκομείων για ψυχικά ασθενείς. Έτσι, το 1824 άνοιξε τις πύλες του το πρώτο Κρατικό Νοσοκομείο Ψυχικών Παθήσεων. ( Σταθόπουλος, 2005 ). Είναι

χαρακτηριστικό ότι στις ΗΠΑ μέχρι το 1970 δεν υπήρχαν κερδοσκοπικά ψυχιατρικά ιδρύματα ενώ το 1980 αποτελούσαν το 25 % των ιδιωτικών ιδρυμάτων. Το 2003 δημιουργήθηκε η New Freedom Commission on Mental Health, η οποία διαπίστωσε ότι το σύστημα παροχής υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας στις ΗΠΑ είναι διασπασμένο και παρουσιάζει ιδιαίτερα κενά στα πάσχοντα παιδιά και ενήλικους και ότι τα άτομα με σοβαρή ψυχική ασθένεια είναι το 90 % άνεργα και εγκαταλελειμμένα. Πρέπει επίσης να σημειωθεί ότι 50 εκατομμύρια Αμερικάνοι πολίτες είναι ανασφάλιστοι. ( Μαδιανός, 2006 ).

Αναλυτικότερα μετά το 2000 υφίσταται μια « έκρηξη » ανάπτυξης παροχής υπηρεσιών ψυχικής Υγείας σε πάρα πολλές χώρες στις οποίες μέχρι το 1990 το σύστημα των ψυχιατρικών υπηρεσιών τους ήταν απόλυτα ή σχεδόν παραδοσιακό.

Στη Γερμανία το 2002 λειτουργούσαν 150 Ψυχιατρικά Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία και 200 περίπου Κέντρα Ψυχικής Υγείας. Στην Ιρλανδία την ίδια εποχή υπήρχαν 44 ομάδες Κοινοτικής Ψυχικής Υγείας.

Στις Σκανδιναβικές Χώρες, η Δανία το 2002 είχε 150 Κέντρα Ψυχικής Υγείας και η Φιλανδία 500 Μονάδες Ψυχικής Υγείας. Στην Ισπανία το 2003 λειτουργούσαν 500 Κέντρα Ψυχικής Υγείας σε γεωγραφικούς Τομείς των 87.000 κατοίκων, 95 Ψυχιατρικές Κλινικές στα Γενικά Νοσοκομεία και 108 Νοσοκομεία Ημέρας.

Στη Βραζιλία υπήρχαν το 2002, 295 Κέντρα Ψυχοκοινωνικής Θεραπείας και 313 Ψυχιατρεία.

Στην Ασιατική Ήπειρο, στο Πακιστάν με 140 εκατομμύρια πληθυσμό υπάρχουν 5 μεγάλα Ψυχιατρεία, 10 Κέντρα Αποκατάστασης και 200 μόνο Ψυχίατροι.

Στην Ευρωπαϊκή Ήπειρο, η Πολωνία είχε 19 Κέντρα Ψυχικής Υγείας και αντίστοιχες Κινητές Μονάδες.

Η Ρωσία είχε 278 Ψυχιατρεία, 164 Ψυχονευρολογικές Πολυκλινικές, 2.010 Εξωτερικά Ιατρεία σε αγροτικές περιοχές.

Στη Σλοβακία λειτουργούν 25 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 15 Κέντρα Ημέρας και 35 Τμήματα σε Γενικά Νοσοκομεία.

Στη Λιθουανία το 2003 υπήρχαν 50 Κέντρα Ψυχικής Υγείας.

Στην Ελλάδα το 2006 υπήρχαν 38 Κέντρα Ψυχικής Υγείας, 19 από τα Κέντρα αυτά διαθέτουν και Υπηρεσία Ψυχικής Υγείας για παιδιά και εφήβους, Επίσης υπήρχαν 19 αμιγείς Ιατροπαιδαγωγικές Υπηρεσίες οι περισσότερες από τις οποίες βρίσκονται στην Αττική.

Από τα παραπάνω στοιχεία φαίνεται ότι μεταξύ των χωρών υφίστανται δραματικές ανισότητες ως προς την κάλυψη των αναγκών στον Τομέα της Ψυχικής Υγείας κάτι που η Π.Ο.Υ προσπαθεί εδώ και χρόνια να μειώσει.

Στο πρώτο μισό της δεκαετίας 2000-2010 σε επτά μεγάλες ευρωπαϊκές πρωτεύουσες η ανάπτυξη των υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας δεν είναι η ιδανικότερη, με το Λονδίνο και τη Ρώμη να εμφανίζουν καλύτερη αναλογία πληθυσμού/υπηρεσιών, ενώ στη Μαδρίτη και την Αθήνα μεγάλα τμήματα πληθυσμού καλύπτονται από ολιγάριθμες υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας.

Το σημαντικότερο βήμα των τελευταίων χρόνων θεωρείται η έκδοση της Πράσινης Βίβλου ( Green Paper, 2005 ) , με την οποία η Ευρωπαϊκή Ένωση ακολουθεί τις διακηρυγμένες αρχές για την ποιότητα στις Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας από την Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας και διακηρύσσει τη δέσμευσή της ότι αποτελεί πρώτη προτεραιότητα η παροχή αποτελεσματικών και υψηλής ποιότητας υπηρεσιών περίθαλψης και θεραπείας των



ψυχικών διαταραχών και προαγωγή της Ψυχικής Υγείας. ( Μαδιανός, 2006 ).

Αναλυτικότερα στο παρακάτω πίνακα φαίνονται οι Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας και εξωτερικές άλλες ψυχιατρικές υπηρεσίες σε επτά Ευρωπαϊκές πρωτεύουσες το 2005.

Πρωτεύουσα	Πληθυσμός	Κοινοτικές Υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας	Εξωτερικά Ιατρεία	Νοσοκομεία/ Κέντρα Ημέρας
Αθήνα	3.806.000	10	15	10
Βερολίνο	3.387.000	23	15	122
Λονδίνο	7.500.000	139* 43** 31***	...	26
Παρίσι	4.500.000	20	...	29
Πράγα	1.158.000	5	7	4
Μαδρίτη	6.000.000	11	16	13
Ρώμη	3.700.000	47	****	28

\* Ομάδες Ψυχικής Υγείας

\*\* Ομάδες Ψυχοενεργητικής Προσέγγισης ( Assertive Outreach Teams ).

\*\*\* Ομάδες Επίλυσης Κρίσεων ( Crisis Resolution Teams ).

... Λείπουν ακριβείς πληροφορίες

\*\*\*\* Στη Ρώμη τα Κέντρα Ψυχικής Υγείας υποκαθιστούν τα Εξωτερικά Ιατρεία.

Πηγή : Mental Health Care in European Capitals ( 2005 )  
European Psychiatry ( 20 ) Supplement 2 : 265-299.

( Μαδιανός, 2006 ).

Σε αυτό το κεφάλαιο πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση στους τομείς άσκησης της κοινωνικής εργασίας καθώς και στις ομάδες στόχου της. Αναλύθηκαν ιδιαίτερα οι τομείς αλλά και οι ομάδες στόχου καθώς λειτουργούν ως κεντρώς δύναμη και αφετηρία στην άσκηση του επαγγέλματος του κοινωνικού λειτουργού. Οι δυσλειτουργίες που προκύπτουν στους τομείς άσκησης αλλά και η ιδιαιτερότητα των ομάδων στόχου που αναλύονται συνδέονται αναλογικά με την εμφάνιση του burnout καθώς παρουσιάζουν σχέση συνάφειας και εξάρτησης. Στη συνέχεια αναλύονται ο τομέας της υγείας και της ψυχικής υγείας, οι οποίοι λειτουργούν ως πλαίσιο αναφοράς για την εργασία του κοινωνικού λειτουργού. Ιδιαίτερης αναφοράς και ανασκόπησης χρήζει στη παρούσα βιβλιογραφική έρευνα ο ρόλος του κοινωνικού λειτουργού στις υπηρεσίες υγείας ο οποίος συνδέεται άμεσα αφενός με την οριοθέτηση των καθηκόντων του και αφετέρου με τους προκλητικούς παράγοντες εμφάνισης του burnout. Κλείνοντας πραγματοποιείται σύγκριση στην άσκηση της κοινωνικής εργασίας στους τομείς υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **4.1 Η εμφάνιση του burnout στα επαγγέλματα φροντίδας**

Η έννοια της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει απασχολήσει με την ραγδαία εμφάνισή της τα τελευταία χρόνια τους ψυχολόγους, τους κοινωνιολόγους αλλά και τους ειδικούς του μάνατζμεντ, καθώς έχουν αναγνωρίσει τις σημαντικές της επιπτώσεις στο άτομο, στον οργανισμό και γενικότερα στην οικονομία και την παραγωγή.

Από τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί από πλήθος επιστημόνων , έχει γίνει γνωστό ότι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι περισσότερο διαδεδομένο σε κάποια επαγγέλματα, όπως οι γιατροί και οι νοσοκόμες (Jimmieson,2000). Γι' αυτό και αρχικά αυτό το σύνδρομο θεωρήθηκε αποτέλεσμα της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο, ενώ η χρήση του περιορίστηκε στα επαγγέλματα παροχής κοινωνικών υπηρεσιών, όπως στους παθολόγους, τους οδοντιάτρους, τις νοσοκόμες, τους φυσιοθεραπευτές και τους κοινωνικούς λειτουργούς (Demir. Και συν., 2003).

Γενικά τα επαγγέλματα που έχουν υψηλές συναισθηματικές απαιτήσεις οδηγούν σε έντονο άγχος και υψηλό κίνδυνο επαγγελματικής εξουθένωσης.

Οι υπηρεσίες που έχουν ως αντικείμενο τον άνθρωπο όπως οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι δάσκαλοι, οι αστυνομικοί και οι

νοσοκόμοι κινδυνεύουν από επαγγελματική εξουθένωση (Θεοδώρου Β., 2008).

Το burnout πλήττει όσους αναπτύσσουν στην εργασία τους σχέση φροντίδας και υπευθυνότητας με άλλα άτομα και εκφράζει την ψυχοσωματική καταπόνηση του εργαζόμενου και την εξάντληση όλων των προσωπικών ψυχικών του αποθεμάτων κατά την προσπάθεια προσαρμογής του στις καθημερινές δυσκολίες που σχετίζονται με την επαγγελματική του δραστηριότητα ([www.medline.gr](http://www.medline.gr), προσπέλαση 23/12/2009).

#### **4.2 Συχνότητα εμφάνισης του burnout στο επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού συγκριτικά με τα υπόλοιπα επαγγέλματα**

Σύμφωνα με τον Δρίβα Σπυρίδωνα όταν η συχνότητα με την οποία εμφανίζεται μια ασθένεια σε μια ομάδα πληθυσμού με την ίδια επαγγελματική-εργασιακή δραστηριότητα είναι μεγάλη, τότε η συγκεκριμένη ασθένεια καταγράφεται ως επαγγελματική. «Οι επαγγελματικές ασθένειες εκδηλώνονται λόγω της συστηματικής έκθεσης των εργαζομένων σε διάφορους βλαπτικούς παράγοντες που σχετίζονται με το αντικείμενο, τις συνθήκες και τον τόπο εργασίας. Τα πιο συχνά επαγγελματικά νοσήματα στην Ευρωπαϊκή Ένωση είναι οι μυοσκελετικές παθήσεις, οι αλλεργίες και η επαγγελματική εξουθένωση» (Δρίβας Σ., 2002).

Όσον αφορά μεμονωμένα την επαγγελματική εξουθένωση, η εμφάνισή της στους επαγγελματίες υγείας έχει προκαλέσει μεγάλη ανησυχία στο πεδίο της μελέτης της ψυχικής υγείας στο χώρο της εργασίας, καθώς επηρεάζει την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Γι' αυτό το λόγο κρίθηκε απαραίτητη η

μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης του burnout στους επαγγελματίες υγείας με τη χρήση του ερωτηματολογίου καταγραφής επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach (Maslach burnout inventory, MBI) που κατασκευάστηκε από τις Maslach και Jackson. Ύστερα από την προαναφερθείσα αναφορά στις τρεις διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης που γίνεται στο πρώτο κεφάλαιο συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης μεταξύ των κοινωνικών λειτουργών διεθνώς παρουσιάζει υψηλά επίπεδα συναισθηματικής εξάντλησης (10-56%), αυξημένα επίπεδα αποπροσωποποίησης (13-47%), και μειωμένα προσωπικά επιτεύγματα (4-59%). Η αναφερθείσα μέτρηση συχνότητας εμφάνισης του burnout αποτελεί ανασκόπηση των μέχρι σήμερα δεδομένων από μελέτες του φαινομένου αυτού σε αυτή την τόσο σημαντική κατηγορία προσωπικού που επανδρώνει τους χώρους υγείας. Κι αυτό γιατί οι κοινωνικοί λειτουργοί καθίστανται υπεύθυνοι για την συναισθηματική ικανοποίηση των ασθενών από τη παρεχόμενη φροντίδα καθώς και για την έκβαση της ψυχολογικής τους υγείας (Archives of Hellenic Medicine, 2008).

Σύμφωνα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε από το Ευρωπαϊκό ίδρυμα για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας και διαβίωσης, ευρωπαϊκού οργάνου με έδρα το Δουβλίνο, αποκαλύπτεται ότι “τα αποτελέσματα της τρίτης ευρωπαϊκής έρευνας για τις συνθήκες εργασίας που διεξήγαγε κατά τα διάρκεια του 2000 το ίδρυμα είναι απαισιόδοξα. Παρατηρείται αύξηση του ποσοστού που δηλώνει ότι πάσχει από επαγγελματική εξουθένωση και το οποίο ανέρχεται στο 23% συγκριτικά με το ποσοστό του 20% που παρατηρήθηκε το 1995 (ευρωπαϊκό ίδρυμα για τη βελτίωση συνθηκών εργασίας και διαβίωσης, 2000).

Συγκριτικά των δύο παραπάνω ποσοστών διαφαίνεται καθαρά η πολυπλοκότητα και η σαφέστατα μεγαλύτερη έκθεση των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών στο σύνδρομο burnout.

#### **4.3 Αιτίες που συνδέουν το burnout με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού στο χώρο της υγείας**

Τα σύνδρομο burnout αφορά κυρίως τους επαγγελματίες υγείας και εκδηλώνεται μέσω τριών επιμέρους χαρακτηριστικών γνωρισμάτων: τη συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωπιοίηση και την αίσθηση μειωμένων προσωπικών επιτευγμάτων. Στο συγκεκριμένο υποκεφάλαιο θα αναλυθούν οι προκλητικοί και αιτιολογικοί παράγοντες εμφάνισης του συνδρόμου στους κοινωνικούς λειτουργούς που εργάζονται στο χώρο της υγείας, οι οποίοι μετά την προσβολή τους απ' το burnout νιώθουν ανίκανοι να ανταποκριθούν στα καθήκοντά τους και αναπτύσσουν ουδέτερα ή ακόμη και αρνητικά συναισθήματα για τους ασθενείς τους.

Οι κοινωνικοί λειτουργοί καθώς έρχονται σε επαφή με τον άνθρωπο και χρησιμοποιούν την επικοινωνία μαζί του ως εργαλείο για τη δουλειά τους, διαθέτουν υψηλές προσδοκίες για την επίλυση όλων των ψυχοκοινωνικών προβλημάτων που θα έρθουν αντιμέτωποι. Οι επιβαρυντικοί παράγοντες που συναντούν κατά την άσκηση του επαγγέλματος στην επικοινωνία είναι σοβαρή. Η παραδοχή από τον ασθενή μιας ανίατης ασθένειας και η διαδικασία για το πέρας εύλογου χρονικού διαστήματος για το χτίσιμο σχέσης εμπιστοσύνης επιδρούν αρνητικά στη ψυχολογία του κοινωνικού λειτουργού. Η δυσχέρεια στη συνεννόηση με το ιατρικό προσωπικό για την

ιδιαίτερη χειραγώγηση κάποιου περιστατικού λόγω ψυχοκοινωνικών παραγόντων καθιστά το έργο του ιδιαίτερα ψυχοφθόρο ([www.medlook.gr](http://www.medlook.gr), προσπέλαση 24/10/2009).

Η επαγγελματική ανασφάλεια των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών σχετικά με την αποδοτική ύπαρξή τους στο χώρο της υγείας συνδέεται άμεσα με το βαθμό της επαγγελματικής τους ικανοποίησης. Οι υπερβολικά χαμηλές οικονομικές και ηθικές απολαβές τους που είναι υποδεέστερες της ψυχικής τους επένδυσης οδηγούν στο πρώτο στάδιο εμφάνισης του μελετώμενου συνδρόμου.

Το burnout των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας θεωρείται μια μορφή χρόνιου και παρατεταμένου επαγγελματικού στρες, όπου το άτομο προοδευτικά αποδυναμώνεται, ενώ ταυτόχρονα αισθάνεται τα ψυχικά αποθέματα που διαθέτει ότι δεν επαρκούν για να αντιμετωπίσει τους ιδιαίτερα έντονους πιεστικούς παράγοντες στην εργασία του. Αυτή η μακροχρόνια έκθεση και εμπλοκή σε ιδιαίτερα απαιτητικές καταστάσεις συναισθηματικής συμμετοχής μπορεί να προκαλέσει φαινόμενα σωματικής, συναισθηματικής και ψυχικής κόπωσης καθώς και αίσθημα αποτυχίας. Αυτό συμβαίνει ιδιαίτερα στους κοινωνικούς λειτουργούς καθώς προσπαθούν να θέσουν ανέφικτα ιδανικά πρότυπα παροχής υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Η επαφή με τα πραγματικότητα και η ανύπαρκτη δυνατότητα για παροχή μείζονος ψυχοκοινωνικής στήριξης με συνεδρίες σε κλειστούς χώρους για την εξασφάλιση του απορρήτου καθιστούν την υλοποίηση του έργου τους δυσχερή. Νοσοκομεία σε παραμεθόριες περιοχές της Ελλάδας, με ελλιπή εξοπλισμό για τη σωστή άσκηση της κοινωνικής εργασίας φέρνουν το προσωπικό σε αδιέξοδο. Το

αίσθημα της αναγνώρισης υπηρεσιών προς τον άνθρωπο και την εκτίμηση από τους συνεργάτες, συμβάλλει καθοριστικά στην επαγγελματική ικανοποίηση των κοινωνικών λειτουργών. Όταν οι ιατροί είναι απρόθυμοι να συνεργαστούν και η αίσθηση λειτουργίας της επιστημονικής ομάδας φαντάζει ανύπαρκτη τότε το άτομο σταδιακά αποσυμπλέκεται από τη σωστή ροή της εργασίας του (αρχαία ελληνικής ιατρικής,2008).

Επιπρόσθετα, σε επίπεδο συνεργασίας η φύση της ομάδας εργασίας επιδρά άμεσα στην επαγγελματική ικανοποίηση επειδή υπηρετεί την βασική πηγή υποστήριξης, συμπαράστασης και βοήθειας μεταξύ κοινωνικών λειτουργών. Τα στοιχεία της φιλικότητας, της συναδελφικότητας, της συνεργασίας εκφράζουν την ιδανική περίπτωση πρότυπης πηγής άντλησης της ικανοποίησης στους επαγγελματίες. Όταν αυτά εκλείπουν τότε δημιουργούνται καταστάσεις στρες που οδηγούν στην επαγγελματική εξουθένωση. Άλλος πολυσήμαντος αιτιολογικός παράγοντας άρρηκτα συνδεδεμένος με την εμφάνιση του burnout στους κοινωνικούς λειτουργούς στο χώρο υγείας είναι ο φόρτος εργασίας που προξενείται από την ύπαρξη πολλών κενών θέσεων εργασίας. Έτσι ο κοινωνικός λειτουργός υποχρεώνεται και αναλαμβάνει αρκετές κλινικές με πολύμορφα περιστατικά και καλείται να καλύψει τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες σε σύντομο χρονικό διάστημα αφού η παραμονή μερικών από αυτών στο νοσοκομείο διαρκεί λίγες μόνο ημέρες.

Άξια αναφοράς ως αιτία εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης είναι και η επαγγελματική εξέλιξη. Η προαγωγή αναφέρεται στη περίπτωση ανέλιξης του εργαζομένου στον επόμενο βαθμό θέσης εργασίας. Αυτή είναι δυνατόν να προέλθει από τη αρχαιότητα ή την ιεραρχία μέσα ο χώρο της εργασίας ή



σε διαφορετική περίπτωση μπορεί να προκύψει ως συνέπεια της επιτυχημένης παρουσίας και απόδοσης του εργαζομένου στην εργασία. Οι ευκαιρίες επαγγελματικής ανάπτυξης έχουν λειτουργικό χαρακτήρα όταν στις θέσεις εργασίας τοποθετούνται άτομα ικανά που διαθέτουν εμπειρία και επιστημονική κατάρτιση. Παρ' όλα αυτά η κλίμακα προαγωγών στα νοσοκομεία είναι περιορισμένη αφού η ιεραρχία ενός οργανισμού στενεύει σε αριθμό θέσεων([www.e-therapy.gr](http://www.e-therapy.gr)).

Ως συσχετιζόμενοι αιτιολογικοί παράγοντες αναφέρονται και γενικότερα αυτοί του περιβάλλοντος εργασίας και περιλαμβάνουν:

- τις συγκρούσεις με τους συναδέλφους
- την κοινωνική υποστήριξη από τους συναδέλφους
- την ικανοποίηση από την εργασία
- την ισορροπία μεταξύ δουλειάς, οικογένειας και προσωπικής ανάπτυξης
- την αίσθηση ελέγχου
- την επάρκεια σε προσωπικό
- την εκπαίδευση σε επικοινωνιακές ικανότητες
- τις αμοιβές (Κουλιεράκης και συν., 2000).

#### **4.4 Συμπτώματα των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας που πάσχουν από επαγγελματική εξουθένωση**

Η επαγγελματική εξουθένωση δεν έχει αναγνωριστεί ως νόσημα με συγκεκριμένη συμπτωματολογία και έτσι εμφανίζει δυσκολία στην αναγνώρισή της( Μάρκου Π., 2005).

Η επαγγελματική εξουθένωση οριοθετείται μέσα από συγκεκριμένες στάσεις και συμπεριφορές των κοινωνικών λειτουργών, που συχνά συνοδεύονται από συμπτώματα σε οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό επίπεδο ή και επίπεδο συμπεριφοράς. Έτσι ο επαγγελματίας εμφανίζει έντονη αποθάρρυνση και αίσθηση ότι δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και τις δικές του προσδοκίες. Ο επαγγελματίας συχνά συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντί του ένα «περιστατικό» και όχι έναν ασθενή, εμφανίζεται πολυάσχολος και μη διαθέσιμος. Αποφεύγει το συναισθηματικό δέσιμο με τους ασθενείς, γίνεται ψυχρός, τυπικός, απρόσωπος, αδιάφορος, απότομος και κάποτε επιθετικός (Μάρκου Π., 2005). Παρουσιάζει υποτίμηση, έλλειψη φροντίδας και σεβασμού, συναισθηματική ανεπάρκεια ή εκδήλωση αρνητικών συναισθημάτων προς τους αρρώστους, τους συναδέλφους αλλά και στον ίδιο του τον εαυτό. Εμφανίζει δυσκολία αυτοσυγκέντρωσης, έλλειψη παρατηρητικότητας και καλής μνήμης, επιρρέπεια σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, λάθη. Συχνά αργοπορεί, απουσιάζει ή συγκρούεται με συνεργάτες και μέλη της οικογένειας του(αρχαία ελληνικής ιατρικής,2008).

Αρκετές φορές ο κοινωνικός λειτουργός αποδυναμώνεται ψυχικά και βιώνει αισθήματα κενού και μόνιμης κόπωσης. Απειλεί τη διάθεση για εργασία και παραβλέπει τη σημασία της για τους ασθενείς του. Ως συνέπεια της παραπάνω παράβλεψης ορίζεται η αποποίηση των ευθυνών του και η αδιαφορία για την επίτευξη, διεκπεραίωση των καθηκόντων του όπως αυτά ορίζονται απ' τον εκάστοτε οργανισμό υγείας στον οποίο εργάζεται( [www.e-psychologist.gr](http://www.e-psychologist.gr), προσπέλαση 2/12/2009).

Βασικό και άξιο αναφοράς σύμπτωμα της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι και η αντικειμενοποίηση του ασθενούς. Ο ασθενής γίνεται ένας αριθμός και οι επαγγελματίες αναφέρονται σε αυτόν χρησιμοποιώντας το θάλαμο στον οποίο βρίσκεται. Έντονη είναι και η αίσθηση έλλειψης δημιουργικότητας και μειώνεται η δημιουργική παραγωγικότητα και ανάπτυξη πρωτοβουλιών, δηλαδή το να επεμβαίνει ο εργαζόμενος την κατάλληλη στιγμή με τον κατάλληλο χειρισμό. Παρατηρείται μεγάλη άρνηση στη λήψη ευθυνών και αποφάσεων καθώς επίσης και αποστασιοποίηση από τους συναδέλφους του. Αποξενώνεται από το χώρο εργασίας του και δρα μηχανικά. Αποφεύγει τις κοινωνικές επαφές και τις συζητήσεις με τους συναδέλφους του με αποτέλεσμα να επιδεικνύεται η ματαίωση και η απογοήτευση(Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «ψυχαργός», β φάση, 2005).

Στα συμπτώματα εμφάνισης burnout στον κοινωνικό λειτουργό συγκαταλέγονται και τα σωματικά συμπτώματα εκδήλωσης του συνδρόμου σε όλων των ειδών τα επαγγέλματα όπως αυτά αναφέρθηκαν στο πρώτο κεφάλαιο και αφορούν τους πονοκεφάλους, τα γαστρεντερικά προβλήματα, τις δυσκολίες ύπνου, την υπερένταση, τις διαταραχές διατροφής και τους μυοσκελετικούς πόνους( [www.selfsupport.gr](http://www.selfsupport.gr), προσπέλαση 20/10/2009).

Η ευάλωτη αυτή σωματική υγεία του εργαζομένου είναι δυνατόν να επηρεάσει και τη ψυχολογική του υγεία και συμπεριφορά, με κυρίαρχα συμπτώματα το έντονο στρες, την ανία και το χαμηλό ηθικό αφενός και τη χαμηλή εργασιακή αυτοεκτίμηση, τη παραίτηση και τις συγκρούσεις αφετέρου. Επιπλέον, πλήττεται η προσωπική και κοινωνική ζωή του εργαζομένου, ο οποίος

μεταφέρει τα προβλήματα του εργασιακού περιβάλλοντος στην οικογένεια και στον κοινωνικό του περίγυρο, με αποτέλεσμα να αυξάνονται οι εντάσεις στις σχέσεις με τα άλλα άτομα και να μειώνεται το ενδιαφέρον για κοινωνικές συναναστροφές( Θεοφίλου Π., 2009).

#### **4.5 Επιπτώσεις του burnout των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας αναφορικά με τη ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών**

Η σημασία της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και συγκεκριμένα στους κοινωνικούς λειτουργούς είναι μεγάλη καθώς η συγκεκριμένη ομάδα έρχεται καθημερινά αντιμέτωπη με καταστάσεις ζωής και θανάτου. Υπάρχουν ενδείξεις ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει την ικανοποίηση του ατόμου από τα ζωή του- τη κοινωνική και προσωπική του ζωή- αλλά και ότι μπορεί να είναι μεταδοτική και σε άλλους επαγγελματίες κοινωνικούς λειτουργούς(Lee It, Song R, Suk Cho Y., 2003).

Οι επιπτώσεις τα επαγγελματικής εξουθένωσης ξεπερνά το άτομο και τον κοινωνικό περίγυρο και επεκτείνονται στους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τους οργανισμούς, το burnout μπορεί να είναι δαπανηρό οδηγώντας σε αυξημένη βραδύτητα εκτέλεσης του έργου των εργαζομένων, σε απουσίες και σε μειωμένη απόδοση. Ακόμη έχει συσχετιστεί με αυξημένη πρόθεση του προσωπικού η αποχώρηση από την εργασία του. Η πρόωπη αποχώρηση κοινωνικών λειτουργών από τη θέση τους επιδρά στον οργανισμό με ποικίλους τρόπους. Συγκεκριμένα επιδεικνύει το πρόβλημα έλλειψης προσωπικού που ήδη υπάρχει,

γεγονός που συμβάλλει σε μείωση του επιπέδου των παρεχόμενων υπηρεσιών αφού έχει βρεθεί ότι η επάρκεια σε προσωπικό σχετίζεται με τη ποιότητα φροντίδας των ασθενών(Raviola και συν., 2002).

Ακόμη, η αποχώρηση των επαγγελματιών επιβαρύνει τον οργανισμό με υψηλό κόστος αντικατάστασής του. Οι επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στους ίδιους τους επαγγελματίες και τους οργανισμούς αποτελούν σημαντικούς παράγοντες, που επιδρούν στη συνολική αποδοτική λειτουργία του συστήματος παροχής υπηρεσιών.

Ενδεικτικά οι Shanafelt et al μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης των ειδικευόμενων επαγγελματιών υγείας(ιατρούς κυρίως αλλά και νοσηλευτές και κοινωνικούς λειτουργούς) και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους, σχετικά με τη παροχή φροντίδας στους ασθενείς στις υπηρεσίες υγείας. Ευρήματα αποδεικνύουν ότι «από τους κοινωνικούς λειτουργούς που συμμετείχαν στη μελέτη ποσοστό 76% πληρούσε τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης (δηλαδή είχαν υψηλή βαθμολογία αποπροσωποίησης ή συναισθηματικής εξάντλησης)». Οι «εξουθενωμένοι» επαγγελματίες υγείας ήταν πιθανότερο να αναφέρουν μη «ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία και μειωμένη παροχή ψυχοκοινωνικής στήριξης σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης(Shanafelt και συν., 2002).

#### **4.6 Μελέτη του burnout των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα**

Το σύνδρομο burnout αποτελεί μία από τις συνέπειες του εργασιακού στρες, θεωρείται όμως μια κατάσταση πολύ πιο σύνθετη, γιατί δεν χαρακτηρίζεται μόνο από τους αντικειμενικούς και υποκειμενικούς παράγοντες που συνθέτουν το στρες, αλλά εξαρτάται κι από ποικίλες κοινωνικές και μορφωτικές μεταβλητές, οι οποίες δρώντας ως καταλύτες συντελούν στο πέρασμα από το στρες στο burnout. Από τη μια οι αυξανόμενες κοινωνικές ανισότητες και οι συνθήκες αποκλεισμού διαφόρων κοινωνικών ομάδων εντείνουν όλο και περισσότερο την ανάγκη για παρεμβάσεις κοινωνικής και υγειονομικής υποστήριξης και περίθαλψης. Από την άλλη, η οικονομική ύφεση συντελεί στον περιορισμό των αναγκαίων πόρων για τον προγραμματισμό και την υλοποίηση κατάλληλων κοινωνικών και υγειονομικών προγραμμάτων. Η αντίθεση αυτή, ενισχυμένη από τους στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες και πλαισιωμένη από μια διάχυτη αίσθηση αδιέξοδου και –κατά συνέπεια – υποτίμησης του εργασιακού καθήκοντος των κοινωνικών λειτουργών, γεννά τις κοινωνικές μορφωτικές αιτίες που συνέβαλαν καθοριστικά στην εκδήλωση του συνδρόμου, burnout(Υγιεινή και ασφάλεια εργασίας,2002)

Στον Ελλαδικό χώρο τα τελευταία χρόνια σε ερευνητικό επίπεδο παρατηρείται συνεχές αυξανόμενο ενδιαφέρον για την επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. Από μελέτες ξεχωρίζει αυτή της κυρίας Τελώνη Δήμητρας που πραγματεύεται τη διερεύνηση του επαγγελματικού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες του Π.Γ.Ν.Π. και τα αποτελέσματα της οποίας θεωρούνται ιδιαίτερα

σημαντικά για το έργο των κοινωνικών λειτουργών στο Π.Γ.Ν.Π.([www.teipat.gr](http://www.teipat.gr)).

Ξεχωρίζει επίσης η εργασία του Σιουρούνη για την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού υγείας του ψυχιατρικού νοσοκομείου Τρίπολης που παρατηρεί υψηλότερες ενδείξεις συναισθηματικής εξάντλησης και αίσθησης αποπροσωποποίησης σε άτομα που εργάζονται σε χώρους όπου έχουν ως κύριο σκοπό τη θεραπεία συγκριτικά με εκείνους που εργάζονται σε τμήματα αποκατάστασης(Σιουρούνης,2006).

Σημαντική επίσης αναφορά κατέχει και η μελέτη τα Καδδά για τους τρόπου διαχείρισης του στρες των επαγγελματιών υγείας του νομού Αττικής, όπου διαπιστώνεται η ύπαρξη στρες κυρίως στα ψυχιατρικά και ογκολογικά νοσοκομεία(Καδδά,2005)

Σημαντικά ευρήματα για την επαγγελματική εξουθένωση στους κοινωνικούς λειτουργούς παρουσιάζει έρευνα που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του μεταπτυχιακού προγράμματος ψυχολογίας του Πανεπιστημίου Αθηνών σε 124 επαγγελματίες ψυχικής υγείας σε δημόσιες δομές της Αθήνας και χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια της κλίμακας επαγγελματικής εξουθένωσης της Maslach δείχνει ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί βιώνουν μέτρια έως χαμηλά επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης. Ωστόσο βρέθηκε ότι «οι κοινωνικοί λειτουργοί βιώνουν αισθηματική εξάντληση και αποπροσωποποίηση οι οποίες συνοδεύονται απ' την πρόθεση τους να εγκαταλείψουν το επάγγελμά τους»(Μπαραζιώτη Χ., 2008).

#### **4.7 Σύγκριση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους κοινωνικούς λειτουργούς στο χώρο της Υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό**

Το έργο των επαγγελματιών υγείας και ειδικότερα των κοινωνικών λειτουργών, η φυσική δυσκολία του έργου που συνεπάγεται και οι εσωτερικές ατέλειες στο διοικητικό σύστημα του νοσοκομείου συχνά οδηγούν τους κοινωνικούς λειτουργούς σε ψυχική εξάντληση.

Θέλοντας να παραθέσουμε τη σύγκριση που παρατηρείται στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στους κοινωνικούς λειτουργούς στην Ελλάδα και το εξωτερικό παρατηρούμε αυξανόμενες τάσεις εμφάνισης του συνδρόμου στην Ελλάδα συγκριτικά με άλλες χώρες. Ομολογείται βέβαια ότι οι προκλητικοί παράγοντες εμφανίζονται άρρηκτα συνδεδεμένοι με την εμφάνιση του συνδρόμου. Κι αυτό γιατί ακόμη και στον ίδιο νομό εμφανίζονται διαφορετικά ποσοστά εμφάνισης του συνδρόμου αναλογικά πάντα με τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται αλλά και τις συνθήκες εργασίες που βιώνουν.

Βέβαια ο φόρτος εργασίας, οι συνθήκες υγιεινής και οι πολλές ώρες εργασίας εμφανίζουν αυξανόμενες τάσεις στην Ελλάδα συγκριτικά με τις άλλες χώρες. Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους κοινωνικούς λειτουργούς είναι ιδιαίτερα διαδεδομένο στην Ελλάδα καθώς η λειτουργία των δομών αλλά και το υπάρχον προσωπικό όπως αναφέρεται στο δεύτερο κεφάλαιο δεν επαρκούν για τη σωστή παροχή υπηρεσιών στους ασθενείς με αποτέλεσμα τη συρρίκνωση της εργασίας και την επιπόλαιη αντιμετώπιση των ασθενών απ' τους



επαγγελματίες. Στη βόρεια Ιρλανδία τα ποσοστά των εγκεκριμένων κοινωνικών λειτουργών σε υπηρεσίες υγείας είναι τρεις φορές περισσότερα απ' ό τι στην Αγγλία και την Ουαλία. Η χαμηλή κοινωνική αποδοχή του έργου των κοινωνικών λειτουργών στα ελληνικά νοσοκομεία και η άρση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης από τους ψυχιάτρους ως συντονιστές της επιστημονικής ομάδας συμβάλλει στην εντονότερη εμφάνιση του burnout συγκριτικά με τις ΗΠΑ όπου ο συντονιστής της επιστημονικής ομάδας είναι ο κοινωνικός λειτουργός. Επιπρόσθετα, οι κενές θέσεις εργασίας των κοινωνικών λειτουργών στο χώρο της υγείας στην Ελλάδα ανέρχονται στο ποσοστό του 25% συγκριτικά με 5-16% της Ιρλανδίας(British Journal of Psychiatry,2006).

Μέχρι σήμερα από τις 5.500 δημοσιευμένες μελέτες για το burnout οι περισσότερες αφορούν τους επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 34%(υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης «ψυχαργώς- β φάση 2005).

Ωστόσο είναι αμυδρό το ποσοστό των ερευνών που μελετά το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης μεμονωμένα στους κοινωνικούς λειτουργούς κάτι το οποίο δυσχεραίνει τη μελέτη του burnout στη κοινωνική εργασία.

Σ' αυτό το κεφάλαιο προσπαθήσαμε να επισημάνουμε την επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται στο χώρο της υγείας. Αναφέραμε τα επαγγέλματα φροντίδας που είναι περισσότερο επιρρεπή στο burnout και τη συχνότητα εμφάνισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στα επαγγέλματα αυτά συγκριτικά με το επάγγελμα του κοινωνικού λειτουργού. Εξετάσαμε τους προκλητικούς παράγοντες που

οφείλονται για τη δημιουργία του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, τα συμπτώματα και τις επιπτώσεις που αυτό έχει σε επαγγελματικό και προσωπικό επίπεδο απ' τον επαγγελματία. Επίσης μελετήσαμε το burnout των κοινωνικών λειτουργών που δουλεύουν στο τομέα της υγείας και στην Ελλάδα και πραγματοποιήσαμε μια σύγκριση μεταξύ Ελλάδας και εξωτερικού.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : Η ΠΡΟΛΗΨΗ ΚΑΙ Η ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ** **ΤΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗΣ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗΣ ΤΩΝ** **ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΛΕΙΤΟΥΡΓΩΝ ΣΤΟ ΧΩΡΟ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

### **5.1 Μέτρα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο**

Στα μέσα της δεκαετίας του 70 χρησιμοποιήθηκε για πρώτη φορά στις ΗΠΑ ο όρος Burn-out για να περιγράψει μια επαγγελματική παθολογία που εκδηλώνεται με μεγάλη συχνότητα σε όσους ασκούν λειτούργημα όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί, οι γιατροί, οι νοσηλευτές και οι εκπαιδευτικοί.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί και παραπάνω η επαγγελματική αυτή παθολογία χαρακτηρίζεται από γρήγορη κατανάλωση των ενεργειακών ψυχοσωματικών αποθεμάτων και μείωση των επαγγελματικών επιδόσεων. Οφείλεται κυρίως στις αρνητικές συνέπειες του χρόνιου εργασιακού στρες στην υγεία αλλά και σε ψυχοκοινωνικούς παράγοντες. ( Δρίβας Σ. , 2002 ).

Η ταχύτητα των ρυθμών της ζωής, καθώς και η ανταγωνιστικότητα της οικονομίας οδηγεί στην εξάπλωση του φαινομένου και τη διάδοσή του σε ολόένα και περισσότερα επαγγελματικά πλαίσια εκτός αυτών της Ψυχικής Υγείας.

Έχοντας υπόψη όλα τα παραπάνω ο σχεδιασμός των παρεμβάσεων για την πρόληψη και την προστασία των εργαζομένων θα πρέπει να σχεδιαστεί με βάση τους βλαπτικούς παράγοντες που οδηγούν σε καταστάσεις επαγγελματικής εξουθένωσης έχοντας ως στόχο τη δυναμική ισορροπία μεταξύ

του ανθρώπου και της κοινωνίας μέσα στην οποία εντάσσεται το εργασιακό περιβάλλον, με βασική συντεταγμένη την προσαρμογή της εργασίας στις ανθρώπινες δυνατότητες και ικανότητες. ( Δρίβας Σ. , 2002 ).

### **5.1.1 Πρωτοβάθμια πρόληψη**

Όπως είδαμε η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να έχει σοβαρές επιπτώσεις τόσο στο ίδιο το άτομο όσο και στον εργασιακό χώρο. Από την πλευρά της οργάνωσης πρέπει να ληφθούν όλα εκείνα τα μέτρα που θα προλαμβάνουν την επαγγελματική εξουθένωση, με το καλύτερο σχεδιασμό της εργασίας αλλά και την δομή της ίδιας της οργάνωσης.

Μια από τις απόψεις που κυριαρχούν για την πρόληψη του burn out είναι να αναζητηθούν οι ιδιότητες της εργασίας που θα προάγουν την ψυχική ευημερία. ( Πανταζοπούλου- Φωτεινά Α. , 2003 ).

Σε μια πρωτοποριακή έρευνα που διεξήχθη στην Αυστραλία από τους Emery και Emery καταγράφηκαν 6 θετικές πλευρές της εργασίας οι οποίες είναι :

- Υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας
- Συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην εργασία
- Ικανοποιητικό επίπεδο ποικιλίας
- Κοινωνικά αποδεκτή και ενδιαφέρουσα εργασία

Ϊ Το να απολαμβάνεις το σεβασμό και τη συμπαράσταση των συναδέλφων

Ϊ Το να προσφέρει ένα επιθυμητό και ικανοποιητικό για το άτομο μέλλον.

Σύμφωνα λοιπόν με όλα τα παραπάνω σχεδιάστηκε πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης. Κατά την πρωτοβάθμια πρόληψη στόχος είναι η μείωση της έκτασης των αγχογόνων καταστάσεων ή παραγόντων ή ακόμη και των επιπτώσεων τους. Λεπτομερέστερα οφείλουν να ληφθούν κάποια μέτρα όπως είναι:

■ Μείωση των απαιτήσεων εργασίας σε βάρδιες,

■ Χρήση εργονομίας στο σχεδιασμό της θέσης εργασίας είτε αφορά πνευματική είτε σωματική δραστηριότητα.

■ Μείωση κινδύνου από περιβαλλοντικούς παράγοντες.

■ Καλές διαπροσωπικές σχέσεις.

■ Μείωση βίας και απειλών αλλαγής θέσεων εργασίας.

■ Φροντίδα για ατομικές σκέψεις και αισθήματα.

( Πανταζοπούλου- Φωτεινά Α. , 2003 ).

### 5.1.2 Δευτεροβάθμια πρόληψη

Η δευτεροβάθμια πρόληψη πραγματοποιείται σε δύο επίπεδα. Σε πρώτο επίπεδο δίνεται προσοχή στην αύξηση του βαθμού καταλληλότητας εργασίας – ανθρώπου, με τη χρήση των τεχνικών επιλογής ή εκπαίδευσης ενώ στο δεύτερο επίπεδο στην πρόβλεψη υποστηρικτικού εργασιακού περιβάλλοντος. Αναλυτικότερα θα πρέπει να γίνεται προσαρμογή της εργασίας στο άτομο με αποτελεσματική επιλογή διαδικασιών και μέσω εκπαίδευσης για την απόκτηση των κατάλληλων δεξιοτήτων. Θεωρείται ανάγκη το άτομο να αποκτήσει πείρα, κατάλληλη συμπεριφορά, κίνητρα, πνευματική και σωματική ικανότητα έτσι ώστε να είναι κατάλληλα προετοιμασμένο για τις απαιτήσεις της εργασίας του. ( Πανταζοπούλου- Φωτεινέα Α. , 2003 ).

Όπως είναι γνωστό οι απαιτήσεις της εργασίας αποτελούν για το άτομο μια από τις σημαντικότερες αγχογόνες καταστάσεις. Εξαιτίας αυτού το άτομο θα πρέπει να τροποποιεί τις απαιτήσεις της εργασίας του σύμφωνα με τον ίδιο χάρη στον έλεγχο που ασκεί το ίδιο το άτομο πάνω στην εργασία του αλλά και χάρη στο υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας που το περιτριγυρίζει. Όταν οι απαιτήσεις της εργασίας ξεπεράσουν τις δυνατότητες του ατόμου τότε επέρχεται η βραχυχρόνια σωματική και ψυχική κόπωση. Το άτομο αρχίζει να αντιμετωπίζει τα πρώτα προβλήματα υγείας όπου με το πέρασμα του χρόνου γίνονται χρόνια. ( Πανταζοπούλου- Φωτεινέα Α. , 2003 ).

### **5.1.3 Τριτοβάθμια πρόληψη**

Η τριτοβάθμια πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης στοχεύει στην αλλαγή του τρόπου με τον οποίο οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται και αντιμετωπίζουν τις εργασιακές απαιτήσεις και τις επιπτώσεις των απαιτήσεων αυτών.

Για να ανταποκρίνεται λοιπόν ο άνθρωπος στις απαιτήσεις της εργασίας του θα πρέπει να εκπαιδευτεί έτσι ώστε να εξαλειφθεί η εντύπωση του πως είναι ανίκανος για αυτή την εργασία. Θα χρειαστεί εκπαίδευση για την προσαρμογή του στο νέο περιβάλλον για αυτόν εργασίας και να του δοθούν συμβουλές για την αναγνώριση των συμπτωμάτων της επαγγελματικής εξουθένωσης. Θεωρείται ανάγκη να ενδυναμωθεί το ίδιο το άτομο καθώς και το αίσθημα αυτοεκτίμησης του. Το άτομο να εκπαιδευτεί έτσι ώστε να μην στεναχωριέται εύκολα και να μειωθεί το αίσθημα της αποτυχίας. ( Πανταζοπούλου- Φωτεινά Α. , 2003 ).

### **5.2 Μέτρα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης στον εργασιακό χώρο**

Οι προσπάθειες για την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης πρέπει να στηριχθούν σε μια ανθρωποκεντρική λογική, η οποία να βασίζεται στη δημιουργία προγραμμάτων και ομάδων στήριξης και να στοχεύει στη διατήρηση μιας ισορροπίας, ανάμεσα στις απαιτήσεις της εργασίας και την ανταμοιβή του εργαζομένου. Η ελάττωση των ωρών εργασίας, ο επανασχεδιασμός των προγραμμάτων εργασίας, η βελτίωση του

χώρου εργασίας, η ηθική επιβράβευση του εργαζομένου, η ανάθεση εργασίας ανάλογης με τις ικανότητες του καθένα αποτελούν παρεμβάσεις που θα εξυπηρετήσουν αυτό το στόχο. . Σημαντικός είναι και ο ρόλος της εκπαίδευσης των εργαζομένων ως προς τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να χειρίζονται τις στρεσογόνες καταστάσεις και να αντιμετωπίζουν αισθήματα όπως η οργή, η ενοχή και ο θρήνος, ενώ ειδική ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να είναι διαθέσιμη, όταν κρίνεται απαραίτητη. ( [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) , προσπέλαση 20/12/2009).

Όσον αφορά τον εργαζόμενο υπάρχουν ορισμένες στρατηγικές τις οποίες μπορεί να ακολουθήσει είτε ατομικά είτε συλλογικά έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί η εργασιακή εξουθένωση. Αρχικά θα πρέπει να συνειδητοποιήσει την κατάσταση του, να το αποδεχτεί και να ανακοινώσει ή να καταγγείλει το πρόβλημά του. Επιβάλλεται να αφιερώσει περισσότερη προσοχή και χώρο στην προσωπική του ζωή, να επιδιώξει κοινωνική υποστήριξη είτε από τους συναδέλφους του είτε από την οικογένεια του εκφράζοντας τα συναισθήματά του.

Επιπρόσθετα αναφορικά με τον εργοδότη ή τον Οργανισμό θα πρέπει να ληφθούν κάποια μέτρα όπως να δημιουργηθούν συστήματα στήριξης των εργαζομένων, να γίνει ξεκάθαρη περιγραφή ρόλων, υποχρεώσεων και δικαιωμάτων, να προσφέρεται ποικιλομορφία στην εργασία έτσι ώστε να μην χάνεται το ενδιαφέρον των εργαζομένων και τέλος να προσφέρεται « εντός της υπηρεσίας » εκπαίδευση για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης. ( [www.e-therapy.gr](http://www.e-therapy.gr) , προσπέλαση 21/12/2009 ).

Περαιτέρω ανάλυση των στρατηγικών αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης ακολουθεί παρακάτω, όπου



υπάρχει και διαχωρισμός των στρατηγικών αντιμετώπισης σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο.

### **5.2.1 Παρέμβαση σε ατομικό επίπεδο**

Κάθε άτομο έχει το δικό του τρόπο να αντιμετωπίζει την επαγγελματική εξουθένωση η οποία προκύπτει μέσα από την εργασία του. Παρακάτω παρουσιάζονται κάποιοι από τους τρόπους αντιμετώπισης που μπορεί να εφαρμόσει ο εργαζόμενος σύμφωνα με τις ανάγκες του. Σημαντικό στο ατομικό επίπεδο παρέμβασης είναι να αναγνωρίζει ο εργαζόμενος από πού πηγάζει η επαγγελματική εξουθένωση, ώστε να ακολουθήσει την λειτουργικότερη στρατηγική για εκείνον. Οι σημαντικότερες κατηγορίες στρατηγικών είναι οι εξής :

- § Επανεκτίμηση προσωπικών στόχων και προσδοκιών. Όπως είδαμε η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί μια σταδιακή από-ιδανικοποίησης της πραγματικότητας που δεν ανταποκρίνεται στους υψηλούς στόχους και τις μη ρεαλιστικές προσδοκίες του επαγγελματία. Ουσιαστικά τα πρώτα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελούν προειδοποίηση δυσλειτουργίας και καλούν τον εργαζόμενο να αναθεωρήσει εγκαίρως τους στόχους και τις προσδοκίες του.
- § Η αναζήτηση υποστήριξης που μπορεί να ζητήσει ο εργαζόμενος είτε από επαγγελματίες Υγείας είτε από ανθρώπους του φιλικού ή εργασιακού περιβάλλοντος του. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό ο επαγγελματίας να έχει στη διάθεση του πολλαπλά υποστηρικτικά πεδία τα οποία θα

μπορούν να λειτουργούν προστατευτικά στην εκδήλωση της επαγγελματικής εξουθένωσης.

§ Η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων. Ο εργαζόμενος συνήθως αγνοεί τις πρώτες ενδείξεις ότι βιώνει έντονο stress πιστεύοντας ότι μπορεί να αντέξει. Συνήθως εντείνει τους εργασιακούς του ρυθμούς θέλοντας να αποδείξει στον εαυτό του αλλά και στους συναδέλφους του ότι είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της δουλειάς του και στους δικούς του υψηλούς στόχους. Έτσι συνειδητοποιεί το πρόβλημα όταν πια βρίσκεται στο στάδιο της απάθειας ή όταν εμφανίσει κάποια σοβαρή οργανική διαταραχή. Αντίθετα η έγκαιρη αναγνώριση των συμπτωμάτων επιτρέπει στον εργαζόμενο την αναζήτηση διεξόδων πριν την πλήρη εξουθένωση.

§ Δραστηριότητες που αποσπούν την προσοχή από τα καθημερινά προβλήματα της εργασίας. Η ενασχόληση του ατόμου με κάποιο χόμπι συμβάλει θετικά στη συναισθηματική εκφόρτιση και επιτρέπει στον εργαζόμενο μια ηπιότερη μετάβαση από το χώρο της εργασίας στο χώρο του σπιτιού. Οι δραστηριότητες αυτές δεν αρκούν για την αντιμετώπιση της εξουθένωσης, είναι δυνατό όμως να ανακουφίσουν αρκετά το άτομο.

§ Τεχνικές χαλάρωσης οι οποίες μπορούν να ανακουφίσουν από τα σωματικά προβλήματα που δημιουργεί η επαγγελματική εξουθένωση, ανεξάρτητα από τα αίτια που την προκαλούν.

§ Η σωστή διατροφή και άσκηση καθώς και ο απαραίτητος χρόνος ύπνου συμβάλλουν σημαντικά στην πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης.

- § Οι αλλαγές στη συμπεριφορά όπως η βελτίωση των ικανοτήτων επικοινωνίας, η έκφραση των συναισθημάτων, η διαπραγμάτευση και η διεκδικητικότητα. Οι αλλαγές αυτές έχουν ως αποτέλεσμα την καλύτερη διαχείριση του χρόνου καθώς και των πιέσεων του περιβάλλοντος.
- § Η προσωπική επιλογή της θέσης εργασίας ή η αλλαγή του χώρου εργασίας αυξάνει την αίσθηση του προσωπικού ελέγχου έτσι ώστε ο επαγγελματίας να νιώθει ότι είναι υπεύθυνος για τις αποφάσεις του. Όταν η αλλαγή του χώρου εργασίας δεν είναι αποτέλεσμα αντίδρασης και παρορμητικής απόφασης θεωρείται μια πολύ καλή εναλλακτική μέθοδος αντιμετώπισης της εξουθένωσης.
- § Η σωστή διαχείριση του χρόνου είναι ιδιαίτερα σημαντική για την ψυχική υγεία των εργαζομένων γιατί ενισχύει την αίσθηση ελέγχου που έχουν στην εργασία τους. Σύμφωνα με τους Sutherland & Cooper ( 2003) η διαχείριση του χρόνου μπορεί να βοηθήσει τους επαγγελματίες α) να αναπτύξουν μια προσωπική αίσθηση του χρόνου , β) να θέτουν ρεαλιστικούς στόχους , γ) να μειώνουν τις χρονικές πιέσεις , δ) να απαλλαγούν από άσκοπες και χρονοβόρες δραστηριότητες , ε) να αναθέτουν δραστηριότητες , στ) να βρίσκουν χρόνο για διασκέδαση και να κάνουν το χρόνο σύμμαχό τους . ( Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργώς- β' φάση, 2005 ).

### **5.2.2. Παρέμβαση σε οργανωσιακό επίπεδο**

Για πολλά χρόνια ένας από τους βασικούς στόχους της έρευνας για την επαγγελματική εξουθένωση των επαγγελματιών υγείας υπήρξε η διερεύνηση επαρκών οργανωσιακών στρατηγικών αντιμετώπισης της. Οι στρατηγικές αυτές μπορούν να διαχωριστούν σε δύο διακεκριμένες κατηγορίες: στρατηγικές πρόληψης και στρατηγικές ανακούφισης ή θεραπευτικές στρατηγικές. Ο στόχος των στρατηγικών πρόληψης είναι να εξαλείψουν τις αρνητικές συνέπειες των παραγόντων που καθιστούν τους εργαζόμενους ευάλωτους στην επαγγελματική εξουθένωση. Από την άλλη οι ανακουφιστικές ή θεραπευτικές στρατηγικές στοχεύουν να μετριάσουν την εξουθένωση στα άτομα και να τα βοηθήσουν να την ξεπεράσουν. Αρκετοί λοιπόν ερευνητές έχουν περιγράψει μια σειρά διαφορετικών τύπων παρέμβασης. Οι παρεμβάσεις αυτές αφορούν τόσο στην αλλαγή και την αναδιοργάνωση των δομών υγείας όσο και στη συμμετοχή των ίδιων των επαγγελματιών υγείας στη λήψη αποφάσεων.

Οι παρεμβάσεις αντιμετώπισης πρέπει να στοχεύουν τόσο στο άτομο και τον οργανισμό όσο και στην αλληλεπίδραση ατόμου οργανισμού. Τρία επίπεδα παρέμβασης έχουν αναφερθεί για την πρόληψη και την αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το πρωτοβάθμιο επίπεδο όπου αποβλέπει την μείωση των πηγών έντασης και εξουθένωσης στον οργανισμό, το δευτεροβάθμιο επίπεδο αφορά την εκπαίδευση για την διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τέλος το τριτοβάθμιο επίπεδο έχει ως στόχο την προώθηση της υγείας και της συμβουλευτικής στον εργασιακό χώρο. ( Υπουργείο Υγείας

και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργώς- β' φάση, 2005 ).

### **5.2.2.1 Πρωτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης**

Σε αυτό το επίπεδο το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης αντιμετωπίζεται από την πλευρά της πρόληψης και την όσο δυνατό ψυχοσωματική ισορροπία των εργαζομένων στον εργασιακό τους χώρο. Παρακάτω αναφέρονται κάποιες από τις στρατηγικές οι οποίες μπορούν να αποτρέψουν την επαγγελματική εξουθένωση σε αυτό το επίπεδο.

§ Η αποσαφήνιση του ρόλου και των καθηκόντων του επαγγελματία και η συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων, αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την υπευθυνότητα και την ανθεκτικότητα στις αγχογόνες συνθήκες της εργασίας αντιπροσωπεύοντας έτσι ένα εργασιακό περιβάλλον το οποίο διοικείται δημοκρατικά.

§ Η πολυμορφία στην εργασία η οποία είναι απαραίτητη κυρίως σε εργασίες που επηρεάζουν ψυχολογικά τους εργαζομένους όπως είναι οι κοινωνικοί λειτουργοί. Η ενασχόληση του εργαζομένου με νέα ερεθίσματα συμβάλουν στην πολυμορφία της εργασίας του, από την οποία αντλεί πολλαπλές ικανοποιήσεις που τον ικανοποιούν και τον αναζωογονούν.

§ Η δημοκρατική διοίκηση είναι καταλυτικός παράγοντας δημιουργίας αμοιβαίου σεβασμού στο εργασιακό περιβάλλον. Ο ρόλος του κάθε ατόμου αναγνωρίζεται, προωθείται η συνεργασία και κάθε άτομο αναλαμβάνει

ευθύνες και πρωτοβουλίες. Ο ρόλος του προϊστάμενου είναι μεν ηγετικός αλλά ενδιαφέρεται για τις απόψεις των εργαζομένων, συζητώντας τα προβλήματα που προκύπτουν και από κοινού αναζητούν εναλλακτικούς τρόπους επίλυσης. Είναι το πρόσωπο κλειδί για την καλλιέργεια κλίματος συνεργασίας, υποστήριξης, αποφεύγοντας να τροφοδοτεί ανταγωνισμούς και επιδιώξεις προβολής ή προσωπικής ανάδειξης.

§ Η δυνατότητα διαλειμμάτων και ειδικών αδειών βοηθούν τον εργαζόμενο να απομακρυνθεί λίγο από το χώρο εργασίας και να επαναφορτίσει τις δυνάμεις του.

§ Οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης αποτελούν ένα από τα σημαντικότερα κίνητρα και πηγή ανανέωσης για τους εργαζόμενους που δεν νιώθουν ευχαριστημένοι από τα καθήκοντα, τον ρόλο και τις αποδοχές τους. ( Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος, 1999 ).

Γενικότερα αυτό το επίπεδο πρόληψης θεωρεί την επαγγελματική εξουθένωση ως επακόλουθο της έλλειψης προσαρμογής των ατόμων στο περιβάλλον. Γι αυτό, ο βασικός στόχος της αρχικής παρέμβασης είναι η αποκατάσταση μιας υγιούς σχέσης ανάμεσα στα δύο μέρη. Οι παρεμβάσεις που προτείνονται στοχεύουν τόσο στην απομάκρυνση των στρεσογόνων παραγόντων από το εργασιακό περιβάλλον όσο και στην προσπάθεια να επιτευχθεί ένας επιτυχής συνδυασμός ανάμεσα στα επαγγελματικά καθήκοντα και τις ανάγκες του ατόμου, τις ικανότητες και τις φιλοδοξίες. ( Υπουργείο Υγείας και

Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργός- β' φάση, 2005 ).

#### **5.2.2.2 Δευτεροβάθμιο επίπεδο παρέμβασης**

Σε αυτό το επίπεδο η παρέμβαση επικεντρώνεται στην αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης που αισθάνεται ο επαγγελματίας υγείας, εμπλέκοντας τεχνικές επίγνωσης, καθώς και άσκηση και εκπαιδευτικές δραστηριότητες. Η εκπαίδευση και η άσκηση αντιμετώπισης της εργασιακής εξουθένωσης μπορούν να βοηθήσουν σε μεγάλο βαθμό στην αναγνώριση των προσωπικών ορίων του εργαζόμενου. Η εκπαίδευση αυτή περιλαμβάνει προγράμματα οργάνωσης χρόνου, διεκδικητικότητας, δεξιοτήτων που έχουν ως στόχο την επίλυση των προβλημάτων και συμβουλευτικής με στόχο την τροποποίηση της εργασιακής συμπεριφοράς και του τρόπου ζωής. Όλα αυτά διαδραματίζουν εξέχοντα ρόλο στη δημιουργία ενός σχεδίου ελέγχου της επαγγελματικής εξουθένωσης από την πλευρά του εργαζομένου.( Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργός- β' φάση, 2005 ).

Επικεντρώνεται επίσης στην πρόληψη, με σκοπό να αυξήσει την συνειδητοποίηση και αναγνώριση της εξουθένωσης ως πρόβλημα για τους επαγγελματίες, εκπαιδύοντας τους σε τακτικές σχεδιασμένες να μειώνουν τα σωματικά και ψυχολογικά συμπτώματα της έντασης. Ένα από τα σημαντικότερα μέτρα αυτού του επιπέδου είναι η συμβουλευτική εποπτεία, κατά την οποία ο ειδικός

σύμβουλος προσπαθεί να κάνει τα άτομα να εντοπίσουν και να αξιοποιήσουν δημιουργικά τις ικανότητές τους για τα προβλήματα που προκύπτουν στον εργασιακό χώρο. ( Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργώς- β' φάση, 2005 ).

### **5.2.2.3 Τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης**

Το τριτοβάθμιο επίπεδο παρέμβασης στοχεύει στον εντοπισμό των επαγγελματιών που πάσχουν από κακή ψυχική υγεία εξαιτίας της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αναφέρεται επίσης στις διαδικασίες ανάρρωσης όσων πάσχουν, μέσω της παροχής υπηρεσιών παροχής συμβουλών προκειμένου να επιστρέψουν κάποια μέρα στη δουλειά τους.

Σύμφωνα με τον Cooper (1993) , η έμφαση θα πρέπει να δίνεται στα εξής :

- Ø Στην κατάρριψη των διαπροσωπικών εμποδίων,
- Ø Στη διαδικασία του να ακούει ο ένας τον άλλον,
- Ø Στο ξεπέρασμα των προσκομμάτων στα πλαίσια της ομάδας,
- Ø Στην παροχή συμβουλευτικής, όχι με τη μορφή εντολών,
- Ø Στην ενθάρρυνση του ατόμου να αντιμετωπίσει το πρόβλημά του,
- Ø Στην ενδυνάμωση του ατόμου να αναλάβει δράση.



Εξέχουσα σημασία στο τριτοβάθμιο επίπεδο δίνεται στην πρόληψη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης με τη λειτουργία ομάδων ψυχολογικής υποστήριξης οι οποίες δίνουν την ευκαιρία στα μέλη του προσωπικού να μοιράζονται τα συναισθήματα και τις αντιλήψεις τους. Μέσα από τις ομάδες αυτές οι επαγγελματίες κατανοούν τις αντιδράσεις τους και επεξεργάζονται τις εμπειρίες τους από το χώρο εργασίας τους. Επίσης αναζητούνται εναλλακτικοί τρόποι αντιμετώπισης δυσκολιών και συζητούν τις επιτυχείς παρεμβάσεις που ενισχύουν την αυτοπεποίθησή τους. ( Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργώς- β' φάση, 2005 ).

Σύμφωνα με όσα έχουν ειπωθεί παραπάνω, το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης πλήττει τον επαγγελματία με αντίκτυπο τόσο την ψυχική του υγεία όσο και την παραγωγικότητά του στην εργασία. Μέσα από τις μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί έχει προκύψει το συμπέρασμα ότι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να καταπολεμηθεί τόσο σε ατομικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο του οργανισμού ή του φορέα απασχόλησης των επαγγελματιών. ( Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργώς- β' φάση, 2005 ).

### **5.3 Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης με βάση τις Γνωστικές-Συμπεριφορικές μεθόδους**

Οι Γνωστικές Συμπεριφορικές Μέθοδοι έχουν παρουσιάσει τα καλύτερα αποτελέσματα όσον αφορά τη θεραπεία του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και της κατάθλιψης που είναι φυσικό επακόλουθο του συνδρόμου. Αξίζει να σημειωθεί ότι για την αντιμετώπιση του συνδρόμου έχει χρησιμοποιηθεί και η Ψυχοδυναμική Θεραπεία.

Η θεραπεία που βασίζεται σε Γνωστικές Συμπεριφορικές Μεθόδους επικεντρώνεται στο να διδαχθεί ο παθών ή η παθούσα καινούριους τρόπους χειρισμού των διαφόρων ημερησίων καταστάσεων. Η θεραπεία αυτή διεξάγεται επιτυχώς μέσα από ομάδες. Συνήθως η ομαδική θεραπεία έχει μεγαλύτερη επίδραση στα άτομα και αυτό γιατί, μέσα από την ομάδα προσφέρεται κοινωνική στήριξη η οποία μειώνει τα συναισθήματα ενοχής και ντροπής. Το άτομο δεν νιώθει μόνο με τα προβλήματά του και αντιλαμβάνεται ότι υπάρχουν και άλλοι που βιώνουν το ίδιο πρόβλημα με αυτόν. Επιπρόσθετα σε δύσκολες περιπτώσεις το άτομο μπορεί να πάρει αναρρωτική άδεια από την δουλειά του και να του χορηγηθούν αντικαταθλιπτικά φάρμακα ανάλογα με τη σοβαρότητα της κατάστασης του. Ο χρόνος που είναι δυνατό να χρειαστεί ένα άτομο για να αναρρώσει πλήρως και να επιστρέψει στη δουλειά του κυμαίνεται μεταξύ μερικών μηνών και αρκετών ετών. ( [www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) , προσπέλαση 20/12/2009).

#### **5.4 Σύγκριση Ελλάδας και άλλων Ευρωπαϊκών χωρών ως προς τους τρόπους αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης**

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ένα φαινόμενο το οποίο αυξάνεται με εντατικούς ρυθμούς στις μέρες μας και δεν γνωρίζει σύνορα. Παίρνει συνεχώς μεγαλύτερες διαστάσεις στις χώρες του λεγόμενου δυτικού κόσμου εξαιτίας των εντατικών ρυθμών εργασίας, του διευρυμένου ωραρίου εργασίας, της επαγγελματικής ανασφάλειας, του έντονου ανταγωνισμού και της έλλειψης ελεύθερου χρόνου. ([www.makthes.gr](http://www.makthes.gr), προσπέλαση 27/11/2009).

Όσον αφορά την πρόληψη της επαγγελματικής εξουθένωσης στην Ελλάδα έχουν ληφθεί κάποια μέτρα όπως είναι η διεκπεραίωση συμβουλευτικών ημερίδων για τους επαγγελματίες υγείας. Ένα παράδειγμα είναι το νοσοκομείο Παπανικολάου και ο Διευθυντής του Ψυχιατρικού Τομέα Ιωάννης Σταθάκης, όπου διοργάνωσε μια ημερίδα με θέμα « το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης ». ([www.makthes.gr](http://www.makthes.gr), προσπέλαση 27/11/2009).

Επιπρόσθετα οι έρευνες για την επαγγελματική εξουθένωση έχουν αποδείξει ότι το φαινόμενο αυτό μπορεί να αντιμετωπιστεί με την ύπαρξη ενός δικτύου υποστήριξης του επαγγελματία τόσο στον επαγγελματικό όσο και στον οικογενειακό χώρο. Για αυτό το λόγο από το Σεπτέμβριο του 2002, η Εταιρία Περιφερειακής Ανάπτυξης και Ψυχικής Υγείας (ΕΠΑΨΥ), η Ψυχιατρική κλινική του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, το Ινστιτούτο Κοινωνικής και Προληπτικής Ιατρικής και το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής, σε συνεργασία με ανάλογη εταιρική σύμπραξη στην Ιταλία

πραγματοποιούν παρέμβαση πρόληψης του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στις ψυχιατρικές κλινικές θεραπείας και αποκατάστασης στην Ελλάδα και στην Ιταλία. ([www.news.kathimerini.gr](http://www.news.kathimerini.gr), προσπέλαση 12/12/2009).

Στην Μεγάλη Βρετανία για την προώθηση της αντιμετώπισης των εργασιακών πιέσεων και της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι Αρχές Αρωγής Υγείας έχουν δημοσιεύσει ένα φυλλάδιο που περιγράφει εν συντομία κάποιο πρόγραμμα οργανωτικής διαχείρισης των καταστάσεων αυτών για χρήση από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Συγκεκριμένα αυτό περιλαμβάνει :

- Ø Διαγνωστικές συζητήσεις μεταξύ του προϊσταμένου και των επαγγελματιών,
- Ø Μια « Ομάδα Ακρόασης » για τη διεξαγωγή ανάλυσης της φύσης, της έκτασης και των τρόπων αντιμετώπισης των προβλημάτων,
- Ø Ομάδες συζήτησης για το εργασιακό στρες, με σκοπό την βελτίωση των εργασιακών σχέσεων,
- Ø Μια ομάδα διαχείρισης των εργασιακών πιέσεων με σκοπό την εφαρμογή των πορισμάτων από τις ομάδες συζήτησης. ( Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργώσ-β' φάση, 2005 ).

Όπως έχει αναφερθεί και παραπάνω ένα από τα μέτρα αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι τα προγράμματα φυσικής άσκησης. Είναι ιδιαίτερα διαδεδομένα κυρίως στη Βόρεια Αμερική, όπου παρέχονται ασκήσεις για την καρδιά, δραστηριότητες που τονώνουν τους μύες, παροχή συμβουλών για τον τρόπο ζωής και διασκέδασης και

ευκαιρίες για κοινωνικές επαφές. Υποστηρίζεται ότι τα προγράμματα αυτά μειώνουν τις δαπάνες για ασθένειες, αυξάνουν την παραγωγικότητα και συντηρούν την καλή υγεία.

Σε πολλές Ευρωπαϊκές χώρες και κυρίως στην Αμερική, τα Νοσοκομεία διαθέτουν εκτός από τις ομάδες ψυχολογικής υποστήριξης και εξωτερικά γραφεία παροχής συμβουλευτικών υπηρεσιών και παραπομπής των εργαζομένων, γνωστά ως Προγράμματα Στήριξης Εργαζομένων. Πολλά νοσοκομεία έχουν ενσωματώσει τις συμβουλευτικές υπηρεσίες στα προγράμματα αντιμετώπισης των εργασιακών εντάσεων με στόχο να βοηθήσουν τους εργαζόμενους να αναγνωρίσουν και να αξιοποιήσουν τις ικανότητες τους για την επίλυση των προβλημάτων που προκύπτουν στο χώρο εργασίας καθώς και ζητήματα που σχετίζονται με την καριέρα και την οικογένεια τους.

Μια αντίστοιχη διαθέσιμη συμβουλευτική υπηρεσία στην Ελλάδα θα συνιστούσε σημαντική συμβολή στην ανακούφιση οποιωνδήποτε συμπτωμάτων δημιουργούνται από πιεστικές εργασιακές καταστάσεις. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα, καθώς οι συμβουλευτικές υπηρεσίες σε διάφορους χώρους εργασίας, ακόμη και σε εκείνους της Δημόσιας Υγείας και ειδικότερα της Ψυχικής Υγείας, δεν έχουν ακόμη οργανωθεί πλήρως και στελεχωθεί επαρκώς από τους εξειδικευμένους επαγγελματίες, δεν αποτελούν βασικούς προορισμούς στους οποίους απευθύνονται οι επαγγελματίες υγείας για να εκθέσουν τα εργασιακά τους προβλήματα. Επιπλέον, υπάρχει ευρύτερο πρόβλημα ενημέρωσης σχετικά με τις ακριβείς διευθύνσεις, τις ώρες λειτουργίας καθώς και το χαρακτήρα

των προσφερόμενων υπηρεσιών των κέντρων αυτών για το γενικό πληθυσμό. ( Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Μονάδα Υποστήριξης & Παρακολούθησης « ψυχαργώς- β' φάση, 2005 ).

Σε αυτό το κεφάλαιο, θέλοντας να συνοψίσουμε τα όσα έχουν ειπωθεί παραπάνω, παρουσιάζονται τα μέτρα πρόληψης της επαγγελματικής εξουθένωσης και αναλύονται τα επίπεδα στα οποία θα έπρεπε από τις εκάστοτε αρχές της χώρας να δοθεί έμφαση έτσι ώστε να προληφθεί το φαινόμενο του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Επιπρόσθετα δίνεται ιδιαίτερη έμφαση και στους τρόπους αντιμετώπισης τόσο σε προσωπικό επίπεδο δηλαδή στις ενέργειες τις οποίες πρέπει να κάνει ο ίδιος ο επαγγελματίας τόσο και σε οργανωτικό επίπεδο δηλαδή στις ενέργειες τις οποίες οφείλει να προβεί η εκάστοτε επιχείρηση. Στο τέλος του τέταρτου κεφαλαίου πραγματοποιείται σύγκριση των μέτρων των οποίων έχει λάβει η Ελλάδα σε σχέση με την υπόλοιπη Ευρώπη έτσι ώστε να αντιμετωπιστεί το φαινόμενο σε έναν ικανοποιητικό βαθμό.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Σύμφωνα με τα παραπάνω το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης πλήττει τους επαγγελματίες υγείας. Όμως και οι κοινωνικοί λειτουργοί βιώνουν το burnout, αλλά δεν έχουν γίνει αντικείμενο εξατομικευμένης μελέτης στην Ελλάδα.

Παρατηρούνται χαμηλά ποσοστά μελέτης για το burnout στους κοινωνικούς λειτουργούς τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Οι νοσοκομειακές δομές παρουσιάζουν ιδιαίτερες ελλείψεις όπως αυτές αναφέρθηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο και συντελούν ιδιαίτερα στην εμφάνιση του συνδρόμου αυτού. Οι ελλείψεις αυτές μαζί με τους προαναφερθέντες προκλητικούς παράγοντες αυξάνουν συνεχώς τη τιμή εμφάνισης του burnout των κοινωνικών λειτουργών στην Ελλάδα.

Επίσης, για τη μετρίαση του φαινομένου αυτού προτείνεται οι υπηρεσίες υγείας να λάβουν μέτρα για την επάνδρωση των ήδη υπάρχουσών κενών θέσεων τους. Κάτι τέτοιο θα συμβάλλει στη μείωση του φόρτου εργασίας και στην αποτελεσματικότερη παροχή βοήθειας στους έχοντες ανάγκη από τους κοινωνικούς λειτουργούς.

Στον τομέα των προτάσεων αναφέρουμε ότι ο κοινωνικός λειτουργός καλείται να επιτελέσει το δικό του ρόλο, να αναγνωρίσει τις αδυναμίες και τα όρια του προλαμβάνοντας ή αντιμετωπίζοντας εγκαίρως τα συμπτώματα εξουθένωσης, ώστε να μπορεί να προσφέρει φροντίδα σε άτομα που την έχουν ανάγκη. Και η διοίκηση των νοσοκομείων οφείλει να ενδιαφερθεί εξασφαλίζοντας αποτελεσματικούς τρόπους χειρισμού, ώστε να διασφαλίζεται η ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Περισσότερες έρευνες πρέπει να γίνουν στον ελλαδικό χώρο στο τομέα της υγείας, για την καταγραφή της έκτασης και του βαθμού της υπάρχουσας επαγγελματικής εξουθένωσης και την εξακρίβωση των αιτιών της κυρίως στον ιατρικό τομέα. Πρέπει να θεσπιστούν όρια επικινδυνότητας-ασφάλειας, προκειμένου να διασφαλίζεται η καλύτερη δυνατή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους χρήστες.

Χρειάζεται ακόμη να αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο παράγοντες του οργανισμού, ατομικοί, αλλά και παράγοντες που σχετίζονται με το οικογενειακό περιβάλλον επιδρούν στην επαγγελματική εξουθένωση των κοινωνικών λειτουργών αλλά και ο τρόπος με τον οποίο το burnout επηρεάζει αφενός τη φροντίδα που παρέχεται και αφετέρου την ικανοποίηση των ασθενών.

Για την αποσαφήνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, στην έγκαιρη πρόληψη και στην ουσιαστική αντιμετώπισή του προτείνεται να ληφθούν υπόψη οι μεθοδολογικές αδυναμίες των μελετών που έχουν γίνει μέχρι σήμερα.

Εν κατακλείδι, η επαγγελματική εξουθένωση αποτελεί ένα πρόβλημα που μαστίζει στις μέρες μας την ομάδα των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών στο οποίο πρέπει να βρεθούν και να εφαρμοστούν τα πλέον αποτελεσματικά και ταυτόχρονα εφικτά μέτρα, ώστε να έχουμε επαγγελματίες ικανοποιημένους και όχι εξουθενωμένους.



## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1)Αντωνίου Α.- Σ. (2006), Το Εργασιακό στρες, τόμος Α΄, Παρισιάνου, Αθήνα.
- 2)Βασιλάκη Ε., Τριλιβά Σ., Μπεζεβέγκης Η. (2001), Το στρες, το άγχος και η αντιμετώπισή τους, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- 3)Γαλανού Γ. (1977), Το άγχος, Μπουκουμάνη, Αθήνα.
- 4)Γενική Γραμματεία Ισότητας- Κ.Ε.Θ.Ι. (2007) Αθήνα.
- 5)Διαχρονική Έρευνα Αποτίμησης της αποτελεσματικότητας των θεραπευτικών κοινοτήτων του Κ.Ε.Θ.Ε.Α και της Εθνικής Σχολής Δημόσιας υγείας (2001) , Τομέας Κοινωνιολογίας, Αθήνα.
- 6)Διαμαντόπουλος Ά. (2001), Εγκυκλοπαιδική Ψυχολογία- Προσωπικότητα, τόμος Α΄ , Ναύπακτος.
- 7)Θεοδώρου Μ. , Σαρρής Μ. , Σούλης Σ. (2001), Συστήματα Υγείας, Παπαζήση, Αθήνα.
- 8)Κασιμάτη Κ., Μουσούρη Λ., Έξαρχος Γ., Δημουλάς Κ., (2007), Κοινωνικός Αποκλεισμός: Η Ελληνική Εμπειρία, Gutenberg, τέταρτη έκδοση, Αθήνα.
- 9)Καλλινικάκη Θ. (1998), Κοινωνική Εργασία- Εισαγωγή στη θεωρία και την πρακτική της Κοινωνικής Εργασίας, Ελληνικά Γράμματα, ΣΤ έκδοση, Αθήνα.
- 10)Κυριόπουλος Γ., Φιλαλήθης Α., (1996), Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα.
- 11)Κουλιεράκης Λ., Κουρουπάκη Λ., Λαδάς Χ., (2008), Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των νοσοκομειακών υπηρεσιών Υγείας, Επαγγελματική Εξουθένωση και επίπεδο υπηρεσιών Υγείας, τόμος Β, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

- 12)**Καντάς Α., (1995), οργανωτική, βιομηχανική ψυχολογία: τρίτο μέρος, διεργασίες ομάδας- σύγκρουση, ανάπτυξη και αλλαγή- κουλτούρα, επαγγελματικό άγχος, ελληνικά γράμματα, β' έκδοση, Αθήνα.
- 13)**Μαδιανός Μ., (2006), Κοινωνική Ψυχιατρική και Κοινωνική Ψυχική Υγιεινή, Καστανιώτη, έκτη έκδοση, Αθήνα.
- 14)**Μάρκου Π. (2005), Η Επαγγελματική Εξουθένωση στο χώρο της Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα.
- 15)**Οικονόμου Φ. (1994), Ψυχιατρική μετά στοιχείων ψυχολογίας, ιατρικές εκδόσεις, Λίτσα, στ' έκδοση, Αθήνα.
- 16)**Πασαντωνόπουλος Γ., Ζαχαριάς Β. (2003), Οργάνωση των Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας- Πακέτο οδηγιών για την πολιτική και τις υπηρεσίες Ψυχικής Υγείας, Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας.
- 17)**Πασαντωνόπουλος Γ., (2005), Οργάνωση των υπηρεσιών ψυχικής υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Διεύθυνση Ψυχικής Υγείας.
- 18)**Πανταζοπούλου- Φωτεινά Α., (2003), Εργασιακό περιβάλλον και ψυχικές επιπτώσεις ( Οργανωτική Βιομηχανική Ψυχολογία ), Προσέγγιση από το χώρο της Ιατρικής της εργασίας, Ελληνικό Ινστιτούτο Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας, Αθήνα.
- 19)**Παπαδόπουλος Γ. Ν., (1994), Λεξικό της ψυχολογίας, χ.ε., α' έκδοση, Αθήνα.
- 20)**Πιάνος Κ., (2000), Ψυχοκοινωνικές διαταραχές και η αντιμετώπισή τους, Έλλην, γ' έκδοση, Αθήνα.
- 21)**Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ., (1999), Η ψυχολογία στο χώρο της Υγείας, Ελληνικά Γράμματα, β έκδοση, Αθήνα.
- 22)**Ραγιά Α., (1993), Νοσηλευτική ψυχικής υγείας, Νοσηλευτική ψυχιατρική, Αθήνα.
- 23)**Ρώμας Γ. Χ. (1984), Λεξικό Ανεπτυγμένων Εννοιών, Επικαιρότητα, Αθήνα.

- 24)Σαρρής Μ. , Θεοδώρου Μ. , Σούλης Σ. (2001), Συστήματα υγείας, Παπαζήση, Αθήνα.
- 25)Σταθόπουλος Π. Α. (2005), Κοινωνική Πρόνοια, Ιστορική εξέλιξη-Νέες κατευθύνσεις, Παπαζήση, Αθήνα.
- 26)Σαπουτζή- Κρέπια Δ., (2000), Stress management: η διαχείριση του στρες, Έλλην, Αθήνα.
- 27)Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (2005), Το σύνδρομο Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις Μονάδες Ψυχικής Υγείας και Ψυχοκοινωνικής Αποκατάστασης, παρεμβάσεις σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο, Μονάδα Υποστήριξης και Παρακολούθησης « ψυχαργώς- β' φάση, Αθήνα.
- 28)Χατζηφωτίου Σ. (2005), Ενδοοικογενειακή βία κατά των γυναικών και παιδιών και προκλήσεις για την Κοινωνική Εργασία, Τζιόλα, Θεσσαλονίκη.
- 29)Χασάπη Ι., (1980), Ψυχολογία της προσωπικότητας, τόμος α', β' έκδοση, Αθήνα.

## **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1)Figley C. (1995/97), Examples of compassion fatigue? Burnout syndrome, Institute of Crisis Management in Higher Education.
- 2)Glazer S., Stetz T.A. & Izso L. (2003) Effects of personality on subjective job stress: a cultural analysis, Science direct

- 3) Jimmieson N.L, (2000), Employee reactions to behavioural control under conditions of stress the moderating role of self-efficacy, *Work and Stress*.
- 4) Kalaitzaki A.eE. & Nestoros, J.N. (2003), The Greek version of the revised person's relating to Others Questionnaire( PROQ2). Psychometric properties and factor structure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, British Journal of Medical Psychology*.
- 5) Maslach C., Shaufelli W. B. & Leiter M.P. (2001), Job burnout, *Annual Review of Psychology*
- 6) Maslach C. , (1982), burnout: the cost of caring, Prentice, Hall Inc, New Jersey.
- 7) Maslach C. & Jackson S.E. , (1984), burnout in organizational settings, *Applied Social Psychology Annual*, 5.
- 8) Michlevitz S.A. (2001), Professional burnout in the park and recreation profession, *Illinois periodicals*, online.
- 9) Leichtling B.(2004), Dealing with dying, death and grief, *Caring*.
- 10) Leka S.- Griffitis A.- Cox T., (2003), Work Organization and stress, protecting workers health no. 3, *Work Health Organization*, Switzerland.
- 11) Lee It, Song R, Suk Choy, (2003), A Comprehensive Model for Predicting Burnout, *J.Adv, Social Workers*.
- 12) Pines A.M., Burnout in L. Goldberger & S. Berzintz, (1993), *Handbook of press*, New York, Free Press.
- 13) Raviola G. , Machoki M. , Mwaikamboi E. , (2002), Disease plague, demoralization and burnout, Resident experience of the medical profession in Nairobi, *Cult Med. Psychiatry*.
- 14) Shanafelt T.D. , Bradley K.A. , Wipf J.E. ,Back A.L. ,(2002), Burnout and self reported patient care in an internal medicine residency program, *Ann International Med*.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1) Βασιλόπουλος Δ. (2005), Πρόληψη και έλεγχος του στρες, έθνος.
- 2) Γεωργούλας Σ. , Τσαλκάνης Ά. , (2006) Κοινωνικοί Λειτουργοί και πρόληψη της Νεανικής Παραβατικότητας σε Επίπεδο Κοινότητας,
- 3) Δημητρόπουλος Χ. , Φιλίππου Ν. (2008), Η Επαγγελματική Εξουθένωση στο χώρο της Υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής.
- 4) Δούκα Μ. (2003), Το «σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης» ή «burnout» στη κοινωνική εργασία, Κοινωνική Εργασία, τεύχος 70.
- 5) Δρίβας Σ. , Ιούλιος-Σεπτέμβριος (2002), περιοδικό: Υγιεινή και ασφάλεια της εργασίας, τεύχος 11.
- 6) Επιστημονικό Περιοδικό: (2000). Κοινωνική Εργασία, τεύχος 82, Αθήνα.
- 7) Ερευνητικό Πανεπιστημιακό Ινστιτούτο Ψυχικής Υγιεινής, (2003), Η υγεία των εφήβων, Διαστάσεις, Συνθήκες και Κοινωνικό Πλαίσιο.
- 8) Ευρωπαϊκό Ίδρυμα για την βελτίωση των συνθηκών εργασίας και διαβίωσης, (2000).
- 9) Ζηλεμένου Ε. (2006), Το έργο της Κοινωνικής Υπηρεσίας στα Νοσοκομεία, Επιστημονικό περιοδικό: Επιθεώρηση Υγείας, τεύχος 100, Αθήνα.
- 10) Θεοδώρου Β. (2008), Το Εργασιακό stress και η επαγγελματική εξουθένωση, Περιοδικό Ψυχολογίας, β έκδοση.
- 11) Θεοφίλου Π. (2009), Το σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στο χώρο της Υγείας, Περιοδικό : Επιστήμη και Τεχνολογία, Ιούλιος, Αθήνα.

- 12)**Καδδά (2005), Τρόποι Διαχείρισης του stress των επαγγελματιών Υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία, Επιθεώρηση Υγείας.
- 13)**Μεσσήνης Λ. και Τσάκωνα Ι. (2008), Νοσοκομειακή υγιεινή και ασφάλεια εργασίας, τεύχος 2, περιοδική έκδοση της επιτροπής υγιεινής και ασφάλειας των εργαζομένων του Π.Γ.Ν.Π., Πάτρα.
- 14)**Μπαραζιώτη Χ. (2008), Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Ψυχολογίας Πανεπιστημίου Αθηνών.
- 15)**Πανταζάκας Π. , Μέντης Μ. (2003), Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών- Παρέμβαση σε καταστάσεις κρίσης, Επιστημονικό περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, τεύχος 70, Αθήνα.
- 16)**Πανταζάκας Π. , Μέντης Μ. (2002), Κοινωνική Υπηρεσία στο χώρο της Υγείας- Η πρόκληση του εκσυγχρονισμού του Εθνικού συστήματος Υγείας και ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού, Επιστημονικό περιοδικό: Κοινωνική Εργασία, τεύχος 66, Αθήνα.
- 17)**Πολύζος Ν. , Υφαντόπουλος Σ. (2000), Η ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία και η στελέχωση των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας, Αρχ. Ελλ. Ιατρ. 17 (6).
- 18)**Προεδρικό Διάταγμα, αριθμός: 50, άρθρο: 1.
- 19)**Σιουρούνης Π. (2006), Η επαγγελματική Εξουθένωση των Επαγγελματιών Υγείας, Τρίπολη.
- 20)**Σχοινά Μ. , Επιστημονική Αρθρογραφία (2009), Περιοδικό Παντείου Πανεπιστημίου, Αθήνα.
- 21)**ΦΕΚ Α 53 20040218.
- 22)**ΦΕΚ 32/27-3-86.
- 23)**Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, (2002), Έκθεση για την Παγκόσμια Υγεία και Ψυχική Υγεία, Αθήνα.
- 24)**Υπουργείο Υγείας και κοινωνικής Αλληλεγγύης, (2005) Μονάδα υποστήριξης και παρακολούθησης, ψυχαργός, β' φάση, Αθήνα.

25)Υφαντής Θ. , (2003), Το Σύνδρομο της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στις Ψυχιατρικές Δραστηριότητες, Ημερίδα για την επαγγελματική εξουθένωση στην Ε.Π.Α.Ψ.Η. , Σεπτέμβρης, Αθήνα.

26)Χαλβατζά Λ. , Τσιλιμιγκάκη Β. , (2006), Αρμοδιότητες Κοινωνικών Λειτουργών στα Νοσοκομεία, Επιστημονικό περιοδικό: Κοινωνικός Λειτουργός, τεύχος 3, Αθήνα.

### **ΞΕΝΗ ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ**

1)Archieves of Hellenic Medicine,(2008) Special Article : Burnout of Social Workers and Nurses and its effects of health care.

2)British Journal of Psychiatry, (2006), Κακή Ικανοποίηση από την εργασία και εξάντληση ψυχικής υγείας των κοινωνικών λειτουργών.

3)Demir A. , Vlosoy M. F. (2003), Investigation of factors influencing burnout lives of nurses, International Journal of Nursing Studies.

4)Madianos M, (2002), Deinstitutionalization and the closure of Public Mental Hospitals, International Journal of Mental Health.

5)Maslach , Shaufeli , Leiter. (2001) , Job Burnout , Annual Reviews .

## **ΞΕΝΗ ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- 1)Fontana D. , (1993) , Άγχος και η αντιμετώπισή του, επιμέλεια: Δέγλερης Ν., ελληνικά γράμματα, Αθήνα.
- 2)Pervin A. L. - John P. J.: (2001), Θεωρίες Προσωπικότητας, μετάφραση: Αλεξανδροπούλου Α.- Δασκαλοπούλου Ε., τυπωθήτω, Αθήνα.
- 3)Spilberger C. , (1982), άγχος- στρες, μετάφραση Κωστόπουλος Ιωάννης,, Ψυχογιός, Αθήνα.
- 4)Walker L. (1989), Η κακοποιημένη γυναίκα, Ελληνικά γράμματα, Αθήνα.

## **INTERNET**

[www.medlook.gr](http://www.medlook.gr) , προσπέλαση 20/12/2009.

[www.makthes.gr](http://www.makthes.gr) , προσπέλαση 27/11/2009.

[www.e-therapy.gr](http://www.e-therapy.gr) , προσπέλαση 21/12/2009.

[www.newskathimerini.gr](http://www.newskathimerini.gr) , προσπέλαση 12/12/2009.

[www.national institute of health.gr](http://www.nationalinstituteofhealth.gr) , προσπέλαση 6/8/2009.

[www.health.gr](http://www.health.gr) προσπέλαση 11/9/2009

[www.iatronet.gr](http://www.iatronet.gr) προσπέλαση 11/9/2009

[www.anew.gr](http://www.anew.gr) προσπέλαση 6/8/2009



