

Η Αντιμετώπιση της Επαγγελματικής Εξουθένωσης στη Νοσηλευτική

Ευδοκία Μισουρίδου

Professional Burnout

Abstract at the end of the article

Νοσηλεύτρια MSc, PhD, Θεραπεύτρια
Μονάδας Απεξάρτησης Αλκοολικών,
Ψυχιατρικό Νοσοκομείο Αττικής,
Εργαστηριακός Συνεργάτης,
Β΄ Νοσηλευτική, ΤΕΙ Αθήνας, Αθήνα

Η νοσηλευτική είναι ένα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που πλήττονται σημαντικά από το επώδυνο σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης. **Σκοπός:** Η διερεύνηση των αιτιών της εξουθένωσης σε ατομικό και οργανωτικό επίπεδο καθώς και της αντιμετώπισής τους. **Υλικό-Μέθοδος:** Μελέτη της ελληνικής και της διεθνούς βιβλιογραφίας από ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων και χειροδιαλογή επιστημονικών περιοδικών. **Αποτελέσματα:** Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης απαιτεί τη βαθύτερη αλλαγή της σχέσης με την εργασία, την κατανόηση των αιτιών του προβλήματος, την επεξεργασία πεποιθήσεων και προσδοκιών, καθώς και αλλαγές που αφορούν στη συνολική στάση ζωής του νοσηλευτή. Επιπλέον, απαιτείται μια κουλτούρα εργασιακού πλαισίου που να υποστηρίζει τη δημιουργία μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας, ικανής να επιτρέψει τη συνειδητοποίηση και την επεξεργασία των αντιφάσεων που εμπλέκονται καθημερινά στη νοσηλευτική πρακτική. **Συμπεράσματα:** Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι σήμερα δυνατή και μάλιστα οδηγεί το νοσηλευτή σε μεγαλύτερη αυτογνωσία. Η αντιμετώπιση της όμως δεν είναι υπόθεση ενός νοσηλευτή, αλλά ολόκληρου του οργανισμού που πρέπει να μοιράζεται κοινές αξίες και στόχους.

Λέξεις ευρητηρίου: Αυτογνωσία, επαγγελματική εξουθένωση, Νοσηλευτική, στρατηγικές αντιμετώπισης

Εισαγωγή

Το πρόβλημα της επαγγελματικής εξουθένωσης (ΕΕ) άρχισε να απασχολεί την επιστημονική κοινότητα στα μέσα της δεκαετίας του 1970.^{1,2} Η Νοσηλευτική είναι ένα από τα ανθρωπιστικά επαγγέλματα που πλήττονται σημαντικά από αυτό το επώδυνο σύνδρομο με μεγάλες συνέπειες για τον εργαζόμενο, τον οργανισμό και την ποιότητα της φροντίδας.³ Σύμφωνα με αποτελέσματα μελετών, οι πιο συχνές αιτίες που αναφέρονται είναι ο φόρτος εργασίας,⁴⁻⁶ η συναισθηματική εργασία,⁷⁻⁹ η οργανωτική και η διοικητική δομή των δημόσιων νοσοκομείων,^{10,11} ο μειωμένος έλεγχος και η περιορισμένη αυτονομία στο σχεδιασμό και την παροχή φροντίδας.^{6,10,12,13} Επιπλέον, αναφέρονται οι συγκρούσεις αξιών ανάμεσα στην εκπλήρωση των επαγγελματικών υποχρεώσεων και των απαιτήσεων του οργανισμού,^{6,14,15} το συναισθηματικό κλίμα της εργασιακής ομάδας,^{4,16,17} η κακή ηγεσία,^{12,13,18} οι συγκρούσεις και ο εκφοβισμός στο χώρο εργασίας,¹⁹⁻²¹ και βέ-

Υποβλήθηκε: 13.11.2008
Επανυποβλήθηκε: 14.7.2009
Εγκρίθηκε: 18.7.2009

Υπεύθυνη αλληλογραφίας:
Ευδοκία Μισουρίδου
Αιολέων 31, 118 52 Αθήνα
Τηλ.: 210 34 63 649
e-mail: evdmisouridou@yahoo.gr

βαια η χαμηλή αμοιβή και η έλλειψη αναγνώρισης του νοσηλευτικού έργου.^{3,6,11}

Σημαντικό μειονέκτημα των μελετών που έχουν διερευνήσει το πρόβλημα της ΕΕ στη Νοσηλευτική αποτελεί το γεγονός ότι στην πλειοψηφία τους περιορίζονται στην καταγραφή, την περιγραφή και την ανάλυση του φαινομένου ενώ αναφέρονται ελάχιστα στην αντιμετώπιση του συνδρόμου.

Σκοπός

Σκοπός του άρθρου ήταν η διερεύνηση της αντιμετώπισης της επαγγελματικής εξουθένωσης καθώς και η περιγραφή των μεθόδων με τις οποίες ο νοσηλευτής μπορεί να ανανεώσει τη σχέση του με την εργασία, να κατανοήσει τα αίτια του προβλήματος, να επεξεργαστεί τις πεποιθήσεις του και να επιδώξει βαθύτερες αλλαγές.

Μέθοδος

Διενεργήθηκε εκτεταμένη ανασκόπηση της διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων Cinahl, Medline και psycINFO, ενώ για την ελληνική βιβλιογραφία έγινε επιπλέον χειροδιαλογή βιβλίων και άρθρων. Οι λέξεις κλειδιά ήταν “burn-out”, “coping-strategies” και “nursing”, με χρονικό κριτήριο τις τρεις τελευταίες δεκαετίες. Επιπλέον, εξετάστηκαν όλες οι βιβλιογραφικές αναφορές των σχετικών άρθρων.

Αρχικά, θα περιγραφεί το πρόβλημα της εξουθένωσης και των συναισθημάτων που το συνοδεύουν μέσα από αναφορές των ίδιων των νοσηλευτών. Στη συνέχεια, θα παρουσιαστεί ο τρόπος με τον οποίο οι νοσηλευτές μπορούν να αλλάξουν τη σχέση τους με τον ασθενή, τους συναδέλφους, τους προϊστάμενους και γενικότερα τη διοικητική κουλτούρα του νοσοκομείου καθώς και με τον ίδιο τους τον εαυτό στη διαδικασία της επαγγελματικής τους αυτοανάπτυξης και της συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Τέλος, προτείνονται τρόποι αντιμετώπισης σε συλλογικό επίπεδο.

Περιγραφή του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης

Η πιο συχνή περιγραφή του συνδρόμου στη βιβλιογραφία είναι αυτή της Maslach,² η οποία διέκρινε τα τρία κύρια χαρακτηριστικά της επαγγελματικής εξουθένωσης: τη συναισθηματική εξάντληση, την ανάπτυξη απρόσωπων σχέσεων και την έλλειψη προσωπικών επιτευγμάτων. Η ενέργεια, η συμμετοχή και η αποτελεσματικότητα του επαγγελματία εξανεμίζονται από την εξάντληση και τον

κυνισμό. Η εργασία γίνεται «άψυχη», το άτομο διαβρώνεται ψυχικά και πνευματικά. Νιώθει συναισθηματικά στεγνό, οδυνηρά άδειο. Η «συναισθηματική νέκρωση» συχνά επεκτείνεται και σε άλλους τομείς της ζωής του. Ακόμη και όταν αλλάζουν οι συνθήκες προς το καλύτερο, το θύμα της επαγγελματικής εξουθένωσης δυσκολεύεται να αντιληφθεί την αλλαγή, γίνεται δύσπιστο και παγιδύεται στο φαύλο κύκλο της αποπροσωποποίησης. Η αδιαφορία του για τους άλλους –στοιχείο που διακρίνει την επαγγελματική εξουθένωση από το επαγγελματικό άγχος– μπορεί να φθάνει ακόμη και στο σημείο της απάθειας. Δυστυχώς, το φαινόμενο αυτό εμφανίζεται στα άτομα που ήταν ιδιαίτερα ενθουσιασμένα με το αντικείμενό τους και συνεισέφεραν σε αυτό με νέες ιδέες και πολλή ενέργεια, έχοντας όμως υψηλές προσδοκίες εξέλιξης και ανταμοιβής.

Σύμφωνα με τους Edelwich και Brodsky,²² το πέρασμα στην επαγγελματική εξουθένωση είναι μια προοδευτική διεργασία απομυθοποίησης της πραγματικότητας και διακρίνεται από τα ακόλουθα στάδια:

- *Στάδιο ενθουσιασμού:* Χαρακτηρίζεται από υπερβολικά υψηλούς στόχους, μη ρεαλιστικές προσδοκίες και υπερεπένδυση στις σχέσεις με τους ασθενείς
- *Στάδιο αμφιβολίας και αδράνειας:* Ο επαγγελματίας υγείας αρχίζει να αντιλαμβάνεται ότι, ενώ προσφέρει πολλά, η εργασία δεν ανταποκρίνεται στις βαθύτερες ανάγκες και προσδοκίες του
- *Στάδιο απογοήτευσης και ματαίωσης:* Ο επαγγελματίας αποθαρρύνεται και συχνά αισθάνεται απογοήτευση και κατάθλιψη
- *Στάδιο απάθειας:* Ο επαγγελματίας αισθάνεται «κενός» στο τέλος της ημέρας, απαθής, αποθαρρημένος, έχει χαμηλή αυτοεκτίμηση, νιώθει ενοχές, δέχεται επικρίσεις, καταφεύγει σε συγκρούσεις ή στην απομόνωση.

Σημαντικό χαρακτηριστικό της επαγγελματικής εξουθένωσης είναι ότι αποτελεί μια ύπουλη διαδικασία, η οποία είναι δύσκολο να διαγνωστεί. Τα άτομα που υποφέρουν από το συγκεκριμένο σύνδρομο, δεν αντιλαμβάνονται ακριβώς τι τους συμβαίνει,^{23,24} ενώ συχνά απωθούν ή συνειδητά επιλέγουν να αγνοήσουν τα σωματικά συμπτώματα, τις γνωσιακές δυσκολίες και τον ψυχικό πόνο που τους προκαλεί. Οι παρακάτω περιγραφές προκύπτουν από αναφορές των ίδιων των νοσηλευτών μετά την ανάρρωσή τους από το σύνδρομο.

Τα συναισθήματα των νοσηλευτών που βίωσαν το σύνδρομο της επαγγελματικής εξουθένωσης μέσα από ποιοτικές έρευνες

Η Severinsson²³ καθώς και οι Ekstedt και Faberberg²⁴ μελέτησαν την επαγγελματική εξουθένωση, παίρνοντας

συνεντεύξεις από τους ίδιους τους νοσηλευτές που βίωσαν το συγκεκριμένο πρόβλημα. Οι νοσηλευτές ανέφεραν ότι ένιωθαν αδύναμοι να εκπληρώσουν τις ηθικές τους υποχρεώσεις, εξαντλημένοι, χωρίς ενέργεια και κίνητρο, αβοήθητοι και μόνοι. Τα προβλήματα φάνταζαν ανυπέβλητα. Η έκθεση στον ανθρώπινο πόνο, το να είναι μάρτυρες σε στιγμές όπου οι άνθρωποι υποφέρουν, αποτελούσε αρχικά μια αγωνιώδη εμπειρία που τους έκανε να νιώθουν ευάλωτοι και να βιώνουν ενοχή για τη δυσκολία τους να βοηθήσουν. Κατηγορούσαν συνεχώς τον εαυτό τους για το ότι δεν ήταν καλοί νοσηλευτές. Δεν ήταν ικανοί να προσφέρουν, δεν είχαν να δώσουν. Τα όρια, τα οποία υποδείκνυαν πού άρχιζε και πού τελείωνε η ευθύνη ήταν απροσδιόριστα. Αντιμετώπιζαν δυσκολίες στη μνήμη –δε θυμούνταν πώς να κάνουν γνωστά πράγματα– και στη συγκέντρωση, καθώς και προβλήματα υγείας. Η χαμηλή αυτοπεποίθηση, η ντροπή και οι ενοχές τους εμπόδιζαν να ζητήσουν βοήθεια. Η έντονη ντροπή τους οδηγούσε σε αισθήματα απώλειας ελέγχου, ανεπάρκειας και κατωτερότητας, στην απομάκρυνση από τους άλλους ανθρώπους και στην εγκατάλειψη. Αρχίζαν να παραιτούνται από τα τακτικά γεύματα, τον ύπνο, τη σωματική άσκηση, τις κοινωνικές δραστηριότητες, το χρόνο για ξεκούραση. Ζούσαν συνεχώς με το φόβο, μήπως κάνουν λάθη. Βίωναν το δίλημμα να μην εμπλακούν συναισθηματικά ή να κάνουν σχέσεις δίχως νόημα με τους ασθενείς. Η αποστασιοποίηση από τους ασθενείς –μια απαραίτητη διέξοδος– προκαλούσε εσωτερική σύγκρουση και αίσθημα βαθιάς διάψευσης των προσδοκιών τους να είναι οι νοσηλευτές που ήθελαν, με αποτέλεσμα να απειλείται η επαγγελματική αυτοεικόνα τους. Ο αγώνας για να αποφύγουν την έκθεση της ευαλωτότητάς τους και να προστατέψουν την αυτοεικόνα τους, τους οδηγούσε στην κοινωνική απομόνωση, καθώς και στην απώθηση των συναισθημάτων τους. Η ανάρρωση άρχιζε μόνο όταν το πρόβλημα έφθανε στο απροχώρητο (“hitting bottom” stage) και άρχιζαν να αποδέχονται τις δυσκολίες τους.

Η ανάρρωση των νοσηλευτών και η αλλαγή της σχέσης με την εργασία

Η ανάρρωση από την ΕΕ^{23,24} περιγράφεται ως μια διαδικασία κατά την οποία οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν την ευθύνη του εαυτού τους. Προϋποθέτει τη συνειδητή απόφαση για αλλαγή της κατάστασης, της ανάπτυξης μιας στρατηγικής επιβίωσης και της ανάκτησης του ελέγχου της ζωής τους. Αποτελεί μια βαθιά και μοναδική διαδικασία στην οποία αλλάζουν τις στάσεις τους, τις αξίες τους, τα συναισθήματά τους, τις ικανότητές τους και τους ρόλους που συνήθιζαν να αναλαμβάνουν. Η επεξεργασία

της εμπειρίας της επαγγελματικής εξουθένωσης τους βοηθάει να εμβαθύνουν στο νόημα της φροντίδας. Σταδιακά, αλλάζουν τις σχέσεις τους με τους ασθενείς, τους συναδέλφους, τους προϊσταμένους και τη διοίκηση και, βέβαια, τη σχέση τους με τον ίδιο τους τον εαυτό.

Η αλλαγή της σχέσης με τους ασθενείς

Εκείνο που είναι μοναδικό στην ΕΕ είναι ότι το άγχος προέρχεται κυρίως από την κοινωνική αλληλεπίδραση μεταξύ αυτού που παρέχει βοήθεια και του αποδέκτη της.² Η παρουσία δίπλα στον ασθενή που πονάει και υποφέρει δημιουργεί έντονα συναισθήματα στους νοσηλευτές, όπως αναστάτωση, φόβο, άγχος, ενοχές, θυμό και αίσθημα ανεπάρκειας, όταν δεν καταφέρνουν να του προσφέρουν την κατάλληλη φροντίδα αλλά και ικανοποίηση και αίσθημα πληρότητας, όταν τον βοηθούν και τον ανακουφίζουν.⁹ Οι νοσηλευτές καλούνται να αναγνωρίσουν αυτά τα συναισθήματα και να τα διαχειριστούν στη σχέση τους με τους ασθενείς («συναισθηματική εργασία»^{7,9}) με τέτοιο τρόπο, ώστε να καταφέρουν να προσφέρουν τα «μικρά πράγματα» τα οποία κάνουν τον ασθενή να νιώθει τον νοσηλευτή σύμμαχο στις δυσκολίες του. Η αναγνώριση όμως και η διαχείριση των συναισθημάτων απαιτεί αυτογνωσία και κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου («ενσυναίσθηση») και βέβαια εμπειρία στις ανθρώπινες σχέσεις. Διαφορετικά, οι συναισθηματικές απαιτήσεις της επαφής με τον ασθενή μπορεί να προκαλέσουν έντονο άγχος στο νοσηλευτή και να τον οδηγήσουν στην αποστασιοποίηση⁸ και στη δημιουργία απρόσωπων σχέσεων.²

Η αρνητική, απόμακρη και κυνική στάση απέναντι στους ασθενείς εκδηλώνεται με διάφορους τρόπους, όπως με το να τους προσβάλλει και να τους ταπεινώνει, να αρνείται να είναι κοινωνικός και ευγενικός, να αγνοεί τις εκκλήσεις και τις ανάγκες τους ή να αποτυγχάνει στην παροχή της κατάλληλης βοήθειας και φροντίδας υγείας.³ Στην προσπάθεια να βρίσκεται όσο το δυνατό μεγαλύτερο χρονικό διάστημα μακριά από τον ασθενή, τα διαλείμματα μεγαλώνουν, οι συζητήσεις με τους συναδέλφους αυξάνουν, η επαγγελματική ορολογία χρησιμοποιείται πιο συχνά,³ ενώ εφαρμόζεται το λειτουργικό μοντέλο νοσηλευτικής πρακτικής.⁸ Με αυτόν όμως τον τρόπο χάνει τις δυνατότητες θετικής ανατροφοδότησης και επαγγελματικής αυτοπραγμάτωσης που προσφέρουν η επικοινωνία και η φροντίδα του ασθενούς.

Σε αντίθεση με την προσπάθεια επίτευξης της απόστασης ως τρόπου μείωσης του άγχους, ένα συχνό πρόβλημα που υποτιμάται είναι η «υπερεμπλοκή», η μεγάλη εγγύτητα.²⁵ Συχνά, στα πρώτα του εργασιακά χρόνια, ο νοσηλευτής μπορεί να ταυτίζεται υπερβολικά, να χάνει την αντικειμε-

νικότητά του, να προχωρά πέρα από τα επαγγελματικά όρια. Σαν αποτέλεσμα, «βγαίνει» από τον επαγγελματικό του ρόλο και έρχεται πολύ κοντά στον ασθενή, εμπλέκεται συναισθηματικά, γίνεται φίλος του, αναλαμβάνει σε υπερβολικό βαθμό την ευθύνη του, μοιράζεται προσωπικά θέματα ή διατηρεί σχέσεις μαζί του μετά από το νοσοκομείο.²⁶ Κατά συνέπεια, ο νοσηλευτής χάνει την αντικειμενικότητά του και το απαραίτητο επίπεδο συναισθηματικής απόστασης, με αποτέλεσμα αρνητικές συνέπειες στην κλινική του κρίση. Επίσης, μπορεί να βιώνει συναισθηματικό πόνο, να υποφέρει για τον ασθενή και να νιώθει ένταση. Αυτές οι σχέσεις είναι δυσλειτουργικές και δεν του επιτρέπουν να εκπληρώσει τις απαιτήσεις του εργασιακού του ρόλου, μιας και, όταν κατακλύζεται από το συναίσθημα, επηρεάζεται η γνωσιακή του ικανότητα και η συμπεριφορά του.

Η σχέση με τον ασθενή είναι λειτουργική, όταν ο νοσηλευτής χρησιμοποιεί ισορροπημένα τόσο τις γνωστικές όσο και τις συναισθηματικές λειτουργίες. Η ισορροπημένη χρήση λογικής και συναισθήματος τον βοηθά να είναι την ίδια στιγμή παρών και συνδεδεμένος με τον ασθενή αλλά και σε απόσταση από αυτόν. Αυτή η απόσταση βέβαια διαφέρει από την αποστασιοποίηση ή την άρνηση ψυχικής επαφής και απαιτεί εμπειρία, τόσο για να γίνει κατανοητή όσο και επιτεύξιμη. Η σχέση με τους ασθενείς αλλάζει ως αποτέλεσμα της εμπειρίας.²⁷ Η αλλαγή αυτή σημαίνει ότι οι νοσηλευτές υιοθετούν έναν πιο επαγγελματικό τρόπο φροντίδας αλλά και ότι αναπτύσσουν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση ανθρώπων και καταστάσεων που παλιότερα τους αναστάτωναν. Σαν αποτέλεσμα, παρά την πίεση από το εργασιακό πλαίσιο, αισθάνονται ικανοί να αναπτύξουν ικανοποιητικές θεραπευτικές σχέσεις με τους ασθενείς.^{27,28} Ωστόσο, η αλλαγή αυτή απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας. Ακόμη και όταν δεν συνειδητοποιούν την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πολύχρονη παρουσία στον εργασιακό χώρο τους οδηγεί στο να καταλάβουν κάποια στιγμή αβίαστα ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα.²⁷ Γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, μπορούν να προστατέψουν τον εαυτό τους ευκολότερα, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (ενσυναίσθηση).

Η αλλαγή της σχέσης με τους συναδέλφους

Κάθε χώρος εργασίας διαθέτει μια μοναδική ατμόσφαιρα. Σε μια λειτουργική κουλτούρα εργασιακού πλαισίου, στην οποία κυριαρχούν η δικαιοσύνη και ο σεβασμός, ο εργαζόμενος αισθάνεται ασφάλεια και είναι παραγωγικός. Εξάλλου, η μάθηση επιτυγχάνεται μέσω της υποστηρικτικής καθοδήγησης, ενώ η μεγαλύτερη εμπειρία συντελεί στην άντληση ικανοποίησης από την εργασία σε μια συ-

νεκτική ομάδα. Όμως, συχνά, το εργασιακό πλαίσιο είναι δυσλειτουργικό, καταπιεστικό, προσβλητικό, ακόμη και εκφοβιστικό.²⁹ Οι συνάδελφοι μπορεί να είναι απόντες, ψυχροί, απόμακροι, αδιάφοροι ή να είναι ενεργά δυσάρεστοι, αγενείς και απότομοι. Τα άτομα, στα οποία κυρίως στρέφεται η επιθετικότητα αισθάνονται δυστυχημένα, εγκλωβισμένα και κοντά στην επαγγελματική εξουθένωση. Η άδικη συμπεριφορά προωθεί τον κυνισμό, υπονομεύοντας τη σχέση με την εργασία. Οι Leiter και Maslach,²⁹ αφού μελέτησαν το εργασιακό κλίμα σε μεγάλο αριθμό επιχειρήσεων, παρατήρησαν ότι πολύ συχνά το εργασιακό περιβάλλον χαρακτηρίζεται από διχόνοια, κακή επικοινωνία, έλλειψη δικαιοσύνης, δουλειές «πίσω από κλειστές πόρτες», κλειστές ομάδες που περιθωριοποιούν όσους δεν συμμορφώνονται με τις στάσεις τους. Οι νοσηλευτές αποτελούν μια επαγγελματική ομάδα που πολύ συχνά αντιμετωπίζει προβλήματα επιθετικής συμπεριφοράς, συγκρούσεων και εκφοβισμού μεταξύ συναδέλφων.^{20,30,31} Η ενδοσυναδελφική επιθετικότητα και η μειωμένη συναδελφική αλληλεγγύη αποτελούν πηγές άγχους, επαγγελματικής εξουθένωσης,^{20,21,30,31} ματαίωσης και θυμού.^{16,30}

Σύμφωνα με το Farrell,¹⁹ η επιθετικότητα ανάμεσα σε νοσηλευτές αναφέρεται ως η πλέον επώδυνη μορφή επιθετικότητας σε σύγκριση με αυτήν η οποία προέρχεται από γιατρούς και ασθενείς και μάλιστα, η πλειοψηφία αναφέρει ότι η επιθετικότητα αποτελεί τη δυσκολότερη πλευρά της νοσηλευτικής εργασίας. Η Kelly,³² στη μελέτη της για την επαγγελματική κοινωνικοποίηση των νοσηλευτών, περιγράφει την αγωνιώδη προσπάθεια των νέων νοσηλευτών να αποκτήσουν την αποδοχή της ομάδας, καθώς και τις πιέσεις που δέχονται μέσα σε αυτήν αφού αρχίζουν με αρκετό ιδεαλισμό την καριέρα τους. Στην ουσία, οι νοσηλευτές επιδιώκουν πρώτα την αποδοχή από την ομάδα και μόνο αφού κατοχυρώσουν τη θέση τους – συχνά έχοντας συμμορφωθεί στις αρχές που επιτάσσει η ομάδα – εστιάζουν στην προσπάθεια να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των ασθενών.^{33–35} Έτσι η επιτυχία της προσαρμογής σχετίζεται με την ικανότητα να γίνει κανείς αρεστός στα μέλη της ομάδας ικανοποιώντας τις προσδοκίες της³⁶ και τροποποιώντας την επαγγελματική ταυτότητα που έχτιζε στα χρόνια της εκπαίδευσης του.³²

Σημαντικό μειονέκτημα στη διαδικασία της επαγγελματικής κοινωνικοποίησης αποτελεί η έμφαση κατά τα χρόνια της εκπαίδευσης στην ατομική ανάπτυξη και συμπεριφορά και όχι στις ομαδικές διεργασίες. Κατ' αυτόν τον τρόπο, οι νέοι νοσηλευτές είναι απροετοίμαστοι για να λειτουργήσουν ως μέλη της ομάδας. Σύμφωνα με τη Ραγιά,³⁷ ο νοσηλευτής οφείλει να πιστεύει στη δημιουργική δύναμη της ομάδας, να αντιλαμβάνεται

τα μειονεκτήματα της μεμονωμένης προσπάθειας και να καλλιεργεί την ικανότητα συνεργασίας, η οποία είναι αποτέλεσμα ψυχικής και κοινωνικής ωριμότητας. Οι νέοι νοσηλευτές, όμως, συχνά αγνοούν τον τρόπο με τον οποίο οι στάσεις τους και οι συμπεριφορές τους συμβάλλουν στις δυσκολίες τους.³⁸ Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι η συνεργασία προϋποθέτει αυτογνωσία, δηλαδή ακριβή γνώση των προσόντων του ατόμου, των δυνατοτήτων του, των ορίων του, της αντοχής του, των δυσκολιών και των αδυναμιών του, των αρετών και των κλήσεων του, καθώς και πιθανών χαρακτηριστικών της προσωπικότητάς του, όπως η φιλοπρωτία, η ιδιορρυθμία, η εμμονή στο προσωπικό θέλημα και η υποτίμηση των ικανοτήτων των άλλων.³⁷ Σε κάθε περίπτωση πάντως, η ικανότητα για συνεργασία δεν αποτελεί έμφυτο χαρακτηριστικό αλλά καλλιεργείται με την εμπειρία στις επαγγελματικές σχέσεις. Επιπλέον, οι νοσηλευτές με την πάροδο του χρόνου αποκτούν ανθεκτικότητα στην επιθετικότητα που εκδηλώνεται μέσα στο αγχώσιο εργασιακό πλαίσιο και αποκτούν άμυνες που τους βοηθούν στην επίλυση των συγκρούσεων και στην αυτοπροστασία.³⁹ Επαγρυπνούν για προειδοποιητικά σημεία και αφουγκράζονται τη δυναμική των σχέσεων, σταδιακά αποκτούν αντίληψη της ατμόσφαιρας του τμήματος, αποφασίζουν να μην αντιλαμβάνονται τις όποιες δυσκολίες, ενώ γίνονται περισσότερο ευέλικτοι στη διαχείριση των σχέσεων και στην επίλυση των συγκρούσεων.³⁸

Οι Leiter και Maslach²⁹ παραθέτουν πρακτικές συμβουλές για τη βελτίωση των επαγγελματικών σχέσεων και για τον τρόπο με τον οποίο ο εργαζόμενος μπορεί να προωθήσει καινοτομίες όπως:

- Απουσία επικριτικότητας προς τον προϊστάμενο ή τους συναδέλφους, ώστε να μην υπάρξει αίσθημα ανταγωνιστικότητας
- Προσφορά βοήθειας προς τους συναδέλφους
- Κριτική της προσωπικής εργασίας πριν από οποιαδήποτε προσπάθεια μετατόπισης του ενδιαφέροντος στην εργασία άλλων ατόμων
- Δημιουργία συμμαχιών, οι οποίες να στηρίζουν τα σχέδια του επαγγελματία. Οι συμμαχίες απαιτείται να στοχεύουν σε κάποιον ομαδικό στόχο και να μην αποκλείουν/υπονομεύουν κανένα
- Παρουσίαση οποιασδήποτε καινοτομίας ως νόμιμο έργο της εργασίας του επαγγελματία
- Πρόβλεψη αντίστασης στην αλλαγή.

Βέβαια, όταν ο νοσηλευτής εμφανίζει πλέον συμπτώματα επαγγελματικής εξουθένωσης, αυτές οι συμβουλές είναι δύσκολο να εφαρμοστούν, αφού το ίδιο το σύνδρομο οδηγεί σε επιδείνωση των σχέσεων, σε συγκρούσεις, σε απόσυρση

και σε μείωση της κοινωνικότητας,⁴⁰ ενώ συχνά συνοδεύεται από επικριτική ή και προσβλητική συμπεριφορά από τους συναδέλφους.²⁴ Σε τέτοιες περιπτώσεις είναι προτιμότερη μια ήπια προσέγγιση, παρά μια άμεση αντιπαράθεση ή σύγκρουση που μπορεί να συμβάλλει στη διαιώνιση επιθετικής ή ανταγωνιστικής συμπεριφοράς. Επιπλέον, απαιτείται η αναζήτηση υποστήριξης από μέλη της ομάδας ή από κάποιον επόπτη ή σύμβουλο θεραπευτή, ώστε να επιτευχθεί η αργή και σταδιακή ανάρρωση από το φαύλο κύκλο του συνδρόμου. Βασική προϋπόθεση αποτελεί η αποδοχή του προβλήματος και η αναζήτηση βοήθειας.

Η αλλαγή της σχέσης με τους ανωτέρους και τη διοικητική κουλτούρα του οργανισμού

Έχει μεγάλη σημασία για το νοσηλευτή-θύμα της επαγγελματικής εξουθένωσης να απομυθοποιήσει την προσωπική του εμπειρία, κατανοώντας ότι τα προβλήματά του είναι κοινά με εκείνα πολλών άλλων νοσηλευτών. Ένα από τα αίτια του συνδρόμου αποτελεί η έλλειψη συμπαράστασης από τον προϊστάμενο και τη νοσηλευτική διοίκηση.^{3,12,13,18} Το περιβάλλον εργασίας μπορεί να υπονομεύει την αυτονομία του προσωπικού και να μειώνει τις δυνατότητες για επιτεύγματα. Η ΕΕ σχετίζεται με την αναποτελεσματικότητα της διοικητικής κουλτούρας, η οποία επηρεάζει την ποιότητα στην εργασία των νοσηλευτών.¹¹⁻¹³ Επιπλέον, οι προϊστάμενοι συχνά διαθέτουν υψηλή τεχνογνωσία, αλλά έχουν έλλειμμα σε επικοινωνιακές ικανότητες και εξειδικευμένες γνώσεις στα ζητήματα διοίκησης. Έτσι, μπορεί να ενισχύουν τις συγκρούσεις και να μη διευκολύνουν τις ομαλές σχέσεις αξιοποιώντας το σημαντικό τους ρόλο στην επίλυση συγκρούσεων.^{12,41} Σε έρευνα του Lewis,³¹ οι προϊστάμενοι υποστήριζαν μεθόδους εκφοβισμού ως καθιερωμένες στρατηγικές, μέσω των οποίων έφθαναν στους επιθυμητούς εργασιακούς στόχους. Επίσης, η πλειοψηφία των νοσηλευτών που υπήρξαν θύματα εκφοβισμού σε έρευνα του McMillan⁴² ανέφεραν τους προϊσταμένους ως πηγή επιθετικότητας.

Πρέπει να σημειωθεί, βέβαια, ότι και οι προϊστάμενοι κάποτε είναι θύματα επιθετικότητας και εκφοβισμού από συναδέλφους τους ή από τη νοσηλευτική ομάδα, η οποία μπορεί να αντιστέκεται σε κάποια καινοτομία που εισάγει ο προϊστάμενος ή όταν αυτός είναι άπειρος. Μάλιστα, η θέση τους στον οργανισμό είναι ιδιαίτερα δύσκολη λόγω της μειωμένης επιρροής τους σε σύγκριση με τους αντίστοιχους προϊσταμένους της ιατρικής και διοικητικής υπηρεσίας,⁴³ καθώς και των πιέσεων που δέχονται από την ιεραρχία αλλά και από τα άτομα που διοικούν.^{44,45} Ο Hunter¹⁴ σε έρευνά του ανέφερε ότι οι φοιτητές και οι νεοδιορισμένοι νοσηλευτές έχουν μια

ιδεολογία πρακτικής που έχει επίκεντρο τον ασθενή και βρίσκεται σε σύγκρουση με την ιδεολογία των αρχαιότερων νοσηλευτών και της διοίκησης, οι οποίοι εστιάζουν στη διεκπεραίωση καθηκόντων για το ομαλό πέρασμα του ασθενούς μέσα από το σύστημα υγείας. Παρατήρησε, επίσης, ότι η σύγκρουση του προσωποκεντρικού και του κατ'εργασία μοντέλου νοσηλευτικής πρακτικής ("task-orientated nursing", «λειτουργικό σύστημα οργάνωσης της εργασίας») στις προσεγγίσεις νεότερων και αρχαιότερων νοσηλευτών δημιουργεί εντύπωση σύγκρουσης επαγγελματιών από διαφορετικούς κλάδους. Σε αυτή τη σύγκρουση ιδεολογίας πρακτικής μπορούν να αποδοθούν οι ανταγωνιστικές σχέσεις μεταξύ αρχαιότερων και νεότερων νοσηλευτών που δημιουργούν σύγχυση στη νοσηλευτική πρακτική.

Η πρόληψη αλλά και η ανάρρωση από την επαγγελματική εξουθένωση απαιτούν την κατανόηση και την επεξεργασία αυτών των αντιφάσεων στη νοσηλευτική πρακτική, καθώς και των ιδιοσυγκρασιακών ιδιαιτεροτήτων των ανωτέρων. Κατά συνέπεια, η βελτίωση των σχέσεων με τους ανωτέρους απαιτεί χρόνο, επιμονή και υπομονή. Σε περίπτωση προσπάθειας εφαρμογής κάποιας καινοτομίας, αυτή πρέπει να υποστηρίζεται από τη νοσηλευτική ομάδα και να παρουσιάζεται ως υλοποίηση του νόμιμου καθηκοντολογίου, μια διαδικασία που απαιτεί προετοιμασία, ικανότητα πειθούς, σεμνότητα και υψηλού βαθμού συνεργασία.²⁹

Η αλλαγή της σχέσης με τον εαυτό

Για τους περισσότερους φοιτητές της Νοσηλευτικής, βασικό κίνητρο επιλογής της επαγγελματικής τους σταδιοδρομίας αποτελεί η επιθυμία παροχής φροντίδας στον άνθρωπο.⁴⁶ Αρχίζουν τις σπουδές τους με αρκετό ιδεαλισμό, πιστεύοντας ότι ο σωστός συνδυασμός ποιοτικής εκπαίδευσης, ειλικρινούς ενδιαφέροντος για τους άλλους και δέσμευσης θα τους βοηθήσει να ανακουφίσουν αρκετούς ανθρώπους. Σύντομα όμως οι προσδοκίες τους διαψεύδονται, χάνουν το πάθος και την αισιοδοξία τους, συμμορφώνονται στις παραδοσιακές πρακτικές που επιτάσσει η ομάδα εργασίας ενώ αφιερώνουν το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου τους στην εκτέλεση λειτουργικών καθηκόντων και στη διευθέτηση γραφειοκρατικών θεμάτων και ζητημάτων ρουτίνας.⁸ Παράλληλα, μεταβάλλεται ο τρόπος που ορίζουν την επαγγελματική τους ταυτότητα, οι αξίες και τα κίνητρά τους γίνονται περισσότερο υλιστικά και εγωκεντρικά, αισθάνονται αγανάκτηση, θυμό και κυνισμό. Σύμφωνα με τον McLeod,⁴⁷ η μεταστροφή αυτή χαρακτηρίζει όλα τα επαγγέλματα υγείας και οφείλεται στην έλλειψη αυτογνωσίας και στην ανεπαρκή φροντίδα εαυτού.

Οι νέοι επαγγελματίες, τις περισσότερες φορές δεν έχουν αντιμετωπίσει τις δοκιμασίες της ζωής που οδηγούν στη γνώση του εαυτού αλλά και στη γνώση των άλλων. Ο παιδικός εγωκεντρισμός και η μεγαλομανία δεν έχουν ακόμη μετατραπεί σε ρεαλιστική αυτοεκτίμηση. Μπροστά στην ανθρώπινη αδυναμία και την ασθένεια αισθάνονται ενοχές και αναλαμβάνουν ασυνείδητα τους ρόλους του ήρωα ή του σωτήρα, παίρνοντας πάνω τους όλη την ευθύνη του ασθενούς. Υπερεκτιμούν, δηλαδή, τις δυνατότητές τους για επιτυχία και προσφορά, υπερεμπλέκονται, δεν βάζουν όρια, προσπαθούν να αποδείξουν ότι είναι καλύτεροι ή ότι νοιάζονται περισσότερο από όλους τους άλλους τριγύρω τους. Η υπερλειτουργικότητα είναι ένα συχνό χαρακτηριστικό που πηγάζει από τις προσπάθειες να διατηρήσουν έναν τρόπο συμπεριφοράς που ανταμοιβόταν ιδιαίτερα στο παρελθόν από τους γονείς. Κι αυτό, γιατί το παιδί μπορεί να ήταν μια πολύ σημαντική πηγή κινητοποίησης, ερεθισμάτων και υποστήριξης για το γονέα, με αποτέλεσμα ως ενήλικας να συνεχίζει να προσφέρει αυτή τη λειτουργία. Στην ουσία, το παιδί αισθανόταν υπεύθυνο για την οικογένειά του και για τους γονείς του, ήταν δηλαδή «γονεϊκό παιδί» και έτσι, όχι τυχαία, επέλεξε κάποιο από τα επαγγέλματα της προσφοράς. Πίσω, όμως, από την υπερλειτουργικότητα και την υπευθυνότητα κρύβονται ασυνείδητες/ανικανοποίητες ανάγκες για εκτίμηση και αγάπη.^{47,48}

Η εκπαίδευση, ένας χώρος ο οποίος θα μπορούσε να προετοιμάσει τους νέους επαγγελματίες για τη συναισθηματική εργασία που απαιτεί η φροντίδα της αδυναμίας-ασθένειας, προωθεί την καλλιέργεια της αντικειμενικής και λογικής αντιμετώπισης των αναγκών του ασθενούς, δίνοντας ελάχιστη σημασία στην υποκειμενικότητα, στις συναισθηματικές διεργασίες, στη γνώση του εαυτού και του άλλου, που υποστηρίζουν τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας. Σύμφωνα όμως με τον Coleman,^{49,50} η προσαρμογή και η επιτυχία στον εργασιακό χώρο εξαρτώνται μόνο κατά 10–20% από τις ακαδημαϊκές επιδόσεις και γνώσεις που αποκτήθηκαν από την εκπαίδευση. Σε μεγαλύτερο βαθμό, η προσαρμογή και η επιτυχία εξαρτώνται από τη «συναισθηματική νοημοσύνη», την ικανότητα γνώσης των συναισθημάτων στον εαυτό και στους άλλους, η οποία αποτελεί απαραίτητο θεμέλιο της ουσιαστικής επικοινωνίας και συνεργασίας. Όσο περισσότερο γνωρίζει τον εαυτό του και τους άλλους, τόσο πιο δημιουργικός γίνεται ο νοσηλευτής στην προσφορά φροντίδας, χωρίς να κατηγορεί το «σύστημα», αγνοώντας τη συμβολή των δικών του αδυναμιών σε οποιαδήποτε προσπάθειά του. Όσο περισσότερο κατανοεί την ανάγκη του για εκτίμηση και θαυμασμό και τη

βαθιά του επιθυμία να είναι αρεστός, τόσο είναι σε θέση να ορίσει τον εαυτό του διαφορετικά, να διαχειριστεί τις πιέσεις με νέους τρόπους, να βάλει όρια και να σκύψει πάνω από τις προσωπικές του ανάγκες, να γίνει τελικά ένας πληγωμένος θεραπευτής, ο οποίος αναγνωρίζει ότι δεν είναι παντοδύναμος αλλά ευάλωτος, τρωτός και πάνω απ' όλα ανθρώπινος.⁵¹

Αξίζει να σημειωθεί ότι η εξουθένωση οδηγεί το άτομο στην κατάρρευση αλλά και στη γνώση των αναγκών του. Η ανάρρωση από το επώδυνο αυτό σύνδρομο ισοδυναμεί με μια σταδιακή αλλαγή στο σύστημα αξιών, στις προσδοκίες και στις πεποιθήσεις, μια σταδιακή μεταστροφή σε λιγότερο άκαμπτες και δυσπροσαρμοστικές προσδοκίες και, τέλος, μια αναθεωρημένη κοσμοθεωρία, η οποία είναι πιο ευέλικτη και περισσότερο σύμφωνη με την εργασιακή πραγματικότητα, και η οποία του επιτρέπει να διατηρήσει το νόημα, παρά τα πολλαπλά εμπόδια στο να νιώθει επιτυχημένος. Έτσι, ο νοσηλευτής μαθαίνει σταδιακά να:

- Επιτρέπει στον εαυτό του να έχει ανάγκες
- Ικανοποιεί τις ανάγκες του με πιο αποτελεσματικούς τρόπους
- Μη ζητά από τον εαυτό του περισσότερα απ' όσα μπορεί να δώσει
- Λέει «όχι» και να βάζει όρια, σεβόμενος τον εαυτό του
- Ορίζει περισσότερο ρεαλιστικούς και επιτεύξιμους στόχους
- Αναπτύσσει τις ικανότητες της ενσυναίσθησης και της συνεργασίας
- Συνδέεται με τον ευάλωτο εαυτό του και να είναι «πληγωμένος θεραπευτής», αποκτώντας ολοένα και μεγαλύτερο βαθμό αυτογνωσίας.

Το σύμβολο του «πληγωμένου θεραπευτή» στη σύγχρονη Ιατρική και ψυχοθεραπεία είναι ο κένταυρος Χείρωνας, μια από τις πιο αντιφατικές μορφές της αρχαίας ελληνικής μυθολογίας. Μισός άνθρωπος μισός άλογο, διέφερε από τους υπόλοιπους κενταύρους που χαρακτηρίζονταν για την ορμητικότητα και τη βιαιότητά τους, μιας και διακρινόταν για τη σοφία του, την πραότητα, τη γλυκύτητα του λόγου και τις θεραπευτικές του ικανότητες. Ζούσε σε μια σπηλιά στην κορυφή του Πηλίου, όπου δίδαξε την τέχνη της θεραπείας στον Ασκληπιό. Όμως, αν και θεός, υπέφερε από ένα ανίατο τραύμα. Ο Ηρακλής, σε μια συμπλοκή του με τους Κένταυρους, πλήγωσε άθελά του το φημισμένο θεραπευτή με τα δηλητηριώδη βέλη του. Από τότε, ο φημισμένος θεραπευτής υπέφερε από την ανίατη πληγή του. Το τραγικό και παράδοξο αυτό χαρακτηριστικό συμβολίζει την ανάγκη αυτογνωσίας και σύνδεσης του θεραπευτή με τις δικές του πληγές, με τον εσωτερικό του κόσμο και την υποκειμενικότητά του. Κατ'

αντιστοιχία, μόνο μέσα από την αυτογνωσία μπορούν οι νοσηλευτές να φροντίσουν με σοφία τον εαυτό τους και να υπηρετήσουν με ευαισθησία τον άνθρωπο που πάσχει. Στην καρδιά του μυστηρίου της θεραπείας και της προσφοράς στο συνάνθρωπο κρύβεται η γνώση του εαυτού και η σύνδεση του θεραπευτή με τις πληγές του.

Η συγκρότηση μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας

Η σταδιακή ανάπτυξη της αυτογνωσίας βοηθάει το νοσηλευτή να αλλάξει τη σχέση του με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τους προϊστάμενους του και να συμφιλιωθεί με τον εαυτό του. Έτσι, αποτελεί κύριο παράγοντα της επαγγελματικής εξέλιξης και αυτο-ανάπτυξης. Η διαμόρφωση όμως μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας απαιτεί επιπλέον τη συνειδητοποίηση των επιλογών του επαγγελματία σε σχέση με τις επιστημολογικές, κοινωνικές, ψυχολογικές και επαγγελματικές του παραδοχές. Η προσωπική θεωρία του νοσηλευτή αποτελείται από αντιφατικές αντιλήψεις, συνειδητές ή ασυνειδητές. Αυτές οι αντιφάσεις πρέπει να εκληφθούν θετικά, γιατί προάγουν την κριτική στάση στη νοσηλευτική πρακτική. Πολλές από αυτές τις αντιφάσεις δεν θα πάψουν ποτέ να υφίστανται. Πάντα η εκπαίδευση θα διδάσκει το «ορθό» και το ιδεατό και θα συγκρούεται με τις απαιτήσεις ενός συστήματος, που χαρακτηρίζεται από αντιφατικές επιδιώξεις και αλληλοσυγκρουόμενους προσανατολισμούς, προάγοντας έτσι την κριτική σκέψη. Ο νοσηλευτής που είναι σε θέση να επεξεργαστεί αυτές τις αντιφάσεις θα έχει καταφέρει να χτίσει μια ισχυρή επαγγελματική ταυτότητα. Ισχυρά μέσα για την επίτευξη αυτού του σκοπού αποτελούν η επιμόρφωση με ουσιαστικό περιεχόμενο και η εποπτεία.

Η επιμόρφωση βοηθά το νοσηλευτή να επεξεργαστεί και να συνειδητοποιήσει τις αντιφατικές αντιλήψεις και τις πρακτικές που διέπουν την εργασιακή του καθημερινότητα. Ουσιαστικά, τον καθιστά ικανό ερευνητή της νοσηλευτικής του πρακτικής, μέσα από μια διαδικασία κριτικής αυτο-διερεύνησης. Μόνο μέσα από τη συνειδητοποίηση της νοσηλευτικής πρακτικής μπορεί να δημιουργηθεί το πλαίσιο οικοδόμησης της προσωπικής θεωρίας του. Διαφορετικά, ο νοσηλευτής οδηγείται στη μηχανοποίηση της νοσηλευτικής πράξης. Επιπρόσθετα, η ομαδική εποπτεία τον βοηθάει να εκτονώσει έντονα συναισθήματα, να τα επεξεργαστεί, να συνειδητοποιήσει την εμπειρία του, να βάλει προτεραιότητες στην προσπάθεια συγκρότησης της αλλαγής, να ανακαλύψει νέους τρόπους αντιμετώπισης των προβλημάτων του. Η επεξεργασία της εμπειρίας του

τον βοηθάει να εμβαθύνει στο νόημα της φροντίδας, να συγκροτήσει τη δική του προσωπική θεωρία για τη νοσηλευτική φροντίδα και να αυτοπροστατευτεί. Είναι ευνόητο, ότι η διαδικασία αυτή προλαμβάνει αλλά και θεραπεύει την επαγγελματική εξουθένωση.

Συμπεράσματα

Η επαγγελματική εξουθένωση οδηγεί τους επαγγελματίες υγείας σε σωματική, ψυχική και πνευματική εξάντληση η οποία σταδιακά επεκτείνεται σε όλους τους τομείς της ζωής τους. Η ανάρρωση από το επώδυνο αυτό σύνδρομο είναι δυνατή, όταν ο επαγγελματίας αποφασίζει να αλλάξει τη σχέση του με την εργασία αλλά και τη συνολική στάση ζωής του. Η αλλαγή αυτή απαιτεί την κατανόηση των αιτιών της εξουθένωσης, την επεξεργα-

σία πεποιθήσεων και προσδοκιών και την επιδίωξη μιας πολύπλευρης και απαιτητικής ανασυγκρότησης. Συγκεκριμένα, ο νοσηλευτής αλλάζει τον τρόπο με τον οποίο σχετίζεται με τους ασθενείς, βελτιώνει τη σχέση του με τους συναδέλφους και τους ανωτέρους και επιδιώκει τη γνώση των αναγκών του και των ορίων του (αυτογνωσία), καθώς και τη γνώση των αναγκών και των συναισθημάτων των άλλων (ενσυναίσθηση).

Η επιμόρφωση και η εποπτεία, που βοηθούν το νοσηλευτή να επεξεργαστεί ζητήματα τα οποία αφορούν στις σχέσεις με τους ασθενείς, τους συναδέλφους και τον εαυτό του, αποτελούν πολύτιμα εφόδια στην προσπάθεια συγκρότησης μιας ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας. Η αντιμετώπιση βέβαια της ΕΕ δεν είναι υπόθεση ενός νοσηλευτή, αλλά ολόκληρου του οργανισμού που πρέπει να μοιράζεται κοινές αξίες και στόχους.

ABSTRACT

Coping with Professional Burnout

Evdokia Missouridou

*MSc, PhD, RN, Therapist, Alcohol Treatment Unit, Psychiatric Hospital of Attica,
Part-time Clinical Lecturer, B' Nursing Department, Technological Educational Institute of Athens, Athens, Greece*

Nursing is among the caring professions which are significantly affected by the painful burnout syndrome. **Aim:** An investigation was made of the causes of job burnout at the individual and the organizational levels, and the ways of coping with it. **Results:** The study showed that dealing with job burnout demands radical changes in the relationship of nurses with their work, awareness of the causes of burnout, consideration of beliefs and expectancies, and changes concerning their attitudes towards life and work. There is a need for a working culture in nursing that supports the development of a robust professional identity, which in turn makes possible the awareness and handling of the contradictions involved in everyday nursing practice. **Conclusions:** Recovery from job burnout is possible, and indeed it can lead a nurse to greater self-awareness. Dealing with burnout is not the responsibility of the individual nurse but of the entire organization, which should have a single set of values and objectives. **NOSILEFTIKI 2009, 48 (4): 358-366.**

Key-words: *burnout, coping strategies, nursing, self-awareness*

✉ **Corresponding Author:** Evdokia Missouridou, 31 Eoleon street, GR-118 52 Athens, Greece, tel.: +30 210 34 63 649, e-mail: evdmissouridou@yahoo.gr

Βιβλιογραφία

- Freudenberger HJ, Richelson G. *Burn-out: The high cost of high achievement*. Doubleday & Co, Garden City, New York, 1980:16
- Maslach C, Scaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397-422
- Αδαλή Ε. Επαγγελματική εξουθένωση νοσηλευτών. Έννοια, συνιστώσες, συνέπειες. *Νοσηλευτική* 2000, 39:292-297
- Αδαλή Ε, Λεμονίδου Χ. Παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτών. *Νοσηλευτική* 2001, 40:15-22
- McVicar A. Workplace stress in nursing: A literature review. *J Adv Nurs* 2003, 44:633-642
- Glasberg AL, Erikson S, Norberg A. Burnout and "stress of conscience" among healthcare personnel. *J Adv Nurs* 2006, 57:392-403
- Smith P. The emotional labour of nursing. Its impact on interpersonal relations, management and the educational environment in nursing. In: Soothill K, McKay L, Melia K (eds) *Classic texts in health care*. Macmillan, London, 1992:226-231

8. Menzies IEP. A case study in the functioning of social systems as a defence against anxiety. *Hum Relat* 1960, 13:95–121
9. Μισουρίδου Ε. Η συναισθηματική εργασία και η θεραπευτική σχέση νοσηλευτή-ασθενή. *Νοσηλευτική* 2007, 46:374–380
10. Taylor S, White B, Muncer S. Nurses' cognitive structural models of work-based stress. *J Adv Nurs* 1999, 29:974–983
11. Καρανιάδου ΑΝ, Αναγνωστόπουλος Φ. Συγκριτική μελέτη της επαγγελματικής εξουθένωσης των νοσηλευτριών και των γιατρών. *Τετράδια Ψυχιατρικής* 2008, 102:79–92
12. Stordeur S, D'Hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. *J Adv Nurs* 2001, 35:533–542
13. Glasberg AL, Norberg A, Söderberg A. Sources of burnout among healthcare employees as perceived by managers. *J Adv Nurs* 2007, 60:10–19
14. Hunter B. Conflicting ideologies as a source of emotion work in midwifery. *Midwifery* 2004, 20:261–272
15. Cronqvist A, Theorell T, Burns T, Lötzen K. Dissonant imperatives in nursing: A conceptualization of stress in intensive care in Sweden. *Intensive Crit Care Nurs* 2001, 17:228–236
16. Harrison M, Loiselle CG, Duquette A, Semenic SE. Hardiness, work support and psychological distress among nursing assistants and registered nurses in Quebec. *J Adv Nurs* 2002, 38(6):584–591
17. Bakker AB, Le Blanc PM, Schaufeli WB. Burnout contagion among intensive care nurses. *J Adv Nurs* 2005, 51(3):276–287
18. McGrath A, Reid N, Boore J. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud* 2003, 40:555–565
19. Farrell GA. Aggression in clinical settings: Nurses' views – a follow-up study. *J Adv Nurs* 1999, 29:532–541
20. McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: Experiences of registered nurses in their first year of practice. *J Adv Nurs* 2003, 42:90–96
21. Ουζούνη Χ. Διερευνητική μελέτη των παραγόντων που προκαλούν στρες στο νοσηλευτικό προσωπικό των ψυχιατρικών μονάδων βραχείας νοσηλείας. *Νοσηλευτική* 2005, 44:355–363
22. Edelwich J, Brodsky A. *Burnout: Stages of disillusionment in helping professions*. Human Science Press, New York, 1980
23. Severinsson E. Moral stress and burnout: Qualitative content analysis. *Nurs Health Sci* 2003, 5:59–66
24. Ekstedt M, Faberberg I. Lived experiences of the time preceding burnout. *J Adv Nurs* 2005, 49:59–67
25. Williams A. A literature review on the concept of intimacy in nursing. *J Adv Nurs* 2001, 33:660–667
26. Wright LD. Violating professional boundaries. *Nursing* 2006, 36:52–54
27. Mackintosh C. Protecting the self: A descriptive qualitative exploration of how registered nurses cope with working in surgical areas. *Int J Nurs Stud* 2007, 44:982–990
28. McCreight BS. Perinatal grief and emotional labour: A study of nurses' experiences in gynae wards. *Int J Nurs Stud* 42:439–448
29. Leiter MP, Maslach C. *Πώς να αντιμετωπίσετε την επαγγελματική εξουθένωση*. (Επιμέλεια-Μετάφραση: Αντωνίου ΑΣ). Εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα, 2007
30. Rowe MM, Sherlock H. Stress and verbal abuse in nursing: Do burned out nurses eat their young? *J Nurs Manag* 2005, 13, 242–248
31. Lewis M. Nurse bullying: Organizational considerations in the maintenance and perpetration of health care bullying cultures. *J Nurs Manag* 2006, 14:52–58
32. Kelly B. Preserving moral integrity: A follow-up study with new graduate nurses. *J Adv Nurs* 1998, 28:1134–1145
33. Newton JM, McKenna L. The transitional journey through the graduate year: A focus group study. *Int J Nurs Stud* 2007, 44:1231–1237
34. Brennan G, McSherry R. Exploring the transition and professional socialization from health care assistant to student nurse. *Nurse Educ Pract* 2007, 7:206–214
35. Duchscher JE. Out in the real world: Newly graduated nurses in acute-care speak out. *J Nurse Adm* 2001, 31:426–439
36. Randle J. Bullying in the nursing profession. *J Adv Nurs* 2003, 43:395–401
37. Ραγιά Α. Η καλή συνεργασία, πρόκληση και προϋπόθεση στη σύγχρονη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική* 2003, 42:286–292
38. Duddle M, Boughton M. Intraprofessional relations in nursing. *J Adv Nurs* 2007, 59:29–37
39. Jackson D, Firtko A, Edenborough M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: A literature review. *J Adv Nurs* 2007, 60:1–9
40. Lidman EE, Strandberg G. Burnout: Co-workers' perceptions of signs preceding workmates' burnout. *J Adv Nurs* 2007, 60:199–208
41. Σταθοπούλου Χ. Επίλυση συγκρούσεων σε νοσοκομειακό περιβάλλον. *Νοσηλευτική* 2006, 45:50–58
42. McMillan I. Losing control. *Nurs Times* 1995, 91:40–43
43. West E, Barron DN, Dowsett J, Newton JN. Hierarchies and cliques in the social networks of health care professionals: Implications for the designs of dissemination strategies. *Soc Sci Med* 1999, 48:633–646
44. Dopson S, Fitzgerald L. The role of middle-manager in the implementation of evidence-based health care. *J Nurs Manag* 2006, 14:43–51
45. Hewison A. Middle management and nursing. *J Nurs Manag* 2006, 14:1–4
46. Κοτζαμπασάκη Σ, Αντρεά Σ, Βαρδάκη Ζ, Κυριακίδου Ε, Μαντζώρου Μ, Ντίκου Μ. Αξίες, στάσεις και πεποιθήσεις φοιτητών Νοσηλευτικής για την ιδανική επαγγελματική σταδιοδρομία και για την επαγγελματική σταδιοδρομία στη Νοσηλευτική. *Νοσηλευτική* 2003, 42:353–363
47. McLeod ME. The caring physician: A journey in self-exploration and self-care. *Am J Gastroenterol* 2003, 98:2135–2138
48. Ζαφείρης Α, Ζαφείρη Ε, Μουζακίτης Χ. *Οικογενειακή θεραπεία: Θεωρία και πρακτικές εφαρμογές*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999
49. Goleman D. *Η συναισθηματική νοημοσύνη*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1998
50. Goleman D. *Η συναισθηματική νοημοσύνη στο χώρο εργασίας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2000
51. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. *Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*. Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 1999