



WPŁYW MIEJSCA PRACY PIEŁĘGNIAREK ODDZIAŁÓW PSYCHIATRYCZNYCH NA ICH ZDROWIE PSYCHICZNE

**Mgr Małgorzata Pogorzelska
Dr n. o zdrowiu Grzegorz Bejda
Dr n. med. Agnieszka Kulak-Bejda**

**WPLYW MIEJSCA PRACY PIELEŃNIAREK
ODDZIAŁÓW PSYCHIATRYCZNYCH
NA ICH ZDROWIE PSYCHICZNE**

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



**WPLYW MIEJSCA PRACY PIELEŃNIAREK
ODDZIAŁÓW PSYCHIATRYCZNYCH
NA ICH ZDROWIE PSYCHICZNE**

**Mgr Małgorzata Pogorzelska
Dr n. o zdrowiu Grzegorz Bejda
Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda**

Białystok 2023

Recenzenci monografii

Dr n. med. Anna Ślifirczyk

Uniwersytet Przyrodniczo Humanistyczny w Siedlcach
Wydział Nauk Medycznych i Nauk i Zdrowiu
Instytut Nauk o Zdrowiu

Dr n. o zdr., mgr piel. Bożena Ewa Kopcych

Akademia Nauk Stosowanych w Łomży

ISBN 978-83-67454-80-3

Wydanie I

Białystok 2023

Opracowanie graficzne: wykorzystano darmowy wektor z <https://pl.freepik.com/>

Monografia powstała na bazie wyników pracy magisterskiej Małgorzaty Pogorzelskiej.
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny,
do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk

RobotA Piotr Duchnowski, Zaścianki 6, 15-521 Zaścianki

*Kłopot z pracą polega na tym,
że człowiek tak się w nią angażuje,
że traci z oczu wszystko inne i zaczyna wierzyć,
iż to jest prawdziwe życie.
Tak nie jest. To tylko praca. Od tego się nie umiera.
To tu, poza pracą, jest prawdziwy świat.
Diana Appleyard, Pampersy, kamera i on*

WYKAZ AUTORÓW

Mgr Małgorzata Pogorzelska

Absolwent Kierunku Pielęgniarstwo Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku

Dr n. o zdrowiu Grzegorz Bejda

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Dr n. med. Agnieszka Kułak-Bejda

Klinika Psychiatrii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Wykaz skrótów	11
Pielęgniarstwo zawód publicznego zaufania	13
Zdrowie psychiczne, jako podstawa funkcjonowania człowieka	18
Definicja zdrowia psychicznego w różnych aspektach	20
Czynniki warunkujące zdrowie psychiczne	22
Miejsce pracy i jego wpływ na psychikę człowieka	23
Pandemia Covid-19, jako wyzwanie w aspekcie zachowania zdrowia psychicznego	25
Satysfakcja z pracy, jako ważny element stabilności emocjonalnej	27
Oddział psychiatryczny, szczególne miejsce pracy pielęgniarek	29
Czynniki stresogenne związane z pracą na oddziale psychiatrycznym	31
Praca pielęgniarek na psychiatrii i jej wpływ na zdrowie psychiczne	33
Cel pracy	36
Material i metody	37
Wyniki	39
Podsumowanie	58
Wnioski	66
Piśmiennictwo	67

PIELĘGNIARSTWO ZAWÓD PUBLICZNEGO ZAUFANIA

WSTĘP

Uśmiech osoby pielęgnującej to niejednokrotnie jedna z bardzo niewielu przyjemności dla cierpiącego człowieka. Jednak, aby pielęgniarka mogła uśmiechać się w sposób niewymuszony, musi panować w niej samej wewnętrzna harmonia i ład. Tylko wówczas, gdy będzie w zgodzie ze sobą, potrafi dać ciepło innym, mimo swoich problemów i trudności życiowych. Musi również posiadać, nieraz niełatwą, sztukę współżycia z innymi osobami, zachowując przy tym swoją indywidualność i niezależność [Karczewski, 2002].

Pielęgniarka z racji kompetencji zawodowych i osobistych predyspozycji do pracy w zawodzie, towarzyszy człowiekowi choremu, cierpiącemu, niepełnosprawnemu, umierającemu.

Pielęgniarka psychiatryczna ma pod swoją opieką szczególnie trudnego pacjenta. Niejednokrotnie jest to pacjent pobudzony, w ostrej psychozie, zagrażający zdrowiu i życiu własnemu oraz otaczających osób. Często trwa latami w swej psychotycznej rzeczywistości, odrealnionej, pozbawionej pozytywnych odczuć i radości. Przejawia czasami agresję słowną lub fizyczną, nakierowaną także na pielęgniarkę.

Oddział psychiatryczny jest szczególnym miejscem pracy i nie pozostaje bez wpływu na równowagę bio-psycho-społeczną pielęgniarek.

Pielęgniarstwo – zawód i misja

Pielęgniarstwo jest złożonym obszarem wpisującym się w różnorodne sfery życia społecznego i trudno podać jego jednoznaczne określenie. Jest zarówno praktyką opartą na wiedzy naukowej, dążącą do profesjonalizmu, jak i sztuką. Ze względu na swoją naturę zaliczane jest do grupy zawodów opiekuńczych, natomiast ze względu na cel działań w odniesieniu do podmiotu opieki (zdrowia) i zarazem przedmiotu badań – należy do grupy nauk o zdrowiu. Biorąc pod uwagę dominujące w wykonywaniu zawodu czynności instrumentalne, ma charakter praktyczny. Pielęgniarstwo należy także uznać również za naukę praktyczną, ponieważ wykorzystuje twierdzenia i prawidłowości naukowe zawarte w teoriach na rzecz sprawowania opieki [Zarzycka, Ślusarska, 2017].

Wielu ludzi, którym pielęgniarki zapewniają opiekę, zarówno w naturalnych warunkach bytowania, jak i zakładach opieki zdrowotnej, to osoby starsze i chore, często

o złożonych uwarunkowaniach swojego stanu zdrowia oraz różnych potrzebach psychospołecznych i kulturowych. Oznacza to, że pielęgniarki, aby sprostać tym oczekiwaniom, powinny być kompetentne zarówno w wymiarze umiejętności klinicznych, jak i nie mniej ważnych trosk opiekuńczych, czy postawy empatii [Ślusarska, 2017].

Centralnym punktem we wszystkich definicjach pielęgniarstwa jest osoba pacjenta otrzymująca opiekę. Opieka ta, określana przymiotnikiem „pielęgniarska”, uwzględnia wielowymiarowość osoby pacjenta. Natura pielęgniarstwa, najogólniej ujmując, stanowi szeroko rozumiane pielęgniarstwo w obrębie, którego można wyróżnić opiekuńczość, troskliwość i empatię [Zarzycka, Ślusarska, 2017].

Najważniejszym celem pielęgniarstwa są promocja i przywracanie zdrowia, jednak nie zawsze są one możliwe do osiągnięcia [Zarzycka, Ślusarska, 2017].

Celem pielęgniarstwa jest również ułatwienie w radzeniu sobie pacjenta z kalectwem, niepełnosprawnością lub śmiercią. Pielęgniarki, realizując ten cel podejmują poniższe działania skierowane do pacjenta i jego rodziny:

- pomaganie w radzeniu sobie pacjenta i jego rodziny ze zmniejszeniem zdolności do wykonywania czynności dnia codziennego
- ułatwianie optymalizacji poziomu funkcjonowania pacjenta i jego rodziny poprzez maksymalizację ich mocnych stron o możliwości, nauczanie oraz korzystanie z systemów wsparcia
- zapewnienie opieki pacjentom i rodzinom w końcowym okresie życia [Zarzycka, Ślusarska, 2017].

Dokonując analizy definicji pielęgniarstwa, można zidentyfikować cztery szerokie cele praktyki pielęgniarstwa:

- promocję zdrowia,
- zapobieganie chorobom,
- przywracanie zdrowia, udział w przywracaniu zdrowia,
- pomoc w radzeniu sobie z kalectwem, niepełnosprawnością lub śmiercią [Zarzycka, Ślusarska, 2017].

Postępy we współczesnym pielęgniarstwie oraz medycynie wymagają od osób sprawujących opiekę nad pacjentami ustawicznego kształcenia oraz doskonalenia swoich umiejętności. Rola i funkcje pielęgniarki oraz wynikające z nich zadania w opiece nad człowiekiem zdrowym, zagrożonym chorobą oraz chorym skłaniają do ciągłego

aktualizowania wiedzy niezbędnej do realizacji praktyki pielęgniarskiej [Kędziora-Kornatowska i wsp., 2014].

Predyspozycje do pracy w zawodzie

Pielęgniarstwo jest zawodem szczególnym. Osoba wybierająca go musi mieć wyjątkowe predyspozycje osobiste i zdawać sobie sprawę z odpowiedzialności wobec innych. Fachowość to jednak tylko jeden wymiar pracy pielęgniarki/pielęgniarsza. Pacjent natomiast obok profesjonalizmu, oczekuje także zrozumienia, życzliwości i uśmiechu [Karczewski, 2002].

Pielęgniarstwo jest zawodem szczególnym. Jest towarzyszeniem człowiekowi w ciągu jego życia, zarówno w zdrowiu, jak i chorobie niejednokrotnie w najtrudniejszych momentach jego egzystencji. Wymaga szeroko rozumianej akceptacji drugiego człowieka, jego zachowania oraz wartości, jakie uosabia i reprezentuje. Ze względu na to uznaje się, że najważniejszą i najbardziej charakterystyczną cechą pielęgniarstwa, jest humanizm. Świadczenie usług pielęgniarskich wymaga wchodzenia w unikatowe relacje międzyludzkie. Główne cechy kształtowania tych relacji to:

- zdolność do współodczuwania,
- wysokie kompetencje,
- zdobywanie zaufania,
- świadomość moralna,
- gotowość do świadczenia pomocy [Wilczek-Rużyczka, 2007].

Ze względu na podmiot pracy, którym jest człowiek, niezbędną cechą pielęgniarki jest umiejętność nawiązywania kontaktów z ludźmi – istotne bardzo są relacje interpersonalne. Od pielęgniarki wymaga się zdolności współpracy z innymi ludźmi, umiejętności nawiązywania kontaktów oraz prawidłowej komunikacji. Nawiązanie tej ostatniej jest warunkiem absolutnie koniecznym do uzyskania od pacjenta wiarygodnych informacji na temat historii choroby i stanowi jeden z podstawowych elementów terapii.

Realizowanie funkcji: opiekuńczej, wychowawczej, promującej zdrowie, a także profilaktycznej i terapeutycznej, odbywa się na rzecz pacjenta lub człowieka zdrowego.

Oprócz specyficznych predyspozycji praca ta wymaga również wysokich kwalifikacji zawodowych, zdrowotnych oraz społeczno-moralnych ze względu na bezpośredni kontakt z osobą potrzebującą wsparcia, pomocy, empatii, troski o życie i zdrowie.

Pielęgniarka wykonuje takie czynności, na które pacjent nie pozwoliłby czasami nawet

bliskim sobie osobom. W trakcie swej pracy rozmawia z pacjentem o wielu intymnych sprawach, dlatego w zawodzie pielęgniarki normy etyczne mają szczególne znaczenie [Wilczek-Rużyczka, 2008].

Pielęgniarki nie tylko zapewniają pacjentowi bezpośrednią opiekę, dbają o jego bezpieczeństwo, ale są także łącznikami między nim, rodziną a resztą systemu opieki zdrowotnej [Michalak, 2019].

Zawód zaufania publicznego

Termin zawód zaufania społecznego możemy odnaleźć w art.17 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Artykuł ten wiąże wykonywanie zawodu zaufania publicznego z istnieniem samorządu zawodowego. Do zawodów zaufania publicznego zalicza się profesje, których przedstawiciele wykonują zadania o szczególnym charakterze z punktu widzenia troski o realizację interesu publicznego [Wojtczak, 2002].

Odpowiedzi ankietowanych z badania Skowrońskiego dowodzą, iż zawód zaufania publicznego kojarzy się polskiemu społeczeństwu z profesjami wymagającymi od osób, które podejmują się jego wykonywania specjalnych standardów etycznych, moralnych i wysokiej jakości usług. Działania przedstawicieli takich zawodów wiążą się z ochroną życia, zdrowia, wolności i godności ludzkiej, dlatego ich znaczenia dla społeczeństwa jest szczególne [Skowroński, 2009].

Z jednej strony zawód pielęgniarki, pielęgniarza to zawody utożsamiane z wysokim uznaniem społecznym, wykonywane przez bardzo dobrze wykształconych profesjonalistów, z drugiej strony zaś trudne, odpowiedzialne, obciążone dużym ryzykiem, również błędu w sztuce, i nisko opłacane [Tytuła, Jasztal-Kniażuk, 2013].

Najtrafniej postawę zawodową, jako swoistej wartości profesji, określiła Virginia Henderson, która parafrazowała przydatność pielęgniarki dla pacjenta w sposób następujący: „pielęgniarka nierzadko staje się świadomością człowieka, który utracił świadomość, ukochaniem życia dla samobójcy, nogą amputowanego, oczami tego, który świeżo utracił wzrok, środkiem lokomocji dla noworodka, źródłem wiedzy i zaufania dla młodej matki oraz rzecznikiem tych, którzy nie mogą i nie chcą mówić” [cyt. za Ślusarska, Zarzycka, Zahradniczek, 2017].

Pochylając się nad ukierunkowaniem działań promujących profesje medyczne, należy stwierdzić, że są to piękne zawody, o bardzo klarownie określonej misji, pełne profesjonalizmu, coraz częściej doceniane w sondażach społecznych, gdzie plasują się w czołówce

zawodów o wysokim zaufaniu społecznym [Tytuła, Jaształ-Kniażuk, 2013].

Pielęgniarki zostały też zaliczone do grona funkcjonariuszy publicznych i otrzymały związaną z tym ochronę oraz uznanie [Tytuła, Jaształ-Kniażuk, 2013].

ZDROWIE PSYCHICZNE, JAKO PODSTAWA FUNKCJONOWANIA CZŁOWIEKA

Równo pół wieku temu w Konstytucji Światowej Zdrowia, zdrowie zdefiniowano, jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, wskazując jednocześnie, że należy je ujmować w kategoriach pozytywnych, a nie negatywnych. Po raz pierwszy w sposób jednoznaczny niebudzący żadnych wątpliwości rozszerzono pojęcie zdrowia o jego przejawy psychiczne i społeczne. Współcześnie bada się także związki między zdrowiem psychicznym a dobrostanem, poczuciem, jakości życia, szczęścia czy zadowolenia [Górna i wsp., 2016].

W holistycznym podejściu do zdrowia nie ma uzasadnienia sztucznego podziału na zdrowie psychiczne (tzw. psyche) i zdrowie ogólne (tzw. soma). Każda osoba jest jednostką mającą specyficzne cechy charakteru i osobowości oraz specyficzną konstrukcję fizyczną. W związku z tym problemy związane ze zdrowiem psychicznym nie mogą być traktowane w oderwaniu od ogólnego stanu zdrowia i samopoczucia [Jarema, 2011].

Zdrowie psychiczne można określić na kilku różnych poziomach:

- opisowym, gdy posługujemy się charakterystyką zachowania i innych przejawów różnych procesów psychicznych,
- wyjaśniającym, wskazując, salutogenetyczne i patogenetyczne mechanizmy podtrzymujące zdrowie lub zaburzenia psychiczne,
- genetycznym, gdy wskazuje się czynniki biologiczne, psychiczne, środowiskowe warunkujące zdrowie lub zaburzenie psychiczne [Górna i wsp., 2016].

Kryteria stanowiące narzędzie do diagnozowania zdrowia psychicznego dzieli się na:

- ogólne- określające stosunek człowieka do rzeczywistości i świata,
- egocentryczne – określające stosunek człowieka do siebie samego,
- społeczne – określające stosunek człowieka do społeczeństwa, życia społecznego i wspólnot,
- etyczne – określające poziom moralny człowieka [Kurpas i wsp., 2009].

Według Karty Zdrowia Psychicznego 2000 - zdrowie psychiczne i choroby psychiczne stanowią efekt wielu czynników biologicznych i psychologicznych mieszczących się w przeszłym oraz obecnym środowisku, tkwiących w systemach opieki zdrowotnej i społecznej oraz łączących się ze stylem życia [Kurpas i wsp., 2009].

Współczesna psychologia określa zdrowie psychiczne, jako dojrzałą, dobrze przystosowaną i optymalnie funkcjonującą osobowość. Prawidłowy i konstruktywny proces

powstawania oraz rozwoju zdrowia psychicznego, zmierzający do osiągnięcia przez człowieka dojrzałej osobowości, wyraża się w kształtowaniu cech twórczych, a następnie postawy twórczej [Kurpas i wsp., 2009].

DEFINICJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W RÓŻNYCH ASPEKTACH

Zdrowie psychiczne, zgodnie z definicją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), jest jednym z podstawowych elementów ogólnego zdrowia i oznacza nie tylko brak zaburzeń czy choroby, ale także potencjał psychiczny, umożliwiający jednostce zaspokajanie swoich potrzeb, osiąganie sukcesów, czerpanie radości i satysfakcji z życia, zwiększający zdolność rozwoju, uczenia się, radzenia sobie ze zmianami i pokonywania trudności, a także sprzyjający nawiązywaniu i utrzymywaniu dobrych relacji z innymi ludźmi oraz aktywnemu udziałowi w życiu społecznym [Nowicka, Wzorek, 2016].

Samo pojęcie zdrowia psychicznego jest bardzo wieloznaczne i w zależności od specjalizacji definiowane w różny sposób. Najczęściej kojarzone z problemami, chorobami niż z czymś pozytywnym [Nowicka, Wzorek, 2016].

Jednakże sama definicja WHO wskazuje na szerokie rozumienie pojęcia, jako pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny człowieka. Dodatkowo WHO wyjaśnia, że zdrowie psychiczne:

- jest czymś więcej niż brakiem zaburzeń psychicznych.
- stanowi integralną część zdrowia- nie ma pełni zdrowia bez zdrowia psychicznego.
- zależy od szeregu czynników społeczno- ekonomicznych, biologicznych i środowiskowych.
- powinno być wspierane i promowane przez politykę na rzecz zdrowia publicznego i budowanie międzysektorowych strategii i interwencji [Nowicka, Wzorek, 2016].

Zdrowie psychiczne to zdolność do:

- rozwoju w kierunku wszechstronnego rozumienia,
- przeżywania, odkrywania i tworzenia coraz wyższej hierarchii, rzeczywistości i wartości, aż do konkretnego ideału indywidualnego i społecznego [Kurpas i wsp., 2009].

Definicję zdrowia psychicznego trudno sformułować w sposób jednoznaczny i uniwersalny, gdyż może być ono rozpatrywane w różnych aspektach, jako:

- stan pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego, a nie tylko nieobecność choroby czy kalectwa.
- poziom rozwoju psychofizycznego człowieka, który pozwala mu realizować własne cele i potrzeby w harmonii z innymi ludźmi.

DEFINICJA ZDROWIA PSYCHICZNEGO W RÓŻNYCH ASPEKTACH

- czynność centralnego układu nerwowego, który osiągnął poziom ewolucji, umożliwiający dowolną, świadomą kontrolę zachowania, w rezultacie, której działalność człowieka umożliwia mu optymalne przystosowanie bez naruszania norm życia społecznego [Kurpas i wsp., 2009].

Wbrew potocznym określeniom, nienormalność nie jest równoznaczna z chorobą psychiczną, a normalność- ze zdrowiem psychicznym [Wilczek-Rużyczka, 2007].

CZYNNIKI WARUNKUJĄCE ZDROWIE PSYCHICZNE

Struktura psychiczna człowieka jest wypadkową wielu czynników, które ukształtowały jego osobowość.

Do kształtowania i umacniania zdrowia psychicznego potrzebne jest współdziałanie trzech czynników:

- konstytucjonalnego i związanego z nim potencjału rozwojowego, decydującego w dużej mierze o rozwoju w sensie dodatnim, jak również w sensie ujemnym,
- odpowiedniego wychowania w rodzinie, właściwej organizacji szkolnictwa, nastawienie na modele i wzory oraz konkretne ideały wychowawcze,
- czynnika autonomicznego i autentycznego- człowiek, który rozwija u siebie te czynniki, wpływa również korzystnie na rozwój innych [Kurpas i wsp., 2009].

Znaczący wpływ na zdrowie, zwłaszcza psychiczne, ma styl pracy, wypoczynku, spędzania wolnego czasu [Górna i wsp., 2016].

Do uzyskania wyższego poziomu zdrowia psychicznego potrzebne są:

- doświadczenia i przeżycia
- autentyczne myślenie
- rozwiązywanie trudnych problemów życiowych
- rozwój wewnętrzny
- rozwój kontaktów społecznych
- doświadczenia osobiste i zawodowe [Kurpas i wsp., 2009].

Determinantami ogólnego zdrowia psychicznego jest wiele czynników społecznych, psychologicznych i biologicznych. Utrzymujące się napięcia społeczno- gospodarcze odbijają się na dobrostanie psychicznym jednostek, jak i całych społeczności. Stąd funkcjonowanie w obszarach dotkniętych wysokimi wskaźnikami ubóstwa, bezrobocia oraz niskim poziomem edukacji wiąże się z gorszym stanem zdrowia psychicznego w wyniku licznych czynników presji [Nowicka, Wzorek, 2016].

Zły stan zdrowia psychicznego wiąże się również z licznymi zróżnicowanymi aspektami życia człowieka; zmianami społecznymi, co jest obecnie silnie dostrzegalne we wszystkich gospodarkach światowych, stresującymi warunkami pracy, dyskryminacją płci, wykluczeniem społecznym, niezdrowym trybem życia, ryzykiem przemocy fizycznej, złego stanu zdrowia i łamaniem praw człowieka, w tym poczuciem niesprawiedliwości i bezsilności wobec instytucji publicznych [Nowicka, Wzorek, 2016].

MIEJSCE PRACY I JEGO WPLYW NA PSYCHIKĘ CZŁOWIEKA

Praca jest działalnością celową, nierozzerwalnie związaną z egzystencją człowieka, jako gatunku biologicznego [Karczewski, 2002]. Obok nauki i zabawy, jest jedną z podstawowych form aktywności człowieka. Można ją określić, jako celową działalność zmierzającą od idei (zamysłu) do wyboru mającego określone wartości użytkowe.

Praca stanowi dla człowieka określoną wartość, która ma aspekt subiektywny, polegający na tym, że pracujący jest przeświadczony, iż wykonywana praca zaspokaja jego potrzeby, oraz aspekt obiektywny, uzależniony od cech samej pracy np. zadań stawianych pracownikowi i warunków ich wypełniania.

Psychologiczna wartość pracy:

- kształci aparat poznawczy człowieka,
- kształtuje inteligencję,
- jest zgodna z potrzebami, rozwija różnego rodzaju motywacje,
- jest zgodna z zainteresowaniami i uzdolnieniami oraz rozwija je,
- nie stwarza zbyt wielu sytuacji trudnych,
- rozwija postawę twórczą.

Praca mająca takie właściwości potencjalnie sprzyja zdrowiu lub mu nie szkodzi [Formański, 2004].

Niestety nie ma wątpliwości, że w środowisku pracy pielęgniarki jest wiele czynników, które są źródłem stresu i wpływają na poziom obciążenia psychicznego i wypalenia zawodowego [Ksykiewicz-Dorota, 2005].

Pracy człowieka towarzyszy wiele czynników szkodliwych dla zdrowia i stanowiących istotne ryzyko utraty życia. Zagrożenia zawodowe, czyli mogące występować w środowisku pracy, dzieli się zazwyczaj na:

- czynniki niebezpieczne
- czynniki szkodliwe (biologiczne, chemiczne, fizyczne)
- czynniki psychospołeczne – oddziałujące negatywnie na sferę psychiczną [Marcinkowski, 2003].

Czynniki psychospołeczne:

- czynniki psychiczne powodujące zdrowotne skutki reakcji stresowej pochodzenia zawodowego (np. zespół wypalenia zawodowego, zespół nietolerancji pracy zmianowej), sprzyjające popadaniu w uzależnienia
- czynniki społeczne np. niskie płace, pozbawiające komfortu psychicznego i satysfakcji

zawodowej, obniżające prestiż zawodowy przez niedowartościowanie ekonomiczne, zmuszające do podejmowania dodatkowych prac z przyczyn ekonomicznych, kosztem wypoczynku [Marcinkowski, 2003].

Coraz częściej u lekarzy psychiatrów pojawiają się osoby pracujące zbyt długo, zbyt ciężko, mające zbyt wielką odpowiedzialność i mierzące się ze zbyt wysokimi wymaganiami. Osoby te przede wszystkim zgłaszają się po pomoc, bo mają problem z zaśnięciem, odpoczywaniem, odprężeniem się i nie jest w stanie pozbyć się uczucia napięcia. Objawy te są związane z nadmierną aktywacją osi stresu [Mosiołek, 2018].

PANDEMIA COVID-19, JAKO WYZWANIE W ASPEKCIE ZACHOWANIA ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Choroba jest rzeczywistością, która nagle ingerując w nasze życie zawodowe, rodzinne i osobiste, zmienia je w czas trudnej nieraz walki o powrót do zdrowia [Brożek i wsp., 2020].

Skojarzenia ze słowem „pandemia” są różne, a jednym z nich może być walka. Na początku towarzyszy jej olbrzymi lęk, który wywołała niewiedza, niepewność, brak leków, czy decyzyjny chaos [Tomczak, 2021].

Izolacja społeczna pokazała jak bardzo ludzie nawzajem potrzebują siebie. Nie tylko na co dzień, żeby żyć, ale też i w szczególnych momentach- jak umieranie [Brożek i wsp., 2020].

Z pandemią związana jest także koronasomnia - zjawisko medyczne, które wiąże się z bezsennością spowodowaną zagrożeniem Covid-19. Potwierdzono, że liczba osób cierpiących na bezsenność wzrosła w czasie pandemii. Covidowa bezsenność dotyka głównie osoby pracujące w tzw. kluczowych branżach, które na czas pandemii nie były „zamrażane”. Michał Skalski, psychiatra, zwrócił uwagę, że pandemia nasiliła czynniki wyzwalające zaburzenia związane ze snem. Oprócz poczucia zagrożenia zakażeniem się koronawirusem zalicza się do nich także, wymuszone pandemią, zmianę trybu życia (praca on-line), brak ruchu i kontaktów z ludźmi [cyt. za Krysiak, 2021].

Po raz pierwszy pojawiła się choroba, która zaatakowała właściwie wszystkie układy. W dużym stopniu pandemia dotknęła też psychiatrię. Taka kumulacja stymulatorów negatywnych (stres związany z chorobą, utrata bliskich, izolacja, odbywanie kwarantanny) odbiła się niewątpliwie na zdrowiu psychicznym [Fal, 2021].

Im dłużej trwa pandemia, tym trudniej radzić sobie ze stresem. To z kolei może doprowadzić do wyczerpania i przewlekłego zmęczenia, a w odległej konsekwencji do pogorszenia zdrowia psychicznego, a nawet fizycznego. Z pandemią jest jak z każdym dystresem - zdolności adaptacyjne człowieka do kryzysowej sytuacji zmniejszają się, a następnie kończą [Krzystanek, 2021].

Halpin i wsp. [Rymer, 2021] zwracają uwagę, że z punktu widzenia praktyki medycznej przewlekający się i przewlekły Covid-19, wymaga odpowiedniego podejścia do chorego i zajęcia się nie tylko fizyczną jego stanem zdrowia, ale także sferą poznawczą, psychologiczną, społeczną i zawodową.

Objawy zgłaszane przez pacjentów, po przebyciu zakażenia Covid-19, oprócz innych układów, dotyczą także zaburzeń neurologiczno-psychiatrycznych i są opisywane przez pacjentów, jako „mgła covidowa”, zaburzenia koncentracji, uwagi i pamięci, bóle głowy,

zaburzenia snu. Wykazano 14,6% badanych depresję [Rymer, 2021].

Kiedy pacjent trafia do lekarza z powodu bezsenności, to w 70% okazuje się, że kryje się za tym jakaś inna choroba, a w czasie pandemii jest to „mgła covidowa”, zmęczenie nieadekwatne do wysiłku, czy zaburzenia funkcji poznawczych (ma związek z koronasomnią) [Skalski, 2021].

Przed pandemią można było zdefiniować tych, którzy mają zaburzenia psychiczne i była to grupa osób, u których można było postawić jasne rozpoznania. Pandemia pokazała jednak, że problemy natury psychicznej mogą dotyczyć wszystkich. Zacierają się też rozróżnienia, co jest prawidłowe, a co nie jest. Pandemia bowiem budzi ewidentnie strach przed zakażeniem, następstwami i rozróżnienie, co jest nieprawidłowym lękiem, a co adekwatnym strachem chwilami bywa trudne.

Problemy w zakresie zdrowia psychicznego obejmują coraz szersze grupy ludzi. Najpierw tych, co w pandemii weszli w kryzys, a teraz tych, których w kryzys wpędza powrót do życia społecznego [Murawiec, 2021].

SATYSFAKCJA Z PRACY, JAKO WAŻNY ELEMENT STABILNOŚCI EMOCJONALNEJ

Nie ma do tej pory jednoznacznej definicji pracy i oceny wartości dla człowieka. Wydaje się jednak, że wszyscy, niezależnie od przyjętej koncepcji, podkreślają znaczenie pracy, z której czerpie się poczucie sensu egzystencji [Anczewska, 2016].

W świecie, w którym osiągnięcia, praca, pozycja stają się najważniejszymi wartościami, nie sposób uniknąć zagrożenia w postaci nadmiernego stresu [Mosiołek, 2018].

Zaspokajanie podstawowych potrzeb, kształtowanie jakości życia dla rodziny, tworzenie wartości dla innych ludzi - daje poczucie bycia potrzebnym, wręcz uszczęśliwia. Oznakę zdrowia, rozwoju i powodzenia w życiu stanowią także sukcesy zawodowe. Praca zawodowa jest formą uczestniczenia w życiu innych, najskuteczniejszym sposobem zwalczania samotności i izolacji [Anczewska, 2016].

Zdrowie człowieka zależy od prawidłowego metabolizmu komórkowego, na który wpływają czynniki endo- i egzogenne (związane są np. z zagrożeniami, jakie występują w środowisku pracy) [Karczewski, 2002].

Zdecydowana większość respondentów zgadza się ze stwierdzeniem, że w pracę należy się angażować (wykonywać z sercem), nawet, jeśli nie jest specjalnie znacząca (95%), oraz że praca nadaje sens naszej egzystencji (92%) [Anczewska, 2016].

Praca służąca zdobywaniu satysfakcji życiowej, pozwala na rozwój osobisty, daje rekompensatę w postaci pozycji społecznej, prestiżu, a nawet władzy, potwierdza wiedzę, daje poczucie uczestniczenia w czymś ważnym, istotnym z punktu widzenia jednostki i społeczeństwa.

W hierarchii wartości Polaków praca zawodowa ważna jest dla 80% respondentów, a dla 40% bardzo ważna. Przy wyborze jednej cechy o największym znaczeniu w codziennym życiu pracowitość znalazła się na czwartym miejscu za miłością rodzinną, uczciwością i szacunkiem dla drugiego człowieka [Anczewska, 2016].

Satysfakcja z pracy jest subiektywnym odczuciem każdego pracownika [Krucieńska, 2018]. Czynniki związane z wykonywaną pracą to przede wszystkim:

- warunki pracy np. konieczność wykonywania jej w pośpiechu, wkładanie w pracę zbyt dużego wysiłku, praca w godzinach nadliczbowych, monotony sposób wykonywania pracy,
- przeciążenie pracą, które może mieć charakter ilościowy (jeśli jest zbyt dużo czynności do wykonania) lub jakościowy (gdy praca jest zbyt trudna) [Formański, 2004].

Środowisko pracy tworzą:

- Funkcjonalna struktura organizacyjna
- Satysfakcja z pracy
- Równowaga praca-rodzina
 - wypalenie, fluktuacja
 - błędy, niedoświadczeni pracownicy
- Kształcenie ustawiczne, edukacja
- Kultura pracy, zaufanie
 - wypalenie, fluktuacja
 - błędy, niedoświadczeni pracownicy

Osoby zadowolone z własnego życia deklarują lepsze zdrowie, są sprawniejsze, bardziej aktywne, lepiej oceniają swoje warunki życiowe, rodzinne i materialne-znamiennie częściej starzeją się pomyślnie. Poczucie zadowolenia z życia stanowi bowiem jeden z zasadnych, globalny wykładnik i miernik, jakości z życia [Karczewski, 2002].

Po stronie pracodawcy leży obowiązek dbałości o zdrowie środowiskowe, czyli te aspekty zdrowia człowieka, w tym, jakość życia, które są zdeterminowane przez czynniki biologiczne, chemiczne, fizyczne, psychiczne i społeczne środowiska [Kilańska, Trzcńska, 2014].

ODDZIAŁ PSYCHIATRYCZNY, SZCZEGÓLNE MIEJSCE PRACY PIELEŃNIAREK

Komunikowanie się z człowiekiem z zaburzeniami psychicznymi wymaga odpowiednich predyspozycji osobowościowych - ze strony osoby komunikującej się, wiedzy zarówno w zakresie komunikowania się, jak i dotyczącej jego problemów, wynikających z sytuacji choroby. Zaliczyć do tego można szczególnie wrażliwość, empatię i autentyczność oraz umiejętność stosowania technik komunikowania się w kontakcie terapeutycznym w różnych sytuacjach z tymi chorymi [Wilczek-Rużyczka, 2007].

Bariery zakłócające komunikowanie się ze strony pacjenta z zaburzeniami psychicznymi często wynikają z istoty zaburzeń psychicznych i/lub są efektem leczenia farmakologicznego, a także stanowią reakcję pacjenta na dyskryminujące postawy społeczne. Należą do nich:

- nieufność, podejrzliwość,
- silne emocje (np. lęk, złość, gniew, euforia itp.)
- zachowania agresywne, nierzadko, jako reakcja na ukrywany lęk, bezradność i frustrację lub jako wyuczone zachowanie,
- zaburzenia poznawcze (np. trudności w koncentracji, w formułowaniu i rozumieniu wypowiedzi),
- zaburzenia myślenia (np. dezorganizacja, urojenia),
- zaburzenia spostrzegania (np. omamy),
- trudności w werbalizacji (np. mutyzm, spowolnienie mowy, zbyt szybkie wypowiedzi),
- zachowania manipulacyjne (np. w manii),
- brak lub niedostateczny wgląd w objawy chorobowe i zaburzenia krytycyzmu,
- wycofanie i spowolnienie,
- nierozwiązane problemy emocjonalne,
- brak motywacji do leczenia i współpracy [Górna, Jaracz, Rybakowski, 2016].

Komunikowanie się osoby pomagającej z pacjentem chorym psychicznie powinno się odbywać w sposób werbalny i niewerbalny. Zarówno jeden, jak i drugi sposób komunikacji wymaga od osoby pomagającej wrażliwości i wytrwałości, gdyż chorzy psychotyczni są tak zajęci swoimi przeżyciami, że prosta prośba lub polecenie może mieć dla nich zupełnie inny sens. Powinno się także pamiętać, że, jak podkreśla A. Kępiński w „Poznaniu chorego”, istotą

kontakty z pacjentem psychotycznym jest poznanie i zrozumienie świata jego przeżyć [Wilczek-Rużyczka, 2007].

Pielęgniarka jest osobą najczęściej obecną przy pacjencie i to ona najszybciej jest w stanie dostrzec pojawiający się problem w opiece, leczeniu, czy relacjach z chorym. Od jej reakcji i postawy zależy często nasilenie problemu lub jego zniwelowanie. Podstawą poprawnej relacji personelu medycznego z chorym jest wyrozumiałość, empatia, cierpliwość, życzliwość i prawda zawarta w kierowanych do pacjentów komunikatach [Śleziona, 2019].

Pogląd Kępińskiego z pewnością się nie zdezaktualizował. Jest oczywiste, że wśród zadań pielęgniarki realizowanych w odniesieniu do pacjenta z problemami zdrowia psychicznego na pierwszy plan wysuwają się oddziaływania psychoterapeutyczne (specyficzne dla opieki nad chorym z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania), ale nie wolno jednak pominąć problemów somatycznych [Wilczek-Rużyczka, 2007].

Opieka nad pacjentem leczonym psychiatrycznie bywa trudna i nastęcza wiele problemów. Wymaga od pielęgniarki ogromnej wiedzy, intuicji, wycucia oraz zdolności obserwacji, by dostatecznie wcześnie dostrzec subtelne zmiany w zachowaniu pacjenta i interweniować [Śleziona, 2019].

Współczesna psychiatria, bazując na holistycznej koncepcji człowieka i realizując ideę kompleksowego leczenia, stwarza nowe obszary zadań dla wszystkich członków zespołu terapeutycznego. Niezbędny staje się, zatem, zdecydowany udział pielęgniarki w:

- promocji zdrowia psychicznego;
- profilaktyce zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania;
- procesie diagnostyczno- terapeutycznym;
- rehabilitacji osób po kryzysie psychicznym [Wilczek-Rużyczka, 2007].

CZYNNIKI STRESOGENNE ZWIĄZANE Z PRACĄ NA ODDZIALE PSYCHIATRYCZNYM

Choroba psychiczna należy do chorób specyficznych i trudnych do zdiagnozowania, ponieważ, nikt nie ma zdolności wniknięcia w psychikę drugiego człowieka [Wilczek-Rużyczka, 2007].

Praca z osobami z zaburzeniami psychicznymi jest wyczerpująca, gdyż wymaga z jednej strony ostrożności, uwagi, czujności, a z drugiej zrozumienia, empatii oraz ciepła. Praca z tego typu chorym obliguje personel medyczny do profesjonalnego, pełnego troski i zaangażowania podejścia, wyjątkowego otwarcia się na cierpienie chorych i poważne traktowanie problemów, z którymi się zwracają. Opieka nad chorymi psychicznie musi być wzbogacona o czynniki takie, jak: obserwacja, zbieranie i udzielanie informacji, porad, wyjaśnień, pocieszanie i uspokajanie oraz okazywanie ciepła, empatii i zrozumienia.

Należy podkreślić, że praca z osobami przejawiającymi zaburzenia psychiczne, bez właściwego przygotowania, jest dużym obciążeniem dla opiekunów, wyczerpuje i może niekorzystnie wpływać na personel (praca w stałym stresie) [Śleżiona, 2019].

Przebieg relacji terapeutycznej oraz uzyskiwanie pomocy od pielęgniarki są ściśle powiązane ze zmianami stanu psychicznego pacjenta i zmieniającego się w związku z tym jego oczekiwaniami i możliwościami [Górna, Jaracz, Rybakowski, 2012]. Za przykład może posłużyć pacjent agresywny, trudny do opanowania i leczenia, stanowiący zagrożenie dla innych chorych, siebie i personelu medycznego. Agresja chorego może wynikać ze zmian chorobowych, stosowania środków psychoaktywnych (narkotyki, alkohol, leki) lub cech osobowościowych. Podstawą działania w przypadku tego typu chorych jest przerwanie ataku agresji i zapewnienie bezpieczeństwa pozostałym chorym i personelowi. W tym celu czasem bywa konieczne zastosowanie przymusu bezpośredniego lub interwencji farmakologicznej. Później należy podjąć próbę nawiązania relacji z chorym umożliwiającą przeprowadzenie właściwej terapii i opieki [Śleżiona, 2019].

Personel medyczny psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest jedną z 24. grup zawodowych, wykonujących pracę o szczególnym charakterze. Są to prace, wymagające szczególnej odpowiedzialności. Wyniki badań na temat stresu w pracy tej grupy, wskazują, że jego podstawowym źródłem jest obciążenie na skutek intensywnych ciągłych i bezpośrednich kontaktów z innymi ludźmi (czynniki związane z pacjentem, w tym obciążenie wynikające z długotrwałego zazwyczaj charakteru zachowania pacjenta, problemów w komunikacji z nim oraz jego agresywnych zachowań [Łuczak, Baka, 2019].

CZYNNIKI STRESOGENNE ZWIĄZANE Z PRACĄ

Stres może się pojawić, gdy pracownik ma za dużo pracy, gdy działa pod presją czasu i terminów lub gdy musi podejmować zbyt wiele decyzji. Może być także wynikiem zmęczenia spowodowanego obciążeniem fizycznym i psychicznym, których dostarcza środowisko pracy, oraz dostosowaniem się do zmian w tym środowisku [Marcinkowski, 2003].

PRACA PIELEŃNIAREK NA PSYCHIATRII I JEJ WPŁYW NA ZDROWIE PSYCHICZNE

Psychiatria, jako dyscyplina medyczna, ma łagodzić cierpienie psychiczne i przywracać pacjentom zdolność do samodzielnego życia. Nadzór psychiatryczny oznacza fizyczną izolację pacjenta od społeczeństwa, bezpośrednią kontrolę zachowań uciążliwych lub niebezpiecznych [Axer, 2016].

Pobudzenie i agresja są częste w praktyce psychiatrycznej. Możliwymi czynnikami ryzyka są podeszły wiek, zaburzenia funkcji poznawczych, organiczne uszkodzenia mózgu, odstawienie środków psychoaktywnych i leków (w tym alkoholu i leków psychotropowych) [Samochowicz, Bieńkowski, 2017].

Największym problemem w kontaktach z pacjentem psychiatrycznym nie jest sam fakt ich agresywnych zachowań, lecz przeradzanie się tego rodzaju sytuacji w zaawansowane i groźne konflikty.

Agresja i przemoc były, są i będą elementem psychiatrycznej codzienności. Natomiast w znacznym zakresie jesteśmy w stanie wpływać na formę, długość trwania i konsekwencje takich zdarzeń [Wilczek-Rużyczka, 2007].

Przemoc psychiczna, zagrożenie agresją bez chęci realizacji tego zagrożenia, zdarza się w praktyce częściej niż przemoc fizyczna. Groźby i wulgarne obelgi nie wymagają od pijanego pacjenta żadnej sprawności ani odwagi. Niewątpliwie jednak mogą budzić uzasadniony strach. Wydaje się, że strach ten jest związany głównie z tym, że agresja słowna może być wstępem do agresji fizycznej. Warto sobie, więc uświadomić, że najczęściej wcale tak nie jest. Agresja słowna raczej zastępuje przemoc fizyczną, nie jest do niej wstępem [Święcicki, 2016].

Termin „ostre psychozy” odnosi się do stanów chorobowych o względnie nagłym początku, charakteryzujących się zaburzeniem związku człowieka z rzeczywistością, co przejawia się w nieprawidłowym spostrzeganiu, myśleniu, mało krytycznej ocenie rzeczywistości. Zalicza się tu takie choroby: schizofrenia (ostry początek lub nawrót), paranoja, choroby afektywne, zespoły dysocjacyjne, psychozy związane z odstawieniem alkoholu, z nadużywaniem halucynogenów i inne [Samochowicz, Bieńkowski, 2017].

Lęk nie jest dobrym doradcą. Strach może nim być, jeśli jest konstruktywny. Lęk przed pacjentem doprowadza do unikania rozwiązywania jego problemów. Boimy się (lękamy) osób chorych psychicznie, bo ich nie znamy. Odczuwamy strach przed agresją fizyczną lub

psychiczną. Przyczyną tego lęku jest najczęściej poczucie, że go nie rozumiemy, że jest kimś obcym, innym [Święcicki, 2016].

U pracowników psychiatrii połączenie roli pomocnika ze sprawowaniem nadzoru wywołuje przykry i trudny do pokonania dysonans [Axer, 2016].

Fachowy personel jest w znacznej mierze odpowiedzialny za to, czy i na ile podopieczny stanie się pacjentem agresywnym. Odpowiedzialność tę trzeba uważać za integralny element sprawowania opieki nad pacjentem psychiatrycznym [Wilczek-Rużyczka, 2007].

Wysokie wymagania emocjonalne w pracy personelu medycznego psychiatrycznej opieki zdrowotnej są, dla osób wykonujących ten zawód, podstawowym źródłem stresu. Wynika to z ciągłego uczestniczenia w emocjonalnie trudnych sytuacjach i konieczności odnoszenia się do problemów innych ludzi. Autorzy badań przeprowadzonych w grupie 239 pielęgniarek w Australii wyróżnili dwa rodzaje obciążenia emocjonalnego ich dotyczące:

- 1) konieczność powstrzymywania się od okazywania emocji negatywnych (np. strach, złość, zdenerwowanie), ze względu na wizerunek firmy, profesjonalizm
- 2) kontrolowanie sposobu okazywania emocji pozytywnych (np. empatia, akceptacja, opanowanie) ze względu na dobre relacje z pacjentem. Obydwa aspekty wpływają na odczuwanie stresu w pracy przez personel [Łuczak, Baka, 2019].

Wieloletnia praca pielęgniarki na oddziale psychiatrycznym wpływa na powstanie zespołu wypalenia zawodowego. Z pośród wielu grup zawodowych pracownicy ochrony zdrowia zajmujący się zdrowiem psychicznym są szczególnie narażeni na syndrom wypalenia zawodowego [Makara-Studzińska i wsp., 2018].

Nie ma w zasadzie powszechnie przyjętej definicji wypalenia zawodowego. Ogólnie można powiedzieć, że jest to przedłużona reakcja na przewlekłe działające w pracy stresory emocjonalne i interpersonalne. Pacjent doświadcza zmęczenia, utraty motywacji, ma poczucie braku skuteczności i klęski zawodowej, dopytany opisuje cyniczny stosunek do wykonywanej pracy. Opisywane wymiary zespołu to:

- emocjonalne wyczerpanie,
- depersonalizacja,
- obniżone poczucie dokonań osobistych [Anczewska, 2018].

Jeśli chodzi o następstwa, wypalenie zawodowe łączono z różnymi formami negatywnych reakcji i wycofania z aktywności zawodowej. Do reakcji takich zaliczono: niezadowolenie z pracy, niewielki stopień zaangażowania, częste absencje, zamiar opuszczenia pracy oraz rotacje [Maslach, Leiter, 2017].

Przeciwstawnym terminem, mającym dłuższą historię niż wypalenie, jest satysfakcja zawodowa. Nie wiadomo, czy wypalenie jest przyczyną braku satysfakcji zawodowej, czy też obniżenie satysfakcji z pracy przyczynia się do wystąpienia wypalenia [Anczewska, 2018].

Przyjmuje się, że powstanie zespołu wypalenia spowodowane jest przede wszystkim warunkami pracy oraz cechami osobowości pracownika [Formański, 1998].

Obserwuje się korelację między dużym poziomem wypalenia zawodowego i bardziej negatywnymi uczuciami w stosunku do pacjentów oraz gorszą jakością opieki nad nimi [Maslach, Leiter, 2017].

Ciągła troska o innych powoduje, że reprezentanci tego zawodu niejednokrotnie płacą wysoką cenę psychiczną [Wilczek-Rużyczka, 2008].

Obecnie oczywiste są związki między stresem a stanem psychicznym. Chroniczny stres prowadzi do wypalenia zawodowego, poczucia chronicznego zmęczenia, objawów lękowych i depresyjnych [Rybacki i wsp., 2020].

CEL PRACY

Głównym celem pracy była ocena wpływu miejsca pracy pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych, na ich zdrowie psychiczne.

Cele szczegółowe miały na celu sprawdzenie:

- 1) Jaka jest istota pielęgniarstwa i predyspozycje do zawodu w percepcji ankietowanych.
- 2) Jakie znaczenie ma zdrowie psychiczne w aspekcie podstawy funkcjonowania człowieka.
- 3) Czy Pandemia Covid-19 jest wyzwaniem w zakresie zachowania zdrowia psychicznego.
- 4) Jakie czynniki stresogenne są związane z pracą pielęgniarek na oddziale psychiatrycznym i jaki jest ich wpływ na zdrowie psychiczne.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w grupie 100. osób - pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na różnych oddziałach psychiatrycznych w Samodzielnym Publicznym Psychiatrycznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy, w okresie od 15.02.2022 do 30.06.2022 roku.

Badania miały charakter dobrowolny i anonimowy, a każdy uczestnik wyraził zgodę na ich przeprowadzenie.

Osoby biorące udział w badaniu zostały poinformowane o celu przeprowadzenia badań, oraz prawidłowym wypełnieniu ankiety, a także o możliwości rezygnacji z badania- na każdym jej etapie. Zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych- uczestnicy zostali poinformowani o ochronie danych.

Narzędziem badawczym jakim się posłużono się w pracy była autorska ankieta składająca się z 20. pytań.

Dalszą część stanowiła skala SWLS - Standaryzowana Skala Satysfakcji z życia oraz skala GSES - Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności.

Skala SWLS

Skala zawiera pięć stwierdzeń. Badany oceniał w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia, gdzie:

- 1 - oznaczało - zupełnie nie zgadzam się,
- 2 - nie zgadzam się,
- 3 - raczej nie zgadzam się,
- 4 - ani się zgadzam, ani nie zgadzam,
- 5 - raczej zgadzam się,
- 6 - zgadzam się,
- 7 - całkowicie zgadzam się [Juczyński, 2011].

Uzyskane oceny podlegały sumowaniu, zaś ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mógł mieścić się w granicach od 5 do 35 punktów, przy czym im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia:

- 5 – 9 pkt. – osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia,
- 10 – 14 pkt. – osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia,
- 15 – 19 pkt. – osoba raczej niezadowolona ze swojego życia,
- 20 pkt. – osoba ani zadowolona, ani niezadowolona ze swojego życia,

- 21 – 25 pkt. – osoba raczej zadowolona ze swojego życia,
- 26 – 30 pkt. – osoba bardzo zadowolona ze swojego życia,
- 31 – 35 pkt. – osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia [Juczyński, 2011].

W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena przyjęto traktować, jako wyniki niskie,
- 5 i 6 stena - jako przeciętne,
- 7-10 stena - jako wysokie [Juczyński, 2011].

Skala GSES

Składa się z 10 stwierdzeń, które wchodzi w skład jednego czynnika i przeznaczona do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Skala mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Poczucie własnej skuteczności pozwala przewidywać intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych.

Ogólnie można stwierdzić, że spostrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w różnych obszarach zachowań zdrowotnych. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne, jak i aktualne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniem dotyczącym własnej skuteczności. Równocześnie przekonania dotyczące skuteczności wpływają na ocenę osobistych zasobów jednostki w sytuacji stresowej. Jak podkreślają Locke i Latham, im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie i tym silniejsze jest ich zaangażowanie w zamierzone zachowanie nawet w obliczu piętrzących się porażek.

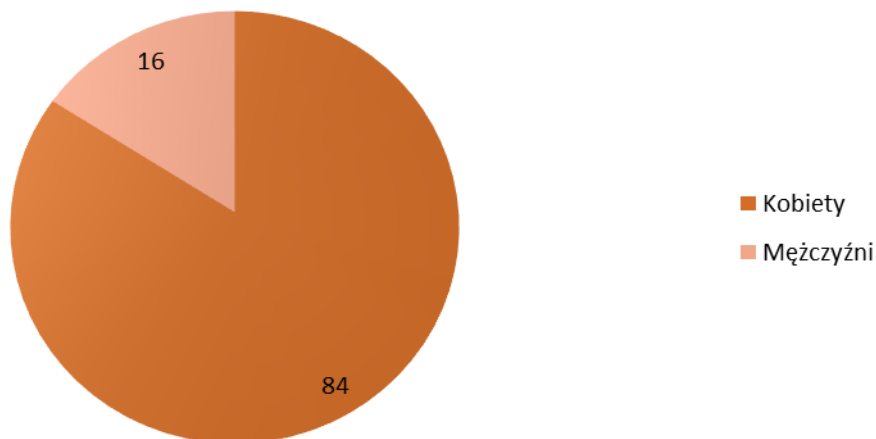
Badany zaznacza wybrane przez siebie odpowiedzi otaczając kółkiem właściwą cyfrę. Na każde pytanie są do wyboru cztery odpowiedzi:

- nie -1,
- raczej nie - 2,
- raczej tak - 3,
- tak - 4 .

Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który może się mieścić w granicach od 10 do 40 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności.

WYNIKI

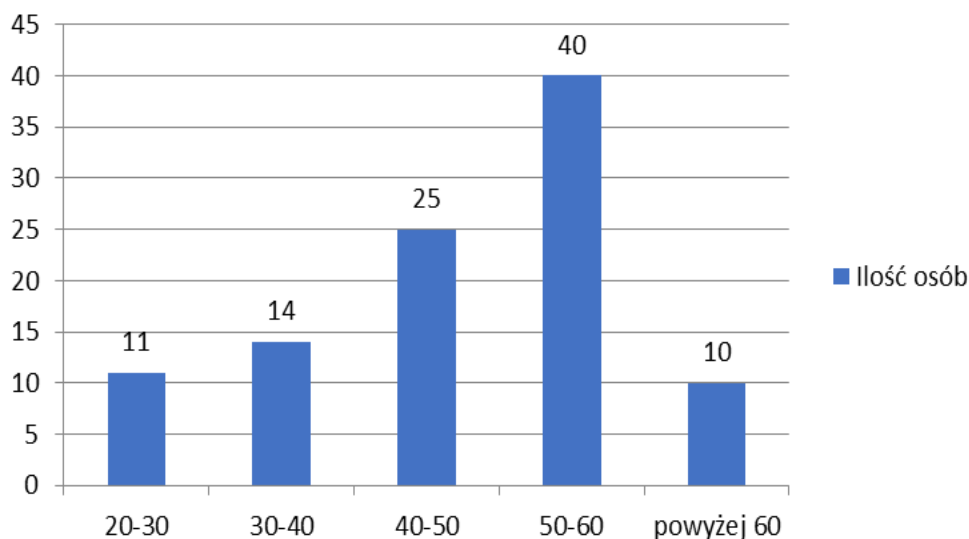
W badaniach uczestniczyło 100 osób, w tym 84% kobiet i 16% mężczyzn (Ryc. 1).



Ryc. 1 Płeć ankietowanych (N=100)

Pod względem wieku ankietowanych stworzono pięć przedziałów: 20-30 lat, 30-40 lat, 40-50 lat, 50-60 lat i powyżej 60. lat.

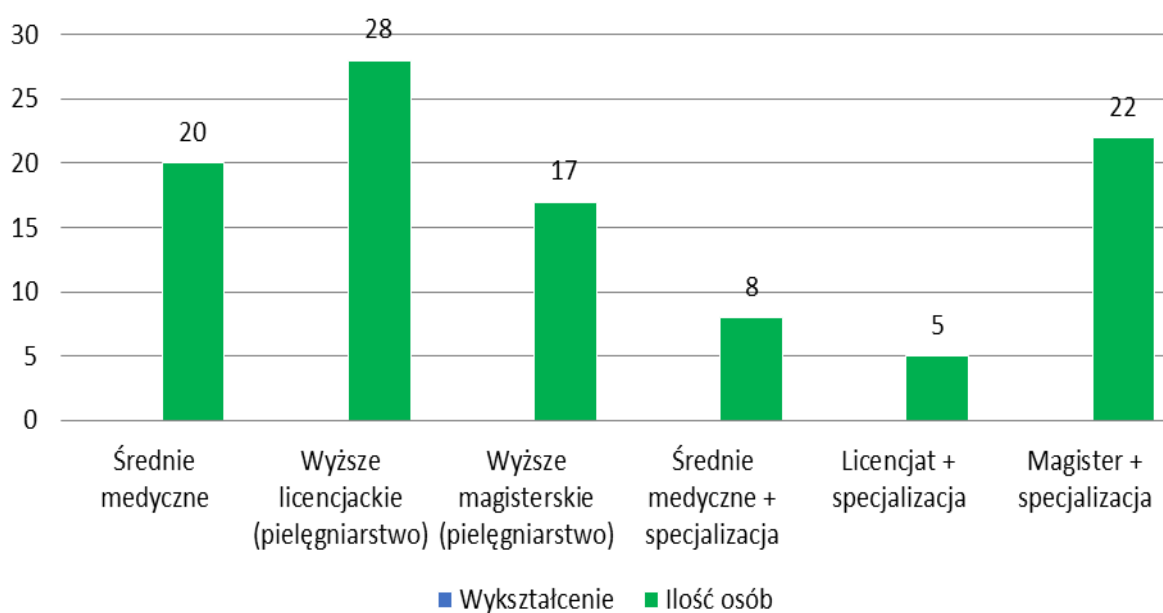
Najliczniejszą grupę - 40%, stanowiły osoby w przedziale 50-60 lat. Kolejny dość znaczny przedział wiekowy, to osoby 40-50 lat, stanowiły one 25%, badanego ogółu. Najmniej liczną część stanowiły osoby powyżej 60. roku życia i było to 10%. Z powyższej analizy wynika, że najliczniejszą grupę w zawodzie pielęgniarki stanowiły osoby w przedziale 50-60 lat, mały odsetek stanowią osoby młode do 40. roku życia (Ryc. 2).



Ryc. 2 Grupy wiekowe ankietowanych (N=100)

Osoby biorące udział w badaniu, posiadały zróżnicowane wykształcenie. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie wyższe licencjackie (28%), 39% badanych deklarowało wykształcenie wyższe magisterskie oraz specjalizację, zaś 20% miało wykształcenie średnie. Inne dane obrazuje Ryc. 3.

Wskazuje powyższe na fakt, iż na oddziałach psychiatrycznych pracuje personel pielęgniarski z wysokimi kwalifikacjami zawodowymi, odpowiednio wykształcony, dobrze przygotowany do pracy w zawodzie.

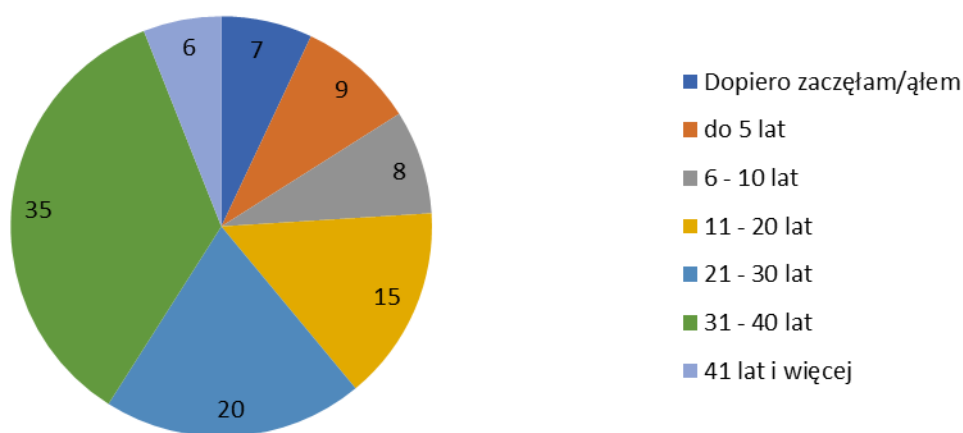


Ryc. 3 Wykształcenie ankietowanych (N=100)

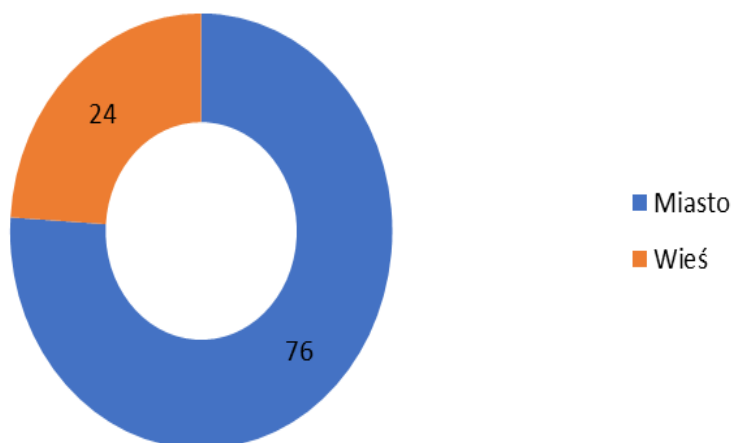
Osoby biorące udział w badaniu miały za zadanie podać swój staż pracy na oddziale psychiatrycznym. Na potrzeby badania stworzono siedem przedziałów: dopiero zaczęłam pracę, do 5 lat, 6-10 lat, 11-20 lat, 21-30 lat, 31-40 lat, 41. lat i więcej.

Najliczniejszą grupę (35%) stanowiły osoby ze stażem pracy na oddziale psychiatrycznym w przedziale 31-40 lat. Kolejną grupę (20%) - pielęgniarki i pielęgniarze ze stażem pracy w przedziale 21-30 lat. Najmniejszy odsetek (6%) stanowiły osoby z bardzo dużym stażem pracy - 41. lat i więcej. Nieliczna grupa (7%), to młodzi pracownicy dopiero zaczynający pracę na oddziale psychiatrycznym. Wyniki wskazują, że na oddziałach psychiatrycznych pracuje personel głównie z dużym stażem pracy na psychiatrii (Ryc. 4).

Pod względem miejsca zamieszkania 76%, stanowiły osoby mieszkające w mieście, zaś 24% na wsi, które to zazwyczaj wybierały miejsce pracy ze względu na bliską odległość od miejsca zamieszkania (Ryc. 5).



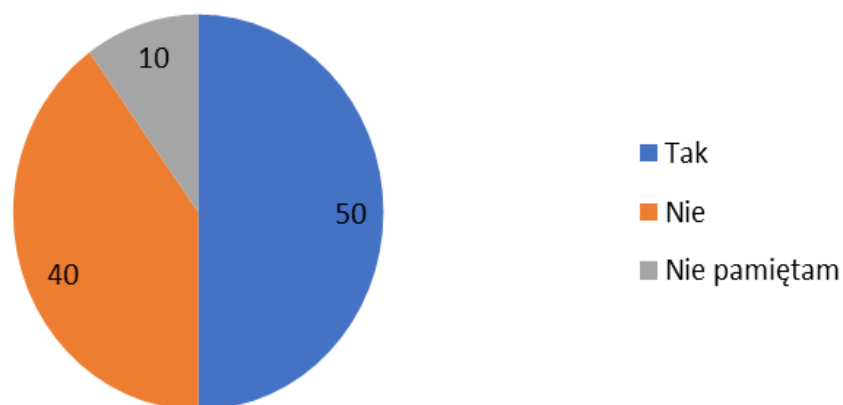
Ryc. 4 Staż pracy na oddziale psychiatrycznym ankietowanych (N=100)



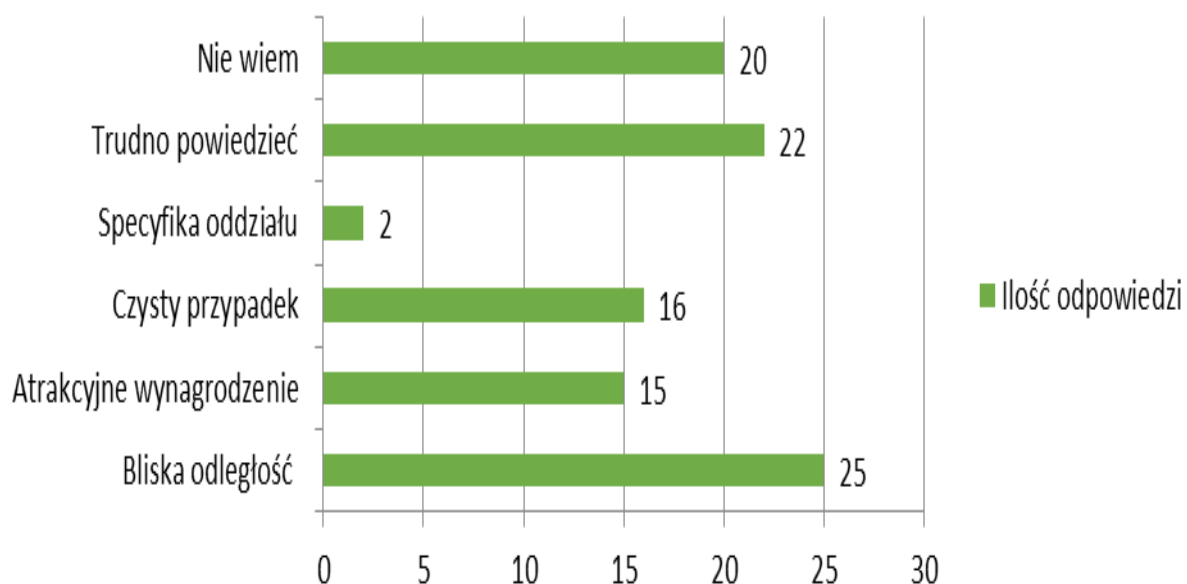
Ryc. 5 Miejsce zamieszkania ankietowanych (N=100)

Połowa (50%) ankietowanych deklarowało, że praca na psychiatrii, to był świadomy, przemyślany wybór, natomiast 40%, określiło, że to był przypadek albo perspektywa lepszych zarobków lub brak możliwości innego zatrudnienia. Wyniki obrazuje Ryc. 6.

W podobnym pytaniu, respondenci stwierdzili, iż o wyborze psychiatrii, jako miejsca pracy decydowała głównie (25%) bliska odległość od miejsca zamieszkania. 22% badanych odpowiedziało - „trudno powiedzieć”, 20% stwierdziło, że nie wie, dlaczego wybrało akurat takie miejsce pracy, aż 16% pielęgniarek odpowiedziało, że był to czysty przypadek, 15% uznało, że atrakcyjne wynagrodzenie zdecydowało o wyborze psychiatrii, jako miejsca pracy, a 2% wskazało, że specyfika oddziału wpłynęła na ich wybór (Ryc.7).



Ryc. 6 Świadomość wyboru psychiatrii, jako miejsca pracy (N=100)

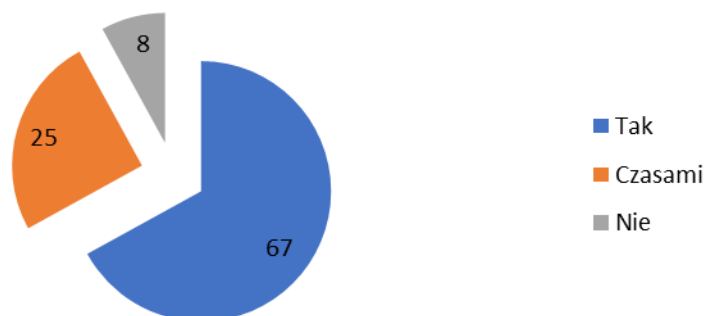


Ryc. 7 Przyczyny wyboru psychiatrii, jako miejsca pracy (N=100)

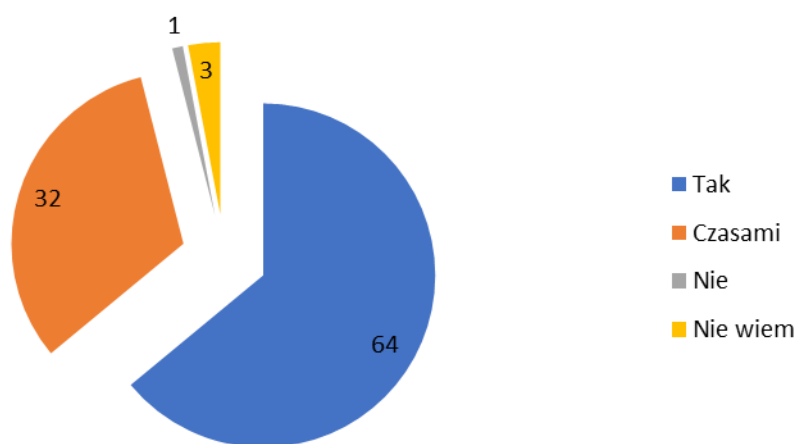
Ankietowani pielęgniarki i pielęgniarze na pytanie o doświadczenie przez nich agresji fizycznej ze strony pacjenta, mieli do wyboru trzy odpowiedzi; tak, czasami, nie. Dużą grupę, bo aż 67%, stanowiły osoby, które doświadczyły w miejscu pracy, fizycznej agresji ze strony pacjenta, 25% agresji doświadczyło czasami, zaś 8% jej nie doświadczyło. Jak wynika z badań własnych większość osób pracujących na psychiatrii, doświadczała agresji fizycznej ze strony pacjenta (Ryc. 8).

Większość ankietowanych (64%) odpowiedziało, że agresja ze strony pacjenta jest nakierowana na pielęgniarkę, 32% - że agresji doświadczało czasami, zaś 1% - podał, że jej

nie doświadcza. Problem z deklaracją miało 3% badanych. Z powyższego wynika, iż agresja pacjenta jest często przenoszona na pielęgniarkę (Ryc. 9).



Ryc. 8 Ilość osób doświadczających agresji fizycznej ze strony pacjenta w miejscu pracy (N=100).



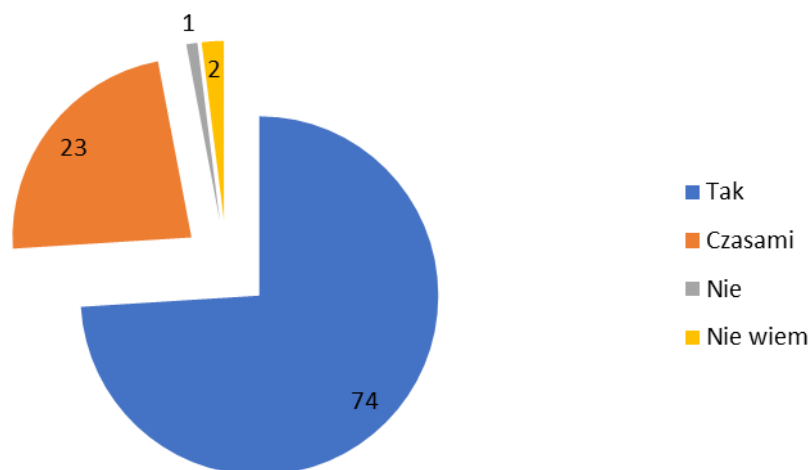
Ryc. 9 Agresja w miejscu pracy według ankietowanych (N=100)

Kolejnym zagadnieniem, do którego odnosiły się osoby biorące udział w badaniu, było to, czy oddział psychiatryczny jest stresogennym miejscem pracy. Duża grupa osób, bo 74% zaznaczyło stwierdzenie „tak”, 23% - „czasami”, 2% - „nie wiem”, zaś tylko 1% stwierdziło, że oddział psychiatryczny nie jest miejscem stresogennym (Ryc. 10). Podsumowując powyższe należy stwierdzić, że praca w szpitalu psychiatrycznym odbierana była przez badanych jako obszar negatywnie wpływający na pracujących tam personel.

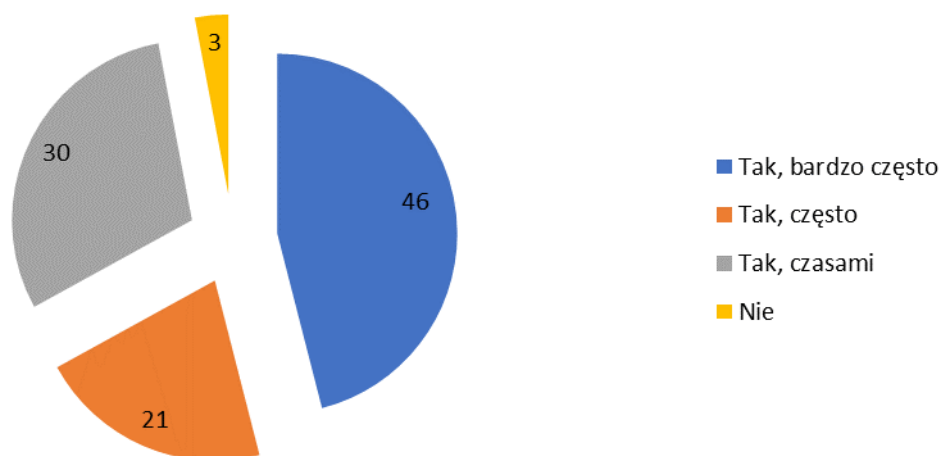
W kwestii negatywnych emocji towarzyszących pracy - 46% odpowiedziało, że bardzo często towarzyszą im obawa o własne życie i zdrowie, lęk, niepokój. Grupa 21% stwierdziła, że często doświadcza negatywnych emocji w pracy, 30% - że doświadcza ich czasami, a jedynie 3% stwierdziło, że nie ma z nimi do czynienia. Powyższe sugeruje, że

pracy na oddziale psychiatrycznym towarzyszą w większości badanych negatywne emocje (Ryc. 11).

Specyfika pracy oraz trudny pacjent z racji zaburzeń zdrowia psychicznego, często agresywny, nieprzewidywalny, wpływają negatywnie na zdrowie psychiczne pracującego tam średniego personelu medycznego.



Ryc. 10 Oddział psychiatryczny, jako stresogenne miejsce pracy (N=100)

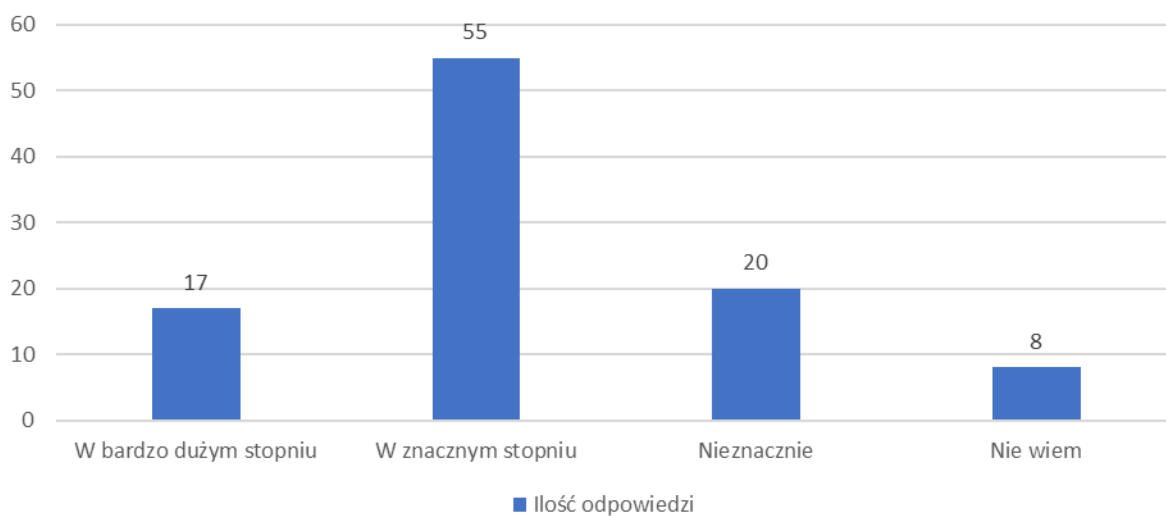


Ryc. 11 Negatywne emocje towarzyszące pracy (N=100)

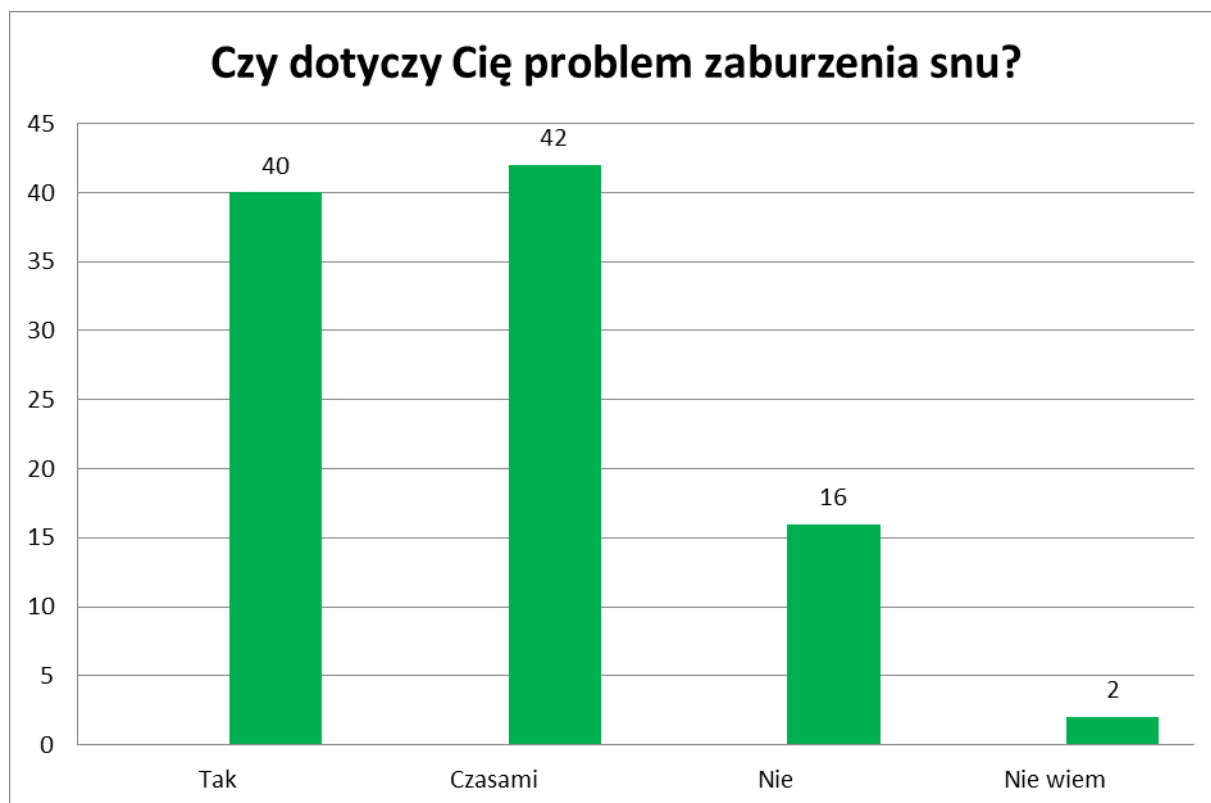
Na pytanie o wpływ pandemii na kondycję psychiczną pielęgniarek 55% ankietowanych zaznaczyła odpowiedź - w znacznym stopniu, a 20% - nieznacznie. W bardzo dużym stopniu postrzegało powyższe 17%, zaś najmniej liczna grupa zadeklarowała się jednoznacznie (Ryc. 12).

Jak wynika z analizy badań własnych oraz analizy dostępnej bibliografii, należy stwierdzić, iż pandemia COVID-19 znacznie wpłynęła na niestabilność emocjonalną

pielęgniarek, powodując u nich niejednokrotnie zaburzenia zdrowia psychicznego, zaburzenia depresyjne, nerwicowe czy zaburzenia snu.



Ryc. 12 Wpływ pandemii na kondycję psychiczną (niestabilność emocjonalną) pielęgniarek (N=100)



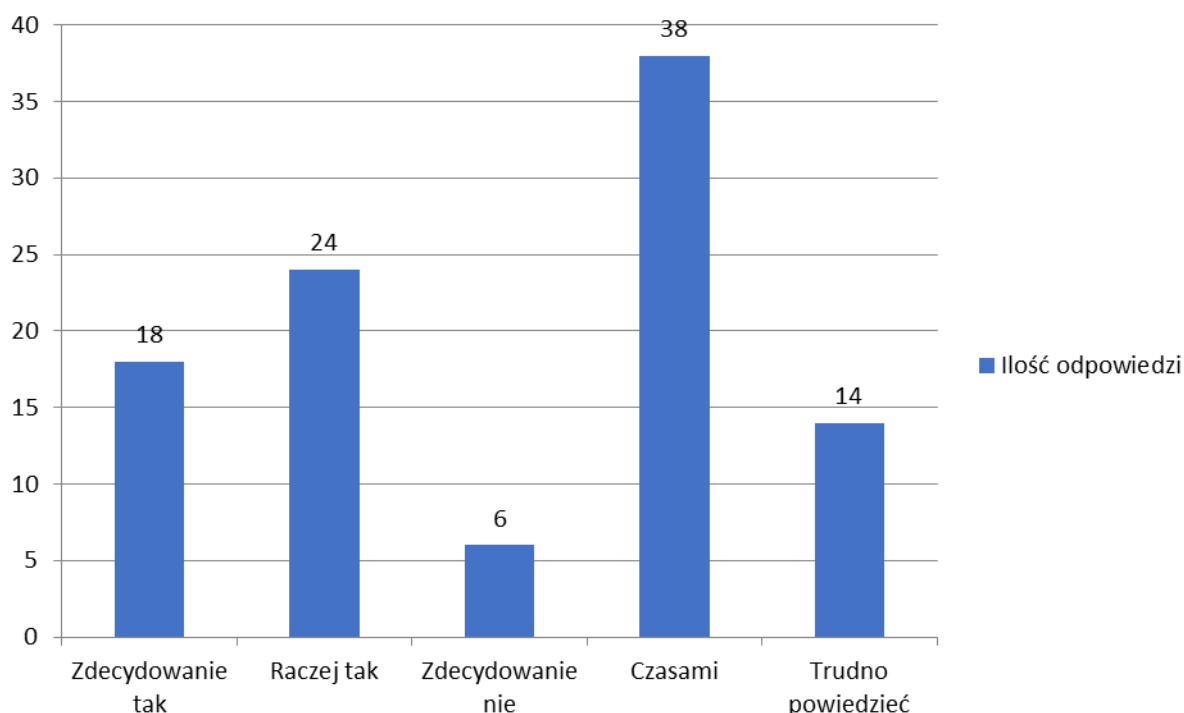
Ryc. 13 Występowanie zaburzeń snu wśród ankietowanych (N=100)

Ankietowane pielęgniarki i pielęgniarze na pytanie o zaburzenia snu u nich występujące w 40% stwierdzili, że go mieli. Czasami problem dotyczył 42%, nie miało takiego problemu 16% badanych, zaś 2% odpowiedziało – nie wiem (Ryc. 13).

Większość osób biorących udział w ankiecie stwierdziła więc, że dotyczy ich problem zaburzenia snu. Stresogenna praca na oddziale psychiatrycznym wpływa też jak widać na odpoczynek pracownika, negatywne emocje ujawniają się między innymi pod postacią problemu ze snem

Zapytani o wpływ stresu w pracy na życie rodzinne najczęściej osób (38%) stwierdziło, że bywa to czasami, 24% - raczej tak, zdecydowanie tak- 18%, a 6% odpowiedziało- zdecydowanie nie. Problem z odpowiedzią jednoznaczną miało 14% osób (Ryc. 14).

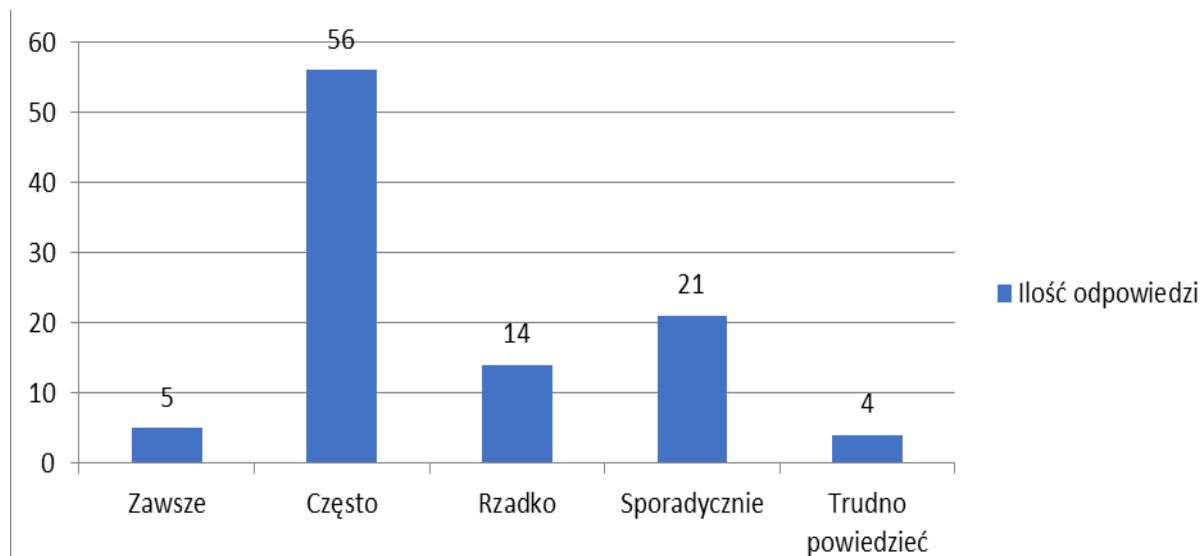
Analizując problem wpływu stresu w pracy na życie rodzinne wynika że są to dwa elementy ze sobą powiązane. Praca pielęgniarek na psychiatrii, jako bardzo stresogenna, przekłada się także na życie rodzinne. Negatywne emocje, często są przenoszone na życie poza pracę.



Ryc. 14 Stres w pracy a życie rodzinne (N=100)

Kolejne pytanie skierowane do ankietowanych dotyczyło częstotliwości występowania złości, frustracji, wyczerpania psychicznego po powrocie z pracy. Okazało się, że 56% ankietowanych odpowiedziało - często, 21% - sporadycznie, 14% - rzadko, 5% - zawsze,

a 4% - trudno powiedzieć (Ryc. 15). Jak wynika z badań większość badanych osób, często odczuwało negatywne emocje, złość, frustrację, wyczerpanie psychiczne, po powrocie z pracy.



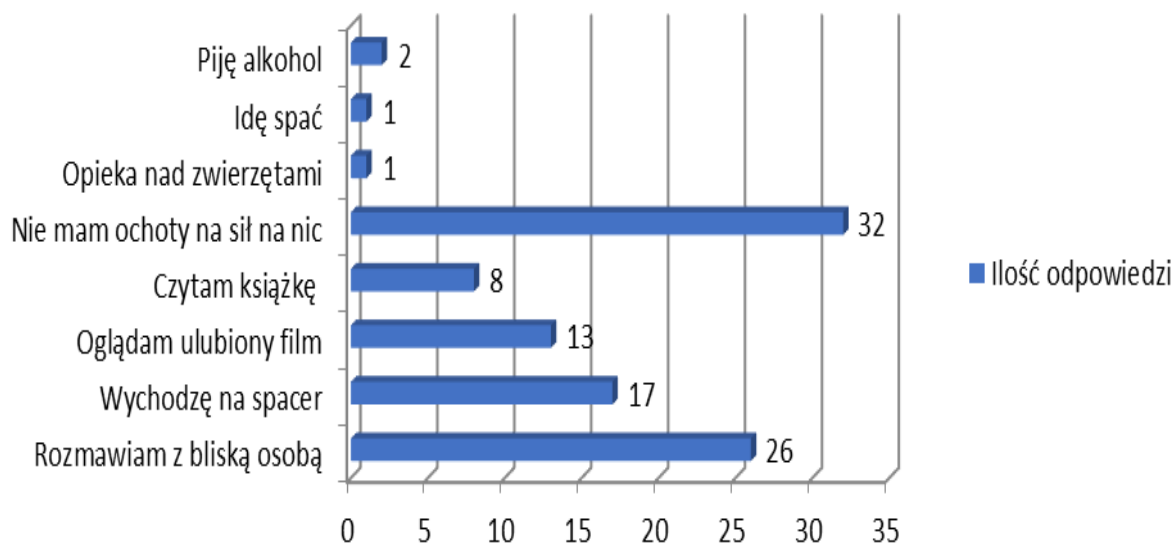
Ryc. 15 Odczuwanie złości, frustracji, wyczerpania psychicznego po powrocie z pracy (N=100)

Ankietowane osoby w jednym z pytań miały się odnieść do sposobu odreagowania po trudnym dyżurze. Najwięcej pielęgniarek i pielęgniarzy odpowiedziało, że nie mają ochoty i sił na nic (32%), 26% zaznaczyło odpowiedź „rozmawiam z bliską osobą”, 17% osób – „wychodzę na spacer”, 13% – „oglądam ulubiony film”, a 8% osób – „czytam książkę” (Ryc. 16). Badany personel dodał też własne odpowiedzi. Dwie osoby zadeklarowało, że aby odreagować po ciężkim dyżurze – piją alkohol, jedna osoba zajmuje się zwierzętami, zaś kolejna - szła spać. Jak wynika z badań najczęściej osób biorących udział w badaniu, stwierdziło, że praca na oddziale psychiatrycznym wpływa wyczerpująco na pracujący tam personel pielęgniarski. Znacząca grupa stwierdziła, że trudny dyżur, który zdarza się dość często, wyczerpuje bardzo, pozbawia sił i chęci do jakiegokolwiek aktywności i działania.

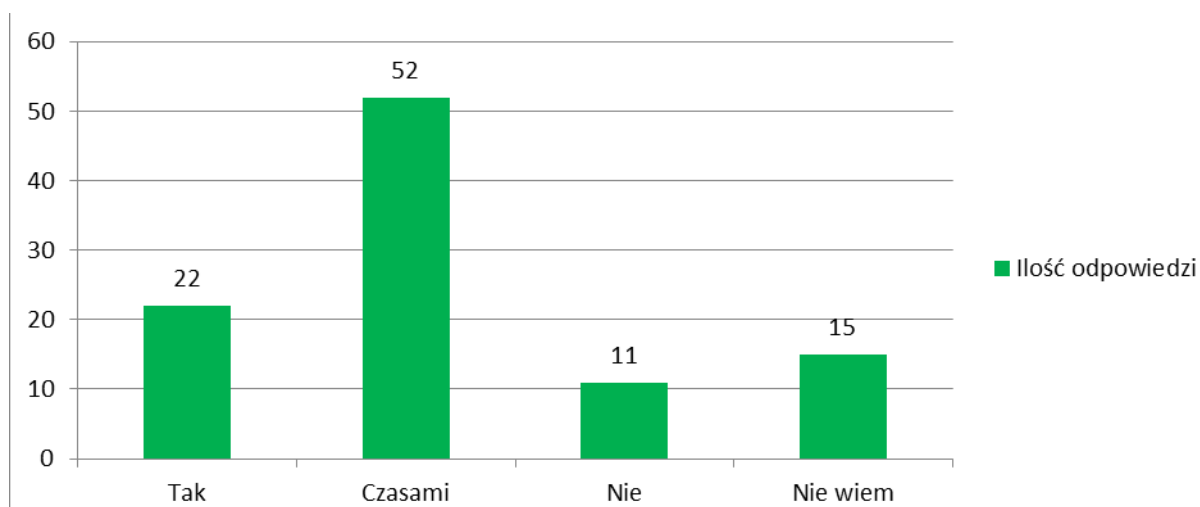
Ankietowane osoby miały też określić, czy wieloletnia praca na oddziale psychiatrycznym wpływa negatywnie na ich kondycję psychiczną. Ponad połowa odpowiedzi (52%) - brzmiała „czasami”, w przypadku 22% - było to „tak”, 15% - „nie wiem” oraz w 11% - „nie” (Ryc. 17). Wyniki te sugerują, że wieloletnia praca pielęgniarek na oddziale psychiatrycznym u większości badanych czasami wpływała negatywnie na kondycję

WYNIKI

psychiczną, zaś w przypadku 22 osób - ewidentnie negatywnie wpływała na ich zdrowie psychiczne.



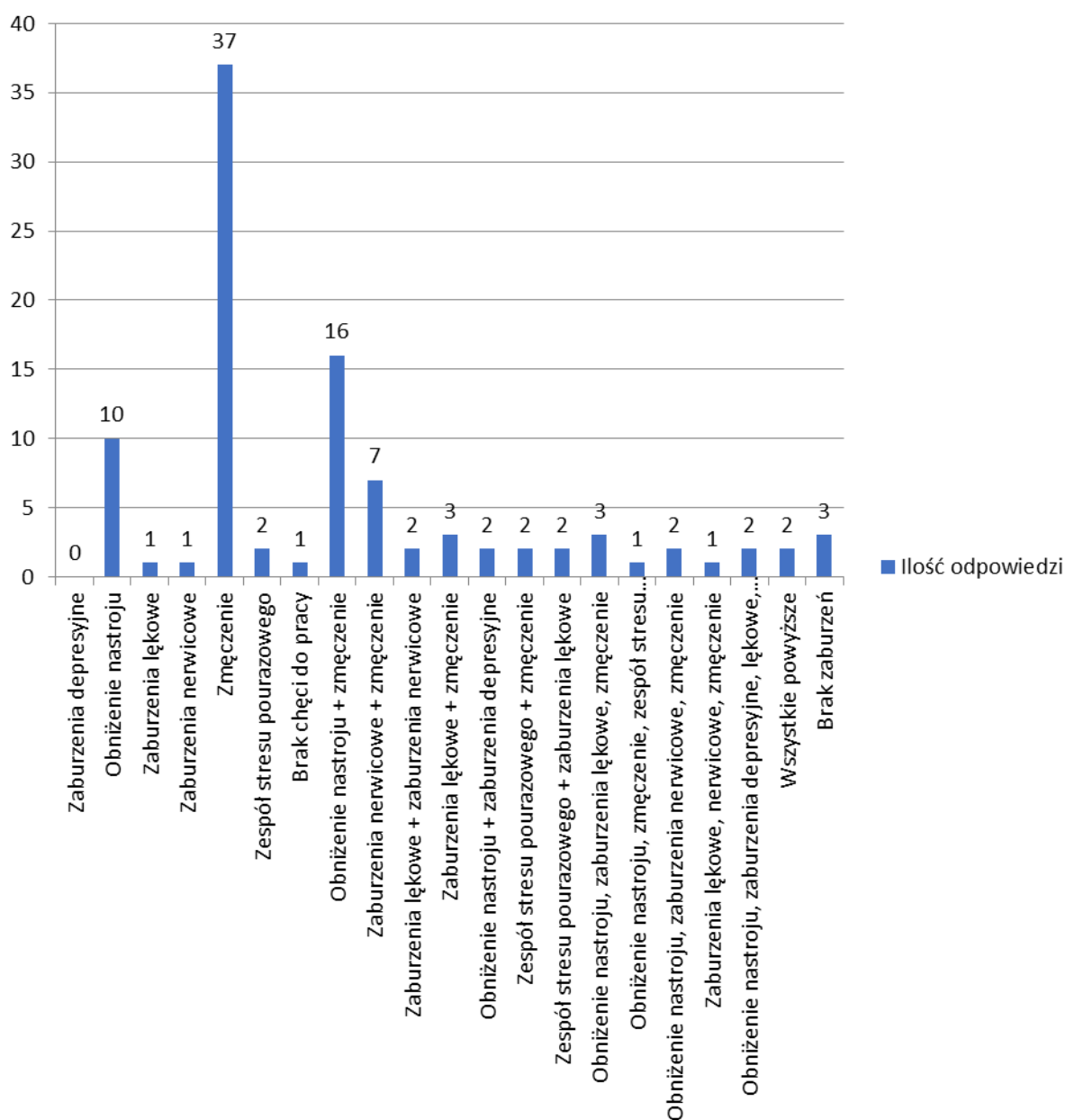
Ryc. 16 Sposoby odreagowania po trudnym dyżurze (N=100)



Ryc. 17 Wpływ wieloletniej pracy na oddziale psychiatrycznym na kondycję psychiczną pielęgniarek (N=100)

W kolejnym pytaniu ankietowani mieli odnieść się do zaburzeń m.in. w zakresie dobrostanu psychicznego, które u siebie obserwują i mogli wskazać kilka odpowiedzi. Najwięcej osób 37%, zaznaczyło zmęczenie, 10% - obniżenie nastroju, 7% - zaburzenia nerwicowe i zmęczenie, 3% - zaburzenia lękowe i zmęczenie, 3% - obniżenie nastroju, zaburzenia lękowe i zmęczenie, 2%- zespół stresu pourazowego, 2%-zaburzenia lękowe i

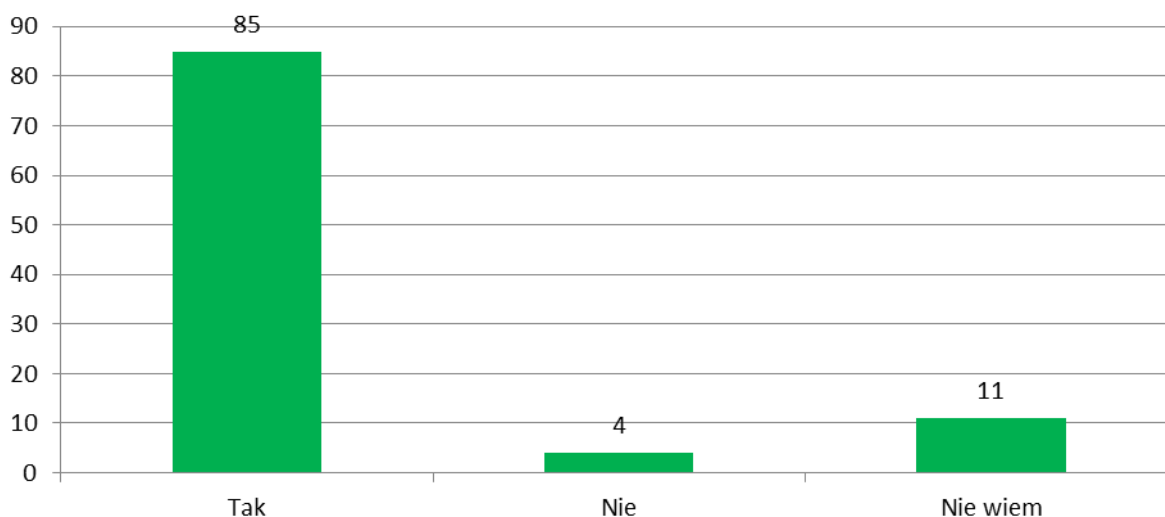
nerwicowe, 2%-obniżenie nastroju i zaburzenia depresyjne, 2%-zespół stresu pourazowego i zmęczenie, 2%-zespół stresu pourazowego i zaburzenia lękowe, 2%-obniżenie nastroju, zaburzenia depresyjne, zmęczenie, 2%-obniżenie nastroju, zaburzenia depresyjne, zaburzenia lękowe, nerwicowe, 2%-zaznaczyło wszystkie wymienione odpowiedzi, 1%-zaburzenia lękowe, 1%- zaburzenia nerwicowe, 1%-brak chęci do pracy, 1%- obniżenie nastroju, zmęczenie, zespół stresu pourazowego, 1%-zaburzenia lękowe, zaburzenia nerwicowe, zmęczenie. Z ogółu ankietowanych 3%, nie stwierdziło żadnych zaburzeń (Ryc. 18).



Ryc. 18 Zaburzenia w zakresie zdrowia psychicznego u pielęgniarek pracujących na oddziale psychiatrycznym (N=100)

Wyniki badań własnych przemawiają za tym, iż praca na psychiatrii wpływa negatywnie na zdrowie psychiczne pracujących tam pielęgniarek i pielęgniarzy. 37% deklaruowało przemęczenie, zaś 60% ankietowanych stwierdzało u siebie różne zaburzenia psychiczne. Nawet osoby bardzo młode (w przedziale 20-30 lat) pracujące na oddziale psychiatrycznym, zmagają się z zaburzeniami zdrowia psychicznego. Większość ankietowanych, to osoby powyżej 50. roku życia, mające wieloletni staż pracy w zawodzie i na psychiatrii. Zapewne miejsce pracy specyficzne i wymagające też wpłynęło na powstanie różnych zaburzeń w sferze zdrowia psychicznego.

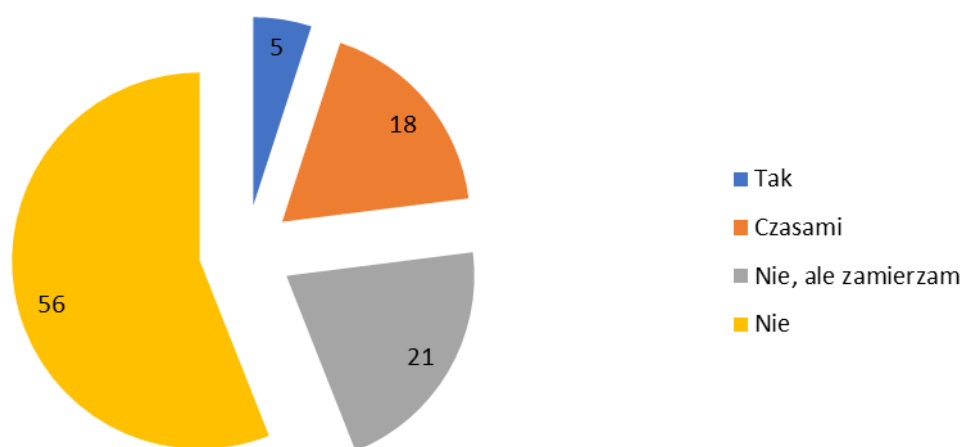
Okazało się, że charakter wykonywanej pracy i miejsce pracy w opinii badanych mają wpływ na powstanie zespołu wypalenia zawodowego, w tym 85% odpowiedziało - tak, 4% - nie, zaś 11% zaznaczyło - nie wiem (Ryc. 19). Wynik ten nie pozostawia wątpliwości, iż wieloletnia praca na oddziale psychiatrycznym wpływa na powstanie zespołu wypalenia zawodowego.



Ryc. 19 Wypalenie zawodowe w kontekście wieloletniej pracy na oddziale psychiatrycznym (N=100)

W ostatnim pytaniu ankiety, osoby biorące udział w badaniu miały się odnieść do kwestii korzystania z pomocy psychologa, psychoterapeuty, psychiatry. Okazało się, że 5% ankietowanych zadeklarowało, iż korzysta z pomocy specjalistów, 18% - robi to czasami, 21% - nie korzysta obecnie, ale zamierza to uczynić, a największa grupa (56%) zadeklarowała, że nie korzysta z takiej pomocy (Ryc. 20). Analizując wcześniejsze pytanie dotyczące zaburzeń zdrowia psychicznego u pielęgniarek pracujących na psychiatrii, należy stwierdzić, że pomimo istniejącego problemu osoby te w większości nie korzystały z pomocy specjalistów.

Sięgało po nią lub w najbliższym czasie zamierzało skorzystać z porady i pomocy jedynie 44% ankietowanych.



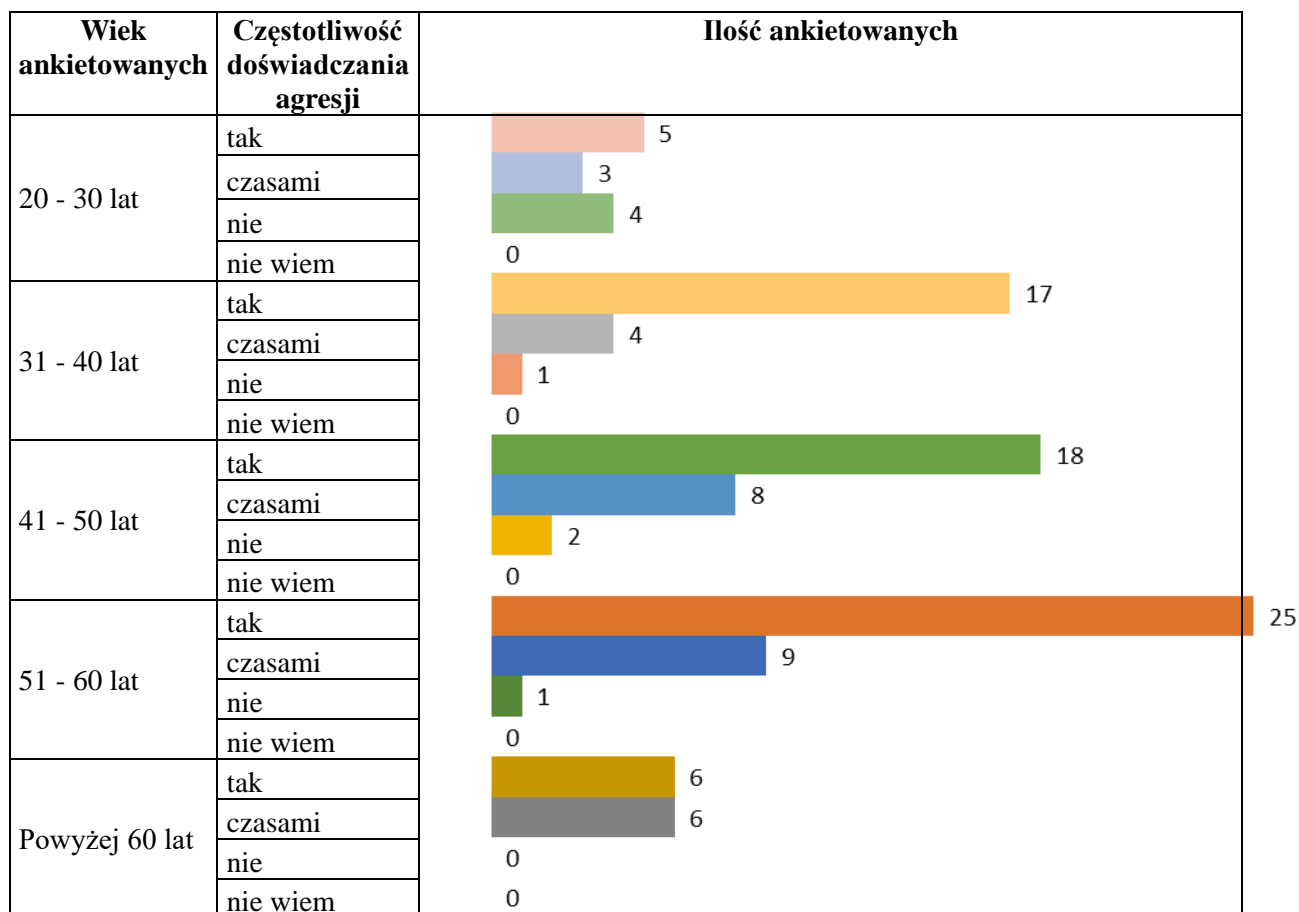
Ryc. 20 Korzystanie z pomocy psychoterapeuty, psychiatry, psychologa (N=100).

W każdej grupie wiekowej wśród ankietowanych były osoby, które doświadczyły agresji w pracy. Problem agresywnych zachowań był najczęściej występującym w grupie wiekowej 51-60 lat i stanowił 25% zdarzeń wśród badanej grupy. Zjawisko to także często miało miejsce w przedziale 41-50 lat, stanowiąc 18% oraz w grupie 31-40 lat - stanowiąc 17%. Agresja pacjentów była nakierowana na personel pielęgniarski, także wśród najstarszych pracowników, mających najdłuższy staż na psychiatrii. Świadczy to, że pomimo doświadczenia zawodowego i wysokich kwalifikacji zawodowych, nie można w większości przypadków zapobiec agresji pacjentów. Najmniejsza częstotliwość doświadczenia agresji występowała wśród najmłodszej i najmniej licznej grupy pracowników w przedziale 20-30 lat, stanowiąc 5%, zaś 3% doświadczało jej czasami. Najwięcej zdarzeń dotyczących gwałtownych, niebezpiecznych zachowań pacjentów obserwowano w grupie wiekowej pielęgniarek 41-60 lat. Jak wynika z badań własnych była to najliczniejsza grupa wiekowa, pracowników średniego personelu medycznego zatrudnionego na oddziałach psychiatrycznych, być może dlatego częstotliwość zdarzeń jest największa (Ryc. 21).

Analizując korelację pomiędzy wiekiem ankietowanych, a odczuciami negatywnymi towarzyszącymi pracy na oddziale psychiatrycznym, obawą o własne życie i zdrowie, odczuwaniem niepokoju i lęku, należy uznać, że najwięcej badanych osób określiło częstotliwość powyższych doznań na poziomie: tak, bardzo często oraz, czasami. Tylko 6 osób z grupy stu osobowej odpowiedziało, że nie doświadczyło w swojej pracy powyższych negatywnych odczuć. Są to pielęgniarki i pielęgniarze z najmłodszych grup wiekowych.

WYNIKI

Najwyższą częstotliwość występowania analizowanych doznań wykazano w najliczniejszych grupach wiekowych i stanowiących znaczną większość personelu oddziałów psychiatrycznych. W przedziale życia 41-50 lat oraz 51-60 lat padło najwięcej odpowiedzi potwierdzających, że praca na psychiatrii negatywnie wpływa na stabilność emocjonalną, a co za tym idzie na zdrowie psychiczne.

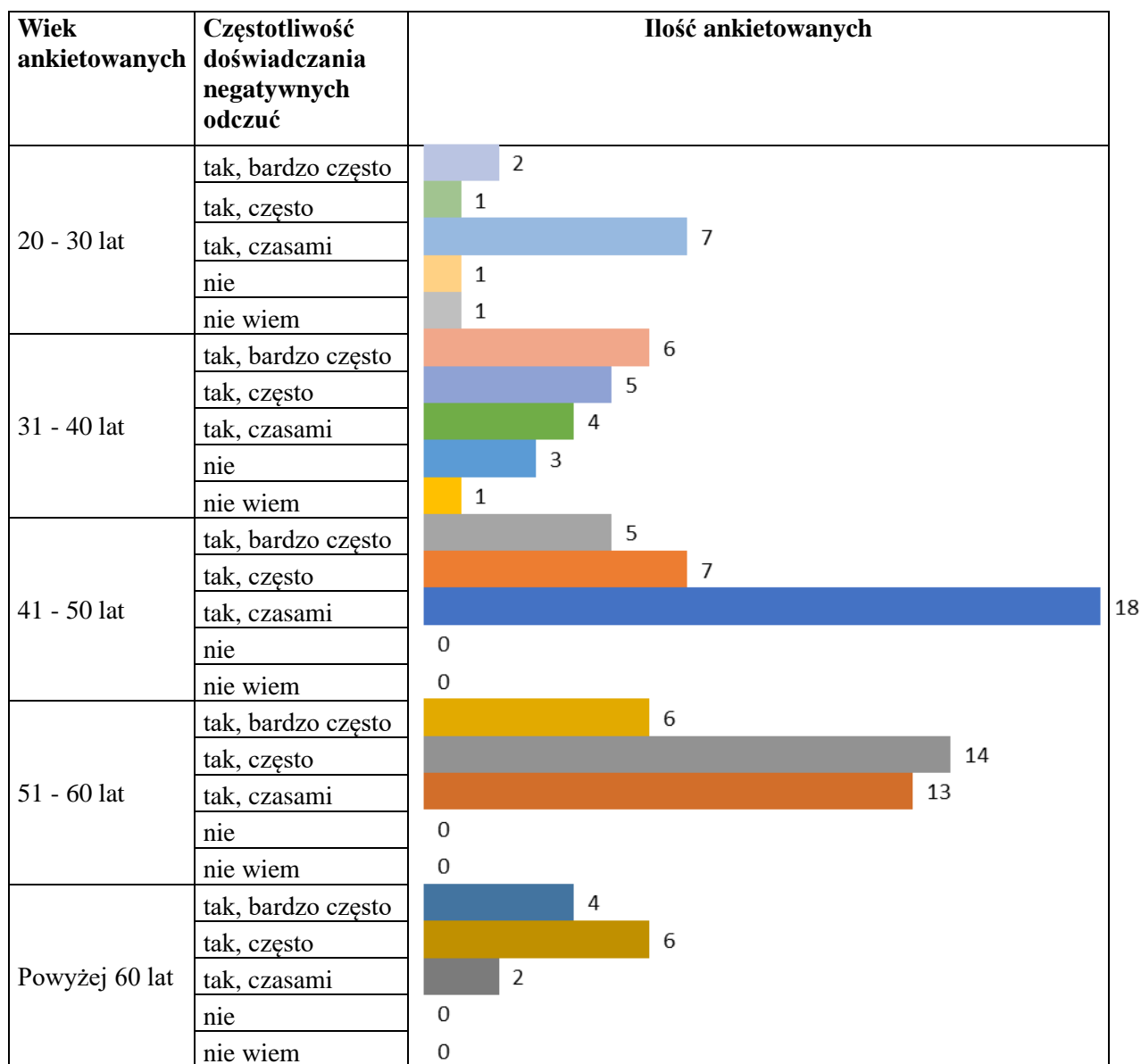


Ryc. 21 Wiek ankietowanych, a częstotliwość doświadczania przez nich agresji ze strony pacjenta (N=100)

W grupie wiekowej 41-50 lat 7% odpowiedziało, że obawy, lęk w pracy towarzyszy im często a 18% - że czasami. Natomiast w przedziale 51-60 lat - bardzo często zaznaczyło 6%, często - 14%, a czasami - 13%. Spośród najstarszych pracowników powyżej 60. roku życia (najmniej liczna grupa), również obserwowano podobne odczucia, jak w innych przedziałach wiekowych. Odpowiedzi - bardzo często- udzieliło 4% badanych, często - 6%, czasami - 2%. Wnioskując powyższe badanie należy uznać, że negatywne odczucia towarzyszące w pracy na psychiatrii dotyczyły pracowników we wszystkich grupach

WYNIKI

wiekowych i z różnym stażem pracy, zaś największą częstotliwość obserwowano powyższe wśród starszych pracowników 41-60 lat (Ryc.22).



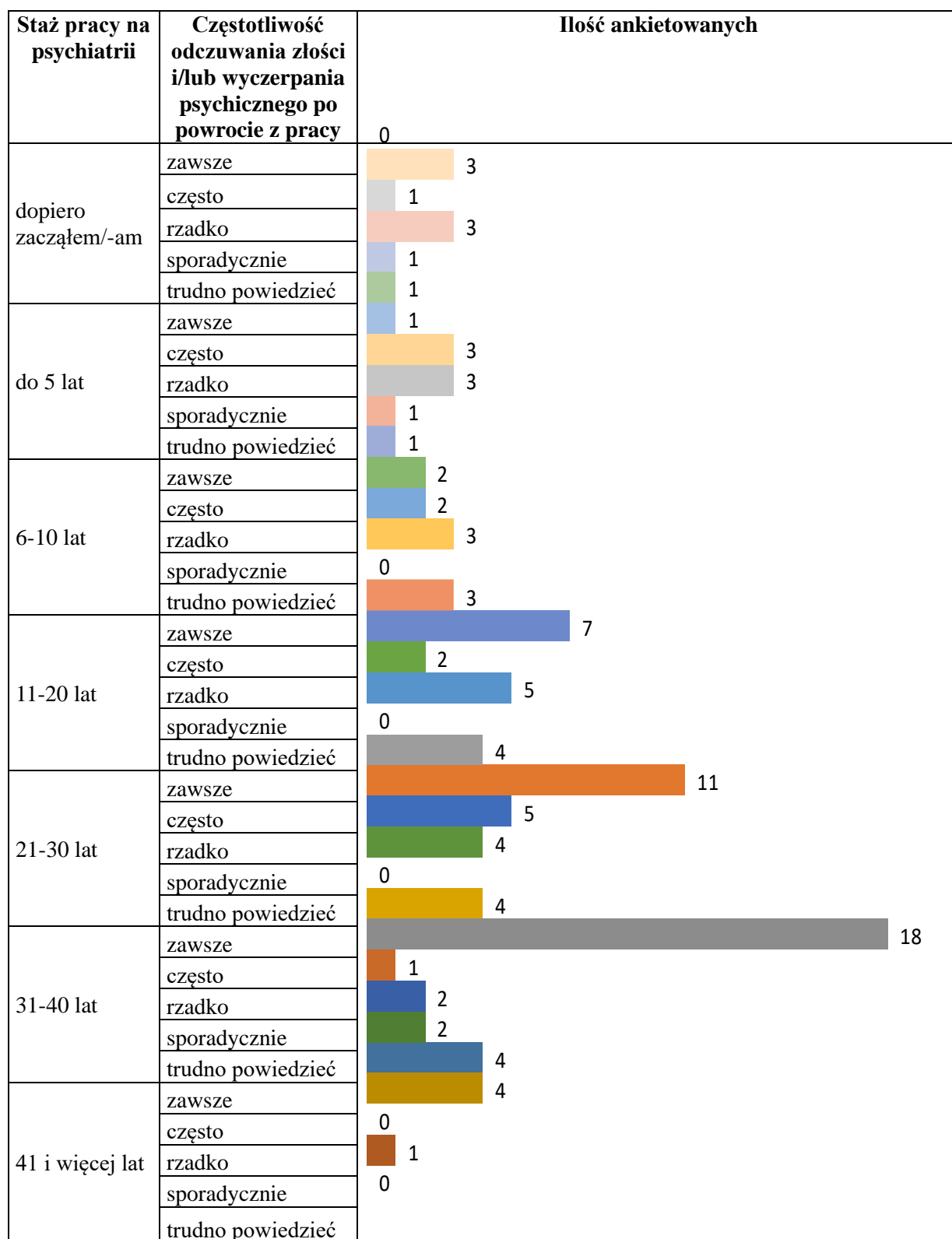
Ryc. 22 Wiek ankietowanych, a odczuwanie lęku, niepokoju, obawy o własne życie i zdrowie, w pracy pielęgniarki na psychiatrii (N=100)

Chcąc zbadać problem wpływu miejsca pracy, czyli oddziały psychiatrycznego, na zdrowie psychiczne, dokonano zestawienia stażu pracy pielęgniarek i jego wpływu na samopoczucie i kondycję psychiczną tam pracujących.

Zjawisko nasilenia frustracji i negatywnych odczuć na skutek pracy na psychiatrii, obserwowano już w grupie pracowników dopiero zaczynających pracę (3%). Częstotliwość odczuwania negatywnych emocji wzrastała w grupie o stażu pracy 11-20 lat (7%).

WYNIKI

Sukcesywnie wraz ze wzrostem stażu pracy rosła proporcjonalnie częstotliwość odczuwania negatywnych emocji.



Ryc.23 Staż pracy na psychiatrii, a częstotliwość odczuć takich jak: złość, frustracja, wyczerpanie psychiczne po powrocie z pracy (N=100)

W przedziale 21-30 lat pracy na psychiatrii zwiększała się ilość odpowiedzi „zawsze” (4%), gdzie u pracowników z mniejszym stażem pojawiały się pojedyncze odpowiedzi w tej kwestii. Natomiast w tej grupie doświadczali badani złych emocji często - 11%, rzadko - 5%, a sporadycznie - 4%. W kolejnej grupie stażowej od 31 do 40 lat, największa częstotliwość odczuwanych negatywnych emocji, to „często” (18%), co stanowiło najwyższy wynik spośród wszystkich grup. Zawsze odczuwało złe emocje - 4% badanych tej grupy. W grupie z najdłuższym stażem (41 lat i więcej), najwięcej ankietowanych zaznaczyło odpowiedź „zawsze” lub często (po 4%). Wyniki obrazuje Ryc. 23.

Nasilenie frustracji, złości wyczerpania psychicznego, nasilało się wraz ze wzrostem stażu pracy i negatywnie oddziaływało na zdrowie psychiczne tam pracujących pielęgniarek.

Analizując wyniki skali SWLS, należy stwierdzić, że ponad połowa ankietowanych (51%) była niezadowolona w różnym stopniu ze swojego życia, zaś 28% badanych deklarowało przeciętną satysfakcję. Najmniej liczna grupa (21%) określiła swój poziom zadowolenia z życia jako wysoki (Tab. 1).

Tab. 1 Analiza częstości wyników SWLS w podziale na steny (N=100).

Steny	N	%	Poziom	N	%
1	5	5	Niski	51	51
2	10	10			
3	12	12			
4	24	24			
5	14	14	Przeciętny	28	28
6	14	14			
7	11	11	Wysoki	21	21
8	7	7			
9	1	1			
10	2	2			

N – liczebność

Analiza wykazała, że średni poziom satysfakcji z życia w skali punktowej wyniósł $M = 18,07$ ($SD = 6,14$), co oznaczało, że badani to osoby raczej niezadowolone ze swojego życia (Tab. 2).

Tab. 2 Statystyki opisowe dla skali SWLS.

<i>M</i>	<i>Me</i>	<i>SD</i>	<i>Min.</i>	<i>Maks.</i>	<i>Skośność</i>	<i>Kurtoza</i>
18,07	17	6,14	5	35	0,22	-0,33
<i>M</i> – średnia; <i>Me</i> – mediana; <i>SD</i> - odchylenie standardowe z próby; <i>Min.</i> – minimum; <i>Maks.</i> - maksimum						

W tabeli 3 zaprezentowano procentowy rozkład wyników stenowych dla GSES w badanej próbie. Największy odsetek badanych – 45% przejawiało wysoki poziom uogólnionej własnej skuteczności.

Wyniki przeciętne uzyskało 40% badanych, natomiast niski poziom własnej skuteczności przejawiało jedynie 15% badanych.

Analizując wyniki skali GSES (Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności) w skali stenowej - 1-4 steny osiągnęło 15% ankietowanych; 5 i 6 - 40% ankietowanych, zaś 7-10 otrzymało 45%.

Osoby, które osiągnęły steny wysokie (najlicniejsza grupa), są w stanie rozwiązać trudne problemy, z łatwością potrafią trzymać się swoich celów i je osiągnąć. Skutecznie radzą z zaskakującymi sytuacjami i zdarzeniami. Są to osoby pomysłowe, kreatywne, potrafiące rozwiązać większość problemów, jeśli włożą odpowiednio dużo wysiłku. W momencie wystąpienia przeszkód i niedogodności, potrafią spokojnie znaleźć rozwiązanie, lub nawet kilka sposobów rozwiązania. Dzięki swoim umiejętnościom i cechom osobistym potrafią znaleźć sposób na osiągnięcie celu do którego dążą.

Tab. 3 Analiza częstości wyników GSES w podziale na steny (N=100).

Steny	<i>N</i>	%	Poziom	<i>N</i>	%
1	0	0	Niski	15	15
2	0	0			
3	6	6			
4	9	9			
5	21	21	Przeciętny	40	40
6	19	19			
7	31	31	Wysoki	45	45
8	8	8			
9	5	5			
10	1	1			

WYNIKI

Analiza wykazała, że średni poziom poczucia własnej skuteczności w badanej próbie w skali punktowej wyniósł $M = 28,54$ ($SD = 4,01$), co oznacza że jest na poziom własnej skuteczności jest przeciętny (Tab. 4).

Tab. 4. Statystyki opisowe dla skali GSES.

M	Me	SD	Min.	Maks.	Skośność	Kurtoza
28,54	29	4,01	20	38	-0,09	0,09
– średnia; <i>Me</i> – mediana; <i>SD</i> - odchylenie standardowe z próby; <i>Min.</i> – minimum; <i>Maks.</i> - maksimum						

PODSUMOWANIE

Specyfika pracy pielęgniarki wynika nie tylko z wykonywania procedur medycznych, ale również nawiązywania intensywnych kontaktów z innymi ludźmi oraz towarzyszenia im w trudnych sytuacjach. Pielęgniarki angażują się w problemy społeczne, psychologiczne, czy fizyczne swoich pacjentów, często pracując w uciążliwych warunkach i pod wpływem silnych emocji, zatem stres jest niejednokrotnie stałym elementem wykonywanej pracy. Według Lazarusa i Folkman pojawia się on w momencie, gdy sytuacja jest postrzegana jako uniemożliwiająca lub potencjalnie udaremniająca realizację jakiegoś stanu motywacyjnego, powodując jednocześnie wzmożenie afektu oraz uruchomienie procesów regulacyjnych, których celem jest opanowanie emocji i zapewnienie optymalnej kontynuacji funkcjonowania [Lazarus , Folkman , 1984].

Uciążliwość pracy, która przekłada się na obciążenie, zależy w głównej mierze od warunków pracy, ale również od wymaganego wysiłku fizycznego, psycho-nerwowego, umysłowego oraz monotonii. Ważnym elementem obciążenia pracą jest obciążenie psychiczne [Kuriata i wsp., 2011, Ksykiewicz, 2005].

Pielęgniarki i pielęgniarze uczestniczący w badaniu, stwierdzili, że praca na oddziale psychiatrycznym jest wyczerpująca psychicznie, a co za tym idzie nie można wykonywać jej tak samo wydajnie przez wiele lat. Obciążenie w pracy wykazały osoby pracujące na różnych oddziałach.

W pracy pielęgniarki bierze się pod uwagę nie tylko obciążenie fizyczne, ale i psychiczne. Elementami obciążenia psychicznego są: obciążenie umysłowe (sumą obciążeń sygnałami, decyzjami, czynnościami manualnymi) i psycho-nerwowe (obciążenie monotonią) [Frąckowiak, 2011].

Niewyrażone emocje stają się przyczyną zaburzeń nerwicowych oraz chorób psychosomatycznych. Badania [Wilczek-Rużyczka, Król, 2003] przeprowadzone wśród pielęgniarek psychiatrycznych, których celem było określenie poziomu stresu zawodowego oraz stylów radzenia sobie z nim, wykazały, że pielęgniarki stosują różne style radzenia sobie ze stresem zawodowym, przy czym częściej stosowanym stylem był styl skoncentrowany na zadaniu niż na emocjach. Pielęgniarki, które miały tendencje do radzenia sobie ze stresem poprzez styl skoncentrowany na emocjach, częściej deklarowały wyższy poziom stresu zawodowego. Poza tym, jak podaje Maslach [Maslach i wsp., 2001], pielęgniarki wykonują zawód szczególnie narażony na zespół wypalenia zawodowego.

Praca pielęgniarki należy do trudnych, jest złożona i ma wielozadaniowy charakter. Każda z czynności wykonywanych przez pielęgniarkę wymaga różnych zdolności, predyspozycji i umiejętności [Dębska i wsp., 2010].

Szczególnie ryzykowna w aspekcie doświadczenia przemocy jest praca osób związanych zawodowo z ochroną zdrowia psychicznego, a prawdopodobieństwo doznania napaści w tej pracy porównuje się z zagrożeniem pracowników stacji benzynowych i pracowników całodobowych sklepów spożywczo-monopolowych [Anczewska, 2006].

W roku 2001 Amerykański Związek Pielęgniarek oszacował, że około 25% pielęgniarek oceniło agresję w miejscu pracy jako poważny problem, 17% z badanych było napadniętych, zaś 57% doświadczyło agresji słownej i gróźb [James ,Gilliland, 2005].

Przytaczane przez różne źródła dane liczbowe można traktować tylko orientacyjnie, bo określanie tego, co stanowi „fizyczny atak”, czy przemoc nie jest łatwe. Groźby, obraźliwe słowa, niszczenie przedmiotów uważa się za zachowanie o słabym i umiarkowanym nasileniu agresji, zaś zachowania prowadzące do uszkodzenia ciała i urazów za poważnie nasyczone agresywnością [Sariusz-Skapska, 2005].

Obserwuje się szerokie spektrum następstw agresji: od fizycznych obrażeń po reakcje psychologiczne. Możliwość skutecznego radzenia sobie z agresją zmniejsza się w sytuacji, gdy pracownik służby zdrowia stał się obiektem ataku. Naturalną, natychmiastową reakcją emocjonalną w takiej sytuacji jest odczuwanie lęku, złości, poczucia bezradności, które wtórnie prowadzą bądź do unikania i wycofywania się ze swoich obowiązków, bądź do zachowań agresywnych w stosunku do napastnika lub innych osób [Niechwiadowicz-Czapka, 2010].

Często pojawiające się sytuacje nieprzewidywalne, np. nagłe pogorszenie stanu chorego, czy też reanimacja, podczas której minuty decydują o życiu pacjenta oraz tym podobne sytuacje doprowadzają do postępującego zmęczenia i spadku efektywności pracy oraz do obniżenia komfortu psychicznego pielęgniarki [De Walden-Gałuszko , 2006].

Pielęgniarki znacznie częściej są narażone na destrukcyjne działanie negatywnych emocji niż ogół populacji, potencjalnie narażona na działanie stresora w postaci silnych negatywnych uczuć w związku z umieraniem pacjentów, a przewlekłe trwający stres może wywołać zaburzenia psychosomatyczne.

W literaturze podaje się, że wykształcenie wpływa na wzrost poziomu osiągnięć osobistych, a ilość kursów doksztalających jest przyczyną obniżenia wyczerpania emocjonalnego [Dębska, Cepouch, 2008].

Analizując badania własne stwierdzono, że większość (84%) ankietowanych stanowiły kobiety, pielęgniarki w przedziale życia 50-60 lat oraz osoby z wykształceniem wyższym licencjackim oraz magisterskie ze specjalizacją. Jeśli chodzi o staż pracy na oddziale psychiatrycznym, najliczniejsza grupa to osoby z 31-40 lat pracy, a najmniej - osoby 41 i więcej lat pracy. 76% stanowiły osoby mieszkające w mieście, a 34% na wsi. 25% wybrało takie miejsce pracy, z powodu bliskiej odległości od miejsca zamieszkania. Połowa ankietowanych (50%), deklarowała, że psychiatria to świadomy wybór miejsca pracy, czyli osoby te pomimo znajomości specyfiki oddziału, zagrożeń, zdecydowały się tam pracować.

W literaturze przedmiotu wykazano jednak, że ze względu na charakter pracy, udzielanie świadczeń medycznych w miejscu zamieszkania dla 40% pielęgniarek wiązało się ze strachem o własne bezpieczeństwo [Kaducakowa, Lehotska, 2010].

W psychiatrii zachowania agresywne pacjentów traktuje się jako zrozumiałe, choć niepożądany składnik pracy, a konfrontowanie się personelu z tymi zachowaniami za naturalny jej koszt. Z badań w grupie pielęgniarek psychiatrycznych [Markiewicz, 2012] wynika, że aż 78% z nich doznało agresji fizycznej, a 35% doznaje agresji słownej „dość często”.

W badaniu własnym, na pytanie o doświadczenie agresji fizycznej ze strony pacjenta, 67% odpowiedziało, że jej doświadczyło, a 64% - że agresja pacjenta jest nakierowana na pielęgniarkę.

Podstawowym czynnikiem zagrożenia dla personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej związanym z pacjentem jest ich agresja. Doświadczenie jej ze strony pacjentów zmusza często personel do poświęcania znacznej uwagi własnemu bezpieczeństwu i pociąga za sobą koszty społeczne związane z absencją chorobową personelu, zmianą miejsca pracy, przechodzeniem na wcześniejszą emeryturę, a nawet odchodzeniem z zawodu.

Badanie ankietowe, przeprowadzone tylko w jednym szpitalu dla nerwowo i psychicznie chorych w Polsce, pokazało, że 27 spośród 30 osób personelu medycznego doświadczyło agresji ze strony pacjentów, objawiającej się używaniem wulgarnych słów (w tym wyzwisk), zaczepkami i zastraszaniem, a także niszczeniem sprzętu szpitalnego. Ponad połowa ankietowanych miała do czynienia z agresją pacjentów codziennie [Berent i wsp., 2009].

W innych badaniach [Berent i in., 2009] połowa badanych pielęgniarek stwierdziła, że ma do czynienia z agresją każdego dnia pracy, bez względu na płeć pacjentów. Najczęstsze przejawy agresji to utarczki słowne i straszenie wniesieniem skargi, zwolnieniem z pracy,

użyciem swoich wpływów, zemstą, ale mają też miejsce niebezpieczne formy agresji jak rzucanie przedmiotami i atak fizyczny [Berent i wsp.,2009].

W obecnym badaniu oddział psychiatryczny, jako stresogenne miejsce pracy określiło 74% obecnie badanych, a odpowiedź „nie” – zaznaczyło tylko 1%. Pracy pielęgniarki na oddziale psychiatrycznym niejednokrotnie towarzyszą takie uczucia jak lęk, niepokój, obawa o własne życie czy zdrowie. Aż 97% respondentów odczuwało takie emocje z różną częstotliwością, a tylko 3% ich nie zauważało u siebie.

Do stresorów związanych z pracą z pacjentem należy również obciążenie emocjonalne personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wynika ono ze specyfiki leczenia osób chorych psychicznie, które zazwyczaj ma charakter długotrwały, na przemian z występującymi okresami remisji i nawrotu choroby, gdzie niezbędna jest stała obserwacja pacjentów z powodu nieprzewidywalności ich zachowań, (przez co należy rozumieć nawet możliwość popełnienia samobójstwa). Pacjenci psychiatryczni często przyjmowani są do szpitala wbrew własnej woli, niechętnie godzą się na współpracę z personelem, a dodatkowym utrudnieniem bywają problemy w komunikacji z nimi. Wspomniane obciążenie emocjonalne wynika również z ewentualnych komplikacji w życiu rodzinnym pacjenta, nierzadko oznaczających sytuacje konfliktowe [Anczewska, 2006].

Kolejnym zagadnieniem analizowanym w badaniach własnych, była pandemia Covid-19, która w znacznym stopniu negatywnie wpłynęła (50%) na zdrowie psychiczne pielęgniarek, psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W badanej obecnie grupie 20% uważało, że pandemia wpłynęła na nich negatywnie w bardzo dużym stopniu. Występowanie zaburzeń snu deklarowało 82% badanych, natomiast 80% uznało, że stres zdecydowanie przenosi się na życie rodzinne. Negatywne emocje i wyczerpanie psychicznym po pracy odczuwało często 56% badanych. Ankietowane pielęgniarki prezentowały różne sposoby odreagowywania po trudnym dyżurze, ale najczęściej (32%) było bardzo zmęczonych nie mając sił i ochoty na nic. Z kolei 26% pomagała rozmowa z bliską osobą, 17% korzystała ze spaceru, 13% oglądała ulubiony film, 8% czytała książkę, zaś 2% sięgała po alkohol.

W innych badaniach polskich, przeprowadzonych wśród 100 osób personelu medycznego, zatrudnionych na oddziałach psychiatrycznych, analizowano główne przyczyny oraz skutki stresu zawodowego [Rejek i Szmigielski,2015]. Okazało się, że do podstawowych czynników stresowych należą czynne zachowania agresywne pacjentów, przy czym 90% ankietowanych było ofiarami tego rodzaju agresji, 95% było jej świadkami wobec innych pracowników, a 97% - świadkami agresji nakierowanej w stronę innych pacjentów. Skutkami

stresu związanego z wykonywaną pracą były: problemy ze zdrowiem psychicznym (rozdrażnienie, zmienność nastroju, zniechęcenie i bezsilność, problemy z koncentracją, strach o własne zdrowie, lęk i przygnębienie), które deklarowało 87% ankietowanych. Kolejnym efektem odczuwanego stresu były kłopoty ze snem, które odczuwało 50% ankietowanych. Okazało się także, że blisko 60% respondentów stwierdziło negatywny wpływ stresu zawodowego na ich relacje społeczne, co przejawiało się wycofaniem się z życia towarzyskiego, preferowaniem samotności oraz koncentracją zainteresowań wyłącznie na pracy. Zaobserwowano także istotny związek między stażem pracy a poziomem stresu i zdrowiem psychicznym: wraz z wydłużaniem się czasu zatrudnienia rósł poziom odczuwanego stresu i pogłębiał się jego wpływ na zdrowie psychiczne.

Jak wynika z badań własnych, wieloletnia praca na oddziale psychiatrycznym wywiera zapewne negatywny wpływ na zdrowie psychiczne tam pracujących pielęgniarek i tak uważało 74% badanych (w tym 22% że zawsze i 52% że czasami). Osoby biorące udział w badaniu zauważały u siebie zaburzenia w sferze zdrowia psychicznego oraz zmęczenie, jako wynik wieloletniej pracy na psychiatrii. Przewlekłe zmęczenie deklarowało 37%, zaś 59% obserwowało u siebie (w różnym nasileniu i związku), jedno lub więcej zaburzeń psychicznych (obniżenie nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia nerwicowe, zespół stresu pourazowego, zaburzenia depresyjne).

W rezultacie konfrontacji z agresją może rozwinąć się stres traumatyczny, a nawet zespół zaburzeń po stresie potraumatycznym (PTSD), prowadzący do poważnych dysfunkcji.

Erdos i in. [Sariusz,-Skąpska, 2005] wykazali, że 65% pracowników szpitali psychiatrycznych, którzy doświadczyli czynnej agresji przebywało z tego powodu na zwolnieniu lekarskim od tygodnia do roku.

Źródła stresu, związane zarówno z pacjentem, jak i warunkami pracy, pozwalają wnioskować, że narażenie na stres w pracy personelu medycznego psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest istotnym i nieodłącznym elementem określającym specyfikę tej pracy. Niewątpliwie wieloletnia praca na oddziale psychiatrycznym ma wpływ na powstanie zespołu wypalenia zawodowego. Potwierdziło tę tezę większość (85%) obecnie ankietowanych.

W pracy pielęgniarki jest wiele czynników, które są źródłem stresu i wpływają na poziom obciążenia psychicznego, a co za tym idzie wypalenia zawodowego [Whelan i wsp., 2008; Kovacs i wsp., 2010]. W tym celu zbadano związek pomiędzy obciążeniem psychicznym a wypaleniem zawodowym. Wykazano, że wraz ze wzrostem obciążenia psychicznego we wszystkich podskalach zwiększał się poziom wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji [Kovacs i wsp., 2010].

Personel psychiatrycznej opieki zdrowotnej identyfikowany jest jako grupa wysokiego ryzyka zagrożenia wypaleniem, między innymi z powodu zagrożenia agresją [Anczewska, 2006].

Złą współpracę z pacjentami, w tym doznawanie agresji z ich strony uznaje się za jeden z istotnych czynników sprzyjających wystąpieniu zespołu wypalenia zawodowego. Agresja będąca naruszeniem praw człowieka i praw pracownika uważana jest za jeden z najpoważniejszych czynników zmieniających miejsce pracy w zagrażające i odpychające [Anczewska, 2006].

W badaniach przeprowadzonych przez [Płotkę i wsp., 1998] „zagrożenie bezpieczeństwa osobistego” zostało uznane przez ponad 70% badanych pielęgniarek za najbardziej obciążający czynnik pracy zawodowej.

Niestety, jak wykazało obecne badane, pomimo licznych zaburzeń w sferze zdrowia psychicznego, pielęgniarki i pielęgniarze rzadko korzystali (5%) z pomocy psychologa, psychoterapeuty, psychiatry. Możliwe, że ma na powyższe wpływ zbyt mała świadomość problemu lub też stygmatyzacja osób z zaburzeniami psychicznymi, zwłaszcza w małych lokalnych społecznościach.

Zastosowana skala SWLS pozwoliła na stwierdzenie, że tylko 21% ankietowanych było zadowolonych w różnym stopniu ze swojego życia, a aż 51% było w różnym stopniu niezadowolona. Okazało się także, że pielęgniarze niezależnie od wieku byli bardziej zadowoleni ze swojego życia, niż pielęgniarki.

W badaniu Anczewskiej, nawet osoby bardzo młode (w przedziale 20-30 lat), deklarowały zdecydowanie niezadowolenie ze swojego dotychczasowego życia [Anczewska, 2006].

Według badań przeprowadzonych wśród pielęgniarek w województwie podlaskim, pracujących w stacjonarnej opiece medycznej, ponad połowa z nich odczuwała satysfakcję z wykonywanej pracy. Jednocześnie badania te wykazały, że 72,6% badanych było narażonych na stres w miejscu pracy [Kowalczyk i wsp., 2011].

Kolejnym zagadnieniem analizowanym w ramach badań własnych, była ocena pomiaru skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami życiowymi z użyciem skali GSES. Okazało się, że najlicniejsza grupa (45%) badanych uzyskała wynik wysoki, co oznacza, że są to osoby potrafiące rozwiązywać większość problemów jeśli włożą odpowiednio więcej wysiłku. Dzięki swoim predyspozycjom, umiejętnościom osobistym potrafią znaleźć sposób na osiągnięcie celu. W przypadku wystąpienia niedogodności potrafią

znaleźć jedno lub więcej rozwiązań. Trzymają się swoich celów i je osiągają. Jest to dobry wynik określający, że personel pielęgniarski prezentuje wysoki poziom kreatywności oraz szybkiego skutecznego reagowania na pojawiające się przeciwności.

Pracę personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej cechuje stałe narażenie na trudne warunki pracy, na co w głównej mierze składa się presja pilnych zadań i odpowiedzialność za życie pacjentów, intensywne relacje z ludźmi, złożone zależności służbowe, niejasność ról, duże obciążenie pracą i jej szybkie tempo, długie godziny pracy i nieregularny system pracy zmianowej. Jednocześnie służba zdrowia podlega częstym i złożonym procesom restrukturyzacji i transformacji [Akar, 2013].

Analizując wyniki pomiaru stanu zdrowia (GHQ-12) w badaniach Nyklewicza i Krajewskiej-Kułak [Nyklewicz i wsp., 2008] wykazano pozytywny wymiar zdrowia psychicznego jedynie u ponad połowy badanych pielęgniarek (61%), a zaburzenia zdrowia psychicznego stwierdzono u 39% respondentów.

Badania Makowskiej oraz Merecz [Makowska, Merecz, 2001] pozwoliły na stwierdzenie, że tłumienie emocji i ich wyrażania prowadzi do ich nasilenia oraz przyczynia się do długotrwałego utrzymywania się napięcia emocjonalnego. Zaburzenia zdrowia psychicznego występowały u 26,6% respondentów i był to wynik wyższy od oczekiwanego. Wynika z tego, że stan zdrowia psychicznego pielęgniarek jest zdecydowanie niezadowolający [Makowska, Merecz, 2001].

Niestety o wysokim stopniu obciążenia pielęgniarek obowiązkami oraz zmęczeniem pracą świadczą także wyniki badań przeprowadzonych przez Ogińską i Żuralską [Ogińska, Żuralska, 2010].

W podsumowaniu warto podkreślić, że pielęgniarstwo należy do zawodów z misją społeczną, a więc związanych z pomaganiem innym, ich wspieraniem, ochroną. Z badań CBOS przeprowadzonych w 2009 roku wynika, że w ocenie społecznej zawód pielęgniarki spostrzegany jest pozytywnie, cieszy się szacunkiem, prestiżem nawet większym niż zawód lekarza, nauczyciela, czy księdza [Bajcar i in., 2011]. Zaufanie społeczne jakim się cieszy, nie chroni jednak przedstawicieli tego zawodu przed agresją ze strony pacjentów będących beneficjentami ich pomocy, troskliwości i profesjonalizmu.

Psychiatria to szczególne miejsce pracy wymagające od pracujących tam pielęgniarek odpowiednich predyspozycji, empatii, odwagi oraz dobrego stanu zdrowia fizycznego i psychicznego, zaś o Oddział psychiatryczny to stresogenne miejsce pracy, w którym agresja fizyczna i psychiczna ze strony pacjentów, to codzienność. Pielęgniarki i pielęgniarze oddziałów psychiatrycznych są bardzo narażeni na stres zawodowy, a zachowania osób

PODSUMOWANIE

psychicznie chorych są często nieprzewidywalne, zaskakujące, powodujące u personelu wysoki poziom stresu. Powyższe ewidentnie wpływa na szybsze powstanie zespołu wypalenia zawodowego i wymaga natychmiastowego skutecznego działania, celem zapewnienia bezpieczeństwa personelowi oraz innym pacjentom. Minimalizacja wymienionych czynników obciążających psychicznie spoczywa w rękach pracodawcy i kierownictwa ośrodków oraz wymaga aktywnego udziału wszystkich pracowników, ale pielęgniarka również sama powinna dbać o własne zdrowie psychiczne i fizyczne.

WNIOSKI

Na podstawie uzyskanych wyników wyciągnięto poniższe wnioski

- 1) Większość pielęgniarek i pielęgniarzy zgłaszała zmęczenie, zaburzenia depresyjne, niestabilność emocjonalną oraz stany lękowe, nerwicowe i depresyjne, co dodatkowo nasiliła jeszcze pandemia COVID-19.
- 2) Negatywne odczucia towarzyszące w pracy na psychiatrii dotyczyły pracowników we wszystkich grupach wiekowych i z różnym stażem pracy, zaś największą częstotliwość obserwowano wśród starszych pracowników 41-60 lat.
- 3) Analiza wyników za pomocą skali SWLS wykazała, że respondenci byli generalnie osobami raczej niezadowolonymi ze swojego życia, a za pomocą skali GSES, że wykazują przeciętny poziom własnej skuteczności.



ISBN 978-83-67454-80-3