

CZYNNIKI WYZWALAJĄCE STRES W PRACY PIEŁĘGNIARKI

MAŁGORZATA BASIŃSKA

Instytut Psychologii

WSP Bydgoszcz

SOURCES OF STRESS AT THE WORK OF NURSES IN HOSPITAL

Summary. A total of 40 nurses from a hospital was interviewed on reasons and levels of psychological stress at work. The results indicate that the amount of stress experienced at work was not similar in five tested departments (surgery, orthopaedics, pediatric, internal diseases and intensive care). The analysis of the outcome shows that the very small salary and the disappointment it brings is a reason of stresses very specific for the Polish hospital. Majority of nurses (87,5 %) is overworked. The growing tiredness and a high psychological distress may result in the rise of burnout.

Wprowadzenie

Słowo stres znaczy ciężar, napór, presja. Hans Selye (1979) zdefiniował i użył słowo stres po raz pierwszy. Rozumiał go jako nieswoistą reakcję organizmu na stawiane mu żądania, czyli żądania przystosowania się organizmu do nowych warunków. Reakcja nieswoista znaczyła, według Selyego, reakcję nietypową, niekonkretną dla poszczególnych rodzajów stresorów. To znaczy, że nie można przewidzieć jak zareagują różne organizmy na te same czynniki obciążające. Oczywiście Selye miał na myśli przede wszystkim reakcje fizjologiczno-hormonalne, w których myślenie człowieka, jego przeżywanie nie miało większego znaczenia. Przykładem działania takich czynników stresowych jest oparzenie, nadmierne schłodzenie, podanie substancji chemicznej dożylnie itp. Mówiąc innymi słowy stres, według Selyego, to stan organizmu pod wpływem działania nieprzyjemnych, trudnych czy zbyt wymagających bodźców.

Korespondencję kierować pod adresem: Małgorzata Basińska, Instytut Psychologii WSP Bydgoszcz, ul. Leopolda Staffu 1, 85-867 Bydgoszcz

Inne podejście do problematyki stresu prezentuje twórca jednej z najbardziej popularnych teorii stresu i radzenia sobie Richard Lazarus (1985). Jego zdaniem, stresem jest szczególny rodzaj transakcji jaki występuje pomiędzy człowiekiem i środowiskiem, a wynika on ze sposobu oceny sytuacji, w której znalazł się człowiek oraz z oceny własnych możliwości poradzenia sobie z nią. Lazarus kładł akcent na to, jak osoba myśli o tym, co dzieje się wokół niej i o swoich umiejętnościach wpływania na to dzianie się. Jeżeli ktoś ma wysokie poczucie swoich kompetencji, to nawet w sytuacji obiektywnie bardzo trudnej nie będzie w stresie, natomiast człowiek myślący o sobie negatywnie może być w stresie przy doświadczeniu najmniejszej trudności.

Szczególnym rodzajem trudnych sytuacji doświadczanych w życiu jednostki ludzkiej są stresy związane z aktywnością zawodową.

Na pracownika oddziałują różne grupy stresorów związane z odrębnymi obszarami środowiska pracy. So to, według Łobody (1990):

- złe fizyczne warunki pracy,
- stresory związane ze sposobem wykonywania pracy,
- stresory związane z pełnieniem roli organizacyjnej i są to: wieloznaczność, konflikt i przeciążenie roli,
- stresory związane z relacjami interpersonalnymi,
- stresory związane z funkcjonowaniem jednostki jako elementu organizacji,
- stresory związane z rozwojem zawodowym,
- stresory związane z równoczesnym funkcjonowaniem jednostki w organizacji i poza nią, tzn. konflikt ról pełnionych w organizacji i poza nią.

W procesie przekazywania obiektywnych wymagań zawodowych mogą wystąpić pewne nieprawidłowości i zakłócenia, przez co stają się one potencjalnie stresowe. Jednak dopiero wtedy, gdy pracownik sam oceni zewnętrzne wymagania jako przekraczające jego możliwości, a oferowane mu przez środowisko pracy wzmocnienia jako niewystarczające, to zgodnie z teorią R. Lazarusa znajdzie się w stresie.

Stres w pracy pielęgniarki. Przykładem stresu zawodowego są trudności związane z pracą pielęgniarki. W ich zakresie istnieje bardzo wiele płaszczyzn, które mogą być jego źródłem. Publikowane badania pokazują, iż ogólna wielkość stresu jest podobna w różnych oddziałach (Papadatou i in., 1994; Tyler i in.; 1994), natomiast źródła stresu są różne. Najczęściej przytaczane stresory przez personel

pielęgniarski, to: za mało personelu, konflikty wśród pielęgniarek, śmierć i umieranie pacjentów, przepracowanie, konflikty z lekarzami (Less i in., 1990).

Dla pielęgniarek pediatrycznych głównymi źródłami stresu były: konflikty z lekarzami, przepracowanie, nieprzygotowanie do uczestniczenia w emocjonalnych potrzebach pacjenta i jego rodziny, śmierć i umieranie (Watson i in., 1996).

Natomiast dla przełożonych pielęgniarek głównymi źródłami stresu były: brak zasobów, środków – włączając w to zespół pielęgniarski, przepracowanie, bezsilność. Zdarzenia były postrzegane jako stresowe, ponieważ przełożone nie miały nad nimi kontroli i nie czuły się kompetentne (Frisch i in., 1991).

Na inne źródła stresu w pracy pielęgniarek wskazują badania Tylera i in., (1994):

- ukończenie treningu podnoszącego kwalifikacje, co sprzyjało uświadamianiu sobie wyższego poziomu stresu,
- brak poczucia wsparcia społecznego, które łączyło się gorszym samopoczuciem,
- nieposiadanie dzieci; pielęgniarki z dwójką dzieci najmniej stresowo odbierały relacje z pacjentami i ich rodzinami,
- samotność; osoby zamężne lub posiadające partnera rzadziej doświadczały symptomów stresu niż osoby samotne.

Niektóre wyniki badań pozwalają stwierdzić, że wraz ze wzrostem satysfakcji z pracy zmniejsza się zwykle wielkość odczuwanego stresu (Heim, 1993).

Zespół wypalenia. Spostrzegany stres roli zawodowej i towarzyszące mu negatywne emocje, jeżeli są odpowiednio silne oraz przedłużają się w czasie i nie są korygowane, mogą doprowadzić do wielu trwałych negatywnych następstw zarówno w sferze poznawczej, jak i emocjonalnej, w zachowaniu pracownika, a także mogą przybrać postać najpierw symptomów chorób, a z czasem zespołów chorobowych (Borucki, 1990). Oczywiście reakcja na wymienione wyżej problemy, jej wielkość i stopień zaburzenia jest także w znacznym stopniu uzależniona od cech osobowościowych pracownika.

Występujące trudności w pracy pielęgniarki związane z dużymi wymogami w zakresie zaangażowania, poświęcenia i odpowiedzialności, a także konieczność nawiązywania kontaktu podmiotowego z innymi ludźmi i dbania o nich przy jednoczesnym braku rekompensaty przez odpowiednie wynagrodzenie za pracę, prestiż zawodowy i satysfakcję są powodem przeżywanego dyskomfortu, który może stać się przewlekłą reakcją stresową. Przedłużające się w czasie trwanie w konfliktach

i stresach doprowadza, według Selyego, do rozwoju trzeciej fazy stresu, tzw. fazy wyczerpania, której skutkiem mogą być objawy zespołu wypalenia. W początkowym okresie zespół wypalenia przybiera formę problemów psychologicznych, takich jak: obniżony lub zmienny nastrój, poczucie frustracji i zniechęcenia zawodowego, poczucie przeciążenia. Następnie do kryzysu psychologicznego dołączają się objawy somatyczne, np.: przewlekłe bóle głowy, kłopoty ze snem, zaburzenia typu gastrycznego, coraz częstsze zapadanie na infekcje i idące za tym coraz częstsze absencje. W efekcie tych problemów psychologiczno-somatycznych następuje subiektywne i obiektywne obniżenie jakości pracy. By temu zaradzić osoba albo zwiększa intensywność i czas pracy, albo zaczyna reagować w sposób ucieczkowy. Oba sposoby są nieskuteczne, bo nie rozwiązują prawdziwego problemu (Winch, 1997).

Generalnie poziom wypalenia u pielęgniarek jest większy niż u przedstawicieli innych zawodów, pomagających ludziom na terenie USA i RPA (Basson i in., 1994).

Radzenie sobie ze stresem. Wyniki badań pokazują, iż różne cechy osobowościowe, w tym szczególnie umiejętności i sposoby radzenia sobie z problemami, mają istotny wpływ na wystąpienie lub nie zespołu wypalenia. Radzenie sobie jest to złożona aktywność podejmowana przez człowieka w sytuacji trudnej. Na ogół zachowanie człowieka różni się w zależności od rodzaju sytuacji i jego aktualnych dyspozycji psychologicznych. Stylem radzenia sobie nazywamy będący w możliwościach jednostki, charakterystyczny dla niej zbiór strategii i sposobów radzenia sobie, z których część uruchamiana jest w procesie radzenia sobie z konkretną sytuacją stresową (Heszen-Niejodek, 1996).

Sposoby radzenia sobie ze stresem pełnią różne funkcje:

- 1) mają za zadanie poprawić sytuację albo poprzez zmianę swego zachowania, albo 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, Parker, 1990):

- styl skoncentrowany na zadaniu,
- styl skoncentrowany na emocjach,
- styl skoncentrowany na unikaniu.

Skupienie swojej uwagi na zadaniu sprzyja podejmowaniu działań zaradczych, czy to przez aktywność behawioralną czy przez aktywność poznawczą.

Akcentowanie swojej strony przeżyciowej w sytuacji trudnej uruchamia wewnętrzpsychiczne mechanizmy radzenia, głównie w postaci mechanizmów obronnych. Styl ucieczkowo-unikowy cechuje odwracanie uwagi od problemów, poprzez ucieczkę w marzenia, w kontakty towarzyskie lub w czynności zastępcze.

Badania własne

Grupa badana. Badania przeprowadzono w dużym wojewódzkim szpitalu na pięciu oddziałach: 1) intensywnej opieki medycznej i anestezjologii (OIOM), 2) chirurgii ogólnej, 3) pediatrii, 4) ortopedii, 5) chorób wewnętrznych z pododdziałem hematologicznym. Badaniem zostały objęte pielęgniarki aktualnie znajdujące się w pracy, zatrudnione w szpitalu na czas nieokreślony. Ze względu na pewną odmienność zadań i obowiązków na poszczególnych oddziałach szpitalnych, badania wykonano na kilku z nich i to różniących się między sobą specyfiką pracy.

Tabela 1. Liczebność i staż pracy badanych pielęgniarek

Oddział	Liczebność	Średni staż pracy (w latach)
OIOM	9	7,3
Chirurgia	7	6,1
Pediatrya	7	5,7
Ortopedia	6	5,7
Wewnętrzny	11	6,7
OGÓLEM	40	6,1

W tabeli 1 przedstawiona jest liczebność badanych pielęgniarek z poszczególnych oddziałów oraz średni staż pracy.

Metoda. Badanie przeprowadzono przy użyciu ustrukturalizowanego wywiadu oraz skali ocen. Osoby badane były proszone o udzielenie odpowiedzi na kilka pytań dotyczących następujących zagadnień:

- źródeł doświadczanych trudności w pracy, tzn. tego, co przyczynia się do odczuwania pracy jako obciążającej,

- zakłóceń procesu przekazywania wymagań roli organizacyjnej: odczuwanego przeciążenia, konfliktowości i poczucia stałości roli zawodowej oraz o zakreślenie na 7-punktowej skali natężenia stresowości swojej pracy.

Z uwagi na to, że badania mają charakter eksploracyjny oraz na to, że nie było danych pozwalających na przewidywanie różnic, nie postawiono hipotez badawczych.

Wyniki

Wymieniane przez pielęgniarki źródła trudności doświadczanych w pracy są zróżnicowane zarówno co do ilości, jak i natury na poszczególnych oddziałach. Są one przedstawione w tabeli 2. Zastosowana analiza wariancyjna Anova Friedmana dla testów nieparametrycznych dała wynik $\chi^2 = 5,05$ przy $df = 4$ ($p < 0,28$), który wskazuje na istnienie tendencji ku zróżnicowaniu. W związku z tym postanowiono dokładniej sprawdzić, pomiędzy którymi wartościami występuje to zróżnicowanie.

Zastosowano test rang dla dwóch prób niezależnych Wilcoxon. Ze wszystkich porównywanych par, dwie wykazały różnice na poziomie istotnym $p < 0,05$, a dwie wyraźne tendencje na poziomie $p < 0,10$. Okazuje się, że istotnie więcej czynników wyzwalających stres w pracy doświadczają pielęgniarki z oddziału chorób wewnętrznych w porównaniu z oddziałem dziecięcym ($z = 1,98$) i w porównaniu z oddziałem ortopedycznym ($z = 2,36$). Także pielęgniarki z oddziału intensywnej opieki medycznej ($z = 1,73$) i z oddziału chirurgii ogólnej ($z = 1,68$), doświadczają więcej trudności w pracy niż pielęgniarki z oddziału ortopedii.

Najczęściej wymienianym przez pielęgniarki źródłem stresu jest zbyt niskie wynagrodzenie za wykonywaną pracę. 80 % badanych osób wskazuje na nie, jako na czynnik powodujący podwyższenie poziomu trudności wykonywanej pracy. Drugim w kolejności czynnikiem wyzwalającym stres w pracy jest zbyt duże obciążenie obowiązkami, 55 % badanych osób wskazuje na to źródło stresu. Trzecim, najczęściej wymienianym czynnikiem wyzwalającym stres są relacje w pracy, wymieniane przez 25 % badanych. Gdyby zsumować wszystkie źródła stresu związane z relacjami w pracy, tzn. relacje w pracy, relacje z lekarzami i relacje z przełożonymi, to 53 % badanych osób wymienia je jako czynniki stresujące.

Tabela 2. Liczba osób wskazujących określone czynniki wyzwalające stres w pracy pielęgniarek (N=40).

Źródła stresu	OIOM	Chirurgia	Pediatria	Ortopedia		Ogółem	
						n	%
1. Niskie wynagrodzenie	8	4	7	5	8	32	80
2. Relacje w pracy	3	4	–	1	2	10	25
3. Relacje z lekarzami	4	1	–	1	2	8	20
4. Relacje z przełożonymi	–	3	–	–	–	3	8
5. Relacje z pacjentami	1	3	–	–	–	4	10
6. Rodzina pacjenta	1	–	2	–	–	3	8
7. Obciążenie obowiązkami	4	5	5	1	7	22	55
8. Napięcie psychiczne	1	–	–	–	3	4	10
9. Uciążliwy system pracy	–	3	–	1	5	9	23
10. Za mało personelu	–	–	–	1	2	3	8
11. Niski prestiż zawodu	–	–	–	1	1	2	5
12. Brak motywacji	–	–	1	–	–	1	3
OGÓŁEM	22	23	15	11	30	101	

W tabeli 3 zawarte są informacje precyzujące trudności wynikające z relacji z pacjentem. W stosunku do tych danych zastosowano tę samą procedurę obliczeniową jak do danych zawartych w tabeli 2.

Zastosowana analiza wariacyjna Anova Friedmana dla testów nieparametrycznych dała wynik $\chi^2 = 5,90$ przy $df = 4,00$ ($p < 0,20$), który wskazuje na istnienie tendencji ku zróżnicowaniu. W związku z tym postanowiono także tym razem dokładniej sprawdzić, pomiędzy którymi wartościami występuje to zróżnicowanie. Zastosowano test rang dla dwóch prób niezależnych Wilcoxon. Ze wszystkich porównywanych par, jedna wykazała różnicę na poziomie istotnym $p < 0,05$, a dwie wyraźne tendencje, $p < 0,10$. Okazało się, że istotnie więcej trudności w relacji z pacjentem doświadczały pielęgniarki z oddziału intensywnej opieki me-

dycznej w porównaniu z pielęgniarkami z oddziału dziecięcego ($z = 2,36$). Także często, aczkolwiek nie tak istotnie, doświadczały trudności w relacji z pacjentem pielęgniarki oddziału chorób wewnętrznych ($z = 1,82$) i z oddziału ortopedii ($z = 1,82$) w porównaniu z pielęgniarkami z oddziału dziecięcego.

Najczęściej wymienianą trudnością w relacji z pacjentami jest świadomość pielęgniarek, że nie wypełniają swoich obowiązków pielęgnacyjnych w stosunku do pacjentów tak, jakby chciały i powinny. Jako przyczyny takiego stanu rzeczy wymieniają przeciążenie obowiązkami, za mało personelu na dyżurach, przemęczenie. Drugim z kolei rodzajem trudności wynikającym z relacji z pacjentem jest konieczność ich dźwigania, głównie tam, gdzie pacjent jest unieruchomiony (oddział ortopedii) lub nieprzytomny (OIOM). Na uwagę zasługuje też problem związany z trudnościami w radzeniu sobie ze śmiercią pacjentów oraz z pacjentami domagającymi się wyjątkowej opieki.

Tabela 3. Rodzaje trudności wynikające z relacji z pacjentem w ocenie pielęgniarek

Rodzaje trudności	OIOM	Chirurgia	Pediatria	Ortopedia	Wewnętrzny	SUMA
Zagrożenie życia i śmierć pacjenta	1	–	–	–	2	3
Bezsilność w beznadziejnych przypadkach	–	–	–	–	2	2
Cierpienie pacjenta	2	–	–	–	–	2
Cierpiące dzieci	2	–	–	–	–	2
Nieodpowiednie wykonywanie obowiązków pielęgnarskich	1	3	–	2	1	7
Współpraca z pacjentem opornym	1	–	–	1	–	2
Zaintubowany, nieprzytomny pacjent	1	–	–	–	–	1
Niski poziom kulturalny pacjenta	–	–	–	1	–	1
Pacjenci domagający się opieki	–	–	–	–	3	3
Dźwiganie chorych	2	–	–	3	–	5
OGÓLEM	10	3	–	7	8	28

Wyniki dotyczące występowania zakłóceń w procesie przekazywania wymagań w pracy przedstawione są w tabeli 4.

W zakresie określania zakresu obowiązków, 25 % badanych osób nie ma poczucia ich klarowności pomimo podpisywania przez nie zakresu obowiązków przy przyjęciu do pracy. W zakresie poczucia stałości pracy, 20 % badanych pielęgniarek nie ma takiego poczucia, pomimo zatrudnienia na czas nieokreślony. W zakresie poczucia przeciążenia pracą, 88 % czuje się przeciążona.

Tabela 4. Zakłócenia w procesie przekazywania wymagań w pracy w ocenie pielęgniarek, 1 – brak jasnego określenia zakresu obowiązków, 2 – brak poczucia stałości pracy, 3 – poczucie przeciążenia pracą

ODDZIAŁ	1		2		3	
	n	%	n	%	n	%
OIOM	1	11	1	11	7	78
Chirurgia	4	57	3	43	6	86
Pediatria	0	0	0	0	7	100
Ortopedia	3	50	3	50	4	67
Wewnętrzny	2	18	1	9	11	100

W zakresie oszacowania stopnia stresowości wykonywanej pracy w skali 7-stopniowej, otrzymano średnie wyniki dla poszczególnych oddziałów, które są przedstawione w tabeli 5.

Tabela 5. Średnie wyniki stopnia stresowości pracy pielęgniarek oceniane na 7-stopniowej skali

Oddział	OIOM	Chirurgia	Pediatria	Ortopedia	Wewnętrzny	Średnia
Średnia	6,10	5,40	4,90	4,70	6,20	5,50
Odchylenie standardowe	0,60	1,71	1,21	1,36	1,07	1,19

W celu zbadania istotności otrzymanych wyników zastosowano test t-Studenta, porównując każdą średnią z każdą. Okazało się, że w zakresie stopnia stresowości pracy najistotniejsze są różnice:

- pomiędzy oddziałem chorób wewnętrznych a oddziałem dziecięcym ($t = 3,87$, $p = 0,01$),

- pomiędzy oddziałem intensywnej opieki medycznej a oddziałem dziecięcym ($t = 2,69$, $p = 0,04$),
- pomiędzy oddziałem intensywnej opieki medycznej a oddziałem ortopedii ($t = 2,19$, $p = 0,08$).

Z danych tych wynika, iż najbardziej stresująca jest praca na oddziale chorób wewnętrznych ($M = 6,20$) i na oddziale intensywnej opieki medycznej ($M = 6,10$), najmniej zaś na ortopedii ($M = 4,70$).

Dyskusja

Przedstawione wyniki badań odbiegają w niektórych aspektach od wyników badań przedstawionych wcześniej w literaturze przedmiotu. Ogólna liczba stresorów doświadczanych przez polskie pielęgniarki nie jest podobna we wszystkich oddziałach (porównaj badania Papadatou, 1994 i Tyler i in., 1994). Na oddziale chorób wewnętrznych, gdzie istnieje pododdział hematologiczny pielęgniarki czują się najbardziej obciążone, oceniając swoją pracę jako mocno stresującą, a w porównaniu z oddziałem pediatrycznym to poczucie obciążenia jest istotnie wyższe. Podobnie pielęgniarki z oddziału intensywnej opieki medycznej czują się istotnie bardziej obciążone, niż ich koleżanki z oddziału dziecięcego i z ortopedii.

W zakresie liczby źródeł stresu występują istotne różnice między poszczególnymi oddziałami, istotnie więcej jest wymienianych przez pielęgniarki z oddziału chorób wewnętrznych w porównaniu z pielęgniarkami z oddziału dziecięcego i ortopedycznego. Także pielęgniarki z OIOM i z oddziału chirurgii wymieniają więcej źródeł stresu, niż pielęgniarki z oddziału ortopedii. To wskazuje, iż obciążenie sytuacjami stresowymi w szpitalach polskich jest różne. Są oddziały, na których pielęgniarki są bardziej obciążone w związku z pełnieniem swojej roli organizacyjnej, są też oddziały, gdzie to obciążenie nie jest tak duże.

Na uwagę zasługuje charakter czynników wyzwalających stres. Specyfiką stresu w pracy pielęgniarki polskiej jest bardzo niskie wynagrodzenie za pracę wymieniane przez 80 % pielęgniarek, takie źródło stresu w ogóle nie pojawiło się w badaniach zachodnich. Pozostałe źródła stresu są podobne, tzn.:

- przeciążenie i przepracowanie,
- relacje w pracy, tzn.: konflikty z lekarzami, wśród pielęgniarek oraz z przełożonymi,

- uciążliwy (praca w systemie trzymianowym, dyżury w święta, dyspozycyjność) system pracy.

Gdy pielęgniarki doświadczają więcej stresów związanych z relacjami interpersonalnymi w pracy, to wzrasta ogólne niezadowolenie i zwiększa się liczba wypowiedzianych skarg. Tam, gdzie jest ciężka praca, lecz pielęgniarki dają sobie wzajemnie wsparcie psychiczne liczba wymienianych źródeł stresów jest mniejsza, a tam, gdzie do obciążenia pracą dochodzą stresy związane z relacjami interpersonalnymi, pielęgniarki są bardziej niezadowolone z pracy, bardziej krytyczne i mniej wyrozumiałe, co wyraża się w zwiększonej liczbie zgłaszanych źródeł stresów.

Istotnie najwięcej trudności związanych z kontaktem z pacjentem zgłaszają pielęgniarki z OIOM w porównaniu z pielęgniarkami z oddziału dziecięcego. Można było zauważyć także pewną tendencję do występowania większej liczby trudnych relacji z pacjentami u pielęgniarek z oddziału chorób wewnętrznych w porównaniu z oddziałem dziecięcym i ortopedycznym.

Istotnym wydaje się też być sprecyzowanie trudności wynikających z relacji z pacjentami. Poczucie nieodpowiedniego i niewystarczającego wykonywania swoich obowiązków, wskazuje na istnienie poczucia winy u badanych pielęgniarek. Taki stan emocjonalny, szczególnie wtedy, gdy nie ma się poczucia panowania nad sytuacją zwiększa poziom dyskomfortu psychicznego, co niejako wtórnie utrudnia pracę z pacjentem. Innymi trudnościami doświadczanymi przez badane osoby są:

- konieczność fizycznego dźwigania pacjentów,
- śmierć i umieranie pacjentów,
- pacjenci domagający się więcej uwagi i opieki, tzw. „nierozumiejący” jak to określiła jedna z badanych,
- nieprzygotowanie do emocjonalnego radzenia sobie z pacjentem i jego rodziną.

W zakresie zakłóceń przekazywania wymagań roli organizacyjnej, najistotniejszy wpływ ma występowanie poczucia przeciążenia u 88 % badanych, co czwarta pielęgniarka nie ma poczucia jasno określonych obowiązków, a co piąta nie ma poczucia stałości pracy. Taka sytuacja wpływa na podwyższenie poziomu niepokoju, a tym samym poziomu stresu u badanych osób. Korzystnym byłoby w związku z tym ukonkretnienie obowiązków pracowników już w trakcie pracy, gdyż podpisany zakres obowiązków przy przyjęciu do pracy jest zbyt ogólny.

Aby wydarzenie trudne stało się stresującym, to oprócz jego obiektywnego zaistnienia koniecznym jest, by osoba doświadczająca wydarzenie oceniła je jako zagrażające lub szkodliwe. Natomiast preferowany przez osobę sposób radzenia sobie z problemami może doprowadzić do ich szybkiego rozwiązywania, czego skutkiem będzie dobrostan psychiczny. Rozwiązywanie doświadczalnych problemów poprzez ich odsunięcie w czasie, chwilowo poprawia nastrój. Jednak częste stosowanie tego sposobu radzenia sobie z trudnościami sprzyja powstawaniu zespołu wypalenia. Najbardziej korzystne jest stosowanie stylu skoncentrowanego na zadaniu. Planowanie rozwiązania problemu, pozytywne przewartościowanie i szukanie wsparcia społecznego, zdecydowanie obniżają możliwość wystąpienia zespołu wypalenia (Ceslowitz, 1989). Stosowanie technik radzenia sobie skupionych na emocjach, pomaga osobie stosującej je tylko na krótko. Przeprowadzone badania nad zależnością między zespołem wypalenia a tym rodzajem technik, wskazują na korelację pozytywną (Boyle i in., 1991). Także stosowanie technik radzenia sobie ucieczkowo-unikowych było istotnie powiązane z zespołem wypalenia (Thornton, 1992). Bardziej wypalone były pielęgniarki stosujące strategie radzenia sobie: ucieczkowo-unikowe, kontrolujące, konfrontujące (Ceslowitz, 1989).

Otrzymywanie wsparcia społecznego przez pielęgniarki, zarówno tego powiązanego z pracą, jak i nie powiązanego z nią, zmniejszało możliwość wystąpienia zespołu wypalenia (Boyle, 1991; Tyler i in., 1994). Wydaje się, że stworzenie w pracy atmosfery zaufania i bezpieczeństwa, dzięki której można by dostarczać sobie nawzajem wsparcia, a dzięki temu szybko, bez zbytecznego zalegania rozwiązywać pojawiające się problemy i trudności, mogłoby w znacznym stopniu zabezpieczyć przed powstawaniem zespołu wypalenia.

Istotny jest przyjęty przez pielęgniarkę oddziaływający styl kierowania zespołem. Autokratyczny z tendencją do kontrolowania wszystkiego będzie zdecydowanie zwiększał subiektywne poczucie stresowości pracy. Ze względu na to, że generalnie personel pielęgniarski jest mało asertywny i wysoko lękowy (Less i in., 1990), ten styl zarządzania może na tyle podnieść poziom niepokoju w zespole, że praca będzie przebiegała w sposób dezorganizowany i chaotyczny. Demokratyczny styl zarządzania, pobudzający pielęgniarki do odpowiedzialności i dający im możliwość samodzielnego podejmowania decyzji w określonym zakresie oraz dający możliwość do kreowania oddziały jako „swojego” miejsca z pewnością zwiększy poczucie

satysfakcji z pracy, a tym samym zmniejszy poczucie stresowości pracy i możliwość pojawienia się zespołu wypalenia.

Zakończenie

Specyfiką stresu w pracy pielęgniarki polskiej są stresory związane z niedostatecznym okazywaniem uznania za rzetelną pracę: 1) bardzo niskie wynagrodzenie, 2) mały prestiż społeczny pracy, 3) duża stresowość pracy.

Pielęgniarki doświadczają w swojej pracy wiele trudności, które są związane właściwie z wszystkimi możliwymi obszarami.

- W zakresie złych warunków fizycznych pracy są narażone na zatłoczenie lub wręcz brak odpowiednich pomieszczeń socjalnych, na kontakt z substancjami toksycznymi, na promieniowanie, na niewłaściwą temperaturę i oświetlenie.
- W zakresie stresorów związanych z wykonywaniem pracy najczęściej występuje presja czasu, nierytmiczność przebiegu pracy, praca zmianowa i konieczność wkładania dużego wysiłku fizycznego w pracę.
- W zakresie stresorów związanych z pełnieniem roli organizacyjnej, na pierwszym miejscu jest przeciążenie, bywają też konflikty i wieloznaczność roli.
- W zakresie stresorów związanych z relacjami interpersonalnymi, najczęściej wymieniane to konflikty z lekarzami i z bezpośrednimi przełożonymi, rzadziej były wymieniane konflikty z koleżankami.
- W zakresie stresorów związanych z funkcjonowaniem jednostki jako elementu organizacji, ujawniło się poczucie zbyt małego udziału w podejmowaniu decyzji oraz niedostateczne okazywanie uznania za rzetelną pracę.
- W zakresie stresorów związanych z rozwojem zawodowym wymieniane były brak poczucia stałości pracy i nieprzygotowanie do radzenia sobie z pacjentami i ich rodzinami na płaszczyźnie emocjonalnej.

Ze względu na duże koszty, zarówno psychiczne, jak i finansowe oddziaływania stresorów i ich skutków, należałoby zastanowić się nad ich zmniejszeniem. Korzystając z doświadczeń innych zespołów (Less i in., 1990), wskazane byłoby podnoszenie kwalifikacji pielęgniarek, gdyż te lepiej wyszkolone, a tym samym mające wyższe poczucie swoich kompetencji częściej stosują w sytuacjach trudnych strategie radzenia sobie, skoncentrowane na problemie.

Przyjmując koncepcję stresu postrzeganego jako wynik wzajemnego niedopasowania jednostki i środowiska, należy zaakceptować ogólną zasadę, by starać się jak najbardziej indywidualizować warunki pracy, a także pomagać pielęgniarce bardziej twórczo i konstruktywnie rozwiązywać pojawiające się trudności, co jest szczególnym zadaniem dla pielęgniarek oddziałowych i przełożonych. Nasuwa się też refleksja dotycząca kształcenia pielęgniarek, wydaje się zasadnym uczenie ich sposobów radzenia sobie z trudnościami, rozwiązywania problemów, umiejętności interpersonalnych, komunikacji społecznej oraz sztuki odprężania się. Ważnym jest także, by posiadać odpowiednią wiedzę na temat psychologicznej sytuacji człowieka chorego i jego rodziny oraz mechanizmów ją kierujących, co pomaga w zachowaniu zdrowego dystansu, tak bardzo potrzebnego w tej obciążającej pracy.

LITERATURA CYTOWANA

- Basson, C.J., van der Merwe, T. (1994). Occupational stress and coping in a sample of student nurses. *Curationis*, 17, 35-43.
- Borucki, Z. (1990). Samoakceptacja i kompetencje interpersonalne a spostrzeganie stresu roli zawodowej. W: Biela, A. (red.) *Stres w pracy zawodowej*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Boyle, A., Grap, M.J., Younger, J. i Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Adv. Nursing*, 16 (7), 850-857.
- Ceslowitz, S.B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Adv. Nursing*, 14 (7), 553-558.
- Ceslowitz, S.B. (1990). The relationship of burnout, use of coping strategies and curricular program of registered nurses. *Journal of N.Y. State Nurses Association*, 21 (1), 4-8.
- Endler, N.S. i Parkier, J.D.A. (1990). The multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844.
- Folkman, S. i Lazarus, R.S. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.

- Frisch, S.R., Dembeck, P. i Shannon, V. (1991). The head nurse: perceptions of stress and ways of coping. *Canadian Journal of Nursing Administration*, 4 (4), 9-13.
- Heim, E. (1993). Bewältigung der Berufsstressoren in den Heilberufen. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 43 (9-10), 307-314.
- Heszen-Niejodek, I. (1996). *Człowiek w sytuacji stresu*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.
- Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4, 2-39.
- Less, S. i Ellis, N. (1994). The design of a stress-management programme for nursing personnel. *Journal of Adv. Nursing*, 15 (8), 946-961.
- Łoboda, M. (1990). Czynniki stresogenne w organizacji. W: Biela, A. (red.) *Stres w pracy zawodowej*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Papadatou, D., Anagnostopoulos, F. i Monos, D. (1994). Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology* 67 (2), 187-199.
- Selye, H. (1979). *Stres okiełznany*. Warszawa: PIW.
- Terelak, J.F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.
- Thornton, P.I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *The Journal of Psychology*, 126 (3), 261-271.
- Tyler, P.A. i Ellison, R.N. (1994). Sources of stress and psychological well-being in high-dependency nursing. *Journal of Adv. Nursing*, 19 (3), s. 496-476.
- Watson, P. i Feld, A. (1996). Factors in stress and burnout among pediatric nurses in a general hospital. *Nursing Praxis N Z*, 11 (3), 38-46.
- Winch, B. (1997). *Zespół wypalenia – objawy, ryzyko, profilaktyka, leczenie*. Praca nie publikowana.