



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
Τμήμα Κοινωνικής και Εκπαιδευτικής Πολιτικής

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΘΕΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Το Burn Out των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών που εργάζονται σε Κέντρα Αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης και πως αυτό συνδέεται με τη διοίκηση και λειτουργία τέτοιων κέντρων. Μελέτη περίπτωσης Κ.Α.Φ.Κ.Α Κορίνθου.

_____ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Ζήση Μαργιάννα

Τριμελής εξεταστική επιτροπή:

Χ.Καραμανίδου, Επιβλέπουσα

Ε.Σπυριδάκης,

Μ.Φεφές

Κόρινθος, Απρίλιος 2011

009805

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	3
Ευχαριστίες.....	4
Εισαγωγή.....	5
<i>Κεφάλαιο 1ο: Επαγγελματική Εξουθένωση – Burn Out Κοινωνικών Λειτουργών.....</i>	<i>6</i>
1.1 Τι Ορίζεται ως Επαγγελματική Εξουθένωση – Burn Out, Λόγοι και Αιτίες.....	6
1.2 Μορφή του Burn Out στους Κοινωνικούς Λειτουργούς.....	10
1.3 Επιπρόσθετοι Λόγοι Δημιουργίας του Burn Out στους Κοινωνικούς Λειτουργούς.....	12
1.4 Οι Συνέπειες του Φαινομένου για το Άτομο στην Κοινωνία, το Σύστημα Υγείας και αν Τελικώς Μπορεί να Επιτευχθεί Αξιολόγηση στο Συγκεκριμένο Φαινόμενο.....	18
<i>Κεφάλαιο 2^ο : Burn Out Κοινωνικών Λειτουργών σε Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης – Σύνδεσή τους με την Διοίκηση και Λειτουργία τους.....</i>	<i>24</i>
2.1 Ποιες οι Βασικές Μορφές Burn Out στα Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα.....	24
2.2 Ποιοι οι Λόγοι Πρόκλησης των Μορφών Αυτών στα Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα.....	27
2.3 Πως οι Παραπάνω Μορφές Burn Out στα Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα Συνδέονται με την Διοίκηση και Λειτουργία των Κέντρων Αυτών.....	32
2.3.1 Διαστάσεις της Δημόσιας Υγείας και Παρεχόμενες Υπηρεσίες στα Συγκεκριμένα Κέντρα.....	32
2.4 Μέτρα από Μέρους των Υπευθύνων για την Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Burn Out στους Κοινωνικούς Λειτουργούς στα Κέντρα Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα.....	35
2.4.1 Η Ψυχολογική Υποστήριξη και η Εργασιακή Παρακίνηση που Δέχονται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα Κέντρα Αποκατάστασης Ατόμων με	

Κινητικά Προβλήματα ως Παράγοντας Μείωσης Άγχους και Συνδρόμου Burn Out.....	35
2.4.2 Προτάσεις για αντιμετώπιση του Φαινομένου του Burn-Out.....	38
2.5 Η «Ανάρρωση» των Κοινωνικών Λειτουργιών από την Επαγγελματική Εξουθένωση και η Αλλαγή της Σχέσης με την Εργασία.....	42
2.5.1 Η Αλλαγή της Σχέσης με τους Ασθενείς.....	42
2.5.2 Η Αλλαγή της Σχέσης με τους Συναδέλφους.....	46
2.5.3 Η Αλλαγή της Σχέσης με τους Ανωτέρους και τη Διοικητική Κουλτούρα του Οργανισμού.....	50
2.5.4 Η Αλλαγή της Σχέσης με τον Εαυτό τους.....	53
3. Κεφάλαιο 3 ^ο : Μελέτη Περίπτωσης – ΚΑΦΚΑ Κορίνθου.....	57
3.1 ΚΑΦΚΑ – Κέντρο Αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης του Νομού Κορινθίας.....	57
3.2 Παράθεση Έρευνας και Αποτελεσμάτων Βάσει Ερωτηματολογίου.....	58
4. Κεφάλαιο 4ο : Επίλογος – Συμπεράσματα.....	76
Βιβλιογραφία.....	80

Περίληψη

Ως σκοπός της παρούσης πτυχιακής εργασίας ορίζεται η ανάλυση και καταγραφή της περίπτωσης εργασιακής εξουθένωσης και συγκεκριμένα των Κοινωνικών Λειτουργιών στο Κέντρο Αποθεραπείας και Φυσικής Αποκατάστασης ΚΑΦΚΑ στην Κόρινθο. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος της εργασίας, αναλύονται οι περιπτώσεις της εργασιακής εξουθέσης καθώς και οι λόγοι αλλά και οι αιτίες από τις οποίες προκαλείται, ποια η μορφή του Burn Out στους κοινωνικούς λειτουργούς, ποιοι οι λόγοι δημιουργίας του καθώς και οι τρόποι καταπολέμησης του αντίστοιχα σε συνάρτηση με τις συνέπειες του φαινομένου.

Αντίστοιχα, στο δεύτερο κεφάλαιο της συγκεκριμένης εργασίας, αναλύονται οι συνιστώσες του Burn Out και των κοινωνικών λειτουργιών σε κέντρα αποθεραπείας και φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης αλλά και η σύνδεσή τους με την Διοίκηση και λειτουργία τους όπως και ποιες οι βασικές μορφές Burn Out στα κέντρα αποθεραπείας και φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης ατόμων με κινητικά προβλήματα. Επίσης ποιοι οι λόγοι πρόκλησης των μορφών αυτών στα κέντρα αποθεραπείας και φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης ατόμων με κινητικά προβλήματα και τέλος ποιοι οι τρόποι αντιμετώπισης του συγκεκριμένου φαινομένου με σκοπό τη καλύτερη διοίκηση και λειτουργία των κέντρων αυτών.

Ευχαριστίες

Ένα πολύ μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτρια μου και επιβλέπτουσα της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας Κα. Καραμανίδου Χριστίνα για την πολύ μεγάλη βοήθεια της κατά την διάρκεια της έρευνας μου.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω όλους τους ειδικούς αλλά και εκείνους που ασχολούνται καθημερινά με την λειτουργία των δημοσίων μονάδων υγείας και νοσοκομείων στην Ελλάδα αναφορικά με τις παρακολούθηση της λειτουργίας ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες χειρουργείου και στην ευθύνη των ιατρών.

Επιπλέον θα ήθελα να δηλώσω ότι είμαι ευγνώμων στο προσωπικό των διαφόρων εταιριών και οργανισμών που ασχολούνται με αυτού του είδους την θεματολογία, για την απεριόριστη παροχή πληροφοριών σχετικά με τον τρόπο που εργάζονται τα μέλη της διεπιστημονικής ομάδας πρώτης γραμμής στα δημόσια νοσοκομεία και συγκεκριμένα στα χειρουργεία δημοσίων νοσοκομείων στην Ελλάδα σχετικά με τις υπηρεσίες ποιότητας που προσφέρουν στις χειρουργικές επεμβάσεις

Τέλος, θα επιθυμούσα να αποστείλω τις ευχαριστίες μου στα μέλη της οικογενείας μου αλλά και τους φίλους μου, οι οποίοι όλο αυτόν τον καιρό της προετοιμασίας της συγκεκριμένης εργασίας αλλά και έρευνας με στήριξαν σε υπέριστο βαθμό.

Εισαγωγή

Κάθε εργασιακό περιβάλλον θεωρείται ένας ζωντανός οργανισμός καθώς στελεχώνεται αλλά και διοικείται από ανθρώπους, που μέσα από την προαπάθεια που καταβάλουν καθημερινά, παράγουν έργο. Δίχως τους ανθρώπους αυτούς δεν υφίστανται ουσιαστικά επιχειρήσεις. Κατ' επέκταση, οι εργαζόμενοι αποτελούν σε πολλές περιπτώσεις τον πιο καθοριστικό συντελεστή παραγωγής, για να λειτουργήσει και να επιτύχει τους στόχους της ένας οργανισμός. Τη διαφορά την κάνουν οι άνθρωποι, είτε αυτοί διοικούν είτε απλά εκτελούν.

Τα μηχανήματα, οι ηλεκτρονικοί υπολογιστές, οι εγκαταστάσεις και γενικά οι άλλοι συντελεστές παραγωγής, ούτε σκέπτονται, ούτε μαθαίνουν, ούτε προσπαθούν, ούτε βέβαια θέτουν στόχους και αποφασίζουν για το τι, πόσο και πώς θα πράξουν, ούτε απεργούν και ούτε ζητούν ανταμοιβές. Αλλά και δεν παρακινούνται, δεν δρουν συλλογικά και δεν έχουν προσδοκίες και ανάγκες να ικανοποιηθούν.

Για τις ανάγκες της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας πραγματοποιείται εκτεταμένη βιβλιογραφική και εμπειρική έρευνα στο Κέντρο Φυσικοθεραπείας και Αποκατάστασης Ατόμων με κινητικά προβλήματα ΚΑΦΚΑ στη Κόρινθο. Κοινωνικοί Λειτουργοί που εργάζονται στο συγκεκριμένο Κέντρο και εναποθέτουν τις απόψεις τους σε ερωτήσεις σχετικά με την επιρροή του Burn Out στην καθημερινή τους εργασία και κοινωνική ζωή καθώς και στη Διοίκηση και Λειτουργία του Κέντρου.

1. Κεφάλαιο Πρώτο : Επαγγελματική Εξουθένωση – Burn Out Κοινωνικών Λειτουργών

1.1 Τι Ορίζεται ως Επαγγελματική Εξουθένωση – Burn Out, Λόγοι και Αιτίες

Η ιατρική και η επιστήμη των κοινωνικών λειτουργιών θεωρούνται από τα πιο ψυχοφθόρα επαγγέλματα που ασχολούνται με τον άνθρωπο. Εξαιτίας λοιπόν του γεγονότος αυτού, καθώς και άλλων παραγόντων, παρατηρήθηκε ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί πολλές φορές μπορεί να παρουσιάσουν ένα είδος κούρασης με κάποια κοινά χαρακτηριστικά το οποίο και ονομάστηκε από τους ειδικούς, σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης. Το πρόβλημα αυτό ξεκίνησε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα από το 1970. Σύμφωνα με μελέτες οι αιτίες που προκαλούν το συγκεκριμένο σύνδρομο είναι ο φόρτος εργασίας, η συναισθηματική εργασία, η οργανωτική και διοικητική δομή των δημόσιων νοσοκομείων, ο μειωμένος έλεγχος και η περιορισμένη αυτονομία στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας (Μάρκοβιτς Γιάννης, 2002).

Πέρα όμως από τις βασικές αιτίες που μόλις αναφέραμε, έχουν αναφερθεί και άλλες αιτίες όπως οι συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων που έχουν οι ιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί καθώς και των απαιτήσεων του οργανισμού στον οποίον προσφέρουν τις υπηρεσίες τους. Όταν μιλάμε για σύγκρουση αξιών εννοούμε την σύγκρουση ηθικών αξιών που μπορεί να έχει ένας εργαζόμενος σχετικά με τις προτεραιότητες που έχει θέσει στην ζωή του - επαγγελματική και προσωπική - καθώς και τα ιδανικά που έχει. Είναι σύνηθες το φαινόμενο ορισμένες φορές η επαγγελματική ζωή να έρχεται σε σύγκρουση με την

προσωπική και το αποτέλεσμα είναι ο κάθε άνθρωπος που έρχεται σε αυτή τη θέση να μην ξέρει πως να φερθεί. Επιπρόσθετα, επιβαρύνονται από το συναισθηματικό κλίμα της εργασιακής ομάδας, την κακή ηγεσία, τις συγκρούσεις και τον εκφοβισμό μέσα στο χώρο εργασίας τους και φυσικά από τον χαμηλό μισθό τους και την έλλειψη αναγνώρισης του έργου τους (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004).

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται στους ιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς με τις παρακάτω τρεις ενδείξεις (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004):

- *Η συναισθηματική εξάντληση*
- *Η ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων και*
- *Η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων.*

Η ενέργεια, η συμμετοχή και η αποτελεσματικότητα του ιατρού και κοινωνικού λειτουργού χάνονται από την εξάντληση και τον κυνισμό. Η εργασία γίνεται «άψυχη», το άτομο διαβρώνεται και ψυχικά και πνευματικά. Νιώθει συναισθηματικά στεγνός και άδειος. Αυτή η «συναισθηματική νέκρωση» συχνά απλώνεται και επηρεάζει και άλλους τομείς της ζωής του. Ακόμα και στην περίπτωση που αλλάξουν οι συνθήκες προς το καλύτερο, το θύμα που πάσχει από την επαγγελματική εξουθένωση δυσκολεύεται να δει την αλλαγή, γίνεται δύσπιστο και παγιδεύεται στο φαύλο κύκλο της αποπροσωποποίησης (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004). Όταν μιλάμε για αποπροσωποποίηση εννοούμε την αναίσθητη και απρόσωπη συμπεριφορά των ατόμων. Αυτή η αρνητική επιρροή προς τους άλλους μπορεί να οφείλεται κατά μεγάλο ποσοστό στην σωματική και ψυχολογική εξάντληση.

Υπάρχουν περιπτώσεις που η αδιαφορία του θύματος για τους άλλους, στοιχείο που διακρίνει την επαγγελματική εξουθένωση από το επαγγελματικό άγχος, μπορεί να φτάσει στην απάθεια. Δυστυχώς, το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στα άτομα εκείνα που από την αρχή επέδειξαν ιδιαίτερο ζήλο για το αντικείμενο τους, προσφέροντας νέες ιδέες και πολλή ενέργεια αλλά ταυτόχρονα είχαν και υψηλές προσδοκίες εξέλιξης και ανταμοιβής.

Το πέρασμα στην επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διαδικασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και έχει τα ακόλουθα στάδια:

- *Στάδιο ενθουσιασμού. Χαρακτηρίζεται από υπερβολικά υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υπερεπένδυση στις σχέσεις τους με τους ασθενείς*
- *Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας. Ο επαγγελματίας υγείας ξεκινάει και καταλαβαίνει ότι ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του*
- *Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης. Ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και απογοητεύεται με συνέπεια να οδηγείται σε κατάθλιψη.*
- *Στάδιο απάθειας. Ο επαγγελματίας αισθάνεται «κενός» στο τέλος της μέρας, απαθής, αποθαρρημένος, γεμάτος ενοχές, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, δέχεται επικρίσεις, καταφεύγει σε συγκρούσεις ή απομονώνεται (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004).*

Χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης στον ιατρικό χώρο είναι ότι αποτελεί μια διαδικασία ύπουλη που είναι δύσκολο να γίνει αντιληπτή

μετά από αρκετό καιρό και μόνο όταν τα άτομα αρχίζουν να νιώθουν τη κούραση αλλά και την εξάντληση στα εργασιακά τους καθήκοντα. Τα πάσχοντα άτομα δεν μπορούν να καταλάβουν τι ακριβώς τους συμβαίνει. Για το λόγο αυτό τείνουν να απωθούν ή να αγνοούν τα σωματικά συμπτώματα, τις γνωσιακές δυσκολίες και τον ψυχικό πόνο που τους προκαλεί (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004).

Οι κοινωνικοί λειτουργοί σε σχετικές έρευνες (Λεωνίδας Γρηγοράκος, 2005), σε διάφορα κοινωνικά ιδρύματα, ανέφεραν μεταξύ άλλων ότι ένιωθαν αδύναμοι να διεκπεραιώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, κουρασμένοι, χωρίς να τους έχει απομείνει καθόλου ενέργεια όπως και κίνητρα, αβοήθητοι και μόνοι. Τα προβλήματα τους έμοιαζαν να είναι αξεπέραστα. Η συνεχής έκθεση τους στον ανθρώπινο πόνο καθώς και το να είναι μονίμως μάρτυρες άσχημων καταστάσεων, τους οδηγούσε σε στρεσογόνα συναισθήματα που τους έκαναν να νιώθουν ευάλωτοι και να έχουν ενοχές με τη δυσκολία τους να τους βοηθήσουν (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004).

Κατηγορούσαν συνεχώς τον εαυτό τους ότι δεν ήταν ικανοί. Δεν ήταν σε θέση να προσφέρουν, δεν είχαν να δώσουν. Τα σύνορα που όριζαν από πού ξεκινάει και πού τελειώνει η ευθύνη τους ήταν συγκεχυμένα. Η μνήμη τους ακόμα και για βασικά πράγματα τους πρόδιδε. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Αυτή τους η ντροπή έπαιρνε ανεξέλεγκτες διαστάσεις. Είχαν απώλεια του αισθήματος ελέγχου, ανεπάρκειας, κατωτερότητας που τους οδηγούσε σταδιακά στην απομόνωση από τους άλλους ανθρώπους και την εγκατάλειψη. Ξεκίνησαν να μην τρώνε όσο έπρεπε, να μην

κοιμούνται, να μην ασκούνται, να μην ασχολούνται με κοινωνικές δραστηριότητες και δεν αφιέρωναν χρόνο για την ξεκούραση τους (Μάρκοβιτς Γιάννης, 2002).

Ζούσαν με το φόβο να μην υποπέσουν σε λάθη. Αντιμετώπιζαν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις χωρίς νόημα με τους ασθενείς τους. Η διέξοδος τους ήταν να αποστασιοποιούνται από αυτούς. Το γεγονός αυτό όμως τους προκαλούσε εσωτερική σύγκρουση και αίσθημα βαθιάς διάψευσης των προσδοκιών τους. Αποτέλεσμα ήταν να απειλείται η επαγγελματική αυτοεικόνα τους. Ο αγώνας για να αποφύγουν το πόσο ευάλωτοι ένιωθαν και για να προστατέψουν την αυτοεικόνα τους, τους οδήγησε στην κοινωνική απομόνωση καθώς και στην απώθηση των συναισθημάτων τους. Η ανάρρωση άρχιζε μόνο όταν το πρόβλημα έφτανε στο απροχώρητο και οι πάσχοντες έφταναν στο σημείο να αναγνωρίζουν τα προβλήματα τους (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004).

1.2 Μορφή του *Burn Out* στους Κοινωνικούς Λειτουργούς

Το σύνδρομο στους κοινωνικούς λειτουργούς περιλαμβάνει μια φυσιολογική, συναισθηματική και κάποιες φορές ψυχική παραίτηση από μια επαγγελματική δραστηριότητα την οποία εκτελούν και χαίρονται για αυτήν, και όπου την θέση της χαράς καταλαμβάνει το άγχος, η πίεση και η δυσαρέσκεια. Τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου "*Burnout*" φέρονται να είναι τα ακόλουθα (Μάρκοβιτς Γιάννης, 2002):

- *Εξάντληση*, τόσο φυσική όσο και συναισθηματική. Η εξάντληση λαμβάνει την μορφή του χαμένης αυτοπεποίθησης, ενέργειας, ενδιαφέροντος και εμπιστοσύνης

- *Αποπροσωποποίηση*, η οποία λαμβάνεται ως η αναίσθητη και απρόσωπη συμπεριφορά των ατόμων. Αυτή η αρνητική επιρροή προς τους άλλους μπορεί να οφείλεται κατά μεγάλο ποσοστό στην σωματική και ψυχολογική εξάντληση
- *Συναισθήματα χαμηλής προσωπικής εκπλήρωσης*, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αποτυχία και κατάθλιψη. Το γεγονός αυτό είναι πολλές φορές ορατό σε περιπτώσεις εργασιών χαμηλής παραγωγικότητας ή μειωμένου δείκτη απόδοσης.

Διαφορετικά με ότι συμβαίνει σε άλλες φάσεις και σχετικά με το συγκεκριμένο σύνδρομο που αναλύουμε, όταν ένα άτομο - επαγγελματίας καταληφθεί από το σύνδρομο αυτό τότε το γεγονός αυτό στο 80% των περιπτώσεων συνεπάγεται με την εγκατάλειψη του συγκεκριμένου επαγγέλματος με το οποίο ασχολείται. Στον επαγγελματικό τομέα, το σύνδρομο αυτό διαφέρει από απλή παραίτηση του οργανισμού, καθώς αυτό συμπεριλαμβάνει χαρακτηριστικά όπως την ψυχολογική και συναισθηματική έννοια, αρνητικές συμπεριφορές προς τρίτους, χαμηλή αυτοεκτίμηση και κατάπτωση. Για τους λόγους αυτούς πολλοί επαγγελματίες φθάνουν στο σημείο να εγκαταλείπουν εντελώς το χώρο και ν' αποσύρονται από τις όποιες σχετικές δραστηριότητες και απλά επιτελούν τα απολύτως απαραίτητα (Αλεξιάδης, Ι., Σιγάλας, Α.Δ., 1999).

Βέβαια υπάρχει και η αντίθετη περίπτωση όπου επαγγελματίες σε διάφορα επαγγέλματα συμπεριλαμβανομένων και αυτών της υγείας και των κοινωνικών λειτουργιών παρά το γεγονός πως εμφανίζουν τα συμπτώματα του συγκεκριμένου συνδρόμου, δεν τα παρατούν τόσο εύκολα και έχουν

αναφερθεί και περιπτώσεις όπου κάποιοι καταφέρνουν να ξεπεράσουν το σύνδρομο αυτό και να διεξάγουν κανονικά τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις. Λόγοι οι οποίοι συνδέονται με την επιμονή αυτή είναι κυρίως οικονομικοί ή οικογενειακοί, αφού πολλοί δεν θέλουν να απογοητεύσουν τις προσδοκίες των συγγενών τους καθώς και των ασθενών τους (Αλεξιάδης, Ι., Σιγάλας, Α.Δ., 1999).

Ως εκ τούτου, τα άτομα – κοινωνικοί λειτουργοί συνήθως που ασχολούνται με τον επαγγελματικό τομέα και διακατέχονται από το σύνδρομο “Burnout”, αποφασίζουν να εγκαταλείψουν το συγκεκριμένο είδος επαγγέλματος με το οποίο ασχολούνται στην περίπτωση που τα προσωπικά κίνητρα και η ψυχολογική κατάσταση υπερτερούν εκείνα των οικονομικών και γενικότερα άλλων προσωπικών λόγων (Γκουλιαβούδη, Αν., 2006).

1.3 Επιπρόσθετοι Λόγοι Δημιουργίας του Burn Out στους Κοινωνικούς Λειτουργούς

Σχετικά με το εργασιακό περιβάλλον στον κλάδο της υγείας, θα πρέπει να αναγνωρίσουμε ορισμένα χαρακτηριστικά που κάνουν πιο εύκολη την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Ορισμένα από τα χαρακτηριστικά αυτά, είναι ο φόρτος εργασίας, η ανεπαρκής ενθάρρυνση, η έλλειψη ισότητας, η σύγκρουση αξιών και τέλος το δυσάρεστο περιβάλλον εντός των ιδρυμάτων ή εντός των νοσοκομείων που εργάζονται καθημερινά και προσφέρουν τις υπηρεσίες τους σε άτομα που έχουν ανάγκη. Βέβαια η επαγγελματική εξουθένωση και η οποία προκαλεί αυξημένα επίπεδα άγχους και μειωμένη αυτοεκτίμηση, δεν εμφανίζεται μέσα σε ένα βράδυ. Αντίθετα, τα προβλήματα επιδεινώνονται

σταδιακά. Από τη στιγμή που οποιοσδήποτε- σε οποιοδήποτε επάγγελμα και επίπεδο εργασίας- μπορεί να υποφέρει από επαγγελματική εξουθένωση, είναι απαραίτητο ο επαγγελματίας να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της επαγγελματικής εξουθένωσης πριν ξεφύγουν από τον έλεγχό του. Κάποια από τα χαρακτηριστικά του *burnout* στους κοινωνικούς λειτουργούς είναι τα ακόλουθα (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004):

- **Έλλειψη κινήτρων.** Όλα ξεκινούν και καταλήγουν από την υπερβολή. Πολλοί είναι εκείνοι που αναλαμβάνουν υποχρεώσεις και προσπαθούν να ολοκληρώσουν θέματα και καταστάσεις ακόμη και όταν δεν είναι μέσα στα καθήκοντα τους. Όλοι λίγο πολύ, διακρίνονται από το στοιχεία της φιλοδοξίας και ο καθένας έχει τα κίνητρα τους στην αρχή της καριέρας του. Μετά όμως από ένα ορισμένο διάστημα και μην μπορώντας να διεκπεραιώσει όλα όσα έχει αναλάβει το άτομο κουράζεται, οι απαιτήσεις των γύρω του είναι σαφώς υψηλότερες, καταλήγοντας τελικά να μην βρίσκει κάποιο πραγματικό νόημα στην εργασία του.
- **Έντονη αποστροφή για την εργασία.** Σταδιακά φτάνουμε στο επόμενο στάδιο που είναι η ίδια η αποστροφή της εργασίας από τους κοινωνικούς λειτουργούς. Υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους η εργασία μπορεί να είναι αφόρητη. Μπορεί κάποιος να αντιπαθεί τους προϊσταμένους του, ή να έχει κουραστεί από τον φόρτο εργασίας. Μπορεί ακόμη να μη γίνεται κατανοητή η προσφορά του ή να μην εκτιμάται όσο θα πρέπει. Μπορεί όμως το ίδιο το άτομο να μην είναι σε θέση να βοηθήσει τους πελάτες ή τους ασθενείς του και αυτό αποτελεί ένα σημείο τριβής στον εργασιακό του χώρο. Το αίσθημα αυτό της

αδιαφορίας ή της μη ικανοποίησης σχετίζεται επίσης με την επαγγελματική εξουθένωση.

- **Αίσθηση αποξένωσης.** Δεν είναι λίγοι εκείνοι, που αισθάνονται απομονωμένοι από τους συναδέλφους τους κοινωνικούς λειτουργούς ή αποφεύγουν τις κοινωνικές επαφές και τις συζητήσεις μαζί τους. Το να διαχωρίζει το άτομο τον εαυτό του από τους συναδέλφους του και το υπόλοιπο προσωπικό οδηγεί πάντα στην αποξένωση. Ο άνθρωπος που βρίσκεται σε αυτή την κατάσταση συχνά αισθάνεται ότι «μένει απ' έξω» (Όλοι φαίνονται να διασκεδάζουν με τη δουλειά τους, γιατί όχι κι εγώ;). Τα συναισθήματα αυτά μόνο επιδεινώνουν περισσότερο τη ματαίωση και την απογοήτευση.
- **Προβλήματα υγείας.** Η επαγγελματική εξουθένωση στους κοινωνικούς λειτουργούς στο τέλος εκδηλώνεται με κάποια μορφή σωματικού προβλήματος. Σε αυτό το στάδιο πια οι περισσότεροι άνθρωποι συνειδητοποιούν ή παραδέχονται ότι κάτι δεν πάει καλά. Τα πιο συχνά προβλήματα υγείας είναι οι επίμονοι πονοκέφαλοι, οι οσφυαλγίες και άλλα προβλήματα που σχετίζονται με το στρες. Οι άνθρωποι αυτοί ίσως έχουν επίσης προβλήματα ύπνου. Ίσως επίσης να έχουν υπερβολικά χαμηλά ή υψηλά επίπεδα βάρους ή να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ. Τα αισθήματα αυτο-λύπησης είναι επίσης συχνά.

Εκτός από τα παραπάνω, υπάρχουν και προσωπικοί παράγοντες που καθιστούν κάποιους κοινωνικούς λειτουργούς "ιδανικούς υποψήφιους" για εργασιακή εξουθένωση με συνεπακόλουθα τα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης και αυξημένο επίπεδο άγχους. Το φαινόμενο αυτό συνήθως 'χτυπά' τα άτομα που έχουν τα παρακάτω χαρακτηριστικά (Μπέσης Ν., 1993):

- Είναι ιδιαίτερα ευσυνείδητα
- Έχουν υπερβολικές προσδοκίες από τον εαυτό τους, επιδιώκουν την τελειότητα και έχουν την πεποίθηση ότι μπορούν -ή πρέπει- να επιτυγχάνουν σε ό,τι κάνουν
- Θέτουν μη ρεαλιστικούς στόχους και αναλαμβάνουν περισσότερα απ' όσα θα μπορούσαν να φέρουν σε πέρας χωρίς να... φτάσουν στα όριά τους
- Δυσκολεύονται ή δεν επιτρέπουν στον εαυτό τους- να λένε "όχι", θέλουν να ικανοποιούν τους πάντες
- Αρνούνται να μοιραστούν τις ευθύνες με άλλους ή να συζητήσουν τις δυσκολίες τους και προτιμούν να εργάζονται μόνοι
- Θεωρούν ότι η προσωπική αξία τους είναι στενά συνδεδεμένη με τη δουλειά τους και έχουν έντονη την ανάγκη αποδοχής από τους άλλους μέσα από τα επιτεύγματά τους. Το φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης "προειδοποιεί" για την εμφάνισή του, καθώς είναι μια συσσωρευτική διαδικασία που οδηγεί σταδιακά σε συναισθηματική εξάντληση και απόσυρση, της οποίας τα πρώτα σημάδια είναι η απώλεια ενεργητικότητας και κινήτρου και μια αίσθηση "παράλυσης" σχετικά με την αντιμετώπισή της – η επαγγελματική εξουθένωση είναι ο "πάτος" μιας αργής και... σιωπηλής διαδικασίας.

Παράλληλα είναι πολύ σημαντικό να βρεθεί μια ισορροπία μεταξύ των ωρών εργασίας και του προσωπικού χρόνου στους κοινωνικούς λειτουργούς. Πολλές φορές το άτομο αποφεύγει να ασχοληθεί με τον εαυτό του γιατί υπάρχουν πολλά άλυτα θέματα με τα οποία δεν μπορεί να τα βγάλει πέρα. Ωστόσο, βάζοντας ουσιαστικά θέματα στην αναμονή βραχυπρόθεσμα μπορεί

να επιτευχθεί ο στόχος, δηλαδή το κάθε άτομο να λειτουργεί άψογα στον εργασιακό του νοσηλευτικό χώρο, αλλά αυτό θα είναι επιζήμιο για την υγεία μιας ο άνθρωπος θα είναι συνεχώς κουρασμένος και στην πραγματικότητα οι προτεραιότητές του θα είναι εντελώς λανθασμένες (Χυτήρης Σ. Λεωνίδας, 2001).

Ο κλάδος της υγείας, όπως γίνεται αντιληπτό είναι ένας τομέας πολύ ιδιαίτερος. Για τους εργαζόμενους στον κλάδο αυτό, το νοσηλευτικό ή τεχνικό προσωπικό διακατέχεται συχνά από τη μόνιμη έννοια που είναι η δουλειά, καθώς το άγχος είναι συνεχές και η χαλάρωση καταντά αδύνατη. Τότε η εξάντληση και ο εκνευρισμός παίρνουν τον πρώτο ρόλο. Είναι πολύ σημαντικό να παίρνει κανείς και ικανοποίηση από τη δουλειά του. Όταν αυτό δεν συμβαίνει η αλλαγή στις συναισθηματικές απολαβές είναι εμφανής.

Επίσης, ο άσχημος εργασιακός χώρος στα νοσοκομεία και στα κέντρα αποκατάστασης είναι ίσως η σημαντικότερη αιτία, που ευθύνεται για την μη σωστή και αποτελεσματική αντιμετώπιση του συγκεκριμένου συνδρόμου στους κοινωνικούς λειτουργούς. Όταν λέμε άσχημο εργασιακό περιβάλλον εννοούμε την ακαταλληλότητα των κτιρίων, την έλλειψη στοιχειωδών μέσων-μηχανημάτων που απαιτούνται για την διεκπαιρέωση του έργου τους, χαμηλοί μισθοί, γραφειοκρατία καθώς και πάρα πολύ άλλα αίτια.

Για τους κοινωνικούς λειτουργούς, τα πράγματα είναι ιδιαίτερα δύσκολα καθώς έχουν να κάνουν καθημερινά με τη διαχείριση του πόνου, την ασθένεια και την ψυχική ηρεμία τόσο των ασθενών, όσο και τη δική τους. Συμπτώματα που συχνά αντιμετωπίζουν και υποφέρουν από αυτά οι κοινωνικοί λειτουργοί και

λόγω άσχημου εργασιακού περιβάλλοντος, είναι τα ακόλουθα (Δρακουλόγκωνα, Σ., 2004):

- Έντονα αρνητικά συναισθήματα και σκέψεις:
- ανυπομονησία
- αρνητισμός
- αδυναμία αντίδρασης
- σύγχυση
- έλλειψη ελπίδας
- θυμός, αίσθημα "ματαίωσης" και απογοήτευσης
- συναισθηματική απομάκρυνση και απομόνωση από τους οικείους του και από τους συναδέλφους
- έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία
- ανία, αδιαφορία, αποτυχία
- 'εγκλωβισμός' σε μια κατάσταση από την οποία δεν υπάρχει διαφυγή
- υπερβολική πίεση από τα καθήκοντα
- αβεβαιότητα για τις ικανότητες και την επαγγελματική επάρκεια
- έντονο άγχος, αναποφασιστικότητα
- κυνισμός, ευερεθιστότητα.

Επίσης, μπορεί να παρουσιαστούν και σωματικές ενοχλήσεις, όπως:

- πονοκέφαλοι, πόνοι σε διάφορα σημεία του σώματος
- προβλήματα στον ύπνο (αϋπνία ή υπνηλία)
- αλλαγές στην όρεξη (μείωση ή αύξηση)
- αυξημένη αρτηριακή πίεση
- Βρουξισμός, δηλαδή τρίξιμο των δοντιών κατά τη διάρκεια του ύπνου

➤ έντονη, παρατεταμένη κόπωση.

1.4 Οι Συνέπειες του Φαινομένου για το Άτομο στην Κοινωνία, το Σύστημα Υγείας και αν Τελικώς Μπορεί να Επιτευχθεί Αξιολόγηση στο Συγκεκριμένο Φαινόμενο

Από τα πορίσματα ερευνών και την επισκόπηση της σχετικής επιστημονικής βιβλιογραφίας, στο ελληνικό σύστημα υγείας έχουν διαπιστωθεί αρκετά προβλήματα στην ανάπτυξη του ανθρώπινου νοσηλευτικού και ιατρικού δυναμικού όπως και κοινωνικών λειτουργών σε εργασιακό, ατομικό και κοινωνικό επίπεδο και τα οποία δεν επιτρέπουν την σωστή αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και του φαινομένου Burn Out. Αυτά έχουν ποσοτικό και ποιοτικό χαρακτήρα και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής (Γκουλιαβούδη, Αν., 2006),:

➤ προβλήματα στον σχεδιασμό – προγραμματισμό

Οι αποφάσεις των σχεδιαστών προγραμμάτων υγείας που έχουν αποδέκτες τους ιατρούς και κοινωνικούς λειτουργούς συχνά βασίζονται σε πρόχειρες εκτιμήσεις, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι δυνάμεις προσφοράς και ζήτησης για το ανθρώπινο δυναμικό. Επιπλέον, παρατηρείται έλλειψη ολοκληρωμένων προγραμμάτων και σχεδίων για την περιφέρεια και ειδικότερα για τα επαγγέλματα υγείας εκτός των ιατρών.

➤ προβλήματα στην παραγωγή – εκπαίδευση

Οι εκπαιδευτικοί φορείς αντιμετωπίζουν προβλήματα επάρκειας και λειτουργίας, με αποτέλεσμα το μοντέλο παραγωγής των επαγγελματιών

υγείας να είναι ιατρό-κεντρικό. Δίνεται βάρος στην επεμβατική ιατρική και όχι στην γενική ιατρική, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην πρόληψη, που είναι απαραίτητοι παράγοντες για την ανάπτυξη του συστήματος. Επίσης, παρατηρούνται ελλείψεις στη νοσηλευτική εκπαίδευση και στην συνεχιζόμενη κατάρτιση, ενώ απουσιάζουν εκπαιδευτικά προγράμματα που να προετοιμάζουν κατάλληλα διοικητικά στελέχη με οικονομοτεχνικές γνώσεις.

➤ ***προβλήματα στη διαχείριση – διοίκηση***

Η έλλειψη των οικονομικών, κοινωνικών και ηθικών κινήτρων, προκαλεί σύγχυση ρόλων και αρμοδιοτήτων και οδηγεί στην μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών νοσηλευτικής και κοινωνικών λειτουργιών. Επιπλέον, η απουσία της 'κουλτούρας' του Μάνατζμεντ, οι προβληματικές συνθήκες απασχόλησης και η έλλειψη ορθολογικών μηχανισμών διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού, μειώνουν την ικανοποίηση και την αποδοτικότητα των απασχολούμενων του συστήματος υγείας.

➤ ***Προβλήματα στο Σχεδιασμό και Διοίκηση - Διαχείρισης του Ανθρώπινου Δυναμικού Κοινωνικών Λειτουργιών στο Ε.Σ.Υ.***

Όπως αναφέρθηκε, στην Ελλάδα δεν υπάρχουν πολιτικές και συγκεκριμένοι στόχοι για τον προγραμματισμό, τη διοίκηση και την διαχείριση του ανθρώπινου νοσηλευτικού δυναμικού στον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να εμφανίζονται σημαντικά προβλήματα κατά την χρήση των υπηρεσιών και την αντιμετώπιση του συγκεκριμένου συνδρόμου στους κοινωνικούς λειτουργούς. Τα

κυριότερα προβλήματα που καθιστούν αδύνατη την επίτευξη αυτή, είναι τα ακόλουθα :

- *Η δυσκολία πρόβλεψης του αριθμού των ατόμων νοσηλευτών και του επιστημονικού υπόβαθρου αυτών, που απαιτούνται για την κάλυψη των αναγκών του τομέα της υγείας.*

Ο κρατικός μηχανισμός δεν γνωρίζει με ακρίβεια τους ανθρώπους που απασχολεί στον τομέα της υγείας, γεγονός που δεν αφορά μόνο το συγκεκριμένο κλάδο αλλά ολόκληρο τον δημόσιο τομέα.

- *Η έλλειψη νομοθετικής κατοχύρωσης των καθηκόντων για την κάθε κατηγορία εργαζομένων.*

Οι εργαζόμενοι θα πρέπει να καλύπτονται νομοθετικά σχετικά με το πότε επεμβαίνουν, προσφέροντας τις υπηρεσίες τους, και μέχρι που φτάνει το έργο τους για την αποφυγή παρεξηγήσεων με τις οικογένειες και τους συγγενείς των ασθενών καθώς και με τους ίδιους τους ασθενείς.

- *Η συγκρουόμενη και προβληματική σχέση του τομέα της υγείας με τους άλλους κοινωνικοοικονομικούς τομείς της χώρας (Κωνσταντοπούλου, Αικ., 2005).*

Δυστυχώς τα κρατικά κονδύλια και ο προϋπολογισμός ήταν πάντα περιορισμένος για όλους τους κλάδους της χώρας, καθώς πολλά είναι αυτά που έχουν προτεραιότητα σε ένα κράτος όπως η υγεία, η παιδεία αλλά η παρατεταμένη κακοδιαχείριση των κονδυλίων δυσχεραίνει, χρόνο με το χρόνο, την επικρατούσα κατάσταση.

Επιπλέον, οι πολιτικές των ανθρώπινων πόρων χαρακτηρίζονται από πλήρη αποσύνδεση των αγορών εκπαίδευσης και απασχόλησης, λόγω έλλειψης συνεργασίας των αρμόδιων υπουργείων. Το υπουργείο παιδείας είναι υπεύθυνο για την εκπαίδευση και την παραγωγή των στελεχών των υπηρεσιών υγείας, λειτουργεί όμως ανεξάρτητα από το υπουργείο υγείας, που είναι υπεύθυνο για τον υγειονομικό τομέα. Δημιουργείται λοιπόν σύγχυση για τις πραγματικές ανάγκες του ανθρώπινου δυναμικού κοινωνικών λειτουργιών.

➤ ***Προβλήματα στη Διοίκηση του Ανθρώπινου Δυναμικού Κοινωνικών Λειτουργιών στο Ε.Σ.Υ.***

Ένα άλλο πολύ σημαντικό πρόβλημα του ελληνικού υγειονομικού συστήματος στην Ελλάδα, είναι οι ελλείψεις σε εκπαιδευόμενο δυναμικό κοινωνικών λειτουργιών, με ταυτόχρονη την άνιση γεωγραφική κατανομή του. Η έλλειψη αυτή οδηγεί στην κάλυψη των συγκεκριμένων αναγκών των δημόσιων νοσοκομείων με την εργασία μεγάλου αριθμού 'πρακτικών' κοινωνικών λειτουργιών που δεν έχουν την κατάλληλη θεωρητική και πρακτική εκπαίδευση. Επίσης, πολλές φορές, το εν δυνάμει δυναμικό, δεν μπορεί να απασχοληθεί στις υπηρεσίες υγείας, διότι οι θέσεις που προκηρύσσονται είναι πολύ λιγότερες από την ζήτηση.

Οι συνθήκες απασχόλησης των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργιών υγείας στην Ελλάδα, σίγουρα δεν είναι κατάλληλες. Ως παράδειγμα μπορεί να αναφερθεί ένα νοσοκομείο ή κέντρο αποκατάστασης και στο οποίο δεν υπάρχουν ηθικά κίνητρα, δεν έχει καταργηθεί η πελατειακή σχέση κοινωνικού λειτουργού-ασθενή, το περιβάλλον εργασίας έχει αδυναμίες και τα οικονομικά

κίνητρα δεν είναι ικανοποιητικά. Καταρχήν, η πολιτική των αμοιβών η οποία χρηματοδοτείται από τον κρατικό προϋπολογισμό και από την κοινωνική ή ιδιωτική ασφάλιση, οδηγεί σε οικονομικό όφελος μόνο του γιατρού – καταναλωτή, λόγω της ισχυρής του θέσης (Γκουλιαβούδη, Αν., 2006).

Επίσης, η έλλειψη οικονομικών, ηθικών, εκπαιδευτικών και άλλων κινήτρων, λειτουργεί ανασταλτικά και μειώνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα των εργαζομένων. Δεν υπάρχουν λοιπόν κατάλληλες συνθήκες απασχόλησης, κατάλληλο περιβάλλον εργασίας και αξιοκρατικές αμοιβές με αποτέλεσμα επαγγέλματα όπως η νοσηλευτική, η κοινωνική εργασία και η φυσιοθεραπεία, τα οποία συχνά προσφέρουν περισσότερα στον κάθε ασθενή και σε σύγκριση με τους ιατρούς, να υποβαθμίζονται αντίστοιχα.

➤ ***Έλλειψη Εκπαίδευσης των Κοινωνικών Λειτουργών***

Όσον αφορά την εκπαίδευση των επαγγελματιών κοινωνικών λειτουργών στα νοσοκομεία και κέντρα αποκατάστασης της χώρας σε συνάρτηση με την ύπαρξη του φαινομένου Burn Out, παρατηρούνται ποιοτικές και ποσοτικές αδυναμίες, κυρίως σε θέματα που αφορούν την αναλογία διδακτικού προσωπικού, την διαθεσιμότητα και την καταλληλότητα του εκπαιδευτικού εξοπλισμού, την επάρκεια των χώρων διδασκαλίας κτλ.

Επίσης, ένα μεγάλο μέρος των πηγών χρηματοδότησης για την εκπαίδευση προσφέρεται για την παραγωγή ιατρικού προσωπικού, ενώ για τα άλλα επαγγέλματα υγείας υπάρχει χαμηλότερο ενδιαφέρον οικονομικής στήριξης. Αυτό το πρόβλημα δημιουργείται εξαιτίας της δύναμης και των

πιέσεων του ιατρικού σώματος (ιατροκεντρικός χαρακτήρας του συστήματος) (Νιάκας, Δ., 2000).

Το μοντέλο εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας αλλά και των γιατρών που προορίζονται για τα κέντρα αποκατάστασης και νοσοκομεία της χώρας, ακολουθεί πρότυπα περασμένων δεκαετιών και οδηγεί σε υπερεξειδίκευση και σε πλήθος κλινικών ειδικοτήτων. Επιπλέον, μετά τη λήξη των σπουδών της ιατρικής, υπάρχει μεγάλη αναμονή για την απόκτηση ορισμένων ιατρικών ειδικοτήτων, διότι οι λίστες αναμονής στο υπουργείο υγείας είναι μεγάλες και η προσφορά θέσεων στις νοσηλευτικές μονάδες καθυστερεί (Κωνσταντοπούλου Αικ., 2005).

Η σχετική εκπαίδευση στα νοσοκομεία της χώρας παρουσιάζει προβλήματα ποιοτικής και ποσοτικής ανεπάρκειας, κυρίως λόγω της κοινωνικής υποβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Έχει αδυναμίες ως προς τη θεωρητική και πρακτική εφαρμογή της, λόγω έλλειψης τεχνικής εξειδίκευσης, ανθρωπιστικού περιεχομένου της φροντίδας και χαμηλής προσφοράς στην αγωγή υγείας. Επιπλέον, στις περισσότερες σχολές που εκπαιδεύονται οι επαγγελματίες υγείας και κοινωνικοί λειτουργοί, υπάρχουν αρκετές ελλείψεις μαθημάτων και εκπαιδευτικών εξειδικεύσεων, με αποτέλεσμα να μην έχουν ικανοποιητική κατάρτιση σε θέματα υγείας. Τέλος, οι αδυναμίες για συνεχιζόμενη εκπαίδευση, επιμόρφωση και κατάρτιση είναι εμφανείς και οφείλονται στην απουσία μηχανισμών, προγραμμάτων και σχεδίων των αρμόδιων οργάνων κυρίως για τους ανέργους κοινωνικούς λειτουργούς.

2. Κεφάλαιο Δεύτερο : *Burn Out Κοινωνικών Λειτουργών σε Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης – Σύνδεσή τους με την Διοίκηση και Λειτουργία τους*

2.1 *Ποιες οι Βασικές Μορφές Burn Out στα Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα*

Θα πρέπει να σημειωθεί πως η χρόνια σωματική και ψυχική κόπωση του προσωπικού κοινωνικών λειτουργών σε ένα κέντρο αποθεραπείας και φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης ατόμων με κινητικά προβλήματα στην ουσία μπορεί να είναι μια "προστατευτική αντίδραση" του οργανισμού τους, που λέει ότι δεν αντέχει άλλο τους ρυθμούς και πιθανόν τις επιλογές τους και απαιτεί να αλλάξουν "πορεία" (Γκουλιαβούδη, Αν., 2006).

Τα παραπάνω συνεπάγονται ότι οι κοινωνικοί λειτουργοί θα πρέπει να αντιμετωπίζουν με ψυχραιμία τα διάφορα συμβάντα. Μεταξύ των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, που συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση στα συγκεκριμένα ιδρύματα, περιλαμβάνονται η ενσυναίσθηση, η ανθεκτικότητα στο stress η αίσθηση αποτελεσματικότητας, η καλή ψυχική διάθεση και το άγχος (Μάρκοβιτς Γιάννης , 2002).

Αν και κάποιοι παράγοντες του περιβάλλοντος της εργασίας κοινωνικών λειτουργών σε ένα κέντρο αποθεραπείας και φυσικοθεραπευτικής

αποκατάστασης ατόμων με κινητικά προβλήματα φαίνονται να είναι δυσάρεστοι, εντούτοις ορισμένοι ατομικοί παράγοντες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας τους φαίνεται να συσχετίζονται συστηματικά με την επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού, ωστόσο τα διαθέσιμα δεδομένα δεν επαρκούν για τον καθορισμό αιτιολογικών σχέσεων, καθώς τα περισσότερα από αυτά έχουν συγκεντρωθεί στα πλαίσια συγχρονικών μελετών (Μάρκοβιτς Γιάννης, 2002).

Αποτελεί αδιαμφισβήτητο γεγονός πως για να επιτευχθεί η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στους ασθενείς στα διάφορα ιδιωτικά νοσοκομεία από μέρους των νοσηλευτών, υπάρχει ένα σύστημα ελέγχου ποιότητας σχετικά με αυτές τις υπηρεσίες. Το σύστημα που εφαρμόζεται με σκοπό την διασφάλιση του ελέγχου ποιότητας στο κάθε νοσοκομείο, μπορεί να προωθεί αποτελεσματικά την συνεχή βελτίωση της παρεχόμενης ποιότητας καθώς και της αποτελεσματικότητας με το δυνατόν λιγότερο κόστος για την άμεση ωφέλεια των ασθενών από μέρους των νοσηλευτών.

Ποια είναι όμως εκείνα τα συστήματα τα οποία χαρακτηρίζονται από ποιότητα και πως αναπτύσσονται εντός των ατόμων κοινωνικών λειτουργών σε ένα κέντρο αποθεραπείας και φυσικοθεραπευτικής αποκατάστασης ατόμων με κινητικά προβλήματα αυξάνοντας την αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών και μειώνοντας τα επίπεδα άγχους και πρόκλησης του Burn Out; Εκείνοι οι οποίοι ασχολούνται με τα συστήματα ποιότητας στα συγκεκριμένα κέντρα, αναφέρουν πως αυτά χαρακτηρίζονται από τις εξής τρεις παραμέτρους η συσχέτιση τους με τα επίπεδα άγχους και αυτοεκτίμησης των κοινωνικών λειτουργών με την εμφάνιση συνδρόμου Burn Out, εντοπίζονται στα ακόλουθα γεγονότα :

- *Βασίζονται σε μια κουλτούρα ποιότητας και όχι σε απόλυτες μετρήσεις και προδιαγραφές επιστημονικών περιεχομένων*
- *Αποτελούν εργαλεία διαχείρισης και βάση στοιχείων που έχουν δημιουργηθεί από τις συμμετοχικές διαδικασίες*
- *Διεξάγεται ένας μεθοδικός εντοπισμός προβλημάτων που δίνεται προς επίλυση και βελτίωση και όχι μέθοδος τιμωρίας των υπευθύνων*

Βάση των παραπάνω στοιχείων λοιπόν, γίνεται αντιληπτό πως ένας κοινωνικός λειτουργός ή μια ομάδα κοινωνικών λειτουργών η οποία εργάζεται σε ένα συγκεκριμένο κέντρο, μπορεί και διενεργεί κατάλληλα έτσι ώστε να υπάρχει ο σωστός συντονισμός, προγραμματισμός, επίβλεψη, επικοινωνία μεταξύ των μελών με τους ασθενείς, συλλογή δεδομένων, επεξεργασία αυτών, διεξαγωγή ερευνών και αξιολόγηση. Κάτι τέτοιο αποτελεί ανασταλτικό παράγοντα στην αύξηση των επιπέδων άγχους και ουσιαστικά οι ίδιοι μπορούν και αποτελούν τον σύνδεσμο μεταξύ των συγκεκριμένων ομάδων προσωπικών και των υπευθύνων για την εφαρμογή της ποιότητας.

Οι υποχρεώσεις τους είναι να προγραμματίζουν και να ταξινομούν τα προβλήματα ανάλογα με την νοσηλευτική φροντίδα των ασθενών με κινητικά προβλήματα. Θα πρέπει επίσης να προχωρά στην αναγκαία συλλογή στοιχείων και πληροφοριών σχετικά με την αξιολόγηση της παρεχόμενης ποιότητας στο κέντρο όπου εργάζεται. Τέλος, κάποιος ο οποίος αναφέρεται ως κοινωνικός λειτουργός ποιότητας, ενημερώνει κατάλληλα το προσωπικό για τις ενέργειες αυτών σχετικά με προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας και εφαρμόζει όλες εκείνες τις προσπάθειες που καταβάλλονται με σκοπό την

ενημέρωση και την σωστή αντιμετώπιση των ασθενών (Γκουλιαβούδη, Αν., 2006).

Απ' όλα τα παραπάνω λοιπόν γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχεται στους ασθενείς με κινητικά προβλήματα στα συγκεκριμένα κέντρα, καθορίζεται από τον βαθμό ικανοποίησης του κάθε ασθενή αλλά και από την ανάλυση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας αυτών. Η βελτίωση της ποιότητας σχετικά με τις παρεχόμενες φροντίδες στο συγκεκριμένο κέντρο, αποτελεί μια συνεχή ενέργεια που αποσκοπεί στην βελτίωση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των διεργασιών ενός κοινωνικού λειτουργού ή μιας ομάδας κοινωνικών λειτουργών και οι οποίοι δεν διακατέχονται από το συγκεκριμένο σύνδρομο. Τέλος στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι όποιες διορθωτικές παρεμβάσεις διενεργούνται, από την πλευρά των υπευθύνων, σε ότι αφορά την βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, μπορούν να ελαττώσουν ή ακόμα και να διαγράψουν τα όποια προβλήματα προκύπτουν.

2.2 Ποιοι οι Λόγοι Πρόκλησης των Μορφών Αυτών στα Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα

Δεν θα πρέπει να ξεχνάμε πως οι Κοινωνικοί Λειτουργοί οι οποίοι εργάζονται σε Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης ατόμων με κινητικά προβλήματα, έρχονται κάθε μέρα σε επαφή με άτομα τα οποία μπορούν να αντιμετωπίζουν από μικρά έως μεγάλα σχετικά προβλήματα υγείας και στα οποία οι ίδιοι θα πρέπει να τους στηρίξουν αντίστοιχα.

Ένα από αυτά τα προβλήματα βέβαια και το οποίο μπορεί να προκαλέσει επαγγελματική εξουθένωση στους συγκεκριμένους κοινωνικούς λειτουργούς και λόγω της μακροχρόνιας ιδιαιτερότητας των καταστάσεων, είναι και τα διάφορα είδη *Διάχυτων Αναπτυξιακών Ορισμών* που μπορούν να χαρακτηρίζουν τα συγκεκριμένα άτομα αντίστοιχα. Πιο αναλυτικά, αποτελεί γεγονός πως οι διαταραχές οι οποίες χαρακτηρίζονται από συγκεκριμένα σοβαρά ελλείμματα σε πολλούς τομείς της ανάπτυξης των παιδιών και ταυτόχρονα κυρίως σε θέματα κοινωνικής αλληλεπίδρασης και δεξιοτήτων επικοινωνίας, ορίζονται ως *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές* (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004).

Στις συγκεκριμένες διαταραχές παρατηρούνται επίσης κάποιες στερεότυπες μορφές συμπεριφοράς καθώς και ενδιαφερόντων και δραστηριοτήτων. Εκτός όμως από το γνωστό σύνδρομο του αυτισμού, ο κατάλογος των *Διάχυτων Αναπτυξιακών Διαταραχών* αναφέρεται στο νηπιακό αυτισμό, τη διαταραχή Asperger και τη διαταραχή Rett (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004).

Θα πρέπει επίσης να αναφερθεί πως οι *Διάχυτες Αναπτυξιακές Διαταραχές* ή *διαφορετικά - Pervasive Developmental Disorders* ορίζονται αλλιώς και ως *Διαταραχές του Αυτιστικού Φάσματος* (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004). Για παράδειγμα, στη διαταραχή Rett ανήκουν όλα εκείνα τα παιδιά και οι ενήλικες οι οποίοι παρουσιάζουν συγκεκριμένα αναπτυξιακά ελλείμματα και μετά από μια περίοδο ομαλής ανάπτυξης. Πριν δηλαδή την ηλικία των 10 ετών και ενώ βέβαια έχει παρέλθει μια περίοδος φυσιολογικής ανάπτυξης δύο χρόνων όπου το παιδί μπορεί να εμφανίζει απώλεια κάποιων δεξιοτήτων σε δυο τουλάχιστον από τους παρακάτω τομείς:

- *Γλωσσική έκφραση ή αντίληψη.*
- *Κοινωνικές δεξιότητες ή προσαρμοστική συμπεριφορά.*
- *Έλεγχος του ορθού ή της κύστης.*
- *Παιχνίδι και κινητικές δεξιότητες.*

Είναι χρήσιμο επίσης να σημειωθεί πως η παιδική και εφηβική αποδιοργανωτική διαταραχή περιλαμβάνει εκείνα τα παιδιά όπου ενώ παρουσίαζαν μια συγκεκριμένη φυσιολογική περίοδο ανάπτυξης, παρουσιάζουν εκ των υστέρων μια συνολική παλινδρόμηση στην ανάπτυξή τους (Σίσουρας Α., Καραόκης Α., Μίσσιαλος Ε., 1999). Ωστόσο, κατά την περίοδο του 2^{ου} Παγκόσμιου Πολέμου, ο Hans Asperger ασχολήθηκε και αυτός με τον παιδικό αυτισμό και το έτος 1944 δημοσίευσε τις απόψεις του στη Βιέννη, χωρίς αυτές να τύχουν σημαντικής απήχησης (Σίσουρας Α., Καραόκης Α., Μίσσιαλος Ε., 1999).

Το κάθε αυτιστικό παιδί ή με διάχυτες αναπτυξιακές συμπεριφορές, απομονώνεται και από το οικογενειακό του περιβάλλον για το οποίο δείχνει ένα ελάχιστο ενδιαφέρον και δημιουργεί ουσιαστικά ένα δικό του κόσμο. Το ίδιο παιδιά προτιμά να μένει συνέχεια μόνο του όπως επίσης και να ασχολείται με συγκεκριμένα διάφορα αντικείμενα και μ' έναν ιδιαίτερο τρόπο. Η όποια γλωσσική του ανάπτυξη υστερεί επίσης σημαντικά. Τα μισά μόνο παιδιά μπορούν να προφέρουν μερικές λέξεις μόνο και τα άλλα μισά να έχουν μια ιδιόμορφη εκφορά του λόγου αλλά και μη λειτουργική. Το νοητικό επίπεδο αυτών των παιδιών κυμαίνεται από τα ανώτερα επίπεδα νοημοσύνης μέχρι ενός μεγάλου βαθμού νοητικής καθυστέρησης. Τα αυτιστικά παιδιά και εκείνα με διάχυτες αναπτυξιακές συμπεριφορές χαρακτηρίζονται από στερεότυπες

κινήσεις, τις οποίες αν κανείς επιχειρήσει να τις διακόψει θα συναντήσει σε έντονο βαθμό συγκεκριμένα ξεσπάσματα θυμού και εκνευρισμού (Σίσουρας Α., Καραόκης Α., Μίσσιαλος Ε., 1999).

Στο σημείο αυτό θα αναφέρουμε επιγραμματικά τις σοβαρότερες περιπτώσεις συγκεντρωμένες, ορισμένες εκ των οποίων έχουμε προαναφέρει παραπάνω, που μπορεί κανείς να συναντήσει σε ένα κέντρο αποθεραπείας όπως τα παιδιά που πάσχουν από διάχυτες αναπτυξιακές συμπεριφορές και είναι οι κάτωθι:

- ❖ Αυτισμός (Autism)
- ❖ Σύνδρομο Asperger (Asperger Syndrome),
- ❖ Σύνδρομο Rett (Rett Syndrome),
- ❖ Παιδική Αποδιοργανωτική Διαταραχή (Childhood Disintegrative Disorder) και
- ❖ Διάχυτη Αναπτυξιακή Διαταραχή μη προσδιοριζόμενη αλλιώς (P.D.D.-N.O.S., Pervasive Developmental Disorder).

Αντίστοιχα θα πρέπει να σημειωθεί πως το Ινστιτούτο Ιατρικής έχει προτείνει σε αναφορά του «ορόσημο», έξι χαρακτηριστικά απόδοσης που αν υπάρχουν και βελτιώνονται, οδηγούν σε καλύτερη φροντίδα υγείας όπως ασφάλεια, αποτελεσματικότητα, επικέντρωση στον άρρωστο, εγκυρότητα, αποδοτικότητα και ισότητα (Γρηγορούδης Ε., 2001). Οι περισσότερες μέθοδοι μέτρησης του επιπέδου ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αναφέρονται σε δείκτες κακής ποιότητας. Αφορούν σε αντικειμενικούς δείκτες, όπως τη θνησιμότητα, τα ιατρικά σφάλματα, το χρόνο νοσηλείας, τα ποσοστά νοσοκομειακών λοιμώξεων, την απρογραμμάτιστη επανεισαγωγή ασθενών.

Όμως, εκτός από τους προαναφερόμενους δείκτες, ιδιαίτερη βαρύτητα έχει και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, επειδή αποτελεί δείκτη μέτρησης του γενικού αποτελέσματος της λειτουργίας ενός συστήματος υγείας ως προς τους νοσηλευτές, ιατρικό προσωπικό και κοινωνικούς λειτουργούς. Πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα έχουν προκύψει από μελέτες που διερεύνησαν τη σχέση της επαγγελματικής εξουθένωσης γιατρών και κοινωνικών λειτουργών με μερικούς από τους παραπάνω δείκτες (την ικανοποίηση των ασθενών, τα ιατρικά σφάλματα, την απρογραμμάτιστη εισαγωγή ασθενών), οι οποίοι αντανακλούν το επίπεδο των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας (Μάρκοβιτς Γιάννης, 2002).

Συγκεκριμένα, οι Shanafelt et al μελέτησαν με τη χρήση ερωτηματολογίου τη σχέση μεταξύ της εξουθένωσης ειδικευόμενων γιατρών και κοινωνικών λειτουργών και της γνώμης τους για τις πρακτικές τους σχετικά με την παροχή φροντίδας στους ασθενείς. Βρήκαν ότι από τους γιατρούς και τους κοινωνικούς λειτουργούς που συμμετείχαν στη μελέτη ποσοστό 76% πληρούσε τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης, δηλαδή είχαν υψηλή βαθμολογία αποπροσωποποίησης ή συναισθηματικής εξάντλησης (Γρηγορούδης Ε., 2001), ως ακολούθως:

- *Οι «εξουθενωμένοι» γιατροί και κοινωνικοί λειτουργοί ήταν πιθανότερο να αναφέρουν «μη ενδεδειγμένες πρακτικές φροντίδας των ασθενών», όπως κακή συμπεριφορά προς τους ασθενείς, ελλείψεις στη διαγνωστική διαδικασία, λάθη στη φαρμακευτική αγωγή, τουλάχιστον σε «μηνιαία» ή «εβδομαδιαία» βάση, σε σχέση με αυτούς που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της επαγγελματικής εξουθένωσης.*

- Δεν υπάρχει εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων Ηγεσίας και εποπτείας για την κατανόηση από κάθε εργαζόμενο της συμμετοχής του στην ολική ποιότητα
- Δεν υπάρχει εξάλειψη του φόβου του καινούργιου, δηλαδή οι νέοι κοινωνικοί λειτουργοί δεν στηρίζονται όσο θα πρέπει κατά την ανάληψη ενός νέου πόστου.

2.3 Πως οι Παραπάνω Μορφές Burn Out στα Κέντρα Αποθεραπείας και Φυσικοθεραπευτικής Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα Συνδέονται με την Διοίκηση και Λειτουργία των Κέντρων Αυτών

2.3.1 Διαστάσεις της Δημόσιας Υγείας και Παρεχόμενες Υπηρεσίες στα Συγκεκριμένα Κέντρα

Προσπαθώντας να αναλύσει κανείς τις διαστάσεις της Δημόσιας Υγείας σχετικά με τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες και εκείνες των κοινωνικών λειτουργών στα συγκεκριμένα κέντρα που αναλύονται, θα μπορούσε να αναφερθεί πως αυτές σχετίζονται άμεσα με την ανάγκη ανακούφισης του πόνου, την υποστήριξη στο τέλος της ζωής, την διατήρηση κοινωνικών σχέσεων, την προαγωγή της υγείας της ζωής, την προώθηση ποιότητας ζωής, την πρόληψη αυτοκτονιών και κατάθλιψης, την πρόληψη αυξημένης νοσηρότητας και θνησιμότητας των ατόμων που φροντίζουν άλλους ασθενείς, την ύπαρξη νομοθετικού πλαισίου του οποίου η υλοποίηση αποτελεί αρμοδιότητα και των διοικητικών υπηρεσιών του κέντρου, την ύπαρξη σημαντικής ιατρικής τεχνολογίας της οποίας η εγκατάσταση, διαχείριση και χρηματοδότηση αποτελούν επίσης διοικητική αρμοδιότητα κυρίως στις

μονάδες εντατικής θεραπείας αλλά και ποιες οι διεθνείς εξελίξεις που έχουν επηρεάσει το τέλος της ζωής σε νομικό και πολιτικό επίπεδο (Δρακουλόγκωνα, Σ., 2004).

Στο συγκεκριμένο σημείο θα πρέπει να σημειωθεί πως η συμπεριφορά του ιατρού προς τον ασθενή του πρέπει να είναι αυτή που αρμόζει στην επιστήμη του και την αποστολή του λειτουργήματός του. Ο κοινωνικός λειτουργός φροντίζει για την ανάπτυξη σχέσεων αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού μεταξύ αυτού και του χρήστη-ασθενή και ακούει αυτούς, τους συμπεριφέρεται με σεβασμό και κατανόηση και σέβεται τις απόψεις, την ιδιωτικότητα και την αξιοπρέπειά τους (Δρακουλόγκωνα, Σ., 2004).

Ο κοινωνικός λειτουργός δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή ζωή του ασθενή, παρά μόνο στο μέτρο, στο βαθμό και στην έκταση που είναι αναγκαίο και αρκετό για την αποτελεσματική προσφορά των ιατρικών υπηρεσιών του εφόσον αυτό του έχει επιτραπεί. Θα πρέπει επίσης κατά την παροχή των ιατρικών υπηρεσιών, να σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές ή πολιτικές απόψεις και αντιλήψεις του ασθενή. Οι απόψεις του σχετικά με τον τρόπο ζωής του ασθενή, τις πεποιθήσεις και την κοινωνική ή οικονομική κατάσταση του τελευταίου δεν επιτρέπεται να επηρεάζουν τη φροντίδα ή τη θεραπευτική αντιμετώπιση που παρέχεται (Μπέσης Ν., 1993).

Σίγουρα, ο κάθε κοινωνικός λειτουργός δεν πρέπει να εκμεταλλεύεται την εμπιστοσύνη του ασθενή, να χρησιμοποιεί τη θέση του για τη σύναψη ανάρμοστων προσωπικών σχέσεων με τους ασθενείς ή τους συγγενείς τους, να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις, να αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες

και να συστήνει θεραπείες ή να παραπέμπει τους ασθενείς σε εξετάσεις οι οποίες δεν είναι προς το συμφέρον τους.

Όταν ο κοινωνικός λειτουργός, μετά το πέρας των καθηκόντων του, παραδίδει τη φροντίδα του ασθενή του σε άλλο συνάδελφό του, πρέπει να εξασφαλίζει ότι η διαδικασία παράδοσης γίνεται αποτελεσματικά και μετά από ακριβή και σαφή ενημέρωση σχετικά με την κατάσταση, τις ανάγκες του ασθενή και τις υπάρχουσες εκκρεμότητες. Είναι επίσης είναι υποχρεωμένος να διευκολύνει τη συγκρότηση ιατρικού συμβουλίου, όταν το ζητούν ο ασθενής ή οι οικείοι του.

Αναφορικά με τις υποχρεώσεις ενός κοινωνικού λειτουργού προς τους ασθενείς του στα κέντρα αυτά, θα λέγαμε πως θα πρέπει να δίνει προτεραιότητα στην προστασία της υγείας του ασθενή. Ο κοινωνικός λειτουργός δεν μπορεί να αρνείται την προσφορά των υπηρεσιών του για λόγους άσχετους προς την επιστημονική του επάρκεια, εκτός εάν συντρέχει ειδικός λόγος, που να καθιστά αντικειμενικά αδύνατη την προσφορά των υπηρεσιών του.

Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να παρέχει τις υπηρεσίες του για την αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών ανεξάρτητα από την ειδικότητά του. Η υποχρέωση αυτή βαρύνει τον ιατρό, ακόμη και όταν δεν υπάρχουν τα κατάλληλα μέσα για την άσκηση της ιατρικής, και ισχύει μέχρι την παραπομπή του ασθενή σε ιατρό κατάλληλης ειδικότητας ή τη μεταφορά του σε κατάλληλη μονάδα παροχής υπηρεσιών φροντίδας και περίθαλψης. Σε κάθε περίπτωση, ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει να εξαντλήσει τις υπάρχουσες, κάτω από τις δεδομένες συνθήκες, δυνατότητες, σύμφωνα με τις επιταγές της ιατρικής επιστήμης (Δρακουλόγκωνα, Σ., 2004).

Τέλος, θα πρέπει επίσης να αναφερθεί πως ο κάθε κοινωνικός λειτουργός μπορεί να διακόψει την παροχή των υπηρεσιών, που ήδη προσφέρει στον ασθενή του, για λόγους επιστημονικούς ή προσωπικούς και εφόσον δεν τίθεται σε άμεσο κίνδυνο η υγεία ή η ζωή του τελευταίου και στην οποία περίπτωση αναφέρεται και το βασικό θέμα της παρούσης πτυχιακής εργασίας. Στην περίπτωση αυτή, οφείλει, εφόσον του ζητηθεί, να υποδείξει άλλο συνάδελφό του για την αναπλήρωσή του. Ο κοινωνικός λειτουργός οφείλει, σε κάθε περίπτωση επέλευσης έκτακτης ανάγκης ή μαζικής καταστροφής, ανεξαρτήτως της ένταξής του σε σχέδιο αντιμετώπισης εκτάκτων αναγκών, να προσφέρει τις ιατρικές υπηρεσίες του, έστω και χωρίς αμοιβή ή αποζημίωση (Μπέσης Ν., 1993).

2.4 Μέτρα από Μέρους των Υπευθύνων για την Αντιμετώπιση του Συνδρόμου Burn Out στους Κοινωνικούς Λειτουργούς στα Κέντρα Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα

2.4.1 Η Ψυχολογική Υποστήριξη και η Εργασιακή Παρακίνηση που Δέχονται οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα Κέντρα Αποκατάστασης Ατόμων με Κινητικά Προβλήματα ως Παράγοντας Μείωσης Άγχους και Συνδρόμου Burn Out

Οι μεταβολές στην παραγωγική διαδικασία βασίζονται κατά κύριο λόγο στην αξιοποίηση του ανθρώπινου παράγοντα στα κέντρα αποκατάστασης. Το προσωπικό είναι αυτό που μπορεί να κάνει τη διαφορά και να δώσει το ιδιαίτερο συγκριτικό πλεονέκτημα στον οργανισμό το οποίο επιτυγχάνεται με την ανάπτυξη των "βασικών επιχειρησιακών δυνατοτήτων". Αυτές αναπτύσσονται, αλλά κυρίως διατηρούνται με:

- Την έμφαση στην εκπαίδευση.
- Την προτεραιότητα στην ανάπτυξη τόσο των ατόμων όσο και των ομάδων.
- Την υιοθέτηση "φιλοσοφίας" που ευνοεί τη μάθηση και
- Την προώθηση της δια βίου μάθησης των ατόμων (Γκουλιαβούδη Αν., 2006).

Η επένδυση στους ανθρώπινους πόρους προϋποθέτει δαπάνες για την εκπαίδευση των εργαζομένων στα κέντρα αποκατάστασης, κάτι που θα τονώσει την αυτοεκτίμηση τους και θα ελαφρύνει τα επίπεδα άγχους. Η απόδοση της επένδυσης μεταφράζεται σε βελτίωση της απόδοσης των εργαζομένων κοινωνικών λειτουργών και σε επίτευξη των στόχων του οργανισμού. Για να επιτευχθεί όμως το βέλτιστο απαιτείται η ανάπτυξη, οργάνωση και υπαγωγή του εκπαιδευτικού έργου σε συγκεκριμένη δομή.

Αποτελεί γεγονός πως οι σύγχρονες εξελίξεις στο σημερινό περιβάλλον θέτουν αναμφισβήτητα τον άνθρωπο στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος, καθιστώντας αυτόν απαραίτητο μοχλό για την επιβίωση και την ανάπτυξη της εκάστοτε επιχείρησης, συμπεριλαμβανομένων των ιδιωτικών νοσοκομείων. Το νοσηλευτικό προσωπικό ενός νοσοκομείου θεωρείται πλέον το σπουδαιότερο κεφάλαιό του και για το λόγο αυτό έμφαση έχει δοθεί στο ρόλο του μέσα σε αυτούς, τον τρόπο ανάπτυξής του και ικανοποίησής του. Η ικανοποίηση του εργαζομένου και των αναγκών του θεωρείται καθήκον και υποχρέωση των σύγχρονων στελεχών, καθώς οι ίδιοι κατανοούν ότι τα στοιχεία αυτά θα κάνουν τον εργαζόμενο περισσότερο αποδοτικό – σε ποσοτικούς και ποιοτικούς όρους

ταυτόχρονα – ενώ θα συμβάλλουν και στην ανάπτυξη συναισθημάτων αφοσίωσης προς την εργασία του, αλλά και τον οργανισμό (Μπέσης Ν., 1993).

Για την επίτευξη των στόχων αυτών, απαραίτητη κρίνεται η παρακίνηση του συνόλου των εργαζομένων – κοινωνικών λειτουργών σε ένα συγκεκριμένο κέντρο αποκατάστασης ατόμων με κινητικά προβλήματα. Ουσιαστικά ο όρος υποκίνηση υποδηλώνει την αύξηση των κινήτρων των εργαζόμενων – νοσηλευτών για μεγιστοποίηση της ποσότητας και της ποιότητας της εργασίας που προσφέρουν. Τα κίνητρα αποτελούν την αιτία της εκάστοτε συμπεριφοράς του ατόμου και μπορούν να επηρεάσουν καθοριστικά την αποτελεσματικότητα των εργαζόμενων κοινωνικών λειτουργών σε ένα κέντρο αποκατάστασης (Μπέσης Ν., 1993).

Το ζήτημα της παρακίνησης και τα θέματα που σχετίζονται με αυτή (διαδικασία παρακίνησης, στοιχεία ενίσχυσής της, κίνητρα, κλπ) απασχόλησαν σημαντικά τους θεωρητικούς, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη ποικίλων θεωριών. Από τις θεωρίες που παρουσιάζονται περαιτέρω, δεν έχει προσδιοριστεί κάποια η οποία έχει γίνει γενικά αποδεκτή σχετικά με το τι είναι αυτό που παρακινεί τους ανθρώπους στον εργασιακό τους χώρο. Η χρησιμότητα όλων όμως εντοπίζεται στο γεγονός ότι παρουσιάζουν πτυχές της παρακίνησης και τρόπους και μεθόδους για την ενίσχυσή της, οδηγώντας στη βελτίωση της απόδοσης των ατόμων, στην ανάπτυξη και στην επιτυχία τους.

Γενικά, οι θεωρίες παρακίνησης που εφαρμόζονται εντός του κάθε νοσοκομείου, μπορούν να διακριθούν σε δύο μεγάλες κατηγορίες: στις θεωρίες περιεχομένου (content theories), οι οποίες έχουν κοινωνιολογικές διαστάσεις και προσεγγίζουν το ζήτημα της παρακίνησης εξετάζοντας τον εργαζόμενο και το

περιβάλλον του και τις θεωρίες διαδικασιών (process theories), οι οποίες είναι περισσότερο ψυχολογικές θεωρίες και εξετάζουν την παρακίνηση ως διαδικασία και σκέψη (Γκουλιαβούδη Αν., 2006).

Ιδιαίτερα τα αποδοτικά άτομα εντός ενός νοσοκομείου ή κέντρου αποκατάστασης, θεωρούν αναγκαία τη σύνδεση της αξιολόγησης με τις ανταμοιβές που περιμένουν από την τυπική οργάνωση, πράγμα που σημαίνει ότι η αξιολόγηση παίζει σημαντικό ρόλο στην υποκίνηση των κοινωνικών λειτουργιών ειδικότερα. Έρευνες επισημαίνουν τη θετική επίδραση της λειτουργίας της αξιολόγησης της απόδοσης του προσωπικού στην οργανωτική αποτελεσματικότητα. Πραγματικά, όταν η αξιολόγηση συνδέεται με τους στρατηγικούς στόχους του οργανισμού έχει ως αποτέλεσμα να:

- *Εναρμονίζει τις ενέργειες του εργαζομένου με τα αποτελέσματα που πρέπει να επιτύχει.*
- *Προσφέρει μέσο εκτίμησης του καθενός στην επίτευξη των επιχειρηματικών στόχων.*
- *Δίνει στοιχεία για το επίπεδο των ικανοτήτων του καθενός, διευκολύνοντας τόσο τον προγραμματισμό όσο και την ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού.*
- *Η διαδικασία αυτή μπορεί επίσης να αποδειχθεί πολύ αποτελεσματική, ως ένας τρόπος επιβεβαίωσης του ενδιαφέροντος για τον εργαζόμενο – νοσηλευτή αλλά και ως μέσο ενίσχυσης της δέσμευσης που αυτός νιώθει για την υλοποίηση των στόχων του νοσοκομείου (Σκούλας Ν., 1998).*

2.4.2 Προτάσεις για αντιμετώπιση του Φαινομένου του Burn-Out

Έχουν γίνει πολλές έρευνες που έχουν δείξει το πόσο επηρεάζει ο εργασιακός χώρος την ανθρώπινη διάθεση στους κοινωνικούς λειτουργούς, αλλά και την αποδοτικότητα των εργαζομένων στο συγκεκριμένο σώμα. Προκειμένου λοιπόν να αποφύγουμε να πέσουμε στην παγίδα της επαγγελματικής εξουθένωσης στο τομέα αυτό, καλό είναι να προσαρμόσουν το χώρο τους έτσι ώστε να είναι ευχάριστος. Οι μικρές λεπτομέρειες, είναι εκείνες που θα διαφοροποιήσουν το τοπίο. Για παράδειγμα, ένας πίνακας, η μικρά χρωματιστά ευφάνταστα αντικείμενα, αλλάζουν την αύρα του χώρου και σίγουρα δεν τη βαραίνουν (Χυτήρης Σ. Λεωνίδας, 2001).

Παρακάτω παραθέτονται ορισμένες πρακτικές που θα μπορούσαν να βοηθήσουν τους νοσηλευτές στην αντιμετώπιση του συνδρόμου Burn Out. Σύμφωνα με αυτά λοιπόν ισχύουν τα ακόλουθα :

➤ ***Θα πρέπει το προσωπικό να στρέψει το βλέμμα του προς τον εαυτό τους***

Δεν είναι εύκολο κανείς να επηρεάσει τις εργασιακές συνθήκες που επικρατούν ούτε και να αλλάξει τις συμπεριφορές των ανθρώπων γύρω του. Αυτό που μπορεί να κάνει όμως είναι να νιώσει πως έχει τον έλεγχο της ζωής του, και να αλλάξει τον τρόπο που σκέφτεται, δηλαδή να μην πάψει να προσπαθεί να αλλάξει τα δεδομένα. Εάν κανείς δεν προσπαθήσει για κάτι καλύτερο, από μόνο του τίποτα δεν πρόκειται να γίνει. Άλλωστε ο γνώμονας του κοινωνικού λειτουργού είναι πάντα να παράσχει τις γνώσεις και τις υπηρεσίες του για να βελτιώσει, αν όχι να επιλύσει, μια προβληματική κατάσταση.

- **Θα πρέπει το προσωπικό να ενδιαφερθεί για το σώμα του και την υγεία του**

Να θέσουν ως προτεραιότητα τον εαυτό τους και τις ανάγκες τους (υλικές ή πνευματικές). Να βρουν τρόπους ώστε να αποφύγουν την εξουθένωση, με στόχο τη βελτίωση της καθημερινότητάς τους. Να βρουν κάποια απασχόληση – δραστηριότητα, ικανή να τους αποφορτίζει από το καθημερινό άγχος. Αποτέλεσμα της προσπάθειας αυτής είναι η επίτευξη της ισορροπίας μεταξύ του προσωπικού και του επαγγελματικού τομέα στο κλάδο των κοινωνικών λειτουργιών. Με αυτό τον τρόπο αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση. Είναι μια προσπάθεια στην οποία πρέπει το νοσηλευτικό προσωπικό να φανεί συνεπής και πειθαρχημένο. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό, αφού εντοπίζουν το πρόβλημα, να θέτουν μικρούς στόχους κάθε φορά, διότι αν θέτουν μεγάλους και ανατρεπτικούς στόχους, τότε γρήγορα και εύκολα θα απογοητευθούν και θα ενδώσουν σε τυχόν παλιές και λανθασμένες τακτικές.

Επιπρόσθετα, αυτό που μπορεί κάποιος να προσφέρει στον εαυτό του αν εργάζεται σε ένα νοσηλευτικό ίδρυμα ή κέντρο αποκατάστασης, όταν συνειδητοποιήσει ότι είναι σωματικά και ψυχικά εξαντλημένος από την εργασία του, είναι τα ακόλουθα. Το πρώτο βήμα είναι να αναγνωρίσει τις αιτίες που τον κάνουν να νιώθει τόση πίεση. Οι εργασιακές συνθήκες, ο τρόπος με τον οποίο σκέφτονται για τη δουλειά τους, οι στόχοι που έχουν θέσει και η υπόλοιπη ζωή τους. Επίσης, να επιτελούν τα ακόλουθα (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004):

- Να αναγνωρίσουν τα όριά τους και τον περιορισμένο έλεγχο που εκ των πραγμάτων έχουν σε κάποιες καταστάσεις και να διακρίνουν αυτά που μπορούν να αλλάξουν από εκείνα που πρέπει να αποδεχτούν ως έχουν.
- Να φροντίζουν τον εαυτό τους τόσο συναισθηματικά όσο και σωματικά για αντοχή εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Πιο ισορροπημένη διατροφή, καλύτερος ύπνος, σωματική άσκηση και ξεκούραση είναι μερικές τετριμμένες αλλά απαραίτητες συμβουλές
- Να μάθουν να χειρίζονται το στρες με διαφορετικούς τρόπους
- Να οργανώνουν καλύτερα το χρόνο τους, ώστε να υπάρχει και χώρος για απραξία
- Να μάθουν να λέμε "όχι" χωρίς φόβο και ενοχές και να δίνουν προτεραιότητα στον εαυτό τους και στις ανάγκες τους
- Να θέτουν ρεαλιστικούς και εφικτούς στόχους
- Να μοιράζονται με άλλους τις ευθύνες και τις υποχρεώσεις τους όταν είναι εφικτό, αρκεί πρώτα να επιτρέψουν στον εαυτό τους να ζητήσει βοήθεια, να δεχτούν ότι και οι άλλοι μπορούν να τις φέρουν σε πέρας εξίσου καλά
- Να 'τροφοδοτήσουν' και να φροντίσουν τις εργασιακές αλλά και τις προσωπικές σχέσεις τους και γενικότερα τη ζωή μας έξω και πέρα απ' τη δουλειά
- Να εκφράσουν τη δυσαρέσκειά τους, στο μέτρο του δυνατού, στα κατάλληλα πρόσωπα που θα μπορούσαν να τους βοηθήσουν (προϊσταμένους, συναδέλφους κ.λπ.)

- *Να εξετάσουν την πιθανότητα να αναζητήσουν άλλη εργασία εφόσον οι συνθήκες δεν αλλάζουν.*

2.5 Η «Ανάρρωση» των Κοινωνικών Λειτουργιών από την Επαγγελματική Εξουθένωση και η Αλλαγή της Σχέσης με την Εργασία

Η ανάρρωση από την επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να περιγραφεί σαν μια διαδικασία από την πλευρά των Κοινωνικών Λειτουργιών ανάληψης ευθυνών του εαυτού τους. Μια τέτοια απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, πρέπει να είναι συνειδητή ώστε να οδηγηθεί ο νοσηλευτής που πάσχει στην ανάπτυξη μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτησης του ελέγχου στη ζωή του. Μια τέτοια κίνηση αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία καλείται να αλλάξουν την στάση του, τις αξίες του, τα συναισθήματα του, τις ικανότητες του και τους ρόλους που συνήθιζε μέχρι τώρα να αναλαμβάνει (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004).

Η επεξεργασία της εμπειρίας του συγκεκριμένου συνδρόμου από τους Κοινωνικούς Λειτουργούς, τους βοηθάει να δουν με άλλο μάτι το νόημα της φροντίδας. Σιγά σιγά αλλάζουν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους, τη διοίκηση αλλά το κυριότερο με τον ίδιο τους τον εαυτό.

2.5.1 Η Αλλαγή της Σχέσης με τους Ασθενείς

Η μοναδικότητα που χαρακτηρίζει τους πάσχοντες από την επαγγελματική εξουθένωση είναι το άγχος που προκαλείται από την

κοινωνική αλληλεπίδραση αυτού που παρέχει βοήθεια και του αποδέκτη της. Το να βρίσκονται δίπλα στον ασθενή που πονάει και υποφέρει, δημιουργεί έντονα συναισθήματα στους νοσηλευτές, κυρίως αρνητικά αλλά και θετικά. Τα αρνητικά είναι ο θυμός, οι ενοχές, ο φόβος, η αναστάτωση και το αίσθημα ανεπάρκειας όταν δεν καταφέρνουν να του προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα ενώ τα θετικά είναι το αίσθημα της ικανοποίησης και πληρότητας που αισθάνονται όταν ανακουφίζουν τους ασθενείς τους (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί πρέπει αυτά τα συναισθήματα να τα αναγνωρίσουν και να μπορέσουν να τα διαχειριστούν στη σχέση τους με τους ασθενείς με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορούν να τους προσφέρουν ότι μπορούν. Αυτά τα «μικρά πράγματα» στον ασθενή φαντάζουν μεγάλα και τον κάνουν να νιώθει ότι ο Κοινωνικός Λειτουργός είναι σύμμαχος του στις δυσκολίες που αντιμετωπίζει. Η αναγνώριση αυτή και η διαχείριση των συναισθημάτων που αναφέρεται χρειάζεται αυτογνωσία και κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου και φυσικά εμπειρία στις ανθρώπινες σχέσεις. Σε αντίθετη περίπτωση, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της επαφής των Κοινωνικών Λειτουργών με τον ασθενή, μπορεί να προκαλέσουν στον πρώτο μεγάλο άγχος και να τον οδηγήσουν στην αποστασιοποίηση και στη δημιουργία απρόσωπων σχέσεων.

Ένας Κοινωνικός Λειτουργός που αντιμετωπίζει τους ασθενείς με αρνητική, απόμακρη και κυνική στάση, μπορεί να εκδηλωθεί με πολλούς άσχημους τρόπους. Μπορεί να τους προσβάλλει, να τους ταπεινώσει, να είναι ακοινωνήτος και αγενής καθώς επίσης και να αγνοεί τις εκκλήσεις

και τις ανάγκες τους ή να αποτυγχάνει να παρέχει την αρμόζουσα φροντίδα και βοήθεια που χρειάζεται η κλονισμένη υγεία τους (Μάρκοβιτς Γιάννης, 2002).

Ο Κοινωνικός Λειτουργός προσπαθεί να βρίσκεται όσο γίνεται πιο μακριά από τον ασθενή, κάνοντας μεγαλύτερα διαλείμματα, με τα συζητάει με τους συναδέλφους του, χρησιμοποιεί την επαγγελματική ορολογία πιο συχνά, ενώ παράλληλα εφαρμόζει το λειτουργικό μοντέλο της νοσηλευτικής πρακτικής. Με αυτό τον τρόπο, χάνει τις δυνατότητες θετικής ανατροφοδότησης και επαγγελματικής αυτοπραγμάτωσης που προσφέρει η επικοινωνία και η φροντίδα του ασθενή (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004).

Υπάρχουν περιπτώσεις όπου ο Κοινωνικός Λειτουργός αντί να απομακρύνεται από τον ασθενή του για να μειώσει το άγχος που αισθάνεται, δείχνει υπερβολικό ενδιαφέρον που και πάλι είναι μια ανησυχητική συμπεριφορά. Αυτό συνήθως συμβαίνει στα πρώτα του εργασιακά χρόνια ως Κοινωνικός Λειτουργός. Ο ίδιος ταυτίζεται υπερβολικά, χάνει την αντικειμενικότητα του και ξεπερνά τα απαιτούμενα επαγγελματικά όρια (Σκούλας Ν., 1998).

Σαν αποτέλεσμα, έχουμε τον Κοινωνικό Λειτουργό να «βγαίνει» από τον επαγγελματικό του ρόλο και έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή, να εμπλέκεται συναισθηματικά, να γίνεται φίλος του, αναλαμβάνει σε υπερβολικό βαθμό την ευθύνη της φροντίδας του, μοιράζεται προσωπικά θέματα ή διατηρεί σχέσεις μαζί του και εκτός του νοσοκομείου. Συνέπεια όλων αυτών είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να χάνει την αντικειμενικότητα του και το απαραίτητο επίπεδο συναισθηματικής απόστασης, με

αποτέλεσμα να επηρεάζεται η κλινική του κρίση. Επιπρόσθετα, νιώθει συναισθηματικό πόνο, υποφέρει για τον ασθενή και φορτίζεται με ένταση. Οι σχέσεις αυτές δεν είναι καθόλου λειτουργικές και δεν του επιτρέπουν τον εργασιακό του ρόλο, αφού όταν γίνεται συναισθηματικός, επηρεάζεται η γνωσιακή του ικανότητα και η συμπεριφορά του (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004).

Η σχέση των Κοινωνικών Λειτουργών με τον ασθενή είναι λειτουργική, όταν εκείνοι χρησιμοποιούν ισορροπημένα τόσο τις γνωστικές όσο και τις συναισθηματικές λειτουργίες. Η ιδανική συμπεριφορά είναι ο Κοινωνικός Λειτουργός να είναι παρών και συνδεδεμένος με τον ασθενή αλλά ταυτόχρονα και να διατηρεί μια απόσταση απ' αυτόν. Αυτό θεωρείται μια ιδανική και ισορροπημένη χρήση λογικής και συναισθήματος. Αυτή η απόσταση που αναφέραμε είναι διαφορετική από την αποστασιοποίηση ή την άρνηση ψυχικής επαφής γι' αυτό και απαιτεί εμπειρία ώστε να γίνει κατανοητή και υλοποιήσιμη. Η σχέση με τους ασθενείς αλλάζει ως απόρροια της εμπειρίας (Δρ. Ουζούνη, Χρ., 2004).

Η αλλαγή αυτή σημαίνει ότι οι Κοινωνικοί Λειτουργοί υιοθετούν έναν πιο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας και αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων που άλλοτε θα τους αναστάτωναν. Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι ότι παρά την πίεση του εργασιακού χώρου που υπάρχει έτσι και αλλιώς, οι Κοινωνικοί Λειτουργοί είναι σε θέση να αναπτύξουν ικανοποιητικές θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς. Ωστόσο όλη αυτή η αλλαγή χρειάζεται χρόνο και επεξεργασία

της εμπειρίας. Ακόμα και όταν δεν καταλαβαίνουν την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πορεία τους στο χώρο με τα χρόνια θα τους κάνει να καταλάβουν ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα. Γίνονται πιο ευέλικτοι, πιο ώριμοι και προστατεύουν τον εαυτό τους πιο εύκολα αφού τον γνωρίζουν πλέον καλύτερα. Εμφανίζουν επίσης μεγαλύτερη κατανόηση για τους άλλους.

2.5.2 Η Αλλαγή της Σχέσης με τους Συναδέλφους

Κάθε χώρος εργασίας έχει τη δική του μοναδική ατμόσφαιρα. Ισχύει επίσης και ένα εργατικό πλαίσιο όπου η δικαιοσύνη και ο σεβασμός κυριαρχούν και έτσι ο εργαζόμενος αισθάνεται ασφάλεια και είναι παραγωγικός. Είναι γεγονός ότι η μάθηση επιτυγχάνεται μέσω της καθοδήγησης και της υποστήριξης ενώ η εμπειρία βοηθά στο να ικανοποιείται ο εργαζόμενος από την εργασία του σε μια συνεκτική ομάδα. Όμως είναι σύνηθες φαινόμενο, το εργασιακό πλαίσιο να είναι δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό και φοβιστικό ακόμα (Μάρκοβιτς Γιάννης, 2002).

Οι συνάδελφοι μπορεί να είναι άνθρωποι απόμακροι, ψυχροί, αδιάφοροι, δυσάρεστοι, απότομοι και αγενείς. Τα άτομα που κυρίως δέχονται τέτοιου είδους άσχημες συμπεριφορές και επιθέσεις, αισθάνονται δυστυχημένα, εγκλωβισμένα και βρίσκονται κοντά στην επαγγελματική εξουθένωση. Η άδικη συμπεριφορά προωθεί τον κυνισμό, υπονομεύοντας τη σχέση με την εργασία. Σύμφωνα με τους Leiter και Maslach που έχουν μελετήσει το εργασιακό κλίμα σε πολλές επιχειρήσεις, κατέληξαν ότι τις περισσότερες φορές το εργασιακό περιβάλλον είναι εχθρικό, οι

συναδέλφοι δεν έχουν καθόλου καλή επικοινωνία μεταξύ τους, υπάρχει έλλειψη δικαιοσύνης, δουλειές «πίσω από κλειστές πόρτες», ύπαρξη ομάδων που δεν αφήνουν άλλους να αποτελέσουν μέλος της, αν πρώτα δεν συμμορφωθεί με τις στάσεις τους (Σκούλας Ν., 1998).

Οι Κοινωνικοί Λειτουργοί στα διάφορα Κέντρα Αποκατάστασης δέχονται συχνά επιθετικές συμπεριφορές από συναδέλφους τους καθώς και συγκρούσεις και εκφοβισμούς. Δυστυχώς αποτελεί χαρακτηριστικό της συγκεκριμένης επαγγελματικής ομάδας (Γκουλιαβούδη Αν., 2006). Η ενδοσυναδελφική επιθετικότητα και η σχεδόν ανυπαρξία αλληλεγγύης, προκαλούν άγχος, επαγγελματική εξουθένωση, ματαίωση και θυμό.

Σύμφωνα με τον Farrell (Σκούλας Ν., 1998), η επιθετικότητα ανάμεσα σε Κοινωνικούς Λειτουργούς θεωρείται η πιο επώδυνη μορφή επιθετικότητας σε σύγκριση με επιθετικές συμπεριφορές που αναπτύσσονται ανάμεσα σε γιατρούς και ασθενείς και μάλιστα η πλειοψηφία αναφέρει πως η επιθετικότητα αποτελεί την δυσκολότερη πλευρά της κοινωνικής εργασίας. Σύμφωνα με μελέτες σχετικές με την επαγγελματική κοινωνικοποίηση των Κοινωνικών Λειτουργών, επισημαίνεται η τεράστια προσπάθεια που καταβάλλουν οι νέοι νοσηλευτές να γίνουν αποδεκτοί από την ομάδα τους καθώς και τις πιέσεις που δέχονται μέσα σε αυτή αφού αρχίζουν με αρκετό ιδεαλισμό την καριέρα τους.

Το αντιφατικό της υπόθεσης είναι ότι οι νέοι Κοινωνικοί Λειτουργοί προσπαθούν να γίνουν αρεστοί στην ομάδα τους μόνο και μόνο για να κατοχυρώσουν την θέση τους στην ομάδα παρά να εστιάσουν την

προσοχή τους στους ασθενείς που τους έχουν και ανάγκη. Καταλήγουμε λοιπόν στο συμπέρασμα ότι η επιτυχία της προσαρμογής ενός νέου Κοινωνικού Λειτουργού επικεντρώνεται στην ικανότητα του να γίνει αρεστός από την ομάδα με αποτέλεσμα να αλλάζει η επαγγελματική του ταυτότητα που έχτιζε σπουδάζοντας (Σκούλας Ν., 1998).

Σημαντικό μειονέκτημα στη διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης είναι η έμφαση που δίδεται στη σχολή, στην ατομική ανάπτυξη και συμπεριφορά και όχι στην ομαδική διεργασία. Γι' αυτό το λόγο αισθάνονται απροετοίμαστοι για να μπουν στην εργασιακή τους ομάδα. Ο Κοινωνικός Λειτουργός στα Κέντρα Αποκατάστασης και Φυσικοθεραπείας πρέπει να πιστεύει στη δημιουργική δύναμη της ομάδας, να καταλαβαίνει τα μειονεκτήματα της μεμονωμένης προσπάθειας και γι' αυτό το λόγο να καλλιεργεί την συνεργασία, η οποία δείχνει ψυχική και κοινωνική ωριμότητα. Οι νέοι συχνά δεν γνωρίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι στάσεις τους και οι συμπεριφορές τους συμβάλλουν στις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν.

Αυτό συμβαίνει γιατί βασική προϋπόθεση της συνεργασίας είναι η αυτογνωσία. Όταν λέμε αυτογνωσία εννοούμε την ακριβή γνώση των προσόντων του ατόμου, των δυνατοτήτων του, των ορίων του, της αντοχής του, των δυσκολιών και των αδυναμιών του, των αρετών και των κλήσεων του, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας του όπως η φιλοπρωτία, η ιδιορρυθμία, η εμμονή στο προσωπικό θέλημα και η υποτίμηση των δυνατοτήτων των συναδέλφων του.

Σε αυτό το σημείο θα πρέπει να αναφέρουμε ότι το χάρισμα της συνεργασίας δεν είναι έμφυτο σε όλους τους ανθρώπους αλλά είναι χαρακτηριστικό που καλλιεργείται με την εμπειρία στις επαγγελματικές σχέσεις. Επιπλέον, οι νοσηλευτές με την πάροδο του χρόνου, μαθαίνουν να αντέχουν στην επιθετικότητα που παρουσιάζει ο κλάδος τους και το άγχος που έχει το εργασιακό τους περιβάλλον, γεγονός που τους βοηθά στην επίλυση των συγκρούσεων και στην αυτοπροστασία. Επαγρυπνούν για προειδοποιητικά σημεία και αφουγκράζονται την δυναμική των σχέσεων. Έτσι σταδιακά αποκτούν αντίληψη της ατμόσφαιρας του τμήματος στο οποίο εργάζονται, αντιμετωπίζουν με πιο θετικό μάτι τις δυσκολίες και γίνονται πιο ευέλικτοι στην διαχείριση των σχέσεων και των συγκρούσεων.

Οι Leiter και Maslach (Maslach, C., & Leiter, M. P. 1997), δίνουν πρακτικές συμβουλές για την βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων και για τον τρόπο με τον οποίο ο εργαζόμενος μπορεί να προβεί σε δικές του καινοτομίες όπως οι εξής:

- Να μην προβαίνει σε επικριτικά σχόλια είτε προς τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους του, ώστε να μην δημιουργείτε αίσθημα ανταγωνιστικότητας
- Να προσφέρει βοήθεια στους συναδέλφους του
- Να ασκεί κριτική πρώτα στον δικό του τρόπο εργασίας πριν μετατοπίσει το ενδιαφέρον του στην εργασία των άλλων ατόμων

- Να δημιουργεί συμμαχίες, οι οποίες να στηρίζουν τα σχέδια του επαγγελματία. Οι συμμαχίες θα πρέπει να εκφράζουν κάποιο ομαδικό στόχο και μην αποκλείουν αλλά ούτε και να υπονομεύουν κανένα
- Να παρουσιάζει οποιαδήποτε καινοτομία ως νόμιμο έργο της εργασίας τους ως επαγγελματίας
- Να έχει αντίσταση στην αλλαγή.

Στην περίπτωση που ο νοσηλευτής εμφανίσει σημάδια επαγγελματικής εξουθένωσης, οι παραπάνω συμβουλές είναι δύσκολο να εφαρμοστούν αφού το σύνδρομο οδηγεί σε επιδείνωση των σχέσεων, σε συγκρούσεις, σε απόσυρση ή σε μείωση της κοινωνικότητας και συχνά συνοδεύεται από επικριτική ή και προσβλητική συμπεριφορά από τους συναδέλφους του. Σε τέτοιες περιπτώσεις καλό θα ήταν να υπάρξει μια ήρεμη προσέγγιση αντί να καταφύγουμε σε μια άμεση αντιπαράθεση ή σύγκρουση γιατί αυτόματα μπορεί να συμβάλλουμε στην διαιώνιση μιας αντιδικίας.

Σε αυτό το σημείο απαιτείται η αναζήτηση υποστήριξης από μέλη της ομάδας ή από κάποιον επόπτη ή σύμβουλο θεραπευτή, ώστε να επιτευχθεί η αργή και σταδιακή ανάρρωση από τον φαύλο κύκλο του συνδρόμου. Θα πρέπει απαραίτητα ο πάσχοντας να αποδεχτεί ότι έχει πρόβλημα και ότι χρειάζεται βοήθεια.

2.5.3 Η Αλλαγή της Σχέσης με τους Ανωτέρους και τη Διοικητική Κουλτούρα του Οργανισμού

Έχει μεγάλη σημασία για τον άνθρωπο που υποφέρει από το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης να απομυθοποιήσει την

προσωπική του εμπειρία και να καταλάβει ότι τα προβλήματα που αντιμετωπίζει είναι ίδια με αυτά που αντιμετωπίζουν πολλοί άλλοι συνάδελφοι τους Κοινωνικούς Λειτουργούς. Ένα σημαντικό αίτιο του συνδρόμου είναι η έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο και την διοίκηση γενικότερα. Το εργασιακό περιβάλλον μπορεί να υπονομεύει την αυτονομία του προσωπικού και να μειώνει τις δυνατότητες για επιτεύγματα (Χυτήρης Σ. Λεωνίδα 2001).

Η επαγγελματική εξουθένωση έχει συνδεθεί με την αναποτελεσματικότητα της διοικητικής κουλτούρας, η οποία και επηρεάζει την απόδοση των Κοινωνικών Λειτουργών στο χώρο εργασίας τους. Σημειώνεται επίσης ότι οι προϊστάμενοι ενώ διαθέτουν υψηλή τεχνογνωσία, μειονεκτούν στις επικοινωνιακές τους ικανότητες και σε εξειδικευμένες διοικητικές γνώσεις. Είναι γεγονός ότι αντί να επιλύουν τις διενέξεις μεταξύ των Κοινωνικών Λειτουργών, που είναι και ένας από τους ρόλους του, ενισχύουν τις συγκρούσεις ενώ θα μπορούσαν με την παρέμβαση τους να την διευκόλυναν κατά πολύ.

Σε έρευνα του Lewis, διαπίστωσε ότι οι προϊστάμενοι εφαρμόζαν μεθόδους εκφοβισμού ως καθιερωμένες στρατηγικές για να πετύχουν τους εργασιακούς τους στόχους. Σε έρευνα του Mcmillan διασταυρώθηκε η παραπάνω πληροφορία διότι νοσηλευτές που έλαβαν μέρος ανέφεραν ότι οι προϊστάμενοι τους είχαν εκφοβίσει και θεωρούνταν κατ' εξοχήν πηγή επιθετικότητας (Χυτήρης Σ. Λεωνίδα 2001).

Πρέπει να σημειωθεί ότι και οι ίδιοι οι προϊστάμενοι κάποτε υπήρξαν θύματα επιθετικότητας και εκφοβισμού είτε από συναδέλφους είτε από την

ομάδα. Η θέση τους στον οργανισμό είναι ιδιαίτερα δύσκολη σε σχέση με τους αντίστοιχους προϊστάμενους της ιατρικής και της διοικητικής υπηρεσίας για πολλούς λόγους. Πρώτον δεν έχουν μεγάλη επιρροή και δεύτερον δέχονται μεγάλες πιέσεις από την ιεραρχία και από τα άτομα που διοικούν. Ο Hunter ανέφερε σε έρευνα του ότι υπάρχει μια μεγάλη διαφορά μεταξύ των φοιτητών και των νεοδιορισμένων με τους παλιούς νοσηλευτές και τη διοίκηση (Χυτήρης Σ. Λεωνίδα 2001).

Η μια πλευρά έχει επίκεντρο τον ασθενή ενώ η άλλη πλευρά απλά διεκπεραιώνει τα καθήκοντα της για να καταφέρει ο ασθενής της να περάσει ομαλά μέσα από το σύστημα υγείας. Παρατηρείται επίσης ότι στη σύγκρουση του προσωποκεντρικού και του κατ' εργασία μοντέλου πρακτικής των Κοινωνικών Λειτουργιών στις προσεγγίσεις νεοτέρων και αρχαιοτέρων νοσηλευτών δημιουργείται η εντύπωση ότι συγκρούονται επαγγελματίες από διαφορετικούς κλάδους. Αυτή η σύγκρουση οφείλεται στις ανταγωνιστικές σχέσεις μεταξύ αρχαιοτέρων και νεοτέρων Κοινωνικών Λειτουργιών που δημιουργούν σύγχυση στη συγκεκριμένη πρακτική.

Η πρόληψη αλλά και η ανάρρωση από την επαγγελματική εξουθένωση απαιτούν την κατανόηση και την επεξεργασία των αντιφάσεων που υπάρχουν στη συγκεκριμένη πρακτική αλλά και των ιδιοσυγκρασιακών ιδιοτεροτήτων των ανωτέρων. Η βελτίωση των σχέσεων με τους ανωτέρους δεν είναι κάτι απλό και εύκολο να συμβεί. Χρειάζεται υπομονή, επιμονή και χρόνο. Στην περίπτωση προσπάθειας εφαρμογής κάποιας καινοτομίας, αυτή θα πρέπει να υποστηριχτεί από την νοσηλευτική ομάδα και να παρουσιαστεί σαν

υλοποίηση του νόμιμου καθηκοντολογίου, μια διαδικασία που δεν είναι εύκολη. Χρειάζεται και αυτή προετοιμασία, πειθώ, σεμνότητα και συνεργασία.

2.5.4 Η Αλλαγή της Σχέσης με τον Εαυτό τους

Το βασικό κίνητρο των φοιτητών των Κοινωνικών Λειτουργιών, όταν κλήθηκαν να διαλέξουν επαγγελματική σταδιοδρομία, είναι η επιθυμία να παράσχουν την βοήθεια και την φροντίδα τους στον άνθρωπο. Έτσι ξεκινούν να σπουδάζουν με αρκετό ιδεαλισμό με την πίστη ότι ο σωστός συνδυασμός ποιοτικής εκπαίδευσης, ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους και δέσμευσης, θα τους βοηθήσει να ασκήσουν το λειτούργημά τους.

Σύντομα οι προσδοκίες τους διαψεύδονται, χάνουν το πάθος και την αισιοδοξία τους και αναγκαστικά πρέπει να ακολουθήσουν τις πρακτικές που τους προστάζει η ομάδα εργασίας στην οποία ανήκουν. Έτσι, ο μεγαλύτερος τους χρόνος περνάει στην εκτέλεση λειτουργικών καθηκόντων, στις γραφειοκρατικές εργασίες και γενικά σε ζητήματα ρουτίνας. Παράλληλα, αλλάζει και ο ορισμός της επαγγελματικής τους ταυτότητας. Οι αξίες και τα κίνητρα τους γίνονται περισσότερο υλιστικά και εγωκεντρικά και αισθάνονται αγανάκτηση, θυμό και κυνισμό (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004).

Οι νέοι επαγγελματίες, τις περισσότερες φορές δεν έχουν αντιμετωπίσει τις δοκιμασίες της ζωής ώστε να τους δοθεί η ευκαιρία να γνωριστούν με τον εαυτό τους αλλά και τους άλλους. Δεν είναι ακόμα έτοιμοι να αντιμετωπίσουν την ανθρώπινη αδυναμία και την ασθένεια με αποτέλεσμα οι νέοι Κοινωνικοί Λειτουργοί να βλέπουν τον εαυτό τους σαν ήρωες ή σωτήρες, παίρνοντας λανθασμένα πάνω τους όλη την ευθύνη του ασθενούς. Υπερεκτιμούν τις

δυνατότητες τους για επιτυχία και προσφορά, εμπλέκονται υπερβολικά, δεν βάζουν όρια, προσπαθούν να αποδείξουν ότι είναι οι καλύτεροι ή ότι νοιάζονται περισσότερο για τους άλλους απ' ότι οι υπόλοιποι τους συνάδελφοι.

Αυτή η υπερλειτουργικότητα πηγάζει από την παιδική ηλικία όπου διατηρούσαν μια συμπεριφορά που ανταμειβόταν από τους γονείς. Αυτό συμβαίνει γιατί ορισμένα παιδιά αποτελούν σημαντική πηγή κινητοποίησης, ερεθισμάτων και υποστήριξης για τους γονείς τους. Γι' αυτό και μεγαλώνοντας συνεχίζει να διατηρεί την ίδια συμπεριφορά. Στην πραγματικότητα, τα παιδιά αυτά αισθάνονται υπεύθυνα για την οικογένεια τους και τους γονείς τους, είναι δηλαδή «γονεϊκά παιδιά» και γι' αυτό ακριβώς επέλεξαν και ένα επάγγελμα της προσφοράς. Πίσω όμως από αυτήν την υπερλειτουργικότητα και την υπευθυνότητα, κρύβονται ασυνείδητες και ανικανοποίητες ανάγκες για εκτίμηση και αγάπη (Κυριακίδου Ελένη Θ., 2004).

Η εκπαίδευση, ένας χώρος ο οποίος θα μπορούσε να προετοιμάσει τους νέους επαγγελματίες για τη συναισθηματική εργασία που απαιτεί η φροντίδα της ασθένειας, προωθεί την καλλιέργεια της αντικειμενικής και λογικής αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενούς, χωρίς να δίνεται σημασία στην υποκειμενικότητα, στις συναισθηματικές διεργασίες, στην γνώση του εαυτού και του άλλου, που προωθούν τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας. Σύμφωνα με έρευνα, η προσαρμογή και η επιτυχία στον εργασιακό χώρο εξαρτάται μόνο 10-20% στις ακαδημαϊκές γνώσεις και επιδόσεις που αποκτήθηκαν κατά τη διάρκεια της εκπαίδευσης (Σκούλας Ν., 1998).

Η προσαρμογή και η επιτυχία εξαρτώνται πιο πολύ από την «συναισθηματική νοημοσύνη», την ικανότητα γνώσης των συναισθημάτων στον ίδιο σου τον εαυτό αλλά και στους άλλους, η οποία είναι το θεμέλιο της ουσιαστικής επικοινωνίας και συνεργασίας. Όσο περισσότερο ένας νοσηλευτής γνωρίζει τον εαυτό του, τόσο πιο δημιουργικός είναι στην δουλειά του, χωρίς να αναλώνεται σε κατηγορίες για τις αδικίες του «συστήματος». Παραβλέποντας έτσι τις προσωπικές του αδυναμίες.

Όσο πιο πολύ κατανοεί την ανάγκη του για εκτίμηση και θαυμασμό και την ενδόμυχη επιθυμία του να είναι αρεστός, τόσο πιο πολύ είναι σε θέση να ορίζει τον εαυτό του διαφορετικά, να διαχειρίζεται τις πιέσεις που δέχεται με καλύτερους τρόπους, μπορεί να βάζει όρια και να σκύβει στις προσωπικές του ανάγκες. Έτσι θα μετατραπεί τελικά σε έναν πληγωμένο θεραπευτή, ο οποίος ξέρει ότι δεν είναι παντοδύναμος, αλλά το αντίθετο. Είναι ευάλωτος, τρωτός και πάνω απ' όλα ανθρωπίνος.

Από τη μια πλευρά η εξουθένωση οδηγεί το άτομο στην κατάρρευση αλλά από την άλλη οδηγεί και στη γνώση των αναγκών του. Ο Κοινωνικός Λειτουργός μαθαίνει τα εξής (Μάρκοβιτς Γιάννης, 2002):

- *Επιτρέπει στον εαυτό του να έχει ανάγκες*
- *Ικανοποιεί τις ανάγκες του με πιο αποτελεσματικούς τρόπους*
- *Μην ζητάει από τον εαυτό του περισσότερα από αυτά που μπορεί να δώσει*
- *Λέει όχι και να βάζει όρια*
- *Θέτει πιο πραγματοποιήσιμους στόχους*
- *Αναπτύσσει τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και συνεργασίας*

- *Επιτρέπει στον εαυτό του να γίνει ευάλωτος ώστε να αποκτήσει μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας.*

|

3. Κεφάλαιο Τρίτο : Μελέτη Περίπτωσης – ΚΑΦΚΑ

Κορίνθου

3.1 ΚΑΦΚΑ – Κέντρο Αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης του Νομού Κορινθίας

Το ΚΑΦΚΑ Κορινθίας θεωρείται ένα Κέντρο Αποθεραπείας, Φυσικής και Κοινωνικής Αποκατάστασης του συγκεκριμένου νομού. Είναι ένα σύγχρονο Κορινθιακό Θεραπευτήριο για τους συμπολίτες - συνανθρώπους του νομού με ειδικές ανάγκες και το οποίο λειτουργεί από το έτος 2004. Το συγκεκριμένο έργο ευρωπαϊκών σίγουρα προδιαγραφών, βρίσκεται στην είσοδο ακριβώς της Πελοποννήσου. Είναι ένα αξιολογότερο για τον τόπο της Κορίνθου και έργο κοινωνικής υφής. Είναι επίσης ένα από τα Επτά Νέα Κέντρα Αποθεραπείας σε πανελλαδικό επίπεδο, που εντάσσεται κι αυτό στη γενικότερη προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας ζωής των ατόμων με ειδικές ανάγκες (Κέντρο ΚΑΦΚΑ, 2010).

Τέλος θεωρείται ως ευκρινής η ποιότητα των κτιριακών του εγκαταστάσεων και του εν γένει εξοπλισμού του στις μέρες μας. Επαρκής και ικανός είναι και ο αριθμός του προσωπικού του, όπου θα καλύψει τις ανάγκες του πρώτου καιρού. Σύντομος όμως και ο χρόνος, που θα ξεκινήσει, ως αποκούμπι όντως στο δύσκολο βίο το Κέντρο αυτό, να προσφέρει τις υπηρεσίες του, για τις οποίες δαπανήθηκε μέχρι σήμερα και χρόνος, και χρήμα και κόπος αντίστοιχα.

3.2 Παράθεση Έρευνας και Αποτελεσμάτων Βάσει Ερωτηματολογίου

Όπως αναφέρθηκε πρωτίτερα και στο εισαγωγικό μέρος, για τις ανάγκες της συγκεκριμένης πτυχιακής εργασίας πραγματοποιείται εκτεταμένη βιβλιογραφική και εμπειρική έρευνα στο Κέντρο Φυσικοθεραπείας και Αποκατάστασης Ατόμων με κινητικά προβλήματα ΚΑΦΚΑ στη Κόρινθο, μέσω της χρήσης ερωτηματολογίων. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια αποτελούνται από δεκαπέντε ερωτήσεις όλες κλειστού τύπου και τα οποία διανέμονται σε 10 Κοινωνικούς Λειτουργούς που εργάζονται στο συγκεκριμένο Κέντρο και εναποθέτουν τις απόψεις τους σε ερωτήσεις σχετικά με την επιρροή του Burn Out στην καθημερινή τους εργασία και κοινωνική ζωή καθώς και στη Διοίκηση και Λειτουργία του Κέντρου.

Αφορμή για την επιλογή του συγκεκριμένου κέντρου στην Κόρινθο αποτέλεσε η προσωπική γνωριμία της συγγραφέως της παρούσας εργασίας, καθώς στο συγκεκριμένο κέντρο εξάσκησε την πρακτική της άσκηση. Έτσι, είχε την ευκαιρία να προσεγγίσει με μεγαλύτερη άνεση τους κοινωνικούς λειτουργούς του κέντρου και να τους παραδώσει τα ερωτηματολόγια η ίδια. Φυσικά, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε διατηρώντας την ανωνυμία των συμμετεχόντων. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε ήταν η εξής: η συγγραφέας επισκέφτηκε τουλάχιστον τέσσερις φορές στο συγκεκριμένο κέντρο για να βρεί και τους δέκα κοινωνικούς λειτουργούς που φυσικά δεν εργάζονται τις ίδιες μέρες και ώρες στο κέντρο. Αφού τους διένειμε τα ερωτηματολόγια, τους παρακάλεσε να τα έχουν έτοιμα σε διάστημα μιας εβδομάδας καθώς οι ερωτήσεις ήταν δεκαπέντε στο σύνολο μαζί με τα δημογραφικά στοιχεία. Η συγγραφέας γνωρίζοντας πως οι συγκεκριμένοι

άνθρωποι λόγω του ότι όλοι έχουν οικογένειες και συνεπώς περιορισμένο χρόνο, σκέφτηκε να φτιάξει το ερωτηματολόγιο με ερωτήσεις εύστοχες και ουσιαστικές που να συμπληρώνετε σε μικρό χρονικό διάστημα. Αφού συμπληρώθηκαν τα ερωτηματολόγια απ'όλους, η συγγραφέας είχε φτιάξει ένα φάκελο όπου θα συγκεντρώνονταν όλα μαζί και το είχε αφήσει στο γραφείο των κοινωνικών λειτουργών αφού πρώτα τους είχε ενημερώσει σχετικά. Έτσι, όποιος ολοκλήρωνε το ερωτηματολόγιο, το τοποθετούσε στο συγκεκριμένο φάκελο. Η συγγραφέας, άφησε ένα περιθώριο δύο ημερών παραπάνω και στη συνέχεια συνέλεξε τον φάκελο χωρίς να πασχολήσει περαιτέρω τους κοινωνικούς λειτουργούς απο την εργασία τους. Ωστόσο, δεν παρέλειψε να τους ευχαριστήσει για την πολύτιμη βοήθεια τους.

Ερώτηση 1^η - Φύλο Ερωτηθέντων

Οι επιλογές των απαντήσεων που δίνονται στην συγκεκριμένη ερώτηση, αναφέρονται ως εξής. Από τους ερωτηθέντες που συμμετείχαν στην έρευνα, οι περισσότεροι ήταν άντρες, έξι για την ακρίβεια, και τέσσερις γυναίκες.

Ερώτηση 2^η – Μορφωτικό Επίπεδο Συμμετεχόντων

Σε ότι αφορά το μορφωτικό επίπεδο των συμμετεχόντων, οι εννέα είναι κάτοχοι κάποιου ανώτατου πανεπιστημιακού ή τεχνολογικού ιδρύματος ενώ μόλις ένας απάντησε ότι είναι και κάτοχος διδακτορικού τίτλου.

Ερώτηση 3^η – Ηλικία Συμμετεχόντων

Οι έξι στους δέκα συμμετέχοντες είναι πάνω από 35 χρονών, δύο είναι κάτω των 25, δηλαδή πρόσφατα ολοκλήρωσαν τον κύκλο σπουδών τους ως κοινωνικοί λειτουργοί, ενώ οι υπόλοιποι δύο είναι μεταξύ 26 και 35 χρόνων.

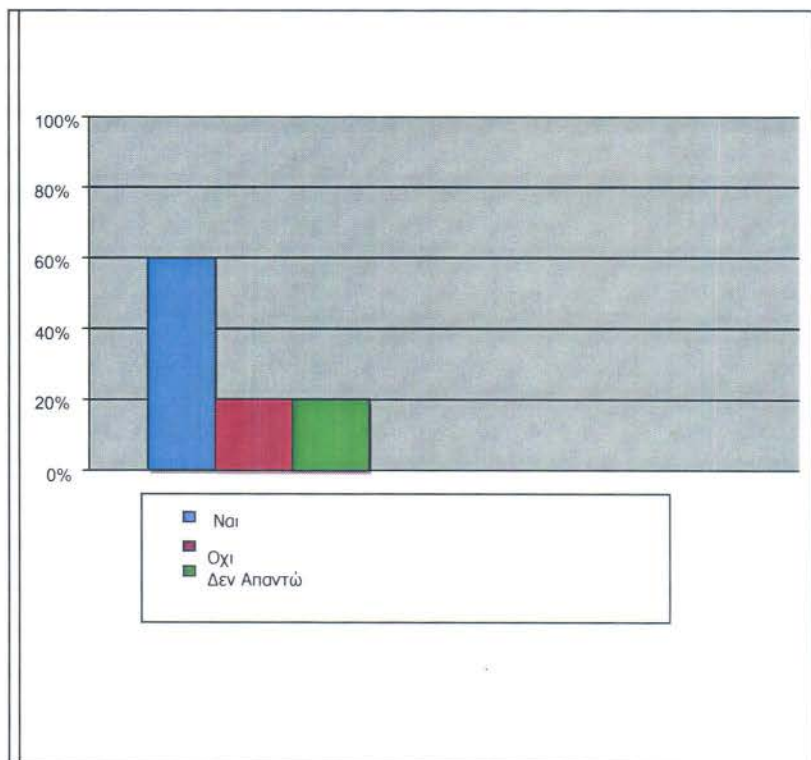
Ερώτηση 4^η - Οικογενειακή Κατάσταση Συμμετεχόντων

Σε ότι αφορά την οικογενειακή τους κατάσταση, όλοι οι συμμετέχοντες είναι παντρεμένοι, παρά το νεαρόν της ηλικίας τους για τα δύο από τα δέκα άτομα. Πιο αναλυτικά, τέσσερις είναι παντρεμένοι χωρίς παιδιά και άλλοι τέσσερις είναι παντρεμένοι με 2 παιδιά. Οι υπόλοιποι δύο είναι παντρεμένοι με ένα παιδί.

Ερώτηση 5^η - Είστε ευχαριστημένοι από το αντικείμενο εργασίας σας;

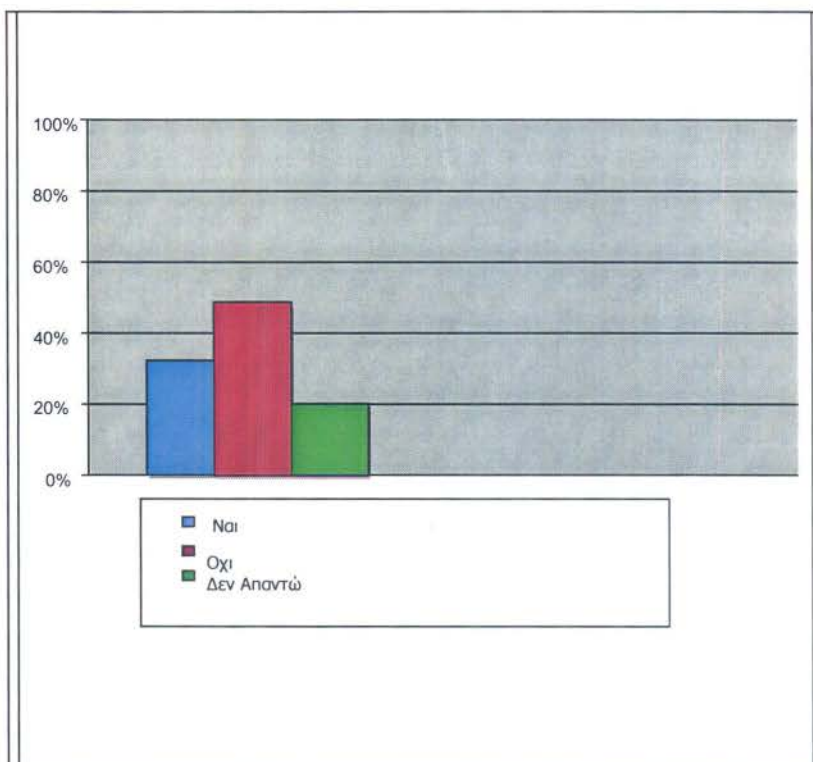
Οι περισσότεροι ερωτηθέντες, επτά για την ακρίβεια, απάντησαν πως είναι ευχαριστημένοι από την εργασία τους. Δύο από τους ερωτηθέντες δήλωσαν πως δεν είναι ευχαριστημένοι με το αντικείμενο τους, για διάφορους λόγους, και μόλις ένας δεν θέλησε να απαντήσει στη συγκεκριμένη ερώτηση.

Ερώτηση 6^η - Είστε ευχαριστημένοι από τη θέση εργασίας σας;



Σε αυτή την ερώτηση που αφορά την θέση εργασίας των ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό όπως φαίνεται και στο παραπάνω διάγραμμα, το 60%, απάντησε ότι είναι ευχαριστημένο από την θέση εργασίας του, αντίθετα ένα 20% απάντησε πως δεν είναι ευχαριστημένο και το υπόλοιπο 20% επέλεξε να μην δώσει καμία απάντηση. Η διαφορά με την προηγούμενη ερώτηση είναι ότι η θέση εργασίας αφορά πέραν του αντικειμένου της εργασίας αυτής καθεαυτής και μια υπεύθυνη θέση σε κάποιο τμήμα του ιδρύματος δηλαδή μια επιπλέον αρμοδιότητα, που άλλους τους ευχαριστεί γιατί σπάει την ρουτίνα τους και άλλοι το αισθάνονται σαν βάρος γιατί αρνούνται να αναλάβουν περισσότερες ευθύνες απ' αυτές που ήδη έχουν.

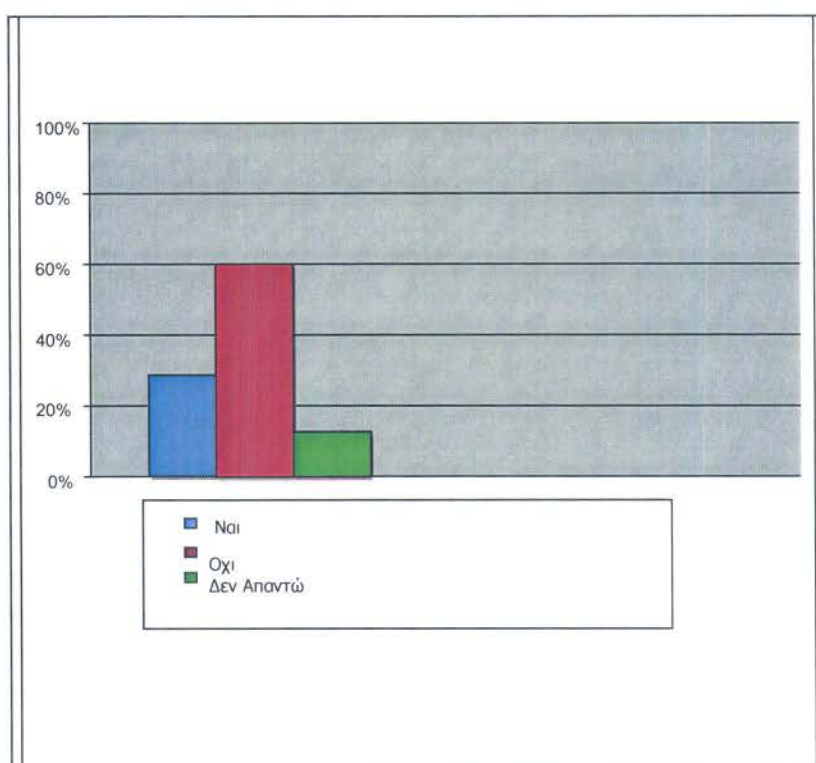
Ερώτηση 7^η - Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στον εαυτό σας;



Η έβδομη ερώτηση αφορά το κατά πόσο οι απαιτήσεις της δουλειάς των ερωτηθέντων επηρεάζουν το χρόνο που αφιερώνουν στον εαυτό τους. Σίγουρα όλες οι δουλειές έχουν τις απαιτήσεις τους, ωστόσο ο κοινωνικός λειτουργός δεν διεκπαιρεύνει απλά μια εργασία αλλά αυτό που κάνει θεωρείται λειτούργημα. Γι' αυτό το λόγο προέκυψε και η συγκεκριμένη ερώτηση. Η συγκεκριμένη δουλειά επηρεάζει την προσωπική ζωή των κοινωνικών λειτουργών, τουλάχιστον σε ότι αφορά τον ψυχολογικό τομέα. Το πόσο τους επηρεάζει εξαρτάται από τον χαρακτήρα και την εμπειρία του κάθε

επαγγελματία ξεχωριστά. Τρεις από τους δέκα ερωτηθέντες, το 30%, απάντησαν θετικά στην ερώτηση δηλαδή οι απαιτήσεις της δουλειάς τους επηρεάζουν την προσωπική τους ζωή, ενώ το 50% δήλωσε πως καταφέρνει να μην επηρεάζεται η προσωπική τους ζωή. Το 20% των ερωτηθέντων δεν θέλησε να απαντήσει στην ερώτηση.

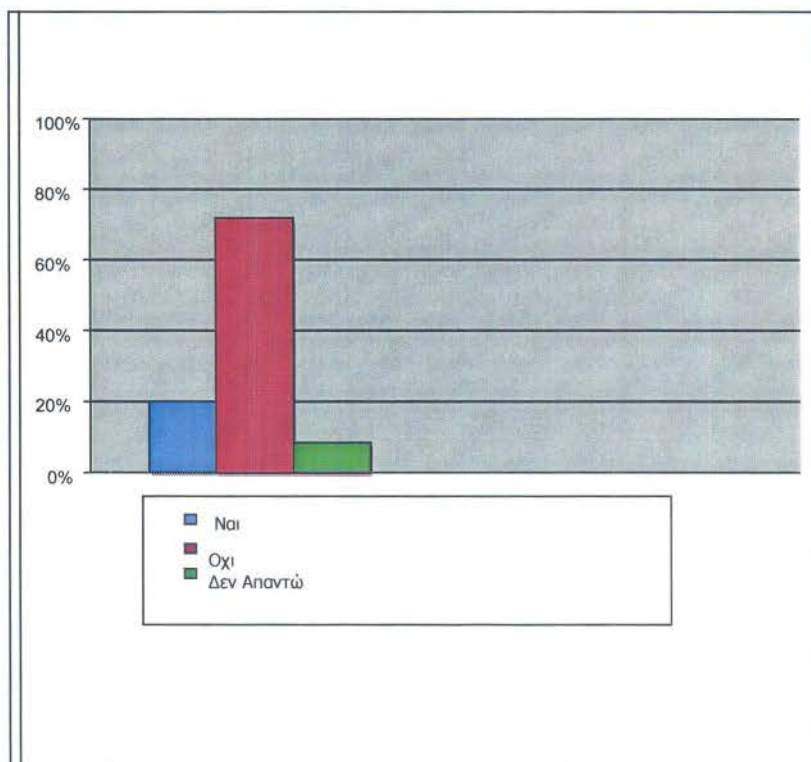
Ερώτηση 8^η - Θεωρείτε ότι οι απαιτήσεις της δουλειάς σας επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο που αφιερώνετε στην οικογένειά σας;



Η όγδοη ερώτηση αφορά το κατά πόσο οι απαιτήσεις της δουλειάς των ερωτηθέντων επηρεάζουν το χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένειά τους. Σύμφωνα με το ραβδόγραμμα, το 60% απάντησε ότι η εργασία του δεν

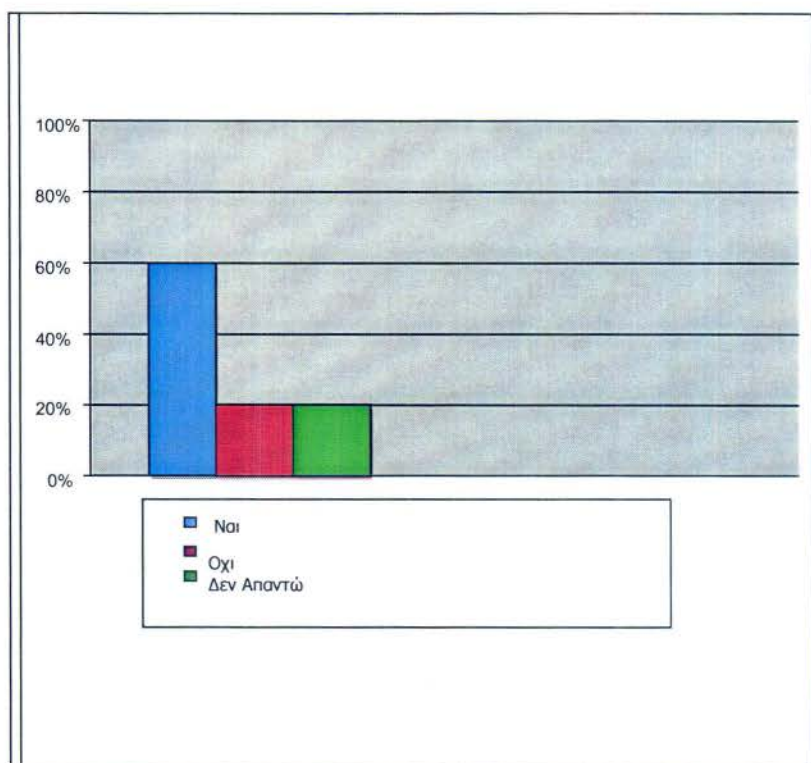
επηρεάζει το χρόνο που αφιερώνει στην οικογένεια του, τουλάχιστον όχι τώρα πιά γιατί με τα χρόνια κατάφεραν να διαχειρίζονται τα αρνητικά τους συναισθήματα. Το 30% απάντησε ότι τον επηρεάζει καθώς μετά το τέλος της εργασίας τους έχουν συνειδητοποιήσει ότι προτιμούν να απομονώνονται από το να αφιερώνουν χρόνο στον/στην σύζυγο του ή τα παιδιά τους. Το 10%, δηλαδή ένα άτομο δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Ερώτηση 9^η - Θεωρείτε ότι οι οικογενειακές σας υποχρεώσεις επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνετε στην εργασία σας;



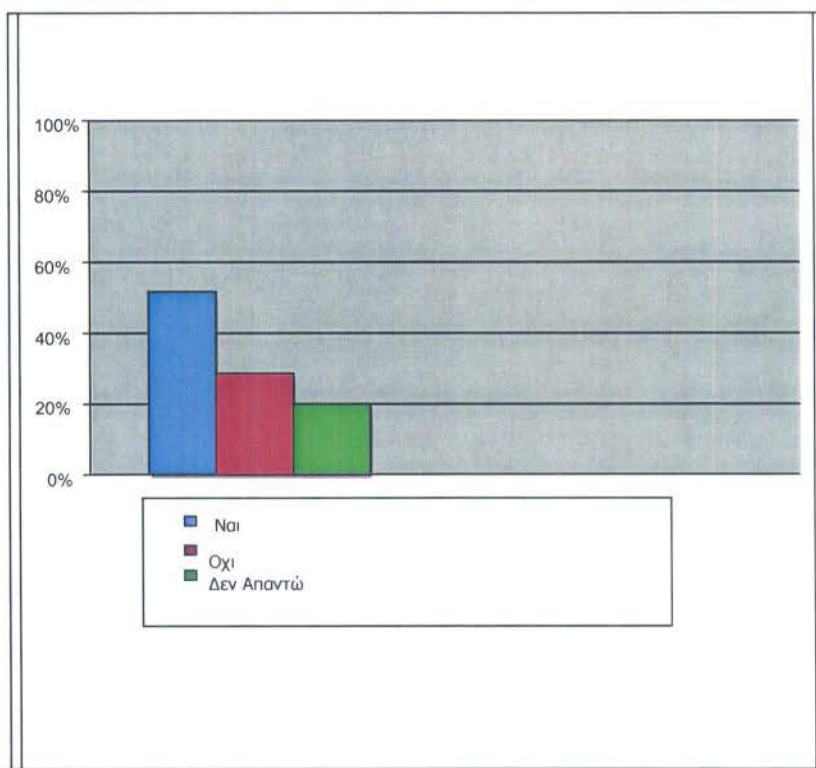
Η ένατη ερώτηση αφορά το κατά πόσο οι οικογενειακές υποχρεώσεις των κοινωνικών λειτουργών που συμμετέχουν στην έρευνα επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους. Το 70%, δηλαδή οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση δηλαδή ότι η εργασία τους παραμένει ανεπηρέαστη παρά τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις. Αντίθετα, το 20% θεωρεί ότι ο χρόνος και η ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους επηρεάζεται από τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις, καθώς πιέζονται να διεκπαιρέωσουν έγκαιρα τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις για να προλάβουν τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις και αυτό τους κάνει να καταναλώνουν ανούσια πολύ ενέργεια. Το 10% επέλεξε να μην απαντήσει στην ερώτηση.

Ερώτηση 10^η - Θεωρείτε ότι οι παράγοντες εργασίας σας συμβάλλουν στην επαγγελματική εξέλιξη στο χώρο εργασίας σας;



Στην συγκεκριμένη ερώτηση οι περισσότεροι ερωτηθέντες, το 60% απάντησαν πως συμφωνούν ότι οι παράγοντες στο περιβάλλον εργασίας επηρεάζουν την εξέλιξή τους σε αυτήν. Το 20% δεν συμφωνεί καθώς πιστεύει ότι εξαρτάται από τους ίδιους και την ποιότητα εργασίας που προσφέρουν το κατά πόσο θα εξελιχθούν ή όχι και το άλλο 20% δεν απάντησε.

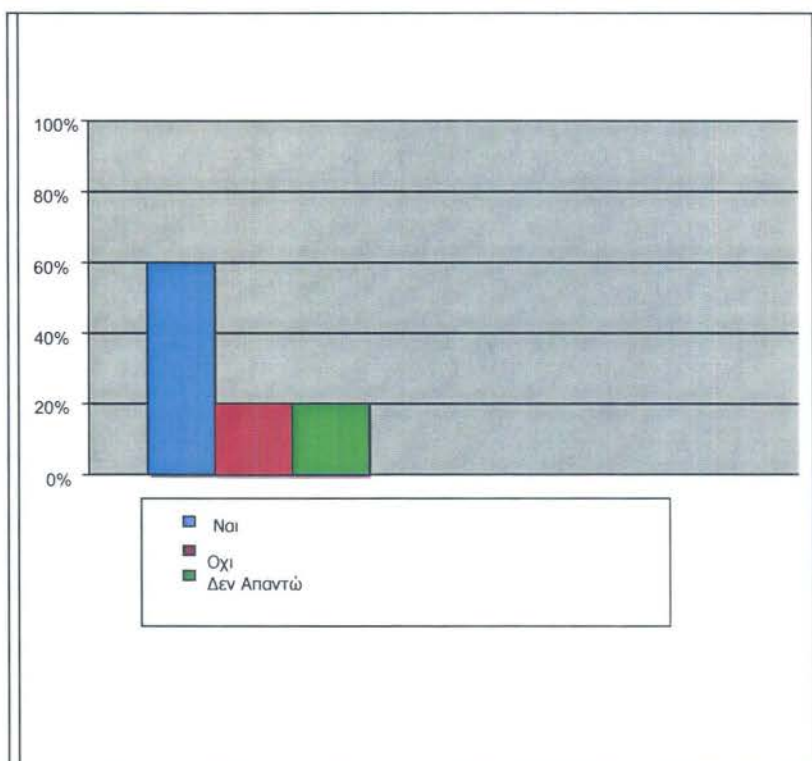
Ερώτηση 11^η - Θεωρείτε ότι η Εργασιακή Εξουθένωση Μπορεί να Συμβάλει Αρνητικά στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες από Μέρους των Κοινωνικών Λειτουργιών στο ΚΑΦΚΑ;



Σε αυτή την ερώτηση οι μισοί ερωτηθέντες, δηλαδή το 50%, θεωρούν ότι πραγματικά η εργασιακή εξουθένωση μπορεί να συμβάλλει αρνητικά στις παρεχόμενες υπηρεσίες του ιδρύματος, καθώς η εργασιακή εξουθένωση όπως δηλώνει και το όνομα, επηρεάζει την δουλειά των κοινωνικών λειτουργών. Το 30% δεν συμφώνησε με αυτό καθώς θεωρεί ότι μπορεί να

διαχειριστεί τον τρόπο που παρέχει τις υπηρεσίες του ώστε να μην είναι αρνητικές και το 20% δεν απάντησε.

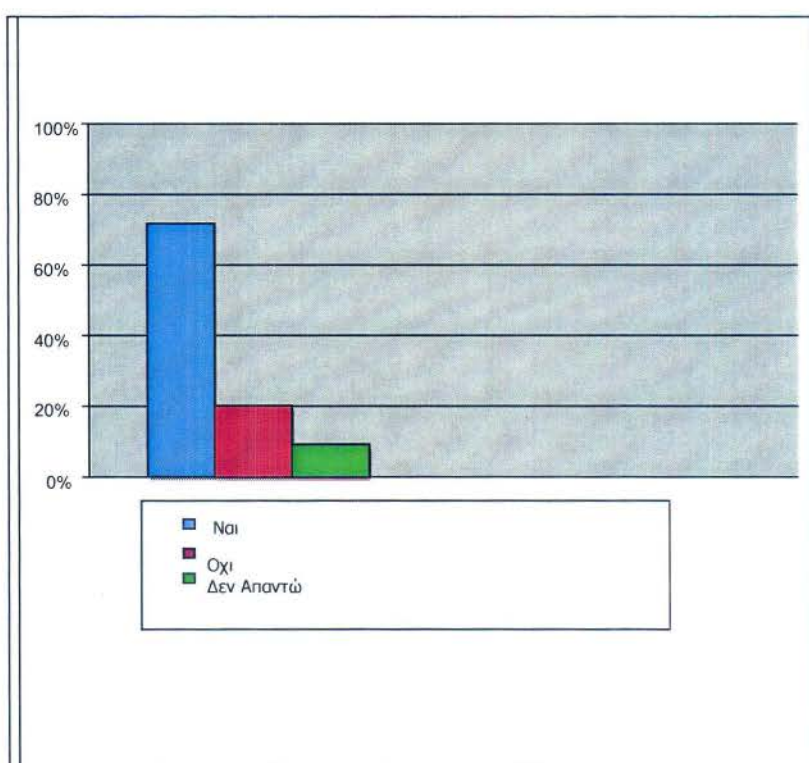
Ερώτηση 12^η - Θεωρείτε ότι η Εργασιακή Εξουθένωση μπορεί να συμβάλει αρνητικά στην γενικότερη λειτουργία του ΚΑΦΚΑ;



Οι πιο πολύ ερωτηθέντες, το 60%, συμφωνούν πως η εργασιακή εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει την γενικότερη λειτουργία του ΚΑΦΚΑ, καθώς οι κοινωνικοί λειτουργοί αποτελούν την σημαντικότερη ειδικότητα για τους ασθενείς που φιλοξενεί το ίδρυμα, άρα εφόσον επηρεάζονται αυτοί επηρεάζεται και το ίδρυμα. Ένα ποσοστό 20% δεν συμφωνεί με αυτήν την

άποψη καθώς πιστεύει ότι το ίδρυμα λειτουργεί εντελώς αυτόνομα και δεν επηρεάζεται από την εργασιακή εξουθένωση ενώ το υπόλοιπο 20% δεν απάντησε.

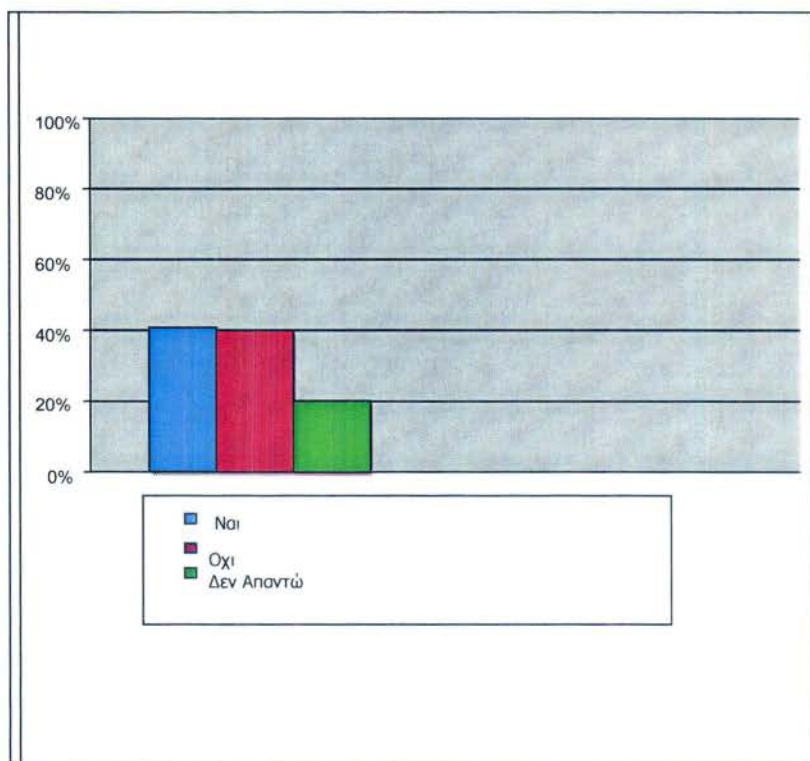
Ερώτηση 13^η - Θεωρείτε ότι η Εργασιακή Εξουθένωση μπορεί να συμβάλει αρνητικά στις παρεχόμενες υπηρεσίες από μέρους των Διοικητικών Κοινωνικών Λειτουργιών στο ΚΑΦΚΑ και ως προς την Διοίκησή του;



Η συγκεκριμένη ερώτηση αφορά στο αν επηρεάζεται η διοίκηση του ΚΑΦΚΑ από την εργασιακή εξουθένωση σε ότι αφορά τις υπηρεσίες που

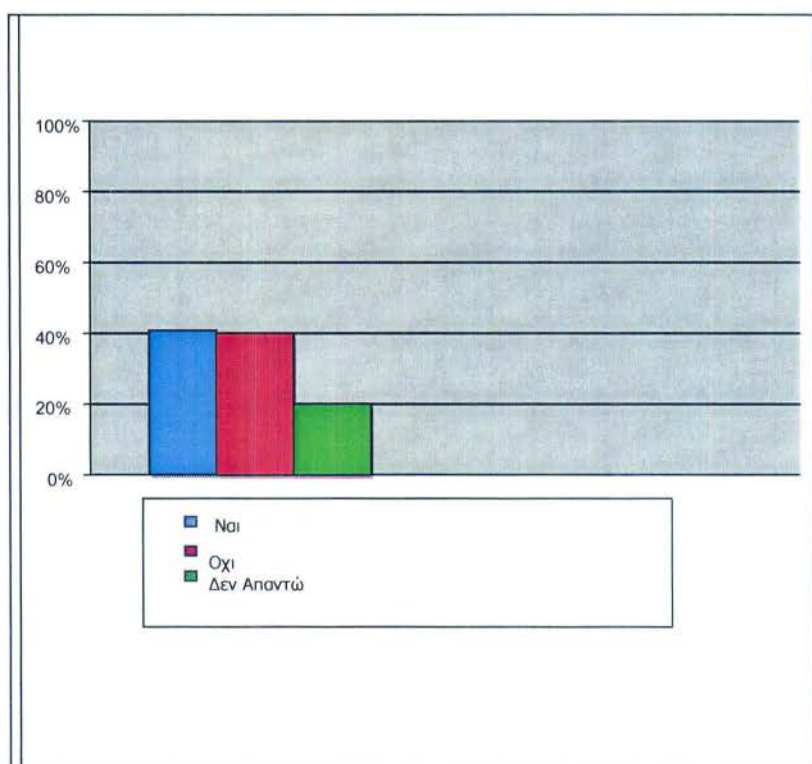
παρέχει. Ένα μεγάλο ποσοστό, το 70%, πιστεύει πως η εργασιακή εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει και την διοίκηση, καθώς ορισμένοι από τους κοινωνικούς λειτουργούς που υποφέρουν από εργασιακή εξουθένωση αποτελούν μέλη της διοίκησης. Το 20% έχει αντίθετη άποψη ενώ το υπόλοιπο 10% δεν απάντησε.

Ερώτηση 14^η – Μπορεί η Εργασιακή Εξουθένωση των Κοινωνικών Λειτουργών στο ΚΑΦΚΑ να οδηγήσει το Κέντρο σε έλλειψη μελλοντικών πελατών;



Για το αν η εργασιακή εξουθένωση μπορεί να επιφέρει έλλειψη πελατών, βρίσκει σύμφωνο το 40% των ερωτηθέντων καθώς αν οι ήδη υπάρχοντες ασθενείς έχουν παράπονα τότε είναι εύκολο αυτή η φήμη να διαρρεύσει προς τα έξω αλλά ένα άλλο 40% διαφωνεί με αυτή την άποψη. Το 20% δεν απάντησε.

Ερώτηση 15^η – Μπορεί η αποτελεσματική αντιμετώπιση της Εργασιακής Εξουθένωσης των Κοινωνικών Λειτουργών στο ΚΑΦΚΑ να οδηγήσει το Κέντρο σε αύξηση πελατών που έχουν ανάγκη από άριτες παρεχόμενες υπηρεσίες:



Το ποσοστό των ερωτηθέντων μοιράζεται και πάλι καθώς ένα 40% πιστεύει ότι η αντιμετώπιση της εργασιακής εξουθένωσης μπορεί να οδηγήσει το Κέντρο σε αύξηση πελατών ενώ άλλο ένα 40% δεν το θεωρεί πιθανό. Ένα μικρό ποσοστό 20% δεν απάντησε.

Ανάλυση Δείγματος & Αποτελέσματα Έρευνας

Οι άνθρωποι που αποτέλεσαν το δείγμα της έρευνας της συγκεκριμένης εργασίας είναι όλοι κοινωνικοί λειτουργοί και εργάζονται στο κέντρο αποθεραπείας, φυσικής και κοινωνικής αποκατάστασης της Κορίνθου. Από την ηλικία τους μπορεί κανείς να καταλάβει και την εμπειρία που έχουν στον συγκεκριμένο τομέα. Οι περισσότεροι, έξι άτομα είναι άνω των 35 άρα έχουν αρκετή εμπειρία ως κοινωνικοί λειτουργοί. Άλλοι δύο είναι μεταξύ 26 και 35 άρα είναι λιγότερο έμπειροι από τους υπόλοιπους έξι και τέλος οι υπόλοιποι δύο είναι κάτω των 25, που σημαίνει ότι πρόσφατα ολοκλήρωσαν τις σπουδές τους και κάνουν τα πρώτα τους βήματα στο δύσκολο αυτό χώρο. Επειδή η συγγραφέας δούλεψε μαζί τους για κάποιο διάστημα, διαπίστωσε απο κοντά πόσο αφοσιωμένοι είναι, και πρέπει να είναι, οι συγκεκριμένοι άνθρωποι για να εξασκήσουν το συγκεκριμένο επάγγελμα. Παρά το γεγονός ότι οι άνδρες είναι περισσότεροι από τις γυναίκες σε αναλογία 6 και 4 αντίστοιχα, δεν έχει προκύψει κανένα πρόβλημα και η συναδελφικότητα υπήρχε σε μεγάλο βαθμό. Διαφωνίες προέκυπταν αλλά πάντα στα φυσιολογικά πλαίσια και επιλύονταν γρήγορα και σχετικά αθόρυβα. Στη συνέχεια παραθέτουμε με περισσότερη ανάλυση τα αποτελέσματα της έρευνας.

Οι ερωτηθέντες που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο είναι άνδρες σε ποσοστό 60% και γυναίκες σε ποσοστό 40%. Όσον αφορά την εκπαίδευσή τους ένα πολύ μικρό ποσοστό, 10%, έχει κάποιο τίτλο διδακτορικού και το μεγαλύτερο ποσοστό, 90%, έχει φτάσει μέχρι και την τριτοβάθμια εκπαίδευση. Ο βασικότερος παράγοντας, η ηλικία τους, το μεγαλύτερο ποσοστό από αυτούς, 60%, είναι πάνω από 35 ετών. Όσοι είναι κάτω των 25 ή μεταξύ 26-35 μοιράζονται το ποσοστό του 40%.

Η οικογενειακή τους κατάσταση σε μεγάλο ποσοστό, 40%, είναι παντρεμένοι κυρίως με 2 παιδιά. Ένα μικρότερο ποσοστό, 20% έρχονται όσοι είναι παντρεμένοι με ένα παιδί. Η ερώτηση για το αν είναι ευχαριστημένοι από την δουλειά τους οι περισσότεροι, το 70%, απάντησαν ότι είναι. Ένα ποσοστό 20% το οποίο απάντησε αρνητικά και επίσης ένα 10% που δεν απάντησε καθόλου. Στην έκτη ερώτηση που αφορά την θέση εργασίας των ερωτηθέντων, το μεγαλύτερο ποσοστό, το 60%, απάντησε ότι είναι ευχαριστημένο από την θέση εργασίας του, αντίθετα ένα 20% απάντησε πως δεν είναι ευχαριστημένο και το υπόλοιπο 20% επέλεξε να μην δώσει καμία απάντηση. Η διαφορά με την προηγούμενη ερώτηση είναι ότι η θέση εργασίας αφορά πέραν του αντικειμένου της εργασίας αυτής καθεαυτής και μια υπεύθυνη θέση σε κάποιο τμήμα του ιδρύματος δηλαδή μια επιπλέον αρμοδιότητα, που άλλους τους ευχαριστεί γιατί σπάει την ρουτίνα τους και άλλοι το αισθάνονται σαν βάρος γιατί αρνούνται να αναλάβουν περισσότερες ευθύνες απ' αυτές που ήδη έχουν.

Η έβδομη ερώτηση αφορά το κατά πόσο οι απαιτήσεις της δουλειάς των ερωτηθέντων επηρεάζουν το χρόνο που αφιερώνουν στον εαυτό τους.

Σίγουρα όλες οι δουλειές έχουν τις απαιτήσεις τους, ωστόσο ο κοινωνικός λειτουργός δεν διεκπαιρεύει απλά μια εργασία αλλά αυτό που κάνει θεωρείται λειτούργημα. Γι' αυτό το λόγο προέκυψε και η συγκεκριμένη ερώτηση. Η συγκεκριμένη δουλειά επηρεάζει την προσωπική ζωή των κοινωνικών λειτουργών, τουλάχιστον σε ότι αφορά τον ψυχολογικό τομέα. Το πόσο τους επηρεάζει εξαρτάται από τον χαρακτήρα και την εμπειρία του κάθε επαγγελματία ξεχωριστά. Τρεις από τους δέκα ερωτηθέντες, το 30%, απάντησαν θετικά στην ερώτηση δηλαδή οι απαιτήσεις της δουλειάς τους επηρεάζουν την προσωπική τους ζωή, ενώ το 50% δήλωσε πως καταφέρνει να μην επηρεάζεται η προσωπική τους ζωή. Το 20% των ερωτηθέντων δεν θέλησε να απαντήσει στην ερώτηση.

Η επόμενη ερώτηση που είναι παρόμοια με την προηγούμενη αναφέρεται στο αν οι απαιτήσεις της εργασίας τους, επηρεάζουν τον χρόνο που αφιερώνουν στην οικογένεια τους. Το 60% απάντησε ότι η εργασία του δεν επηρεάζει το χρόνο που αφιερώνει στην οικογένεια του, τουλάχιστον όχι τώρα πιά γιατί με τα χρόνια κατάφεραν να διαχειρίζονται τα αρνητικά τους συναισθήματα. Το 30% απάντησε ότι τον επηρεάζει καθώς μετά το τέλος της εργασίας τους έχουν συνειδητοποιήσει ότι προτιμούν να απομονώνονται από το να αφιερώνουν χρόνο στον/στην σύζυγο του ή τα παιδιά τους. Το 10%, δηλαδή ένα άτομο δεν απάντησε στην συγκεκριμένη ερώτηση.

Η ένατη ερώτηση αφορά το κατά πόσο οι οικογενειακές υποχρεώσεις των κοινωνικών λειτουργών που συμμετέχουν στην έρευνα επηρεάζουν αρνητικά το χρόνο και την ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους. Το

70%, δηλαδή οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν αρνητικά στην ερώτηση δηλαδή ότι η εργασία τους παραμένει ανεπηρέαστη παρά τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις. Αντίθετα, το 20% θεωρεί ότι ο χρόνος και η ενέργεια που αφιερώνουν στην εργασία τους επηρεάζεται από τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις, καθώς πιέζονται να διεκπαιρέσουν έγκαιρα τις επαγγελματικές τους υποχρεώσεις για να προλάβουν τις οικογενειακές τους υποχρεώσεις και αυτό τους κάνει να καταναλώνουν ανούσια πολύ ενέργεια. Το 10% επέλεξε να μην απαντήσει στην ερώτηση.

Οι περισσότεροι συμμετέχοντες, 60%, πιστεύουν ότι οι παράγοντες εργασίας επηρεάζουν την επαγγελματική τους εξέλιξη, ενώ ένα ποσοστό 20% δεν συμφωνεί με αυτό. Επίσης το 20% δεν απάντησε καθόλου. Για το ερώτημα που αφορά το κατά πόσο η Εργασιακή Εξουθένωση είναι δυνατόν να συμβάλλει αρνητικά στις υπηρεσίες του ΚΑΦΚΑ το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων, 50%, απάντησε θετικά ενώ το 30% δεν συμφωνεί με αυτή την άποψη. Το 20% δεν απάντησε καθόλου.

Στο αν γενικότερα η Εργασιακή Εξουθένωση μπορεί να συμβάλλει αρνητικά στην λειτουργία του ΚΑΦΚΑ και πάλι το μεγαλύτερο ποσοστό, 60%, απάντησε θετικά και μόνο το 20% απάντησε αρνητικά. Το υπόλοιπο 20% δεν απάντησε καθόλου. Την ίδια άποψη φαίνεται να έχει και το 70% των ερωτηθέντων για το αν η Εργασιακή Εξουθένωση μπορεί να έχει αρνητικές επιπτώσεις και στην Διοίκηση του ΚΑΦΚΑ που απάντησε θετικά. Το 20% απάντησε αρνητικά και το 10% δεν απάντησε καθόλου.

Είναι φυσικό επακόλουθο για το 40% των ερωτηθέντων τα αρνητικά αποτελέσματα της Εργασιακής Εξουθένωσης να έχουν αντίκτυπο στους πελάτες

και στην απομάκρυνσή τους από το ΚΑΦΚΑ. Το αντίθετο όμως πιστεύει και το υπόλοιπο 40% ενώ το 20% δεν απάντησε καθόλου. Και οι δυο όμως πλευρές συμφωνούν ότι η αντιμετώπιση της Εργασιακής Εξουθένωσης μπορεί να επιφέρει και την αύξηση των πελατών. Με ποσοστό 40% φαίνεται να μοιράζεται η άποψη αυτή. Μόνο το 20% δεν απάντησε καθόλου και πάλι.

4. Κεφάλαιο Τέταρτο : Επίλογος - Συμπεράσματα

Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί τους κοινωνικούς λειτουργούς και γενικά τους επαγγελματίες υγείας σε σωματική, ψυχική και πνευματική εξάντληση η οποία δεν επηρεάζει μόνο τον επαγγελματικό τομέα αλλά όλους τους τομείς της ζωής του. Ένας επαγγελματίας υγείας που πάσχει από το συγκεκριμένο σύνδρομο μπορούν να θεραπευτεί μόνο αν αλλάξει γενικά στάση ζωής. Δηλαδή θα πρέπει ο κοινωνικός λειτουργός να αλλάξει τη σχέση του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τους ανωτέρους του.

Πολύ σημαντικό είναι επίσης να καταλάβει τον εαυτό του, τις ανάγκες του και τα όρια του, όπως επίσης και να καταλάβει τις ανάγκες και τα συναισθήματα των άλλων. Η επιμόρφωση και η εποπτεία είναι εφόδια για να χτίσει ένας κοινωνικός λειτουργός την επαγγελματική του ταυτότητα. Καταλήγουμε λοιπόν στο ότι η επαγγελματική εξουθένωση δεν αφορά μόνον έναν κοινωνικό λειτουργό αλλά όλο τον οργανισμό στον οποίο εργάζεται, ο οποίος με τη σειρά του θα πρέπει να έχει κοινές αξίες και στόχους με τους εργαζομένους του για να μπορεί να λειτουργεί ορθότερα.

Ως σκοπός της παρούσης πτυχιακής εργασίας ορίζεται η ανάλυση και καταγραφή της περίπτωσης εργασιακής εξουθένωσης και συγκεκριμένα των Κοινωνικών Λειτουργών στο Κέντρο Αποθεραπείας και Φυσικής Αποκατάστασης ΚΑΦΚΑ στην Κόρινθο. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο μέρος της εργασίας, αναλύονται οι περιπτώσεις της εργασιακής εξουθένωσης καθώς και οι λόγοι αλλά και οι αιτίες από τις οποίες προκαλείται, ποια η μορφή του Burn Out στους

κοινωνικούς λειτουργούς, ποιοι οι λόγοι δημιουργίας του καθώς και οι τρόποι καταπολέμησης του αντίστοιχα σε συνάρτηση με τις συνέπειες του φαινομένου.

Θα πρέπει αντίστοιχα να σημειωθεί πως το σύνδρομο burn-Out στους κοινωνικούς λειτουργούς περιλαμβάνει μια φυσιολογική, συναισθηματική και κάποιες φορές ψυχική παραίτηση από μια επαγγελματική δραστηριότητα την οποία εκτελούν και χαίρονται για αυτήν, και όπου την θέση της χαράς καταλαμβάνει το άγχος, η πίεση και η δυσαρέσκεια.

Τέλος, η ανάρρωση από την επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να περιγραφεί σαν μια διαδικασία από την πλευρά των Κοινωνικών Λειτουργών ανάληψης ευθυνών του εαυτού τους. Μια τέτοια απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, πρέπει να είναι συνειδητή ώστε να οδηγηθεί ο κοινωνικός λειτουργός που πάσχει στην ανάπτυξη μιας στρατηγικής επιβίωσης και ανάκτησης του ελέγχου στη ζωή του. Μια τέτοια κίνηση αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία καλείται να αλλάξουν την στάση του, τις αξίες του, τα συναισθήματα του, τις ικανότητες του και τους ρόλους που συνήθιζε μέχρι τώρα να αναλαμβάνει.

Συζήτηση των Αποτελεσμάτων της Έρευνας

Έχοντας μελετήσει τα αποτελέσματα της έρευνας καταλήγουμε σε κάποια συμπεράσματα πολύ ενδιαφέροντα για τον κλάδο των κοινωνικών λειτουργών και για το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, από το οποίο και υποφέρουν πολύ συχνά.

Σύμφωνα με το δείγμα μας, οι περισσότεροι κοινωνικοί λειτουργοί που εργάζονται στο κέντρο αποθεραπείας Κορίνθου, έχουν οικογένεια με παιδιά. Αυτό σημαίνει ότι όπως αναφέραμε και στην εργασία μας, οι κοινωνικοί λειτουργοί δέχονται εξωγενείς πιέσεις πέραν των ενδογενών που αφορούν το αντικείμενο της εργασίας τους. Θα μπορούσε να αναρωτηθεί κανείς στο σημείο αυτό ότι ένας επαγγελματίας θα έπρεπε να ξεχωρίζει τα προσωπικά του προβλήματα από τα επαγγελματικά του και δικαίως αλλά ως ένα σημείο. Τι εννοούμε μ' αυτό; Εξηγούμε αμέσως ότι ο κοινωνικός λειτουργός όπως λέει και ο τίτλος του, εκτελεί ένα λειτούργημα καθώς το αντικείμενο της δουλειάς του είναι έμψυχο, έχει να κάνει με ανθρώπινες ψυχές, άρα τα συναισθήματα του δεν μπορούν να μείνουν παντελώς ανεπηρέαστα. Επιπρόσθετα, το να παραμένει ένας κοινωνικός λειτουργός συναισθηματικά ουδέτερος απέναντι στον ασθενή του, πάντα ως ένα εύλογο σημείο που να μην αγγίζει την αναισθησία, είναι και θέμα εμπειρίας η οποία αποκτάται με τα χρόνια προϋπηρεσίας στο συγκεκριμένο κλάδο. Το δείγμα μας εδώ κατα γενική ομολογία είναι πάνω από 35 ετών, που σημαίνει ότι λογικά θεωρείται ένα έμπειρο προσωπικό. Ωστόσο και αυτοί υποφέρουν από επαγγελματική εξουθένωση.

Ενδιαφέρον παρουσιάζουν επίσης οι απαντήσεις που δόθηκαν σχετικά με το αν είναι ευχαριστημένοι με την δουλειά τους αλλά και με την θέση που κατέχουν μέσα σ' αυτήν. Οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν πως είναι ευχαριστημένοι και από τα δύο. Ωστόσο, εξέφρασαν την πεποίθησή τους ότι η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τις υπηρεσίες, την διοίκηση και την λειτουργία του ΚΑΦΚΑ. Αυτό σημαίνει ότι το κέντρο

αποθεραπείας της Κορίνθου, μπορεί να παρουσιάσει προβλήματα μεταξύ των σχέσεων των εργαζομένων και των ασθενών, γεγονός που απομακρύνει κατά πολύ τον πραγματικό και ουσιαστικό σκοπό που έχει το κέντρο αυτό.

Από την στιγμή που το μεγαλύτερο ποσοστό των εργαζομένων έχουν εντοπίσει την αιτία του «κακού» που είναι το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης, μπορεί να κάνει κάτι για να αλλάξει την κατάσταση και να την κάνει καλύτερη για όλους, και για τους εργαζόμενους αλλά κυρίως για τους ασθενείς. Εξάλλου, το σύνδρομο αυτό είναι κάτι που συμβαίνει συχνά στο κλάδο των κοινωνικών λειτουργών και είναι αντιμετωπίσιμο. Τους τρόπους αντιμετώπισης τους παραθέσαμε αναλυτικά στην εργασία μας και έχουμε την πεποίθηση ότι αν εφαρμοστούν από τους κοινωνικούς λειτουργούς, δεν θα τους κάνει απλά καλό σε ότι αφορά το επαγγελματικό τομέα αλλά θα τους προσφέρει πολλά και στον προσωπικό. Φυσικά, χρειάζεται αγώνας και συνεχής προσπάθεια απ' όλους για να έχουμε τα επιθυμητά αποτελέσματα.

Βιβλιογραφία

Αγγλική Βιβλιογραφία

- ❖ Clarke T. & Clegg S., 1998, "Changing Paradigms: The Transformation of Management Knowledge for the 21st Century", Profile Books Ltd., London
- ❖ Jankowich, 2004, "Research Methods for studies and projects", London: Macmillan Press Ltd.
- ❖ Maslach C., & Leiter M. P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- ❖ Montana P. & Charnov B., 2005, "*Management*", 3^η Αμερικάνικη Έκδοση, Αθήνα, Κλειδάριθμος
- ❖ Fisher, Schoenfeldt, Shaw, Human Resource Management, Houghton Mifflin Company, USA, 1999
- ❖ William B. Weather, Keith Davis, Human Resources and Personnel Management, Irwin McGraw Hill, USA, 1996

Ελληνική Βιβλιογραφία

- ❖ Αλεξιάδης Ι., Σιγάλας, Α.Δ., (1999), *Υπηρεσίες Υγείας - Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Τόμος Α', Έκδοση ΕΑΠ, Πάτρα
- ❖ Γκουλιαβούδη Αν., (2006), *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Αθήνα

- ❖ Γρηγορούδης Ε., (2001), *Μεθοδολογίες μέτρησης ποιότητας και συγκριτικής ανάλυσης επιδόσεων*
- ❖ Δρακουλόγκωνα Σ., (2004), *Ο ρόλος του Κοινωνικού Λειτουργού στο σύστημα ελέγχου ποιότητας στο γενικό νοσοκομείο*, Το Βήμα του Ασκληπιού, Αθήνα
- ❖ Δρ. Ουζούνη, Χρ., (2004), *Το στρες των Κοινωνικών Λειτουργών που εργάζονται σε ψυχιατρικά τμήματα*, Νοσηλευτική 43, Αθήνα
- ❖ Εφημερίδα «Το παρών της Κυριακής», Λεωνίδας Γρηγοράκος, άρθρο "Το μετέωρο βήμα στην Υγεία", 19 Ιουνίου 2005
- ❖ Κυριακίδου Ελένη Θ., (2004), *Κοινωνική νοσηλευτική και Κοινωνικοί Λειτουργοί*, Εκδόσεις: Η Ταβίθα, Αθήνα.
- ❖ Κωνσταντοπούλου Αικ., (2005), *"Η πολιτική Υγείας στην Ελλάδα"*
- ❖ Νιάκας Δ., (2000), *"Χρηματοδότηση Νοσοκομείων και Αποτελεσματικότητα"*, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα
- ❖ Μάρκοβιτς Γιάννης, Διοίκηση Ανθρωπίνου Δυναμικού – Παρακίνηση / Εξουσία και Εργασιακή Εξουθένωση, University Studio Press, Θεσσαλονίκη 2002
- ❖ Μπέσης Ν., (1993), *"Ιδιωτικές Υπηρεσίες Υγείας Κοινωνικών Λειτουργών"*, IOBE, Αθήνα
- ❖ Σίσουρας Α., Καραόκης Α., Μίσσιαλος Ε., (1999), *"Health Care and Cost Containment in Greece"* στο Missialos E., Le Grand J., (1999), *"Health Care and Cost Containment in Greece"*, Ashgate, Aldershot
- ❖ Σκούλας Ν., (1998), *Διαχείριση και Ανάπτυξη Ανθρώπινων Πόρων*.
- ❖ Σούλης Σ., (1996), *"Οικονομική της Υγείας"*, Αθήνα

- ❖ Χυτήρης Σ. Λεωνίδας (2001), “Διοίκηση Ανθρωπίνων Πόρων”,
Interbooks

References

- ❖ C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, 2007, “Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007”
- ❖ Hellastat, 2008, “Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα”
- ❖ ΟΟΣΑ, 2007, “Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα”
- ❖ Υπουργείο υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης, συγκεντρωτικά στοιχεία ανθρώπινου δυναμικού 31/10/2005
- ❖ C.H.E.S.M.E, Θεοδώρα Λιακοπούλου, 2007, “Ιδιωτικές δαπάνες Υγείας για το 2007”
- ❖ Hellastat, 2008, “Έρευνα για τις δημόσιες και ιδιωτικές δαπάνες υγείας στην Ελλάδα”
- ❖ ΟΟΣΑ, 2007, “Δημόσιες και Ιδιωτικές Δαπάνες Υγείας στην Ελλάδα”
- ✓ <http://www.eof.gr/html/law80.html>
- ✓ <http://www.ygeiasprototypon.gr/protypa.html#typopoinsn>