

SINDROM »BURNOUT« ALI SINDROM IZGORELOSTI MEDICINSKE SESTRE

BURN-OUT SYNDROME IN NURSES

Zlatka Rakovec-Felser

UDK/UDC 614.253.52

DESKRIPTORJI: izgorelost poklicna; sestre medicinske

DESCRIPTORS: burnout, professional; nurses

Izveček – Malokateri pojav je v zadnjem času vzbudil tolikšno pozornost tujih strokovnih krogov kot prav pojav burnout sindroma ali po naše pojav izgorelosti. Tej temi je posvečen tudi naš prispevek. Poleg splošne opredelitve zajema tudi podatke nekaterih tujih raziskovalcev ter tudi lastna opažanja in razmišljanja. Prispevek obravnava predvsem problematiko medicinske sestre, obremenitve, ki jim je izpostavljena, čustveno in telesno vnenje, ki vodi do negativnega odnosa do same sebe in do lastnega poklica, zmanjšuje pa tudi njeno sposobnost za to, da prisluhne sočloveku.

Abstract – Few phenomena have arisen so much attention of foreign professionals that the burn-out syndrome in nurses. Apart from general definition, the present article presents the data from literature, as well as our own observations and findings, in the first place the problems of nurses, the hardships and the emotional and physical strains they are exposed to. The result of all this is a negative attitude towards oneself and the profession and lessens the ability to listen to other people's problems.

Osnovna opredelitev pojava

Pojav, na katerega je prvi opozoril leta 1974 že Freudenberg, je dokaj jasno opredelil leta 1982 Maslach, ki pravi, da gre v tem primeru za pojav telesne in čustvene izčrpanosti, ki vodi do negativnega odnosa do samega sebe, do lastnega poklica pa tudi do izgube zmožnosti, da bi prisluhnil sočloveku.

Najpogosteje se kaže z naslednjimi simptomi:

- hladen, brezčuten, brezoseben ali celo aroganten odnos do bolnikov in njihovih svojcev;
- nižja delovna vnema in učinkovitost, mehanično opravljanje zadolžitvev;
- nezmožnost preklopa od problemov na delovnem mestu, nezmožnost sprostitev v prostem času;
- razdražljivost, hitro menjavanje razpoloženjskih stanj, napetost, notranji nemir ali
- občutja nemoči in praznine ter pomanjkljivo zupanje vase, v svoje zmožnosti in kompetence;
- psihosomatske motnje (nespečnost, glavoboli, prebavne motnje itn.).

Na vsak način pojav ne ogroža le psihosomatskega ravnovesja posameznega zdravstvenega delavca, znižuje njegove delovne učinkovitosti in ga zato oropa občutij zadovoljstva, pač pa se zrcali tudi v odnosih z bolnikom in njegovimi svojci. Prav zato, ker so učinki kompleksni, je pomembno, da poznamo povzročitelje.

Večina strokovnjakov meni, da bi razloge zanj lahko razvrstili v tri osnovne skupine:

- razlogi, ki jih je mogoče pripisati individualnim specifičnostim posameznika, torej njegovim osebnostnim potezam;
- razlogi, ki izvirajo iz narave dela ter posebnosti na delovnem mestu;
- razlogi, ki so odsev širšega družbenega vzdušja oziroma razmer.

Že Freudenberg, ki je na pojav opozoril kot supervizor za problematiko komuniciranja v zdravstvu, šolstvu, v socialnih službah, je poudarjal vlogo določenih tipov osebnosti. Menil je, da se lahko pojav pri nekaterih ljudeh pokaže prej kot pri drugih. Nekatere osebnostne poteze, kot je poudaril, lahko prej pripeljejo do psihofizičnega izgorevanja kot druge. Zato je tudi opozoril na rizične osebnosti, na tiste torej, ki so pri delu z ljudmi še posebej ogrožene. Pravi, da jih je treba iskati med zaposlenimi, ki so zavrti v medsebojnih stikih, imajo težave z vzpostavljanjem in ohranjanjem odnosov z ljudmi nasprotnega spola in jim je zato poklicno delo v bistvu nadomestilo za zasebno življenje. Posebna skupina ogroženih, na katere je opozoril, so predstojniki oziroma vodilni, avtoritativno naravnani ljudje, ki z ukazi bolj ustrahujejo kot vodijo, zaradi česar so prikrajšani za pristni stik s podrejenimi in zato ne dobivajo

resničnih povratnih informacij o sebi in o dogajanju v skupini, ki jo vodijo. Na takšen način se krepi njihova lažna samopodoba in domnevno velika moč, kar pa preprečuje njihovo osebnostno rast.

Razen navedenih osebnostnih razlogov za proces notranjega siromašenja so v skupini ogroženih še vsi tisti zaposleni, ki se niso naučili reči *ne*, ki se torej niso naučili postaviti se zase in razmejiti med *jaz in ti*.

Večkrat so posebno ogroženi mladi, angažirani ljudje z visoko postavljenimi zahtevami in pričakovanji, ki se razen tega, da imajo zelo visoke ideale še pretirano istovetijo z bolniki.

Če bi šli po sledih Freudenbergerejevih opozoril, bi seveda lahko navedli še marsikateri razlog, ki tiči v posameznikovih osebnostnih značilnostih. Ker pa je naš namen, da ustvarimo celostno sliko pojava, moramo reči, da so številne študije po svetu, zlasti v novejšem obdobju, množično naravnane na odkrivanje vzročnih dejavnikov, ki izvirajo iz narave dela oziroma iz posebnih pogojev dela. Med razlogi, ki jih ustvarja samo delo, organiziranost in klima pri delu, največkrat omenjajo naslednje:

- kvaliteta medsebojnih odnosov, stopnja odprtosti za pristne medsebojne odnose, ki omogočajo sprotno in konstruktivno reševanje vseh zapletov;
- stopnja organiziranosti dela, ki preprečuje obseg nesmiselnega, odvečnega dela ter nepotrebne trošenja psihičnih in telesnih moči zaposlenih;
- stopnja dosledne razdelitve in razmejitev kompetenc pri delu, možnost orientacije;
- stopnja timske organiziranosti pri delu, zagotovljeno spoštovanje slehernega delovnega prispevka v timu po prizadevanjih in učinkih;
- stopnja jasne, nedvoumne informiranosti, stalen pretok potrebnih informacij;
- stopnja medsebojne organiziranosti po načelih medosebne opore, pomoči, spodbude;
- možnost izobraževanja, udeležbe na strokovnih srečanjih, zaradi preverjanja in izmenjave izkušenj;
- narava dela, ki pomeni stalno delo s težjimi bolniki ali stalno soočanje s smrtjo le-teh;
- časovna stiska, ki nastaja zaradi nepredvidljivosti delovnega procesa, zaradi kadrovskih stisk ali pa slabe organiziranosti dela;
- stalni pritisk odgovornosti zaradi naglih odločitev ali potrebne nezmotljivosti pri delu, torej visoke koncentracijske zahteve pri delu itn.

Iz zgoraj naštetega lahko vidimo, da bi tovrstne razloge za to, da se sproži proces izgorevanja, lahko razdelili v tri skupine, in sicer:

- razloge, ki jih ustvarja narava dela;
- razloge, ki izvirajo iz sistema vodenja zaposlenih ter iz organizacijskih značilnosti dela;
- razloge, ki izvirajo iz komunikacijskih posebnosti delovne skupine.

Seveda pa proces osebnostnega spreminjanja ni odvisen le od tega, kakšni smo sami, od tega, ali se

nekritično razdajamo na vse strani ali ne, pa tudi ne le od razmer, ki vladajo v določenem delovnem okolju; k ohranjanju psihofizičnih moči zaposlenih v zdravstvu prispevajo tudi splošne družbene razmere. Verjetno ni potrebno posebej poudariti, da je vsaka zdravstvena institucija del celotnih družbenih razmer in klime. Če so te kaotične, če je v družbi kot celoti veliko nejasnosti, nedoslednosti, nasprotujočega in nepredvidljivega, lahko nastaja na različnih ravneh preveč ovir za načrtno delovanje. Dolgotrajne, predvsem pa nerešljive ovire bistveno krnijo motivacijo zaposlenih in se po načelih vzpostavljene hierarhije širijo od zgoraj navzdol. Nezmožnost za dogovarjanje, neupoštevanje dogovorov, nizko odmerjena sredstva za denarno nagrado za vložene delovne prispevke in podobno lahko hitro povzročijo, da zaposleni izgubijo vero v poklic, v soljudi, v sistem, ki bi jih naj ščitil, ustvarjal pogoje za dobro delovanje ter jim zagotavljal določeno kakovost življenja. Od trajnejše demotiviranosti, in to ob kroničnem lastnem naprežanju, pa do nagle iztrošenosti v takšnem primeru seveda ni daleč.

Rezultati tujih študij o pojavu izgorelosti pri medicinskih sestrah

Ker smo šele v letošnjem letu v sklopu Splošne bolnišnice Maribor predlagali raziskovalni projekt Biopsihosocialna obremenjenost in proces izgorevanja zdravstvenega osebja, ki ga sofinancira Zavod za zdravstveno varstvo Slovenije, še niso zagotovljeni podatki iz lastne raziskovalne prakse. Kolikor je avtorici znano, tudi ne obstojajo podatki o takšnih raziskavah pri nas, vsaj ne do trenutka nastanka tega prispevka, tako da si lahko pomagamo le s podatki raziskav, ki so jih doslej objavili tuji strokovnjaki. Ti se najpogosteje ukvarjajo s položajem medicinske sestre oziroma negovalnega osebja v zdravstvu nasploh. Menijo, da se medicinska sestra glede na naravo svojega dela le redko lahko zaščiti in omeji svoje stike z bolnikom, tako kot lahko to naredi na primer zdravnik. Prav zato, ker je tudi v stikih s telesno težko bolnimi, umirajočimi, depresivnimi ali pa agresivnimi bolniki bolj obremenjena, je v povezavi z drugimi okoliščinami lahko tudi prej ogrožena. Proces izgorevanja, ki poteka v fazah in se začne z občutji neizpolnjenosti, se zaključi s končnim stadijem, za katerega so značilne čustvena izpraznjenost ter telesna in duševna uvelost.

Iz raziskave, ki sta jo opravili S. Hellmich in A. Reckerjeva po nemških bolnišnicah do 1994, je znano, da 61 % zajetih medicinskih sester ni kazalo nobenega znaka izgorelosti. Med 39 % medicinskih sester z znaki sindroma pa je bilo kar 50 % takšnih, katerih delo je bilo vezano na zdravstveno nego hospitaliziranega bolnika, 12,5 % medicinskih sester, ki so izkazovale znake izgorevanja, je delalo v ambulantni dejavnosti ter kar 37 % med prizadetimi je bilo takšnih, ki so delale v tako imenovani funkcionalni de-

javnosti. Prav medicinske sestre, katerih stik z bolnikom je bil enostransko omejen na dajanje navodil pri preiskovalnih postopkih z aparaturami, so kazale tudi najvišjo stopnjo izgorelosti. Čeprav so po pogostosti izraženega sindroma zaostajale za sodelavkami, ki delajo v bolnišnicah, pa so zato izkazovale precej višjo stopnjo prizadetosti.

Razen tega se je izkazalo, da so najbolj ogrožene medicinske sestre v obdobju do 25. leta ter nato znova po 36. letu starosti. Mladost, povezana s strokovno in osebno neizkušeno ter s pretiranimi pričakovanji in predstavami, pa tudi z osebno angažiranostjo brez distance, se je izkazala za največji dejavnik tveganja. Mlade, neizkušene in ob težavnem hospitaliziranem bolniku še posebno neboljane medicinske sestre so skupaj s tistimi, ki že zelo zgodaj začnejo delati zgolj z medicinskimi aparaturami in so zato vsakodnevno oropane za normalen medčloveški stik, kot kaže najbolj ogrožena skupina. Podatek, da pri tem kot poseben dejavnik tveganja deluje še zaprtost med štiri stene, v rutino in anonimnost brez možnosti strokovne in osebne rasti (46,5 % medicinskih sester, ki se niso stalno izobraževale, preverjale in širile strokovnih in siceršnih obzorij je kazalo znake sindroma!), je seveda še posebej zanimivo. To se v bistu sklada s podatki številnih drugih avtorjev (Freudenberg 1974, Pinding 1975, Cherniss 1980), ki menijo, da je pri delu z ljudmi in njihovimi problemi posebno ogrožujoče dejstvo, da zaposleni ne naredijo nič sami zase. Zato je največ znakov izgorelosti prisotnih, kot pravijo, ne le pri tistih mladih, ki svoj poklic idealizirajo ter se v svojih prizadevanjih že kar poistovetijo z bolniki in njihovimi težavami, pač pa še posebno pri tistih, ki opustijo vsa strokovna stanovska srečanja in imajo povrh vsega še težave v partnerskem, zakonskem oziroma družinskem življenju. Pomen kompenzacije z izrabo prostega časa poudarja tudi nemški avtor A. Büssing (1994). Tako kot mnogi tudi on domneva, da so vzročni dejavniki pojava izgorevanja tudi v organizaciji prostega časa, pa tudi v možnostih, ki si jih posameznik ustvari, da se počuti osebno izpopolnjenega. Čim več ima izvenpoklicnih interesov, socialnih stikov z ljudmi različnih poklicev, čim bolj so usklajeni njegovi odnosi s partnerjem, čim več podpore je deležen z njegove strani in s strani družinskih članov, tem več možnosti je, da se pri svojem delu osebno ohrani. Bolj ko ostaja odprt za različnosti, bolj ko ohranja in razvija svojo lastno različnost, bolj se sam zavaruje pred izgorevanjem.

P. Herschbach (1991) se je pri svoji raziskavi vzročnih dejavnikov bolj omejil na tiste razloge, ki izvirajo iz samega delovnega mesta medicinske sestre. Negativne vplive je razdelil v več sklopov, in sicer:

- časovna stiska, ko dela ni mogoče dokončati ali pa ga je potrebno večkrat prekinjati zaradi drugih zadolžitvev. Sem sodi tudi nepredvidljivost oziroma neenakomerna porazdelitev del, pa tudi izmensko

delo, ki omejuje socialne stike ali moti posameznikov bioritem;

- odnos z zdravnikom, položaj, ko medicinska sestra dobiva nepopolna, dvoumna ali nasprotujoča si navodila ali pa položaj, ko se medicinska sestra sooča z vprašanji bolnikove diagnoze in prognoze, kar pa je stvar zdravnika;
- konflikti s sodelavkami ali nadrejenimi, pomanjkanje opore, občutji medsebojne povezanosti;
- zdravstvena nega težjih bolnikov, občutek nesmielnega podaljševanja trpljenja bolnikov, pretirana identifikacija z bolnikom, slaba priprava za takšno delo že med šolanjem.

Glede dela medicinske sestre v hospitalni dejavnosti so podatki različnih študij (Herschbach 1991, Maloney 1982, Keely, Cross 1985, Anderson 1985, Mohl in sod. 1982 itn.) različni, vsi pa poudarjajo rizičnost dela v intenzivni negi in onkologiji. Nekateri navajajo za intenzivno medicino višjo stopnjo, drugi zopet nižjo ogroženost. Enotni pa so podatki za onkološko dejavnost, v vseh študijah se je to področje dela izkazalo za posebej ogrožujoče. Vendar pa je zanimivo, da so lahko navkljub višji stopnji obremenjenosti, ki je povezana že s samo naravo dela, zaposleni prav na tem področju dela zaščiteni z dobrimi medsebojnimi odnosi ter da tudi v tem primeru zadovoljstvo v delovnem okolju deluje kot mehanizem kompenzacije.

Diskusija, lastne ugotovitve

Po več letih opravljanja dela kliničnega psihologa v somatski medicini v hospitalni instituciji, lahko rečem, da je tako kot pri nas marsikje človeški dejavnik tudi v zdravstvu pogosto zanemarjen. Da se nismo naučili ali pa smo pozabili videti v človeku biopsihosocialnega bitja, neločljivo celoto torej, se zrcali v mnogočem. V zdravstvu se na primer to pozna v postopkih odkrivanja in zdravljenja bolezni, v medosebnih odnosih med zaposlenimi in bolniki ter njihovimi svojci, med zaposlenimi samimi itn. Razen v opisanih problemih, se neupoštevanje človeških potreb pogosto zrcali tudi v tistih na videz nepomembnih, vsakdanjih rečeh, kot je izbira barv v bolnišničnih prostorih, ureditev oznak in smerokazov, ki vodijo k posameznim bolnišničnim poslopijem, v preglednem informacijskem sistemu ob vhodih, v urejenosti oziroma neurejenosti zelenic, parkirišč itn. Vse preveč stvari je na tem področju prepuščenih naključju in neznanju. Očitno je, da je prevladujoča naravoslovno-tehnična miselnost, vključena že v izobraževalni proces zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev, oropala enega in druge za celovitejše delo z ljudmi. Navdušena nad vedno novimi možnostmi, nad lastnim tehničnim vzponom, sta medicina in z njo zdravstvo pozabila, da posameznik ne išče v zdravstveni instituciji le telesnega zdravja, pač pa da želi

biti kot bolnik razumljen tudi po človeški plati. Fascinirana nad razpoložljivimi aparaturami je pozabila, da le-te vzbujajo strah, odpor, osamljenost, da človek ni le skupek celic, pač pa da prestrašen in negotov želi slišati tudi razumljivo pojasnilo, doživeti ustrezno pozornost in spodbudo. Pozabila je, da je od tega, koliko je bolnik pomirjen kot čuteče bitje, odvisno, koliko in kako bo sodeloval v preiskavah in med zdravljenjem, ali bo upošteval navodila, sam skrbel za lastno zdravje in podobno. Navdušena nad lastnimi zmogljivostmi in zaverovana v lastno moč, se zato težko vživlja v položaj tistega, ki njeno pomoč potrebuje. Predvsem pa se premalo zaveda, da se ob tihem, potrpežljivem, nezahtevnem bolniku trenutno sicer razbremeni celovitejšega stika z njim, toda hkrati sebe oropa za človečnost. Nepripravljena za tisti drugi del posla, za stik, prepogosto samozaščitno izhaja iz pozicije moči. Zid, ki ga ustvarja, pa ne krepí samo bolnikovega nezaupanja in povečuje njegov bolezenski pritisk, pač pa razoseblja tudi zaposlenega samega. Tako pozablja, da so pojasnila, ki jih daje neukemu bolniku ali njegovemu svojcu, prezapletena, da bi si jih ta znal ustrezno razložiti. Pozablja, da že tako prestrašenega bolnika, pogosto obremeni še z lastno negotovostjo v diagnosticiranju, da mu pove morda tudi tisto, kar ni njegov problem, kar mu ni potrebno vedeti, ker si bolnik tega, kar je slišal v okviru svojega vedenja, ne zna ustrezno razložiti in podobno.

Okrnjena zmožnost, da bi se vživel v tuj položaj, običajno prizadene vse, ki so v medosebnih stikih, saj je končno vsak stik vzajemno dogajanje. Nezaupljiv, nestrpen, napet bolnik zelo obremeni zdravstvenega delavca; in narobe, molčeč, nedostopen, vase zaverovan zdravstveni delavec hote ali nehote poveča bolnikovo nezaupanje. Tako kot čakalnica, polna plastičnih belih stolov, razvrščenih v vrste pred vrati ordinacije. Čakajoči, razvrščeni eden za drugim bodo še bolj napeti, učinke zvišane napetosti pa bo najverjetneje občutila medicinska sestra ob sprejemu. Namesto razporeditve v vrste drug za drugim, jih bo namreč ob koncu večina stala, in to okrog vrat ordinacije. To, kar je normalno in kar brez težav prenesemo v kinodvorani, je v ambulantni čakalnici moteče. Takšna razporeditev namreč ne prekinja le komunikacije med čakajočimi, pač pa še povečuje njihovo nestrpnost. Neprijetnih učinkov takšnega položaja pa ne občutijo le tisti, ki čakajo in so zaradi toge razvrščenosti še bolj nervozni, pač pa tudi tisti, ki v nastalem vzdušju delajo, zdravstveno osebje torej.

Neizkušeni medicinski sestri in zdravstvenemu tehniku, ki sta komaj končala srednjo šolo, pri svojem delu pa se soočata s trpljenjem in počasnim umiranjem bolnikov na oddelku, reči, naj stisne zobe in naj se pri delu z njimi ne smili sama sebi, ker si je pač sama izbrala svoj poklic, je najbrž znamenje topoglavosti. Če se je v svoji stiski že zatekla k izkušeni kolegici, bi ji ta brez moralizirajočih podtonov lahko vsaj dovolila, da ima lastna občutja. S tem, ko bi ji ne lepila

vrednostnih etiket, bi ji pravzaprav šele dovolila govoriti o sebi. Pokazala bi ji, da jo sprejema kot človeka, z vsemi strahovi in nemočjo vred. Šele tako bi jo opogumila. Omogočila bi ji, da bi prepoznala in se osvobodila lastne stiske, hkrati pa ji dala vedeti, da lahko računa z njo, da ji lahko zaupa in da tega ne bo zlorabila za tešitev občutij lastne negotovosti.

Ker je večji del dela v zdravstvu vezan na delo z ljudmi, bi kazalo več pozornosti že med izobraževanjem posvetiti tudi problematiki komuniciranja. Praksa namreč kaže, da je bilo na tem področju storjenega veliko premalo. Ob izobraževalnem procesu zdravnika in medicinske sestre, ki ni bil le programsko prenatrpan, pač pa je bil pogosto podoben dresuri, ob takšnem šolanju, ki sta ga prestala, se namreč zastavlja vprašanje, koliko sta sploh lahko še ohranila svoj JAZ: koliko stika s samim seboj lahko še ohraniš, koliko lastnih naravnih teženj še lahko prepoznaš in jih udejanjaš, koliko osebne svobode in zadovoljstva lahko zaradi tega še sploh občutiš, če pa si kar najprej siljen k poslušnosti in ubogljivosti. Kaj vse lahko prezreš, kje vse se lahko zmotiš, takšni in drugačni občutki ti namreč sčasoma ne le ne dovolijo sproščene diha, pač pa ti tudi ne dopuščajo, da bi se veselil samega sebe. Tiščijo te k vedno večji prizadevnosti, proč od socialnih stikov in realnega življenja, odmikajo te od lastnih želja in potreb. Gnan od občutij lastne nepopolnosti postane tako posameznik bolj orodje tujih potreb in volje, pozabi pa prisluškovati svojim čustvom in impulzom. Pozabi, da je njegovo življenje njegova last, da ga ima pravico preživeti po svojih predstavah, pozabi, da v njem razen poklicnih obvez obstaja še njegov pomembnejši, osebni del. Zbiranje zunanjih znakov moči je v tem primeru le samoprevara, ki vodi v razočaranje, če ne prej, pa ob upokojitvi.

Seveda se ob možni odtujenosti zdravstvenega delavca zastavlja vprašanje, koliko je takšen neozaveščen, na tujo voljo naravnat posameznik, zmožen prisluhniti sočloveku. Povedano drugače – koliko je zmožen to, kar odreka sebi, prepoznati in privoščiti drugemu.

Najverjetneje ne in najverjetneje šele po tem, ko v novem procesu učenja, ki se mu reče samoosveščenje, začne končno prepoznavati in slediti – sebi.

Literatura

- Bernejo I, Muthny FA. Burnout und Bedarf an psychosozialer Fortbildung und Supervision in der stationären Altenpflege. *Psychother Psychosom med Psychol* 1993; 43: 110–20.
- Büssing A, Ferrar K. Die Messung von Burnout. *Pflegezeitschrift* 1994; 3: 20–30.
- Hellmich S, Reincke A. Das Burnout-Syndrom in der Krankenpflege. *Pflegezeitschrift* 1994; 3: 3–20.
- Herschbach P. Stress im Krankenhaus – Die Belastungen von Krankenpflegekräften und Ärzten/Ärztinnen. *Psychother Psychosom med Psychol* 1991; 41: 176–86.
- Rakovec-Felser Z. Medicinska psihologija. Visoka zdravstvena šola Maribor, Maribor 1995: 99–101.