



ΑΛΕΞΑΝΔΡΕΙΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ  
ΙΔΡΥΜΑ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ ΤΜΗΜΑ  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ COMPASSION FATIGUE ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ, ΜΙΑ  
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ»

Φοιτήτριες:

Αστερίου Ασπασία

Ιωάννα

Κοσενάκη



Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:

Δρ. Θάλεια Μπελλάλη PhD, MSc, Νοσηλεύτρια ΠΕ-Ψυχολόγος

Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας στις ψυχοτραυματικές διαταραχές

Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσ/νίκης

ΣΕΠ –Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας)

Θεσσαλονίκη 2018

**«Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΟΥ COMPASSION FATIGUE ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΕΣ ΜΙΑ  
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ»**

**Φοιτήτριες:**

**Αστερίου Ασπασία**

**ΑΜ: 9432/2013**

**Ιωάννα Κοσενάκη**

**ΑΜ: 9389/2013**

**Επιβλέπουσα Καθηγήτρια:**

**Δρ. Θάλεια Μπελλάλη PhD, MSc, Νοσηλεύτρια ΠΕ-Ψυχολόγος**

**Καθηγήτρια Νοσηλευτικής Ψυχικής Υγείας στις ψυχοτραυματικές διαταραχές**

**Τμήμα Νοσηλευτικής, «Αλεξάνδρειο» Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Θεσ/νίκης**

**ΣΕΠ –Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο (MSc Διοίκηση Μονάδων Υγείας)**

**Θεσσαλονίκη 2018**



### ***ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ***

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε την επιβλέπουσα καθηγήτρια Θάλεια Μπελλάλη για την ανάθεση του συγκεκριμένου θέματος, την άριστη συνεργασία και την πολύτιμη συμβολή της στην ολοκλήρωση της παρούσας Πτυχιακής Εργασίας.

Επιπλέον ευχαριστούμε θερμά τις οικογένειές μας για την ηθική και οικονομική υποστήριξη και όλους όσους συνέβαλαν στο να ολοκληρωθεί η παρούσα εργασία με τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

«Μην πιστεύεις μόνο ότι σου λεν  
τα μάτια σου.  
Δείχνουν μόνο τους περιορισμούς.  
Να κοιτάς μέσα σου,  
να ανακαλύπτεις ό,τι ήδη ξέρεις  
και  
θα καταλάβεις  
πως πρέπει να πετάς»

*R.Bach Ο Γλάρος Ιωνάθαν*



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	<b>11</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>12</b>
<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ</b> .....	<b>13</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	<b>15</b>
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup></b> .....	<b>18</b>
<b>1. Ιστορική ανασκόπηση - Ορισμοί</b> .....	<b>19</b>
1.1. Η έννοια συμπόνιας (compassion).....	19
1.2 Η έννοια εν συναίσθηση.....	20
1.2.1 Ορισμός.....	24
1.2.2 Προτάσεις παρεμβάσεων.....	25
1.2.3 Συναισθηματική επίγνωση.....	26
1.2.4 Τεχνική εν συναίσθηση.....	26
1.3 Η έννοια του τραύματος.....	27
1.3.1 Τραυματικά γεγονότα που σχετίζονται με την νοσηλευτική φροντίδα στη ΜΕΘ.....	29
1.3.2 Επιβαρυντικοί παράγοντες.....	29
1.3.3 Ανάρρωση και Έλεγχος στο Τραύμα.....	30
1.4 Η έννοια του στρες (stress).....	30
1.4.1 Αιτιοπαθογένεια του στρες.....	31
1.4.2 Συμπτώματα του στρες.....	32
1.4.3 Στρατηγικές διαχείρισης του στρες.....	33
<b>2. Compassion fatigue</b> .....	<b>35</b>
2.1 Η έννοια του compassion fatigue.....	35
2.2 Αιτίες και παράγοντες κινδύνου.....	38
2.2.1 Σε επαγγελματίες υγείας.....	40
2.3 Συμπτώματα κόπωσης από συμπόνια.....	41
2.4 Συμπτώματα που σχετίζονται με την εργασία.....	41
2.4.1 Σωματικά:.....	42
2.4.2 Συναισθηματικά:.....	42
2.5 Σημεία αναγνώρισης σύγχυσης ορίων από τον νοσηλευτή.....	43
2.6 Επαγγελματική αυτοανάπτυξη: ένα ταξίδι προς την αυτογνωσία και την ωριμότητα.....	43
2.7 Σχέδιο παρέμβασης.....	44
2.8 Θεραπεία αντιμετώπιση.....	44
2.9 Πρόληψη.....	44
2.9.1 Οι πρακτικές μείωσης του άγχους.....	45

2.10 Παρέμβαση .....	45
2.11 Θεωρητικές προοπτικές που σχετίζονται με την κόπωση της συμπόνιας .....	46
2.12 Προσόντα Νοσηλεύτη .....	47
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3ο.....</b>	<b>49</b>
<b>3. ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΑΣ SELF-TEST.....</b>	<b>50</b>
3.1 Δοκιμασία Compassion Fatigue Self-Test.....	50
3.2 Οδηγίες αυτόματης βαθμολόγησης, αν χρησιμοποιείται ως αυτοέλεγχος .....	52
3.3 Ικανοποίηση συμπεριφοράς / αποτελεσματικά αποτελέσματα .....	52
3.4 Ο κίνδυνος για Burnout:.....	53
3.5 Ο κίνδυνος κόπωσης από την συμπόνια.....	53
<b>4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ (έρευνες που έχουν γίνει την τελευταία δεκαετία).....</b>	<b>56</b>
4.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	56
4.2 Εισαγωγή .....	56
4.3 Συμπεράσματα.....	60
4.4 Προτάσεις.....	61
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....</b>	<b>63</b>
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	63
ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ .....	64
ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ .....	70



## **ΠΕΡΙΛΗΨΗ**

Η κόπωση της συμπόνιας, γνωστή και ως δευτερογενής τραυματική τάση (STS), είναι μια κατάσταση που χαρακτηρίζεται από βαθμιαία μείωση της συμπόνιας με την πάροδο του χρόνου. Είναι κοινά μεταξύ των ατόμων, των επαγγελματιών υγείας και άλλους άτυπους φροντιστές ασθενών που πάσχουν από χρόνια ασθένεια (Jennifer R.;2011). Διαγνώστηκε για πρώτη φορά σε νοσηλευτές τη δεκαετία του 1950.

Οι πάσχοντες μπορούν να παρουσιάσουν διάφορα συμπτώματα, όπως απελπισία, μείωση στις εμπειρίες από την ευχαρίστηση, το συνεχές άγχος και το άγχος, την αϋπνία ή τους εφιάλτες και μια διαδεδομένη αρνητική στάση. Αυτό μπορεί να έχει επιζήμιες επιπτώσεις για τα άτομα, τόσο επαγγελματικά όσο και προσωπικά, συμπεριλαμβανομένης της μείωσης της παραγωγικότητας, της αδυναμίας εστίασης και της ανάπτυξης νέων συναισθημάτων έλλειψης ικανότητας και αυτοπεποίθησης .

Οι αναλυτές της δημοσιογραφίας υποστηρίζουν ότι τα μέσα μαζικής ενημέρωσης έχουν προκαλέσει εκτεταμένη συμφορητική κόπωση στην κοινωνία με την κορεσμό εφημερίδων και ειδησεογραφικών εκπομπών με συχνά αποσυμπιεσμένες εικόνες και ιστορίες τραγωδίας και ταλαιπωρίας. Αυτό έχει προκαλέσει την ευαισθητοποίηση του κοινού και / ή την ανθεκτικότητα του ατόμου που υποφέρει.

## **ABSTRACT**

Compassion fatigue, also known as secondary traumatic stress (STS), is a condition characterized by a gradual lessening of compassion over time. It is common among individuals of health professions and other informal caregivers of patients suffering from a chronic illness (*Jennifer R.;2011*). It was first diagnosed in nurses in the 1950s.

Sufferers can exhibit several symptoms including hopelessness, a decrease in experiences of pleasure, constant stress and anxiety, sleeplessness or nightmares, and a pervasive negative attitude. This can have detrimental effects on individuals, both professionally and personally, including a decrease in productivity, the inability to focus, and the development of new feelings of incompetency and self-doubt.

Journalism analysts argue that the media has caused widespread compassion fatigue in society by saturating newspapers and news shows with often decontextualized images and stories of tragedy and suffering. This has caused the public to become desensitized and/or resistant to helping people who are suffering.

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Οι εργαζόμενοι σε επαγγέλματα υγείας μπορεί να έχουν θετικά συναισθήματα και σκέψεις όσον αφορά την ικανότητα τους να βοηθούν τους συνανθρώπους τους και έτσι να συνεισφέρουν στο ευρύτερο καλό της κοινωνίας (ικανοποίηση συμπόνιας). Μπορεί όμως να νιώθουν κιάλας πως υπηρετώντας το κοινωνικό σύνολο, χάνουν την αίσθηση του εαυτού τους και πλημμυρίζουν από αρνητικές σκέψεις και αισθήματα (δευτερογενές τραυματικό στρες ή κόπωση συμπόνιας). Η έννοια του δευτερογενούς τραυματικού στρες εμφανίστηκε μόλις τα προηγούμενα χρόνια στην επιστημονική βιβλιογραφία και αντιπροσωπεύει «το κόστος της φροντίδας» για τους επαγγελματίες υγείας. Μια πρώιμη χρήση του όρου Compassion Fatigue ήταν σε ένα αμερικανικό έγγραφο του 1981 για την πολιτική μετανάστευσης. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 τα ΜΜΕ στις Ηνωμένες Πολιτείες χρησιμοποίησαν κόπωση από συμπόνια για να περιγράψουν την έλλειψη υπομονής του κοινού ή ίσως απλώς την έλλειψη υπομονής του συντάκτη με το «πρόβλημα των αστέγων». Είχε προηγουμένως παρουσιαστεί ως μια ανωμαλία που είχε υπάρξει μόνο για ένα μικρό χρονικό διάστημα και θα μπορούσε ενδεχομένως να λυθεί (*Link, B Getal. 19950*). Ο όρος χρησιμοποιήθηκε επίσης το 1992 όταν ο Joinson χρησιμοποίησε τον όρο σε ένα νοσηλευτικό περιοδικό για να περιγράψει νοσηλευτές που ασχολούνται με έκτακτες ανάγκες σε νοσοκομεία. Η κόπωση έχει μελετηθεί από το πεδίο της τραυματολογίας, όπου ονομάζεται "κόστος φροντίδας" για άτομα που αντιμετωπίζουν συναισθηματικό πόνο.

Η κόπωση της συμπόνιας έχει επίσης ονομαστεί δευτερογενής θυματοποίηση (*Figley, C. 1982*), δευτερογενής τραυματική πίεση (*Figley, C. R. 1983*), υποτακτικός τραυματισμός (*Lisa McCann, et al. 1990*) και δευτερογενής επιζών (*Remer, R., & Elliott, J. E. 1988*). Η κόπωση της συμπόνιας έχει οριστεί ως μορφή εξουθένωσης σε κάποια λογοτεχνία. Ωστόσο, σε αντίθεση με την κόπωση της συμπόνιας, η «εξάντληση» σχετίζεται με το χρόνιο τραυματισμό στις σταδιοδρομίες και το χώρο εργασίας, παρά με την έκθεση σε συγκεκριμένα είδη προβλημάτων του ατόμου, όπως τραύμα (*Beck, C 2011*). Η ιδέα της συμπόνιας χωρίς να ασχολείται με πραγματικό τραύμα δεν εξαντλείται. Σύμφωνα με αυτά, όταν η εν συναίσθηση αναλύθηκε με συμπόνια μέσω της νευροαπεικόνισης, η εν συναίσθηση παρουσίασε ενεργοποιήσεις της περιοχής του εγκεφάλου όπου εντοπίστηκαν προηγουμένως να σχετίζονται με τον πόνο ενώ η συμπόνια έδειξε παραμορφωμένες νευρικές ενεργοποιήσεις (*Ricard, Matthieu (2015)*). Στην ακαδημαϊκή βιβλιογραφία μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο πιο τεχνικός όρος δευτεροπαθής τραυματικός διαταραχή στρες.

Ο όρος "κόπωση συμπόνιας" θεωρείται κάπως ευφημικός. Η κόπωση της συμπόνιας φέρει επίσης κοινωνιολογικούς συνειρμούς, ειδικά όταν χρησιμοποιείται για να αναλύσει τη συμπεριφορά των μαζικών δωρεών ως απάντηση στην ανταπόκριση των μέσων ενημέρωσης

στις καταστροφές. Ένα μέτρο κόπωσης συμπόνιας βρίσκεται στην κλίμακα Pro QOL ή επαγγελματική ποιότητα ζωής. Μια άλλη είναι η Δευτεροβάθμια Κλίμακα Τραυματικού Άγχους.

Υπάρχουν τελικά σοβαρές συνέπειες που απορρέουν από το δευτερογενές τραυματικό στρες στην ψυχική υγεία του ατόμου. Συνέπειες όμως υπάρχουν και σε άλλους τομείς και περιλαμβάνουν την μείωση της παραγωγικότητας, την αύξηση των λαθών, την πτώση του ηθικού και τον αρνητικό επηρεασμό των προσωπικών σχέσεων του ατόμου στο σπίτι και στον χώρο της εργασίας που τελικά μπορεί να οδηγήσουν σε συνολική επιδείνωση της γενικής κατάστασης υγείας του ατόμου.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η νοσηλευτική είναι ένα ιδιαίτερος στρεσογόνο επάγγελμα, όπου οι νοσηλευτές δίνουν μεγάλο μέρος του εαυτού τους συναισθηματικά κατά την παροχή φροντίδας, ενώ δίνουν λίγη σημασία στον εαυτό τους, βάζοντας τις ανάγκες των ασθενών πάνω από τις δικές τους. Αλληλεπιδρούν καθημερινά με ανθρώπους διαφορετικής ψυχοσύνθεσης, συνεργάζονται με βοηθητικό προσωπικό, συχνά εργάζονται πολλές συνεχόμενες βάρδιες και φυσικά όλα αυτά ενώ αγωνίζονται να δώσουν άριστη φροντίδα σε ένα περιβάλλον που με την φιλοσοφία του «κάνε περισσότερα με λιγότερα» (Mc Holm, 2006).

Ωστόσο με τη πάροδο του χρόνου η καθημερινή τους ρουτίνα, τους βάζει σε κίνδυνο συναισθηματικής εξάντλησης, διότι, δεν βρίσκουν χρόνο για να προλάβουν να ανακάμψουν συναισθηματικά και σωματικά από την ένταση και την πίεση της δουλειάς, και έτσι είναι πιο τρωτοί στις αρνητικές συνέπειες (Pffifferling & Gilley, 2000).

Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χάνουν την αίσθηση του εαυτού τους και πλημμυρίζουν από αρνητικές σκέψεις και αισθήματα (κόπωση συμπόνιας ή δευτερογενές τραυματικό στρες). Οι ίδιες εμπειρίες που τους οδηγούν στην συμπόνια και τους παρέχουν ικανοποίηση συμπόνιας (Compassion Satisfaction), τους οδηγούν και στην κόπωση συμπόνιας (Compassion Fatigue), (Chase, 2005).

Οι επαγγελματίες υγείας συχνά νιώθουν ικανοποίηση από την παροχή βοήθειας σε ανθρώπους που έχουν βιώσει εξαιρετικά στρεσογόνα γεγονότα (Stamm, 2002; Stamm, et al., 2002), το στρες όμως που συσχετίζεται με αυτές τις προσπάθειες μπορεί να έχει αρνητική επίδραση στους επαγγελματίες υγείας (Jenkins & Maslach, 1994; Figley, 1995a; Figley, 2002a).

Οι νοσηλευτές είναι συνεχώς εκτεθειμένοι στον πόνο και τα βάσανα αυτών που φροντίζουν και σε κάθε επαφή – αλληλεπίδραση μαζί τους, έρχονται αντιμέτωποι με την θλίψη και την απομόνωση των ασθενών.

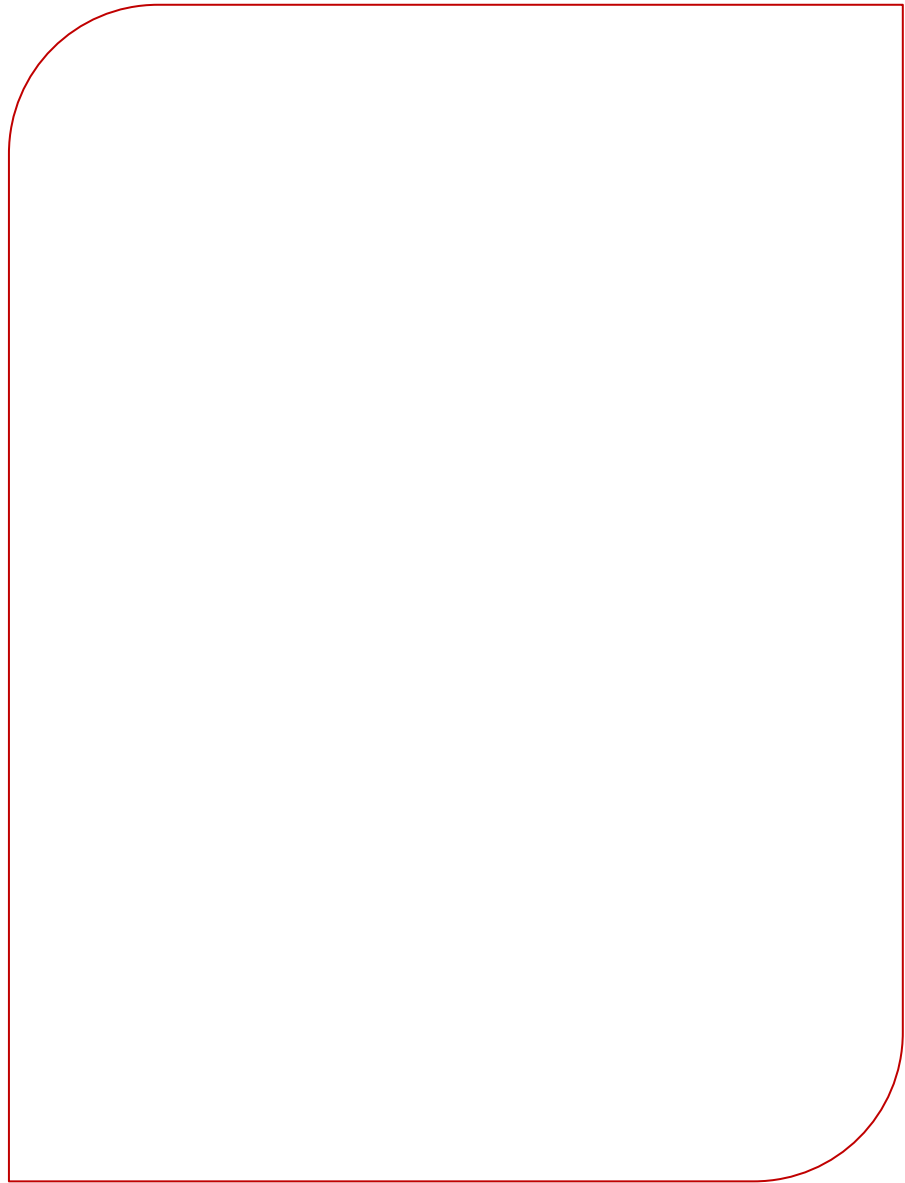
Για έναν αριθμό νοσηλευτών, η έλλειψη της συμπόνιας είναι το αναπόφευκτο αποτέλεσμα αυτής της έκθεσης (Lamendola, 1996). Τέτοιες αλληλεπιδράσεις μπορεί να είναι ιδιαίτερα στρεσογόνες για το νοσηλευτή όταν συμβαίνουν για μια μεγάλη χρονική περίοδο. Η κόπωση συμπόνιας μπορεί να είναι το τελικό στάδιο μιας μεγάλης περιόδου στρες (Mc Cann & Pearlman, 1990), μπορεί όμως και να ενεργοποιηθεί από την έκθεση σε ένα συγκεκριμένο τραυματικό γεγονός (Badger, 2001).

Δεν υπάρχει όμως μεγαλύτερη χαρά και ικανοποίηση για το νοσηλευτή από το να συνειδητοποιεί ότι μπόρεσε να «δώσει φωνή» στους φόβους και το θρήνο του ασθενή (Krisman – Scott & Mc Corkle, 2001). Η έννοια του δευτερογενούς τραυματικού στρες εμφανίζεται όλο και περισσότερο στη διεθνή βιβλιογραφία και συσχετίζεται με παρόμοια φαινόμενα (Cornille & Meyers, 1999; Figley, 2002a).

Εκτός από τον όρο «δευτερογενές τραυματικό στρες», υπάρχουν και άλλοι όροι που χρησιμοποιούνται για να περιγράψουν την έκθεση ενός ατόμου στην τραυματική εμπειρία κάποιου άλλου, με κυριότερους την «κόπωση συμπόνιας» (compassion fatigue – CF), την «αντιμεταβίβαση» (contra transference – CT), το «τραύμα ταύτισης» (vicarious traumatization – VT) και ο «δευτερογενής καταταρεγμός» (secondary victimization – SV) (Stamm, 1997; Figley, 2002a).

Οι επαγγελματίες υγείας έχουν την τάση να έχουν μεγάλες προσδοκίες από τον εαυτό τους, να εστιάζουν την προσοχή τους στις ανάγκες των ασθενών και να παραμελούν τις προσωπικές τους ανάγκες ή ακόμα και να αρνούνται τον προσωπικό συναισθηματικό τους πόνο (Freudenberger, 1990). Το δευτερογενές τραυματικό στρες αποτελεί πρόκληση για την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να παρέχουν φροντίδα στους ασθενείς, χωρίς να διαταράσσονται οι προσωπικές και επαγγελματικές τους σχέσεις (Collins&Long, 2003a).

Είναι πολύ σημαντικό επομένως να ενημερωθούν οι επαγγελματίες για τους κινδύνους που εμπεριέχονται στην εμπλοκή με πελάτες ή ασθενείς που έχουν βιώσει κάποιο τραυματικό γεγονός (Munroe, 1999; Kottler, 2000).



## 1. Ιστορική ανασκόπηση - Ορισμοί

Μία από τις πρώτες αναφορές στην επιστημονική βιβλιογραφία για το «κόστος της φροντίδας» έγινε από τον Carl G. Jung στο “The Psychology of Dementia Praecox” (Jung, 1907). Σε αυτό το κείμενο, ο Jung συζητά τις προκλήσεις της «αντιμεταβίβασης» (counter transference), δηλαδή τις συνειδητές και ασυνείδητες αντιδράσεις του θεραπευτή προς τον ασθενή που συμβαίνουν στην θεραπευτική σχέση που αναπτύσσονται μεταξύ τους, καθώς και τις ιδιαίτερες δυσκολίες αυτής της αντιμεταβίβασης όταν εργάζεται κάποιος με ψυχιατρικούς ασθενείς.

Ορίζει με τόλμη μια θεραπευτική άποψη στην οποία ο θεραπευτής συμμετέχει στις ψευδαισθήσεις και στις παραισθήσεις μαζί με τον ασθενή. Ωστόσο, προειδοποιεί ότι μια τέτοια συμμετοχή στον σκοτεινό και επώδυνο φαντασιακό κόσμο των τραυματικών εικόνων έχει επιβλαβείς συνέπειες για τον θεραπευτή, ιδιαίτερα εάν αυτός είναι αρχάριος ή και εάν ο θεραπευτής δεν έχει επιλύσει δικά του αναπτυξιακά ή τραυματικά θέματα (Sedgewick, 1995). Υπάρχουν, πολλοί όροι που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς όπως συμπόνια, stress, ενσυναίσθηση, τραυματικό stress για να τονίσουν τα συναισθήματα του νοσηλευτή και τις συνέπειες της διαχείρισής τους.

### 1.1. Η έννοια συμπόνιας (*compassion*)

Η συμπόνια ορίζεται ως «ένα συναίσθημα βαθιάς συμπάθειας και λύπης για κάποιον που υποφέρει από πόνο ή δυστυχία, συνοδευόμενο με μία δυνατή επιθυμία να ανακουφιστεί ο πόνος ή να απομακρυνθεί η αιτία του (Webster, 1989).

Η συμπόνια είναι απαραίτητη για την εγκαθίδρυση εμπιστοσύνης και θεραπευτικής σχέσης με τους ασθενείς, αποτελεί όμως με την πάροδο του χρόνου ένα «συναίσθηματικό φόρο», που κάνει τους επαγγελματίες υγείας τρωτούς και ευπρόσβλητους (Mc Holm, 2006).

Αυτός είναι ο κύριος λόγος που πολλές έρευνες για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, στοχεύουν στη μελέτη της θεραπευτικής σχέσης – συμμαχίας που αναπτύσσεται ανάμεσα στον επαγγελματία υγείας και τον ασθενή (Figley & Nelson, 1989).

Ο Blum (1980) αναφέρεται στην συμπόνια ως το συναίσθημα για κάποιον αναγνωρίζοντας ταυτόχρονα ότι τα συναισθήματα του ενός διαφέρουν από του άλλου. Η συμπόνια, όπως εξηγεί, προάγει την ισότητα καθώς προϋποθέτει μια έμφυτη εκτίμηση και σεβασμό προς τον συνάνθρωπο. Η συμπόνια γίνεται κατανοητή συχνά ως συναίσθημα. Υπό αυτό το πρίσμα ο Oakley (1992) αναφέρεται στη διάσταση της στοργής που



αντανακλάται μέσα από ένα συναίσθημα που περιλαμβάνει την ψυχική διάσταση και το οποίο μας επηρεάζει και διαποτίζει τις αντιλήψεις, τις επιθυμίες και τις πράξεις μας με τρόπους που δεν τους αντιλαμβανόμαστε πάντα. Αυτή η ψυχική διάσταση προϋποθέτει ότι η συμπόνια επηρεάζει τις ζωές μας για παρατεταμένη χρονική περίοδο και όχι μόνο για μια στιγμή και η επιρροή αυτή μπορεί να συνεχίζεται ακόμα και στην απουσία του συναισθήματος. Για παράδειγμα, ένας νοσηλευτής που νιώθει συμπόνια, δεν θα ανταποκρίνεται μόνο με συναισθήματα κατά την διάρκεια του πόνου του ασθενούς, αλλά θα φροντίζει για τον ασθενή και με άλλους συνεχώς εξελισσόμενους τρόπους που μπορεί να μην εκφράζονται πάντα με όρους συναισθημάτων (Pask, 2003). Εξάλλου η εκδήλωση της συμπόνιας περιλαμβάνει την επίδειξη του χαρακτήρα ενός ατόμου, μέσω του ενδιαφέροντος για το καλό των άλλων, της επίγνωσης του μαρτυρίου τους και της επιθυμίας να δράσει έτσι ώστε να το ανακουφίσει (Bergum, 2003; Pask, 2003).

## ***1.2 Η έννοια εν συναισθήση***

Ένα βασικό στοιχείο σε κάθε θεραπευτική σχέση είναι η εν συναισθήση, δηλαδή η ικανότητα των επαγγελματιών υγείας να μπουν στη θέση του ασθενή και να βιώσουν τα συναισθήματα, τις απογοητεύσεις και τις ματαιώσεις που βιώνει ο ίδιος ο ασθενής.

Εν συναισθήση: Νοιάζομαι για τον πόνο του Άλλου.

Εν συναισθήση θα μπορούσαμε να πούμε ότι είναι η συναισθηματική ταύτιση με ένα άλλο άτομο. Η αναγνώριση και η κατανόηση της θέσης του συναισθήματος, των σκέψεων ή της κατάστασης κάποιου άλλου. Ένα άτομο που χρησιμοποιεί την εν συναισθήση μπορεί να αναγνωρίσει, να αντιληφθεί και να αισθανθεί αυτό που αισθάνεται ένα άλλο άτομο. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να βάλει τον εαυτό του στη θέση του άλλου, να κατανοήσει την συμπεριφορά του και να αναγνωρίσει τα κίνητρά της. Πρόκειται για ένα ισχυρό εργαλείο επικοινωνίας.

Η δημιουργία μιας συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τον ασθενή αποτελεί ένα από τα κυριότερα συστατικά της αποτελεσματικής θεραπευτικής επικοινωνίας, η οποία με τη σειρά της συμβάλλει στην ικανοποίηση του ασθενούς και στην επιτυχία της θεραπευτικής αντιμετώπισής του. Στην προσπάθεια διαχείρισης της δικής τους συναισθηματικής δυσφορίας είναι συχνά δελεαστικό να παρακρατήσουν μέρος των πληροφοριών, γεγονός που μπορεί να υποβαθμίσει τη σοβαρότητα της κατάστασης ή να δημιουργήσει μία πιο αισιόδοξη προοπτική αναφορικά με την πρόγνωση της νόσου από ό,τι πραγματικά ισχύει και από ό,τι θα έπρεπε. Αν και αντίστοιχες τακτικές έχουν τη δυναμική να

μειώνουν το άγχος για τους γιατρούς και τους ασθενείς τους, σε σύντομο χρονικό διάστημα μπορεί να επιφέρουν μακροπρόθεσμα προβλήματα και στους δύο και να προκαλέσουν δυσφήμιση και πλήγμα στο επαγγελματικό γόητρο του γιατρού. Είναι σημαντικό λοιπόν να πραγματοποιηθεί αποτελεσματική διαχείριση των συναισθημάτων που προκύπτουν κατά την ανακοίνωση δυσάρεστων νέων.

Η μελέτη της δυαδικής σχέσης θεραπευτή- ασθενή, ως μια δυναμική αλληλεπίδραση δυο προσωπικοτήτων, αποτέλεσε αντικείμενο μελέτης των κοινωνικών επιστημών και ιδιαίτερα της Κοινωνιολογίας. Η σχέση αυτή μαζί με τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας αποτελεί καθοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης του ασθενή (Θεοδώρου2000). Τα αποτελέσματα πολλών ερευνών δείχνουν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται κατά πολύ από τις επικοινωνιακές δεξιότητες του λειτουργού υγείας, βελτιώνοντας την έκβαση της κλινικής θεραπευτικής αντιμετώπισης (M.Robin Di Matteo & Leslie R. Martin2011).

Η ποιότητα της επικοινωνίας αποτελεί βασικό κριτήριο αξιολόγησης των επαγγελματιών υγείας από τους ασθενείς, ενώ τα οποιαδήποτε προβλήματα σχετίζονται με αυτή επιφέρουν σειρά αρνητικών επιπτώσεων: σύγχυση, δικαστικές αγωγές (M.Robin Di Matteo & Leslie R. Martin), λανθασμένες ή ελλιπείς διαγνώσεις άρα και αναποτελεσματικές θεραπείες (Π. Μάντη).

Η αποτελεσματική επικοινωνία θεραπευτή και ασθενή καθορίζει την συμμόρφωση του τελευταίου στις ιατρικές υποδείξεις, αυξάνει την εμπιστοσύνη και το αίσθημα ασφάλειας του ασθενούς, διευκολύνοντας τόσο την κατανόηση της πραγματικής φύσης ενός προβλήματος υγείας, όσο και την αποδοχή και τήρηση της θεραπευτικής αγωγής (Ha JF, Longnecker2011). Σήμερα, οι ασθενείς προτιμούν να έχουν ενεργή συμμετοχή στην διαδικασία της ιατρικής φροντίδας και της λήψης ιατρικών αποφάσεων και επιθυμούν να λαμβάνουν όσο το δυνατόν περισσότερες πληροφορίες για την θεραπεία τους επομένως είναι απαραίτητο για τον επαγγελματία υγείας να κερδίζει την εμπιστοσύνη τους και να προάγει την συνεργασία με τον ασθενή. Όταν και οι δύο πλευρές, ο θεραπευτής και ο θεραπευόμενος, συμφωνούν σχετικά με τα προβλήματα που χρήζουν περαιτέρω παρακολούθησης και συνεργάζονται σχετικά με το θεραπευτικό πρωτόκολλο που θα ακολουθηθεί τότε διευκολύνεται και η εφαρμογή του (M.Robin Di Matteo & Leslie R. Martin,2011). Ένα σύστημα δόμησης της συνεργασίας μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας είναι το επονομαζόμενο PREPARED (M.Robin Di Matteo & Leslie R. Martin 2011) κατά την εφαρμογή του οποίου οι ασθενείς συμμετέχουν ουσιαστικά σε μία διαδικασία στην οποία συναινούν κατόπιν ενημέρωσης και τα ιατρικά ζητήματα που τους απασχολούν προσεγγίζονται ενδελεχώς.

Ωστόσο, μελέτες δείχνουν ότι οι βιολογικές ερμηνείες μπορούν να αυξήσουν το στίγμα της ψυχικής ασθένειας, ενθαρρύνοντας τη δημόσια αντίληψη ότι τα άτομα με ψυχική ασθένεια είναι ουσιαστικά διαφορετικά και ότι τα προβλήματά τους είναι μόνιμα.

Πριν λίγες εβδομάδες, οι ερευνητές Matthew Lebowitz και Woo-Young Ahn δημοσίευσαν μία νέα έρευνα που υποστηρίζει ότι οι βιολογικές ερμηνείες της ψυχικής ασθένειας, μειώνουν την εν συναίσθηση των επαγγελματιών ψυχικής υγείας προς τους ασθενείς.

Πάνω από διακόσιοι ψυχολόγοι, ψυχίατροι και κοινωνικοί λειτουργοί παρουσιάστηκαν με συνοπτικές αναφορές ασθενών που καταγράφονταν ασθενείς όπως κοινωνική φοβία, κατάθλιψη ή σχιζοφρένεια. Ορισμένες από αυτές τις αναφορές συνοδεύονταν από καθαρά βιολογικές ερμηνείες, επικεντρωμένες σε παράγοντες όπως τα γονίδια και η χημεία του εγκεφάλου, ενώ άλλες αναφορές συνοδεύονταν από ψυχοκοινωνικές εξηγήσεις, όπως το ιστορικό του εκφοβισμού ή το πένθος. Στη συνέχεια, οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ανέφεραν τα συναισθήματά τους, σημειώνοντας πόσο στενά σχετιζόνταν με την τρέχουσα συνθήκη μέσα από μία σειρά από επίθετα - όπως "συμπαθητικός", "προβληματισμένος" και "φιλικός".

Οι αναφορές που συνοδεύονταν από βιολογικές ερμηνείες, προκάλεσαν χαμηλότερα αισθήματα εν συναίσθησης στους κλινικούς επαγγελματίες, ανεξάρτητα από την ειδικότητά τους. Και οι δύο ερμηνείες, βιολογικές και ψυχοκοινωνικές, προκάλεσαν παρόμοια επίπεδα δυσφορίας, γεγονός που δείχνει ότι η μειωμένη εν συναίσθηση που σχετίζεται με τη βιολογική ερμηνεία δεν προερχόταν λόγω ανησυχητικών ψυχοκοινωνικών ερμηνειών. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας βαθμολόγησαν τις βιολογικές ερμηνείες λιγότερο κλινικά χρήσιμες: η βιολογική ερμηνεία τους έκανε επίσης να έχουν λιγότερη πίστη στην ψυχοθεραπεία και περισσότερη εμπιστοσύνη στις φαρμακευτικές αγωγές.

Παρόμοια αποτελέσματα βρέθηκαν σε μια επόμενη μελέτη στην οποία οι κλινικοί γιατροί και οι κοινωνικοί λειτουργοί παρουσιάστηκαν με αναφορές και διαγνώσεις που συνδύαζαν ψυχοκοινωνικούς και βιολογικούς παράγοντες, αλλά με τη μια προσέγγιση πιο κυρίαρχη από την άλλη. Η ιδέα ήταν ότι αυτό θα αντικατόπτριζε καλύτερα το τι συμβαίνει στην πραγματική ζωή. Σε αυτή την περίπτωση, οι ερμηνείες που κυριάρχησαν από τους βιολογικούς παράγοντες, οδήγησαν σε χαμηλότερα επίπεδα εν συναίσθησης τους κλινικούς γιατρούς.

Οι Lebowitz και Ahn υποστηρίζουν ότι οι βιολογικές ερμηνείες προκαλούν μειωμένη εν συναίσθηση, επειδή έχουν ένα απάνθρωπο αποτέλεσμα -υπονοώντας ότι οι ασθενείς είναι «συστήματα αλληλεπίδρασης των βιολογικών μηχανισμών» - και δίνουν την εντύπωση ότι τα

προβλήματα είναι μόνιμα. Η διάσταση των βιολογικών ερμηνειών στη ψυχική υγεία κερδίζει περισσότερο έδαφος στην ψυχολογία και την ψυχιατρική και αυτά πιθανώς να είναι ανησυχητικά αποτελέσματα. Μια άλλη προσέγγιση είναι ότι και οι δύο πλευρές, οι ιατρικά εκπαιδευμένοι και οι μη ιατρικά εκπαιδευμένοι επαγγελματίες στη μελέτη, είδαν τις βιολογικές ερμηνείες ως λιγότερο κλινικά χρήσιμες από τις ψυχοκοινωνικές ερμηνείες.

Μια αδυναμία της έρευνας είναι η έλλειψη συνθήκης ελέγχου χωρίς ερμηνεία (βιολογική ή ψυχοκοινωνική), το οποίο σημαίνει ότι δεν μπορούμε να γνωρίζουμε με βεβαιότητα αν οι ψυχοκοινωνικές ερμηνείες αύξησαν την εν συναίσθηση ή αν οι βιολογικές ερμηνείες τη μείωσαν. Επίσης, οι ερευνητές παραδέχονται ότι οι αναφορές και οι ερμηνείες ήταν πολύ απλουστευμένα.

Παρ' όλα αυτά, τα ευρήματα εξακολουθούν να είναι ένας ανησυχητικός παράγοντας. Οι ερευνητές υποστηρίζουν ότι η μειωμένη εν συναίσθηση μπορεί να αποφευχθεί αν οι κλινικοί γιατροί καταλάβουν ότι «ακόμη και όταν η βιολογία παίζει σημαντικό αιτιολογικό ρόλο, αυτό συμβαίνει γιατί αλληλοεπιδρά με άλλους παράγοντες και ότι οι βιολογικές 'ανωμαλίες' δεν συμβάλλουν στη δημιουργία διακρίσεων μεταξύ των μελών της κοινωνίας, σε άτομα με ή χωρίς διανοητικές διαταραχές».

### **1.2.1 Ορισμός**

Ο όρος «εν συναίσθηση» (empathy) αναφέρεται στην ικανότητα του θεραπευτή να αναγνωρίζει τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τις ανάγκες του ασθενούς και να ανταποκρίνεται άκριτα σε αυτά με τρόπο που να υποδηλώνει κατανόηση. Επίσης, μπορούμε να πούμε ότι η εν συναίσθηση είναι η ικανότητα να βλέπουμε τον κόσμο μέσα από τα μάτια ενός άλλου ατόμου και να αντιλαμβανόμαστε όχι μόνο αυτά που εκφράζει λεκτικά, αλλά και τα συναισθήματά του ή τα μη λεκτικά σήματα που εκπέμπει με τη γλώσσα του σώματος. Περιλαμβάνει, συμπεριφορές που εμπνέουν στους ασθενείς ασφάλεια και άνεση και τους δείχνουν ότι είναι άνθρωποι που χαίρουν εκτίμησης και συνιστά ικανότητα του ιατρού που εξαρτάται από το πόσο αναπτυγμένες είναι οι επικοινωνιακές του δεξιότητες.

Η εν συναίσθηση δεν ταυτίζεται με τη συμπάθεια. Δεν υποδηλώνει τη συμμετοχή στην ψυχική κατάσταση του πάσχοντα, με την έννοια της λύπης ή του οίκτου. Αφορά περισσότερο στην κατανόηση των συναισθημάτων του άλλου και όχι στην έκφραση των προσωπικών συναισθημάτων (Northouse & Northouse, 1985) Η εν συναίσθηση ενός γιατρού για την συναισθηματική κατάσταση του ασθενή του μπορεί να ασκήσει ευεργετική επίδραση στην φροντίδα και την θεραπεία του τελευταίου. Πρώτον ο γιατρός διευκολύνεται να καταλήξει με ακρίβεια στην διάγνωση όταν έχει επίγνωση και κατανοεί την συναισθηματική και βιολογική κατάσταση στην οποία βρίσκεται ο ασθενής του. Δεύτερον, η

εν συναίσθηση μπορεί να βελτιώσει συνολικά την διαδικασία της ιατρικής θεραπείας. Τρίτον, όταν οι ασθενείς νιώθουν ότι οι ιατροί τους καταλαβαίνουν, είναι περισσότερο πιθανό να ακολουθήσουν τις θεραπευτικές οδηγίες.

Τέλος, όταν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την συναισθηματική φροντίδα των επαγγελματιών υγείας, είναι λιγότερο πιθανό να καταθέσουν αγωγές εναντίον τους για κακή ιατρική πρακτική σε περίπτωση που δεν μείνουν ικανοποιημένοι με την έκβαση της θεραπείας.

### **1.2.2 Προτάσεις παρεμβάσεων**

Η σύγχρονη θεώρηση της υγείας προσφέρει στον χρήστη ασθενή μια ποικιλία από θεραπευτικές προσεγγίσεις σε πολλαπλά επίπεδα, τις οποίες μπορεί να χρησιμοποιήσει είτε διαδοχικά είτε ταυτοχρόνως καθώς ο συνδυασμός ιατρικής και ψυχολογίας είναι δυνατόν να συμβάλλει αποτελεσματικότερα στην αντιμετώπιση της ασθένειας. Επιπλέον, γίνεται κατανοητό πόσο σημαντική είναι η συνέργεια της συστηματικής και συνεχιζόμενης εκπαίδευσης σε τεχνικές επικοινωνίας για την βελτίωση των αλληλεπιδράσεων στην σχέση ΘΕΡΑΠΕΥΤΗ-ΝΟΣΗΛΕΥΤΗ- ΑΣΘΕΝΟΥΣ και την αποτελεσματικότερη διαχείριση της ασθένειας.

Η δημιουργία μιας συναισθηματικής σχέσης ανάμεσα στους επαγγελματίες υγείας και τον ασθενή αποτελεί ένα από τα κυριότερα συστατικά της αποτελεσματικής θεραπευτικής επικοινωνίας, η οποία με τη σειρά της συμβάλλει στην ικανοποίηση του ασθενούς και στην επιτυχία της θεραπευτικής αντιμετώπισής του. Η κλινική εν συναίσθηση είναι μια διαπροσωπική δεξιότητα, η οποία αποτελεί –σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα– ένα χαρακτηριστικό γνώρισμα των ικανών και αποτελεσματικών επαγγελματιών υγείας.

Η λειτουργία της εν συναίσθησης στην ιατρική και στη νοσηλευτική δεν είναι απλώς η παρατήρηση της συναισθηματικής κατάστασης του ασθενούς, αλλά η κατανόηση από τον ιατρό και το νοσηλευτή του πώς αισθάνεται ο ασθενής. Η δεξιότητα της κλινικής εν συναίσθησης είναι απαραίτητη για τους επαγγελματίες υγείας, καθώς τους φέρνει σε ελικρινή και αυθεντική συναισθηματική επαφή με τους ασθενείς τους, διευκολύνει τη μεταξύ τους επικοινωνία και ενισχύει τη σχέση τους. Η επικοινωνιακή δεξιότητα του επαγγελματία υγείας δεν πρέπει να θεωρείται ως κάτι αυτονόητο ή δευτερεύον αλλά σαν αντικείμενο εκπαίδευσης βαρύνουσας σημασίας. Η εκπαίδευση του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού σε δεξιότητες επικοινωνίας είναι δυνατό να επιτευχθεί με την ενσωμάτωση μαθημάτων τεχνικών επικοινωνίας στα προγράμματα σπουδών των Ιατρικών και των Νοσηλευτικών Σχολών αντίστοιχα αλλά και εντός των χώρων παροχής ιατρικών υπηρεσιών όπως οι κλινικές και τα Νοσοκομεία ή ακόμα και με ειδικά σεμινάρια.

Τα προγράμματα αυτά πρέπει να εκπαιδεύουν τους επαγγελματίες υγείας στην ενεργητική ακρόαση (ικανότητα αντίληψης της ουσίας των λόγων του άλλου), την αντανάκλαση (ικανότητα ελέγχου της κατανόησης όσων ειπώθηκαν) και την ανατροφοδότηση (παροχή πληροφοριών και υποδείξεων με τρόπο που να καθίστανται κατανοητές και αποδεκτές) αλλά και συγκεκριμένες δεξιότητες στο πλαίσιο του κλινικού έργου, όπως ο καταλληλότερος τρόπος συλλογής πληροφοριών κατά τη λήψη του ιστορικού και της εξέτασης, η δεξιότητα ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων και η ικανότητα προώθησης της συνεργασίας με τον ασθενή και το περιβάλλον του κατά τη διαδικασία της θεραπείας.

Μέσα από τέτοιες εκπαιδευτικές παρεμβάσεις αφ' ενός αναδεικνύονται οι επί μέρους δυσκολίες και προβλήματα στην επικοινωνία γιατρού- ασθενούς και αφ' ετέρου προκρίνονται καλές πρακτικές και χρήσιμα εργαλεία, καθώς και τεχνικές επίλυσής τους. Σε συνδυασμό με την εφαρμογή ορισμένων βασικών κανόνων όπως την αποφόρτιση του ασθενούς από επουσιώδης πληροφορίες, την χρήση απλής και κατανοητής γλώσσας, την ενθάρρυνση των ερωτήσεων και την χρήση της ανατροφοδότησης, μπορούν να συμβάλλουν καθοριστικά στη βελτίωση του επιπέδου της επικοινωνίας, ( M. Robin Di Matteo & Leslie R. Martin, 2011).

### **1.2.3 Συναισθηματική επίγνωση**

Η συναισθηματική επίγνωση μπορεί να μας βοηθήσει ώστε:

- ✓ Να κατανοήσουμε και να συμπάσχουμε με αυτό που πραγματικά ενοχλεί τους άλλους ανθρώπους.
- ✓ Να κατανοήσουμε τον εαυτό μας αναφορικά με το τι μας ενοχλεί ή με το τι θέλουμε πραγματικά.
- ✓ Να επικοινωνούμε με σαφήνεια και αποτελεσματικά ακόμα και αν πρέπει να στείλουμε αρνητικά μηνύματα, όπως για παράδειγμα η ανακοίνωση της διάγνωσης ενός σοβαρού νοσήματος.
- ✓ Να δημιουργήσουμε ισχυρές σχέσεις με εμπιστοσύνη.
- ✓ Να σκεφτόμαστε δημιουργικά για το πως θα επιλύσουμε συγκρούσεις, οι οποίες προκύπτουν στο πεδίο των διαπροσωπικών σχέσεων.

Για τους περισσότερους γιατρούς, ο τρόπος με τον οποίο ανταποκρίνονται και διαχειρίζονται τα συναισθήματα των ασθενών αποτελεί ένα από τα πιο δύσκολα σημεία κατά τη διάρκεια της ανακοίνωσης δυσάρεστων νέων.

### **1.2.4 Τεχνική εν συνείδηση**

Η τεχνική αυτή ονομάζεται εν-συνείδηση και περιλαμβάνει απλά στάδια, όπως:

Βήμα 1: Ακούστε προσεκτικά τον ασθενή και εντοπίστε τα συναισθήματα και την αιτία των συναισθημάτων, τα οποία δημιουργούνται κατά τη διάρκεια της συζήτησης. Αν δεν είστε σίγουροι για το τι αισθάνεται ο ασθενής, μπορείτε να χρησιμοποιήσετε διευκρινιστικές ερωτήσεις, όπως: «πώς αισθάνεστε;», «τι πιστεύετε για αυτό που μόλις τώρα σας είπα;».

Βήμα 2: Δείξτε στον ασθενή ότι έχετε κατανοήσει τα συναισθήματά του: «σαφώς αυτό είναι πολύ οδυνηρό για εσάς», «αυτό δεν είναι κάτι που θα θέλατε να ακούσετε, το ξέρω», «εύχομαι η είδηση να ήταν καλύτερη», «μπορώ να καταλάβω πως μπορεί να αισθάνεστε».

Με σκοπό να ελαχιστοποιήσετε τα συναισθήματα αμηχανίας, δώστε στον ασθενή να καταλάβει ότι τα συναισθήματά του είναι απολύτως φυσιολογικά. Συνδυάζοντας την εν-συναίσθηση με τις διερευνητικές ερωτήσεις δείχνετε ότι έχετε κατανοήσει και αναγνωρίζετε την ανθρώπινη πλευρά του ιατρικού προβλήματος.

### **1.3 Η έννοια του τραύματος**

Το τραύμα ορίζεται ως:

- Μία κάκωση ή πληγή σε ζωντανό ιστό που προκαλείται από κάποιον εξωγενή παράγοντα,
- Μία διαταραχή της ψυχικής κατάστασης ή της συμπεριφοράς που προκαλείται από ψυχικό ή συναισθηματικό στρες ή από σωματική κάκωση και
- Μία συναισθηματική αναστάτωση, για παράδειγμα το προσωπικό τραύμα της ατόμου που δεν πραγματοποιεί της προσδοκίες του (Merriam-Webster Dictionary, 2010).

Κατά γενική παραδοχή των συγγραφέων, το τραύμα χαρακτηρίζεται ως μία κατάσταση ακατανίκητης και έντονης διέγερσης που συνοδεύεται από την αίσθηση παντελούς έλλειψης ελέγχου. Αυτό συμβαίνει όταν η ανταπόκριση του ατόμου στο στρες είναι ανεπιτυχής, ώστε να καταφέρει να επανακτήσει την αίσθηση εσωτερικής ισορροπίας που είχε πριν το τραυματικό γεγονός (Valent, 1995).

Το τραύμα μπορεί να οριστεί γενικά (σύμφωνα με τον βασικό ορισμό του όρου) ή κλινικά (σαν μέρος του ορισμού της διαταραχής μετατραυματικού στρες – PTSD). Οι ορισμοί αυτοί είναι σχετικοί αλλά όχι ταυτόσημοι και έτσι πρέπει να γίνει διάκριση για

μεγαλύτερη νοηματική σαφήνεια. Της τελευταίες εκδόσεις του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders–DSM), στο DSM-IV και στο DSM-IV-TR, το τραύμα ορίζεται ως εξής: 1) Το άτομο βίωσε, ήταν μάρτυρας ή ήρθε αντιμέτωπο με ένα γεγονός ή γεγονότα από τα οποία κινδύνευσε πραγματικά ή απειλήθηκε με θάνατο ή σοβαρό τραυματισμό του εαυτού του ή των άλλων και 2) η απάντηση του ατόμου περιείχε έντονο φόβο, αίσθηση ανημποριάς ή τρόμο/φρίκη (American Psychiatric Association, 1994; Μαδιανός, 2004).

Στην προηγούμενη έκδοση του DSM, το DSM-III-R, είχε ήδη αναφερθεί η πιθανότητα να τραυματιστεί ένα τρίτο πρόσωπο με έμμεσο τρόπο, μέσω της γνώσης του τραύματος κάποιου άλλου. Σύμφωνα με κάποιους συγγραφείς, η θεραπεία τραύματος διαφέρει από της μορφές θεραπείας (Mc Cann & Pearlman, 1990; Pearlman & MacIain, 1995). Οι θεραπευτές που δουλεύουν στον τομέα της τραυματολογίας αντιμετωπίζουν μεγαλύτερο συνδυασμό προσωπικών και επαγγελματικών προκλήσεων και άγχους. Οι ζωηρές, λεπτομερείς και έντονες αφηγήσεις του μαρτυρίου που είναι χαρακτηριστικές όσων έχουν επιβιώσει από τραυματικές εμπειρίες, θεωρείται ότι επηρεάζουν της θεραπευτές με διαφορετικό και βαθύτερο τρόπο από ότι μπορεί να της επηρεάζει ή επαφή με οποιονδήποτε άλλο πελάτη (Haley, 1974; Danieli, 1981).

Για τους θεραπευτές η αυτοφροντίδα αποτελεί της φορές απλά μια ηθική υποχρέωση, κυρίως εάν έχουν οι ίδιοι προσωπικό ιστορικό τραύματος. Σε τέτοιες περιπτώσεις η θεραπεία των θεραπευτών ενδείκνυται προκειμένου να προστατεύσουν της πελάτες της από της αρνητικές συνέπειες που μπορεί να έχει ένα συναισθηματικό μαρτύριο του θεραπευτή που δεν επιλύθηκε ποτέ (Pearlman & Saakvitne, 1995a; Brady, et al., 1999; Arvay, 2001). Έχει παρατηρηθεί ότι η ικανότητα των θεραπευτών να ακούνε με κατανόηση μπορεί να μειωθεί εάν νιώθουν ότι κατακλύζονται από την φύση της εργασίας της.

Ένα από τα σημάδια της φθοράς θεωρείται η σιωπηλή ανταπόκριση του θεραπευτή. Έχει υποτεθεί ότι η σιωπή του θεραπευτή θα μπορούσε να είναι ένα συστατικό της κόπωσης συμπόνιας η οποία εκδηλώνεται σαν συμπεριφορά αποφυγής του θεραπευτή. Πραγματικά, κάποιες φορές ο θεραπευτής προτιμάει να αποφεύγει, να αγνοεί ή να ανακατευθύνει σκοπίμως το οδυνηρό υλικό στο ιστορικό του ασθενούς και να παρακολουθεί μόνο της πληροφορίες που δεν απειλούν την αίσθηση της ικανότητας και της επιθυμίας του να διαχειρίζεται της πληροφορίες του πελάτη του (Gentry, et al., 2002). Οι θεραπευτές που εργάζονται με άτομα που έχουν ζήσει τραυματικές εμπειρίες, μελετώνται αρκετά χρόνια τώρα και τα συμπτώματά τους έχουν περιγραφεί σχεδόν ταυτόσημα με εκείνα της διαταραχής μετατραυματικού στρες – PTSD (Figley, 1995a).



Πολλοί επαγγελματίες υγείας έχουν υπομείνει ανεπίλυτα τραύματα, παρατεταμένη έκθεση σε ασθενείς που υποφέρουν ή προσωπικές δυσκολίες στη ζωή τους αλλά παρόλα αυτά δεν αναγνωρίζουν τις επιπτώσεις οι οποίες προκύπτουν από αυτά τα συνηθισμένα προβλήματα ή δεν έχουν αναλογιστεί τον τρόπο με τον οποίο αυτά τα θέματα επηρεάζουν την ικανότητά τους να φροντίζουν τους ασθενείς”.

Αυτή η έλλειψη κατανόησης του εαυτού τους επιτρέπει την επιδείνωση των συμπτωμάτων και τελικά οδηγεί σε πολλαπλά προβλήματα (π.χ. αποχώρηση από το επάγγελμα, ένταση στις διαπροσωπικές σχέσεις, μειωμένη παραγωγικότητα και κλινικά λάθη (Meadors P, Lamson A, 2008)

Οι μελέτες έχουν εστιαστεί στην έντονη και ισχυρή μετατροπή της αίσθησης του εαυτού και των πεποιθήσεων ή του συστήματος αξιών των θεραπευτών που έπεται της συναισθηματικής ταύτισης (εν συναίσθησης) με έναν πελάτη που έχει ζήσει κάποιο τραυματικό γεγονός και της γνώσης της φρικτής ιστορίας του (Pearlman & MacJan, 1995).

Ωστόσο η συζήτηση για την φύση αυτών των διαταραχών συνεχίζεται. Δύο από της σημαντικότερες προκλήσεις στον τομέα της Τραυματολογίας τα τελευταία χρόνια, ήταν αρχικά να αναπτυχθεί ένα εννοιολογικό πλαίσιο που να έχει νόημα με βάση τα συμπτώματα που είχαν παρατηρηθεί και έπειτα να εξερευνηθούν οι μηχανισμοί αυτού που αποκαλούνταν ως μετάδοση (transmission ή contagion) του τραύματος μεταξύ πελάτη και θεραπευτή (Figley, 1995a).

### **1.3.1 Τραυματικά γεγονότα που σχετίζονται με την νοσηλευτική φροντίδα στη ΜΕΘ**

Στα τραυματικά γεγονότα που σχετίζονται με τη νοσηλευτική φροντίδα στη ΜΕΘ περιλαμβάνονται:

1. Μεταθανάτια φροντίδα
2. Παρουσία δίπλα σε ασθενή που πεθαίνει
3. Μαχητικοί ασθενείς
4. Ενασχόληση με φροντίδα τελικού σταδίου
5. Λεκτική επίθεση από μέλη της οικογένειας ασθενών
6. Λεκτική επίθεση από γιατρούς
7. Λεκτική επίθεση από άλλους νοσηλευτές (Mealer ML, 2007)
8. Ανοιχτά χειρουργικά τραύματα.
9. Ανεξέλεγκτη αιμορραγία.
10. Τραυματισμοί.
11. Παροχή ‘μάταιης’ φροντίδας σε ασθενείς.
12. Παροχή καρδιοαναπνευστικής αναζωογόνησης.

13. Stress που σχετίζεται με το αίσθημα υπερβολικής αύξησης ευθυνών λόγω της ανεπαρκούς αναλογίας νοσηλευτή ασθενή.
14. Stress που σχετίζεται με το αίσθημα ανικανότητας να σώσει ο νοσηλευτής κάποιο συγκεκριμένο ασθενή (Mealer ML, 2007).

### **1.3.2 Επιβαρυντικοί παράγοντες**

Αν ο νοσηλευτής δεν έχει αντιμετωπίσει αποτελεσματικά παρελθοντικά τραύματα πιθανόν η έκθεση σε τραυματικά γεγονότα στο εργασιακό πλαίσιο να προκαλέσει την εισχώρηση στο συνειδητό απωθημένου υλικού του παρελθόντος.

### **1.3.3 Ανάρρωση και Έλεγχος στο Τραύμα**

Η ανάρρωση του νοσηλευτή και γενικά του επαγγελματία υγείας στο τραύμα εστιάζονται στα παρακάτω:

- ✓ Ευαλωτότητα και παντοδυναμία του επαγγελματία υγείας
- ✓ Όρια και αυτοφροντίδα
- ✓ Νοηματοδότηση και Πνευματικότητα
- ✓ Συγκρότηση ισχυρής επαγγελματικής ταυτότητας (Spence Laschinger H.K., Nosko A. 2015)

## **1.4 Η έννοια του στρες (stress)**

Το στρες είναι ένας όρος που χρησιμοποιείται στην Ψυχολογία και την Βιολογία και αναφέρθηκε για πρώτη φορά σε ένα κείμενο Βιολογίας το 1930 από τον ενδοκρινολόγο (Hans Selye 1993). Στη συνέχεια ο ίδιος χρησιμοποίησε τον όρο με ευρύτερη έννοια για να συμπεριλάβει την ακατάλληλη ανταπόκριση σε οποιαδήποτε ανάγκη ή πρόκληση. Ο όρος στρες αναφέρεται σε μια κατάσταση που καλύπτει μεγάλη σειρά φαινομένων από ήπιο εκνευρισμό έως σοβαρή δυσλειτουργία που μπορεί να οδηγήσει σε σημαντικά προβλήματα υγείας

Ο όρος στρεσογόνος παράγοντας αναφέρεται στο ερέθισμα που προκαλεί την κατάσταση (Βικιπαίδεια, 2010). Το στρες αναφέρεται στις συνέπειες της αποτυχίας ενός οργανισμού (ανθρώπου ή ζώου) να ανταποκριθεί με τον κατάλληλο τρόπο σε συναισθηματικές ή σωματικές απειλές, πραγματικές ή φανταστικές (Selye, 1956). Σύμφωνα με τους Holmes και Rahe (1967), οι οποίοι είναι οι δημιουργοί της Κλίμακας Διαβάθμισης

της Κοινωνικής Προσαρμογής ή αλλιώς της Κλίμακας του Στρες όπως είναι πιο γνωστή, το στρες είναι μια ασαφής ανταπόκριση ενός ανθρώπινου οργανισμού σε οποιαδήποτε απαίτηση η οποία μπορεί να είναι σωματική (συμπεριλαμβάνονται θέματα υγείας), συναισθηματική, διαπροσωπική ή και πνευματική. Η αρχική επίδραση του μάλιστα είναι η εξάντληση σε αυτούς τους τομείς. Ο Sarafino (1994) όρισε το στρες ως την κατάσταση που υπάρχει όταν η συναλλαγή μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος οδηγεί το μεμονωμένο άτομο να αντιληφθεί μια διαφορά (αληθινή ή όχι) μεταξύ των απαιτήσεων μίας κατάστασης και των πόρων των βιολογικών, των ψυχολογικών και των κοινωνικών συστημάτων. Αυτός ο ορισμός αναζητά το κενό μεταξύ του πώς αξιολογούμε μία κατάσταση και πως τις ικανότητες του εαυτού μας.

Ο ελληνικός όρος του στρες είναι το άγχος που προέρχεται από το ρήμα ἄγχω, που στην αρχαία ελληνική γλώσσα σημαίνει σφίγγω ή πνίγω. Το άγχος είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα, που εμφανίζεται σε καταστάσεις που το άτομο βρίσκεται σε κίνδυνο ή αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα, γενικότερα όταν έρχεται αντιμέτωπος με μία δύσκολη κατάσταση (Βικιπαίδεια, 2010). Ωστόσο, ο όρος στρες έχει επικρατήσει να χρησιμοποιείται στην ελληνική γλώσσα αντί του άγχους. Το στρες μπορεί να έχει ψυχογενή προέλευση ή μπορεί να είναι συνέπεια σωματικής πάθησης. Επιπλέον, εξαρτάται από τις γνωστικές, συναισθηματικές διεργασίες, τον τρόπο ζωής του ατόμου και τον τρόπο αντίληψης του.

Κάθε άτομο έχει ένα ορισμένο βαθμό στρες, ο οποίος θεωρείται φυσιολογικός κάτω από ορισμένες περιστάσεις. Σε κάποιες άλλες όμως περιπτώσεις αυξημένου στρες, προξενεί κακό και συντελεί στο να υπολειτουργεί το άτομο στις δραστηριότητες του και στο να επηρεάζεται αρνητικά η υγεία του (Βικιπαίδεια, 2010). Επικρατεί η εντύπωση ότι η επίπτωση των αγχωδών καταστάσεων παρουσιάζεται συχνότερα στις βιομηχανοποιημένες κοινωνίες, παρόλο που καμία έρευνα μέχρι τώρα δεν έχει αποδείξει μεγάλη ποσοτική διαφορά. Πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι το άγχος επηρεάζει μέσω των ορμονών το ανοσοποιητικό σύστημα του οργανισμού, με αποτέλεσμα άτομα με άγχος να παρουσιάζουν λιγότερη αντοχή σε διάφορες οργανικές διαταραχές (Βικιπαίδεια, 2010).

#### **1.4.1 Αιτιοπαθογένεια του στρες**

Υπάρχουν τέσσερις θεωρίες για την αιτιοπαθογένεια του στρες (Βικιπαίδεια,2010):

1. Βιολογική θεωρία: Το στρες συνδέεται με υπερδιέγερση του συμπαθητικού νευρικού συστήματος και έντονη νοραδρενεργική δραστηριότητα. Οι συνάψεις GABA μπορούν να το αναστείλουν.

2. Ψυχαναλυτική θεωρία: Το στρες σύμφωνα με τον Φρόιντ θεωρείται αποτέλεσμα μεταλλαγής της ενέργειας. Αργότερα υποστηρίχτηκε πως η εκδήλωση του άγχους γίνεται λόγω της αποτυχημένης προσπάθειας απόθησης και δόμησης νευρωσικών συμπτωμάτων.

3. Συμπεριφορική θεωρία: Το στρες εκδηλώνεται λόγω της τοποθέτησης ενός εξαρτημένου αντανάκλαστικού κατά την διάρκεια της πρώτης παιδικής ηλικίας.

4. Γνωσιακή θεωρία: Το στρες είναι συναίσθημα το οποίο παράγεται σε συνθήκες πραγματικού ή φανταστικού κινδύνου. Το άτομο δεν μπορεί να ελέγξει εσωτερικά ή εξωτερικά στρεσογόνα ερεθίσματα.

### **1.4.2 Συμπτώματα του στρες**

Τα συμπτώματα του στρες μπορεί να είναι (Help Guide, 2010): Γνωσιακά (προβλήματα μνήμης, αδυναμία συγκέντρωσης, ελλιπής κρίση, εστίαση στα αρνητικά, αγωνιώδης και γρήγορη σκέψη, συνεχής ανησυχία, και άλλα).

Συναισθηματικά (κακή ψυχική διάθεση, οργή, πανικός, οξυθυμία, αναστάτωση, αδυναμία χαλάρωσης, αίσθημα συντριβής, καταβολής, μοναξιάς και απομόνωσης, κατάθλιψη ή γενικευμένη δυστυχία, και άλλα.).

Σωματικά (πόννοι και ενοχλήσεις, διάρροια ή δυσκοιλιότητα, ναυτία, ζαλάδα, πόνος στο στήθος, ταχυκαρδία, μειωμένη σεξουαλική επιθυμία, συχνά κρυολογήματα, και άλλα). Τα σωματικά συμπτώματα προκαλούνται από απελευθέρωση της κορτιζόνης από τα επινεφρίδια, αύξηση των επιπέδων της θυρεοειδικής ορμόνης στο αίμα, απελευθέρωση ενδορφίνης από τον υποθάλαμο, ελάττωση των σεξουαλικών ορμονών: της τεστοστερόνης στους άνδρες και της προγεστερόνης στις γυναίκες, διακοπή λειτουργίας του πεπτικού σωλήνα, απελευθέρωση της γλυκόζης στο αίμα με ταυτόχρονη αύξηση των επιπέδων ινσουλίνης για τον μεταβολισμό, αύξηση της χοληστερόλης στο αίμα κυρίως από το συκώτι, διαταραχές του καρδιακού ρυθμού, αυξημένη προμήθεια του αέρα, πύκνωση του αίματος, εφίδρωση του δέρματος, όξυνση των αισθήσεων: μάτια, ακοή, αφή, γεύση, οσμή.

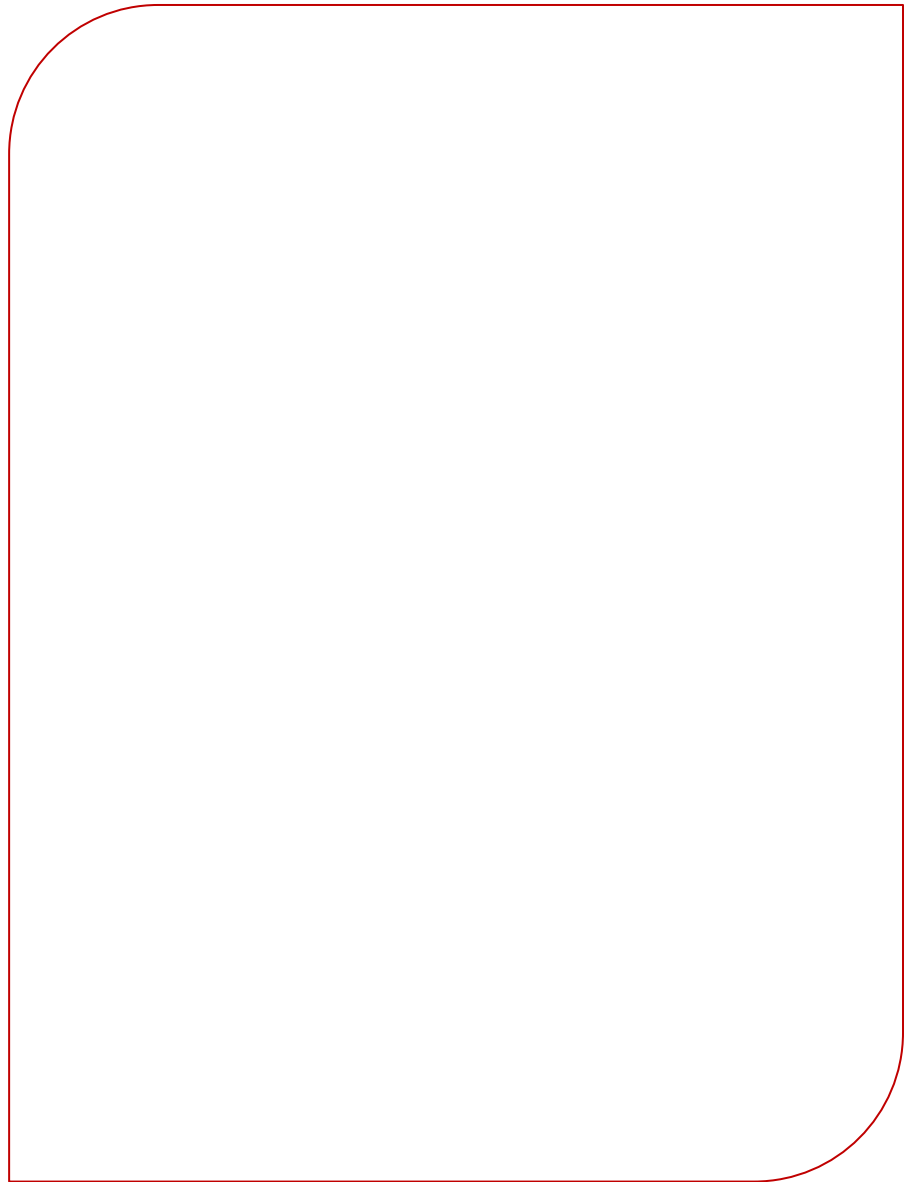
Συμπεριφοριστικά (μειωμένη ή αυξημένη πρόσληψη τροφής, αϋπνία ή νύστα, απομάκρυνση από τους γύρω, κωλυσιεργία ή παραμέληση καθηκόντων, κατάχρηση αλκοόλ, τσιγάρων ή ναρκωτικών σαν μέσο χαλάρωσης, νευρικές συνήθειες, όπως φάγωμα νυχιών, κ.α.).

### 1.4.3 Στρατηγικές διαχείρισης του στρες

Μπορεί να πιστεύει κάποιος ότι δεν μπορεί να ελέγξει το στρες στην ζωή του, αλλά μπορεί πάντα να ελέγξει την ανταπόκριση του σε αυτό. Η διαχείριση του στρες αφορά την άσκηση ελέγχου στις σκέψεις, στα συναισθήματα, στα σχέδια, στο περιβάλλον και τελικά στον τρόπο αντιμετώπισης της κατάστασης. Η διαχείριση του στρες αφορά την αλλαγή του στρεσογόνου παράγοντα όπου είναι δυνατόν και όπου

δεν είναι δυνατόν την αλλαγή της ανταπόκρισης του ατόμου και την προώθηση της χαλάρωσης του (Help Guide, 2010). Οι σημαντικότερες στρατηγικές διαχείρισης του στρες είναι (Βικιπαίδεια, 2010):

- ❖ Η βιοανάδραση (biofeedback): Λαμβάνουμε έλεγχο των σωματικών λειτουργιών εάν γνωρίζουμε τι συμβαίνει.
- ❖ Η λογική συγκινησιακή θεραπεία (rational emotive therapy): Η μέθοδος αυτή ανακαλύφθηκε από τον Albert Ellis το 1996 και σύμφωνα με αυτή, το άγχος προέρχεται από παράλογο τρόπο σκέψης. Η τεχνική αυτή εξετάζει τα πιστεύω ενός ανθρώπου και προσπαθεί να τα αλλάξει θετικά.
- ❖ Φυσικοί μέθοδοι: Όπως η φυσικοθεραπεία ( μάλαξη, διατάσεις, αναπνοές, αναπνευστικές ασκήσεις, ειδικά προγράμματα ασκήσεων, πιέσεις), οι οποίες συντελούν στην ψυχική ηρεμία. Ακόμη, η γιόγκα, ο βελονισμός και η άσκηση.
- ❖ Κοινωνική υποστήριξη: Αυτή η μέθοδος βοηθά όσους υποφέρουν από άγχος να το ελέγξουν και να το μειώσουν μέσω της ψυχολογικής υποστήριξης μίας ομάδας ανθρώπων με το ίδιο πρόβλημα (group therapy).
- ❖ Ψυχοθεραπεία



## 2. Compassion fatigue

### 2.1 Η έννοια του *compassion fatigue*

Η κόπωση συμπόνιας περιγράφει «την συναισθηματική, σωματική, κοινωνική και πνευματική εξάντληση που καταλαμβάνει ένα άτομο και προκαλεί μια διάχυτη μείωση της επιθυμίας, της ικανότητας και της ενέργειας του να συμπονήσει και να φροντίσει τους άλλους, ενώ παράλληλα χάνει την ικανότητα του να νιώσει ικανοποίηση ή χαρά επαγγελματικά ή προσωπικά. Η κόπωση συμπόνιας δεν είναι παθολογική με την έννοια της ψυχικής νόσου, αλλά θεωρείται μια φυσική συμπεριφορική και συναισθηματική ανταπόκριση που προκύπτει από την παροχή βοήθειας ή την επιθυμία να παρασχεθεί βοήθεια σε κάποιο άλλο πρόσωπο που υποφέρει από τραύμα ή πόνο» (Figley, 1995a).

Η κόπωση συμπόνιας είναι το συναισθηματικό κατάλοιπο της έκθεσης μέσω της εργασίας στο μαρτύριο κυρίως εκείνων που υποφέρουν από τις συνέπειες τραυματικών καταστάσεων. Οι επαγγελματίες που εργάζονται με ανθρώπους που πονάνε και υποφέρουν πρέπει να αντιμετωπίσουν όχι μόνο το φυσιολογικό στρες και την δυσαρέσκεια για την εργασία τους, αλλά πρέπει να έρθουν αντιμέτωποι και με τα προσωπικά τους συναισθήματα για τον άνθρωπο που πονάει και υποφέρει. Τα άτομα που εργάζονται σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας απορροφούν το τραύμα των πελατών τους με τα μάτια και τα αυτιά τους (δευτερογενές τραυματικό στρες), δεν τραυματίζονται δηλαδή από κάτι που έχουν πραγματικά ζήσει (Thompson, 2003).

Η αντίληψη ότι η εργασία με ανθρώπους που πονάνε υπεξάγει ένα σημαντικό κόστος από τον επαγγελματία δεν είναι καινούργια. Αν και τα κόστη ποικίλλουν και ο θρήνος αποτελεί μια πανάρχαια έννοια, ωστόσο όποιος έχει σταθεί στο πλάι στου κρεβατιού ενός βαριά αρρώστου ή πρόσφατα θανούντα αγαπημένου προσώπου γνωρίζει τον συναισθηματικό φόρο που υπεισέρχεται από την προσήλωση της προσοχής στις ανάγκες κάποιου προσώπου που υποφέρει.

Μόνο τα τελευταία χρόνια όμως έχει γίνει μια ουσιαστική προσπάθεια να εξεταστούν στον επαγγελματία παροχής φροντίδας ο οποίος γίνεται μάρτυρας των απερίγραπτων «πληγών» που προκαλούνται από τραυματικές εμπειρίες. Η εξερεύνηση και εξέταση αυτών των συνεπειών έγινε τον τελευταίο αιώνα από διάφορες πηγές (Gentry, 2002).

Μία από τις πρώτες αναφορές στην επιστημονική βιβλιογραφία για το «κόστος της φροντίδας» έγινε από τον Carl G. Jung στο “The Psychology of Dementia Praecox” (Jung, 1907). Σε αυτό το κείμενο, ο Jung συζητά τις προκλήσεις της «αντιμεταβίβασης» (counter transference), δηλαδή τις συνειδητές και ασυνείδητες αντιδράσεις του θεραπευτή προς τον

ασθενή που συμβαίνουν στην θεραπευτική σχέση που αναπτύσσουν μεταξύ τους, καθώς και τις ιδιαίτερες δυσκολίες αυτής της αντιμεταβίβασης όταν εργάζεται κάποιος με ψυχωτικούς ασθενείς. Ορίζει με τόλμη μια θεραπευτική άποψη στην οποία ο θεραπευτής συμμετέχει στις ψευδαισθήσεις και στις παραισθήσεις μαζί με τον ασθενή. Ωστόσο, προειδοποιεί ότι μια τέτοια συμμετοχή στον σκοτεινό και επώδυνο φαντασιακό κόσμο των τραυματικών εικόνων έχει επιβλαβείς συνέπειες για τον θεραπευτή, ιδιαίτερα εάν αυτός είναι αρχάριος ή και εάν ο θεραπευτής δεν έχει επιλύσει δικά του αναπτυξιακά ή τραυματικά θέματα (Sedgewick, 1995).

Η μελέτη της αντιμεταβίβασης οδήγησε στα πρώτα γραπτά στον τομέα της ψυχοθεραπείας τα οποία και διερευνούσαν συστηματικά τις συνέπειες της ψυχοθεραπείας στους θεραπευτές (Haley, 1974; Danieli, 1982; Lindy, 1988; Karakashian, 1994; Wilson & Lindy, 1994; Pearlman & Saakvitne, 1995a). Πρόσφατες μελέτες μάλιστα αναφέρουν ότι κάποιες φορές οι θεραπευτές βιώνουν αντιδράσεις αντιμεταβίβασης που μιμούνται τα συμπτώματα των πελατών τους (Herman, 1992; Pearlman & Saakvitne, 1995a). Για παράδειγμα, οι συγγραφείς αναφέρουν πως όταν εργάζεται κάποιος με άτομα που έχουν επιζήσει από τραυματικές εμπειρίες, εκδηλώνει φαινόμενα αντιμεταβίβασης που μιμούνται τα συμπτώματα της διαταραχής μετατραυματικού στρες (PTSD, Lindy, 1988; Wilson & Lindy, 1994; Pearlman & Saakvitne, 1995a).

Η μελέτη των συνεπειών του τραύματος έχει συμβάλει στην καλύτερη κατανόηση των αρνητικών επιπτώσεων στους εργαζόμενους σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας. Οι ψυχολογικές αντιδράσεις στο τραύμα έχουν περιγραφεί τα τελευταία 150 χρόνια με διάφορες φράσεις όπως «σοκ βομβαρδισμού» (Shell shock), «νεύρωση μάχης» (combat neurosis), «railroad spine» (πρόκειται για μια ιδιόμορφη εξελισσόμενη κατάσταση που προκύπτει από τραυματισμό της σπονδυλικής στήλης και έχει παρατηρηθεί κυρίως σε εργάτες σιδηροδρόμων) και «κόπωση μάχης» (combat fatigue, Shalev, et al., 1996). Ωστόσο, παρά τους διάφορους χαρακτηρισμούς που έχουν δοθεί σε αυτές τις αντιδράσεις, μόλις το 1980 αναγνωρίστηκε επίσημα η διαταραχή μετατραυματικού στρες (post traumatic stress disorder-PTSD) ως αγχώδης διαταραχή στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας-III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-III, American Psychiatric Association, 1980; Matsakis, 1994). Από τότε οι έρευνες πάνω στο μετατραυματικό στρες αυξήθηκαν με ραγδαίους ρυθμούς (Wilson & Lindy, 1994; Figley, 1995a) και ο Τομέας της Τραυματολογίας καθιερώθηκε με δύο δικά του περιοδικά, με αρκετές επαγγελματικές οργανώσεις και με μοναδική επαγγελματική ταυτότητα (Figley, 1988; Bloom, 2000).

Ενώ οι εμπειρικές μελέτες προχωρούσαν με αργό ρυθμό σε αυτό τον τομέα, ωστόσο αρκετές ήταν οι επιστημονικές δημοσιεύσεις που επιχειρούσαν να καθορίσουν και να



ορίσουν τον «τραυματισμό» των επαγγελματιών μέσω των προσπαθειών τους να βοηθήσουν. Οι Pearlman και Saakvitne (1995b), ο Figley (1995a) και η Stamm (1995), έγραψαν ή και εκδώσαν κείμενα που διερευνούσαν αυτό το φαινόμενο σε επαγγελματίες που εργάζονταν σε επαγγέλματα παροχής βοήθειας. Οι όροι «τραύμα ταύτισης» (vicarious traumatization, Mc Cann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995a), «δευτερογενές τραυματικό στρες» (secondary traumatic stress, Figley, 1983, 1985, 1988, 1989a, 1989b; Stamm, 1995, 1997, 1999) και «κόπωση συμπόνιας» (Figley, 1995a; Stamm, 2002, 2005) αποτελούν τους ακρογωνιαίους λίθους της ορολογίας για την περιγραφή των δυσμενών συνεπειών που υποφέρουν οι επαγγελματίες όταν εργάζονται με άτομα που έχουν ζήσει τραυματικά γεγονότα (Gentry, 2002).

Το τραύμα ταύτισης (vicarious traumatization) αναφέρεται στην μετάδοση του τραυματικού στρες μέσω της παρατήρησης ή και του ακούσματος των ιστοριών άλλων προσώπων που έχουν ζήσει τραυματικά γεγονότα, με επακόλουθο να μεταβάλλεται ή να διαστρεβλώνεται αυτό που έχει συμβεί με βάση την αντίληψη και τα συστήματα αξιών του επαγγελματία (Mc Cann & Pearlman, 1990). Το τραύμα ταύτισης δηλαδή αναφέρεται σε μια μετατροπή της εσωτερικής εμπειρίας του θεραπευτή ή άλλου επαγγελματία που προκύπτει από την ανάπτυξη συναισθηματικής ταύτισης (εν συναίσθησης) με το τραυματικό υπόβαθρο των πελατών. Οι συναισθηματικές και πνευματικές συνέπειες αυτής της κατάστασης είναι αθροιστικές και μόνιμες και επηρεάζουν την επαγγελματική και προσωπική ζωή των θεραπευτών (Pearlman & Saakvitne, 1995a).

Η εμπλοκή με τις τραυματικές εμπειρίες των πελατών περιλαμβάνει το άκουσμα παραστατικών περιγραφών φρικτών γεγονότων, την παρακολούθηση της ανθρώπινης βαναυσότητας προς άλλους και την συμμετοχή και παρακολούθηση της αναβίωσης των τραυματικών γεγονότων, γεγονός που οδηγεί σε βαθιές και ισχυρές αλλαγές της εμπειρίας του θεραπευτή σε ότι αφορά τον εαυτό του, τους άλλους ανθρώπους και τον κόσμο γενικότερα (Pearlman & McIan, 1995).

Έχουν διατυπωθεί αρκετές θεωρίες αλλά καμία δεν είναι ικανή να αποδείξει με πειστικό τρόπο τον μηχανισμό που αιτιολογεί την μετάδοση του τραυματικού στρες από το ένα άτομο στο άλλο (Gentry, 2002). Έχει υποτεθεί ότι το επίπεδο της συναισθηματικής ταύτισης (εν συναίσθησης) με το τραυματισμένο άτομο παίζει σημαντικό ρόλο σε αυτή την μετάδοση (Figley, 1995a) και μάλιστα υπάρχουν και κάποια εμπειρικά στοιχεία που στηρίζουν αυτή την υπόθεση (Salston, 2000). Ο Figley (1995a) πρότεινε επίσης ότι οι συνέπειες για τον επαγγελματία που παρέχει φροντίδα ο οποίος συνεχώς αναπαριστά νοερώς τις τραυματικές εικόνες του πελάτη, προστίθενται στις συνέπειες της επαγγελματικής

εξουθένωσης και μπορεί να προκληθεί έτσι μια κατάσταση που προοδευτικά καταβάλλει τον επαγγελματία και ονομάζεται «στρες συμπόνιας» (compassion stress).

Πρόσφατα το ενδιαφέρον στα επαγγέλματα υγείας έχει στραφεί στη δευτερογενή μετατραυματική διαταραχή ('secondary post-traumatic stress disorder') και στο συναφές σύνδρομο εξάντλησης από συναισθηματική εμπλοκή ('compassion fatigue syndrome'). Συνήθως η χρήση των δύο όρων είναι ταυτόσημη, παρότι η δευτερογενής μετατραυματική διαταραχή αφορά την επαφή και φροντίδα ατόμων που έχουν βιώσει κάποια τραυματική εμπειρία (Figley, C.R. (1999).

## **2.2 Αιτίες και παράγοντες κινδύνου**

Πολλές προσωπικές ευθύνες – καθήκοντα οδηγούν ένα άτομο σε κίνδυνο για την ανάπτυξη κόπωσης συμπόνιας. Τα άτομα που είναι υπερβολικά ευσυνειδήτα, τελειομανείς [D'Souza 2011] και αυτοτραυματιστές είναι πιθανότερο να υποφέρουν από δευτερογενή τραυματικό άγχος. Όσοι έχουν χαμηλό επίπεδο κοινωνικής υποστήριξης ή υψηλά επίπεδα στρες στην προσωπική ζωή είναι επίσης πιθανότερο να αναπτύξουν STS. Επιπλέον, οι προηγούμενες ιστορίες τραύματος που οδήγησαν σε αρνητικές ικανότητες αντιμετώπισης, όπως η αποφυγή συναισθημάτων, αυξάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης STS (Meadors; et al. (2008).

Τομείς όπου η STS είναι πιο συνηθισμένη, όπως ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης, συμβάλλουν στην κόπωση της συμπόνιας μεταξύ των εργαζομένων. Για παράδειγμα, μια «κουλτούρα σιωπής» όπου τα αγχωτικά γεγονότα, όπως οι θάνατοι σε μια μονάδα εντατικής θεραπείας, δεν συζητούνται μετά το γεγονός που συνδέεται με κόπωση συμπόνιας. Η έλλειψη συνειδητοποίησης των συμπτωμάτων και η κακή κατάρτιση όσον αφορά τους κινδύνους που συνδέονται με τις εργασίες υψηλού στρες μπορούν επίσης να συμβάλουν σε υψηλούς ρυθμούς STS.

Η κόπωση συμπόνιας προέρχεται από μια ποικιλία πηγών. Αν και συχνά επηρεάζει τους εργαζόμενους σε επαγγέλματα παροχής φροντίδας, όπως γιατρούς, νοσηλευτές, ψυχολόγους και ιερείς, ωστόσο μπορεί να προσβάλλει ανθρώπους σε οποιαδήποτε κατάσταση ή χώρο εργασίας όπου τα άτομα ασχολούνται με την παροχή φροντίδας και ξοδεύουν πνευματική και σωματική ενέργεια σε καθημερινή βάση.

Η κόπωση συμπόνιας προκύπτει από το γεγονός ότι τα άτομα δίνουν για μια παρατεταμένη περίοδο, υψηλά επίπεδα ενέργειας και συμπόνιας σε αυτούς που υποφέρουν, συχνά χωρίς να βιώνουν τα θετικά αποτελέσματα αυτών των προσπαθειών με το να βλέπουν

τους ασθενείς τους να καλυτερεύουν (Mc Holm, 2006). Αναπτύσσεται μάλιστα με την πάροδο του χρόνου και μπορεί να περάσουν εβδομάδες ή και χρόνια για να έρθει στην επιφάνεια. Με την πάροδο του χρόνου, διαβρώνεται η ικανότητα να αισθάνεσαι και να νοιάζεσαι τους άλλους μέσω της υπερχρησιμοποίησης των ικανοτήτων έκφρασης συμπόνιας. Οι επαγγελματίες παροχής φροντίδας μπορεί τότε να βιώσουν συναισθηματική ωμότητα, αντιδρώντας στις καταστάσεις με απότομο τρόπο αλλά και πολύ διαφορετικά από ότι θα περίμεναν κανονικά οι άλλοι. Η κόπωση συμπόνιας συμβαίνει όταν τα άτομα «αποστραγγίζονται» συναισθηματικά με το να ακούνε αλλά και εκτίθενται στον πόνο και στο τραύμα εκείνων που βοηθούν (Thompson, 2003).

Τρεις παράγοντες διαδραματίζουν καίριο ρόλο στην ανάπτυξη της κόπωσης συμπόνιας: η παρατεταμένη έκθεση στο μαρτύριο, οι τραυματικές αναμνήσεις και η αναστάτωση από τις διάφορες απαιτήσεις της ζωής (Figley, 1995a, 2002b). Η παρατεταμένη έκθεση συμβαίνει όταν ο επαγγελματίας βιώνει ένα συνεχές συναίσθημα ευθύνης για την φροντίδα του ασθενούς για μεγάλη χρονική περίοδο και ταυτόχρονα νιώθει ότι δεν μπορεί να ανακουφιστεί από αυτή την υποχρέωση. Οι τραυματικές αναμνήσεις είναι μνήμες που μπορούν να πυροδοτήσουν συμπτώματα αγωνίας, ανησυχίας και γενικά ψυχική εξάντληση, είτε πρόκειται για επώδυνες παιδικές αναμνήσεις, είτε για αναμνήσεις από την εργασία με κάποιον τραυματισμένο ασθενή.

Τα γεγονότα αναστάτωσης της ζωής αναφέρονται σε αρρώστιες, αλλαγή τρόπου ζωής ή των προσωπικών και επαγγελματικών ευθυνών. Αυτοί οι παράγοντες σε συνδυασμό με ανεπιτυχείς τεχνικές αντιμετώπισης μπορεί να αυξήσουν την πιθανότητα ανάπτυξης κόπωσης συμπόνιας (Figley, 1995a).

### **2.2.1 Σε επαγγελματίες υγείας**

Μεταξύ 16% και 85% των εργαζομένων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης σε διάφορους τομείς αναπτύσσουν κόπωση από συμπόνια. Σε μια μελέτη, περίπου το 85% των νοσοκόμων σε περιστατικά έκτακτης ανάγκης πληρούσαν τα κριτήρια για κόπωση από συμπόνια (Hooper; et all. 2010) Σε μια άλλη μελέτη, περισσότερα από το 25% των παραϊατρικών ασθενοφόρων ταυτοποιήθηκαν ως έχοντα σοβαρές περιοχές μετατραυματικών συμπτωμάτων Beck, C (2011)..Επιπλέον, το 34% των νοσοκόμων σε άλλη μελέτη πληροί τα κριτήρια δευτερογενούς τραυματικής καταπόνησης / συμφορητικής κόπωσης (Beck, C (2011).

Οι επαγγελματίες υγείας που αντιμετωπίζουν κόπωση από συμπόνια μπορεί να δυσκολεύονται να συνεχίσουν να εργάζονται. Μπορούν να εκτεθούν σε τραύμα, ενώ προσπαθούν να αντιμετωπίσουν την κόπωση από συμπόνια, ενδεχομένως να τους ωθήσουν

να χάσουν τη δουλειά τους. Εάν αποφασίσουν να παραμείνουν, μπορεί να επηρεάσουν αρνητικά τη θεραπευτική σχέση που έχουν, διότι εξαρτώνται από το σχηματισμό μιας εν συναίσθησης σχέσης εμπιστοσύνης που δύσκολα μπορεί να γίνει στη μέση της κόπωσης από συμπόνια. Εξαιτίας αυτού, τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης δίνουν μεγαλύτερη σημασία στην υποστήριξη των συναισθηματικών αναγκών των εργαζομένων τους, ώστε να μπορούν να φροντίζουν καλύτερα τους ασθενείς.

Οι θεραπευτές για τα εξαρτώμενα άτομα μπορούν επίσης να βιώσουν κόπωση από συμπόνια. αυτό μπορεί να γίνει αιτία καταχρηστικής συμπεριφοράς στα επαγγέλματα φροντίδας. Μπορεί κανείς να νοιάζεται για το πρόσωπο όπως απαιτείται, ωστόσο, η φυσική ανθρώπινη επιθυμία να τους βοηθήσει είναι σημαντικά μειωμένη. Αυτό το φαινόμενο συμβαίνει επίσης για τους επαγγελματίες που ασχολούνται με τη μακροχρόνια υγειονομική περίθαλψη. Μπορεί επίσης να συμβεί για τους φροντιστές αγαπημένων προσώπων μελών της οικογένειας. Αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να αναπτύξουν συμπτώματα κατάθλιψης, άγχους και τραύματος. Εκείνοι που είναι φορείς παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ετοιμοθάνατους ασθενείς διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο ανάπτυξης αυτών των συμπτωμάτων. Στο ιατρικό επάγγελμα, αυτό περιγράφεται συχνά ως "εξάνθημα": χρησιμοποιούνται πιο συγκεκριμένοι όροι δευτερογενής τραυματικό άγχος και δευτερεύον τραύμα. Ορισμένοι επαγγελματίες μπορεί να έχουν προδιάθεση για κόπωση από συμπόνια λόγω προσωπικού τραύματος.

Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας είναι μια άλλη ομάδα που συχνά υποφέρουν από κόπωση από συμπόνια, ιδιαίτερα όταν αντιμετωπίζουν εκείνους που έχουν υποστεί εκτεταμένο τραύμα. Μια μελέτη σχετικά με τους επαγγελματίες ψυχικής υγείας που παρέχουν κλινικές υπηρεσίες στα θύματα της Κατρίνα, διαπίστωσε ότι τα ποσοστά αρνητικών ψυχολογικών συμπτωμάτων αυξήθηκαν στην ομάδα. Από τους ερωτηθέντες, το 72% ανέφερε ότι αντιμετώπιζε άγχος, το 62% αντιμετώπισε αυξημένη καχυποψία σχετικά με τον κόσμο γύρω τους και το 42% δήλωνε ότι αισθάνεται όλο και περισσότερο ευάλωτος μετά τη θεραπεία των θυμάτων της Κατρίνας (Culver, L. 2011).

Η κόπωση της συμπόνιας ή το δευτερεύον τραύμα αναφέρεται στη δευτερογενή έκθεση σε τραύμα που παρατηρείται σε πεδία όπου οι εργαζόμενοι βρίσκονται σε άμεση επαφή με τον πάσχοντα. Τα συμπτώματα εμφανίζονται γρήγορα, συνήθως εκδηλώνονται σε συμπτώματα τραυματισμού όπως η οπτικοποίηση του συμβάντος, η αϋπνία, ο φόβος και η αποφυγή οτιδήποτε μπορεί να υπενθυμίσει σε κάποιον τι συνέβη. Εκείνοι που φροντίζουν ανθρώπους που έχουν υποστεί τραύμα μπορούν να βιώσουν μια αλλαγή στο πώς βλέπουν τον κόσμο. το βλέπουν πιο αρνητικά. Μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την αίσθηση του εαυτού, της ασφάλειας και του ελέγχου (Van Hook, 2009). Όσοι έχουν καλύτερη ικανότητα να

συνειδητοποιούν και να είναι συμπονετικοί, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν κόπωση από συμπόνια (Figley, C. R. 1995).

Εκείνοι που υποφέρουν από κόπωση από συμπόνια, ή STS, μπορούν να αρχίσουν να αισθάνονται, ανεπαρκής, υποτιμημένοι, υπερευαισθησία, κατάθλιψη (Betan, Ephi, 2005).

### **2.3 Συμπτώματα κόπωσης από συμπόνια**

Πολλοί συγγραφείς έχουν εντοπίσει συμπτώματα συμφορητικής κόπωσης (Figley, 1995, Gentry, Baggerly, & Baranowsky, 2004). Αυτά τα συμπτώματα μπορεί να περιλαμβάνουν συμπτώματα που σχετίζονται με την εργασία, σωματικά συμπτώματα και συναισθηματικά συμπτώματα. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται σε καθεμία από αυτές τις κατηγορίες παρουσιάζονται στον παρακάτω πίνακα.

### **2.4 Συμπτώματα που σχετίζονται με την εργασία**

- Αποφυγή ή φόβος εργασίας με ορισμένους ασθενείς
  - Μειωμένη ικανότητα να αισθάνεστε εν συναισθήση προς τους ασθενείς ή τις οικογένειες
  - Συχνή χρήση ασθενών ημερών
  - Έλλειψη χαράς

#### **2.4.1 Σωματικά:**

- Πονοκέφαλοι
- Πεπτικά προβλήματα: διάρροια, δυσκοιλιότητα, στομαχικές διαταραχές
- Μυϊκή ένταση
- Διαταραχές ύπνου: αδυναμία ύπνου, αϋπνία, υπερβολικό ύπνο
- Κόπωση
- Καρδιακά συμπτώματα: πόνος στο στήθος / πίεση, αίσθημα παλμών, ταχυκαρδία

#### **2.4.2 Συναισθηματικά:**

- Αλλαγές διάθεσης
- Ανήσυχος
- Ευερεθιστότητα
- Υπερευαισθησία
- Άγχος
- Υπερβολική χρήση ουσιών: νικοτίνη, αλκοόλ, παράνομα ναρκωτικά

- Κατάθλιψη
- Θυμός και δυσαρέσκεια
- Απώλεια αντικειμενικότητας
- Ζητήματα μνήμης
- Κακή συγκέντρωση, εστίαση και κρίση,

Οποιοδήποτε από τα παραπάνω συμπτώματα θα μπορούσε να επικυρώσει την εμφάνιση κόπωσης από συμπόνια. Ωστόσο, είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι γενικά περισσότερα από ένα σύμπτωμα αποδεικνύουν πριν μια νοσοκόμα αναγνωριστεί ως έχουσα κόπωση από συμπόνια.

Οι κύριες αιτίες των συμπτωμάτων κόπωσης είναι:

- ✓ σκέψεις ή εικόνες από τη φροντίδα των ασθενών, οι οποίες βιώνονται έντονα και βασανιστικά
- ✓ δυσκολία διαχωρισμού προσωπικής και επαγγελματικής ζωής
- ✓ απομόνωση στην προσωπική ή/και επαγγελματική ζωή
- ✓ μεγάλη εγγύτητα και/ή απόσταση στη σχέση με τους ασθενείς

## **2.5 Σημεία αναγνώρισης σύγχυσης ορίων από τον νοσηλευτή**

Τα όρια αποτελούν τα θεμέλια ενός ασφαλούς θεραπευτικού περιβάλλοντος. Μόνο γνωρίζοντας τον εαυτό τους, τις αδυναμίες, τις ικανότητές τους και τα όριά τους 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 στον συνάνθρωπο κρύβεται η γνώση του εαυτού και η σύνδεση του θεραπευτή με τις πληγές. Η ισορροπημένη χρήση λογικής και συναισθήματος βοηθά τον νοσηλευτή να είναι την ίδια στιγμή παρών και συνδεδεμένος με τον ασθενή αλλά και σε απόσταση από αυτόν. Ο νοσηλευτής αντιλαμβάνεται ότι δεν είναι παντοδύναμος και αποφεύγει συνειδητά το «ρόλο του σωτήρα».

Είναι πολύ σημαντικό να μη ξεπερνά ο/η νοσηλευτής/ τρια τα όρια του και τα οποία όταν υπάρχει σύγχυση αναγνωρίζονται από τα παρακάτω

Ο/Η νοσηλευτής/ τρια:

- Εκφράζει υπερβολική αίσθηση ευθύνης για τον ασθενή, νιώθει κτητικότητα για τον ασθενή, συνηγορεί υπέρ αυτού με ασυνήθιστη επιμονή ή υπερβολικό ζήλο.
- Γίνεται αμυντικός ή κλειστός στις απόψεις άλλων συναδέλφων για τη φροντίδα ενός συγκεκριμένου ασθενή.
- Το επίπεδο αυτοαποκάλυψης του νοσηλευτή αυξάνεται χωρίς να μπορεί να δικαιολογήσει με επιχειρήματα αυτήν την αυτοαποκάλυψη.
- Νιώθει απρόθυμος ή δυσανασχετεί στην προτροπή να αναφέρει λεπτομέρειες από τη φροντίδα συγκεκριμένου ασθενή σε συναδέλφους/προϊστάμενους.

## **2.6 Επαγγελματική αυτοανάπτυξη: ένα ταξίδι προς την αυτογνωσία και την ωριμότητα**

Η σχέση με τους ασθενείς, τους συγγενείς τους και τους συναδέλφους αλλάζει ως αποτέλεσμα της εμπειρίας. Οι νοσηλευτές γίνονται πιο ικανοί και αποκτούν μηχανισμούς άμυνας για την αντιμετώπιση σχέσεων και προβλημάτων που παλαιότερα τους αναστάτωναν. Η αλλαγή αυτή απαιτεί χρόνο και επεξεργασία της εμπειρίας. Ακόμη και όταν οι νοσηλευτές δεν συνειδητοποιούν την επίδραση της εμπειρίας και την ανάπτυξη μηχανισμών άμυνας, η πολύχρονη παρουσία τους στον εργασιακό χώρο τους οδηγεί να καταλάβουν αβίαστα κάποια στιγμή ότι τα καταφέρνουν ευκολότερα. Γίνονται πιο ευέλικτοι, ωριμάζουν, γνωρίζουν καλύτερα τον εαυτό τους (αυτογνωσία) και τους άλλους (εν συναίσθηση).

Η επαγγελματική πορεία κάθε νοσηλευτή είναι ένα ταξίδι γνώσης τού εαυτού, το οποίο, ενώ μπορεί να καθοδηγηθεί μέσα από την επιμόρφωση, την υποστήριξη από συναδέλφους και την εποπτεία, στην ουσία είναι κάτι που το κάνεις μόνος σου... (Μισουρίδου, Ε. 2009)

## **2.7 Σχέδιο παρέμβασης**

Ένα ουσιαστικό πρώτο βήμα στην ανάπτυξη ενός σχεδίου παρέμβασης είναι η συνειδητοποίηση του προβλήματος. Μια βασική αξιολόγηση θα περιλάμβανε τη συλλογή των παρακάτω πληροφοριών σχετικά με τον νοσηλευτή:

- Περιγραφή / αξιολόγηση του εργασιακού περιβάλλοντος της νοσοκόμου και των συνθηκών εργασίας.

- Η τάση της νοσοκόμου να συμμετέχει περισσότερο.
- Οι συνήθειες στρατηγικές αντιμετώπισης της νοσοκόμας και η διαχείριση των κρίσεων της ζωής.
- Συνήθειες δραστηριότητες της νοσοκόμου για την αναπλήρωση του εαυτού του σωματικά, πνευματικά, συναισθηματικά και πνευματικά. και
- Το άνοιγμα της νοσοκόμας για την εκμάθηση νέων δεξιοτήτων για την ενίσχυση της προσωπικής και επαγγελματικής ευεξίας.

## 2.8 Θεραπεία αντιμετώπιση

- ✓ Δεν υπάρχουν κλινικές θεραπείες
- ✓ Απαιτείται μία ολιστική προσέγγιση που θα βοηθήσει τη φυσική, ψυχική και πνευματική κατάσταση του ατόμου που βρίσκεται σε κίνδυνο
- ✓ Συνιστάται φροντίδα του «εαυτού» >
- ✓ Σε προσωπικό επίπεδο >
- ✓ Σε συλλογικό επίπεδο
- ✓ Συνεργασία με τους συναδέλφους και το κοινωνικό περιβάλλον (φίλους και οικογένεια).

## 2.9 Πρόληψη

Είναι σημαντική η συμβολή της νοσηλευτικής διοίκησης στην αναγνώριση συμπτωμάτων κόπωσης από συμπόνια ή μετατραυματικής διαταραχής και προώθηση ενημερότητας και εκπαίδευσης σε θέματα αυτοφροντίδας. Υπάρχει μια προσπάθεια προετοιμασίας- πρόληψης όσων εργάζονται στα επαγγέλματα της υγειονομικής περίθαλψης για να καταπολεμήσουν την κόπωση της συμπόνιας μέσω της εκπαίδευσης, πώς να χαλαρώνουν σε αγχωτικές καταστάσεις, πώς να εκτελούν τα καθήκοντά τους και να εργάζονται με ακεραιότητα, να βοηθούν τους ανθρώπους και να κατανοούν τους κινδύνους κόπωσης από συμπόνια.

Η παραπάνω εκπαίδευση αποβλέπει στη αυτοφροντίδα και στο σεβασμό του εαυτού μας, στην προσωπική αυτοφροντίδα Επίσης στη δημιουργία υποστηρικτικών δικτύων και στη καθιέρωση της εποπτείας ιδιαίτερα για τους νέους νοσηλευτές.

ΟΡΙΑ ΚΑΙ ΑΥΤΟΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΧΡΕΟΣ ΤΟΥ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑ ΑΠΕΝΑΝΤΙ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΤΟΥ

### 2.9.1 Οι πρακτικές μείωσης του άγχους



Οι πρακτικές μείωσης του άγχους και διαχείρισης άγχους έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές στην πρόληψη και θεραπεία της STS. Λαμβάνοντας ένα διάλειμμα από την εργασία, συμμετέχοντας σε ασκήσεις αναπνοής, άσκηση και άλλες ψυχαγωγικές δραστηριότητες, όλα συμβάλλουν στη μείωση του στρες που σχετίζεται με το STS. Η εννοιολογική ιδέα της ίδιας της ενσωμάτωσης από μια θεωρητική και πρακτική προοπτική συμβάλλει στην καταπολέμηση της κριτικής ή υποτιμημένης φάσης του STS. Επιπλέον, η καθιέρωση σαφών επαγγελματικών ορίων και η αποδοχή του γεγονότος ότι τα επιτυχή αποτελέσματα δεν είναι πάντοτε εφικτά μπορεί να περιορίσει τις επιπτώσεις του STS (Huggard, P. 2003).

### **2.10 Παρέμβαση**

Συχνά, μια νοσοκόμα με κόπωση από συμπόνια χρειάζεται βοήθεια και καθοδήγηση από έναν μέντορα, σύμβουλο, επόπτη ή επαγγελματία σύμβουλο για να βοηθήσει με μια εξατομικευμένη διαδικασία αξιολόγησης και παρέμβασης. Μόλις ολοκληρωθεί η αξιολόγηση, μπορεί να αναπτυχθεί ένα σχέδιο προσωπικής επέμβασης όπως περιγράφεται παρακάτω.

Η συζήτηση για τις ανησυχίες και τα συναισθήματα κάποιου με ένα κατάλληλο άτομο μπορεί να προσφέρει υποστήριξη και ελπίδα στον φροντιστή και να βοηθήσει στην ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης για την αντιμετώπιση της κόπωσης από συμπόνια. Το πρώτο βήμα παρέμβασης είναι να αναθεωρήσει τους πόρους που είναι διαθέσιμοι στον εργασιακό χώρο. Τα περισσότερα νοσοκομεία περιλαμβάνουν τώρα ένα Πρόγραμμα Υποστήριξης Εργαζομένων (ΕΑΠ) ως τμήμα του Τμήματος Ανθρώπινου Δυναμικού. Ο πρωταρχικός σκοπός των ΕΑΡ είναι να παρέχει στους εργαζομένους συμβουλευτική υποστήριξη για προσωπικά και / ή εργασιακά θέματα. Η συζήτηση για τις ανησυχίες και τα συναισθήματα κάποιου με ένα κατάλληλο άτομο μπορεί να προσφέρει υποστήριξη και ελπίδα στον φροντιστή και να βοηθήσει με την ανάπτυξη ενός σχεδίου δράσης για την αντιμετώπιση της κόπωσης από συμπόνια. Συχνά, ένα ΠΔΠ θα παρουσιάσει επίσημες μαθήματα σε σχετικά θέματα μάθησης, όπως η διαχείριση του χρόνου, η εξισορρόπηση ενός προϋπολογισμού, η φροντίδα ενός ηλικιωμένου γονέα, η αποτελεσματική επικοινωνία και η μείωση του άγχους. Αυτές οι τάξεις έχουν σχεδιαστεί για να μειώνουν το άγχος, να ενισχύουν την ισορροπία μεταξύ εργασίας και προσωπικής ζωής και να παρέχουν βοήθεια στους υπαλλήλους που αντιμετωπίζουν καταστάσεις όπως κόπωση από συμπόνια.

Επίσης, μπορεί να περιλαμβάνουν: αλλαγή της εργασίας ή της μετατόπισης; συνιστώντας χρόνο αναμονής ή μειώνοντας τις ώρες υπερωριών · ενθαρρύνοντας τη συμμετοχή σε διάσκεψη · ή να συμμετέχουν σε ένα σχέδιο ενδιαφέροντος. Αυτές οι δράσεις έχουν τη δυνατότητα να βελτιώσουν το εργασιακό περιβάλλον και να προωθήσουν την

ισορροπία εργασίας-προσωπικής ζωής. Παραδείγματα υποστηρικτικών δραστηριοτήτων περιλαμβάνουν τη διευκόλυνση της ανάμνησης σε περιόδους απώλειας ή θανάτου. προσφέροντας προσευχή και άνεση στους ασθενείς, τις οικογένειες και το προσωπικό του νοσοκομείου. και παροχή πνευματικής βοήθειας μέσω ατομικών συμβουλευτικών και ομαδικών προγραμμάτων.

Η ανάπτυξη θετικών στρατηγικών αυτοφροντίδας και υγιεινών τελετουργιών είναι πολύ σημαντική για την ανάκαμψη του φροντιστή από την κόπωση από συμπόνια. Υγιείς τελετουργίες είναι εκείνες οι δραστηριότητες στις οποίες συμμετέχει κανείς σε τακτική βάση και που τροφοδοτούν τα επίπεδα της προσωπικής ενέργειας και ενισχύουν τα συναισθήματα ευεξίας. Καθώς οι νοσηλευτές αρχίζουν να ανταποκρίνονται στις ανάγκες των άλλων, συχνά παραμελούν τις δικές τους ανάγκες. Είναι σημαντικό για τον νοσηλευτή να προσδιορίσει στρατηγικές αναπλήρωσης που μπορούν να προωθήσουν τη σωματική, συναισθηματική και πνευματική ευεξία. Μια δέσμευση για τη φροντίδα του εαυτού του περιλαμβάνει την κατάλληλη διατροφή, ενυδάτωση, ύπνο και άσκηση.. Πολλοί νοσηλευτές έχουν αναγνωρίσει ότι αισθάνονται λιγότερο άγχος και πιο ικανή να διαχειριστούν την εργασία τους μετά τη χρήση τεχνικών χαλάρωσης.

### ***2.11 Θεωρητικές προοπτικές που σχετίζονται με την κόπωση της συμπόνιας***

Η θεωρία της ανθρώπινης φροντίδας του Watson (Neil, 2002, Watson, 2010) βασίζεται στη βασική συσχετιστική σχέση μεταξύ νοσοκόμου και ασθενούς. αυτή η θεωρία υποστηρίζει τη σχέση που βασίζεται νοσηλευτική (RBN). Στον πυρήνα του RBN είναι η εν συναίσθηση και η επικοινωνία αυτής της συμπάθειας με τον ασθενή και την οικογένεια. Η εν συναίσθηση ορίζεται ως η ικανότητα κατανόησης των αισθήσεων ενός ασθενούς, η κατανόηση της κατάστασης από την προοπτική του ασθενούς και η επικοινωνία αυτής της κατανόησης με τρεις βασικές σχέσεις, συμπεριλαμβανομένης της σχέσης της νοσοκόμας με τους ασθενείς και τις οικογένειες, τη σχέση της νοσοκόμας με τον εαυτό της και τη σχέση της νοσοκόμας με τους συναδέλφους. Η σχέση της νοσοκόμου με τον εαυτό είναι μια βασική ιδέα για τη διαχείριση της κόπωσης από συμπόνια. Οι νοσοκόμες πρέπει να είναι δυναμικές, να εκφράζουν τις προσωπικές τους ανάγκες και αξίες και να βλέπουν την ισορροπία εργασίας-ζωής ως εφικτό αποτέλεσμα. Αυτή η σχέση με τον εαυτό είναι απαραίτητη για τη βελτιστοποίηση της υγείας τους, για το ότι είναι εν συναισθητική με τους άλλους και για το ότι είναι παραγωγικό μέλος ομάδα εργασίας εντός μιας μονάδας υγειονομικής περίθαλψης.

Ο Figley (1995) εξήγησε ότι η κόπωση της συμπόνιας βιώνει εκείνα τα άτομα που βοηθούν τους άλλους που διατρέχουν κίνδυνο. Αυτοί οι βοηθοί μπορούν στη συνέχεια να

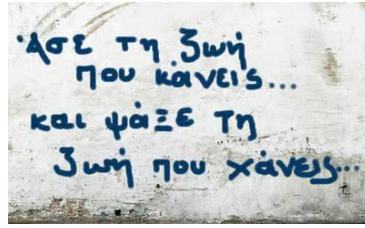
τραυματιστούν μέσω των προσπαθειών τους να συνειδητοποιήσουν και να δείξουν συμπόνια. Αυτό συχνά οδηγεί σε ανεπαρκείς συμπεριφορές αυτο-φροντίδας και αυξημένη αυτοθυσία στον ρόλο του βοηθού. Η κόπωση της συμπόνιας έχει επίσης περιγραφεί ως δευτερογενής τραυματικό άγχος (Figley, 1995) που προκύπτει από τη φροντίδα των ασθενών σε σωματικό και / ή συναισθηματικό πόνο ή στρες. Σε αντίθεση με τη Διαταραχή Μετατραυματικού Τραυματισμού (PTSD), ο φροντιστής δεν αισθάνεται φυσικά το τραυματικό συμβάν αλλά αντιμετωπίζει συναισθηματικά το γεγονός φροντίζοντας τον ασθενή (Sabo, 2006).

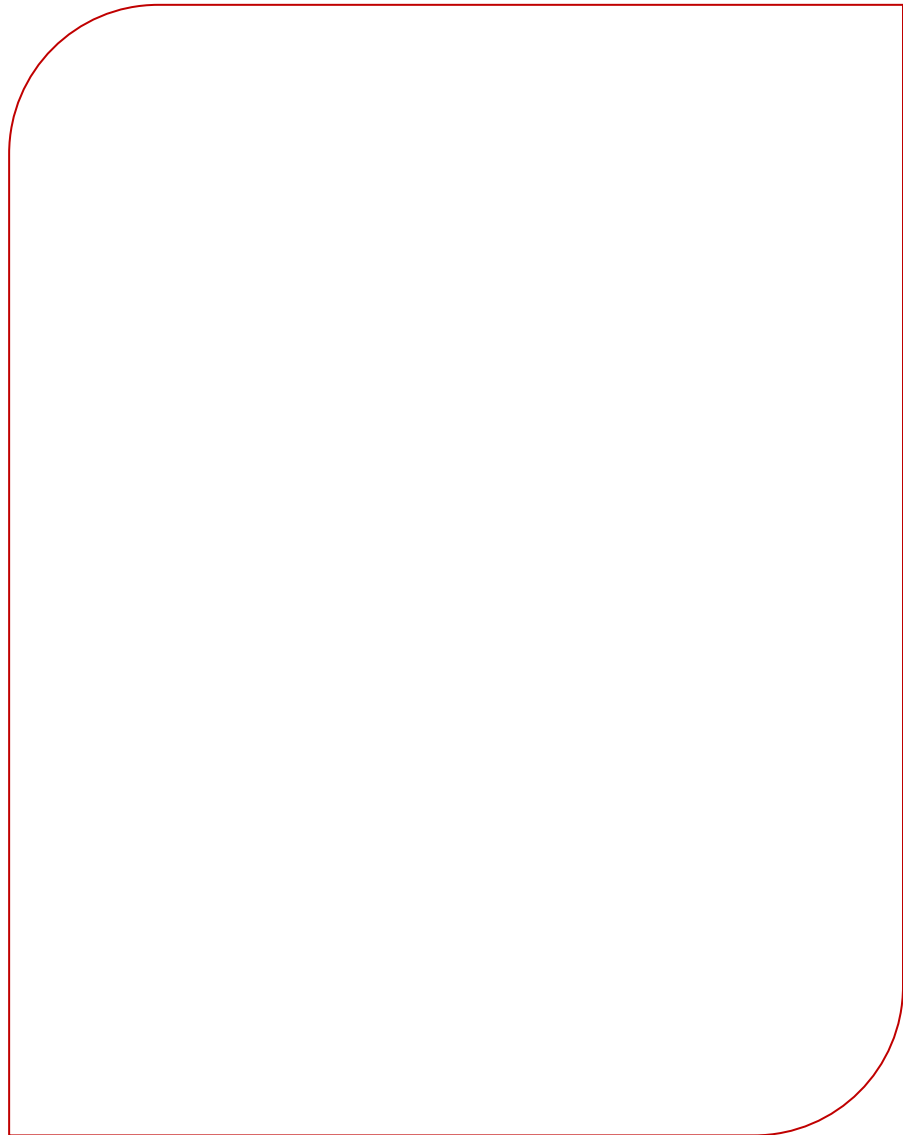
Ο Figley (1995) εξήγησε ότι η κόπωση της συμπόνιας βιώνει εκείνα τα άτομα που βοηθούν τους άλλους που διατρέχουν κίνδυνο. Αυτοί οι βοηθοί μπορούν στη συνέχεια να τραυματιστούν μέσω των προσπαθειών τους να συνειδητοποιήσουν και να δείξουν συμπόνια. Αυτό συχνά οδηγεί σε ανεπαρκείς συμπεριφορές αυτο-φροντίδας και αυξημένη αυτοθυσία στον ρόλο του βοηθού. Η κόπωση της συμπόνιας έχει επίσης περιγραφεί ως δευτερογενής τραυματικό άγχος (Figley, 1995) που προκύπτει από τη φροντίδα των ασθενών σε σωματικό και / ή συναισθηματικό πόνο ή στρες. Σε αντίθεση με τη Διαταραχή Μετατραυματικού Τραυματισμού (PTSD), ο φροντιστής δεν αισθάνεται φυσικά το τραυματικό συμβάν αλλά αντιμετωπίζει συναισθηματικά το γεγονός φροντίζοντας τον ασθενή (Sabo, 2006).

## **2.12 Προσόντα Νοσηλεύτη**

Τα προσόντα του νοσηλεύτη προκειμένου να προσφέρει στους ασθενείς και στον εαυτό του συνοψίζονται στα παρακάτω:

- Σέβεται τον ασθενή ως πρόσωπο με αξία και αξιοπρέπεια
- Διαθέτει χρόνο και προσοχή για να τους ακούσει
- Δεν αμφισβητεί ως μη αληθινή την εμπειρία τους
- Προστατεύει την αξιοπρέπεια του καθενός
- Συζητά με ειλικρίνεια
- Αποδέχεται τους ασθενείς όπως είναι χωρίς κριτική και απόρριψη της συμπεριφοράς τους
- Δείχνει ευαισθησία και θερμό ενδιαφέρον
- Συμμετέχει στη συναισθηματική του κατάσταση χωρίς ταύτιση, οίκτο, με διατήρηση πλήρους αυτοσυνειδησίας και με αντικειμενικότητα.





### 3. ΔΟΚΙΜΑΣΙΑ ΣΤΟΝ ΕΑΥΤΟ ΜΑΣ SELF-TEST

#### 3.1 Δοκιμασία *Compassion Fatigue Self-Test*

Βοηθώντας- θεραπεύοντας τους ανθρώπους έρχεστε σε άμεση επαφή με τη ζωή τους. Όπως ίσως έχετε βιώσει, η συμπόνια σας για εκείνους που [βοηθάτε] έχει τόσο θετικές όσο και αρνητικές πτυχές. Θα θέλαμε να σας θέσουμε ερωτήματα σχετικά με τις εμπειρίες σας, τόσο θετικές όσο και αρνητικές, ως [βοηθός]. Εξετάστε κάθε μία από τις παρακάτω ερωτήσεις σχετικά με εσάς και την τρέχουσα κατάστασή σας. Επιλέξτε τον αριθμό που αντανακλά με ειλικρίνεια πόσο συχνά εμφανίζατε αυτά τα χαρακτηριστικά τις τελευταίες 30 ημέρες. Μπορείτε να αντικαταστήσετε την κατάλληλη ομάδα-στόχο για τη [βοήθεια / βοήθεια / βοηθός] εάν δεν είναι ο καλύτερος όρος. Για παράδειγμα, αν εργάζεστε με εκπαιδευτικούς, αντικαταστήστε τον βοηθό με τον δάσκαλο. Οι αλλαγές λέξεων μπορούν να γίνουν σε οποιαδήποτε λέξη με πλάγια πλάγια γραφήματα για να γίνει η μέτρηση της μέτρησης πιο ομαλά για μια συγκεκριμένη ομάδα-στόχο.

0 = Ποτέ

1 = Σπάνια

2=Μερικές φορές

3 = Κάπως συχνά

4 = Συχνά

5 = Πολύ συχνά

- \_\_\_ 1. Είμαι χαρούμενος.
- \_\_\_ 2. Είμαι προσηλωμένος σε περισσότερα από ένα άτομα που βοηθάω.
- \_\_\_ 3. Έχω ικανοποίηση από το να μπορώ να βοηθήσω τους ανθρώπους.
- \_\_\_ 4. Αισθάνομαι συνδεδεμένος με τους άλλους.
- \_\_\_ 5. Πήγαινε ή ήμουν έκπληκτος με απροσδόκητους ήχους.
- \_\_\_ 6. Αισθάνομαι αναζωογονημένος μετά από συνεργασία με εκείνους που [βοήθησα].
- \_\_\_ 7. Έχω δυσκολία να διαχωρίσω την προσωπική μου ζωή από τη ζωή μου ως βοηθός.
- \_\_\_ 8. Χάνω ύπνο για τραυματικές εμπειρίες ενός ατόμου που [βοηθάω]

- \_\_\_ 9. Νομίζω ότι θα μπορούσα να «μολυνθεί» από το τραυματικό άγχος εκείνων που [βοηθώ].
- \_\_\_ 10. Αισθάνομαι παγιδευμένος από τη δουλειά μου ως βοηθός.
- \_\_\_ 11. Λόγω της βοήθειάς μου, ένιωσα «άκρη» για διάφορα πράγματα.
- \_\_\_ 12. Μου αρέσει το έργο μου ως βοηθός.
- \_\_\_ 13. Αισθάνομαι κατάθλιψη ως αποτέλεσμα της δουλειάς μου ως βοηθός.
- \_\_\_ 14. Αισθάνομαι σαν να βιώνω το τραύμα κάποιου που έχω [βοηθήσει].
- \_\_\_ 15. Έχω πεποιθήσεις που με στηρίζουν.
- \_\_\_ 16. Είμαι ευχαριστημένος με το πώς είμαι σε θέση να συμβαδίσω με τις τεχνικές και τα πρωτόκολλα [βοηθώντας].
- \_\_\_ 17. Είμαι ο άνθρωπος που πάντα ήθελα να είμαι.
- \_\_\_ 18. Το έργο μου με κάνει να αισθάνομαι ικανοποιημένος.
- \_\_\_ 19. Λόγω της δουλειάς μου ως βοηθός, αισθάνομαι εξάντληση.
- \_\_\_ 20. Έχω ευχαριστημένες σκέψεις και συναισθήματα για εκείνους που [βοηθώ] και πώς θα μπορούσα [να τους βοηθήσω].
- \_\_\_ 21. Αισθάνομαι συγκλονισμένος από το μέγεθος της δουλειάς ή το μέγεθος του φόρτου εργασίας μου που πρέπει να ασχοληθώ.
- \_\_\_ 22. Πιστεύω ότι μπορώ να κάνω μια διαφορά μέσα από το έργο μου.
- \_\_\_ 23. Αποφεύγω κάποιες δραστηριότητες ή καταστάσεις επειδή μου θυμίζουν τρομακτικές εμπειρίες από τους ανθρώπους που [βοηθώ].
- \_\_\_ 24. Είμαι υπερήφανος για το τι μπορώ να κάνω για να [βοηθήσει].
- \_\_\_ 25. Ως αποτέλεσμα της βοήθειάς μου, έχω ενοχλητικές, τρομακτικές σκέψεις.
- \_\_\_ 26. Αισθάνομαι «παγιδευμένο» από το σύστημα.
- \_\_\_ 27. Έχω τις σκέψεις ότι είμαι «επιτυχία» ως βοηθός.
- \_\_\_ 28. Δεν μπορώ να θυμηθώ σημαντικά μέρη της εργασίας μου με θύματα τραυμάτων.
- \_\_\_ 29. Είμαι πολύ ευαίσθητος άνθρωπος.

\_\_\_\_ 30. Είμαι ευτυχής που επέλεξα να κάνω αυτό το έργο.

### **3.2 Οδηγίες αυτόματης βαθμολόγησης, αν χρησιμοποιείται ως αυτοέλεγχος**

1. Βεβαιωθείτε ότι έχετε απαντήσει σε όλα τα στοιχεία.
2. Σε ορισμένα στοιχεία τα αποτελέσματα πρέπει να αντιστραφούν. Δίπλα στην απάντησή σας γράψτε το αντίστροφο της βαθμολογίας (δηλ. 0 = 0, 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3). Αντιστρέψτε τις βαθμολογίες σε αυτά τα 5 στοιχεία: 1, 4, 15, 17 και 29. Σημειώστε ότι η τιμή 0 δεν αντιστρέφεται, καθώς η τιμή της είναι πάντα μηδενική. 3. Σημειώστε τα στοιχεία για βαθμολόγηση:
  1. Βάλτε ένα X στα 10 στοιχεία που αποτελούν τη Κλίμακα Ικανοποίησης Συμπόνιας: 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 30.
  2. Βάλτε έναν έλεγχο τα 10 στοιχεία στη κλίμακα έκρηξης: 1, 4, 8, 10, 15, 17, 19, 21, 26, 29.
  3. Περάστε τα 10 στοιχεία της κλίμακας κόπωσης Trauma / Compassion: 2, 11, 13, 14, 23, 25, 28.
  4. Προσθέστε τους αριθμούς που γράψατε δίπλα στα στοιχεία για κάθε σύνολο αντικειμένων και συγκρίνετε τις παρακάτω θεωρητικές βαθμολογίες δεκαετιών,

### **3.3 Ικανοποίηση συμπεριφοράς / αποτελεσματικά αποτελέσματα**

Το δυναμικό σας για Ικανοποίηση Συμπόνιας:

Οι υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτή την κλίμακα αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σχετίζεται με την ικανότητά σας να είστε αποτελεσματικός φροντιστής που στη δουλειά σας. Μπορεί να αισθάνεστε θετικά για τους συναδέλφους σας ή την ικανότητά σας να συμβάλλετε στη ρύθμιση της εργασίας ή ακόμα και στο μεγαλύτερο καλό της κοινωνίας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτή την κλίμακα αντιπροσωπεύουν μεγαλύτερη ικανοποίηση που σχετίζεται με την ικανότητά σας να είστε αποτελεσματικός φροντιστής στη δουλειά σας. Η μέση βαθμολογία είναι 37 (SD 7, αξιοπιστία κλίμακας άλφα .87).

Περίπου το 25% των ανθρώπων πέτυχε πάνω από 42 και το 25% περίπου των ανθρώπων πέτυχε κάτω από 33. Εάν βρίσκεστε στο υψηλότερο εύρος, πιθανόν να αποκομίσετε ικανοποιητική επαγγελματική ικανοποίηση από τη θέση σας. Εάν τα αποτελέσματά σας είναι κάτω από 33, μπορεί να εντοπίσετε προβλήματα με την εργασία σας



ή μπορεί να υπάρχει κάποιος άλλος λόγος - για παράδειγμα, μπορείτε να αντλήσετε την ικανοποίησή σας από δραστηριότητες εκτός της δουλειάς σας.

### **3.4 Ο κίνδυνος για *Burnout*:**

Οι περισσότεροι άνθρωποι έχουν μια διαισθητική ιδέα για το τι είναι το burnout. Από την οπτική της έρευνας, η εξάντληση σχετίζεται με αισθήματα απελπισίας και δυσκολίες στην αντιμετώπιση της εργασίας ή στην αποτελεσματική εργασία σας. Αυτά τα αρνητικά συναισθήματα έχουν συνήθως μια σταδιακή εμφάνιση. Μπορούν να αντανακλούν την αίσθηση ότι οι προσπάθειές σας δεν κάνουν καμία διαφορά ή μπορούν να συσχετιστούν με ένα πολύ υψηλό φόρτο εργασίας ή ένα μη υποστηρικτικό περιβάλλον εργασίας. Υψηλότερες βαθμολογίες σε αυτή την κλίμακα σημαίνουν ότι είστε σε υψηλότερο κίνδυνο για *Burnout*. Η μέση βαθμολογία στην κλίμακα καύσης είναι 22 (SD 6.0, αξιοπιστία κλίμακας alpha .72).

Περίπου το 25% των ατόμων βαθμολογούνται πάνω από 27 και περίπου το 25% των ατόμων βαθμολογούνται κάτω των 18. Εάν το σκορ σας είναι κάτω από 18, αυτό πιθανόν να αντανακλά θετικά συναισθήματα για την ικανότητά σας να είστε αποτελεσματικοί στην εργασία σας. Εάν σκοράρετε πάνω από 27, μπορεί να θέλετε να σκεφτείτε τι στο χώρο εργασίας σας κάνει να αισθάνεστε σαν να μην είστε αποτελεσματικοί στη θέση σας. Η βαθμολογία σας μπορεί να αντανακλά τη διάθεσή σας. ίσως είχατε μια "κακή μέρα" ή είστε έχετε ανάγκη κάποιου χρόνου. Εάν η υψηλή βαθμολογία παραμείνει ή αν επηρεάζει άλλες στεναχώριες, μπορεί να προκαλέσει ανησυχία.

### **3.5 Ο κίνδυνος κόπωσης από την συμπόνια**

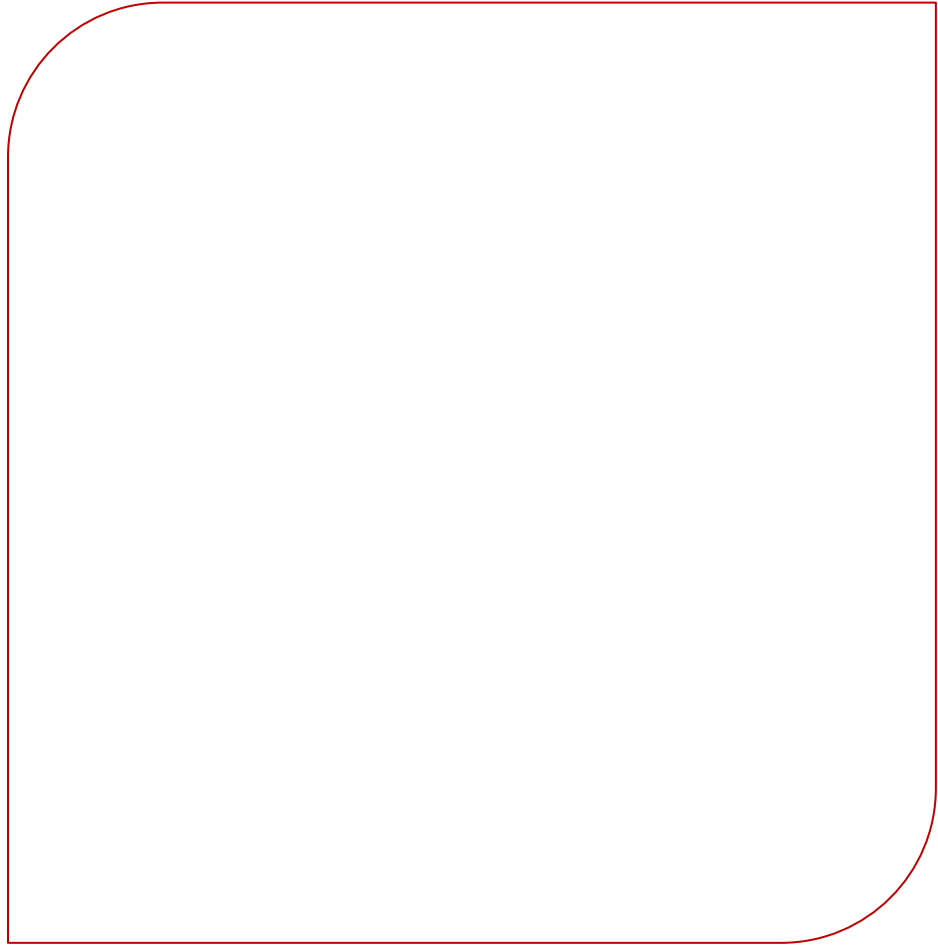
Η κόπωση της συμπόνιας (CF), που ονομάζεται επίσης δευτεροπαθής τραύμα (STS) και σχετίζεται με το Vicarious Trauma (VT), αφορά τη δουλειά σου, δευτερεύουσα έκθεση σε εξαιρετικά αγχωτικά γεγονότα.

Για παράδειγμα, μπορείτε να ακούτε επανειλημμένα ιστορίες σχετικά με τα τραυματικά πράγματα που συμβαίνουν σε άλλους ανθρώπους, κοινώς ονομαζόμενα VT. Εάν η δουλειά σας βάζει απευθείας στον δρόμο του κινδύνου, όπως είναι ένας στρατιώτης ή ανθρωπιστικός βοηθός, αυτό δεν είναι δευτερεύουσα έκθεση. η έκθεσή σας είναι πρωταρχική. Ωστόσο, αν είστε εκτεθειμένοι σε τραυματικά γεγονότα άλλων ως αποτέλεσμα της δουλειάς σας, όπως σε ένα δωμάτιο έκτακτης ανάγκης ή σε συνεργασία με υπηρεσίες προστασίας παιδιών, αυτό είναι δευτερεύουσα έκθεση. Τα συμπτώματα του CF / STS είναι συνήθως ταχεία στην έναρξη και σχετίζονται με ένα συγκεκριμένο συμβάν. Μπορεί να περιλαμβάνουν φόβο, να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στον ύπνο, να έχουν εικόνες του ανασταλτικού

γεγονότος που μπαίνουν στο μυαλό σας ή να αποφεύγουν πράγματα που σας υπενθυμίζουν το συμβάν.

Το μέσο σκορ σε αυτήν την κλίμακα είναι 13 (SD 6, κλίμακα αξιοπιστίας κλίμακας .80). Περίπου το 25% των ανθρώπων πέτυχε κάτω από 8 και το 25% περίπου των ανθρώπων πέτυχε πάνω από 17.

Αν η βαθμολογία σας είναι πάνω από 17, μπορεί να θέλετε να αφιερώσετε λίγο χρόνο για να σκεφτείτε τι μπορεί να σας τρομάξει στη δουλειά ή εάν υπάρχει κάποιος άλλος λόγος για την αυξημένη βαθμολογία. Ενώ οι υψηλότερες βαθμολογίες δεν σημαίνουν ότι έχετε κάποιο πρόβλημα, είναι μια ένδειξη ότι μπορεί να θέλετε να εξετάσετε πώς αισθάνεστε για την εργασία σας και το περιβάλλον εργασίας σας. Μπορεί να θέλετε να το συζητήσετε με τον προϊστάμενό σας, έναν συνάδελφο ή έναν επαγγελματία υγείας.



## **4. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ (έρευνες που έχουν γίνει την τελευταία δεκαετία)**

### **4.1 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση**

Κατά τη τελευταία δεκαετία η κόπωση συμπόνιας, έχει απασχολήσει ιδιαίτερα τον ιατρικό κόσμο και πιο συγκεκριμένα τον κλάδο της νοσηλευτικής. Εμφανίζεται σε άτομα που εργάζονται με ασθενείς και οικογένειες «τραυματισμένες» ή σε κατάσταση πένθους. Παράγοντας που ενοχοποιείται είναι η συστηματική έκθεση σε συσσωρευμένα επίπεδα «τραύματος». Διαφοροποιείται από την επαγγελματική κόπωση αλλά μπορεί και να συνυπάρχουν.

Παρακάτω αναλύονται έρευνες οι οποίες αποσκοπούν στην αποτελεσματικότητα της.

### **4.2 Εισαγωγή**

Η κόπωση της συμπόνιας έχει οριστεί ως ένας συνδυασμός σωματικής, συναισθηματικής και πνευματικής εξάντλησης που σχετίζεται με τη φροντίδα των ασθενών σε σημαντικό συναισθηματικό πόνο και σωματική δυσφορία (Anewalt, 2009, Figley, 1995). Παρά το γεγονός ότι πολλοί ορισμοί της κόπωσης συμπόνιας βρίσκονται τώρα στη βιβλιογραφία, ο Joinson (1992), νοσοκόμα, ήταν ο πρώτος που περιγράφει την έννοια στο έργο της με το προσωπικό έκτακτης ανάγκης.

Προσδιόρισε την κόπωση της συμπόνιας ως μια μοναδική μορφή εξουθένωσης που επηρεάζει τα άτομα που η κόπωση έχει περιγραφεί μεταξύ κυρίως των παρόχων φροντίδας καρκίνου, του προσωπικού έκτακτης ανάγκης. Αυτή η κόπωση μπορεί να επηρεάσει τους νοσηλευτές σε οποιαδήποτε ειδικότητα όταν, στη διαδικασία της παροχής εμπειρικής στήριξης, αντιμετωπίζουν προσωπικά τον πόνο των ασθενών και των οικογενειών τους.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να γίνει μια λεπτομερής και συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας, ώστε να διερευνηθούν αν υπάρχουν άρθρα σχετικά με τη κόπωση συμπόνιας και την εν συναίσθηση. Μέθοδος: Αναζητήθηκαν έρευνες στις βάσεις δεδομένων, Google, Pubmed, PsychInfo, MEDLINE. Η έρευνα περιοριζόταν σε άρθρα που δημοσιεύθηκαν την τελευταία δεκαετία, ώστε να συμπεριληφθούν όσο το δυνατόν περισσότερες μελέτες, περιορίζοντας ταυτόχρονα την ανασκόπηση σε μελέτες σχετικές με την τρέχουσα ιατρική πρακτική. Χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένες λέξεις κλειδιά:

« compassion fatigue, nursing, self care, skills enhancement, professional growth, εν συναίσθηση, άγχος, διαχείριση άγχους: »

Η Ζ. Σαραντοπούλου (2017) έκανε μια έρευνα που σκοπό είχε τη σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας του αποτελέσματος. Η έννοια της εν συναίσθησης Ζωή Σαραντοπούλου Οικονομολόγος Υγείας, τ. καθηγήτρια ΑΤΕΙ Ιονίων Νήσων, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο

Η επικοινωνία ιατρού-ασθενούς αποτελεί στοιχείο καθορισμού του επιπέδου ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας. Στην παρούσα εργασία, γίνεται αρχικά η παρουσίαση των τριών βασικών μοντέλων της σχέσης γιατρού - ασθενούς και κατόπιν περιγράφεται ο τρόπος λήψης ιατρικών αποφάσεων ύστερα από ενημέρωση και σε συνεργασία με τον ασθενή. Εν συνεχεία, επιχειρείται η αξιολόγηση του τρόπου που το βιοϊατρικό και του βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεώρησης της υγείας και της ασθένειας, επηρεάζουν τη σχέση και την επικοινωνία γιατρού - ασθενούς. Ιδιαίτερο βάρος δίνεται στη σημασία και το ρόλο της εν συναίσθησης, ως παράγοντα βελτίωσης της θεραπευτικής σχέσης, ικανοποίησης του ασθενούς και συμμόρφωσής του με τις ιατρικές οδηγίες. Τέλος, στην βάση των παραπάνω, προτείνονται παρεμβάσεις για την βελτίωση της επικοινωνίας στο ιατρικό πλαίσιο. Για την έρευνα αυτή, ανασκοπήθηκε η ελληνική και διεθνής έντυπη και ηλεκτρονική βιβλιογραφία, έγινε αναδρομή σε και αναζητήθηκαν στοιχεία σε έγκυρες βάσεις δεδομένων, με την βοήθεια λέξεων κλειδιά. Διαπιστώνεται ότι αν και αρχικά η έννοια της εν συναίσθησης οριοθετήθηκε στο πλαίσιο της ψυχοθεραπείας, στις μέρες μας έχει αναγνωριστεί ως μια ιδιαίτερα σημαντική ιατρική δεξιότητα η οποία έχει ως αποτέλεσμα την συμμόρφωση του ασθενούς με τις ιατρικές συστάσεις και την καλύτερη κατανόηση της διάγνωσης ενώ παράλληλα συντελεί στη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς. Επιπλέον, η σύγχρονη θεώρηση της υγείας επιβάλλει οι παρεμβάσεις των επαγγελματιών υγείας να είναι ολιστικού τύπου, σε όλα τα επίπεδα (οργανικό, συναισθηματικό, γνωστικό, συμπεριφορικό, κοινωνικό) και για τον λόγο αυτό αποκτά ρόλο βαρύνουσας σημασίας η συστηματική και συνεχιζόμενη εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας σε τεχνικές επικοινωνίας για την βελτίωση των σχέσεων ιατρού-ασθενούς. Λέξεις ευρητήριου: επικοινωνία, βιοϊατρικό μοντέλο, βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, εν συναίσθηση, παρεμβάσεις βελτίωσης

Η Δημητριάδου Παντέκα Αλεξάνδρα και οι συνεργάτες της (2013) στην ερευνά με τίτλο, οι αντιλήψεις και η στάση των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών έναντι του νοσηλευτικού επαγγέλματος είχε σαν σκοπό τη διερεύνηση των αντιλήψεων που διαμορφώνονται για το επάγγελμα από τους ίδιους τους νοσηλευτές, τους άλλους επαγγελματίες υγείας και τους φοιτητές και ο προσδιορισμός των παραγόντων που επηρεάζουν τη στάση τους.

**Υλικό-Μέθοδος:** Στη μελέτη συμμετείχαν 949 φοιτητές ιατρονοσηλευτικών σχολών, καθώς και εργαζόμενοι στο χώρο της υγείας. Η συλλογή των δεδομένων έγινε με δομημένα ερωτηματολόγια, η σύνθεση των οποίων βασίστηκε στη νοσηλευτική βιβλιογραφία. Η στατιστική επεξεργασία έγινε με τη βοήθεια του στατιστικού υπολογιστικού πακέτου SPSS 12.

**Αποτελέσματα:** Το 89,2% του δείγματος πιστεύει ότι η άσκηση της νοσηλευτικής απαιτεί γνώσεις, δεξιότητες και κριτική σκέψη. Επίσης, το 82,4% υποστηρίζει ότι η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας εξαρτάται από την ποιότητα εκπαίδευσης των νοσηλευτών που την παρέχουν και το 94,4% ότι καθήκον των νοσηλευτών είναι η δια βίου εκπαίδευση. Επιπλέον, το 82,6% των συμμετεχόντων θεωρούν ότι οι νοσηλευτές δεν χάνουν το ενδιαφέρον τους για τη φροντίδα του ασθενή όσο περισσότερο εκπαιδεύονται. Παράγοντες, όπως η θρησκεία και η συχνότητα λήψης αναρρωτικών αδειών δεν επηρεάζουν καθόλου τη στάση ως προς το επάγγελμα, ενώ το shock πραγματικότητας, η έλλειψη προσωπικού και το βίωμα αρνητικής προκατάληψης επηρεάζουν αρνητικά τη στάση ως προς αυτό.

**Συμπεράσματα.** Η αντιμετώπιση των παραγόντων που επηρεάζουν αρνητικά την εικόνα του επαγγέλματος και η πληρέστερη και συνεχόμενη εκπαίδευση των νοσηλευτών θα βοηθήσουν στην ευρεία αποδοχή του νοσηλευτικού επαγγέλματος από το κοινωνικό σύνολο.

Η έρευνα της Barbara Lombardo, και των συνεργατών της στην έρευνα με τίτλο *Compassion Fatigue: A Nurse's Primer* (2011) Οι περισσότερες νοσοκόμες εισέρχονται στον τομέα της νοσηλείας με την πρόθεση να βοηθήσουν τους άλλους και να δώσουν προσοχή για τους ασθενείς με κρίσιμες σωματικές, ψυχικές, συναισθηματικές και πνευματικές ανάγκες. Ωστόσο, οι αυτοαπασχολούμενοι και οι νοσηλευτές νοσοκόμων μπορούν να γίνουν θύματα του συνεχιζόμενου στρες για την αντιμετώπιση των συχνά συντριπτικών αναγκών των ασθενών και των οικογενειών τους, με αποτέλεσμα την κόπωση συμπόνιας. Η κόπωση της συμπόνιας επηρεάζει όχι μόνο τη νοσοκόμα από την άποψη της ικανοποίησης από την εργασία και της συναισθηματικής και σωματικής υγείας, αλλά και του περιβάλλοντος στο χώρο εργασίας μειώνοντας την παραγωγικότητα και αυξάνοντας τον κύκλο εργασιών. Αυτή η μελέτη με αναφέρεται στη περίπτωση μιας δραστηρικής νοσοκόμας που δεν ζήτησε βοήθεια για το συνεχιζόμενο άγχος της. Στη συνέχεια περιγράφει τα συμπτώματα για την αντιμετώπιση της κόπωσης από συμπόνια. Στο τέλος παρουσιάζει μια περιπτωσιολογική μελέτη για μια προορατική νοσοκόμα που απέφυγε την ανάπτυξη κόπωσης συμπόνιας και μια συζήτηση για τη μελλοντική έρευνα που απαιτείται για την καλύτερη πρόληψη και βελτίωση της κόπωσης από συμπόνια.

### **1<sup>η</sup> Μελέτη περίπτωσης μιας εν ενεργεία νοσηλεύτριας**

Η νοσηλεύτρια της παρούσας μελέτης εργάζεται σε νοσηλευτικό ίδρυμα και σχεδίασε μια σταδιοδρομία στην νοσηλευτική της καρδιάς. Η μητέρα της είχε υποστεί πολλαπλές καρδιακές εκδηλώσεις και νοσηλείες καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής της. Κατά τη διάρκεια των παιδικών χρόνων, η μητέρα της είχε πολλαπλές εισόδους για συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια. Κάθε εισαγωγή έγινε πιο δύσκολη για τη μητέρα της. Το νοσηλευτικό προσωπικό και η οικογένεια έγιναν πολύ εξοικειωμένοι μεταξύ τους κατά τη διάρκεια αυτών των επαναλαμβανόμενων εισαγωγών. Αυτή η κατάσταση ώθησε την νοσηλεύτρια να ακολουθήσει μια καριέρα ως καρδιακή νοσοκόμα.

Μετά την αποφοίτησή της, άρχισε να εργάζεται σε μια πολυσύχναστη μονάδα τηλεμετρίας. Αρκετοί ασθενείς στη μονάδα αυτή αντιμετώπισαν πολλαπλές εισόδους στη μονάδα. Η νοσοκόμα έλαβε σπάνια διάλειμμα. γρήγορα απέκτησε τις δεξιότητες που απαιτούνται για να εργαστεί σε αυτή τη μονάδα και σύντομα έγινε ηγέτης στη μονάδα. Μέσα σε σύντομο χρονικό διάστημα τρεις από τους πρωτογενείς ασθενείς της πέθαναν. Η νοσηλεύτρια άρχισε να βλέπει τη δουλειά της ως σκλάβος. Θα μπορούσε να φτάσει μόλις στην εργασία εγκαίρως και σπάνια προσφέρθηκε να είναι συνεπής φροντιστής για έναν προκλητικό ασθενή. Οι συνεργάτες της παρακολούθησαν την μεταβαλλόμενη συμπεριφορά της καθώς αγωνιζόταν να βρει κάποια ισορροπία εργασίας-ζωής. Αυτή η μεταβαλλόμενη συμπεριφορά παρατηρήθηκε επίσης από τον προϊστάμενό της ο οποίος προσπάθησε να προσαρμόσει το πρόγραμμα της.. Ωστόσο, αυτή η προσαρμογή έπληξε σωματικά και συναισθηματικά. Μετά από ένα χρονικό διάστημα άρχισε να εργάζεται στην κλινική εξωτερικών ασθενών στο νοσοκομείο. Ωστόσο, αυτό το νέο εργασιακό περιβάλλον δεν μείωσε την εμπλοκή της με ορισμένους ασθενείς και τις οικογένειές τους. Παρόλο που η νοσηλεύτρια προσπάθησε να προσαρμοστεί σε αυτή τη νέα ρύθμιση, εξακολουθούσε να φροντίζει για ασθενείς με διαδικασίες λήξης ζωής, καρδιακής νόσου. Τελικά, άφησε αυτή τη θέση για να επιδιώξει ένα λιγότερο αγχωτικό εργασιακό περιβάλλον.

## **2<sup>η</sup> Μελέτη περίπτωσης μιας εν ενεργεία νοσηλεύτριας**

Η νοσηλεύτρια της μελέτης παρουσίαζε τακτικά την ανησυχία και τη δυσαρέσκεια της εργασίας. Συχνά ήταν συγκλονισμένη με τις περίπλοκες, φροντίδες της φροντίδας ασθενών και εξέφραζε πολύ θλίψη για τα κοινωνικά και συναισθηματικά προβλήματα των ασθενών της. Ήταν συχνά δακρυσμένη και προφορικά αναγνώρισε ότι δεν ήθελε να έρθει στη δουλειά. Επιπλέον, ήταν ευαίσθητη σε ανατροφοδότηση και αισθάνθηκε έλλειψη υποστήριξης από μέρους των συνομηλίκων και των εποπτών της. Είχε δυσκολία στον ύπνο, ανησυχούσε για τις δουλειές στις μέρες της απουσίας και μίλησε ανοιχτά για την επιθυμία να φύγει από το νοσοκομείο.

Η νοσηλεύτρια μίλησε συχνά με αρκετούς ειδικούς κλινικής νοσοκόμας που την βοήθησαν να επικεντρωθεί στην επίτευξη ισορροπίας μεταξύ της επαγγελματικής και της προσωπικής ζωής. Την συμβούλευσαν σε θετικές στρατηγικές αυτο-φροντίδας και αποτελεσματικές τεχνικές επικοινωνίας και την οδήγησαν στην εξέταση μακροπρόθεσμων σχεδίων σταδιοδρομίας. Παρόλο που έγιναν προσπάθειες για τη βελτίωση της κατάστασης της μονάδας της, συνέχισε να παρουσιάζει άγχος και δυσαρέσκεια.

Παρά την αυξανόμενη δυστυχία της, εντόπισε μια συγκεκριμένη περιοχή νοσηλευτικής όπου πάντα ήθελε να εργαστεί. Έγιναν διευθετήσεις για να μιλήσει με τον επιβλέποντα και αποφάσισε να μεταφερθεί σε αυτόν τον νέο τομέα και έκτοτε έκανε μια θετική προσαρμογή. Η ενεργητικότητα στην ικανοποίηση των δικών της αναγκών και στην αντιμετώπιση των αναγκών που σχετίζονται με την εργασία έχει ως αποτέλεσμα η νοσηλεύτρια να αισθάνεται πιο ενεργητική σχετικά με την εργασία της και πιο πρόθυμη να έρθει στη δουλειά.

Η κόπωση της συμπόνιας πρέπει να μελετηθεί στο σύνολό της. Πρέπει να προσδιορίσουμε ποια συγκεκριμένα χαρακτηριστικά και εμπειρίες κατακλύζουν αυτό το φαινόμενο μεταξύ των ατόμων που απασχολούνται στην εργασία φροντίδας και να διερευνήσουν ποιες προσωπικές ιδιότητες και χαρακτηριστικά μπορούν να προσφέρουν προστασία. Οι διαμήκεις μελέτες είναι απαραίτητες για τη διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στην ανάπτυξη συμπτωμάτων. Αυτοί οι παράγοντες μπορεί να περιλαμβάνουν, μεταξύ άλλων, την εμπειρία της νοσοκόμας, το επίπεδο εκπαίδευσης και τη θεσμική υποστήριξη. Απαιτούνται μελέτες για τον προσδιορισμό της αποτελεσματικότητας των παρεμβάσεων, όπως αυτές που περιγράφονται σε αυτό το άρθρο, για την καταπολέμηση της κόπωσης από συμπόνια σε διάφορες εργασιακές ρυθμίσεις. Θα μπορούσε κανείς να ξεκινήσει με ένα ερωτηματολόγιο πριν και μετά την παρέμβαση ζητώντας από τους νοσηλευτές να περιγράψουν, για παράδειγμα, τις συνέπειες των εβδομαδιαίων συνεδρίων περίθαλψης ασθενών στο επίπεδο στρες και συμπόνιας. Είναι ζωτικής σημασίας οι μεμονωμένοι νοσηλευτές, οι νοσηλευτές και οι εγκαταστάσεις υγειονομικής περίθαλψης να συνεργάζονται για να βρουν τις απαντήσεις για να αποτρέψουν / ανακουφίσει την κόπωση από συμπόνια.

Ένα νέο πρόγραμμα στο Ιατρικό Κρατικό Πανεπιστημιακό Πανεπιστήμιο του Οχάιο φροντίζει για εκείνους που νοιάζονται για τους άλλους χρησιμοποιώντας το πρόγραμμα Stress, Trauma και Resilience (STAR) (Herron, 2010). Ένα πρώτο εύρημα από αυτό το πρόγραμμα είναι ότι χρειάζονται περισσότερη υποστήριξη και πόροι για τους φροντιστές που προσπαθούν να αντιμετωπίσουν καθημερινά αγχωτικές καταστάσεις.

#### **4.3 Συμπεράσματα**



.Η ανάπτυξη κόπωσης συμπόνιας είναι ένας νοσηλευτικός επαγγελματικός κίνδυνος για την παροχή φροντίδας που βασίζεται στις σχέσεις με τους ασθενείς και τις οικογένειες. Ο αντίκτυπος της κόπωσης συμπόνιας στις νοσοκόμες μπορεί να είναι βαθύς. Μπορεί να προκαλέσει συμπτώματα που σχετίζονται με το στρες και δυσαρέσκεια εργασίας μεταξύ των φροντιστών και μειωμένη παραγωγικότητα και κύκλο εργασιών εντός του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης (Medical News Today, 2010). Στη σημερινή οικονομία η κόπωση από συμπόνια μπορεί να είναι πολύ δαπανηρή προσωπικά και επαγγελματικά για τους νοσοκόμους και οικονομικά για τα ιδρύματα. Στη σημερινή οικονομία η κόπωση από συμπόνια μπορεί να είναι πολύ δαπανηρή προσωπικά και επαγγελματικά για τους νοσοκόμους και οικονομικά για τα ιδρύματα. Είναι σημαντικό οι νοσηλευτές να γνωρίσουν τα συμπτώματα της συμπόνιας κόπωσης και τις στρατηγικές παρέμβασης και να αναπτύξουν ένα προσωπικό σχέδιο φροντίδας ώστε να επιτευχθεί μια υγιεινή εργασία -σε ισορροπία ζωής.

Εξίσου σημαντικό είναι ότι τα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης επενδύουν στη δημιουργία υγιών εργασιακών περιβαλλόντων που εμποδίζουν την κόπωση από συμπόνια και την αντιμετώπιση των αναγκών των νοσηλευτών που υποφέρουν από κόπωση από συμπόνια. Υπάρχουν παρεμβάσεις μάλιστα μια ποικιλία παρεμβάσεων για την ενίσχυση των ευκαιριών ευεξίας και τη μείωση του στρες εργασίας. Η φροντίδα για τους φροντιστές, είτε σε προσωπικό είτε σε επίπεδο συστήματος, παρέχει τις απαραίτητες βάσεις για τη βέλτιστη φροντίδα των ασθενών και των οικογενειών. Η αναγνώριση των συμπτωμάτων συμπόνιας κόπωσης και η ανάπτυξη ενός προσωπικού σχεδίου φροντίδας θα επιτρέψει στους νοσηλευτές να ανταποκριθούν τόσο στις δικές τους ανάγκες όσο και στις ανάγκες των ασθενών και των οικογενειών μέσω μιας εμφατικής σχέσης.

#### **4.4 Προτάσεις**

Προτείνουμε το νοσοκομειακό μας σύστημα να προωθήσει την αυτοεξυπηρέτηση των νοσηλευτών μέσω ενός κέντρου χαλάρωσης ή φυσικοθεραπείας όπου οι νοσηλευτές μπορούν να πάνε για σύντομες περιόδους θεραπείας-ξεκούρασης. Σε αυτό το κέντρο οι νοσηλεύτριες μπορούν να λάβουν προγράμματα χαλάρωσης με θεραπευτική άσκηση, διατάξεις αναπνοές και τεχνικές θεραπευτικής μάλαξης..

Μια άλλη ιδέα είναι να δημιουργηθεί ένα άνετο, χαλαρωτικό περιβάλλον σε έναν καθορισμένο χώρο της νοσηλευτικής μονάδας. Αυτό μπορεί να γίνει με τη μετατροπή ενός διαθέσιμου δωματίου σε μια περιοχή χαλάρωσης. Η νοσηλεύτρια μπορεί να επιλέξει ένα χαλαρωτικό χρώμα για τους τοίχους και να βοηθήσει στην αγορά ενός μικρού καταρράκτη, άνετων καρεκλών, CD player και / ή μιας συλλογής CD χαλάρωσης που μπορεί να προσφέρει

ανακούφιση από το στρες. Στους χώρους αυτούς σημαντική είναι η εκπαίδευση σε τεχνικές χαλάρωσης και αυτοθεραπείας από τους φυσικοθεραπευτές του νοσοκομείου.

Επίσης, είναι σημαντικό να γίνονται διευκολύνσεις για τακτικές διασκέψεις προσωπικού για να συζητηθούν περίπλοκες καταστάσεις ασθενών που οι νοσηλευτές βρίσκουν προκλητικές. Η ημέρα και η ώρα για αυτές τις διασκέψεις επιλέγονται από κοινού από τους προϊσταμένους και τους νοσηλευτές του προσωπικού. Τόσο το επαγγελματικό όσο και το βοηθητικό προσωπικό προσκαλούνται να συμμετάσχουν. Αυτές οι συζητήσεις μπορεί να αφορούν τη σωματική φροντίδα των ασθενών, τη διαχείριση του πόνου, τα θέματα συμπεριφοράς, τη δυναμική της οικογένειας και / ή τους άγχους που σχετίζονται με την εργασία. Αυτά τα γεγονότα, βοηθούν το προσωπικό να έχει την ευκαιρία να εκφράσει τις ανησυχίες και τα συναισθήματά του σε ένα ασφαλές περιβάλλον και στη συνέχεια να συνεργαστεί για να αντιμετωπίσει τις ανησυχίες τους.

Διάφορα προγράμματα συμβουλευτικής και θεραπευτικής άσκησης να γίνονται για νέους μεταπτυχιακούς νοσηλευτές για ενημέρωση και πρόληψη. Αυτά τα προγράμματα παρέχουν μια ευκαιρία στους νέους πτυχιούχους να αναπτύξουν τις ικανότητες κριτικής σκέψης τους και να μοιραστούν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους. Επίσης να αναπτύξουν αποτελεσματικές δεξιότητες λήψης αποφάσεων σχετικά με την κλινική κρίση και τις επιδόσεις και να αποκτήσουν κλινική αυτονομία, βελτιώνοντας έτσι την ικανοποίηση από την εργασία τους και αυξάνοντας τη διατήρησή της. Τέλος να εκπαιδευτούν σε φυσικοθεραπευτικά προγράμματα πρόληψης και διαχείρισης του μυοσκελετικού πόνου και του άγχους.

Τα προγράμματα αυτά προσφέρουν επίσης την ευκαιρία να ενσωματωθούν στην πράξη πρακτικά που βασίζονται στην έρευνα, ώστε να διευκολυνθεί η ασφαλής και ποιοτική νοσηλευτική φροντίδα, βελτιώνοντας και πάλι τα αισθήματα ικανότητας και αυτοεκτίμησης των νοσοκόμων. Προσφέρει επίσης μια ευκαιρία για τους νοσηλευτές να αρχίσουν να διαμορφώνουν ατομικά σχέδια για την ανάπτυξη της μελλοντικής σταδιοδρομίας τους.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- Ε.Θεοδώρου. Αναφέρεται στο: «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων» τόμος Α', Π. Μάντη, Χ. Τσελέπη, ΕΑΠ, Πάτρα 2000, σελ. 166.
- Ζ. Σαραντοπούλου (2017). Η σημασία της επικοινωνίας μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών για την αποτελεσματική διαχείριση της ασθένειας του αποτελέσματος - Η έννοια της εν συναίσθησης. Επιστημονικά Χρονικά 2017; 22(3): 238-246
- Ha JF, Longnecker N. Doctor-patient communication: A review. Ochsner J 2010, 10:38–43 «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας », Μ. Robin Di Matteo & Leslie R. Martin, σελ. 126, Εκδόσεις Πεδίο, 2011
- Μ. Robin Di Matteo & Leslie R. Martin, «Εισαγωγή στην Ψυχολογία της Υγείας», σελ. 101, 103. Εκδόσεις Πεδίο, 2011
  - Μισουρίδου, Ε. (2009) Η αντιμετώπιση της επαγγελματικής εξουθένωσης. Νοσηλευτική, 48(4):358-366 (σελ.364
- Π. Μάντη, Χ. Τσελέπη «Κοινωνιολογική και Ψυχολογική Προσέγγιση των Νοσοκομείων >> τόμος Α', ΕΑΠ, Πάτρα 2000
- Παντέκα Αλεξάνδρα Δημητριάδου, Τσαλογλίδου Αρετή, Λαβδανίτη Μαρία, Ντιό Ελένη, Σαπουντζή, Κρέπια Δέσποινα (2013), οι αντιλήψεις και η στάση των επαγγελματιών υγείας και των φοιτητών έναντι του νοσηλευτικού επαγγέλματος, Rostrum of Asclepius Journal Volume 12, Issue 2 (April 2013)

### **ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

- American Psychiatric Association, (1980). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association, (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anewalt, P. (2009). Fired up or burned out? Understanding the importance of professional boundaries in home health care hospice. *Home Healthcare Nurse*, 27(10), 591-597.
- Arvay, M.J., (2001). Secondary traumatic stress among trauma counsellors: What does the research say? *International Journal for the Advancement of Counselling*, 23, pp. 283-293
- Bergum, V., (2003). Relational pedagogy. Embodiment, improvisation, and interdependence. *Nursing Philosophy*, 4, pp. 121-128.
- Beck, C (2011). "Secondary Traumatic Stress in Nurses: A Systematic Review". *Archives of Psychiatric Nursing*. 25 (1): 1–10. doi:10.1016/j.apnu.2010.05.005.
- Betan, Ephi; Heim, Amy Kegley; Zittel Conklin, Carolyn; Westen, Drew (2005-05-01). "Countertransference Phenomena and Personality Pathology in Clinical Practice: An Empirical Investigation". *American Journal of Psychiatry*. 162 (5): 890–898. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.890. ISSN 0002-953X.
- Blum, L., (1980). Compassion. In: A.M. Jones, ed. *Explaining emotions*. Berkeley, CA, USA: University of California Press, pp. 507-517.
- Bloom, S.L., (2000). Our hearts and our hopes are turned to peace: Origins of the International Society for Traumatic Stress Studies. In: A.H. Shalev & R.Y. Yehuda, eds. *International handbook of human response to trauma: The Plenum series on stress and coping*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers, pp. 27-50.

- Day, Jennifer R.; Anderson, Ruth A. (2011-09-08). "Compassion Fatigue: An Application of the Concept to Informal Caregivers of Family Members with Dementia". *Nursing Research and Practice*. 2011: 1–10. doi:10.1155/2011/408024. PMC 3170786. PMID 22229086.
- Daniel, Y., (1981). Therapists' difficulties in treating survivors of the Nazi Holocaust and their children. *Dissertation Abstracts International*, 42, pp. 4947-B.
- Dunn, D.J. (2009). The intentionality of compassion energy. *Holistic Nursing practice*, 23 (4), 222-229.
- D'Souza, Egan, & Rees (2011). Department of Social Neuroscience, Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences
- Culver, L., McKinney, B., Paradise, L. (2011). Mental Health Professionals' Experiences of Vicarious Traumatization in Post-Hurricane Katrina New Orleans, 16(1), 33-42.
- Figley, C. (1982). Traumatization and comfort: Close relationships may be hazardous to your health. Keynote presentation at the Conference, Families and close relationships: Individuals in social interaction, Texas Tech University, Lubbock, Texas, February.
- Figley, C. R. (1983). Catastrophes: A overview of family reactions. In C. R. Figley and H. I. McCubbin (Eds.), *Stress and the Family: Volume II: Coping with Catastrophe*. New York: Brunner/Mazel, 3-20.
- Figley, C.R., (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In: C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress* Herman, 1992. Trauma and recovery. New York: Basic Book
- Figley, C.R. (1999) Compassion fatigue: Toward a new understanding of the costs of caring. In BH Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*(pp. 3–28). Lutherville, MD: Sidran Press.

- Haley, S.A., (1974). When the patient reports atrocities: Specific treatment considerations of the Vietnam veteran. *Archives of General Psychiatry*, 30(2), pp. 191-196.
- Huggard, P. (2003). Secondary Traumatic Stress: Doctors at risk. *New Ethicals Journal*. [http://home.cogeco.ca/~cmc/Huggard\\_NewEthJ\\_2003.pdf](http://home.cogeco.ca/~cmc/Huggard_NewEthJ_2003.pdf)
- Hooper; et al. (2010). "Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties". *Journal of Emergency Nursing*. 36 (5): 420–427. doi:10.1016/j.jen.2009.11.027.
- Health Resources and Services Administration. (2010). *The Registered Nurse population: Findings from the 2008 National Sample Survey of Registered Nurses*. Washington, DC: United States Department of Health and Human Services.
- Harmer, B., & Henderson, V. (Eds.). (1962). *Textbook of the principles and practice of nursing* (5th ed.). New York: The MacMillan Company
- Herron, L. (2010). Stressing the importance of dealing with stress. *Ohio Nurses Review*, 85(5), 13.
- Help Guide, (2010). *Understanding stress: Signs, symptoms, causes, and effects*. [Online] Available at: <http://www.helpguide.org/mental/stress-signs.htm> [Accessed 24 September 2010].
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H., (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11 (2), pp. 213-218.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing* 22(4), 116, 118-119, 120.
- Jung, c.G., (1907). The psychology of dementia praecox. In: R.M. Fordham, G.A. Adler & W. McGuire, eds. *The collected works of C.G. Jung, H.vol.3. Bollingen Series XX*, Princeton: Princeton University Press.

- Gentry, J.E., Baggerly, J., & Baranowsky, A. (2004). Training as treatment: Effectiveness of the certified compassion fatigue specialist training. *The International Journal of Emergency Mental Health*, 6(3), 147-155.
- Gentry, J.E., (2002). Compassion fatigue: A crucible of transformation. *Journal of Trauma Practice*, 1(3/4), pp. 37-61.
- Koloroutis, M. (2007). *Relationship-based care: A model for transforming practice*. Minneapolis, MN: Creative Health Care Management, Inc.
- Link, BG; Schwartz, S; Moore, R; et al. (August 1995). "Public knowledge, attitudes, and beliefs about homeless people: evidence for compassion fatigue". *Am J Community Psychol*. 23: 533–55. doi:10.1007/bf02506967. PMID 8546109.
- Lindy, J.D., (1988). *Vietnam: A casebook*. New York: Brunner/Mazel.
- Lisa McCann, I; Pearlman, Laurie Anne (1990-01-01). "Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims". *Journal of Traumatic Stress*. 3 (1): 131–149. doi:10.1002/jts.2490030110. ISSN 1573-6598.
- Μαδιανός, Μ.Γ., (2004). *Κλινική Ψυχιατρική*. Αθήνα: Εκδόσεις Καστανιώτη.
- Matsakis, A., (1994). *Vietnam wives: facing the challenges of life with veterans suffering post-traumatic stress*. New York: Basic Books.
- McCann, L. & Pearlman, L.A., (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1), pp. 131–149.
- Meadors; et al. (2008). "Compassion Fatigue and Secondary Traumatization: Provider Self Care on the Intensive Care Units for Children". *Journal of Pediatric Health*. 22 (1).

- Mealer ML, Shelton A, Berg B, Roth Baum B, Moss M. Increased prevalence of posttraumatic stress disorder symptoms in critical care nurses. *Am J Respir Crit Care Med.* 2007;175(7):693-7.
- Merriam-Webster Online Dictionary, (2010). Empathy. Available at: <http://www.merriam-webster.com/dictionary/empathy> [Accessed 24 September 2010].
- Miller, K.I., Stiff, J.B. & Ellis, B.H., (1988). Communication and empathy as precursors to burnout among human service workers. *Communication Monographs*, 55(9), pp. 336-341.
- Mc Holm, F.,(2006). Rx for Compassion Fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), pp. 12-19.
- Oakley, J., (1992). *Morality and emotions*. London: Rutledge.
- Pask, E.J., (2003). Moral agency in nursing: Seeing value in the work and believing that I make a difference. *Nursing Ethics*, 10, pp. 165-174.
- Pearlman, L.A. &MacIan, P.S., (1995). Vicarious traumatization: An empirical study on the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), pp. 558-565.
- Pearlman, L.A. &Saakvitne, K.W., (1995a). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorder. In C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Bruner/Mazel, pp. 150-177
- Potter, Patricia; Pion, Sarah; Gentry, J. Eric. "Compassion Fatigue Resiliency Training: The Experience of Facilitators". *The Journal of Continuing Education in Nursing*. 46 (2): 83–88. doi:10.3928/00220124-20151217-03.
- Remer, R., & Elliott, J. E. (1988). Characteristics of secondary victims of sexual assault. *International Journal of Family Psychiatry*, 9(4), 373-387.



- Ricard, Matthieu (2015). "IV". *Altruism: The Power of Compassion to Change Yourself and the World*. Brown and Company. pp. 56–64. ISBN 978-0316208246.
- St. Petersburg Bar Association Magazine, "Compassion Fatigue - Because You Care" (PDF).. Archived from the original (PDF) on November 20, 2008. Retrieved February 2007. Check date values in: `|access-date=` (help)
- Selye, H.,(1993). History of the stress concept. In: L. Goldberger & S. Breznitz, eds. *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. 2nd ed. New York: Free Press, pp. 7-20.
- Serafino, E.P., (1994). *Health psychology : Biopsychological interaction*. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons Inc.
- Sedgewick, D., (1995). Countertransference from a Jungian perspective. Available at: <http://www.cgjung.com/articles/roundsx.html>. [Accessed 9 September 2009].
- Shalev, A., Bonne, O. & Eth, S., (1996). Treatment of posttraumatic stress disorder: A review. *Psychosomatic Medicine*, 58(2), pp. 165-182.
- Skovholt, T.M., Grier, T.L. & Hanson, M.R., (2001). Career counseling for longevity: Self-care and burnout prevention. *Strategies for counselor resilience. Journal of Career Development*, 27(3), pp. 167-176.
- Spence Laschinger H.K., Nosko A. (2015) Exposure to workplace bullying and post-traumatic stress disorder symptomology: the role of protective psychological resources. *Journal of Nursing Management*, 23, 2, 252-262. DOI: 10.1111/jonm.12122
- Valent, P., (1995). Survival strategies: A framework for understanding secondary traumatic stress and coping in helpers. In C.R. Figley, ed. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel, pp. 21-50.
- Valent, P., (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In: C.R. Figley, ed. *Treating compassion fatigue*. New York: Brunner-Routledge, pp. 17-37.

- Van Hook, M. P.; Rothenberg, M. (2009). "Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community based care organizations in Central Florida". *Social Work & Christianity*. 36(1): 36–54.
- Wilson, J.P. & Lindy, J.D., (1994). Empathetic strain and countertransference. In: J.P. Wilson & J.D. Lindy, eds. *Countertransference in the treatment of PTSD*. London: Guilford, pp. 5-30.
- Webster's Encyclopedic Unabridged Dictionary of English Language, 1989. New York: Gramercy Books.

#### **ΗΛΕΚΤΡΟΝΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ**

[http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content\\_storage\\_01/0000019b/80/2f/b7/7e.pdf](http://eric.ed.gov/ERICDocs/data/ericdocs2sql/content_storage_01/0000019b/80/2f/b7/7e.pdf)