

Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek wybranych oddziałów szpitalnych

Difficult situations in the work of nurses in selected hospital wards

Marek Motyka, Jakub Lickiewicz

Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu, UJ CM Kraków

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Marek Motyka

Zakład Psychologii Zdrowia

Wydział Nauk o Zdrowiu UJ CM

ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków

e-mail: marek.motyka@uj.edu.pl

tel. 12 430 32 05

STRESZCZENIE

Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek wybranych oddziałów szpitalnych

Stres i sytuacje trudne są nieodłączną częścią pracy personelu pielęgniarskiego. Celem pracy stało się zatem określenie głównych źródeł stresu, jaki pojawia się u pielęgniarek i sprawdzenie, czy różnią się one w zależności od oddziału, na którym są zatrudnione. Badaniami objęto personel pracujący na oddziałach internistycznych, psychiatrycznych oraz neurochirurgii. Jako metodę badawczą zastosowano wywiad oraz metodę projekcyjną mającą ujawnić emocje związane z kontaktem z pacjentem. W wyniku badań udało się wykazać różnice w rodzaju sytuacji trudnych, z jakim stykają się pielęgniarki w swojej pracy zawodowej na różnych oddziałach oraz różnice w odczuwanych przez nie emocjach w reakcji na różne sytuacje związane z kontaktem z pacjentem i jego rodziną.

Słowa kluczowe: sytuacje trudne, pielęgniarstwo, komunikowanie się

ABSTRACT

Difficult situations in the work of nurses in selected hospital wards

Stress and difficult situations are an integral part of nursing work. The aim of this study was therefore to identify the main sources of stress that occurs in nursing and to verify if they are different depending on the department in which nurses are employed. The research included staff working in internal medicine, psychiatric and neurological surgery wards. A projective technique and interview were used as the research methods. The research showed differences in the types of difficult situations, which nurses faced in their work performed in different wards and differences in feeling emotions in various situations due to relations to patients and their families.

Key words: difficult situations, nursing, communication

WPROWADZENIE

Problematyka badań nad stresem i sposobów radzenia sobie z nim, stanowi jedno z najważniejszych zagadnień współczesnej psychologii zdrowia. Stres odgrywa istotną rolę w powstawaniu dyskomfortu psychicznego, zaburzeń psychosomatycznych, zaburzeń zachowania, trudności w przystosowaniu społecznym, a także w pojawianiu się zachowań szkodliwych dla zdrowia, między innymi uzależnień [1]. Największe zagrożenie występuje wtedy, gdy ma on charakter chroniczny lub bardzo intensywny, a jednostka pozbawiona jest zasobów pozwalających na skuteczną konfrontację z trudną sytuacją. Stres bywa definiowany różnorodnie, lecz z psychologicznego punktu widzenia, za Lazarusem i Folkman przyjmuje się, że jest to taka relacja pomiędzy jednostką a otoczeniem, w której trudność zadania zgodnie z oceną jednostki, przekracza posiadane przez nią zasoby i możliwości ich wykorzystania [2, 3].

Zjawiskiem ściśle powiązaniem ze stresem jest sytuacja trudna. Jedną z pierwszych jej definicji zaproponował Tomaszewski [4]. Według niego sytuacja trudna pojawia się gdy następuje zakłócenie wewnętrznej równowagi charakteryzującej sytuację normalną, a tym samym dochodzi do zakłócenia przebiegu podstawowej aktywności człowieka, utrudniając bądź uniemożliwiając realizację stojącego przed nim zadania. Warte podkreślenia jest to, iż zarówno ocena sytuacji, jak też ocena posiadanych zasobów, mają charakter podmiotowy, a to oznacza, iż główną rolę w stresie psychicznym odgrywa subiektywna percepcja sytuacji, a nie obiektywny stan rzeczy.

Do tej właściwości sytuacji trudnej nawiązuje podział sytuacji trudnych zaproponowany przez Rudniańskiego [5], który wyróżnia sytuacje:

- pozorne, czyli nie istniejące w rzeczywistości, lecz jedynie w świadomości jednostki;

- niepełnej świadomości, kiedy człowiek odczuwa istnienie trudności o charakterze psychicznym, jednak nie jest jej w stanie dokładnie określić. Sytuacja taka powoduje najczęściej uruchamianie mechanizmu zaprzeczania i rezygnację z prób rozwiązania, co potęguje problem;
- indukowane, gdy sytuacja trudna powstaje w wyniku wywierania na jednostkę presji społecznej, zakazów lub nakazów na skutek czego czuje się zmuszona do podjęcia działań niezgodnych z jej poglądami i wartościami.

Do skutków sytuacji trudnych należy przede wszystkim napięcie emocjonalne, utożsamiane często ze stresem psychicznym. Pojawia się ono nieraz jeszcze przed wystąpieniem sytuacji trudnej i utrzymuje w trakcie jej trwania, a często trwa nadal także po jej zakończeniu [6]. Do zmian w zachowaniu i aktywności jednostki, pojawiających się podczas stresu, należą między innymi takie reakcje jak:

- agresja będąca zwykle następstwem frustracji [7];
- fiksacja obejmująca zachowania, które pod wpływem frustracji tracą swą elastyczność i adaptacyjność, ograniczając zdolność dostosowania się do zmian sytuacji;
- regresja polegająca na pojawieniu się stosunkowo prymitywnych form zachowania występujących u jednostki we wcześniejszych fazach rozwojowych. Może przejawiać się zarówno w sferze intelektualnej, emocjonalnej, jak i społecznej.

Do innych reakcji na sytuacje trudne można zaliczyć aktywizację mechanizmów obronnych, a wśród nich wyparcie, projekcję, racjonalizację i zaprzeczanie [8], jak również uruchomienie tzw. reakcji adaptacyjnych [9].

Sytuacje trudne i związany z nimi stres o dużym nasileniu prowadzi zwykle do wielu negatywnych następstw. Warto jednak pamiętać, że sytuacje trudne, z którymi styka się człowiek, mogą go nie tylko osłabiać, lecz mogą go również rozwijać. Stres, jako mechanizm biologiczny, w istocie ma charakter adaptacyjny. Jednak specyfika wielu psychospołecznych stresorów, ich intensywność oraz długotrwały czas działania, powodują, że zwykle przeważają jego negatywne skutki. Jest tak bardzo często w pracy personelu pielęgniarskiego.

Zawód pielęgniarski jest nieodłącznie powiązany ze stresem, łącząc się z dużą odpowiedzialnością za wykonywane czynności i bezpośrednią konfrontacją z trudnymi problemami emocjonalnymi pacjentów i ich rodzin. Beisert [10] wyróżnia kilka kategorii uciążliwych cech tego zawodu. Są to:

- wymagania dotyczące specyfiki zawodu, obejmujące zmianowość, pracę w godzinach nocnych, nieregularny tryb życia, kontakt z wydzielinami oraz bliski kontakt fizyczny z chorym, niosący za sobą ryzyko zarażenia. Są to czynniki, których nie można wyeliminować z pracy pielęgniarek;
- obciążenia psychiczne, związane z odpowiedzialnością za podawanie leków i udział w zabiegach, a także koniecznością dużej czujności i kontroli w sytuacji stałego kontaktu z traumatycznymi zdarzeniami;
- status zawodowy związany z brakiem właściwego uznania ze strony opinii publicznej;
- zła współpraca w zespole leczącym, obejmująca trudności w relacjach z innymi członkami personelu leczącego, obsługą techniczną, administracją, a także personelem pomocniczym;

- zła współpraca z chorym i jego rodziną, która wynika z specyficznych cech osobowościowych pacjentów, instrumentalnego traktowania czy też braku szacunku;
- niskie zarobki, rozumiane wielorako: jako niewspółmierne do wymagań zawodu, niższe niż w innych grupach zawodowych oraz mogące prowadzić do trudności ekonomicznych;
- złe warunki leczenia dotyczące braku podstawowych instrumentów bezpośredniego działania (leki, aparatura, sprzęt), jak i bardziej ogólne (złe warunki lokalowe, bariery architektoniczne), aż po rozwiązania systemowe, takie jak przestarzałe przepisy czy zła organizacja opieki medycznej.

Z kolei Motyka [11], w swoich badaniach dotyczących personelu oddziałów internistycznych, wskazuje na dwa główne źródła stresu:

- sytuacje związane z kontaktem interpersonalnym (zwłaszcza z pacjentem umierającym, źle rokującym lub agresywnym oraz z członkami rodziny pacjenta krytykujących lub lekceważących wysiłek realizowanej opieki);
- sytuacje związane z nagłą koniecznością podejmowania szybkich decyzji i działań instrumentalnych o dużym stopniu ryzyka i odpowiedzialności (jak ma to miejsce w sytuacjach, gdy zagrożone jest bezpośrednio życie pacjenta).

W obliczu tego typu sytuacji pojawiają się emocje złości, strachu bądź poczucie bezsilności, krzywdy albo niesprawiedliwości. Mogą one utrudniać sprawne działanie, a także mogą być przyczyną unikania kontaktu z pacjentem znajdującym się w trudnej sytuacji.

Praca pielęgniarek na różnych oddziałach szpitalnych różni się w zależności od schorzeń hospitalizowanych tam osób, ich wieku oraz wynikających stąd działań typowych dla omawianego zawodu.

Pielęgniarka w oddziale internistycznym styka się głównie z pacjentem w wieku średnim oraz starszym, ze schorzeniami o zwykle przewlekłym i postępującym charakterze. Pobyt chorego na oddziale jest długi i może obejmować nawet kilkanaście tygodni. Pielęgniarki na co dzień stykają się z bólem, kalectwem cierpieniem i śmiercią. Chęć niesienia pomocy z jednej strony, a poczucie bezsilności i niemocy z drugiej, mogą być poważnym źródłem wewnętrznego napięcia. Problemem mogą być także zadania fizyczne, takie jak wykonywanie pracy w ruchu albo w pozycji pochylonej, jak to ma miejsce w sytuacji przenoszenia lub podnoszenia chorych [12].

Z podobnymi problemami, dotyczącymi wysiłku fizycznego, stykają się także pielęgniarki pracujące w oddziałach neurochirurgicznych. Chorzy przebywający w tego typu placówkach są często nieprzytomni, w ciężkim stanie zdrowia, potrzebujący pełnej opieki pielęgniarskiej. Praca z nimi wymaga stałej czujności, wiedzy, umiejętności podejmowania szybkich decyzji oraz działań instrumentalnych o dużym stopniu odpowiedzialności i ryzyka. Szczególną uwagę należy poświęcać chorym z zaburzeniami świadomości, wysokim poziomem lęku, niepokojem ruchowym, w tym także zespołem splątania. Pacjenci z urazami mózgu mogą stanowić zagrożenie dla siebie i innych chorych, w związku z czym mogą wymagać niekiedy nawet unieruchomienia [13]. U chorych tych może zmieniać się

poziom ich krytycyzmu, co stanowi dodatkowy czynnik utrudniający współpracę z zespołem leczącym. Należy także pamiętać, że następstwem wielu chorób neurologicznych jest gwałtowna, często trwała, zmiana sytuacji zdrowotnej i psychospołecznej chorego w skutek doznanej niepełnosprawności, takiej jak np. afazja czy niedowład. Prowadzi to do obniżenia ogólnej sprawności życiowej i znacząco utrudnia funkcjonowanie w środowisku. Tego typu sytuacja trudna narusza poważnie równowagę emocjonalną chorego i może znacznie obniżyć jego poczucie własnej wartości. Dlatego też jednym z podstawowych zadań pielęgniarki jest z jednej strony pomoc pacjentowi w akceptacji swego stanu, a z drugiej mobilizacja do aktywności i podejmowania działań mogących umożliwić odzyskanie możliwie optymalnej sprawności fizycznej, psychicznej oraz zawodowej [14].

Istnieje także grupa chorych, których mimo intensywnego leczenia nie udaje się uratować. Kontakt ze śmiercią, często ludzi młodych oraz stykanie się z poważnymi problemami pacjentów, powodują, że praca pielęgniarek w oddziale neurochirurgicznym jest bardzo obciążająca zarówno pod względem fizycznym, jak i psychicznym.

Jeszcze inna specyfika pracy towarzyszy pielęgniarkom zatrudnionym w oddziale psychiatrycznym. Mają one do czynienia z pacjentem trudnym, często bezdomnym, alkoholikiem, chorym z zaburzeniami osobowości i zachowania lub chorym znajdującym się w psychozie, mogącym otwarcie przejawiać silny lęk, głębokie przygnębienie lub agresję. Ludzie w oddziałach psychiatrycznych są często izolowani od społeczeństwa. W wielu przypadkach nie akceptują swojego pobytu w szpitalu, nie mają poczucia choroby, a ich problemy wykraczają poza dziedzinę ściśle medyczne, obejmując kwestie ekonomiczne, społeczne i psychologiczne. Pielęgniarka psychiatryczna ma decydujący wpływ na atmosferę panującą na oddziale [15]. Istotnym elementem tej roli jest swoista, wtórna socjalizacja pacjenta, dokonująca się przez włączenie go do uczestniczenia w zajęciach grupowych na terenie oddziału i to nawet w czasie codziennych czynności. Jest to ważny element roli zawodowej, który nie pojawiał się w dwóch poprzednio omówionych przypadkach. Pielęgniarstwo psychiatryczne akcentuje mocno humanistyczny stosunek do drugiego człowieka, uczy szacunku, poszanowania godności oraz akceptacji odmienności.

W każdym oddziale występują nieco inne rodzaje sytuacji trudnych, a jednocześnie należy pamiętać o wymienionych wcześniej, wspólnych dla pielęgniarek trudnościach, z jakimi muszą się borykać przedstawiciele tego zawodu.

CEL PRACY

Celem pracy stało się określenie głównych źródeł stresu, jaki pojawia się u pielęgniarek oraz sprawdzenie, czy różnią się one w zależności od oddziału, na którym pielęgniarki są zatrudnione.

MATERIAŁ I METODYKA¹

Badania przeprowadzono w trzech oddziałach krakowskich szpitali, obejmując nimi 103 pielęgniarki. 32 pracowały w oddziałach internistycznych, 40 w oddziałach

psychiatrycznych oraz 31 na neurochirurgii i neurotraumatologii. Wiek badanych wahał się od 21 do 50 lat. Średni staż pracy pielęgniarek z oddziałów internistycznych wynosił 9 lat, z oddziałów psychiatrycznych 6 lat, a z neurochirurgii 8 lat. Wszystkie badane osoby wyraziły świadomą zgodę na udział w badaniach, a na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę ich przełożonych.

Jako metodę badań zastosowano standaryzowany wywiad, w którym zawarto pytania dotyczące szczególnie obciążających sytuacji trudnych występujących w pracy pielęgniarek, emocji towarzyszących tego typu zdarzeniom oraz sposobów radzenia sobie ze stresem zawodowym. Kolejną metodą była technika projekcyjna. Badanym przedstawiano zdjęcie, które przedstawiało pielęgniarkę. Informowano, iż osoba na zdjęciu znajduje się w sytuacji trudnej i proszono o opowiedzenie historii, jak do tej sytuacji doszło, jak się zakończyła oraz jakie emocje i myśli towarzyszą bohaterce zdjęcia. Metoda ta nawiązywała do Testu Apercepcji Tematycznej Murraya [16] i miała na celu uzupełnienie uzyskanych w wywiadzie informacji o dodatkowe informacje dotyczące postaw i uczuć.

W statystycznym opracowaniu wyników posłużono się oprogramowaniem SPSS w wersji 14.0.

WYNIKI BADAŃ

Dane uzyskane z wywiadu wskazują na znaczące różnice w zgłaszanych przez badane sytuacjach trudnych, w zależności od oddziału na którym pracują. Zestawienie liczbowe najbardziej trudnych sytuacji zgłaszanych przez pielęgniarki zatrudnione w oddziałach internistycznych zawiera tabela 1.

■ Tab. 1. Sytuacje trudne w opiniach pielęgniarek pracujących w oddziale internistycznym

Zgłaszane trudności	Procent odpowiedzi
Chory cierpiący, śmierć pacjenta	28,1
Udział w akcji reanimacyjnej	18,8
Chory agresywny lub pobudzony	12,5
Oskarżenie o złe wykonywanie obowiązków	9,4
Konieczność szybkiej interwencji medycznej	9,4
Inne	21,8

Na oddziale internistycznym za najcięższą uznano sytuację kontaktu z pacjentem ciężko chorym oraz zgon podopiecznego, szczególnie osoby młodej. Okazało się, że pielęgniarki z tych oddziałów mają znaczne trudności w porozumiewaniu się z ludźmi, którzy mają niekorzystne rokowanie lekarskie. Nie wiedzą, jak z nimi rozmawiać na temat śmierci i jak zachowywać się w czasie takich kontaktów. Udział w akcji reanimacyjnej łączy się z poprzednim elementem, gdyż dotyczy zabiegu ratowania życia, niemniej jednak dotyczy odpowiedzialności za swą sprawność instrumentalną, a nie psychologiczną. Innym zgłaszanym

¹ Badania prowadzone pod kierunkiem pierwszego autora wykonały studentki: Aneta Wrzesień, Beata Abramczyk i Irena Pacholacz w ramach prac magisterskich (niepubl.) przygotowanych w Zakładzie Psychologii Zdrowia UJ CM. Badania nie miały charakteru inwazyjnego i były prowadzone wg. zasad etyki i dobrych praktyk naukowych, zgodnie z decyzją Rektora UJ nie podlegając ocenie Komisji Bioetycznej.

Sytuacje trudne w pracy pielęgniarek wybranych oddziałów szpitalnych

problemem był kontakt z pacjentem agresywnym. Samo przebywanie z nim budziło u niektórych pielęgniarek lęk i niepokój o życie i zdrowie własne oraz innych pacjentów. Przykre są także dla pielęgniarek oskarżenia o nieprawidłową opiekę czy też konflikty z innymi członkami zespołu leczącego.

Podobne sytuacje trudne zgłaszają pielęgniarki pracujące na oddziale neurochirurgicznym. Stosowne dane liczbowe zawiera tabela 2.

■ Tab. 2. Sytuacje trudne w opiniach pielęgniarek pracujących w oddziale neurochirurgicznym

Zgłaszane trudności	Procent odpowiedzi
Śmierć pacjenta	38,7
Nagle pogorszenie stanu pacjenta	38,7
Konieczność szybkiej interwencji medycznej	35,5
Oskarżenie o złe wykonywanie obowiązków	25,8
Nadmiar obowiązków w krótkim czasie	19,3
Inne	10,0

Za najtrudniejszą sytuację uznano zgon pacjenta i sytuację związaną z koniecznością szybkich i specjalistycznych działań. Reakcje te są związane z uczuciem niepewności, dotyczącym wszystkich niezbędnych w danej sytuacji procedur. Pielęgniarki zadają sobie pytanie, czy zrobiono wszystko, co można w danej sytuacji. Duży wpływ na poziom stresu ma też presja czasu oraz wymienione już wcześniej trudności w relacjach z zespołem leczącym.

Odmienne trudności zgłaszają pielęgniarki z oddziałów psychiatrycznych. Odpowiednie dane liczbowe prezentuje tabela 3.

■ Tab. 3. Sytuacje trudne w opiniach pielęgniarek pracujących w oddziale psychiatrycznym

Zgłaszane trudności	Procent odpowiedzi
Chory agresywny lub pobudzony	35,0
Pacjent natarczywy	12,5
Pacjent depresyjny	10,0
Autoagresja	7,5
Poczucie porażki terapeutycznej	7,5
Inne	27,5

W pracy pielęgniarek psychiatrycznych największy problem stanowi pacjent agresywny, zarówno fizycznie, jak i werbalnie. Przebywanie z chorym w dużym napędzie psychoruchowym, często natrętnym, powoduje dodatkowe zmęczenie i wyczerpanie emocjonalne oraz fizyczne. Wśród innych sytuacji trudnych pielęgniarki zgłaszały trudności w stosowaniu środków przymusu bezpośredniego, takich jak kaftan czy pasy, odmowę przyjmowania leków oraz konflikty w zespole terapeutycznym.

Cennym uzupełnieniem uzyskanych informacji stały się odpowiedzi na opisy zdjęć prezentowane badanym. Stanowią one nie tylko potwierdzenie uzyskanych w wywiadzie danych, ale pozwalają także na głębsze zrozumienie problemów, z jakimi stykają się pracujące w różnych oddziałach pielęgniarki. Dane na ten temat zawiera tabela 4.

■ Tab. 4. Sytuacje trudne w oddziałach internistycznych (metoda projekcyjna)

Sytuacja trudna	Procent odpowiedzi*
Chory lub jego rodzina oczekuje wyjaśnień na temat choroby, śmierci	62,5
Posądzenie o nieprawidłowe wykonanie czynności lub złą opiekę	56,3
Śmierć chorego i udział w reanimacji	50,0
Kontakt z chorym cierpiącym lub nieuleczalnie chorym	21,9
Konieczność namówienia pacjenta do decyzji zmiany zachowań związanych ze zdrowiem	18,8

* W wypowiedziach osób badanych metodą projekcyjną istniała możliwość uwzględnienia przez jedną osobę kilku źródeł stresu, stąd procenty nie sumują się do 100.

W przypadku pielęgniarek internistycznych, metoda projekcyjna ujawniła obciążenie jakie stanowi dla nich rozmowa z chorym lub członkami jego rodziny w przypadku poważnej choroby lub śmierci (62,5%), albo w przypadku napotkania na krytykę dotyczącą wykonywanych czynności przy chorym lub posądzeń o złą nad nim opiekę (56,3%). Dane dotyczące pielęgniarek neurochirurgicznych ilustruje tabela 5.

■ Tab. 5. Sytuacje trudne w oddziałach neurochirurgii (metoda projekcyjna)

Sytuacja trudna	Procent odpowiedzi
Nadmiar obowiązków przy małej liczbie personelu	32,3
Nagle pogorszenie się stanu chorego	32,3
Konflikt interpersonalny w zespole leczącym	29,0
Krytyka i niezadowolenie pacjenta lub jego rodziny	29,0
Zgon pacjenta	19,3

* W wypowiedziach osób badanych metodą projekcyjną istniała możliwość uwzględnienia przez jedną osobę kilku źródeł stresu, stąd procenty nie sumują się do 100.

W przypadku pielęgniarek z oddziałów neurochirurgicznych metoda projekcyjna, a więc głębiej sięgająca do emocji niż metoda wywiadu, w zbliżonym stopniu akcentowała stresogenne znaczenie takich sytuacji jak przeciążenie pracą, pogorszenie stanu zdrowia pacjenta, czy konflikty interpersonalne (konflikt w zespole lub między pielęgniarką a pacjentem i członkami jego rodziny – krytyka realizowanej opieki).

Kolejna tabela 6, ilustruje dane dotyczące pielęgniarek psychiatrycznych.

■ Tab. 6. Sytuacje trudne w oddziale psychiatrycznym (metoda projekcyjna)

Sytuacja trudna	Procent odpowiedzi
Konflikty pomiędzy pielęgniarką i pacjentem	47,5
Chory lub jego rodzina oczekuje wyjaśnień na temat choroby	37,5
Konflikty między pacjentami	32,5
Zwierzenia się pacjentów z problemami osobistych	32,5
Oskarżenia ze strony pacjenta	30,0

* W wypowiedziach osób badanych metodą projekcyjną istniała możliwość uwzględnienia przez jedną osobę kilku źródeł stresu, stąd procenty nie sumują się do 100.

W przypadku pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach psychiatrycznych, na pierwsze miejsce wysunął się wątek trudności wywołanych sytuacjami konfliktowymi (konflikt pomiędzy pielęgniarką a pacjentem lub pomiędzy pacjentami). Istotny okazał się również wątek trudności pojawiających się w rozmowie z chorym lub członkami jego rodziny, wtedy gdy oczekują oni wyjaśnień na temat choroby.

Z dodatkowych danych uzyskanych w wywiadzie wynika, że w sytuacjach trudnych pielęgniarki na ogół mogły liczyć na wsparcie ze strony innych koleżanek, lecz stosunkowo rzadko ze strony lekarzy. Badane pielęgniarki podkreślały pomocne znaczenie dobrej współpracy i dobrej organizacji pracy pomiędzy personelem medycznym, a także znaczenia wsparcia jakie stanowią rodzina i przyjaciele. Za ważny element profilaktyki radzenia sobie z sytu-

■ Tab. 7. Emocje pojawiające się u pielęgniarek w sytuacjach trudnych*

	Interna		Neurochirurgia		Psychiatria	
	Wywiad	Zdjęcie	Wywiad	Zdjęcie	Wywiad	Zdjęcie
	%					
Poczucie krzywdy, niesprawiedliwości	81,2 (1)	28,1 (4)	38,8 (3)	25,8 (2)	–	17,5 (5)
Złość, irytacja, chęć odwetu	75,0 (2)	28,1 (4)	29,0 (4)	22,6 (3)	17,5 (3)	20,0 (4)
Bezradność, bezsilność, niemoc	31,2 (5)	65,6 (1)	19,4 (5)	22,6 (3)	17,5 (3)	17,5 (5)
Strach, lęk, poczucie zagrożenia	59,3 (3)	18,7 (5)	48,4 (2)	19,4 (4)	55,0 (1)	57,0 (1)
Poczucie winy	15,6 (7)	46,8 (2)	29,0 (4)	25,8 (2)	7,5 (6)	2,5 (6)
Napięcie emocjonalne	40,6 (4)	15,6 (6)	–	13,0 (5)	20,0 (2)	17,5 (5)
Smutek, przygnębienie, płacz	15,6 (7)	34,3 (3)	51,6 (1)	38,8 (1)	10,0 (5)	2,5 (6)
Zniechęcenie	28,1 (6)	–	6,4 (7)	9,6 (6)	2,5 (7)	–
Satysfakcja, zadowolenie	9,3 (8)	18,7 (5)	13,0 (6)	–	7,5 (6)	24,2 (3)
Obrzydzenie, odraza	–	3,1 (7)	–	–	–	–
Ułga	3,1 (9)	–	–	13,0 (5)	7,5 (6)	18,3 (2)
Podziw	3,1 (9)	–	–	–	–	–

*W nawiasach podano rangi biorąc pod uwagę częstość występowania określonych emocji

Dodatkowo udało się uzyskać informacje na temat emocji, jakie odczuwają badane w związku z sytuacjami trudnymi. Zaprezentowano je w tabeli 7. Jej analiza wskazuje, że w pracy pielęgniarek emocje negatywne dominują nad pozytywnymi.

Jak wskazują dane zawarte w tabeli 7, wśród pielęgniarek zatrudnionych w oddziale interny dominowało poczucie krzywdy i towarzysząca mu złość oraz poczucie zagrożenia i lęk, a na poziomie podświadomym (projekcja) uczucie bezradności i bezsilności, wśród pielęgniarek z oddziałów neurochirurgicznych zagrożenie i smutek, a na poziomie podświadomym także poczucie krzywdy, a wśród pielęgniarek psychiatrycznych poczucie zagrożenia, podobnie jak na poziomie podświadomym, gdzie jednak pojawiały się także uczucia satysfakcji bądź ulgi.

Jak wynika z powyżej przedstawionych danych uczucie zagrożenia, lęk i strach to uczucia stosunkowo często pojawiające się u pielęgniarek ze wszystkich uwzględnionych w badaniu oddziałów, z tym, że na pozostałych oddziałach somatycznych pielęgniarkom towarzyszyło stosunkowo często poczucie niesprawiedliwości i krzywdy, a także złości (interna) i smutek – przygnębienie (neurochirurgia), podczas gdy u pielęgniarek psychiatrycznych obok napięcia emocjonalnego stosunkowo często pojawiała się także bezradność i złość.

Interesującą obserwację stanowi także fakt stosunkowo częstego pojawiania się w grupie pielęgniarek internistycznych uczuć bezradności i winy rejestrowanych głównie metodą projekcyjną, tak jakby były to uczucia występujące, ale tłumione i nie dopuszczane do świadomości.

acjami trudnymi wymieniano również relaks i odpoczynek w warunkach domowych.

■ DYSKUSJA I WNIOSKI

Pielęgniarki pracujące na oddziałach klinicznych są zmuszone do ciągłego radzenia sobie z sytuacjami trudnymi. Większość tych trudności wynika ze specyfiki oddziału, a tym samym specyfiki wykonywanych zadań i obowiązków. Oddziały somatyczne stawiają wymagania szybkiego reagowania i błyskawicznego podejmowania decyzji w krótkim czasie. Zmuszają także do zmagania się ze śmiercią pacjenta chorego somatycznie. Praca pielęgniarek psychiatrycznych niesie często ze sobą poczucie zagrożenia dla siebie i innych osób przebywających w oddziale. Pielęgniarki zatrudnione w oddziałach neurochirurgicznych często czują się przeciążone pracą oraz działają pod silną presją możliwego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta.

Wspólną cechą pracy pielęgniarek we wszystkich branych pod uwagę w badaniu oddziałach okazały się trudności komunikacyjne w relacjach z pacjentem, jego rodziną oraz zespołem leczącym. Wydaje się, że jest to element kluczowy dla efektywnego wykonywania zawodu pielęgniarki. W sytuacjach trudnych dominują emocje negatywne: strach, zdenerwowanie, gniew czy też bezradność wobec cierpienia i śmierci pacjenta. Być może z tego właśnie powodu w zachowaniach personelu medycznego dość często obserwowany jest „model wzajemnego udawania”, polegający na unikaniu tematu związanego ze śmiercią i ignorowaniu chęci pacjenta do rozmowy na ten temat [17]. Łączy się on z konfliktem związanym z jednej strony z po-

trzebą niesienia pomocy, a z drugiej z chęcią ochrony pacjenta i siebie przed cierpieniem i bezsilnością. Wspomniane wyżej negatywne emocje wskazują pośrednio na występujące u wielu pielęgniarek poczucie braku umiejętności prowadzenia konstruktywnych rozmów z pacjentem i jego rodziną na trudne, osobiste tematy. Jak się wydaje jest to szczególnie problem pielęgniarek pracujących w oddziałach somatycznych [18].

Prezentacja zdjęć (metoda projekcyjna) pozwoliła na wskazanie dodatkowych sytuacji trudnych, które nie pojawiały się w wywiadzie. Dotyczyły one zwłaszcza kontaktów z chorym i członkami jego rodziny, wymagających wysokich umiejętności komunikacyjnych. Z kolei jeśli chodzi o emocje ujawnione tą metodą, to były to zwłaszcza emocje bezradności i poczucia winy, które jak można sądzić są szczególnie destrukcyjne dla pracy pielęgniarek i jako takie podlegają aktywnemu tłumieniu na drodze mechanizmów obronnych.

Biorąc pod uwagę, że uzyskane w sumie wyniki akcentują stresogenne znaczenie sytuacji trudnych powstających w relacjach pielęgniarek z pacjentami lub członkami rodziny pacjentów, a także w relacjach wewnątrz zawodowych, wskazanym działaniem wydaje się większe rozpowszechnienie szkoleń w zakresie „miękkich” umiejętności psychologicznych, takich jak asertywność, empatia i trening umiejętności aktywnego słuchania oraz osobistego podejścia do pacjenta. Umiejętności te wchodzi w zakres „komunikacji terapeutycznej”, którą zdaniem autorów opracowania należy traktować jako integralny element procesu pielęgnowania, jak również procesu leczenia [19]. Pomocnym mogłoby być także wykorzystanie Grup Balinta, a także tworzenie grup wsparcia, które wspierałyby personel medyczny w rozwiązywaniu sytuacji trudnych, jakie pojawiają się w opiece medycznej. Jest to o tyle istotne, że jak podaje Dolińska-Zygmunt, wsparcie społeczne stanowi istotny czynnik obniżający poziom odczuwanego stresu zawodowego [20]. Taką rolę mógłby również pełnić

psycholog, skupiający się na zagadnieniach psychoedukacji, związanych z wzmocnianiem wewnętrznych moderatorów stresu, takimi jak poczucie kontroli osobistej czy też konstruktywna ekspresja emocjonalna.

PIŚMIENNICTWO

1. Heszen I, Sęk H. Zdrowie i stres. [w:] Strelau J, Doliński D, red. Psychologia. Podręcznik akademicki, tom 2. Gdańsk: GWP; 2008, 681-735.
2. Grygorczuk A. Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria*. 2008; 5(3): 111-115.
3. Dudek B. Stres związany z pracą: teoretyczne i metodologiczne podstawy badań zależności między zdrowiem a stresem zawodowym. [w:] Górnik- Durose M, Kożusznik B. red. *Perspektywy psychologii pracy*. Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego; 2007.
4. Tomaszewski T. Psychologia. Warszawa: PWN; 1997.
5. Rudniański J. Sytuacje trudne i rozwój duchowy człowieka. [w:] Hołyst, B. red. *Człowiek w sytuacji trudnej*. Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychicznej; 1991.
6. Bishop GD. Psychologia zdrowia. Wrocław: Wydawnictwo Astrum; 2000.
7. Aronson E i współ. Psychologia społeczna. Poznań: Zys i Sk-a; 2008.
8. Oleś P, Drat- Ruszczak K. Osobowość. [w:] Strelau J, Doliński D red. Psychologia. Podręcznik akademicki, tom 1. Gdańsk: GWP, 2008, 651-764.
9. Heszen I, Sęk H. Psychologia zdrowia. Warszawa: PWN; 2007.
10. Beisert M. Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. [w:] Sęk H. red. *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: PWN; 2000.
11. Motyka M. Sytuacje trudne w zawodzie pielęgniarskim. [w:] *Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka*. Materiały z Międzynarodowej Konferencji Naukowej. Kraków, 7- 8.09.2000.
12. Maciak J. Czynniki odpowiedzialne za powstanie stresu zawodowego u pielęgniarek, Pośtepy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia. Poznań: AM im. K. Marcinkowskiego, cz. IX a; 1996.
13. Ugniewska C. Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. Warszawa: PZWL; 1998.
14. Adamczyk K. Pielęgniarstwo neurologiczne. Lublin: Wyd. Czelej; 2000.
15. Sawicka J. Pielęgniarka w psychiatrii. *Pielęgniarka i Położna*. 1995, 6: 415.
16. Reutt J, Reutt N. Badania osobowości metodą TAT Murraya. Warszawa: PWN; 1960.
17. Sęk H. Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa: PWN; 2009.
18. Warnock C, Tod A, Foster J et al. Breaking bad news in inpatient clinical settings: role of the nurse. *Journal of Advanced Nursing*. 2010; 66(7): 1543- 1555.
19. Motyka M. Komunikacja terapeutyczna w opiece ogólnomedycznej. Kraków: Wyd. UJ; 2011.
20. Dolińska-Zygmunt G. Elementy psychologii zdrowia. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 1996.

Praca przyjęta do druku: 18.04.2013

Praca zaakceptowana do druku: 28.06.2013