

Επαγγελματική εξουθένωση και Νοσηλευτές

Professional Burnout and Nurses

Authors: Αριστείδης Χωραττάς¹, Ευριδίκη Παπασταύρου².

1. R.G.N. BSc (Hons) Nursing Oncology Dip N. Administration
2. MSc Υποψήφια Διδάκτωρ Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών

Περίληψη

Το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης από το 1974 που πρωτοαναφέρθηκε παραμένει θέμα μελέτης για τους νοσηλευτές σε όλα τα φάσματα του νοσηλευτικού επαγγέλματος. Είναι η σωματική και ψυχική εξάντληση που παρουσιάζεται στα άτομα που επαγγελματικά έρχονται σε επαφή με άλλους ανθρώπους. Χωρίζεται σε τρεις διαστάσεις την συναισθηματική εξάντληση, την αποπροσωποποίηση και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Έρευνες έχουν δείξει ότι τα αίτια μπορεί να οφείλονται σε ατομικούς παράγοντες των νοσηλευτών, στο εργασιακό περιβάλλον και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Ένας νοσηλευτής μπορεί να παρουσιάσει ψυχοσωματικά σημεία και συμπτώματα και συναισθηματικά τα οποία αν δεν αντιμετωπιστούν έγκαιρα οδηγούν σε τραγικά αποτελέσματα για τον ίδιο αλλά και για τους γύρω του. Τα ληφθέντα μέτρα μπορεί να είναι είτε ατομικά από τον νοσηλευτή είτε διοικητικά από πλευράς του εργοδότη. Εντούτοις, παρόλη την ευρεία γνώση στο θέμα οι νοσηλευτές συνεχίζουν να παρουσιάζουν επαγγελματική εξουθένωση και χρειάζεται ενεργοποίηση όλων εκείνων των μηχανισμών για διάγνωση και αντιμετώπιση του στο Κυπριακό χώρο.

Abstract

"Professional Burnout" since first mentioned in 1974 remains an issue of study for nurses in all the fields of nursing profession. It is characterized as the physical and mental exhaustion that appear to people who come in professional contact with others. It consists of three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal accomplishment. Research showed that it might be due to personal characteristics of the nurse, the working environment and the interpersonal relationships existing. Signs and symptoms include psychosomatic ones as well as emotional ones, which if not prevented or treated early might have detrimental effects to the nurse suffering and the surrounding people. Those can include personal measures from the nurse or administrative measures from the employing organization. Despite the huge knowledge on the issue, nurses still suffer from burnout requiring the launch of those mechanisms, which will help its diagnosis and treatment in Cyprus nursing field.

Εισαγωγή

«Οι απαιτήσεις για ενέργεια και πόρους είναι μεγαλύτερα για την νοσηλεύτρια γιατί είναι αυτή που προσφέρει την εξειδικευμένη φροντίδα στους ασθενείς και την οικογένεια και η οποία προσπαθεί να διατηρήσει αρμονικές σχέσεις» (Mathers 1995, pp 296). Τα λόγια αυτά αντικατοπτρίζουν τον πραγματικά πολύπλοκο ρόλο που έχουν

να διαδραματίσουν οι νοσηλευτές και τις απαιτήσεις που έχουν όχι μόνο οι ασθενείς και η οικογένεια αλλά και οι υπόλοιποι συνεργάτες επαγγελματίες υγείας.

Σαν επαγγελματική εξουθένωση χαρακτηρίζεται το «σύνδρομο σωματικής και ψυχικής εξάντλησης» το οποίο αναπτύσσεται σε όσους έρχονται σε επαγγελματική επαφή με άλλα άτομα. (Αδαλή και Συμεργάτες 2002). Διάφορες έρευνες ανά το

παγκόσμιο έχουν δείξει παρουσία επαγγελματικής εξουθένωσης σε νοσηλευτικό προσωπικό που εργάζεται σε διάφορα τμήματα και νοσοκομεία.

Πρωτοαναφέρθηκε από τον ψυχολόγο Freudenberg TO 1974, ο οποίος εργαζόταν με εθελοντές σε μονάδα βετεράνων του Βιετνάμ και οι οποίοι παρουσίασαν ένα σύνολο συμπτωμάτων εξουθένωσης, (Penson και συνεργάτες 2000, Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

Σαν όρος αναπτύχθηκε και επεξηγήθηκε εκτενώς από την Maslash κατά την δεκαετία του 80 ενώ ερευνήθηκε διεξοδικά σε όλη την υφήλιο και σε όλο το φάσμα που επηρεάζει τον επαγγελματία νοσηλευτή.

Ο εργαζόμενος εμφανίζεται να χάνει το ενδιαφέρον του και τα θετικά συναισθήματα που έχει για τους πελάτες του, παύει να είναι ικανοποιημένος από την δουλειά και την απόδοση του και αναπτύσσει μία αρνητική εικόνα για τον εαυτό του. (Αδαλή και συνεργάτες 2002, Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999) Προδιάθεση παρουσιάζουν σύμφωνα με τους Δαμίγο και Σιάφακα (1999), Gold και Roth (1993) όσοι απασχολούνται στον τομέα της υγείας, οι πυροσβέστες, οι αστυνομικοί και οι εκπαιδευτικοί. Οι Janssen και συνεργάτες (1999) αναφέρουν ότι είναι μία σημαντική αντίδραση μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, ενώ οι Taormina και Law (2000) και οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999) τονίζουν ότι είναι επακόλουθο φυσικής και ψυχολογικής έντασης η οποία συσσωρεύεται, κατακλύζει τον επαγγελματία και τον κάνει να αισθάνεται ότι τα ψυχικά του αποθέματα δεν επαρκούν για να αντεπεξέλθει στην πίεση του εργασιακού στρες.

Θεωρητικά μοντέλα και διαστάσεις της εξουθένωσης

Τα περισσότερα Θεωρητικά Μοντέλλα επιδιώκουν να το ερμηνεύσουν όπως υποστηρίζουν οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999) αναζητώντας τα αίτια του στην αλληλοεπίδραση με το εργασιακό περιβάλλον. Για παράδειγμα, το μοντέλο των Edelwich και Brodsky (1980) (στους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999) προσπαθεί να το επεξηγήσει στα πλαίσια της

αποϊδανικοποίησης της πραγματικότητας και το διαχωρίζει σε τέσσερα στάδια: του ενθουσιασμού, της αμφιβολίας και αδράνειας, της απογοήτευσης και ματαίωσης και τέλος της αστάθειας.

Το μοντέλο της Vachon (1987), όπως αναφέρουν οι προαναφερθέντες συγγραφείς, τονίζει ότι εάν αυτά που ο επαγγελματίας υγείας προσφέρει βρίσκονται σε ανισοζύγιο με αυτά που του δίδονται τότε παρουσιάζονται στρεσογόνες καταστάσεις που σταδιακά οδηγούν στο σύνδρομο. Εξαρτάται δε και από ένα σύνολο μεταβλητών που αυξομειώνουν την εμπειρία. Το μοντέλο των Maslash και Jackson, (Αδαλή και συνεργάτες 2002) το οποίο επικρατεί ευρέως, χωρίζει το σύνδρομο σε τρεις διαστάσεις: α) συναισθηματική εξάντληση (emotional exhaustion), β) αποπροσωπώ-ηση (depersonalization), γ) έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων (reduced personal accomplishment).

Η Maslash, όπως παρατίθεται από τους Omdahl και O'Donnell (1999) και Κάντας (1995), ορίζει την συναισθηματική εξάντληση, η οποία προηγείται, σαν την αδυναμία διατήρησης επαρκούς ενέργειας για να εκτελέσουν οι επαγγελματίες επαρκώς την εργασία τους. Ακολουθεί η αποπροσωπώ-ηση με κυνική αντιμετώπιση των ασθενών και μεταβολή τους σε «αντικείμενα». Τέλος επέρχεται η αντίληψη αποτυχίας σε μέρος ή ολόκληρη την εργασία και περιγράφεται σαν έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων με συνεπακόλουθο την παραίτηση τους από κάθε προσπάθεια. Ο Golembiewski και συνεργάτες (1986) στους Omdahl και O'Donnell (1999) εισηγούνται την αναφορά των διαστάσεων αυτών σαν διαδοχικών φάσεων με αντίθετη όμως σειρά. Η αποπροσωπώ-ηση, η οποία προηγείται, μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μηχανισμός άμυνας όταν οι απαιτήσεις που υποβάλλονται από τις αυξημένες ανάγκες των ατόμων υπερακοντίζουν το χρόνο, τις δεξιότητες και την ενέργεια που έχουν οι νοσηλευτές. Η αντιμετώπιση των ατόμων σαν αντικείμενα σε σύζευξη με την συνεχή ανικανότητα να ικανοποιηθούν οι εργασιακές απαιτήσεις οδηγούν στην δεύτερη φάση της έλλειψης προσωπικών επιτευγμάτων. Σε αυτή τη φάση ο νοσηλευτής όλο και περισσότερο αντιλαμβάνεται το χάσμα μεταξύ των πραγματικών επιτευγμάτων και

των επιθυμητών προσωπικών επιδιώξεων και στόχων. Τέλος η συνεχής ανικανότητα διατήρησης του επιθυμητού επιπέδου προσωπικών επιτυχιών έχει σαν αποτέλεσμα την συναισθηματική εξάντληση. Σύμφωνα με τους Lee και Ashforth (1996) και Bakker και συνεργάτες (2000) η συναισθηματική εξάντληση και η αποπροσωπιοποίηση σχετίζονται με τους εργασιακούς στρεσογόνους παράγοντες και η έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων συνδέεται πιο πολύ με την έλλειψη επαρκών αποθεμάτων.

Αιτίες παρουσίας του Συνδρόμου

Πολλοί συγγραφείς διαχωρίζουν τα αίτια της παρουσίας της επαγγελματικής εξουθένωσης σε αυτά που οφείλονται σε ατομικούς παράγοντες των νοσηλευτών, στο εργασιακό περιβάλλον και στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. (Δαμίγος και Σιαφάκα 1999, Cordes και Daugherty 1993). Στους ατομικούς παράγοντες περιλαμβάνονται σύμφωνα με τους πιο πάνω συγγραφείς αλλά και την Αδαλή (2002) η ηλικία και η πείρα των νοσηλευτών τονίζοντας ότι όσο πιο νέος και άπειρος τόσο πιο συχνή είναι η παρουσία λόγω διάψευσης των προσδοκιών και τοποθέτησης πολύ ψηλών ανεκπλήρωτων στόχων και κινήτρων. Επίσης σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η οικογενειακή κατάσταση του νοσηλευτή.

Η έρευνα των Αδαλή και συνεργατών (2002) για την επαγγελματική εξουθένωση και το εργασιακό περιβάλλον ανάμεσα σε νοσηλευτές ψυχιατρικών τμημάτων έδειξε ότι οι Νοσηλευτές Τεχνολογικής Εκπαίδευσης και Νοσηλευτές με ειδικότητα στην ψυχιατρική παρουσίαζαν ψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από τους νοσηλευτές μέσω των επαγγελματικών Σχολών. Επιπρόσθετα αναφέρετε ότι οι Νοσηλευτές των ψυχιατρικών τμημάτων παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα εξουθένωσης από τους νοσηλευτές των γενικών νοσοκομείων. Οι Κοϊνίλα και συνεργάτες (2000) στην δική τους έρευνα αποφάνθηκαν ότι οι πιο νέοι και με λιγότερη εμπειρία νοσηλευτές παρουσιάζουν ψηλότερα επίπεδα εξουθένωσης ενώ νοσηλευτές με ψηλότερη μόρφωση παρουσιάζουν εκπληκτικά ψηλότερα επίπεδα από τους υπόλοιπους. Κατά παράδοξο τρόπο όμως συνεχής εκπαίδευση η οποία διαρκεί περισσότερο από δέκα μέρες

σε μια περίοδο 2 ετών είναι συνδεδεμένη με χαμηλά επίπεδα εξουθένωσης τουλάχιστον στον χώρο που έγινε η έρευνα και χρήζει περισσότερης διερεύνησης.

Διάφορες έρευνες κάνουν σύγκριση του συνδρόμου ανάμεσα στους νοσηλευτές διάφορων τμημάτων όπως π.χ. μονάδες εντατικής θεραπείας, παθολογικά τμήματα, χειρουργικά, ογκολογικά, ξενώνες φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου ή AIDS, ψυχιατρικά τμήματα κλπ. Στον Ελλαδικό χώρο σε έρευνες των Papadatou και συνεργάτες (1994), Αδαλή (1999) (στην Αδαλή και Λεμωνίδου 2001) και Καυκιά και Σπυ-ρόπουλλος (1996) συγκρίνοντας την εμπειρία μεταξύ νοσηλευτών διάφορων τμημάτων, βρέθηκε ότι είναι περίπου στα ίδια επίπεδα αν και σε νοσηλευτές παθολογικών τμημάτων είναι ελαφρώς ψηλότερα. Με αυτά συμφωνούν και οι έρευνες των Plant και συνεργάτες (1992), των Gillespie και Melby (2003) αλλά και των Van Servellen και Leake (1993) οι οποίοι συμφωνούν τονίζοντας συνάμα τις διαφορετικές διαβαθμίσεις των τμημάτων στις διαστάσεις που αξιολογήθηκαν.

Οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλλος (1999) τονίζουν ότι επιστήμονες όπως οι Lazarus και Folkman (1984) και Wessels (1989), επισημαίνουν την ιδιαίτερη συμβολή των ατομικών παραγόντων όπως τον τρόπο ερμηνείας και αντιμετώπισης των στρεσογόνων συνθηκών, τα κίνητρα εργασίας στο συγκεκριμένο περιβάλλον και τις προσδοκίες από αυτό. Την ίδια άποψη υιοθετούν οι Δαμίγος και Σιαφάκα (1999) δίδοντας ιδιαίτερη έμφαση στην ατομική ανθεκτικότητα στις στρεσογόνες καταστάσεις (hardiness) όπως επεξηγείται από τους Papadatou και συνεργάτες (1994) και Sawatzky (1998). Σε έρευνα των Duquette και συνεργατών (1995) επιβεβαιώνεται ότι είναι ένα από τα βασικότερα αίτια της επαγγελματικής εξουθένωσης. Σημαντικό ρόλο έχουν για τους Αδαλή και συνεργάτες (2002), Αδαλή (2002) και Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999) οι αξίες των νοσηλευτών, η αυτοεκτίμησή τους, ο έλεγχος που έχουν στα ίδια τα γεγονότα, η συναισθηματική τους έκφραση καθώς και το προσωπικό τους στυλ.

Οι σημαντικότεροι παράγοντες στο εργασιακό περιβάλλον, σύμφωνα με τους

Cordew και Daugherty (1993), Dolan (1987), Αδαλή και συνεργάτες (2002), Schaefer και Moos (1993), περιλαμβάνουν τις συχνές και μακροχρόνιες επαφές με ασθενείς με χρόνια προβλήματα ή κάτω από φορτισμένες συνθήκες, τον χρόνο που διαθέτουν για την φροντίδα αυτών των ασθενών, την επαφή με ασθενείς με κακή πρόγνωση και με συναισθηματικές απαιτήσεις καθώς και την συχνή επαφή με τον θάνατο. Επιπρόσθετα οι Janssen και συνεργάτες (1999) σε έρευνα τους βρήκαν ότι βιώνεται όταν υπάρχει αυξημένος φόρτος εργασίας και χαμηλή κοινωνική στήριξη.

Οι Δαμίγος και Σιαφάκα (1999), Cordes και Daugherty (1993), Αδαλή και συνεργάτες (2002), Schaefer και Moos (1993) τονίζουν ότι ο βαθμός παρουσίας του συνδρόμου εξαρτάται και από τις εργασιακές συνθήκες, όπως την ασάφεια του ρόλου των νοσηλευτών, τις συγκρούσεις μέσα στον οργανισμό καθώς και το βάθος εμπλοκής τους. Επιπρόσθετα πολύ σημαντικό αναφέρεται και το εξαντλητικό ωράριο με τον υπερβολικό φόρτο εργασίας.

Σημαντικοί παράγοντες είναι και αυτοί που αφορούν την διοίκηση των νοσηλευτικών μονάδων και νοσοκομείων. Σε αυτούς περιλαμβάνονται σύμφωνα με τους Δαμίγο και Σιαφάκα (1999), Lee και Ashforth (1996), Edwards και Burnard (2003) η έλλειψη στήριξης, η δυσαρέσκεια από τον ίδιο τον οργανισμό, η έλλειψη ικανοποίησης από την εργασία και η έλλειψη προσωπικού. Ο τρόπος διοίκησης παίζει πρωτεύοντα ρόλο αφού όπως αναφέρουν οι Stordeur και συνεργάτες (2000), Janssen και συνεργάτες (1999) ένα ελεγχόμενο και τυραννικό περιβάλλον εργασίας με αυξημένες απαιτήσεις είτε λόγω τεχνολογίας είτε λόγω μεθοδολογίας είτε λόγω ανταγωνισμού και μειωμένων κονδυλίων έχει μία πολύ αρνητική επίδραση στον επαγγελματία υγείας.

Στις διαπροσωπικές σχέσεις εξέχουσα θέση έχουν η έλλειψη συμπαράστασης από τους συναδέλφους και προϊσταμένους καθώς και ο βαθμός της σχέσης που αναπτύσσει ο κάθε νοσηλευτής με τους ασθενείς. (Δαμίγος και Σιαφάκα 1999, Dolan 1987, Schaefer και Moos 1993, Αδαλή και συνεργάτες 2002).

Επιπτώσεις της εξουθένωσης

Η παρουσία του συνδρόμου διαφοροποιείται από τον ένα επαγγελματία στον άλλο. (Δαμίγο και Σιαφάκα 1999).

Στα φυσικό-σωματικά μπορεί να έχουμε όπως αναφέρουν οι Αδαλή (2002), Kilfeder και συνεργάτες (2001), Cordes και Daugherty (1993), εξάντληση, αδυναμία, κόπωση, γενική κατάπτωση, μυϊκή υπερένταση, που συνοδεύονται από υπνηλία ή αύπνια και κεφαλαλγίες. Επιπλέον μπορεί να παρουσιαστούν γαστρεντρικές διαταραχές και αλλαγή σωματικού βάρους δερματολογικά προβλήματα και σεξουαλικά προβλήματα με πτώση της σεξουαλικής ορμής.

Τα ψυχολογικά και συναισθηματικά προβλήματα που μπορεί να παρουσιαστούν είναι πολύ σοβαρά και πολύπλοκα. Αναφορικά οι Δαμίγος και Σιαφάκα (1999), Αδαλή (2002), Kilfeder και συνεργάτες (2001), Duquette και συνεργάτες (1995) παραθέτουν τα αισθήματα απόρριψης και ενοχής, ανησυχίας, ανικανοποίητης ανάγκης για αναγνώριση, χαμηλής αυτοπεποίθησης, αυτοεκτίμησης, και ανυπαρξίας με αντίκτυπο στην σχέση του επαγγελματία με την εργασία και τους συνεργάτες. Συνεχίζοντας και όπως συμφωνούν οι Καραγιάννης (2004), Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999), μπορεί οι επαγγελματίες νοσηλευτές να οδηγηθούν σταδιακά σε κατάθλιψη, ανία, ψυχοσωματικά παράπονα, μελαγχολία, κραυγές, δυσκολίες συγκέντρωσης, αποπροσανατολισμό και τάση να ξεχνούν. Επιπρόσθετα εκτός από ευσυγκινησία, μπορεί να αναπτυχθούν συμπτώματα ευερεθιστότητας, και καχυποψίας τα οποία παρουσιάζονται σαν αρνητική, κυνική και ειρωνική συμπεριφορά, περιορισμό της επαφής με ασθενείς και συγγενείς, θυμό, επιθετικότητα, απομόνωση ή σύγκρουση, αποστασιοποίηση, αποφυγή ευθυνών και τέλος, όπως συμπληρώνουν ο Καπέλλα και άλλοι (2002) και Cordes και Daugherty (1993), ανάπτυξη αρνητικών συναισθημάτων για όλους. Ειδικά για τους νοσηλευτές οι τελευταίοι αναφέρουν ότι πολύ συχνά παρουσιάζουν απροσεξίες, ατυχήματα, επιρρότητα σε εσφαλμένες εκτιμήσεις, τάσης φυγής, συχνές απουσίες, αργοπορία προσέλευσης στην εργασία και τέλος εγκατάλειψη επαγγέλματος και αλλαγή εργασίας.

Αντιμετώπιση του συνδρόμου

Συνοπτικά τα αποτελέσματα της επαγγελματικής εξουθένωσης δεν έχουν αντί- κτυπτο μόνο στον εργαζόμενο αλλά και στον ίδιο τον οργανισμό. Σε αυτο συμφωνούν και οι Taormina και Law (2000) οι οποίοι επισημαίνουν ότι παρόλο ότι είναι αναγνωρισμένο και επαρκώς διερευνημένο πρόβλημα οι θεωρίες που έχουν αναπτυχθεί για την πρόληψη του δεν εξασφαλίζουν ολοκληρωτική επίλυση.

Χαρακτηριστικά για την Αδαλή (2002) η έγκαιρη αναγνώριση είναι προϋπόθεση για την αντιμετώπιση της ενώ οι Δαμίγος και Σιαφάκα (1999) τονίζουν ότι πρέπει να ενεργοποιηθούν σε ατομικό αλλά και κοινωνικό και διοικητικό επίπεδο εκείνες οι ενέργειες που έχουν ερευνητικά αποδειχθεί σαν αποτελεσματικές. Εκτενέστερα αναφέρουν ότι η παρουσία των σημείων και συμπτωμάτων είναι το προειδοποιητικό σήμα δυσλειτουργίας στην βιοψυχο- νωνική υπόσταση του ατόμου το οποίο δίδει το έναυσμα της αλλαγής στις αντιδράσεις έναντι των διαφόρων ερεθισμάτων σε όλα τα επίπεδα της ζωής.

Ιδιαίτερη σημασία δίδεται στις ατομικές τεχνικές που μπορεί κάποιος νοσηλευτής να χρησιμοποιήσει είτε για να προλάβει είτε για να αντιμετωπίσει την επαγγελματική εξουθένωση. Οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999), Καραγιάννης (2003) και Αδαλή (2002), αναφέρουν σαν πρώτη αντίδραση την επανεκτίμηση των προσωπικών στόχων και προσδοκιών του νοσηλευτή οι οποίοι πρέπει να είναι εξειδικευμένοι, βραχυπρόθεσμοι και ρεαλιστικοί. Τα προσωπικά κίνητρα επιλογής του επαγγέλματος πρέπει να αναζητηθούν αφού τα αλτρουιστικά συνυπάρχουν με τα εγωιστικά κίνητρα και κατ' επέκταση χρειάζεται ένας επαναπροσδιορισμός των στάσεων και ενεργειών. Μπορεί να αναδιοργανώσει την ζωή του και να μάθε να διευθύνει τον εαυτό του πιο αποτελεσματικά αφού πρώτα αναγνωρίσει τις στρατηγικές αντιμετώπισης του στρες και επιλέξει τις πιο αποτελεσματικές από αυτές. Αυτό μπορεί να βοηθήσει στην φυσική ενδυνάμωση έναντι του στρες, στον έλεγχο της σπατάλης του χρόνου και της ενέργειας και την μείωση των εξασθενητικών αποτελεσμάτων του στρες. (Taormina και Law 2000, Marriner 2000, Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999).

Η εφαρμογή τεχνικών χαλάρωσης, ο διαλογισμός, η άσκηση, η επάρκεια ανάπαυσης, το χιούμορ καθώς και η ορθή διατροφή έχουν αποδειχθεί πολύ αποτελεσματικά και υιοθετούνται από τους πιο πάνω και τους Αδαλή (2002) και Δαμίγος και Σιαφάκα (1999). Προσθέτουν επίσης ότι η άδεια ανάπαυσης και οι διακοπές προσφέρουν ελάχιστη ανακούφιση λόγω της συσσωρευτικότητας του συνδρόμου και η απομάκρυνση από την εργασία πρέπει να είναι για ένα πολύ μεγάλο χρονικό διάστημα. Ο Καραγιάννης (2003) τονίζει την σημασία ενασχόλησης με ενδιαφέροντα και δραστηριότητες εκτός εργασίας δίδοντας ευκαιρίες δημιουργικότητας και εκτόνωσης. Πολύ σημαντικό για την πρόληψη αλλά και για την αντιμετώπιση, σύμφωνα με πολλούς ερευνητές είναι η στήριξη από τους επόπτες, τους προϊστάμενους, και τους συναδέλφους και γενικά όλη την ομάδα υγείας. (Αδαλή 2002, Teasdale και συνεργάτες 2000, Van Staa και συνεργάτες 2000, Berg και συνεργάτες 1994). Η αναζήτηση υποστήριξης και η συναισθηματική εξωτερίκευση των συναισθημάτων κρίνεται σαν το σημαντικότερο κομμάτι της αντιμετώπισης του συνδρόμου. Παρόλο τούτου οι επαγγελματίες υγείας, όπως αναφέρουν οι Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999), Καραγιάννης (2003) δυσκολεύονται να αναγνωρίσουν ότι χρειάζονται βοήθεια δυσκολότερο δε να την αναζητήσουν γιατί είτε το θεωρούν σαν ένδειξη αδυναμίας είτε παραγνωρίζουν τις προσωπικές τους ανάγκες. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να διαθέτουν πολλαπλά δίκτυα υποστήριξης αφού η πεποίθηση ότι οι εμπειρίες από την εργασία και την προσωπική ζωή δεν αλληλοεπηρεάζονται δεν είναι ρεαλιστική. Αυτό όμως δεν πρέπει να είναι μόνο ατομική αλλά και διοικητική/οργανωτική παρέμβαση και οι πιο πάνω συγγραφείς καθώς και οι Molassiotis και Haberman (1996), Berg και συνεργάτες (1994), Coffey και Coleman (2001) και Dartiquepeyrou (1999) υποστηρίζουν την δημιουργία υπηρεσιών υποστήριξης ή ακόμα την λειτουργία ομάδων ψυχολογικής στήριξης ώστε να μειωθεί το άγχος και να αυξηθεί η αυτοεκτίμηση των νοσηλευτών. Επίσης συμβάλει στην ενίσχυση της επικοινωνίας και αλληλοϋποστήριξης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας. Προχωρώντας πιο πέρα υποστηρίζουν την εφαρμογή της συμβουλευτικής εποπτείας σε

ατομικό και ομαδικό επίπεδο όπου με την στήριξη του ειδικού αναγνωρίζονται και αξιοποιούνται δημιουργικά οι ικανότητες στην επίλυση προβλημάτων που προκύπτουν στον χώρο εργασίας.

Σύμφωνα με τους Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999) και Vachon (1995) η αποσαφήνιση της πολιτικής, των διαδικασιών, του ρόλου και των καθηκόντων και η συμμετοχή του νοσηλευτή στη λήψη αποφάσεων αυξάνουν τον αυτοέλεγχο, την ανθεκτικότητα και υπευθυνότητα του. Εφαρμόζοντας δημοκρατική διοίκηση αναπτύσσονται τέτοιες δυνάμεις οι οποίες είναι αποτρεπτικές στην παρουσία της επαγγελματικής εξουθένωσης. Η Αδαλή (2002) τονίζει ότι η επικοινωνία μεταξύ διοικήσεων και νοσηλευτών είναι ο καταλύτης και πρέπει να εξασφαλίζεται από τις διοικήσεις.

Η βελτίωση του εργασιακού περιβάλλοντος χρήζει πρωτεύοντα ρόλου για τους Αδαλή (2002), Αδαλή και Λεμωνίδου (2001), Vachon (1995) και πρέπει να περιλαμβάνει μία ισότιμη ανάπτυξη δραστηριοτήτων, δημιουργία υποστηρικτικής ατμόσφαιρας, μείωση του φόρτου εργασίας και ανάπτυξη ευχάριστου περιβάλλοντος. Οι Δαμίγος και Σιαφάκα (1999), Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος (1999) δίδουν έμφαση στην εφαρμογή πολυμορφίας στην εργασία, ιδιαίτερα σε τμήματα όπου το αντικείμενο εργασίας είναι ιδιαίτερα βαρύ και απαιτητικό, όπως την ενασχόληση με διοικητικές ευθύνες, έρευνα, παρακολούθηση σεμιναρίων, διδασκαλία κ.λπ. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με αναδιάρθρωση και ευελιξία των προγραμμάτων εργασίας,

Η τοποθέτηση του κατάλληλου επαγγελματία στην κατάλληλη θέση αυξάνει την απόδοση του και την παροχή ποιοτικής φροντίδας, και όπως συνεχίζουν οι προαναφερθέντες συγγραφείς, πρέπει να γίνεται σοβαρή καταγραφή των επιλογών των νοσηλευτών ως προς τον επιθυμητό χώρο εργασίας ή την ανάγκη αλλαγής. Σημαντικό είναι να συνδέεται αυτή η επιλογή από μια διεργασία αυτογνωσίας για να μπορέσει ο νοσηλευτής να κατανοήσει τα βαθύτερα αίτια του προβλήματος της εξουθένωσης.

Η δυνατότητα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και επιμόρφωσης χαρακτηρίζεται σαν αναγκαία ειδικά αν γίνεται για

σκοπούς αύξησης του προσωπικού ελέγχου και χρήση αποτελεσματικών στρατηγικών αντιμετώπισης δυσκολιών, για σκοπούς απόκτησης εξειδικευμένων γνώσεων και δεξιοτήτων εκπαίδευσης στο θέμα του άγχους και της επαγγελματικής εξουθένωσης. (Δαμίγος και Σιαφάκα, 1999, Παπαδάτου και Αναγνωστόπουλος 1999, Αδαλή 2002, Balevre 2001).

Συμπεράσματα και εισηγήσεις

Η επαγγελματική εξουθένωση επηρεάζει όπως διαφαίνεται τους νοσηλευτές σε όποιο τομέα και αν εργάζονται. Κάποιους τους επηρεάζει σε μικρό βαθμό και άλλους σε μεγαλύτερο βαθμό αναλόγως συγκεκριμένων συνθηκών που αφορούν είτε τους νοσηλευτές είτε τον χώρο εργασίας τους. Όλα τα προαναφερθέντα σκιαγραφούν την πολυπλευρικότητα του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης η οποία δεν αφήνει περιθώρια στους νοσηλευτές να μπορέσουν, χωρίς τα κατάλληλα εκείνα ατομικά, διοικητικά και άλλα μέτρα να αντεπεξέλθουν. Οι επιπτώσεις της στην ατομικότητα του νοσηλευτή έχει δραματικά αποτελέσματα στην ποιότητα της φροντίδας που προσφέρεται στους ασθενείς. Σαν αποτέλεσμα η εικόνα του επαγγελματία καταρρακώνεται και εν συνεχεία η εικόνα του νοσηλευτικού επαγγέλματος γενικά.

Το πρώτο βήμα στον Κυπριακό χώρο είναι η διεξαγωγή έρευνας από τους νοσηλευτές επί παγκύπριας βάσης για να αποσαφηνισθεί εάν οι Κύπριοι νοσηλευτές βιώνουν επαγγελματική εξουθένωση και σε ποιο βαθμό. Επιπρόσθετα χρειάζεται ο διαχωρισμός σε ποιες μονάδες βιώνεται το σύνδρομο σε μεγαλύτερο βαθμό ή και σε ποια νοσοκομεία ώστε να βοηθήσει στην λήψη των κατάλληλων διορθωτικών μέτρων στους συγκεκριμένους χώρους. Όπως φαίνεται από τις έρευνες σε άλλα κράτη που προαναφέρθηκαν, όπου έχει διεξαχθεί έρευνα για την επαγγελματική εξουθένωση που βιώνουν οι νοσηλευτές, τα αποτελέσματα έδειξαν παρουσία του συνδρόμου σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό. Η καταγραφή και τεκμηρίωση της παρουσίας του συνδρόμου σύμφωνα με την διεθνή βιβλιογραφία θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων εξουθένωσης αλλά και για να ληφθούν

εκείνα τα μέτρα ως προς την πρόληψη εμφάνισης νέων περιπτώσεων και έγκαιρης διάγνωσης τους. Μια τέτοια παγκύπριας διάστασης έρευνα θα δώσει ώθηση ώστε τα μέτρα να ξεκινήσουν από τα ανώτερα στρώματα της νοσηλευτικής διοίκησης δηλαδή το Υπουργείο Υγείας και ακολούθως από τις νοσηλευτικές διοικήσεις των διαφόρων νοσοκομείων.

Είναι καιρός οι νοσηλευτές της Κύπρου να πάρουν στα χέρια τους το μέλλον του

επαγγέλματος τους και μέσω των διαφόρων νοσηλευτικών ερευνών να βελτιώσουν οι ίδιοι την πρακτική αλλά και την εικόνα του επαγγέλματος στην κοινωνία της Κύπρου. Ας μην αφήνουμε άλλους να ρυθμίζουν την νοσηλευτική εργασία σπρώχνοντας τους επαγγελματίες νοσηλευτές στο άγχος και την επαγγελματική εξουθένωση με αντίκτυπο στους ασθενείς και εν καταλήξει την δυσμενή εικόνα του επαγγέλματος στην Κυπριακή Κοινωνία.

Βιβλιογραφία

Αδαλή Ε (2002) Πρόληψη - Αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 2, 169-173.

Αδαλή Ε, Λεμωνίδου Χ (2001) Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 2, 15-22.

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

Δαμίγος Δ, Σιαφάκα Β (1999) Θέματα ψυχοκοινωνικής ογκολογίας. *Αθήνα*

Καπέλλα Μ, Μινέπου Ε, Ζύγα Σ (2002) Μέτρηση ικανοποίησης νοσηλευτικών από την εργασία τους.

Νοσηλευτική 2, 191-196

Καραγιάννης Γ (2003) *Διδακτικές Σημειώσεις*. Νοσηλευτική Σχολή. Λευκωσία.

Κάντας Α (1995) *Οργανωτική-βιομηχανική ψυχολογία*. Μέρος Γ Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.

Καυκιά Θ. Σπυρόπουλλος Χ (1996) Σύνδρομο Κόπωσης των Νοσηλευτών που εργάζονται σε Εξειδικευμένα Τμήματα. 23ο *Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο Πρακτικά: Νοσηλευτική Διοίκηση - Εξελίξεις και Προοπτικές*: ΕΣΔΝΕ, Καβάλα.

Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ (1999) *Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. 3η Έκδοση. Ελληνικά Γράμματα. Αθήνα.

Baker A, Killmer C, Siegriest J, Schaufeli W (2000) Effort-reward imbalance and burnout amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing* 31 (4), 884-991.

Belevre P (2001) Professional nursing burnout and irrational thinking *Journal for Nurses in Staff Development* 17(5), 264-271.

Berg A, Hansson UW, Hallberg IR (1994) Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing* 20(4), 742-749.

Cordes C, Daugherty T (1993) A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review* 18, 621-656.

Coffey M, Coleman M (2001) The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing* 34(3), 397-407.

Dartiquepeyrou M (1999) [Comparative study on stress levels in young nurses in "rotating" and fixed job posts in Dix and Bayonne public hospitals] *Sante Publique* 11 (2), 137-154.

Dolan N (1987) The relationship between burnout and job satisfaction in nurses. *Journal of Advanced Nursing* 12(1), 3-12.

Duquette A, Keronac S, Sanhu BK, Ducharme F, Saulnier P (1995) Psychosocial determinants of burnout in geriatric nursing *International Journal of Nursing studies* 32(5), 443-456.

Edwards D, Burnard P (2003) A systematic review of stress and stress management interventions for mental health nurses. *Journal of Advanced Nursing* 42(2), 169-189.

Gillespie M, Melby V (2003) Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 2, No. 6, pp 842-851.

Gold Y, Roth AR (1993) Teachers managing stress and preventing burnout. The professional health solution. *The Falmer press. London*

Janssen P, Jonge J, Bakker A (1999) Specific determinants of intrinsic work motivation, burnout and turnover intentions. A study among nurses *Journal of Advanced Nursing* 29 (6), 1360-1369.

Kilfeder C, Kevin G, Tony J (2001) Burnout in psychiatric nursing. *Journal of Advanced Nursing* 34(3), 383-397.

Koivula M, Paunonen M, Laippala P (2000) Burnout among nursing staff in two Finnish hospitals. *Journal of Nursing Management*. Vol 8, No 3, pp 149-152.

Lee RT, Ashforth B (1996) A meta-analytic examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology* 81, 123-133.

Marriner T (2000) *Guide to Nursing management and Leadership* 6th edition. Mosby. St. Louis.

Mathers P (1995) Learning to cope with the stress of palliative care. In Penson J. Fisher R (1995) *Palliative care for the people with Cancer*. 2nd edition. Arnold. London.

Molassiotis A, Haberman M (1996) Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses. *Cancer Nursing* 19(5), 360-367.

Omdahl B, D'Donnell (1999) Emotional contagion, empathic concern and communicative responsiveness as variables affecting nurses' stress and occupational commitment *Journal of Advanced Nursing* 29(6), 1351-1359.

Papadatou D, Anagnostopoulos F, Monos D (1994) Factor contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology* 67, 187-199.

Penson R, Dighan F, Canellos G, Picard C, Lynch T (2000) Burnout: Caring for caregivers. *The Oncologist* 5, 425-434

Plant L, Plant A, Foster J (1992) Stress, alcohol, tobacco and illicit drug use amongst nurses: A nurses study. *Journal of Advanced Nursing* 17(9), 1057-1067.

Sawatzky JV (1998) Understanding nursing students' stress: A proposed framework. *Nurse Education Today* 18 (2), 108-115.

Schaefer A, Moos M (1993) Work stressors in health care: Contexts and outcomes. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 3(4), 235-242.

Stordeur S, D'Hoore W, Vandenberghe C (2000) Leadership, organizational stress, emotional exhaustion among hospital nursing staff. *Journal of Advanced Nursing* 35(4), 533-542.

Taormina RJ, Law CM (2000) Approaches to preventing burnout: The effects of personal stress management and organizational socialization. *Journal of Nursing Management* 8(2), 89-100.

Teasdale K, Brocklehurst N, Natasha T (2000) Clinical supervision and support for nurses: an evaluation study *Journal of Advanced Nursing* 33(2), 216-224.

Van Staa AL, Visser A, Van der Zouwe N (2000) Caring for caregivers: expenses and evaluation of interventions for a palliative care team. *Patient education and Counseling* 41 (1), 93-105.

Vachon ML (1995) Staff stress in hospice / palliative care: a review *Palliative Medicine* 9(2), 91-122.

Van Servellen G, Leake B (1993) Burnout in hospital nurses: a comparison of acquired immunodeficiency syndrome, oncology, general medical and intensive care unit nurse samples. *Journal of Professional Nursing* 1(3), 169-177.