



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ

« ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ »

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΕΡΓΑΣΙΑΚΟ ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΕΞΟΥΘΕΝΩΣΗ ΤΩΝ
ΕΡΓΑΖΟΜΕΝΩΝ ΣΤΑ ΦΑΡΜΑΚΕΙΑ ΤΟΥ Ε.Ο.Π.Υ.Υ.»**

Της ΧΡΙΣΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΥΒΟΝΝΗΣ του Ελευθερίου

Φεβρουάριος 2023

Υποβλήθηκε ως αιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος στη
Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

*“She burn’d with love, as straw with fire
flameth. She burn’d out love, as soon as straw outburneth”*

William Shakespeare ,“The Passionate Pilgrim(VII)” (1599)

Στην κόρη μου, Ελευθερία, που με στήριξε όσο δεν φαντάζεται σε αυτό το δύσκολο
ταξίδι

Ευχαριστίες

Με την παρούσα εργασία, κλείνει ο κύκλος των μεταπτυχιακών μου σπουδών στο Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, μια προσπάθεια που ξεκίνησε εν μέσω πανδημίας όταν όλοι προσπαθούσαμε να κρατηθούμε από αξίες και ιδανικά που είχαμε ξεχάσει. Για εμένα, η γνώση αποτελούσε πάντα δύναμη και μάλιστα δύναμη κινητήριος, αλλαγών και προσωπικής βελτίωσης. Στο ταξίδι αυτό, συμμάχους και υποστηρικτές είχα τον σύζυγό μου, Βασίλη και την κόρη μου, Ελευθερία. Ιδιαίτερες ευχαριστίες και εκτίμηση οφείλω στους συναδέλφους μου στο Φαρμακείο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Σερρών που με στήριξαν στην προσπάθεια αυτή καθ' όλη τη διάρκεια των μεταπτυχιακών σπουδών μου, όπως και στη Διοικήτρια του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. κα Καρποδίνη Θεανώ, που έδωσε άμεσα την έγκρισή της για την εκπόνηση της μελέτης αυτής.

Τον μεγαλύτερο υποστηρικτή και βοηθό όμως βρήκα στο πρόσωπο του καθηγητή μου κου Βασίλη Αλετρά, που με τις εμπνευσμένες παραδόσεις του, μου άνοιξε διάπλατα τον κόσμο της γνώσης σε ένα αντικείμενο που μόνο εμπειρικά κατείχα. Τον ευχαριστώ πολύ, ιδιαίτερα για τις στοχευμένες παρατηρήσεις του όπως και για το θάρρος που μου έδινε να συνεχίσω. Σας ευχαριστώ πολύ, κ. Αλετρά.

Περίληψη

Το φαινόμενο του επαγγελματικού άγχους και της εργασιακής εξουθένωσης (“burnout”) αποτελεί αντικείμενο εκτεταμένης μελέτης τα τελευταία πενήντα χρόνια. Καθώς ο τομέας της εργασίας αποτελεί τον πιο σημαντικό χώρο ανάπτυξης της δραστηριότητας του ατόμου και ικανοποίησης των βασικών αναγκών του, γίνεται φανερό ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την εργασία μπορεί να οδηγήσουν σε εργασιακή εξουθένωση, ένα φαινόμενο χρόνιας κόπωσης και αποστασιοποίησης από την εργασία που επηρεάζει το άτομο και το περιβάλλον του.

Αν και η γνώση σχετικά με το φαινόμενο αυτό συνεχώς επεκτείνεται, είναι σημαντικό να τονιστεί ότι οι ιδιαίτερα στρεσογόνες εξωτερικές και εσωτερικές συνθήκες που έχουν διαμορφωθεί πλέον στον εργασιακό χώρο, καθιστούν το φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης μία πρόκληση για τους εργαζόμενους και τους οργανισμούς ως προς την διαχείρισή του, και ειδικά στον χώρο των εργαζομένων της υγείας. Οι νέες εργασιακές συνθήκες περιλαμβάνουν συνήθως ελλιπή υποστήριξη, συνεχή φόρτο εργασίας, επιφόρτιση με γραφειοκρατικές διαδικασίες και ψυχική καταπόνηση που προκύπτει από το αίσθημα της ανικανότητας παροχής υπηρεσιών σε αυτόν που το χρειάζεται. Ως απόρροια όλων αυτών, η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια βασική δυσλειτουργία, μια αποκοπή των επαγγελματιών υγείας από την αποστολή που έχουν, να υπηρετούν τον συνάνθρωπο και η οποία είναι και η κινητήριος δύναμή τους.

Με την παρούσα εργασία, επιχειρείται η διερεύνηση και αποσαφήνιση της εμφάνισης εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πανελλαδικά. Συγκεκριμένα, βασικός σκοπός της έρευνας είναι να προσδιοριστούν τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. καθώς και η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των συγκεκριμένων επαγγελματιών υγείας στην εμφάνιση του φαινομένου σε έναν δημόσιο οργανισμό. Είναι γνωστό ότι η συναναστροφή με ασθενείς με σοβαρά νοσήματα (στη συγκεκριμένη περίπτωση ογκολογικά περιστατικά, περιστατικά νεφρικής αιμοκάθαρσης, μεταμοσχευμένοι ασθενείς, σπάνιες ασθένειες κλπ), η συνεχής ανάγκη για υψηλή απόδοση και επίδοση (εξυπηρέτηση κοινού στον υγειονομικό χώρο), οι ειδικές συνθήκες διανομής του φαρμάκου (ελλείψεις, δωρεάν διάθεση) καθώς και τα ωράρια εργασίας (ολοήμερη

λειτουργία) ή ο περιορισμένος αριθμός προσωπικού είναι μερικοί από τους παράγοντες που ενδέχεται να οδηγήσουν το συγκεκριμένο υγειονομικό προσωπικό σε επαγγελματική εξουθένωση. Εκτός των άλλων, η αναγκαιότητα διερεύνησης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης στον δημόσιο τομέα αποτελεί σημαντικό τμήμα της έρευνας, καθώς ο συγκεκριμένος τομέας συνδέεται με την αίσθηση της ασφάλειας και σταθερότητας στην εργασία, παράγοντες που δυνητικά δεν είναι γενεσιουργοί της εμφάνισης του φαινομένου. Τέλος, αν και το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει μελετηθεί εκτεταμένα σε ιατρούς και νοσηλευτές, ο τομέας των δημόσιων φαρμακείων και ειδικά των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έχει μελετηθεί ελάχιστα έως καθόλου.

Για τη συλλογή των δεδομένων της έρευνας, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο εργασιακής Εξουθένωσης της Κοπεγχάγης (CBI, Copenhagen's Burnout Inventory) στα ελληνικά. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι εργαζόμενοι στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. βιώνουν μέτρια επαγγελματική εξουθένωση. Ως προς τους δημογραφικούς παράγοντες, η ηλικία, το φύλο, τα έτη εργασίας και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι παίζουν ρόλο στην εμφάνιση του φαινομένου. Πιο συγκεκριμένα, στατιστικά σημαντική διαφορά βρέθηκε ως προς το φύλο, με τους άνδρες εργαζόμενους να βιώνουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης στη συναναστροφή με ασθενείς, ενώ οι γυναίκες βιώνουν υψηλά ποσοστά προσωπικής και εργασιακής εξουθένωσης. Είναι κατανοητό ότι τα ευρήματα της έρευνας αυτής χρειάζεται να αξιοποιηθούν από τους συνεργαζόμενους φορείς και μπορούν να αποτελέσουν εφαλτήριο έτσι ώστε να οδηγήσουν σε άμεσες και στοχευμένες παρεμβάσεις για την καλύτερη πρόληψη και διαχείριση του φαινομένου με στόχο την βελτίωση των υπηρεσιών και την ποιότητα της εργασιακής ζωής του προσωπικού.

Λέξεις κλειδιά: Εργασιακή εξουθένωση, Φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ., Ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης, Παρεμβάσεις

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	iii
Περίληψη.....	v
Κατάλογος περιεχομένων.....	viii
Εισαγωγή.....	1
Κεφάλαιο 1^ο: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας για το εργασιακό άγχος.....	2
1.1 Η έννοια του άγχους.....	2
1.2 Η έννοια του εργασιακού άγχους.....	3
1.3 Παράγοντες που προκαλούν το εργασιακό άγχος.....	5
1.4 Επιπτώσεις εργασιακού άγχους.....	7
Κεφάλαιο 2^ο: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας για την επαγγελματική εξουθένωση..	10
2.1 Ιστορική αναδρομή.....	10
2.2 Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης.....	14
2.2.1 Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek.....	15
2.2.2 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss.....	16
2.2.3 Το μοντέλο Edelwich και Brodsky.....	16
2.2.4 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach.....	17
2.2.5 Το μοντέλο των Simmendiger και Moore.....	18
2.2.6 Το μοντέλο της Pines.....	18
2.2.7 Το μοντέλο των Golebiewski και Munzerider.....	18
2.2.8 Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής.....	19
2.2.9 Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων-εργασιακών πόρων.....	19
2.2.10 Το μοντέλο των Shirom και Melamed.....	20
2.2.11 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης.....	21
2.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση.....	23
2.4 Επιπτώσεις του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	26
2.5. Τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης.....	27
2.6 Φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ.....	29

2.7. Επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων σε δημόσια φαρμακεία-η περίπτωση των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.....	31
Κεφάλαιο 3^ο: Μεθοδολογία της Έρευνας.....	35
3.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικοί στόχοι.....	35
3.2 Εργαλεία της έρευνας.....	35
3.3 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας.....	36
3.4 Στατιστική ανάλυση.....	37
Κεφάλαιο 4^ο: Αποτελέσματα.....	39
Κεφάλαιο 5^ο: Συζήτηση.....	50
Κεφάλαιο 6^ο: Συμπεράσματα.....	53
6.1 Προτάσεις.....	53
6.2 Περιορισμοί της έρευνας.....	56
Βιβλιογραφία.....	58
Παράρτημα.....	70

Λίστα Πινάκων και Γραφημάτων

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας.....	39
Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα – μέσες τιμές (Μ.Τ.) και τυπικές αποκλίσεις (Τ.Α.) των απαντήσεων.....	41
Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τις διαστάσεις της εξουθένωσης.....	42
Πίνακας 4. Σύγκριση της εξουθένωσης μεταξύ των επιπέδων του φύλου.....	44
Πίνακας 5. Σύγκριση της εξουθένωσης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων.....	45
Πίνακας 6. Σύγκριση των διαστάσεων της εξουθένωσης μεταξύ των μορφωτικών επιπέδων.....	47
Πίνακας 7. Σύγκριση των διαστάσεων της εξουθένωσης μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας.....	48
Γράφημα 1 Μέσοι όροι και 95% ΔΕ για την εξουθένωση ανά φύλο.....	42
Γράφημα 2 Μέσοι όροι και 95% ΔΕ για την εξουθένωση ανά ηλικιακή ομάδα.....	46
Γράφημα 3 Μέσοι όροι και 95% ΔΕ για την εξουθένωση ανά μορφωτικό επίπεδο....	47
Γράφημα 4 Μέσοι όροι και 95% ΔΕ για την εξουθένωση ανά επίπεδο προϋπηρεσίας.....	49

Εισαγωγή

Το φαινόμενο του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης (“burnout”) είναι αρκετά διαδεδομένα σε επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής ωφέλειας, και ιδιαίτερα στους επαγγελματίες υγείας. Σύμφωνα με τους Maslach και Leiter, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης ορίζεται ως μία ψυχολογική διαδικασία που «προκύπτει κατά την εκτεταμένη έκθεση σε απρόβλεπτους στρεσογόνους εργασιακούς παράγοντες και ενώ οι ίδιοι (οι επαγγελματίες) προσπαθούν να βελτιώσουν την ζωή των ασθενών που φροντίζουν». Η επαγγελματική εξουθένωση μπορεί να οριστεί λοιπόν ως η ψυχολογική διαδικασία που προκύπτει από «δυσανάλογα υψηλή εμπλοκή, χαμηλή ικανοποίηση και απαιτητικές συνθήκες εργασίας». Περιλαμβάνει τη συναισθηματική εξουθένωση, την αποστασιοποίηση και τη μείωση της απόδοσης, συμπτώματα που ενδέχεται να διαφέρουν ανάλογα με το άτομο και το στάδιο της εξουθένωσης. Ο Schaufeli (2018), χρησιμοποιώντας τα στοιχεία της Ευρωπαϊκής έρευνας για τις συνθήκες εργασίας (European Working Conditions Survey, 2015), κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει το 10% του εργατικού δυναμικού στην Ευρώπη και το 17% του εργατικού δυναμικού εκτός Ευρώπη. Στην Αμερική, το 28% των “millennials” (γενιά Y) αισθάνεται πολύ συχνά ή ακόμη και συνεχώς, επαγγελματικά εξουθενωμένη, συγκριτικά με το 21% όλων των εργαζομένων που ανήκουν σε παλαιότερες γενιές (Demerouti et al., 2021). Αν και οι μελέτες αυτές παρουσιάζουν σε γενικές γραμμές ατέλειες όσον αφορά στη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης, *τα ευρήματα τεκμηριώνουν την ύπαρξή της σε έναν μεγάλο αριθμό εργαζομένων, αποτελώντας έτσι πρόκληση για τις μονάδες υγείας.*

Όσον αφορά στο υγειονομικό προσωπικό, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί αντικείμενο μελέτης με αυξανόμενο ενδιαφέρον τα τελευταία χρόνια. Πρόκειται για ένα σύνδρομο που έχει μελετηθεί εκτεταμένα στον υγειονομικό χώρο, καθώς «οι σχέσεις φροντίδας και υπευθυνότητας που αναπτύσσονται στον συγκεκριμένο χώρο είναι ιδιαίτερες» (Δημητρόπουλος, 2007). Η εμφάνιση του συνδρόμου φαίνεται ότι επηρεάζει τόσο την ικανοποίηση σε προσωπικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας που σχετίζεται με την εργασία τους, όσο και με τη μείωση της απόδοσης. Επίσης, σχετίζεται με τον αυξημένο αριθμό ιατρικών λαθών και τη συνεπακόλουθη δυσαρέσκεια των ασθενών όπως επίσης με την πρόθεση για πρόωρη

συνταξιοδότηση, τη συχνή απουσία από την εργασία, ενώ έχει προταθεί ότι μπορεί να είναι και «μεταδοτική» ανάμεσα στους εργαζομένους (Bakker et al., 2005 και 2007). Τα αποτελέσματα του συνδρόμου στα κόστη των εθνικών συστημάτων υγείας, που σχετίζονται με μειωμένη ποιότητα παροχής υπηρεσιών, ιατρικά λάθη και ψυχικές ασθένειες, ανάγκη για εγκατάλειψη της εργασίας ή/και αλλαγή καριέρας έχουν μελετηθεί κυρίως στο υγειονομικό προσωπικό των ΗΠΑ (Murthy, 2022).

Είναι γεγονός ότι το ενδιαφέρον σχετικά με την καλή ψυχική υγεία των εργαζομένων στον υγειονομικό χώρο δεν είναι πρόσφατο. Ο χώρος της υγείας είναι ιδιαίτερα πιεστικός για τους επαγγελματίες που δραστηριοποιούνται σε αυτόν, καθώς περιλαμβάνει πολλές προκλήσεις, χρονικούς περιορισμούς, αυξημένες απαιτήσεις, μη ικανότητα ελέγχου και προγραμματισμού στις διαδικασίες καθώς και συγκρούσεις ρόλων και σχέσεων με την ηγεσία. Αν και το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει μελετηθεί εις βάθος σε γιατρούς και νοσηλευτές, η περίπτωση των φαρμακοποιών και των εργαζομένων σε αυτά, ειδικά στον δημόσιο τομέα, δεν έχει διερευνηθεί ιδιαίτερα.

Όπως προκύπτει από μελέτες που έχουν διεξαχθεί κυρίως σε νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς, έχει βρεθεί ακόμη και 61.2% ποσοστό εξουθένωσης, ως αποτέλεσμα της υψηλής συναισθηματικής εξάντλησης (Morgan et al., 2017). Ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας, ο ρόλος των φαρμακοποιών και των εργαζομένων στα φαρμακεία είναι ιδιαίτερα σημαντικός και απαιτητικός όπως εξελίσσεται μέσα στις δεκαετίες. Ακόμη πιο συγκεκριμένα, η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης στον Δημόσιο Τομέα αποτελεί το εγχείρημα της μελέτης αυτής καθώς η παρουσία των εργαζομένων στα φαρμακεία των δημόσιων νοσοκομείων και του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) δρα ως κυματοθραύστης στις αρνητικές επιπτώσεις της εργασιακής εξουθένωσης των ιατρών, αφού μπορεί να προλάβουν λάθη στη συνταγογράφηση και, κατά συνέπεια, ιατρικά λάθη και να βοηθήσουν στη μεγιστοποίηση των ωφελειών της θεραπευτικής αγωγής.

Οι εργαζόμενοι στον χώρο της υγείας και ειδικότερα οι εργαζόμενοι στα δημόσια φαρμακεία είναι πιθανό να εμφανίσουν το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω των ιδιαιτεροτήτων του επαγγέλματός τους, όπως είναι η καθημερινή τριβή με ασθενείς με σοβαρά νοσήματα (π.χ ογκολογικοί ασθενείς), η

ελλιπής εκπαίδευση ή η ανεπαρκής οργάνωση του δημόσιου τομέα (σύγκρουση ή αμφισβήτηση ρόλων).

Η μελέτη αυτή διερευνά τα επίπεδα εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης των εργαζομένων στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Για τη λειτουργία των φαρμακείων του συγκεκριμένου οργανισμού χρησιμοποιείται εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό, δηλαδή φαρμακοποιοί, βοηθοί/υπάλληλοι φαρμακείου και λοιπό βοηθητικό διοικητικό προσωπικό. Καθώς ο ρόλος των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και των εργαζομένων σε αυτά είναι κυρίως κοινωνικός, αφού διαθέτει φάρμακα υψηλού κόστους χωρίς συμμετοχή σε ασφαλισμένους και μη (δικαιούχοι του ν. 4368/2016), είναι φανερό ότι είναι πολύ σημαντική η ανάγκη για την αναγνώριση ύπαρξης του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους, με έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Οι προσπάθειες χρειάζεται να αφορούν στην ευζωία και αντοχή των εργαζομένων, με ταυτόχρονη διερεύνηση της αντιστοιχίας επαγγελματικών επιδιώξεων και απαιτήσεων στον εργασιακό χώρο. Επίσης, χρειάζεται να στοχεύουν στην αναγνώριση και επαγγελματική εξέλιξη, καθώς και στην ανάπτυξη καλών σχέσεων μέσα στο φαρμακείο για τη μεγιστοποίηση της απόδοσης και την αποτροπή του φαινομένου.

Κατά την έρευνα σε βιβλιογραφικές πηγές σχετικά με την εργασιακή εξουθένωση των εργαζομένων σε αυτόν τον τομέα, διαπιστώσαμε απουσία σχετικών μελετών, με το φαινόμενο της εργασιακής εξουθένωσης να διερευνάται είτε μόνο σε συγκεκριμένες υγειονομικές ομάδες στον δημόσιο τομέα (ιατροί, νοσηλευτές) είτε σε εργαζομένους σε ιδιωτικά φαρμακεία. Είναι λοιπόν άγνωστο κατά πόσο η ύπαρξη εργασιακού άγχους και συνδρόμου «burnout» υφίσταται σε εργαζομένους σε ένα κρατικό/δημόσιο φαρμακείο, με την κυρίαρχη εσφαλμένη αντίληψη περί δημόσιου τομέα και της μη εργασιακής καταπόνησης που προκύπτει από τις ιδιαίτερες συνθήκες ασφάλειας και σταθερότητας στην εργασία. Στόχος της μελέτης αυτής είναι να διερευνήσει την ύπαρξη ή μη εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τη σχέση τους με την παραγωγικότητα ή και αποδοτικότητα/ποιότητα παροχής της υγειονομικής φροντίδας.

Κεφάλαιο 1^ο: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας για το εργασιακό άγχος

1.1. Η έννοια του άγχους

Η έννοια του άγχους συναντάται ήδη από τον 17^ο αιώνα για να προσδιορίσει το αίσθημα έλλειψης χαλάρωσης καθώς επίσης και την πίεση που ασκείται στο άτομο ή στις διανοητικές του δυνάμεις (Cooper et al., 2002). Το άγχος μπορεί να ερμηνευθεί στην βάση διαφορετικών επιστημών όπως της ψυχολογίας, της φυσιολογίας και των νευροεπιστημών (Bezevegkis, 2001) γι' αυτό και ο ακριβής ορισμός του συναντά αρκετές δυσκολίες. Σε όλες όμως τις περιπτώσεις, γίνεται σαφές ότι το άγχος και οι εκφάνσεις του ορίζονται ως απάντηση σε άγνωστες στο άτομο απειλές ή καινούριες καταστάσεις (Manos, 1997) και ως αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το περιβάλλον του (Lazarus, 1999). Σε αυτήν ειδικά την περίπτωση, το άγχος ορίζεται ως απάντηση διανοητική και σωματική που ξεπερνάει το ατομικό επίπεδο δυνατοτήτων (Fontana, 1989) και ως μια αναντιστοιχία ανάμεσα στις ικανότητες του ατόμου και στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Κάντας, 1995).

Στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία χρησιμοποιείται ο αγγλικός όρος «στρες» για να ερμηνεύσει *«οποιαδήποτε μορφή δυσφορίας που αισθάνονται (οι άνθρωποι) και που προκαλείται από θόρυβο, ψύχος, κόπωση, θυμό, απογοήτευση ή σύγχυση»* (Di Matteo & Martin, 2011). Σύμφωνα με τους αυτούς τους ερευνητές, το στρες μπορεί να προκύπτει από φυσικά φαινόμενα που διαρρηγνύουν τη φυσική πορεία των πραγμάτων (φυσικές καταστροφές), σημαντικές αλλαγές στη ζωή του ατόμου (γάμος, διαζύγιο) και άλλες καταστάσεις που δυσκολεύουν τη ζωή του ατόμου (συνεργασία με παράλογο/δύστροπο προϊστάμενο). Σε αυτή την κατεύθυνση κινείται και η θεωρία περί του Συνδρόμου Γενικής Προσαρμογής του Selye (1956) που ορίζει τις φάσεις της εγρήγορσης, αντίστασης και εξουθένωσης που διέρχεται το άτομο προκειμένου να αντιμετωπίσει στρεσογόνες καταστάσεις. Οι Cummings και Cooper (1979) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι *«το στρες αναφέρεται σε κάθε δύναμη η οποία θέτει σε κίνηση έναν ψυχολογικό ή σωματικό παράγοντα, προκαλώντας πίεση, η οποία γίνεται αντιληπτή από το άτομο ως απειλή»*. Ο Καραδήμας (2005) διαχωρίζει την έννοια του άγχους από το στρες, θεωρώντας ότι ο όρος «στρες» περιλαμβάνει τόσο τα στρεσογόνα ερεθίσματα που δέχεται το άτομο όσο και τις αντιδράσεις του ατόμου απέναντι σε αυτά, ενώ ο όρος «άγχος» περιλαμβάνει μόνο την αντίδραση του ατόμου απέναντι σε εξωτερικούς (εργασία, διαπροσωπικές σχέσεις, οικονομική κατάσταση) και εσωτερικούς (υγεία, πείνα, ποιότητα ύπνου) ψυχοπιεστικούς παράγοντες. Σε γενικές γραμμές πρόκειται για

όρους που έχουν στενή συσχέτιση μεταξύ τους και ο ένας μπορεί να επικαλύπτει τον άλλο, με την επισήμανση ότι όλα τα άτομα δεν βιώνουν απαραίτητα άγχος ερχόμενοι αντιμέτωποι με το στρες. Στην παρούσα εργασία, οι όροι «στρες» και «άγχος» χρησιμοποιούνται για να ορίσουν την ίδια δυσάρεστη συναισθηματική κατάσταση που εκδηλώνει το άτομο απέναντι σε έναν άγνωστο/μη αναγνωρίσιμο κίνδυνο.

Σύμφωνα με τον Μάνο (1997), το στρες διακρίνεται σε φυσιολογικό που αυξάνει την απόδοση και σε παθολογικό, όταν δημιουργεί προβλήματα στην καθημερινότητα, στην επίτευξη στόχων και στη συναισθηματική ηρεμία του ατόμου. Ο Seley (1974), ο θεμελιωτής της σύγχρονης έρευνας για το στρες, όπως και οι Cooper και Eaker (2002) από την άλλη μεριά το διαχωρίζουν σε καλό στρες (eustress) και σε κακό (distress). Το καλό στρες εμφανίζεται στο άτομο όταν προσπαθεί να προσαρμοστεί σε σημαντικές νέες καταστάσεις και τότε το στρες αυτό λειτουργεί ως κινητήριος δύναμη για άμεση αντίδραση στο ερέθισμα, ανάπτυξη στρατηγικών αντιμετώπισης των προβλημάτων και καλύτερες αποδόσεις. Το κακό στρες προκύπτει όταν το άτομο αδυνατεί να προσαρμοστεί στις συνθήκες του περιβάλλοντος και απαντά στα ερεθίσματα με επιθετικότητα και ευερεθιστότητα, ως αποτέλεσμα των αρνητικών συναισθημάτων που βιώνει.

Εκτός από τη διάκριση σε καλό και κακό στρες, οι Di Matteo και Martin (2011) ορίζουν το στρες ως αποτέλεσμα αλληλεπίδρασης καθώς επίσης ως μία μεταβαλλόμενη /εξελισσόμενη διεργασία με εξάρσεις και υφέσεις, ανάλογα με το επικρατούν ερέθισμα στην πάροδο του χρόνου, και όχι ως μία στατική κατάσταση που είναι απόρροια ενός μεμονωμένου γεγονότος. Συμπερασματικά, θα λέγαμε ότι το άγχος έχει υποκειμενική μορφή και βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με την προσωπικότητα του ατόμου, αφού τα ίδια δεδομένα δεν προκαλούν σε όλους στρες.

1.2. *Η έννοια του εργασιακού άγχους*

Η έννοια του εργασιακού άγχους (occupational stress) άρχισε να μελετάται ήδη από τα μέσα της δεκαετίας του 1950, ως ένας επιβαρυντικός παράγοντας για το άτομο από διάφορους ερευνητές. Σε γενικές γραμμές, παρατηρείται μια δυσκολία στη διατύπωση του ορισμού του εργασιακού άγχους που προκύπτει από τον τρόπο προσέγγισής του, είτε δηλαδή προσδιοριστεί ως βίωμα του εργαζομένου είτε ως χαρακτηριστικό του εργασιακού περιβάλλοντος είτε ως αλληλεπίδραση των δύο αυτών παραγόντων. Ο Karasek (1979) πρότεινε το μοντέλο ελέγχου-απαιτήσεων της εργασίας για τον ορισμό

του, το οποίο και εισάγει την έννοια των ψυχολογικών απαιτήσεων της εργασίας και του βαθμού ελέγχου από τη μεριά του εργαζομένου ώστε να μπορεί να ανταποκριθεί σε αυτές. Αν και πολλές μελέτες στηρίζονται στο μοντέλο του Karasek, η δεκαετία του '90 είναι αυτή η οποία εδραίωσε την έρευνα στον τομέα αυτό. Οι Lazarus και Folkman (1984) πρότειναν το Συναλλακτικό Μοντέλο του Στρες για να ορίσουν το εργασιακό στρες ως τη συναισθηματική και ψυχοσωματική αντίδραση του ατόμου απέναντι στις αρνητικές ενέργειες που πηγάζουν από την εργασία και το εργασιακό περιβάλλον. Στο μοντέλο αυτό στηρίχθηκαν οι Ganster και Rosen (2013) για να μελετήσουν τους στρεσογόνους παράγοντες στην εργασία, τους οποίους θεωρούν ψυχοκοινωνικούς, με αποτέλεσμα οι δυσάρεστες εργασιακές εμπειρίες και απαιτήσεις να επιφέρουν μικρές ή μεγάλες αλλαγές στην ψυχοκοινωνική υγεία των εργαζομένων. Οι Ross και Altmeyer (1994) θεωρούν ότι το εργασιακό στρες προκύπτει είτε από στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες που συσσωρεύονται είτε ως αποτέλεσμα μίας δεδομένης εργασιακής συνθήκης.

Παρόμοια, ο Kyriacou (2001) ορίζει το επαγγελματικό άγχος ως μια εμπειρία αρνητικών συναισθημάτων, όπως είναι η απογοήτευση, η ανησυχία και η αποθάρρυνση που σχετίζονται με εργασιακούς παράγοντες. Όπως γίνεται κατανοητό, το εργασιακό άγχος αποτελεί μία δυσάρεστη κατάσταση η οποία δεν μπορεί να τροποποιηθεί από το άτομο καθώς προέρχεται από παράγοντες που δεν έχουν σχέση με την προσωπική ζωή του ατόμου, αλλά από το περιβάλλον της εργασίας, γι' αυτό άλλωστε και καθίσταται πιο δύσκολο στην αντιμετώπισή του. Σε γενικές γραμμές, στην περίπτωση αυτή του εργασιακού άγχους, πολλά και μικρά καθημερινά γεγονότα (hassles) είναι ικανά να παράγουν σημαντικά επίπεδα πίεσης και τελικά, εργασιακού άγχους (Chamberlain et al., 1990).

Σύμφωνα με τον Οργανισμό για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (European Agency for Safety and Health at Work, OSHA, 2002), το εργασιακό στρες είναι « το στρες που αισθάνεται ο εργαζόμενος όταν αντιλαμβάνεται μια ανισορροπία ανάμεσα στις απαιτήσεις που πρέπει να ικανοποιήσει και τους πόρους που διαθέτει για να ανταπεξέλθει σε αυτές». Παρόμοια, ο Αμερικανικός Οργανισμός Υγιεινής και Ασφάλειας της Εργασίας (NIOSH) ορίζει το εργασιακό στρες ως «τις επιζήμιες σωματικές ή ψυχολογικές αντιδράσεις που συμβαίνουν στον εργαζόμενο όταν οι απαιτήσεις της εργασίας δεν συμβαδίζουν με την ύπαρξη των απαραίτητων πόρων ή τις ανάγκες του εργαζομένου και (...) είναι πιθανό να οδηγήσουν σε προβλήματα υγείας ή

τραυματισμούς». Συγχρόνως και όσον αφορά στη ψυχική υγεία και ευημερία των εργαζομένων, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2003) ορίζει ότι «η ευημερία αποτελεί δυναμική κατάσταση ισορροπίας που χαρακτηρίζεται από την αρμονία ανάμεσα στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ατόμου με τις ευκαιρίες και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος». Επίσης, ορίζει την εργασιακή υγεία ως «τη διατήρηση και προαγωγή της σωματικής, πνευματικής, ψυχικής και κοινωνικής υγείας των εργαζομένων στον υψηλότερο βαθμό μέσω της πρόληψης, του ελέγχου των κινδύνων και της προσαρμογής της εργασίας στον εργαζόμενο, όπως και του εργαζόμενου στην εργασία». Η προαγωγή της υγείας στον χώρο εργασίας αποτελεί το θετικό αντίθετο του εργασιακού άγχους, είναι πλέον το ζητούμενο από εργαζομένους και οργανισμούς, αφού αποτελεί «βασική προϋπόθεση για την παραγωγικότητα του εργαζόμενου και του οργανισμού μειώνοντας το κόστος σε οικονομικό και ανθρώπινο επίπεδο μέσω της συμμετοχής, της ενθάρρυνσης και της προαγωγής της προσωπικής εξέλιξης» (Π.Ο.Υ.).

Τέλος, για τη μέτρηση του εργασιακού άγχους, έχουν αναπτυχθεί διάφορα μοντέλα από τη δεκαετία του '80, με πρώτο αυτό των Burke όπως επίσης των Parker και Decotiis που έχει χρησιμοποιηθεί ευρέως το 1970. Το μοντέλο της ανισορροπίας ή μοντέλο «ελέγχου των απαιτήσεων» του Karasek είναι αυτό στο οποίο στηρίχθηκαν οι περισσότεροι ερευνητές για τη μελέτη του εργασιακού άγχους και έχει όπως ήδη αναφέρθηκε ως κεντρική ιδέα, την ανισορροπία ανάμεσα στους διαθέσιμους πόρους και στις εργασιακές απαιτήσεις που δέχεται το άτομο.

1.3. Παράγοντες που προκαλούν το Εργασιακό άγχος

Αν και οι παράγοντες που προκαλούν εργασιακό άγχος φαίνεται να είναι κοινοί για όλα τα επαγγέλματα, είναι γεγονός ότι έχουν άμεση σχέση με την αλληλεπίδραση εργαζομένου και συνθηκών εργασίας, προσωπικότητας του ατόμου και φύσης του επαγγέλματος (Cooper et al., 1983). Συγκεκριμένα, ο Cooper μίλησε για έξι κατηγορίες παραγόντων που είναι δυνατόν να προκαλέσουν εργασιακό άγχος και αυτοί είναι:

1. Παράγοντες που υπάρχουν στην εργασία εγγενώς (θόρυβος, ζέστη)
2. Διαπροσωπικές εργασιακές σχέσεις (με συναδέλφους, προϊσταμένους, διοίκηση)
3. Ο ρόλος που έχει ο εργαζόμενος στην εργασία του και οι δυνατότητες επαγγελματικής εξέλιξης και προσωπικής ανάπτυξης
4. Η οργανωσιακή δομή και το εργασιακό κλίμα

5. Δυνατότητες προσωπικής επαγγελματικής ανάπτυξης (προοπτικές εξέλιξης καριέρας, μονιμότητα θέσης εργασίας)
6. Η αλληλεπίδραση επαγγελματικού και οικογενειακού περιβάλλοντος

Ο Fontana (1989) θεωρεί ότι η εκδήλωση εργασιακού άγχους είναι άμεση συνάρτηση της προσωπικότητας του ατόμου, του φύλου, της ηλικίας όπως και της σπουδαιότητας που αποδίδει το άτομο στην στρεσογόνο κατάσταση που αντιμετωπίζει. Ο τομέας της υγείας είναι αυτός που έχει μελετηθεί περισσότερο, λόγω της καθημερινής επαφής με τον ανθρώπινο πόνο και των δύσκολων εργασιακών συνθηκών (Αλεξιάς, Αναγνωστόπουλος, Πιλάτης, 2002) όπως και ο τομέας των εκπαιδευτικών (Platsidou et al., 2008). Στην παρούσα μελέτη θα εστιάσουμε στον τομέα της υγείας και πιο συγκεκριμένα στους εργαζομένους στον δημόσιο τομέα της υγείας, στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ..

Μεγάλος αριθμός ερευνητών έχει καταδείξει την σχέση ανάμεσα στις ακατάλληλες συνθήκες εργασίας και στο εργασιακό άγχος που αυτές προκαλούν. Αν προσπαθήσουμε να κατηγοριοποιήσουμε τους παράγοντες αυτούς, διαπιστώνουμε ότι διακρίνονται σε όσους έχουν σχέση με τις εργασιακές συνθήκες (ωράριο εργασίας, βάρδιες/παρατεταμένο ωράριο εργασίας, σχέση εργασίας, βλ. Fontana, 1993), την οικονομική ανταμοιβή που δεν συνάδει με τις ευθύνες του ρόλου (νέο μισθολόγιο δημοσίων υπαλλήλων), την έλλειψη αυτονομίας/αυτενέργειας που εκφράζεται με την έλλειψη επικοινωνίας και τη μη εμπλοκή στη λήψη αποφάσεων, την απουσία επαγγελματικής εξέλιξης, την ασάφεια του ρόλου ή την σύγκρουση των ρόλων που έχουν άμεση διασύνδεση με την ανεπαρκή υπαλληλική υποστήριξη (Cooper και Eaker, 2002) και το συχνό φαινόμενο της υπερφόρτωσης του ρόλου με όλες τις προσδοκίες να αναφέρονται σε έναν υπάλληλο και μόνο (Leiter & Maslach, 1988). Ακόμη και η υποαπασχόληση είναι δυνατόν να δημιουργήσει στρεσογόνες συνθήκες για τον εργαζόμενο, αφού οι εργασίες ρουτίνας που αναλαμβάνει δεν διεγείρουν τη δημιουργικότητα, αλλά αντιθέτως προκαλούν ανία, ευερεθιστότητα και επαγγελματική δυσαρέσκεια. Σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση εργασιακού άγχους παίζει και η ισορροπία επαγγελματικής/οικογενειακής ζωής καθώς και το δίκτυο υποστήριξης του εργαζομένου τόσο στο χώρο της εργασίας, όσο και στην προσωπική του ζωή. Έχει προταθεί ότι ομάδες που δρουν άτυπα μέσα στον Οργανισμό προτάσσοντας ασυνείδητα συγκεκριμένους κανόνες συμπεριφοράς ή ένδυσης κλπ είναι πιθανόν να περιορίσουν την εργασιακή απόδοση των ατόμων και να δράσουν πειστικά. Τέλος, η οργανωσιακή

δομή του οργανισμού είναι καθοριστικής σημασίας, αφού η κάθετη ιεραρχική δομή όπου ο εργαζόμενος αισθάνεται απλώς γρανάζι ενός γραφειοκρατικού μηχανισμού, συγχωνεύσεις, εξαγορές και παντός είδους αναδιοργανώσεις αυξάνουν την αβεβαιότητα και δημιουργούν αίσθημα άγχους και αβεβαιότητας.

Στην παρούσα μελέτη θα εστιάσουμε στον τομέα της υγείας και πιο συγκεκριμένα στους εργαζομένους στον δημόσιο τομέα της υγείας, στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Στην περίπτωση του οργανισμού αυτού, *«οι διαφορές στην οργανωσιακή κουλτούρα και στο στυλ διοίκησης με τη συγχώνευση διαφορετικών ασφαλιστικών ταμείων κατά την ίδρυσή του, οδήγησαν σε διάρρηξη του ψυχολογικού συμβολαίου των εργαζομένων, σε αίσθημα άγχους και ανασφάλειας»* (Χριστακοπούλου, 2021).

1.4 Επιπτώσεις εργασιακού άγχους

Το εργασιακό άγχος φαίνεται ότι ευθύνεται για την εκδήλωση σωματικών, ψυχολογικών και συμπεριφορικών συμπτωμάτων. Οι ασθένειες που προκύπτουν από εργασιακό άγχος στους επαγγελματίες υγείας έχουν άμεση σχέση με μυοσκελετικά όπως η οσφυαλγία (Estryn-Behar, 1989; Engels, et al., 1996; Alexopoulos, Burdorf and Kalokerinou, 2006; Leijon, et al., 2007) και καρδιαγγειακά προβλήματα που οδηγούν στη συχνή λήψη αναρρωτικών αδειών και αποχής από την εργασία. Σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Δανία (Allesoe et al., 2010) σε δείγμα 12.116 επαγγελματιών υγείας, βρέθηκε ότι ποσοστό 25%-30% αυτών παρουσίασαν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης ισχαιμικού καρδιακού επεισοδίου λόγω του εργασιακού άγχους και μάλιστα, με πιο επιρρεπείς τις νεαρότερες ηλικίες. Άλλες ασθένειες που συνδέονται με εργασιακό άγχος είναι: αρτηριακή υπέρταση, ουλίτιδα, έλκος (Huerta-Franco et al., 2013), ελκώδης κολίτιδα, ψωρίαση και άλλες ασθένειες του δέρματος (γυροειδής αλωπεκία), παχυσαρκία, κατάθλιψη, ψυχωσικά επεισόδια, πονοκέφαλοι (Mustafa et al., 2015), αυτοάνοσα νοσήματα, νοσήματα του αναπνευστικού ακόμη και ορισμένες μορφές καρκίνου (συνήθως επιδρώντας αρνητικά στην εξέλιξη της νόσου).

Σε σχετική μελέτη του Marketon (2008), το εργασιακό άγχος φαίνεται να προκαλεί μειωμένη απόκριση του ανοσοποιητικού συστήματος μέσω της αύξησης επιπέδων των κατεχολαμινών και των γλυκοκορτικοειδών. Είναι σημαντικό να τονιστεί στο σημείο αυτό ότι το εργασιακό άγχος δεν θεωρείται η αιτία αυτών των ασθενειών, αλλά σημαντικός επιβαρυντικός παράγοντας εμφάνισής τους. Επίσης, σε ψυχολογικό/συναισθηματικό επίπεδο, η χρόνια έκθεση σε στρεσογόνες εργασιακές

συνθήκες προκαλεί συναισθηματική εξουθένωση, απώλεια όρεξης ή υπερφαγία/παχυσαρκία, κατάθλιψη και συγκρούσεις στην προσωπική ζωή και την οικογένεια. Στον χώρο εργασίας, τα συμπτώματα έχουν σχέση με μείωση της παραγωγικότητας, συχνές απουσίες, κακές σχέσεις με συναδέλφους, μείωση του αισθήματος δέσμευσης στην εργασία και επιθετική συμπεριφορά απέναντι στον κόσμο. Οι εργαζόμενοι που βιώνουν εργασιακό άγχος συνήθως χρησιμοποιούν υψηλό τόνο φωνής για να επιβληθούν, είναι επικριτικοί, εριστικοί και ευερέθιστοι τόσο με τους συναδέλφους όσο και με το κοινό/ασθενείς, δεν έχουν ενδιαφέροντα και διακρίνονται είτε από ακραία αισιοδοξία είτε από ακραία απαισιοδοξία (Sarafino, 1998). Πολλοί από αυτούς υιοθετούν συμπεριφορές που βλάπτουν τον οργανισμό τους, όπως κάπνισμα, εθισμός σε χάπια και έχουν κακές διατροφικές συνήθειες. Τέλος, ως συνέπεια της ανικανότητας διαχείρισης της στρεσογόνου κατάστασης που βιώνουν, είναι πιθανό να αποφεύγουν να φέρουν εις πέρας την εργασία που τους ανατίθεται (Πιλιάτης, 2010), καθώς διακατέχονται από αισθήματα μειωμένης αυτοεκτίμησης και παθητικότητας. Οι επιπτώσεις του εργασιακού άγχους για τον οργανισμό έχουν άμεση σχέση με την παραγωγικότητα και την απόδοση των εργαζομένων. Οι συχνές απουσίες από την εργασία είτε με τη μορφή αναρρωτικών ή κανονικών αδειών, η σιωπηλή αδιαφορία απέναντι στις υποχρεώσεις της εργασίας και η μείωση της δέσμευσης του εργαζομένου είναι μετρήσιμες ποσότητες που αξιολογούνται αρνητικά στη λειτουργία του οργανισμού.

Κεφάλαιο 2^ο: Ανασκόπηση βιβλιογραφίας για την επαγγελματική εξουθένωση

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης («burnout syndrome») είναι ένα σύνδρομο χρόνιας ψυχικής και συναισθηματικής εξάντλησης, καθώς και αναποτελεσματικότητας στην εργασία (Maslach και Jackson, 1996). Αφορά κυρίως σε επαγγέλματα ανθρωπιστικού χαρακτήρα και κοινωνικής προσφοράς που απαιτούν ενέργεια, διάδραση, συναισθηματική εμπλοκή και απόδοση, όπως γιατροί, νοσηλεύτες, κοινωνικοί λειτουργοί, εκπαιδευτικοί. Η μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης προσεγγίζεται ως σύνδρομο που προκαλείται από το εργασιακό άγχος και η έρευνα για τη μελέτη του ξεκίνησε από επαγγελματίες που ασχολούνταν με την εξυπηρέτηση άλλων ανθρώπων (επαγγέλματα παροχής υπηρεσιών κοινωνικής ωφέλειας) κυρίως στον υγειονομικό χώρο, αλλά με τα χρόνια διευρύνθηκε αρκετά. Σύμφωνα με τους Pines και Aronson (1988), η επαγγελματική εξουθένωση ορίζεται ως «μια φυσική, σωματική και συναισθηματική κατάσταση η οποία προκύπτει από την ανάμειξη του εργαζομένου σε συγκυρίες στις οποίες απαιτείται μακροχρόνια εμπλοκή». Σύμφωνα με την Pines (1993), η εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης είναι πιο συχνή σε άτομα φιλόδοξα, με υψηλούς εργασιακούς στόχους, με αδυναμία αντιμετώπισης στρεσογόνων καταστάσεων, ενώ χαρακτηρίζει την κατάσταση που βιώνει το άτομο ως «σβησμένο σπίρτο». Στους επαγγελματίες υγείας, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει ως συνέπεια την αποστασιοποίηση ως μια προσπάθεια άρνησης και αντιμετώπισης της αιτίας που προκαλεί την εξουθένωση και δεν είναι άλλη από την καθημερινή επαφή με τους ασθενείς.

Προσπάθειες για τη διεύρυνση της μελέτης της επαγγελματικής εξουθένωσης και σε επαγγέλματα πέραν των ανθρωπιστικών, περιλαμβάνει η μελέτη των Leiter και Schaufeli (1996) οι οποίοι προτείνουν την εισαγωγή των όρων του κυνισμού, της εξάντλησης και της επαγγελματικής αποτελεσματικότητας για τον γενικό ορισμό του φαινομένου. Οι Ashforth και Lee (1996) παρόμοια προσπάθησαν να εντάξουν στον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης την έννοια της εργασιακής εμπειρίας σε διάφορα στάδια του εργασιακού βίου και την επίδρασή της στην εμφάνιση του συνδρόμου.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.), ως «εργασιακή εξουθένωση ορίζεται το σύνδρομο που προκύπτει από χρόνιο εργασιακό άγχος που δεν έχει διευθετηθεί σωστά. Χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις: αίσθημα εξουθένωσης, αυξημένη αίσθηση αποστασιοποίησης από την εργασία ή /και αισθήματα αρνητικά και

μειωμένη επαγγελματική απόδοση. Το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης αναφέρεται μόνο σε χαρακτηριστικά που έχουν σχέση με την εργασία και δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για να περιγράψει εμπειρίες σε άλλους τομείς της ζωής» (W.H.O., 2019). Πρόκειται για ένα εργασιακό σύνδρομο, μία ιδιαίτερη μορφή άγχους που εκφράζεται ως «μια καθυστερημένη απάντηση σε χρόνιους ψυχολογικούς και διαπροσωπικούς στρεσογόνους παράγοντες στην εργασία» (Maslach και Schaufeli, 2001). Σε εννέα χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναγνωρίζεται πλέον ως «εργασιακό σύνδρομο» και έχει προβλεφθεί αποζημίωση για τις ημέρες απουσίας από την εργασία.

Αν και το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης έχει μελετηθεί εκτεταμένα σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, όπου οι συναισθηματικές απαιτήσεις ενδέχεται να εξαντλήσουν την ικανότητα ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών, η έρευνα στους εργαζομένους σε φαρμακεία στον δημόσιο τομέα είναι σχετικά ανύπαρκτη. Η εργασία αυτή προσπαθεί να καλύψει το συγκεκριμένο κενό και να διερευνήσει την εμφάνιση ή μη του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας, εργαζόμενους στα δημόσια φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Από την αξιολόγηση των δεδομένων της έρευνας, γίνεται φανερό ότι αναζητείται το βήμα εκείνο όπου οι αρμόδιοι φορείς θα ευαισθητοποιηθούν με στόχο την ανθεκτικότητα και καλή ψυχική και σωματική υγεία αυτών των εργαζομένων, την εξασφάλιση των επαγγελματικών επιδιώξεων και την καλλιέργεια πνεύματος συνεργασίας, διαφάνειας και καλών σχέσεων στα δημόσια φαρμακεία με στόχο τη βελτίωση παροχής των υπηρεσιών και τελικά, το όφελος των ασθενών.

2.1 Ιστορική αναδρομή

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρεται ως ένας παράγοντας με αρνητική επίδραση στη φυσική και ψυχική ευεξία των επαγγελματιών υγείας και αποτελεί ιδιαίτερη μορφή εργασιακού άγχους (Κάντας, 1996). Ο όρος αναφέρθηκε για πρώτη φορά από τον Bradley (1969) ως “staff burnout” σε άρθρο του σχετικό με νεαρούς εγκληματίες, αν και ο Ουίλλιαμ Σαίξπηρ ήδη από το 1599 αναφέρεται στον όρο αυτό στο έργο του «Ο Παθιασμένος Προσκυνητής». Ο κλινικός ψυχολόγος Herbert Freudenberg (1974) είναι αυτός που τον χρησιμοποιεί τελικά επακριβώς για να περιγράψει το σύνολο των αρνητικών συμπτωμάτων που βίωνε αυτός και οι συνάδελφοί του κατά την εθελοντική εργασία τους σε κλινική απεξάρτησης τοξικομανών. Στην πραγματικότητα, ο Freudenberg χρησιμοποίησε τον όρο για να

περιγράφει τις άσχημες συνέπειες της χρήσης ναρκωτικών και συγκεκριμένα, την σταδιακή συναισθηματική εξουθένωση, την έλλειψη κινήτρου και τη μειωμένη δέσμευση ανάμεσα σε εθελοντές στην κλινική St Mark's Free Clinic (New York). Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε για πρώτη φορά σε συμπτώματα μειωμένης κινητοποίησης, ευέξαπτης, μεροληπτικής και καχύποπτης συμπεριφοράς προς τους ασθενείς με συνεπακόλουθη την εκδήλωση καταθλιπτικών συμπτωμάτων, απουσίας ενδιαφέροντος για την εργασία και αντίστασης σε δομικές αλλαγές που απαιτούν προσπάθεια για προσαρμογή. Οι συνέπειες της εργασιακής εξαθλίωσης αποδόθηκαν από αυτόν τόσο σε σωματικά συμπτώματα (πονοκέφαλοι, υπνηλία, γαστρεντερικές διαταραχές) όσο και σε συμπεριφορικά (εκνευρισμός, ενόχληση, δυσκολία στην αντιμετώπιση των συναισθημάτων).

Σύμφωνα με τον Freudenberger, πιο πιθανοί να εμφανίσουν συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης είναι οι «αφοσιωμένοι» (dedicated) εργαζόμενοι, αυτοί δηλαδή «που δουλεύουν τόσο πολύ, τόσο καιρό και τόσο εντατικά» και οι οποίοι βιώνουν τόσο εξωτερική πίεση ώστε να αποδώσουν όσο και εσωτερική ώστε να προσφέρουν. Μίλησε μάλιστα πολύ νωρίς για τις ελάχιστες ευκαιρίες που προσφέρονται σε αυτούς τους εργαζόμενους με στόχο την προσωπική ανάπτυξη όπως επίσης και για την μονοτονία στην εργασία. Διέκρινε επίσης τον «υπερ-δεσμευμένο» εργαζόμενο (over-committed) που βρίσκει νόημα στη ζωή του μόνο μέσα από τη δουλειά, και τον «αυταρχικό» εργαζόμενο που θεωρεί ότι κανείς εκτός από αυτόν δεν μπορεί να εκτελέσει καλύτερα και αποτελεσματικότερα μια εργασία. Ο ίδιος ο Freudenberger έπασχε από σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, το οποίο και διαπίστωσε δύο φορές. Η όλη του έρευνα εστιάστηκε κυρίως στην αποφυγή και αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης και όχι τόσο στην κατανόηση των αιτιών που οδηγούν σε αυτήν, ενώ μίλησε για την αποτυχία διατήρησης της ιδεαλιστικής εικόνας της εργασίας.

Λίγο αργότερα, ο Storlie (1979) όρισε την επαγγελματική εξουθένωση ως την κατάρρευση του ανθρώπινου πνεύματος, ο Cherniss (1980) ως μια ψυχολογική απόσυρση από την εργασία συνέπεια της υπερβολικής πίεσης και δυσαρέσκειας που προκύπτουν από αυτήν ενώ μιλάει για την «ασθένεια των υπερ-αφοσιωμένων». Συγχρόνως, η Jones (1980) αναφέρεται στη χαμηλή αυτοεκτίμηση και αδιαφορία ως προς τους ασθενείς σε επαγγελματίες υγείας που βιώνουν σωματική ατονία και συναισθηματική απάθεια. Ο Karger (1981) ορίζει την εξουθένωση ως αποξένωση, ενώ

οι Sturges et al. (1983) θεωρούν ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι «η βαθμιαία απώλεια του ιδεαλισμού, της ενέργειας και του σκοπού η οποία βιώνεται από ανθρώπους σε επαγγέλματα προσφοράς, ως απόρροια της εργασίας τους».

Παρόμοια, η Pines (1986) θεωρεί ότι το εργασιακό περιβάλλον παίζει καθοριστικό ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης, ενώ τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου καθορίζουν τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Μιλάει για «μια επικρατούσα κατάσταση συναισθηματικής και πνευματικής εξουθένωσης με ρίζες στην μακροχρόνια επαφή με καταστάσεις που απαιτούν τη συναισθηματική εμπλοκή του ατόμου» (Παπαθανασίου, 2012). Διακρίνει και αυτή όπως και ο Cherniss τους «αφοσιωμένους» εργαζομένους ως περισσότερο επιρρεπείς με την αιτία της εξουθένωσης να είναι υπαρξιακή. Τα άτομα δηλαδή που έχουν υψηλούς στόχους, προσδοκίες και κίνητρα στην εργασία, έχουν και μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτό συμβαίνει γιατί το άτομο αποτυγχάνοντας να βρει το νόημα που επιζητεί μέσω της εργασίας, καταλήγει εξουθενωμένο ψυχικά. Τέλος, η Pines θεωρεί ότι όσοι εργαζόμενοι εμφανίζουν εργασιακό άγχος δεν είναι σίγουρο ότι θα βιώσουν επαγγελματική εξουθένωση, δηλώνοντας ότι το εργασιακό άγχος μόνο του δεν οδηγεί σε επαγγελματική εξουθένωση.

Η ψυχολόγος Christine Maslach και οι συνεργάτες της (1976 και 1982 αντίστοιχα) έδωσε έναν πιο πλήρη ορισμό του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και ήταν αυτή που προσδιόρισε επακριβώς τους παράγοντες που επιφέρουν τόσο τη σωματική όσο και τη νοητική-ψυχική εξουθένωση, σε επαγγελματίες που έρχονται σε συνεχή επαφή με άλλους ανθρώπους. Πρότεινε μάλιστα ότι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης εμφανίζεται μετά από συνεχή εργασία υπό πίεση. Οι διαπιστώσεις της προήλθαν από έρευνα στους εργαζόμενους σε κοινωνικές υπηρεσίες που έρχονται σε επαφή με άλλους ανθρώπους στο Πανεπιστήμιο Berkeley της California σχετικά με τη διαχείριση των συναισθηματικών θεμάτων που προκύπτουν σε τέτοιες απαιτητικές συναισθηματικά θέσεις εργασίας. Στην έρευνα αυτή, διαπιστώθηκε ότι πολύ συχνά οι εργαζόμενοι αυτοί ένιωθαν συναισθηματικά εξαντλημένοι, ανέπτυσαν αρνητικά αισθήματα για τους πελάτες/ασθενείς τους και είχαν προβλήματα στην απόδοσή τους. Οι ίδιοι μάλιστα οι εργαζόμενοι χαρακτήριζαν αυτή την ψυχολογική κατάσταση ως «burnout», ενώ η Maslach διαπίστωσε κατά τύχη ότι η συγκεκριμένη λέξη υπάρχει ως επιστημονικός όρος (Schaufeli et al, 1993).

Η ερευνήτρια και οι συνεργάτες της ανέπτυξαν διάφορες ψυχομετρικές προσεγγίσεις για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης και τελικά, δημιούργησαν ένα ερωτηματολόγιο, το Maslach Burnout Inventory (MBI-Ερωτηματολόγιο Εργασιακής Εξουθένωσης), το πιο γνωστό εργαλείο για τη «διάγνωση» του συνδρόμου «burnout». Σύμφωνα με αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται από τρεις διαστάσεις που ακολουθούν συγχρόνως και την πορεία ανάπτυξής της. Αυτές οι διαστάσεις είναι η συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), η αποπροσωποποίηση / αποστασιοποίηση (depersonalization) από την εργασία και το αίσθημα μειωμένης προσωπικής επίτευξης (loss of personal accomplishment). Η σημασία αυτού του τρισδιάστατου μοντέλου έγκειται στο γεγονός ότι τοποθετεί το εργασιακό άγχος που βιώνει το άτομο σε ένα κοινωνικό πλαίσιο και επίσης, περιλαμβάνει την αντίληψη που έχει το άτομο σε σχέση με τον εαυτό του αλλά και τους άλλους.

Συγκεκριμένα, ο εργαζόμενος αρχικά νιώθει ψυχολογικά κουρασμένος και αδυνατεί να επενδύσει στην εργασία του. Στην προσπάθειά του να επανέλθει, αναπτύσσει απρόσωπες/αρνητικές ή ακόμη και ουδέτερες σχέσεις με συναδέλφους και ασθενείς ώστε να μειώσει την πίεση που δέχεται. Η αποπροσωποποίηση αποτελεί μία έκφραση αυτοφροντίδας του ατόμου η οποία εκδηλώνεται ως μείωση ή έλλειψη ενδιαφέροντος προς τους άλλους, ειδικά σε όσους έχουν ανάγκη φροντίδας και μεταφράζεται σε αγένεια, ακατάλληλη συμπεριφορά, ακόμη και αποκλήρωση. Στο τέλος, ο εργαζόμενος δεν καταφέρνει να επανέλθει και το τελικό αποτέλεσμα είναι η πτώση της απόδοσης στη δουλειά, η ψυχική και σωματική του εξουθένωση μέσω της ανάπτυξης ακραίων συναισθημάτων, όπως της ανεπάρκειας, προσωπικής αποτυχίας, απώλειας αυτοεκτίμησης και εμφάνισης συμπτωμάτων κατάθλιψης (Maslach, 1989; Maslach and Leiter, 1997).

Γίνεται σαφές ότι αν και η σωματική και συναισθηματική εξουθένωση αποτελούν κριτήριο για την αναφορά στο σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης, η αποτύπωση του φαινομένου στηρίζεται και στις τρεις διαστάσεις εξουθένωσης, αλλιώς δεν υπάρχει η σύνδεση με τους εργασιακούς παράγοντες που κρίνουν την εμφάνισή του. Τέλος είναι απαραίτητο να τονιστεί ότι αν και τα συμπτώματα κατάθλιψης συνδέονται με την εμφάνιση του burnout, και οι δύο αυτές καταστάσεις υγείας ομοιάζουν στο γεγονός ότι έχουν βιολογική βάση (Bakusic et al., 2017), με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης να είναι άμεσα συνυφασμένο με το εργασιακό

άγχος. Πρόκειται δηλαδή τελικά για δύο διαφορετικές οντότητες και οι περισσότερες πλέον μελέτες εστιάζουν στις διαφορές ανάμεσα σε κατάθλιψη και εξουθένωση. Ο Brill (1984) θεωρεί τέλος, ότι το εργασιακό άγχος είναι μια διαδικασία προσαρμογής που είναι προσωρινή και συνοδεύεται από ψυχικά και σωματικά συμπτώματα, ενώ η επαγγελματική εξουθένωση είναι η κατάρρευση αυτής της προσαρμογής που συνοδεύεται από χρόνιες δυσλειτουργίες. Με τον τρόπο αυτό, διέκρινε το εργασιακό άγχος από την επαγγελματική εξουθένωση ανάλογα με τη χρονική διάρκεια προσαρμογής και όχι από τα συμπτώματα.

Στην αρχή πλέον του 21ου αιώνα, οι ερευνητές προσπάθησαν να ασχοληθούν και να επεκτείνουν τη γνώση τους σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση, ασχολούμενοι με το θετικό του αντίθετο, την έννοια της δέσμευσης. Για αρκετούς από αυτούς, η έννοια της δέσμευσης αναφέρεται στις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης αλλά από την θετική πλευρά. Για τον χαρακτηρισμό της θετικής αυτής πλευράς, χρησιμοποιούν τους ορισμούς της υψηλής ενέργειας/δραστηριότητας, της μέγιστης εμπλοκής και την αίσθηση της αποτελεσματικότητας (Maslach και Leiter, 1999). Στην κατεύθυνση της εργασιακής δέσμευσης, αναπτύχθηκε και το Μοντέλο Μέτρησης της εργασιακής δέσμευσης της Ουτρέχτης (UWES-Utrecht Work Engagement Scale) που όμως δεν αναφέρεται σε αυτήν ως τον αντίποδα της εργασιακής εξουθένωσης αλλά ως έναν ξεχωριστό ανεξάρτητο παράγοντα που χρήζει διερεύνησης (Schaufeli και Bakker, 2006).

Τέλος, οι μελέτες σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση αυτή τη στιγμή ασχολούνται κυρίως με τον περιορισμό των διαστάσεων της σε μία και στον χαρακτηρισμό της ως εξουθένωση, καθώς και στους τρόπους πρόληψης και αντιμετώπισης του φαινομένου (Maslach και Leiter, 2016) μέσω της ψυχικής ενδυνάμωσης του εργαζομένου τόσο από ένα κοινωνικό όσο και από ένα εργασιακό υποστηρικτικό πλαίσιο.

2.2 Θεωρητικά μοντέλα επαγγελματικής εξουθένωσης

Από την δεκαετία του 1980, η εμπειρική έρευνα σχετικά με την επαγγελματική εξουθένωση συνοδεύτηκε από την κατασκευή και αξιολόγηση έγκυρων και αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης του φαινομένου. Τα θεωρητικά μοντέλα που αναπτύχθηκαν για τη μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης αναφέρονται κυρίως στον τρόπο ανάπτυξης

του συνδρόμου και στις παρενέργειες που αυτό επιφέρει στο άτομο και στον Οργανισμό. Σε γενικές γραμμές, όλα τα θεωρητικά μοντέλα συμφωνούν στην αλληλεπίδραση της προσωπικότητας του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον (Cox, 1978; Harrison, 1978; Cooper et al, 1998; O'Brien et al, 1994). Τα πιο πρόσφατα μοντέλα εργασιακής εξουθένωσης στηρίζονται σε θεωρίες σχετικές με το εργασιακό άγχος και το αίσθημα ανισορροπίας εργασιακών πόρων και απαιτήσεων που οδηγεί σε αυτό. Μοντέλα όπως της Pines (1986) αποδίδουν την επαγγελματική εξουθένωση σε στρεσογόνους παράγοντες στον εργασιακό χώρο, όπως η έλλειψη αυτονομίας, η αυταρχική διοίκηση και ο φόρτος εργασίας. Άλλοι ερευνητές, όπως οι Leiter και Maslach (1986) ή οι Dekker και Schaufeli (1995) θεωρούν ότι η εργασιακή εξουθένωση ενδέχεται να είναι αποτέλεσμα των υπερβολικών προσδοκιών του ατόμου από τον εαυτό του και το εργασιακό του περιβάλλον.

2.2.1 Το μοντέλο απαιτήσεων-ελέγχου του Karasek

Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων-ελέγχου ή αλλιώς εργασιακό μοντέλο πίεσης (Job Strain Model) αναπτύχθηκε το 1979 από τον Karasek για να προσδιορίσει τις απαιτήσεις μιας εργασιακής κατάστασης και τα περιθώρια αποφάσεων που έχουν τα άτομα προκειμένου να αποδώσουν στις απαιτήσεις αυτές. Το μοντέλο ορίζει τρεις βασικούς παράγοντες άγχους: τις ψυχολογικές απαιτήσεις της εργασίας, τον έλεγχο ή αλλιώς το εύρος λήψης αποφάσεων και την κοινωνική στήριξη από το εργασιακό περιβάλλον, δηλ. από προϊσταμένους, συναδέλφους και υφισταμένους (Αντωνίου, 2006). Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, όταν οι εργασιακές απαιτήσεις είναι χαμηλές, η δυνατότητα επιλογών μικρή και η λήψη αποφάσεων από τον εργαζόμενο περιορισμένη, τότε το άτομο βρίσκεται σε μια παθητική κατάσταση με συνεπακόλουθο την απώλεια των δεξιοτήτων του και την πρόκληση αισθημάτων στρες και απογοήτευσης. Αυτή η συνθήκη οδηγεί αναπόφευκτα σε μείωση της παραγωγικότητας του ατόμου. Συγχρόνως, η κοινωνική στήριξη μπορεί να λειτουργήσει προστατευτικά για το άτομο στη συνθήκη αυτή. Το μοντέλο αυτό έχει αποτελέσει εργαλείο μέτρησης των επιπτώσεων των συνθηκών εργασίας στην υγεία των εργαζομένων, καθώς μελέτησε τα ποσοστά εμφάνισης χρόνιων νόσων (καρδιαγγειακών νοσημάτων, άγχους, πονοκεφάλου) σε συνάρτηση με τις απαιτήσεις της εργασιακής κατάστασης (Πομάκη & Αναγνωστοπούλου, 2001). Συγχρόνως όμως αποτέλεσε και θέμα έντονης κριτικής λόγω των μεθοδολογικών αδυναμιών που παρουσιάζει, όπως η μη δυνατότητα εφαρμογής

του σε ομοιογενή επαγγελματικό χώρο και η a priori αποδοχή περί της μη ύπαρξης διαφοροποιήσεων ως προς το κοινωνικό/οικονομικό επίπεδο των ατόμων .

2.2.2 Το διαδραστικό μοντέλο του Cherniss

Σύμφωνα με το μοντέλο του Cherniss (1980), το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί «μια διαδικασία παρά ένα μεμονωμένο συμβάν». Η διαδικασία αυτή αποτελείται από τρία στάδια: τη φάση του εργασιακού στρες, τη φάση της εξάντλησης και τη φάση αμυντικής κατάληξης. Το εργασιακό στρες προκύπτει από την αναντιστοιχία ανάμεσα στους διαθέσιμους και τους απαιτούμενους πόρους για την ικανοποίηση των προσωπικών και εργασιακών στόχων. Η φάση εξάντλησης έχει άμεση σχέση με το εργασιακό άγχος που προκαλεί στο άτομο στρες, κόπωση, ανία, έλλειψη ενδιαφέροντος και απάθεια. Στη φάση αμυντικής κατάληξης, το άτομο στην προσπάθειά του να ελέγξει τα αρνητικά συναισθήματα προς τους συναδέλφους και τον κόσμο που εξυπηρετεί, γίνεται αδιάφορο, κυνικό και απαθές. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, οι εργασιακές συνθήκες και τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου μπορεί να οδηγήσουν σε στρεσογόνες καταστάσεις που αν δεν τις διαχειριστεί γρήγορα, με μείωση των στόχων και απομυθοποίηση του ιδεαλιστικού πλαισίου της εργασίας, θα καταλήξουν στην επαγγελματική εξουθένωση.

2.2.3 Το μοντέλο Edelwich και Brodsky

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky (1980), το εργασιακό στρες που θα μετατραπεί σε επαγγελματική εξουθένωση ξεκινάει από τη στιγμή που το άτομο αρχίζει να δουλεύει. Έτσι, κατέληξαν στα τέσσερα στάδια που οδηγούν επαγγελματίες που ασχολούνται με τη φροντίδα/εξυπηρέτηση άλλων ατόμων στην επαγγελματική εξουθένωση. Τα στάδια αυτά είναι:

α) ο ενθουσιασμός, ο οποίος εμφανίζεται κατά την είσοδο του εργαζομένου στο επάγγελμα. Στην αρχή επενδύει ψυχικά και σωματικά στην εργασία του στο μέγιστο βαθμό, θέτει υψηλούς στόχους και προσπαθεί να τους πετύχει. Όσο περνάει ο καιρός και η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις προσδοκίες του, αρχίζουν οι αμφιβολίες, αλλά ακόμη θεωρεί ότι χρειάζεται να δουλέψει περισσότερο από την ανταμοιβή που λαμβάνει

β) η αμφιβολία και η αδράνεια. Ο εργαζόμενος αρχίζει να αμφιβάλει για την «επένδυση» στην εργασία του, κατηγορεί τον εαυτό του για την αποτυχία αυτή να του

προσφέρει όσα είχε εκείνος ελπίζει αλλά δεν αναθεωρεί ακόμη τις προσδοκίες του και συνεχίζει να δουλεύει περισσότερο με σκοπό να αναστρέψει την κατάσταση

γ) η απογοήτευση/ματαιώση. Τελικά ο εργαζόμενος απογοητεύεται, αναθεωρεί τις απόψεις του και χρειάζεται είτε να επαναπροσδιορίσει τις προσδοκίες του είτε να απομακρυνθεί από την εργασία του

δ) η απάθεια. Ο εργαζόμενος επιλέγει να εκτελεί τα καθήκοντά του χωρίς κανένα αίσθημα ενδιαφέροντος /ενσυναίσθησης ώστε να μειώσει τα αισθήματα απογοήτευσης που του δημιουργεί η εργασία του στην οποία και παραμένει για λόγους επιβίωσης. Χωρίς να το συνειδητοποιεί, ο εργαζόμενος έχει εισέλθει στο στάδιο της επαγγελματικής εξουθένωσης.

Σύμφωνα με τους δύο ερευνητές, οι λόγοι της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι κυρίως εργασιακοί (χαμηλός μισθός, πολλές ώρες εργασίας, απουσία προοπτικής ανάπτυξης καριέρας, έλλειψη εκπαίδευσης). Η κατάλληλη στιγμή για παρέμβαση είναι στην πρώτη φάση του ενθουσιασμού, όταν οι προσδοκίες ακολουθούν πραγματικούς στόχους.

2.2.4 Το μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach

Σύμφωνα με το μοντέλο που πρότεινε η Maslach (1982), γίνεται μια προσπάθεια διασύνδεσης των τριών διαστάσεων της εργασιακής εξουθένωσης. Στο συγκεκριμένο μοντέλο, πρώτη αναφέρεται η εξάντληση που αναπτύσσεται εξαιτίας αυξημένου φόρτου εργασίας και η οποία οδηγεί σε αρνητικές αντιδράσεις απέναντι σε συναδέλφους και στον κόσμο, ως απάντηση στην αποστασιοποίηση που επιχειρείται ως μηχανισμός αυτοπροστασίας από το άτομο. Εάν αυτή η πρακτική συνεχιστεί, τότε το επόμενο στάδιο είναι το αίσθημα αναποτελεσματικότητας και μειωμένης απόδοσης.

Η συναισθηματική εξάντληση θεωρείται η πιο σημαντική από τις τρεις διαστάσεις, αφού το άτομο αναπτύσσοντας αισθήματα απογοήτευσης και έντασης, καθίσταται ανίκανο να συγκεντρωθεί στην εργασία του και να προσφέρει στους άλλους, καθώς αισθάνεται αποστασιοποίηση (Cordes & Dougherty, 1993). Παρ' όλα αυτά, ο συγκεκριμένος μηχανισμός οδηγεί τελικά σε μείωση της απόδοσης, αισθήματα αναποτελεσματικότητας και χαμηλής αυτοεκτίμησης, βυθίζοντας το άτομο σε έναν φαύλο κύκλο αρνητικότητας και ευερεθιστότητας.

2.2.5 Το μοντέλο των Simmendiger και Moore

Οι Simmendiger και Moore (1985), προκειμένου να εξηγήσουν το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, πρότειναν ένα μοντέλο τριών βαθμών εξέλιξης που συνοδεύει την εξέλιξη και εγκατάσταση των συμπτωμάτων. Συγκεκριμένα, στον πρώτο βαθμό, ο εργαζόμενος αποτυγχάνει να διατηρήσει την ικανοποίηση από την εργασία και οδηγείται σε βαθμιαία απώλεια αίσθησης της πραγματικότητας. Στον δεύτερο βαθμό, παρατηρούνται σωματικά και συναισθηματικά συμπτώματα που συνεχώς επιδεινώνονται. Τέτοια συμπτώματα είναι οι διαταραχές στον ύπνο, διαταραχές στο σωματικό βάρος και μείωση της ενεργητικότητας. Στον τρίτο βαθμό, τα συμπτώματα αφορούν σε σοβαρά προβλήματα στη σωματική και ψυχική υγεία του εργαζομένου, όπως κατάθλιψη, έλκος, καρδιολογικά προβλήματα, τα οποία και αποτελούν δείγμα εμφάνισης εξουθένωσης.

2.2.6 Το μοντέλο της Pines (1988)

Το 1988, οι Pines και Aronson προσδιόρισαν την επαγγελματική εξουθένωση ως «μία κατάσταση σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που προκαλείται από τη μακροχρόνια έκθεση σε συναισθηματικά απαιτητικές συνθήκες». Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, το εργασιακό περιβάλλον παίζει κυρίαρχο ρόλο στην εμφάνιση του συνδρόμου ενώ τα χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του ατόμου είναι υπεύθυνα για τη βαρύτητα των συμπτωμάτων. Οι εργαζόμενοι που ξεκινούν την εργασιακή τους πορεία με υψηλούς στόχους και συγχρόνως βρεθούν σε ένα «θετικό» περιβάλλον, αποδίδουν τα μέγιστα. Σε αντίθετη περίπτωση, δηλαδή σε ένα δύσκολο εργασιακό περιβάλλον, είναι δυνατόν να εμφανίσουν επαγγελματική εξουθένωση. Η Pines θεωρεί ότι οι αποσιωπημένοι εργαζόμενοι είναι πιο επιρρεπείς στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω της ανάγκης τους να αποδώσουν ιδιαίτερο νόημα στη ζωή τους μέσω της εργασίας. Το εργαλείο μέτρησης της επαγγελματικής εξουθένωσης που χρησιμοποιεί η Pines (Burnout Measure, 2005) αξιολογεί τη φυσική, συναισθηματική και νοητική εξουθένωση με μία μόνο κλίμακα και μία συνολική βαθμολογία.

2.2.7 Το μοντέλο των Golebiewski και Munzerider

Το μοντέλο των Golebiewski και Munzerider (1988) ασχολείται με την εξέλιξη των τριών διαστάσεων και αναφέρεται στην ανεξάρτητη ανάπτυξη της κάθε μιας. Η σειρά εμφάνισης των τριών διαστάσεων στο μοντέλο αυτό διαφέρει σημαντικά, αφού οι ερευνητές ορίζουν ως πρώτη σε σειρά εμφάνισης τη διάσταση της αποπροσωποποίησης,

δεύτερη σε σειρά την αίσθηση της μειωμένης προσωπικής επίτευξης και τρίτη την συναισθηματική εξάντληση. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η επαγγελματική εξουθένωση οφείλεται αποκλειστικά και μόνο σε παράγοντες εργασιακούς ενώ καταφέρνει να διακρίνει την περίπτωση του εργασιακού άγχους από αυτήν της επαγγελματικής εξουθένωσης.

2.2.8 Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής (ERI, the effort-reward imbalance model)

Το μοντέλο ανισορροπίας μεταξύ προσπάθειας-ανταμοιβής προτάθηκε από τον Siegrist (1996). Βασίζεται στην αρχή της ισορροπίας ανάμεσα στην προσπάθεια του εργαζομένου και στην ανταμοιβή που λαμβάνει. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, η προσπάθεια από τη μεριά του εργαζομένου έχει κοινωνική και διττή διάσταση. Πιο συγκεκριμένα, η προσπάθεια αναφέρεται τόσο στο έργο που καταβάλλει ο εργαζόμενος προκειμένου να εκπληρώσει τις απαιτήσεις της εργασίας του (εξωγενής διάσταση) όσο και στα δικά του εσωτερικά κίνητρα που τον παρακινούν να αποδώσει στην εργασία του (ενδογενής διάσταση). Οι ανταποδόσεις που λαμβάνει ως αποτέλεσμα της προσπάθειας περιλαμβάνουν τον μισθό, την εργασιακή ασφάλεια και την κοινωνική του αναγνώριση. Εάν δεν διατηρείται η ισορροπία μεταξύ προσπάθειας και ανταμοιβής, τότε ο εργαζόμενος αντιμετωπίζει υψηλά επίπεδα stress. Και στο μοντέλο αυτό, οι υπεραφοσιωμένοι («dedicated») εργαζόμενοι είναι πιο επιρρεπείς στην επαγγελματική εξουθένωση.

2.2.9 Το μοντέλο των εργασιακών απαιτήσεων-εργασιακών πόρων (the job demands-resources model)

Οι Demerouti et al (2000, 2007), εισήγαγαν το μοντέλο των εργασιακών πόρων – εργασιακών απαιτήσεων. Σύμφωνα με αυτό, οι εργασιακοί πόροι είναι υπεύθυνοι για την ανάπτυξη ή μη εργασιακού άγχους και συνεπακόλουθα, επαγγελματικής εξουθένωσης. Συγκεκριμένα, το μοντέλο αυτό στηρίζεται στην αρχή ότι η επαγγελματική εξουθένωση προκύπτει όταν οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν συνεχείς εργασιακές απαιτήσεις οι οποίες δεν καλύπτονται από τους διαθέσιμους εργασιακούς πόρους. Με τον όρο «εργασιακοί πόροι», οι ερευνητές αναφέρονται στις σωματικές,

ψυχολογικές, κοινωνικές και οργανωτικές διαστάσεις της εργασίας που είναι υπεύθυνες για την επίτευξη των εργασιακών απαιτήσεων, οι οποίες προάγουν την προσωπική ανάπτυξη και εξέλιξη και είναι ικανές να μειώνουν τις εργασιακές απαιτήσεις. Σύμφωνα δηλαδή με το μοντέλο αυτό, όσο περισσότερους πόρους διαθέτει ο εργαζόμενος, τόσο πιο ομαλά αποδίδει όσον αφορά στις εργασιακές απαιτήσεις και τόσο ο κίνδυνος επαγγελματικής εξουθένωσης εξαφανίζεται. Στην περίπτωση μάλιστα αυτή, το κίνητρο της απόδοσης αυξάνεται με θετικά αποτελέσματα για τον οργανισμό (Demerouti and Bakker, 2011). Σύμφωνα με τη μελέτη των ερευνητών αυτών, «οι πόροι εντάσσονται στο μακρο-οργανωτικό επίπεδο (μισθός, ευκαιρίες καριέρας, εργασιακή ασφάλεια), στο διαπροσωπικό (υποστήριξη από προϊσταμένους-υφισταμένους, συνεργατικό κλίμα εργασίας), στη συγκεκριμένη θέση εργασίας (συγκεκριμένος ρόλος εργασίας, συμμετοχή σε αποφάσεις) και στο επίπεδο καθήκοντος (ποικιλία δεξιοτήτων, αυτονομία, σημασία και ταυτότητα της θέσης εργασίας)».

Στην περίπτωση του μοντέλου αυτού το αίσθημα της μειωμένης προσωπικής επίτευξης δεν περιλαμβάνεται ως κριτήριο ή ως μία των διαστάσεων επαγγελματικής εξουθένωσης, αλλά αντιθέτως χαρακτηρίζεται ως «συμπληρωματικό». Το μοντέλο εστιάζει στις δύο διαστάσεις της συναισθηματικής εξουθένωσης και της αποπροσωποποίησης που προκύπτουν από τις εργασιακές απαιτήσεις και την αναντιστοιχία με τους εργασιακούς πόρους. Συγκεκριμένα, η απουσία εργασιακών πόρων συνδέεται με τη διάσταση της αποδέσμευσης/αποστασιοποίησης (Bakker και Schaufeli, 2004) και η ισορροπία ανάμεσα στις δύο ευρείες εργασιακές συνθήκες (απαιτήσεις και πόροι) είναι αυτή που αποτρέπει από την επαγγελματική εξουθένωση. Στο συγκεκριμένο μοντέλο στηρίζεται το Oldenburg Burnout Inventory-Measure (OLDBI) που εξετάζει οκτώ στοιχεία για κάθε έναν από τους δύο παράγοντες που αναφέρθηκαν.

2.210 Το μοντέλο των Shirom και Melamed

Το μοντέλο των Shirom και Melamed (2003) αποτέλεσε την αντιπρόταση στο μοντέλο της Maslach και αποτελεί την προέκταση της θεωρίας της διατήρησης των πόρων του Hobfoll (Conservation of Resources, 1989). Το μοντέλο διατήρησης των πόρων θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση προκύπτει «ως αποτέλεσμα επίμονων απειλών στους υπάρχοντες πόρους». Στην βάση αυτή, το Shirom Melamed Burnout Measure (SMBM) θεωρεί ότι η επαγγελματική εξουθένωση είναι μία συναισθηματική κατάσταση που περιλαμβάνει τρεις άξονες αλληλένδετους μεταξύ τους. Αυτοί είναι:

- η σωματική κόπωση, που ορίζεται από το αίσθημα μειωμένης ενέργειας και κούρασης
- η συναισθηματική εξάντληση, που συνοδεύεται από συναισθήματα απάθειας και έλλειψης ενσυναίσθησης προς τους άλλους
- η γνωστική κόπωση, η οποία ορίζεται ως η μειωμένη νοητική εκκίνηση.

Το ερωτηματολόγιο που στηρίζεται στο μοντέλο αυτό, περιλαμβάνει 22 ερωτήσεις που αναφέρονται σε τέσσερις υποκλίμακες και οι οποίες αξιολογούν τους ακόλουθους παράγοντες: νωθρότητα, ένταση, γνωστική φθορά και σωματική κόπωση (Hodgkinson & Ford, 2005).

2.2.11 Το μοντέλο της Κοπεγχάγης

Το μοντέλο της Κοπεγχάγης αναπτύχθηκε από τους Kristensen et al (2005) ως ο αντίποδας στο μοντέλο των τριών διαστάσεων της Maslach και των περιορισμών που αυτό θέτει. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές κάνουν κριτική στο ερωτηματολόγιο της Maslach, θεωρούν ότι οι τρεις διαστάσεις του μοντέλου της είναι τα αποτελέσματα του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης και όχι συστατικά μέρη του, ενώ η ευρεία χρήση του ερωτηματολογίου MBI δεν βοηθάει στην αποσαφήνιση του ορισμού του συνδρόμου και περιορίζεται σε ανθρωπιστικά επαγγέλματα. Επίσης, θεωρούν πολλές από τις ερωτήσεις του MBI απαράδεκτες, κάτι που προέκυψε από έρευνα που διεξήγαγαν οι ίδιοι, όπως και ότι ερωτήσεις του τύπου «Έχω καταφέρει πολλά αξιόλογα πράγματα στη δουλειά μου» δεν εμπίπτουν στην κουλτούρα όλων των λαών, πλην της αμερικανικής. Εκτός των άλλων, τονίζουν ότι «το ερωτηματολόγιο MBI και το μοντέλο της Maslach αποτελούν τις δύο όψεις του ίδιου νομίσματος: το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης είναι αυτό που μετράται από το MBI και το MBI μετράει το σύνδρομο αυτό».

Για τους λόγους αυτούς, πρότειναν ένα νέο μοντέλο για τη μέτρηση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Το μοντέλο που πρότειναν ο Kristensen et al. περιλαμβάνει ένα ερωτηματολόγιο με τρεις υποκλίμακες οι οποίες διερευνούν: α) την προσωπική εξουθένωση, β) την επαγγελματική εξουθένωση και γ) την εξουθένωση που προκύπτει από την επαφή με ανθρώπους (πελάτες, ασθενείς, μαθητές). Η πρώτη υποκλίμακα αναφέρεται «στην εξουθένωση, φυσική και ψυχολογική που προκύπτει κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η εξουθένωση που προκύπτει από την εργασία μετράται στη δεύτερη υποκλίμακα, ενώ η εξουθένωση που προκύπτει από την επαφή με πελάτες

(μαθητές, ασθενείς, πελάτες κλπ) αξιολογείται με την τρίτη υποκλίμακα και αναφέρεται σε επαγγέλματα ανθρωποκεντρικά (Papaefstathiou et al., 2019). Οι ερωτήσεις είναι πιο γενικές και κατά τέτοιο τρόπο δομημένες ώστε να μπορούν να γίνουν κατανοητές και να απαντηθούν από εργαζόμενους διαφόρων επαγγελμάτων, γεφυρώνοντας το χάσμα που προκύπτει από το ερωτηματολόγιο της Maslach. Η βασική ιδέα του μοντέλου της Κοπεγχάγης στηρίζεται στον ορισμό της επαγγελματικής εξουθένωσης κατά Schaufeli και Greenglass (2001), σύμφωνα με τον οποίο «η επαγγελματική εξουθένωση είναι μια κατάσταση φυσικής, συναισθηματικής και νοητικής εξουθένωσης η οποία προκύπτει από μακροχρόνια εμπλοκή σε εργασιακές συνθήκες συναισθηματικά απαιτητικές». Ο πυρήνας δηλαδή της επαγγελματικής εξουθένωσης κατά το μοντέλο αυτό είναι η κούραση και η εξουθένωση, τόσο σε προσωπικό επίπεδο όσο και σε πιο ειδικό (εργασιακό). Σύμφωνα με τους ερευνητές που το εισήγαγαν, «βασικός στόχος είναι τα φαινόμενα της αποπροσωπότητας και της προσωπικής επίτευξης/απόδοσης να αναλύονται και να μετριοούνται ως αυτόνομα φαινόμενα, που ορίζουν τη δική τους ανεξάρτητη έννοια και να μην αποτελούν συστατικά ενός συνδρόμου».

Το βασικό πλεονέκτημα αυτού του ερωτηματολογίου είναι ότι μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της εργασιακής εξουθένωσης σε μεγάλο εύρος επαγγελμάτων (Milfon et al., 2008; Lee et al., 2005). Το ερωτηματολόγιο του μοντέλου της Κοπεγχάγης έχει μεταφραστεί σε διάφορες γλώσσες (αγγλικά, ιαπωνικά, σουηδικά, φιλανδικά, γαλλικά, σλοβενικά, κινεζικά, ελληνικά) και έχει χρησιμοποιηθεί σε αρκετές έρευνες (σε υγειονομικό, στρατιωτικό και εκπαιδευτικό προσωπικό) με αξιόπιστα αποτελέσματα και εσωτερική συνοχή (Yeh et al., 2007; Berat et al., 2016). Πρόσφατη μελέτη των Papaefstathiou et al ασχολήθηκε με τη μετάφραση και πιστοποίηση του ερωτηματολογίου της Κοπεγχάγης στον ελληνικό πληθυσμό «ώστε να αποτελέσει αυτό ένα χρήσιμο εργαλείο για τη διάγνωση και αξιολόγηση του φαινομένου της εργασιακής εξουθένωσης σε επαγγελματίες στην Ελλάδα». Σημαντικό πλεονέκτημα είναι ότι η χρήση του ερωτηματολογίου είναι ελεύθερη, προάγοντας έτσι την έρευνα σε οικονομικά ασθενέστερες χώρες.

2.3 Παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι όλες οι θεωρητικές προσεγγίσεις που προσπαθούν να ερμηνεύσουν το σύνδρομο της επαγγελματικής

εξουθένωσης στοχεύουν στη διερεύνηση της αλληλεπίδρασης του ατόμου με το εργασιακό του περιβάλλον όπως επίσης και στα προσωπικά χαρακτηριστικά του. Οι παράγοντες που συμβάλλουν στην επαγγελματική εξουθένωση κατηγοριοποιούνται σε περιβαλλοντικούς και ατομικούς (Κουλιεράκης και συν, 2000).

Οι ατομικοί παράγοντες έχουν σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου, όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και προσωπικότητα. Είναι οι παράγοντες εκείνοι που δομούν την προσωπικότητα του ατόμου και τον χαρακτήρα του. Συγκεκριμένα, χαρακτηριστικά του ατόμου όπως η ικανότητα διαχείρισης του άγχους, οι προσδοκίες και φιλοδοξίες του ατόμου στον εργασιακό του χώρο, η ικανότητα δέσμευσης, η απουσία επίγνωσης προσωπικών ορίων, η έλλειψη ικανότητας διαχωρισμού προσωπικής και επαγγελματικής ζωής, το αυξημένο αίσθημα ελέγχου και ευθύνης, αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Martin (2000) θεωρεί ότι λόγω της διαφορετικής έκφρασης συναισθήματος, το φύλο επηρεάζει την εκδήλωση του συνδρόμου. Συγκεκριμένα, θεωρεί ότι οι εργαζόμενες γυναίκες λόγω διαφοράς στην έκφραση του συναισθήματος είναι δύσκολο να φτάσουν ως την αποπροσωποίηση. Όσον αφορά στην ηλικία, τα αποτελέσματα είναι μάλλον αντιφατικά αφού οι νεότεροι σε ηλικία εργαζόμενοι βιώνουν υψηλά επίπεδα εξουθένωσης ως απόρροια των υψηλών προσδοκιών και της έλλειψης εργασιακής εμπειρίας. Η ισορροπία επαγγελματικής και προσωπικής ζωής φαίνεται να μειώνει την πιθανότητα εμφάνισης του συνδρόμου, με την οικογένεια και ειδικά την παρουσία μικρών παιδιών –στην περίπτωση των παντρεμένων εργαζομένων- να στηρίζει και να προστατεύει από την απώλεια της επαφής με τον ασθενή. Επιπλέον, το μορφωτικό επίπεδο και η σχέση του με την ικανοποίηση που προκύπτει από τη χρηματική αμοιβή και την επίτευξη των προσδοκιών είναι παράγοντες που αλληλεπιδρούν (Turnipseed, 1994). Σημαντικό ρόλο στην εξέλιξη του φαινομένου παίζει η προσωπικότητα του ατόμου, καθώς διαφορετική στάση εργαζομένων απέναντι σε στρεσογόνες καταστάσεις οδηγεί σε ανάπτυξη ή μη του συνδρόμου (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου, 1992). Φαίνεται ότι άτομα με εξωτερική έδραση ελέγχου, άτομα δηλαδή που αποδίδουν εξωτερικά γεγονότα στην τύχη ή σε τρίτους, βιώνουν υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης από άτομα που τα αποδίδουν στις δικές τους προσπάθειες (Semmer, 1996). Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι ακόμη και η εμφάνιση ή διαμόρφωση στρεσογόνων συνθηκών είναι ένα υποκειμενικό θέμα που προκύπτει από τον τρόπο που τις αντιλαμβάνονται και

διαχειρίζονται οι εργαζόμενοι (Lazarus & Folkman, 1986). Η επίδραση της προσωπικότητας του εργαζομένου έχει μελετηθεί εκτεταμένα. Μάλιστα σε πολλές μελέτες ενισχύεται το γεγονός ότι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι απόρροια μόνο των εργασιακών παραγόντων καθώς όλοι οι εργαζόμενοι όταν εκτεθούν στις ίδιες εργασιακές συνθήκες δεν εμφανίζουν «burnout». Παρόλα αυτά, τα ακριβή χαρακτηριστικά της προσωπικότητας που επηρεάζουν τα ποσοστά άγχους και εξουθένωσης δεν είναι ακόμη σαφή. Φαίνεται για παράδειγμα ότι η ύπαρξη χαρακτηριστικών «σκληρότητας» (hardness traits) στην προσωπικότητα επιδρούν στην εμφάνιση του φαινομένου (Kobasa et al., 1982). Ο νευρωτισμός, ο οποίος εκφράζεται με την ανάγκη του ατόμου να βιώνει συνεχώς αρνητικά συναισθήματα, το εξωτερικό αίσθημα ελέγχου και η ανησυχία, είτε ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας είτε ως στοιχείο προστασίας, φαίνεται ότι συνδέονται με την εμφάνιση «burnout» (Decker, 1997 και Smith, 2001).

Η δεύτερη κατηγορία, οι περιβαλλοντικοί παράγοντες δηλαδή, έχουν σχέση με τη φύση του επαγγέλματος και τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά του εργασιακού περιβάλλοντος. Πιο ομαδοποιημένα και με αναφορά στο οργανωτικό επίπεδο, οι εργασιακές συνθήκες που μπορεί να επιδρούν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης διακρίνονται σε έξι τομείς που περιλαμβάνουν τον φόρτο εργασίας, τον έλεγχο/αξιολόγηση, την ανταμοιβή, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τη δικαιοσύνη και τις αξίες του Οργανισμού. Συγκεκριμένα, περιλαμβάνουν παράγοντες όπως η ασάφεια στην περιγραφή των καθηκόντων της θέσης εργασίας, τα εξαντλητικά ωράρια, η έλλειψη προσωπικού, η υποστελέχωση, η ανεπάρκεια των πόρων ο υπερβολικός φόρτος εργασίας, η εργασία σε βάρδιες, η έλλειψη στήριξης από την διοίκηση του Οργανισμού και οι αυξημένες απαιτήσεις (Κουτελέκος & Πολυκανδριώτη, 2007; Μουστάκα και συν., 2010; Rachiotis et al., 2014). Οι Dewa et al. (2017) θεωρούν σημαντικό παράγοντα τον αποκλεισμό των εργαζομένων από τη λήψη αποφάσεων, ενώ η παρουσία ή απουσία διαπροσωπικών σχέσεων μεταξύ συναδέλφων, το συνεχώς συναισθηματικά φορτισμένο κλίμα λόγω της φύσης εργασίας είναι παράγοντες που επιτείνουν ή δρουν ανασταλτικά στην εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης. Φαίνεται πάντως ότι προβληματικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων αυξάνουν την εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης (Demir, 2003).

Όπως αναφέρθηκε ήδη, η επίδραση της προσωπικότητας του εργαζομένου ως προδιαθεσικός παράγοντας έχει μελετηθεί εκτεταμένα. Μάλιστα συγκεκριμένες μελέτες

(French, 2005 και Rowe, 1997) ενισχύουν το γεγονός ότι το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν είναι απόρροια μόνο των εργασιακών παραγόντων καθώς όλοι οι εργαζόμενοι όταν εκτεθούν στις ίδιες εργασιακές συνθήκες, δεν εμφανίζουν «burnout». Τέλος, όπως προκύπτει από μελέτη των Daniels et al. (2007), και οι μακροοικονομικοί παράγοντες φαίνεται να παίζουν ρόλο στη σχέση των εργασιακών χαρακτηριστικών και της ευζωίας του εργαζομένου.

Η εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στις δυτικές χώρες κυμαίνεται μεταξύ 13% και 27% για τον εργαζόμενο πληθυσμό (Lindblom, 2006), με τους εργαζόμενους στον υγειονομικό τομέα να εμφανίζουν μεγαλύτερη πιθανότητα εμφάνισης (Morse, 2012). Πιο συγκεκριμένα, για το υγειονομικό προσωπικό και μάλιστα για τους εργαζομένους σε δημόσια φαρμακεία, «η αναγνώριση και η αντίληψη του κοινωνικού περιβάλλοντος για (...) τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται σε δομές παροχής υπηρεσιών υγείας όπως επίσης και η στάση ή οι πεποιθήσεις που υπάρχουν σχετικά με τον θάνατο και την ασθένεια διαμορφώνουν την αποδοχή του επαγγελματία από το κοινωνικό σύνολο κι επηρεάζουν την εμφάνιση συνδρόμου “burnout”» (Μολλάς, 2021). Επίσης, τα εξαντλητικά ωράρια εργασίας (ολοήμερη λειτουργία των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δύο φορές την εβδομάδα), οι μειωμένες απολαβές όπως διαμορφώθηκαν μετά το νέο μισθολόγιο των δημοσίων υπαλλήλων, η έλλειψη συγκεκριμένου οργανογράμματος και περιγραφής των καθηκόντων της θέσης εργασίας, η κάθετη ιεραρχική δομή (μικρή αυτονομία και μικρή εμπλοκή εργαζομένων σε στερεότυπες καταστάσεις), η απουσία υποστήριξης από τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, η συνεχής έκθεση στον πόνο, την ασθένεια που συνήθως είναι ανίατη, και τον θάνατο, οι αυξημένες απαιτήσεις των ασθενών, οι χρονικοί περιορισμοί στην εκτέλεση της εργασίας, η απουσία δυνατότητας συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, η ανικανότητα ελέγχου και προγραμματισμού στις διαδικασίες και οι συγκρούσεις ρόλων είναι δυνατόν να δημιουργήσουν απογοήτευση, αποστασιοποίηση και επαγγελματική εξουθένωση. Για τη μείωση του κινδύνου εμφάνισης επαγγελματικής εξουθένωσης, η διεθνής βιβλιογραφία βρίθει μελετών όπου τονίζεται ο παράγοντας της υποστήριξης (social support) είτε από τον οργανισμό είτε από τους συναδέλφους (Bakker, 2000 και Cooper, 2002), παράγοντας όπως διαφαίνεται ικανός να μετριάσει τις αρνητικές επιδράσεις του εργασιακού άγχους.

Σε γενικές γραμμές όλοι οι μελετητές θεωρούν ότι η εξουθένωση προέρχεται από το συνδυασμό της δράσης εξωτερικών παραγόντων (απαιτήσεων της εργασίας) και

προσωπικών χαρακτηριστικών του εργαζομένου, με τους ατομικούς παράγοντες να δίνουν την ώθηση στην εμφάνιση του φαινομένου λόγω της μειωμένης αντοχής στις στρεσογόνες εργασιακές συνθήκες. Τέλος, οι Maslach et al. (2001), θεωρούν ότι « η εξουθένωση αποτελεί μια ατομική εμπειρία που αναφέρεται στο ίδιο το περιεχόμενο της εργασίας». Γίνεται δηλαδή φανερό ότι η αλληλεπίδραση ατομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων που οδηγεί στην πυροδότηση και εμφάνιση του φαινομένου είναι περίπλοκη. Σε μελέτη των Manzano-Garcia και Ayala (2017), οι παράγοντες αυτοί κατηγοριοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες με διαφορετικό ποσοστό συνεισφοράς στην εμφάνιση του φαινομένου. Το εργασιακό περιβάλλον συνεισφέρει σε ποσοστό 64,3%, τα ατομικά χαρακτηριστικά σε ποσοστό 23,08%, τα κοινωνικά/δημογραφικά σε ποσοστό 9,62% και ο τρόπος ζωής σε ποσοστό 3,85%. Συμπερασματικά, αν και η παρατεταμένη εργασία ενδέχεται να προκαλεί επαγγελματική εξουθένωση, η επαγγελματική ικανοποίηση όπως αυτή αναγνωρίζεται και αποδίδεται μέσω των άλλων (συναδέλφων, ασθενών, οικογενειακού περιβάλλοντος) όπως επίσης και η πίστη σε εργασιακές αξίες φαίνεται ότι δρουν ανασταλτικά στην εμφάνιση του συνδρόμου (Knoop, 1994).

2.4 Επιπτώσεις του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης έχει επιπτώσεις τόσο στο άτομο (εργαζόμενο) όσο και στον Οργανισμό. Σε ατομικό επίπεδο, οι επιπτώσεις είναι μακροπρόθεσμες όσον αφορά στην υγεία του εργαζομένου, με τις συναισθηματικές και ψυχολογικές επιπτώσεις να αφορούν στην πνευματική/διανοητική εξάντληση και τα σωματικά συμπτώματα να αναφέρονται στη μείωση της ενεργητικότητας του ατόμου και τη χρόνια κόπωση. Ειδικά για τους εργαζόμενους στο χώρο της υγείας, τα καρδιαγγειακά προβλήματα όπως και τα μυοσκελετικά εμφανίζουν υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης (Toker et al, 2005) με τα ψυχικά προβλήματα να ακολουθούν (Aholu, 2014). Ο επαγγελματίας υγείας αισθάνεται ότι «δεν είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες των ασθενών και στις δικές του προσδοκίες (...) Συμπεριφέρεται σαν να έχει απέναντί του ένα περιστατικό και όχι έναν ασθενή» (Δημητρόπουλος, 2008). Αρνητικές είναι και οι συνέπειες στην οικογενειακή και κοινωνική ζωή, μέσω των αλλαγών στη συμπεριφορά του ατόμου (Cushway, 1992),

όταν αυτό εμφανίζει επιθετική ή αποστασιοποιημένη συμπεριφορά και μείωση της ανάγκης για κοινωνικές συναναστροφές. Επιπλέον, δεν είναι σπάνιο το άτομο να υιοθετήσει επιβλαβείς συνήθειες όπως το κάπνισμα, το αλκοόλ ή η υπερβολική κατανάλωση καφέ, συνέπεια της επαγγελματικής εξουθένωσης που βιώνει.

Σε επίπεδο οργανισμού, η επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων οδηγεί σε μείωση της παραγωγικότητας, μείωση της εργασιακής απόδοσης και της εργασιακής ικανοποίησης /δέσμευσης στον οργανισμό (Kroenke et al., 2007). Ως απόρροια αυτών των εκδηλώσεων, η επαγγελματική εξουθένωση συνδέεται με το φαινόμενο της συχνής απουσίας από την εργασία, τις αργοπορίες και τις παραιτήσεις με έντονη την πρόθεση αλλαγής εργασίας, τα μεγαλύτερα διαλείμματα σε ώρα εργασίας, όπως επίσης και μία αίσθηση μεταδοτικότητας του φαινομένου ανάμεσα στους συναδέλφους (Schaufeli, 2005). Η επικοινωνία με το κοινό που εξυπηρετεί ο εργαζόμενος επηρεάζεται αρνητικά, και εκδηλώνεται με σκληρή συμπεριφορά, ανάλωση λιγότερου χρόνου για επίλυση προβλημάτων, απουσία βλεμματικής επαφής και σκληρές παρατηρήσεις. Στο εργασιακό περιβάλλον, η αλλαγή στη συμπεριφορά των εργαζομένων έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και υψηλό κόστος για τον οργανισμό. Συγκεκριμένα, ο Wright (2005) εκτίμησε το κόστος από τις επιπτώσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης στο υγειονομικό προσωπικό σε 450.000 λίρες Αγγλίας για το εθνικό σύστημα υγείας (NHS) του Ηνωμένου Βασιλείου. Για τους λόγους αυτούς, το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης μπορεί να θεωρηθεί ως *«μία πολύ σοβαρή απειλή για την ευρωστία του κράτους και την οικονομική του ασφάλεια»* (Murthy, 2022).

2.5. Τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Για την αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης, οι παρεμβάσεις που προτείνονται εστιάζουν σε ατομικό και οργανωσιακό επίπεδο. Όσον αφορά στις ατομικές παρεμβάσεις, αυτές εστιάζουν πρωταρχικά στην αναγνώριση του φαινομένου από τον ίδιο τον εργαζόμενο στα αρχικά στάδια μέσω οργανικών ή ψυχοκοινωνικών συμπτωμάτων. Για να επιτευχθεί φυσικά αυτό, είναι αναγκαία η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας στον τομέα αυτό. Επίσης, πολύ σημαντική θεωρείται η επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων του εργαζομένου μέσω της εργασιακής ικανοποίησης και της εδραίωσης στην εργασία καθώς και η υιοθέτηση διαφορετικού τρόπου ζωής με τρόπο ώστε να επέρχεται ισορροπία ανάμεσα στην εργασιακή και προσωπική/οικογενειακή ζωή. Είναι απαραίτητο να μάθει ο εργαζόμενος

να ζητάει υποστήριξη στο άμεσο περιβάλλον του (προσωπικό ή εργασιακό) όσο και πιο εξειδικευμένη από επαγγελματίες ψυχικής υγείας. Ειδικά στους επαγγελματίες υγείας, η κουλτούρα της αναζήτησης υποστήριξης είναι πιο δύσκολο να θεμελιωθεί, καθώς οι ίδιοι καλούνται να βοηθούν και να στηρίζουν μη λαμβάνοντας υπόψη της δικές τους ανάγκες στον τομέα αυτό (Κουλιεράκης και συν, 2000). Η υιοθέτηση ενός διαφορετικού τρόπου ζωής και η ενασχόληση με δραστηριότητες εκτός εργασίας βοηθά στην επικοινωνία και εκτονώνει οποιαδήποτε ένταση. Για την περίπτωση αυτών των εργαζομένων, καλό είναι να αποφεύγονται ο διαλογισμός και η yoga, «αφού είναι πιθανόν να προκαλούν περαιτέρω νοητική πτώση, μείωση της ενέργειας και ψυχική κόπωση.

Όσον αφορά στις παρεμβάσεις σε οργανωσιακό/διοικητικό επίπεδο, αυτές χρειάζεται να εστιάζουν στην εκπαίδευση του εργαζομένου σχετικά με την πρόωμη αναγνώριση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης και στην καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας με σαφώς προσδιορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες. Συγκεκριμένα, η δημιουργία ειδικών ομάδων Μπάλιντ (Balint) βοηθάει στην πρόωμη αναγνώριση των συμπτωμάτων εργασιακής εξουθένωσης και στην αποκατάσταση της σχέσης ασθενούς/επαγγελματία υγείας. Οι ομάδες Balint δημιουργήθηκαν στο Ηνωμένο Βασίλειο το 1950 από τους ψυχαναλυτές Michael και Epid Balint με σκοπό να βοηθήσουν τους γενικούς γιατρούς να κατανοήσουν καλύτερα τη συναισθηματική σχέση με τους ασθενείς και να βελτιώσουν έτσι τη θεραπευτική δυνατότητα και πλέον βρίσκουν εφαρμογή σε όλους τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, σημαντική είναι η δημιουργία συνεκτικών δεσμών («bonding») ανάμεσα στην ομάδα του φαρμακείου εν προκειμένω, μέσω συναντήσεων εκτός εργασίας, έτσι ώστε να λειτουργεί υποστηρικτικά στην περίπτωση που κάποιο μέλος αναγνωρίσει τα συμπτώματα εξουθένωσης. Η παρουσία υποστήριξης τόσο από τους συναδέλφους όσο και από την ηγεσία έχει αποδειχθεί ότι συνδέεται με μειωμένα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης (Bakker, 2000) και αποτελεί τομέα δευτερογενούς παρέμβασης που εστιάζει σε τεχνικές που στόχο έχουν την τροποποίηση της εργασιακής ζωής των εργαζομένων. Η δημιουργία οργανογράμματος και σαφώς καθορισμένων ρόλων και αρμοδιοτήτων βοηθάει στην εξάλειψη των στρεσογόνων παραγόντων που δημιουργούν το φαινόμενο. Η παροχή εκπαίδευσης και η προώθηση της υποκίνησης των εργαζομένων είναι παράγοντες που μπορεί να παίξουν καθοριστικό ρόλο στη μείωση της εμφάνισης του φαινομένου. Τέλος, ο σαφής καθορισμός των ρόλων και

αρμοδιοτήτων των εργαζομένων, η πιθανή εναλλαγή μεταξύ διαφορετικών θέσεων στην εργασία ή ακόμη και η επιλογή θέσης εργασίας, εφόσον υπάρχει αυτή η δυνατότητα, οδηγούν στην αναγνώριση των ικανοτήτων και στην αντιμετώπιση των παρενεργειών που μπορεί να προκύψουν από μια μονότονα επαναλαμβανόμενη εργασία, ενώ συγχρόνως αυξάνουν την αίσθηση προσωπικού ελέγχου.

2.6 Φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Σύμφωνα με την ελληνική νομοθεσία, δημόσια φαρμακεία υπάρχουν σε κάθε νοσοκομείο ή νοσηλευτικό ίδρυμα (νόμοι 2592/53 και 2071/92). Με τον νόμο 3918/2011, δημόσια καθίστανται και τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που ως αρμοδιότητα έχουν τη διάθεση στους πολίτες (ασφαλισμένους και μη) των φαρμάκων υψηλού κόστους (Φ.Υ.Κ.). Ο Εθνικός Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) ιδρύθηκε το 2011 (ν.3918/2011) με έδρα την Αθήνα, υπό την εποπτεία αρχικά των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Προήλθε από τη συνένωση των κλάδων υγείας των εξής ταμείων: ΙΚΑ, ΟΓΑ, ΤΑΥΤΕΚΩ, ΟΑΕΕ, ΟΠΑΔ, ΤΥΔΚΥ, ΕΤΑΑ, ΕΤΑΠ-ΜΜΕ, Οίκος Ναύτου. Με την παρ.2 του άρθρου 72 του Ν.3984/11 μεταβιβάζεται η εποπτεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ενώ με βάση τις διατάξεις του Ν.4238/14, ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. μετατρέπεται σε αγοραστή υπηρεσιών υγείας.

Κύριος στόχος με την ίδρυση του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., ήταν η δημιουργία ενός Ενιαίου Κανονισμού Παροχών Υγείας για τους ασφαλισμένους των ανωτέρω ασφαλιστικών ταμείων. Ο νέος Οργανισμός με βάση το άρθρο 18 του Ν.3918/2011 είχε ως αρχικό σκοπό την παροχή υπηρεσιών υγείας «στους εν ενεργεία ασφαλισμένους, συνταξιούχους και τα προστατευόμενα μέλη των οικογενειών τους των μεταφερόμενων φορέων». Επιπροσθέτως, στους σκοπούς του νεοσύστατου Οργανισμού είναι ο «λειτουργικός συντονισμός και η επίτευξη συνεργασίας μεταξύ των φορέων που συνιστούν το δίκτυο πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, δηλαδή των Κέντρων Υγείας και των Περιφερειακών Ιατρείων του Ε.Σ.Υ., των Ιατρών υπόχρεων υπηρεσίας υπαίθρου, των μονάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Ο.Τ.Α.), των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και των συμβεβλημένων ιατρών του καθώς και άλλων Οργανισμών Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ.». Με τον Ν. 4238/2014, «οι μονάδες υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του ΕΟΠΥΥ μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.ΠΕ. ως αποκεντρωμένες μονάδες του

εξαιρουμένων των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. τα οποία παραμένουν και λειτουργούν στον Οργανισμό».

Τα φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ. υπάγονται στο Τμήμα Διαχείρισης Φαρμακείων της Διεύθυνσης Φαρμάκου. Με την ίδρυση του Οργανισμού λειτούργησαν αρχικά πέντε φαρμακεία στο νομό Αττικής και ένα στο νομό Θεσσαλονίκης. Σταδιακά ο αριθμός τους στην Αττική αυξήθηκε σε δέκα, στην Θεσσαλονίκη σε τρία και τώρα λειτουργούν 28 αυτόνομα και 7 ημιαυτόνομα φαρμακεία συνολικά σε όλη την Ελλάδα. Το Κεντρικό Φαρμακείο στεγάζεται στο Μαρούσι και υπάγεται στη Διεύθυνση Φαρμάκου, ενώ τα υπόλοιπα υπάγονται διοικητικά στις Περιφερειακές Διευθύνσεις του Οργανισμού. Τα φαρμακεία ΕΟΠΥΥ διαχειρίζονται και χορηγούν φάρμακα υψηλού κόστους, φάρμακα ορφανά καθώς και φάρμακα εισαγωγής. Τα φάρμακα υψηλού κόστους καθορίζονται βάση του Ν.3816/2010 και μετέπειτα με το ΦΕΚ 64/Β'/16-01-2014 ενώ ο Εθνικός Οργανισμός Φαρμάκων σε συνεργασία με τον ΕΟΠΥΥ εισηγείται την αναθεώρηση των εν λόγω φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων. Διαχωρίζονται σε δύο βασικές κατηγορίες: α) τα φάρμακα με ένδειξη μόνο για νοσοκομειακή χορήγηση και β) αυτά των οποίων η χρήση δύναται να ξεκινήσει στο νοσοκομείο και να συνεχιστεί εκτός νοσοκομείου. Τα φάρμακα της πρώτης κατηγορίας διατίθενται στα δημόσια φαρμακεία (Φαρμακεία νοσοκομείων και φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) με νοσοκομειακή τιμή απομειούμενη κατά 5% και των αντίστοιχων rebates, ενώ για την δεύτερη κατηγορία φαρμάκων ισχύουν οι αγορανομικές διατάξεις του Υπουργείου Υγείας. Με το νόμο 4354/16.12.2015 Κεφάλαιο Δ, άρθρο 41, τα νοσοκομειακά φάρμακα χορηγούνται αποκλειστικά από τα φαρμακεία των δημόσιων φαρμακείων της χώρας. Εξαιρέση αποτελούν τα νοσοκομειακά φάρμακα που χορηγούνται στις ιδιωτικές κλινικές, τα στρατιωτικά νοσοκομεία καθώς και τα νοσοκομεία που υπάγονται στο Υπουργείο Παιδείας (Αιγινήτειο, Αρεταίειο) που χορηγούνται από τα Φαρμακεία Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Ο κοινωνικός ρόλος των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι πολύ σημαντικός καθώς παρέχουν φάρμακα Υψηλού Κόστους με ίση και ελεύθερη πρόσβαση στους ασθενείς με χρόνιες παθήσεις κυρίως σοβαρής αιτιολογίας (ογκολογικοί ασθενείς, αιμοκαθαρόμενοι ασθενείς, φάρμακα σπανίων παθήσεων και αυτοάνοσων παθήσεων), χωρίς οικονομική επιβάρυνση (συμμετοχή). Όλοι οι ασθενείς που διαθέτουν Αριθμό Μητρώου Κοινωνικής Ασφάλισης (ΑΜΚΑ), ανεξάρτητα από το υψηλό κόστος της θεραπείας αλλά και την ασφαλιστική τους ικανότητα, εξυπηρετούνται από τα φαρμακεία.

Σύμφωνα με την απόφαση ΔΒ4Δ/οικ. 8491/ΦΕΚ Β 1080/2.4.2019, το φαρμακείο του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. έχει τις εξής αρμοδιότητες: «α) την προμήθεια, αποθήκευση, συντήρηση και διάθεση των φαρμάκων και λοιπού υγειονομικού υλικού στους δικαιούχους, σύμφωνα με τις κείμενες διατάξεις, β) την ευθύνη για την καλή φύλαξη και συντήρηση των φαρμακευτικών ιδιοσκευασμάτων στους χώρους του Φαρμακείου, την εφαρμογή κατάλληλων συστημάτων διάθεσης για την ασφαλή χορήγηση και χρήση τους από τους ασθενείς, γ) την ορθή εκτέλεση και τον έλεγχο των ιατρικών συνταγών προς αποφυγή φαρμακευτικών σφαλμάτων και προς διασφάλιση της ορθολογικής χρήσης των φαρμάκων, δ) την ευθύνη για την εφαρμογή της φαρμακευτικής Νομοθεσίας και του Ε.Κ.Π.Υ. και ε) την εφαρμογή εντολών της Διοίκησης που στοχεύουν στην καθιέρωση σωστής, επωφελέστερης για τον ασθενή και οικονομικά συμφέρουσας διαχείρισης φαρμάκων». Τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στελεχώνονται από προσωπικό κλάδου ΠΕ Φαρμακοποιών, ΔΕ βοηθών φαρμακείου, Διοικητικό προσωπικό (ΠΕ, ΤΕ, ΔΕ) και Πληροφορικής (ΠΕ και ΤΕ).

2.7. Επαγγελματική εξουθένωση των εργαζομένων σε δημόσια φαρμακεία-η περίπτωση των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.

Οι περισσότερες μελέτες που αφορούν στην επαγγελματική εξουθένωση στον Δημόσιο τομέα αναφέρονται στον υγειονομικό τομέα, καθώς η ίδια η φύση του επαγγέλματος και οι ιδιαίτερες εργασιακές συνθήκες που το διέπουν, τον καθιστούν πιο επιρρεπή σε αυτήν (Πιλάτης, 2010). Ακόμη περισσότερο, οι αλλαγές που προωθήθηκαν στον δημόσιο τομέα τα τελευταία χρόνια λόγω και των μνημονιακών απαιτήσεων, οδήγησαν σε αυξημένη ανάγκη διερεύνησης του φαινομένου επαγγελματικής εξουθένωσης στα δημόσια φαρμακεία, και πιο ειδικά στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Οι δραστικές περικοπές μισθών και επιδομάτων με αλλαγή της μισθολογικής κλίμακας ανάλογα με τον τύπο εκπαίδευσης, ο έμμεσος ή άμεσος εξαναγκασμός σε μετατάξεις και πρόωρες συνταξιοδοτήσεις, η διάρρηξη του ψυχολογικού συμβολαίου των εργαζομένων που προήλθε από τη συγχώνευση των ασφαλιστικών ταμείων για τη δημιουργία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και η εισαγωγή νέων εργασιακών όρων, επηρεάζουν την εργασιακή ικανοποίηση και είναι παράγοντες που επιδρούν στην εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στον τομέα αυτό.

Οι φαρμακοποιοί και οι εργαζόμενοι στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. είναι εκπαιδευμένοι τόσο στην παροχή υπηρεσιών που έχουν σχέση με τη σωστή διάθεση των φαρμάκων όσο και με την εξατομικευμένη παροχή υπηρεσιών και συμβουλών

ανάλογα με τον ασθενή και μάλιστα τον ασθενή με σοβαρές ασθένειες. Καθώς πλέον ο στόχος είναι η καλύτερη παροχή υπηρεσιών υγείας και στον δημόσιο τομέα, καινούριες προκλήσεις προκύπτουν για τους εργαζομένους αυτούς. Συγκεκριμένα, πρέπει να είναι προετοιμασμένοι να αντιμετωπίσουν έναν επιθετικό ασθενή, να μπορούν να χειριστούν ελλείψεις φαρμάκων και λάθη ιατρικά σε συνταγές καθώς και να βοηθήσουν στη διάχυση της πληροφορίας ανάμεσα στον ασθενή και τους ιατρούς. Επιπλέον η οργανωσιακή δομή του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. που εξαρτάται άμεσα από την κρατική χρηματοδότηση και τις πολιτικές υγείας της εκάστοτε Κυβέρνησης είναι αυτή που επηρεάζει τις εργασιακές συνθήκες, όπου οι απαιτήσεις είναι υψηλές ενώ οι πόροι ελλιπείς. Για τους λόγους αυτούς, οι εργαζόμενοι στα δημόσια φαρμακεία είναι δυνατόν να εμφανίσουν συμπτώματα εργασιακού άγχους που συνδέονται και με την ανισορροπία ανάμεσα στην προσπάθεια και στην ανταμοιβή, τις υψηλές εργασιακές απαιτήσεις και τη μικρή ή ανύπαρκτη κοινωνική υποστήριξη που οφείλεται στις λανθασμένες προκαταλήψεις που υπάρχουν για την εργασία στον δημόσιο τομέα.

Όπως τονίστηκε και παραπάνω, η εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας επηρεάζει άμεσα την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση των ασθενών από αυτές (Murells, 2008 και Poghosyan et al., 2010). Η απουσία -μέχρι πρόσφατα (Ιούλιος 2022)- οργανογράμματος με σαφή περιγραφή καθηκόντων, η μη συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, η κάθετη ιεραρχική δομή και η χαμηλή οικονομική ανταμοιβή είναι οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του φαινομένου στους εργαζομένους στον τομέα αυτό. Ένας ακόμη παράγοντας για τον δημόσιο τομέα που ισχύει και στην περίπτωση αυτή και ο οποίος πάντα παρέχονταν σε μικρό βαθμό λόγω αναξιοκρατίας και γραφειοκρατίας, είναι οι μειωμένες ευκαιρίες προσωπικής ανάπτυξης (Bellou, 2009). Επίσης, ο εργαζόμενος στον τομέα αυτό αισθάνεται πολλές φορές πιεσμένος καθώς δεν είναι σπάνιο να θεωρεί τον εαυτό του ως ένα ασήμαντο γρανάτζι ενός μηχανισμού όπου δεν μπορεί να επηρεάσει καμία διαδικασία. Η ισορροπία που απαιτούν οι θέσεις εργασίας στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ανάμεσα στο υποστήριξη και στην αποστασιοποίηση είναι επίσης μία πρόκληση και μία πιθανή αιτία για την εμφάνιση του συνδρόμου.

Ως αποτέλεσμα της εμφάνισης του φαινομένου, παρατηρείται αύξηση απουσιών από την εργασία με τη λήψη κανονικών και αναρρωτικών αδειών, αυξημένο εργασιακό άγχος (Potter, 2010), ενώ συγχρόνως η συμπεριφορά προς ασθενείς και συναδέλφους γίνεται πιο επιθετική και αποπροσωποποιημένη. Σε πολλές περιπτώσεις, η συμπεριφορά

αυτή εξαιρείται ή είναι σεβαστή και αποδεκτή σε μια δημόσια υπηρεσία, επιτείνοντας τον φαύλο κύκλο του φαινομένου. Η παρεχόμενη ποιότητα υπηρεσιών από ένα εξουθενωμένο προσωπικό με κυνική διάθεση απέναντι στους ασθενείς όμως αποδεικνύεται ιδιαίτερα προβληματική και επικίνδυνη για τον χώρο αυτό της υγείας. Μελέτη έχει δείξει ότι η εμφάνιση εργασιακού άγχους στους φαρμακοποιούς συνδέεται με ιατρικά λάθη, όπως λάθη στον χειρισμό των φαρμάκων (Pezzolesi, 2013). Σε άλλη μελέτη σχετικά με την παρουσία στην εργασία του εργαζομένου ενώ δεν αισθάνεται καλά, 76% των φαρμακοποιών δήλωσε ότι όντως παρίστατο στην εργασία του ενώ δεν αισθανόταν καλά (αισθήματα άγχους και κατάθλιψης που συνδέονται με εξουθένωση) με αποτέλεσμα να κάνει πιο πολλά μικρά αλλά και σοβαρά λάθη, όπως το να χορηγεί το λάθος φάρμακο (Niven, 2015). Σε πρόσφατη μελέτη (2022) των Tan et al., τα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης σε φαρμακοποιούς δημόσιων φαρμακείων στη Σιγκαπούρη αγγίζουν το 62%, ποσοστό πολύ μεγαλύτερο από τους εργαζομένους σε φαρμακεία ιδιωτικών κλινικών. Συγχρόνως, η αβεβαιότητα που αφορά σε κάθε τομέα της ζωής πλέον, ειδικά μετά την πανδημία Covid-19 και την παρατεταμένη οικονομική κρίση, δεν βοηθάει στην “αποσυμπίεση” των εργαζομένων και στην εύρεση διεξόδων για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Όσον αφορά σε εργαζόμενους σε φαρμακεία, η έρευνα σχετικά με το σύνδρομο επαγγελματικής εξουθένωσης και τις στρατηγικές που απαιτούνται για την αντιμετώπισή του, ξεκινούν ήδη από την δεκαετία του 1980 (Radde, 1982). Στον ελληνικό χώρο, οι μελέτες σχετικά με τη διαχείριση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον κλάδο αυτό είναι σχετικά λίγες και αναφέρονται κυρίως σε ιατρούς και νοσηλευτές ογκολογικών και ψυχιατρικών νοσοκομείων όπου οι δείκτες εξουθένωσης είναι υψηλοί (Καδδά, 2005). Μελέτες που αφορούν σε εργαζομένους σε φαρμακεία αφορούν κυρίως στα δημόσια φαρμακεία των νοσοκομείων καθώς επίσης και στα ιδιωτικά φαρμακεία. Οι Jovic και Krajnovic (2014) βρήκαν σε μελέτη σε ιδιωτικά φαρμακεία ότι η επαγγελματική εξουθένωση στην περίπτωση των εργαζομένων αυτών οδηγεί σε μείωση του χρόνου ενασχόλησης με τον πελάτη/ασθενή, αγενή συμπεριφορά και συγκρούσεις, με αποτέλεσμα την υποβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ανάγκη ύπαρξης υποστηρικτικού δικτύου τόσο στον εργασιακό όσο και στον προσωπικό τομέα, η καλύτερη οργάνωση του πλαισίου εργασίας με σαφώς καθορισμένους ρόλους και αρμοδιότητες, η παρουσία προϊσταμένου για την επίλυση των προβλημάτων και την επιβράβευση, η δημιουργία συνεκτικών δεσμών μεταξύ των

εργαζομένων, η συνεργασία και η διάχυση της πληροφορίας και γενικά, η ύπαρξη υποστηρικτικού μοντέλου διαχείρισης του ανθρώπινου δυναμικού φαίνεται ότι είναι παράγοντες που επιδρούν στην αντιμετώπιση του φαινομένου και προτείνονται από τους ερευνητές.

Κεφάλαιο 3^ο: Μεθοδολογία της Έρευνας

3.1 Σκοπός της έρευνας και ερευνητικοί στόχοι

Σε αυτό το κεφάλαιο γίνεται η παρουσίαση της μεθοδολογίας που ακολουθήθηκε και η περιγραφή των μεταβλητών για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων σύμφωνα με τους προκαθορισμένους ερευνητικούς στόχους. Σκοπός της παρούσης έρευνας όπως έχει ήδη γίνει αναφερθεί είναι η διερεύνηση του εργασιακού άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης στο προσωπικό των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ.. Πιο συγκεκριμένα, διερευνώνται τα επίπεδα επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζομένους στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πανελλαδικά, καθώς ο συγκεκριμένος κλάδος εργαζομένων δέχεται συνεχή πίεση λόγω της φύσης της εργασίας και των απαιτήσεων των ασθενών.

Οι ερευνητικοί στόχοι της συγκεκριμένης μελέτης ορίστηκαν ως ακολούθως:

Υπάρχει επαγγελματική εξουθένωση στον συγκεκριμένο κλάδο εργαζομένων και αν ναι, σε ποιον βαθμό;

Υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα σε δημογραφικά στοιχεία όπως το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, τα έτη εργασίας, και την εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης;

3.2 Εργαλεία της έρευνας

Προκειμένου να διευκολυνθεί η έρευνα και να εξαχθούν αξιόπιστα αποτελέσματα, έγινε διανομή ερωτηματολογίων διαδικτυακά και συλλογή των δεδομένων με τη χρήση του Ερωτηματολογίου Εργασιακής Εξουθένωσης της Κοπεγχάγης (Copenhagen's Burn-out Inventory, CBI), ένα ανώνυμο κλειστού τύπου σταθμισμένο ερωτηματολόγιο. Η ελληνική εκδοχή του ερωτηματολογίου έχει ήδη χρησιμοποιηθεί σε διάφορες μελέτες κατόπιν χορήγησης του σε ομάδα ιατρών και ζητήθηκε η σχετική άδεια χρήσης (Sarafis και Malliarou, 2019). Η χρήση του ερωτηματολογίου παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα στη διεξαγωγή της έρευνας, όπως ακρίβεια στην πληροφόρηση, ποσοτικοποίηση ποιοτικών δεδομένων και παροχή στοιχείων που ενισχύουν την αξία της έρευνας. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε τρεις ενότητες και περιλαμβάνει 19 ερωτήσεις, κλίμακας τύπου Likert πέντε βαθμών κλειστού τύπου (structured) που ανταποκρίνονται στον σκοπό της έρευνας.

Η πρώτη ενότητα περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις που μετρούν τα επίπεδα προσωπικής φυσικής και ψυχολογικής εξουθένωσης (personal), η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις που μετρούν την εργασιακή εξουθένωση (work related) και η τρίτη ενότητα περιλαμβάνει έξι ερωτήσεις που μετρούν την εξουθένωση που προέρχεται από τη συναναστροφή με ασθενείς (client related). Στο ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε, το στοιχείο («Πόσο συχνά αισθάνεστε εξουθενωμένος/η συναισθηματικά») δεν θεωρήθηκε σημαντικό ή /και θεωρήθηκε ότι συμπίπτει στην ερμηνεία του με άλλο στοιχείο από την κατηγορία ερωτήσεων προσωπικής εξουθένωσης, οπότε και παραλείφθηκε από την αρχή. Η ανάδειξη των αποτελεσμάτων γίνεται με την κατηγοριοποίηση των ερωτήσεων στις τρεις διαστάσεις. Οι απαντήσεις στις ερωτήσεις είναι «πάντα, συχνά, μερικές φορές, σπάνια και ποτέ» και κάθε μια αξιολογείται ξεχωριστά ως συνεχής μεταβλητή.

Εκτός από τις ερωτήσεις των τριών κατηγοριών του ερωτηματολογίου, το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε περιλάμβανε οκτώ ερωτήσεις που καλύπτουν δημογραφικά στοιχεία της έρευνας. Για τον υπολογισμό των συνολικών βαθμολογιών στις κλίμακες (διαστάσεις) της εξουθένωσης, αθροίστηκαν όλες οι απαντήσεις των συμμετεχόντων στις ερωτήσεις της προσωπικής, της επαγγελματικής και της εξουθένωσης που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς. Τα τελικά σκορ έχουν τιμές από το 0 έως το 100 (το 100 είναι για την πλήρη συμφωνία, δηλ. το «πάντα» και 0 για την πλήρη διαφωνία, δηλαδή το «ποτέ»). Στη συγκεκριμένη έρευνα, μια βαθμολογία μεγαλύτερη του 50, θεωρήθηκε ενδεικτική για το σύνδρομο εργασιακής εξουθένωσης (burn-out). Τα δεδομένα που συλλέχθηκαν είναι πρωτογενή, καθώς τα δευτερογενή δεδομένα (ήδη υπάρχοντα δεδομένα που είναι ευρέως διαθέσιμα από διάφορες πηγές) δεν επαρκούν στην περίπτωση αυτή για την κατανόηση του φαινομένου προς έρευνα (Craig και Douglas, 2005).

3.3 Ηθική και δεοντολογία της έρευνας

Για τις ανάγκες της έρευνας διανεμήθηκαν τα ερωτηματολόγια διαδικτυακά μέσω της πλατφόρμας “Google forms” (Google Inc., California, USA) με υπερσύνδεση (link) στα emails των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πανελλαδικά, διαδικασία που δεν επηρεάζει και δεν συλλέγει προσωπικά δεδομένα. Τα υποκείμενα της έρευνας ήταν το σύνολο του προσωπικού των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ και συμπλήρωσαν ανώνυμα και εθελοντικά τα ερωτηματολόγια. Με σκοπό να μην προκύψουν ελλείποντα ερωτηματολόγια, όλα τα πεδία/ερωτήσεις, υπογραμμίστηκαν ως απαιτούμενα και το

ερωτηματολόγιο δεν μπορούσε να καταχωρηθεί εάν δεν ήταν πλήρως συμπληρωμένο. Υπήρχε μηνιαία υπενθύμιση για συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μέσω emails και τηλεφώνων για να μεγιστοποιηθεί ο αριθμός απαντήσεων. Η αποστολή των ερωτηματολογίων έγινε μετά από έγκριση της Διοικήτριας του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., επιστράφηκαν ολοκληρωμένα τα 67 (αριθμός δείγματος N=67), ενώ δεν υπήρχαν ελλιπή ερωτηματολόγια. Κανένα email συμμετέχοντος δεν χρησιμοποιήθηκε για άλλους λόγους, όπως διαφήμισης ή χρήσης προσωπικών δεδομένων.

3.4 Στατιστική ανάλυση

Όλες οι μεταβλητές αξιολογήθηκαν στην βάση της περιγραφικής στατιστικής και εξηγήθηκαν στη βάση της μέσης τιμής (Μ.Τ.) και της τυπικής απόκλισης (Τ.Α.), ενώ η συχνότητα της εργασιακής εξουθένωσης μετρήθηκε ως ποσοστό. Ο έλεγχος της κανονικότητας της κατανομής των δεδομένων έγινε με το κριτήριο Shapiro-Wilk για την κατάλληλη στατιστικά ανάλυση των δεδομένων της έρευνας. Η σύγκριση συνεχών μεταβλητών έγινε με παραμετρικά κριτήρια, είτε δηλαδή με ανεξάρτητα t-tests (για σύγκριση δύο κατηγοριών συνεχών μεταβλητών), ενώ αναλύσεις της διακύμανσης (ANOVA) χρησιμοποιώντας και το κριτήριο Bonferroni, έγιναν με στόχο τον έλεγχο των διαφορών ανάμεσα σε διαφορετικές ομάδες. Επειδή ο σκοπός της έρευνας είναι να εξάγει έγκυρα αποτελέσματα, χρειάζεται να ελεγχθεί η καταλληλότητα του ερευνητικού εργαλείου που χρησιμοποιήσαμε, δηλαδή να ελεγχθούν τα αποτελέσματα της έρευνας ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά τους. Η εγκυρότητα αναφέρεται στο κατά πόσο μετράται αυτό που υποστηρίζει η έρευνα ότι κάνει και η αξιοπιστία αναφέρεται στη συνέπεια των αποτελεσμάτων μέσω της επαναληψιμότητας και αναπαραγωγιμότητας των μετρήσεων που οδηγούν στο ίδιο αποτέλεσμα (Carnines & Zeller, 1979). Οι απαντήσεις που συλλέχθηκαν, κωδικοποιήθηκαν και αναλύθηκαν στατιστικά με το πακέτο IBM SPSS (Statistical Program for Social Sciences), έκδοση 25.0.

Για να εξετασθεί η αξιοπιστία των δεδομένων που προέκυψαν από τις απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο, χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής εσωτερικής συνέπειας Cronbach's alpha - α (Cronbach, 1951). Ο συντελεστής αυτός μεγαλώνει όσο αυξάνει η μέση συσχέτιση μεταξύ των τιμών των δεδομένων, και έχει τιμές από 0 έως 1, ενώ επηρεάζεται και από τον αριθμό των ερωτήσεων (Tavakol και Dennick, 2011). Προκειμένου το δείγμα να θεωρηθεί αξιόπιστο, γίνονται δεκτές τιμές του Cronbach's μεγαλύτερες του 0,70. Για το σύνολο του ερωτηματολογίου που διανεμήθηκε στα

φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (18 στοιχεία/ερωτήσεις), ο συντελεστής Cronbach's alpha ήταν ιδιαίτερα υψηλός ($\alpha = 0,930$), αποδίδοντας στο ερωτηματολόγιο υψηλή αξιοπιστία. Η διάσταση της προσωπικής εξουθένωσης ($\alpha = 0,899$) και η εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς ($\alpha = 0,897$) παρουσίασαν υψηλές τιμές του συντελεστή α , υποδεικνύοντας την υψηλή συσχέτιση των ερωτήσεων που περιλαμβάνουν. Η εργασιακή εξουθένωση παρουσίασε χαμηλότερη συνάφεια, η οποία ήταν σε αποδεκτό επίπεδο ($\alpha = 0,799$). Για την εργασιακή εξουθένωση, μετά την αφαίρεση της ερώτησης "έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε σε φίλους και οικογένεια", ο συντελεστής συνάφειας αυξήθηκε ($\alpha = 0,920$), δηλώνοντας ότι η συγκεκριμένη ερώτηση δεν είχε επαρκείς συσχετίσεις με τις ερωτήσεις της υποκλίμακας.

Κεφάλαιο 4^ο: Αποτελέσματα της έρευνας

Το τελικό δείγμα περιλάμβανε 67 εργαζομένους (17 άνδρες και 50 γυναίκες), εκ των οποίων η πλειοψηφία ήταν φαρμακοποιοί (50,7%), το 28,4% ήταν διοικητικοί υπάλληλοι και το 20,9% ήταν βοηθοί φαρμακοποιού. Αναλυτικά, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Το δείγμα στην πλειοψηφία του αποτελείται από εργαζομένους με μόνιμη σύμβαση εργασίας (65,7%) και είχε ποικιλία αναφορικά με τα έτη προϋπηρεσίας, με το μεγαλύτερο ποσοστό (43,2%) να έχει πάνω από 10 έτη προϋπηρεσίας, το 19,4% να έχει 6 έως 10 έτη προϋπηρεσίας και το 37,3% να έχει έως 5 έτη προϋπηρεσίας. Αναφορικά με την ηλικία των συμμετεχόντων, οι περισσότεροι από αυτούς ήταν μεταξύ 46 και 55 ετών (32,8%), το 28,4% ήταν μεταξύ 25 και 35 ετών, το 26,9% ήταν μεταξύ 36 και 45 ετών, ενώ μικρό ποσοστό (11,9%) δήλωσε άνω των 56 ετών. Η πλειοψηφία των εργαζομένων κατέχουν τίτλο πανεπιστημιακής εκπαίδευσης (61,2%), ακολουθούμενοι από την δευτεροβάθμια εκπαίδευση (26,9%) και το 6% είχε ολοκληρώσει τεχνολογική εκπαίδευση. Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το μεγαλύτερο ποσοστό δήλωσε πως είναι παντρεμένοι (47,8%), ή ελεύθεροι (29,9%), και η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (55,2%) δήλωσε πως έχει παιδιά στην οικογένεια τους.

Πίνακας 1. Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος της έρευνας

Χαρακτηριστικό	N (%)
Φύλο	
Άντρας	17 (25,4%)
Γυναίκα	50 (74,6%)
Τύπος εκπαίδευσης	
ΠΕ(πανεπιστημιακής)	41 (61,2%)
	41 (61,2%)
ΤΕ (τεχνολογικής)	4 (6%)

ΔΕ(δευτεροβάθμιας)	18 (26,8%)
ΥΕ(υποχρεωτικής)	4 (6%)
Θέση εργασίας	
Φαρμακοποιός	34 (50,7%)
Βοηθός φαρμακοποιού	14 (20,9%)
Διοικητικός υπάλληλος	19 (28,4%)
Ηλικία	
25-35	19 (28,4%)
36-45	18 (26,9%)
46-55	22 (32,8%)
>56	8 (11,9%)
Οικογενειακή κατάσταση	
Ελεύθερος	20 (29,9%)
Σε σχέση	7 (10,4%)
Παντρεμένος	32 (47,8%)
Διαζευγμένος	5 (7,5%)
Χήρος	3 (4,5%)
Παιδιά	
Ναι	37 (55,2%)
Όχι	30 (44,8%)
Έτη εργασίας στη θέση	
0-5	25 (37,3%)

6-10	13 (19,4%)
11-15	21 (31,3%)
>15	8 (11,9%)
Σχέση εργασίας	
Μόνιμος	44 (65,7%)
Ορισμένου χρόνου	23 (34,3%)

Το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε 18 ερωτήσεις του Copenhagen's Burnout Inventory (CBI) και οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου που αναλύθηκαν με περιγραφικά στατιστικά μέτρα παρουσιάζονται στον Πίνακα 2. Οι ερωτήσεις ερευνητικού ενδιαφέροντος είναι σχεδιασμένες κατά την κλασική κλίμακα Likert με πενταβάθμια διαβάθμιση (από «ποτέ» έως «πάντα»). Οι υψηλότερες τιμές δείχνουν πλήρη συμφωνία (5 = πάντα) και οι χαμηλότερες διαφωνία (1 = ποτέ).

Όπως προκύπτει από την ανάλυση των στοιχείων της έρευνας, από τον Πίνακα 2, οι μέσες τιμές των απαντήσεων στις ερωτήσεις ερευνητικού ενδιαφέροντος κυμαίνονταν από 2,45 έως 3,63 ενώ παρουσίασαν τις υψηλότερες τυπικές αποκλίσεις ως προς τις δύο τελευταίες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου που αφορούν στη συναναστροφή με ασθενείς («έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς» και «αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς»). Όσον αφορά στην προσωπική εξουθένωση, περισσότερες συμφωνίες παρουσιάστηκαν στην αίσθηση της κούρασης και σωματικής εξάντλησης των εργαζομένων (μέσες τιμές 3,63 και 3,34, αντίστοιχα).

Όσον αφορά στην εργασιακή εξουθένωση, οι περισσότερες θετικές απαντήσεις προέκυψαν στην αίσθηση της εξάντλησης εξαιτίας της εργασίας σωματικής και συναισθηματικής ($M.T.$ = 3,30 και 3,18), καθώς και η αίσθηση της εξάντλησης στο τέλος της ημέρας ($M.T.$ = 3,18). Αρνητικές ήταν οι απαντήσεις όσον αφορά την απογοήτευση από την εργασία ή την ύπαρξη κούρασης το πρωί πριν την δουλειά ($M.T.$ = 2,72 και 2,81).

Τέλος, όσον αφορά στην εργασιακή εξουθένωση που προκύπτει από τη συναναστροφή με ασθενείς, υπάρχουν θετικές απαντήσεις όσον αφορά στη δυσκολία της εργασίας με ασθενείς ($M.T. = 3,33$), στην απορρόφηση της ενέργειας λόγω της εργασίας με ασθενείς ($M.T. = 3,06$) και την αίσθηση ότι «δίνω περισσότερα απ' όσα παίρνω στη συναναστροφή με ασθενείς» ($M.T. = 3,04$).

Πίνακας 2. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα – μέσες τιμές ($M.T.$) και τυπικές αποκλίσεις ($T.A.$) των απαντήσεων

	$M.T.$	$T.A.$
Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η;	3,63	0,714
Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;	3,34	0,789
Πόσο συχνά σκέφτεστε «δεν αντέχω άλλο»;	2,99	1,066
Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η – εξουθενωμένος/η;	3,21	0,880
Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε ασθένειες;	2,67	1,021
Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;	3,18	1,014
Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειάς σας;	3,30	0,905
Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σας;	2,72	1,027
Αισθάνεστε εξουθενωμένος από τη δουλειά σας στο τέλος της ημέρας;	3,18	0,920
Κουράζετε το πρωί στην ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;	2,81	1,019
Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στη δουλειά σας είναι κουραστική;	2,64	0,883
Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;	3,13	0,903
Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς;	3,33	1,064
Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;	2,79	1,023

Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά σας;	3,06	1,057
Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;	3,04	1,093
Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;	2,48	1,185
Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς;	2,45	1,145

Στην συνέχεια, οι ερωτήσεις των επιμέρους κλιμάκων αθροίστηκαν και υπολογίστηκαν τα συνολικά σκορ για τις διαστάσεις της εξουθένωσης – για την προσωπική εξουθένωση, την εργασιακή εξουθένωση, και την εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς. Τα περιγραφικά στατιστικά μέτρα των διαστάσεων της εξουθένωσης παρουσιάζονται στον Πίνακα 3. Η προσωπική εξουθένωση παρουσίασε τις υψηλότερες τιμές ($M.T. = 53,66$, $T.A. = 18,39$), ακολουθούμενη από την εργασιακή εξουθένωση ($M.T. = 50,21$, $T.A. = 16,17$) και την εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς ($M.T. = 46,14$, $T.A. = 22,10$).

Πίνακας 3. Περιγραφικά στατιστικά μέτρα για τις διαστάσεις της εξουθένωσης.

	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	Πλήθος ερωτήσεων
Προσωπική εξουθένωση	53,66	18,39	5
Εργασιακή εξουθένωση	50,21	16,17	7
Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς	46,14	22,10	6
Σύνολο	50,00	16,65	18

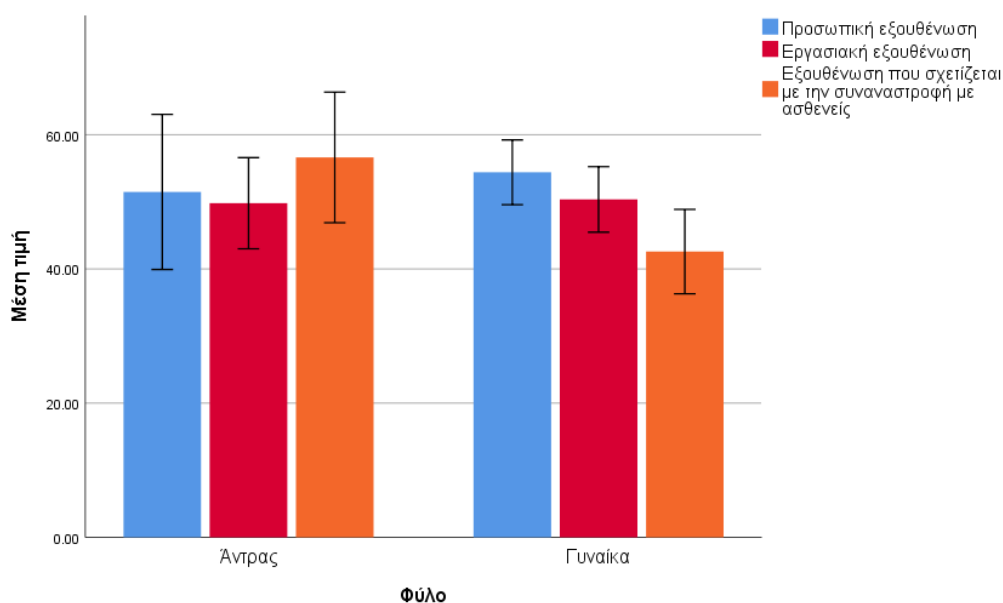
Συγκρίσεις μεταξύ φύλων

Αναφορικά με τη σύγκριση των δύο φύλων, στο δείγμα οι άνδρες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στην εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς σε σύγκριση με τις γυναίκες, ενώ οι γυναίκες παρουσίασαν υψηλότερες τιμές στην προσωπική και εργασιακή εξουθένωση (Πίνακας 4). Το Γράφημα 1 παρουσιάζει τα μέσα επίπεδα εξουθένωσης για κάθε φύλο. Για κάθε κατηγορία της εξουθένωσης πραγματοποιήθηκε έλεγχος t – test για ανεξάρτητα δείγματα, ώστε να ερευνηθεί αν οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δύο φύλων είναι στατιστικά σημαντικές. Ο έλεγχος Levene χρησιμοποιήθηκε για την εξέταση της υπόθεσης της ομοιογένειας των διακυμάνσεων.

Αναφορικά με την προσωπική και την εργασιακή εξουθένωση, οι διαφορές που παρατηρήθηκαν μεταξύ των δυο φύλων δεν ήταν στατιστικά σημαντικές ($p > 0,05$). Η διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών στην εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς ήταν στατιστικά σημαντική $t(65) = 2,34$, $p = 0,023$, $d = 0,656$, με τους άνδρες να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα της συγκεκριμένης διάστασης της εξουθένωσης.

Πίνακας 4. Σύγκριση της εξουθένωσης μεταξύ των επιπέδων του φύλου.

	Προσωπική εξουθένωση		Εργασιακή εξουθένωση		Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς	
	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>
Άντρας	51,47	22,48	49,79	13,21	56,62	18,93
Γυναίκα	54,40	16,98	50,36	17,18	42,58	22,13



Γράφημα 1 Μέσοι όροι και 95% ΔΕ για την εξουθένωση ανά φύλο.

Συγκρίσεις των ηλικιακών ομάδων

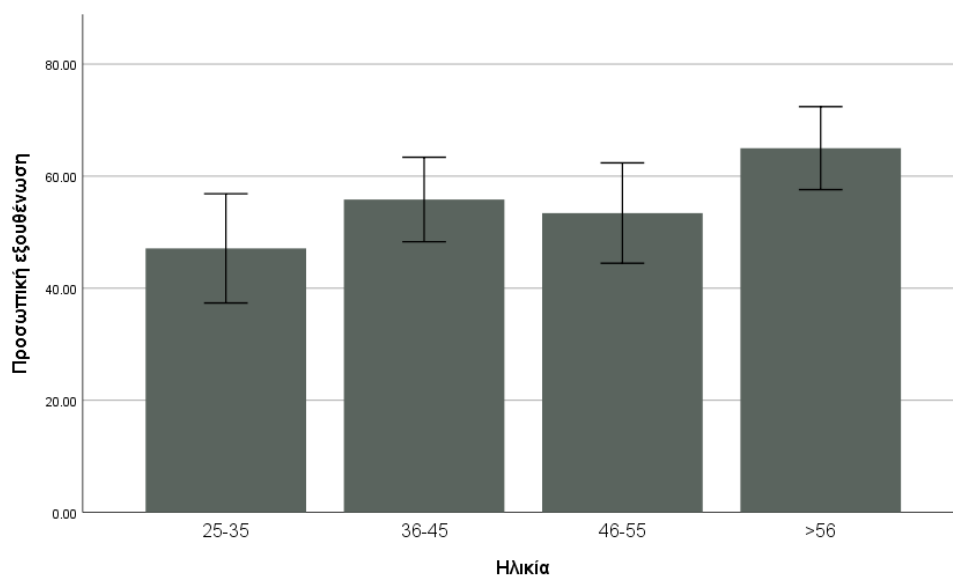
Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις υποκλίμακες της εξουθένωσης ανά ηλικιακή ομάδα παρουσιάζονται στον Πίνακα 5. Σύμφωνα με τον πίνακα, παρατηρήθηκε ότι, ανεξαρτήτως της διάστασης της εξουθένωσης, τα άτομα που ανήκουν στην μικρότερη ηλικιακή ομάδα παρουσίασαν χαμηλότερες τιμές

εξουθένωσης, ενώ αντίθετα τα άτομα άνω των 56 ετών τις υψηλότερες τιμές εξουθένωσης.

Στο Γράφημα 2 παρουσιάζονται οι μέσοι όροι και το 95% διάστημα εμπιστοσύνης για την προσωπική εξουθένωση ανά ηλικιακή ομάδα. Η διαφορά της προσωπικής εξουθένωσης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ήταν στατιστικά σημαντική $F(3, 32) = 3,79, p = 0,02$, και ο post hoc έλεγχος σύγκρισης των ομάδων ανά δυο, έδειξε πως η διαφορά μεταξύ της ηλικιακής ομάδας 25 έως 35 και άνω των 56 ετών, ήταν στατιστικά σημαντική ($p = 0,018, d = 0,995$). Οι διαφορές των ηλικιακών ομάδων αναφορικά με την εργασιακή εξουθένωση ($p = 0,558$) και την εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς ($p = 0,054$) δεν παρουσίασαν στατιστική σημαντικότητα.

Πίνακας 5. Σύγκριση της εξουθένωσης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων

Ηλικιακή ομάδα	Προσωπική εξουθένωση		Εργασιακή εξουθένωση		Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς	
	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>
25 έως 35 ετών	47,11	20,23	46,62	19,65	37,94	19,64
36 έως 45 ετών	55,83	15,17	51,19	16,75	46,30	22,41
46 έως 55 ετών	53,41	20,20	50,49	13,78	47,54	23,13
Άνω των 56 ετών	65,00	8,86	55,80	12,21	61,46	18,20



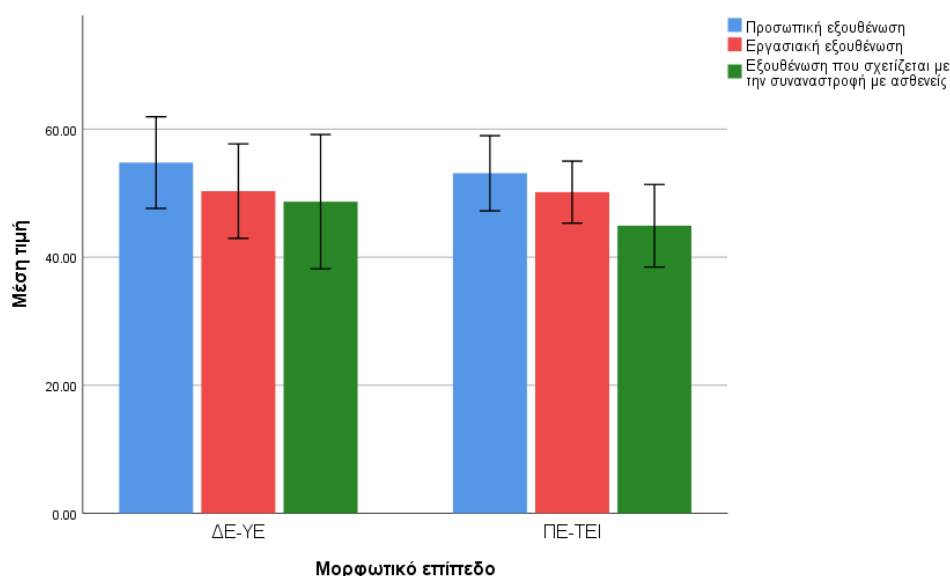
Γράφημα 2 Μέσοι όροι και 95% ΔΕ για την εξουθένωση ανά ηλικιακή ομάδα.

Συγκρίσεις των μορφωτικών επιπέδων

Οι μέσοι όροι και οι τυπικές αποκλίσεις για τις κλίμακες της εξουθένωσης ανά μορφωτικό επίπεδο παρουσιάζονται στον Πίνακα 6. Όλες οι διαστάσεις της εξουθένωσης ήταν υψηλότερες για τα άτομα που είχαν ολοκληρώσει την υποχρεωτική εκπαίδευση, ενώ για τα υπόλοιπα μορφωτικά επίπεδα δεν παρουσιάστηκε μια συγκεκριμένη κατεύθυνση ή τάση. Για τη σύγκριση της εξουθένωσης μεταξύ δύο μορφωτικών επιπέδων εφαρμόστηκε ο έλεγχος t – test για ανεξάρτητα δείγματα, εφόσον αρχικά πραγματοποιήθηκε συγχώνευση της Υποχρεωτικής (ΥΕ) με τη Δευτεροβάθμιας (ΔΕ) εκπαίδευσης, και της Τεχνολογικής (ΤΕ) με την Πανεπιστημιακή (ΠΕ) εκπαίδευση. Τα αποτελέσματα του ελέγχου έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά της προσωπικής εξουθένωσης ($t = 0,345, p = 0,731, d = 0,09$), της εργασιακής εξουθένωσης ($t = 0,039, p = 0,969, d = 0,01$) και της εξουθένωσης αναφορικά με τη συναναστροφή με ασθενείς ($t = 0,652, p = 0,516, d = 0,170$), μεταξύ των δυο μορφωτικών επιπέδων (Γράφημα 3).

Πίνακας 6. Σύγκριση των διαστάσεων της εξουθένωσης μεταξύ των μορφωτικών επιπέδων.

Εκπαίδευση	Προσωπική εξουθένωση		Εργασιακή εξουθένωση		Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς	
	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>
Υποχρεωτική	61,25	15,48	57,14	11,29	62,50	11,28
Δευτεροβάθμια	53,33	16,36	48,81	17,50	45,60	24,77
Τεχνολογική	46,25	4,79	41,96	14,40	51,04	25,99
Πανεπιστημιακή	53,78	20,33	50,96	16,23	44,31	21,26



Γράφημα 3. Μέσοι όροι και 95% ΔΕ για την εξουθένωση ανά μορφωτικό επίπεδο.

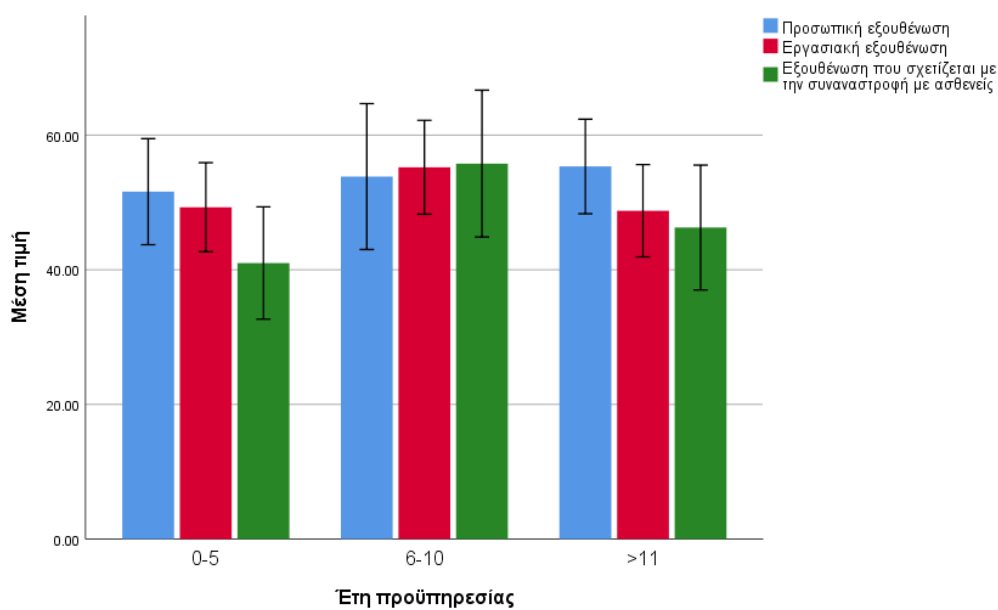
3.5.6 Προϋπηρεσία

Στον Πίνακα 7 παρουσιάζονται τα επίπεδα της εξουθένωσης ανάμεσα στα διαφορετικά επίπεδα προϋπηρεσίας. Στο δείγμα, οι εργαζόμενοι που είχαν μεταξύ 6 έως και 10 χρόνια προϋπηρεσίας παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης σε όλες τις διαστάσεις. Για να εξεταστεί αν οι διαφορές της εξουθένωσης που παρατηρήθηκαν στο δείγμα μεταξύ των επιπέδων προϋπηρεσίας είναι στατιστικά σημαντικές εφαρμόστηκε

ο έλεγχος ANOVA. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του ελέγχου, οι διαστάσεις της εξουθένωσης δεν διαφοροποιήθηκαν με βάση την προϋπηρεσία, $p > 0,05$ (Γράφημα 4).

Πίνακας 7. Σύγκριση των διαστάσεων της εξουθένωσης μεταξύ των ετών προϋπηρεσίας.

Έτη προϋπηρεσίας	Προσωπική εξουθένωση		Εργασιακή εξουθένωση		Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς	
	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>	<i>M.T.</i>	<i>T.A.</i>
0 έως 5	51,60	19,08	49,29	16,04	41,00	20,22
6 έως 10	53,85	17,93	55,22	11,54	55,77	18,05
Πάνω από 11	55,34	18,46	48,77	18,02	46,26	24,38



Γράφημα 4 Μέσοι όροι και 95% ΔΕ για την εξουθένωση ανά επίπεδο προϋπηρεσίας.

Κεφάλαιο 5^ο: Συζήτηση

Η εμφάνιση εργασιακού άγχους και συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης είναι συχνή στα ανθρωπιστικά επαγγέλματα, και οι εργαζόμενοι στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. δεν αποτελούν εξαίρεση στον κανόνα αυτό όπως προκύπτει από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Οι επαγγελματίες υγείας στον τομέα αυτό αποτελούν τον τελικό αποδέκτη της ανησυχίας των ασθενών σχετικά με την έκβαση της θεραπείας τους, ενώ συγχρόνως καλούνται να αντιμετωπίσουν τις προκλήσεις της θέσης τους σε έναν Δημόσιο οργανισμό. Στην παρούσα μελέτη έγινε προσπάθεια να εκτιμηθεί η εμφάνιση επαγγελματικής εξουθένωσης και οι παράγοντες που σχετίζονται με αυτή σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης για τους εργαζομένους σε δημόσιο φαρμακείο, πλην νοσοκομείου όπου η αλληλεπίδραση με άλλους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτικό προσωπικό) επηρεάζει διαφορετικά την εμφάνιση του συνδρόμου. Το δείγμα της μελέτης περιλαμβάνει 67 εργαζομένους στον ευαίσθητο αυτόν τομέα της υγείας πανελλαδικά οι οποίοι εργάζονται με σχέσεις εργασίας μόνιμων και επικουρικών. Οι περισσότερες απαντήσεις αφορούν σε γυναίκες, φαρμακοποιούς (50,7%) με σχέση μόνιμης εργασίας (65,7%), με πάνω από 10 έτη προϋπηρεσίας (43,2%), ηλικίας 46-55 ετών (32,8%), παντρεμένες, με παιδιά (ποσοστά 47, 8% και 55, 2 % αντίστοιχα).

Στη συγκεκριμένη μελέτη, χρησιμοποιήθηκε ως ερευνητικό εργαλείο το ερωτηματολόγιο της Κοπεγχάγης (CBI), το οποίο διερευνά και μετράει τις τρεις διαστάσεις της εξουθένωσης, δηλαδή την προσωπική, την επαγγελματική και την εξουθένωση που προκύπτει από την συναναστροφή με ασθενείς. Πρόκειται για ένα μοντέλο που μετράει την εξουθένωση διαχωρίζοντας τις τρεις διαστάσεις χωρίς όμως να μπορεί να απαντήσει εάν η εξουθένωση στις δύο από τις τρεις, καθιστά το άτομο εξουθενωμένο επαγγελματικά. Από την ανάλυση αξιοπιστίας του εργαλείου μέτρησης χρησιμοποιώντας το συντελεστή αξιοπιστίας Cronbach's α , για τις κλίμακες του ερωτηματολογίου CBI προέκυψε υψηλή τιμή αξιοπιστίας.

Όσον αφορά στην προσωπική εξουθένωση, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ένιωθαν συχνά την αίσθηση της κούρασης και σωματικής εξάντλησης, ενώ ένιωθαν λιγότερο συχνά την αίσθηση της ευαισθησίας απέναντι σε ασθένειες και έλλειψη προσωπικής αντοχής. Όσον αφορά στην εργασιακή εξουθένωση, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε πως αισθάνεται συχνά σωματική και συναισθηματική εξάντληση εξαιτίας της εργασίας καθώς και αίσθηση εξάντλησης στο τέλος της ημέρας,

ενώ δεν αισθανόντουσαν απογοήτευση από την εργασία ή κούραση το πρωί πριν την δουλειά. Τέλος, όσον αφορά στην εργασιακή εξουθένωση που προκύπτει από τη συναναστροφή με ασθενείς, υπήρχαν συμφωνίες όσον αφορά στην δυσκολία της εργασίας με ασθενείς, ενώ οι συμμετέχοντες συχνά ένιωθαν απορρόφηση της ενέργειας τους λόγω της εργασίας με ασθενείς και την αίσθηση ότι δίνουν περισσότερα απ' όσα παίρνουν στη συναναστροφή με ασθενείς.

Όπως καταδεικνύεται από τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, η πιο συχνή διάσταση εξουθένωσης αντιστοιχεί στην προσωπική εξουθένωση και η μικρότερη στην συναναστροφή με ασθενείς, προσδιορίζοντας την συνολική μέση εξουθένωση των εργαζομένων στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. στο όριο της κλίμακας (50), ερχόμενο σε συμφωνία με τα ευρήματα άλλων μελετών (Khasne et al, 2020, Duarte et al., 2020). Σε όλες τις διαστάσεις της εξουθένωσης στην παρούσα μελέτη, υπήρχαν εργαζόμενοι που δήλωσαν υψηλά ποσοστά εξουθένωσης και το μεγαλύτερο ποσοστό εργαζομένων αυτό-αναφέρεται σε μεσαία επίπεδα συνολικής εξουθένωσης, υποδηλώνοντας την πιθανότητα να εμφανίσουν σύνδρομο «burnout».

Το ποσοστό συνολικής εξουθένωσης, αν και παρουσιάστηκε οριακά ανησυχητικό, βρέθηκε μικρότερο σε σύγκριση με τα αποτελέσματα μελέτης σε νοσοκομειακούς φαρμακοποιούς στις ΗΠΑ (Jones et al., 2017). Ωστόσο, σε προηγούμενη μελέτη της εξουθένωσης που πραγματοποιήθηκε στη Δανία για 15 διαφορετικά επαγγέλματα, οι τιμές των διαστάσεων εξουθένωσης που βρέθηκαν ήταν χαμηλότερες από τις τιμές της παρούσας μελέτης (Kristensen et al, 2005). Οι συγγραφείς της μελέτης τονίζουν ότι οι τιμές της κλίμακας εξουθένωσης δεν είναι σταθερές, αλλά μεταβάλλονται με το πέρασμα του χρόνου, ιδιαίτερα όταν αλλάζουν οι εργασιακές συνθήκες (Kristensen et al, 2005). Έτσι οι αλλαγές που έγινε στα φαρμακεία κατά την περίοδο της δειγματοληψίας μπορεί να ευθύνονται για τις υψηλότερες παρατηρούμενες τιμές της εξουθένωσης.

Όσον αφορά στην κλίμακα της προσωπικής εξουθένωσης, οι γυναίκες βρέθηκε να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης, ενώ στατιστικά σημαντική διαφορά προκύπτει όσον αφορά στις ηλικιακές ομάδες στην κλίμακα αυτή όπου οι εργαζόμενοι ηλικίας άνω των 56 ετών εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης. Συγκεκριμένα και ανεξαρτήτως της διάστασης της εξουθένωσης, τα άτομα που ανήκουν στην μικρότερη ηλικιακή ομάδα εμφάνισαν χαμηλότερες τιμές εξουθένωσης, ενώ εκείνα άνω των 56 ετών, τις υψηλότερες τιμές, με τις διαφορές να είναι μεγαλύτερες των 5

μονάδων κάτι το οποίο διαφοροποιεί αισθητά το αίσθημα εξουθένωσης (Kristensen et al, 2005). Σχετικά με τη σύγκριση των μορφωτικών επιπέδων των εργαζομένων για όλες τις κλίμακες της εξουθένωσης, δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφορά. Όσον αφορά στα έτη προϋπηρεσίας, οι εργαζόμενοι που είχαν 6 έως 10 έτη παρουσίασαν τα υψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης σε όλες τις διαστάσεις. Όσον αφορά στην εργασιακή εξουθένωση, οι γυναίκες εμφάνισαν τις υψηλότερες τιμές με την ηλικία να μην εμφανίζει στατιστικά σημαντική διαφορά, ενώ οι εργαζόμενοι με 6 έως 10 έτη προϋπηρεσίας εμφανίζουν τη μεγαλύτερη εργασιακή εξουθένωση. Το μορφωτικό επίπεδο δεν διαφοροποιεί τα ευρήματα και στον τομέα αυτό.

Τέλος, όσον αφορά τη συναναστροφή με ασθενείς, είναι ενδιαφέρον το γεγονός ότι οι άνδρες εργαζόμενοι εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης στον τομέα αυτό, ενώ δεν καταγράφηκε στατιστικά σημαντική διαφορά στη σύγκριση των ηλικιακών ομάδων ή των μορφωτικών επιπέδων στη διάσταση αυτή, Ο παράγοντας της προϋπηρεσίας, συνεχίζει να αναφέρεται στα έτη 6 έως 10.

Αν και πολλές μελέτες για την επαγγελματική εξουθένωση (Alimoglou & Donmez 2005; Demir, Ulusoy & Ulusoy, 2003; Kilfedder, Power & Wells, 2001; McNeely, 2005) εστιάζουν στο γεγονός ότι το υψηλό μορφωτικό επίπεδο και τα πολλά έτη προϋπηρεσίας βοηθούν σε χαμηλότερη ευαισθησία ως προς την εξουθένωση, η παρούσα μελέτη δεν υποστηρίζει τα ευρήματα αυτά. Αντίθετα, τα ευρήματα συμπίπτουν με μελέτη των Means και Cain (2003) όπου οι εργαζόμενοι μεγαλύτερης ηλικίας φαίνεται να εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά εξουθένωσης, Επιπλέον, οι γυναίκες όπως προκύπτει και από μελέτη του Kokkinos (2006) φαίνεται να εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά επαγγελματικής εξουθένωσης, εύρημα που προκύπτει και από την παρούσα μελέτη, τουλάχιστον για τις δύο διαστάσεις της εξουθένωσης. Αυτό υποστηρίζει και από παλαιότερα ευρήματα όπου *«η εξουθένωση σχετίζεται κυρίως με το γυναικείο φύλο σε συνάρτηση με την ανάγκη που έχει να εκφράζει και να καταθέτει συναισθήματα»* (Παπαθανασίου, 2012).

Κεφάλαιο 6^ο: Συμπεράσματα

6.1 Προτάσεις

Ο κλάδος των ανθρωπιστικών επαγγελμάτων και ειδικά της υγείας ενέχει τον κίνδυνο εμφάνισης συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης λόγω των ειδικών εργασιακών συνθηκών και των απαιτήσεων απόδοσης που προκύπτουν από αυτές. Πιο συγκεκριμένα και όπως εξάγεται από τη συγκεκριμένη μελέτη, οι εργαζόμενοι στα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ., αν και εργαζόμενοι στον δημόσιο Τομέα με τη μονιμότητα και ασφάλεια που παρέχει η θέση τους, βιώνουν μέτριας μορφής επαγγελματική εξουθένωση. Η συνεχής συναναστροφή με ασθενείς, οι συγκρούσεις ρόλων, η ασάφεια του ρόλου εργασίας, η συνεχής επαφή με δύσκολες ασθένειες και άλλες οργανωσιακές αδυναμίες σε συνδυασμό με τα ατομικά χαρακτηριστικά των εργαζομένων λειτουργούν ως στρεσογόνοι παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου. Είναι κατανοητό ότι χρειάζεται να δοθεί μεγάλη σημασία στην έρευνα στο πεδίο αυτό ώστε να αξιολογηθεί περαιτέρω η επαγγελματική εξουθένωση, μελετώντας συγχρόνως και την εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων στον τομέα αυτό. Επιπλέον, τα αποτελέσματα της μελέτης αποδεικνύουν ότι όλες οι διαστάσεις συνεπικουρούν στην εμφάνιση του συνδρόμου και οποιαδήποτε προσπάθεια αντιμετώπισης χρειάζεται να στοχεύει και στις τρεις.

Η εμφάνιση του συνδρόμου επαγγελματικής εξουθένωσης αποτελεί ενδεχομένως και μια ένδειξη δυσλειτουργίας του Οργανισμού, εν προκειμένω του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. Για τον λόγο αυτό είναι αναγκαίο να αντιμετωπιστούν οι οργανωσιακοί εκείνοι παράγοντες που συστηματικά επηρεάζουν την εμφάνιση του συνδρόμου. Προς τον σκοπό αυτό, η Διοίκηση του οργανισμού θα μπορούσε να στηριχθεί στα έξι πεδία του εργασιακού βίου όπως αυτά ορίζονται από τους Leiter και Maslach (2004) για την έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση του φαινομένου. Σύμφωνα με την προσέγγιση αυτή, τα έξι πεδία περιλαμβάνουν: τον φόρτο εργασίας, τον έλεγχο, την ανταμοιβή/αναγνώριση, την επικοινωνία, τη δικαιοσύνη και τις αξίες του Οργανισμού. Πιο συγκεκριμένα, η Διοίκηση σε συνεργασία με το Τμήμα Ανάπτυξης Ανθρώπινου δυναμικού και συνεχιζόμενης έρευνας του Οργανισμού χρειάζεται να λάβουν μέτρα που αφορούν στην εργασιακή ικανοποίηση των εργαζομένων μέσω στοχευμένων

δράσεων και στη ρύθμιση λειτουργικών θεμάτων που ενδέχεται να συντελούν στην εμφάνιση του φαινομένου.

Η επαρκής στελέχωση των φαρμακείων με προσωπικό όλων των βαθμίδων, η άμεση πλήρωση θέσεων που χηρεύουν, η διασύνδεση των φαρμακείων ώστε να υπάρχει διάδραση και συνεργασία σε θέματα λειτουργικά (όπως η διαχείριση αποθέματος, η διαχείριση του κοινού), η εφαρμογή του Οργανογράμματος που πρόσφατα ψηφίστηκε με σκοπό τη ρύθμιση των αρμοδιοτήτων και τη σαφήνεια των ρόλων ανά θέση εργασίας είναι ορισμένες από τις δράσεις που μπορούν να βοηθήσουν άμεσα στον περιορισμό του φαινομένου. Η ανανέωση των συμβάσεων των επικουρικών υπαλλήλων του Οργανισμού και η πιθανή μονιμοποίησή τους επίσης βοηθάει στην ικανοποίηση και εργασιακή δέσμευση των εργαζομένων. Η χορήγηση επιδόματος απόδοσης /παραγωγικότητας που συνήθως δίνεται μόνο στο ιατρικό προσωπικό, καλό θα ήταν να χορηγηθεί και στους εργαζομένους των φαρμακείων του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. ως επιβράβευση και αναγνώριση των υπηρεσιών που παρέχουν. Με τον τρόπο αυτό, είναι δυνατόν να αντιμετωπιστεί η ανεπάρκεια των μισθολογικών αποδοχών στον δημόσιο τομέα, που επιφορτίζει με άγχος, μειωμένη εργασιακή ικανοποίηση και εργασιακή δέσμευση το προσωπικό.

Επίσης, η υλοποίηση εκπαιδευτικών προγραμμάτων για την περαιτέρω ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού, η ανάθεση νέων αρμοδιοτήτων στους υπαλλήλους κατόπιν αξιολόγησης και η συνεχής έμπρακτη υποστήριξη από την μεριά των Προϊσταμένων πρέπει να αποτελεί ένα από τα κύρια ενδιαφέροντα της διοίκησης του Οργανισμού που θα συμβάλλουν στην προώθηση της σταδιοδρομίας των υπαλλήλων των φαρμακείων. Η καθοδήγηση στην εισαγωγή τεχνικών για την υιοθέτηση του “job crafting” θα μπορούσε επίσης να συμβάλλει στην κατεύθυνση αυτή, κυρίως όσον αφορά σε αλλαγές που έχουν σχέση με το αντικείμενο της εργασίας (task crafting) ή με το νόημα που δίνουν στη δουλειά τους οι εργαζόμενοι (cognitive crafting). Επιπλέον, η ακριβής περιγραφή του ρόλου και του οράματος του Οργανισμού θα βοηθήσει στην ομαλότερη δέσμευση των εργαζομένων, καθώς οι πιο πολλοί προέρχονται από διαφορετικά ασφαλιστικά ταμεία με διαφορετική κουλτούρα εργασίας για την οποία δεν έγινε προσπάθεια «bonding» (δεσίματος) λόγω των πολλών ρόλων που κλήθηκε να παίζει ο Ε.Ο.Π.Υ.Υ. σε ορισμένο χρονοδιάγραμμα.

Τέλος, η ενημέρωση σχετικά με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης και η δημιουργία ομάδων για την αντιμετώπιση του φαινομένου χρειάζεται να

αποτελούν προτεραιότητες που θα υπάγονται σε έναν γενικό σχεδιασμό ενδυνάμωσης και ανάπτυξης της δέσμευσης του προσωπικού απέναντι στον Οργανισμό, χωρίς όμως να υπερεκτιμάται η επίδραση των εργασιακών παραγόντων στην εμφάνιση του φαινομένου ή να υπονομεύεται η συνεργασία και η ομαδικότητα. Είναι αναγκαίο η Διοίκηση του Οργανισμού να υιοθετήσει τη σωστή προσέγγιση απέναντι στο συγκεκριμένο φαινόμενο, έτσι ώστε να μην υπάρχει καμιά υπόνοια διαχωρισμού ή στιγματισμού εφόσον ο εργαζόμενος ζητήσει βοήθεια σχετική με την επαγγελματική εξουθένωση.

Όσον αφορά σε ατομικό επίπεδο, οι συστάσεις που προτείνονται και από άλλους ερευνητές περιλαμβάνουν την αλλαγή του πλαισίου εργασίας (μεγαλύτερα διαλείμματα, επιλογή λιγότερων ημερών στην ολόημερη λειτουργία), την ανάπτυξη συνεργατικών δεξιοτήτων (τρόποι διαχείρισης των συγκρούσεων, διαχείριση χρόνου) και τεχνικές χαλάρωσης. Είναι αναγκαίο να τονιστεί ότι λύσεις που προτείνονται από τους εργαζόμενους και έχουν σχέση με άδειες, είτε αναρρωτικές ή διακοπών, πρέπει να συζητούνται με τη Διοίκηση, γεγονός που προϋποθέτει ανοιχτό διάλογο επικοινωνίας, γνώση του φαινομένου και καθοδήγηση σωστή προς λύσεις που δεν θα επηρεάζουν την παραγωγικότητα/απόδοση. Σημειώνουμε ότι όπως τονίζει ο Dyrbye και λοιποί (2019), κατόπιν έρευνας σχετικά με τις παρεμβάσεις για τη μείωση του συνδρόμου σε νοσηλευτές των ΗΠΑ, είναι αναγκαία η σύμπραξη εργαζομένου και Οργανισμού για την αντιμετώπιση του φαινομένου.

Θεωρούμε τέλος ότι τα προγράμματα σπουδών των Σχολών (Φαρμακευτικών, Διοίκησης Επιχειρήσεων, ΕΠΑΣ, ΙΕΚ) χρειάζεται να διαμορφωθούν έτσι ώστε να αναφέρονται και να εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγείας στην αναγνώριση και αντιμετώπιση του φαινομένου πριν εισέλθουν στον επαγγελματικό στίβο. Η κουλτούρα της αλλαγής και της αναγνώρισης της επαγγελματικής εξουθένωσης πρέπει να ξεκινήσει νωρίς. Σε μελέτη του Van Dam (2012), τονίζεται ότι η πρόωπη παρέμβαση είναι πολύ σημαντική, καθώς η ανάρρωση από την επαγγελματική εξουθένωση διαρκεί πάνω από χρόνο. Μάλιστα διακρίνει τρεις φάσεις αποθεραπείας: α) τη φάση της κρίσης, β) την ανάρρωση και γ) την πρόληψη και γνώση από το παρελθόν. Τέλος, η παραδοχή ότι το κόστος που προκύπτει σε οικονομικό και ανθρώπινο επίπεδο από την ύπαρξη εργασιακού άγχους και επαγγελματικής εξουθένωσης στους εργαζόμενους στην υγεία είναι υψηλό, κάνει σαφές ότι η πρόληψη του συνδρόμου και η προαγωγή της ευζωίας των εργαζομένων χρειάζεται να είναι ψηλά στην ατζέντα των αρμοδίων.

6.2 Περιορισμοί της έρευνας

Η παρούσα μελέτη διενεργήθηκε ηλεκτρονικά μέσω «Google forms» σε όλα τα φαρμακεία του Ε.Ο.Π.Υ.Υ. πανελλαδικά, μετά από μερική χαλάρωση των μέτρων για την πανδημία του Covid-19 και ενώ οι εργαζόμενοι στα φαρμακεία ήταν ήδη επιβαρυνμένοι, και με το πλάνο των καλοκαιρινών αδειών στο προσκήνιο. Επίσης, το δείγμα της μελέτης ήταν μικρό, και αυτό οφείλεται τόσο στον συνεχή φόρτο εργασίας, όσο και στην ελλιπή πρόσβαση στην ηλεκτρονική αλληλογραφία από το σύνολο των εργαζομένων (συνήθως μόνο οι φαρμακοποιοί –διαχειριστές ή και υπεύθυνοι έχουν άμεση και καθολική πρόσβαση ανά τακτά διαστήματα). Επιπλέον, η συμμετοχή κυρίως γυναικών στη μελέτη, αποδεικνύει την αδυναμία εξαγωγής ασφαλών συμπερασμάτων σχετικά με το φύλο, καθώς η αναλογία ανδρών/γυναικών εργαζομένων στα φαρμακεία είναι χαμηλή.

Καθώς η έρευνα ήταν εθελοντική με ερωτηματολόγια αυτό-αναφοράς, υπάρχει ο κίνδυνος μεροληπτικής επιλογής. Πιο συγκεκριμένα, οι εργαζόμενοι που νιώθουν εξουθενωμένοι μπορεί να συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο καθώς αντιλήφθηκαν κάποια ταύτιση με τις συμπεριλαμβανόμενες ερωτήσεις. Παρόμοια, κάποιοι με συμπτώματα εξουθένωσης ενδέχεται να μην το συμπλήρωσαν αφού δεν υπήρχε κάποιο κίνητρο ή ακόμη επειδή οι ίδιοι νιώθουν άβολα με την κατάσταση που βιώνουν. Τέλος, κατά την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, δεν προέκυψε μελέτη σχετική με το θέμα που πραγματευόμαστε στον Ελλαδικό χώρο. Το γεγονός αυτό δεν βοηθάει στην άμεση σύγκριση των αποτελεσμάτων και ως απόρροια αυτού, η σύγκριση των αποτελεσμάτων έγινε με μελέτες που αναφέρονται σε παρόμοιο δείγμα (εργαζόμενοι σε δημόσια φαρμακεία νοσοκομείων) αλλά σε διαφορετικό πληθυσμό. Για τους λόγους αυτούς, είναι αναγκαίο μελλοντικές μελέτες στον τομέα αυτό να περιλαμβάνουν καλύτερη δειγματοληψία, ώστε να εξασφαλίσουν μεγαλύτερη συμμετοχή των εργαζομένων. Σημαντικό επίσης τομέα μελλοντικής έρευνας θα μπορούσε να αποτελεί η εργασιακή ικανοποίηση και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαιτίας του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Με τον τρόπο αυτό, με την ανάδειξη δηλαδή του φαινομένου, οι αρμόδιοι φορείς μπορούν να γνωρίζουν τα προβλήματα στον οργανισμό τους και να προσπαθούν να βρουν τρόπους αντιμετώπισής τους. Παρά τους περιορισμούς της μελέτης που αναφέρθηκαν, η παρούσα μελέτη θεωρούμε ότι έχει πολλά να προσφέρει στη διερεύνηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στον συγκεκριμένο κλάδο, καθώς πρόκειται για την πρώτη προσπάθεια καταγραφής του

φαινομένου στον κλάδο αυτό. Οι τρόποι αντιμετώπισης του φαινομένου που προτάθηκαν στη μελέτη αυτή πρέπει να διευρυνθούν, να οριστούν οι παράγοντες που βοηθούν στην πρόιμη αναγνώριση του φαινομένου και να αποφασισθούν οι παρεμβάσεις τόσο σε ατομικό όσο και σε οργανωσιακό επίπεδο.

Βιβλιογραφία

7.1 Ελληνική Βιβλιογραφία

Αλεξιάς, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Πιλάτης, Ι. (2010) Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού δημόσιου νοσοκομείου των Αθηνών. *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*, 131 (Α'):109–136

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

Δημητρόπουλος, Χ., & Φιλίππου, Ν. (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. (2008). Η επαγγελματική εξουθένωση στο χώρο της υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25 (5), 642-647, 2008-Ειδικό άρθρο

E.A.S.H.W. - Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2002). Άγχος που οφείλεται στην εργασία. Ανακτήθηκε στις 3 Νοεμβρίου, 2017, από: <https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/factsheets/22/view>

E.A.S.H.W. - Ευρωπαϊκός Οργανισμός για την Ασφάλεια και την Υγεία στην Εργασία (2014). Υπολογίζοντας το κόστος του άγχους και των ψυχοκοινωνικών κινδύνων που συνδέονται με την εργασία. Ανακτήθηκε στις 3 Νοεμβρίου, 2017, από: https://osha.europa.eu/en/toolsandpublications/publications/literature_reviews/calculating-the-cost-of-work-related-stressand-psychosocial-risks/view

Επίσημη Ιστοσελίδα Ε.Ο.Π.Υ.Υ. (<https://www.eopyy.gov.gr>)

Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 4898/Β/01-11-2018). Απόφαση Δ.Σ. ΕΟΠΥΥ υπ' αριθμ. ΔΒ4Δ/οικ. 8491. Κανονιστικό πλαίσιο λειτουργίας φαρμακείων ΕΟΠΥΥ.
Εφημερίδα της Κυβέρνησης (ΦΕΚ 1080/Β/02-04- 2019)

Κάντας, Α. (1996) Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης στους εκπαιδευτικούς και σε εργαζομένους σε επαγγέλματα υγείας και πρόνοιας. *Ψυχολογία*, 3 (2), 71-85

Καραδήμας, Ε.Χ. (2005). *Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και Κλινική Πράξη*. Αθήνα: Τυπωθήτω

Κοινή Υπουργική Απόφαση υπ' αριθμ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 80157. Τροποποίηση και αντικατάσταση της με αριθμ. πρωτ. ΕΑΛΕ/Γ.Π. 46846/19-06-2018 (Β' 2315) κοινής υπουργικής απόφασης, με περιεχόμενο «Ενιαίος Κανονισμός Παροχών Υγείας (ΕΚΠΥ) του Εθνικού Οργανισμού Παροχών Υπηρεσιών Υγείας (ΕΟΠΥΥ)»

Κουλιεράκης, Γ., Μεταλληνού, Ο., & Πάντζου, Π., (2000). Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας, Τόμος Β, Συμπεριφορές Υγείας. Πρότυπα και Μεταβολές, Πάτρα: Εκδόσεις ΕΑΠ

Μάνος, Ν. (1997). Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής. University Studio Press

Παπαθανασίου, Ι. (2012). *Αξιολόγηση της επαγγελματικής εξουθένωσης στους επαγγελματίες υγείας και ψυχικής υγείας*. Διδακτορική Διατριβή. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων. Σχολή Ιατρικής. Τμήμα Ιατρικής. Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής και Ψυχικής Υγείας. Κλινική Ψυχιατρική Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ιωαννίνων. Εργαστήριο Ιατρικής Ψυχολογίας

Παπαδοπούλου Κ, Χριστογιώργος Σ, Ζαχαριάς Β, Τσιάντης Ι. Ανάγκες υποστήριξης και επαγγελματική εξουθένωση του προσωπικού. Η εμπειρία των εργαζομένων στο Κοινοτικό Σπίτι «Η Θέτις». Τετράδια Ψυχιατρικής 1997, 57:84–89

Di Matteo, M.R. & Martin, L.R(2011). Εισαγωγή στην ψυχολογία της υγείας, εκδ.Πεδίο, Αθήνα

7.2 Ξένη Βιβλιογραφία

Aholaa, K., Hakanena, J., Perhoniemia, R., Mutanenb, P., *Relationship between burnout and depressive symptoms: A study using the person-centred approach* , Burnout Research (1), 2014, 29-37

Alexopoulos, E. C., Burdorf, A., & Kalokerinou, A. (2006). A comparative analysis on musculoskeletal disorders between Greek and Dutch nursing personnel. *International archives of occupational and environmental health*, 79(1), 82-88

Allesøe, K., Hundrup, Y. A., Thomsen, J. F., & Osler, M. (2010). Psychosocial work environment and risk of ischaemic heart disease in women: the Danish Nurse Cohort Study. *Occupational and environmental medicine*, 67(5), 318-322

- Ali Jadoo, S. A., Aljunid, S. M., Dastan, I., Tawfeeq, R. S., Mustafa, M. A., Ganasegeran, K., & AlDubai, S. A. R. (2015). Job satisfaction and turnover intention among Iraqi doctors-a descriptive cross-sectional multicentre study. *Human resources for health, 13*(1), 1-11
- Bakker AB, Demerouti E. The Job Demands-Resources model: state of the art. *J ManagPsychol* 2007;22:309-28
- Bakusic, J., Schaufeli, W., Claes, St., Godderis, L. , Stress, burnout and depression: a systematic review on DNA methylation mechanisms, *Journal of Psychomatic Research*, 92, January 2017
- Berat , N., Jelic, D., & Popov, B. (2016). Serbian version of the work burnout scale from the Copenhagen Burnout Inventory: adaptation and psychometric properties, *Applied Psychology, 9, 177-198*
- Bezevegkis, I. (2001). Stress, stressful situations and their treatment in children and adolescents. *Stress, anxiety and their treatment. Athens: Ellinika Grammata (in Greek)*
- Bradley, H., ‘Community-Based Treatment for Young Adult Offenders’, *Crime and Delinquency 15* (1969), 359–70
- Bridgeman, P.J., Bridgeman, M., Barone, J., Burnout syndrome among healthcare professionals, *American Journal of Health-System Pharmacy, 75*(3), 2018, p.147-152
- Brill, P. L. (1984). The need for an operational definition of burnout. *Family and community health, 6*(4), 12-24
- Carmines, EG, Zeller RA. (1979),,Reliability and Validity Assessment, Beverly Hills, CA: Sage
- Caplan RD, Cobb S, French JRP, et al. Job demands and worker health: main effects and occupational differences. Ann Arbor, MI: Institute for Social Research; 1980
- Carroll J. B. The nature of data, or how to choose a correlation coefficient. *Psychometrika* 1961; 26:347–372
- Cherniss, C., & Cherniss, C. (1980). Staff burnout: Job stress in the human services

Chin, R.W.A., Chua, Y.Y., Chu, M.N., Mahadi, N.F., Wong, M.S., Yusoff, M.S. & Lee, Y.Y. (2018). Investigating validity evidence of the Malay translation of the Copenhagen Burnout Inventory, *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 13, 1-9

Cooper, CL, Identifying stressors at work: recent research developments. *Journal of Psychomatic Research* 1983, 27 (5):369-376

Cordes, C. L., & Dougherty, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of management review*, 18(4), 621-656

Craig, C. S., & Douglas, S. P. (2005). *International marketing research*. Chichester: John Wiley & Sons

Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika* 1951; 16:297–334

Cummings, T. G., & Cooper, C. L. (1979). A Cybernetic Framework for Studying Occupational Stress. *Human Relations*, 32, 395-418

Cushway, D. (1992). Stress in clinical psychology trainees. *British journal of clinical psychology*, 31(2), 169-179

Daniels, K., Tregaskis, O., & Seaton, J. S. (2007). Job control and occupational health: The moderating role of national R&D activity. *Journal of Organizational Behavior*, 28(1), 1–19

Decker ,FH. Occupational and nonoccupational factors in job satisfaction and psychological distress among nurses. *Res Nurs Health*. 1997;20:453–64

Demerouti, E., Bakker, A. B., Peeters, M. C., & Breevaart, K. (2021). New directions in burnout research. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 30(5), 686-691

Demerouti E., Bakker A.B., (2008). The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. *Handbook of stress and burnout in health care*, 65-78.

Demerouti E., Bakker A. B., Vardakou I., Kantas A., (2003). The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait- multimethod analysis. *European Journal of Psychological Assessment*, 19, 12-23.

Demir A, Ulusoy M, Ulusoy MF. Investigation of factors influencing burnout levels in the professional and private lives of nurses. *Internatl J Nurs Studies*. 2003;40:807–27

Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Trojanowski, L. (2017). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ open*, 7(6), e015141

Dyrbye LN, Shanafelt TD, Johnson PO, Johnson LA, Satele D, West CP. A cross-sectional study exploring the relationship between burnout, absenteeism, and job performance among American nurses. *BMC Nurs*. 2019;18 doi: 10.1186/s12912-019-0382-7. Article 57

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professions*. New York: Human Services Press

Engels, J. A., Van Der Gulden, J. W., Senden, T. F., & van't Hof, B. (1996). Work related risk factors for musculoskeletal complaints in the nursing profession: results of a questionnaire survey. *Occupational and environmental medicine*, 53(9), 636-641

Estryn-Behar, M., Lang, T., Peigne, E., Masson, A., Melonio, G., & Louet, M. (1989). Epidemiology of cardiovascular risk factors in 1505 females working in hospitals. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, 18(40), 1960-1964

Field A.P. Factor analysis on SPSS. In: *Discovering statistics using SPSS*. 2nd ed. London, UK: Sage, 2005

Firth-Cozens J, Greenhalgh J. Doctors' perceptions of the links between stress and lowered clinical care. *SocSci Med*. 1997;44:1017-1022.

Folkman, S., Lazarus, R. S., Dunkel-Schetter, C., De Longis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992-1003

Fontana, D., & Abouserie, R. (1993). Stress levels, gender and personality factors in teachers. *British Journal of educational psychology*, 63(2), 261-270

French, J. , Work locus of control as a moderating influence on the quality of work life for radiation therapists. *Can J Med Radiat Technol*. 2005;36(1):12–16.

Freudenberger, H.J. (1974), Staff Burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-166

- Ganster, D. C., & Rosen, C. C. (2013). Work Stress and Employee Health. A Multidisciplinary Review. *Journal of Management*, 39 (5), 1085-1122
- Greenglass, E. R. (2001). Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health*, 16(5), 501-10
- Heinemann LV, Heinemann T. *Burnout Research: Emergence and Scientific Investigation of a Contested Diagnosis*. SAGE Open; 2017:1–12]
- Higuchi, Y., Inagaki, M., Koyama, T. *et al.* A cross-sectional study of psychological distress, burnout, and the associated risk factors in hospital pharmacists in Japan. *BMC Public Health* 16, 534 (2016)
- Hobfoll SE, Freedy J. Conservation of resources: a general stress theory applied to burnout In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. (eds). *Professional burnout: recent developments in theory and research*. New York: Taylor & Francis, 1993:115-29
- House JS. *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley; 1981
- Huerta-Franco, M. R., Vargas-Luna, M., Tienda, P., Delgadillo-Holtfort, I., Balleza-Ordaz, M., & Flores-Hernandez, C. (2013). Effects of occupational stress on the gastrointestinal tract. *World journal of gastrointestinal pathophysiology*, 4(4), 108
- J.M. Morse, G. Anderson, J.L. Bottorff, O. Yonge, B. O'Brien, S.M. Solberg, K.H. McIlveen Exploring empathy: A conceptual fit for nursing practice?, *The Journal of Nursing Scholarship*, 24 (4) (1992), pp. 273-280
- Jocic D., Krajnovic D., Lakic D., Tasic L., (2012), Occupational Stress and Burnout: Impact on the Attitudes of Pharmacists in Providing Pharmaceutical Services. *Value in Health*, 15(7):A543
- Jones GM, Roe NA, Loudon L, Tubbs CR. Factors associated with burnout among US hospital clinical pharmacy practitioners: results of a nationwide pilot survey. *Hosp Pharm*. 2017;52(11):742–51
- Iacovides, A., Fountoulakis, K. N., Kaprinis, S., & Kaprinis, G. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of affective disorders*, 75(3), 209-221

- Kahn RL, Wolfe DM, Quinn RP, et al. Organizational stress: studies in role conflict and ambiguity. New York: Wiley; 1964
- Karasek., R.A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308
- Kilfedder, C. J., Power, K. G., & Wells, T. J. (2001). Burnout in psychiatric nursing. *Journal of advanced nursing*, 34(3), 383-396
- Knoop, R. (1994). Work values and job satisfaction. *The Journal of psychology*, 128(6), 683-690
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168–177
- Kokkinos, C. M. (2006). Factor structure and psychometric properties of the Maslach Burnout Inventory-Educators Survey among elementary and secondary school teachers in Cyprus. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 22(1), 25-33
- Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, et al. (2005) The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 19: 192–207
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), 317-325
- Kyriacou, C. (2001). Teacher stress: Directions for future research. *Educational review*, 53(1), 27-35
- Lee, R. T., & Ashforth, B. E. (1996). A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of applied Psychology*, 81(2), 123
- Leiter, M. P., & Schaufeli, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, stress, and coping*, 9(3), 229-243
- Leiter MP, Maslach C. Areas of worklife: a structured approach to organizational predictors of job burnout In: Perrewe PL, Ganster DC. (eds). *Research in occupational stress and well-being*, Vol. 3 Oxford: Elsevier, 2004:91-134

- Lindblom, K. M., Linton, S. J., Fedeli, C., & Bryngelsson, I. L. (2006). Burnout in the working population: relations to psychosocial work factors. *International journal of behavioral medicine*, 13(1), 51-59
- Manzano-García, G., & Ayala, J. C. (2017). Insufficiently studied factors related to burnout in nursing: results from an e-Delphi study. *PloS ONE*, 12(4), e0175352
- Marketon, J. I. W., & Glaser, R. (2008). Stress hormones and immune function. *Cellular immunology*, 252(1-2), 16-26
- Martin, J.K. (2000). Unrewarding Work, Coworker Support, and Job Satisfaction: A Test of the „Buffering“ Hypothesis, *Work and Occupations: An International Sociological Journal* 27(2), 223-43
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World psychiatry*, 15(2), 103-111.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual review of psychology*, 52(1), 397-422.
- Maslach C, Leiter MP. Burnout and engagement in the workplace: a contextual analysis In: Urdan T. (ed). *Advances in motivation and achievement*, Vol. 11 Stamford: JAI Press
- McNeely, E. (2005). The consequences of job stress for nurses' health: time for a check-up. *Nursing outlook*, 53(6), 291-299
- Mearns, J., & Cain, J. E. (2003). Relationships between teachers' occupational stress and their burnout and distress: Roles of coping and negative mood regulation expectancies. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(1), 71-82
- Milfont T.L., Denny S., Ameratunga S., Robinson E., Merry S., (2008). Burnout and wellbeing: Testing the Copenhagen burnout inventory in New Zealand teachers. *Social indicators research*, 89, 169-177
- Morse, G., Salyers, M. P., Rollins, A. L., Monroe-DeVita, M., & Pfahler, C. (2012). Burnout in mental health services: A review of the problem and its remediation. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 39(5), 341-352

- Munro BH. Statistical methods for healthcare research. Lippincott, 2005
- Murthy, V., Confronting Health Worker Burnout and Well-Being, *The New England Journal of Medicine*, 387;7, October 2022
- Niven, K., & Ciborowska, N. (2015). The hidden dangers of attending work while unwell: A survey study of presenteeism among pharmacists. *International Journal of Stress Management*, 22(2), 207
- Papaefstathiou E, Tsounis A, Malliarou M, et al. (2019) Translation and validation of the Copenhagen Burnout Inventory amongst Greek doctors. *Health Psychol Res* 7: 7678
- Pezzolesi C, Ghaleb M, Kostrzewski A, Dhillon S. Is Mindful Reflective Practice the way forward to reduce medication errors? *Int J Pharm Pract*. 2013;21(6):413–6
- Pelletier. KR. , *Healthy people in unhealthy places*. New York: Delacorte Press; 1984
- Pines, A., & Aronson, E. (1988). *Career burnout: Causes and cures*. Free press
- Platsidou, M., & Agaliotis, I. (2008). Burnout, job satisfaction and instructional assignment-related sources of stress in Greek special education teachers. *International journal of disability, development and education*, 55(1), 61-76
- Prasad-Reddy, L., Kaakeh, R., & McCarthy Jr, B. C. (2021). Burnout among health system pharmacists: Presentation, consequences, and recommendations. *Hospital Pharmacy*, 56(4), 374-377
- Potter,P., Deshields, T., Divanbeigi, J. ,Berger,J., Cipriano, D., Norris, L., Olsen, S., Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14 (5) (2010), pp. 56-62
- Rachiotis, G., Kourousis, C., Kamilaraki, M., Symvoulakis, E. K., Dounias, G., & Hadjichristodoulou, C. (2014). Medical supplies shortages and burnout among greek health care workers during economic crisis: a pilot study. *International journal of medical sciences*, 11(5), 442
- Radde PO. Recognizing, Reversing, and Preventing Hospital Pharmacist Burnout. *Am J Hosp Pharm*. 1982;39(7):1161–6.

- Rowe, MM., Hardiness, stress, temperament, coping, and burnout in health professionals. *Am J Health Behav.* 1997;21(3):163–71
- Ryan Pendell, Millennials are burning-out, *Workplace*, July 2018
- Sassi, N., & Neveu, J. P. (2010). Traduction et validation d'une nouvelle mesure d'épuisement professionnel: Le shirom-melamed burnout measure. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 42(3), 177.
- Selye H. *The stress of life*. New York: McGraw Hill; 1956
- Serra, C. C., & Marine, A. (2000). Effectiveness of occupational stress management programmes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Shanafelt TD, Gradishar WJ, Kosty M, et al. Burnout and career satisfaction among US oncologists. *J ClinOncol.* 2014;32:678-686.
- Shanafelt TD, Bradley KA, Wipf JE, Back AL. Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.* 2002;136:358-367
- Schaufeli WB, Bakker AB, Salanova M. The measurement of work engagement with a brief questionnaire: a cross-national study. *Educ Psychol Meas* 2006;66:701-16999:275-302
- Siegrist. J. (1996) "Adverse health effects of high effort/low reward conditions", *Journal of occupational health psychology* , 1(1). pp.27-43
- Sikaras, Chr., Ilias, I., Tselebis, A., Pachi, A., Zyga, S., Tsironi, M., Nursing staff fatigue and burnout during the COVID-19 pandemic in Greece, *AIMS Public Health*, 2022; 9(1): 94–105
- Smith AM, Ortiguera SA, Laskowski ER, et al. A preliminary analysis of psychophysiological variables and nursing performance in situations of increasing criticality. *Mayo Clin Proc.* 2001;76:275–84
- Storlie, F. J. (1979). Burnout: the elaboration of a concept. *AJN The American Journal of Nursing*, 79(12), 2108-2111
- Sturgess, J., Poulsen, A., The prevalence of Burnout in Occupational Therapy in Mental Health, 1983, vol 3(4)

Tan, YZ, Chong, JJ, Chew, LST, Tan, KH, Wang, A. Burnout and resilience among pharmacists: A Singapore study. *J Am Coll Clin Pharm.* 2022; 5(1): 75- 84

Tavakol M., Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education.* (2011), 2:53-55. ISSN: 2042-6372

Toker, S., Shirom, A., Melamed, S. , *The Association Between Burnout, Depression, Anxiety, and Inflammation Biomarkers: C-Reactive Protein and Fibrinogen in Men and Women* , *Journal of Occupational Health Psychology*, 2005, 10 (4), 344-362

Turnipseed, D. L. (1994). An analysis of the influence of work environment variables and moderators on the burnout syndrome. *Journal of Applied Social Psychology*, 24(9), 782-800

van Dam, A., Keijsers, G. P., Eling, P. A., & Becker, E. S. (2012). Impaired cognitive performance and responsiveness to reward in burnout patients: Two years later. *Work & Stress*, 26(4), 333-346

Wright, S., Burnout: A spiritual crisis, *Nursing Standard*, 19 (46) (2005), pp. 1-24

WHO, (1997), "The role of the Pharmacist in the Health Care System- Preparing the Future Pharmacist: Curricular Development, Report of a Third WHO Consultative Group on the Role of the Pharmacist, Vancouver, Canada, World Health Organization, (<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2214e/s2214e.pdf>)

Yeh, W.Y., Cheng, Y., Chen, C.J., Hu, P.Y., & Kristensen, T.S. (2007). Psychometric properties of the Chinese version of Copenhagen Burnout Inventory among employees in two companies in Taiwan. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14, 126-133

Παράρτημα

Φύλο

Άντρας

Γυναίκα

Τύπος εκπαίδευσης

Π.Ε. (Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση)

Τ.Ε. (Τεχνολογική Εκπαίδευση)

Δ.Ε. (Δευτεροβάθμια εκπαίδευση)

Υ.Ε. (Υποχρεωτική εκπαίδευση)

Θέση εργασίας

Φαρμακοποιός

Βοηθός φαρμακοποιού

Διοικητικός υπάλληλος

Ηλικία

25-35

36-45

46-55

>56

Οικογενειακή κατάσταση

Ελεύθερος/η

Παντρεμένος/η

Διαζευγμένος/η

Χήρος/α

Σε σχέση

Έχετε παιδιά

Ναι

Όχι

Έτη εργασίας στη θέση

0-5 έτη

6-10

11-15

>15 έτη

Σχέση εργασίας

Μόνιμος

Σύμβαση ορισμένου χρόνου

Σύμβαση αορίστου χρόνου

Εργασιακό άγχος και επαγγελματική εξουθένωση

Προσωπική εξουθένωση

Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η;

Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;

Πόσο συχνά σκέφτεστε «δεν αντέχω άλλο»;

Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η – εξουθενωμένος/η ;

Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε ασθένειες;

Πόσο συχνά αισθάνεστε κουρασμένος/η;

Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η σωματικά;

Πόσο συχνά σκέφτεστε «δεν αντέχω άλλο»;

Πόσο συχνά αισθάνεστε εξαντλημένος/η – εξουθενωμένος/η ;

Πόσο συχνά αισθάνεστε αδύναμος/η και ευάλωτος σε ασθένειες;

Εργασιακή εξουθένωση

Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;

Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειάς σας;

Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σας;

Αισθάνεστε εξουθενωμένος από τη δουλειά σας στο τέλος της ημέρας;

Κουράζεστε το πρωί στην ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;

Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στη δουλειά σας είναι κουραστική;

Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;

Η δουλειά σας είναι εξαντλητική συναισθηματικά;

Αισθάνεστε εξαντλημένος/η εξαιτίας της δουλειάς σας;

Είστε απογοητευμένος/η από τη δουλειά σας;

Αισθάνεστε εξουθενωμένος από τη δουλειά σας στο τέλος της ημέρας;

Κουράζεστε το πρωί στην ιδέα ότι πρέπει να πάτε στη δουλειά σας;

Αισθάνεστε ότι κάθε ώρα στη δουλειά σας είναι κουραστική;

Έχετε αρκετή ενέργεια να αφιερώσετε στην οικογένεια και τους φίλους σας στον ελεύθερο σας χρόνο;

Εξουθένωση που σχετίζεται με την συναναστροφή με ασθενείς

Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς;

Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;

Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά σας;

Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;

Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;

Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς;

Το βρίσκετε δύσκολο να εργάζεστε με ασθενείς;

Απογοητεύεστε όταν εργάζεστε με ασθενείς;

Η εργασία με ασθενείς απορροφά την ενέργειά σας;

Αισθάνεστε ότι προσφέρετε περισσότερα απ' όσα παίρνετε όταν εργάζεστε με ασθενείς;

Έχετε βαρεθεί να δουλεύετε με ασθενείς;

Αναρωτιέστε ποτέ για πόσο ακόμα θα αντέχετε να εργάζεστε με ασθενείς;

*Οι ερωτήσεις σχετικά με το εργασιακό άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση απαντήθηκαν στην κλίμακα Likert με βαθμίδες «ποτέ», «σπάνια», «μερικές φορές», «συχνά» και «πάντα».