

WYŻSZA SZKOŁA GOSPODARKI KRAJOWEJ W KUTNIE
WYDZIAŁ NAUK O ZDROWIU

**PRÓBA SAMOBÓJCZA PACJENTA
PSYCHIATRYCZNEGO
JAKO CZYNNIK WYWOŁUJĄCY
STRES WŚRÓD PERSONELU
PIEŁĘGNIARSKIEGO**

**Janusz Mudyna
Paweł Woźniak
Andrzej Hyżyk**

KUTNO 2017

Praca Zbiorowa

dr Janusz Mudyna, Paweł Woźniak, dr Andrzej Hyżyk

**PRÓBA SAMOBÓJCZA PACJENTA PSYCHIATRYCZNEGO JAKO CZYNNIK WYWOŁUJĄCY
STRES WŚRÓD PERSONELU PIELEŃNIARSKIEGO****Recenzja wydawnicza**

dr hab. Jan Szałański

Redaktor

Zbigniew Białobłocki

Korekta

Aneta Moszczyńska

Skład

Łukasz Różyński

Wydanie I

ISBN 978-83-63484-31-6

Druk i oprawa

Mazowieckie Centrum Poligrafii

ul. Mikołaja Ciurlionisa 4

05-260 Marki

© Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie – Kutno 2017

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie, przedrukowywanie i rozpowszechnianie całości lub fragmentów publikacji bez zgody wydawcy zabronione.

SPIS TREŚCI

WSTĘP	5
I. CHOROBY PSYCHICZNE JAKO GŁÓWNA PRZYCZYNA PODJĘCIA PRÓBY SAMOBÓJCZEJ	7
EPIDEMIOLOGIA SAMOBÓJSTW	7
SAMOBÓJSTWO, A ZABURZENIA PSYCHICZNE	8
SPECYFIKA PRACY NA ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM	14
II. STRES I WYPALENIE ZAWODOWE W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI	21
DEFINICJA STRESU W MIEJSCU PRACY	21
PRZYCZYNA STRESU CZYLI STRESOR	25
WYPALENIE ZAWODOWE JAKO SKUTEK DZIAŁANIA STRESU	30
DOBRE PRAKTYKI WALKI ZE STRESEM W MIEJSCU PRACY	33
III. METODOLOGIA BADAŃ	39
CEL PRACY – PROBLEMY GŁÓWNE I SZCZEGÓŁOWE	39
METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE	40
IV. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH	45
WYNIKI BADAŃ	45
DYSKUSJA	53
WNIOSKI	57
STRESZCZENIE	59
SUMMAR OF WORK	59
BIBLIOGRAFIA	61
ANEKS	63

WSTĘP

Samobójstwo to wg WHO „umyślnie zainicjowany i przygotowany akt przez osobę w pełni zorientowaną i antycypującą jego skutki”. W psychiatrii wiele osób, cierpiących na choroby psychiczne podejmuje próby odebrania sobie życia. Samobójstwo, w tych przypadkach jest aktem wywołanym chorobą, oraz wynikiem towarzyszących chorobie urojeń. Około 80% ludzi odbierających sobie życie dokonuje tego z powodu zaburzeń psychicznych.

W niniejszej pracy starano się przybliżyć problematykę stresu, wywołanego podjęciem próby samobójczej przez pacjenta, który przebywa w oddziale psychiatrycznym. Praca na takim oddziale wymaga od personelu pielęgniarskiego pewnych cech osobowości, oraz silnej motywacji do pracy w tej dziedzinie. Najistotniejszą umiejętnością jest stworzenie odpowiedniej atmosfery sprzyjającej leczeniu, łatwość nawiązywania kontaktu terapeutycznego oraz zapewnienie każdemu pacjentowi indywidualnej, właściwie dobranej do potrzeb chorego opieki.

Pojawiające się utrudnienia w pracy pielęgniarki związane z dużymi wymaganiami dotyczącymi szczególnego rodzaju opieki, olbrzymiego zaangażowania, dużej odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta, poświęcenie, a w szczególności podjęcie próby samobójczej przez chorego, jest jednym z głównych czynników stresogennych wśród personelu pielęgniarskiego pracującego w szpitalu psychiatrycznym w Gostyninie-Zalesiu.

Stres negatywny w sensie psychologicznym staje się przyczyną cierpienia, utrudnia właściwe funkcjonowanie jednostki, co w efekcie wywołuje powstanie pewnych chorób psychosomatycznych takich jak, nerwice, choroby serca czy bezsenność. Syndromem działania stresu oraz wypalenia zawodowego jest fakt, że praca nie sprawia satysfakcji, a taki stan utrzymuje się dłużej niż pół roku.

Podjęcie próby samobójczej przez pacjenta staje się dla personelu medycznego bodźcem, który zapoczątkowuje falę negatywnych skutków stresu, a zjawisku temu towarzyszą silne emocje, stan napięcia, pogorszenie stanu zdrowia, niechęć do wykonywanej pracy oraz wypalenie zawodowe.

I. CHOROBY PSYCHICZNE JAKO GŁÓWNA PRZYCZYNA PODJĘCIA PRÓBY SAMOBÓJCZEJ

EPIDEMIOLOGIA SAMOBÓJSTW

Ludzie, którzy podejmują próbę samobójczą robią to najczęściej w stanie ogromnego stresu określanego jako „wręcz nie do wytrzymania”, bądź w ostrych zaburzeniach psychicznych. Najczęściej samobójstwo popełniają ludzie, którzy cierpią na schizofrenię, depresję czy chorobę alkoholową.¹

Około 0,5%–1,4% osób umiera w wyniku samobójstwa. Zgodnie ze stanem na 2008/2009 r. na całym świecie samobójstwo było dziesiątą najczęstszą przyczyną śmierci stanowiąc przyczynę zgonu od ok. 800 000 do miliona osób rocznie, przez co współczynnik umieralności z tej przyczyny wynosił 11,6 na 100 000 osób rocznie. Wskaźnik samobójstw wzrósł o 60% od lat 60. XX wieku do 2012 r. przy czym wzrost ten jest szczególnie zauważalny w krajach rozwijających się. Na jedną udaną próbę samobójczą przypada od 10 do 40 prób nieudanych.²

Wskaźnik samobójstw jest różny w zależności od państwa. W 2008 r. samobójstwo stanowiło następujący odsetek wszystkich zgonów: Afryka – 0,5%, Azja Południowo-Wschodnia – 1,9% Ameryki – 1,2% oraz Europa – 1,4%. Współczynnik umieralności na 100 tysięcy osób w przypadku samobójstw wynosił: Australia – 8,6, Kanada – 11,1, Chiny – 12,7, Indie – 23,2, Wielka Brytania – 7,6, USA – 11,4. W USA samobójstwo jest wymieniane jako dziesiąta najczęstsza przyczyna zgonu w 2009 r., powodując śmierć 36 tysięcy osób w ciągu roku. Co więcej, ok. 650 tysięcy osób rocznie trafia na pogotowie w wyniku prób samobójczych. Wskaźnik samobójstw jest najwyższy na Litwie, w Japonii i na Węgrzech. Państwa o największej liczbie samobójstw to Chiny i Indie; popełnia

¹ Zabłocki K., Woźniak W., Człowiek ze swoimi problemami społecznymi, wyd. WSGK Kutno, Kutno 2014, s. 18

² Bilikiewicz A., Zarys metod leczenia w psychiatrii, wyd. PZWL, Warszawa 1987, s. 291

się w nich ponad połowę wszystkich samobójstw. Samobójstwo jest piątą najczęstszą przyczyną zgonu w Chinach.³

W Polsce w latach 1991–2013 popełnianych było średnio 4835 samobójstw każdego roku. W latach 1992–1998 śmierć zadawało sobie co roku średnio 5,5 tys. osób. W kolejnych latach do 2012 średnia wyniosła 4,4 tys. osób. W 2013 zarejestrowano jednak największą od początku lat 90. XX wieku liczbę tego typu zdarzeń – 6097.⁴

Można wyróżnić trzy powody popełnienia samobójstwa: dla dobra społeczeństwa jest to tzw. samobójstwo altruistyczne, samobójstwo przeciwko społeczeństwu oraz samobójstwo dokonane w momentach kryzysu.

Wyróżnia się następujące czynniki ryzyka popełnienia samobójstwa:

- Płeć męska oraz wiek powyżej 45 roku życia,
- Pora roku, jest to najczęściej wiosna lub jesień,
- Nieuleczalna bądź przewlekła choroba,
- Śmierć partnera, bądź rozstanie, rozwód,
- Śmierć samobójcza w rodzinie,
- Początek tygodnia,
- Występowanie nałogów takich jak, alkoholizm, narkomania, nikotynizm,
- Występowanie ciężkiej choroby psychicznej oraz występowanie zaburzeń osobowości⁵.

SAMOBÓJSTWO, A ZABURZENIA PSYCHICZNE

W literaturze przedmiotu można natknąć się na następujące definicje samobójstwa: „Akt będący przykładem irracjonalnego pozbawienia się życia” (The American Heritage® Dictionary of the English Language, Fourth Edition, 2007).

„Irracjonalne odebranie sobie własnego życia” (Britannica Concise Encyclopedia, 2006; Mosby’s Dental Dictionary, 2004).

„Umyślne pozbawienie się życia” (Encyclopedia of Public Health, 2001; The Columbia Electronic Encyclopedia, Sixth Edition, 2003).

„Irracjonalne zabicie siebie” (The Oxford Dictionary of Philosophy, 2005).⁶

Bardzo zbliżoną definicję podaje Światowa Organizacja Zdrowia: „Samobójstwo jest umyślnie zainicjowanym i przygotowanym aktem przez osobę w pełni zorientowaną

³ Bilikiewicz A., Strzyżewski W., Psychiatria, wyd. PZWL, Warszawa 1992, s. 216–217

⁴ Rosa K., Mercz D., Międzynarodowy program badań nad zachowaniami samobójczymi – supre-miss, wyd. PTS, Suicydologia Tom I, Warszawa 2005, s. 92

⁵ Krzyżowski J., Miller L., Wand T., Stany nagłe w psychiatrii, wyd. Medyk, Warszawa 2008, s. 267

⁶ Scully J.H., Psychiatria, wyd. Urban&Partner, Wrocław 1998, s. 23

i antycypującą jego skutek” (WHO, 2007). Z kolei American Psychiatric Association (APA, 2003) definiuje samobójstwo jako: „Zadaną sobie śmierć przy istnieniu dowodów lub domniemań, że osoba chciała umrzeć”.⁷

Maris, Berman i Silverman (2000) rozróżniają cztery zależne od siebie części definicji samobójstwa. Samobójstwo, zdaniem autorów, powinno zawierać: śmierć która się dokonała, zamiar jej dokonania, czyn popełniony przez samego siebie i na sobie oraz wykluczenie aktów kierowanych lub pasywnych.⁸

Zarówno w literaturze jak i w mediach a także w pracach naukowych, bardzo często jako przyczynę prób samobójczych uznaje się jakieś wydarzenie życiowe, np.: porzucenie, rozwód, utratę pracy, nieporozumienie z bliskimi, utratę miłości i wiele innych. Zważywszy na to, że w/w zjawiska bywają często skorelowane z samobójstwem, to stało się faktem iż przez niektóre środowiska naukowe zostały uznane za istotę samobójstwa.⁹

Samobójstwo może być:

- Racjonalne, spowodowane np. ucieczką przed bólem, cierpieniem, itd.),
- Reakcją, np. na utratę bliskiej osoby,
- Zemstą, jako kara dla kogoś innego,
- Manipulacją, np. aby udaremnić czyjeś plany, np. odejścia, rozstania,
- Psychotyczne jako wynik towarzyszących chorobie urojeń,
- Przypadkowe, wtedy kiedy pomoc przyszła późno.¹⁰

Motywacja w tym przypadku jest uznawana jako wewnętrzna dyspozycja jednostki do pewnego, określonego działania, które oczywiście, może zostać wywołane określoną sytuacją, ale nie koniecznie nadaje motywacji czy działaniu ostateczną formę i kształt. To osobowość jest odpowiedzialna, jak w danej sytuacji jednostka się zachowa.¹¹

Samobójstwo nie można określić mianem choroby ale powyżej 80% ludzi odbierających sobie życie dokonuje tego z powodu zaburzeń psychicznych. U osób które dokonują aktu samobójstwa stwierdza się zwykle więcej niż jedno zaburzenie (np. depresja + zaburzenia osobowości, choroba dwubiegunowa + zaburzenia lękowe, zaburzenia osobowości + uzależnienie itp.) Współchorobowość jest zatem istotnym współczynnikiem ryzyka, która wymaga rozpoznania i właściwego leczenia. U większości pacjentów, którzy popełnili samobójstwo stwierdza się występowanie choroby psychicznej.¹²

⁷ Stukan J., *Diagnoza Ryzyka Samobójstw*, wyd. Prometeusz, Opole 2008, s. 23

⁸ Stukan J., *Diagnoza Ryzyka Samobójstw*, s. 23–24

⁹ Górna K., Jaracz K., Rybakowski J., „Pielęgniarstwo Psychiatryczne”, wyd. PZWL, Warszawa 2012, s. 231

¹⁰ Scully J.H., *Psychiatria*, s. 25

¹¹ Stukan J., *Diagnoza Ryzyka Samobójstw*, wyd. Prometeusz, Opole 2008, s. 38–39

¹² Stukan J., *Diagnoza Ryzyka Samobójstw*, s. 41

Schizofrenia

W przypadku pacjentów chorujących na schizofrenie samobójstwo często związane jest z obecnością symptomów depresyjnych, pojawieniem się niekorzystnych wydarzeń życiowych oraz występowaniem objawów psychotycznych¹³. Występowanie zachowań samobójczych w tej grupie chorych jest bardzo poważne i związane ze znacznym ryzykiem śmierci. Mają one zazwyczaj dziwny charakter i są wyrazem przeżyć psychotycznych chorego. Do czynników ryzyka zaliczamy tu: pierwsze lata choroby, wiek powyżej 45 roku życia, omamy imperatywne, przebieg chroniczny, płeć męską, brak zajęcia, izolację społeczną, oraz depresję czy pobudzenie¹⁴.

Zaburzenia afektywne dwubiegunowe

W przebiegu choroby afektywnej dwubiegunowej (ChAD) próby samobójcze podejmowane są w trakcie trwania epizodu depresyjnego bądź mieszanego z dysforią. Występowanie zachowań suicydalnych w manii jest dużo mniejsze a w hipomanii praktycznie nieobecne. W literaturze przedmiotu wskazuje się na to, iż ryzyko samobójstwa jest większe w ChAD typu II niż w ChAD typu I. U chorych odbierających sobie życie podczas przebiegu choroby dominują fazy depresyjne. Tutaj do czynników ryzyka zaliczamy: pierwsze lata choroby, przebieg choroby z szybką zmianą faz, poprzednie ciężkie lub częste depresje, wcześniejsze próby samobójcze bądź zachowania agresywne, impulsywność, nadużywanie leków czy alkoholizm, dostęp do broni, leków czy samobójstwo w rodzinie¹⁵.

Depresja

W przypadku depresji ryzyko samobójstwa występuje zarówno u osób dorastających, młodych oraz w wieku podeszłym. Największym czynnikiem ryzyka dokonania aktu samobójstwa w depresji jest ogromne nasilenie poczucia beznadziejności, które może utrzymywać się u pacjentów pomimo poprawy ich nastrojów oraz napędu psychomotorycznego. Do czynników ryzyka w depresji zaliczamy również: uporczywą bezsenność, występowanie objawów psychotycznych, przewlekłe dolegliwości ruchowe, duże nasilenie objawów, pobudzenie ruchowe, nadużywanie alkoholu, zaniedbanie w wyglądzie i higienie osobistej, napady lęku oraz duże deficyty poznawcze¹⁶.

Zaburzenia osobowości

Zachowania samobójcze i autoagresywne tyczą się głównie osób z zaburzeniami typu borderline oraz antyspołecznymi. Do czynników ryzyka zaliczamy tutaj kłopoty

¹³ Słowik S., Biologiczne podstawy psychiatrii, wyd. PZWL, warszawa 1979, s. 152

¹⁴ Heitzman J., Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry, wyd. Termedia, Poznań 2010, s. 139

¹⁵ Heitzman J., Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry, wyd. Termedia, Poznań 2010, s. 141

¹⁶ Scully J.H., Psychiatria, s. 66

finansowe, konflikty rodzinne, brak zatrudnienia, utrata bliskiej osoby, zawód miłośny itp. Osoby te charakteryzuje impulsywność i agresja, a u pacjentów z osobowością z pogranicza często występują objawy depresyjne¹⁷.

Światowa organizacja zdrowia uznała zachowania samobójcze, samobójstwa dokonane oraz próby samobójcze za istotny problem zarówno społeczny jak i zdrowotny. Odzwierciedlenie problemu obserwuje się w wytyczonych szczegółowych celach strategii „Zdrowie 21 – zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Zrealizowanie jednego z punktów strategicznych zakłada zmniejszenie przynajmniej o 1/3 liczby samobójstw w krajach o wysokich wskaźnikach. Programem badawczym znanym pod akronimem SUPRE-MISS (Suicide Prevention – Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours) zarządza i kieruje departament zdrowia psychicznego i uzależnień WHO w Genewie, a jego głównym celem jest promocja i ochrona zdrowia psychicznego, a także poprawa efektywności działania placówek służby zdrowia oraz opracowanie właściwych standardów¹⁸.

W prewencji zachowań samobójczych można rozróżnić dwie główne strategie. Pierwsza to tzw. prewencja drugorzędowa, która opiera się na działaniu systemu opieki zdrowotnej i obejmuje poniżej przedstawione rodzaje aktywności:

- Możliwość właściwego leczenia oraz rehabilitacji pacjentów psychiatrycznych oraz osób po próbach samobójczych
- Dokładne określenie grupy ludzi, którzy mogą być zagrożeni zachowaniami samobójczymi
- Poprawę oraz lepszy dostęp do diagnostyki zaburzeń psychicznych, przede wszystkim wszelkiego rodzaju uzależnień i depresji, a także zapoznania się ze stresorami psychospołecznymi.

Druga strategia nazwana pierwszorzędowną prewencją samobójstw opiera się głównie na programie z zakresu zdrowia publicznego i swoim działaniem obejmuje następujące obszary:

- Wyeliminowanie negatywnych postaw społecznych wobec osób po próbach samobójczych, ich rodzin jak również ludzi chorych psychicznie
- Promowanie programów poświęconych głównie zdrowiu psychicznemu
- Przekazanie społeczeństwu jak największej wiedzy na temat przyczyny samobójstw, sygnałów zwiastujących chorobę, sposobów postępowania z osobami z grupy ryzyka,

¹⁷ Heitzman J., Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry, s. 141

¹⁸ Rosa K., Mercz D., Międzynarodowy program badań nad zachowaniami samobójczymi – Supre-Miss, Suicydologia Tom I, wyd. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005, s. 95

- Włączenie mediów oraz uzyskanie ich pomocy w odpowiedzialnym informowaniu o przypadkach prób samobójczych¹⁹.

Sygnaly zagrożenia

Przewidywanie samobójstwa bywa bardzo trudne. Występują jednak czynniki, które wskazują na wystąpienie zwiększonego zagrożenia. Paterson oraz jego współpracownicy wprowadzili skrót SAD PERSONS (dosłownie smutne osoby), który pozwala na rozpoznanie podstawowych czynników ryzyka.

Sex –płeć (męska)

Age – wiek (podeszły lub młodzińczy)

Depression – depresja

Previous suicide attempts – próby samobójcze w przeszłości

Ethanol abuse – nadużywanie alkoholu

Rational thinking loss – utrata racjonalnego myślenia (psychoza)

Social support lacking – brak wsparcia społecznego

Organized plan to commit suicide – konkretny plan popełnienia samobójstwa

No spouse – brak współmałżonka (rozwidzeni, owdowiali, samotni)

Sickness – choroba somatyczna²⁰.

Wyróżnia się sytuacje, które charakteryzują się zwiększonym ryzykiem wystąpienia próby samobójczej, wyróżniamy:

- Zaburzenia i choroby psychiczne,
- Choroby somatyczne (choroba nowotworowa, choroby upośledzające sprawność fizyczną, choroby przewlekłe),
- Traumatyczne wydarzenia,
- Czynniki socjoekonomiczne (żałoba, brak stabilności, bezrobocie, długi itp.),
- Organiczne choroby mózgu (choroba Huntingtona, otępienie, padaczka, majaczenie),
- Wiek,
- Osoby młode,
- Wiek między 66 a 80 rokiem życia,
- Płeć męska (kobiety częściej podejmują nieskuteczne próby samobójcze),
- Biała rasa,

¹⁹ Rosa K., Mercz D., Międzynarodowy program badań nad zachowaniami samobójczymi – Supre- Miss, Suicydologia Tom I, wyd. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2005, s. 93

²⁰ Krzyżowski J., Miller L., Wand T., Stany Nagłe w Psychiatrii, wyd. Medyk, Warszawa 2008, s. 274

- Samobójstwa wśród rodziny i znajomych,
- Próby oraz zapowiedzi samobójcze w wywiadzie²¹.

Erwin Ringel – austriacki badacz problematyki zachowań suicydalnych określił zbiór cech które są charakterystyczne dla osoby chcącej popełnić samobójstwo. Do wymienionych cech zaliczamy:

1. Zawężenie – zawężenie dynamiczne – w myśleniu przeważa pesymizm i poczucie utraty kontroli nad życiem, zawężenie sytuacyjne – gdzie osoba nie podejmuje żadnej aktywności w celu rozwiązania swoich problemów, zawężenie świata wartości – utrata poczucia własnej wartości i wyłączenie się z dotychczasowych dziedzin życia, zawężenie relacji społecznych poprzez izolację społeczną i redukcję liczby kontaktów i poczucie samotności.
2. Wzrost agresji i napięcia.
3. Fantazje samobójcze polegające na wizjach tego co będzie działo się po śmierci²².

W zapobieganiu samobójstwom ważną rolę odgrywa czujna obserwacja pacjenta przez personel medyczny. Spostrzeżenia pielęgniarki stanowią podstawę w ocenianiu stanu zdrowia chorego ale również pomagają w zapobieganiu nieszczęśliwym wypadkom. Obserwacja chorego to jedna z podstawowych czynności pielęgniarki psychiatrycznej. To właśnie ona może zauważyć to, czego nie zauważy lekarz, właśnie poprzez przebywanie z chorym dłużej i częściej²³.

Technika obserwacji polega na nieustającym i czujnym spostrzeganiu wyrazu twarzy chorego jego ruchów, gestów, słów i całego zachowania w ciągu całego dnia a także przy każdej wykonywanej przy nim czynności. Obserwować powinno się w sposób dyskretny, niewymuszony, jak najbardziej naturalny, tak aby pacjent nie czuł, że jest obserwowany. Mogłoby to wywołać u niego nieufność i zamknięcie się w sobie²⁴.

Obserwacja ścisła to metoda, gdzie pielęgniarka której opiece podlega pacjent musi mieć chorego w zasięgu swojego wzroku, musi towarzyszyć choremu podczas pobytu w łazience podczas toalety czy kąpieli. Pielęgniarka taka powinna znać każdy krok pacjenta. Obserwacją ścisłą objęci są z reguły: chorzy ze skłonnościami do samouszkodzeń, samookaleczeń i samobójstwa, chorzy podsądni, narkomani, chorzy pobudzeni ruchowo²⁵.

²¹ Stukan J., *Diagnoza Ryzyka Samobójstw*, wyd. Prometheus, Opole 2008, s. 330

²² Heitzman J., *Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry*, wyd. Termedia, Poznań 2010, s. 142

²³ Krupka – Matuszczyk I., Matuszczyk M., „Psychiatria”, s. 111

²⁴ Górna K., Jaracz K., Rybakowski J., „Pielęgniarstwo Psychiatryczne”, s.120

²⁵ Scully J.H., *Psychiatria*, s. 20

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z tendencjami samobójczymi powinna przebiegać w następujący sposób:

- Pacjent z tendencjami samobójczymi musi przebywać na sali obserwacyjnej i musi być objęty ścisłą obserwacją,
- W nocy sala powinna być dyskretnie oświetlona, a pielęgniarka ma obowiązek częstego zaglądania do sali pacjenta,
- Pacjenci muszą golić się maszynkami elektrycznymi, nigdy żyłtkami czy brzytwą,
- Pacjent z tendencjami samobójczymi nigdy nie może przebywać sam w łazience, a dłuższy pobyt chorego w ubikacji powinien zwiększyć czujność pielęgniarki,
- Chory nie może sam wychodzić poza teren oddziału, a pielęgniarka w każdej chwili musi wiedzieć gdzie pacjent jest i co robi,
- Pielęgniarka przeciwdziała podjęciu próby samobójczej przez ciągłe przebywanie z chorym, rozmowę z nim, zapewnienie wsparcia oraz motywowanie do życia²⁶.

Zwykle podjęcie próby samobójczej przez pacjenta przebywającego na oddziale psychiatrycznym bywa dramatem personelu medycznego, który się nim zajmował. Jest to jedna z najgorszych traum jaka może przytrafić się człowiekowi w życiu zawodowym. Do najczęściej obserwowanych reakcji po takim doświadczeniu należą: wzrost poziomu stresu, utrata pewności siebie, wstyd, złość, niedowierzenie. Ponadto osoba taka może mieć poczucie, że jest niekompetentna, że niewłaściwie wypełnia swoje obowiązki zawodowe oraz, że może stracić dobre imię w swoim środowisku²⁷.

SPECYFIKA PRACY NA ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM

Znaczna część literatury dotyczącej harmonogramu pracy traktuje o pracy zmianowej (i w porze nocnej) oraz o długich godzinach w pracy. Stres jest powszechnym następstwem pracy zmianowej, długich godzin spędzanych w pracy, pracy która polega na wykonywaniu zadań wymagających zakłóceń nawyków związanych ze snem i skutkujących zmęczeniem. Podwyższone ryzyko wystąpienia stresu związane jest z zakłóceniami naturalnych biologicznych cykli okołodobowych, skróconym czasem i gorszą jakością snu w ciągu dnia, oraz konfliktem ról zawodowych i prywatnych. Zmęczenie może oddziaływać dwójako: z jednej strony może predysponować pracownika do doświadczania stresu, z drugiej może wzmacniać oddziaływanie dowolnego istniejącego

²⁶ Krupka – Matuszczyk I., Matuszczyk M., „Psychiatria”, s. 130

²⁷ Krzyżowski J., Miller L., Wand T., Stany nagłe w psychiatrii, wyd. Medyk, Warszawa 2008, s. 295

wcześniej czynnika stresogennego. Stres i zmęczenie w największym stopniu dotyczą osoby pracujące w porze nocnej, przy czym aż 75% pracowników zmianowych odczuwa senność podczas każdej nocnej zmiany²⁸.

W nowszych badaniach pielęgniarek pracujących w porze nocnej Kobayashi i in. (1999) stwierdzili, że poziom kortyzolu oraz aktywności limfocytów NK były w porze nocnej niskie, co sugeruje, że praca w porze nocnej jest wysoce stresogenna i może być szkodliwa dla układu immunologicznego.

Kilka niezależnych badań nad pracą zmianową pielęgniarek pozwoliło uszczegółwić zakres szkodliwych skutków²⁹.

Najczęściej wymienianymi przez pielęgniarki źródłami stresu są: zbyt niskie wynagrodzenie za wykonywaną pracę, zbyt duże obciążenie obowiązkami, niewłaściwe relacje z współpracownikami, lekarzami i złe relacje z przełożonymi³⁰.

Ważna i niezbędna jest komunikacja pomiędzy chorym, podopiecznym, pacjentem a pielęgniarką, nazywany także układem terapeutycznym. Istotne jest prowadzenie właściwej rozmowy, dialogu. Dotyczy to zarówno komunikacji niewerbalnej (postawy, gestów, mimiki, intonacji, ruchu i odległości), jak i werbalnej (wypowiedzi, słów, zdań). Na tę właściwą rozmowę składają się cztery przekazy³¹. Werbalny, czyli dobór wypowiedzianych słów. Przekaz intonacyjny: wysokość, ton, kadencja i modulacja, głos znizony do szeptu, oznaczający poufne informacje, czy też podniesiony wyrażający niepokój lub gniew; ciepły głos oznaczający zainteresowanie, przyjaźń, itp. Przekaz paralingwistyczny: wyróżniamy tu dźwięki i wypowiedzi typu: „mhm”, gwałtowny wdech wyrażający zaskoczenie. Przekaz kinetyczny: jest to komunikacja za pomocą ruchów ciała, wyrazu twarzy, postawy, gestów. Komunikacja werbalna dotyczy umiejętności właściwego prowadzenia rozmowy³².

Należy pamiętać o tym, że przekazujemy komunikaty zarówno niewerbalne jak i werbalne. Komunikaty te są wtedy prawdziwe i rzetelne, gdy istnieje ich zgodność z zachowaniem. Rozmowę należy rozpocząć od pytań otwartych, np. „jak” – „jak pan dzisiaj spał?”, zamiast: „czy dobrze pan spał?”. Pytanie „czy” ma tylko jedną alternatywę, podopieczny może powiedzieć: „tak”, lub „nie”. Nie należy bać się pytań psychologicznych, bowiem sprowadzenie rozmowy tylko do spraw somatycznych może spowodować, że pacjent nie powie o wielu znaczących dla niego sprawach, gdyż łatwiej jest mu mówić

²⁸ Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P., Miejsce pracy na miarę oczekiwań, wyd. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2010, s. 31

²⁹ Orlak K., Stres w pracy oraz jego wpływ na występowanie wypadków przy pracy i stan zdrowia osób pracujących, wyd. Stowarzyszenie Zdrowa Praca, Warszawa 2014, s. 18–19

³⁰ Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki, Forum Psychologiczne, Tom 3, nr 2, 1998r, s. 171

³¹ Koślacz A., Nowak R., Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne, PZWL, Warszawa 1988, s. 271

³² Namysłowska I., Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię [w] Postępy psychiatrii i neurologii tom 15 zeszyt 3, s. 137–139

o sprawach somatycznych niż problemach życiowych czy egzystencjalnych i psychologicznych. Jeśli chory opowiada ogólnikowo o swoich problemach – warto wówczas zachęcić go do wyjaśnienia typu: „może chce pan coś więcej o tym powiedzieć”, albo „czy mógłby pan to dokładniej wyjaśnić”³³.

Dobrze jest też powtarzać ostatnie słowa wypowiedziane przez chorego, aby go upewnić, że słuchamy uważnie. Od czasu do czasu, należy dokonać bilansu rozmowy, szczególnie, gdy chcemy zmienić temat, a także na końcu rozmowy. Dobrze jest włączyć do rozmowy wypowiedzi o treści empatycznej, co jeszcze poprawi kontakt „to musiało być dla pani bardzo przykre” lub „musiał być pan mocno zdenerwowany”³⁴.

Istotnym warunkiem do nawiązania dobrego kontaktu z pacjentem jest spełnienie kilku warunków:

- Miejsce badania powinno zapewnić właściwy stopień prywatności rozmowy,
- Osoba przeprowadzająca wywiad nie powinna działać w pośpiechu, moralizować ani oceniać lecz powinna postępować z empatią,
- Stan pacjenta powinien być taki aby umożliwił jego badanie,
- Musi istnieć możliwość uzyskania pewnych danych od rodziny bądź bliskich pacjenta.

W ocenie ryzyka samobójstwa ważne jest uzyskanie jak najbardziej szczerych i rzetelnych informacji od pacjenta. Osoba badająca nie powinna pozwolić dać się zwieść bagatelizującej postawie pacjenta czy też pewnego rodzaju dowcipkowaniem na temat wydarzenia czy zajścia³⁵. Czynniki przemawiającymi na dalsze istnienie ryzyka samobójstwa są:

- Dowody na planowanie samobójstwa,
- Opracowana metoda samobójstwa,
- Stosowanie metod zagrażających życiu np. (poważne zranienie, skok z wysokości itp.),
- Żal, że samobójstwo się nie udało,
- Zahamowanie czy pobudzenie,
- Depresja z poczuciem beznadziejności,
- Samotność, izolacja społeczna,
- W wywiadzie choroba psychiczna,
- Poważna nieuleczalna choroba, szczególnie u starszych ludzi³⁶.

³³ Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M. „Psychiatria, Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa”, s. 102

³⁴ Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M. „Psychiatria, Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa”, s. 102

³⁵ Psychiatria, zeszyt 8, wyd. PTL, Warszawa 2001, s. 92

³⁶ Bilikiewicz A., Strzyżewski W., Psychiatria, wyd. PZWL, Warszawa 1992, s. 426

Postępowanie z pacjentem w zależności od oceny stopnia ryzyka samobójczego

1. Pacjent stwarza małe ryzyko zagrożenia.
 - Udzielenia wsparcia emocjonalnego,
 - Omówienie z pacjentem uczuć związanych z samobójstwem, im bardziej otwarcie osoba mówi o swojej stracie i izolacji tym bardziej zmniejsza się jego napięcie emocjonalne. Proces zastanowienia się i refleksji może wpłynąć na zminimalizowanie chęci podjęcia samobójstwa,
 - Skupienie się na pozytywnych i mocnych stronach osoby obserwowanej,
 - Utrzymanie regularnej rozmowy i stałego kontaktu z pacjentem.
2. Pacjent stwarza średnie ryzyko zagrożenia
 - Omówić z pacjentem inne możliwości wyjścia z trudnej sytuacji,
 - Udzielić pacjentowi wsparcia emocjonalnego, skupić się na pozytywnych i mocnych stronach pacjenta i skoncentrować się na ambiwalencji, odczuwanej przez osobę o skłonnościach samobójczych, w celu wzmocnienia jej woli życia.
 - Zawrzeć z pacjentem pakt, umowę w celu uzyskania obietnicy, że pacjent nie popełni samobójstwa dopóki nie skontaktuje się z personelem służby zdrowia.
3. Pacjent stwarza duże ryzyko samobójstwa
 - Poddać pacjenta wnikliwej obserwacji,
 - Przebywać z pacjentem, nigdy nie zostawiać go samego,
 - Nawiązywać z pacjentem kontakt werbalny i wzrokowy,
 - Usunąć niebezpieczne przedmioty,
 - Zachować środki ostrożności³⁷.

Personel oddziału psychiatrycznego podczas wykonywania swoich codziennych obowiązków niemalże każdego dnia ma do czynienia z agresją, nie przewidywalnością zachowań pacjenta oraz zagrożeniem ataku ze strony pacjenta. Szczególnie obciążające jest ryzyko popełnienia samobójstwa przez pacjenta przebywającego na oddziale. Personel pielęgniarstwa odczuwa duży dyskomfort, który związany jest z leczeniem pacjenta przyjętego wbrew jego woli i koniecznością stosowania wobec niego przymusu bezpośredniego. Towarzyszą wówczas personelowi medycznemu negatywne emocje podczas stosowania takiej formy przymusu³⁸.

³⁷ Krzyżowski J., Miller L., Wand T., Stany Nagłe w Psychiatrii, wyd. Medyk, Warszawa 2008, s. 271–272

³⁸ Anczewska M., Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, wyd. IPiN, Warszawa 2006, s. 82

W grupie czynników najbardziej stresogennych i powodujących największe obciążenie psychiczne znalazły się: zbyt duża liczba pacjentów znajdujących się pod opieką jednej pielęgniarki, ciężki stan pacjentów, zagrożenie samobójstwem, zbyt mała liczba personelu na dyżurze, agresywne zachowania pacjentów, konieczność ciągłej obserwacji oraz stosowanie przymusu bezpośredniego³⁹.

Specyfika pracy z pacjentem psychiatrycznym wymaga od pielęgniarki pewnych cech osobowości a także silnej motywacji do pracy w psychiatrii. Najistotniejsze to umiejętność stworzenia właściwej atmosfery sprzyjającej leczeniu, łatwość nawiązania kontaktu terapeutycznego, czy odpowiednie zapewnienie indywidualnej, każdemu pacjentowi, opieki pielęgniarskiej⁴⁰.

To pielęgniarka rozpoczyna, prowadzi oraz kończy relacje terapeutyczne. Respektuje, toleruje i popiera prawa pacjenta do zachowania godności, autonomii, prywatności, szacunku oraz pełnego dostępu do informacji. Stara się podejmować współpracę z pacjentem, na tyle, aby ułatwić mu pozbycia się niewłaściwych zachowań, pomagać pacjentowi w określeniu jego potrzeb oraz znalezieniu właściwych i skutecznych metod w osiągnięciu życiowych celów⁴¹. Często staje się ona pomostem łączącym świat psychotycznych przeżyć chorego ze światem ludzi zdrowych. Predyspozycje pielęgniarki jakie są pożądane w kontakcie z psychicznie chorym, to: akceptacja chorego, tolerowanie jego dziwactw, empatia, życzliwość, elastyczność w zachowaniu, łagodność, łatwość w komunikowaniu się, a także asertywność⁴².

Pielęgniarka musi posiadać umiejętność kontrolowania swoich emocji, a jeżeli tego nie umie to może to stać się powodem wywołania niepożądanych sposobów postępowania z pacjentem, takich jak: spieranie się z nim, kłócenie się, niesłuchanie tego, co chory ma do powiedzenia, protekcyjność, czasami uleganie żądaniom pacjenta, aby szybciej się go pozbyć, unikanie pacjenta aby go „ukarać”. Pielęgniarka nie może również w niewłaściwy sposób reagować zarówno na pochwały jak i krytykę swojej osoby⁴³.

W pielęgniarstwie psychiatrycznym opieka nad pacjentem koncentruje się na relacji pielęgniarka-pacjent. D. Payne i P.A. Clunn wymieniają następujące typy tego związku:

1. Typ „koguta”: w tym przypadku jedna osoba bywa zdominowana i kontrolowana przez drugą. W tej relacji osobą dominującą nie zawsze musi być pielęgniarka. Manipulujący pacjent może kontrolować pielęgniarkę, która jest wówczas osobą kontrolowaną.

³⁹ Gruszczyński W., Tokarska I., Zaburzenia nerwicowe u pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych. Problemu pielęgniarstwa, Tom 18, zeszyt 4, wyd. Via Medica, Warszawa 2010, s. 462

⁴⁰ Górna K., Jaracz K., Rybakowski J., „Pielęgniarstwo Psychiatryczne”, s.141

⁴¹ Wołynka S., Pielęgniarstwo ogólne, wyd. PZWL, Warszawa 1993, s. 30

⁴² Shepherd G., Rehabilitacja w psychiatrii, wyd. Towarzystwo Amici di Tworki, Pruszków 1999, s. 44

⁴³ Górna K., Jaracz K., Rybakowski J., „Pielęgniarstwo Psychiatryczne”, s. 142

2. Typ „pijawki”: polega na całkowitej zależności od pielęgniarki. Zdarza się, że relacja ta może ulec odwróceniu, i wtedy to pielęgniarka może być zależna, chcąc zaspokoić swe własne potrzeby w kontakcie z pacjentem.
3. Tym „szympansa”: relacja podtrzymująca, w której słabszy osobnik może rozwijać się bez lęku lub poczucia zagrożenia, jest to relacja pomagania⁴⁴

Według Carla Rogersa relacja pomagania powinna być:

- Zgodna (kongruentna) – w tym przypadku pielęgniarka spostrzegana jest jako osoba godna zaufania, konsekwentna, oraz na której można zawsze polegać,
- Jednoznaczna – tu pielęgniarka zawsze wyraża się jasno w sposób zrozumiały i nie przekazuje sprzecznych informacji,
- Pozytywna – w tym wypadku pielęgniarka wyraża pozytywne uczucia lub postawy wobec pacjenta takie jak: empatia, opiekuńczość, ciepło, szacunek,
- Silna – pielęgniarka to taka, która postrzegana jest jako silna indywidualność, przez co może zachować odrębność w stosunku do pacjenta,
- Bezpieczna – pielęgniarka nie powinna zagrażać pacjentowi w zachowaniu jego odrębności,
- Empatyczna – pielęgniarka to ta która potrafi wejść w świat pacjenta i patrzy na niego z jego punktu widzenia, przez co stara się go zrozumieć,
- Akceptująca – pielęgniarka jest w stanie zaakceptować pacjenta takim, jakim on jest i potrafi okazać mu swoją akceptację,
- Wrażliwa – pielęgniarka jest na tyle wrażliwa, aby nie manifestować zachowania zagrażającego pacjentowi,
- Nieoceniająca – pielęgniarka jest daleka od oceniania i nie bywa odbierana przez pacjenta jako ta oceniająca,
- Twórcza – pielęgniarka traktuje pacjenta jako osobę w procesie „stawiania się”, a nie taką jaką dana osoba była w przeszłości⁴⁵.

Relacja pomagania jest tylko jedną z wielu funkcji pielęgniarskich współczesnej pielęgniarki psychiatrycznej. Osoba, która wykonuje ten zawód musi być również wnikliwym obserwatorem wielu sytuacji oraz posiadać biegłość w porozumiewaniu i komunikowaniu się, ale przede wszystkim traktować czynności pielęgniarskie raczej z rozwagą niż intuicyjnie⁴⁶.

⁴⁴ Góma K., Jaracz K., Rybakowski J., „Pielęgniarstwo Psychiatryczne”, s.174

⁴⁵ Krupka – Matuszczyk I., Matuszczyk M., „Psychiatria”, s. 109

⁴⁶ Kózka M., Płaszewska – Żywko L., „Diagnozy i interwencje pielęgniarskie”, wyd. PZWL, Warszawa 2008, s. 20

II. STRES I WYPALENIE ZAWODOWE W ZAWODZIE PIELĘGNIARKI

DEFINICJA STRESU W MIEJSCU PRACY

Z pojęciem stresu spotykamy się dość często w naszym życiu codziennym. Z reguły kojarzymy stres z negatywnymi, niepożądanymi skutkami jego oddziaływania. Nie każdy wie, że pojęcie to jest neutralne. Wyodrębnia się dwa rodzaje stresu: stres pozytywny, motywujący, oraz stres negatywny, demotywujący, który z czasem ma wpływy negatywne konsekwencje zawodowe, społeczne i zdrowotne, w tym również choroby psychosomatyczne. To, czy stres będzie wpływał na pracownika w sposób pozytywny czy negatywny, jest zależny zarówno od stawianych mu wymagań, jak również od jego fizycznych, uczuciowych i intelektualnych możliwości radzenia sobie ze stresem w danej chwili oraz od znaczenia jakie pracownik nadaje danemu wydarzeniu. Stres negatywny jest wywołany najczęściej zbyt wygórowanymi wymaganiami, przekraczającymi możliwości radzenia sobie pracownika w danym momencie. Odpowiedzią organizmu na powyższe sytuacje jest wystąpienie tzw. reakcji stresowej⁴⁷.

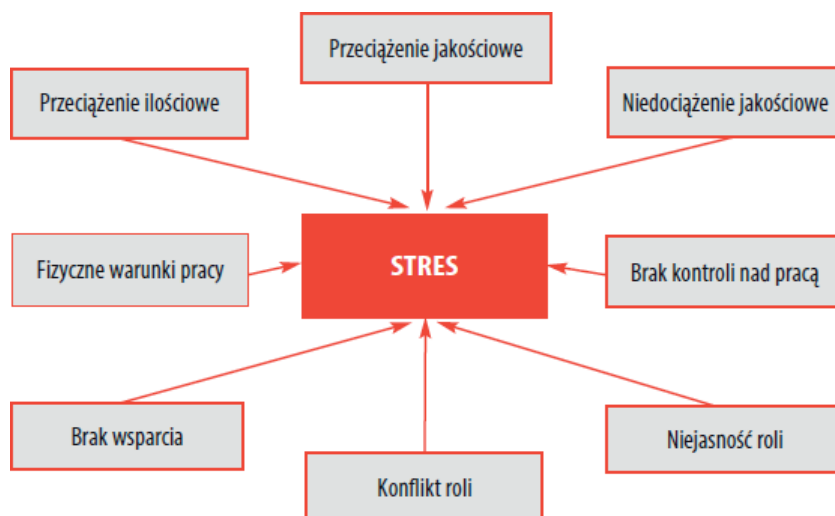
Reakcja stresowa jest mechanizmem odziedziczonym po naszych przodkach. Jej pierwotnym celem było przygotowanie nas na zagrożenie. Dlatego z powodu stresu pojawiają się następujące objawy:

- Występują problemy z koncentracją, zaburzona zostaje obserwacja skierowana na otoczenie, odczuwalne są przy tym silne emocje, takie jak niepokój, strach, złość lub gniew,
- Pojawia się nadmierne pobudzenie, niecierpliwość, wyraźnie odczuwalny jest przymus działania, w stanie wzmożonego napięcia można zaobserwować zachowania agresywne,

⁴⁷ Gólc M., Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, wyd. PIP, warszawa 2014, s. 5

- Zwiększa się przy tym wydzielanie hormonów, akcja serca staje się szybsza, pogłębia się i przyspiesza się oddech, zwiększa się napięcie mięśniowe, wzrasta ciśnienie krwi, zmniejszeniu ulega wrażliwość na ból, przyspieszeniu podlegają procesy przemiany materii, wzrasta wydolność i siła fizyczna⁴⁸.

Poważne zmiany w stanie zdrowia nie są widoczne od razu. Bywają następstwem wielu wygórowanych, czasami występujących jednocześnie i powtarzających się wymagań w pracy. Pod wpływem działania stresu nieustannie dochodzi wówczas do aktywowania układów wewnętrznych organizmu, zwłaszcza układu mięśniowo-szkieletowego, nerwowego, krwionośnego, trawiennego i immunologicznego. Stan chronicznego napięcia prowadzi z upływem czasu do wyczerpania fizycznego i psychicznego każdego człowieka⁴⁹.



Reakcja na stres

O tym, jak reagujemy na stres, możemy przekonać się, obserwując własne ciało, uświadamiając sobie emocje towarzyszące nam w takiej sytuacji i analizując nasze zachowanie, gdy jesteśmy zestresowani. Można więc powiedzieć, że działanie stresu ujawnia się na trzech płaszczyznach — fizjologicznej,

psychologicznej i behawioralnej. Na każdej z nich możemy obserwować symptomy, które stanowią dowód na to, że mamy do czynienia ze stresem⁵⁰.

⁴⁸ Gólc M., Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, wyd. PIP, warszawa 2014, s. 6

⁴⁹ Gretkowski A. „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek”, s. 11

⁵⁰ Gretkowski A. „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek”, s. 14

Psychologiczny wymiar stresu – emocje i procesy poznawcze

Psychika człowieka obejmuje kolejny poziom działania stresu. Mowa jest tu o silnych i negatywnych emocjach, takich jak lęk czy gniew. Wiele spośród tych zmian to niegroźne zakłócenia, którym towarzyszy raczej dyskomfort niż silne i negatywne emocje. Najczęściej te zmiany mają charakter odwracalny, natomiast jeśli utrzymują się przez jakiś czas, u niektórych osób mogą przekładać się na jakość i bezpieczeństwo funkcjonowania. Najczęściej wymieniane symptomy to: na poziomie emocji:

- Lęk, niepokój,
- Rozdrażnienie, impulsywność,
- Złość i wrogie nastawienie,
- Labilność uczuciowa,
- Nadmierne pobudzenie, podniecenie, brak relaksu,
- Utrata kontroli,
- Zniecierpliwienie,
- Uczucie onieśmienia, zakłopotanie, zawstydzenia,
- Depresja, ogólne poczucie bycia nieszczęśliwym,
- Poczucie samotności, izolacji, osamotnienia.

na poziomie poznawczym:

- Kłopoty z pamięcią: zmniejsza się ilość zapamiętywanych informacji, trudności sprawia przypominanie sobie i rozpoznawanie rzeczy już znanych,
- Spadek koncentracji i rozproszenie uwagi,
- Nieadekwatna ocena aktualnej sytuacji i jej przyszłych następstw,
- Spadek poziomu obiektywizmu i krytycyzmu,
- Gonitwa myśli,
- Zmniejszenie kreatywności,
- Problemy z podejmowaniem decyzji⁵¹.

Wracając do specyfiki pracy pielęgniarki Gugała (2003) zaproponowała sześć grup cech pracy pielęgniarki nadających jej stresogenny charakter, wśród nich są:

1. Cechy wynikające z treści pracy (np.: wzmożona koncentracja uwagi, równoległe wykonywanie wielu czynności naraz, wymagana długotrwała czujność i uwaga,
2. Cechy związane z organizacją pracy (np.: praca zmianowa, praca w nocy, tempo pracy, presja czasu, towarzyszący pośpiech),

⁵¹ Litzke S.M., Schuh H.: Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007s. 54

3. Cechy społeczne ściśle powiązane ze specyfiką pracy, która polega na konieczności interakcji z ludźmi (np.: nieustanna rywalizacja, podjęcie kompromisu, brak wsparcia ze strony przełożonych),
4. Cechy psychologiczne pracy które wynikają z jej relacji do potrzeb i preferencji pracowników (np.: obniżony prestiż społeczny, zbyt niskie pobory, dylematy moralne, czasami brak możliwości awansowania i rozwoju zawodowego),
5. Cechy pracy związane z zakłóceniem rytmu praca – dom (np.: praca zmianowa, praca „pod telefonem”, zmieniający się grafik dyżurów, duża liczba nadgodzin),
6. Ciężkie, fizyczne warunki pracy (np.: dźwiganie, niewygodna pozycja, nieprzyjemne zapachy, kontakt z wydaliniami i wydzielinami, brak odpowiedniego sprzętu)⁵².

Na początku lat 80. ubiegłego stulecia raport opracowany przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wskazywał, że u ok. 75% osób które korzystały z pomocy psychiatrycznej problemy natury psychicznej wynikał z braku zadowolenia z pracy i nieumiejętności odprężania się. W późniejszych latach zaczęły pojawiać się alarmujące doniesienia o zagrożeniu stresem zawodowym w wielu państwach. W 1990 r. amerykański Narodowy Instytut Bezpieczeństwa Pracy i Zdrowia (National Institute for Occupational Safety and Health — NIOSH) stwierdził, że zaburzenia zdrowia psychicznego (włączając nerwice, zaburzenia osobowości, uzależnienie od alkoholu i leków) są skutkiem stresu zawodowego i stanowią ok. 10% zaburzeń stanu zdrowia związanych z chorobami zawodowymi i wypadkami w miejscu pracy⁵³.

Zgodnie z danymi z 2005 r. w krajach Unii Europejskiej ok. 22% zaburzeń stanu zdrowia to skutek długotrwałego stresu zawodowego. Według danych z 2007 r. ponad 40 milionów pracujących osób cierpiało z powodu stresu w miejscu pracy, a koszty związane z leczeniem chorób związanych ze stresem zawodowym szacowano na ok. 20 miliardów euro⁵⁴.

Stało się to powodem działań podjętych przez organizacje międzynarodowe i narodowe, które powołane zostały do promowania oraz poprawy dbałości o warunki pracy i zdrowie pracowników. Skutkiem finalnym ich pracy są m.in. wprowadzone dyrektywy dotyczące bezpieczeństwa i higieny pracy oraz zdrowia zawodowego, które uwzględniają czynniki psychospołeczne, standardy działań i programów zwalczania stresu w miejscu pracy. Należy nadmienić, że w 2006 r. zostało podpisane Europejskie Porozumienie Ramowe Dotyczące Stresu Związanego z Pracą (European Framework Agreement on Work-Related Stress).

⁵² Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I., Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy, *Pielęgniarstwo XXI w.*, nr 1(46)/2014, s. 24

⁵³ Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P., *Miejsce pracy na miarę oczekowań*, wyd. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2010, s.

⁵⁴ Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P., *Miejsce pracy na miarę oczekowań*, s. 6

Nadrzędnym celem tego porozumienia jest zwiększenie świadomości i zrozumienia zjawiska stresu zawodowego wśród pracodawców, pracowników i ich przedstawicieli. Zadania jakie wiążą się z implementacją tego porozumienia w Polsce realizowała Państwowa Inspekcja Pracy. W Polsce obowiązek ochrony pracowników przed wszelakimi zagrożeniami psychospołecznymi na pracodawców nakłada Kodeks Pracy⁵⁵. Zmniejszenie wystąpienia ryzyka stresu w pracy bądź usuwanie jego przyczyn wymaga zaangażowania i wysiłku zarówno pracodawcy, pracowników, służby bezpieczeństwa i higieny pracy, czasami również lekarzy lub specjalistów spoza zakładu pracy. Tak samo ważne staje się długotrwałe utrzymanie efektów tych działań oraz wprowadzenie działań zmniejszających stres⁵⁶.

PRZYCZYNA STRESU CZYLI STRESOR

Pojęcie „stresor” zostało po raz pierwszy użyte przez Selyego i miało określać czynniki, które powodują stres. Dany czynnik można uznać za stresogenny kiedy jest wynikiem:

- Interpretacji poznawczej — to dana osoba nadaje znaczenie danemu czynnikowi, ocenia, czy jest on dla niego niebezpieczny, neutralny, czy też może wywoływać pobudzenie, ekscytację (np. jeżeli boimy się wizyty u dentysty, to prawdopodobnie przed taką wizytą będziemy zestresowani, ślub wiąże się zazwyczaj z ekscytacją, ale również ze stresem),
- Oddziaływania na człowieka za pomocą procesu sensorycznego czy też metabolicznego, bodźce te mogą uruchomić reakcję stresową w wyniku długotrwałego oddziaływania na człowieka, przykładem takiego stresora może być hałas, zbyt wysoka lub niska temperatura, odór, brud, ale również nadużywanie kofeiny, nikotyny czy amfetaminy⁵⁷

Inny podział stresorów opiera się na kryterium intensywności, czasu i umiejscowienia stresora:

- a. biorąc pod uwagę intensywność stresory podzielimy na:
 - Stresor bardzo intensywny — może wzbudzić stan całkowitej dezorganizacji procesów myślowych lub fizycznego bezruchu i osłupienia (np. wypadek drogowy, nieoczekiwany atak pacjenta, kradzież),
 - Stresor średnio intensywny — reakcja na stres nie wyklucza skutecznego radzenia sobie ze stresem (np. występ publiczny, ślub),

⁵⁵ Gólc M., Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, wyd. PIP, warszawa 2014, s. 25

⁵⁶ Szmagański J. „Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych”, s. 118

⁵⁷ Woynarowska B., Edukacja zdrowotna – podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008, s. 214

- Stresor mało intensywny — zachowana całkowita kontrola nad sytuacją (np. organizacja przyjęcia, wyjazd na wycieczkę)⁵⁸.
- b. ze względu na czas:
 - Stresor długotrwały — działa na człowieka przez dłuższy okres czasu i wywołuje stres chroniczny (np. mieszkanie w pobliżu dyskoteki, długotrwała choroba, trudności wychowawcze dotyczące dziecka),
 - Stresor krótkotrwały — działa na człowieka krótkotrwale, najczęściej pojawia się nagle, niespodziewanie, ale rozumiemy, że jest nieunikniony (np. ból głowy, który mniej lub bardziej można opanować i wiemy, że prędzej lub później minie, lub egzamin, którego termin jest nam znany) — stresor krótkotrwały często odnosi się do stresu ostrego.
- c. ze względu na umiejscowienie:
 - Stresor wewnętrzny który rodzi się w umyśle, zaliczyć tu można stresory psychiczne,
 - Stresor zewnętrzny związany ze środowiskiem zewnętrznym, otoczeniem, zaliczyć tu można stresory społeczne (konflikty, odrzucenie, odwiedziny osób niepożądanych, utrata bliskich), czy utrudnienia, które napotykamy w naszym codziennym życiu a także bodźce fizyczne, takie jak hałas czy niewłaściwa temperatura⁵⁹.

Stres jest uznawany jako jeden z trudniejszych problemów doświadczanych w życiu jednostki ludzkiej powiązany nierozłącznie z aktywnością zawodową. Na pracownika działają przeróżne typy stresorów związane z odrębnymi obszarami środowiska pracy. Według Łobody (1990) są to:

- Niewłaściwe fizyczne warunki pracy,
- Stresory wywołane sposobem wykonywania pracy,
- Stresory powiązane z wypełnianiem ról min. Organizacyjnej i są to: wieloznaczność, konflikt i przeciążenie roli,
- Stresory wynikające z relacji interpersonalnych,
- Stresory związane z funkcjonowaniem jednostki jako elementu organizacji,
- Stresory które są wynikiem możliwości rozwoju zawodowego,
- Stresory, które wynikają z funkcjonowania jednostki w organizacji i poza nią, tzn. konflikt ról pełnionych w organizacji i poza nią⁶⁰.

⁵⁸ Gmitrowicz A., Lewandowska A., Zespół wypalenia wśród terapeutów, a zachowania suicydalne pacjentów, PTS, Suicydologia Tom II, Warszawa 2006, s. 43

⁵⁹ Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P., Miejsce pracy na miarę oczekiwań, s. 17

⁶⁰ Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki, [w], Forum Psychologiczne, Tom 3, nr 2, 1998r, s. 167

Stres jako sytuacja, wydarzenie, bodziec o określonych właściwościach. Traktujemy tak stres, gdy mówimy: „Stresuje mnie mój kierownik”, „Egzamin jest dla mnie stresujący”, „Stresuje mnie wyjazd na szkolenie”; „Ta sytuacja mnie stresuje”. Zwolennicy takiego podejścia zakładają, że ludzie w podobny sposób reagują na wydarzenia stresowe, które poprzez wywołanie u człowieka napięcia emocjonalnego uniemożliwiają jego prawidłowe funkcjonowanie, a natężenie przeżywanego stresu można określić poprzez ocenę tych wydarzeń. Tak postrzegany stres można zobrazować na przykład za pomocą Listy Stresujących Zdarzeń Życiowych Holmesa i Rahe’a, która zawiera 43 sytuacje, zarówno negatywne, jak i pozytywne. Przykładowe stresory z tej listy przedstawiono w tabeli⁶¹.

Tabela. Przykłady zdarzeń stresujących wg listy Holmesa i Rahe’a.

Numer na liście	Zdarzenie
1	Śmierć współmałżonka
2	Rozwód
3	Separacja
4	Kara więzienia
6	Choroba lub uraz fizyczny
7	Zawarcie związku małżeńskiego
8	Zwolnienie z pracy
10	Przejęcie na emeryturę
12	Ciąża
18	Zmiana pracy
19	Wzrost liczby sprzeczek małżeńskich
20	Zaciągnięcie kredytu
23	Opuszczenie domu rodzinnego przez dziecko
24	Trudności w relacjach z teściem lub teściową
25	Niezwykłe osiągnięcia osobiste
29	Zmiana osobistych przyzwyczajeń
30	Trudności w relacjach z przełożonym
38	Zmiana godzin zasypiania i wstawiania
41	Wakacje
43	Boże Narodzenie

⁶¹ Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P., Miejsce pracy na miarę oczekiwań, s. 8

Istnieje bardzo wiele płaszczyzn, które mogą być źródłem stresu zawodowego wśród pielęgniarek. Dostępne badania przedstawiają, iż ogólna wielkość stresu jest zbliżona na różnych oddziałach (Papadatou i in., 1994; Tyler i in.; 1994), jedynie źródła stresu bywają różne. Często przytaczane przez personel pielęgniarski czynniki stresu to: zbyt mała liczba personelu, konflikty i nieporozumienia wśród pielęgniarek, umieranie pacjentów, przepracowanie, niedomówienia z lekarzami⁶².

Pojawiające się utrudnienia w pracy pielęgniarki związane z dużymi wymogami dotyczącymi szczególnej opieki, poświęcenia, zaangażowania, olbrzymiej odpowiedzialności, konieczność właściwego nawiązywania kontaktu podmiotowego z innymi osobami i dbania o nich przy jednoczesnym braku rekompensaty przez nieadekwatne wynagrodzenie za pracę, obniżenie prestiżu zawodowego i brak satysfakcji stają się przyczyną dyskomfortu, który może przekładać się na przewlekłą reakcję stresową⁶³.

Efektom tych problemów psychologiczno-somatycznych jest obiektywne i subiektywne obniżenie jakości pracy. Aby zaradzić zaistnieniu problemu osoba albo zwiększa nasilenie i czas pracy, albo zaczyna reagować ucieczką od problemów. Obydwa sposoby są nieskuteczne, gdyż nie rozwiązują istotnego problemu⁶⁴.

Czynniki zwiększające ryzyko stresu zawodowego można pogrupować w kilka kategorii. Poniżej zaprezentowano 8 głównych kategorii czynników stresogennych:

1. Wynikające z charakteru pracy: monotonne zadania, brak zróżnicowania w pracy,
2. Związane z obciążeniem pracą: za dużo bądź zbyt mało obowiązków, praca pod presją czasu,
3. Związane z godzinami pracy: restrykcyjnie przestrzegane godzin pracy (nieelastyczny czas pracy), praca zmianowa,
4. Związane z rozwojem kariery: niepewność zatrudnienia, małe możliwości awansu, posiadanie zbyt wysokich bądź zbyt niskich kwalifikacji w stosunku do wykonywanej pracy,
5. Wynikające z pełnionych ról w organizacji: niejasno sprecyzowana rola i słabo zaprezentowane obowiązki w firmie, konflikt ról w ramach tej samej pracy,
6. Wynikające z relacji interpersonalnych: niewłaściwy, nieuprzejmy, nieudzielający wsparcia przełożony, złe relacje ze współpracownikami,
7. Związane z funkcją organizacyjną: zła komunikacja w firmie, brak jasności celów organizacji oraz jej struktury,
8. Praca życie prywatne: brak równowagi między pracą a życiem prywatnym⁶⁵.

⁶² Gretkowski A., „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek” Wyd. „Marow” Płock 2016 s. 14

⁶³ Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki, Forum Psychologiczne, Tom 3, nr 2, 1998r, s. 168

⁶⁴ Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki, Forum Psychologiczne, Tom 3, nr 2, 1998r, s. 170

⁶⁵ Gretkowski A., „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek” s. 10

Pielęgniarki w swojej pracy niemalże każdego dnia doświadczają wielu trudności, które są powiązane właściwie z wszystkimi możliwymi obszarami. Wymienić tutaj należy następujące:

- W swojej pracy pielęgniarki są narażone na zatłoczenie lub wręcz brak odpowiednich pomieszczeń socjalnych, na bezpośredni kontakt z substancjami toksycznymi, na napromieniowanie, na niewłaściwą temperaturę oraz złe oświetlenie,
- Zauważa się presję czasu, nierytmiczność przebiegu pracy czyli praca zmianowa oraz konieczność wkładania dużego wysiłku fizycznego w pracę,
- Negatywne emocje związane z chorobą, a także śmiercią pacjenta,
- Sytuacje stresowe wynikają z pełnienia roli organizacyjnej, a na pierwszym miejscu jest przeciążenie, a także konflikty i wieloznaczność roli,
- Występowanie konfliktów z lekarzami i z bezpośrednimi przełożonymi, rzadziej konflikty z koleżankami,
- Poczucie zbyt małego udziału w podejmowaniu decyzji oraz niedostateczne okazywanie uznania za rzetelną pracę,
- Brak poczucia stałości pracy i nieprzygotowanie do radzenia sobie z pacjentami i ich rodzinami na płaszczyźnie emocjonalnej⁶⁶.

Skutki działania stresu możemy obserwować w każdym wymiarze zdrowia człowieka, a więc w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Negatywny wpływ stresu na zdrowie człowieka można rozpatrywać w oparciu o dwie skale czasowe – skutki natychmiastowe i skutki długotrwałe:

a. Skutki natychmiastowe

- Krótko trwające i zazwyczaj odwracalne, związane ze stanem pobudzenia podczas reakcji alarmowej GAS, które mogą wywoływać pewne dolegliwości, a w przypadku częstego powtarzania się same mogą przejść w stan chorobowy (np. schorzenia mięśniowo-kostne),
- Symptomy mięśniowe (zewnętrzne wskaźniki reakcji „walcz lub uciekaj”): postawa spięta, zaciśnięte szczęki, napięte mięśnie szyi, pleców, ściągnięte mięśnie mimiczne i brwi,
- Symptomy oddechowe: sploty, szybki, oddech, niejednokrotnie „łapanie” powietrza (hiperwentylacja),
- Reakcje bólowe w postaci bólów głowy, kręgosłupa, szyi, żołądka, klatki piersiowej;
- Reakcje ze strony układu trawiennego takie jak: zaparcia czy biegunka, niestrawność, nadmierny apetyt lub jego brak,

⁶⁶ Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki, Forum Psychologiczne, Tom 3, nr 2, 1998r, s. 178

- Pozostałe objawy np. nerwowe ruchy, przyśpieszone, czasami nierówne tętno, drapanie się, zaczerwienienie skóry, pocenie się, suchość w ustach, wszelkiego rodzaju tiki, gęsta ślina, zgrzytanie zębami.
- b. Skutki długotrwałe
 - Stresozależne powikłania chorobowe (choroby stresozależne – stress-related disorders),
 - Odnoszące się do zdrowia psychicznego,
 - Odnoszące się do zdrowia fizycznego⁶⁷.

Jak podkreśla Uszyński, stres w niektórych powikłaniach jest czynnikiem głównym (np. depresja stresozależna, atrofia hipokampa po stresie traumatycznym), a w innych jedną ze współprzyczyn (np. zespół metaboliczny). W dzisiejszych czasach lista chorób psychosomatycznych opracowana przez Franza Alexandra (na której znalazły się m.in. nadciśnienie tętnicze, astma, choroba wrzodowa żołądka, atopowe zapalenie skóry, wrzodziejące zapalenie jelit, nadczynność tarczycy) ma wartość historyczną⁶⁸.

Pielęgniarki starają się sprawnie funkcjonować w stresogennym środowisku pracy, jednak należałoby podjąć działania profilaktyczne prowadzące do zmniejszenia negatywnych objawów stresu wśród tej grupy zawodowej. Długotrwały stres może doprowadzić do wypalenia zawodowego. Ważne, by próbować zadbać o dobrą kondycję psychiczną pielęgniarek⁶⁹.

WYPALENIE ZAWODOWE JAKO SKUTEK DZIAŁANIA STRESU

Hans Selye, uważany za ojca psychologii stresu, powiedział, że całkowita wolność od stresu to śmierć”. Zaburzenie równowagi między wymaganiami środowiska a cechami i reakcjami jednostki, stres rozpatrywany jest w kontekście jednostki i jej bezpośredniego otoczenia. Niestety nie da się całkowicie wyeliminować stresu z naszego życia. Jedyne, co można zrobić, to nauczyć się żyć ze stresem, radzić sobie z nim na co dzień, próbować niwelować negatywne skutki stresu. Można zacząć od prostych ćwiczeń, np. otaczać się ludźmi pozytywnie nastawionymi do świata, regularnie uprawiać sport, powoli policzyć

⁶⁷ Majchrowska G., Tomkiewicz K., Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki [w] Pielęgniarstwo Polskie nr. 3 (57), 2015, s. 268

⁶⁸ Uszyński M., Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne, wyd. MedPharm, Wrocław 2009, s. 89

⁶⁹ Gretkowski A. „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek” s. 18

do 10, brać głębokie oddechy czy zastosować się do techniki relaksacji progresywnej Jacobsona⁷⁰.

Stres negatywny w sensie psychologicznym staje się przyczyną cierpienia, utrudnia właściwe funkcjonowanie jednostki, co w konsekwencji powoduje powstanie poważnych chorób psychosomatycznych, np. chorób serca, nerwic, bezsenności. Wypalenie zawodowe lub syndrom wypalenia zawodowego występują wówczas, kiedy praca nie sprawia już satysfakcji pracownikowi oraz wtedy gdy stan taki utrzymuje się przez minimum pół roku. Najczęściej wypalenie zawodowe jest skutkiem stresu, przepracowania zawodowego w wyniku np. natłoku obowiązków, godzin nadliczbowych (typowe dla pracy w szpitalu). Według Maslach i Leitera wypalenie zawodowe najczęściej dotyka zawody, w których kontakt nakierowany jest na drugiego człowieka, a więc m.in. lekarzy i pielęgniarzy⁷¹.

Praca, która jest wykonywana wbrew własnemu przekonaniu, z poczuciem jej bezsensu, staje się niezwykle męcząca i nużąca, ponieważ oprócz wysiłku związanego z samą pracą dołącza się mobilizacja ustroju związana czasami na przykład z postawą agresywną. Praca, która daje zadowolenie i satysfakcję, nie męczy, a jeżeli zmęczenie pojawia się to jest to tzw. zmęczenie „zdrowe”, po którym odpoczynek sprawia dużą przyjemność i daje uczucie odprężenia, oraz dołącza się do niego satysfakcja z dokonanej pracy. W przypadku, gdy zmęczenie jest spowodowane głównie mobilizacją układu wegetatywno- endokrynnego, związaną z negatywną postawą emocjonalną, odpoczynek bywa fikcyjny, gdyż mimo zakończenia pracy mobilizacja ustroju do walki i ucieczki trwa nadal, a czasami nawet narasta, jest bowiem więcej czasu na przeżywanie negatywnych uczuć. Osoba, która doświadcza takiego zmęczenia nie może odpocząć, czuje wciąż napięcie, żyje w ciągłym pośpiechu, a czas, w którym funkcjonuje, jest dla niej czasem przykrym, chce się z niego wydostać, uciec w złudnej nadziei, że odcinek czasu przyszłego będzie lepszy — jest to swoista pogoń za czasem utraconym⁷².

Wypalenie zawodowe jest to szeroki termin, który opisywany jest jako długotrwały stres, który jest wynikiem wykonywanej pracy zawodowej. Można go zdefiniować w trzech kategoriach: emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji pod postacią negatywnego i cynicznego nastawienia do innych oraz zmniejszenia poziomu osiągnięć zawodowych. Problem wypalenia zawodowego podlega analizie w odniesieniu do wielu zawodów, jednakże w psychiatrii ma on szczególne znaczenie. Brak poprawy zdrowia u pacjentów może wywoływać u personelu medycznego przekonanie o braku kompetencji zawodowych, a także wywoływać krytykę umiejętności zawodowych co w konsekwencji

⁷⁰ Szmagański J., Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych, wyd. Ex Libris, Warszawa 2008, s. 131

⁷¹ Majchrowska G., Tomkiewicz K., „Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarzy” *Pielęgniarstwo Polskie* nr.3 (57) 2015 s. 267–270

⁷² Tokarska I., Gruszczyński W., Tsirigotis K., „Zaburzenia nerwicowe u pielęgniarzy oddziałów psychiatrycznych”, *Problemy pielęgniarstwa* 2010, tom 18, zeszyt 4 s. 462

prowadzi do zmniejszenia zadowolenia z pracy oraz osłabienia aktywności i ogólnoustrojowego zmęczenia. Leczenie oraz sprawowanie opieki nad pacjentami z zaburzeniami psychicznymi są źródłem stresu⁷³.

W Polsce po raz pierwszy model wypalenia zawodowego zaprezentowała H Sęk, która jest autorką pierwszych na gruncie polskim badań poświęconych zjawisku wypalenia zawodowego. Wg H. Sęk wypalenie zawodowe to „Wypalenie się w zawodzie rozpoczyna się skrycie i nie jest rozpoznawane przez osobę, której to dotyczy. Na początku pojawiają się zmęczenie, napięcie, drażliwość, hiperaktywność na zmianę z oznakami wyczerpania psychofizycznego. Do stanu chronicznego napięcia dołącza się czasem utrata energii, zniechęcenie i objawy depresji odniesionej jednakże tylko do sytuacji zawodowej.”⁷⁴.

Autorka wyżej przedstawionego opisu pragnie zwrócić uwagę na skutki zjawiska, które dotyka szerokich kręgów społecznych m.in. podopiecznych służby zdrowia, klientów pomocy społecznej, czy też korzystających z pomocy administracji publicznej⁷⁵.

Inny pogląd na wyżej prezentowane zjawisko ma A. Bańka, który uważa że na problem wypalenia należy patrzeć z dwóch punktów widzenia, nie jako na zjawisko stresu zawodowego związanego z wykonywaną pracą, ale jako na problem zaniku motywacji, braku perspektyw czy utraty sensu życia. To drugie autor opisuje jako stan ogólnego stresu społeczno-kulturowego. Pojawia się on wówczas, gdy nie można spełnić powielanych w danej kulturze oczekiwań dotyczących kosztów jakie każdy powinien uzyskiwać w pracy do zysków, które każdemu się należą. Dlatego A. Bańka wyodrębnia dwie formy wypalenia: wypalenie zawodowe i egzystencjonalne⁷⁶.

Wśród naukowców zajmujących się wypaleniem zawodowym panuje zgoda co do tego, że u osób nim dotkniętych pojawiają się zmiany psychosomatyczne, ale ustalenie charakteru i zakresu jego objawów pomimo wielu trwających od ponad 30 lat prób, wciąż nastęrcza badającym wiele trudności w poprawnym określeniu tego zjawiska. B. Brewster prezentuje 3 stopniowy opis szkód wyrządzonych przez wypalenie⁷⁷.

Pierwszy stopień jest stopniem ostrzegawczym, na tym etapie większość osób jest w stanie walczyć. Oznaki tego stadium to nieustępujące objawy przeziębienia, bezsenność, podenerwowanie, bóle głowy. W tym przypadku wystarczy krótki odpoczynek, aby osoba mogła wrócić do stanu zdrowia. Drugi stopień obserwujemy wówczas, kiedy wyżej opisane objawy utrzymują się dłużej. Interwencja wymaga tutaj o wiele dłuższego wypoczynku, urlopu bądź zwolnienia lekarskiego. Trzeci stopień obserwujemy wtedy,

⁷³ Gmitrowicz A., Lewandowska A., Zespół wypalenia wśród terapeutów, a zachowania suicydalne pacjentów, *Suicydologia* Tom II, wyd. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2006, s. 42–43

⁷⁴ Sęk H., Zespół wypalenia zawodowego. Wprowadzenie teoretyczne, s. 23

⁷⁵ Szmagański J., Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych, wyd. Ex Libris, Warszawa 2008, s. 8

⁷⁶ Bańka A., Czynniki „wypalenia się” zawodowego u pracowników zajmujących się pomaganiem ludziom. *Podręcznik pomocy psychologicznej*, wyd. Print-B, Poznań 1992, s. 140.

⁷⁷ Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki [w] *Forum Psychologiczne*, Tom III, nr.2, 1998, s. 169

kiedy syndrom przechodzi w fazę chroniczną. Dołączają się objawy psychosomatyczne oraz psychologiczne takie jak napady depresji, dolegliwości żołądkowe, problemy z nadciśnieniem. Na tym etapie dochodzą również inne problemy (np. rodzinne), które są wynikiem poprzednich i rusza tzw. lawina. W tym stadium oprócz osoby dotkniętej wypaleniem cierpią także jej przyjaciele, rodzina i współpracownicy. W tym przypadku konieczna jest, aczkolwiek nie zawsze interwencja lekarska. Zdaniem Brewstera popadnięcie w głęboki stan wypalenia w niektórych przypadkach prowadzi do depresji⁷⁸.

DOBRE PRAKTYKI WALKI ZE STRESEM W MIEJSCU PRACY

Valerio Albisetti, w swojej publikacji pisze w życiu ważne jest, aby nadać pracy sens. Nie liczy się zawód, zajmowanie stanowisko, zakres obowiązków – ważne jest to, by w swojej pracy umieć dostrzec jej znaczenie dla innych. U pracownika, który dostrzega sens wykonywanej przez siebie pracy, stres nie będzie znacząco odczuwalny. W sytuacji stresowej natomiast będzie on w stanie sukcesywnie sobie z nim radzić dlatego, że odczuwa wewnętrzną satysfakcję z sensu swojej pracy⁷⁹. Praca pielęgniarek staje się ważna wówczas, kiedy niosą one pomoc chorym. Stresu nie można zmarginalizować, ale można sobie z nim skutecznie radzić. Zgodnie z założeniem, iż lepiej zapobiegać, niż leczyć, skutecznymi metodami relaksacyjnymi (nie tylko wśród pielęgniarek) mogą być poniżej zaprezentowane techniki:

- Hartowania ciała, np. poprzez bieganie, pływanie, spacerowanie,
- Zabiegów hydroterapeutycznych, np. kąpiel z odpowiednimi ziołami, aromaterapia,
- Manualne, np. origami, malowanie, lepienie z plasteliny,
- Muzyczne, np. słuchanie ulubionego rodzaju muzyki⁸⁰.

Radzenie sobie to złożona aktywność podejmowana przede wszystkim przez osobę w sytuacji trudnej lub ekstremalnej. Najczęściej zachowanie człowieka bywa różne w zależności od rodzaju sytuacji oraz jego aktualnych dyspozycji psychologicznych. Stylem radzenia sobie rozumiemy leżący w możliwościach jednostki, charakterystyczny dla niej zbiór strategii i technik radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną sytuacją stresową.

⁷⁸ Szmagański J., Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych, wyd. Ex Libris, Warszawa 2008, s. 10

⁷⁹ Gretkowski A. „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek” s. 12

⁸⁰ Majchrowska G, Tomkiewicz K. „Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki” Pielęgniarstwo Polskie nr.3 (57) 2015 s. 271

Sposoby radzenia sobie ze stresem spełniają wiele funkcji:

1. Główne zadanie to naprawa sytuacji bądź poprzez zmianę swego zachowania, bądź poprzez zmianę otoczenia,
2. Mają pomóc w opanowaniu emocji, czyli samouspokoić (Lazarus, 1986).

Wśród stosowanych przez ludzi stylów radzenia sobie z trudnościami można wymienić trzy głównie (Endler, Park *er.* 1990):

- Styl skoncentrowany na zadaniu,
- Styl skoncentrowany na emocjach,
- Styl skoncentrowany na unikaniu⁸¹.

Stworzenie w pracy atmosfery pełnej zaufania i bezpieczeństwa, dzięki której można dostarczać sobie nawzajem wsparcia, aby szybko i sprawnie rozwiązywać pojawiające się problemy i trudności, mogłoby w znacznym stopniu uchronić pracownika przed powstawaniem zespołu wypalenia. Ważny jest tutaj przyjęty przez pielęgniarkę oddziałowa styl kierowania zespołem. Autokratyczny z tendencją do kontrolowania wszystkiego będzie powodował subiektywne poczucie stresowości pracy. Z powodu małej asertywności personelu pielęgniarskiego (Less *i in.*, 1990), ten styl zarządzania może na tyle podwyższyć jeszcze poziom niepokoju, że w zespole praca będzie przebiegała w sposób zdeorganizowany i chaotyczny. Demokratyczny zaś styl zarządzania, pobudzający pielęgniarki do odpowiedzialności i dający im możliwość samodzielnego podejmowania decyzji w określonym zakresie oraz dający możliwość do kreowania oddziału jako „swojego” miejsca z pewnością zwiększy poczucie satysfakcji z pracy, a tym samym zmniejszy poczucie stresowości pracy i możliwość pojawienia się zespołu wypalenia⁸².

Aby rozpocząć walkę ze stresem oraz zapobiegać stresowi zawodowemu czy chociażby zmniejszać jego poziom, należy znać jego charakter oraz skalę problemu istniejącego w danej jednostce. Niezbędne do takiego rozpoznania jest ciągłe monitorowanie sytuacji w firmie poprzez prowadzenie regularnych badań pracowników. Celem badania stresu w pracy jest przede wszystkim rozpoznanie, czy problem ten rzeczywiście dotyka pracowników. Jeśli tak jest, należy poznać przyczyny tego zjawiska oraz propozycje rozwiązania problemu, które mogą mieć sami dotknięci problemem pracownicy. Dobrze jest, gdy badanie stresu w pracy prowadzą firmy zewnętrzne. Pracownicy mogą wówczas swobodnie wyrażać opinie na temat funkcjonowania organizacji.

⁸¹ Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki, *Forum Psychologiczne*, Tom 3, nr 2, 1998r, s. 169

⁸² Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki, *Forum Psychologiczne*, Tom 3, nr 2, 1998r, s. 177

Przykładowe obszary eksploracji problemu stresu zawodowego:

1. Wpływ pracy na zdrowie,
2. Najlepsze i najgorsze aspekty pracy (czy któreś z tych elementów przyczyniają się do odczuwania presji),
3. Przyczyny stresu zawodowego,
4. Poziom absencji, rotacji pracowników, efektywności, liczby wypadków / błędów popełnianych w pracy⁸³.

Podjęcie działań profilaktycznych odgrywa ważną rolę w przeciwdziałaniu patologicznym zjawiskom społecznym tzw. problemom społecznym. Problemami tymi są stres i wypalenie zawodowe. Małgorzata Jałochó wyodrębniła 3 stopnie w profilaktyce wypalenia zawodowego. I według niej winny obejmować:

- Samoświadomość – polega na ciągłym poznawaniu siebie, poznawaniu swoich potrzeb oraz dokonywaniu głębokiej refleksji nad sposobem zawodowego realizowania się,
- Umiejętne pokierowanie sobą – polega to na umiejętności właściwym gospodarowaniem swoimi zasobami takimi jak energia, uczucia, czas jak również nauka i praktyka nowych pożądaných zachowań np. kreatywność, asertywność,
- Wypoczynek, regeneracja sił – polega na znalezieniu sobie dodatkowych zajęć, które będą formą odprężenia i relaksu. Jeśli nie nauczymy się odpowiednio wypoczywać to stres i wypalenie zawodowe staną się naszym głównym problemem⁸⁴.

Obecnie można spotkać się z wieloma treningami relaksacyjnymi, których głównym założeniem jest nauczenie się pewnego schematu aby wprowadzić organizm w stan relaksu. Ów stan polega na:

- Zmniejszeniu napięcia mięśni,
- Złagodzeniu pewnych stanów napięcia psychicznego,
- Zmniejszenie tępa przemiany materii,
- Spowolnienie oraz pogłębienie oddechu,
- Zmniejszenie zużycia tlenu,
- Ustabilizowanie emocji,
- Poprawienie pamięci i skupienie uwagi.

Do najbardziej znanych i stosowanych treningów relaksacyjnych możemy zaliczyć trening autogenny Schultza. Inna nazwa tego treningu to tzw. „Psychiczna gimnastyka”.

⁸³ Gólc M., Stres w pracy, PIP, Warszawa 2014, s. 20

⁸⁴ Merez D., Jak zwiększyć swój potencjał, by lepiej radzić sobie ze stresem, wyd. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2005, s. 38

Trening autogenny Schultza przebiega zgodnie z etapami i musi być wykonywany regularnie o optymalny czas ćwiczeń wynosi od 15 do 30 minut w okresie ok. 3 miesięcy⁸⁵.

Przebieg treningu Schultza:

- Należy przyjąć odpowiednią postawę ciała siedzącą, leżącą bądź dorożkarza,
- Należy zamknąć oczy i powiedzieć : jestem spokojny(a),
- Pięć sześć razy powtarzamy : prawa (lewa) ręka jest ciężka i jestem zupełnie spokojny(a),
- Kolejno wypowiadamy 5, 6 razy : prawa (lewa) noga jest ciężka i jestem zupełnie spokojny (a),
- Ćwiczenia te mają za zadanie wywołanie wrażenia ciężkości ciała, ćwiczenia te wykonujemy przez 2 tygodnie (2,3 razy dziennie przez 15, 20 minut),
- Kiedy zaczniemy odczuwać ciężkość ciała przechodzimy do innego etapu i rozpoczynamy pracę nad wywołaniem wrażenia ciepła. Tutaj powtarzamy słowa od 5 do 6 razy: Prawa (lewa) ręka jest ciepła,
- Po około 4 tygodniach ćwiczeń przechodzimy do kolejnego etapu czyli uspokajaniu pracy serca. Na tym etapie przez 2 tygodnie wypowiadamy sugestie: serce bije równo i spokojnie,
- Po 6 tygodniach treningu powinien nastąpić etap uspokojenia oddechu, natomiast po 8 tygodniach należy przystąpić do nauki wywoływania wrażeń ciepła w okolicy sploty słonecznego. Tu podobnie jak wcześniej słowa: splot słoneczny jest ciepły,
- Ostatni etap ćwiczeń polega na nauce wrażeń chłodu własnego ciała tu powtarzamy słowa : moje czoło jest chłodne⁸⁶.

Aby trening autogenny przebiegał prawidłowo i osiągnął swój cel trzeba dostosować się do wielu czynników min:

- Nie należy się spieszyć,
- Ćwiczenia wykonywać dokładnie,
- Stworzyć sobie odpowiednie warunki i odgradzić się od bodźców zewnętrznych i wewnętrznych,
- Zwracać uwagę na prawidłową postawę ciała, odrzucić krytycyzm, sceptycyzm i nieufność,
- Być zdeterminowanym i mieć wolę ćwiczeń⁸⁷.

⁸⁵ Siek S. „Treningi relaksacyjne”, wyd. ATK, Warszawa 1990, s. 48

⁸⁶ Gretkowski A. „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek” Wyd. „Marow” Płock 2016 s.37

⁸⁷ Siek S. „Treningi relaksacyjne” s. 53

Niedostosowanie się do tych zaleceń może wywołać efekt odwrotny od efektu zamierzonego i zamiast relaksu wywołać dodatkowe dolegliwości takie jak poczucie lęku, paniki lęku, niepokoju, drżenie całego ciała, pocenie się oraz rozproszenie uwagi. Stan psychofizyczny jaki uzyskujemy po właściwym stosowaniu treningu autogennego Schultza to ogólne odprężenie, rozluźnienie mięśni oraz pełen relaks. Gdy rozluźnienie mięśni obejmuje całe ciało wówczas organizm powinien znajdować się w takim stanie w jakim znajdujemy się przed zaśnięciem. Schultz na określenie tego stanu używa 2 wyrażen : „zatopienie się, zapadnięcie (versenkung)”.

Trening autogenny Schultza jest przykładem jednej z metod profilaktycznych, ale każdy człowiek indywidualnie powinien dobrać do swoich potrzeb formę uchronienia się od stresu i wypalenia. Nauka relaksowania się jest ważna ze względu na to, że stres jest wszechobecny a jego ciągle oddziaływanie doprowadza do zgubnych skutków w wyniku czego dochodzi do zakłócenia sprawności organizmu i pojawienia się zjawiska wypalenia zawodowego⁸⁸.

⁸⁸ Gretkowski A. „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarzek” s. 38

III. METODOLOGIA BADAŃ

CEL PRACY – PROBLEMY GŁÓWNE I SZCZEGÓŁOWE

Problem badawczy to enigmatyczne, niejasne lub kłopotliwe zjawisko. Zarówno badacze jakościowo jak i ilościowo dokonują identyfikacji problemu badawczego w obrębie pewnego szerszego pola zainteresowań. Celem badania jest rozwiązanie problemu – lub przyczynienie się do jego rozwiązania poprzez zgromadzenie istotnych informacji.

Pytania badawcze są specyficznymi pytaniami na jakie naukowcy starają się uzyskać odpowiedź w wyniku badania problemu badawczego. To w zależności od sformułowania pytań badawczych zależy typ danych, które uzyskuje się w danej próbie. Naukowcy mogą wysuwać określone przypuszczenia odnośnie odpowiedzi na pytania badawcze, czyli stawiają hipotezy – do przetestowania empirycznego.

Wg. S. Palki „problemem badawczym jest pytanie, na które uzyskujemy odpowiedź w wyniku przeprowadzenia badania naukowego”. Odpowiedzi uzyskane w toku przeprowadzonych badań naukowych wzbogacają wiedzę na temat przyczyn lub uwarunkowań pewnych zjawisk, które badacz pragnie poprzez swoje badania poznać.⁸⁹

Celem pracy było przeprowadzenie badania wśród personelu pielęgniarskiego pracującego na terenie szpitala psychiatrycznego, i uzyskanie odpowiedzi na główne pytanie: czy podjęcie próby samobójczej przez pacjenta jest źródłem stresu? W związku powyższym pytaniem sformułowano następujące hipotezy badawcze: Przypuszczam, że większość ankietowanych potwierdzi fakt, że próba samobójcza podjęta przez pacjenta, jest przyczyną stresu. Zakładam, że stres ma znaczny wpływ na pogorszenie się stanu zdrowia ankietowanych.

Przypuszczam, że większość reakcji, wynikających ze stresu, to reakcje negatywne. Zakładam, że na terenie placówki w której przeprowadzane były badania, nie podejmowane

⁸⁹ Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 91

są żadne formy walki ze stresem. Przypuszczam, że przynajmniej raz w ciągu trwania pracy zawodowej ankietowani korzystali ze zwolnienia lekarskiego, z powodu stresu w pracy, bądź z powodu wypalenia zawodowego.

METODY, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

Metody badań w globalnym znaczeniu są technikami jakie stosuje badacz w celu nadania odpowiedniej struktury przedmiotowi dociekań oraz gromadzenia i analizowania informacji istotnych dla odpowiedzi na pytania zawarte w projekcie badawczym. Dwa różniące się poglądy na świat (paradygmaty) przekładają się w dużym stopniu na stosowane metody naukowe. Rozróżnienie metodologiczne z reguły skupia się na różnicach pomiędzy badaniem ilościowym, związanym najściślej z tradycją pozytywistyczną oraz badaniem jakościowym – utożsamianym najczęściej z dociekaniem naturalistów.

Metoda indywidualnego (ang. case study) przypadku jest metodą badawczą wykorzystywaną w badaniach jakościowych⁹⁰. Opiera się ona na analizie losów danego człowieka wynikających z jego specyficznej sytuacji klinicznej, psychospołecznej i kulturowej, które wywołane są chorobą i jej następstwami oraz procesem leczenia ze szczególnym uwzględnieniem problemów pielęgnacyjnych oraz opracowaniem modelu opieki pielęgniarskiej⁹¹. Studium przypadku stanowi szczegółowy oraz wnikliwy opis konkretnych, charakterystycznych właściwości i doświadczeń jednostki obejmujący zarówno pojedynczą osobę, jak i daną grupę społeczną⁹². W pielęgniarstwie metoda ta polega na rozpoznaniu określonych problemów pielęgnacyjnych pacjenta wynikających z jego choroby oraz zaplanowaniu modelu opieki pielęgniarskiej⁹³. Metoda „case study” cechuje się holistycznym podejściem do konkretnego przypadku. Rozpatruje go w wielu wymiarach jego funkcjonowania i dopiero szczegółowa analiza poszczególnych sfer życia może generować pogląd na ogół zagadnienia oraz występujące problemy⁹⁴.

Metoda indywidualnego przypadku cechuje się wykorzystaniem różnych technik badawczych, co jest wynikiem możliwości scharakteryzowania danej jednostki w różnych aspektach⁹⁵.

⁹⁰ Lesińska-Sawicka M., *Metoda Case Study w Pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009

⁹¹ Lenartowicz H., Kózka M., *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 102

⁹² Lesińska-Sawicka M., *Metoda Case Study w Pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009.

⁹³ Lenartowicz H., Kózka M., *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 103

⁹⁴ Lesińska-Sawicka M., *Metoda Case Study w Pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia*, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009

⁹⁵ Lenartowicz H., Kózka M., *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 110

W badaniach naukowych wyróżnia się dwa różne rodzaje badań. Pierwsze to badania ilościowe, które można zbadać i przeprowadzić za pomocą precyzyjnie dobranych, wystandaryzowanych narzędzi badawczych⁹⁶.

W badaniach ilościowych możemy:

- Uzyskać odpowiedzi na pytanie „ile?”, „jak często?” i na tej podstawie można formułować wnioski dotyczące częstości występowania zjawisk, ich natężenia i zależności między nimi,
- Ich metodologia nawiązuje do paradygmatu socjologii pozytywistycznej,
- Rola badacza jest drugoplanowa, wpływ badacza na odpowiedzi respondentów jest raczej niewielki,
- Ważną rolę odgrywają liczby,
- Badania prowadzone są często na szeroką skalę, na dużych próbach, wyniki można uogólniać na populację,
- Zwraca się uwagę na ilość podobnych wypowiedzi,
- Narzędzia w danym badaniu są takie same i nie mogą ulegać zmianie w trakcie prowadzenia badania,
- Dobór próby następuje w sposób losowy,
- Interpretacja wyników ma charakter bardziej obiektywny⁹⁷.

Wybrane metody i techniki prowadzenia badań ilościowych:

- **CATI** – wywiad telefoniczny który jest przeprowadzany przez ankietera z respondentem za pomocą telefonu, nie ma tu konieczności bezpośredniego spotkania. Podczas wywiadu ankieter odczytuje respondentowi pytania wyświetlane na ekranie monitora i rejestruje usłyszane odpowiedzi.
- **CAWI** – badani otrzymują link do kwestionariusza ankiety zamieszczonego „w sieci”. Po kliknięciu na link respondent uzyskuje dostęp do ankiety elektronicznej, którą potem samodzielnie wypełnia, korzystając ewentualnie z wyświetlanych wskazówek⁹⁸.
- **Ankieta audytoryjna** – ankieta która wręcza się do samodzielnego wypełnienia grupie osób zgromadzonych w jednym miejscu np. w sali szkolnej, auli wykładowej, pomieszczeniu firmowym itp. Ankiety po wypełnieniu zbiera się przez upoważnioną osobę, która wcześniej, w trakcie trwania badania, może również udzielać jego uczestnikom dodatkowych wyjaśnień związanych z prawidłowym sposobem wypełnienia ankiety.

⁹⁶ Stychno E., Kulczycka K., *Badania jakościowe w pielęgniarstwie*, *Pielęgniarstwo XXI w.*, nr 3-4(32-33)/2010, s.105

⁹⁷ Babbie E., *Podstawy badań społecznych*, wyd. PWN, Warszawa 2008, s. 40

⁹⁸ Lenartowicz H., Kózka M., *Metodologia badań w pielęgniarstwie*, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 108

- **Ankieta pocztowa** – technika badań sondażowych, w której ankiety są wysyłane pocztą tradycyjną do respondentów, a ich odpowiedzi tworzą zbiór danych będący podstawą testowania hipotez.⁹⁹
- **Wywiad kwestionariuszowy** – rodzaj wywiadu, gdzie badacz ma przygotowaną zestandaryzowaną listę pytań o charakterze zamkniętym. Zarówno respondent, jak i badacz mają ograniczone pole manewru. Respondent dokonuje najczęściej wyboru odpowiedzi z proponowanego zestawu dysponując przy tym niewielką swobodą w kształtowaniu swoich wypowiedzi. Badacz z kolei jest ściśle związany z instrukcją przeprowadzania wywiadu, a także nie może wyjaśniać pytań¹⁰⁰.

W postępowaniu naukowym można wyodrębnić dwa rodzaje podejścia badawczego. Pierwsze ilościowe, przyjmuje istnienie obiektywnego świata, który można zbadać za pomocą precyzyjnie skonstruowanych, wystandaryzowanych narzędzi badawczych¹⁰¹.

Badanie naukowe jest systematycznym procesem, który czyni użytek z odpowiedniej metodologii w celu uzyskania odpowiedzi na nurtujące pytania lub rozwiązania problemu badawczego. Ostatecznym celem badań jest pogłębianie, zrozumienie i poszerzanie zakresu wiedzy¹⁰².

Pielęgniarki w coraz większym stopniu angażują się w planowanie i przeprowadzanie badań, co skutkuje wymiernymi korzyściami dla ich zawodu oraz jakości opieki nad pacjentami, co przekłada się na poprawę całego systemu ochrony zdrowia. Badanie pielęgniarskie jest usystematyzowanym procesem badawczym, którego celem jest rozwój wiedzy z zakresu ważnych elementów zawodu pielęgniarskiego, czyli praktyki pielęgniarskiej, edukacji, zarządzania oraz technik informatycznych. Badanie kliniczne z zakresu pielęgniarstwa jest procesem badawczym, który jest nastawiony na zdobywanie oraz poszerzanie wiedzy użytecznej w praktyce pielęgniarskiej, co przekłada się na polepszanie poziomu zdrowia społeczeństwa oraz jakości życia pacjentów i osób będących pod opieką personelu pielęgniarskiego¹⁰³.

Badania w pielęgniarstwie są niezbędne do uświadomienia sobie złożoności tego zawodu i pozwalają m.in. na:

- Dokładny opis specyficznej sytuacji, na temat, gdzie stan wiedzy jest jeszcze niezgłębiony,
- Wyjaśnianie zjawisk, o których należy pamiętać w planowaniu opieki pielęgniarskiej,

⁹⁹ Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 105

¹⁰⁰ Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych, wyd. Śląsk, Katowice 2010, s. 68

¹⁰¹ Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie, wyd. PZWL, Warszawa 2010, s. 28

¹⁰² Stodolak A., Metodologia badań w pielęgniarstwie, wyd. Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Legnica 2011, s. 30

¹⁰³ Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie, s. 69

- Przewidywanie potencjalnych skutków określonych decyzji pielęgnacyjnych,
- Kontrola nad pojawianiem się wyników niepożądanych,
- Rozpoczęcie oraz promocja i wdrażanie działań prowadzących do określonych, korzystnych dla pacjenta zachowań¹⁰⁴.
- Badania naukowe mogą odbywać się w różnorodnych lokalizacjach:
- W placówkach służby zdrowia,
- Miejscach zamieszkania uczestników badania,
- W szkołach, itd.

To osoba przeprowadzająca badania podejmuje decyzję gdzie najlepiej takie badanie prowadzić, w zależności od rodzaju pytania oraz typu zbieranych danych¹⁰⁵.

W mojej pracy wykorzystałem technikę ankiety. W technice ankiety istotną rolę odgrywają poprawność sformułowania pytań w kwestionariuszu ankiety, oraz weryfikacja pytań. Zadawane pytania powinny mieć formę zdań pytających, rozkazujących bądź oznajmujących¹⁰⁶.

Ankieta którą posługiwałem się podczas moich badań zawierała 26 pytań, w większości były to pytania zamknięte a, trzy były pytaniami otwartymi.

Badania były przeprowadzone wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Gostyninie – Zalesiu. W badaniu wzięło udział 30 badanych

¹⁰⁴ Stodolak A., Metodologia badań w pielęgniarstwie, s. 31

¹⁰⁵ Łobocki M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, wyd. IMPULS Kraków, 2007, s.129

¹⁰⁶ Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie s.106

IV. OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ WŁASNYCH

WYNIKI BADAŃ

Proszę o podanie wieku i płci

Kobiety	21	70%
Mężczyźni	9	30%

Wiek badanych

Do 30 lat	0	0%
31–40 lat	2	7%
41–50 lat	9	30%
Powyżej 50 lat	19	63%

Proszę o podanie stażu pracy w oddziale psychiatrycznym

Do 10 lat	4	13%
10–20 lat	6	20%
Powyżej 20 lat	20	67%

Jak często spotyka się Pani/Pan z agresywnymi czy wulgarnymi zachowaniami pacjentów podczas pracy?

Każdego dnia	11	37%
Dość często	18	60%
Sporadycznie	1	3%
Nigdy	0	0%

Czy praca Pani/Pana wiąże się z narażeniem twojego zdrowia bądź życia?

Tak	24	80%
Nie	0	0%
Czasami	6	20%

Personel oddziału psychiatrycznego podczas wykonywania swoich codziennych obowiązków jest niemalże każdego dnia narażony na agresję czy nieprawidłowe zachowania ze strony pacjentów. Potwierdziły to również wyniki badań gdyż 97% respondentów potwierdziło, że dość często spotyka się z agresywnymi i wulgarnymi zachowaniami pacjentów, a 80% potwierdziło, że podczas wykonywania swojej pracy odczuwa obawy o swoje zdrowie bądź życie.

Czy po powrocie do domu myśli Pani/Pan o tym co działo się w pracy?

Tak, często	9	30%
Tak, ale rzadko	18	60%
Nie	3	10%

Czy odczuwa Pani/Pan stres w pracy?

Tak	26	87%
Nie	4	13%

Jak często odczuwa Pani/Pan stres w pracy?

Kilka razy w tygodniu	3	10%
Kilka razy w miesiącu	17	57%
Rzadko	10	33%
Nigdy	0	0%

Co jest głównym źródłem stresu w Pani/Pana pracy?

Charakter pracy	10	33%
Współpracownicy	1	3%
Zarobki	6	20%
Przełożeni	1	3%
Charakter pracy + zarobki	8	28%
Charakter pracy + przełożeni	1	3%
Charakter pracy + zarobki + przełożeni	3	10%

Czy możliwość podjęcia przez pacjenta próby samobójczej jest dla Pani/Pana źródłem stresu?

Tak	29	97%
Nie	1	3%

Stres jest powszechnym następstwem pracy zmianowej. Dyżur z reguły trwa 12 godzin, a stres wynika głównie z zakłócenia rytmu snu (nieprzespane noce). W grupie najbardziej stresogennych czynników wykazuje się ciężki stan pacjenta, zbyt małą liczbę personelu czy podjęcie próby samobójczej przez pacjenta. To potwierdzają wyniki badań, gdyż ponad 61 % potwierdziło, że głównym źródłem stresu jest charakter pracy jaki wykonują. A 97 % potwierdziło, że podjęcie przez pacjenta próby samobójczej jest dla nich źródłem stresu.

Czy kiedykolwiek na dyżurze była Pani/Pan świadkiem podjęcia próby samobójczej przez pacjenta?

Tak	21	70%
Nie	2	7%
Nie, ale próba podjęta była na innej zmianie	7	23%

Czy była Pani/Pan świadkiem udaremnienia próby samobójczej w miejscu pracy?

Tak	22	73%
Nie	5	17%
Nie, ale próba podjęta była na innej zmianie	3	10%

Czy próba samobójcza była podjęta przez pacjenta na dyżurze nocnym czy dziennym?

Nocnym	15	54%
Dziennym	7	25%
Nocnym + dziennym	6	21%

2 osoby nie udzieliły odpowiedzi na to pytanie, gdyż nie były świadkami takiego zdarzenia.

Czy podjęcie próby samobójczej przez pacjenta stało się przyczyną strachu przed przyjściem do pracy?

Tak	23	77%
Nie	7	23%

Czy sytuacja powyższa stała się przyczyną:

Dolegliwości ze strony układu krążenia	0	0%
Dolegliwości układu pokarmowego	0	0%
Zaburzenia snu	2	7%
Depresji	1	3%
Nerwicy	0	0%
Lęku	4	13%
Poczucia zmęczenia, wyczerpania	2	7%
Stanu irytacji, podenerwowania	11	37%
Zaburzenia snu + lęk + stan irytacji, podenerwowania	2	7%
Dolegliwości układu pokarmowego + nerwica	1	3%
Zaburzenia snu + lęk	1	3%
Lęk + irytacji, podenerwowania	2	7%
Dolegliwości układu pokarmowego + lęk	2	7%
Dolegliwości ze strony układu krążenia + zaburzenia snu + lęk + poczucie zmęczenia, wyczerpania	1	3%
Zaburzenia snu + depresja + stan irytacji, podenerwowania	1	3%

Reakcja stresowa jest odpowiedzią na stres. Jej pierwszym celem jest przygotowanie nas, ludzi na zagrożenie. Dlatego z powodu stresu pierwszymi symptomami są objawy ze strony układu somatycznego. Większość osób badanych obserwuje u siebie niewielki poziom stresu występujący pod postacią lekkiego podenerwowania oraz stanu irytacji. Są to wyniki zadowalające i świadczące o tym, że biorący udział w badaniach w większości wg. skali Brewstera pierwszy stopień stresu.

Gdzie szuka Pani/Pan pomocy w przypadku występowania problemów zawodowych związanych ze stresem?

U przełożonego	2	7%
Wśród współpracowników	7	23%
Wśród członków rodziny	6	20%
U specjalisty	1	3%
Nie szukam pomocy	10	34%
U przełożonego + u specjalisty	1	3%
Wśród współpracowników + członków rodziny	2	7%
U przełożonego + wśród członków rodziny	1	3%

Zmiany związane ze stresem mają na ogół charakter odwracalny. Jeżeli natomiast utrzymują się zbyt długo, mogą przekładać się na jakość i bezpieczeństwo funkcjonowania. Dlatego po zaobserwowaniu u siebie pierwszych symptomów reakcji stresowej należy jak

najszybciej starać się wyeliminować czynniki stresogenne. Większość badanych szuka wsparcia wśród swoich bliskich oraz wśród swoich kolegów z pracy.

W jaki sposób radzi sobie Pani/Pan ze stresem?

Poszukuję wsparcia u przełożonych	0	0%
Poszukuję wsparcia u rodziny, znajomych, współpracowników	9	30%
Tłumię emocje i nie okazuję uczuć	10	33%
Zażywam tabletki uspokajające	2	7%
Odreagowuje zażywając alkohol	3	10%
Uprawiam sport	2	7%
Poszukuję wsparcia u przełożonych + poszukuję wsparcia u rodziny, znajomych, współpracowników	2	7%
Poszukuję wsparcia u rodziny, znajomych, współpracowników + odreagowuje zażywając alkohol	1	3%
Poszukuję wsparcia u rodziny, znajomych, współpracowników + uprawiam sport	1	3%

Czy stres w miejscu pracy wpływa niekorzystnie na Pani/Pana życie prywatne?

Tak	4	13%
Nie	11	37%
Czasami	15	50%

Czy zdarzyło się Pani/Panu brać urlop czy korzystać ze zwolnienia lekarskiego z powodu stresu w miejscu pracy?

Tak, często	0	0%
Tak, czasami	2	7%
Tak, ale bardzo rzadko	6	20%
Nie, nigdy	22	73%

Skutki działania stresu możemy obserwować w każdym wymiarze zdrowia człowieka, zarówno w wymiarze fizycznym, psychicznym i społecznym. Badanie wykazało, że 27% korzystała ze zwolnienia lekarskiego, ale były to tylko rzadkie incydenty.

Czy uważa Pani/Pan, że przyczyną takiego stanu może być rodzaj wykonywanej pracy, obciążonej możliwością odebrania sobie życia przez pacjenta?

Tak	11	37%
Nie	6	20%
Nie mam zdania	13	43%

Te odpowiedzi potwierdzają fakt, że jest wśród personelu pracującego w oddziale psychiatrycznym szpitala w Gostyninie – Zalesiu wiedza na temat przyczyn stresu jest niezadowalająca.

Czy uważa Pani/Pan, że ilość personelu współpracująca z Panią/Panem w miejscu pracy jest wystarczająca?

Tak	5	17%
Nie	25	83%

Czy odpoczynek regeneruje Pani/Pana siły, samopoczucie i zwiększa wydajność pracy?

Tak	29	97%
Nie	1	3%

Czy zna Pani/Pan sposoby redukcji napięcia? Jeżeli tak, proszę wymienić te które, Pani/Pan stosuje.

Majchrowska G. uważa, że stresu nie można zmarginalizować, ale można sobie z nim skutecznie radzić. Większość ankietowanych zna techniki relaksacyjne i stosuje je w życiu codziennym. Wśród metod relaksacyjnych respondenci wymieniali: odpoczynek w postaci urlopu, spacer, uprawianie sportu, czytanie książek, rozmowy z przyjacielem, rozmowy z psychologiem, rozmowy z przełożonymi, odpoczynek na świeżym powietrzu, oglądanie telewizji, praca fizyczna, sen. 9 osób nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, zatem należy uznać, że te osoby nie znają oraz nie stosują żadnych metod relaksacyjnych.

Jak często odczuwa Pani/Pan brak zrozumienia przez przełożonych?

Często	6	20%
Czasami	18	60%
Nie odczuwam braku zrozumienia	6	20%

Czy w Pani/Pana miejscu pracy podejmowane są jakieś kroki do walki ze stresem przez przełożonych?

Tak, są organizowane szkolenia	6	20%
Nie podejmuje się takich prób	11	37%
Jest ich zbyt mało	13	43%

Zmniejszenie wystąpienia ryzyka stresu w pracy oraz usuwanie jego negatywnych skutków wymaga zaangażowania zarówno ze strony pracodawcy, pracowników, pracownika BHP, czy specjalistów spoza zakładu pracy. Na przykładzie uzyskanych wyników można

stwierdzić, że pracownicy Szpitala Psychiatrycznego w Gostyninie – Zalesiu oczekują od swoich pracodawców większej ilości szkoleń, aby skutecznie walczyć ze stresem.

Czy korzystała Pani/Pan kiedykolwiek ze szkoleń mających na celu walkę ze stresem?

Tak	8	27%
Nie	16	53%
Bardzo bym chciał/a	6	20%

Aby rozpocząć walkę ze stresem niezbędne jest monitorowanie sytuacji w zakładzie pracy. Jeżeli problem się pojawia, należy rozpoznać przyczyny zjawiska wywołującego stres, oraz zaproponować właściwe rozwiązania tego problemu. Do tego celu służą wszelakiego rodzaju szkolenia, które powinny być cyklicznie przeprowadzane na terenie placówki jaką jest szpital psychiatryczny. Z badań wynika, że badani chętnie korzystaliby z takich form walki ze stresem.

Czy uważa Pani/Pan, że możliwość podjęcia próby samobójczej przez pacjenta jest powodem stresu a co za tym idzie pojawieniem się tzw. wypalenia zawodowego?

Tak, uważam to za jedną z głównych przyczyn	15	50%
Tak, ale podejmuje próbę skutecznej walki ze stresem	5	17%
Nie, uważam że nie jest to przyczyną wypalenia zawodowego	10	33%

DYSKUSJA

Problematyka stresu jest przedmiotem badań, którym od wielu lat zajmują się nie tylko psycholodzy ale także przedstawiciele innych dyscyplin naukowych takich jak socjologia, medycyna czy pedagogika. W niniejszych rozważaniach stres rozumiany jest jako bodziec, który utożsamiany jest z konkretną sytuacją lub wydarzeniem, a dokładnie z podjęciem próby samobójczej przez pacjenta szpitala. Skutkiem tego są silne emocje oraz stan napięcia. Według Selyego stres to stan organizmu pod wpływem działania nieprzyjemnych, trudnych i zbyt wymagających bodźców¹⁰⁷.

Personel oddziałów psychiatrycznych niemalże każdego dnia, w swojej codziennej pracy spotyka się z agresywnymi zachowaniami pacjentów oraz jest narażony na nieprzewidywalne zachowania ze strony pacjentów. Szczególnie obciążające jest ryzyko popełnienia przez pacjenta samobójstwa. Pracownicy odczuwają duży dyskomfort psychiczny związany głównie z leczeniem pacjentów przyjętym wbrew ich woli oraz niejednokrotnie z koniecznością stosowania wobec nich przymusu bezpośredniego. Według doniesień Amerykańskiego Związku Pielęgniarek w 2001 roku około 25% pracowników wymieniało agresję jako poważny problem, a 57% doświadczyło agresji słownej i gróźb skierowanych przeciwko personelowi. Podobne badania prowadziła Anczewska, wg. której personel medyczny szpitali psychiatrycznych, często bywa narażony na agresję, nieprzewidywalne zachowania ze strony pacjentów oraz zagrożenie atakiem ze strony chorego. Wyniki badań przeprowadzone wśród pracowników szpitala psychiatrycznego w Gostyninie – Zalesiu są bardzo podobne, 37% respondentów z agresją słowną i wulgarnymi zachowaniami pacjentów spotyka się każdego dnia, a 60% badanych potwierdziło, że z takimi zachowaniami spotyka się dość często. 80% respondentów potwierdziło, że praca wykonywana przez nich codziennie wiąże się z narażeniem ich zdrowia i życia¹⁰⁸.

¹⁰⁷ Szmagański J., Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych, wyd. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2004, s. 12

¹⁰⁸ Anczewska M., Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, wyd. IPiN, Warszawa 2006

Gruszczyński W. i Tokarska I. podają, że zbyt duża liczba pacjentów znajdujących się pod opieką jednej pielęgniarki, oraz zbyt mała liczba personelu na dyżurze są bardzo obciążające psychicznie. W grupie czynników uznanych za stresogenne i powodujących obciążenie psychiczne ankietowani wskazali na zbyt małą liczbę personelu opiekującego się pacjentami na pełnionym dyżurze. 83% badanych pielęgniarek potwierdziło, że liczba współpracowników pracujących na dyżurze jest niewystarczająca¹⁰⁹.

Gugała uważa, że praca zmianowa, praca w godzinach nocnych, a szczególnie cechy pracy związane z zakłóceniem rytmu pracy są czynnikami bardzo stresogennymi. 33% respondentów podało, że stres zależy w dużej mierze od charakteru pracy, 20% wskazało na zbyt małe zarobki, a 28% uznało, że zarówno charakter pracy jak również zarobki są czynnikami stresogennymi. Ze względu na specyfikę pracy w tej właśnie grupie zawodowej zostaje zaburzony rytm całodobowy, co niesie za sobą ujemne skutki zdrowotne i emocjonalne.

Największym, szczególnie obciążającym czynnikiem stresogennym według badanych jest możliwość podjęcia przez pacjenta próby samobójczej. Badania własne potwierdziły te przypuszczenia, gdyż 97% ankietowanych odpowiedziało twierdząco na to pytanie, a 70% badanych było świadkiem podjęcia próby samobójczej przez pacjenta. Pytanie 11 dotyczyło udaremnienia próby samobójczej i 73% respondentów odpowiedziało, że było świadkiem udaremnienia takiego zdarzenia. Próba samobójcza staje się także przyczyną strachu przed przyjściem do pracy. Potwierdziło to 77% badanych.

Kolejnym elementem podlegającym ocenie było występowanie w badanej grupie zaburzeń i schorzeń wynikających z działania stresu. Dość często występującymi dolegliwościami związanymi ze stresem są poczucie stanu irytacji i podenerwowania – problem ten dotyczył 37% badanych, 13% towarzyszy lęk, 7% potwierdziło poczucie zmęczenia i wyczerpania oraz 7% miało problemy ze snem. Wyniki te można uznać za zadowalające, gdyż świadczą one o tym, że personel szpitala psychiatrycznego w Gostyninie – Zalesiu nie wykazuje cech stresu chronicznego, a zdecydowana większość wg. Brewstera B. znajduje się w pierwszej grupie działania stresu, gdyż przeważają tu stan podenerwowania i irytacji oraz niewielki odsetek leku czy dolegliwości somatycznych¹¹⁰.

Pytanie 16, 17 oraz 18 służyło sprawdzeniu w jaki sposób personel radzi sobie ze stresem, oraz czy stres wpływa niekorzystnie na życie prywatne pielęgniarek jak również czy korzystają ze zwolnień lekarskich z powodu trudności w pracy. Wyniki

¹⁰⁹ Gruszczyński W., Tokarska I., Zaburzenia nerwicowe u pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych, tom 18, nr. 4 (2010)

¹¹⁰ Gretkowski A. „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek” wyd. „Marow”, Płock 2016

badan świadczą o wyraźnej tendencji do tłumienia negatywnych emocji i nieokazywanie uczuć co może przekładać się na występowanie lęków lub powodować rozwój depresji wśród personelu. 33% badanych odpowiedziało, że tłumia emocje i nie okazuje swoich uczuć. Pozostałe osoby poszukują wsparcia wśród rodziny, znajomych, współpracowników oraz przełożonych. Dobre wyniki otrzymano w pytaniu 17, gdyż tylko 13% osób potwierdziło, że stres wpływa niekorzystnie na ich życie prywatne, co świadczy o tym, że tylko ta grupa badanych nie potrafi rozdzielić życia prywatnego od zawodowego i jest to grupa najbardziej narażona na skutki uboczne stresu. Również ze zwolnienia lekarskiego z powodu stresu w miejscu pracy korzystała niewielka grupa osób bo tylko 20% potwierdziło ten fakt, choć uznało, że ze zwolnienia lekarskiego korzystali bardzo rzadko.

Ocenie poddano także sposób w jaki pielęgniarki odreagowują stres występujący w pracy, w jaki sposób się relaksują oraz chcą się wyciszyć. Jak podaje Gretkowski A. stresu nie można zmarginalizować, ale można z nim skutecznie walczyć i nauczyć się radzenia sobie z nim. Wyniki badań są zadowalające w kwestii metod radzenia sobie ze stresem przez personel medyczny. Respondenci potwierdzili, że odpoczynek regeneruje siły, poprawia samopoczucie oraz zwiększa wydajność pracy. Wyniki badań potwierdzają, że personel szpitala psychiatrycznego zna sposoby redukcji napięcia, jest w stanie je wymienić oraz często stosuje techniki relaksacyjne takie jak: odpoczynek w postaci urlopu, spacer, uprawianie sportu, czytanie książek, rozmowy z przyjacielem, rozmowy z psychologiem, rozmowy z przełożonymi, odpoczynek na świeżym powietrzu, oglądanie telewizji, praca fizyczna, sen. 9 osób nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie, zatem należy uznać, że te osoby nie znają oraz nie stosują żadnych metod relaksacyjnych¹¹¹.

Pytanie 24 i 25 obrazowało sytuację dotyczącą technik zapobiegania stresowi zawodowemu, oraz poznaniu opinii pracowników na temat technik walki ze stresem stosowanymi w ich zakładzie pracy. Bardzo pomocne byłoby upowszechnienie szkoleń z zakresu radzenia sobie ze stresem, nauki pozytywnego myślenia wsparcia ze strony pracodawcy itp. Autorzy koncepcji prewencyjnego zarządzania stresem (Quick, Nelson i Hurrell, 1997) uznają prewencję jako najprostszą drogę do dobrej organizacji pracy, poprawy warunków pracy, poprawy samopoczucia pracowników, skutecznej walki ze stresem oraz prawidłowego funkcjonowania firmy. Wyniki badań są niezadowalające, gdyż 80% badanych nie korzystało w ogóle z żadnych szkoleń lub korzystało bardzo rzadko. Ankietowani chcieliby uczestniczyć w takiego rodzaju zajęciach prewencyjnych, jednak w ich zakładzie pracy takich szkoleń jest zbyt mało.

¹¹¹ Gretkowski A. „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek” wyd. „Marow”, Płock 2016

Praca w trudnych warunkach, obciążona możliwością popełnienia przez pacjenta próby samobójczej, praca w ciągłej gotowości oraz dużym napięciu psychicznym niewątpliwie wpływa na zmniejszenie wydajności i efektywności pracy. Praca wówczas nie daje satysfakcji, ale jest przykrym obowiązkiem, ponadto dochodzi do obniżenia progu tolerancji na trudne sytuacje i zdarzenia. Najprostszą i najtańszą formą walki ze stresem i wypaleniem zawodowym mogą być szkolenia wewnątrzszpitalne podczas których, personel powinien wyćwiczyć umiejętność rozpoznawania przyczyn stresu oraz techniki walki z jego ubocznymi skutkami, nauczyć się dystansowania do trudnych sytuacji, nauczyć się asertywności, a także prowadzenia właściwego stylu życia.

WNIOSKI

1. Personel oddziału psychiatrycznego jest narażony na destrukcyjny wpływ stresu ze względu na pracę zmianową, pracę w godzinach nocnych, a próba samobójcza bądź jej udaremnienie jest czynnikiem najbardziej stresogennym.
2. Stres towarzyszący pielęgniarcom podczas wykonywania swoich codziennych obowiązków, ma niekorzystny wpływ na ich zdrowie, a przejawia się dolegliwościami ze strony układu nerwowego i wegetatywnego.
3. Choć personel szpitali psychiatrycznych zna techniki walki ze stresem, stosuje właściwe techniki relaksacyjne oraz korzysta z wypoczynku, to powinien mieć zapewniony dostęp do profesjonalnego wsparcia, zwłaszcza w przypadku samobójstwa pacjenta.
4. Przedstawiciele zawodów medycznych są świadomi występowania zjawiska wypalenia zawodowego a mimo to nie przeciwdziałają temu procesowi.

STRESZCZENIE

Słowo stres oznacza presja, napór, ciężar. Hans Selye rozumie stres jako nieswoistą reakcję organizmu na pewne stawiane żądania oraz przystosowanie się organizmu do nowych warunków. To czy stres będzie wpływał na pracownika w sposób pozytywny czy negatywny zależy w głównej mierze od jego fizycznych, intelektualnych i emocjonalnych możliwości radzenia sobie ze stresem w danej sytuacji, a także zależy od stawianych pracownikowi wymagań. Zjawisko stresu dotyka głównie osoby zatrudnione w zawodach, które wymagają bliskiego oraz emocjonalnego kontaktu z drugim człowiekiem. Taki zawodem jest właśnie pielęgniarstwo. Celem pracy było zbadanie czy możliwość popełnienia przez pacjenta próby samobójczej jest czynnikiem stresogennym i jak silnym jest czynnikiem. W wyniku analizy okazało się, że jest to jeden z najbardziej destrukcyjnych i najmocniej oddziałujących na układ somatyczny i wegetatywny czynnik stresogenny.

Słowa kluczowe: stres, próba samobójcza, techniki relaksacyjne, opieka pielęgniarska

SUMMAR OF WORK

The word stress is pressure, pressure, weight. Hans Selye understands stress as a non-specific reaction of the body to certain demands and adaptation of the organism to new conditions. Whether stress will affect a worker positively or negatively depends largely on his or her physical, intellectual and emotional coping skills, and depends on the employee's needs. The phenomenon of stress mainly affects occupational workers who require close and emotional contact with another person. Such a profession is nursing. The purpose of the study was to investigate whether the possibility of a suicide attempt by a patient is a stress factor and how strong a factor is. As a result of the analysis, it turned out to be one of the most destructive and most strongly affecting somatic system and vegetative stress factor.

Key words: stress, suicide attempt, relaxation techniques, nursing care

BIBLIOGRAFIA

1. Anczewska M., Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej, wyd. IPiN, Warszawa 2006
2. Babbie E., Podstawy badań społecznych, wyd. PWN, Warszawa 2008
3. Bańka A., Czynniki „wypalenia się” zawodowego u pracowników zajmujących się pomaganiem ludziom. Podręcznik pomocy psychologicznej, wyd. Print-B, Poznań 1992
4. Basińska M., Czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarki, [w], Forum Psychologiczne, Tom 3, nr 2, 1998
5. Bilikiewicz A., Strzyżewski W., Psychiatria, wyd. PZWL, Warszawa 1992
6. Bilikiewicz A., Zarys metod leczenia w psychiatrii, wyd. PZWL, Warszawa 1987
7. Gmitrowicz A., Lewandowska A., Zespół wypalenia wśród terapeutów, a zachowania suicydalne pacjentów, Suicydologia Tom II, wyd. Polskie Towarzystwo Suicydologiczne, Warszawa 2006
8. Gólcz M., Stres w pracy. Poradnik dla pracodawcy, wyd. PIP, Warszawa 2014
9. Górna K., Jaracz K., Rybakowski J., „Pielęgniarstwo Psychiatryczne”, wyd. PZWL, Warszawa 2012
10. Gretkowski A., „Stres i wypalenie zawodowe pielęgniarek” Wyd. „Marow”, Płock 2016
11. Gruszczyński W., Tokarska I., Zaburzenia nerwicowe u pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych, tom 18, nr. 4 (2010)
12. Heitzman J., Psychoedukacja w praktyce lekarza psychiatry, wyd. Termedia, Poznań 2010
13. Kościacz A., Nowak R., Psychiatria kliniczna i pielęgniarstwo psychiatryczne, PZWL, Warszawa 1988
14. Kózka M., Płaszewska – Żywko L., „Diagnozy i interwencje pielęgniarskie”, wyd. PZWL, Warszawa 2008
15. Krupka-Matuszczyk I., Matuszczyk M., Psychiatria, Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa, wyd. Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice 2007
16. Krzyżowski J., Miller L., Wand T., Stany nagłe w psychiatrii, wyd. Medyk, Warszawa 2008
17. Lenartowicz H., Kózka M., Metodologia badań w pielęgniarstwie, wyd. PZWL, Warszawa 2010
18. Lesińska-Sawicka M., Metoda Case Study w Pielęgniarstwie. Wprowadzenie do zagadnienia, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2009
19. Litzke S.M., Schuh H.: Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007
20. Łobocki M., Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych, wyd. IMPULS Kraków, 2007

21. Majchrowska G, Tomkiewicz K. „Stres i wypalenie zawodowe w zawodzie pielęgniarki” Pielęgniarstwo Polskie nr.3 (57) 2015
22. Mercz D., Jak zwiększyć swój potencjał, by lepiej radzić sobie ze stresem, wyd. Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2005
23. Namysłowska I., Kontakt terapeutyczny z osobą chorą na schizofrenię [w] Postępy psychiatrii i neurologii tom 15 zeszyt 3
24. Orlak K., Stres w pracy oraz jego wpływ na występowanie wypadków przy pracy i stan zdrowia osób pracujących, wyd. Stowarzyszenie Zdrowa Praca, Warszawa 2014
25. Problemu pielęgniarstwa, Tom 18, zeszyt 4, wyd. Via Medica, Warszawa 2010
26. Psychiatria, zeszyt 8, wyd. PTL, Warszawa 2001
27. Rosa K, Mercz D., Międzynarodowy program badań nad zachowaniami samobójczymi – supre-miss, wyd. PTS, Suicydologia Tom I, Warszawa 2005
28. Scully J.H., Psychiatria, wyd. Urban&Partner, Wrocław 1998
29. Sęk H., Zespół wypalenia zawodowego. Wprowadzenie teoretyczne
30. Shepherd G., Rehabilitacja w psychiatrii, wyd. Towarzystwo Amici di Tworki, Pruszków 1999
31. Siek S. „Treningi relaksacyjne”, wyd. ATK, Warszawa 1990
32. Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I., Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy, Pielęgniarstwo XXI w., nr 1(46)/2014
33. Słowik S., Biologiczne podstawy psychiatrii, wyd. PZWL, Warszawa 1979
34. Stodolak A., Metodologia badań w pielęgniarstwie, wyd. Wyższa Szkoła Medyczna w Legnicy, Legnica 2011
35. Stukan J., Diagnoza Ryzyka Samobójstw, wyd. Prometeusz, Opole 2008
36. Stychnoc E., Kulczycka K., Badania jakościowe w pielęgniarstwie, Pielęgniarstwo XXI w., nr 3–4(32–33)/2010
37. Szmagański J., Stres i wypalenie zawodowe pracowników socjalnych, wyd. Instytut Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 2004
38. Sztumski J., Wstęp do metod i technik badań społecznych, wyd. Śląsk, Katowice 2010
39. Tokarska I., Gruszczyński W., Tsigotis K., Zaburzenia nerwicowe u pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych, Problemy pielęgniarstwa 2010, tom 18, zeszyt 4
40. Uszyński M., Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne, wyd. MedPharm, Wrocław 2009
41. Waszkowska M., Potocka A., Wojtaszczyk P., Miejsce pracy na miarę oczekiwań, wyd. Instytut Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera, Łódź 2010
42. Wołynka S., Pielęgniarstwo ogólne, wyd. PZWL, Warszawa 1993
43. Woynarowska B., Edukacja zdrowotna — podręcznik akademicki, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2008
44. Zabłocki K., Woźniak W., Człowiek ze swoimi problemami społecznymi, wyd. WSGK Kutno, Kutno 2014

ANEKS

ANKIETA

Nazywam się Paweł Woźniak, jestem studentem drugiego roku studiów magisterskich na kierunku Pielęgniarstwo, w Wyższej Szkole Gospodarki Krajowej w Kutnie. Piszę pracę magisterską na temat: „Próba samobójcza pacjenta psychiatrycznego jako czynnik wywołujący stres wśród personelu pielęgniarskiego”.

Proszę Panią/ Pana o rzetelne i szczere wypełnienie poniższej ankiety. Wyniki uzyskane z ankiety, pomogą mi w sformułowaniu rzetelnych wniosków dotyczących powyższego tematu. Wszystkie dane pozostaną anonimowe i posłużą mi wyłącznie jako pomoc w napisaniu pracy.

Ankieta zawiera 26 pytań, jest dowolna i anonimowa. Odpowiada Pani /Pan na pytania zaznaczając wybraną odpowiedź kółeczkiem bądź ją zakreślając . Odpowiedzi mogą być wielokrotne. Kilka pytań wymaga wpisania odpowiedzi w wolne miejsce.

Jestem bardzo wdzięczny za rzetelne wypełnienie ankiety i bardzo dziękuję za jej wypełnienie.

1. Proszę o podanie wieku i płci

.....

2. Proszę o podanie stażu pracy w oddziale psychiatrycznym

.....

3. Jak często spotyka się Pani/Pan z agresywnymi czy wulgarnymi zachowaniami pacjentów podczas pracy?

- a. Każdego dnia
- b. Dość często
- c. Sporadycznie
- d. Nigdy

- 4. Czy praca Pani/Pana wiąże się z narażeniem twojego zdrowia bądź życia?**
 - a. Tak
 - b. Nie
 - c. Czasami

- 5. Czy po powrocie do domu myśli Pani/Pan o tym co działo się w pracy?**
 - a. Tak, często
 - b. Tak, ale rzadko
 - c. Nie

- 6. Czy odczuwa Pani/Pan stres w pracy?**
 - a. Tak
 - b. Nie

- 7. Jak często odczuwa Pani/Pan stres w pracy?**
 - a. Kilka razy w tygodniu
 - b. Kilka razy w miesiącu
 - c. Rzadko
 - d. Nigdy

- 8. Co jest głównym źródłem stresu w Pani/Pana pracy?**
 - a. Charakter pracy
 - b. Współpracownicy
 - c. Zarobki
 - d. Przełożeni

- 9. Czy możliwość podjęcia przez pacjenta próby samobójczej jest dla Pani/Pana źródłem stresu?**
 - a. Tak
 - b. Nie

- 10. Czy kiedykolwiek na dyżurze była Pani/Pan świadkiem podjęcia próby samobójczej przez pacjenta?**
 - a. Tak
 - b. Nie
 - c. Nie, ale próba podjęta była na innej zmianie

- 11. Czy była Pani/Pan świadkiem udaremnienia próby samobójczej w miejscu pracy?**
 - a. Tak
 - b. Nie
 - c. Nie, ale próba podjęta była na innej zmianie

- 12. Czy próba samobójcza była podjęta przez pacjenta na dyżurze nocnym czy dziennym?**
 - a. Nocnym
 - b. Dziennym

- 13. Czy podjęcie próby samobójczej przez pacjenta stało się przyczyną strachu przed przyjściem do pracy?**
 - a. Tak
 - b. Nie

- 14. Czy sytuacja powyższa stała się przyczyną:**
 - a. Dolegliwości ze strony układu krążenia
 - b. Dolegliwości układu pokarmowego
 - c. Zaburzeń snu
 - d. Depresji
 - e. Nerwicy
 - f. Lęku
 - g. Poczucia zmęczenia, wyczerpania
 - h. Stanu irytacji, podenerwowania

- 15. Gdzie szuka Pani/Pan pomocy w przypadku występowania problemów zawodowych związanych ze stresem?**
 - a. U przełożonego
 - b. Wśród współpracowników
 - c. Wśród członków rodziny
 - d. U specjalisty
 - e. Nie szukam pomocy

- 16. W jaki sposób radzi sobie Pani/Pan ze stresem?**
 - a. Poszukuję wsparcia u przełożonych
 - b. Poszukuje wsparcia u rodziny, znajomych, współpracowników

- c. Tłumię emocje i nie okazuję uczuć
 - d. Zażywam tabletki uspokajające
 - e. Odreagowuję zażywając alkohol
 - f. Uprawiam sport
- 17. Czy stres w miejscu pracy wpływa niekorzystnie na Pani/Pana życie prywatne?**
- a. Tak
 - b. Nie
 - c. Czasami
- 18. Czy zdarzyło się Pani/Panu brać urlop czy korzystać ze zwolnienia lekarskiego z powodu stresu w miejscu pracy?**
- a. Tak, często
 - b. Tak, czasami
 - c. Tak, ale bardzo rzadko
 - d. Nie, nigdy
- 19. Czy uważa Pani/Pan, że przyczyną takiego stanu może być rodzaj wykonywanej pracy, obciążonej możliwością odebrania sobie życia przez pacjenta?**
- a. Tak
 - b. Nie
 - c. Nie mam zdania
- 20. Czy uważa Pani/Pan, że ilość personelu współpracująca z Panią/Panem w miejscu pracy jest wystarczająca?**
- a. Tak
 - b. Nie
- 21. Czy odpoczynek regeneruje Pani/Pana siły, samopoczucie i zwiększa wydajność pracy?**
- a. Tak
 - b. Nie
- 22. Czy zna Pani/Pan sposoby redukcji napięcia? Jeżeli tak, proszę wymienić te które, Pani/Pan stosuje.**

.....

23. Jak często odczuwa Pani/Pan brak zrozumienia przez przełożonych?

- a. Często
- b. Czasami
- c. Nie odczuwam braku zrozumienia

24. Czy w Pani/Pana miejscu pracy podejmowane są jakieś kroki do walki ze stresem przez przełożonych?

- a. Tak, są organizowane szkolenia
- b. Nie podejmuje się takich prób
- c. Jest ich zbyt mało

25. Czy korzystała Pani/Pan kiedykolwiek ze szkoleń mających na celu walkę ze stresem?

- a. Tak
- b. Nie
- c. Bardzo bym chciał/a

26. Czy uważa Pani/Pan, że możliwość podjęcia próby samobójczej przez pacjenta jest powodem stresu a co za tym idzie pojawieniem się tzw. wypalenia zawodowego?

- a. Tak, uważam to za jedną z głównych przyczyn
- b. Tak, ale podejmuję próbę skutecznej walki ze stresem
- c. Nie, uważam że nie jest to przyczyną wypalenia zawodowego

