



Wybrane problemy zdrowotne i zawodowe pracowników ochrony zdrowia

pod redakcją
dr n. med. Krystyny Kowalczuk
prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułać



**WYBRANE PROBLEMY
ZDROWOTNE I ZAWODOWE
PRACOWNIKÓW OCHRONY
ZDROWIA**

TOM I

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

WYBRANE PROBLEMY
ZDROWOTNE I ZAWODOWE
PRACOWNIKÓW OCHRONY
ZDROWIA
TOM I

Praca zbiorowa pod redakcją

Dr n. med. Krystyna Kowalczuk

Prof. dr hab. n. med. Elżbiety Krajewskiej-Kułąk

Białystok 2019

Recenzenci monografii

doc. dr n. med. Andrei Shpakou
Yanka Kupala State University of Grodno, Białoruś

dr n. med. Beata Penar-Zadarko
Instytut Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu
Wydział Medyczny
Uniwersytet Rzeszowski

ISBN komplet 978-83-952075-3-2

ISBN I Tom 978-83-952075-4-9

Wydanie I
Białystok 2019

Za zgodność z prawami autorskimi użytych w tekście cytowań, fotografii, rycin i tabel
odpowiedzialność ponoszą autorzy poszczególnych rozdziałów

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

Druk:
"Duchno" Teresa Duchnowska, 15–548 Białystok, Zaścianańska 6

“Wybierz pracę, którą kochasz, a nie będziesz musiał pracować nawet przez jeden dzień w swoim życiu.”

Konfucjusz

Pracownicy ochrony zdrowia z racji wykonywanych obowiązków narażeni są na szereg zagrożeń zawodowych – na działanie różnorodnych czynników szkodliwych i uciążliwych, stwarzających ryzyko wystąpienia niepożądanych następstw zdrowotnych. Powyższe związane jest z tym, że w swojej codziennej pracy stykają się z nie tylko z groźnymi czynnikami natury biologicznej, chemicznej i fizycznej, ale także z sytuacjami, w których często podejmują decyzje dotyczące zdrowia i życia drugiego człowieka, w tym także wiążące się z wieloma dylematami moralnymi, etycznymi i prawnymi.

Pracownik ochrony zdrowia postrzegany jest w świadomości społecznej, jako osoba wykształcona, kompetentna, o wysokiej kulturze osobistej i nieskazitelnej postawie, co zwiększa u pacjentów zaufanie do nich oraz poczucie bezpieczeństwa w sytuacji zagrożenia życia. Niestety funkcjonuje także negatywny obraz zawodowy pracowników medycznych, często przedstawiany, np. w mediach, co znacznie utrudnia relacje interpersonalne z pacjentami, obniża skuteczność podejmowanych działań opiekuńczo-leczniczych oraz wzmacnia poczucie zagrożenia i nie zawsze właściwego odnoszenia się do pracowników ochrony zdrowia.

Jednym z najbardziej odczuwanych zagrożeń w środowisku pracy medyków są obciążenia psychospołeczne, które mogą być rozważane w kontekście stresu zawodowego. Postrzeganie potencjalnych stresorów przez człowieka w miejscu pracy jest zawsze zachowaniem indywidualnym w zależności od kontekstu i oceny własnych zasobów. Przebiega od aktywności do pasywności lub odwrotnie. Kiedy radzenie sobie w sytuacji stresowej prowadzi do rozwiązania problemu można mówić o sukcesie. Jeżeli natomiast pracownik nie potrafi skutecznie poradzić sobie ze stresem następuje niezadowolenie z pracy i dochodzi do szkód spowodowanych reakcją stresową, zarówno w sferze psychicznej, jak i fizycznej.

Niestety, ciągła odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta oraz osobiste emocjonalne zaangażowanie w problemy chorych, powoduje, że większość pracowników ochrony zdrowia bagatelizuje swoje dolegliwości i zapomina o własnym zdrowiu.

Monografia ma na celu przybliżenie aktualnych zagrożeń zawodowych występujących w środowisku pracy pracowników ochrony zdrowia, a także przedstawienie sposobów ich zapobieganiu.

W monografii przedstawiono teoretyczne podstawy wybranych zagrożeń zawodowych oraz wyniki badań dotyczących między innymi: uzależnień, agresji, obciążeń psychospołecznych, stresu.

Mamy nadzieję, że poszczególne rozdziały monografii przyczynią się do podniesienia świadomości pracowników oraz studentów kierunków medycznych w zakresie profilaktyki zagrożeń zawodowych

dr n. med. Krystyna Kowalczuk

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak

WYKAZ AUTORÓW

lic. plg Justyna Bowtruczuk

Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek
Pielęgniarstwo

dr n. med. Monika Chorąży

Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

mgr Magda Ćwiek-Płońska

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,
Kierunek Pielęgniarstwo

lic. plg Szczepan Dembowski

Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek
Pielęgniarstwo

dr n. med. Cecylia Dolińska

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

mgr Gabriela Dorosz

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Kierunek
Pielęgniarstwo

dr n. med. Barbara Jankowiak

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

mgr Kinga Kasperowicz

Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersytecki Szpital
Kliniczny w Białymstoku

mgr Małgorzata Kelus

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Pooperacyjnym
Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofs w Białymstoku

dr n. med. Bożena Kirpsza

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

dr hab. n. o zdr. Grażyna Kobus

Zakład Medycyny Klinicznej w Białymstoku

mgr Katarzyna Konopko

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Ogólnego w Grajewie, Stacja Dializ
Da Vita w Grajewie

dr n. med. Krystyna Kowalczuk

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

dr n. med. Beata Kowalewska

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

mgr Anetta Teresa Łukjaniuk

Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

dr n. med. Małgorzata Jolanta Michalewicz

Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

mgr Ewa Ogonowska

Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

mgr Katarzyna Olszowy

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek
Pielęgniarstwo

mgr Magdalena Selewońko

Szkoła Doktorska UM w Białymstoku,
Zakład Medycyny Klinicznej w Białymstoku

dr n. med. Katarzyna Krystyna Snarska

Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

mgr Katarzyna Stypulkowska

Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek
Pielęgniarstwo

mgr Dominika Szydłowska

Absolwentka Studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku

Klinika Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

mgr Krystyna Zambrzycka

Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku; kierunek Pielęgniarstwo

SPIS TREŚCI

Umiejscowienie kontroli zdrowia wśród personelu pielęgniarskiego	14
Katarzyna Olszowy, Katarzyna Krystyna Snarska, Szczepan Dembowski, Monika Chorąży	
Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego	42
Katarzyna Stypułkowska, Katarzyna Krystyna Snarska, Justyna Bowtruczuk, Monika Chorąży	
Występowanie bólów kręgosłupa wśród pielęgniarek.....	83
Katarzyna Konopko, Beata Kowalewska	
Analiza występowania przewlekłej niewydolności żyłnej kończyn dolnych wśród pielęgniarek bloku operacyjnego	121
Kinga Kasperowicz, Bożena Kirpsza	
Czynniki ryzyka zawodowego pielęgniarek pracujących w Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej	153
Anetta Teresa Łukjaniuk, Cecylia Dolińska, Małgorzata Jolanta Michalewicz	
Znajomość zasad higienicznego mycia rąk wśród pracowników ochrony zdrowia	192
Ewa Ogonowska, Katarzyna Krystyna Snarska, Monika Chorąży	
Alkoholizm i jego następstwa	239
Krystyna Zambrzycka, Katarzyna Krystyna Snarska, Cecylia Dolińska, Monika Chorąży	
Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pediatrycznych	288
Małgorzata Kelus, Barbara Jankowiak	
Wypalenie zawodowe w środowisku medycznym	323
Magdalena Selewońko, Grażyna Kobus	
Stopień narażenia pielęgniarek na agresję w miejscu pracy	333
Dominika Szydłowska, Barbara Jankowiak	
Narażenie na agresję pielęgniarek w miejscu pracy.....	363
Magda Ćwiek-Płońska, Krystyna Kowalczyk	
Wpływ środowiska pracy na występowanie stresu w zawodzie ratownika medycznego	422
Gabriela Dorosz, Krystyna Kowalczyk	

Umiejscowienie kontroli zdrowia wśród personelu pielęgniarskiego

Katarzyna Olszowy¹, Katarzyna Krystyna Snarska², Szczepan Dembowski³, Monika Chorąży⁴

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

² – Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ – Absolwent Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

⁴ – Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Definicja zdrowia i czynniki wpływające na stan zdrowotny

Definicja zdrowia ewoluowała z czasem. Zdrowie było postrzegane jako zdolność do normalnego funkcjonowania, które może być zakłócanie od czasu do czasu przez chorobę. Przykładem takiego określenia jest definicja zaproponowana przez Stokes'a, która mówi, że jest to „stan charakteryzujący się anatomiczną, fizjologiczną i psychologiczną integralnością, umiejętność wykonywania osobistych wartości rodzinnych, zawodowych i społecznych, umiejętność radzenia sobie ze stresem fizycznym, biologicznym, psychologicznym i społecznym” [1]. Obecnie, w odejściu od poprzednich definicji, Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zaproponowała definicję, która ma na celu powiązanie zdrowia z dobrostanem, i która brzmi „zdrowie jest to stan pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego samopoczucia a nie tylko brak choroby lub kalectwa.” [2].

Środowisko, w którym żyje dana osoba, ma ogromne znaczenie zarówno dla jej stanu zdrowia, jak i jakości życia. Coraz częściej uznaje się, że zdrowie jest utrzymywane i ulepszane nie tylko dzięki postępowi i stosowaniu współczesnej medycyny, ale także poprzez wysiłki i prawidłowe wybory życiowe jednostki i społeczeństwa. Według Światowej Organizacji Zdrowia główne determinanty zdrowia obejmują środowisko społeczne, gospodarcze i naturalne oraz indywidualne cechy i zachowania danej osoby. Do bardziej specyficznych czynników wpływających na stan zdrowotny możemy zaliczyć:

- status społeczny i dochody,
- wsparcie społeczne,
- edukację,
- warunki pracy,
- osobiste praktyki zdrowotne,
- zdrowy rozwój w wieku dziecięcym,
- biologię i genetykę jednostki,
- opiekę medyczną,
- płeć,
- kulturę [3].

Raport Lalonde wyróżnia cztery strefy obszaru zdrowotnego:

- biologiczna – wszystkie aspekty zdrowia, fizycznego i psychicznego, rozwinięte w ludzkim ciele pod wpływem uwarunkowań genetycznych;
- środowiskowa – wszystkie czynniki zewnętrzne mogące wpływać na ludzkie ciało, nad którą jednostka ma mocno ograniczoną kontrolę, włączając w to środowisko naturalne i społeczne;
- styl życia – zbiór decyzji personalnych nad którymi może sprawować kontrolę;
- opieka medyczna [4].

Autorzy raportu rozgraniczają czynniki wpływające na zdrowie na dwie grupy, mianowicie na aspekty zdrowotne niepodlegające woli jednostki (biologiczne, środowiskowe, opieka zdrowotna) oraz podlegające kontroli (styl życia).

Czynniki społeczno-ekonomiczne oraz zachowania zdrowotne w profilaktyce chorób

Zachowanie zdrowotne definiuje się jako czynność podejmowaną przez ludzi w celu utrzymania lub poprawy ich zdrowia, zapobiegania problemom zdrowotnym lub uzyskania pozytywnego wizerunku ciała. Niestety większość osób przejawia wiele niezdrowych zachowań, które narażają je na zwiększone ryzyko zachorowania, niepełnosprawności i przedwczesnej śmierci. Czynniki ryzyka związane ze stylem życia to zła dieta, siedzący tryb życia, palenie tytoniu, narażenie na wysokie dawki promieniowania słonecznego, niebezpieczne praktyki seksualne, stres oraz nadużywanie alkoholu lub narkotyków [5]. Wykazano, że występowanie wielu zachowań ryzykownych na raz ma addytywny lub synergistyczny negatywny wpływ na zdrowie. W przypadku używania tytoniu i alkoholu

ryzyko nowotworów głowy i szyi jest zwielokrotnione w stopniu większym niż wpływ pojedynczego ryzyka. Zarówno niewłaściwa dieta, jak i bierność fizyczna znacznie zwiększa prawdopodobieństwo otyłości, cukrzycy, nowotworów i choroby układu sercowo-naczyniowego [6]. Łączenie aktywności fizycznej ze zmianą diety powodują znacznie większą utratę masy ciała niż pojedyncza interwencja [7]. Pozytywne zmiany zaobserwowano również w poziomie cholesterolu, trójglicerydów oraz ciśnieniu krwi. Interwencje polegające wyłącznie na ćwiczeniach nie skutkowały udaną utratą masy ciała, chociaż wydawały się przydatne w zapobieganiu przyrostowi masy ciała [8].

Głównymi obszarami stylu życia, na które jednostka może mieć wpływ i które znacząco wpływają na stan zdrowia, są dieta, aktywność fizyczną, nałogi oraz stres. Niezdrowa dieta i brak aktywności fizycznej, palenie tytoniu są główną przyczyną chorób niezakaźnych, w tym chorób sercowo-naczyniowych, cukrzycy typu 2, osteoporozy i niektórych rodzajów raka, które w znacznym stopniu przyczyniają się do śmierci i niepełnosprawności.

W wielu badaniach podjęto próbę oceny wpływu czynników społecznych na zdrowie. McGinnis i wsp. szacuje się, że opieka medyczna była odpowiedzialna tylko za 10-15% możliwej do uniknięcia śmiertelności w USA, natomiast badania Mackenbacha sugerują, że ten odsetek może być niedoszacowany, potwierdzając przytłaczającą wagę czynników społecznych [9]. McGinnis i Foege doszli do wniosku, że połowa wszystkich zgonów w Stanach Zjednoczonych obejmuje przyczyny behawioralne [10].

Kolejne badania wykazały, że zachowania związane ze zdrowiem są silnie kształtowane przez czynniki społeczne, w tym dochód, wykształcenie i zatrudnienie [11]. Jemal i wsp. badając dane o śmiertelności w USA, doszli do wniosku, że potencjalnie możliwe do uniknięcia czynniki związane z niższym poziomem wykształcenia odpowiadają za prawie połowę wszystkich zgonów wśród dorosłych w wieku produkcyjnym [12]. Oszacowano również, że liczba zgonów w USA w 2000 r. spowodowanych niskim poziomem wykształcenia, segregacją rasową i niskim wsparciem społecznym była porównywalna z liczbą zgonów przypisywanych odpowiednio zawałowi mięśnia sercowego, chorobie naczyń mózgowych i rakowi płuca [13].

Wydaje się, że rasa i pochodzenie etniczne mają duży wpływ na zdrowie, jednak większość badań, w których badano te różnice po uwzględnieniu czynników społeczno-ekonomicznych, wykazała, że zdrowotne różnice rasowe lub etniczne zniknęły lub zostały znacznie zmniejszone [14].

Wskaźniki zachorowalności i umieralności są wyższe wśród osób z niższym statusem społeczno-ekonomicznym (SES). Różnica w średniej długości życia między odmiennymi statusami wynosi zazwyczaj od 5 do 10 lat oraz od 10 do 20 lat różnicy w średniej długości życia bez niepełnosprawności [15]. Podczas gdy średnia długość życia i zdrowia poprawiła się z biegiem czasu w prawie wszystkich krajach, to wzrastają przy tym nierówności w zakresie zdrowia. Koszty gospodarcze nierówności zdrowotnych w UE oszacowano na 1000 mld EUR rocznie, co stanowi 9,5% PKB UE [16].

Znaleziono związek między zapadalnością na choroby układu krążenia [17], cukrzycę [18], zapalenie stawów [19] oraz komplikacjami podczas ciąży [20] a statusem społecznym. Zauważono, że wyższy poziom socjo-ekonomiczny wiąże się z lepszym stanem zdrowia przy wzroście statusu społecznego, co sugeruje, że związek między SES a stanem zdrowia wynika nie tylko z podstawowych potrzeb zdrowotnych, ale również ze zmiennych społecznych i psychologicznych związanych z pozycją w hierarchii społecznej. W rzeczywistości pozycja w hierarchii może być ważniejsza niż poziom socjo-ekonomiczny [21]. Drugim ważnym czynnikiem jest edukacja. Dowiedziono, że wyższe wykształcenie może być najlepszym wskaźnikiem socjo-ekonomicznym dotyczącym dobrego stanu zdrowia [22]. Wykazano związek między współczynnikiem śmiertelności oraz poziomem edukacji, którego nie tłumaczą behawioralne czynniki ryzyka, takie jak palenie tytoniu czy otyłość [23].

Niektóre aspekty czynników społeczno-ekonomicznych są związane ze zdrowiem poprzez reakcje na relatywnie bezpośrednie i szybko działające ekspozycje, np. spożycie ołowiu w mieszkaniach niespełniających norm przyczynia się do zmniejszonej funkcji poznawczej i zahamowania rozwoju fizycznego u narażonych dzieci [24]. Zanieczyszczenia i alergenów częściej występujące w dzielnicach o niekorzystnym położeniu mogą zaostrzyć astmę [25].

Czynniki socjoekonomiczne również mogą przyczyniać się do gorszego stanu zdrowia, które rozgrywają się w stosunkowo krótkich ramach czasowych (np. miesiące do kilku lat), ale są nieco bardziej pośrednie. Przykładem mogą być czynniki wpływające na społeczną akceptowalność ryzykownych zachowań zdrowotnych, tj. narażenie na przemoc może zwiększyć prawdopodobieństwo zwiększonej agresji u młodych ludzi, a dostępność alkoholu w biednych dzielnicach może powodować jego nadużywanie, wpływając na odsetek urazów związanych z alkoholem. Warunki pracy mogą kształtować zachowania związane ze zdrowiem, które z kolei mogą wpływać na innych. Przykładowo, pracownicy, którzy nie mogą pozwolić sobie na zwolnienie chorobowe częściej chodzą do pracy gdy są chorzy, co zwiększa prawdopodobieństwo rozprzestrzeniania się choroby na współpracowników [26].

Umiejscowienie Kontroli Zdrowia

Człowiek w ciągu swojego życia dokonuje wyborów zachowań zdrowotnych, które mają pozytywny lub negatywny wpływ na jego zdrowie. Czynniki warunkujące wybór określonych zachowań zdrowotnych są: wiek, płeć, cele życiowe, sytuacja społeczna i kulturowa. Istotnym aspektem wpływającym na zachowania zdrowotne jest poczucie umiejscowienia kontroli zdrowia. Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli (*Locus of Control* – LOC) wywodzi się z teorii społecznego uczenia się Juliana B. Rottera [27]. Rotter zauważył, że ludzie mają odmienne sposoby interpretowania przyczyn zdarzeń, które spotykają ich lub inne osoby. Poczucie umiejscowienia kontroli traktowane jest jako wymiar osobowości decydujący o autonomii podmiotu, przejawiający się w różnych jego zachowaniach niezależnie od sytuacji [28]. Koncepcja poczucia umiejscowienia kontroli zakłada, że człowiek dąży do zaspokajania potrzeb poprzez różne formy zachowań instrumentalnych. Styl bycia dostarcza jednostce wzmocnień i sprawia, że w przyszłości po takim zachowaniu zawsze oczekiwane będzie takie samo wzmocnienie. Gdy możliwe są alternatywne zachowania, wybrany zostanie ten sposób, który dostarczy wzmocnień najbardziej oczekiwanych i wartościowych [29].

Teoria umiejscowienia poczucia kontroli dotyczy subiektywnie odczuwanego ułożenia sprawstwa zdarzeń. Rotter wyróżnił zewnętrzne i wewnętrzne umiejscowienie kontroli. W związku z tym teoria ta umieszcza ludzi na kontinuum z dwoma biegunami. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli mają przekonanie, że ich życiem i ważnymi zdarzeniami sterują oni sami. Żywią przekonanie, że przede wszystkim od ich własnych wysiłków, pracy, osobistego wpływu zależy to, co ważnego przydarza się im w życiu. Osoby o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli żywią przekonanie, że życiem sterują czynniki niezależne od ich świadomego, celowego i zamierzonego wpływu [27].

Umiejscowienie kontroli odnosi się w szczególny sposób do kontroli zdrowia (HCL – *Health Locus of Control*). Zewnętrzne umiejscowienie kontroli przypisuje to, co się dzieje czynnikom zewnętrznym, niepodlegającym kontroli konkretnej jednostki [30]. Jednostki o zewnętrznym umiejscowieniu kontroli wyrażają przekonanie o dominującym wpływie czynników od nich niezależnych na ich poziom zdrowia. Charakteryzuje je poczucie braku wpływu na otoczenie oraz tendencja do negowania objawów i pomniejszania konieczności przestrzegania prawidłowych zachowań. Przypisywanie głównego wpływu na zdrowie przypadkowi jest często przyczyną braku poczucia odpowiedzialności za własne zdrowie [31, 32]. Wewnętrzne umiejscowienie kładzie natomiast nacisk na własny wysiłek w działaniu, odpowiedzialność za to działanie, poszukiwanie odpowiednich informacji w tym zakresie, uczenie się

i podejmowanie autonomicznych decyzji [30]. U osób z wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia występuje przekonanie, że stan zdrowia uzależniony jest od nich samych. Osoby te uważają, że ich doświadczenia są wynikiem osobistych działań oraz wykazują kontrolę nad pożądanymi i niepożądanymi dla siebie wzmocnieniami. W odniesieniu do osób zdrowych – tam, gdzie chodzi o inicjowanie nowych zachowań zdrowotnych – przyjmuje się, że wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia jest zdecydowanie korzystniejsze dla zdrowia niż kontrola zewnętrzna, która bazuje przede wszystkim na wpływie innych osób i przypadku [33].

W latach siedemdziesiątych Wallston i wsp. z powodzeniem zastosowali podstawowe idee Rottera w dziedzinie zdrowia. Opracowali i wdrożyli jednowymiarową skalę HCL. Wyniki wczesnych badań z jednowymiarową skalą HLC przekonały Wallstona, że wewnętrzność i zewnętrzność są oddzielnymi wymiarami. Badacze rozdzielili konstrukt Rottera na trzy wymiary: wewnętrzny (skala W), wpływ innych (skala I), przypadek (skala P), tworząc wielowymiarową skalę HCL (MHLC – *Multidimensional Health Locus of Control*). Skala posiada dwie wersje A i B, które mogą być traktowane jako równoważne. Następnie Wallston, Stein i Smith opracowali formę C MHLC, w której podzielili wymiar „wpływ innych” na dwie podskale: lekarze i inni ludzie [34]. W 1999 r. dodano nową podskale oceniającą przekonania o Bogu jako miejscu kontroli własnego stanu zdrowia [35].

Umiejscowienie kontroli zdrowia jest jednym z najczęściej używanych parametrów przekonań zdrowotnych w planowaniu programów edukacji zdrowotnej [36]. Wielowymiarowa skala HLC jest stosowana jako jedna z najbardziej skutecznych miar przekonań dotyczących zdrowia od ponad ćwierć wieku. HLC została uznana za ważną konstrukcję do zrozumienia i przewidywania zachowań zdrowotnych [37].

Narażenia zawodowe w pracy pielęgniarek.

Pielęgniarstwo bez wątpienia należy do grupy zawodów określanych mianem społecznych i stanowi zarazem najliczniejszą medyczną grupę zawodową. Zawodowe zagrożenia zdrowia pielęgniarek stanowią poważny i niedoceniany problem medyczny i społeczny. Pielęgniarki podczas pełnienia obowiązków są narażone na działanie różnych czynników, które mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie fizyczne i psychiczne. Przyczyną tych zagrożeń mogą być: atmosfera na oddziale, warunki pracy, zmienność, mała liczba pielęgniarek zatrudnionych

w oddziale, różnorodność zadań obciążających psychicznie i fizycznie, zasoby techniczne i lokalowe oraz sama organizacja pracy [38].

Zagrożenia zawodowe występujące w środowisku pracy można podzielić na:

- czynniki niebezpieczne – zagrażające potencjalnie wypadkami przy pracy (w pracy pielęgniarki rodzinnej, np. ostre narzędzia, wystające elementy, nierówna, śliska nawierzchnia, narażenie na kontakt ze zwierzętami podopiecznego);
- czynniki biologiczne, chemiczne i fizyczne – czynniki grożące chorobą zawodową (uznaną prawnie za związaną przyczynowo z wykonywanym zawodem, znajdującą się w wykazie chorób zawodowych i będącą podstawą do roszczeń odszkodowawczych) i skutkami pozazawodowymi, które są efektem wspólnego oddziaływania zarówno warunków pracy jak i warunków bytowania bez możliwości dokładnego określenia ich wpływu [39].

Wśród szkodliwych czynników biologicznych można wyróżnić:

- czynniki wywołujące choroby zakaźne i inwazyjne (priony, wirusy, bakterie, grzyby, pierwotniaki, robaki);
- alergenów biologicznych (bakterie, grzyby, cząstki roślinne i zwierzęce);
- toksyny biologiczne, w tym czynniki immunotoksyczne (endotoksyna bakteryjna, mykotoksyny, glukany grzybicze, lotne związki organiczne toksyny roślinne, jady zwierzęce);
- czynniki rakotwórcze (grzyby pleśniowe, pył drzewny) [40].

W rozprzestrzenianiu się biologicznych czynników szkodliwych w środowisku pracy pielęgniarki, największe znaczenie epidemiologiczne ma droga powietrzno-pyłowa oraz powietrzno-kropelkowa. Czynniki przenoszone tą drogą (zarazki, alergenów, toksyny) mogą wnikać do ustroju ludzkiego przez układ oddechowy, spojówki, nabłonek jamy nosowogardłowej i skórę. Szkodliwe czynniki biologiczne mogą rozprzestrzeniać się drogą krwiopochodną, jak również drogą wodną, czy przez glebę. Strzykawki i inny sprzęt medyczny używany w środowisku świadczeniobiorcy stanowią jedno z głównych źródeł zakażenia. Ze względu na skutki zdrowotne, ograniczone możliwości skutecznej terapii oraz ryzyko przeniesienia zakażenia, szczególną rolę przypisuje się wirusom B i C zapalenia wątroby (HBV, HCV) oraz wirusowi nabytego niedoboru odporności (HIV). Zwiększone ryzyko zakażenia w pracy pielęgniarek rodzinnych w wielu przypadkach związane jest z pośpiechem, zdenerwowaniem, jak również wielokrotnymi próbami wykonania określonej procedury

w domu świadczeniobiorcy. Z uwagi, iż ryzyko zakażenia HBV wśród pracowników służby zdrowia jest 10-krotnie wyższe niż w przeciętnej populacji, najbardziej skuteczną formą zapobiegania wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW) typu B w tej grupie zawodowej jest szczepienie przeciwko HBV. Wprowadzenie szczepień przeciw WZW typu B wśród pracowników służby zdrowia w Polsce w 1990 r. przyczyniło się do zmniejszenia liczby zakażeń HBV w tej grupie [41].

Pielęgniarki narażone są na szereg substancji chemicznych szkodliwych dla organizmu. Do najważniejszych należą między innymi środki dezynfekcyjne czy też leki, które mogą drażnić skórę, spojówki, błony śluzowe układu oddechowego [42]. Praca pielęgniarek jest związana z narażeniem na szereg silnie działających czynników alergizujących, z których najistotniejszym wydaje się lateks gumy naturalnej [43].

Praca pielęgniarki często wiąże się z przyjęciem pozycji obciążającej układ mięśniowo-szkieletowy, sprzyjającej odczuwaniu dolegliwości. Schorzenia i dolegliwości układu mięśniowo-szkieletowego stanowią obecnie jedną z najważniejszych przyczyn niezdolności do pracy i ograniczenia aktywności – zarówno zawodowej, jak i pozazawodowej. Są one stosunkowo powszechne i występują u około 90% osób po 50 roku życia. Dolegliwości bólowe u pielęgniarek zmniejszają efektywność ich pracy.

Praca pielęgniarek i położnych w systemie zmianowym, obejmująca pracę w nocy, wydaje się najsilniej łączyć ze wzrostem ryzyka otyłości. Związek tego czynnika zawodowego u pielęgniarek i położnych ze wzrostem częstości zaburzeń czynnościowych układu pokarmowego (w tym zespołu jelita drażliwego), chorób układu krążenia, zespołu metabolicznego i cukrzycy jest mniej pewny [44].

Ważnym czynnikiem wpływającym na stan zdrowia jest stres. W badaniach na populacji pielęgniarek i położnych województwa podlaskiego wykazano, że źródłami stresu w pracy pielęgniarek były zachowania agresywne ze strony lekarzy, przełożonych oraz koleżanek pielęgniarek. Natomiast w populacji położnych największym powodem stresu były zachowania agresywne ze strony pacjentów i lekarzy. Największe nasilenie zdenerwowania wśród pielęgniarek i położnych wywoływały zachowania agresywne ze strony pacjentów typu „używanie podniesionego głosu” [45].

Depresja jest częstym problemem wśród pielęgniarek. Objawy depresyjne o różnej intensywności dotyczą prawie dwóch trzecich osób z tej grupy zawodowej. Prawie jedna piąta

pielęgniarek uważa, że negatywne stany emocjonalne zakłócają relacje pielęgniarka-pacjent i pielęgniarka-współpracownik [46].

Charakteryzowanie warunków, w jakich pracują pielęgniarki w polskich szpitalach jest niezmiernie ważne zarówno z punktu widzenia oceny poziomu bezpieczeństwa pacjentów, jak i samych pielęgniarek. Szeroka gama czynników szkodliwych: biologicznych, fizycznych, chemicznych oraz ergonomicznych i psychospołecznych nie tylko stanowi znaczące obciążenie w pracy, ale też w dużym stopniu ma wpływ na osłabienie jakości opieki pielęgniarskiej mierzonej między innymi liczbą zdarzeń niepożądanych. Z punktu widzenia funkcji zdrowia publicznego istotne jest także analizowanie niekorzystnego wpływu warunków pracy na zdrowie pielęgniarek [47].

Celem niniejszej pracy było określenie umiejscowienia kontroli zdrowia wśród personelu pielęgniarskiego oraz ocena czynników wpływających na te umiejscowienie.

Materiały i metodyka badań

Grupę badawczą stanowiły osoby wykonujące zawód pielęgniarki/pielęgniarskiego w szpitalu w Choroszczy. Badania zostały przeprowadzone metoda sondażu diagnostycznego.

Narzędzie badawcze stanowiły:

1. Kwestionariusz ankiety konstrukcji własnej zawierający pytania o dane demograficzne oraz oceniający stan zdrowia i styl życia
2. Kwestionariusz Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC), wersja B autorstwa Kenneth A. Wallston, Barbara S. Wallston, Robert De-Vellis, adaptacja: Zygfryd Jurczyński.

Kwestionariusz MHCL wersja B ujmuje przekonania dotyczące zgeneralizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.:

- wewnętrzne (W) – kontrola nad własnym zdrowiem zależy ode mnie;
- wpływ innych (I) – własne zdrowie jest wynikiem oddziaływania innych, zwłaszcza personelu medycznego;
- przypadek (P) – o stanie zdrowia decyduje przypadek czy inne czynniki zewnętrzne.

Analizę statystyczną przeprowadzano przy użyciu oprogramowania GraphPad Prism wersja Online. Uzyskane wyniki zaprezentowano w postaci tabel i rycin.

Do analizy przeprowadzonych badań wykorzystano następujące sposoby analizy danych ilościowych:

- różnice pomiędzy porównywanymi grupami oceniano na podstawie testu t-Studenta dla zmiennych niezależnych;
- za istotne statystycznie uznawano wyniki spełniające warunek p poniżej 0,05.

Wyniki

Badania przeprowadzono wśród 150 osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniarsza w szpitalu w Choroszczy.

Jak obrazuje tabela I. średnia wieku badanych pielęgniarek wynosiła 39 lat, waga 67 kg, wzrost 166 cm. Staż pracy wynosił średnio 15 lat.

Tabela I. Waga, wiek, wzrost badanych pielęgniarek, staż pracy (n = 150)

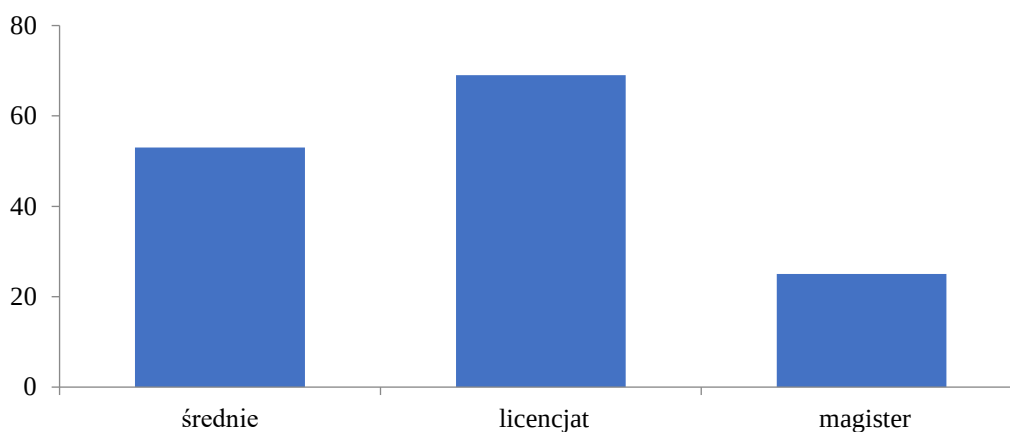
	Średnia (wartość maksymalna i minimalna)
Wiek	39 lat (27-55)
Waga	67 kg (49-96)
Wzrost	166 cm (152-180)
Staż pracy	15 lat (2-35)

Tabela II. Miejsce zamieszkania, płeć, stan rodzinny badanych pielęgniarek (n = 150)

	Ilość badanych (%)
Miejsce zamieszkania:	
Miasto	127 (85%)
Wieś	23 (15%)
Płeć:	
Kobieta	129 (86%)
Mężczyzna	21 (14%)
Stan cywilny	
panna/ kawaler	53 (35%)
żonaty/ zamężna	69 (46%)
rozwiedziony/ rozwiedziona	25 (16%)
wdowiec/ wdowa	3 (2%)

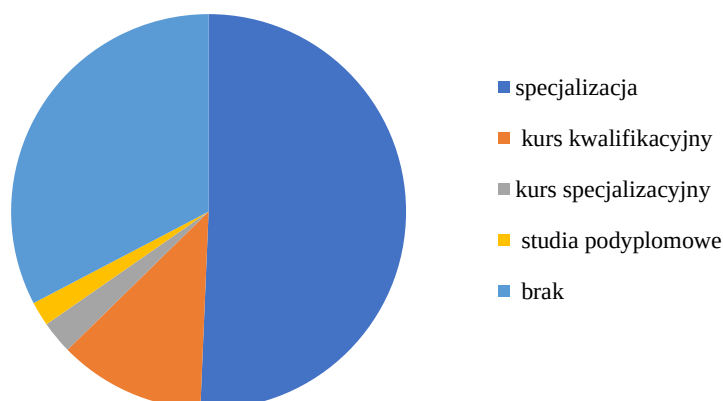
Ilość dzieci	
0	53 (35%)
1	26 (17%)
2	54 (36%)
3	15 (10%)
4 i więcej	2 (1%)

Dane uwidocznione w rycinie 1. pokazują, że największą grupę stanowiły osoby z licencjatem (69 osób, 46%), nieco mniej stanowiły osoby ze średnim wykształceniem (53 osoby, 35%), najmniej stanowiły osoby z wykształceniem magisterskim (25 osób, 16%).



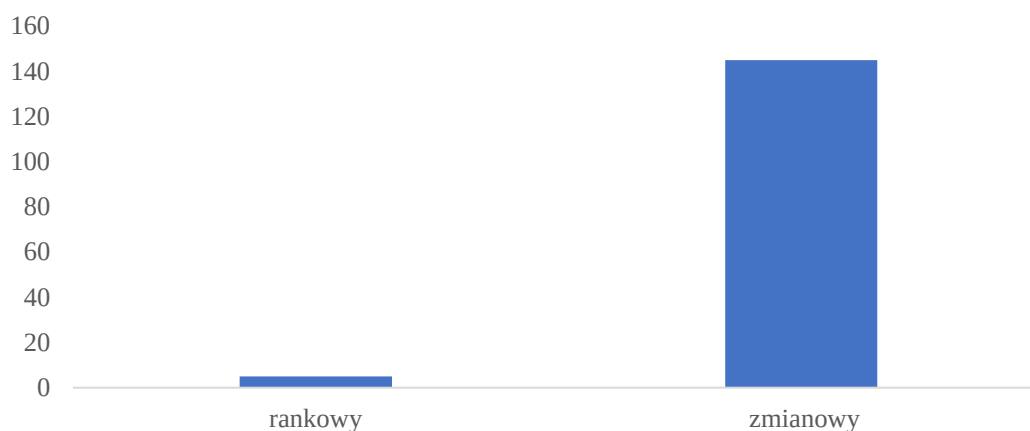
Rycina 1. Rozkład wykształcenia wśród badanych pielęgniarek (n = 150)

Połowa badanych miała specjalizację (76 osób, 50%), 18 osób (12%) posiadało kurs kwalifikacyjny, 4 osoby (2%) kurs specjalizacyjny, 3 osoby (2%) studia podyplomowe, 49 osóbb (32%) wykazało brak form doskonalenia zawodowego (Rycina 2).



Rycina 2. Ukończone formy doskonalenia zawodowego (n = 150)

Zdecydowaną większość badanych (Rycina 3) stanowiły osoby pracujące w systemie zmianowym (145 osób, 96%), rankowy – 5 osób (3%).



Rycina 3. System pracy badanych pielęgniarek (n = 150)

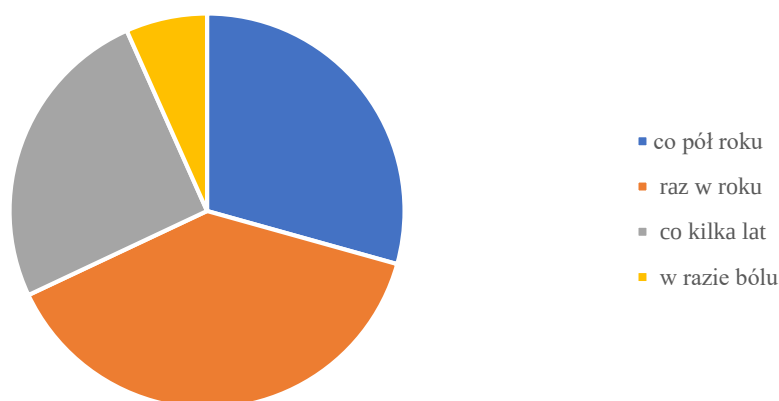
Wśród badanych osób najczęściej występowały choroby układu krążenia, kolejno choroby układu oddechowego i pokarmowego, choroby układu nerwowego, choroby układu kostno-stawowego i choroby układu dokrewnego, choroby układu moczowo-płciowego, choroby skóry oraz pojedyncze przypadki choroby zmysłów, zakaźnych i choroby nowotworowe. Szesnaście badanych osób przechodziło operację. Wśród badanych było 40 palaczy. (Tabela III)

Tabela III. Choroby współistniejące, operacje, palenie tytoniu wśród badanych pielęgniarek (n = 150)

Choroby współistniejące	Ilość osób	% badanych
Choroby układu oddechowego	11	7,3
Choroby układu krążenia	24	16,0
Choroby układu nerwowego	6	4,0
Choroby układu kostno- stawowego	5	3,3
Choroby układu dokrewnego	5	3,3
Choroby układu moczowo-płciowego	2	1,3
Choroby skóry	2	1,3
Choroby hematologiczne	0	0,0
Choroby narządów nowotworowe	1	0,7
Choroby zmysłów	1	0,7
Choroby układu zakaźnego	1	0,7

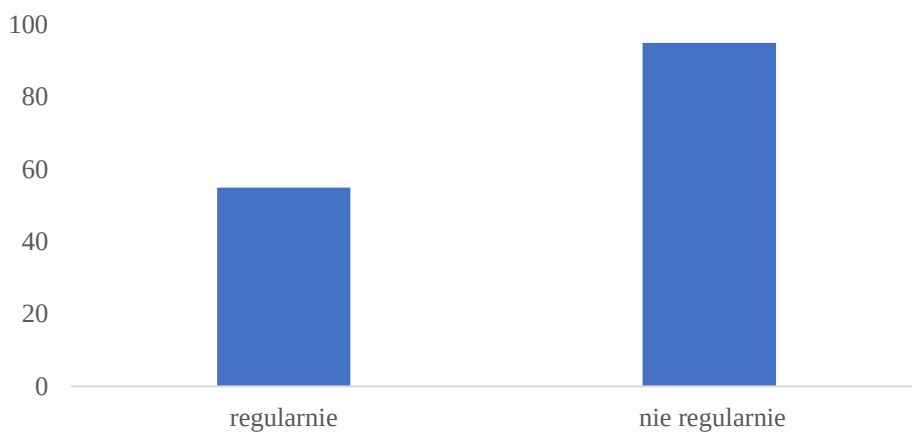
Choroby pokarmowego	11	7,3
Operacje	16	10,7
Palenie papierosów	40	26,7

Najwięcej badanych odwiedza stomatologa raz w roku (58 osób, 39%), 44 osoby (29%) co pół roku, 38 osób (25%) co kilka lat, a 10 osób (7%) w razie bólu (Rycina 4).



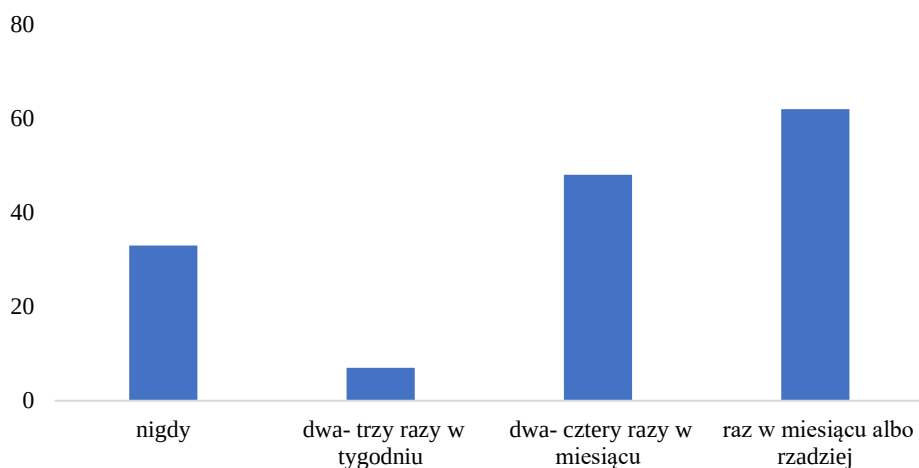
Rycina 4. Częstotliwość wizyt u stomatologa badanych pielęgniarek w celu kontroli jamy ustnej (n = 150)

Większość badanych (95 osób, 63%) nie spożywa regularnie posiłków (Rycina 5).



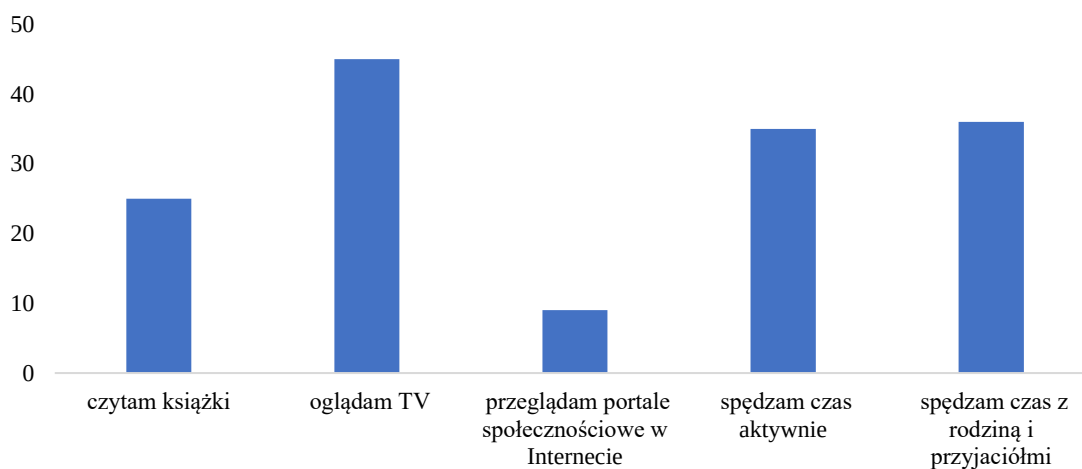
Rycina 5. Spożywanie regularne posiłków w grupie badanych pielęgniarek (n = 150)

62 osoby (41%) odpowiedziały, że spożywają alkohol raz w miesiącu lub rzadziej, 48 osób (32%) dwa do czterech razy w miesiącu, 33 osoby (22%) stwierdziły że nie spożywa alkoholu oraz 7 osób (4%) spożywa alkohol dwa trzy razy w tygodniu (Rycina 6).



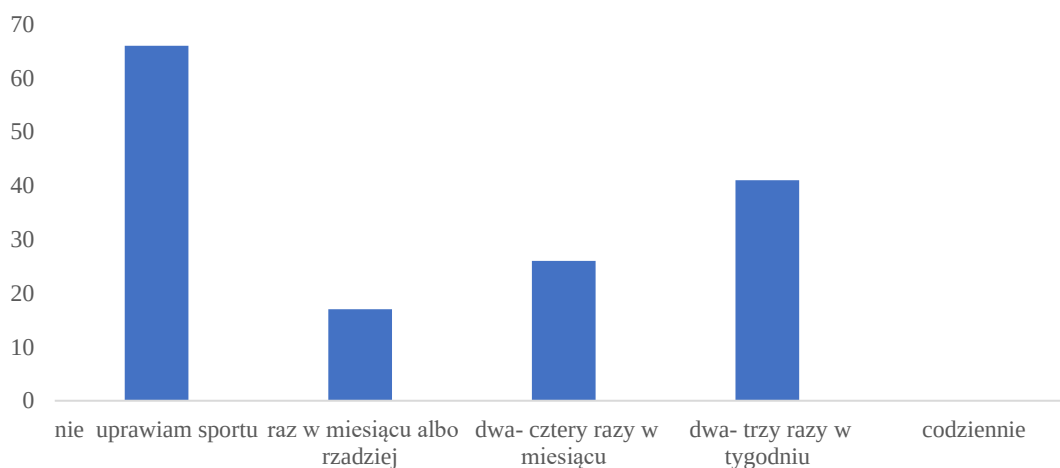
Rycina 6. Częstotliwość spożywania alkoholu wśród badanych pielęgniarek (n = 150)

45 osób (30%) ogląda telewizję, 36 (24%) spędza z rodziną i przyjaciółmi, 35 (24%) spędza czas aktywnie, 25 osób (16%) czyta książki, 9 (6%) przegląda portale społecznościowe w Internecie (Rycina 7).



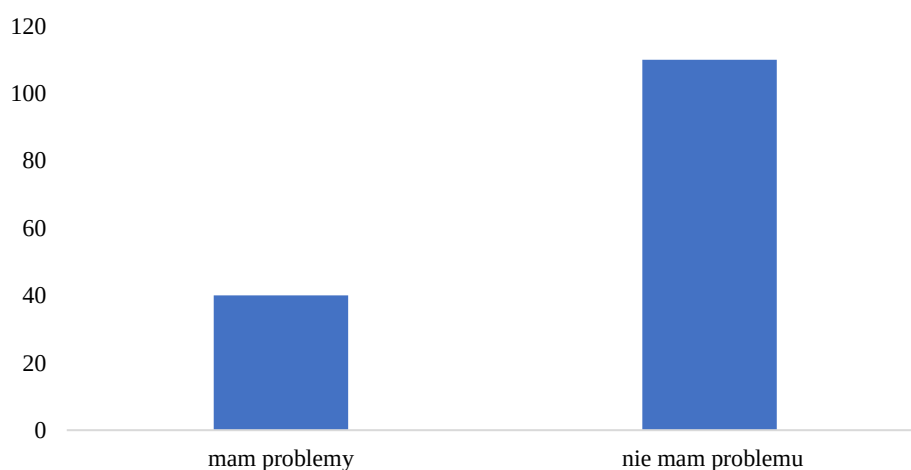
Rycina 7. Sposób spędzania wolnego czasu przez badane pielęgniarki (n = 150)

Większość badanych nie uprawia sportu, 41 (27%) osób uprawia sport dwa do trzech razy w tygodniu, 26 osób (17%) uprawia sport dwa do czterech razy w miesiącu, 17 osób (11%) raz w miesiącu lub rzadziej. Nikt nie uprawia sportu codziennie (Rycina 8).



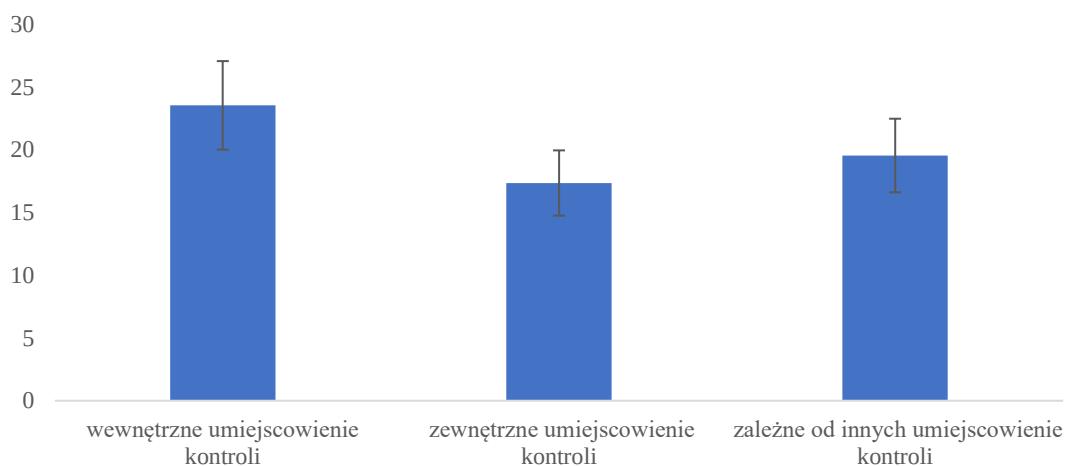
Rycina 8. Częstotliwość uprawiania sportu przez badanych (n = 150)

Większość (110 osób, 73%) nie zgłaszała problemów ze snem. (Rycina 9)



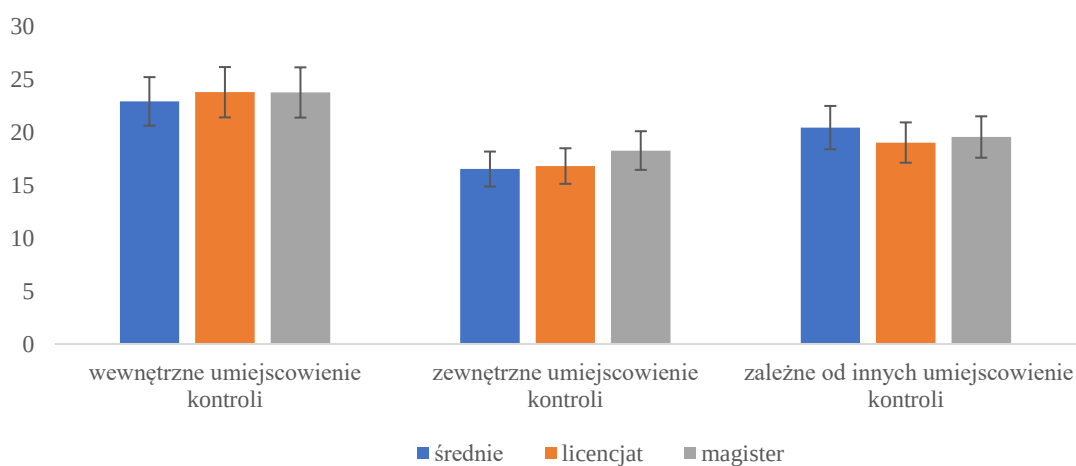
Rycina 9. Problemy ze snem wśród badanych (n = 150)

Badani najbardziej charakteryzowali się wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia ze średnią liczbą punktów $23 \pm 4,5$. Średnio nieco mniej punktów otrzymywali w zależnej od innych kontroli zdrowia ($19 \pm 5,1$ punktów). Najmniejszą średnią otrzymano w zewnętrznym umiejscowieniu kontroli zdrowia ($17 \pm 5,6$ punktów). Jednak nie zaobserwowano istotnych statystycznie różnic między wewnętrznym a zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia oraz w określaniu jako wpływ innych ($p > 0,05$).



Rycina 10. Umiejscowienie kontroli u badanych pielęgniarek (n = 150)

Umiejscowienie kontroli nie różni się w sposób istotny statystycznie między osobami ze średnim wykształceniem oraz z tytułem licencjata i magistra ($p > 0,05$). (Rycina 11, Tabela IV).

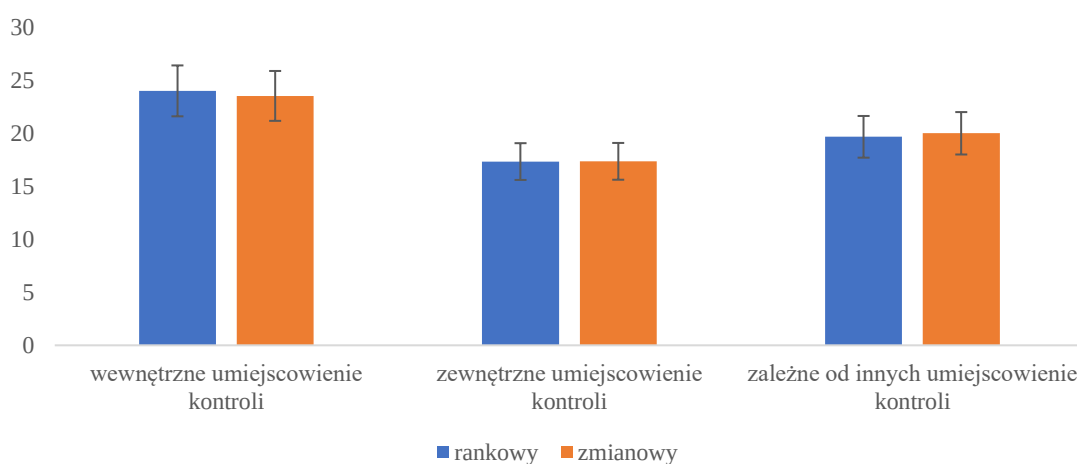


Rycina 11. Umiejscowienie kontroli w zależności od wykształcenia (n = 150)

Tabela IV. Wartość p między grupami ze średnim wykształceniem, licencjatem i tytułem magistra

	Wykształcenie		
	średnie vs. licencjat	licencjat vs magister	magister vs średnie
wartość p (wewnętrzne umiejscowienie kontroli)	0,2174	0,4185	0,2284
wartość p (zewnętrzne umiejscowienie kontroli)	0,4252	0,1941	0,1325
wartość p (zależne od innych umiejscowienie kontroli)	0,1745	0,3952	0,1952

Umiejscowienie kontroli nie różni się w sposób istotny statystycznie między osobami pracującymi w systemie rankowym a zmianowym ($p > 0,05$). (Rycina 12, Tabela V).

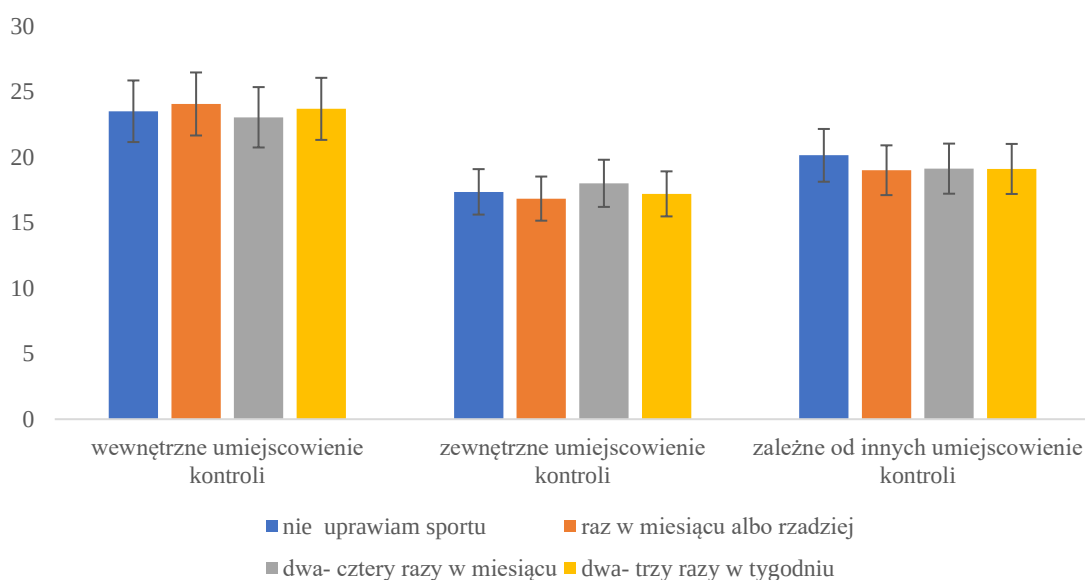


Rycina 12. Umiejscowienie kontroli zdrowia w zależności od systemu pracy (n = 150)

Tabela V. Wartość p między osobami pracującymi w systemie rankowym a zmianowym

	rankowy system pracy vs zmianowy system pracy
wartość p (wewnętrzne umiejscowienie kontroli)	0,4515
wartość p (zewnętrzne umiejscowienie kontroli)	0,4379
wartość p (zależne od innych umiejscowienie kontroli)	0,4126

Nie uzyskano różnic istotnie statystycznych w umiejscowieniu kontroli zdrowia między grupami pielęgniarek z różnymi częstotliwościami uprawiania sportu ($p > 0,05$). (Rycina 13, Tabela VI)



Rycina 13. Umiejscowienie kontroli zdrowia w zależności od częstości uprawiania sportu (n = 150)

Tabela VI. Wartość p między osobami o różnej częstotliwości uprawiania sportu

	wartość p (wewnętrzne umiejscowienie kontroli)	wartość p (zewnętrzne umiejscowienie kontroli)	wartość p (zależne od innych umiejscowienie kontroli)
nie uprawiam sportu vs raz w miesiącu	0,2296	0,2321	0,1889
nie uprawiam sportu vs dwa-cztery razy w miesiącu	0,3945	0,3047	0,1989
nie uprawiam sportu vs dwa-trzy razy w tygodniu	0,4628	0,4589	0,1798
raz w miesiącu vs dwa-cztery razy w miesiącu	0,1625	0,1572	0,4726
raz w miesiącu vs dwa-trzy razy w tygodniu	0,4125	0,2598	0,521
dwa-cztery razy w miesiącu vs dwa-trzy razy w tygodniu	0,2024	0,1987	0,6542

Nie uzyskano istotnie statystycznie różnic umiejscowienia kontroli zdrowia między osobami palącymi i niepalącymi ($p > 0,05$). (Rycina 14, Tabela VII).

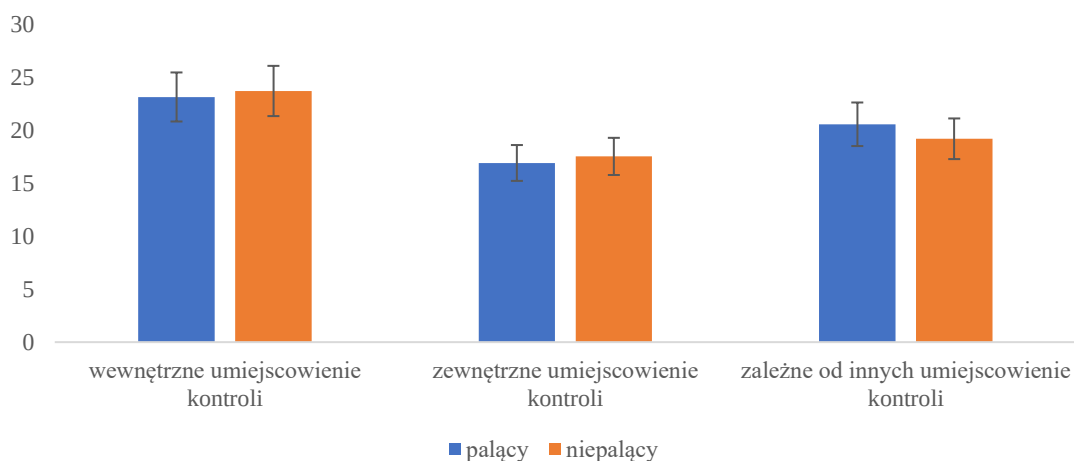
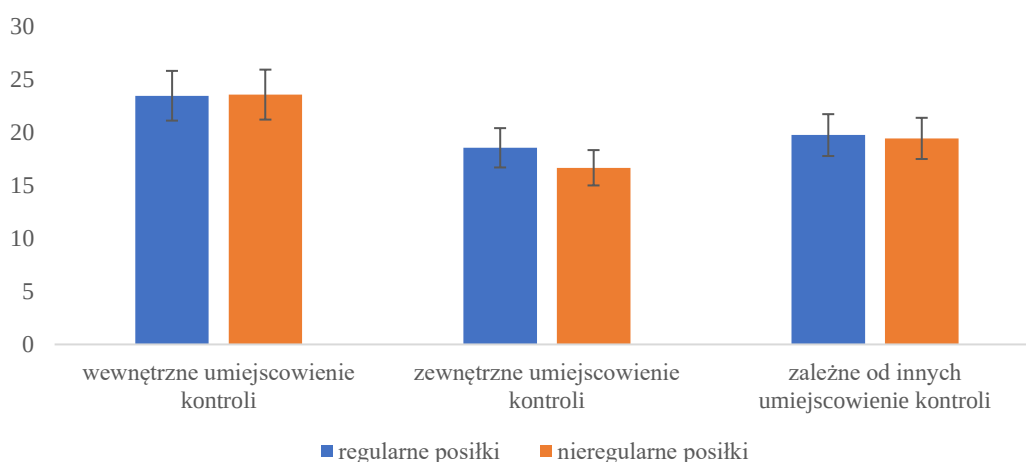
**Rycina 14.** Umiejscowienie kontroli zdrowia u palaczy i osób niepalących (n = 150)

Tabela VI. Wartość p między palaczami i osobami niepalącymi

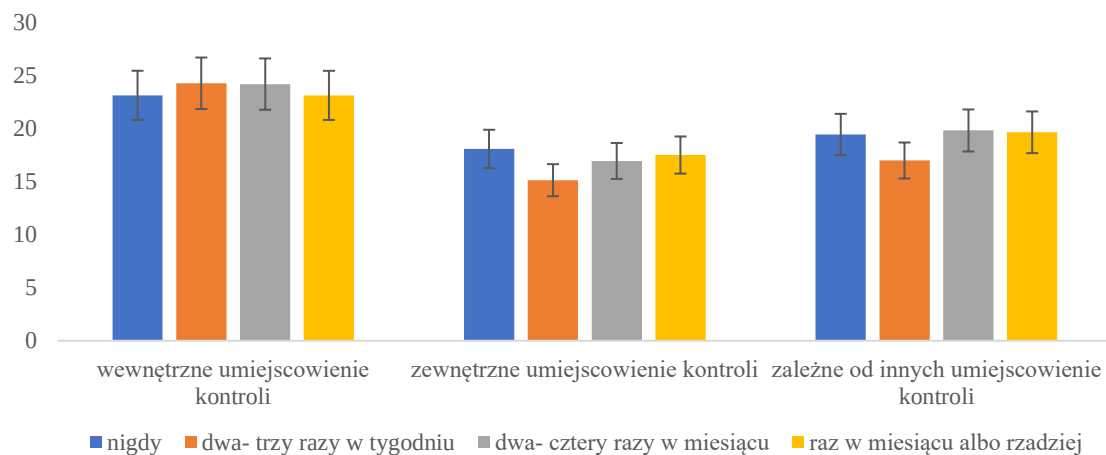
	palący vs niepalący
wartość p (wewnętrzne umiejscowienie kontroli)	0,3215
wartość p (zewewnętrzne umiejscowienie kontroli)	0,3571
wartość p (zależne od innych umiejscowienie kontroli)	0,2986

Nie uzyskano istotnie statystycznie różnic umiejscowienia kontroli zdrowia między grupami spożywającymi regularnie i nieregularnie posiłki ($p > 0,05$). (Rycina 15, Tabela VIII).

**Rycina 15.** Umiejscowienie kontroli zdrowia w zależności od regularnie spożywanych posiłków (n = 150)**Tabela VIII.** Wartość p między osobami spożywającymi regularnie i nieregularnie posiłki

	regularne posiłki vs nieregularne posiłki
wartość p (wewnętrzne umiejscowienie kontroli)	0,4325
wartość p (zewewnętrzne umiejscowienie kontroli)	0,2168
wartość p (zależne od innych umiejscowienie kontroli)	0,4276

Między grupami osób spożywających z różną częstotliwością alkoholu nie uzyskano różnic istotnie statystycznie ($p > 0,05$). (Rycina 16, Tabela IX).



Rycina 16. Umiejscowienie kontroli zdrowia w zależności od częstotliwości spożywania alkoholu (n = 150)

Tabela IX. Wartość p między osobami spożywającymi alkohol z różną częstotliwością

	wartość p (wewnętrzne umiejscowienie kontroli)	wartość p (zewnętrzne umiejscowienie kontroli)	wartość p (zależne od innych umiejscowienie kontroli)
nigdy vs dwa – trzy razy w tygodniu	0,1526	0,0823	0,1125
nigdy vs dwa- cztery razy w miesiącu	0,1725	0,2012	0,3697
nigdy vs raz w miesiącu lub rzadziej	0,4189	0,3214	0,395
dwa – trzy razy w tygodniu vs dwa- cztery razy w miesiącu	0,5123	0,1325	0,1001
dwa- cztery razy w miesiącu vs raz w miesiącu lub rzadziej	0,2639	0,2879	0,3186
dwa – trzy razy w tygodniu vs raz w miesiącu lub rzadziej	0,2358	0,1078	0,1189

Dyskusja

Stan zdrowotny zależy jest od wielu czynników wewnętrznych (np. czynniki genetyczne) oraz zewnętrznych tj. środowiskowych, jednak coraz większą wagę przypisuję się odpowiednim zachowaniom zdrowotnym, które są zależne od przekonań danej jednostki. Jednym z czynników wpływających na podejmowania czynności prozdrowotnych jest umiejscowienie kontroli zdrowia. Sonstroem, Walker i wsp. ustalili, że osoby z wewnętrznym LOC częściej podejmują środki zaradcze przeciw chorobom i wypadkom niż osoby z zewnętrznym LOC. Ponadto, ludzie preferujący zdrowy styl życia w mniejszym stopniu wierzą we wpływ przypadku [28], wykazują większą aktywność prozdrowotną i czują się bardziej odpowiedzialni za swoje zdrowie. Juczyński zaobserwował, że częstsze angażowanie się w zachowania profilaktyczne, takie jak systematyczne badania i przestrzeganie zaleceń lekarskich, wiąże się z poczuciem zewnętrznej kontroli zdrowia, natomiast bardziej skrupulatne przestrzeganie codziennych praktyk zdrowotnych i nawyków żywieniowych z kontrolą wewnętrzną [48]. Tak więc wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia sprzyja utrzymaniu lepszego stanu zdrowia [49].

U pacjentów z chorobami przewlekłymi stwierdzono, że chorzy z cukrzycą są bardziej skłonni do przestrzegania zaleceń personelu medycznego z powodu zewnętrznej lokalizacji kontroli zdrowia. Natomiast pacjenci z chorobami układu krążenia oraz nerwowego charakteryzują się większą autodyscypliną ze względu na wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia [50].

W badaniach przeprowadzonych wśród studentów uczelni medycznej stwierdzono związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością. U osób z wysoką kontrolą wewnętrzną występuje mniej depresyjnych uczuć i procesów poznawczych. Z kolei duża liczba depresyjnych uczuć wiąże się ze spadkiem poczucia sprawowania kontroli nad własnym zdrowiem. Stwierdzono również, że kontrola zdrowia studentów uniwersytetu medycznego zlokalizowana jest w innych osobach i przypadku, co oznacza, że w porównaniu z osobami w wieku 18–25 lat są oni bardziej zewnątrzsterowni w kwestiach dotyczących stanu zdrowia. Zauważono również szereg czynników jakie mogą wpływać na HCL tj. płeć, wiek, wybrany kierunek studiów, poczucie odpowiedzialności czy zebrane w ciągu życia doświadczenia [49].

Nowicki i wsp. porównywali umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne oraz oceniali jej wpływ na poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. W obu badanych grupach najwyższy poziom osiągnęło wewnętrzne umiejscowienie kontroli. Osoby z grupy zawodów medycznych uzyskały istotnie wyższy

poziom deklarowanych zachowań zdrowotnych. Umieszczenie kontroli zdrowia w kategorii „wpływu innych” dodatnio korelowało z oceną ogólną zachowań zdrowotnych w obu grupach, ponadto w grupie pozamedycznej stwierdzono dodatnią korelację także z umiejscowieniem kontroli zdrowia w kategorii „wewnętrznej” [33]. W moich badaniach, podobnie jak w pracy Nowicki i wsp., zauważyłam średnio wyższy, poziom wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Badani przypisywali również duży wpływ innych na ich zdrowie. Badani najmniej punktów uzyskali w zewnętrznym (zależnym od przypadku) umiejscowieniu kontroli. Wykształcenie w grupie badanych nie miało wpływu na zachowania wyniki MHCL, ponieważ nie otrzymałam znaczących różnic między grupami o różnym poziomie wykształcenia. Nie zauważyłam również różnic między osobami pracującymi w systemie rankowym a zmianowym. W procesie wnioskowania uwzględnić należy to, że kontrola wewnętrzna w skali MHLC wyraża przekonanie o stopniu odpowiedzialności osoby badanej za własne zdrowie. Im respondent uzyskuje wyższe wyniki w tym czynniku, tym przejawia większe przekonanie, że to od jego działań zależy jego stan zdrowia. Czynniki opisujące natomiast wpływ zdarzeń przypadkowych odzwierciedla przekonanie osoby o jego bezradności wobec możliwości wpływania na stan zdrowia [51].

Wyniki MHCL zdają się nie mieć związku z zachowaniami zdrowotnymi badanych. Większość osób nie uprawiała sportu, wolny czas spędza oglądając telewizję oraz było wśród nich 26% palaczy. Ponadto najczęściej występującym schorzeniem były choroby układu krążenia, które często zależą od postawy zdrowotnej jednostki. Wykazałam również złe nawyki żywieniowe w badanej grupie, ponieważ większość osób nie spożywała regularnie posiłków. Może mieć to związek z obciążeniem zawodowym oraz zmianowym systemem pracy.

O charakterze zachowań zdrowotnych decyduje wiele czynników. Często trudno jest określić, w jakim stopniu zależą one od pewnych obiektywnych warunków skłaniających jednostkę do wyrażenia większej troski o własne zdrowie poprzez podejmowanie działań mających na celu ochronę zdrowia [33]. W moich badaniach poczucie kontroli zdrowia było podobne w grupach osób palących i niepalących, regularnie i nieregularnie przyjmujących posiłki, o różnej częstotliwości picia alkoholu i uprawiania sportu. Zatem sugeruje to, że prozdrowotny i antyzdrowotny tryb życia jest niezależny MHCL.

Na poczucie „wewnętrzne” oraz zależne od innych wskazują wyniki, w których respondenci dosyć często sprawdzali stan jamy ustnej oraz w każdym przypadku leczyli swoje schorzenia.

W świetle tego prezentowane wyniki i przegląd piśmiennictwa zachęcają do kontynuowania badań oraz poszukiwania czynników determinujących rodzaj i typ umiejscowienia kontroli zdrowia w tej grupie zawodowej. Być może pozwoli to na lepsze zrozumienie niektórych zachowań zdrowotnych pielęgniarek, obarczonych zwiększonym ryzykiem pojawiania się chorób oraz pozwoli na lepszą opiekę nad pacjentem.

Wnioski

1. Pielęgniarki wykazują większe wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia w porównaniu do umiejscowienia zewnętrznego i zależnego od innych.
2. System pracy oraz wykształcenie nie wpływa na umiejscowienie kontroli zdrowia.
3. Umiejscowienie kontroli zdrowia nie wpływa na uzależnienie od papierosów, częstotliwość picia alkoholu i uprawiania sportu oraz regularne spożywanie posiłków.

Bibliografia

1. Stokes J., Noren J., Shindell S.: Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine. *Journal of Community Health*, 1982, 8, 33-41.
2. Jadad A.R., O'Grady L.: How should health be defined? *BMJ*, 2008, 10, 337:a2900.
3. Fielding J.E., Kumanyika S., Manderscheid R.W.: A Perspective on the Development of the Healthy People 2020 Framework for Improving U.S. Population Health. *Public Health Reviews*, 2013, 35, 1.
4. Hancock T.: Lalonde and beyond: looking back at A New Perspective on the Health of Canadians. *Health Promot.*, 1986, 1, 93-100.
5. Fine L.J., Philogene G.S., Gramling R., Coups E.J., Sinha S.: Prevalence of multiple chronic disease risk factors. 2001 National Health Interview Survey. *Am J Prev Med.*, 2004, 27, 18-24.
6. Irwin M.L., Mayne S.T.: Impact of nutrition and exercise on cancer survival. *Cancer J.*, 2008, 14, 435-41.
7. Franz M.J., Van Wormer J.J., Crain A.L., Boucher J.L., Histon T., Caplan W., Bowman J.D., Pronk N.P.: Weight-loss outcomes: a systematic review and meta-analysis of weight-loss clinical trials with a minimum 1-year follow-up. *J Am Diet Assoc.*, 2007, 107, 1755-67.

8. Avenell A., Brown T.J., McGee M.A., Campbell M.K., Grant A.M., Broom J., Jung R.T., Smith W.C.: What interventions should we add to weight reducing diets in adults with obesity? A systematic review of randomized controlled trials of adding drug therapy, exercise, behaviour therapy or combinations of these interventions. *J. Hum. Nutr. Diet.*, 2004, 17, 293-316.
9. McGinnis J.M., Williams-Russo P., Knickman J.R.: The case for more active policy attention to health promotion. *Health Aff (Millwood)*, 2002, 21, 78-93.
10. McGinnis J.M., Foege W.H.: Actual causes of death in the United States. *JAMA*, 1993, 270, 2207-12.
11. Stringhini S., Sabia S., Shipley M., Brunner E., Nabi H., Kivimaki M., Singh-Manoux A.: Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. *JAMA*, 2010, 303, 1159-66.
12. Jemal A., Thun M.J., Ward E.E., Henley S.J., Cokkinides V.E., Murray T.E.: Mortality from leading causes by education and race in the United States, 2001. *Am J Prev Med.*, 2008, 34, 1-8.
13. Galea S., Tracy M., Hoggatt K.J., Dimaggio C., Karpati A.: Estimated deaths attributable to social factors in the United States. *Am J Public Health*, 2011, 101, 1456-65.
14. Fuller-Thomson E., Nuru-Jeter A., Minkler M., Guralnik J.M.: Black-White disparities in disability among older Americans: further untangling the role of race and socioeconomic status. *J Aging Health*, 2009, 21, 677-98.
15. Elo .I: Social class differentials in health and mortality: Patterns and explanations in comparative perspective. *Annual Review of Sociology*, 2009, 35, 553-572.
16. Mackenbach J.P., Meerding W.J., Kunst A.E.: Economic costs of health inequalities in the European Union. *J Epidemiol Community Health*, 2011, 65, 412-9.
17. Kaplan G.A., Keil J.E.: Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. *Circulation*, 1993, 88, 1973-98.
18. Paeratakul S., Lovejoy J.C., Ryan D.H., Bray G.A.: The relation of gender, race and socioeconomic status to obesity and obesity comorbidities in a sample of US adults. *Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord.*, 2002, 26, 1205-10.
19. Bengtsson C., Nordmark B., Klareskog L., Lundberg I., Alfredsson L.: Socioeconomic status and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis*, 2005, 64, 1588-94.

20. Kramer M.S., Séguin L., Lydon J., Goulet L.: Socio-economic disparities in pregnancy outcome: why do the poor fare so poorly? *Paediatr Perinat Epidemiol*, 2000, 14, 194-210.
21. Wilkinson R.G.: Health, hierarchy, and social anxiety. *Ann N Y Acad Sci*. 1999, 896, 48-63.
22. Winkleby M.A., Jatulis D.E., Frank E., Fortmann S.P.: Socioeconomic status and health: how education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *J Public Health*, 1992, 82, 816-20.
23. Cutler D.M., Lange F., Meara E., Richards-Shubik S., Ruhm C.J.: Rising educational gradients in mortality: the role of behavioral risk factors. *J Health Econ.*, 2011, 30, 1174-87.
24. Lidsky T.I., Schneider J.S.: Lead neurotoxicity in children: basic mechanisms and clinical correlates. *Brain*, 2003, 126, 5-19.
25. Lanphear B.P., Kahn R.S., Berger O., Auinger P., Bortnick S.M., Nahhas R.W.: Contribution of residential exposures to asthma in us children and adolescents. *Pediatrics*, 2001, 107, E98.
26. Cook W.K., Heller J., Bhatia R., Farhang L.: A health impact assessment of the Healthy Families Act of 2009. Oakland (CA): Human Impact Partners and San Francisco Department of Public Health, 2009.
27. Rotter J.B.: Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 1966 80(1), 1-28.
28. Kościelak R.: Poczucie umiejscowienia kontroli i przekonania o własnej skuteczności w zdrowiu i chorobie. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
29. Basińska M.A., Maćkowska P., Listwan A.: Przekonania o umiejscowieniu kontroli zdrowia u chorych na cukrzycę typu 1 a zachowania zdrowotne. *Diabetol. Prakt.*, 2011, 12(4):151–159.
30. Borys B.: Zasoby zdrowotne w psychice człowieka. *Forum Med. Rodz.*, 2010, 4, 44-52.
31. Piasecka H., Nowicki G., Ślusarska B.: Sposób żywienia i umiejscowienie kontroli zdrowia w grupie studentów medycyny. *Piel. XXI w.*, 2014, 2(47):17–22.
32. Cheng C., Cheung M.W., Lo B.C.: Relationship of health locus of control with specific health behaviours and global health appraisal: a meta-analysis and effects of moderators. *Health Psychol. Rev.*, 2016, 10, 460-477.

33. Nowicki G., Ślusarska B., Młynarska M., Rudnicka-Drożak E., Chemperek E., Gawroński M.: Umiejscowienie kontroli zdrowia a deklarowane zachowania zdrowotne w grupie osób wykonujących zawody medyczne i pozamedyczne. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, 1(50), 2017.
34. Wallston K.A., Wallston B.S., DeVellis R.: Form C of the MHLHC scales: a condition-specific measure of locus of control. *J. Pers. Assess.*, 1994, Dec;63(3):534-53.
35. Wallston K.A., et al.: Does God determine your health? The God locus of health control scale. *Cognit. Ther. Res.*, 1999, 23:131-142.
36. Kuwahara A., Nishino Y., Ohkubo T., Tsuji I., Hisamichi S., Hosokawa T.: Reliability and validity of the Multidimensional Health Locus of Control Scale in Japan: relationship with demographic factors and health-related behavior. *Tohoku J. Exp. Med.*, 2004 May, 203(1):37-45.
37. Malcarne V.L., Drahota A., Hamilton N.A.: Children's health-related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income. *Child Health Care.*, 2005, 34:47-59.
38. Andruszkiewicz A., Banaszkiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kiełbratowska B., Kocięcka A.: Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, t.19, 2.
39. Pluta A., Basińska-Drozd H., Budnik-Szymoniuk M., Humańska M., Faleńczyk K.: Zagrożenia w pracy pielęgniarek rodzinnych. *Prob. Hig. Epidemiol.*, 2015, 96, 115-119.
40. Gliński Z., Buczek J.: *Kompendium Chorób Odzwierzęcych*. Wyd. Akad. Rolniczej w Lublinie, Lublin 1999.
41. Halota W., Pawłowska M.: Szczepienia przeciwko wirusowym zapaleniom wątroby typu A i B. *Zakażenia*, 2009, 2, 64-67.
42. Karczewski J.K.: *Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Wyd. Czelej, Lublin 2002, 263-472.
43. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E.: Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych. *Probl. Pielęg.*, 2010, 18, 353-357.
44. Burdelak W., Pepłońska P.: Praca w nocy a zdrowie pielęgniarek i położnych – przegląd literatury. *Medycyna Pracy*, 2013, 64, 397-418.
45. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Van Damme-Ostapowicz K., Klimaszewska K., Rolka H.: Influence of aggression on stress development in the population of nurses and midwives in the Podlaskie Province. *Probl. Hig. Epidemiol.*, 2010, 91, 444-450.

46. Kubik B., Jurkiewicz B., Kołpa M., Stępień K.: Nurses' health in the context of depressive symptoms. *Medical Studies/Studia Medyczne*, 2018, 34, 147–152.
47. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Część II. *Piel. Zdr. Publ.*, 2011, 3, 269–273.
48. Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. *Pracownia Testów Psychologicznych PTP*, Warszawa 2001, 72–84.
49. Fiszer K., Sobów T.: Związek umiejscowienia kontroli zdrowia z depresyjnością wśród studentów uczelni medycznej. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2013, 3, 294–299.
50. Kurpas D., Kusz M., Jedynak T., Mroczek B.: Umiejscowienie kontroli zdrowia u osób ze schorzeniami przewlekłymi. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012, 14, 2.
51. Sak J., Jarosz M., Mosiewicz J., Sagan D., Wiechetek M., Pawlikowski J., Włoszczak-Szubzda A., Olszewska E.: Postrzeganie własnej choroby a poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie osób przewlekle chorych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 2011, Tom 17, nr 4, 169-173.

Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego

Katarzyna Stypułkowska¹, Katarzyna Krystyna Snarska², Justyna Bowtruczuk³, Monika Chorąży⁴

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

² – Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ – Studentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

⁴ – Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Zadania, jakie pełni kręgosłup to ochrona rdzenia kręgowego, a także stabilizacja postawy ciała. Oprócz tego stanowi narzędzie podpory ciała, a także doskonałe miejsce przyczepów mięśniowych oraz zalicza się do narządu ruchu. Kręgosłup składa się z kręgów. W odcinkach krzyżowym oraz guzicznym są one ze sobą zrośnięte, tworząc tzw. kręgi rzekome. Z kolei siedem kręgów szyjnych, dwanaście piersiowych oraz pięć lędźwiowych połączonych w sposób ruchomy to tzw. kręgi prawdziwe. Taki rodzaj budowy zapewnia wytrzymałość kośćca, a także giętkość istotną przy wykonywaniu ruchów [1, 2, 3].

Ludzki kręgosłup posiada 23 krążki międzykręgowe, czyli chrzęstne płytki. Ich wysokość rośnie ku dołowi. Ich rola polega na połączeniu powierzchni trzonów kręgów zwróconych ku sobie. Brak obecności krążków międzykręgowych stwierdza się jedynie między łączeniem kości potylicznej z kręgiem szczytowym, a także kręgu szczytowego z obrotowym. W budowie krążka międzykręgowego wyróżnia się: uwodnione jądro miażdżyste, blaszki chrzęstne, a także pierścień włóknisty. U dorosłych osób krążki międzykręgowe są czwartą częścią długości całego kręgosłupa, kształt jaki posiadają w strzałkowym przekroju przypomina trapez. W koncepcja dwukolumnowej budowy kręgosłupa na kolumnę przednią składają się: trzony kręgów, więzadła podłużne oraz tarcze międzykręgowe. Przenoszą one razem około 80% obciążeń, które działają na kręgosłup. Kolumna tylna składa się ze stawów

międzykręgowych oraz łuków kręgowych i ich wyrostków z wszystkimi tylnymi więzadłami. Można ją porównać do taśmy, która jest napięta i pod wpływem sił rozciągających rozrywa się. W największym stopniu obciążeniom ulegają krążki międzykręgowe. Możliwe zmiany w ich strukturze, które w ostateczności prowadzą do uszkodzenia i pojawienia się objawów dyskopatii mogą pojawić się nawet w dwudziestym roku życia [4, 5].

Etiologia bólów kręgosłupa

Bóle kręgosłupa są drugim po bólach głowy powodem wizyt ludzi w poradniach neurologicznych, ortopedycznych czy też reumatologicznych. W krajach rozwiniętych na ból pleców skarży się co najmniej raz w życiu 80% populacji, dzięki czemu ta dolegliwość zyskuje tytuł choroby cywilizacyjnej. Etiologia tego schorzenia zalicza się do wieloczynnikowych. Dolegliwości bólowe kręgosłupa pojawiają się tak samo często u osób, które pracują fizycznie, jak i u tych które prowadzą siedzący tryb życia. Według danych szacunkowych, u około 70% osób dorosłych w Polsce występują bóle kręgosłupa, z czego u aż 44% mają miejsce dolegliwości bólowe zlokalizowane w dolnym odcinku kręgosłupa, a u około 30 % bóle górnego odcinka kręgosłupa. Nawrotowy charakter bólów polega na tym, że jeżeli nie dojdzie do dość radykalnego zmodyfikowania czynników, które wywołały mechanizm bólu, to z reguły prawie połowa osób, u których wystąpił, będzie go doświadczać także w ciągu przyszłego roku [6].

Zespoły bólowe kręgosłupa najbardziej lokalizują się w lędźwiowo-krzyżowej części, na wysokościach L4-L5 oraz L5-S1, a także w odcinku szyjnym na wysokościach C5-C6 i C6-C7, w tej części jest on najbardziej narażony na zmiany zwyrodnieniowe z związku z największą ruchomością. U kobiety, przez fakt posiadania słabszego gorsetu mięśniowego szyi, a przez to słabsze warunki stabilizacji wzrasta dodatkowo częstotliwość dolegliwości w tej części kręgosłupa. W zwyrodnieniach w dolnym odcinku szyjnym ból umiejscawia się w okolicach karku lub łopatek, gdzie może promieniować do kończyn górnych. Z kolei procesy w górnej części odcinka szyjnego mogą skutkować nerwobólem nerwu potylicznego albo nerwu usznego wielkiego. Oprócz tego pacjenci mogą zgłaszać migreny, bądź zaburzenia słuchu oraz wzroku [7].

Zespoły bólowe w dolnych częściach kręgosłupa zalicza się do jednych z najczęstszych powodów wizyt u lekarza pierwszego kontaktu oraz absencji chorobowej w pracy. Zdarza się, że skutkują utratą zdolności wykonywania niektórych zawodów. Tego typu dolegliwości

występują w okolicy lędźwiowej lub lędźwiowo-krzyżowej, a także krzyżowo biodrowej. Mogą również promieniować w stronę pośladków albo kończyn dolnych. W grupie osób, w której dolegliwości te nie trwają zbyt długo, prawie 70% powraca do aktywności zawodowej oraz odpowiedniej sprawności w przeciągu 14 dni. Obserwuje się, że w przeciągu 2 miesięcy wartość ta wynosi 90%. U pozostałych 10% populacji bóle w dolnym odcinku kręgosłupa przekształcają się w dolegliwość przewlekłą, utrzymującą się ponad 3 miesiące, co jest bardzo uciążliwe, ponieważ utrudnia wykonywanie czynności zawodowych, a także uniemożliwia prawidłowy odpoczynek oraz może wpływać negatywnie na zachowania osoby obciążonej tą chorobą [8].

Dolegliwości bólowe kręgosłupa to typowa choroba współczesnych ludzi, której przyczyn jest wiele. Bez wątpienia kręgosłup człowieka, w procesie ewolucji nie został prawidłowo przygotowany do przyjęcia postawy wyprostowanej. To spowodowało, że właśnie odcinek lędźwiowy stanowi najsłabszą część kręgosłupa, która najczęściej ulega różnego rodzaju przeciążeniom oraz urazom. Dodatkowo nowoczesny rozwój w technologii ograniczył pracę fizyczną, a razem z nią osłabił mięśnie antygravitacyjne. Równie poważne przyczyny to: nieprawidłowe odżywianie i styl życia prowadzący do nadwagi, nieprawidłowy sposób spędzania wolnego czasu, a także wykonywana praca, która często jest mało ergonomiczna. Istotne są również cechy indywidualne takie jak: płeć, wiek, sprawność fizyczna, budowa ciała, a także wpływ stresu [9].

Mięśnie kręgosłupa są mocno rozbudowane, dzięki czemu stanowią naturalny stabilizator dynamiczny jednostek ruchowych. Ich masa zmniejsza się o 30%, między 30 a 80 rokiem życia, doprowadzając tym samym do zmniejszenia siły mięśniowej, a co za tym idzie ograniczenia aktywności ruchowej. Wraz z wiekiem zauważa się również ubytki neuronów, tzw. zmiany neuronalne, które powodują zmniejszenie stabilności stawów, czyli wzrost ich wrażliwość na różnego rodzaju przeciążenia, urazy oraz wszelakie mikrourazy. Zatem etiologia bólów jest nie tylko wieloaspektowa, ale także niezwykle trudna. Jest to związane z faktem, iż kręgosłup to specyficznie złożona struktura, której każdy element może spowodować dolegliwości bólowe. Do czynników wywołujących ból zaliczają się:

- Wady wrodzone, czyli wszelkiego rodzaju anomalie i odchylenia od normalnej budowy kręgów. Są powszechne w populacji ludzi, przez co pomijane przy poszukiwaniach przyczyn bólu. Przykładem anomalii powodujących dolegliwości bólowe jest lumbalizacja. Wada ta polega na zwiększeniu liczby kręgów w odcinku lędźwiowym, czyli pojawia się 6 zamiast 5 kręgów, które normalnie występują. Dzieje się to kosztem

kręgu pierwszego w odcinku krzyżowym oraz powoduje powiększenie ramienia dźwigi odcinka lędźwiowego, co powoduje wzrost obciążenia, które oddziałuje na połączenie lędźwiowo-krzyżowe. Sakralizacja jest to odwrotna sytuacja, w której dochodzi do zredukowania liczby kręgów, czyli zamiast 5 występują 4. Najczęściej ma miejsce ich asymetryczne zrośnięcie, w wyniku czego zaburzona jest mechanika kręgosłupa oraz występuje ból [10].

- Stany zapalne stawów, do których zaliczają się choroba Bechterewa (ZZSK) oraz reumatoidalne zapalenie stawów, które stanowi chorobę przewlekłą powodującą destrukcyjne zmiany w stawach. Doprowadza to do dość znacznego ograniczenia ich ruchomości oraz czynności. Przypadłość ta częściej dotyka kobiety i chociaż w pierwszej kolejności atakuje stawy rąk to bardziej zaawansowana postać choroby atakuje także kręgosłup. Z kolei ZZSK dotyka przede wszystkim młodych mężczyzn. Jest to tzw. zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa. Oprócz stawów kręgosłupa, może zajmować również stawy kończyn. Typowe objawy kliniczne to: ból w okolicy pośladków oraz kręgosłupa, zmiany w przyczepach ścięgien, a także ograniczenie ruchomości [11].
- Zmiany zwyrodnieniowe, czyli brak równowagi między destrukcją chrząstek stawowych (także kości podchrzęstnej) a jej możliwościami do regeneracji. W pochodzeniu bólów kręgosłupa istotną rolę odgrywają zmiany mające miejsce w obrębie zarówno krążka międzykręgowego więzadeł kręgosłupa, a także stawów międzykręgowych. Pierwsze zmiany, które dotyczą krążek międzykręgowy mają miejsce już w 20 roku życia, w wielu przypadkach dyskopatia rozpoczyna się między 30 a 50 rokiem życia [12]. Jest to proces polegający na degeneracji jądra miażdżystego, który rozpoczyna się uszkodzeniem pierścienia włóknistego. W krążku międzykręgowym wzrasta poziom aktywności enzymów proolitycznych, a maleje tym samym aktywność komórek biorących udział w reprodukcji macierzy. W ten sposób ma miejsce degradacja kolagenu, a także rozpad proteoglikanów. W pierścieniu włóknistym tworzą się szczeliny, a jądro miażdżyste odwadnia się i ulega fragmentacji. Jako skutek uszkodzeń krążka międzykręgowego tworzą się zmiany zwyrodnieniowe trzonów kręgowych. Dodatkowo mogą towarzyszyć im wyrośla kostne, zwane osteofitami. Zmiany te spowodowane są długim czasem przebywania w jednej pozycji oraz nadmiernym zmęczeniem, co objawia się bólem krzyża. Kolejną przyczyną mogą być także procesy, które mają miejsce w stawach międzykręgowych, prowadzące do tzw. stenozы centralnej lub bocznej. Pierwsza powstaje w wyniku zmian

wytwórczych na wyrostkach stawowych dolnych, wówczas tworzy się zwężenie światła w kanale kręgowym. Z kolei stenoza boczna to skutek powstawania zmian wytwórczych w okolicy wyrostków stawowych górnych. W wyniku tego, obserwuje się pomniejszenie przestrzeni w otworach międzykręgowych. W obu przypadkach, może to powodować ucisk na nerw. Rozwój zmiany zwyrodnieniowych kręgosłupa, można podzielić na 3 etapy:

- okres tzw. dysfunkcji, który stanowi wczesny etap zwyrodnienia krążka międzykręgowego, wiek chorego w tym etapie waha się pomiędzy 25-50 lat, jest to okres bezbólowy, ewentualnie mają miejsce mało charakterystyczne, przelotne bóle,
- okres destabilizacji charakteryzujący się nieprawidłową ruchomością międzysegmentarną, w obrazie RTG widoczne są objawy typowe dla przeciążenia kręgów, np. sklerotyzacja granicznych płytek, a także powierzchni stawów międzywyrostkowych lub podwichnięcie kręgów, wiek chorych często wynosi 40-60 lat, w tym okresie najczęściej dochodzi do przepuklin krążków międzykręgowych, a także powikłań korzeniowo-rdzeniowych,
- okres zwany restabilizacją, w którym rozbudowują się zmiany wytwórcze i maleje zakres ruchów kręgosłupa, maleje częstotliwość zespołów korzeniowow-rdzeniowych, kosztem pojawienia się stenozy z chromaniem neurogennym, okres ten występuje u osób chorych powyżej 60 roku życia [3, 5, 13].

Choroby nowotworowe również zaliczają się do przyczyn bólów kręgosłupa. Istnieje wiele rodzajów guzów, bezpośrednio atakujących kręgosłup np. oponiaki. Wyróżnia się również guzy wtórne, będące przerzutami z innych miejsc organizmu np. rak sutka. Charakterystyczne dla bólów nowotworowych jest to, że nie znika przy stosowaniu pozycji antalgicznych, czyli przeciwbólowych oraz nasila się w porach nocnych [14].

Urazy oraz choroby przeciążeniowe są rzadkim powodem bólów kręgosłupa, najczęściej spotyka się je u osób w średnim lub podeszłym wieku w wyniku osłabienia tzw. gorsetu mięśniowego lub jako skutek postępującej osteoporozy. Bóle mogą pojawić się jako jedno z powikłań urazowego złamania kręgosłupa [15].

Choroby metaboliczne, do których zaliczają się cukrzyca oraz osteoporoza, przyczyniają się występowania bólów kręgosłupa. Osteoporoza, dotyka najczęściej kobiety po okresie menopauzy oraz osoby starsze. W toku tej choroby zmniejsza się gęstość kości, przez co stają się one bardziej kruche oraz częściej mogą ulec złamaniom. U osoby cierpiącej na osteoporozę można zauważyć zmniejszenie wzrostu, a także pogłębiają się poszczególnych krzywizn kręgosłupa. Dodatkowo mięśnie słabną, a mechanika kręgosłupa zostaje zaburzona. Skutkuje to zwiększeniem działania sił, które oddziałują na kręgosłup, co przyczynia się do odczuwania dolegliwości bólowych ze strony kręgosłupa. Z kolei cukrzyca zwiększa szybkość procesów degeneracyjnych, które dotyczą np. krążków międzykręgowych [16].

Zaburzenia socjalne i psychologiczne są uważane za związane z występowaniem dolegliwości bólowych. Obniżony nastrój może wpływać na nasilenie bólu. Dodatkowo istnieje grupa ludzi, u których ten objaw pojawia się podświadomie i nie towarzyszą mu żadne dysfunkcje w kolumnie kostnej. Jest to charakterystyczne dla osobowości zwanej hipochondryczną. Wysoki poziom lęku spowodowany trudnościami życia codziennego, czyli sytuacją rodzinną lub pracą zawodową może powodować wzrost bólu. Sposobem leczenia takich osób jest psychoterapia [3, 7].

Występowanie bólów kręgosłupa wśród pielęgniarek

Praca w zawodzie pielęgniarki zalicza się do bardzo trudnych i odpowiedzialnych profesji. Obserwuje się w tej grupie zawodowej wiele objawów przeciążeń kręgosłupa, które wpływają na pogorszenie jakości życia pracowników, a także oddziałują negatywnie na jakościowe oraz ilościowe efekty wykonywanej pracy. Częstość dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa w tej grupie zawodowej wynosi 75%, natomiast odcinka szyjnego około 60% [17].

Zawód pielęgniarki należy do jednego z najbardziej obciążonych fizycznie, zaraz po pracownikach przemysłowych. Skutkuje to dolegliwościami ze strony układu szkieletowego i mięśniowego, przez co uważane jest za jedną z głównych przyczyn nieobecności w pracy. Jako źródło tych dolegliwości można wymienić zarówno specyfikę oraz warunki pracy, do których zaliczają się między innymi pomoc w przemieszczaniu oraz przewożenie chorych lub sprzętów medycznych a także brak spełnienia wymogów ergonomicznych sprzętów i pomieszczeń. Dodatkowo rozwojowi tego typu schorzeń sprzyja wydłużony, zmianowy czas pracy, który sięga od 12 do nawet 24 godzin dziennie. Oprócz tego istotne są indywidualne

cechy każdego człowieka, takie jak czynniki genetyczne, przebyte urazy, obecność chorób współistniejących oraz poziom aktywności fizycznej. Z reguły wymienione czynniki nakładają się, co zwiększa prawdopodobieństwo pojawienia się zaburzeń dotyczących kręgosłupa, dlatego można je podzielić następująco na :

- materialny wymiar pracy, czyli tryb dyżurowy, wyposażenie oraz rozmieszczenia miejsca pracy zarówno w zasoby ludzkie, jak i materialne, rodzaj oświetlenia, poziom wilgotności, temperatura, docierające hałasy oraz zasięg promieniowania jonizującego,
- typ wykonywanej pracy, czyli podział na pracę umysłową, fizyczną,
- poziom komunikacji pomiędzy współpracownikami oraz pacjentami i rodzinami chorych,
- specyfika podejmowanych działań, czyli umiejętność szybkiej weryfikacji i podejmowania decyzji, praca pod presją czasu, poczucie odpowiedzialności, zbyt mała lub duża ilość obowiązków związana z pełnionym stanowiskiem, wymuszona pozycja przy wykonywaniu czynności, obsługa aparatury medycznej,
- kultura oraz klimat organizacji, na które składają się prestiż zawodu oraz sposób postrzegania zawodu pielęgniarki wśród innych pracowników zakładów opieki zdrowotnej, styl kierowania, częstość konfliktów w zespołach terapeutycznych oraz metody ich rozwiązywania, a także przyjmowane systemy wartości,
- możliwość rozwoju zawodowego lub jego brak, postrzeganie zawodu jako mało prestiżowy, uniemożliwianie podnoszenia kwalifikacji, strach przed utratą pracy [14].

Za bezpośrednią przyczyną dolegliwości bólowych krzyża i karku wśród tej grupy pracujących uważa się obciążenia statyczne oraz dynamiczne kręgosłupa. Ich rozmiar powinno się rozpatrywać, biorąc pod uwagę zachowania sprzeczne z zasadami profilaktyki oraz ergonomii pracy wśród personelu pielęgniarskiego, a także mając na uwadze ogólnoswiatowy kryzys w ochronie zdrowia polegający na deficycie pielęgniarek, a także nieodpowiedniej ilości sprzętów medycznych. Najbardziej narażone na bóle układu kosto-mięśniowego kręgosłupa są pielęgniarki, które pracują w takich miejscach jak blok operacyjny, oddziały neurologii, ortopedii, geriatрії i intensywnej terapii. Jest to ściśle związane z potrzebą kilkugodzinnego przebywania w wymuszonej pozycji, przenoszeniem pacjentów, dźwiganiem zarówno ich jak i różnego rodzaju sprzętów medycznych oraz wykonywaniem czynności pielęgnacyjno-higienicznych. Dodatkowo zauważa się, że bóle kręgosłupa u personelu pielęgniarskiego mogą pojawiać się już na etapie studiów. Z tego faktu, wynika konieczność starannej edukacji pracowników ochrony zdrowia na temat ergonomii pracy [5, 18].

Obciążenia pielęgniarki anestezjologicznej

Ponad 80% pielęgniarek anestezjologicznych cierpi na dolegliwości bólowe kręgosłupa związane z wykonywaniem swoich obowiązków zawodowych. Jest to wynikiem przyjmowania wymuszonej pozycji przy staniu lub siedzeniu w czasie pracy na sali operacyjnej. Najczęściej wiąże się to z niepodpartą pracą rąk wyciągniętych ku górze ponad staw ramienny oraz z pochyleniem głowy oraz tułowia z jednoczesnym skręceniem. Obowiązki pielęgniarki na tym stanowisku to przygotowanie sprzętu oraz leków potrzebnych do znieczulenia, transport pacjenta na oraz z sali operacyjnej, pomoc przy ułożeniu chorego do zabiegu, obsługa oraz montaż elementów stołu operacyjnego, prowadzenie nadzoru nad znieczulonym pacjentem łącznie z wypełnianiem obowiązującej dokumentacji, uczestniczenie w interwencjach anestezjologicznych w różnych obszarach jednostki szpitalnej oraz prace porządkowe na stanowisku pracy [19].

Obciążenia pielęgniarki operacyjnej

Praca pielęgniarki operacyjnej należy do specyficznych, ponieważ polega na asyście chirurgowi w czasie zabiegów chirurgicznych i diagnostycznych. Dodatkowo ta profesja wiąże się z dużym stresem ponieważ współpracuje się z różnymi zespołami operacyjnymi, a czas trwania zabiegów bywa trudny do określenia. Powoduje to nie tylko duże obciążenie fizyczne jak i psychiczne. Osoba pełniąca tą funkcję odpowiada za przygotowanie sprzętu niezbędnego do przeprowadzenia procedury chirurgicznej, co wiąże się z dźwiganiem oraz transportem ciężkich zestawów narzędzi. Oprócz tego kontroluje sterylność prowadzonej operacji, ilość materiału oraz narzędzi, podaje rozwory do płukania, leki, wydaje preparaty do badania, w stanach zagrożenia życia bierze udział w interwencjach chirurgicznych w różnych jednostkach szpitala. Najbardziej istotną kwestią jest umiejętność dostosowania instrumentowania do sytuacji zaistniałej w polu operacyjnym oraz komunikacji z pozostałym personelem operacyjnym, a także pomocniczym. Postawa pielęgniarki operacyjnej najczęściej bywa stojąca i to przez wiele godzin z jednoczesnym skręceniem lub pochyleniem tułowia, bez możliwości zmiany pozycji. Wymaga zatem wysiłku statycznego [20, 21].

Cel pracy

1. Określenie częstości występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego.
2. Analiza czynników wpływających na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa.
3. Analiza sposobów radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa.

Materiał i metodyka badań

Grupę badaną stanowiło 100 osób wykonujących zawód pielęgniarki/pielęgniara (zarówno operacyjnego jak i anestezjologicznego), z województwa podlaskiego, pracujących na bloku operacyjnym w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Badania zostały przeprowadzone w oparciu o standaryzowane narzędzie badawcze: Skalę Satysfakcji z Życia SWLS oraz kwestionariusz własnej konstrukcji. Do zebrania danych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego.

Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczą wieku, wagi, BMI, płci, miejsca zamieszkania, aktywności fizycznej oraz zawodowej, palenia papierosów, występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa oraz zdiagnozowanych jednostek chorobowych takich jak: rwa kulszowa, stenoza lędźwiowa, dyskopatia, zwyrodnienia kręgosłupa, osteoporoza, a także innych objawów współistniejących takich jak: drętwienia i zaburzenia czucia w kończynach dolnych, ograniczenie ruchomości kręgosłupa okolicy lędźwiowo-krzyżowej, zaburzone oddawanie moczu i stolca, niedowład kończyn dolnych, skrzywienie kręgosłupa.

W badaniu użyto również standaryzowanego narzędzia badawczego, tj. Skali Satysfakcji z Życia SWLS. Skala składa się z pięciu stwierdzeń, dotyczących ich życia:

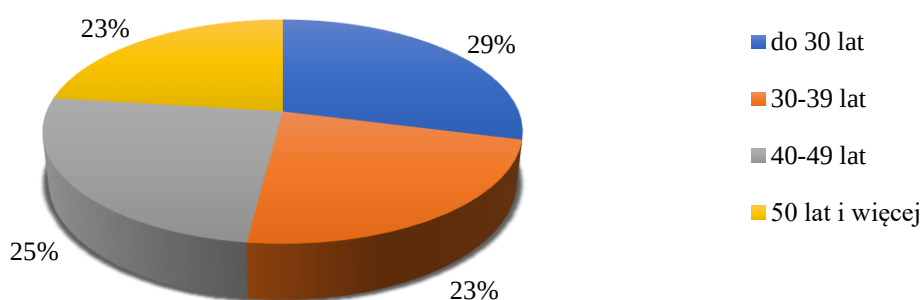
1. Często moje życie było bliskie ideału jakie sobie wyobraziłem/łam wchodząc w dorosłe życie
2. Jestem zadowolony/a ze swojego dotychczasowego zdrowia
3. Jestem usatysfakcjonowany/a swoim dotychczasowym życiem
4. W dalszym ciągu obecne są w moim życiu rzeczy, ważne nadające sens mojemu życiu.
5. Jeśli mogłabym/mógłbym przeżyć życie raz jeszcze, chciałbym/ chciałabym aby było takie jak te.

Osoba badana mogła wybrać jedną z siedmiu odpowiedzi, przy czym 1 oznacza, iż osoba badana zupełnie się nie zgadza, a 7 z kolei, iż zgadza się całkowicie. Uzyskane w badaniu wyniki mieszczą się w przedziale od 5 do 35 punktów. Im większa wartość wyniku, tym większą stwierdza się satysfakcję z życia.

Wyniki

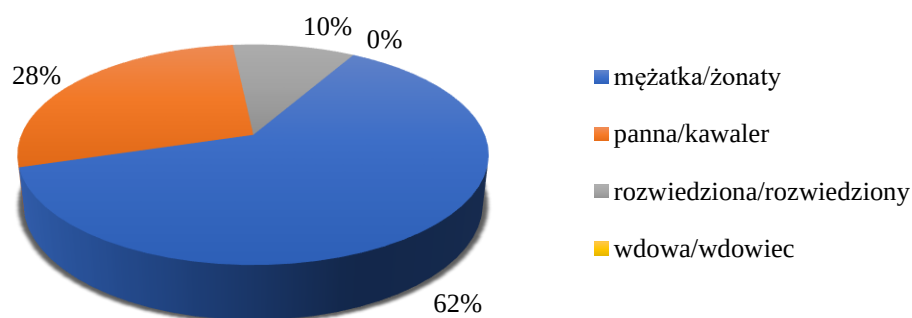
Charakterystyka badanej grupy

Grupę badanych stanowiło 95 kobiet i 5 mężczyzn pomiędzy 23 a 65 rokiem życia, gdzie średnia wieku wynosiła 39 lat ($\pm 11,12$). Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: do 30 lat 29%, 30-39 lat 23%, 40-49 lat 25%, 50 lat i więcej 23% (Rycina1).



Rycina 1. Struktura badanych ze względu na wiek

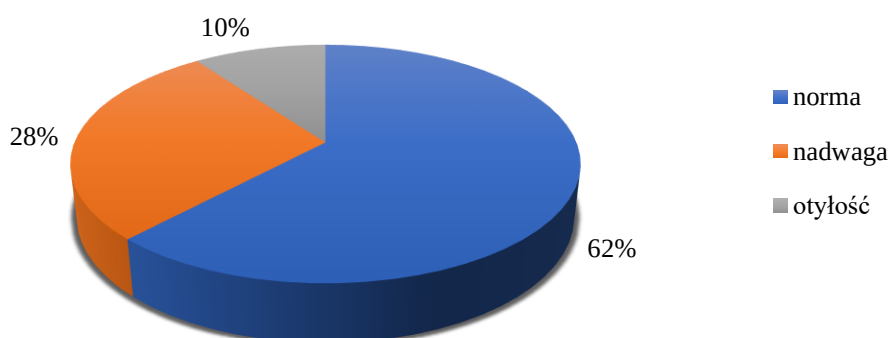
Ankietowani żyli w związkach małżeńskich – 62% lub byli stanu wolnego panna/kawaler – 28% i rozwiedziona/rozwiedziony 10% (Rycina 2).



Rycina 2. Struktura badanych ze względu na stan cywilny

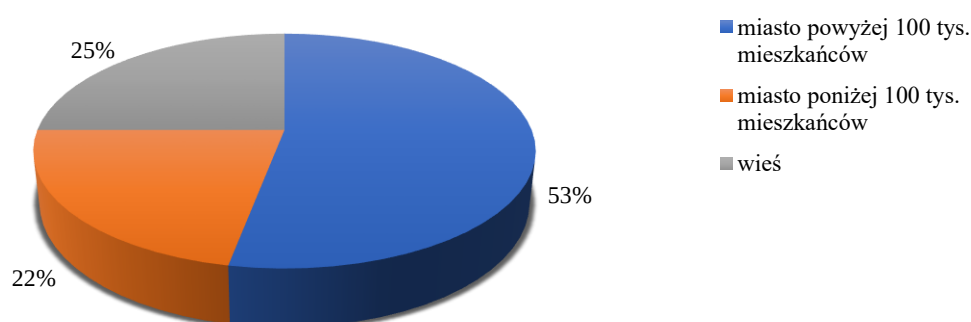
Na podstawie zebranych danych wzrost i masa ciała wyliczono wskaźnik BMI według wzoru: $BMI = (\text{masa ciała [kg]} / (\text{wysokość ciała [m]})^2$. Do oceny poziomu otyłości wykorzystano klasyfikację otyłości wg WHO dla osób dorosłych: waga prawidłowa (18,5-24,9), nadwaga bez otyłości (25-29,9), I stopień otyłości (30-34,9), II stopień otyłości (35-39,9), III stopień otyłości (powyżej i równy 40).

W większości przypadków masa ciała badanych była prawidłowa – 62%, gdy u pozostałych na podstawie wskaźnika BMI stwierdzono nadwagę – 28% lub otyłość – 10% (Rycina 3).



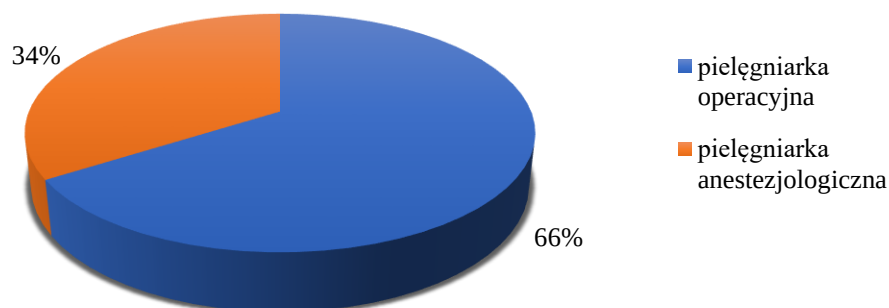
Rycina 3. Struktura badanych ze względu na wskaźnik BMI

W grupie badanej 25% stanowili mieszkańcy wsi, a 75% mieszkańcy miast (Rycina 4).



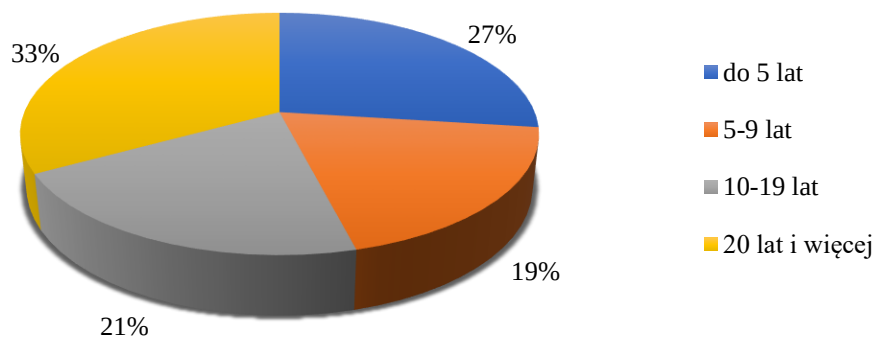
Rycina 4. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania

Ankietowani byli zatrudnieni na stanowisku pielęgniarka operacyjna – 66% i pielęgniarka anestezjologiczna – 34% (Rycina 5).



Rycina 5. Struktura badanych ze względu na stanowisko pracy

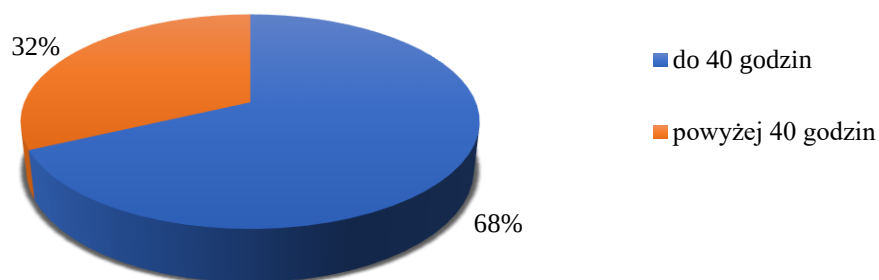
Doświadczenie zawodowe personelu pielęgniarskiego mieściło się w przedziale 1-40 lat, gdzie średnia wynosiła 15 lat ($\pm 11,56$). Struktura stażu pracy przedstawiała się następująco: do 5 lat – 27%, 5-9 lat – 19%, 10-19 lat – 21%, 20 lat i więcej – 33% (Rycina 6).



Rycina 6. Struktura badanych ze względu na staż pracy

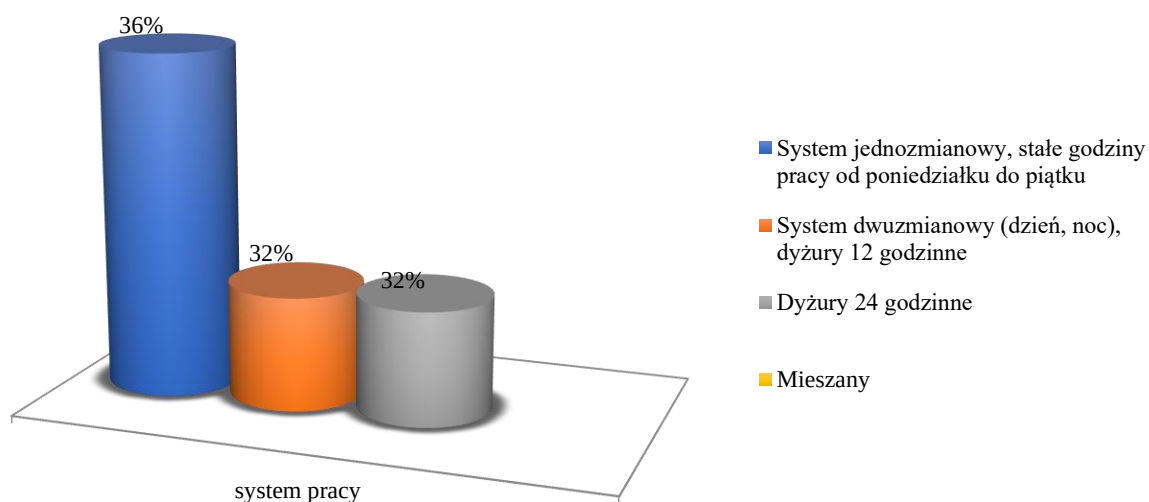
Stan zdrowia badanych

W badanej grupie personelu pielęgniarskiego większość pracowała do 40 godzin – 68%, gdy 32% – powyżej 40 godzin w tygodniu (Rycina 7).



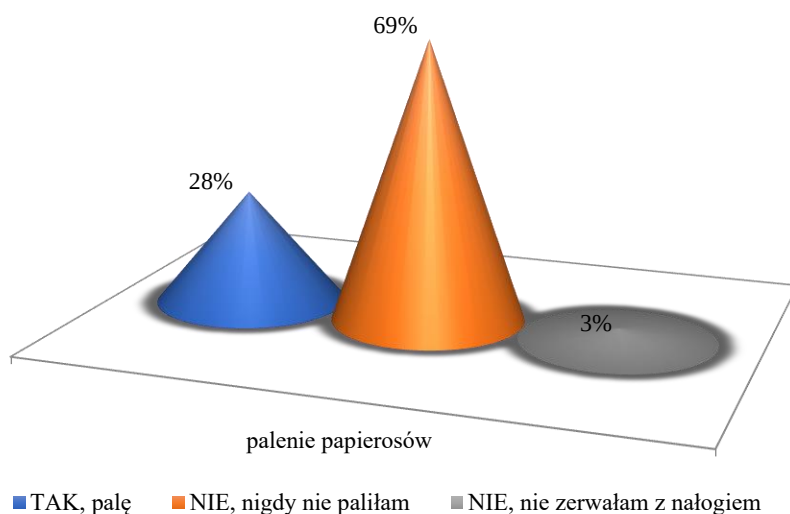
Rycina 7. Średnia liczba godzin pracy w tygodniu wśród badanych

Ankietowani określili, że pracują w systemie jednozmianowym – 36%, dwuzmianowym – 32%, pełnią dyżury 24-godzinne – 32% (Rycina 8).



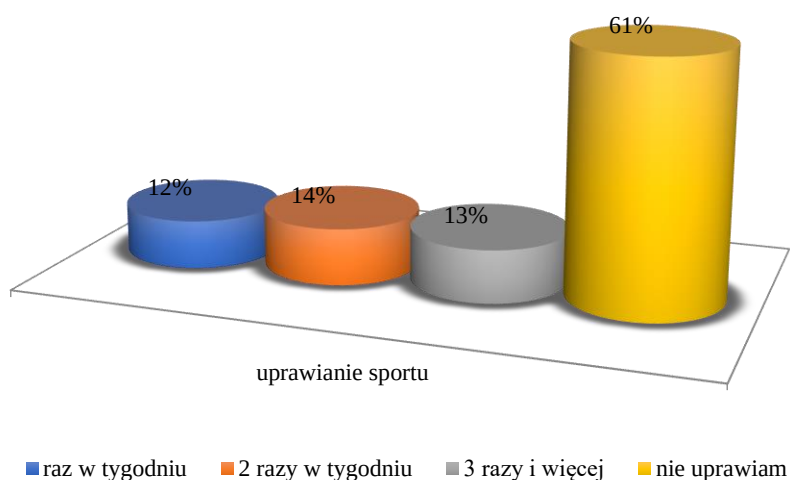
Rycina 8. System pracy wśród badanych

Papierosy paliło 31%, w tym 3% zerwało z nałogiem. Przeciętnie wypalano 11 papierosów dziennie przez 17 lat życia. Nigdy nie paliło 69% grupy (Rycina 9).



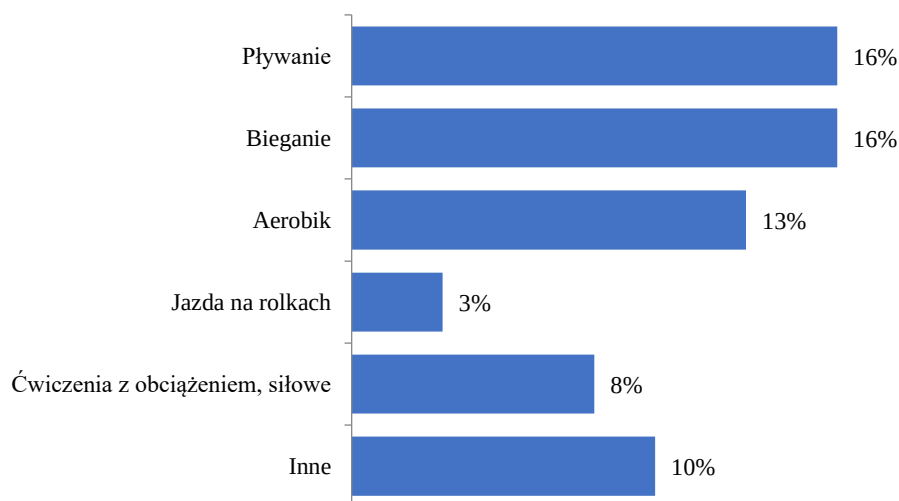
Rycina 9. Palenie papierosów wśród badanych

W badanej grupie sport uprawiało – 39% osób: raz w tygodniu – 12%, 2 razy w tygodniu – 14%, 3 razy i więcej w tygodniu – 13%. Żadnej aktywności nie podejmowało 61% badanych (Rycina 10).



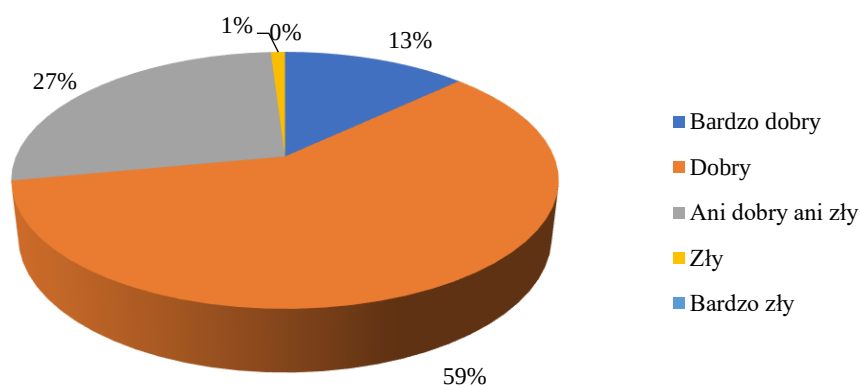
Rycina 10. Uprawianie sportu wśród badanych

Badani preferowali pływanie – 16%, bieganie – 16%, aerobik – 13%, ćwiczenie z obciążeniem – 8%, jazda na rolkach – 3%, inne – 10% (Rycina 11).



Rycina 11. Aktywności fizyczne preferowane przez badanych (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

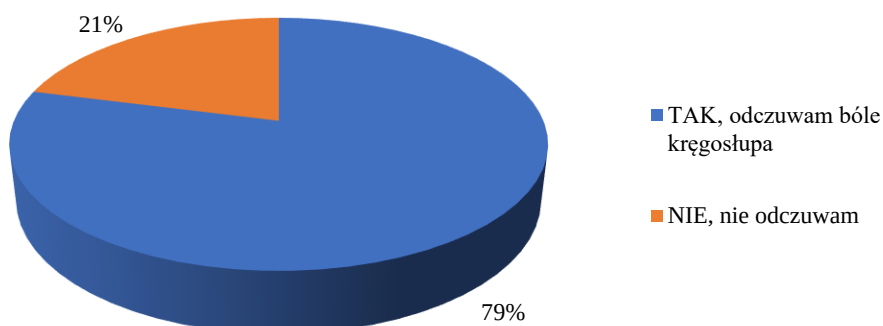
Swój stan zdrowia ankietowany personel pielęgniarski ocenił jako bardzo dobry – 13% i dobry – 59%, a także ani dobry ani zły – 27%. Tylko 1% badanych uważało, że ich stan zdrowia jest zły (Rycina 12).



Rycina 12. Samoocena stanu zdrowia wśród badanych

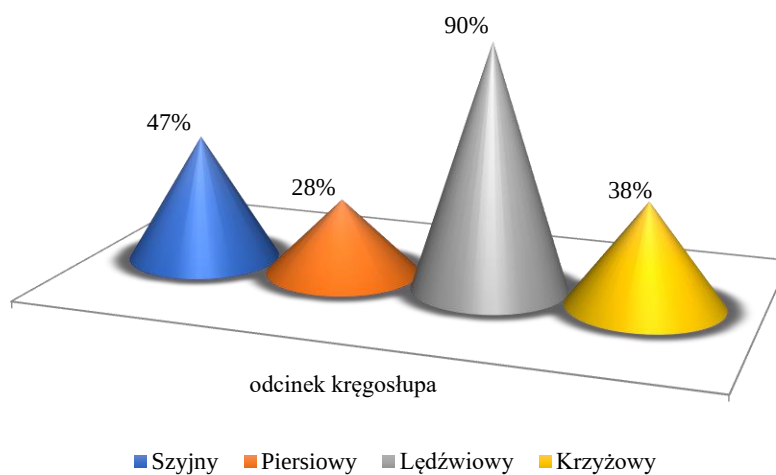
Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa

Wśród badanych pielęgniarek bóle kręgosłupa zgłaszało 79% (Rycina 13).



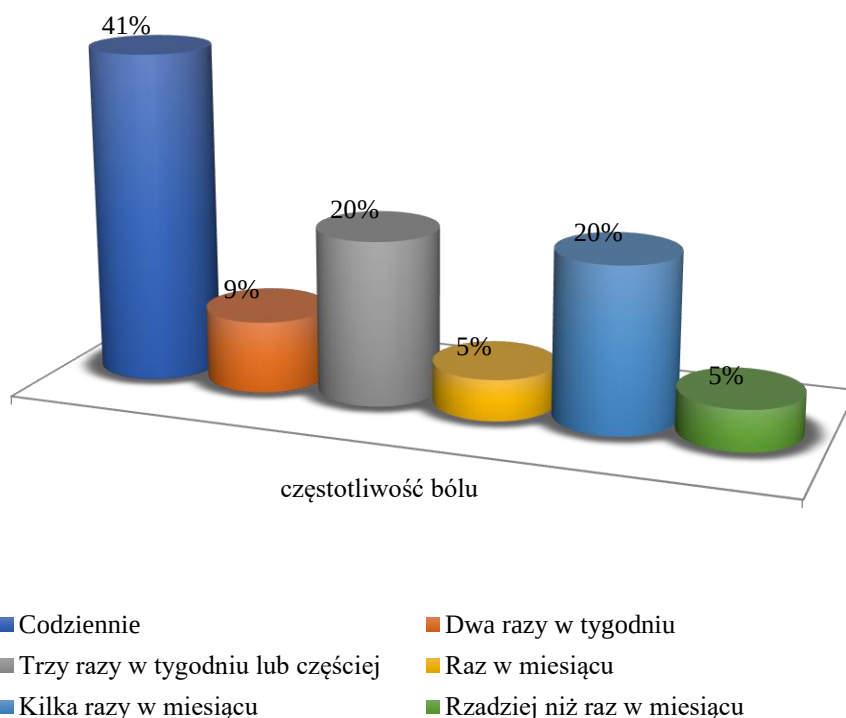
Rycina 13. Występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród badanych

Najczęściej ankietowani odczuwali dolegliwości bólowe w odcinku lędźwiowym – 90%, gdy co druga osoba w szyjnym – 47%, gdy pozostali w krzyżowym – 38% i piersiowym – 28% (Rycina 14).



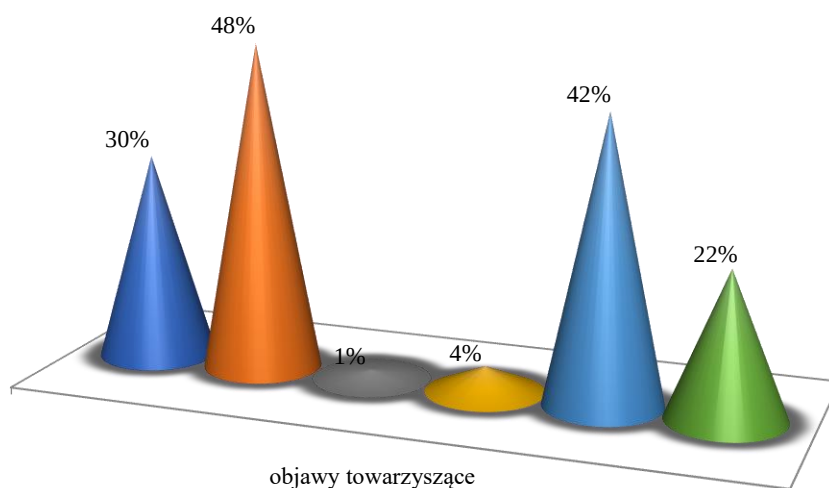
Rycina 14. Odcinek kręgosłupa z bólami wśród badanych (n=79) (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Ból kręgosłupa towarzyszył codziennie 41% badanych, podczas gdy u pozostałych badanych występował on 3 razy w tygodniu – 20% lub dwa razy w tygodniu – 9%. Rzadziej dolegliwości odczuwało 30% badanych: kilka razy w miesiącu – 20%, raz w miesiącu – 5%, rzadziej niż raz w miesiącu – 5% (Rycina 15).



Rycina 15. Częstotliwość występowania bólu kręgosłupa wśród badanych (n=79)

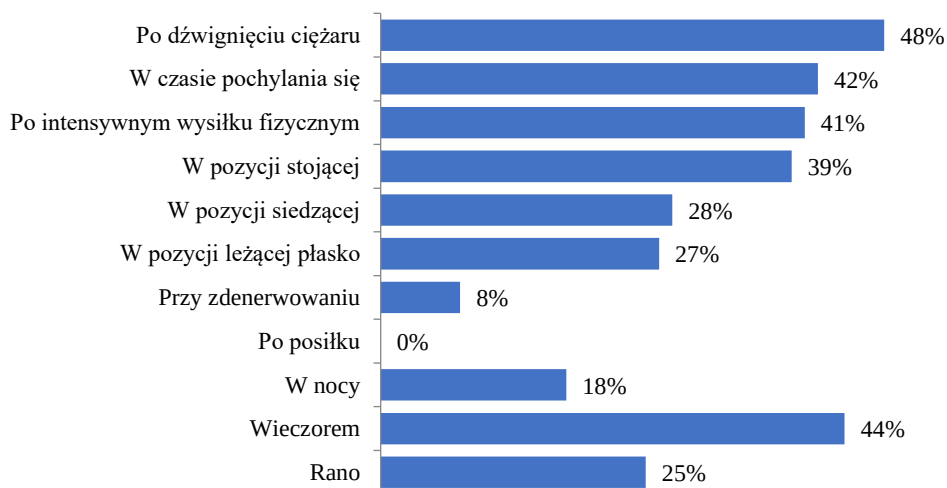
Z objawów towarzyszących bólowi kręgosłupa badani najczęściej wskazywali na ograniczenie ruchomości kręgosłupa okolicy lędźwiowo-krzyżowej – 48%, skrzywienie kręgosłupa – 42%, drętwienia i zaburzenia czucia w kończynach dolnych – 30%. Natomiast w przypadkach jednostkowych: niedowład kończyn dolnych – 4% i zaburzone oddawanie moczu i stolca – 1%. Żadnych dodatkowych objawów nie zaobserwowało 22% osób z bólami kręgosłupa (Rycina 16).



- Drętwienia i zaburzenia czucia w kończynach dolnych
- Ograniczenie ruchomości kręgosłupa okolicy lędźwiowo-krzyżowej
- Zaburzone oddawanie moczu i stolca
- Niedowład kończyn dolnych
- Skrzywienie kręgosłupa
- Brak innych objawów

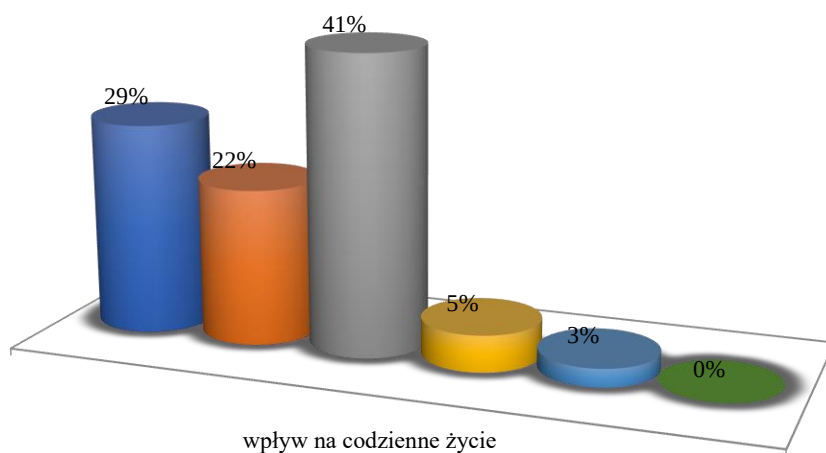
Rycina 16. Objawy towarzyszące bólowi kręgosłupa wśród badanych (n=79) (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Najczęściej bóle kręgosłupa występowały po dźwignięciu ciężaru – 48% oraz nasilały się w porze wieczornej – 44%, rzadziej rano – 25% i w nocy – 18%. Określono, że ból wzrastał się w czasie pochylania się, po intensywnym wysiłku fizycznym – 41%, w pozycji stojącej – 39%, a także siedzącej – 28% i leżącej – 27%. W 8% przypadków wskazano na sytuacje stresowe (Rycina 17).



Rycina 17. Objawy towarzyszące bólowi kręgosłupa wśród badanych (n=79) (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

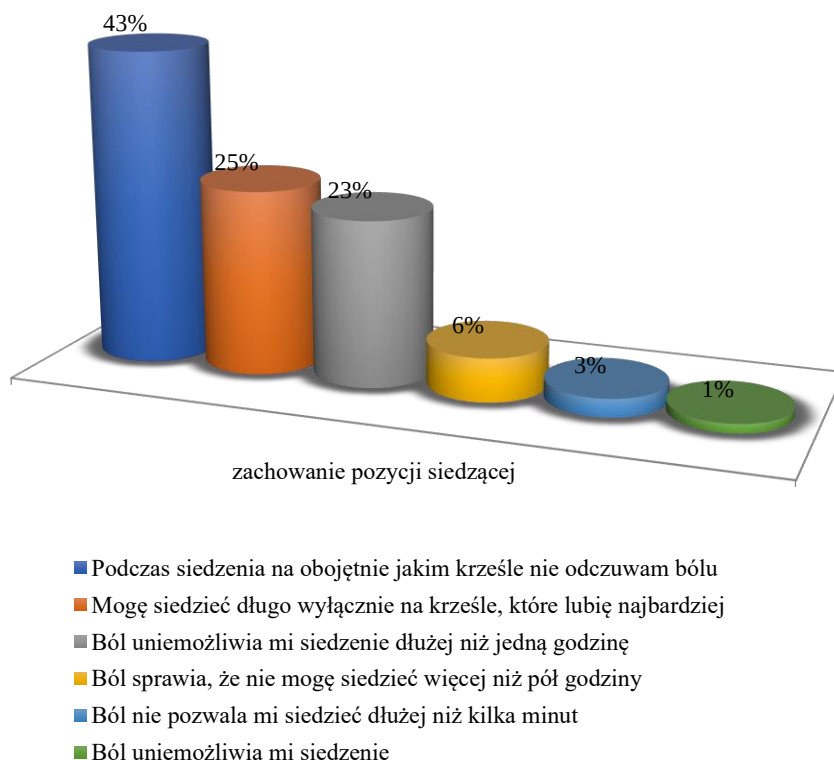
Pomimo odczuwanych dolegliwości bólowych 41% badanych funkcjonowało samodzielnie. U 22% codzienne obowiązki nie nasilały bólu, a u 29% nie miały wpływu na codzienne funkcjonowanie. Na trudności w codziennym życiu wskazało 8%, co u 5% wyrażało się poprzez spowolnienie, a u 3% wsparcie ze strony innych osób (Rycina 18).



- Nie mają wpływu
- Jestem całkowicie samodzielny, codzienne czynności nie nasilają bólu
- Funkcjonuje sam, nie potrzebuję pomocy, chociaż niektóre codzienne czynności nasilają ból
- Codzienne czynności wykonuje wolniej i ostrożniej z powodu bólu
- W dużej mierze jestem samodzielny, jednak czasem potrzebuję pomocy
- Codziennie wymagam pomocy przy większości wykonywanych przeze mnie czynności

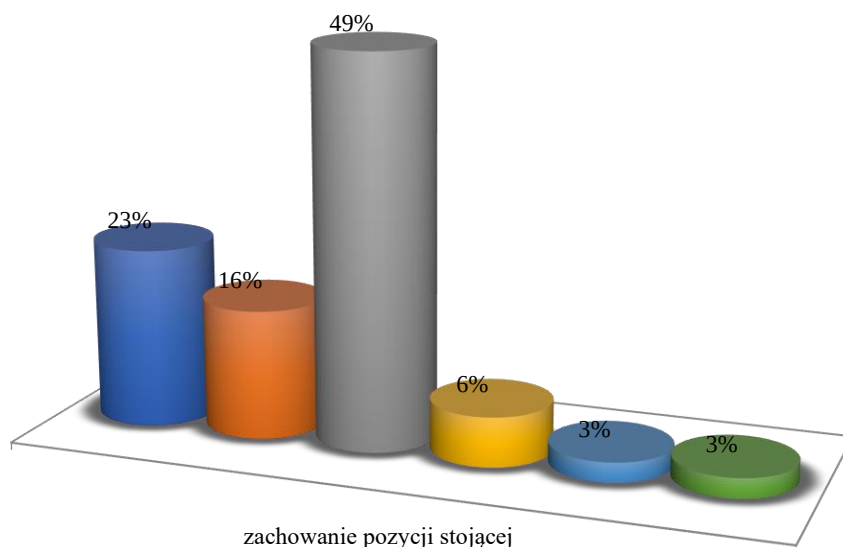
Rycina 18. Wpływ dolegliwości bólowych kręgosłupa na wykonywanie codziennych czynności przez badanych (n=79)

Odczuwane dolegliwości bólowe kręgosłupa nie miały wpływu na dyskomfort siedzenia w 43% przypadków. Pozostali badani wskazali na wybór odpowiedniego siedziska – 25% czy siedzenie nie dłużej niż jedną godzinę – 23%. Niewielki odsetek badanych ze względu na ból nie potrafił przebywać w pozycji siedzącej dłużej niż 30 minut – 6%, a nawet kilka minut – 3% i wcale – 1% (Rycina 19).



Rycina 19. Wpływ dolegliwości bólowych kręgosłupa na zachowanie pozycji siedzącej przez badanych (n=79)

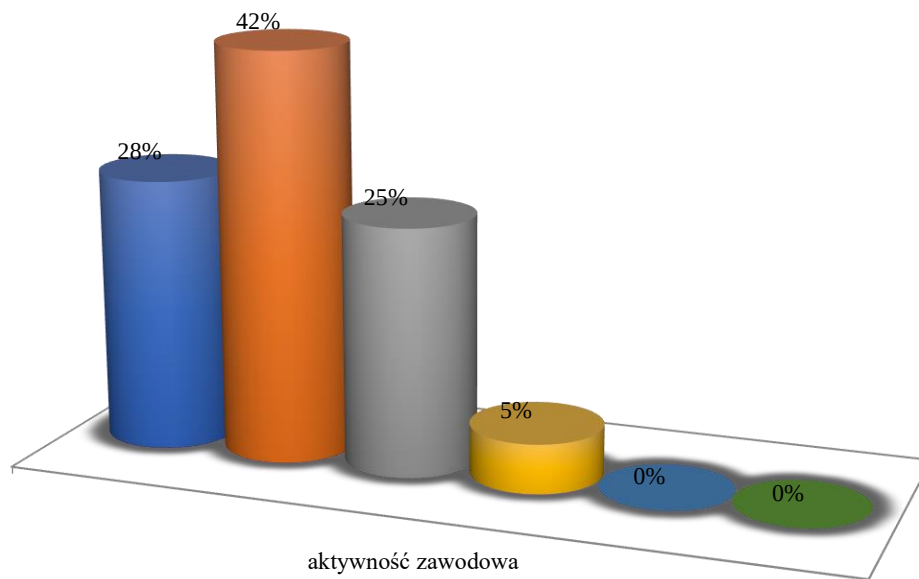
Wśród ankietowanych tylko 23% mogło stać bez dolegliwości bólowych zgodnie z potrzebą. Co druga osoba wskazała, że długie stanie wywołuje większy ból – 49%, gdy u 6% ból nasilał się po 30 minutach, u 3% nawet po 10 minutach a nawet od razu, co przyczyniało się do unikania pozycji stojącej (Rycina 20).



- Podczas stania nie odczuwam bólu i mogę stać tak długo jak chcę
- Kiedy stoję odczuwam ból, który się nie nasila
- Długie stanie wywołuje większy ból
- Kiedy stoję ból nasila się po ok. 30 minutach
- Kiedy stoję ból nasila się po ok. 10 minutach
- Unikam stania, ponieważ od razu odczuwam ból

Rycina 20. Wpływ dolegliwości bólowych kręgosłupa na zachowanie pozycji stojącej przez badanych (n=79)

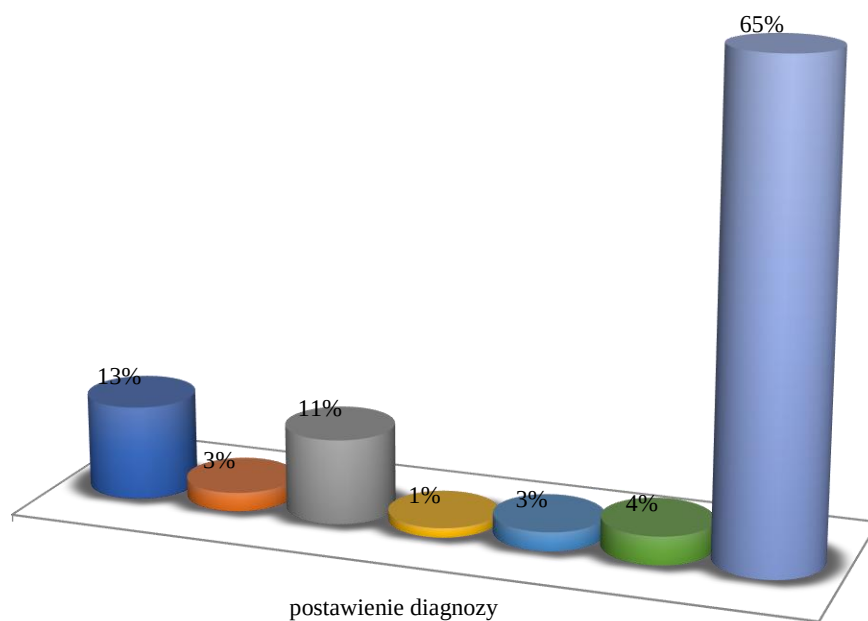
Zdaniem 28% odczuwane dolegliwości nie wpływają na ich aktywność zawodową, podczas gdy 67% uznało ją za prawie normalną pomimo odczuwanych dolegliwości w stopniu nieznacznym – 42% i znacznym – 25%. Ze zwolnień lekarskich co najmniej raz na pół roku zmuszonych było korzystać – 5% (Rycina 21).



- Moja aktywność zawodowa jest prawidłowa, ból kręgosłupa nie ma na nią wpływu
- Moją aktywność zawodową można zaliczyć do prawie normalnych, chociaż wywołuje nieznaczne dolegliwości bólowe
- Moja aktywność zawodowa jest prawie normalna, chociaż wywołuje znaczne dolegliwości bólowe
- Moja aktywność zawodowa uległa poważnemu ograniczeniu, korzystam ze zwolnień lekarskich co najmniej, raz na sześć miesięcy
- Moja aktywność zawodowa została znacznie ograniczona, przez co wymagała zmiany stanowiska pracy i/ lub zmiany wymiaru czasu pracy
- Moja aktywność zawodowa uległa poważnemu ograniczeniu, korzystałam ze zwolnień lekarskich powyżej 3 miesięcy

Rycina 21. Wpływ dolegliwości bólowych kręgosłupa na poziom aktywności zawodowej badanych (n=79)

U badanych zdiagnozowano zwyrodnienie kręgosłupa – 13%, dyskopatię – 11%, rwę kulszową – 4%, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa – 3%, stenozę lędźwiową – 3%, osteoporozę – 1%. Diagnozy nie postawiono w 65% przypadków (Rycina 22).

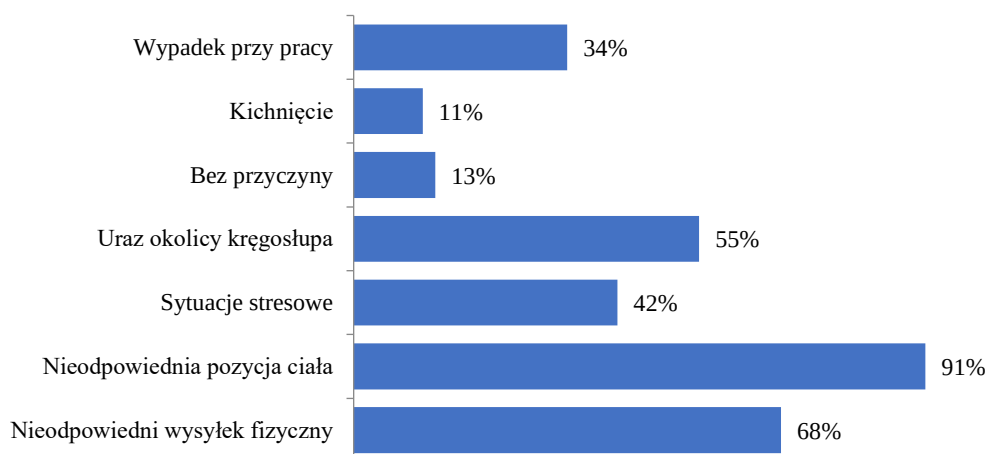


- Zwyrodnienie kręgosłupa
- Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa
- Dyskopatia
- Osteoporoza
- Stenoza lędźwiowa
- Rwa Kulszowa
- Nie mam zdiagnozowanej żadnej choroby

Rycina 22. Choroby kręgosłupa zdiagnozowane u badanych (n=79)

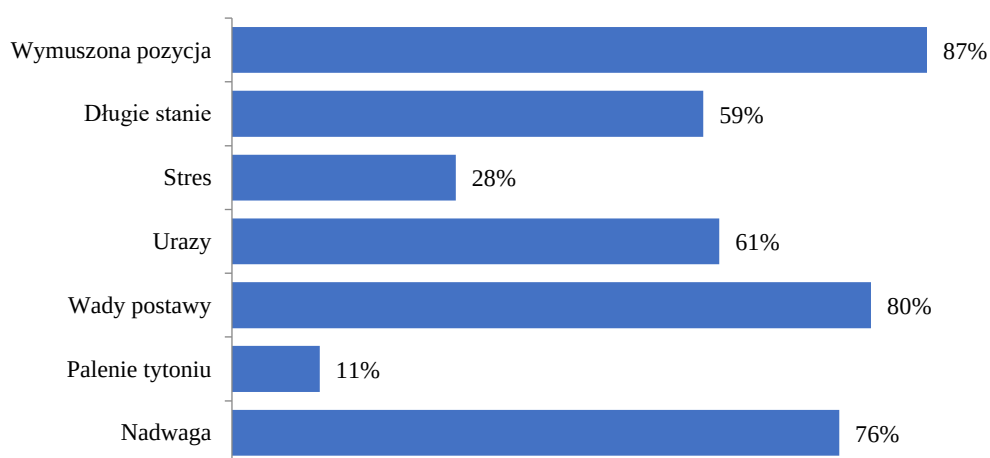
Poziom wiedzy badanych

Ankietowany personel określił, że na nasilanie bólu kręgosłupa ma wpływ: nieodpowiednia pozycja ciała – 91%, a także nieodpowiedni wysiłek – 68%, uraz okolicy kręgosłupa – 55%, sytuacje stresowe – 42%, wypadek przy pracy – 34%, kichnięcie – 11%. W opinii 13% ból może wystąpić bez przyczyny (Rycina 23).



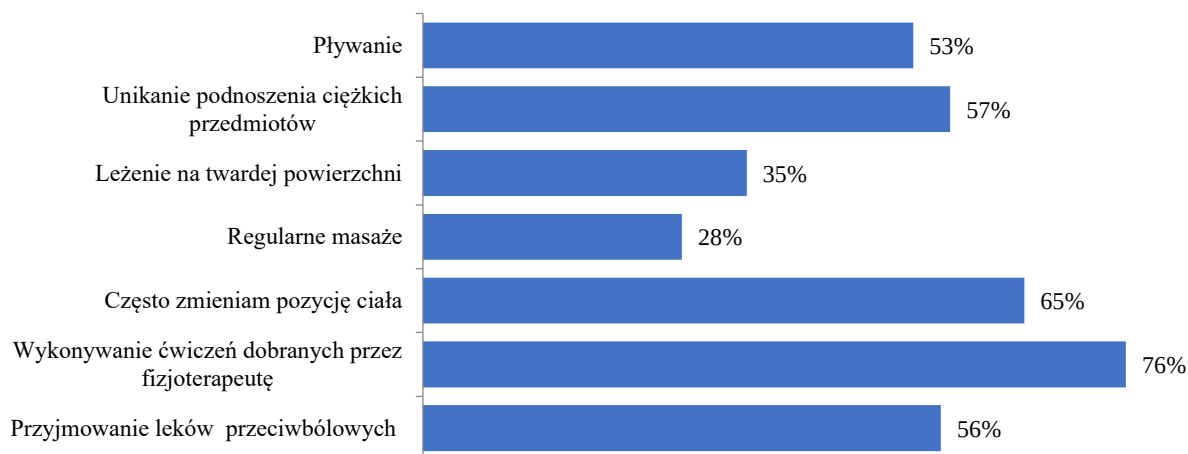
Rycina 23. Wiedza badanych na temat sytuacji wywołujących dolegliwości bólowe kręgosłupa (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Wśród przyczyn dolegliwości bólowych kręgosłupa badany personel pielęgniarski wymienił: wymuszoną pozycję – 87%, wady postawy – 80%, nadwagę – 76%, urazy – 61%, długie stanie – 59%, stres – 28%, palenie tytoniu – 11% (Rycina 24).



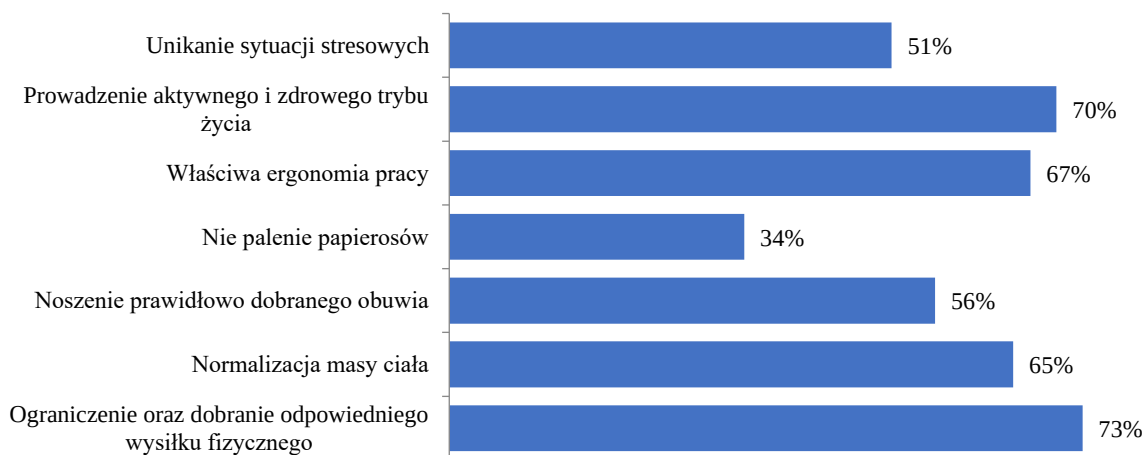
Rycina 24. Wiedza badanych na temat przyczyn dolegliwości bólowych kręgosłupa (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Z metod radzenia sobie z bólami kręgosłupa ankietowani preferowali zestaw odpowiednich ćwiczeń opracowanych przez fizjoterapeutę – 76%, następnie częstą zmianę pozycji ciała – 65%, unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów – 57%, przyjmowanie leków przeciwbólowych – 56%, pływanie – 53%, leżenie na twardej powierzchni – 35%, regularne masaże – 28%. (Rycina 25).



Rycina 25. Wiedza badanych na temat sposobów radzenia sobie z bólami kręgosłupa (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

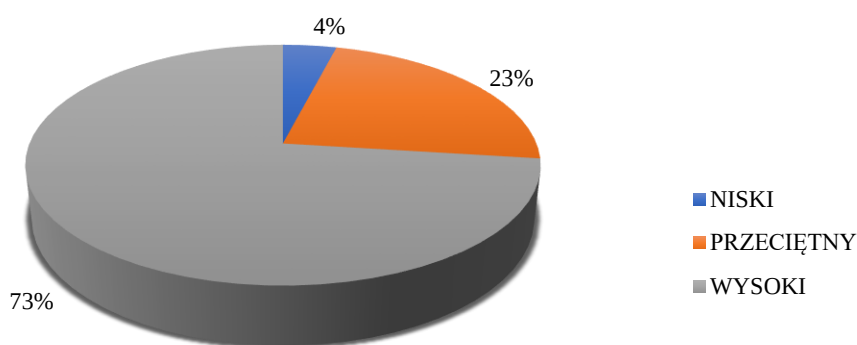
Określono, że bólowi kręgosłupa najlepiej zapobiegać poprzez ograniczenie oraz dobranie odpowiedniego wysiłku fizycznego – 73%, prowadzenie aktywnego i zdrowego trybu życia – 70%, właściwa ergonomia pracy – 67%, normalizacja masy ciała – 56%, noszenie prawidłowo dobranego obuwia – 56%, unikanie sytuacji stresowych – 51%, nie palenie papierosów – 34% (Rycina 26).



Rycina 26. Wiedza badanych na temat profilaktyki bólu kręgosłupa (wyniki nie sumują się do 100% - możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

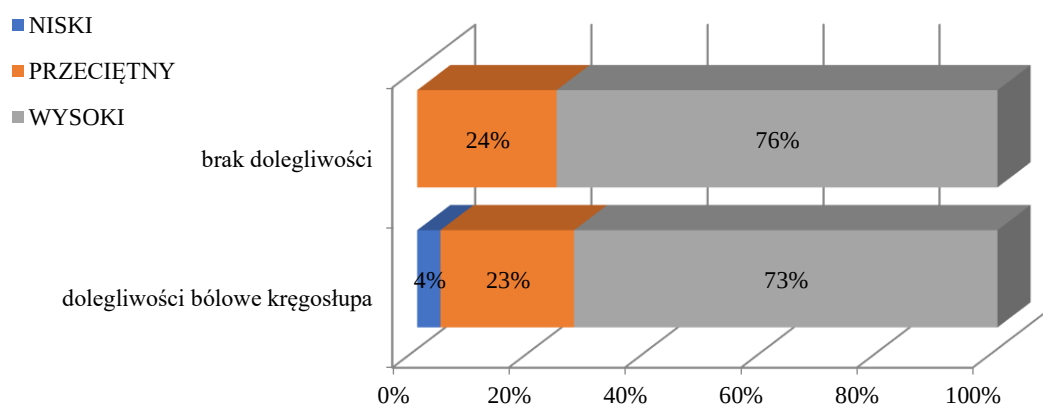
Satysfakcja z życia badanych

Wyniki dla skali SWLS mieściły się w zakresie 15-35 pkt., gdzie wartość średnia 26 pkt ($\pm 4,45$) oceniana jest jako wysoki poziom satysfakcji z życia na granicy z poziomem przeciętnym. Struktura wyników dla skali SWLS przedstawia się następująco: niski – 4%, przeciętny – 23%, wysoki – 73% (Rycina 27).



Rycina 27. Poziom satysfakcji z życia według skali SWLS wśród osób z dolegliwościami bólowymi kręgosłupa

W grupie personelu pielęgniarzkiego bez dolegliwości bólowych kręgosłupa w 76% przypadków uzyskano wyniki wysokie, gdy w pozostałych przypadkach – przeciętny poziom satysfakcji z życia – 24%. Wśród pielęgniarek zgłaszających ból kręgosłupa 5% oceniła swoją jakość życia jako niską, 23% użyło oceny przeciętnej, a 73% wysoka. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie ($p=0,326$) (Rycina 28).



Rycina 28. Zróżnicowanie poziomu satysfakcji z życia wśród osób z dolegliwościami bólowymi i bez dolegliwości

Wśród pielęgniarek z bólem kręgosłupa osoby do 50 lat częściej oceniały jakość życia jako przeciętną, gdy osoby powyżej 50 roku życia najczęściej uzyskały wysoki stopień satysfakcji z życia. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie. Natomiast w grupie badanych bez dolegliwości wykazano, że satysfakcja z życia znacząco obniżała się z wiekiem (Tabela I).

Tabela I. Wpływ wieku na poziom satysfakcji z życia wśród osób z dolegliwościami bólowymi i bez dolegliwości

Wiek	N	NISKI		PRZECIĘTNY		WYSOKI	
		n	%	n	%	n	%
Osoby z dolegliwościami bólowymi (NS, p=0,795)							
Do 30 lat	16	1	6,25%	4	25,00%	11	68,75%
30-39 lat	19	0	0%	4	21,05%	15	78,95%
40-49 lat	22	2	9,09%	7	31,82%	13	59,09%
50 lat i więcej	22	1	4,55%	3	13,64%	18	81,81%
Osoby bez dolegliwości bólowych (r(X,Y)=0,4859, p=0,026)							
Do 30 lat	13	0	0%	1	7,69%	12	92,31%
30-39 lat	4	0	0%	2	50,00%	2	50,00%
40-49 lat	3	0	0%	1	33,33%	2	66,67%
50 lat i więcej	1	0	0%	1	100%	0	0%

Wśród pielęgniarek z bólem kręgosłupa mieszkanki wsi miały niższą satysfakcję z życia niż mieszkanki miast. Tendencja ta utrzymywała się również w grupie badanych bez dolegliwości. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela II).

Tabela II. Wpływ miejsca zamieszkania na poziom satysfakcji z życia wśród osób z dolegliwościami bólowymi i bez dolegliwości

Miejsce zamieszkania	N	NISKI		PRZECIĘTNY		WYSOKI	
		n	%	n	%	n	%
Osoby z dolegliwościami bólowymi (NS, p=0,656)							
Miasto >100 tys.	41	2	4,88%	9	21,95%	30	73,17%
Miasto <100 tys.	18	1	5,56%	3	16,67%	14	77,78%
Wieś	20	1	5,00%	6	30,00%	13	65,00%
Osoby bez dolegliwości bólowych (NS, p=0,701)							
Miasto >100 tys.	12	0	0%	3	25,00%	9	75,00%
Miasto <100 tys.	4	0	0%	0	0,00%	4	100%
Wieś	5	0	0%	2	40,00%	3	60,00%

Wykazano, że wśród osób z bólem istotnie niższą satysfakcję z życia odczuwały osoby po rozwodzie. W grupie bez dolegliwości wyższą satysfakcją charakteryzowali się badani stanu wolnego kawaler/panna niż w związkach małżeńskich. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela III).

Tabela III. Wpływ stanu cywilnego na poziom satysfakcji z życia wśród osób z dolegliwościami bólowymi i bez dolegliwości

Stan cywilny	N	NISKI		PRZECIĘTNY		WYSOKI	
		n	%	n	%	n	%
Osoby z dolegliwościami bólowymi (r(X,Y)=0,2360, p=0,036)							
mężatka/żonaty	54	2	3,70%	9	16,67%	43	79,63%
panna/kawaler	15	1	6,67%	5	33,33%	9	60,00%
rozwidziona/rozwidziony	10	1	10,00%	4	40,00%	5	50,00%
Osoby bez dolegliwości bólowych (NS, p=0,270)							
mężatka/żonaty	8	0	0%	3	37,50%	5	62,50%
panna/kawaler	13	0	0%	2	15,38%	11	84,62%
rozwidziona/rozwidziony	0	0	0%	0	0%	0	0%

Zarówno wśród personelu z bólem kręgosłupa jak i bez bólu poziom satysfakcji obniżał się wraz z długością stażu pracy. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela IV).

Tabela IV. Wpływ stażu pracy na poziom satysfakcji z życia wśród osób z dolegliwościami bólowymi i bez dolegliwości

Staż pracy	N	NISKI		PRZECIĘTNY		WYSOKI	
		n	%	n	%	n	%
Osoby z dolegliwościami bólowymi (NS, p=0,951)							
Do 5 lat	14	1	7,14%	4	28,57%	9	64,29%
5-9 lat	16	0	0%	3	18,75%	13	81,25%
10-19 lat	19	1	5,26%	5	26,32%	13	68,42%
20 lat i więcej	20	2	6,67%	6	20,00%	22	73,33%
Osoby bez dolegliwości bólowych (p=0,112)							
Do 5 lat	13	0	0%	2	15,38%	11	84,62%
5-9 lat	3	0	0%	1	33,33%	2	66,67%
10-19 lat	2	0	0%	1	50,00%	1	50,00%
20 lat i więcej	3	0	0%	1	33,33%	2	66,,67%

Wśród badanych z dolegliwościami niższy poziom satysfakcji z życia odczuwały pielęgniarki operacyjne, gdy w grupie bez dolegliwości – pielęgniarki zabiegowe. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela V).

Tabela V. Wpływ stanowiska pracy na poziom satysfakcji z życia wśród osób z dolegliwościami bólowymi i bez dolegliwości

Stanowisko pracy	N	NISKI		PRZECIĘTNY		WYSOKI	
		n	%	n	%	n	%
Osoby z dolegliwościami bólowymi (NS, p=0,268)							
Pielęgniarka operacyjna	56	4	7,14%	13	23,21%	39	69,64%
Pielęgniarka zabiegowa	23	0	0%	5	21,74%	18	78,26%
Osoby bez dolegliwości bólowych (p=0,106)							
Pielęgniarka operacyjna	11	0	0%	1	9,09%	10	90,91%
Pielęgniarka zabiegowa	10	0	0%	4	40,00%	6	60,00%

Wykazano, że praca w systemie dyżurów 24-godzinnych istotnie obniżała jakość życia personelu pielęgniarskiego z bólem kręgosłupa. Natomiast w przypadku osób bez dolegliwości

przeciwnie: personel dyżurujący 24 h charakteryzował się wyższym poziomem satysfakcji życiowej. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela VI).

Tabela VI. Wpływ systemu pracy na poziom satysfakcji z życia wśród osób z dolegliwościami bólowymi i bez dolegliwości

System pracy	N	NISKI		PRZECIĘTNY		WYSOKI	
		n	%	n	%	n	%
Osoby z dolegliwościami bólowymi (r(X,Y)=0,2248, p=0,047)							
Jednozmianowa	28	0	0%	6	21,43%	22	78,57%
Dwuzmianowa	25	1	4,00%	5	20,00%	19	76,00%
Dyżury 24h	26	3	11,54%	7	26,92%	16	61,54%
Osoby bez dolegliwości bólowych (NS, p=0,707)							
Jednozmianowa	8	0	0%	2	25,00%	6	75,00%
Dwuzmianowa	7	0	0%	2	28,57%	5	71,43%
Dyżury 24h	6	0	0%	1	16,67%	5	83,33%

Zarówno wśród personelu z bólem kręgosłupa jak i bez bólu niższy poziom satysfakcji z życia towarzyszył niższej ocenie stanu zdrowia. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela VII).

Tabela VII. Wpływ samooceny stanu zdrowia na poziom satysfakcji z życia wśród osób z dolegliwościami bólowymi i bez dolegliwości

Ocena stanu zdrowia	N	NISKI		PRZECIĘTNY		WYSOKI	
		n	%	n	%	n	%
Osoby z dolegliwościami bólowymi (NS, p=0,231)							
Bardzo dobry	6	0	0%	0	0%	6	100%
Dobry	46	3	6,52%	10	21,74%	33	71,74%
Ani dobry ani zły	26	1	3,85%	7	26,92%	18	69,23%
Zły	1	0	0%	1	100%	0	0%
Osoby bez dolegliwości bólowych (NS, p=0,706)							
Bardzo dobry	13	0	0%	1	14,29%	6	85,71%
Dobry	3	0	0%	4	30,77%	9	69,23%
Ani dobry ani zły	2	0	0%	0	0%	1	100%
Zły	3	0	0%	0	0%6	0	0%

Nie stwierdzono, aby funkcjonowanie w codziennym życiu ze względu na odczuwane dolegliwości bólowe istotnie wpływało na poczucie satysfakcji z życia (Tabela VIII).

Tabela VIII. Poziom satysfakcji z życia a utrudnienia w codziennym życiu z powodu dolegliwości bólowych (n=79)

Zmienne		N	NISKI		PRZECIĘTNY		WYSOKI		χ^2
			n	%	n	%	n	%	
Wykonywanie czynności	Nie mają wpływu	23	2	9%	5	22%	16	69%	NS; p=0,329
	Jestem całkowicie samodzielny, codzienne czynności nie nasilają bólu	16	1	6%	3	19%	12	75%	
	Funkcjonuje sam, nie potrzebuję pomocy, chociaż niektóre codzienne czynności nasilają ból	33	0	0%	8	24%	25	76%	
	Codzienne czynności wykonuje wolniej i ostrożniej z powodu bólu	4	0	0%	1	25%	3	75%	
	W dużej mierze jestem samodzielny, jednak czasem potrzebuję pomocy	3	1	33%	1	33%	1	33%	
	Codziennie wymagam pomocy przy większości wykonywanych przeze mnie czynności	0	0	0%	0	0%	0	0%	
Czynność siedzenia	Podczas siedzenia na obojętnie jakim krześle nie odczuwam bólu	33	2	6%	6	18%	25	76%	NS; p=0,330
	Mogę siedzieć długo wyłącznie na krześle, które lubię najbardziej	20	1	5%	6	30%	13	65%	
	Ból uniemożliwia mi siedzenie dłużej niż jedną godzinę	18	1	5%	3	17%	14	78%	
	Ból sprawia, że nie mogę siedzieć więcej niż pół godziny	4	0	0%	2	50%	2	50%	
	Ból nie pozwala mi siedzieć dłużej niż kilka minut	2	0	0%	1	50%	1	50%	
	Ból uniemożliwia mi siedzenie	1	0	0%	0	0%	1	100%	
Czynno	Podczas stania nie odczuwam bólu i mogę stać tak długo jak chcę	18	2	11%	3	17%	13	72%	NS;

	Kiedy stoję odczuwam ból, który się nie nasila	12	1	8%	1	8%	10	84%	
	Długie stanie wywołuje większy ból	39	1	3%	13	33%	25	64%	
	Kiedy stoję ból nasila się po ok. 30 minutach	5	0	0%	0	0%	5	100%	
	Kiedy stoję ból nasila się po ok. 10 minutach	2	0	0%	0	0%	2	100%	
	Unikam stania, ponieważ od razu odczuwam ból	2	0	0%	1	50%	1	50%	
Aktywność zawodowa	Moja aktywność zawodowa jest prawidłowa, ból kręgosłupa nie ma na nią wpływu	22	2	9%	2	9%	18	82%	NS; p=0,325
	Moją aktywność zawodową można zaliczyć do prawie normalnych, chociaż wywołuje nieznaczne dolegliwości bólowe	32	2	6%	9	28%	21	66%	
	Moja aktywność zawodowa jest prawie normalna, chociaż wywołuje znaczne dolegliwości bólowe	20	0	0%	6	25%	14	75%	
	Moja aktywność zawodowa uległa poważnemu ograniczeniu, korzystam ze zwolnień lekarskich co najmniej, raz na sześć miesięcy	4	0	0%	1	25%	3	75%	

Dyskusja

Współczesne społeczeństwo ze względu na prowadzony tryb życia i problem nadmiernej masy ciała charakteryzuje nasilenie występowania zespołów bólowych kręgosłupa, które ze względu na rozmiar stały się problemem zdrowotnym wielu społeczeństw w tym również w Polsce [22]. Do obciążeń kręgosłupa przyczyniają się również nadmierne i długotrwałe obciążenia związane z pracą zawodową. Wysiłek podejmowany ze względu na wykonywane obowiązki w miejscu pracy nie jest formą aktywności fizycznej, której efektem jest poprawa stanu zdrowia, ale ze względu na konieczność pozycji wymuszonych i częstego dyskomfortu fizycznego staje

się przyczyną mniejszych lub większych zwyrodnień kręgosłupa i całego układu kostnow stawowego [23, 24].

W niniejszej pracy dokonano oceny poziomu dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego w województwie podlaskim. Grupę badanych stanowiło 95 kobiet i 5 mężczyzn pomiędzy 23 a 65 rokiem życia, gdzie średnia wieku wynosiła 39 lat ($\pm 11,12$). Ankietowani byli zatrudnieni na stanowisku pielęgniarka operacyjna (66%) i pielęgniarka anestezjologiczna (34%). Doświadczenie zawodowe badanych było zróżnicowane od 1 roku do 40 lat, gdzie średnia wynosiła 15 lat ($\pm 11,56$). Większość personelu pielęgniarskiego pracowała do 40 godzin tygodniowo (68%), podczas gdy pozostali badani więcej niż 40 godzin (32%). Praca była wykonywana w systemie jednozmianowym (36%), dwuzmianowym (32%), dyżury 24-godzinne (32%). Materiał badawczy zebrano techniką ankietowania za pomocą metody sondażu z wykorzystaniem kwestionariusza autorskiej ankiety.

Bóle kręgosłupa są zgłaszane przez 60-80% społeczeństwa po 30 roku życia, problem gwałtownie narasta wraz z wiekiem nawet do poziomu 98% w grupie wiekowej 55+. Nawet w 90% przypadków trudne jest jednoznaczne określenie przyczyny dolegliwości, co nie zwalnia z wnikliwej diagnostyki jako podstawy leczenia przyczynowego, które pozwala chorym odzyskać sprawność fizyczną [25, 26]. Aktualne badania poświęcone schorzeniom kręgosłupa wśród pielęgniarek szacują częstość występowania bólu kręgosłupa w tymże zawodzie dla odcinka lędźwiowego (wysokość L4-L5, L5-S1) w granicach 75% i dla odcinka szyjnego 60% (C5-C6, C6-C7) [27, 28].

W badaniach własnych w większości przypadków masa ciała badanych była prawidłowa (62%), na podstawie wskaźnika BMI stwierdzono nadwagę u 28% lub otyłość u 10%. Systematyczną aktywność fizyczną podejmowało tylko 39% grupy: raz w tygodniu – 12%, 2 razy w tygodniu – 14%, 3 razy i więcej w tygodniu – 13%. Dolegliwości bólowe kręgosłupa zgłosiło 79% personelu pielęgniarskiego, w tym najczęściej w odcinku lędźwiowym (90%), a także szyjnym (47%), krzyżowym (38%) i piersiowym (28%). Bóle kręgosłupa towarzyszyły codziennie 41% badanych, 29% oceniło częstotliwość na 2-3 razy w tygodniu. Z objawów towarzyszących bólom kręgosłupa najczęściej wskazywano na ograniczenie ruchomości kręgosłupa okolicy lędźwiowo-krzyżowej (48%), skrzywienie kręgosłupa (42%), drętwienia i zaburzenia czucia w kończynach dolnych (30%). Dolegliwości bólowe nasilały się podczas dźwigania (48%) oraz w porze wieczornej (44%), w czasie pochylania się (42%) i po intensywnym wysiłku fizycznym (41%), w pozycji stojącej (39%), a także siedzącej (28%)

i leżącej (27%). Wśród personelu pielęgniarskiego 8% wiązało ból z odczuwanym stresem. W ocenie 51% badanych dolegliwości bólowe nie wpływały na ich codzienne życie, a 41% potwierdziło pełną samodzielność pomimo nasilania się bólu. Wynik ten jest bardzo dobry jeżeli zwrócić uwagę na fakt, że 43% grupy nie zgłaszało dyskomfortu fizycznego podczas siedzenia, a tylko 23% podczas stania. Częściej był zgłaszany dyskomfort podczas wykonywania pracy zawodowej. Tylko w opinii 28% odczuwane dolegliwości nie wpływały na ich aktywność zawodową, 67% uznało ją za prawie normalną pomimo odczuwanych dolegliwości w stopniu nieznacznym (42%) i znacznym (25%). Ze zwolnień lekarskich co najmniej raz na pół roku zmuszonych było korzystać 5% grupy. W związku z powtarzającym się dyskomfortem fizycznym zdiagnozowano 35% badanych, stawiając najczęściej jako rozpoznanie zwyrodnienie kręgosłupa (13%) i dyskopatię (11%).

Zyznawska, Ćwiertnia i Madetko [29] wykazały, że bóle kręgosłupa w 200-osobowej grupie pielęgniarek i położnych zgłosiło 92,9% badanych. Autorki podkreślają, że osoby niezgłaszające dolegliwości bólowych (7,1%) to głównie respondentki z krótkim stażem pracy. Średnia wieku osób zgłaszających ból wyniosła 38,4 roku. Dolegliwości bólowe najczęściej dotyczyły odcinka lędźwiowego kręgosłupa (40%), jednak co druga osoba zgłaszała dyskomfort kilku odcinków. Najsilniej objawy bólowe były odczuwane w ciągu dnia (43,4%) i przez całą dobę (39,8%). Przeciętne natężenie bólu oceniono na 5,8 pkt wg skali VAS. U 86% problemy zdrowotne związane z kręgosłupem miały charakter nawracający [29].

U Klimaszewskiej i wsp.[2] dolegliwości bólowe dolnego odcinka kręgosłupa zgłaszało 81% a odcinka szyjnego – 53%. Ze strony dolnego odcinka kręgosłupa bóle pojawiły się średnio 12,5 lat od rozpoczęcia pracy, a ze strony kręgosłupa szyjnego średnio 8,5 roku od rozpoczęcia pracy. Autorki wykazały nasilanie się dolegliwości bólowych z długością czasu pracy. Oceniono, że aż 65% ankietowanych, odznaczało się niewielką niepełnosprawnością [2].

Według badań Przychodzikiej i wsp. [30] ból kręgosłupa dotyczył 80% ankietowanego personelu pielęgniarskiego. Aż 10,89% badanych przyznało, że odczuwany ból jest znaczący, jednak wytrzymują bez środków przeciwbólowych, zaś 15,84% ocenianych pielęgniarek potwierdziło, iż odczuwany ból jest średni/nieznaczny i nie stosują leków p/bólowych [30].

U Tworek [31] wszystkie ankietowane pielęgniarski odczuwały dolegliwości bólowe, z czego aż 61,8%acierpiało z tego powodu codziennie. Ból najczęściej zlokalizowany jest w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa (86,2%). W celu uśmierzzenia bólu po doustne środki

przeciwbólowe sięgało 63,4% badanych. Tworek wykazała istotną statystycznie korelację między stażem pracy w zawodzie pielęgniarki a częstością występowania bólu kręgosłupa [31].

U Adamaszek i Włoszczak-Szubzda [49] 88% personelu zgłaszało bóle kręgosłupa, w 77% przypadków odczuwane dłużej niż przez okres 2 lat. Co druga osoba określiła, że dolegliwości bólowe w znacznym stopniu utrudniają jej wykonywanie czynności zawodowych. Adamaszek i Włoszczak-Szubzda [49] podkreślają, że schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego stają się głównym powodem absencji w pracy w grupie personelu pielęgniarskiego [49]. Młynarski i wsp. [58] stwierdzają, że występowanie bólu kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek ma charakter wręcz epidemiologiczny. Cheung [62] wskazuje, że bóle kręgosłupa powinny być tematem do dyskusji na etapie studiów w zakresie starannej edukacji na temat ergonomii pracy [62].

Stan zdrowia jest determinowany przez wiele różnych czynników. U osoby dorosłej decydujący wpływ ma wykonywana praca zawodowa, która determinuje nie tylko harmonogram dnia, ale oddziałuje na wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka. Przeciążenia układu mięśniowo-szkieletowego w grupie zawodowej pielęgniarek podnoszą ryzyko dolegliwości bólowych kręgosłupa w następstwie powstałych zwyrodnień [49].

Wyniki badań własnych wskazują, że ankietowany personel pielęgniarski był świadomy, że do nasilania się bólu kręgosłupa może dojść w sytuacji nieodpowiedniej pozycji ciała (91%), nieodpowiedniego wysiłku (68%), urazu okolicy kręgosłupa (55%), sytuacji stresowych (42%), wypadku przy pracy (34%). Wśród przyczyn dolegliwości bólowych kręgosłupa wymieniono wymuszoną pozycję (87%), wady postawy (80%), nadwagę (76%), urazy (61%), długi stanie (59%), stres (28%). Z metod radzenia sobie z bólami kręgosłupa ankietowani preferowali zestaw odpowiednich ćwiczeń opracowanych przez fizjoterapeutę (76%), częstą zmianę pozycji ciała (65%), unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów (57%), przyjmowanie leków przeciwbólowych (56%), pływanie (53%). W zakresie profilaktyki określono, że bólem kręgosłupa można najlepiej zapobiegać poprzez ograniczenie oraz dobranie odpowiedniego wysiłku fizycznego (73%), prowadzenie aktywnego i zdrowego trybu życia (70%), właściwą ergonomię pracy (67%), normalizację masy ciała (56%), noszenie prawidłowo dobranego obuwia (56%), unikanie sytuacji stresowych (51%). Stwierdzono, że personel pielęgniarski posiadał wystarczającą wiedzę na temat przyczyn bólu kręgosłupa, metod radzenia sobie z dolegliwościami oraz skutecznej profilaktyki. Jednak przeciążenia fizyczne związane z pracą zawodową w wielu przypadkach pomimo posiadanej wiedzy wydają się być nie do uniknięcia i trudna jest 100% eliminacja nieodpowiednich zachowań.

Adamaszek i wsp. [20] podkreślają, że obciążenie pielęgniarek na bloku operacyjnym, oddziałach neurologicznych, ortopedycznych, geriatrycznych i intensywnej terapii, związane jest z kilkugodzinnym przebywaniem w tej samej wymuszonej pozycji, dźwiganiem, przenoszeniem pacjentów i czynnościami pielęgnacyjno-higienicznymi. Według zgromadzonych wyników wśród czynności powodujących ból wymieniono kolejno: podnoszenie (44%), schylanie się (28%), siedzenie (11%), stanie (5%). W opinii 76% badanych to praca zawodowa doprowadziła do odczuwanych problemów zdrowotnych [20].

Również według Klimaszewskiej i wsp. [2] podłoże występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa jest ściśle powiązane ze specyfiką pracy personelu pielęgniarstwa, jednak zaznaczają, że wzmacniane są one poprzez takie czynniki jak: nieprawidłowe podnoszenie, przenoszenie, dźwiganie pacjentów lub sprzętu medycznego, częste schylanie się, pozostawanie przez długi czas w wymuszonej pozycji, pokonywanie barier architektonicznych, złe warunki pracy, niedostosowane do wymogów ergonomicznych pomieszczenia, sprzętu, mebli oraz systemu czasu pracy. Autorzy podkreślają wielokrotność powtórzeń tych samych czynności w krótkim czasie od 30 sekund do 12, a nawet do 15 minut w przodopochyleniu. Pozycja ta powoduje przeciążenia kręgosłupa, a także wywołuje niesymetryczne napięcia izometryczne mięśni grzbietu. Oszacowano, że w pozycji stojącej z przemieszczaniem się oraz w przysiadzie z obciążonymi i/lub uniesionymi rękoma pielęgniarki spędzają średnio 16-24% czasu pracy. Natomiast dystans pokonywany w czasie 8-godzinnej zmiany wynosi od 4 do 7 kilometrów [2].

Według Zyznawskiej, Ćwiertni i Madetko [29] znaczna część czynności zawodowych wykonywanych przez pielęgniarki to praca fizyczna, która wpływa na rodzaj i charakter przeciążeń. Czynniki mechaniczne przekraczające wytrzymałość fizyczną oraz występujące długotrwałe obciążenia statyczne i dynamiczne powodują przeciążenia, zmiany strukturalne w narządzie ruchu i pojawienie się bólu mięśni i zespołów bólowych kręgosłupa. Ankietowany personel określił, że najsilniej odczuwa ból podczas schylania się (31%) oraz dźwigania i podnoszenia (28%). Autorki donoszą, że oddziały dysponują sprzętem pomocniczym służącym do przenoszenia, przekładania i pielęgnacji pacjentów jednak większość personelu (72,5%) w ogóle nie używa żadnych udogodnień, prowadząc tym samym do przeciążeń własnego organizmu [29].

U Przychodzkiej i wsp. [30] co trzecia badana nie odczuwała dolegliwości bólowych podczas wykonywania czynności dnia codziennego. Tylko 15% mogło podnosić przedmioty bez dyskomfortu fizycznego. Połowa badanych mogła przemieszczać się swobodnie, jednak

już tylko co czwarta osoba mogła znajdować się w pozycji stojącej bez ograniczeń. Dyskomfort podczas siedzenia odczuwało 65% grupy. W ankietowanej grupie pielęgniarek tylko 30% określiło, że ich aktywność zawodowa jest normalna i nie powoduje zwiększonych dolegliwości bólowych. Przychodzka i wsp. według wskaźnika DTI wyodrębnili trzy grupy ze względu na poziom niesprawności: minimalna – 23%, umiarkowana – 53%, ciężka – 24% [30].

Kuriata i wsp. [24] wśród czynników obciążających pielęgniarki podczas pracy zawodowej wymieniają warunki miejsca pracy, zmianowy system pracy, zakres obowiązków i specyfikę zadań, relacje między ludzkie, klimat i kulturę organizacji, możliwość lub brak rozwoju zawodowego [24].

Według Tworek [31] najczęściej stosowaną przez badane pielęgniarki metodą profilaktyki dolegliwości bólowych kręgosłupa było prawidłowe podnoszenie ciężarów (73,2%). Pielęgniarki starały się również przyjmować prawidłową pozycję stojącą lub siedzącą (66,7%). Niestety tylko 14,6% regularnie wykonywało ćwiczenia wzmacniające gorset mięśniowy. Autorka wskazuje, że istotnym problemem jest niewystarczający poziom wiedzy pielęgniarek na temat zasad ergonomii pracy. Przykładowo dopuszczalną przez polskie przepisy normę podnoszenia i przenoszenia ciężarów przez kobiety przy pracy stałej znało zaledwie 35% badanych [31].

Niski poziom wiedzy pielęgniarek z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy podkreślają również Jaruszek i wsp. [25]. W przeprowadzonych badaniach dopuszczalny ciężar podnoszenia i przenoszenia dla kobiet znało zaledwie 9,7% respondentek. Również same badane były świadome swoich braków na temat zasad ergonomii pracy [25].

Również Wyderka i Niedziecka [32] podkreślają, że pielęgniarki nie mają dostatecznej wiedzy z zakresu ergonomii i nie stosują się do jej zasad. Nieprawidłowo wykorzystują czas na odpoczynek, noszą obuwie dodatkowo obciążające kręgosłup, nie dysponują sprzętem ułatwiającym przemieszczanie chorych, opiekują się nadmierną liczbą pacjentów. Problem stanowi również brak konsekwentnych działań zdrowotnych, a tylko ograniczanie się do zwolnień lekarskich [32].

Dobry stan zdrowia wprost proporcjonalnie przekłada się na satysfakcję z życia. Ból zaburza stan zadowolenia, utrudnia funkcjonowanie i realizowanie ról społecznych i zawodowych [33, 34].

W badaniach własnych za pomocą Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) oceniono, że w ankietowanej grupie personelu pielęgniarskiego poziom zadowolenia z życia był wysoki (73%). Pozostali badani ocenili posiadany poziom satysfakcji jako przeciętny (23%) i niski (4%). Wykazano, że dyskomfort bólowy ze strony kręgosłupa nie obniżał znacząco satysfakcji z poziomu życia w badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy. Natomiast znaczący był czynnik dyżurów 24-godzinnych, utrudniający pracę personelu pielęgniarskiego z dolegliwościami bólowymi.

Dolegliwości bólowe kręgosłupa często występują u personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego, przede wszystkim w odcinku lędźwiowym. Wśród najważniejszych czynników wpływających na występowanie dolegliwości bólowych kręgosłupa wymieniono wymuszoną pozycję, wady postawy, nadwagę, urazy. Personel pielęgniarski bloku operacyjnego posiada wiedzę na temat metod radzenia sobie z dolegliwościami bólowym kręgosłupa. W opinii pielęgniarek najważniejsze jest prowadzenie aktywnego i zdrowego trybu życia, z odpowiednio dostosowanym poziomem wysiłku fizycznego i zachowaniem ergonomii pracy. Pomimo tej świadomości poziom aktywności fizycznej w ankietowanej grupie była bardzo niski. Nie stwierdzono, aby dyskomfort bólowy ze strony kręgosłupa obniżał znacząco satysfakcję z poziomu życia w badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy. Jednak w grupie pracujących w systemie dyżurów 24-godzinnych był to istotny czynnik utrudniający wypełnianie obowiązków zawodowych.

Wnioski

Dolegliwości bólowe kręgosłupa często występują u personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego, przede wszystkim w odcinku lędźwiowym i wpływały na nie wymuszoną pozycją, wady postawy, nadwaga i urazy.

Badani za najlepszy sposób radzenia sobie z dolegliwościami bólowym kręgosłupa określili prowadzenie aktywnego i zdrowego trybu życia, z odpowiednio dostosowanym poziomem wysiłku fizycznego i zachowaniem ergonomii pracy.

Dyskomfort bólowy ze strony kręgosłupa nie obniżał znacząco satysfakcji z poziomu życia w badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy.

Badani niezależnie od występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wykazywali wysoki poziom satysfakcji z życia, która to zależała od wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego i stażu pracy.

Bibliografia

1. Koszewski W. (red.): Bóle kręgosłupa i ich leczenie. Termedia, Poznań 2010.
2. Klimaszewska K., Krajewska-Kulak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B.: Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(1): 47-54.
3. Radło P., Smętkowski A., Tęsiorowski M.: Polskie mianownictwo choroby dyskowej lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Przegląd Lekarski*, 2014, 17(71): 394-399.
4. Trojan G., Probachta M., Wolan-Nieroda A., Bejer A., Kużdżał A.: Częstość występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród pielęgniarek zatrudnionych w Szpitalu Powiatowym w Łańcucie. *Young Sport Science of Ukraine*, 2011, 3: 300-305.
5. Krajewska-Kulak E., Sierdzki M., Van Damme-Ostapowicz K.: Ocena występowania zespołów bólowych dolnego odcinka kręgosłupa w populacji studentów kierunku fizjoterapia. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2013, 94(3): 451-458.
6. Maciuk M., Krajewska-Kulak E., Klimaszewska K.: Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2012; 93 (4): 728-738.
7. Depa A., Druzbicki M.: Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2008, 1: 34-41.
8. Cubak A., Wasilewski L., Zdrodowska A., Tomaszewski P.: Kontrola bólu u osób z przewlekłym zespołem bólowym kręgosłupa. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2011, 13(4): 361-368.
9. Olczuk K., Zawirski M., Warchoń S., Lewandowska M., Glińska J.: Odzyskiwanie samodzielności przez pacjentów z chorobą dyskową kręgosłupa lędźwiowego leczonych operacyjnie. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2018, 26 (2): 140–145.
10. Stępień A.: Czy najnowsze badania zmieniają obowiązujące wytyczne leczenia bólu neuropatycznego. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 5: 45-55.

11. Szczudlik A., Dobrogowski J., Wordliczek J., Stępień A., Krajnik M., Wojciech Leppert W., Woron J., Przeklasa-Muszyńska A., Kocot-Kępska M., Zajączkowska R., Janecki M., Adamczyk A., Malec-Milewska M.: Rozpoznanie i leczenie bólu neuropatycznego: przegląd piśmiennictwa i zalecenia Polskiego Towarzystwa Badania Bólu i Towarzystwa Neurologicznego – część pierwsza. *Ból*, 2014, 15(2): 8-18.
12. Radło P., Smętkowski A., Tęsiorowski M.: Polskie mianownictwo choroby dyskowej lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Przegląd Lekarski*, 2014. 17(71):394-399.
13. Chitryniewicz J., Kuliś A.: Wpływ aktywności ruchowej i zabiegów masażu na dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego u kobiet w ciąży. *Ginekologia Praktyczna*, 2010, 105(2): 17-22.
14. Wordliczek J., Dobrogowski J. (red.): *Leczenie bólu*. PZWL, Warszawa 2011.
15. Szkutnik-Fiedler D., Kaznowska P., Szalek E., Grześkowiak E.: Ból i opiody – różnice płciowe. *Farmacja Współczesna*, 2010, 3:186-191.
16. Skalski K., Skowordko K.: Stabilizatory oraz implanty krążka międzykręgowego kręgosłupa – przegląd konstrukcji. *Obróbka Plastyczna Metali*, 2011, 22(4): 304-317.
17. Sobański D., Strohm W., Kolasa P.: Ocena leczenia operacyjnego pacjentów ze stenozą zwyrodnieniową w odcinku lędźwiowym metodą hemilaminektomii. *Aktualności Neurologiczne*, 2014, 14: 70-74.
18. Święcica A., Święcicki M.: Przegląd najpopularniejszych metod diagnostycznych stosowanych w zespołach bólowych lędźwiowo-krzyżowych kręgosłupa. *Rehabilitacja w Praktyce*, 2013, 6:54-58.
19. Dobrzeniecka A., Pogorzała A. M.: Wybrane zagadnienia profilaktyki i postępowania w zespołach bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. [w:] *Horyzonty współczesnej fizjoterapii* A. Borowicz., M. Osińska. (red.), Wydawnictwo Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii im. prof. Kazimiery Milanowskiej, Poznań 2016: 239-252.
20. Adamaszek M., Włoszczak-Szubzda A.: Częstość występowania bólu kręgosłupa u personelu medycznego. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2018, 3(1) 133-151.
21. Malińska M.: Profilaktyka dolegliwości bólowych mięśniowo-szkieletowych związanych z wykonywaną pracą. *Bezpieczeństwo Pracy*, 2014, 3:23-29.
22. Spannbaurer A., Danek J.: czy bóle pleców to też Twój problem? Kilka uwag praktycznych dla pielęgniarki i rehabilitanta jak troszczyć się o swój kręgosłup. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2008, 4: 129-135.

23. Kułagowska E.: Obciążenie układu mięśniowo-szkieletowego podczas prac wykonywanych przez pielęgniarkę anestezjologiczną. *Medycyna Pracy* 2008, 59(4):287-292.
24. Baumgart M., Radzimińska A., Szpinda M., Kurzyński P., Goch A., Zukow W.: Dolegliwości bólowe wśród personelu pielęgniarskiego. Dolegliwości bólowe kręgosłupa wśród personelu pielęgniarskiego. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015, 5(9):633-646.
25. Kuriata E., Felińczak A., Grzebicluch J., Szachniewicz M.: Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Część II. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2011, 3: 269-273.
26. Jaruszek K., Hagner-Derengowska M., Hoffman M., Kalisz Z., Zukow W.: Wpływ pracy zawodowej na występowanie zespołów bólowych kręgosłupa wśród pielęgniarek w województwie zachodnio-pomorskim. *Journal of Education, Health and Sport*, 2016, 6(8):504-552.
27. Bytnar B.: Jakość życia instrumentariuszki pracującej w systemie zmianowym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, Rzeszów 2010, 2:205–212.
28. Luce-Wunderle G., Debrand-Passard A. (red.): *Pielęgniarstwo operacyjne*. Edra Urban&Partner, Wrocław 2018.
29. Zyznawska J., Ćwiertnia B., Madetko R.: Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2011, (2), 54-58.
30. Przychodzka E., Lorencowicz R., Grądek E., Turowski K., Jasik J.: Problem bólu kręgosłupa u czynnych zawodowo pielęgniarek. *Zdrowie i Dobrostan*, 2014, 2: 135-147.
31. Tworek K.: Praca zawodowa a bóle kręgosłupa u pielęgniarek pracujących w szpitalach. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2017, 6, 1: 19-22.
32. Wyderka M. I., Niedzielska T.: *Ergonomia w pracy pielęgniarki*. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016, 2(60): 165-169.
33. Kunecka D.: Determinanty satysfakcji zawodowej kadry pielęgniarskiej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 2016, 14 (1): 26-31.
34. Cheung K.: The incidence of low back problems among nursing students in Hong Kong. *J. Clin. Nurs.*, 2010, 19(15-16), 2355-2362.

Występowanie bólów kręgosłupa wśród pielęgniarek

Katarzyna Konopko¹, Beata Kowalewska²

¹ – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii Szpitala Ogólnego w Grajewie, Stacja Dializ Da Vita w Grajewie

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Kręgosłup jest głównym filarem struktury kostnej człowieka, jest jedną z najmocniejszych części ciała ludzkiego dzięki swojej konstrukcji złożonej z naturalnych krzywizn. W sytuacji, gdy jest ustawiony w pozycji zaburzającej fizjologiczne krzywizny, poddawany jest znacznie większym niekorzystnym obciążeniom. Nieprawidłowa postawa powoduje dysfunkcję mięśni, więzadeł i stawów w okolicy kręgosłupa, dając objawy bólowe poniżej źródła bólu. Dolegliwości pojawić się mogą w odcinku szyjnym, piersiowym, lędźwiowym lub między łopatkami [1].

Zaburzenia funkcjonowania i zwyrodnienia kręgosłupa należą obecnie do najczęstszych dolegliwości. Winę ponosimy sami, nasze złe przyzwyczajenia, dążenie do wygody, nieprawidłowa postawa podczas siedzenia, podnoszenie i przesuwanie przedmiotów (pacjentów), brak ruchu, nadwaga, złe odżywianie [2].

Wielu zmian nie da się już cofnąć, natomiast można w znacznym stopniu zahamować proces zwyrodnieniowy poprzez :

- ćwiczenia rehabilitacyjne, które najpierw poprawiają ruchomość kręgosłupa, a później wzmacniają mięśnie, zwłaszcza brzucha i nóg;
- terapię manualną, polegającą na działaniach fizycznych, które powodują odruchową reakcję układu nerwowego, np. wzrost lub obniżenie napięcia mięśni, zmniejszenie bólu, rozszerzenie lub zwężenie naczyń [2].

Większość schorzeń i urazów, które ograniczają sprawność fizyczną wiąże się z różnego rodzaju dolegliwościami bólowymi, które mają różne natężenia i czas trwania. Objaw bólu określa się jako nieprzyjemne czuciowo emocjonalne doświadczenie spowodowane

rzeczywistym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek. Jest to definicja Międzynarodowego Towarzystwa Badania Bólu (IASP) [3]. Ból może być określany jako proces czuciowy zawierający informację (jakościową, ilościową, w określonym czasie) przekazywaną do mózgu a także jako proces emocjonalny (niepokój, strach), związany z rzeczywistym albo potencjalnym zagrożeniem. Odczuwanie bólu z punktu widzenia patofizjologii jest złożone i skomplikowane. Na początku bodziec bólowy ulega przemianie z analogowego na impuls elektryczny, następnie dochodzi do procesu transmisji bodźca bólowego, który podlega modulacji i na końcu w odpowiednim ośrodku kory mózgowej percepcji. Tym przemianom towarzyszą procesy biochemiczne, które polegają na uwolnieniu wielu mediatorów uszkodzenia i stanu zapalnego tkanek. Przewlekłe stany zapalne, wielokrotnie wywołujące ból prowadzą najczęściej do syntezy obwodowej bólu, co doprowadza do pojawienia się bólu przewlekłego. Budowa kręgosłupa i jego okolic, bogate unerwienie tych tkanek łatwo prowadzi do zjawiska bólu i do pojawienia się patologii. Pomiaru bólu można dokonywać obserwując zachowania i sposób poruszania się chorego, wykonywania zaleconych i dowolnych czynności, mimiki twarzy, reakcji na bodźce zewnętrzne, ocenie skali VAS, pomiaru tętna przy próbie prowokacji bólu, ocenie skal werbalnych pomiaru bólu [4].

W zależności od czasu występowania bólu dzielimy go na: ostry (objawy bólowe występują krócej niż 3 tygodnie), podostry (objawy bólowe występują od 5 do 12 tygodni) i przewlekły (objawy bólowe utrzymujące się powyżej 3 miesięcy).

Trudniejsze do zidentyfikowania są nawracające epizody bólów, gdy pacjent nie odczuwa bólu ciągle, gdyż okres ostrego bólu przeplatany jest z okresem bezobjawowym. Uważany jest wtedy za ból przewlekły, nawracający [1].

W bólu ostrym, gdy ustalona jest przyczyna mówi się o bólu swoistym. Może też być on dominującym objawem w zespole innych dolegliwości, składających się na obraz choroby kręgosłupa albo jego okolic. Neurologiczny obraz tego zespołu tworzą objawy takie jak: ból, skrzywienie boczne, ograniczenie ruchomości, wyrównanie lordozy, objawy korzeniowe, porażenia lub niedowłady, ubytki czucia, zmiany w obrazie radiologicznym. W takim przypadku, gdy choroba lub zespół chorobowy nie jest rozpoznany mówimy o bólach nieswoistych. W wyniku obserwacji klinicznych ostry ból bez ubytkowych objawów neurologicznych ustępuje u 50% chorych po kilku dniach lub w ciągu 2 tygodni, u 25% po miesiącu a u 15% do 3 miesięcy. U 10% występuje dłużej i przechodzi w stan przewlekły [3].

Wielu chorobom towarzyszą bóle kręgosłupa, przy których łatwo poznać przyczyny i wytłumaczyć patofizjologię objawów. Bóle są też objawem chorób, w których wywołujący czynnik nie jest rozpoznany i najczęściej domyślamy się, że chodzi o niewydolność kręgosłupa, zwłaszcza u tych osób, gdzie poddawany jest on szczególnym obciążeniom dynamicznym i statycznym. Niewydolność kręgosłupa możemy rozumieć jako niedoskonałą podporową rolę dla czaszki i układu szkieletowego, utratę fizjologicznych krzywizn, co zmniejsza rolę amortyzującą, łatwą męczliwość przykręgosłupowego układu mięśniowo-więzadłowego a także zaburzeń połączeń międzykręgowych na poziomie stawów i krążków międzykręgowych. Zjawiska te wpływają na siebie wzajemnie. Napięcie mięśni wyzwala czynniki bólowe, znosi lordozę, ogranicza ruchomość kręgosłupa, co powoduje dyskomfort, wzmacnia męczliwość a także zaburza funkcję i odruchowe napięcie mięśni [4].

Przyczyny i rodzaje bólów kręgosłupa

Największą długość kręgosłup osiąga w wieku 20-30 lat. Po 50 roku życia na skutek pogłębiania się krzywizn fizjologicznych, spłaszczenia krążków międzykręgowych, a także osłabienia sprężystości chrząstek może się on zmniejszać [5, 6]. Kręgosłup jest bardzo złożoną strukturą i każdy budujący go element może powodować dolegliwości bólowe.

Schorzenia odcinka kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego są nazywane w języku medycznym i potocznym bólami krzyża. Do czynników najczęściej wywołujących ból zalicza się:

- nadmierne napięcie mięśni spowodowane stresem albo pracą fizyczną;
- złą postawę ciała, dodatkowo potęgowaną długotrwałym stanem lub siedzeniem;
- kumulujące się mikrourazy i urazy krążków międzykręgowych (dysków) mogące prowadzić do ich zwyrodnienia, czyli dyskopatii;
- urazy kręgosłupa;
- zwyrodnienia stawów kręgosłupa spowodowane starzeniem się organizmu;
- choroby, takie jak np. RZS, ZZSK, osteoporoza, nowotwory i inne;
- stany zapalne stawów kręgosłupa i otaczających go tkanek miękkich;
- przeciążenia kręgosłupa spowodowane otyłością [7].

Ponad 70% ludzi do 40 roku życia doświadczyło bólów odcinka lędźwiowo-krzyżowego a ból odcinka szyjnego jest drugim pod względem częstości zespołem bólowym i rocznie dotyczy nawet 50% populacji [7].

Budowa anatomiczna i biochemika kręgosłupa szyjnego predysponują do powstania przeciążeń szczególnie w obrębie krążka międzykręgowego, powodując występowanie dolegliwości bólowych. Statyczne przeciążenia i bezruch wpływają niekorzystnie na chrząstkę stawową, powodując jej uszkodzenie a następnie zmiany zwyrodnieniowe. Pojawia się ograniczenie funkcji stawu i ból [7]. Kobiety ze względu na słabszy mięśniowy gorset szyi i związane z tym gorsze warunki stabilizacji są bardziej narażone na dolegliwości związane z tym odcinkiem kręgosłupa [8].

Obraz kliniczny zmian zwyrodnieniowych jest różny od bólów szyi i pleców, z objawami korzeniowymi lub bez nich. Mogą wystąpić utrudniające życie mielopatie z dysfunkcją kończyn, pęcherza moczowego, jelit. Dolegliwości mogą być sprecyzowane lub bardzo niejasne [9]. Choroba ta polega na braku równowagi pomiędzy destrukcją chrząstki stawowej i kości podchrzęstnej oraz jej możliwościami regeneracyjnymi. Na skutek uszkodzenia krążka międzykręgowego mogą powstawać zmiany zwyrodnieniowe trzonów kręgów i zmiany w stawach międzykręgowych [10]. Są one wyrazem zużycia tkanki łącznej, które postępuje na skutek przeciążenia, urazów i różnych chorób [3].

Szyjne zespoły zwyrodnieniowe

Izolowany ból szyi – pacjent skarży się wyłącznie na ból osiowy i jedyne objawy to ograniczenie zakresu ruchu i kurcz mięśni. Identyfikacja zjawiska patologicznego jest trudna [9].

Radikulopatia szyjna

Jest bólem pochodzenia nerwowego i czasami towarzyszy mu rozlany, nieswoisty ból ramienia. U osób młodszych typową przyczyną jest uwypuklający się na kształt przepukliny krążek międzykręgowy w szyjnym odcinku kręgosłupa i uciskający na korzeń nerwowy w miejscu jego wyjścia z kanału międzykręgowego. W starszym wieku częściej dochodzi do uwięźnięcia korzenia nerwowego z powodu zwężenia przestrzeni wokół krążka, co powoduje zmiany zapalne, prowadzące do zwężenia kanału międzykręgowego. Typowymi objawami są bóle szyi lub jej okolicy, które promieniuje do kończyny górnej. Mogą wystąpić również bóle głowy w okolicy potylicznej, także ból promieniujący do tyłu barku i górnej części klatki piersiowej. Niekiedy pacjenci zgłaszają słabość kończyn, zmianę charakteru pisma, wypadanie przedmiotów z ręki [9].

W dolnym odcinku kręgosłupa wymienia się wiele różnorodnych przyczyn bólu:

- ucisk na nerw kulszowy przez przemieszczony krążek międzykręgowy;
- zwyrodnienie stawów;
- wady postawy;
- zaburzenia statyki i dynamiki organizmu przy zmienionej linii kręgosłupa i patologicznym obciążeniu stawów;
- zespoły bólowe kręgosłupa związane min z jego przeciążeniem [11].

Bóle opisywane są jako tępe i przeszywające, jednostronne lub obustronne, opasujące niemal całą część lędźwiowo-krzyżową i sięgające niżej do okolicy krzyżowo biodrowej i promieniujące do pośladków [11].

Dyskopatia

Jest to rozerwanie tkanki pod wpływem urazów i mikrourazów. Uszkodzenie to nie musi powodować uwypuklenie krążka międzykręgowego lub przerwania pierścienia (przepukliny). Dyskopatia jest także wewnątrzdyiskowym uszkodzeniem [12]. Charakter dolegliwości a także ich nasilenie zależne są od stopnia uszkodzenia oraz zakresu przemieszczenia fragmentów krążka wywierającego ucisk na inne tkanki. Zmiany najczęściej dotyczą przestrzeni w odcinku lędźwiowym pomiędzy kręgami L4-L5 i L5-S1. Objawia się to bólami korzeniowymi (rwa kulszowa) i parastezjami (zaburzenia czucia, mrowienia, drętwienia) przeważnie w okolicy pośladka, uda, łydki i stopy. Przy masywniejszych przepuklinach może dojść do niedowładów mięśni podudzia i stopy. Przy mocnym uszkodzeniu korzenia S1 dochodzi do zaburzeń czynności pęcherza moczowego i funkcji seksualnych [7].

Zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa

Proces zwyrodnieniowy jest ściśle związany ze starzeniem się organizmu, jest wieloletni i postępujący. Na jego przyspieszenie duży wpływ ma rodzaj wykonywanej pracy a także indywidualna aktywność fizyczna. Zmiany te najczęściej zlokalizowane są w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, gdyż jest poddawany największym obciążeniom. Proces rozwija się powoli i dolegliwości z tym związane pogarszają się [7]. Zwyrodnienie powoduje zmniejszenie wysokości krążków, zwiększenie ich wybrzuszenia, obniżenie zdolności rozpraszania sił ściskających i początkową mobilność. Dochodzi do nieprawidłowego obciążenia powierzchni stawowych, zwiększenia nacisku na sąsiednie więzadła, mięśnie i zgrubienie więzadła żółtego

oraz powstawania osteofitów (wyrośli kostnych). Przewlekły ból krzyża jest częstym zjawiskiem u ludzi po 40-50 roku życia, ale wcześniej może się pojawić u osób, których praca wymaga częstego schylania się, dłuższego przebywania w jednej pozycji i podnoszenia ciężkich przedmiotów. Czynnikiem ryzyka są też otyłość i niska sprawność fizyczna. Pacjenci skarżą się na ból wychodzący z dołu pleców i promieniujący do jednego lub obu pośladków. Czasami ból promieniuje do tylnej części uda. Nasila się przy podnoszeniu ciężkich przedmiotów i schylaniu się, łagodnie natomiast w pozycji leżącej i po nocnym odpoczynku [9].

Pracownicy służby zdrowia, a zwłaszcza pielęgniarki, które sprawują bezpośrednią opiekę nad ciężko chorymi pacjentami narażone są na dolegliwości bólowe układu mięśniowo-szkieletowego. Związane jest to z wykonywaniem ręcznych prac transportowych, wysiłkiem fizycznym w czasie pielęgnacji i przenoszenia pacjentów, a także przeciążeniem statycznym [13]. W ujęciu prawnym zespoły bólowe kręgosłupa nie są chorobami zawodowymi, ale gdyby ból wystąpił nagle i po raz pierwszy, to można to rozpatrywać jako wypadek przy pracy [14].

Diagnostyka bólu kręgosłupa

Diagnostyka i zróżnicowanie zespołów bólowych kręgosłupa jest kluczem do wprowadzenia kompleksowego leczenia przyczynowego, zastosowania indywidualnego programu terapeutycznego i monitorowania efektów leczenia [15]. Utrudnienie w diagnostyce wynika ze stosunkowo małej dostępności kręgosłupa w badaniu fizykalnym i dużej różnorodności możliwych przyczyn bólu. Często występuje brak zbieżności pomiędzy objawami a zmianami patologicznymi. Dokładna analiza przebiegu choroby może wskazać na właściwy wybór badań, które ułatwiają postawienie diagnozy [16]. Rozpoznanie przyczyny zespołu bólowego należy oprzeć na szczegółowo przeprowadzonym wywiadzie, badaniu fizykalnym i badaniach dodatkowych. Wywiad zawierać powinien standardowe pytania o wiek i rodzaj wykonywanej pracy, obciążenia, ruch oraz postawę dominującą podczas realizacji obowiązków zawodowych i domowych a także rodzaje spędzania wolnego czasu [17]. Należy zwrócić szczególną uwagę na lokalizację bólu, jego procentowy rozkład na powierzchni ciała, mechanizm zapoczątkowania bólu (stopniowe nasilanie bólu czy nagły początek), czas trwania dolegliwości, charakter dolegliwości (związane z wysiłkiem, bóle korzeniowe, ból niespecyficzny, ból z odniesienia) i czynniki wpływające na jego złagodzenie, a także obecność objawów sugerujących uszkodzenie układu nerwowego (osłabienie i zaniki siły mięśniowej,

parestezje, zaburzenia czucia) i inne towarzyszące objawy, np. gwałtowna utrata masy ciała, podwyższona temperatura. Ważne są też informacje dotyczące dotychczasowego leczenia (farmakologicznego, fizykoterapeutycznego, uzdrowiskowego) i dane o reakcji organizmu na zastosowane metody [18].

Badanie fizykalne powinno obejmować cały kręgosłup, nie tylko okolice będącej miejscem bólu. Zaczyna się od obserwacji rozebranego chorego, ocenia się sylwetkę w pozycji stojącej swobodnie i sposób poruszania się. Następny etap to ocena ruchomości kręgosłupa (zgięcie, wyprost, ruchy rotacyjne, przechyły boczne), zlokalizowanie bólu i kierunek promieniowania [16]. Badaniem palpacyjnym określa się napięcie mięśni, ocenia lokalizację punktów bólowych na kręgosłupie i w miejscach wyjścia korzeni rdzeniowych [18]. Należy też sprawdzić siłę mięśni, czucie i zachowanie odruchów skórnych a także głębokich i ocenić zanik mięśni (standardowe badania neurologiczne) [3].

Najbardziej dostępnym a zarazem najtańszym badaniem obrazowym jest zdjęcie rentgenowskie (RTG) wybranego odcinka kręgosłupa. Podstawowymi badaniami są zdjęcia w projekcji przednio-tylnej (a-p) i bocznej. Pomocne w diagnostyce mogą być również badania czynnościowe w projekcji bocznej w pozycji wyprostowanej i zgiętej kręgosłupa. Na podstawie zdjęć RTG można określić ustawienia kręgosłupa (skolioza, lordoza, kifoza), wykazać zmiany chorobowe i wady rozwojowe. Najczęściej wykrywanymi zmianami, które są przyczyną bólu są zmiany zwyrodnieniowo-zniekształcające oraz degeneracje kręgów [19]. Zmiany zwyrodnieniowe krążków międzykręgowych widoczne są na zdjęciach RTG pod postacią obniżenia wysokości krążków, objawu próżniowego (nagromadzony gaz w obrębie krążka). Zmiany radiologicznie stwierdzone nie wykazują ścisłej niezależności z objawami klinicznymi, gdyż z wiekiem zwiększa się ilość nieprawidłowości wykrywanych w badaniach RTG. Badania wykazują że około 67% populacji po 50 roku życia ma zmiany degeneracyjne krążków międzykręgowych, ale 2/3 z nich przebiega bezobjawowo. Na podstawie samego zdjęcia RTG nie można wykazać obecności przepukliny krążka międzykręgowego oraz ucisku korzeni nerwowych [20].

Do wykonania zdjęcia RTG odcinka szyjnego i piersiowego kręgosłupa przygotowanie nie jest wymagane lecz do odcinka lędźwiowego jest konieczne. Polega ono na oczyszczeniu i odgazowaniu przewodu pokarmowego. RTG kręgosłupa może być wykonane u każdego pacjenta z wyjątkiem kobiet w ciąży, odstępstwem jest zagrożenie życia chorej [19].

Badaniem, które daje znacznie więcej informacji o budowie struktur kostnych kręgosłupa oraz otaczających tkankach miękkich i naczyniach krwionośnych jest Tomografia komputerowa (TK). Rozwiązanie technologiczne, które pozwala uzyskać rekonstrukcje obrazów w każdej płaszczyźnie i rekonstrukcje objętościowe, co umożliwia szczegółową ocenę budowy oraz patologii kręgów i krążków międzykręgowych, a także w niektórych przypadkach przy zastosowaniu środka kontrastowego ukazanie tkanek miękkich a przede wszystkim miękkich tkankowych struktur patologicznych około kręgosłupowych i wewnątrzkanałowych. Można znacznie lepiej ocenić ciasnotę wewnątrzkanałową, zwężenia lub patologiczne poszerzenia otworów międzykanałowych [21]. W badaniu TK stosuje się promieniowanie rentgenowskie, co jest wadą tej techniki i ogranicza jej wykorzystywanie w przypadku kobiet w ciąży. Badania bez podania środka kontrastowego nie wymaga przygotowania pacjenta. Natomiast jeżeli ma być zastosowany kontrast to wcześniej należy oznaczyć poziom kreatyniny we krwi i przez 5 godzin przed badaniem chory powinien powstrzymać się od jedzenia i przyjmować doustnie niegazowane płyny. Chorem hospitalizowanym przez kilka godzin przed badaniem podaje się 0,9% NaCl dożylnie, pacjentowi ambulatoryjnemu 30-60 min przed badaniem stosuje się wlew kroplowy z 0,9% NaCl 1000 ml. Nawadnianie kontynuujemy przez 12-24 godziny po badaniu w celu wydalenia środka kontrastowego, co zmniejsza niekorzystny wpływ na nerki. Należy też odstawić leki, które działają neurotoksycznie (niesteroidowe leki p/zapalne, diuretyki, dipirydamol, inhibitory konwertazy angiotensyny) [19].

Badanie TK ustępuje jednak technice MR (Rezonans Magnetyczny), gdyż charakteryzuje się gorszą rozdzielczością tkankową. W diagnostyce bólów kręgosłupa wskazania do TK powinny dotyczyć pacjentów z przeciwwskazaniami do MR. Rezonans magnetyczny dobrze ukazuje tkanki miękkie (rdzeń kręgowy, opony, krążki międzykręgowe, korzenie nerwowe, mięśnie, więzadła, tkankę tłuszczową, wysięk w stawach międzykręgowych, blizny łącznotkankowe a także ziarnice zapalną). Obrazowanie zmian w krążkach międzykręgowych jest bardzo szczegółowe i umożliwia ocenę przepuklin, przerwania pierścienia włóknistego i ucisku na struktury wewnątrzkanałowe. Ma to istotne znaczenie przy decyzjach terapeutycznych. MR to badanie z wyboru każdego odcinka kręgosłupa. Jego wadą jest wysoki koszt i zbyt mała dostępność. Przeciwwskazania do wykonania rezonansu to rozrusznik serca, klipsy ferromagnetyczne na naczyniach mózgowych, metalowe opłuki w gałce ocznej, neurostymulatory, implantowe urządzenia infuzyjne, klipsy naczyniowe, implanty ślimakowe, metalowe wkładki ortopedyczne, I trymestr ciąży, znaczna otyłość, klaustrofobia oraz niepokój,

który uniemożliwia współpracę z chorym. Dożylnie podanie gazolinowego środka kontrastowego pozwala wzmocnić obraz prawidłowych i patologicznych struktur, lepiej uwidocznia torebkę ropnia, naciekanie opon mózgowo-rdzeniowych. Przed i po podaniu kontrastu zalecane jest odpowiednie nawadnianie [19].

Coraz rzadziej stosowanym badaniem w zespołach bólowych kręgosłupa jest mielografia, umożliwiającą za pomocą podanego podpajęczynówkowo środka cieniującego, ocenę przestrzeni śródoponowej z jej odgałęzieniami wokół korzeni nerwowych [18]. Inne badania kontrastowe stosowane w ocenie korzeni nerwowych i patologii krążka międzykręgowego to radikulografia (uwidocznienie zarysów korzeni nerwowych) i dyskografia (identyfikacja uszkodzeń wokół krążka międzykręgowego przy wprowadzeniu kontrastu). Przy rozpoznaniu zmian o podłożu zapalnym wykonuje się badanie scyntygraficzne. Uzupełnieniem diagnostyki zawsze powinny być podstawowe badania laboratoryjne (morfologia z rozmazem, CRP, oznaczenie poziomu wapnia, fosforu, fosfatazy alkalicznej i kwaśnej, kreatynina, mocznik na badanie ogólne) [16].

W ostrym okresie nie zaleca się wykonywanie badań diagnostycznych u pacjentów poniżej 50 roku życia, jeżeli nie ma neurologicznych objawów ze strony korzeni i wywiad nie wskazuje na złamanie czy chorobę nowotworową. Przyjmuje się, że jest to nieswoisty ból krzyża, przy którym zaleca się leczenie przeciwbólowe. Gdy ból nie ustępuje po kilku dniach, bądź 2 tygodniach zalecane są badania diagnostyczne. W Polsce nadużywa się badań, których wynik nie dostarcza lekarzowi żadnych informacji i nie zmienia postępowania leczniczego [22].

Leczenie bólów kręgosłupa

Cały proces leczniczy trwa długo (wiele miesięcy, czasem lat). Co jest zrozumiałe, gdyż na powstanie choroby pacjent zapracował sobie dotychczasowym, długoletnim trybem życia. W odróżnieniu od leczenia innych chorób, w których pacjent jest biernym obiektem zabiegów, leczenie chorób kręgosłupa wymaga aktywnego współdziałania pacjenta. Musi on chodzić na uciążliwe zabiegi, wykonywać trudne ćwiczenia a przede wszystkim zmienić przyzwyczajenia życiowe [23]. Skuteczność leczenia bólów kręgosłupa zależy od postawienia precyzyjnej diagnozy, polegającej na właściwym rozpoznaniu rodzaju zaburzeń, jak również, która struktura powoduje ból [4]. Leczenie przeciwbólowe zaleca się w każdym przypadku, niezależnie od przyczyny, lecz w specyficznych bólach stosuje się jednocześnie terapię przyczynową, zachowawczą lub leczenie operacyjne. W niespecyficznych bólach krzyża

w ostrym okresie zaleca się zachowawczą farmakoterapię, rzadziej fizykoterapię a w okresie przewlekłym wskazane jest leczenie fizykalne i ćwiczenia [22]. Prawidłowe leczenie bólowych dolegliwości kręgosłupa to leczenie kompleksowe. Podstawą jest prawidłowo dobrana kinezyterapia, która wraz z zabiegami fizykoterapeutycznymi uzupełnionymi masażem, farmakoterapią, edukacją pacjenta, czasami psychoterapią daje najlepsze efekty terapeutyczne [24, 25].

W zespołach bólowych kręgosłupa głównym celem terapii jest: przywrócenie funkcjonalności kręgosłupa, zmniejszenie dolegliwości bólowych, zniesienie napięcia mięśniowego, zapobieganie przykurczom i zanikom mięśniowym, poprawa sposobu poruszania i postawy ciała, poprawa krążenia obwodowego [17].

Leczenie farmakologiczne

Większość przypadków dolegliwości bólowych kwalifikuje się do leczenia zachowawczego [4]. Najbardziej popularne i najczęściej stosowane jest leczenie farmakologiczne. Lekarz ma do dyspozycji kilka grup leków :

- Analgetyki – to najczęściej przepisywana, podstawowa grupa leków. Najbardziej popularne są niesteroidowe leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (NLPZ). Ich główne działanie jest skierowane na obwodowe mechanizmy bólu. Skuteczność tej grupy leków ocenia się na 50-70%, na co nakłada się efekt placebo. Są najbardziej skuteczne w ostrym bólu i zaostrzeniach bólu przewlekłego [3]. Uzasadnieniem ich stosowania jest możliwość współistnienia w układzie kostno-stawowym odczynu zapalnego, który może odpowiadać za ból. Często są stosowane zbyt długo, w nieodpowiedniej dawce, przepisywane jest kilka leków z tej samej grupy, co prowadzi do licznych powikłań ze strony przewodu pokarmowego, narządów mięsrowych i krwi [22].
- Opioidy – są często zalecane w ostrym okresie choroby lub w zaostrzeniu bólu przewlekłego. Hamulcem do ich szerszego stosowania jest obawa przed uzależnieniem, dlatego zaleca się opioidy o przedłużonym działaniu (występuje niższe ryzyko uzależnienia) [22]. Są to silne środki przeciwbólowe, które działają na mechanizmy ośrodkowe i obwodowe. W tej grupie są silnie działająca morfina i słabsze takie jak kodeina i tramadol. Ich zaletą jest też korzystny wpływ na psychiczną reakcję na ból, zwiększając efektywność do 90% w leczeniu bólu ostrego na początku leczenia [3].
- Steroidy – podawane są przeważnie w ostrym bólu w postaci iniekcji w punkty bólowe lub nadtwardówkowo. Podaje się je również domięśniowo lub doustnie w silnym bólu

gdy inne preparaty nie pomagają [3]. Doraźny efekt jest dobry i utrzymuje się ponad 24 godziny [22].

- Miorelaksanty – stosuje się w bólach pochodzenia mięśniowego, a ponieważ w każdym bólu kręgosłupa występuje komponent mięśniowy to podawanie leków rozluźniających jest uzasadnione. Efektywność tej grupy leków jest nieduża. Działanie niepożądane to senność [3].
- Witaminy z grupy B – są dość powszechnie stosowane chociaż ich efekt przeciwbólowy jest równy placebo. Mogą być stosowane w bólu lekoopornym zamiast NLPZ obarczonymi działaniami niepożądanymi [3].

Leczenie fizjoterapeutyczne i leczenie ruchem

Terapia bólu polega głównie na wzmocnieniu naturalnych przeciwbólowych mechanizmów organizmu. W tym celu wykorzystywane są różnego rodzaju zabiegi fizjoterapeutyczne, podczas których wykorzystywane są głównie czynniki naturalne takie jak: bodźce termiczne, elektryczne i mechaniczne. Metodą tą leczone są objawy choroby a nie jej przyczyny. Znacznie zmniejsza ryzyko nawrotów objawów choroby. W zależności od stosowanej energii a także występującego schorzenia stosuje się różną liczbę, częstotliwość i czas zabiegów [26, 27]. Inną metodą z zakresu fizjoterapii jest kinezyterapia, gdzie środek leczniczy to ruch. Wszystkie te metody służą celom diagnostycznym, profilaktycznym i leczniczym [20]. W przykładowej kuracji leczenia odcinka szyjnego kręgosłupa zastosowany został masaż leczniczy mięśnia mostkowo-sutkowo-obończykowego i czworobocznego, a także mobilizacja pierwszego żebra, mięśni pochyłych, również magnetoterapia i prądy TENS [28]. Stwierdzono także, że zastosowanie terapii prądem, laseroterapii, prądów interferencyjnych i prądów diadynamicznych pozwoliło zmniejszyć dolegliwości bólowe i zwiększyć ruchomość w odcinku szyjnym [29, 30]. Działania te są prawdopodobnie najbardziej skuteczne w ustąpieniu bólu u pacjentów z podostrym lub przewlekłym bólem szyi niż relaksacja mięśni lub często stosowane leczenie farmakologiczne [31]. Także metoda McKenzie uważana jest za skuteczną, gdyż zaobserwowano zmniejszenie lub ustąpienie bólu a także poprawę ruchomości i funkcji odcinka szyjnego [29, 32].

Blisko 10% bólów kręgosłupa dotyczy odcinka piersiowego [33, 34]. Tym zespołom często towarzyszy przykurcz mięśni, który powoduje mniejszą ruchomość tego obszaru, co wpływa na ograniczony przepływ krwi, wiążący się ze słabszym odżywieniem i dotlenieniem. Jest to

powodem zmęczenia mięśniowego, dalszego wzrostu napięcia i nasilenia bólu. W tym odcinku jest wskazane zastosowanie masażu [35].

W leczeniu bólu odcinka lędźwiowego ważną funkcję pełni kinezyterapia w połączeniu z fizykalnymi zabiegami, które wpływają na polepszenie ukrwienia i na rozluźnienie okołostawowych tkanek miękkich. Pozytywny wpływ ma także zastosowanie ultradźwięków, elektroterapii, magnetoterapii, laseroterapii i termoterapii [36].

Fizykoterapia pomaga objawowo a nie przyczynowo. Przyczynia się do zmniejszenia bólu oraz poprawy krążenia, co przyspiesza zdrowienie tkanek. Głównym impulsem leczniczym jest ruch, który powinien być wspomagany zabiegami fizykalnymi [37]. W ostrym okresie zespołów bólowych, gdy wszystkie elementy spirali bólowej (ucisk na korzenie nerwowe, zaburzenia troficzne, wzmożone napięcie mięśni) są bardzo nasilone unika się zabiegów fizjoterapeutycznych, które działają drażniąco i powodowałyby nasilenie dolegliwości. W tym stadium choroby obok farmakoterapii najczęściej stosuje się elektroterapię (jontoforeza) i termoterapię (naświetlania lampą Solux, leczenie zimnem). W okresie przewlekłym wybór zabiegów jest znacznie większy a najważniejszą rolę pełni kinezyterapia [17].

Kinezyterapia

Kinezyterapia działa przyspieszająco na procesy adaptacyjne i naprawcze w układzie ruchu i narządach wewnętrznych, zabezpiecza przed zmianami wtórnymi w miękkich tkankach, a także przeciwdziała powikłaniom krążeniowo-oddechowym. Skuteczność kinezyterapii szacowana jest na 90% [38]. Należą do niej:

- Leżenie spoczynkowe – nie dłużej niż 2-3 dni, częste zmiany pozycji. Zalecane jest przyjmowanie przeciwbólowej pozycji jak najczęściej i pozostanie w niej na przynajmniej 30 min. Przyczynia się to do odprężenia i poczucia ulgi [39];
- Ćwiczenia oddechowe;
- Ćwiczenia izometryczne – to rodzaj ćwiczeń wzmacniających mięśnie. Wykorzystuje się metodę skurczów izometrycznych, czyli napinania mięśni bez zmiany ich długości;
- Ćwiczenia czynne w odciążeniu – to samodzielne wykonywanie ruchów w stawach przy odciążeniu ćwiczonego odcinka ciała (za pomocą pasów). Przeciwdziała zanikom mięśni, zapobiega przykurczom w stawie i zwiększa zakres ruchów [40];
- terapia manualna – zalecana w bólu napięciowym, ma na celu rozluźnienie mięśni. Sprężyste odkształcenie tkanek zwiększa przepływ krwi, co poprawia dotlenienie

tkanek i przyspiesza usuwanie pozostałości przemiany materii. Masaż wyzwala endorfiny, które wywołują efekt rozluźniający [17, 35];

- Metoda McKenziego – polega na wykonywaniu powtarzających się ruchów ukierunkowanych w kierunku przeciwnym do tych, które przeciążyły i uszkodziły krążek. Przy uszkodzeniu tylnej części krążka będą to ćwiczenia do przeprostu, itd. Unika się ćwiczeń w kierunku, w którym nasila się ból [23].

W patologii bólu duże znaczenie przypisuje się wytrzymałości mięśni grzbietu i brzucha. Doraźne i okresowe stosowanie ćwiczeń w dyskopatii nie zapobiega procesowi chorobowemu. Według badań tylko 20% pacjentów wykonuje ćwiczenia kręgosłupa w wystarczającym czasie. Ćwiczenia wykonywane są niesystematycznie, rzadko, najczęściej w okresie zaostrzenia dolegliwości bólowych [41].

Fizykoterapia

Głównym celem w leczeniu zespołów bólowych jest zmniejszenie dolegliwości bólowych i odczynu zapalnego a także zmniejszenie wzmożonego napięcia mięśni przykręgosłupowych [4].

Wśród najczęściej stosowanych zabiegów powinno się wymienić :

- Lampy z filtrami – lampy Solux z niebieskim filtrem, który zmniejsza natężenie ciepła, wzmacnia przeciwbólowe działanie podczerwieni, działa uspakajająco i powoduje obkurczenie naczyń krwionośnych, stosuje się w nerwobólach, stanach pourazowych, zaburzeniach naczynioruchowych i przeczulicy. Lampy Solux z filtrem czerwonym stosowane są natomiast w przypadku mięśniobóli w celu zmniejszenia napięcia mięśni, a także przed masażem i zabiegami kinezyterapeutycznymi [42];
- Zabiegi laserowe – wzmocnienie światła poprzez wymuszoną emisję promieniowania. Stosowane mogą być w zmianach zwyrodnieniowych stawów kręgosłupa, przewlekłych i podostrych stanach zapalnych tkanek miękkich, nerwobólach, mięśniobólach, podostrych i przewlekłych stanach zapalnych tkanek okołostawowych i stawów [4]. Działają przeciwbólowo, przeciwzapalnie, biostymulująco i rozluźniająco [43];
- Zabiegi ultradźwiękowe – pod wpływem działania energii wywołują zmiany miejscowe (mikromasaż, wytworzenie ciepła w tkankach) i ogólne (przeciwzapalne, przeciwbólowe, zmniejszenie napięcia mięśni, zwiększenie rozciągalności tkanki łącznej w przykurczach, zwłóknianych mięśniach i torebkach stawowych) [44];

- Pole magnetyczne (magnetoterapia) – siły magnetyczne, które wpływają na jony znajdujące się w komórkach, mają działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, zwiększają wychwytywanie tlenu przez tkanki, mobilizują mikrokrażenie, przyspieszają procesy regeneracji tkanek miękkich. Zabieg wskazany jest we wszystkich stadiach bólu [42, 44];
- Elektroterapia:
 - galwanizacja to zabieg elektrolecniczy, polegający na przepływie prądu stałego w ciele pacjenta między dwoma elektrodami. Ma działanie przeciwbólowe, kojące, uspakajające lub pobudzające, drażniące [44];
 - jontoforeza to zabieg elektrolecniczy, polegający na wprowadzeniu do tkanek jonów leku za pomocą prądu stałego. Ma działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, rozluźniające, poprawiające ukrwienie [42].
 - TENS – przezskórna elektryczna stymulacja nerwów stosowana w ostrym i przewlekłym bólu poprzez zahamowanie przewodnictwa bodźców bólowych na poziomie nerwów obwodowych i poziomie rdzenia kręgowego [42]. Jest to często stosowana technika, gdyż jest skuteczna w przypadku bólu ostrego (30-60% chorych), a także w przewlekłych zespołach bólowych [45].
- Pozaustrojowa terapia falami uderzeniowymi to działanie przeciwbólowe, poprawiające komórkowy metabolizm oraz usprawniające cyrkulację krwi w części objętej bólem [44];
- Termoterapia:
 - ciepłolecznictwo – (np. sauna, kąpiele parafinowe) to dostarczenie energii cieplnej drogą przewodzenia i przenoszenia. Ma działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe poprzez zwiększony przepływ krwi, zmniejsza także napięcie mięśniowe;
 - krioterapia – na zasadzie przenoszenia lub przewodzenia dochodzi do oziębienia tkanek (zimny azot, dwutlenek węgla, okłady z lodu). Ma działanie przeciwbólowe, przeciwzapalne, przeciwobrzękowe, zmniejsza napięcie mięśni [42].

Zabiegi stosuje się pojedynczo jak również w zestawach. Ich skuteczność zależy od dobrania rodzaju zabiegów, odpowiednich dawek leczniczych i prawidłowej procedury stosowania [43].

Leczenie chirurgiczne

Dawniej do leczenia operacyjnego kwalifikowano pacjentów, u których stwierdzono postępujący deficyt neurologiczny, duży utrzymujący się ból kulszowy i powtarzające się epizody rwy kulszowej. Teraz są to tylko wskazania względne. Wskazania bezwzględne to zaburzenia funkcji pęcherza moczowego i jelit, a także deficyt ruchowy. Pacjentów z dyskopatią, wymagających leczenia operacyjnego jest mniej niż 0,5%. W rzeczywistości operowanych jest znacznie więcej chorych, gdyż wskazania do zabiegu są rozszerzane bezzasadnie [46]. Objawy kliniczne, które kwalifikują do leczenia neurochirurgicznego i jednocześnie są potwierdzone wynikami w badaniach obrazowych (radikulografia, TK, MR) to:

- dolegliwości bólowe nagłe z nowymi ubytkami neurologicznymi i porażeniami mięśni, które świadczą o uszkodzeniu albo ucisku kilku korzeni;
- zaburzenia czynności zwieraczy;
- narastające dolegliwości bólowe i kliniczne objawy pomimo prawidłowo prowadzonego leczenia zachowawczego;
- utrzymujące się ponad 6 tygodni nasilone objawy kliniczne i dolegliwości bólowe, które nie ustępują po leczeniu zachowawczym [23].

Długotrwały ucisk na korzeń nerwowy, jego drażnienie i niedokrwienia doprowadza do zmian śródpniowych, których najlepszy neurochirurg nie potrafi usunąć. Zaburzenia neurologiczne mogą być nieodwracalne. Złagodzenie bólu przy utrzymujących się zaburzeniach neurologicznych nie zawsze jest powodem ustąpienia ucisku. Może być to objaw adaptacji organizmu do bólowych doznań, adaptacji korzenia do niekorzystnych warunków lub skutek zaburzeń funkcji włókien nerwowych, które przewodzą bodźce bólowe [18].

Leczenie operacyjne polega na: odbarczeniu struktur nerwowych i naczyń, a w przypadku stwierdzenia niestabilności kręgosłupa ewentualnej stabilizacji pierwotnej bądź wtórnej [4].

W chirurgicznym leczeniu schorzeń kręgosłupa stosuje się kilka technik operacyjnych, takich jak:

- laminektomia – inaczej usunięcie zwyrodniałych fragmentów krążka międzykręgowego i ocena przestrzeni międzykręgowej. Jeżeli otwory międzykręgowe są zwężone (stenoza boczna), powiększa się je (foraminotomia), aby zapobiec zakleszczeniu się nerwu korzeniowego w późniejszym okresie. Jeżeli występuje stenoza centralna albo dwie na raz na jednym poziomie wykonuje się laminektomię dekompresacyjną, polegającą

na odbarczeniu nerwowych elementów. Łączy się to z usztywnieniem tej części kręgosłupa (spondylodezą), czyli połączeniu dwóch lub więcej kręgów ze sobą. Dotyczy to najczęściej kręgów L-4 i L-5 a także ich połączenia z kością krzyżową [18].

- Discektomia endoskopowa, która ma zastosowanie w przypadku choroby jądra miażdżystego przy nieuszkodzonym pierścieniu włóknistym. Lekarz za pomocą światłowodów i fibroskopowych endoskopów dociera do przepukliny jądra miażdżystego i podrażnionego korzenia nerwowego. Za pomocą lasera usuwany jest krążek i uciskające struktury kostne. Technika ta jest minimalnie inwazyjna.
- Protezowanie jądra miażdżystego polega na endoskopowym usunięciu jądra miażdżystego i zastąpieniu go cylindryczną, hydrożelową endoprotezą. Metoda ta pozwala na zachowanie płytek krańcowych kręgu i nieuszkodzonego pierścienia włóknistego. Ma to zwiększyć stabilność i ruchomość dotkniętego segmentu [16].

W bezpośrednim okresie po zabiegu współczynnik poprawy jest dużo większy niż w tym samym czasie u osoby leczonej zachowawczo. W późniejszym czasie po zabiegu większa liczba objawów neurologicznych występuje wśród osób operowanych [47]. Około 12% pacjentów cierpi na pooperacyjny zespół bólowy. Powodem może być niedostateczne usunięcie przepukliny, a także wystąpienie blizn lub zrostów w okolicy opony albo korzenia nerwowego. Klasyczne leczenie powoduje zmniejszenie stabilności kręgosłupa [48].

Leczenie operacyjne kręgosłupa to tylko fragment kompleksowej terapii. Po zabiegu powinno się skierować pacjenta do placówki rehabilitacyjnej, celem kontynuacji dalszego usprawniania, przeprowadzenia edukacji w zakresie kinezyterapii i wprowadzenia właściwych nawyków funkcjonowania w ciągu dnia [4]. Na usprawniające leczenie zgłasza się około 7% pacjentów operowanych [49]. Wprowadzenie rehabilitacji zaleca się w okresie 4-6 tygodni po przeprowadzonym zabiegu [50].

Profilaktyka występowania bólów kręgosłupa

Bóle kręgosłupa bardzo często mają nawrotowy charakter, jeśli nie wprowadzi się radykalnej modyfikacji czynników uruchamiających mechanizm bólowy. Około połowa osób, które przebyły zespoły bólowe kręgosłupa, doświadczy ich ponownie w ciągu następnego roku [50]. U pacjentów, którzy przebyli jeden lub kilka epizodów bólowych powinno się równocześnie wprowadzić ćwiczenia przywracające równowagę napięć mięśniowych oraz nauczyć chorego,

w jaki sposób obniżyć ryzyko przeciążeń zewnętrznych związanych z życiem codziennym i zawodowym do minimum.

Ćwiczenia zapobiegające nawrotowi choroby to kontynuacja przeprowadzanych wcześniej ćwiczeń z okresu leczenia zespołu bólowego. Zwiększona jest tylko intensywność i ilość powtórzeń. Bardzo ważna jest systematyczność ich wykonywania w celu zachowania silnego gorsetu mięśniowego [23].

W profilaktyce choroby przeciążeniowej kręgosłupa powinno kierować się zasadą przystosowania czynności codziennego życia, sposobów i intensywności pracy, narzędzi, odpowiednio dobranej rekreacji, rodzaju ubioru do potrzeb kręgosłupa [23]. Profilaktyka jest najskuteczniejszą formą zwalczania dolegliwości bólowych i dysfunkcji kręgosłupa. Polega ona na utrzymaniu prawidłowej postawy w czasie pracy i wypoczynku, właściwej gimnastyce wzmacniającej gorset mięśniowy kręgosłupa a także całego ciała. Najczęściej wykonywane i najprostsze czynności takie jak podnoszenie ciężkich przedmiotów, siedzenie na krześle, sposób odpoczynku przeprowadzane są nieprawidłowo, obciążając tym samym kręgosłup [4].

Prawidłowy wzorzec ruchowy to sposób wykonywania ruchu lub czynności, przy którym osiąga się największą precyzję, szybkość i bezpieczeństwo. Wyuczone wzorce (np. wstawanie z pozycji siedzącej, chodzenie, podnoszenie przedmiotów) przyswajamy na drodze obserwacji i zauważa się tu najwięcej nieprawidłowości [17].

Zapobieganie przeciążeniom w czasie chodzenia

Powinno się chodzić energicznie. Niekorzystne jest chodzenie z ugiętymi stawami biodrowymi, bez ich przeprostu (m.in. u kobiet chodzących drobnymi krokami, na wysokich obcasach), szurając i powłócząc nogami. Niezalecane jest obuwie na nienaturalnie wysokich obcasach (pogłębienie lordozy lędźwiowej, przykurcze mięśni stawów skokowych i biodrowych) a także na zupełnie cienkiej i płaskiej podeszwie (brak amortyzacji podczas chodzenia). Błędne jest także chodzenie w tenisówkach [43]. Buty muszą być dobrze dopasowane do stopy, obcas ok. 2-3 cm, szeroki, podeszwa miękka, elastyczna [51].

Zapobieganie przeciążeniom w czasie stania

Podczas pracy stojącej zaleca się wykorzystywanie zewnętrznych sposobów odciążenia kręgosłupa, np. oparcie się plecami o ścianę, pośladkami o taboret czy czołem o szafkę a przy wykonywaniu czynności w przodopochyleniu podparcie się barkiem lub ręką [43]. Ważne jest

uświadomienie sobie, którą nogą jest tzw. „stojną”, czyli tą którą podświadomie wybieramy przy dłuższym staniu. Drugą nogę uginamy lub opieramy nieco wyżej na stopniu. Odciążamy kręgosłup poprzez podparcie ugiętej w kolanie nogi, co umożliwia bezpieczne wykonanie pracy nawet przy przodopochyleniu tułowia [23].

Przy pracy w pozycji stojącej wskazane są krótkotrwałe przerwy co 20-25 min. w celu zmiany pozycji [23].

Zapobieganie przeciążeniom w czasie siedzenia

Pozycja siedząca może powodować duże przeciążenia kręgosłupa, poprzez nawykowe przyjmowanie wadliwej postawy ciała. Obciążenie wywierane na stawy i więzadła kręgosłupa podczas niedbalej pozycji siedzącej porównywalne jest do docisku tych struktur podczas podnoszenia przedmiotu o ciężarze 50 kg [17]. Aby je zmniejszyć należy zachowywać właściwą postawę ciała. Pozycja najbardziej zbliżona do fizjologicznej występuje, gdy:

- całe stopy opieramy o podłogę;
- oparcie krzesła podpira lędźwiowy odcinek kręgosłupa (w przypadku oparcia bez odpowiednich krzywizn podłożyć pod plecy zrolowaną poduszkę);
- stawy biodrowe są położone nieco wyżej stawów kolanowych;
- siedzenie jest blisko biurka;
- wysokość biurka lub krzesła dopasowana jest w taki sposób, że możliwe jest swobodne oparcie na nim łokci,
- pulpitu jest ustawiony pod odpowiednim kątem, co zapobiega ciągłemu pochylaniu głowy do przodu,
- kierowcy posiadają fotel zapewniający prawidłowe podparcie fizjologicznej lordozy lędźwiowej [1, 14].

Wskazówki do bezpiecznego siadania i wstawania z krzesła:

- podczas siadania wspierać się rękoma na podłokietnikach;
- siadać tak by kręgosłup lędźwiowy ustawiony był w lordozie a pośladki umieszczone były głęboko pod oparciem;
- wstając z krzesła, obrócić lub odsunąć je od stołu, stawiając stopy pod siedzeniem, przy jednoczesnym oparciu się o podłokietniki (tę czynność należy wykonywać z wyprostowaną sylwetką);
- przy siadaniu i wstawaniu unikać zamachu tułowiem, co może powodować uraz [17];

- zalecane jest tzw. aktywne siedzenie, czyli wykonywanie gimnastyki trwającej 2-3 min co godzinę. Nie wymaga to opuszczenia stanowiska pracy [17].

Zapobieganie przeciążeniom w czasie pochylania się i prostowania

Ruch pochylania się i prostowania to ruchy najczęściej wykonywane przez kręgosłup. Obciążają one szczególnie odcinek lędźwiowy kręgosłupa, zwłaszcza gdy łączą się z rotacją kręgosłupa i zginaniem bocznym. Aby ruchy te były bezpieczne należy przestrzegać zasad prawidłowego poruszania się. W prawidłowym zginaniu tułowia do przodu, oprócz stawów kręgosłupa biorą udział stawy kończyn dolnych, tj. biodrowe, kolanowe, skokowe. W zginaniu z przysiadem i przy prostowaniu z tej pozycji muszą brać udział mięśnie pośladkowe i czworogłowe uda. Innym mechanizmem obronnym kręgosłupa jest współdziałanie mięśni brzucha, które zmniejszają wielkość siły nacisku na stawy i krążki międzykręgowe. Tłocznia brzucha ułatwia w szczególności ruch prostowania tułowia z pozycji przodopochylenia. Współdziałanie wszystkich mechanizmów podczas schylania i prostowania się zmniejsza obciążenie struktur kręgosłupa o około 30% [43].

Podczas wykonywania czynności zawodowych jak i w życiu prywatnym należy przestrzegać następujących wskazówek:

- ruchy pochylania łączyć z przykucnięciem, a przy odczuwaniu dolegliwości przykucnąć z usztywnionym kręgosłupem;
- przy konieczności zginania się do ziemi z prostymi kolanami starać się najpierw świadomie napiąć mięśnie brzucha a potem wykonać zgięcie tułowia, przy wyprostie także napiąć mięśnie;
- przy pochylaniu się bez przykucnięcia pomóc sobie podparciem ręki o kolano lub stojący obok przedmiot;
- przy schylaniu się i prostowaniu z prostymi kolanami zginać tułów od góry w dół, segment po segmencie (w tym ruchu pomocne są napięte mięśnie brzucha);
- unikać ruchów zginania i prostowania tułowia rotacją lub zginaniem bocznym a przy pochyleniu zawsze stanąć na wprost obiektu wykonywanej czynności;
- po wyprostowaniu się całkowitym obrócić się w zamierzonym kierunku;
- najmniejszy ruch tułowia wykonywać świadomie, z przygotowanym układem mięśniowym [23].

Zapobieganie przeciążeniom w czasie podnoszenia i przenoszenia ciężarów

Przy podnoszeniu lub przekładaniu ciężkich przedmiotów obowiązują takie same zasady jak przy pochylaniu się i prostowaniu. Faktem jest jednak, że przenoszenie ciężarów powoduje jeszcze większe przeciążenia, np. ciężar o wadze 45 kg oddziałuje na krążek międzykręgowy o sile nacisku 750 kg. Podnoszenie przedmiotów w niewłaściwy sposób (z krzyża, a nie z kolan, asymetryczny noszenie ciężarów) zwiększa trzy i pół krotnie obciążenia kręgosłupa [43, 14]. Podczas ręcznego podnoszenia ciężar nie powinna przekroczyć 20 kg przy pracy dorywczej, tj. w czasie zmiany roboczej 4 razy na godzinę i 80 kg (razem z wagą sprzętu) podczas przewożenia na wózkach [52].

Właściwy sposób podnoszenia przedmiotów:

- stanąć jak najbliżej podnoszonego przedmiotu, na wprost;
- przykucnąć z rozstawionymi kolanami;
- podnoszony przedmiot powinien znaleźć się pomiędzy stopami i jedna stopa lekko wysunięta w stosunku do drugiej;
- napiąć mięśnie brzucha i pośladków;
- uchwycić ciężar i w miarę możliwości przycisnąć go do tułowia;
- wstając prostujemy ugięte stawy biodrowe i kolanowe;
- ciężar podnosimy siłą mięśni nóg utrzymując go jak najbliżej tułowia, łokcie blisko ciała;
- obracając się z niesionym ciężarem wykonujemy obrót przesuwając stopy przy usztywnionym kręgosłupie, unikać skrętów tułowia.
- przesuwając ciężkie przedmioty stajemy w rozkroku, ciężar między stopami, popychamy unikając ciągnięcia;
- większy ciężar rozdzielamy symetrycznie na obie ręce.
- do przesunięcia nawet niezbyt ciężkiego, dużego i niewygodnego przedmiotu korzystamy z pomocy drugiej osoby [43, 14];
- podczas pielęgnacji i opieki nad pacjentem korzystać należy ze specjalistycznego sprzętu (łóżka, wanny o regulowanej wysokości, rolki, pasy z uchwytami);
- dostosować wysokość powierzchni pracy, tj. na wysokości łokciowej lub prace precyzyjne na wysokości wzroku;
- należy korzystać z pomocy współpracowników;

- należy zorganizować miejsce pracy nad pacjentem tak aby umożliwić swobodny dostęp do chorego przynajmniej z 3 stron [13].

Przewlekły stres lub często powtarzające się sytuacje stresowe może prowadzić do rozwoju choroby przeciążeniowej kręgosłupa. Należy więc w miarę możliwości ograniczyć wpływ stresu na organizm poprzez odizolowanie się od sytuacji powodujących nadmierny i przewlekły stres a także nauczenie się sposobów rozładowania stresu [43].

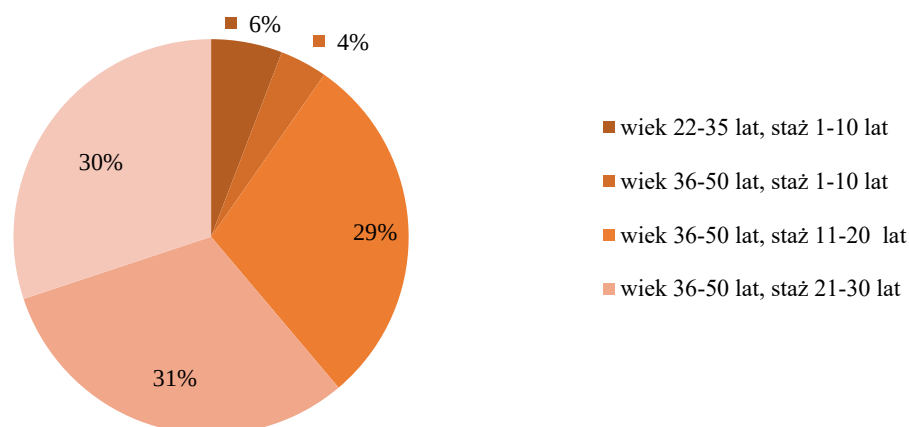
O profilaktyce powinniśmy pamiętać także w życiu prywatnym. tj. podczas gotowania, prasowania, pracy w ogródku, uprawiania sportu, jazdy samochodem czy spania. Ważna jest także normalizacja wagi, gdyż otyłość doprowadza do nieodwracalnych zniekształceń kręgosłupa [51].

Celem pracy była analiza rodzaju, częstości i powodów występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa wśród pracujących pielęgniarek a także sposobu radzenia sobie z bólem kręgosłupa przez pielęgniarki.

Material i metoda

Badania przeprowadzono w okresie od 10.11.2018 r. do 04.01.2019 r., w grupie 103 pielęgniarek pracujących w oddziałach Szpitala Ogólnego w Grajewie. Wyodrębniono pięć grup respondentek ze względu na wiek i staż pracy (Rycina 1). Najliczniej reprezentowane były osoby ze stażem 11-20 lat (29%), 21-30 lat (31%) oraz 31 i więcej lat (30%).

Zestawienie osób badanych uwzględniające wiek i staż pracy



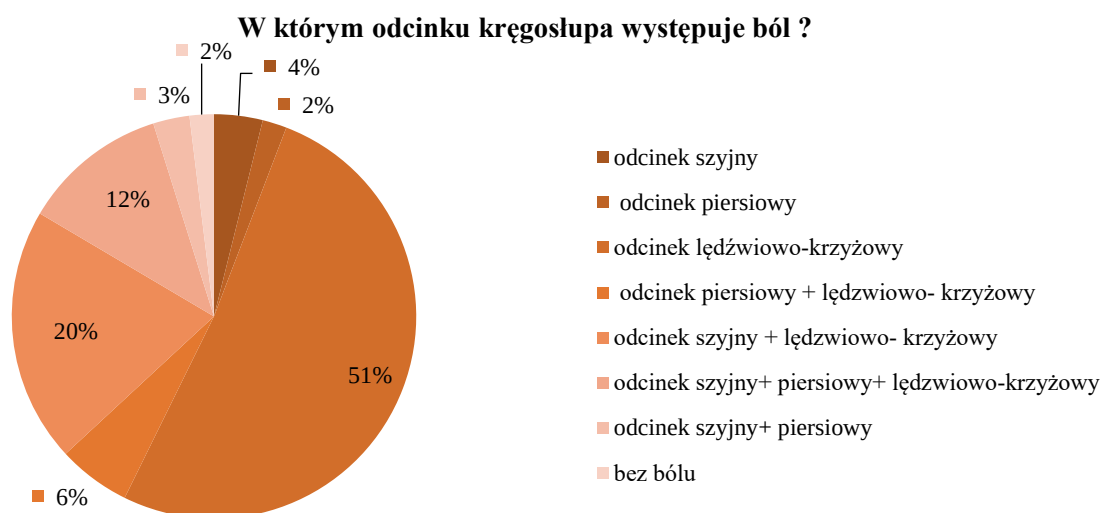
Rycina 1. Respondenci z uwzględnieniem wieku i stażu pracy

W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Jako narzędzie badawcze zastosowano ankietę własnej konstrukcji, która składała się z 23 pytań zawartych w dwóch częściach: metryczkowej i szczegółowej. W części metryczkowej pytania dotyczyły wieku, stażu pracy, płci, wagi, wzrostu. W części szczegółowej kwestionariusza zamieszczono pytania dotyczące dolegliwości bólowych kręgosłupa, sposobów radzenia sobie z bólem oraz poziomu wiedzy w badanej grupie na temat ochrony kręgosłupa podczas pracy. Zebrany materiał badawczy podano analizie i przedstawiono w formie opisowej i graficznej.

Wyniki

W badanej grupie znalazły się tylko pielęgniarki. Wśród objętych badaniem pielęgniarek występowanie dolegliwości bólowych deklarowało 98% respondentek.

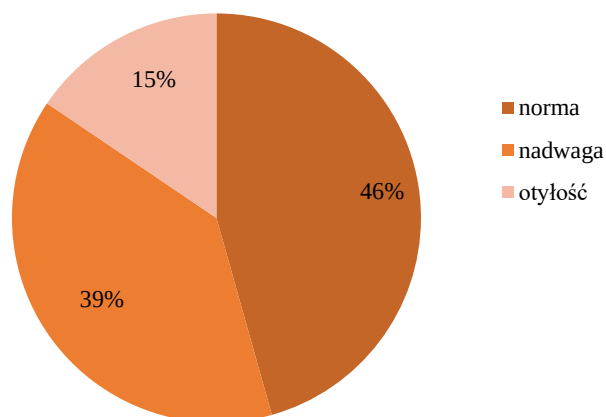
Lokalizację dolegliwości bólowych w jednym odcinku kręgosłupa wskazało 57% badanych osób, w tym aż 51% w odcinku lędźwiowo-krzyżowym, natomiast 12% skarżyło się na ból całego kręgosłupa. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 2.



Rycina 2. Lokalizacja dolegliwości bólowych w grupie pielęgniarek

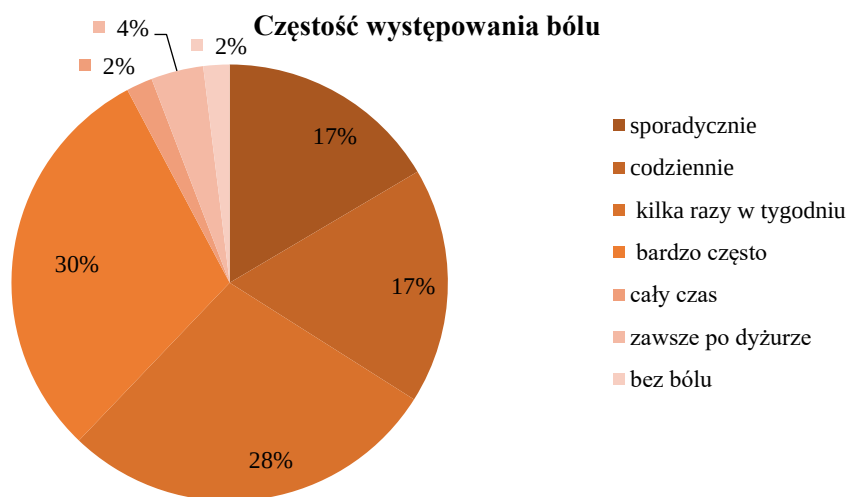
W celu obliczenia wskaźnika BMI poproszono kobiety o podanie wzrostu i masy ciała. Według uzyskanych wyników stwierdzono nadwagę u 39% badanych, otyłość u 15%, a normowagę u 46% respondentek (Rycina 3).

Wartość wskaźnika BMI



Rycina 3. Wskaźnik BMI

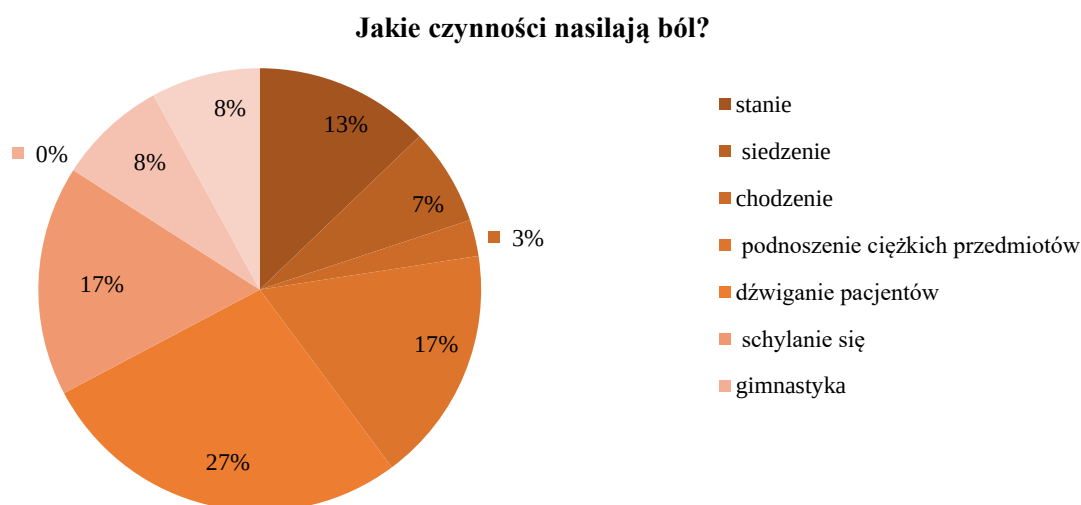
U 30% ankietowanych ból kręgosłupa występował bardzo często, a u 28% kilka razy w tygodniu. Na codzienne bóle skarżyło się 17% i tyle samo ankietowanych odczuwało je sporadycznie. 4% pielęgniarek wskazało że odczuwały bóle zawsze po dyżurze i 2% respondentek czuło go cały czas (Rycina 4).



Rycina 4. Częstość występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa

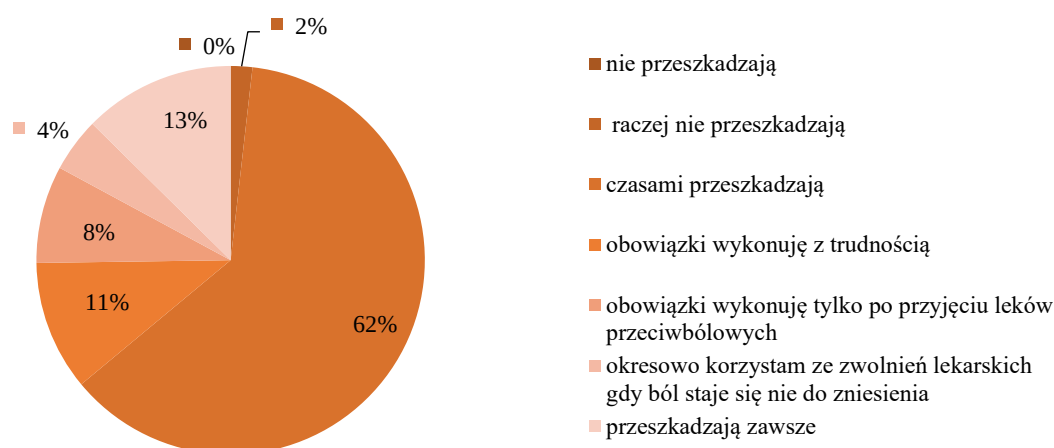
Na pytanie jakie czynności nasilają ból 67 osób (65%) udzieliło kilku odpowiedzi. Jako najczęstszą przyczynę bólu respondentki wskazały dźwiganie pacjentów (27%) oraz podnoszenie ciężkich przedmiotów (17%). Schylanie się wskazywało 17% pielęgniarek, a stanie 13%. Na bóle przy pracy siedzącej uskarżało się 7% kobiet. Za bólu kręgosłupa 8%

kobiet obwiniąło złą pozycję czasie snu, a u 8% osób bóle występowały bez istotnej różnicy (Rycina 5).



Rycina 5. Analiza występowania dolegliwości bólowych kręgosłupa w zależności od pozycji wykonywanych czynności

Na pytanie czy bóle przeszkadzają w wykonywaniu pracy zawodowej i spełnianiu domowych obowiązków 10 osób (9,7%) udzieliło dwóch odpowiedzi. 62% kobiet stwierdziło, że bóle kręgosłupa przeszkadzają czasami. 11% obowiązków wykonywało z trudnością, a 8% pracowało po przyjęciu leków przeciwbólowych. 13% respondentek bóle kręgosłupa przeszkadzały zawsze (Rycina 6).



Rycina 6. Wpływ bólu na wykonywanie obowiązków domowych i pracy zawodowej

Ze zwolnienia lekarskiego z powodu bólów kręgosłupa korzystało tylko 14% pielęgniarek w sytuacji gdy ból był nie do zniesienia, 11% gdy nasilały się dolegliwości, a 15% bardzo rzadko. 60% osób wcale nie korzystało ze zwolnienia lekarskiego. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 7.

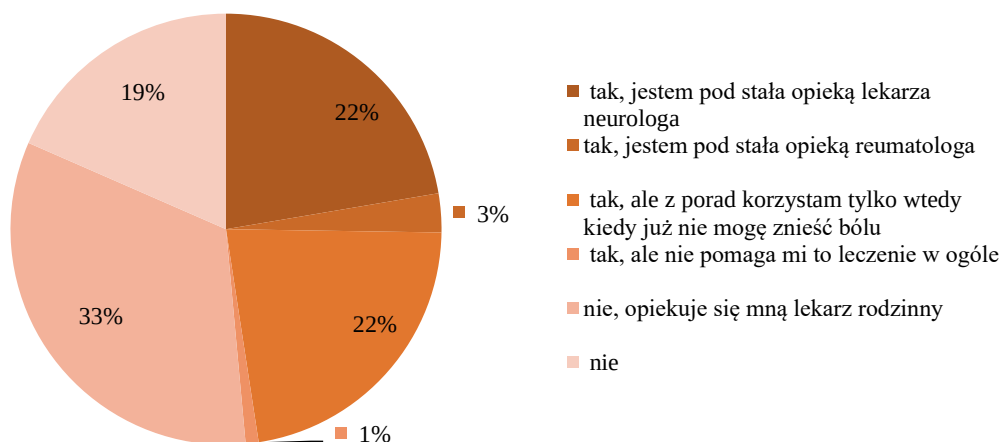
Czy korzystała Pani ze zwolnień lekarskich z powodu bólu kręgosłupa?



Rycina 7. Częstość korzystania ze zwolnienia lekarskiego

Pod stałą opieką lekarza neurologa było 22% kobiet a reumatologa 3%. 22% pielęgniarek korzystało z porady lekarskiej wtedy, gdy nie mogło znieść bólu. 33% respondentek z bólem zgłaszało się do lekarza rodzinnego, natomiast 19% próbowało pomóc sobie we własnym zakresie (Rycina 8).

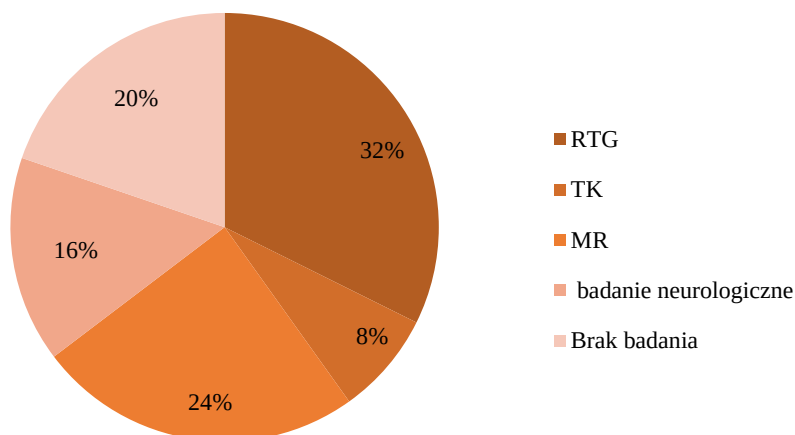
Czy leczy się Pani w poradni specjalistycznej?



Rycina 8. Osoby leczące się w poradniach

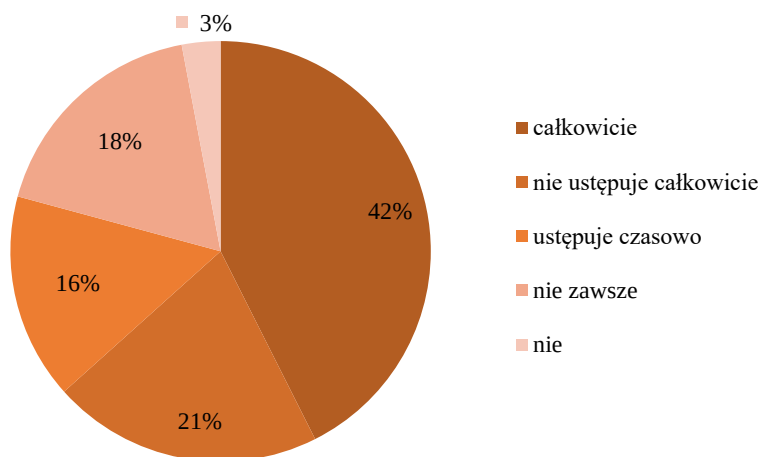
70 osób (68%) wskazało, że miało przeprowadzone badania diagnostyczne, z czego 34% miało wykonanych kilka badań, natomiast 32% kobiet nie miało wykonanych żadnych badań. Zdjęcie RTG wykonano u 32%, TK u 8%, MR u 24%, a badanie neurologiczne u 16%. Szczegółowe dane przedstawia Rycina 9.

Jakie badania diagnostyczne były wykonane w związku z Pani dolegliwościami?



Rycina 9. Badania diagnostyczne

Z pośród 101 osób cierpiących na ból na pytanie czy ustępuje on po przyjęciu leków p/bólowych 42% odpowiedziało, że całkowicie, u 21% nie ustępował w całości, a u 18% leki nie zawsze pomagały (Rycina 10).



Rycina 10. Skuteczność leków p/bólowych

Z leczenia rehabilitacyjnego skorzystało 60 osób (58% ankietowanych), w tym 38% kilkakrotnie z leczenia fizjoterapeutycznego, zaś 11 % było również w sanatorium. 43% osób nie korzystało z leczenia rehabilitacyjnego, w czym 27% nigdy go nie proponowano (Rycina11).

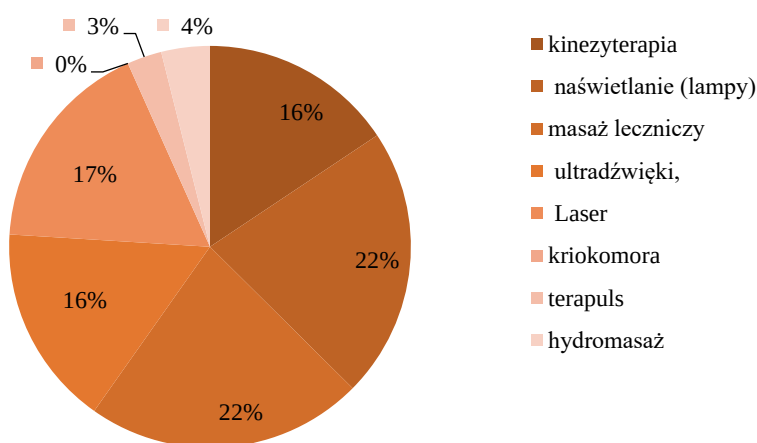
Czy odbyło się leczenie rehabilitacyjne?



Rycina 11. Leczenie rehabilitacyjne

Z pośród ankietowanych najwięcej skorzystało z masażu leczniczego tj.22% i z naświetlań- 22%, kinezyterapię zastosowano u 16%, ultradźwięki u- 116%, a laser u 17% (Rycina 12).

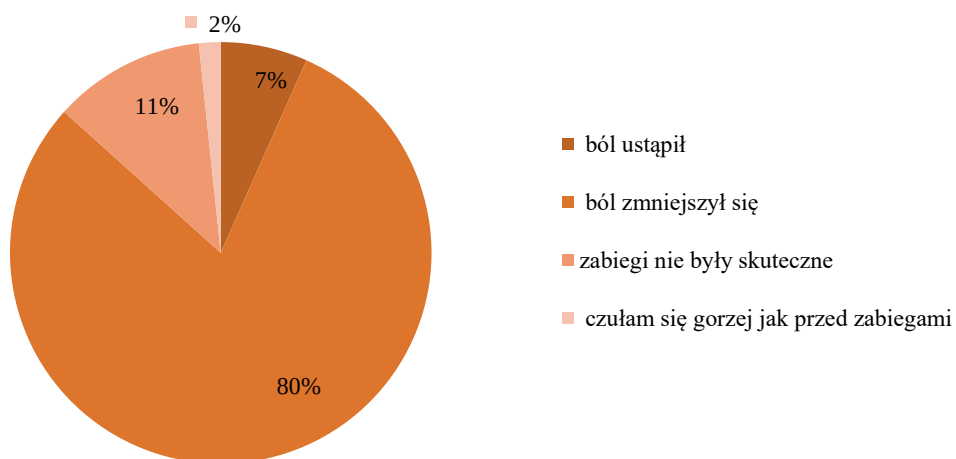
Jakie leczenie rehabilitacyjne zastosowano?



Rycina 12. Sposoby leczenia rehabilitacyjnego

Po zabiegach rehabilitacyjnych tylko u 7% ankietowanych ból ustąpił, natomiast u 80% ból zmniejszył się. 11% stwierdziło, że zabiegi nie były skuteczne i 2% kobiet czuła się po nich gorzej (Rycina 13).

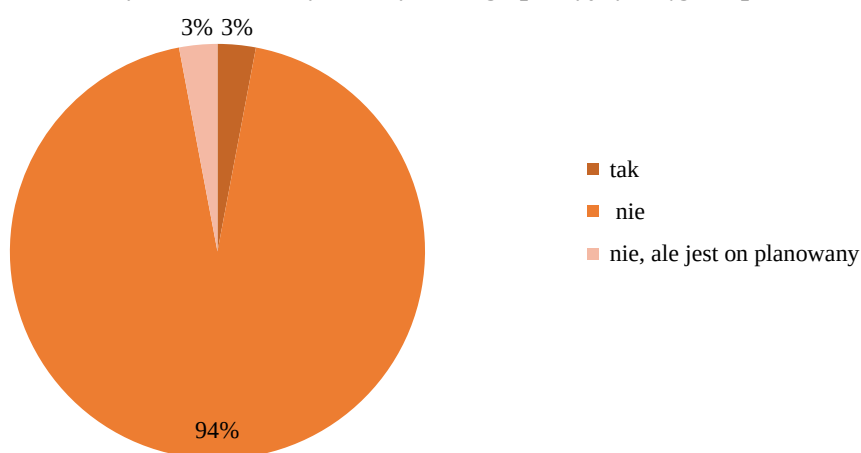
W jakim stopniu zabiegi okazały się pomocne?



Rycina 13. Korzyści z leczenia rehabilitacyjnego

3% kobiet spośród objętych badaniem respondentek miało przeprowadzony zabieg operacyjny na kręgosłupie, a 3% zadeklarowało że, jest on planowany. Natomiast 94% respondentek nie brało tej metody pod uwagę (Rycina 14).

Czy miała Pani wykonany zabieg operacyjny kręgosłupa?



Rycina 14. Zastosowanie leczenia operacyjnego

Najczęstszą formą aktywnego wypoczynku wśród ankietowanych były codzienne spacery 33,98%, kilka razy w tygodniu 28,16% a od czasu do czasu – 10,68%. Codziennie rowerem

jeździło 9,71%, kilka razy w tygodniu 18,45% i od czasu do czasu 23,3%. Taniec (24,27%) i pływanie (22,33%) były często wskazywane jako forma wypoczynku od czasu do czasu. Codzienny wypoczynek bierny u większości ankietowanych to oglądanie telewizji (42,72%), słuchanie radia (41,75%), a także czytanie książek (24,27%). Szczegółowe dane przedstawia Tabela I.

Tabela I. Formy wypoczynku

	Codziennie		Kilka razy w tygodniu		Raz w tygodniu		Kilka razy w miesiącu		Raz w miesiącu		Od czasu do czasu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Spacery	35	34	29	28,16	7	6,80	-	-	1	0,97	11	10,68
Jazda rowerem	10	9,71	19	18,45	13	12,62	8	7,77	-	-	24	23,30
Pływanie	-	-	8	7,77	4	3,88	7	6,80	-	-	23	22,33
Pilates	-	-	3	2,91	2	1,94	-	-	7	6,80	3	2,91
Aquaareobic	-	-	-	-	2	1,94	1	0,97	-	-	-	-
Aerobic	-	-	5	4,85	2	1,94	-	-	-	-	4	3,88
Step	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Czytanie książek	25	24,27	23	22,33	8	7,77	11	10,68	-	-	7	6,80
Oglądanie telewizji	44	42,72	15	14,56	4	3,88	-	-	-	-	1	0,97
Słuchanie radia	43	41,75	7	6,80	4	3,88	-	-	-	-	1	0,97
Drzemka	11	10,68	8	7,77	7	6,80	1	0,97	-	-	5	4,85
Uprawianie ogródka	9	8,74	15	14,56	13	12,62	2	1,94	-	-	7	6,80
Taniec	-	-	3	2,91	2	1,94	2	1,94	1	0,97	25	24,27

*Wyniki nie sumują się do 100% ponieważ pytanie było wielokrotnego wyboru.

Wśród ankietowanych pielęgniarek 67% podnosiło ciężary w pozycji ugiętych nóg z rozstawionymi szerzej stopami, 16% w pozycji kucznej podnosząc się już z wyprostowanym kręgosłupem. Natomiast 9% ciężar podnosiło w pozycji wyprostowanych kolan, przy złączonych stopach i tułowiem pochylonym do przodu, a 8% ankietowanych w pozycji wyprostowanych kolan, z rozstawionymi stopami i pochylonym tułowiem (Rycina 15).

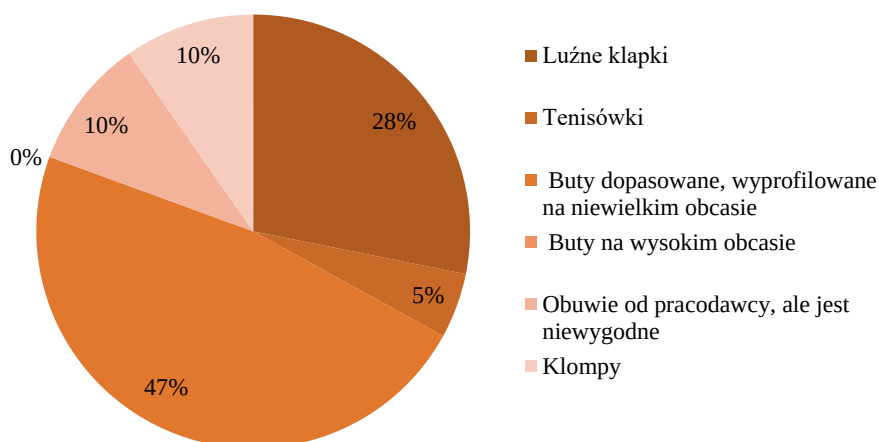
Jaką postawę przyjmuje Pani przy podnoszeniu ciężarów?



Rycina 15. Postawa przy podnoszeniu ciężarów

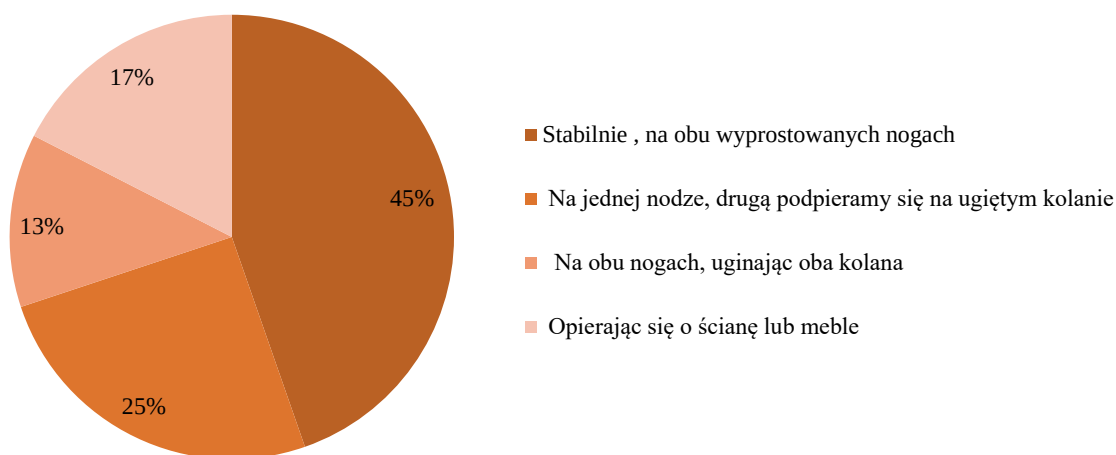
Wśród zapytanych o rodzaj obuwia noszonego w pracy 47% nosiło buty dopasowane, wyprofilowane na niewielkim obcasie, 28% luźne klapki, 10% niewygodne obuwie od pracodawcy, 10% klompy i 5% tenisówki. Nikt nie zgłaszał noszenia butów na wysokim obcasie (Rycina 16).

Jakie obuwie nosi Pani podczas dyżuru ?



Rycina 16. Obuwie noszone podczas dyżuru

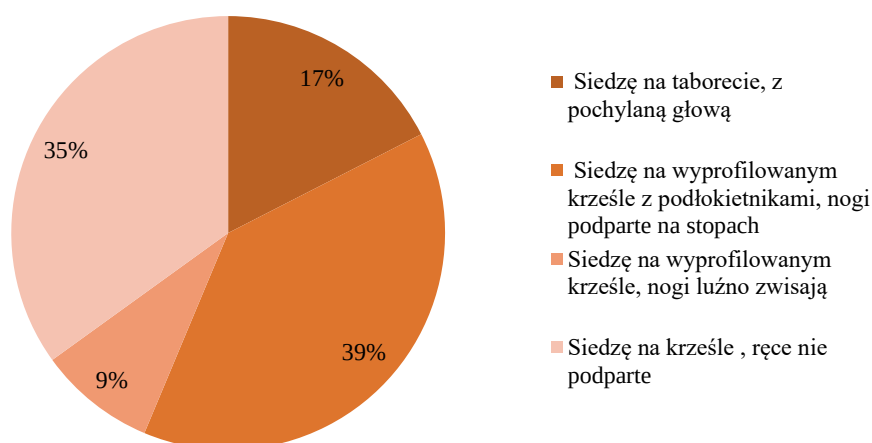
Podczas pracy wykonywanej w pozycji stojącej aż 45% kobiet wskazywało, że stawało stabilnie na wyprostowanych nogach, 25% na jednej nodze podpierając się drugą, 17% opierając się o ścianę lub meble i 13% stało na obu nogach uginając kolana (Rycina 17).



Rycina 17. Postawa przy czynnościach wykonywanych dłuższy czas w pozycji stojącej

Podczas pracy siedzącej 39% pielęgniarek siadało na wyprofilowanym krześle z podłokietnikami i nogami podpartymi na stopach, 9% także korzystało z wyprofilowanego krzesła ale nogi nie dotykały podłoża, 35% korzystało ze zwykłego krzesła nie podpierając rąk, 17% pracowało na taborecie, z pochyloną głową (Rycina 18).

Przy wykonywaniu czynności w pozycji siedzącej :



Rycina 18. Postawa przy wykonywaniu czynności w pozycji siedzącej

Dyskusja

Dolegliwości bólowe kręgosłupa traktowane są jako indywidualny problem a doniesienia wskazują, że jest to problem z zakresu medycyny pracy oraz problem społeczny [53]. Pielęgniarstwo jako zawód wciąż zdominowany jest przez kobiety, a ich wydajność fizyczna jest o 20-30% niższa niż mężczyzn [52]. Zawód ten wiąże się z wykonywaniem pracy fizycznej, do której zaliczamy m. in. dostarczanie leków, płynów do kroplówek, sprzętu medycznego, środków czystości oraz najbardziej obciążające podnoszenie oraz przemieszczanie i transportowanie chorych. Wszystkie czynności wymagają od pielęgniarki dźwigania, chodzenia z obciążeniem, długotrwałego stania, schylania się, chodzenia po schodach, pracy w wymuszonej pozycji. W czasie dyżuru są one powtarzane wielokrotnie. Z przeprowadzonego badania wynika, że przeciążeniowe bóle kręgosłupa dotyczyły 98% respondentek. Aż 12% skarżyło się na ból całego kręgosłupa, ale najczęstsze dolegliwości dotyczyły odcinka lędźwiowo-krzyżowego (51%). W badaniach Tworek [54], 100% respondentek odczuwało bóle kręgosłupa, a ból wszystkich odcinków zgłaszało 15% kobiet, natomiast odcinek lędźwiowo-krzyżowy wskazany był w 86% przypadków.

W badaniach Leszczyńskiej i wsp. [55] czynnościami, które nasilały ból wśród respondentek były schylanie się (38%), przenoszenie przedmiotów (32%) i dźwiganie (30%). W badaniach własnych były to: dźwiganie pacjentów (27%), podnoszenie ciężkich przedmiotów (17%), schylanie się (17%) i stanie (13%). Są to czynniki uciążliwe, które nie zagrażają życiu, ale wpływają na pogorszenie zdrowia, obniżenie jakości życia oraz zmniejszenie wydolności zawodowej i ograniczenia w wykonywaniu obowiązków domowych. W badaniach własnych dolegliwości bólowe aż 62% respondentek przeszkadzały czasami, a 13% przeszkadzały zawsze w funkcjonowaniu zawodowo-rodzinnym. Mimo to tylko 14% kobiet czasami korzystało ze zwolnienia lekarskiego, kiedy ból był już nie do zniesienia, a 60% nie korzystało ze zwolnienia nigdy. W badaniach Zyznawskiej i wsp. [56] ze zwolnienia L4 korzystało 35% ankietowanych, a dolegliwości bólowe występowały bardzo często u 15% respondentek, a często u 71% badanych. W badaniach Tworek [54] ból u respondentek występował u 62% codziennie, a u 32% kilka razy w tygodniu. U ankietowanych Wyderki i wps. [52] ze zwolnienia lekarskiego korzystało 6% badanych gdy ból uniemożliwiał im pracę, 77% z bólem radziła sobie sama a 17% korzystała z porady specjalisty.

Pomimo, że pielęgniarki mają wysoki poziom wiedzy na temat radzenia sobie z bólem kręgosłupa, z własnych badań wynika że 22% ankietowanych korzystało z porady lekarza, gdy nie mogło znieść bólu i 33% respondentek pozostawało pod opieką lekarza rodzinnego, a tylko

25% leczyło się w poradniach specjalistycznych. W badaniach Leszczeńskiej i wsp. [55] z konsultacji lekarskiej korzystało 45% respondentek, natomiast 55% nie było u lekarza wcale. W sondażu na temat przeprowadzonych badań diagnostycznych 20% nie miało ich wykonanych w ogóle, natomiast najwięcej wykonanych było zdjęć RTG 32%. U 16% przeprowadzono badania neurologiczne. 24 osoby (23%) wskazały na wykonanie kilku badań. W badaniach Tworek [54] 62% miało wykonaną diagnostykę obrazową. W badaniach własnych 42% kobiet stwierdziło, że podczas leczenia farmakologicznego ból ustąpił całkowicie, u 18% nie zawsze, u 16 % ustępował czasowo. U 60 osób (58%) odbyło się leczenie rehabilitacyjne, ale tylko 11% było w sanatorium. Wśród najczęściej przeprowadzonych zabiegów były naświetlania (22%), masaż leczniczy (22%), ultradźwięki (16%), laser (17%), kinezyterapia (16%). Po przeprowadzonych zabiegach u 80% ból zmniejszył się a u 11% zabiegi nie były skuteczne. 27% osobom nigdy nie proponowano zabiegów fizjoterapeutycznych. Według Tworek [54] z rehabilitacji skorzystało 61% respondentów, w tym 35% z zabiegów fizykalnych i 26% z masażu. W badaniach Leszczyńskiej i wsp. [55] 3% respondentek korzystało z kinezyterapii, 30% z masażu leczniczego i 12% z fizykoterapii.

W badaniach własnych zabieg chirurgiczny przeszło 3% osób, a 94% respondentek nie brało pod uwagę takiej możliwości. Wzrost intensywności pracy (zmniejszona obsada personelu, praca zmianowa, często na kontraktach, przewlekłe napięcie mięśni spowodowane stresem, zmęczeniem) zmniejszył czas poświęcony na aktywność fizyczną. Z przeprowadzonych badań wynika, że 35% osób miało czas na codzienne spacery i 10% na jazdę rowerem, większość osób odpoczywało biernie, tj. czytało książki, oglądało telewizję, słuchało radia, drzemało. W pracy Leszczyńskiej i wsp. [55] w czynny sposób wypoczywało 31% badanych (spacery, jazda na rowerze, aerobik) a biernie 69%.

Pielęgniarki wiele czynności wykonują w pozycji wymuszonej, stojącej, siedzącej, pochylonej, co przyczynia się do przeciążenia kręgosłupa. Często wykazują się nieergonomicznymi zachowaniami, wynikającymi z pośpiechu, braku wiedzy lub niedbalstwa. Najczęściej popełniane błędy to niewłaściwy chwyt, zła pozycja ciała, złe nawyki ruchowe, brak sprzętu ułatwiającego pracę [52]. Wśród ankietowanych 83% robiło to właściwie a 17% wykonywało tę czynność nieprawidłowo. Natomiast podczas wykonywania czynności w pozycji stojącej przez dłuższy czas tylko 42% robiło to poprawnie, tj. stojąc na jednej nodze, drugą podpierając się na ugiętym kolanie lub opierając się o ścianę bądź meble. 58% pielęgniarek podczas stania dodatkowo obciążało swój kręgosłup. Podczas wykonywania czynności zawodowych w pozycji siedzącej 39% ankietowanych przyjmowało prawidłową postawę, siedząc

na wyprofilowanym krześle z podłokietnikami i nogami podpartymi na stopach i aż 61% siadało niewłaściwie prawdopodobnie z powodu złych nawyków lub złych foteli na stanowisku pracy. W pracy Tworek [54] 67% pielęgniarek przyjmowało prawidłową pozycję podczas pracy siedzącej lub stojącej, 73% prawidłowo podnosiło ciężary.

Ważną rzeczą podczas wykonywania obowiązków zawodowych jest noszone obuwie. Z badań własnych wynika, że tylko 47% pielęgniarek chodziło w odpowiednim obuwiu, tj. w butach dopasowanych, wyprofilowanych i na niewielkim obcasie. W ankiecie Wyderki i wsp. [52] 11% kobiet miało odpowiednie buty.

Wnioski

Analiza zebranego materiału badawczego pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

- Zespoły bólowe kręgosłupa były dużym problemem zdrowotnym wśród objętych badaniem pielęgniarek.
- Podczas bólu pielęgniarki sporadycznie korzystały ze zwolnień lekarskich, leczyły się w większości w poradni lekarza rodzinnego, gdy ból stawał się nie do zniesienia.
- Połowa ankietowanych skarżyła się na bóle odcinka lędźwiowo-krzyżowego i większość spowodowana była dźwiganiem ciężarów.
- Poziom wiedzy na temat profilaktyki bólów kręgosłupa był niezadawalający i konieczne są szkolenia o ergonomii pracy.

Bibliografia

1. Deszczyński J., Stolarczyk A. (red.): Podstawy rehabilitacji pacjentów z bólami dolnego odcinka kręgosłupa. Fundacja Dynastab, Warszawa 2009, 9-16.
2. Górnicka J.: Bóle kręgosłupa i stawów. AWM, Warszawa 2012, 10-18.
3. Domżał T.M. :Przewlekłe nieswoiste bóle krzyża – stara dolegliwość czy nowa choroba neurologiczna? Via Medica, Warszawa 2008,146-160.
4. Kiwerski J. (red.): Rehabilitacja medyczna. PZWL, Warszawa 2006, 237, 534-538.
5. Bochenek A., Reicher M.: Anatomia człowieka. PZWL, Warszawa 2010.
6. Morton M.: Zespoły bólowe kręgosłupa. Przewodnik Lekarza, 2008, 5, 45-50.
7. Ridan T.(red.): Atlas rehabilitacji ruchowej. Forum, Poznań 2016, 1, 3.

8. Rudzińska A., Nowotny- Czupryna O., Knapik H.: Ocena znajomości i stosowania zasad profilaktyki zespołów bólowych odcinka szyjnego kręgosłupa w życiu codziennym kobiet. *Fizjoterapia Polska*, 2002, 2(1), 6-10.
9. Dziak A. (red.): *Ortopedia Nettera*. Urban& Partner, Wrocław 2007, 244-246.
10. Szpała M., Skorupińska A.: Występowanie zespołów bólowych kręgosłupa – przyczyny i leczenie. AWF, Katowice 2017, 43.
11. Ortenburger D., Wąsik J.: Zastosowanie metod fizykalnych, pomocy psychologicznej i ćwiczeń fizykalnych u pacjentów z przewlekłym bólem kręgosłupa – nadzieje i trudności. *Polskie Towarzystwo Badania Bólu*, 2017, 18(1), 28-32.
12. Radło P., Smętkowski A., Tęsiorowski M.: Polskie mianownictwo choroby dyskowej lędźwiowego odcinka kręgosłupa. *Przegląd Lekarski*, 2014, 17(71), 394-399.
13. Kujawa A., Kaczocha M.: *BHP w służbie zdrowia*. C.H.Beck, Warszawa 2014, 173-181.
14. Karczewski J.K.: *Higiena. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa*. Czelej, Lublin 2002, 269-281.
15. Świąćicka A, Świąćicki M.: Przegląd najpopularniejszych metod diagnostycznych stosowanych w zespołach bólowych kompleksu lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa. *Rehabilitacja w Praktyce*, 2013, 6, 54-58.
16. Marciniak W., Szulc A.(red.): *Wiktor Degi Ortopedia i Rehabilitacja*. PZWL, Warszawa 2008, 2, 304-333.
17. Bielski B. (red.): *Higiena pracy w pielęgniarstwie*. UMP, Poznań 2009, 118-147.
18. Kiwerski J. (red.): *Schorzenia i urazy kręgosłupa*. PZWL, Warszawa 2014, 13, 116-145.
19. Hendrich B., Bładowska J., Sąsiadek M.: Znaczenie badań obrazowych w diagnostyce nieurazowych zespołów kręgosłupa. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 6(2), 92-100.
20. Świerkot J. :Bóle krzyża – etiologia, diagnostyka i leczenia. *Przewodnik Lekarza*, 2006, 2, 86-98.
21. Sąsiadek M., Hedrich B.: Diagnostyka obrazowa kręgosłupa z uwzględnienie nowych technik obrazowania. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 5, 38-39.
22. Domżał T.M.: Neurologiczne postępowanie w bólach krzyża –standardy i zalecenia. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2010, 6(2), 59-69.
23. Stodolny J.: Choroby przeciążeniowe kręgosłupa. *Epidemia naszych czasów. Natura*, Kielce 2003, 148-160, 242-255, 242-255.

24. Depa A., Wolan A., Przysada G.: Wpływ rehabilitacji na zmianę ruchomości kręgosłupa oraz subiektywnego odczuwania bólu u chorych z zespołami bólowymi w odcinku lędźwiowym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2008, 2, 116-124.
25. Krasucki M.: Algorytm postępowania diagnostyczno-leczniczego w zespołach bólowych kręgosłupa. *Rehabilitacja Medyczna*, 2004, 8, 6-26.
26. Matuszewska W., Tomczak H. :Ocena wpływu kompleksowej fizjoterapii na poziom bólu w odcinku szyjnym kręgosłupa. *Acta Balneologica*, 2011, 53(2), 124-32.
27. Tryniszewski W., Żytkowski A., Gadzicki M., Kujawa M., Kujawa J.: Próba obiektywizacji efektów fizykoterapii u pacjentów z zespołami bólowymi kręgosłupa w odcinku lędźwiowo-krzyżowym. *Acta Balneologica*, 2010, 52(3), 151-9.
28. Matyła A.: Leczenia zespołów bólowych kręgosłupa w odcinku piersiowo szyjnym. *Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja*, 2012, 26, 6-8.
29. Demidaś A., Głapiński M., Ratajczak M.: Efekty terapii prądem Traberta i prądami diadynamicznymi w leczeniu odcinka szyjnego kręgosłupa. *Acta Bio-Optica et Informatica Medica*, 2010, 16(4), 318-322.
30. Mikołajczyk E., Jankowicz-Szymańska A., Guzy G.: Wpływ kompleksowej fizjoterapii na stan funkcjonalny pacjentek z dolegliwościami bólowymi odcinka szyjnego kręgosłupa. *Hygeia Public Health*, 2013, 48(1), 73-79.
31. Dziak A.: Bóle szyi, głowy i pleców. *Medicinasportiva*, Kraków 2001, 224-226.
32. Rapała A., Rapała K., Lachowicz W.: Ocena kliniczna metody McKenzie w chorobie dyskowej. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2004, 6(2), 65-68.
33. Mazur R., Podemski R., Książkiewicz B. (red.): Neurologiczne powikłania niedomogi kręgosłupa. *Via Medica*, Gdańsk 2003.
34. Ćwirlej A., Maciejczak A.: Efekty masażu leczniczego w terapii bólu kręgosłupa. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2007, 3, 253-257.
35. Wojtyczek Ł. :Zaburzenia czynnościowe w układzie mięśniowym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego*, 2005, 1, 77-80.
36. Sztuce S.: Zasady stosowania fizykoterapeutycznego w leczeniu choroby zwyrodnieniowej kręgosłupa lędźwiowego. *Praktyczna Fizjoterapia i Rehabilitacja*, 2012, 25, 21-23.
37. Nowotny J.: Podstawy fizjoterapii. *Kasper*, Kraków 2004, 35.
38. Dżomał T.M.: Bóle krzyża. *Przewodnik Lekarski*, 2001, 04, 104-110.
39. Malanga G., Nadler S.: Leczenie zachowawcze bólów krzyża. *Medycyna Praktyczna*, 2000, 6, 135.

40. Rosławski A., Skolimowski T. : Technika wykonywania ćwiczeń leczniczych. PZWL, Warszawa 2009, 80-84.
41. Radziszewski K.: Ćwiczenia fizyczne kręgosłupa w leczeniu pacjentów z dyskopatią lędźwiową. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja*, 2007, 9(1), 98-106.
42. Bauer A., Wiecheć M.: Przewodnik metodyczny po wybranych zabiegach fizykalnych. *Markmed Rehabilitacja*, Ostrowiec Świętokrzyski 2009, 38-276.
43. Stodolny J., Stodolna- Tukendorf J.: Jak chronić swój kręgosłup. Poradnik dla każdego. *Natura, Busko Zdrój* 2017,15-35, 74-104.
44. Mika T., Kasprzak W.: Fizykoterapia. PZWL, Warszawa 2006, 25-373.
45. Dobrogowski J.: Niefarmakologiczne metody leczenia bólu. *Polski Przegląd Neurologiczny*, 2007, 3(4), 272-278.
46. Nowakowski A., Kubaszewski Ł., Kaczmarczyk J.: Przepuklina krążka międzykręgowego w części lędźwiowej kręgosłupa. *Chirurgia Narządu Ruchu i Ortopedia Polska*, 2007, 72(2), 95-97.
47. Radziszewski K.: Analiza porównawcza stanu neurologicznego chorych na dyskopatię kręgosłupa lędźwiowego leczonych zachowawczo i operacyjnie. *Polski Merkurusz Lekarski*, 2007, 22(129), 186-191.
48. Chantsoulis M., Sipko T., Wrzosek Z., Zwoliński J., Sakowski J., Demczyszak I.: Choroba dyskowa odcinka lędźwiowego kręgosłupa – leczenie zachowawcze i operacyjne. *Medycyna Manualna*, 2006, 10(2/3), 222-227.
49. Stodolna-Tukendorf J., Stodolny J., Marczyński W.: Kwalifikacje do leczenia zachowawczego lub operacyjnego chorych z zespołem bólowym kręgosłupa – analiza retrospektywna. *Kwartalnik Ortopedyczny*, 2010, 4, 568-581.
50. Borowicz A.M., Osińska M. (red.): Horyzonty współczesnej fizjoterapii. WWSEIT, Poznań 2016, 239-250.
51. Leibold G.: Bóle kręgosłupa przyczyny, objawy, zapobieganie, leczenie, łagodne terapie. *Fenix, Wierchy Parzeńskie* 2010, 11-19, 90-93.
52. Wyderka M.I., Niedzielska T.: Ergonomia pracy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016, 2(60), 165-169.
53. Kosińska M., Niebrój L. (red.): Ergonomia w opiece zdrowotnej. Śląska Akademia Medyczna, Katowice 2003, 71-73.
54. Tworek K.: Praca zawodowa a bóle kręgosłupa u pielęgniarek pracujących w szpitalach. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia*, 2017,6(1),19-21.

55. Leszczyńska A., Daniszewska B., Dudek K., Chrzanowska M.: Wpływ ergonomii pracy pielęgniarek na występowanie dolegliwości bólowych w obrębie kręgosłupa. Kwartalnik Ortopedyczny, 2008, 2, 210-217
56. Zyznawska J., Ćwiertnia B., Madetko R.: Dolegliwości bólowe kręgosłupa w grupie zawodowej pielęgniarek i położnych. Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne, 2011, 2, 54-59.

Analiza występowania przewlekłej niewydolności żylniej kończyn dolnych wśród pielęgniarek bloku operacyjnego

Kinga Kasperowicz¹, Bożena Kirpsza²

¹ – Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Blokiem Operacyjnym Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

² – Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Dolegliwości związane ze zmianami żylnymi towarzyszą człowiekowi od początków jego egzystencji. Ściślej uważa się, że na powstawanie żylaków kończyn dolnych kluczowe znaczenie miało przyjęcie pionowej postawy ciała. Najstarsze zapiski o zmianach żylnych, które zostały zapisane na papirusie przez Ebersa pochodzą ze Starożytnego Egiptu (ok. 1550 r. p.n.e.). Już Hipokrates (460-377 r. p.n.e.) doszukał się związku między pozycją stojącą i ciążą a pojawieniem się żylaków lub owrzodzeń kończyn dolnych. Jako pierwszy prowadził leczenie owrzodzeń podudzi i żylaków poprzez „nakłuwanie i bandażowanie” [1].

Żylaki kończyn dolnych to nieprawidłowość wynikająca z choroby żylniej, której towarzyszy zjawisko cofania się krwi, poprzez niewydolne zastawki w żyłę odpiszczelowej.

Ze względu na specyfikę oraz tryb pracy pielęgniarek bloku operacyjnego, można doszukiwać się związku między występowaniem objawów przewlekłej niewydolności żylniej a wykonywaną pracą [2 ,3]. Praca pielęgniarki operacyjnej niesie za sobą liczne obciążenia: chemiczne, biologiczne, fizyczne i psychiczne, które najczęściej są powiązane oraz niejednokrotnie nakładają się na siebie. [4]

Do zadań pielęgniarki operacyjnej należy m.in.:

- asystowanie do zabiegów chirurgicznych (z podziałem na asystowanie w charakterze pielęgniarki instrumentującej lub pielęgniarki lotnej);
- prace porządkowe po zakończeniu zabiegu: tj. sprzątanie narzędzi po zabiegu operacyjnym (w niektórych szpitalach, do obowiązków należy również mycie narzędzi oraz składanie zestawów) oraz sprzętów medycznych;
- rozpakowywanie sterylnych narzędzi w przeznaczonych do tego magazynkach;

- uzupełnianie sal operacyjnych w niezbędny sprzęt oraz materiał przeznaczony do zabiegu [5,6,7].

Asystowanie do zabiegów chirurgicznych ściśle wiąże się ze stresem odczuwanym w związku z radykalnością interwencji chirurgicznych, nieodwracalnością czynności, szybkością działania i uzyskiwania informacji zwrotnych to czynniki wywierające dodatkową presję. Pielęgniarki innych specjalności i na innych oddziałach odczuwają zatem mniejszy stres związany z pracą. Dodatkową kwestią jest precyzja w wykonywaniu zadań oraz obciążenie emocjonalnie związane ze świadomością, np. zagrożeń związanych z zakażeniami szpitalnymi, odpowiedzialnością za sprzęt i materiał zarówno w czasie zabiegu jak i po jego zakończeniu, niedoborami materiałowymi oraz narzędziowymi. Sytuacje nagłe i nieprzewidywalne, szczególnie na dyżurach nocnych, podczas których obsada personelu jest mniejsza, są jednym z głównych źródeł stresu [8-13].

Kolejnym czynnikiem ryzyka zawodowego jest środowisko pracy. Wysoka lub niska temperatura panująca na sali, nieodpowiednia wilgotność powietrza, sztuczne światło, niewłaściwa konstrukcja stanowisk znacznie utrudniają pracę. Zawód pielęgniarki ze względu na specyfikę wiąże się z wysokim ryzykiem wystąpienia dolegliwości mięśniowo-szkieletowych oraz żylnych. Jest to ściśle związane z wykonywaną pracą ze względu na:

- wymuszoną, stojącą pozycję ciała
- pochylenie bądź skrzywienie tułowia
- brak możliwości częstej zmiany pozycji
- ciągle napinanie mięśni w kończynach dolnych
- noszenie zestawów narzędzi osiągających wagę 10-20 kilogramów [5, 6, 8, 13, 14].

Praca na bloku operacyjnym odbywa się w trybie tzw. rankowym (7 godz. 35 min), zmianowym (12h) oraz dobowym (24h). Charakter wykonywanej pracy znacząco wpływa na stosunek do jedzenia. Długotrwałe zabiegi oraz rozregulowany tryb dobowy uniemożliwiają regularne spożywanie posiłków płynów, co źle wpływa na zachowania prozdrowotne. Wraz z obniżoną aktywnością fizyczną i długotrwałą niemożnością zmiany pozycji, a także trybem zmianowym pracy może mieć zły wpływ na samopoczucie oraz stan zdrowia pracowników [15-18].

Jedno z wielośrodkowych badań przeprowadzonych w Polsce wykazało, że przewlekła niewydolność żylna występuje częściej u kobiet (51%), niż u mężczyzn (39%), a częstość występowania wzrasta wraz z wiekiem. PNŻ jest schorzeniem społecznym, które w Europie

dotyka aż 40-60% kobiet i 15-30% mężczyzn. Najwięcej jest pacjentów w wieku 60-80 lat [19, 20].

Przewlekła choroba żylna prowadzi do owrzodzenia żylnego goleni, które jest najczęstszym jej powikłaniem, stanowi ono aż 70-85% ran przewlekłych. W krajach europejskich 12% pacjentów spośród cierpiących na schorzenia układu żylnego jest leczonych z powodu owrzodzeń żylnych [20, 21]. Wygojone i jednocześnie aktywne owrzodzenie występuje u 0,3-3% ogółu dorosłej populacji. Owrzodzenia żylna występują dwukrotnie częściej u kobiet (szczególnie ok. 40. r.ż.) niż u mężczyzn, których problem dotyka dziesięć lat później. Najwyższa zachorowalność występuje pomiędzy 50. a 80. rokiem życia [22, 23].

W etiologii przewlekłej niewydolności żylniej dużą rolę odgrywa niewydolność zastawek żylnych. Kolejnym istotnym czynnikiem jest niedrożność żył. W efekcie powyższych patologii układu żylnego dochodzi do zaburzeń w mikrokrażeniu, w wyniku czego zachodzą mechanizmy powodujące uszkodzenie tkanek i zmiany troficzne na skórze kończyn dolnych [24, 25].

W fizjologicznych warunkach krew, która dopływa do kończyn dolnych powinna wracać do serca. Za ten mechanizm odpowiadają: praca pompy mięśniowej goleni, siły ssące prawej komory serca, praca pompy stawowej oraz ujemne ciśnienie w klatce piersiowej. Prawidłowo funkcjonujące zastawki żylnie zapobiegają cofaniu się krwi. Przyczynami patologii w funkcjonowaniu zastawek mogą być czynniki wrodzone lub nabyte [20].

Uważa się, że czynnikiem odpowiedzialnym za powstawanie zmian morfologicznych jest nadciśnienie żylnie. Powoduje ono dysfunkcję zastawek żylnych oraz nasilający się refluks naczyniowy. Te z kolei mają wpływ na pobudzenie komórek endotelium i leukocytów, co prowadzi do inicjacji procesu zapalnego oraz przewlekłego uszkodzenia ściany naczynia żylnego. W tym mechanizmie stan zapalny powoduje powstawanie luk między komórkami śródbłonna, w wyniku czego przemieszczanie się białek krwi i erytrocytów poza łożysko naczyniowe, pobudza przewlekły stan zapalny i objawia się obrzękami [24].

Na temat powstawania owrzodzeń żylnych jest obecnie kilka teorii. Jedną z nich jest tzw. teoria pułapki leukocytarnej, mówiąca że zmniejszenie prędkości krążenia krwi w naczyniach włosowatych bezpośrednio przyczynia się do powstawania owrzodzenia. Skutkiem tego procesu jest zwiększenie adhezji białych krwinek do śródbłonna naczyniowego a w konsekwencji zamknięcie światła naczynia. Proces ten powoduje m.in. uwalnianie

czynników prozapalnych i enzymów proteolitycznych, które prowadzą do uszkodzenia ściany naczynia [20].

Obraz kliniczny przewlekłej niewydolności żyłnej może mieć różną postać w zależności od zaawansowania stadium choroby, objawów subiektywnych charakteru i głębokości zaszłych zmian hemodynamicznych.

Objawy można podzielić na:

1. podmiotowe, do których należą:

- uczucie ciężkich nóg,
- kurczowe bóle łydek,
- uczucie rozpierania łydek,
- ból wzdłuż przebiegu żyły,
- parestezje,
- zespół niespokojnych nóg,
- świąd skóry.

2. przedmiotowe, do których zaliczają się:

- widoczne przez skórę niebieskosine zabarwione żyły o poszerzonym, krętym przebiegu,
- obrzęk, początkowo odwracalny znikający po odpoczynku, następnie stały,
- rdzawobrazowe przebarwienia skóry, zwłaszcza na przyśrodkowych częściach podudzi,
- ogniska zaniku białego, pokryte cienkim, wrażliwym na uraz naskórkiem,
- stwardnienie skórno-tłuszczowe, typowo w 1/3 dalszej podudzia,
- owrzodzenie podudzi, typowo w dalszej 1/3 goleni, po stronie przyśrodkowej, w zaawansowanych postaciach może zajmować cały obwód kończyny,
- wyprysk żylakowy,
- swędzące suche lub sączące zmiany w obrębie zmienionych tkanek, spowodowane zastoinowym zapaleniem skóry

Pacjenci z PNŻ zgłaszają, że objawy takie jak: uczucie ciężkich nóg, kurcze nocne, mrowienie oraz świąd nasilają się szczególnie w porze nocnej, po długim przebywaniu w pozycji siedzącej lub stojącej, a także pod wpływem ekspozycji na wyższą temperaturę. Ulgę natomiast przynoszą chłodne okłady, uniesienie kończyn na wysokość ok 10-20 cm, aktywność fizyczna oraz działanie ucisku (kompresjoterapia) [26].

W celu weryfikacji i usystematyzowania danych odnoszących się do częstości występowania żylaków i innych schorzeń kończyn dolnych o etiologii naczyniowej podjęto próbę ujednolicenia przedstawiania patologii w obrębie układu żylnego. Na dzień dzisiejszy stosuje się w tym celu klasyfikację CEAP wprowadzoną w 1994 r., która porządkuje następująco: objawy kliniczne (C), etiologię (E), lokalizację anatomiczną (A) i przyczyny patofizjologiczne (P) w PNŻ, a także określa liczbowo stopień zaawansowania choroby (w postaci skali punktowej) [25-27].

Przewlekła niewydolność żylna jest schorzeniem, na które cierpi już ponad połowa Polaków. Zapadają na nie częściej kobiety niż mężczyźni (nawet 3:1), a ryzyko zachorowalności wzrasta po 50 roku życia – chociaż rozpiętość waha od 30 do 70 roku życia (związane jest to z osłabieniem mięśni łydek). Bardziej są również narażone osoby mieszkające w miastach niż na wsi.

Kobiety, które mają predyspozycje do powstawania żylaków kończyn dolnych, pierwsze objawy mogą zauważyć już w pierwszym trymestrze ciąży. Każda kolejna ciąża powoduje wzrost ryzyka wystąpienia choroby żylnych kończyn dolnych. Liczne zmiany fizjologiczne, które zachodzą w czasie ciąży, mają niekorzystny wpływ na układ krwionośny. Można wymienić m.in.: zwiększenie objętości krwi, wzrastające ciśnienie w żyłach kończyn dolnych, zwiększony poziom progesteronu, który zmniejsza sprężystość żył. Macica wywołuje nacisk na naczynia żyłne jamy brzusznej, powoduje spadek powrotu żylnego ograniczając aktywność fizyczną ciężarnej.

Wykonywanie zawodu, wymuszającego długotrwałą pozycję stojącą lub siedzącą, niska aktywność fizyczna w ciągu dnia, przebywanie zbyt długi czas w jednej pozycji predysponują do powstawania żylaków kończyn dolnych. Należy również zauważyć, że obok aktywności fizycznej czynnikiem determinującym zdrowy styl życia jest dieta. Wysoko przetworzona żywność wraz z niską aktywnością fizyczną mogą powodować zaparcia, które zaliczają się do czynników ryzyka PNŻ [28].

Nadwaga nie jest bezpośrednim czynnikiem wywołującym przewlekłą niewydolność żylną, lecz znacznie utrudnia przebieg choroby. Ma to związek z chorobami współistniejącymi, takimi jak cukrzyca czy nadciśnienie tętnicze.

Ryzyko wystąpienia żylaków kończyn dolnych to 40% u osoby, której jedno z rodziców chorowało na żylaki i 90%, gdy chorowało oboje rodziców.

Doustna antykoncepcja hormonalna jest przeciwwskazana przy występowaniu żylaków. Egzogenne hormony przyjmowane w czasie antykoncepcji powodują wzrost aktywności czynników krzepnięcia krwi. Powikłaniem zwiększenia krzepnięcia krwi może być zakrzepica żylna.

Stres jest często bagatelizowanym czynnikiem. W związku z nim wiele osób zaczyna uzależniać się od alkoholu, wyrobów tytoniowych, jedzenia co prowadzi do otyłości oraz zaburzeń układu krwionośnego.

Do innych czynników ryzyka PNŻ zalicza się: przetworzona dieta uboga w błonnik, uraz kończyny dolnej, przebyte zapalenie żył lub zbyt ciasna odzież (rajstopy, pończochy).

Wyżej wymienione czynniki ryzyka żylaków kończyn dolnych wymagają dalszych badań i weryfikacji, lecz już dziś wiadomo, że wpływają niekorzystnie na układ naczyniowy [29-34].

Cel pracy

Celem pracy była:

1. Analiza występowania przewlekłej niewydolności żylnej u pielęgniarek bloku operacyjnego.
2. Określenie, wpływu warunków pracy na ryzyko powstawania żylaków kończyn dolnych.
3. Ocenę najczęściej pojawiających się objawów przewlekłej niewydolności żylnej pośród danej grupy zawodowej.
4. Analiza czynników ryzyka PNŻ występujących wśród badanej grupy zawodowej.

Materiał i metodyka badań

Grupę badaną stanowiło 71 pielęgniarek i 3 pielęgniarzy z województwa podlaskiego pracujących na bloku operacyjnym w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym oraz Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku.

W badaniu brały udział osoby pracujące zarówno na stanowisku pielęgniarza/ pielęgniarki operacyjnej jak i anestezjologicznej. Badania zostały przeprowadzone w oparciu o standaryzowane narzędzie badawcze: kwestionariusz własnej konstrukcji. Do zebrania danych wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego.

Pytania zawarte w kwestionariuszu dotyczyły wieku, wagi, płci, miejsca zamieszkania, codziennej aktywności fizycznej oraz zawodowej, palenia tytoniu, występowania dolegliwości bólowych kończyn dolnych oraz zdiagnozowanej przewlekłej niewydolności żylnej, a także objawów dotyczących tego schorzenia, tj. obrzęk, pajęczki, zaczerwienienie, pieczenie, rozpieranie czy owrzodzenie kończyn dolnych oraz skurczu mięśni łydek. Ponadto ankieta zawierała pytania dotyczące poszczególnych czynników ryzyka powstawania żylaków, takich jak: występowanie schorzenia w rodzinie, praca siedząca/ stojąca, liczba urodzonych dzieci, złe warunki pracy, prowadzenie niezdrowego stylu życia, co predysponuje do powstawania zapor.

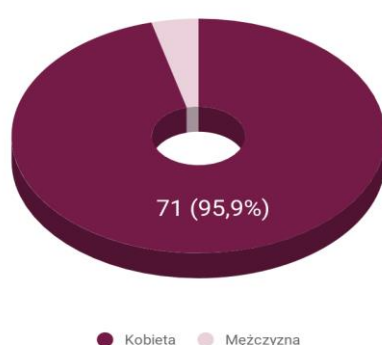
W celu oceny stopnia zaawansowania przewlekłej niewydolności żylnej użyto skali CEAP. Do analizy statystycznej uzyskanych danych użyto testu U Manna Whitney, oraz wykorzystano test χ^2 niezależności.

Wyniki

Do badania przystąpiły 74 osoby, pracujące na stanowisku pielęgniarki/ pielęgniarza na bloku operacyjnym. Były to osoby pracujące w różnym trybie pracy oraz różnym charakterze: pielęgniarki operacyjnej oraz pielęgniarki anestezjologicznej.

Badanie miało charakter diagnostyczny. Poddali się mu jedynie osoby chętne. Poniższe tabele oraz wykresy przedstawiają istotne cechy wybranej grupy.

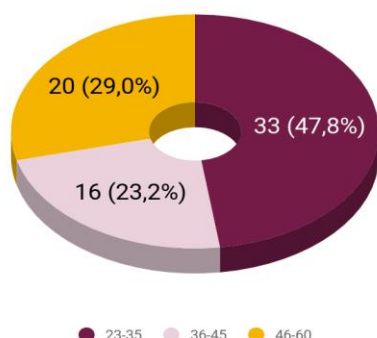
Płeć



Rycina 1. Struktura badanych ze względu na płeć

Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzono, że w grupie 74 przebadanych osób, 71 (95,9%) stanowiły kobiety, a 3 (4,1%) mężczyźni. Pośród respondentów 60 (81,1%) mieszka na terenie aglomeracji miejskiej, z kolei 14 osób (18,9%) zamieszkuje wieś.

Wiek



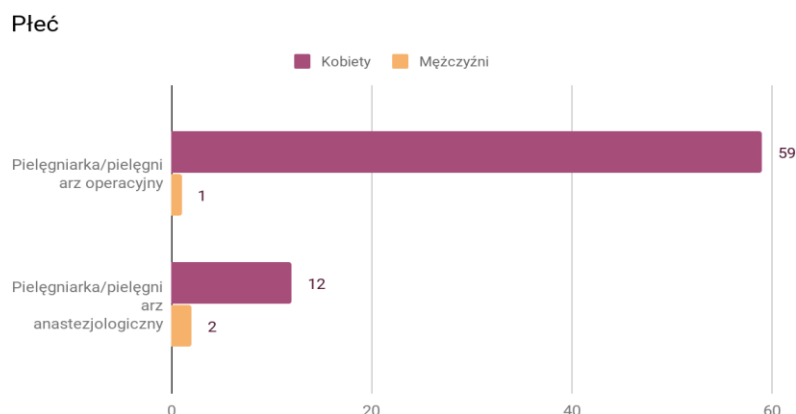
Rycina 2. Struktura badanych ze względu na przedział wiekowy

Prawie połowa badanych kobiet – 33 (47,8%) była w przedziale wiekowym 23-35 lat. Na drugim miejscu były panie w przedziale 46-60 lat – 20 (29,0%), trochę mniej, bo 16 (23,2%) stanowiły panie w przedziale 36-45 lat. Pośród 3 badanych mężczyzn byli w wieku: 33, 45 i 52 lat. Ogólnie, wśród wszystkich badanych osób najliczniejszą grupę stanowili badani z grupy wiekowej 23-35 lat – 34 osoby (47,89%). Mniej, bo 21 (29,58%) były to osoby w wieku 46-60 lat. Najmniej badanych – 17 osób (23,94%) było w wieku 36-45 lat.

Tabela I. Struktura badanych ze względu na BMI

Nazwa wskaźnika BMI	Wskaźnik BMI	Liczba i % osób badanych
Niedowaga	17,5-18,4	1 (1,35%)
Normalna masa ciała	18,5-24,9	34 (45,95%)
Nadwaga	25,0-29,9	33 (44,59%)
Otyłość I stopnia	30,0-34,9	6 (8,11%)

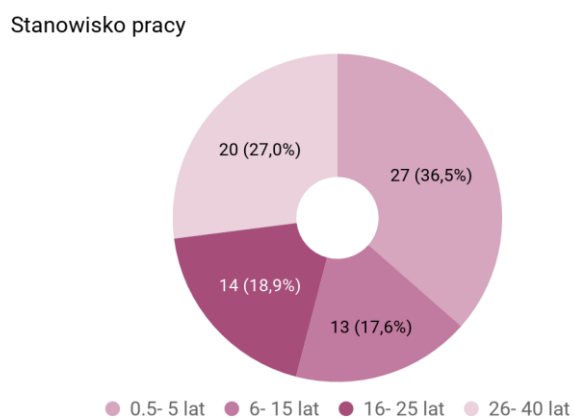
Na podstawie analizy danych wzrostu oraz wagi masy ciała obliczono wskaźnik BMI, na podstawie którego stwierdzono u 44,59% badanych nadwagę natomiast u 8,11% badanych otyłość I stopnia.



Rycina 3. Struktura badanych ze względu na stanowisko pracy

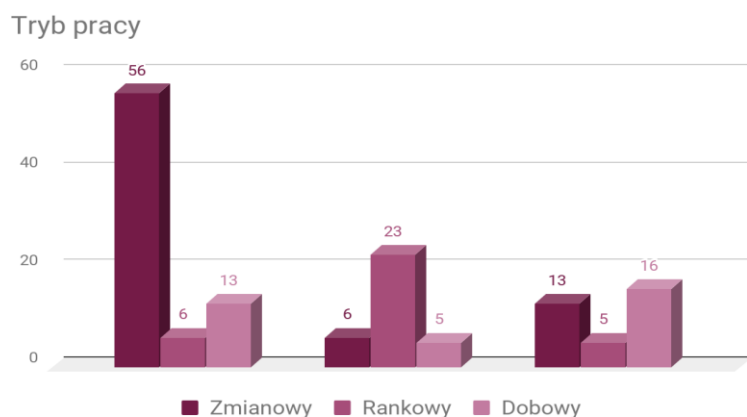
Wśród badanego personelu pielęgniarskiego, większość 81,1% czyli 60 osób pracuje na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarza operacyjnego, w tym przeważają kobiety 59 (83.1%) oraz 1 mężczyzna (1,67%) .

Druga część badanych 14 (18,9%) osób pracuje jako pielęgniarka/pielęgniarz anestezjologiczny, gdzie 12 (16,9%) osób stanowiły kobiety oraz 2 mężczyzn (14,29%).



Rycina 4. Struktura badanych ze względu na staż pracy

Największą grupę wśród badanych osób stanowił personel ze stażem w zawodzie od 6 miesięcy do 5 lat – 27 (36,5%). Drugą najliczniejszą grupę stanowiły osoby, które przepracowały od 26 do 40 lat – 20 odpowiedzi (27,0%). Kolejna grupa zawiera się w 16-25 latach pracy- 14 (18,9%) respondentów. Najmniej osób ma doświadczenie od 6-15 lat w zawodzie – 13 badanych (17,6%).

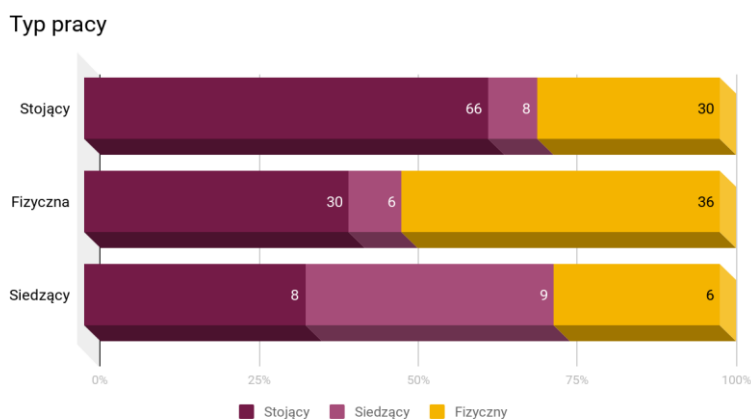


Rycina 5. System pracy wśród badanych

W badanej grupie osób 56 (75,7%) pracuje w trybie zmianowym 12- godzinnym, z czego 13 (23,2%) osób zadeklarowało, że zdarza im się również pracować w trybie dobowym oraz rannym 6 (10,7%).

Drugą grupą respondentów pracującą na rannej zmianie (7 godz. 35 min.), była grupa 23 osób (31,1%), pośród których 6 osób (26,1%) zadeklarowało, że pracuje również w trybie zmianowym 12- godzinnym oraz dobowym – 5 osób (21,7%).

Najmniej liczna grupa personelu pielęgniarskiego pracuje również w systemie dobowym – razem 16 osób spośród całej grupy, czyli 21,6%. Pośród nich jest 5 osób (31,3%) pracujących w systemie rannym, a 13 (81,3%) w systemie zmianowym.

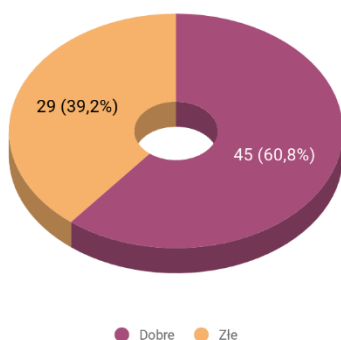


Rycina 6. Struktura badanych ze względu na rodzaj wykonywanej pracy

W pytaniu, gdzie należało ocenić charakter pracy (stojąca, siedząca czy fizyczna) większość respondentów nie udzieliła jednoznacznej odpowiedzi. Pośród badanych udzielono takich odpowiedzi jak:

- praca stojąca 66 osób (91,9%), w czym respondenci uważają również, iż wykonują pracę fizyczną – 30 (44,1%) oraz pracę siedzącą – 8 (11,8%)
- fizyczna 35 (47,3%), gdzie 30 osób (85,7%) sądzi, że wykonuje zarówno pracę stojącą oraz fizyczną 6 (17,1%)
- siedząca 9 (12,2%), pośród których 8 osób (88,9%) personelu przyznaje iż wykonuje również pracę stojącą oraz 6 (66,7%) pracę fizyczną

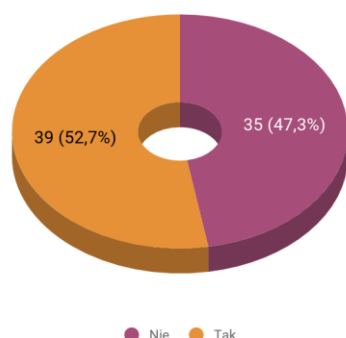
Warunki klimatyzacyjne w miejscu pracy



Rycina 7. Warunki klimatyzacyjne w miejscu pracy wśród badanych

W pytaniu badającym czy personel pielęgniarstwa pracuje w pomieszczeniach, w których sprawna jest klimatyzacja oraz temperatura otoczenia, większość osób – 45 (60,8%) potwierdziła, iż pracodawca zapewnia odpowiednią temperaturę w trakcie pracy, a klimatyzacja jest sprawna (a ewentualne usterki szybko usuwane). W badanej grupie znalazły się również osoby, które nie mają odpowiednich warunków klimatycznych w pracy – 29 (39,2%).

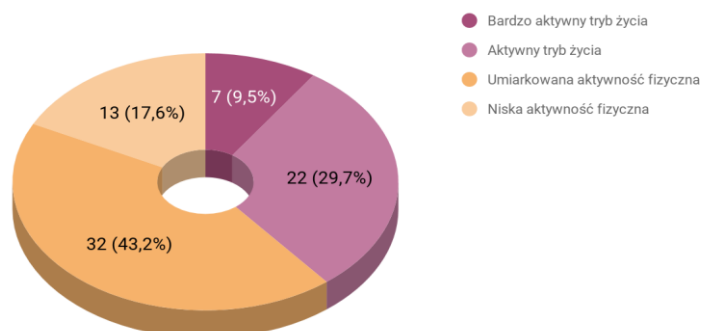
Możliwość zmiany pozycji ciała przy czynności trwającej >1 godz.



Rycina 8. Możliwość do zrobienia sobie przerwy lub zmiany pozycji ciała w pracy, przy wykonywaniu czynności trwającej dłużej niż godzina wśród badanych

Przy wykonywaniu dłuższych czynności ok.1 godziny, większość osób- 39 (52,7%) może sobie pozwolić na przerwę oraz zmianę pozycji w czasie pracy. Druga grupa 35 respondentów (47,3%), niestety takiej możliwości nie ma.

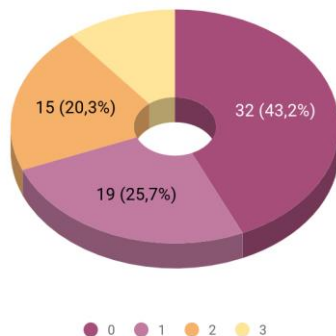
Codzienna aktywność fizyczna



Rycina 9. Poziom dziennej aktywności fizycznej wśród badanych

Swoją aktywność w ciągu dnia respondenci oceniają jako: umiarkowaną – 32 osób (43,1%), aktywny tryb życia – 22 (28,6%), niską aktywność fizyczną – 13 (20%), bardzo aktywny tryb życia 7 osób (9,3%).

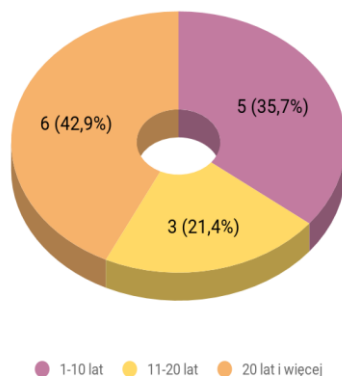
Liczba porodów



Rycina 10. Ilość przebytych porodów wśród badanych

Pośród 71 badanych kobiet 19 (26,76%) z nich urodziło jedno dziecko, 15 (21,13%) dwoje dzieci, a 8 (11,27%) kobiet wydało na świat troje lub więcej dzieci. Największy procent – 40,85%, czyli 29 jest bezdzietna.

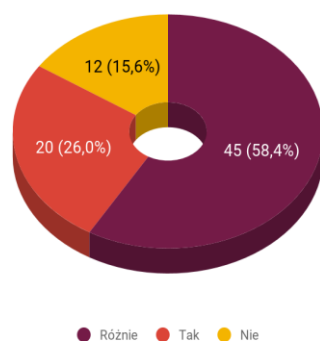
Długość uzależnienia od papierosów (w latach)



Rycina 11. Struktura badanych ze względu na długość uzależnienia od papierosów

Większość respondentów – 60 (81,1%) nie pali papierosów. Są osoby, które jednak przyznały, że są uzależnione od tytoniu i jest to niewielka grupa 14 osób (18,9%). Wśród palaczy można wyróżnić osoby, które pozostają w nałogu 1-10 lat i jest to 5 osób- (35,7%), 3 osoby (21,4%) palą papierosy 11-20 lat, a 6 osób (42,9%) pozostaje w nałogu 20 lat i więcej.

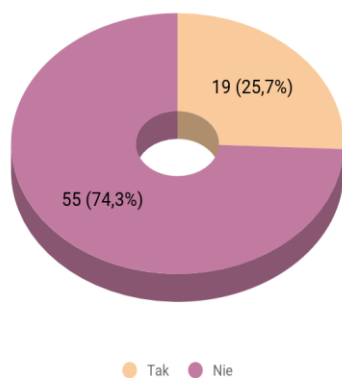
Zdrowe odżywianie i regularność spożywanych posiłków



Rycina 12. Regularność i sposób odżywiania wśród badanych

W pytaniu, w którym personel miał ocenić swój sposób odżywiania (regularne spożywanie posiłków z dużą zawartością błonnika oraz zbilansowanych pod kątem mikro i makroskładników), 45 (60,8%) osób odpowiedziało, że różnie bywa z ich zdrowym odżywianiem, 20 (27,0%) respondentom udaje się zachowywać zasady dobrego odżywiania a 9 (12,2%) osób nie jest w stanie utrzymać zdrowej diety.

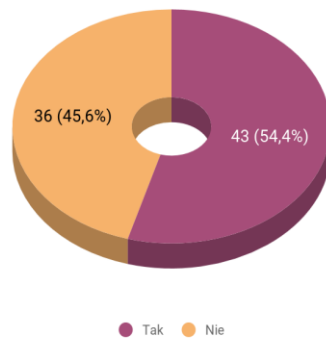
Występowanie zaparć



Rycina 13. Występowanie zaparć wśród badanych

Spośród badanej grupy osób 55 (74,3%) nie zmaga się z zaparciami, lecz 19 z nich (25,7%) dotyka ten problem.

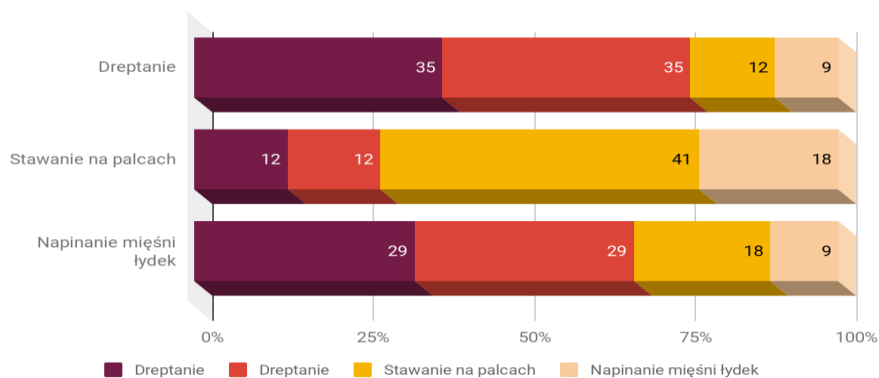
Wykonywanie ćwiczeń usprawniających odpływ krwi żyłnej



Rycina 14. Wykonywanie ćwiczeń usprawniających odpływ krwi żyłnej wśród badanych

Respondentów zapytano czy wypoczywają w pozycji usprawniającej odpływ krwi z kończyn dolnych: 43 (54,4%) osoby udzieliło pozytywnej odpowiedzi.

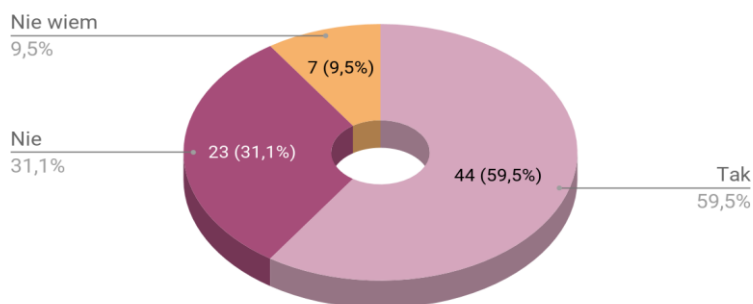
Ćwiczenia wykonywane w pracy



Rycina 15. Rodzaj ćwiczeń profilaktycznych wykonywanych w pracy wśród badanych

Pośród grupy wykonującej ćwiczenia usprawniające odpływ krwi z kończyn dolnych, wyróżnia się osoby, które ćwiczą: stawanie na palcach – 41 osób (55,4%), dreptanie – 35 (47,3%), napinanie mięśni łydek – 29 (39,2%). W pierwszej grupie znalazły się osoby wykonujące również napinanie mięśni łydek – 18 (43,9%) i stawanie na palcach – 12 (29,3%). W drugiej grupie personel deklaruje, że wykonują także takie ćwiczenia jak stawanie na palcach – 12 (34,3%) osób oraz 9 (25,7%) napinanie mięśni łydek. Osoby napinające mięśnie łydek, ćwiczą również stając na palcach – 18 (62,1%) oraz 9 (31,0%) respondentów wybiera jednocześnie dreptanie.

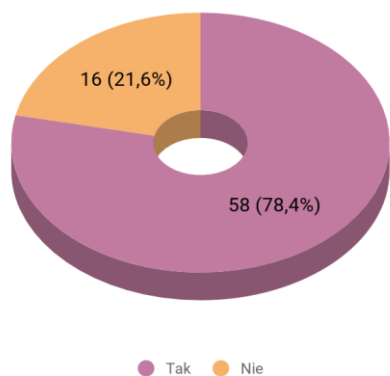
Występowanie PNŻ w rodzinie



Rycina 16. Występowanie PNŻ w rodzinie wśród badanych

U ponad połowy ankieterowanych 59,5% przewlekła niewydolność żylna występuje w rodzinie, u 31,1% grupy żylaki nie występowały, a 9,5% osób zadeklarowało iż nie wie o tym czy ktoś z ich bliskich cierpi na to schorzenie.

Występowanie dolegliwości bólowych kończyn dolnych



Rycina 17. Występowanie dolegliwości bólowych kończyn dolnych wśród badanych

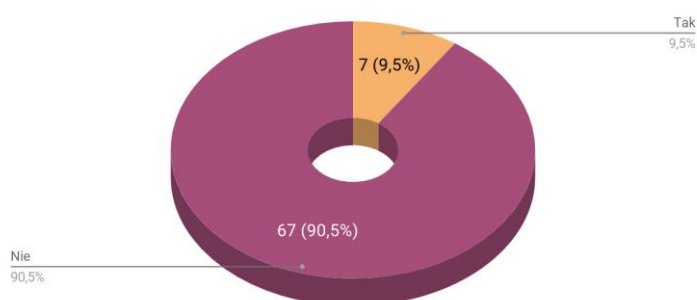
Zdecydowana większość respondentów 78,4%, odczuwa dolegliwości bólowe ze strony kończyn dolnych.

Tabela II. Dolegliwości ze strony kończyn dolnych występujące wśród badanych

Dolegliwości ze strony kończyn dolnych	Liczba osób
Obrzęk	24 (32,43%)
Zaczerwienienie, pajęczki	32 (43,24%)
Uczucie ciężkości nóg	29 (39,19%)
Pieczenie, rozpieranie	53 (71,62%)
Skurcze mięśni i łydek	13 (17,57%)
Rany i owrzodzenia	1 (1,35%)

W grupie badanych 53 osoby deklarują, że odczuwają pieczenie i rozpieranie w kończynach dolnych, 32 zauważyły u siebie zaczerwienienie i pajęczki, 29 osób ma uczucie ciężkości nóg, u 24 respondentów występują obrzęki kończyn dolnych, 13 osób zgłosiło skurcze mięśni łydek a 1 ankietowany boryka się z ranami i owrzodzeniami na kończynach dolnych.

Zdiagnozowana przewlekła niewydolność żylna



Rycina 18. Liczba osób ze zdiagnozowaną przewlekłą niewydolnością żylną

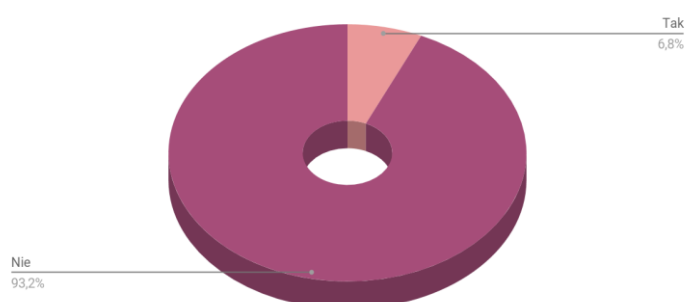
W badanej grupie zdecydowana większość – 67 osób nie leczy się z powodu żylaków kończyn dolnych, zaś 7 osób przyznało iż zdiagnozowano u nich przewlekłą niewydolność żylną.

Tabela III. Występowanie poszczególnych objawów wg skali CEAP wśród badanych

Stopień zaawansowania PNŻ wg. skali CAEP	Liczba osób
C0 zmiany niewidoczne i niewyczuwalne	53 (71,6%)
C1 teleangiektazje i żylaki siatkowate	9 (12,2%)
C2 żylaki	9 (12,2%)
C3 brzęk	3 (4,0%)
C4 zmiany skórne: przebarwienia, wyprysk	0 (0,00%)
C5 wygojone owrzodzenia	0 (0,00%)
C6 czynne owrzodzenia	0 (0,00%)

Spośród badanej grupy personelu pielęgniarskiego większość – 53 osoby, nie zauważa u siebie żadnych objawów PNŻ, 9 osób zgłasza objawy na poziomie C1 wg. skali CAEP, czyli teleangiektazje i żylaki siatkowate, 9 respondentów na poziomie C3- obrzęki.

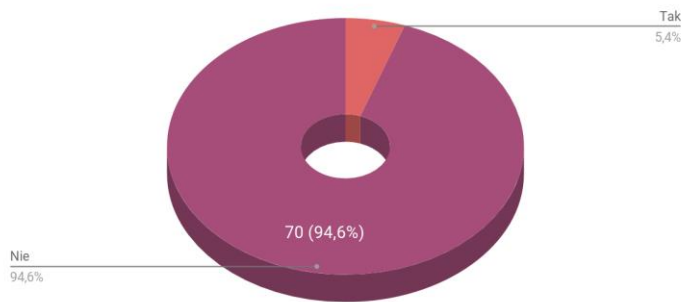
Ilość osób będących pod opieką specjalisty



Rycina 19. Ilość osób będących pod opieką specjalisty

Pod opieką specjalisty naczyniowego lub chirurga naczyniowego pozostaje 6,8% badanych.

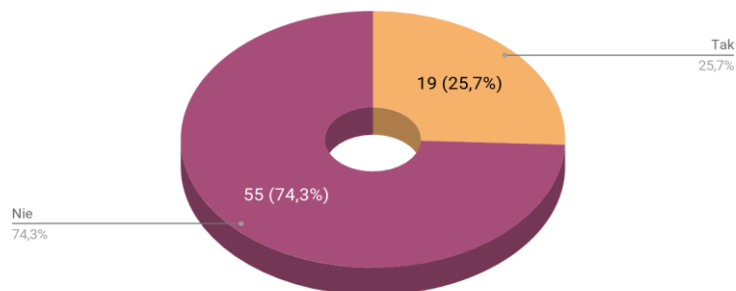
Ilość osób po zabiegu specjalistycznym



Rycina 20. Ilość osób po zabiegu specjalistycznym

Specjalistyczny zabieg z powodu żylaków kończyn dolnych przeszły 4 osoby, były to zabiegi: skleroterapia (przeszły ją 2 osoby), ostrzykiwanie oraz usunięcie żylaków metodą strippingu.

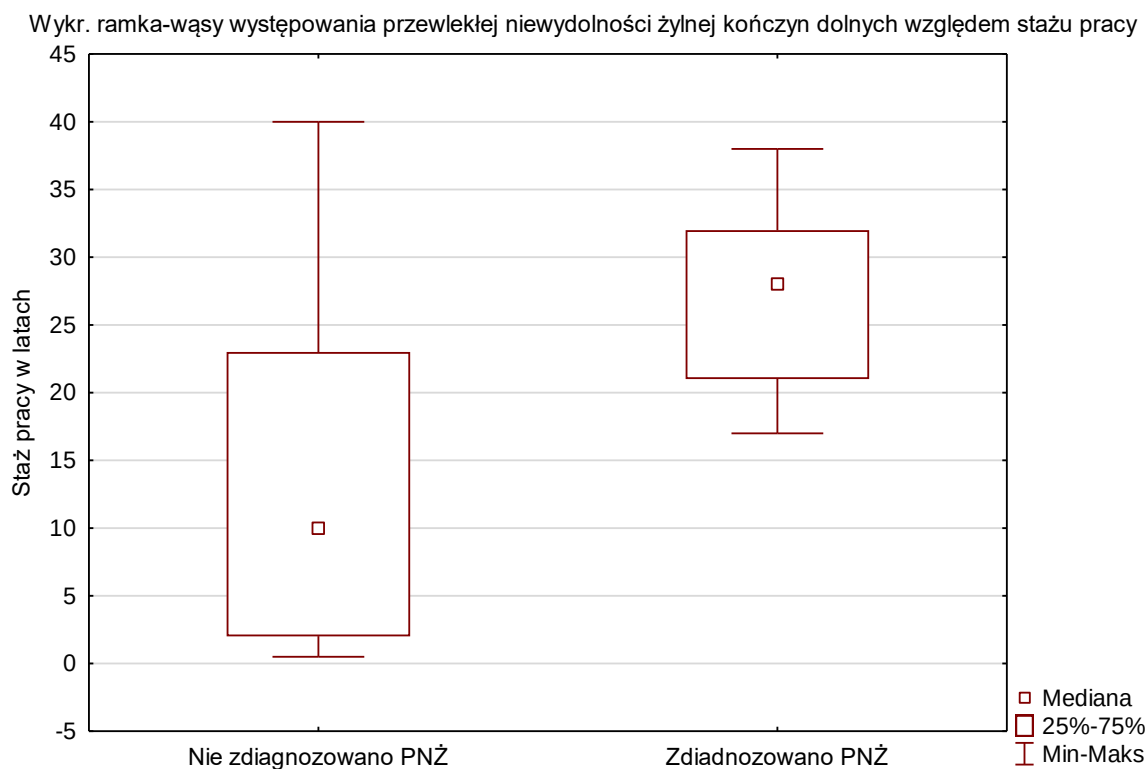
Liczba osób korzystających z kompresjoterapii



Rycina 21. Liczba osób korzystających z kompresjoterapii

93,2% osób nie korzysta z kompresjoterapii, a 6,8% regularnie korzysta z tego rodzaju terapii.

Na podstawie wykresu ramka-wąsy można stwierdzić, że wśród osób które odczuwają ból kończyn dolnych staż pracy wynosił między 16-38 lat. U osób ze stażem niższym niż 16 lat pracy nie odnotowano wystąpienia PNŻ. Stwierdzono, że osoby mające zdiagnozowaną przewlekłą niewydolność żylną mają istotnie statystycznie wyższy staż pracy niż osoby nie mające zdiagnozowanego schorzenia żylnego ($p=0,009726$).



Rycina 22. Wpływ stażu pracy na występowanie PNŻ

Wśród osób pracujących w systemie dyżurów 12-godzinnych obserwuje się tendencję wzrostową występowania bólu kończyn dolnych wśród personelu bloku operacyjnego. Natomiast w przypadku osób bez dolegliwości personel pracujący w trybie rankowym charakteryzował się niższym występowaniem bólu w kończynach dolnych. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela IV, Tabela V, Tabela VI).

Tabela IV. Wpływ trybu pracy rankowego i innego niż rankowy na grupę osób z bólem kończyn dolnych

Ból w kończynach dolnych	Tryb pracy inny niż rankowy	Tryb pracy rankowy	P chi2 Pearsona
Nie	9	7	p=,21618
	17,65%	30,43%	
Tak	42	16	
	82,35%	69,57%	
Ogółem	51	23	

Tabela V. Wpływ trybu pracy zmianowego oraz innego niż zmianowy na występowanie bólu kończyn dolnych

Ból w kończynach dolnych	Tryb pracy inny niż zmianowy	Tryb pracy zmianowy	P Chi2 Pearsona
Nie	6	10	p=,16529
	33,33%	17,86%	
Tak	12	46	
	66,67%	82,14%	
Ogółem	18	56	

Tabela VI. Wpływ trybu pracy dobowego i innego niż dobowy na występowanie bólu kończyn dolnych

Ból w kończynach dolnych	Tryb pracy inny niż dobowy	Tryb pracy dobowy	P Chi2 Pearsona
Nie	13	3	p=,75263
	22,41%	18,75%	
Tak	45	13	
	77,59%	81,25%	
Ogółem	58	16	

Wśród osób odżywiających się zdrowo więcej personelu zgłasza dolegliwości bólowe ze strony kończyn dolnych niż wśród osób nie prowadzących zbilansowanej diety i o małej regularności posiłków. Uzyskane wyniki nie są istotne statystycznie (Tabela VII).

Tabela VII. Wpływ sposobu odżywiania na występowanie bólu kończyn dolnych

Ból w kończynach dolnych	Niezdrowa dieta	Zdrowa, zbilansowana dieta	P chi2 Pearsona
Nie	8	8	p=,10081
	34,78%	18,18%	
Tak	15	36	
	65,22%	81,82%	
Ogółem	23	44	

Wśród pielęgniarek z bólem kończyn dolnych mieszkańcy wsi wykazywali na większe występowanie bólu w kończynach dolnych. Tendencja ta utrzymywała się również w grupie badanych z bólem zamieszkujących miasto. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela VIII).

Tabela VIII. Wpływ miejsca zamieszkania na występowanie bólu kończyn dolnych

Ból w kończynach dolnych	Wieś	Miasto	P Chi2 Pearsona
Nie	2	14	p=,45901
	14,29%	23,33%	
Tak	12	46	
	85,71%	76,67%	
Ogólnie	14	60	

Wśród badanych z dolegliwościami częściej ból w kończynach dolnych odczuwały pielęgniarki operacyjne, gdy w grupie bez dolegliwości pielęgniarki anestezyjologiczne częściej zgłaszały brak dolegliwości bólowych. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela IX).

Tabela IX. Wpływ stanowiska pracy na występowanie bólu kończyn dolnych

Ból w kończynach dolnych	Pielęgniarka anestezyjologiczna	Pielęgniarka operacyjna	P Chi2 Pearsona
Nie	1	15	p=,61492
	33,33%	21,13%	
Tak	2	56	
	66,67%	78,87%	
Ogólnie	3	71	

Wśród osób, które mają możliwość zrobienia przerwy w czasie czynności trwającej dłużej niż 1 godzina, obserwuje się tendencję wzrostową występowania bólu kończyn dolnych u personelu bloku operacyjnego. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela X.).

Tabela X. Wpływ możliwości zrobienia sobie przerwy przy czynności trwającej więcej niż 1 godzina na występowanie bólu w kończynach dolnych

Ból w kończynach dolnych	Brak przerwy przy czynności <1h	Przerwa przy czynności <1h	P Chi2 Pearsona
Nie	8	8	p=,80678
	22,86%	20,51%	
Tak	27	31	
	77,14%	79,49%	
Ogółem	35	39	

Wśród osób z dolegliwościami bólowymi największą tendencją ich występowania, charakteryzuje się grupa, u której występują zaparcia. Z kolei dosyć wysoką predyspozycję do pojawiania się bólu kończyn dolnych, charakteryzowała się również grupa, u której zaparcia nie występują. Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (Tabela XI).

Tabela XI. Wpływ występowania zaparć na występowanie bólu w kończynach dolnych

Ból w kończynach dolnych	Brak zaparć	Występowanie zaparć	P Chi2 Pearsona
Nie	14	2	p=,17297
	25,45%	10,53%	
Tak	41	17	
	74,55%	89,47%	
Ogółem	55	19	

Wśród badanego personelu prawie wszyscy wykonują pracę stojącą. Uzyskane różnice nie są istotne statystycznie. (Tabela XII)

Tabela XII. Wpływ pracy stojącej na zajmowane stanowisko pracy

Stanowisko pracy	Praca inna niż stojąca	Praca stojąca	P chi2 Pearsona
Pielęgniarka anestezjologiczna	0	3	p=,59941
	0,0%	100,0%	
Pielęgniarka operacyjna	6	65	
	8,45%	91,55%	
Ogółem	6	68	

Dyskusja

Żylaki kończyn dolnych uznano za chorobę społeczną ze względu na częstość ich występowania. W krajach mocno uprzemysłowionych występują średnio u 20-50% osób dorosłych i zaobserwowano, że częstotliwość ich występowania rośnie wraz z wiekiem. Przewlekłą niewydolność żylna dotyka 50% kobiet oraz 20% mężczyzn. Ból w kończynach dolnych oraz inne dolegliwości takie jak: obrzęk, pieczenie, uczucie ciężkości nóg, owrzodzenia mają wpływ na wykonywanie czynności dnia codziennego oraz pracy zawodowej [35].

Znaczący wpływ na występowanie powyższych dolegliwości ma rodzaj wykonywanej pracy. Długotrwała praca stojąca lub siedząca znacznie predysponuje do rozwoju żylaków i dotyczy to aż 84% kobiet pracujących na sali operacyjnej. W czasie pracy stojącej, ze względu na zwiększenie ciśnienia w naczyniach kończyn dolnych, dochodzi do uszkodzenia zastawek żylnych i PNŻ. Pielęgniarki bloku operacyjnego są szczególnie narażone na występowanie tego schorzenia, chociażby ze względu na wielogodzinne asystowanie przy zabiegach operacyjnych oraz wymuszoną pozycję ciała podczas wykonywanej pracy [36].

W niniejszej pracy dokonano analizy występowania przewlekłej niewydolności kończyn dolnych pielęgniarek bloku operacyjnego oraz ryzyka jej występowania w województwie podlaskim. Grupę badanych stanowiło 71 kobiet oraz 3 mężczyzn pomiędzy 23 a 60 r.ż., gdzie średnia wieku wynosiła 38 lat. Badani byli zatrudnieni na stanowisku pielęgniarka/pielęgniarz operacyjna/y – 81,1% pielęgniarka/pielęgniarz anestezjologiczna/y – 18,9%. Doświadczenie zawodowe ankietowanych było zróżnicowane od 0.5 roku do 40 lat, gdzie średnia wynosiła 15 lat. Personel pracował w trzech trybach zmianowych: rankowym (31,1%), 12-godzinny

(75,7%) oraz dobowym 21,6%). Materiał badawczy zebrano wykorzystując technikę ankietowania za pomocą metody sondażu, do którego użyto autorskiej ankiety.

Ból kończyn dolnych jest zgłaszany przez 78,4% ankietowanych. Najczęściej występuje u osób ze stażem pracy wyższym niż 16 lat. Ze względu na brak normalności rozkładu zmiennych mierzalnych do analizy użyto nieparametrycznego testu U Manna Whitneya a wynik przedstawiono na wykresie ramka-wąsy. Częstość występowania żylaków wzrasta wraz z wiekiem, szczególnie przy sprzyjających warunkach takich jak: praca stojąca, wysoka temperatura otoczenia, nieregularne spożywanie posiłków i brak przerw na zmianę pozycji ciała przy długotrwałych czynnościach.

W badaniach własnych jeśli chodzi o BMI u większości osób stwierdzono nieprawidłową masę ciała: 1 osoba była na skraju niedowagi oraz wagi normalnej, u 44,59% ankietowanych stwierdzono nadwagę a u 8,11% otyłość I stopnia. Prawidłową masę ciała miało 34 osób, czyli 45,95%. Aktywność fizyczna zapobiega otyłości, która wpływa na przeciążenie goleni oraz stóp podczas chodzenia czy stania a także zwiększa objętość krwi zalegającej w żyłach. Dbanie o odpowiednią ilość ruchu w ciągu dnia jest naturalną profilaktyką przeciwżylakową, która usprawnia odpływ krwi z kończyn dolnych. Aktywność w ciągu dnia badani określali jako: aktywność fizyczna umiarkowana (43,2%), aktywny tryb życia (29,7%), niska aktywność fizyczna (17,6%). Prowadzenie bardzo aktywnego trybu życia zadeklarowało jedynie 9,5% respondentów.

Ogromne znaczenie mają również warunki pracy personelu bloku operacyjnego. Specyfika pracy często wymusza długie godziny pozostawania przy stole operacyjnym. Respondenci zapytani o rodzaj wykonywanej pracy mogli zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź. Aż 91,9% osób deklaruje, iż wykonuje pracę stojącą, 47,3% fizyczną oraz 12,2% siedzącą. Wśród pierwszej grupy znalazły się głównie pielęgniarki operacyjne. Wcześniej przeprowadzone badania Kułagowskiej E. dowodzą, iż personel pielęgniarski na bloku operacyjnym wykonuje pracę fizyczną związaną z przenoszeniem ciężkich zestawów narzędzi, przekładaniem pacjentów, pchaniem łóżek z pacjentami, co niejednokrotnie utrudnione jest ze względu na stan techniczny łóżek oraz nierówne podłoże czy „pchanie pod górkę”. [5]

Kułagowska E. w pracy „Warunki pracy na salach operacyjnych” zapytała respondentów o klimatyzację pomieszczeń oraz stopień jej wydolności. Z zebranych danych wynika, że 61% osób ma zapewnioną klimatyzację lub wentylację podczas pracy, jednak nie zawsze jest ona w pełni wydolna i pozwala na sprawną wymianę powietrza. W powyższej pracy podobny

procent, tj. 60,8% personelu ma zapewnioną klimatyzację na sali operacyjnej. Jednak niewydolność lub brak klimatyzacji podczas zabiegów neurochirurgicznych, naczyniowych czy ortopedycznych, gdzie często wykorzystuje się duże dawki promieniowania, może prowadzić do podwyższenia temperatury ciała. Zabezpieczające personel ołowiane fartuchy są kolejną warstwą na ciele, która nie przepuszcza powietrza, co może prowadzić do przegrzania organizmu. Przy zbyt wysokiej temperaturze, gdzie w miejscu pracy nie ma klimatyzacji lub usterki są od dłuższego czasu nie usunięte pracuje aż 39,2% badanego personelu. Jest to jeden z czynników prowadzących do zaostrzenia się niewydolności żyłnej [37].

Kułałowska E. badając „Obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego oraz ich uwarunkowania u pielęgniarek operacyjnych” dowodzi, że pielęgniarki spędzają 50-60% czasu dyżuru w wymuszonej pozycji, bez możliwości jej zmiany. W powyższej pracy 52,7% ankietowanych zgłosiło możliwość skorzystania z przerwy przy wykonywaniu czynności trwającej dłużej niż godzinę, aby móc zmienić pozycję ciała. Z kolei aż 47,3% osób musi pracować niejednokrotnie wiele godzin w niezmienniej, wymuszonej pozycji ciała. Szczególnie uciążliwa jest praca, gdy wyposażenie sal czy sprzętów nie jest dostosowane do wykonywanych czynności. Złe ustawienie lamp czy wysoka regulacja stołu wymuszają stanie na podnóżku (co prowadzi do pozostania w nienaturalnej pozycji), może powodować przenoszenie ciężaru ciała na jedną nogę. [5]

Podczas długotrwałej stojącej pracy, pielęgniarki aby zmniejszyć dyskomfort dolegliwości bólowych, wykonują różnego rodzaju ćwiczenia: stawanie na palcach (55,4%), dreptanie (47,3%) oraz napinanie i rozluźnianie mięśni łydek (39,2%). W czasie tych ćwiczeń uruchamiana jest „pompa mięśniowa”, przez co kurczące się mięśnie pompują krew i przemieszczają ją w kierunku serca. Dzięki temu objawy PNŻ są łagodniejsze a ryzyko wystąpienia zakrzepicy żyłnej minimalizuje się.

W zapobieganiu powstawania żylaków dużą rolę odgrywa sposób odżywiania się oraz spożywanie produktów bogatych w błonnik. W.L. Lee w swojej pracy udowodnił, że bardziej nieregularny sposób odżywiania wykazują osoby pracujące na oddziałach zabiegowych. J. Książek, P. Jarzynkowski oraz R. Piotrkowska badając wybrane elementy stylu życia pielęgniarek operacyjnych zaobserwowali, iż ponad połowa respondentek (58%) zadeklarowała, że ma dobre nawyki żywieniowe. W niniejszej pracy uzyskano nieco inne wyniki, ponieważ najwięcej osób (58,4%) określa swój sposób odżywiania i spożywania błonnika jako różny, 26% uważa że zdrowo się odżywia, z kolei 15,6% osób nie uważa swojej diety za zdrową [8, 38].

Zbilansowana dieta, regularność spożywania posiłków, dbanie o aktywność fizyczną oraz ilość spożywanych płynów w ciągu dnia zapobiegają występowaniu zapać. Wynik badania jest dosyć zadowalający, bo aż 74,2% osób nie zgłasza dolegliwości, jednak u 25,7% występują zaparcia. Na ich występowanie może wpływać także uzależnienie od tytoniu, które spośród ankietowanych zgłosiło 14 osób. Wśród palaczy 42,9% jest uzależnionych aż od ponad 20 lat, 35,7% od 1-10 lat a 21,4% od 11-20 lat. Palenie tytoniu ma znaczny wpływ na kondycję naczyń, gdyż powoduje ich kruchość, co prowadzi do ich dysfunkcji, która z kolei zaburza krążenie krwi i predysponuje do występowania przewlekłej niewydolności żylniej.

Profilaktyka przeciwżylakowa polega nie tylko na dbaniu o aktywność fizyczną, stosowaniu zbilansowanej diety, unikaniu złych warunków pracy czy byciu wolnym od nałogów. Bardzo ważną rolę odgrywają również odpoczynek w pozycji ułatwiającej odpływ krwi żylniej z kończyn dolnych (54,4%) oraz stosowanie kompresjoterapii (6,8%). Ankietowani wspomagają się również środkami farmakologicznymi (25,7%), które w głównej mierze wpływają na kondycję naczyń żylnych, uszczelniając je czy zmniejszając opuchliznę i uczucie ciężkości nóg.

Z badań Kulczyckiej K., Krynickiej A. i Stychno E. dotyczących występowanie problemów zdrowotnych wśród personelu pielęgniarskiego bloku operacyjnego, wynika, że 39% ankietowanych ma choroby krążenia – najczęściej wymienianymi były te dotyczące kończyn dolnych. Oprócz bólu kończyn dolnych (78,4%) zgłaszano takie dolegliwości jak: występowanie pieczenia i rozpierania w okolicach stóp i goleni (71,62%), zaczerwienienie i pajączki (43,24%), uczucie ciężkości nóg (39,19%), obrzęk (32,43%), skurcze mięśni i łydek (17,57%) oraz rany i owrzodzenia (1,35%). Warto zaznaczyć, że wiele z wymienionych objawów przewlekłej niewydolności żylniej występuje jednocześnie u jednej osoby. Utrudnia to zatem wykonywanie codziennych czynności, zmniejsza wydajność w pracy oraz znacznie wpływa na komfort i satysfakcję życiową. Wśród badanej grupy tylko jedna osoba boryka się z owrzodzeniem goleni co jest już stadium bardzo zaawansowanej choroby żylniej na poziomie C6 [39].

W ocenie zaawansowania PNŻ posługuje się skalą CEAP, która umożliwia klasyfikację objawów klinicznych – C, E – etiologii, A – lokalizacji anatomicznej, P – przewlekłej niewydolności żylniej. W oparciu o nią zbadano subiektywną ocenę stopnia zaawansowania objawów schorzenia, co wykazało że 71,62% osób nie zaobserwowało widocznych lub wyczuwalnych zmian żylakowych, 12,6% ankietowanych zgłasza występowanie

teleangiektazji już żylaków siatkowatych oraz u takiej samej liczby osób występują żylaki, 3 osoby zgłaszają obrzęki wiążące się ze stopniem C3 wg klasyfikacji objawów skali CEAP.

Wśród badanej grupy tylko 7,5% ma zdiagnozowaną przewlekłą niewydolność żylną i 6,8% zostaje pod opieką specjalisty. Biorąc pod uwagę ilość zgłaszanych dolegliwości, niewielka grupa udała się na konsultację z lekarzem, co utrudnia zdiagnozowanie schorzenia a także zwiększa ryzyko powstawania powikłań, takich jak zapalenie żył głębokich czy zator tętnicy płucnej. Nielezione żylaki nie tylko obniżają komfort życia, ale również sprzyjają powstawaniu trudno gojących się owrzodzeń goleni, których leczenie jest bardzo czasochłonne i kosztowne. Szacuje się, że w krajach zachodnich na leczenie żylaków przeznacza się nawet ponad 2% całkowitego budżetu służby zdrowia [35].

Do badania zależności między cechami jakościowymi użyto testu χ^2 niezależności, lecz ze względu na zbyt małą grupę badawczą różnice były nieistotne statystycznie. Prawdopodobnie przy dwukrotnie większej liczebności respondentów uzyskane wyniki miałyby szansę być istotne statystycznie. Można jednak zauważyć rosnącą tendencję występowania bólu w kończynach dolnych u osób, u których rodzinie występowały już żylaki, pracujących w trybie 12-godzinny, pochodzących z obszarów wiejskich, zgłaszających zaporcia czy pracujących w pozycji stojącej. Po przepracowaniu wyników, stwierdzono iż warto byłoby dołączyć do ankiety kwestionariusz oceniający satysfakcję i komfort życia związany z występowaniem wymienionych przez respondentów objawów schorzenia.

Po analizie ankiet można przypuszczać, że wśród personelu bloku operacyjnego wiele osób ma predyspozycje do występowania przewlekłej niewydolności żylną. Wielu respondentów skarży się na szczególny ból kończyn dolnych. Złe warunki pracy, nieregularny i niezdrowy styl życia przyczyniają się do powstawania zaporć. Dużo osób bagatelizuje również pierwsze objawy, nie udając się do specjalisty a lecząc się w domu na własną rękę. Zadowolający jest jednak fakt, że część grupy wprowadza w życie codzienne działania profilaktyczne przeciw żylakom takie jak: kompresjoterapia, wspomaganie farmakologiczne mające na celu zwiększenie metabolizmu w ścianach naczyń, wypoczynek usprawniający odpływ krwi żylną z kończyn dolnych czy wykonywanie ćwiczeń uruchamiając „pompę mięśniową”.

Wnioski

Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano następujące wnioski:

1. Specyfika pracy pielęgniarek operacyjnych, w tym długotrwała pozycja stojąca, dwu zmianowy tryb pracy, wysoka temperatura w miejscu pracy może wpływać na rozwój przewlekłej niewydolności żylniej w tej grupie.
2. Do najczęściej zgłaszanych objawów i dolegliwości ze strony kończyn dolnych przewlekłej niewydolności żylniej należą: ból, pieczenie i rozpieranie, zaczerwienienia i pajęczki, uczucie ciężkości nóg, obrzęk, skurcze mięśni łydek.
3. Wśród badanych zaobserwowano występowanie czynników ryzyka schorzenia, takich jak: nadwaga, zaparcia, przebyte ciążę, nieregularny tryb życia, uzależnienie od tytoniu.
4. Wiele osób korzystało z profilaktyki przeciwzakrzepowej wykonując ćwiczenia uruchamiające „pompę mięśniową”, odpoczywając w pozycji ułatwiającej odpływ krwi żylniej z kończyn dolnych, mniej jednak korzystając z kompresjoterapii i farmakoterapii.

Bibliografia

1. Gembal P., Kęsik J., Milik K., Zubilewicz T.: Surgical treatment of venous diseases and injuries located in lower limbs over a span of history. *Chirurgia Polska* 2006, 8, 4, 269-274.
2. Konieczny G., Rasińska R.: Terror psychiczny jako współczesne tsunami środowiska pracy na przykładzie zawodu pielęgniarki, pielęgniarza i położnej – perspektywa badawcza. *Piel. Pol.*, 2016;4(62): 519–523.
3. Bańkowska A.: Stres i stres zawodowy – wybrane konteksty teoretyczne. *Piel. Pol.* 2016; 4(62): 584–587.
4. Sosnowska E.: Zagrożenia w pracy pielęgniarki operacyjnej. *Pielęg. Położ.* 2009; 3: 24-25.
5. Kułagowska E.: Obciążenia układu mięśniowo-szkieletowego i ich uwarunkowania u pielęgniarek operacyjnych, Instytut Medycyny Pracy i Zdrowia Środowiskowego, Sosnowiec Zakład Fizjologii Pracy i Ergonomii. *Medycyna Pracy*, 2009;60(3): 187-195.
6. Kulczycka K., Krakowiak J., Stychno E., Sadowska M., Żarnowska M.: Wstępna ocena ryzyka zawodowego na stanowisku instrumentariuszki jako element skutecznego

- zarządzania personelem szpitalnym. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, SAN, 2486 Tom XVI, Zeszyt 10, Część 1: 101-114.
7. Grabowska E.: Specyfika pracy pracowników bloku operacyjnego. *Magazyn Pielęgniarki operacyjnej*, W:14 nr 2(14)/2015.
 8. Jarzynkowski P., Książek J., Piotrkowska R.: Wybrane elementy stylu życia pielęgniarek operacyjnych, *Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego*, Gdański Uniwersytet Medyczny, Med. Rodz. 2015; 3(18): 103-109.
 9. Krzyżanowski D., Wojciechowska K.: Wpływ warunków pracy na poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. *Piel. Zdr. Publ.* 2011, 1, 3, 235-244 ISSN 2082-9876.
 10. Nowakowska I., Rasińska R., Roszak K.: Pielęgniarstwo – zawód szczególnie narażony na stres i wypalenie. Wybrane założenia teoretyczne i wstępne doniesienie z badań – część I, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017, (63), 120-123.
 11. Popow A, Cierzniańska K, Kozłowska E, Domeracka E.: Stress-inducing factors among a group of operational nurses. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/ Surgical and Vascular Nursing*. 2018;(2): 56-63.
 12. Kowalczyk K. Zdańska A. Krajewska-Kułak E.: Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego, *Problemy Pielęgniarstwa*, nr 3 (2019).
 13. Luce-Wunderle G., Debrand-Passard A.: *Pielęgniarstwo operacyjne*, Wyd. Elsevier & Partner, Wrocław 2013.
 14. Kulczycka K., Żarnowska M., Stychno E., Wdowiak A., Sadowska M, Krakowiak J.: Wstępna ocena ryzyka zawodowego na stanowisku instrumentariuszki jako element skutecznego zarządzania personelem szpitalnym Organizacja i zarządzanie w opiece zdrowotnej - wybrane aspekty, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2015, 16, z. 10: 101-114.
 15. Kułagowska E.: Kondycja zdrowotna personelu pielęgniarskiego sal operacyjnych. *Zdr. Publ.* 2007; 117(1): 40–43.
 16. Gotlib J., Nejman M.: Wpływ pracy zmianowej pielęgniarek na postawy żywieniowe. *Pielęgniarstwo Polskie*,1 (63) 2017,13-19.
 17. Bytnar B.: Jakość życia instrumentariuszki pracującej w systemie zmianowym. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego Rzeszów*, 2010, 2, 205-212.
 18. Ciuruś M.: *Pielęgniarstwo operacyjne*. Makmed, Lublin 2007, 75.

19. Cierzniakowska K., Cwajda-Białasik J., Jawień A., i wsp.: Badanie fizykalne i postępowanie pielęgniarskie w schorzeniach układu naczyniowego kończyn dolnych, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2012; 2: 43-51.
20. Chilińska E., Kicel K., Kopcych B.E., Zalewska A.: Rehabilitacja osób z przewlekłą niewydolnością żylną. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2014; 4: 151-156.
21. Chilińska-Kopko E., Glińska K., Kopcych B.E., Zalewska A.: Owrzodzenia podudzi w przebiegu przewlekłej niewydolności żylniej w pielęgniarskiej opiece domowej, *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2016; 1: 34-40.
22. Cwajda-Białasik J., Mościcka P., Szewczyk M.T.: Nawrotowy charakter owrzodzeń żylnych kończyn dolnych – wciąż aktualny problem. Opis przypadku. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2015; 4: 187-192.
23. Mościcka P., Cwajda-Białasik J., Szewczyk M., Jawień A.: Venous ulcer, not only the problem of elderly people. Description of three clinical cases. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*. 2017;(1): 5-12.
24. Zubilewicz R., Jaroszyński A.: Przewlekła choroba żylna. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2015, tom 9, nr 5, 400-404.
25. Marona H., Kornobis A.: Patofizjologia rozwoju żylaków oraz wybrane metody ich leczenia – aktualny stan wiedzy. *Farm Pol* 2009; 65: 88–92.
26. Rossa S., Głowacka M., Szewczyk M., Mościcka P., Cwajda-Białasik J., Karpińska A.: Ankle-brachial index in vascular diseases of the lower limbs. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne/Surgical and Vascular Nursing*, 2018;(3): 85-89.
27. Cierzniakowska K., Cwajda-Białasik J., Jawień A., Mościcka P., Szewczyk M.T.: Leczenie ran przewlekłych – owrzodzenie żyłne. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*, 2011; 2: 41-46.
28. Konieczny G., Rasińska R.: Participation of women (Particularly nurses) in general forms of physical activity – literature analysis. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2 (64) 2017, 327-333.
29. Burba M., Gotlib J.: Assessment of stress incidence among nurses of professor Witold Orłowski independent Public Clinical Hospital. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1 (63) 2017, 54-61.
30. Belowska J., Gotlib J., Iwanow L., Panczyk M., Samoliński Ł., Zarzeka A.: Wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek – przegląd aktualnego polskiego piśmiennictwa. *Pielęgniarstwo Polskie*, 1(63) 2017, 125-130.

31. Dymek-Skoczyńska A., Piskorz-Szymandera M., Talarska D., Zielińska A.: Wpływ pracy zmianowej na funkcjonowanie i zdrowie człowieka – przegląd badań. *Piel. Pol.* 2016; 4(62): 592-597.
32. Czarnecka J., Gładysz G., Imiela J., Kobos E.: Zachowania żywieniowe pielęgniarek w środowisku pracy. *Piel. Pol.*, 2016;2(60): 149-157.
33. Niedzielska T., Wyderka M.: Ergonomia w pracy pielęgniarki. *Piel. Pol.*, 2016;2(60): 165-169.
34. Janowski M., Rasińska R.: Wybrane zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia. *Piel. Pol.*, 2015;2(56): 164-169.
35. Durlak D.: Analiza stanu wiedzy pielęgniarek w zakresie prewencji chorób układu sercowo-naczyniowego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 4 (70), 2018, 365-371.
36. Goździalska A., Jaśkiewicz J., Lizak D., Satora R., Seń M.: Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna – obowiązek czy wyzwanie dla pracowników ochrony zdrowia w XXI wieku?. [W:] *Działania opiekuńcze w profilaktyce i terapii*. J. Goździalska, J. Jaśkiewicz, G. Dębska, Kraków, Oficyna Wydawnicza AFM; 2014, 35-44.
37. Zabielska D., Czarnecka J., Kobos E., Krupienicz A.: Profilaktyka żyłaków kończyn dolnych u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2013; 2(48): 95-99.
38. Lee W.L., Tsai S.H., Tsai C.W., Lee C.Y.: A study on work stress, stress coping strategies and health promoting lifestyle among district hospital nurses in Taiwan. *J. Occup Health*, 2011; 53 (5): 377–383.
39. Kulczycka K., Krynicka A., Stychno E.: Problemy zdrowotne pielęgniarek pracujących na blokach operacyjnych, *Aspekty środowiskowo- rekreacyjne i prawne zdrowia człowieka*. MTWiRTM, 2015, 84-95.

Czynniki ryzyka zawodowego pielęgniarek pracujących w Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej

Anetta Teresa Łukjaniuk¹, Cecylia Dolińska², Małgorzata Jolanta Michalewicz²

¹ – Uniwersytecki Dziecięcy Szpital Kliniczny w Białymstoku

² – Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

Wstęp

Pielęgniarki podczas wykonywania obowiązków zawodowych są narażone na działanie różnych czynników szkodliwych, uciążliwych oraz niebezpiecznych stwarzających ryzyko pojawienia się niepożądanych następstw zdrowotnych [1, 2].

Praca pielęgniarek wiąże się też z narażeniem na oddziaływanie czynników szkodliwych, tj. chemicznych, biologicznych, fizycznych i psychospołecznych. Ograniczają one skuteczność pracy, mogą być przyczyną błędów w działaniu, a także powodować negatywne skutki zdrowotne w postaci chorób zawodowych czy wypadków w pracy. Kolejnymi zagrożeniami występującymi w pracy pielęgniarek, bez względu na specyfikę miejsca pracy może być przeciążenie lub niedociążenie zadaniami zawodowymi, tempo pracy, zbyt mała ilość personelu medycznego, brak kontroli nad wykonywaną pracą [3].

Niekorzystny wpływ powyższych czynników może przyczynić się do pojawienia się nietolerancji pracy zmianowej, czego początkowymi objawami mogą być zaburzenia jelitowe, dolegliwości sercowo-naczyniowe, zwiększenie ilości spożywanych używek czy zmniejszenie ogólnej satysfakcji życiowej [4].

Zagrożenia zawodowe, które występują w środowisku pracy, dzieli się zazwyczaj na czynniki niebezpieczne, biologiczne, chemiczne i fizyczne. Do tych czynników można zaliczyć: mobbing, stres, pracę zmianową oraz wypalenie zawodowe [4].

Czynniki biologiczne

W pracy zawodowej pielęgniarki występuje podwyższone ryzyko ekspozycji na czynniki biologiczne. Wynika to z kontaktu z pacjentami podczas wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, diagnostycznych, leczniczych i kontaktu z potencjalnie zakaźnym materiałem biologicznym [6,7].

Narażenie na czynniki biologiczne może odbywać się poprzez bezpośredni kontakt personelu z chorym lub podczas kontaktu z narzędziami i sprzętem, który został zanieczyszczony krwią lub innymi wydalaminami chorego. Największe ryzyko dotyczy narażenia na wirusy HBV (wirus zapalenia wątroby typu B, ang. *Hepatitis B Virus*), HCV (wirus zapalenia wątroby typu C, ang. *Hepatitis C Virus*) oraz HIV (ludzki wirus niedoboru odporności, ang. *Human immunodeficiency virus*), a także czynniki biologiczne przenoszone drogą oddechową, np. *Mycobacterium tuberculosis* czy wirus grypy.

Udział wpływu środowiska na stan zdrowia populacji według klasycznej koncepcji Lalonda szacuje się na blisko 20% wszystkich uwarunkowań [9]. W dużej mierze od warunków panujących w środowisku pracy uzależniony jest stan zdrowia. Od wielu lat prowadzona jest stała kontrola środowiska pracy poprzez kontrolę stężeń i natężeń szkodliwych czynników, przez ergonomiczne dostosowanie stanowisk pracy oraz wdrażanie działań profilaktycznych w wymiarze zbiorowym lub indywidualnym, a także poprzez kontrolę przestrzegania czasu trwania pracy [8].

Czynniki etiologiczne przenoszone drogą krwiopochodną

Najczęstszymi raportowanymi ekspozycjami zawodowymi związanymi z drogą krwiopochodną są ekspozycje na wirusy hepatotropowe, czyli HBV i HCV oraz HIV. Wirus zapalenia wątroby typu B (HBV) przenoszony jest przez płyny ustrojowe drogą przezskórną, przez błony śluzowe lub przez zainfekowaną krew. Aby doszło do zakażenia wystarczy 0,00004 ml zakażonej krwi. Wirus ten jest odporny na promieniowanie UV i na działanie temperatury – zachowuje zakaźność w temperaturze 25°C co najmniej przez tydzień. Dotyczy to również mebli, przedmiotów oraz pomieszczeń zabrudzonych krwią, płynami ustrojowymi chorych, jak również poprzez zaschniętą krew. Temperatura obniżona do -20°C sprawia, że wzrasta przeżywalność wirusa nawet do 20 lat. Wirus HBV podczas prawidłowo prowadzonego procesu sterylizacji ulega zniszczeniu, jest wrażliwy na środki dezynfekcyjne, lecz jego wrażliwość na różne czynniki zewnętrzne i zakaźność zależne są od miana wirusa. Najlepszą

metodą profilaktyczną są powszechne i obowiązkowe szczepienia przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Ryzyko zakażenia HBV poprzez jednorazowe zakłucie zabrudzoną igłą szacuje się na około 25-30%. Uważa się, że ryzyko infekcji u pracowników ochrony zdrowia jest 10-krotnie większe niż w populacji ogólnej [10].

Wirus zapalenia wątroby typu C (HCV) także jest przenoszony drogą krwi. Obecność wirusowego RNA stwierdza się również w ślinie pacjenta zakażonego wirusem HCV. W przypadku HCV minimalna ilość krwi, tj. 0,001 ml, jest potrzebna do przeniesienia zakażenia. Podczas jednorazowego zakłucia igłą, ryzyko zakażenia szacuje się na poziomie 1,2-10%. HCV jest bardziej wrażliwy na działanie temperatury i formaliny od HBV, jednak nadal brakuje uodpornienia czynnego [8].

HIV, podobnie jak wirusy hepatotropowe, przenoszony jest poprzez kontakt z zakażoną krwią lub płynami krwiopochodnymi, a także płynem mózgowo-rdzeniowym, owodniowym, stawowym, opłucnowym, osierdziowym, otrzewnowym, tkankami i wydaliniami zanieczyszczonymi krwią, nasieniem oraz wydzieliną pochwową. Minimalna ilość krwi, która wystarcza do przeniesienia zakażenia, w przypadku HIV wynosi 0,1 ml. Ryzyko zakażenia poprzez jednorazową skórną ekspozycję na krew nosiciela wynosi 0,3%, a w przypadku ekspozycji poprzez błony śluzowe wynosi 0,03-0,09%. Ryzyko zakażenia 16-krotnie zwiększa głębokie zakłucie igłą o szerokim świetle, a obecność krwi zwiększa je 5-krotnie. Wirus HIV jest wrażliwy na czynniki fizyczne, takie jak temperatura, a także na wiele środków chemicznych (związku chloru lub alkoholu) [11].

Czynniki etiologiczne przenoszone drogą kropelkową i powietrzną

Do zakażenia drogą kropelkową dochodzi poprzez rozpryskiwanie w powietrzu śliny oraz wydzieliny pochodzącej z jamy nosowo-gardłowej, która może zawierać wirusy oraz inne drobnoustroje wydalone przez chorego w czasie kaszlu lub kichania. Do zakażenia może także dochodzić przez kontakt ze skażonymi przedmiotami lub powierzchniami. Do czynników etiologicznych przenoszonych drogą kropelkową należy między innymi gruźlica i grypa [12].

Prątki gruźlicy to czynnik biologiczny, który został zakwalifikowany do trzeciej grupy zakażenia [13]. Chory prątkujący i nieleczony jest źródłem zakażenia. Bakterie są przenoszone drogą kropelkową, a wrotami zakażenia są drogi oddechowe. Możliwe jest również incydentalne zakażenie drogą wszczepienną poprzez skórę lub błonę śluzową. Ryzyko zakażenia pielęgniarki jest wysokie ze względu na charakter wykonywanej pracy [12]. Dawka

prątków, które wywołują infekcję nie jest dokładnie znana, ale ocenia się, że wystarczy kilka komórek. Wykrztuszone przez chorego aerozole przez długi czas utrzymują się w powietrzu, a opadają bardzo wolno z prędkością 0,5 mm/sek. Większe cząsteczki aerozolu o średnicy ponad 5 µm zostają zatrzymane zazwyczaj w śluzie górnych dróg oddechowych lub wskutek swobodnego opadania osiadają na odzieży, skórze, podłodze, meblach oraz innych powierzchniach, co powoduje ich skażenie [14]. Dla personelu medycznego w oddziałach hospitalizujących chorych na gruźlicę lub pracowniach diagnostycznych istnieje największe ryzyko zakażenia. Szczególnie ważna jest tam profilaktyka pierwotna, która sprowadza się do rozwiązań technicznych, takich jak lampy bakteriobójcze, komory laminarne, wyciągi, itp. oraz stosowanie środków indywidualnej ochrony osobistej, jak odzież ochronna, maski z filtrem czy rękawice [15].

Wirusy grypy typu A, B oraz C zostały zaklasyfikowane do drugiej grupy zagrożeń biologicznych [13]. Zakażenie następuje drogą kropelkową podczas kaszlu i kichania chorego, poprzez wziew aerozolu śluzowego zawierającego wirusy. Może również następować przez kontakt ze skażonymi powierzchniami lub przedmiotami. Ze względu na powszechność i łatwość zakażenia drogą wziewną, szczególnie w okresie epidemii możliwe jest szerzenie się zakażeń w zakładach opieki zdrowotnej. Grypa nie jest zaklasyfikowana jako choroba zawodowa. Profilaktyka czynna, czyli szczepienie przeciw grupie, która zalecana jest dla personelu medycznego [12].

Czynniki chemiczne

W pracy pielęgniarek istnieje także częste ryzyko narażenia personelu medycznego na czynniki chemiczne, takie jak gazy anestetyczne, lateks czy środki do dezynfekcji i sterylizacji. Tlenek etylenu może powodować zaburzenia ośrodkowego układu nerwowego, a także zwiększyć ryzyko choroby nowotworowej, zaś aldehyd glutarowy w kontakcie ze skórą lub drogą oddechową może powodować uczulenia [6].

Szczególne znaczenie ma ekspozycja personelu medycznego na leki cytostatyczne stosowane w terapii przeciwnowotworowej. Do podstawowych dróg wnikania cytostatyków do organizmu zaliczamy układ oddechowy oraz skórę. Niektóre z cytostatyków są łatwo absorbowane przez skórę nieuszkodzoną. Czynności polegające na sporządzaniu roztworów do iniekcji, odpowietrzaniu strzykawek, otwieraniu ampułek z lekiem, a także bezpośredni kontakt z wydaliniami i skórą pacjenta lub powierzchniami skażonymi są szczególnie niebezpieczne.

Czynnikami, które zwiększają ryzyko ekspozycji są również sporadyczne wyposażenie pomieszczeń w łożę laminarną oraz rzadka zmiana rękawiczek, brak stosowania środków ochronnych takich jak czepki, fartuchy z długimi rękawami, kaptury, maski, ochrony na buty czy okulary. Źródłem wnikania leków przez drogi pokarmowe jest również spożywanie posiłków i palenie tytoniu w miejscach, gdzie istnieje ryzyko ekspozycji na cytostatyki, nieprzestrzeganie rygoru sanitarnego [2].

Kancerogenność cytostatyków udokumentowana została w licznych badaniach eksperymentalnych oraz w doniesieniach o powstawaniu wtórnych nowotworów po leczeniu onkologicznym, jednak nadal niewiele istnieje badań dotyczących ryzyka wystąpienia nowotworów w wyniku zawodowej ekspozycji na cytostatyki u personelu medycznego. Narażenie na cytostatyki stanowi potencjalne zagrożenie dla zaburzeń funkcji reprodukcyjnych, a w tym występowania u potomstwa wad wrodzonych. Z licznych badań wynika, że najczęstszymi skutkami działań toksycznych cytostatyków jest podrażnienie skóry, oczu oraz śluzówek, nudności i wymioty, wypadanie włosów, a także zwiększone ryzyko zapadalności na nowotwory pęcherza moczowego oraz układu krwipochodnego, białaczkę, występowanie uszkodzeń wątroby i nerek. Przy obecnym poziomie wiedzy nie jest możliwe ustalenie granicy bezpieczeństwa pracy z cytostatykami. Uważa się, że każdy kontakt z cytostatykami jest potencjalnie niebezpieczny. Bardzo ważne jest przestrzeganie przepisów bezpiecznej pracy oraz zasad opieki nad chorymi poddanymi chemioterapii. Podczas przygotowywania preparatów z cytostatykami zalecane jest stosowanie łoża z pionowym nawiewem jałowego powietrza. Osoby pracujące w kontakcie z cytostatykami według obowiązujących przepisów nie mogą wykonywać czynności, podczas których narażone będą na promieniowanie jonizujące. Kobiety w okresie ciąży lub karmiące piersią nie mogą być zatrudnione w ekspozycji na cytostatyki. Również kobiety planujące ciążę lub nie stosujące skutecznych metod antykoncepcji, ze względu na zagrożenie efektami gonotoksycznymi i teratogennymi, które wynikają z narażenia na cytostatyki nie powinny podlegać zawodowej ekspozycji na cytostatyki [2].

Czynniki fizyczne

Dolegliwości i choroby układu mięśniowo-szkieletowego, w szczególności kręgosłupa, stanowią jeden z głównych problemów społecznych, ekonomicznych oraz medycznych. Zaliczane są do chorób cywilizacyjnych. Szacuje się, że około 44% Polaków odczuwa

dolegliwości bólowe kręgosłupa, spowodowane przedłużającą się absencją chorobową w pracy, co ma wpływ na obniżenie jej jakości [16].

Na występowanie schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego mają wpływ wieloletnie oddziaływania środowiska pracy, czynników związanych z aktywnością pozazawodową, a także indywidualne cechy takie jak płeć, wiek, budowa ciała, podatność na stres oraz sprawność fizyczna. Głównie powstają z powodu przeciążeń, jakim jest poddawany kręgosłup podczas czynności zawodowych oraz czynności dnia codziennego. Spośród grup zawodowych na ryzyko rozwoju tych schorzeń najbardziej narażeni są pracownicy sektorów opieki zdrowotnej, głównie pracownicy szpitali, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego są główną przyczyną absencji w pracy tej grupy zawodowej.

Obserwuje się coraz większe zainteresowanie problemem obciążenia pracą zawodową pielęgniarek, dzięki czemu przyczyny i skutki dolegliwości bólowych narządu ruchu są w tej grupie zawodowej coraz bardziej znane. Do głównych przyczyn obciążeń fizycznych można zaliczyć przenoszenie, podnoszenie i przewożenie pacjentów oraz sprzętu medycznego, złe warunki pracy, stan zdrowia pielęgniarek, niedostosowane do wymogów ergonomicznych pomieszczenia, meble i sprzęt, wykonywanie pracy w wymuszonej pozycji ciała, system czasu pracy, niewystarczająca ilość personelu, brak specjalistycznego sprzętu do podnoszenia chorych. Większość czynności pielęgnacyjno-higienicznych oraz pielęgnacyjno-leczniczych jest wykonywana w przodopochyleniu, przy czym czas ich trwania wynosi od 30 sekund do nawet 15 minut. Najbardziej uciążliwymi czynnościami są te, które wymagają podnoszenia i przemieszczania pacjentów. Wymuszone pozycje ciała przy pracy o charakterze zarówno statycznym, jak i dynamicznym prowadzą do dolegliwości bólowych układu mięśniowo-szkieletowego, co z czasem przerodzić się może w zmiany zwyrodnieniowe układu narządu ruchu.

Zespoły bólowe kręgosłupa są najczęściej zlokalizowane w odcinku lędźwiowo-krzyżowym kręgosłupa (na wysokości L4-L5, L5-S1) oraz szyjnej części kręgosłupa (na wysokości C5-C6, C6-C7). W populacji pielęgniarek częstość ich występowania wynosi 75%, a dla odcinka szyjnego 60%, jednak liczba nowych przypadków stale wzrasta [17].

Zawód pielęgniarki zdominowany jest przez kobiety, które stanowią najliczniejszą grupę zawodową w oddziałach szpitalnych. Do zakresu ich obowiązków zaliczana jest praca fizyczna, do której należy podnoszenie, transportowanie i przenoszenie pacjentów, dystrybucja płynów

do kroplówek, leków, materiałów opatrunkowych, środków czystości oraz dezynfekcyjnych, sprzętu medycznego czy bielizny. Wszystkie te czynności wymagają dźwigania, chodzenia z obciążeniem, długotrwałego stania, schylania się, pracy w wymuszonych pozycjach oraz są wielokrotnie powtarzane podczas dyżuru dziennego, jak i nocnego, gdy zmniejszona jest obsada pielęgniarska. Oprócz masy ciała, podczas przemieszczania i przenoszenia pacjentów, dodatkowe obciążenie stanowi podłączona aparatura medyczna, niewystarczająca przestrzeń, stan świadomości, praca w niewygodnych pozycjach, niewystarczająca ilość personelu, brak regulacji wysokości łóżka, brak współpracy z pacjentem czy też brak sprzętu pomocniczego [18]. Brak komunikacji lub współpracy z innymi członkami zespołu wydłuża czas oraz utrudnia wykonywanie czynności. Często zmieniane zlecenia lub zlecenia do natychmiastowego wykonania sprawiają, że przerywana jest jedna czynność, aby wykonać drugą, co dodatkowo wpływa na obciążenia pielęgniarek [19].

Pielęgniarki wykazują się często nieergonomicznymi zachowaniami, wynikającymi z braku wiedzy, pośpiechu lub z niedbalstwa. Najczęstszymi błędami są niewłaściwa pozycja, złe nawyki ruchowe, niewłaściwy chwyt, brak wykorzystywania sprzętu ułatwiającego pracę. Wykonywanie czynności w pochyleniu z jednocześnie skręconym tułowiem w bok jest błędem – takie zachowanie jest wymuszone ograniczoną przestrzenią, a także wynika ze złych nawyków. Innym błędem jest podciąganie pacjenta, podczas gdy kończyny dolne ustawione są równolegle względem siebie (w tej pozycji całe obciążenie przenoszone jest na kręgosłup), a jeżeli manewr ten wykonywany jest z dala od chorego – zostają nadmiernie rozciągnięte mięśnie kończyn górnych. Chwytywanie pacjenta pod pachy jest nieodpowiednie, gdyż wymusza pochylenie z rotacją kręgosłupa oraz przenosi ciężar na ręce. Odcinek szyjny jest nadmiernie obciążony w sytuacji, kiedy pacjent obejmuje szyję pielęgniarki podczas podnoszenia. Pielęgniarki pochylają się np. w sytuacji, kiedy należy wykonywać zabiegi pielęgnacyjne. Nie korzystają z dostępnych przy łóżku taboretów podczas pobierania materiału do badań, mierzenia ciśnienia czy wykonywania iniekcji. Noszą niewygodne ubranie, które ogranicza ruchy, chodzą w kłapkach z wąskimi paskami, butach na wysokim obcasie czy drewniakach, które stanowią utrudnienia podczas przemieszczania pacjenta oraz zagrożenie w przypadku utraty równowagi pacjenta. Nie wykorzystują we właściwy sposób ustawowej przerwy w pracy [20]. Pozbawione ułatwień technicznych chroniących zdrowie zarówno swoje jak i pacjenta, przemieszczanie i podnoszenie pacjentów wciąż należy do obowiązków pielęgniarki pomimo tego, że w Polsce obowiązuje nowoczesny model pielęgnowania, stosujący się do standardów europejskich, zdobywana jest wiedza medyczna oraz nowe uprawnienia [21].

Promieniowanie jonizujące

We współczesnej medycynie powszechnie stosowane są urządzenia oraz źródła promieniowania jonizującego zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu. Do najważniejszych narażeń można zaliczyć radiologię zabiegową, diagnostykę rentgenowską, radioterapię oraz medycynę nuklearną. Promieniowanie jonizujące stanowić może dla człowieka zagrożenie, które powoduje negatywne skutki dla jego zdrowia. Działa ono na organizm żywy poprzez uszkodzanie komórek, a dokładnie łańcucha DNA (kwas deoksyrybonukleinowy) czy też tworzenie wolnych rodników uszkadzających materiał genetyczny tkanek. Częste działanie nawet niskich dawek promieniowania jonizującego może doprowadzić do utraty zdolności komórki do naprawy uszkodzonego DNA oraz dzielenia się dalej z powstałym defektem, a to z kolei stanowi wysokie ryzyko powstania zmiany nowotworowej. Reakcja organizmu jest uwarunkowana przede wszystkim przenikalnością promieniowania oraz względną skutecznością biologiczną do naprawy uszkodzeń. Niemniej jednak, ważne są wielkości dawki oraz jej natężenie, miejsce i rodzaj ekspozycji czy cechy osobnicze, takie jak: płeć, wiek, wrażliwość osobnicza czy równowaga hormonalna. Szczególną ostrożność powinny zachować kobiety ciężarne, które wykonują prace gdzie są narażone na promieniowanie jonizujące [22].

Zastosowanie nowoczesnych aparatów rentgenowskich, odpowiednie środki ochrony pracowników oraz postęp technologiczny sprawiły, że ryzyko nadmiernego promieniowania może być skutecznie zminimalizowane. Problem ten jest jednak nagminnie bagatelizowany, w szczególności jeżeli chodzi o tzw. promieniowanie rozproszone, związane z odbiciem i ugięciem części promieniowania. Z badań naukowych wynika, że zwiększone ryzyko uszkodzenia zdrowych tkanek może nastąpić poprzez promieniowanie rozproszone. Również osoby przebywające w zasięgu działania nawet niewielkich dawek promieniowania jonizującego narażone są na ryzyko powstania zaćmy.

W ochronie radiologicznej personelu medycznego najważniejsza jest zasada ograniczenia ekspozycji w taki sposób, na ile jest to racjonalnie możliwe do osiągnięcia. Metody ochrony różnią się w zależności od rodzaju i źródła promieniowania. Do podstawowych działań można zaliczyć: wykorzystywanie nowoczesnych rozwiązań konstrukcyjnych aparatu, ścian oraz barier, ustalenie oraz przestrzeganie wskaźników dawki dla personelu; prawidłowe korzystanie ze środków ochrony osobistej; respektowanie ogólnych przepisów bezpieczeństwa oraz higieny pracy; spełnianie wymagań obowiązujących przepisów z zakresu ochrony radiologicznej; przestrzeganie skutecznej wentylacji mechanicznej pomieszczeń [2].

Czynniki psychiczne

Warunki pracy zawodowej są jednym z wielu czynników, które wpływają na zdrowie człowieka. Praca w dobrych warunkach jest satysfakcjonująca oraz pozytywnie wpływa na kondycję pracowników. Niestety, środowisko pracy pielęgniarek nacechowane jest stresem, co wynika z dużej odpowiedzialności zawodowej oraz relacji z osobami cierpiącymi. W wielu przypadkach pielęgniarki zmagają się z ciągłym stresem emocjonalnym, który może doprowadzić również do zespołu wypalenia zawodowego [23, 24].

Istnieje wiele koncepcji, wyjaśniających powstawanie stresogennych sytuacji w pracy zawodowej. Jedna z nich mówi o niewspółmierności pomiędzy wymaganiami, które stawiane są przed pracownikami, a indywidualnymi możliwościami sprostania tym wymaganiom. W sytuacji, gdy wymagania są niższe lub wyższe od możliwości, powstają sytuacje stresogenne. Nauka pojmuje stres w aspekcie psychologii i biologii człowieka. Reakcje organizmu na stawiane mu wymagania są interpretowane pod względem zmian psychicznych i biologicznych. Kolejna koncepcja to stadium względnej adaptacji, które charakteryzuje się tym, że organizm dobrze znosi czynniki szkodliwe działające już jakiś czas, jednak słabiej toleruje inne bodźce, będące uprzednio nieszkodliwe. W stadium tym dochodzi do zużycia funkcji psychologicznych i fizjologicznych. Stadium wyczerpania pojawia się wówczas, kiedy czynniki szkodliwe działają zbyt intensywnie lub zbyt długo, a ogólne pobudzenie organizmu nie służy już zwalczaniu stresora, ale charakteryzuje się utratą zdolności obronnych, gdzie wskaźnikiem jest rozregulowanie fizjologicznych funkcji. W tym stadium pojawiać się mogą względnie trwałe reakcje patologiczne, które mogą prowadzić przy dalszym działaniu stresora do śmierci [25].

Wypalenie zawodowe

Pielęgniarki stanowią grupę zawodową, która szczególnie narażona jest na zjawisko wypalenia zawodowego. W swojej pracy spotykają się z wieloma czynnikami, które mogą doprowadzić do wypalenia zawodowego. Wśród nich wymienić należy takie czynniki jak: specyficzne cechy zawodu (praca zmianowa, w godzinach nocnych, niebezpieczeństwo zarażenia się od pacjenta), ograniczona liczba pielęgniarek w stosunku do pacjentów, brak leków lub sprzętu medycznego, zła organizacja pracy, nieodpowiednie warunki lokalowe, obciążenie psychiczne (świadomość skutków w sytuacji popełnienia błędu, odpowiedzialność przy wykonywaniu zabiegów czy podawania leków), nieproporcjonalne zarobki w stosunku do wymagań,

obowiązków oraz odpowiedzialności (niższe zarobki w stosunku do innych grup zawodowych), brak współpracy z innymi pracownikami (przenoszenie odpowiedzialności za skutki leczenia, sprzeczne polecenia przełożonych, bagatelizowanie pracy pielęgniarek), niski status zawodowy (brak uznania przez społeczeństwo wkładanego w pracę wysiłku, obniżony prestiż), niewłaściwa relacja z pacjentami oraz ich rodzinami (zbyt wysokie wymagania, brak szacunku dla pracy pielęgniarek, brak uznania) [21].

Według zaproponowanego przez Aronsona podziału, objawy wypalenia zawodowego podzielić można na trzy kategorie:

- wyczerpanie fizyczne, charakteryzujące się utratą energii, podatnością na wypadki, nieustannym zmęczeniem, bólami pleców, napięciem mięśni, skłonnością do przeziębień, zmianą przyzwyczajeń żywieniowych, występowaniem koszmarów sennych oraz spożywaniem większej ilości używek czy leków;
- wyczerpanie emocjonalne: bezzadność, płaczliwość, uczucie smutku, brak wyjścia i perspektyw, odczucie pustki, rozczarowanie, ogólne zniechęcenie, nadpobudliwość.
- wyczerpanie psychiczne, które objawia się cynizmem i lekceważącym stosunkiem do pacjentów, krytycznym stosunkiem do pracy oraz siebie, brakiem szacunku do samego siebie, zerwaniem kontaktu z kolegami i bliskimi, utratą poczucia własnej wartości [26].

Maslach oraz Jackson, badając zjawisko wypalenia zawodowego, wyróżnili dwie grupy zmiennych: czynniki pomagające skutecznie walczyć z wypaleniem oraz mogące sprzyjać wypaleniu zawodowemu. Badania wykładowały charakterystyczny obraz dla wypalenia zawodowego u pielęgniarek. Zjawisko wypalenia rośnie, gdy wzrasta ilość przydzielanych zadań lub gdy obniża się możliwości decyzji w pracy. Według Jackson i Schuler wraz z brakiem możliwości kontroli otoczenia wzrasta ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego. Stwierdzenie to oparte zostało na założeniu, iż otoczenie nagradzające dla pracownika jest takim, na które można wpływać, natomiast niekorzystne otoczenie to takie, gdzie możliwość kontroli jest ograniczona. Wskaźnikiem kontroli dla pielęgniarek jest otrzymywanie zwrotnych informacji od pacjentów, jak również możliwość podejmowania decyzji dotyczących wykonywanych procedur przy pacjencie. Wraz ze spadkiem kontroli rośnie depersonalizacja pacjentów, co powoduje więcej konfliktów powiązanych z pełnioną rolą. Wyznaczenie granicy kontroli uniemożliwia niesprecyzowana rola, co powoduje spadek poczucia osiągnięć oraz wyczerpanie emocjonalne. Taki konflikt powoduje również cynizm w stosunku do pacjenta.

Silę do walki z trudnościami swojego zawodu daje pielęgniarcom możliwość podejmowania decyzji oraz poczucie kontroli [27].

Następstwa wypalenia zawodowego są bardzo rozległe i mogą dotyczyć kilku obszarów życia, m.in. mogą oddziaływać na zdrowie fizyczne i psychiczne oraz wpływać negatywnie na relacje rodzinne.

Konsekwencjami wypalenia zawodowego są: bóle mięśni, głowy, problemy ze snem, choroby kardiologiczne, choroby układu pokarmowego, zmiana apetytu, złe samopoczucie, zmiana wagi. Często występuje uzależnienie od środków psychoaktywnych, a konsekwencje zdrowotne odczuwane mogą być także w sferze zdrowia psychicznego. Wśród wypalonych osób można zaobserwować: skłonność do depresji, odczuwanie nieustannych porażek, zaniepokojenie, brak akceptacji samego siebie, niską samoocenę [28].

Do następstw organizacyjnych wypalenia zawodowego zalicza się przede wszystkim: częstą absencję chorobową, obniżenie jakości i wydajności pracy, konflikty pracownicze a także koszty związane z koniecznością przekwalifikowania nowego pracownika. Po okresie pełnego zaangażowania i motywacji, pracownik jest antypatyczny i zniechęcony do pracy. Do następstw wypalenia zawodowego zaliczyć można również zwiększone ryzyko wypadków w pracy, rezygnowanie z wybranego zawodu, częste zmiany pracy czy wcześniejsze przechodzenie na emeryturę. Szczególnie dotkliwe są konsekwencje dotyczące pracowników medycznych, gdyż mogą prowadzić do bycia obojętnym w stosunku do pacjentów, ich problemów i potrzeb, a w konsekwencji doprowadzić do braku zadowolenia pacjenta z opieki medycznej lub też nawet do rezygnacji z dalszego leczenia. Wymagania pacjentów również są trudne do zniesienia przez personel medyczny, który pracując coraz więcej, stopniowo dystansuje się od pacjentów oraz unika kontaktów, nadzoruje zamiast opiekować się. Zachowanie takie jest bardzo negatywnie oceniane, co wywołuje u pracowników poczucie braku sensu pracy, kompetencji oraz rozczarowanie [29].

Mobbing

Mobbingiem nazywana jest usystematyzowana forma przemocy psychicznej, która jest stosowana w miejscu pracy. Zjawisko przemocy w miejscu pracy dostrzeżono w latach 80 XX wieku. Dopiero na przestrzeni ostatnich lat zaczęto interesować się mobbingiem w Polsce [30].

Według przeprowadzonych w 2005 roku badań, pielęgniarki są 3-krotnie częściej niż inni pracownicy ochrony zdrowia ofiarami przemocy psychicznej. Napięcie psychiczne spowodowane może być zmianowym systemem pracy, przemęczeniem, stresem związanym z narażeniem na oddziaływanie szkodliwych czynników a także odpowiedzialnością za życie oraz zdrowie drugiego człowieka. Codzienna współpraca z ludźmi oraz wiele zależności pomiędzy pracownikami może przyczynić się do powstawania konfliktów. Pomimo zmian demograficznych, które zachodzą w grupie zawodowej pielęgniarek, większość wciąż stanowią kobiety. Czynnikiem warunkującym zwiększone ryzyko mobbingu może być też feminizacja zawodu. Kobiety mogą wyrażać agresję wobec innych poprzez poniżanie, szykanowanie oraz odrzucenie z grupy znajomych. Mężczyźni znacznie częściej odreagowują poprzez przemoc fizyczną [31].

Wiele agresywnych zachowań występuje w relacjach interpersonalnych w grupie zawodowej pielęgniarek. Należą do nich takie zachowania, jak upokarzanie w kontekście umiejętności zawodowych, rozpowszechnianie plotek, drwiny i żarty odnośnie wyglądu, brak wsparcia, odmowa dzielenia się informacjami, nieżyczliwe spojrzenia oraz zachowania niewerbalne, wykorzystywanie w codziennych obowiązkach zawodowych, zwracanie się do siebie po nazwisku czy niestosowne żarty. Obecnie problem mobbingu wśród pielęgniarek jest podmiotem zainteresowań badaczy na całym świecie. [32].

Praca zmianowa

Rodzajem zatrudnienia dominującym w zakładach opieki zdrowotnej w Polsce z uwagi na potrzebę zagwarantowania stałych świadczeń medycznych społeczeństwu jest praca zmianowa w trybie 12 h [33].

Z dostępnych badań wynika, że pielęgniarki zatrudnione w systemie zmianowym, a zwłaszcza nocnym, narażone są na występowanie zaburzeń w funkcjonowaniu przewodu pokarmowego, choroby układu krążenia, cukrzycę, otyłość jak również zaburzenia snu i depresję [34].

Osoby, które pracują w nocy częściej zapadają na nadciśnienie tętnicze i chorobę wieńcową. Spożywanie posiłków w czasie godzin nocnych może być przyczyną choroby wrzodowej a także powodować zaburzenia trawienia, zgagę, brak apetytu albo nadmierny apetyt. Zwiększony apetyt jest przyczyną otyłości i może powodować obciążenie układu mięśniowego i kostno-stawowego.

W pracy pielęgniarek niedobór lub brak snu jest przyczyną rozdrażnienia, powoduje konflikty ze współpracownikami, prowadzi do stanów lękowych, nerwic, lekomanii, organizm staje się bardziej podatny na uzależnienia [35].

Niektóre naukowe opracowania potwierdziły hipotezę o negatywnym wpływie zmianowego systemu pracy na organizm kobiety. Mogą występować m.in. zaburzenia miesiączkowania, przedterminowe porody, poronienia oraz niska masa urodzeniowo noworodków. W innych badaniach na ten temat zaobserwowano również zaburzenia w dobowym wydzielaniu niektórych hormonów (hormon luteinizujący, melatonina, folikulostymulina), które stanowią ryzyko chorób nowotworowych [36].

Praca zmianowa związana jest z częstym występowaniem bezsenności a także nadmiernej senności podczas dnia. U pracowników zmianowych ilość godzin snu jest niższa w stosunku do innych. Problem zaburzeń snu występujących u pracowników zmianowych ujęto w jednostkę chorobową SWSD (zaburzenia snu związane z pracą zmianową, ang. *Shift Work Sleep Disorder*), która objawia się bezsennością lub nadmierną sennością rozpoznanymi zgodnie z kryteriami ICD (Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*). Konsekwencją SWSD są dolegliwości somatyczne, wypadki spowodowane brakiem koncentracji i nadmierną sennością, zwiększona chorobowość i częste nieobecności w pracy [37].

Praca zmianowa i w nocy powoduje rozregulowanie rytmu biologicznego. Ma to wpływ na samopoczucie, życie społeczne i rodzinne, zaburza odpoczynek i sen oraz aktywność fizyczną pozazawodową, nasilając przewlekłe dolegliwości bólowe pleców [21].

Celem pracy była:

1. Ocena występowania czynników ryzyka zawodowego przez pielęgniarki pracujące w Oddziale Intensywnej Terapii.
2. Sprawdzenie, czy w populacji pielęgniarek pracujących na oddziale Intensywnej Terapii istnieje zagrożenie mobbingiem.

Material i metodologia

Badania przeprowadzano wśród 114 pielęgniarek pracujących w Oddziale Intensywnej Terapii.

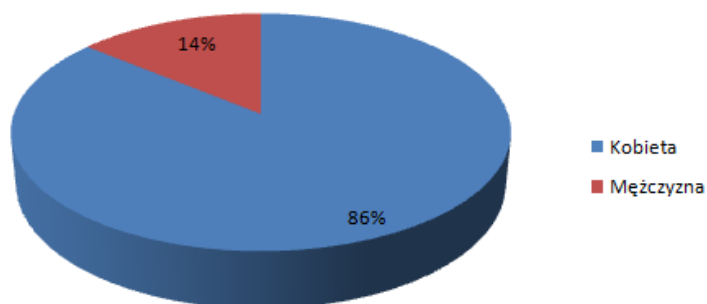
W tym celu wykorzystano anonimowy kwestionariusz ankiety opracowany na potrzeby prezentowanych badań. Ankieta składała się z 39 pytań. Pierwsze pytania (pyt. 1-5) dotyczyły płci, wieku, miejsca zamieszkania, stanu cywilnego, wykształcenia. W następnych (pyt. 6-11) pytano o sytuację materialną, posiadane formy kształcenia podyplomowego, staż pracy na stanowisku pielęgniarki i w Oddziale Intensywnej Terapii, dodatkową pracę oraz odpoczynek. Kolejne pytania (pyt. 12-39) dotyczyły sytuacji stresowych – przyczyn i radzenia sobie z nimi, na czyją pomoc można liczyć, stosowania używek, ilości snu po dyżurze nocnym, narażenia na czynniki ryzyka podczas dyżuru. Pytano, czy miała miejsce ekspozycja zawodowa, w jaki sposób do niej doszło oraz świadomość postępowania po ekspozycji. Inne pytania dotyczyły schorzeń występujących wśród personelu, mobbingu a także środków ochrony indywidualnej. Pytano, czy znane są normy dźwigania i ich przestrzeganie w miejscu pracy oraz czy doznano urazu w Oddziale Intensywnej Terapii. Końcowe pytania określały częstość pracy z pacjentami agresywnymi i obraźliwe słowa padające z ich strony, ilu chorych przypada na jedną pielęgniarkę podczas dyżuru, czy ilość personelu jest wystarczającą, aby zapewnić kompleksową opiekę nad chorym, rozważania zmiany pracy oraz przydatności poradnika na temat zmniejszenia czynników ryzyka zawodowego.

Wyniki przeprowadzonych badań przedstawiono za pomocą rycin i tabel. Zebrane wyniki opracowano przy pomocy programu Microsoft Office Excel 2007.

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto wnioski na temat występowania czynników ryzyka zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w Oddziałach Intensywnej Terapii.

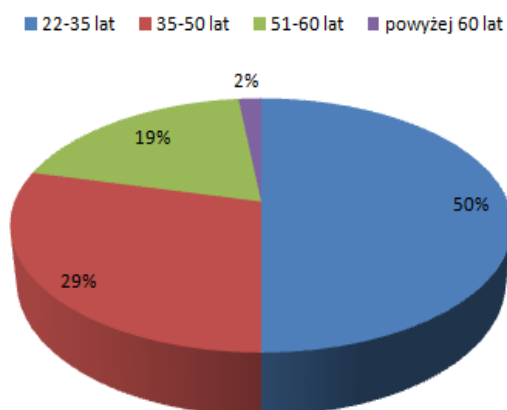
Wyniki

Badaną grupę stanowiło 114 pielęgniarek/pielęgniarzy: 98 kobiet – 86% i 16 mężczyzn – 14% (ryc. 1).



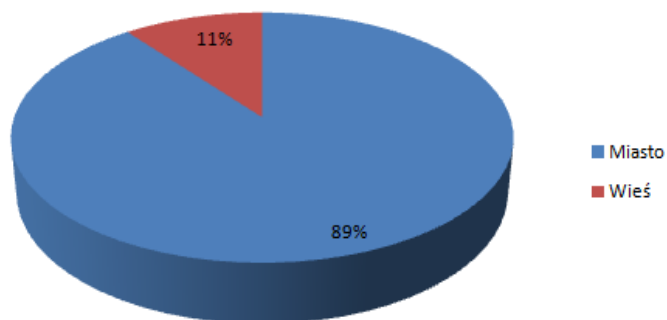
Rycina 1. Płeć ankietowanych

Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 22 – 35 lat, co stanowiło 50% badanych, zaś najmniej liczną były osoby powyżej 60 roku życia (2 osoby – 2%) (ryc. 2).



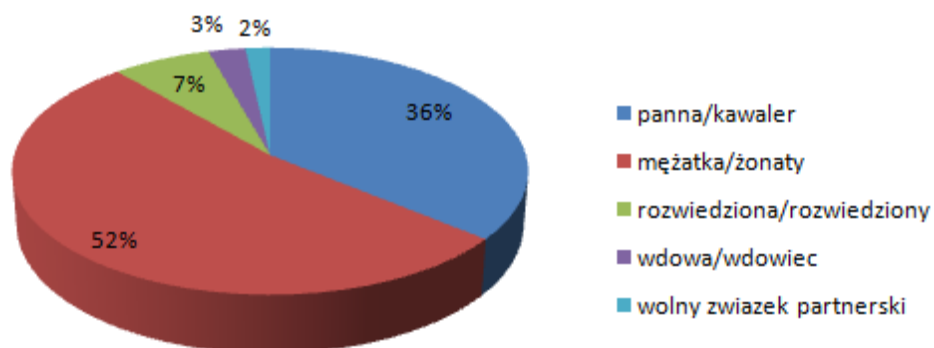
Rycina 2. Wiek ankietowanych

Biorąc pod uwagę miejsce zamieszkania ankietowanych najwięcej osób mieszka w mieście – 89%. (ryc. 3).



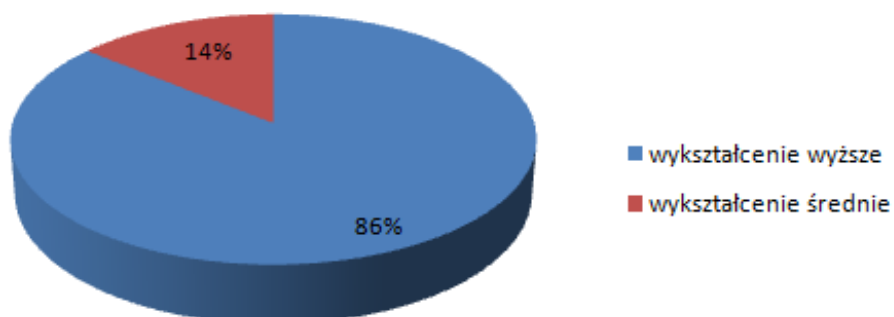
Rycina 3. Miejsce zamieszkania ankietowanych

Wśród badanych większość respondentów była stanu zamężnego/żonatego –52%, (ryc. 4).



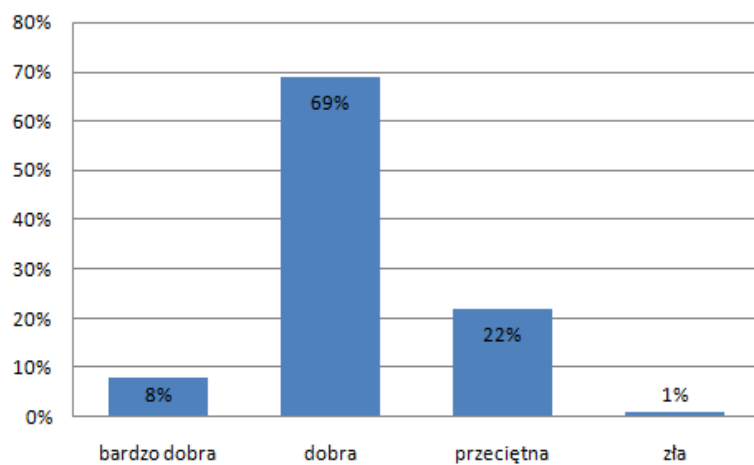
Rycina 4. Stan cywilny ankietowanych

Analizując wykształcenie respondentów wykazano, że zdecydowana większość posiadała wyższe wykształcenie – 86% (ryc. 5).



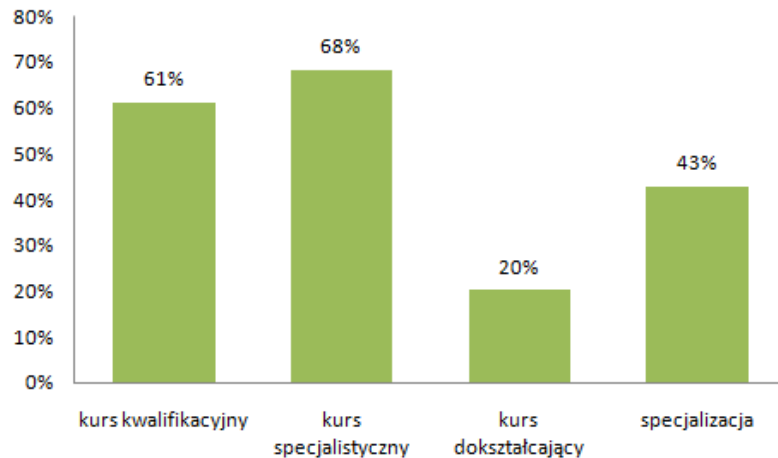
Rycina 5. Wykształcenie ankietowanych

W badanej populacji 69% respondentów własną sytuację materialną określiła jako dobrą (ryc. 6).



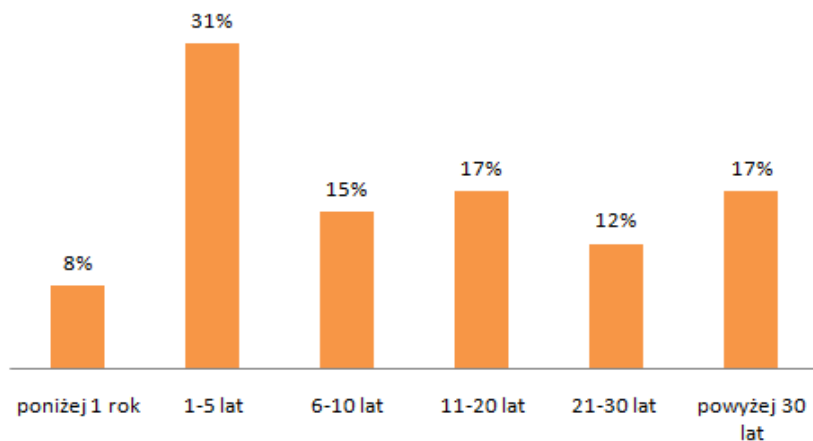
Rycina 629. Jaka jest Pana/Pani sytuacja materialna?

W badanej populacji pielęgniarek ponad połowa ukończyła kurs specjalistyczny lub kwalifikacyjny (ryc. 7).



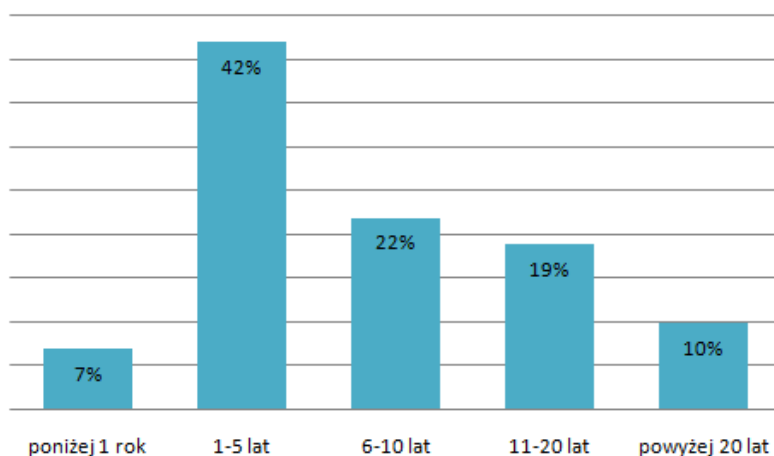
Rycina 730. Posiadane formy kształcenia podyplomowego

Wśród ankietowanych najczęstszy staż pracy osób zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki wynosił 1-5 lat – 25 (31%), natomiast tylko 8% stanowiły pielęgniarki pracujące poniżej roku (ryc. 8).



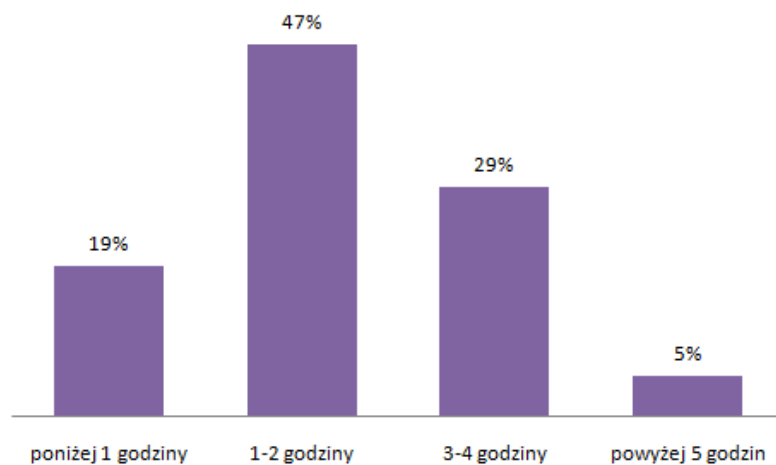
Rycina 8. Staż pracy na stanowisku pielęgniarki

W badanej populacji staż pracy na Oddziale Intensywnej Terapii u 7% wynosił poniżej 1 roku (ryc. 9).



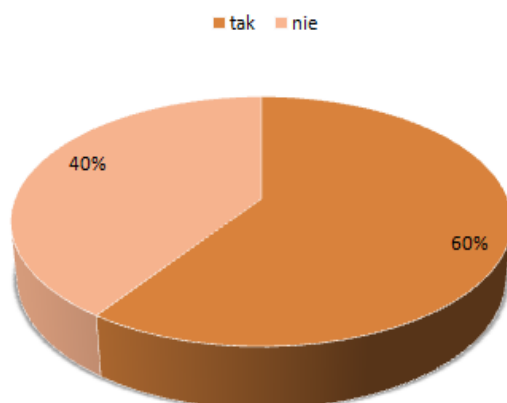
Rycina 9. Staż pracy na Oddziale Intensywnej Terapii

W badanej populacji 74% respondentów przeznaczają na odpoczynek 19% poniżej godziny.(ryc. 10).



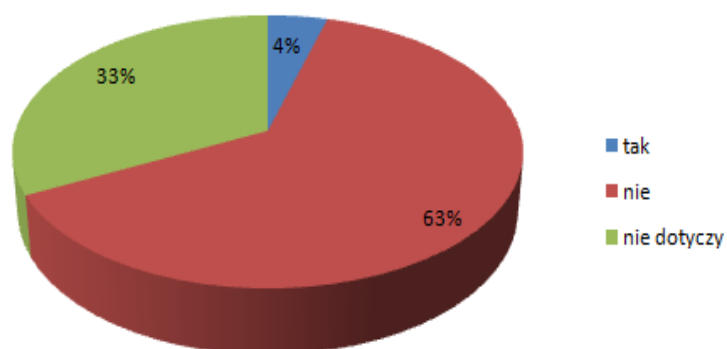
Rycina 10. Ile czasu przeznaczają pielęgniarki na odpoczynek w ciągu dnia?

Większość respondentów - 60% podjęło dodatkowe zatrudnienie (ryc. 11).



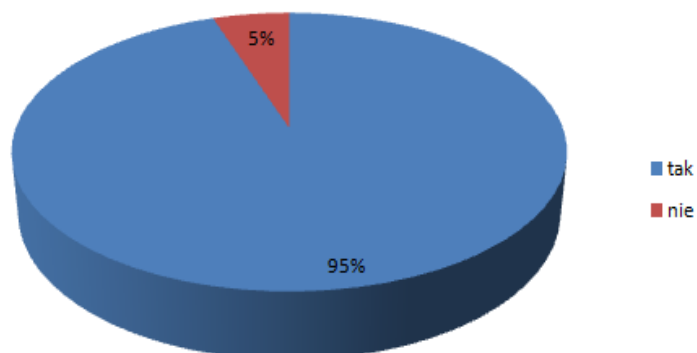
Rycina 11. Dodatkowe zatrudnienie pielęgniarek

W badanej populacji ponad połowa pielęgniarek pracujących w systemie zmianowym nie miała problemów ze zdrowiem reprodukcyjnym, powyższy problem dotyczył jedynie 4% respondentów (ryc. 12).



Rycina 12. Subiektywna ocena pielęgniarek zdrowia reprodukcyjnego

Praca na Oddziale Intensywnej Terapii bywa stresująca dla 95% respondentów (ryc. 13).



Rycina 13. Subiektywna ocena pielęgniarek stresującej pracy

W badanej populacji 68% respondentów uważało, że jedną z głównych przyczyn stresu w pracy było obciążenie pracą, natomiast zdaniem 7% respondentów był to charakter pracy (tab. I).

Tabela I. Przyczyny stresu w pracy pielęgniarek

Główne przyczyny stresu w pracy	N	%
Charakter pracy (brak zróżnicowania w pracy, monotonne zadania)	8	7%
Godziny pracy nieelastyczny czas pracy)	19	17%
Obciążenie pracą (praca pod presją czasu, zbyt wiele lub zbyt mało obowiązków)	78	68%
Relacje interpersonalne (nieuprzejmy, nieodpowiedni, nieudzielający wsparcia przełożony, złe relacje ze współpracownikami)	34	30%
Rozwój kariery (brak możliwości awansu, posiadanie zbyt wysokich lub zbyt niskich kwalifikacji w stosunku do wykonywanej pracy)	15	13%
Życie prywatne – praca (brak równowagi między pracą a życiem prywatnym)	31	27%
Inne	7	6%

W sytuacjach stresowych 84% ankietowanych pielęgniarek mogło liczyć na pomoc koleżanek, tylko 7% nigdy nie uzyskało pomocy (tab. II).

Tabela II. Od kogo mogą uzyskać pomoc pielęgniarki w sytuacjach stresowych

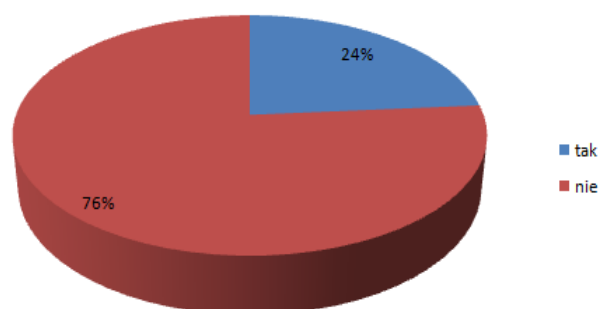
Czy w sytuacjach stresowych może Pan/i liczyć na pomoc ze strony	N	%
Pielęgniarek	96	84%
Oddziałowej	67	59%
Lekarzy	21	18%
Nie otrzymuję pomocy	7	6%

W badanej populacji 58% respondentek, aby poradzić sobie z sytuacją stresową w pracy spotykała się ze znajomymi. Natomiast 11% respondentek stosowała używki (tab. III).

Tabela III. Sposoby radzenia pielęgniarce sobie ze stresem w miejscu pracy

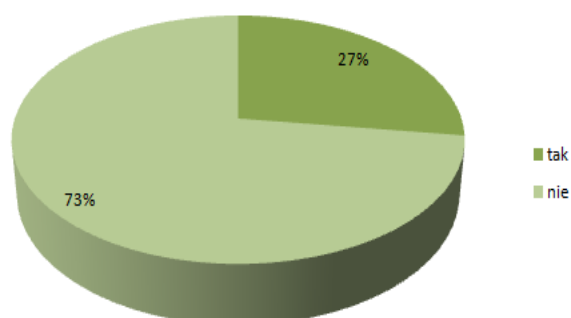
W jaki sposób radzi Pan/i sobie ze stresem w pracy?	N	%
Stosowanie leków	2	2%
Spotkania ze znajomymi	66	58%
Jedzenie słodczy	24	21%
Aktywność fizyczna	48	42%
Używki	13	11%
Inne	9	8%

W badanej populacji większość respondentek nie paliła papierosów (ryc. 14).



Rycina 14. Czy pielęgniarki palą papierosy?

W badanej populacji większość pielęgniarce nie stosowało używek (ryc. 15).



Rycina 15. Czy pielęgniarki stosują używki ?

W badanej populacji 46% respondentek spożywało 2-3 kawy w ciągu dyżuru (tab. IV).

Tabela IV. Ilość spożywanej kawy przez pielęgniarki w ciągu dyżuru?

Ile wypija Pan/i kaw w przeciągu dyżuru?	N	%
1 kawa	35	31%
2-3 kawy	52	46%
4 i więcej	5	4%
Nie dotyczy	22	19%

Po dyżurze nocnym 69 respondentów (61%) śpi 1 - 3 godziny, 32 osoby (28%) odsypia 4 - 6 godzin, 11 osób (10%) odpoczywa poniżej 1 godziny, a tylko 2 (2%) powyżej 6 godzin (tab. V).

Tabela V. Subiektywna ocena pielęgniarek snu po dyżurze nocnym

Ile śpi Pan/i po dyżurze nocnym?	N	%
Poniżej 1 godziny	11	10%
1 – 3 godziny	69	61%
4-6 godzin	32	28%
Powyżej 6 godzin	2	2%

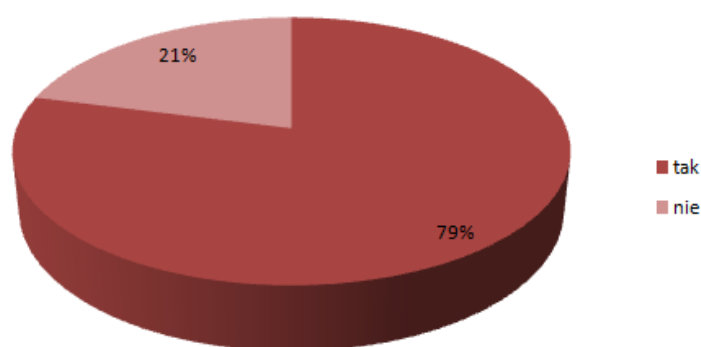
W badanej populacji 54% respondentów skarżyło się na bóle kręgosłupa, po 49% respondentów uskarżało się na przemęczenie i zaburzenia snu (tab. VI).

Tabela VI. Subiektywna ocena pielęgniarek w zakresie własnych chorób

Które z poniższych schorzeń dotyczą Pana/i?	N	%
Ból głowy	50	44%
Ból kręgosłupa	61	54%
Przemęczenie	56	49%
Choroby serca i układu krążenia	13	11%
Otyłość	9	8%
Cukrzyca	5	4%
Problemy z trawieniem	16	14%
Nieregularne cykle miesięczne	12	11%

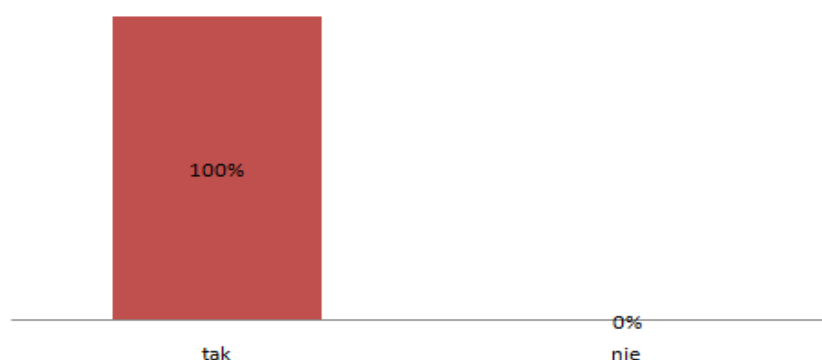
Zaburzenia snu	56	49%
Częste infekcje	6	5%
Wrzody żołądka i dwunastnicy	2	2%
Wypalenie zawodowe	13	11%
Żylaki kończyn dolnych	15	13%
Wypadanie włosów	27	24%
Problemy z cerą	34	30%
Nie dotyczy	9	8%

W badanej populacji 79% pielęgniarek zostało poinformowanych o czynnikach ryzyka zawodowego (ryc. 16).



Rycina 16. Czynniki ryzyka zawodowego w opinii pielęgniarek

Wszyscy respondenci stwierdzili, że przestrzegają procedur szpitalnych i zasad BHP (ryc. 17).



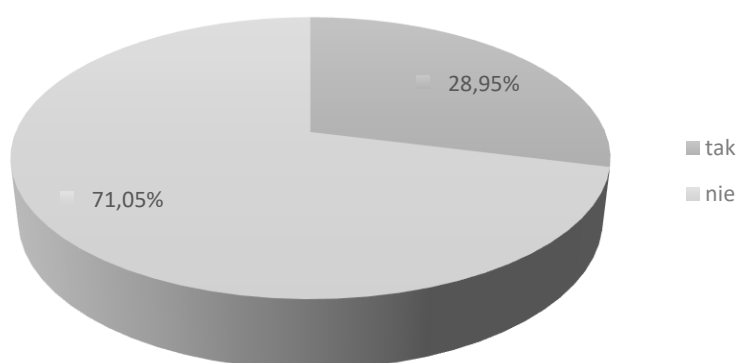
Rycina 17. Przestrzeganie przez pielęgniarki procedur szpitalnych i zasad BHP

W badanej populacji analizowano czynniki, na które narażone są pielęgniarki w czasie dyżuru. Wskazano, że największe narażenie związane jest z podnoszeniem ciężarów, zakłuciem ostrymi narzędziami, kontaktem z bakteriami, grzybami i pierwotniakami a także obciążeniem psychicznym (tab. VII).

Tabela VII. Na jakie czynniki narażone są pielęgniarki w czasie dyżuru

Na jakie czynniki jest Pan/i narażony/a podczas swojego dyżuru?	N	%
Hałas	43	38%
Bakterie, grzyby, pierwotniaki	104	91%
Obciążenie psychiczne	96	84%
Podnoszenie ciężarów między innymi: pacjenci, sprzęt medyczny	107	94%
Promieniowanie rentgenowskie	87	76%
Bezpośredni kontakt z ludźmi przewlekle oraz nieuleczalnie chorymi	89	78%
Zagrożenie zakłuciem ostrymi narzędziami, igłami itp.	104	91%
Możliwość wystąpienie podrażnień, uczuleń oraz stanów zapalnych skóry wynikające z częstego korzystania z detergentów oraz środków dezynfekcyjnych	96	84%
Niedostateczne wyposażenie stanowiska w sprzęt oraz aparaturę medyczną, preparaty dezynfekcyjne	16	14%
Możliwość wystąpienia podrażnień spojówek, błony śluzowej nosa i gardła wynikające z stosowania aerozoli, płynów myjących i czyszczących	85	75%

W badanej populacji 29% respondentów miało zdarzenie niepożądane (ryc. 18).



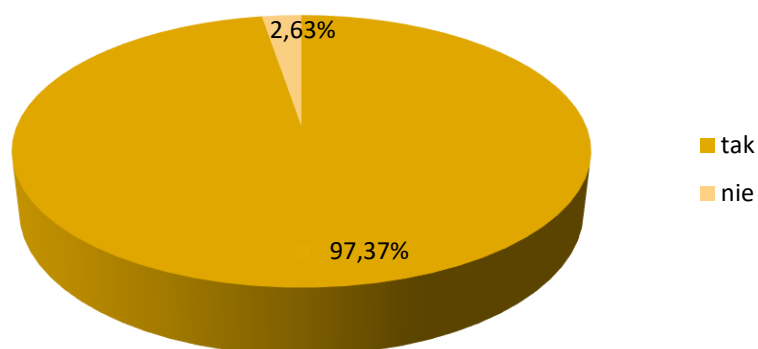
Rycina 18. Narażenie pielęgniarek na ekspozycję zawodową

Do ekspozycji zawodowej doszło u 17% respondentów (tab. VIII).

Tabela VIII. Sposoby narażenia pielęgniarek na ekspozycję zawodową

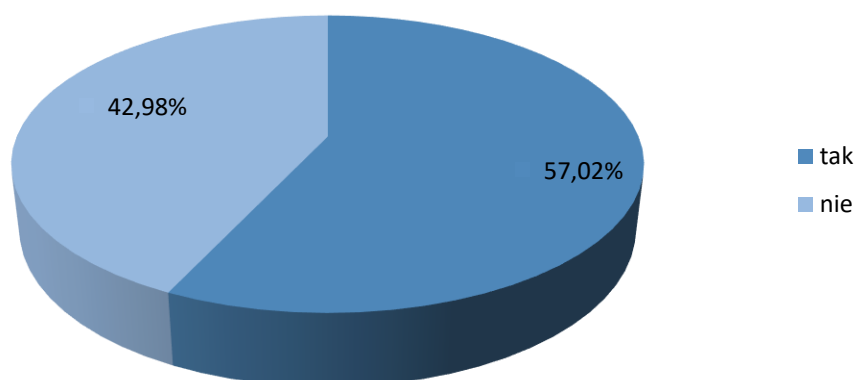
W jaki sposób doszło u Pana/i do ekspozycji zawodowej?	N	%
Zakłucie	19	17%
Skaleczenie	7	6%
Kontakt z uszkodzoną skórą	3	3%
Kontakt z błonami śluzowymi	11	10%
Ugryzienie	1	1%
Nie dotyczy	69	61%

W Oddziale Intensywnej Terapii opracowana jest procedura poekspozycyjna. 111 ankietowanych (97%) wiedziało, jak postępować w przypadku ekspozycji, 3 osoby (3%) wiedzy tej nie posiadało (ryc. 19).



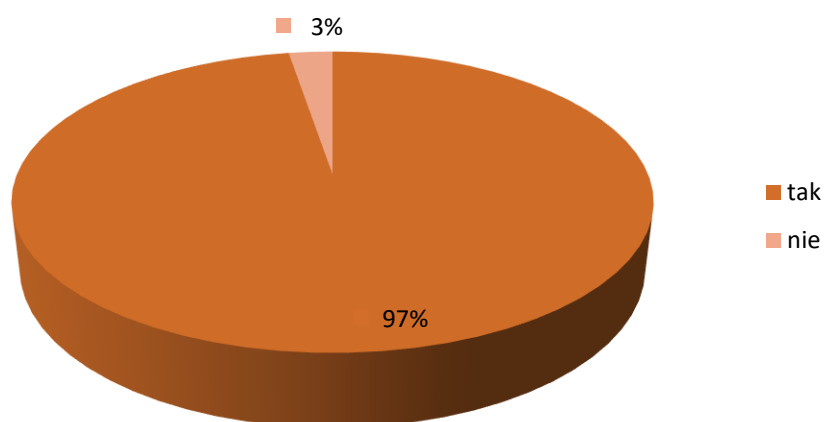
Rycina 19. Opinie pielęgniarek na temat zachowania się w trakcie narażenia na ekspozycję zawodową?

W badanej populacji 57% respondentów doświadczyło mobbingu lub obserwowało go w pracy (ryc. 20).



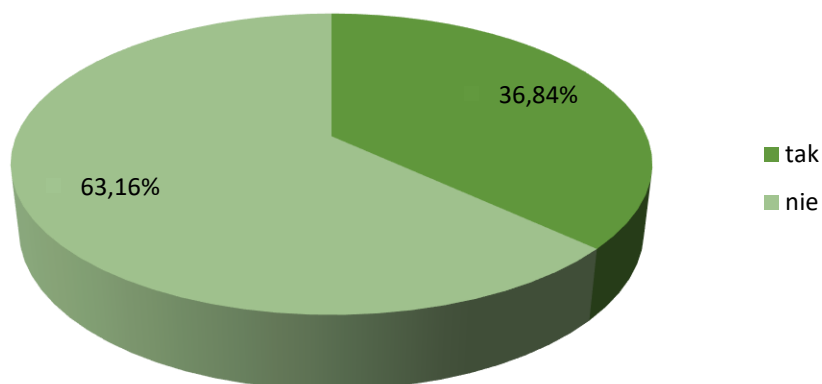
Rycina 20. Doświadczenie lub obserwowanie zachowań mobbingowych przez pielęgniarki ?

W badanej populacji 97% respondentów miało zapewnione środki ochrony indywidualnej (ryc. 21).



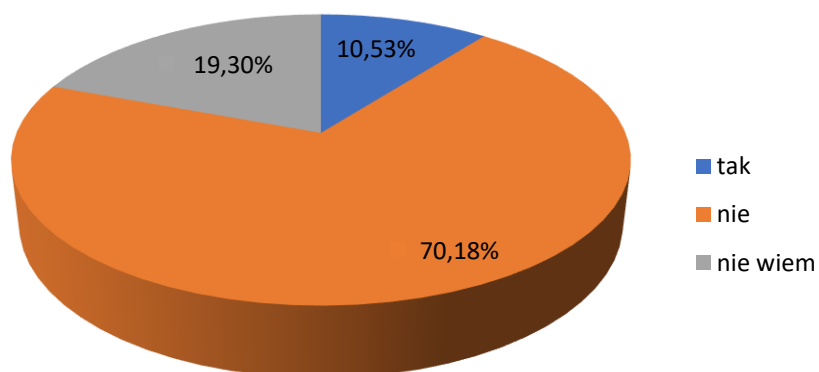
Rycina 21. Opinie pielęgniarek na temat zapewnienia środków ochrony indywidualnej w miejscu pracy

W badanej populacji 37% pielęgniarek była zmuszana do oszczędzania środków ochrony osobistej (ryc. 22).



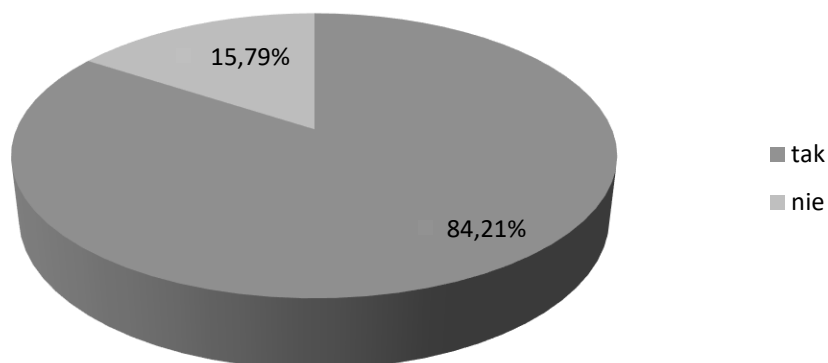
Rycina 22. Opinie pielęgniarek na temat wskazań do oszczędzania środków ochrony osobistej?

W badanej populacji analizowano przestrzeganie norm dotyczących przenoszenia ciężarów. Zdaniem 80% respondentów normy nie były przestrzegane (ryc. 23).



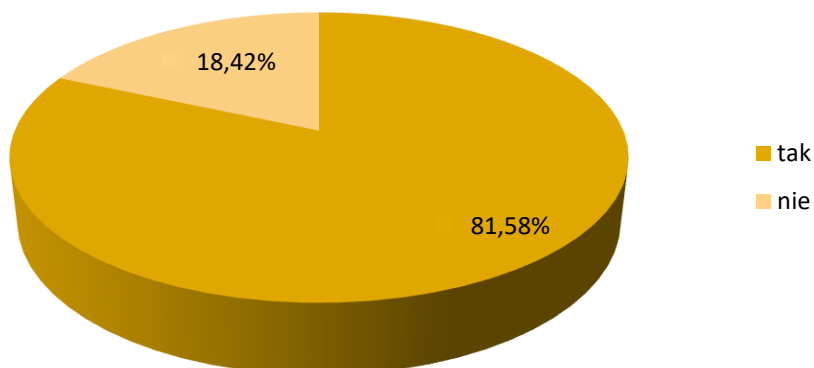
Rycina 23. Opinie pielęgniarek na temat przestrzegania norm dźwigania normy dźwigania?

W badanej populacji 84% respondentów posiadało wiedzę na temat norm podnoszenia ciężarów zalecanych dla kobiet i mężczyzn (ryc. 24).



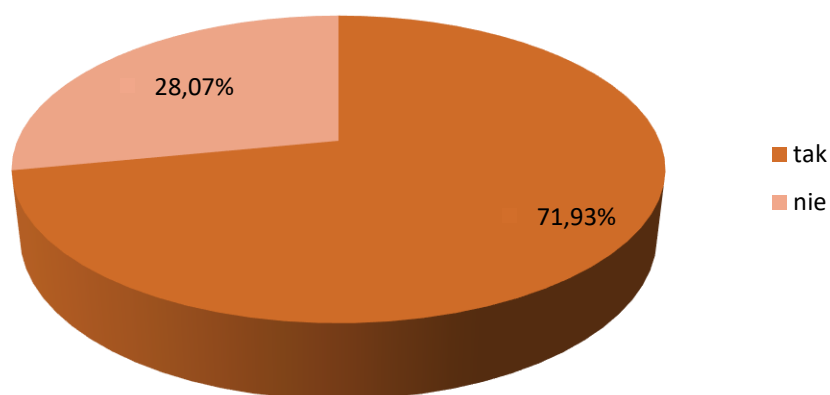
Rycina 24. Wiedza pielęgniarek na temat e norm podnoszenia ciężarów w pracy dla kobiet i mężczyzn

W badanej populacji 18% respondentów doznało urazu w czasie pracy (ryc. 25).



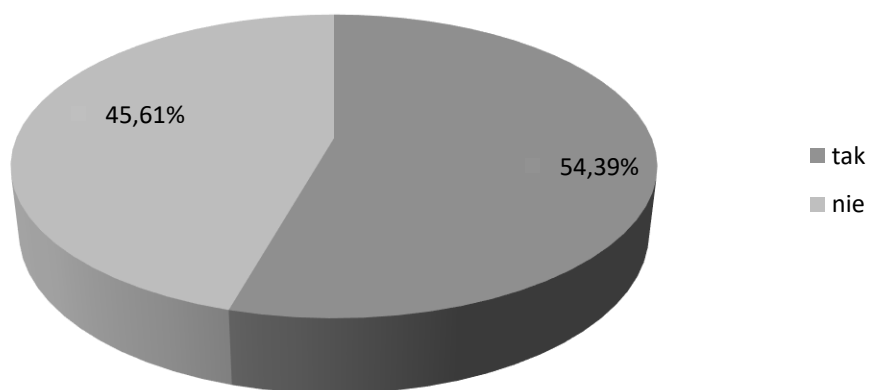
Rycina 25. Opinie pielęgniarek na temat wystąpienia urazu w trakcie pracy

W badanej populacji 82% respondentów miało kontakt z pacjentami zachowującymi się agresywnie lub będącymi w trakcie psychozy (ryc. 26).



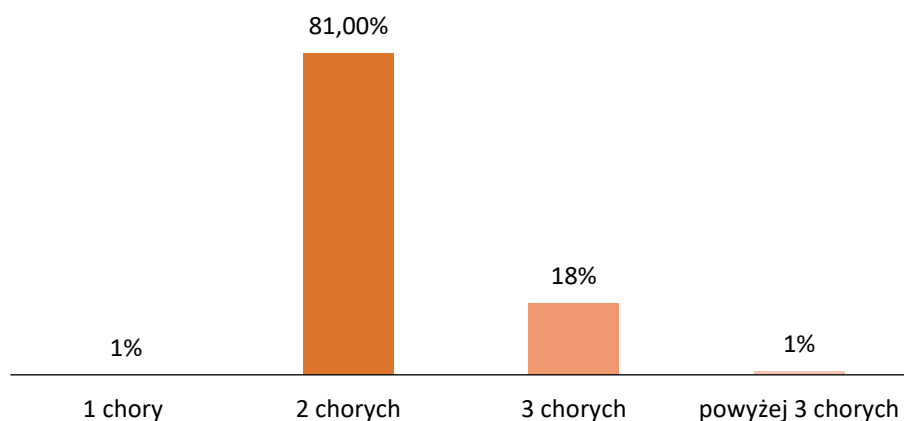
Rycina 26. Kontakt pielęgniarek z pacjentami agresywnymi

W badanej populacji 52,46% pielęgniarek miało kontakt z agresją werbalną ze strony pacjentów (ryc. 27).



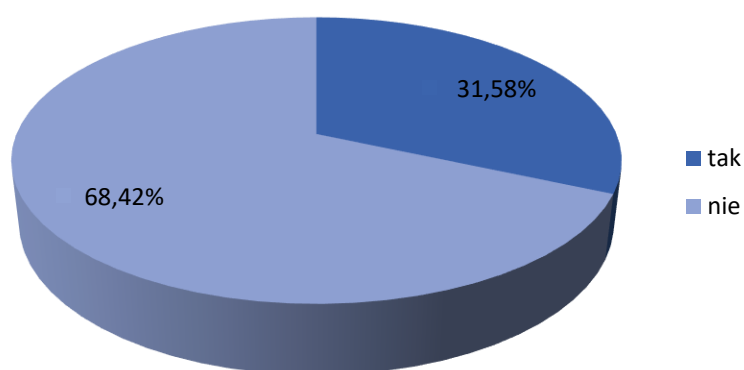
Rycina 27. Opinie pielęgniarek na temat agresji werbalnej ze strony pacjentów

Według norm zatrudnienia na 1 pielęgniarkę w Oddziale Intensywnej Terapii przypada 2 pacjentów. W badanej populacji 81% respondentów wskazało powyższą odpowiedź (ryc. 28).



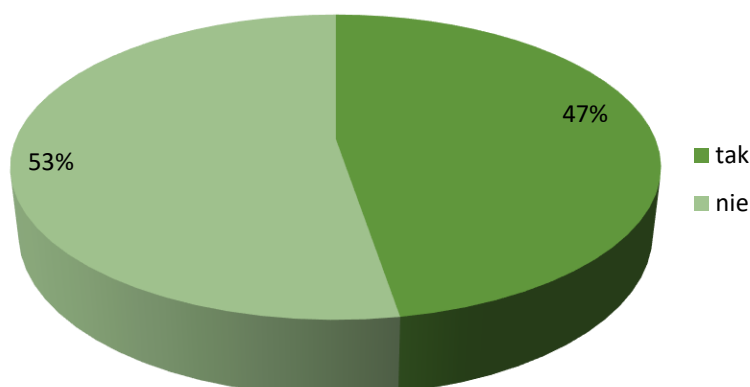
Rycina 28. Wiedza pielęgniarek na temat przestrzegania norm zatrudnienia dotyczących opieki nad pacjentami w Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej

W badanej populacji 68% respondentów uważa, że ilość zatrudnionego personelu pielęgniarskiego nie jest wystarczająca, aby zapewnić kompleksową opiekę nad chorymi (ryc. 29).



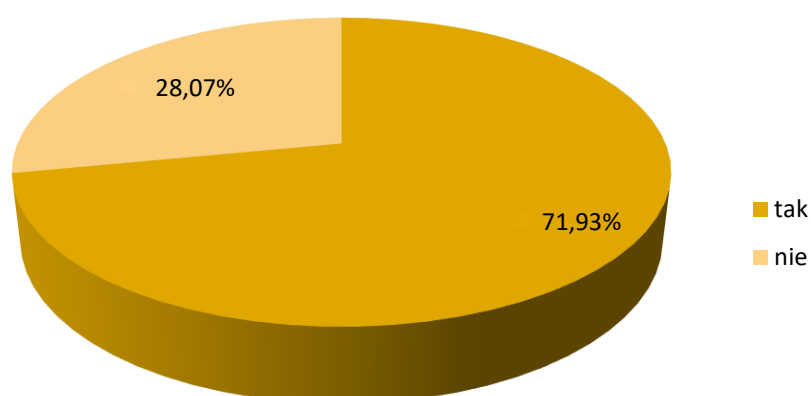
Rycina 29. Opinie pielęgniarek na temat norm zatrudnienia w celu zapewnienia kompleksowej opieki pacjentom

W badanej populacji 47% respondentów rozważało możliwość zmiany pracy (ryc. 30).



Rycina 30. Opinie pielęgniarek na temat zmiany pracy

W badanej populacji 71,93% respondentów uważało, że należy opracować poradnik dotyczący zmniejszenia czynników ryzyka zawodowego .(ryc. 31).



Rycina 31. Opinie pielęgniarek na temat opracowania poradnika dotyczącego zmniejszenia czynników ryzyka zawodowego

Dyskusja

Pielęgniarki pracujące na Oddziale Intensywnej Terapii Medycznej narażone są na wiele czynników ryzyka zawodowego.

Wyniki badań przeprowadzonych przez Graham i wsp. wśród 18 676 pielęgniarek zatrudnionych w opiece zdrowotnej na terytorium Kanady wykazały, że pielęgniarstwo jest

bardzo ryzykownym zawodem. Wskazują na to zdarzenia mające miejsce w pracy badanych pielęgniarek: 48% spośród nich podczas pracy ukłuło się lub zacięło, 29% zostało zaatakowanych fizycznie, 44% było narażonych na znęcanie się psychiczne przez pacjentów lub ich rodziny, 25% skarżyło się na częste kłopoty z kręgosłupem, a 9% cierpiało na depresję [38].

W badaniach własnych przeprowadzonych wśród pielęgniarek pracujących w Oddziale Intensywnej Terapii wykazano, że zakłucie igłą dotyczyło 17% pielęgniarek, skaleczenie 6%, kontakt z agresywnymi pacjentami miało 72% respondentów.

Według E. Kuriaty i wsp. w przeprowadzonych badaniach sondażowych wśród pielęgniarek z różnych jednostek opieki zdrowotnej w Polsce, wykazano, że zmęczenie może być przyczyną popełniania błędów oraz zaniedbań w pielęgnacji pacjentów. Przyczyną według badanych jest zmęczenie (27,81%) związane ze zmniejszoną liczebnością kadry, zbyt dużą liczbą pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę (45%) jak również nieprawidłowe relacje między personelem (21,85%) oraz czynniki związane z wyposażeniem stanowisk i organizacją pracy takich jak złe oświetlenie, hałas, ruch na oddziale. Braki w wyposażeniu zaznaczyło 29,8% badanych – niedobór materiałów do pielęgnacji, oszczędzanie rękawic, jednorazowych fartuchów, środków opatrunkowych i dezynfekcyjnych. Niedobory kadrowe wymieniło 24,5% [6].

Lee i wsp. w swoich badaniach zwracają uwagę, że w przeciążeniu pracą pielęgniarek pracujących w oddziałach intensywnej terapii znaczenie odgrywa nie tylko bezpośrednia ilość pacjentów pozostających pod opieką jednej pielęgniarki, lecz również zakres zadań, zgony chorych [39].

W badaniach własnych na przemęczenie uskarża się 49% pielęgniarek. 68% personelu uważa, że obsada pielęgniarska nie jest wystarczająca, aby zapewnić kompleksową opiekę nad chorym. Nieprawidłowe relacje interpersonalne zaznaczyło 30% badanych. Jeżeli chodzi o środki ochrony indywidualnej takie jak rękawice, okulary, maseczki, jednorazowe fartuchy oraz odzież ochronną, to 97% respondentów stwierdziło, że są one zapewnione, jednak do oszczędzania zmuszonych było 37% ankietowanych. Niedostateczne wyposażenie stanowiska w sprzęt oraz aparaturę medyczną preparaty dezynfekcyjne stwierdziło tylko 3% badanych. Hałas utrudniał pracę dla 38% respondentów.

Najpoważniejszym zagrożeniem w pracy pielęgniarki według danych epidemiologicznych przedstawionych przez Kuriatę i wsp. są czynniki biologiczne [6]. Patogeny przenoszone

przez krew i płyny ustrojowe są zagrożeniem w trakcie codziennej pracy dla 63% pielęgniarek. Do czynników biologicznych mogą dołączać czynniki chemiczne i substancje o działaniu drażniącym czy alergizującym. Jedną z grup zagrożeń są zmiany skórne występujące w wyniku częstego mycia i dezynfekcji rąk, jak również w związku z niewłaściwym używaniem gumowych rękawic ochronnych, kontaktem ze środkami dezynfekcyjnymi lub narzędziami. Charakterystyczna jest alergia nakładająca się – najpierw pojawia się reakcja na środki dezynfekcyjne a potem na lateks występujący w rękawicach ochronnych. Problem alergii dotyczy pracowników ochrony zdrowia na całym świecie.

W Oddziale Intensywnej Terapii czynniki biologiczne (bakterie, grzyby, pierwotniaki) stanowią zagrożenie dla 91% badanych, możliwość wystąpienia podrażnień, uczuleń oraz stanów zapalnych skóry wynikających z częstego korzystania z detergentów oraz środków dezynfekcyjnych wymieniło 84% respondentów.

Praca w porze nocnej powoduje rozregulowanie zegara biologicznego, pogorszenie snu i samopoczucia oraz zakłócenia w życiu rodzinnym i społecznym pracownika. Konieczność regularnej pracy w godzinach nocnych zmusza organizm do ciągłego czuwania i pracy na pełnych obrotach. Ogińska i Pokorski w badaniach własnych stwierdzili, że 48,2% pielęgniarek cierpiało na niedobór snu spowodowany pracą zmianową [40].

W badaniach własnych zaburzenia snu występowały u 49% respondentów, w tym 61% badanych po dyżurze nocnym spało 1-3 godziny.

Według Adamek i wsp. charakter pracy osób wykonujących zawody medyczne związany jest z licznymi obciążeniami psychofizycznymi. Głównym motywem sięgania po papierosy jest stres [42]. W badaniach własnych 50% pielęgniarek także uważało, że stres jest przyczyną palenia papierosów

Remigrońska uważa, że praca zmianowa ma negatywny wpływ na pracownika, co może prowadzić do zwiększonego korzystania z używek. Według jej badań 67% ankietowanych pije alkohol okazjonalnie, 22% pielęgniarek pali papierosy [43].

Wyniki badań A. Lewandowskiej i wsp. wykazały, że 26% respondentek sięgała po papierosy, natomiast 7% po alkohol w celu „łagodzenia” nieprzyjemnych doznań, a 9% sięga po środki farmakologiczne [44].

W badaniach własnych wykazano, że 24% ankietowanych pali papierosy, 27% stosuje używki, a 2% przyjmuje leki.

Badania Grzebieluch i wsp. wykazały, że kawa wypijana jest przez pielęgniarki w pracy z podobną częstotliwością co woda. Kilka razy w ciągu dnia spożywało ją w pracy 38% badanych. Niektórzy autorzy potwierdzają w swoich badaniach nadmierne spożywanie kawy, zwłaszcza w porze nocnej w pracy [45].

W badaniach własnych 46% personelu Intensywnej Terapii spożywało 2 - 3 kawy w ciągu dyżuru.

Wśród najczęściej doświadczanych u pielęgniarek somatycznych objawów według Lewandowskiej i wsp. były zmęczenie i wyczerpanie (79%) oraz bóle kręgosłupa (57%). Ponadto wykazano utrzymywanie się bólów i zawrotów głowy (32%), bólów i kołatania serca (13%), a także zaburzeń żołądkowo-jelitowych (7%) [44].

W badaniach własnych wykazano, że przemęczenie występowało u 49% respondentów, a bóle kręgosłupa wymieniło 54% badanych. Bóle głowy zgłaszało 44% ankietowanych, choroby serca i układu krążenia 11%, a problemy z trawieniem miało 14% respondentów.

W badaniach Kowalczyk i wsp. wykazano, że pielęgniarki oceniły swoje wynagrodzenie jako nieadekwatne do wysiłku włożonego w pracę i ciężkiej odpowiedzialności. Stwierdzono, że 68% badanych było niezadowolonych z otrzymywanego wynagrodzenia [4].

Natomiast 69% respondentek w badaniach własnych oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą.

Na podstawie przeprowadzonych badań Lewandowskiej i wsp. [44] stwierdzono, że u 29,7% kadr pielęgniarskich często pojawiają się myśli o zmianie zawodu lub porzuceniu pracy.

W badaniach Fernandes i wsp. 46,5% ankietowanych wskazywało na wysokie wyczerpanie emocjonalne, 54,7% odczuwało niski poziom własnych osiągnięć, u 32,7% stwierdzano depersonalizację [41].

W badaniach własnych aż 47% respondentek rozważało zmianę pracy.

Personel pracujący w Oddziale Intensywnej Terapii narażony jest na szereg zagrożeń. Pielęgniarki stanowią grupę zawodową, która jest szczególnie obciążona w swojej pracy konsekwencjami zdrowotnymi.

Wnioski

W badanej populacji pielęgniarek pracujących w oddziale Intensywnej Terapii występują czynniki ryzyka zawodowego związanego z narażeniem na czynniki biologiczne, fizyczne i psychiczne.

W badanej populacji ponad 50% pielęgniarek doświadczyło mobbingu lub obserwowało go w pracy.

Bibliografia

1. Rozporządzenie ministra zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Dz. U. z dnia 7 stycznia 2013 r.)
2. Świątkowska B.: Zagrożenia zawodowe pracowników opieki zdrowotnej: Co wiemy i co możemy zrobić? *Probl. Hig. Epidemiol.* 2010; 91(4): 522-529.
3. Kuriata E., Felińczak A.: Rozpoznawanie szkodliwych czynników chemicznych i fizycznych na stanowiskach pracy w szpitalu. 2012; 14(1): 29-36.
4. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Ostapowicz-Vandame K., Kułak W.: Narażenie na czynniki niebezpieczne i szkodliwe w pracy pielęgniarek i położnych. *Problemy Pielęgniarstwa.* 2010; 18(3): 353-357.
5. Markowski T., Krajewska-Kułak E., Kowalczyk K., Łukaszuk C., i wsp.: Narażenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia – ze szczególnym uwzględnieniem obsady pracowni radiologicznych. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2009; 90(2): 155-164.
6. Kuriata E.: Warunki pracy. *Mag. Pielęg. Położ.* 2013; 1-2: 40-41.
7. Kosonóg K., Gotlib J.: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat aseptyki i antyseptyki w wybranych procedurach medycznych. *Probl. Pielęg.* 2010; 18(1): 30-40.
8. Prażak Z., Kowalska M.: Czynniki biologiczne w środowisku zawodowym pielęgniarek i możliwość zmniejszenia narażenia. *Hygeia Public Health.* 2017; 52(2): 111-118.
9. Woynarowski B.: Czynniki warunkujące zdrowie i dbałość o zdrowie. [w:] *Edukacja zdrowotna. Podręcznik akademicki.* Wydawnictwo PWN. Warszawa 2010: 44-75.
10. Bilski B., Wysocki J.: Szkodliwe czynniki biologiczne na stanowisku pracy pielęgniarki. *Zakażenia szpitalne.* [w:] *Higiena pracy w pielęgniarstwie. Wybrane zagadnienia.* Bilski B. (red). UM. Poznań. 2009: 11-49.

11. Czerniak J.: Przypadkowe zakłucia-nieprzypadkowa wiedza. *Mag. Pielęg. Położ.* 2012, 7-8: 34-35.
12. Rogala-Pawelczyk G.: Profesjonalne, samodzielne, odpowiedzialne. *Mag. Pielęg. Położ.* 2015; 12: 3-5.
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 r. w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki (Dz.U. 2005, nr 81, poz. 716 z późn. zm.).
14. Augustynowicz-Kopeć E., Zwolska Z.: Metody zapobiegania zakażeniom prątkami gruźlicy w zakładach opieki zdrowotnej. *Zakażenia.* 2015; 5: 28-36.
15. Wierciński O., Chojecka A., Röhm-Rodowald E. i wsp.: Wybrane metody przeciwdziałania transmisji prątków gruźlicy w zakładach opieki zdrowotnej. *Zakażenia* 2013; 13(5): 80-82.
16. Jarosiewicz G.: Jak chronić układ mięśniowo-szkieletowy podczas pracy. *Poradnik dla pracowników służby zdrowia.* PIP, Główny Inspektorat Pracy. Warszawa 2010.
17. Maciuk M., Krajewska-Kulak E., Klimaszewska K.: Samoocena występowania zespołów bólowych kręgosłupa u zawodowo czynnych pielęgniarek. *Probl. Hig. Epidemiol.* 2012; 93(4): 728-738.
18. Mielczarek-Pankiewicz E.: Problemy zdrowotne pielęgniarek i położnych (2). *Mag. Piel. Położ.* 2010; 4: 10-11.
19. Orłowska W.: Ergonomia a ryzyko błędu medycznego. *Biuletyn.* 2010; 1: 5.
20. Józwiak Z.: Ergonomiczne kształtowanie środowiska pracy. *Kręgosłup masz tylko jeden.* Łódź: Instytut Medycyny Pracy. 2009: 10-12.
21. Wyderka M., Kowalska H., Szelać E.: Wypalenia zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek. *Piel. Pol.* 2009; 4(34): 265-275.
22. Martin C.J., Sutton D.G. i wsp.: The radiobiology/radiation protection interface in healthcare. *J. Radiol. Prot.* 2009, 29(2A): A1-A20.
23. Pawełczak E., Gaszyński T.: Sytuacje stresogenne w zawodzie lekarza anestezjologa i pielęgniarki anestezjologicznej. *Anestezjologia i Ratownictwo.* 2013; 7: 19-26
24. Wilczek-Rużyczka E.: Wypalenia zawodowe pracowników medycznych. Warszawa, Wolters Kluwer; 2014.
25. Mastalerz M.: Człowiek jako psychofizyczna jedność na stres. *Remedium.* 2009; 6: 3-22.

26. Baran J., Piątek J.: Wydarzenia traumatyczne związane z pracą położnych a wypalenia zawodowe. *Piel. XXI w.* 2011; 2(35): 39-44.
27. Andruszkiewicz A., Sobczak M., Banaszkiewicz M.: Empatia a wypalenie zawodowe w grupie pielęgniarek. *Wyznania dla procesu kształcenia. Piel XXI w.* 2012; 2(39): 27-30.
28. Nowakowska I., Rasińska R., Roszak K., Bańkowska A.: Pielęgniarstwo – zawód szczególnie narażony na stres i wypalenie. Wybrane założenia teoretyczne i wstępne doniesienie z badań – część I. *Pielęgniarstwo Polskie.* 2017; 1(63): 120-123.
29. Erenkfeit K., Dudzińska L., Indyk A.: Wpływ środowiska pracy na powstanie wypalenia zawodowego. *Med. Środ-Env Med.* 2012; 15(3): 121-128.
30. Zdziebło K., Kozłowska E.: Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek. *Probl. Piel.* 2010; 18: 212-219.
31. Kozłowska L., Doboszyńska A.: Mobbing w grupie zawodowej pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa.* 2012; 20(4): 525-528.
32. Dellasega Ch. A.: Bullying Among Nurses. *Am. J. Nurs.* 2009; 109: 52–58.
33. Syrocka J., Gaworska-Krzemińska A., Barton M.: Wpływ pracy zmianowej na organizm kobiety. *Problemy Pielęgniarstwa.* 2014; 22(3): 254-360.
34. Lowden A., Moreno C., Holmbäck U., Lennernäs M., Tucker P.: Eating and shift work – effects on habits, metabolism and performance. *Scand. J. Work Environ. Health* 2010; 36: 150–162.
35. Wyderka M., Niedzielska T.: Ergonomia w pracy pielęgniarki. *Pielęgniarstwo Polskie.* 2016; 2(60): 165-169.
36. Davis S., Mirick D.K., Chen C., Stanczyk F.Z.: Night Shift Work and Hormone Levels in Women. *Cancer Epidemiol. Biomarkers Prev.* 2012; 21: 609–618.
37. Stryjewski P., Kuczaj A., Domal-Kwiatkowska D., Mazurek U., Nowalany-Kazielska E.: Wpływ pracy nocnej i zmianowej na zdrowie pracowników. *Przegląd lekarski*, 2016; 73(7): 515.
38. Graham K.R., Davies B.L., Woodend A.K., Simpson J., Mantha S.L.: Impacting Canadian public health nurses' job satisfaction. *Can. J. Public Health.* 2011 Nov-Dec;102(6):427-31.
39. Lee et al.: Are high nurse workload/staffing ratios associated with decreased survival in critically ill patients? A cohort study, *Ann. Intensive Care* (2017) 7:46.

40. Pokorski J, Ogińska H, Pokorska J, Hasselhorn H.M.: Praca zmianowa w pielęgniarstwie i jej spostrzegana uciążliwość w wybranych krajach europejskich. [w:] Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT. Materiały konferencyjne. 200.
41. Fernandes L., et al.: Association between burnout syndrome, harmful use of alcohol and smoking in nursing in the ICU of a university hospital. Cien. Saude Colet. Jan 2018, 23(1)203-214.
42. Adamek R., Stoczyńska J., Maksymiuk T. i wsp.: Rozpowszechnienie palenia tytoniu wśród pielęgniarek a świadomość szkodliwości nałogu. Przegląd Lekarski. 2012; 69 (10): 970-971.
43. Remigrońska A., Włoszczak-Szubzda A.: Zachowania zdrowotne pielęgniarek czynnych zawodowo co najmniej jeden rok. Aspekty zdrowia i choroby. 2016; 1(1): 41-53.
44. Lewandowska A., Litwin K.: Wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarki. Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie. Szczecin 2009; 55(5): 86-89.
45. Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2011; 1(3): 269-273.

Znajomość zasad higienicznego mycia rąk wśród pracowników ochrony zdrowia

Ewa Ogonowska¹, Katarzyna Krystyna Snarska², Monika Chorąży³

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

² – Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ – Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Higiena rąk to temat od zawsze obecny w medycynie. Już w latach 40 XIX wieku wiedeński lekarz położnik Ignaz Semmelweis zaczął dezynfekować ręce przed badaniem kobiet i wymagał tej czynności od swoich studentów i innych lekarzy. Śmiertelność na oddziale spadła do 2%. Niestety wielu medyków ówczesnej Europy poczuło się urażonych odkryciem. Dopiero w 1867 roku brytyjski chirurg Joseph Lister zlecił dezynfekcję rąk przy operacjach i został uznany za ojca antyseptyki [1].

Higiena rąk jest postrzegana jako najprostsza, ale również najważniejsza metoda zapobiegania zakażeniom szpitalnym. Jest to prosta czynność, ale brak konsekwencji w jej przestrzeganiu stała się ogólnoswiatowym problemem w sektorze opieki zdrowotnej. To właśnie na rękach personelu bardzo łatwo gromadzą się i drogą kontaktową rozprzestrzeniają się drobnoustroje w środowisku szpitalnym.

Każdy pracownik ochrony zdrowia, opiekun lub osoba, która sprawuje bezpośrednią lub pośrednią opiekę nad pacjentem i podopiecznym jest odpowiedzialny za utrzymanie wysokich standardów higieny rąk w celu wyeliminowania i zminimalizowania ryzyka zakażenia. Jednocześnie dostępne badania wykazały, że pracownicy ochrony zdrowia mają trudności w przestrzeganiu właściwej higieny rąk. Główne czynniki, które mają wpływ na niewłaściwą higienę rąk obejmują zarówno czynniki ryzyka związane z nieprzestrzeganiem zasad epidemiologicznych, jak również powody subiektywne, które zostały podane przez samych pracowników ochrony zdrowia wyjaśniających, dlaczego nie stosują się do zalecanych procedur higieny rąk.

Zakażenia szpitalne jako problem epidemiologiczny

Definicja zakażenia szpitalnego

Zakażenie szpitalne (WHO) oznacza zakażenie, które pojawiło się w wyniku leczenia w szpitalu lub w związku z pobytem w szpitalu, wtórne do stanu pacjenta sprzed hospitalizacji. Dotyczy zarówno pacjenta jak i personelu. Najczęściej zakażenie uznaje się za szpitalne jeżeli pojawiło się w ciągu 48 – 72 godzin od przyjęcia/wypisania ze szpitala [2].

Do zakażeń szpitalnych nie zaliczamy zakażeń i pogorszenia stanu zdrowia istniejących już z chwilą przyjęcia do szpitala.

Obecnie obowiązująca w Polsce ustawa o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi określa zakażenie szpitalne jako zakażenie, które wystąpiło w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania, albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania [3].

Rodzaje zakażeń szpitalnych

Ze względu na pochodzenie źródła zakażenia wyróżnia się zakażenie szpitalne:

- egzogenne – spowodowane przez drobnoustroje środowiska szpitalnego
- endogenne – spowodowane przez własną florę bakteryjną.

Zakażenia endogenne nazywane są zakażeniami krzyżowymi ze względu na sposób przenoszenia. Źródłem zakażenia jest sam pacjent, a drobnoustroje wywołujące zakażenie należą do flory fizjologicznej lub endogennej wymienionej.

Zakażenia egzogenne wywołane są drobnoustrojami pochodzącymi z ożywionego i nieożywionego środowiska szpitala (pacjenci, personel, sala chorych z wyposażeniem, powietrze, woda, leki, żywność) [4].

Poza ogólną definicją zakażenia szpitalnego, występują również ściśle zdefiniowane i określone postacie kliniczne zakażeń szpitalnych.

Definicje zakażeń szpitalnych wprowadzone przez *Center for Disease Control, Public Health Service* na potrzeby programów nadzoru i kontroli zakażeń szpitalnych określają szpitalne:

- zapalenia płuc,

- zakażenia dolnych dróg oddechowych,
- zakażenia przewodu pokarmowego: zakażenia pokarmowe, wirusowe zapalenie wątroby, zakażenia wewnątrzbrzusne, zgorzelinowe zapalenie jelit,
- zakażenia oka, ucha, jamy ustnej oraz gardła,
- zakażenia ośrodkowego układu nerwowego,
- zakażenia dróg moczowych,
- pierwotne zakażenia krwi,
- zakażenia układu nerwowo-naczyniowego,
- zakażenia ran operacyjnych,
- zakażenia skóry oraz tkanek miękkich,
- zakażenia kości oraz stawów,
- zakażenia układu rozrodczego.

Ujednolicenie zasad ich rozpoznawania umożliwia porównywanie częstości ich występowania w różnych ośrodkach medycznych. Do najczęstszych postaci klinicznych zakażeń szpitalnych według *Center for Disease Control (CDC)* należą:

- zakażenie dróg moczowych,
- zakażenie dróg oddechowych,
- zakażenie krwi (posocznice),
- zakażenie miejscowe (skóry),
- zakażenie ran operacyjnych [5].

Czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych

Ryzyko zakażenia związanego z udzielaniem świadczeń zdrowotnych uzależnione jest od wielu czynników :

- medycznych – choroby podstawowej pacjenta, ogólne go stanu organizmu, niedożywienia, immunosupresji, zjadliwości i patogenności drobnoustrojów
- środowiskowych – przedłużona hospitalizacja, hospitalizacja na OIT, zastosowanie procedur i urządzeń inwazyjnych, zdarzenia niepożądane, błędy medyczne, antybiotykoterapia [6].

Ręce są głównym wektorem transmisji zakażeń w szpitalu. Florę bakteryjną dłoni personelu medycznego, sprzątającego oraz osób pomagających przy udzielaniu świadczeń można podzielić na:

- stałą (tzw. fizjologiczną) – drobnoustroje te zazwyczaj nie wywołują zakażeń, z wyjątkiem sytuacji, gdy przedostaną się do miejsc pierwotnie jałowych i gdy pacjent nie zacznie być bardziej na nie podatny (w sytuacji obniżenia odporności); bakterie te pełnią funkcję ochronną, są antagonistami dla drobnoustrojów patogennych oraz stanowią konkurencję w poszukiwaniu substancji odżywczych;
- przejściową (drobnoustroje patogenne) – zazwyczaj odpowiadają za powstanie większości zakażeń szpitalnych, wskutek transmisji drogą kontaktową; bakterie te bytują na skórze rąk tylko przez krótki czas, ale wykazują dużą zjadliwość [7].

Drobnoustroje chorobotwórcze cechują się wysoką zjadliwością (jest to miara ciężkości choroby, zróżnicowana; pojęcie złożone z co najmniej 3 czynników: zakaźność, inwazyjność, toksyczność) oraz odpornością na leki przeciwdrobnoustrojowe. Bakterie patogenne mogą przeżyć na dłoniach od 6 minut do kilkunastu godzin, natomiast na powierzchniach od dnia do 16 miesięcy [8].

Do głównych drobnoustrojów wywołujących zakażenia szpitalne należą:

- *Enterococcus spp.* (VRE);
- *Staphylococcus aureus* (MRSA, VISA, VRSA);
- *Klebsiella spp.* (ESBL, MBL, KPC, NDM-1);
- *Acinetobacter baumani* (MBL);
- *Pseudomonas aeruginosa* (ESBL, MBL);
- *Enterobacter spp.* (ESBL, AmpC, MBL, KPC, NDM-1);
- *Clostridium Difficile*.

Czynniki etiologiczne zakażeń szpitalnych są to zazwyczaj szczepy szpitalne, odporne na chemioterapeutyki. Najczęstszą drogą przeniesienia zakażenia szpitalnego są ręce personelu, a jedną z metod zapobiegania tym zakażeniom jest przestrzeganie higieny szpitalnej (w tym mycie rąk) [7].

Koszty zakażeń szpitalnych

Zakażenia szpitalne stanowią istotne zagrożenie bezpieczeństwa pacjentów – są jedną z głównych przyczyn zgonów oraz zwiększonej chorobowości wśród hospitalizowanych pacjentów a także jednym z najbardziej poważnych powikłań leczenia. Wiążą się z dłuższą hospitalizacją pacjentów, długoterminową niepełnosprawnością, zwiększoną umieralnością, występowaniem lekooporności, ogromnym stresem pacjentów i ich rodzin oraz bardzo dużym

dodatkowym obciążeniem finansowym szpitali, wysokimi kosztami całego systemu ochrony zdrowia [9].

Koszt leczenia zakażeń szpitalnych w Europie to około 9,3 miliarda dolarów, w USA prawdopodobnie w granicach 96-147 miliardów dolarów. W krajach rozwiniętych dotyczą od 5 do 15% hospitalizacji [4].

Z danych Polskiego Towarzystwa Zakażeń Szpitalnych wynika, iż w Polsce częstość występowania zakażeń szpitalnych jest na poziomie 7-10%, ze śmiertelnością na poziomie 6,9%. Prawdziwy odsetek występowania i kosztów to jedynie wartości szacowane. Oceniono, że jedna doba hospitalizacji pacjenta z zakażeniem związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych to wydatek około 334 euro, czyli 1 450 zł. Starzejące się społeczeństwo to jeden z czynników większej ilości hospitalizacji, co za tym idzie możliwości zwiększonej liczby zakażeń szpitalnych i zwiększenia kosztów leczenia [3].

Pracownicy ochrony zdrowia to również potencjalni pacjenci, którzy mogą ulec zakażeniu w trakcie udzielania świadczeń zdrowotnych. Drobnoustroje przenoszone są głównie drogą kropelkową, poprzez bezpośredni kontakt z zakażonym materiałem lub kontakt ze skażonymi przedmiotami. Zagrożenie to spowodowane jest wykonywaniem czynności nacechowanych wysokim ryzykiem oraz zbyt niskimi działaniami i możliwościami w zakresie kontroli zakażeń [9].

Zakażenia szpitalne to problem szpitali na całym świecie, występują zarówno w placówkach o najniższych szczeblach jak i w wyspecjalizowanych klinikach i instytutach. Rodzaj wykonywanych zabiegów leczniczych i diagnostycznych ma wpływ na częstość ich występowania. Zakażeniom sprzyjają zarówno sam stan pacjenta, rodzaj udzielanego świadczenia oraz złe warunki higieniczne występujące w placówkach medycznych. Występują one najczęściej w oddziałach intensywnej opieki oraz w oddziałach zabiegowych, rzadziej w zachowawczych.

Konieczność poprawy bezpieczeństwa pacjentów w placówkach medycznych to wyzwanie współczesnej medycyny. Promocja higieny rąk traktowana jest jako ogólnoswiatowy priorytet w zapobieganiu zakażeń szpitalnych. W Polsce, w 1981 roku odbyła się pierwsza konferencja na temat zakażeń szpitalnych i metod ich zwalczania. Następnie, rozporządzenie z 1983 roku Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej nakazało obowiązek zgłaszania każdego zakażenia szpitalnego do Inspektora Sanitarnego. W 1994 roku utworzono Polskie Towarzystwo Zakażeń

Szpitalnych. W 1995 roku został powołany zespół do spraw opracowania programu zwalczania zakażeń szpitalnych, który przedstawił najważniejsze zasady postępowania w tym temacie.

Dzięki przeprowadzeniu w wielu państwach kampanii promujących prawidłową higienę rąk w 2002 roku CDC opublikowało pierwsze wytyczne, a w 2005 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) stworzyła i rozpowszechniła program :Czysta opieka to bezpieczna opieka” („*Clean Care is Safer Care*”). W latach 2006-2008 w 8 pilotażowych miejscach wprowadzono tą strategię. Na podstawie doświadczeń wynikających z tej kampanii, w 2009 roku utworzono Wytyczne WHO dotyczące higieny rąk w opiece zdrowotnej. Wydano dokument opisujący procedury przeprowadzania audytu bezpośredniej obserwacji przestrzegania higieny rąk, zalecenia wykonywania audytów dwa razy w roku na oddziałach wysokiego ryzyka, w pozostałych raz w roku. Przekazywanie wyników audytu do dyrekcji placówek i do *Health Protection Surveillance Centre* 1 raz w roku ustanowiono jako obowiązek szpitali państwowych, a wprowadzenie planu poprawy przy wskaźniku poniżej 75%.

Od 2005 roku do dnia 12 czerwca 2014 roku udział w programie zgłosiło 171 krajów (17 254 placówek medycznych). Polska uczestniczy w tym programie od 07 stycznia 2013 roku [10].

Procedura zgłaszania zakażeń szpitalnych

Nadzór nad zakażeniami szpitalnymi to obowiązek każdego szpitala. Kierownicy zakładów Opieki Zdrowotnej oraz inne osoby udzielające świadczenia zdrowotnej zobligowane są Ustawą o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi do podejmowania działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych. Działania te obejmują:

1. ocenę ryzyka wystąpienia zakażenia związanego z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych,
2. monitorowanie czynników alarmowych i zakażeń związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywanych świadczeń,
3. opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami, zapobiegającymi zakażeniom i chorobom zakaźnym związanym z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w tym dekontaminacji skóry, błon śluzowych, tkanek, wyrobów medycznych i powierzchni,
4. stosowanie środków ochrony indywidualnej i zbiorowej w celu zapobieżeniu przeniesieniu na inne osoby czynników chorobotwórczych,
5. wykonywanie badań laboratoryjnych oraz analizę lokalnej sytuacji epidemiologicznej w celu optymalnej profilaktyki i terapii antybiotykowej,

6. prowadzenie kontroli wewnętrznej w zakresie realizacji zadań zapobiegających szerzeniu się zakażeń i chorób zakaźnych.

Ustawa zobowiązuje do prowadzenia dokumentacji realizacji powyższych działań oraz stworzenia Zespołu i Komitetu Kontroli Zakażeń, określa ich skład osobowy i jego kompetencje oraz zadania. Do ich zadań należą między innymi: monitorowanie i rejestracja tych zakażeń, opracowanie systemu zapobiegania, zwalczanie tych zakażeń, przeprowadzanie kontroli wewnętrznej, stworzenie standardów leczenia zakażeń oraz szkolenia personelu medycznego [2].

Monitoring zakażeń szpitalnych jest przykładem systemu kontroli jakości. System kontroli i nadzoru nad zakażeniami szpitalnymi zależny jest od współdziałania i pracy zespołu i komitetu do spraw kontroli zakażeń, lekarzy i pielęgniarek łącznikowych, zespołu do spraw jakości oraz polityki antybiotykowej szpitala [3].

Rola higieny rąk w zapobieganiu występowania zakażeń szpitalnych

Higiena rąk nie jest kwestią dowolności, jest obowiązkiem. Sumiennie wykonywana podnosi bezpieczeństwo epidemiologiczne pacjenta i personelu medycznego.

Transmisja patogenów za pośrednictwem rąk personelu medycznego jest głównym wektorem przeniesienia drobnoustrojów i zdarza się, gdy dojdzie do następujących po sobie pięciu kroków:

- drobnoustroje kolonizują skórę pacjenta i powierzchnie w bezpośrednim otoczeniu;
- drobnoustroje zostają przeniesione na ręce pracownika udzielającego świadczenie medyczne;
- drobnoustroje przeżywają na rękach personelu medycznego przez określony czas (od 2 do 60 minut);
- brak wykonania procedury mycia/dezynfekcji rąk lub jej niewłaściwe wykonanie sprawia, że ręce personelu zostają skażone;
- skażone ręce przenoszą patogeny na innego pacjenta lub przedmiot, z którym kolejny pacjent będzie miał kontakt.

Higiena rąk jest więc priorytetową procedurą dotyczącą wszystkich pracowników opieki zdrowotnej. Została stworzona w celu zapobiegania zakażeniom szpitalnym u pacjentów, zakażeniom krzyżowym pomiędzy pacjentami, skażeniu środowiska szpitalnego oraz stanowi

zabezpieczenie personelu medycznego przed chorobami zakaźnymi związanymi z wykonywaniem zawodu (zakażeniami krwiopochodnymi) [3].

Pomimo świadomości i wiedzy personelu medycznego, ogólnoswiatowych kampanii promocyjnych, rozwiniętej infrastruktury placówek medycznych, dostępności środków dezynfekcyjnych procedura ta jest często pomijana przez większość pracowników. Zawodzi zazwyczaj najważniejszy, ale również najmniej przewidywalny czynnik – czynnik ludzki. Na nieprzestrzeganie higieny rąk składa się wiele czynników. Są to czynniki związane z nieprzestrzeganiem zasad, jak również subiektywne powody podawane przez sam personel. Higiena rąk jest często pomijana ze względu na swoją prostotę i wykonywanie ważniejszych czynności wobec pacjentów. W wielu opracowaniach zwrócono uwagę na fakt, iż wyższy status pracownika medycznego, tym przestrzeganie higieny rąk jest niższe [6].

Czynniki mające wpływ na niewłaściwą higienę rąk

Do czynników związanych z nieprzestrzeganiem higieny rąk zgłaszanych przez personel należą:

- częsty nadmiar pracy;
- sytuacje nagłe;
- brak mydła i ręczników jednorazowych;
- środki do dezynfekcji podrażniają i wysuszają skórę;
- umiejscowienie umywalek w niedogodnych miejscach;
- niskie ryzyko zakażenia od pacjenta;
- używanie rękawic – przekonanie, że stosowanie rękawic zwalnia z obowiązku higieny rąk;
- brak wiedzy, doświadczenia i edukacji;
- brak znajomości wytycznych;
- zły wzorzec postępowania wśród kolegów;
- zapominanie;
- lekceważące podejście do znaczenia higieny rąk, niezgadanie się z zaleceniami;
- brak edukacji.

Niższe przestrzeganie zalecanych praktyk higieny rąk, według wielu publikacji obserwuje się u personelu medycznego płci męskiej, lekarzy, fizjoterapeutów, techników oraz pracowników oddziałów intensywnej terapii, chirurgii, szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR).

Do czynników ryzyka o podłożu środowiskowym możemy jeszcze zaliczyć niedobór personelu, zagęszczenie łóżek, czas trwania kontaktu z pacjentem poniżej 2 minut, opieka nad pacjentem w sali ogólnej, opieka nad pacjentami powyżej 65 roku życia.

Do wszystkich czynników ludzkich i środowiskowych, które negatywnie wpływają na niewłaściwe przestrzeganie higieny rąk należy dodać czynniki instytucjonalne takie jak:

- brak aktywnego udziału w promocji higieny rąk;
- brak wskazania higieny rąk jako priorytetu;
- brak sankcji administracyjnych dla osób niestosujących zasad i brak nagród dla tych, którzy przestrzegają;
- brak atmosfery instytucjonalnego bezpieczeństwa i odpowiedzialności każdego pracownika za wykonywanie czynności higieny rąk [7].

Procedura higienicznego mycia i dezynfekcji rąk

Obowiązkiem kierownika podmiotu leczniczego i innych osób udzielających świadczenia zdrowotne jest podejmowanie działań zapobiegających szerzeniu się zakażeń. Działania te obejmują między innymi ocenę ryzyka zakażenia, opracowanie, wdrożenie i nadzór nad procedurami (w tym procedurą higienicznego mycia rąk). Obowiązek ten został podyktowany Ustawą z 5 grudnia 2008 roku o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Celem procedury jest opisanie wytycznych dotyczących zasad higieny rąk dla pracowników medycznych. Zakres procedury obejmuje wszystkich pracowników medycznych, którzy są odpowiedzialni za zastosowanie niniejszej procedury. Natomiast za wdrożenie procedury i nadzór nad jej stosowaniem ponosi odpowiedzialność Kierownik Placówki [2].

Procedura mycia i dezynfekcji rąk zawarta jest w normach zarówno europejskich (EN) jak i polskich (PN):

1. PN-EN 1499:2013-07E – Chemiczne środki dezynfekcyjne i antyseptyczne – Higieniczne mycie rąk – Metoda badania i wymagania (faza 2/etap 2)
2. PN-EN 1500:2013-07E – Chemiczne środki dezynfekcyjne i antyseptyczna – Higieniczna dezynfekcja rąk metodą wcierania – Metoda badania i wymagania (faza 2/etap 2).

Ich stosowanie nie jest wprawdzie obowiązkowe, ale są rekomendacją gdyż są opracowane przez ekspertów w tej dziedzinie, a metody są potwierdzone, zawierają opracowane procedury wzorcowe [11].

Istnieją dwie uznane techniki wykonywania procedury higieny rąk:

- mycie rąk przy użyciu mydła i wody
- dezynfekcja rąk przez wcieranie preparatu alkoholowego.

Bardziej skutecznym i zalecanym sposobem zapewnienia właściwej higieny rąk jest użycie preparatu do dezynfekcji. Jest to sposób bardziej skuteczny, wymagany jest krótszy czas jego realizacji, preparaty do dezynfekcji zapewniają lepszą tolerancję skóry, dostępność preparatu w miejscu wykonywania czynności jest łatwiejsza. Personel medyczny preferuje głównie mycie rąk wodą z mydłem, jednak dezynfekcja rąk jest zalecana jako standard praktyki przestrzegania higieny rąk [8].

Wyróżnia się następujące rodzaje mycia rąk:

- socjalne z zużyciem mydła płynnego usuwa około 65% flory przejściowej ze średnio zabrudzonej skóry. Mycie to polega na energicznym pocieraniu wszystkich powierzchni rąk przy użyciu wody i mydła, powinno trwać przynajmniej 10 sekund. Ręce należy opłukać pod strumieniem bieżącej wody i osuszyć jednorazowym ręcznikiem.
- higieniczne mycie i dezynfekcja rąk składa się z dwóch etapów:
 1. etap brudny – mycie
 2. etap czysty – dezynfekcja.
- chirurgiczne wykonuje się przed wszystkimi zabiegami chirurgicznymi i inwazyjnymi. Eliminuje florę przejściową i w dużym stopniu redukuje florę stałą. Redukuje liczbę drobnoustrojów flory bytującej na rękach do ilości, która nie zagraża zakażeniem rany w przypadku uszkodzenia rękawiczki. Mycie chirurgiczne trwa 3-5 minut. Technika mycia obejmuje powiększony obszar mytej skóry o nadgarstki i przedramiona oraz przed pierwszym zabiegiem w danym dniu czyszczenie paznokci jednorazową szczoteczką. Następnie osusza się ręce sterylnym ręcznikiem i wykonuje dwukrotną dezynfekcję.

Higieniczne mycie rąk to zabieg, który polega na usunięciu z powierzchni skóry zanieczyszczeń organicznych oraz na częściowej eliminacji flory przejściowej i stałej. Czas mycia rąk pod bieżącą wodą z mydłem to 30-60 sekund. Po dokładnym myciu ręce spłukuje się i osusza jednorazowym ręcznikiem. Istotne jest dokładne mycie rąk przed zastosowaniem środka

dezynfekcyjnego, zostają wówczas usunięte zanieczyszczenia organiczne i nieorganiczne, odsłaniając drobnoustroje i pozwalając zadziałać preparatom dezynfekcyjnym.

Higieniczne mycie rąk wykonujemy w sytuacji, gdy:

- ręce są zabrudzone lub zanieczyszczone (po ekspozycji na płyny ustrojowe);
- po skorzystaniu z toalety;
- w przypadku kontaktu z chorym z podejrzeniem lub potwierdzona kolonizacją lub zakażeniem *Clostridium Difficile* [4].

Przygotowanie rąk przed wykonaniem procedury higienicznego mycia i dezynfekcji

Przed przystąpieniem do opieki nad pacjentem i wykonaniem higieny rąk należy zastosować się do zasad:

1. zgodnie z rekomendacjami CDC i WHO należy zdjąć biżuterię i zegarek (WHO dopuszcza jedynie obecność gładkiej obrączki, jeśli istnieją ku temu silne przesłanki religijne i kulturowe) – w badaniach wykazano, że u osób noszących biżuterię istnieje większe ryzyko występowania Gram (-) pałeczek zarówno niefermentujących, jak i *Enterobacteriaceae*; kolonizacja tych bakterii może utrzymywać się przez wiele miesięcy;
2. krótko obciąć i wyczyścić paznokcie, krótsze niż 0,5 cm – skóra pod wolną częścią płytki paznokciowej może być kolonizowana przez koagulazo-ujemne gronkowce, pałeczki Gram (-), grzyby drożdżopodobne oraz bakterie *Clostridium Difficile* po kontakcie z pacjentami;
3. usunąć lakier – lakier z odpryskami utrudnia dezynfekcję oraz zwiększa liczbę bakterii na rękach; kobiety, które mają pomalowane paznokcie unikają często dezynfekcji rąk, gdyż preparaty alkoholowe skracają trwałość lakieru;
4. zdjąć sztuczne paznokcie – utrudniają prawidłowe wykonanie procedury, szczególnie brak możliwości wykonania prawidłowej dezynfekcji w miejscu połączenia materiału przedłużającego z naturalnym paznokciem;
5. założyć ubranie z krótkim rękawem – fartuchy są potencjalnym źródłem przenoszenia zakażeń, szczególnie lekarskie; zaleca się ich zmianę częstszą niż raz w tygodniu, a także zdjęcie białego fartucha i założenie fartucha jednorazowego przed badaniem ran
6. pielęgnować skórę rąk.

W 2007 roku Ministerstwo Zdrowia w Wielkiej Brytanii wprowadziło politykę „nic poniżej łokcia” BBE (*Bare Below the Elbows*) dotyczącą ubioru personelu medycznego. Wytyczne te mają zastosowanie również w Polsce. Polityka ta nakazuje, aby personel mający bezpośredni kontakt z pacjentem lub jego otoczeniem przestrzegał zasad, które zostały przedstawione powyżej.

Wśród wyżej wymienionych zasad jest pielęgnacja skóry rąk. Na stan skóry rąk personelu medycznego wpływa wiele czynników, jak: alergię i podrażnienia, zbyt częste mycie rąk, niewłaściwa technika mycia i dezynfekcji rąk, poziom nawilżenia skóry. Wpływa to negatywnie na płaszcz wodno-lipidowy skóry oraz utratę bariery ochronnej przed drobnoustrojami. Istotne jest zapobieganie uszkodzeniom skóry.

W celu zmniejszenia ryzyka uszkodzenia skóry należy przestrzegać kilku zalecanych praktyk:

- do dezynfekcji rąk używać preparaty alkoholowe dobrej jakości;
- do mycia rąk nie używać zbyt ciepłej wody;
- po umyciu, osuszyć dłonie poprzez dotykane papierowym ręcznikiem, nie pocieranie;
- preparat do dezynfekcji stosować na suchą skórę;
- unikać zakładania rękawiczek, gdy ręce są jeszcze mokre;
- unikać zbyt długiego używania rękawiczek medycznych, przy właściwym wskazaniu ich stosowania;
- produkty do higieny rąk nie powinny zawierać substancji zapachowych i konserwantów, mydło o neutralnym dla skóry pH;
- często używać kremu do rąk [7].

Higienę rąk przeprowadza się w miejscu wykonywania czynności związanych z udzielaniem świadczeń medycznych, dlatego sprzęt i środki stosowane do higieny rąk powinny być dostępne i osiągalne na wyciągnięcie ręki w miejscu opieki nad pacjentem.

Wskazania do higieny rąk

Poniżej 5 kluczowych momentów higieny rąk (według rekomendacji WHO):

1. moment pierwszy – mycie lub dezynfekcja rąk bezpośredni przed kontaktem z pacjentem (kontakt bezpośredni: podanie ręki, pomiar ciśnienia krwi, wykonanie badania EKG, pomoc w przemieszczaniu się, po ostatniej czynności przed kontaktem z pacjentem);

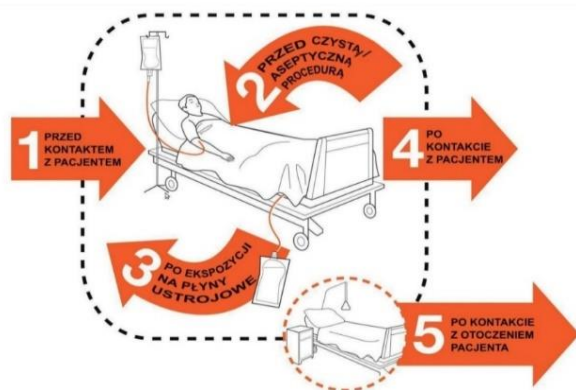
2. moment drugi – mycie lub dezynfekcja rąk bezpośrednio przed czystymi/aseptycznymi procedurami; kontakt z uszkodzoną skórą lub błonami śluzowymi, np. zmian opatrunku, wykonanie iniekcji, założenie cewnika moczowego, manipulowanie przy linii naczyniowej, odsysanie wydzieliny, przygotowanie posiłków, leków; dezynfekcję rąk należy wykonać bezpośrednio przed wykonaniem procedury i nie należy już wtedy dotykać niczego z otoczenia pacjenta;
3. moment trzeci – po ekspozycji na płyny ustrojowe (tj. zakraplanie kropli do oczu, odsysanie wydzieliny, iniekcje, zmiana opatrunków, pobieranie krwi, otwarcie drenażu, sprzątanie moczu, wymiocin, przenoszenie odpadów, sprzątnię wizualnie zabrudzonych materiałów/powierzchni) czynność higieny rąk należy wykonać bezpośrednio po wykonaniu procedury, czyli po zdjęciu rękawic, a przed dotknięciem przedmiotu z otoczenia pacjenta;
4. moment czwarty – mycie lub dezynfekcja rąk zaraz po kontakcie z pacjentem lub jego najbliższym otoczeniem, np. po pomiarze ciśnienia krwi, badaniu fizykalnym, podaniu ręki, założeniu maski z tlenem; czynność tą wykonujemy przed wyjściem ze strefy pacjenta, czyli przed dotknięciem klamki pokoju;
5. moment piąty – mycie lub dezynfekcja rąk po kontakcie z otoczeniem pacjenta (przedmiotami z najbliższego otoczenia chorego).

Oprócz przedstawionych 5 momentów higieny rąk należy znać inne wskazania do wykonania higienicznego mycia lub dezynfekcji rąk:

- przemieszczanie się pracownika z jednego obszaru do innego lub z jednego miejsca krytycznego do innego (np. wykonanie u tego samego pacjenta różnych procedur);
- w przypadku chorych przebywających, np. w oddziale intensywnej terapii należy zdezynfekować ręce przed pierwszym kontaktem z pacjentem i przystąpić do wykonywania czynności w strefie pacjenta (np. włączyć monitor, pomiar ciśnienia krwi);
- higienę rąk należy powtórzyć przed wykonaniem czystej/aseptycznej procedury oraz po kontakcie z płynami ustrojowymi;
- w sytuacji, gdy wskazania do wykonania higieny rąk występują bezpośrednio po sobie lub w następstwie powtarzanych czynności to wystarczy wówczas jednorazowa dezynfekcja;

- po kontakcie z pacjentem i wykonaniu mycia lub dezynfekcji rąk i przejściu bezpośrednio do kolejnego pacjenta (nie dotykając nic z otoczenia) nie ma wskazań do wykonania kolejnej higieny rąk [11].

5 MOMENTÓW HIGIENY RĄK



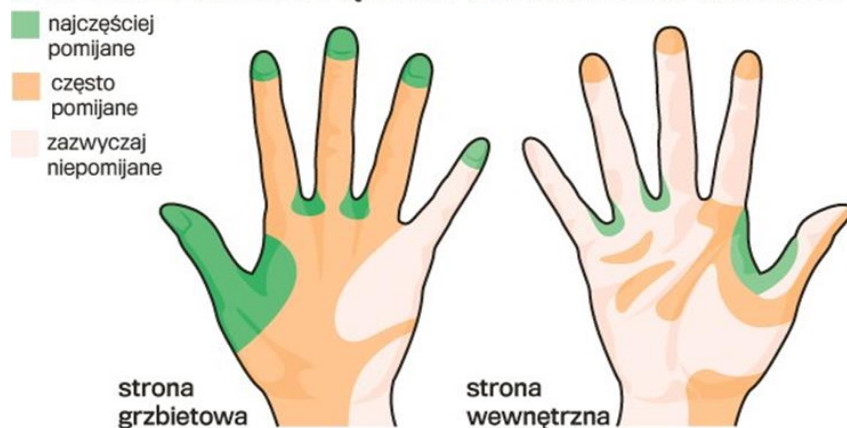
Rycina 1. 5 momentów higieny rąk [11]

Technika mycia i dezynfekcji rąk

Zalecaną przez WHO techniką mycia rąk i dezynfekcji rąk jest metoda Aylliffe, która składa się z 5 etapów:

- Etap 1 – pocieranie wewnętrznych części dłoni;
- Etap 2 – pocieranie powierzchnią dłoniową prawej dłoni o powierzchnię grzbietową lewej dłoni – następnie zmiana rąk;
- Etap 3 – pocieranie wewnętrznych części dłoni z przeplecionymi palcami – następnie zmiana rąk;
- Etap 4 – pocieranie grzbietowej części zgiętych palców jednej dłoni pod zgiętymi palcami drugiej dłoni - następnie zmiana rąk;
- Etap 5 – obrotowe pocieranie kciuka prawej dłoni o wewnętrzną część zaciśniętej na nim lewej dłoni – następnie zmiana rąk [10].

OBSZARY DŁONI NAJCZĘŚCIEJ POMIJANE PODCZAS MYCIA



Rycina 2. Obszary dłoni najczęściej pomijane podczas mycia [10]



Rycina 3. Technika higieny rąk przy użyciu preparatu alkoholowego do dezynfekcji [10]

Instrukcja mycia rąk mydłem i wodą

 Czas: 40-60 sekund



Zmoczyć dłonie.



Nanieść odpowiednią ilość mydła.



Pocierać wewnętrzną stroną lewej dłoni o wewnętrzną stronę prawej dłoni i odwrotnie.



Pocierać wewnętrzną częścią prawej dłoni o grzbietową część lewej dłoni i odwrotnie.



Pocierać wewnętrznymi częściami dłoni z przeplecionymi palcami.



Pocierać górną część palców prawej dłoni o wewnętrzną część lewej dłoni i odwrotnie.



Ruchem obrotowym pocierać kciuk prawej dłoni wewnętrzną częścią lewej dłoni i odwrotnie.



Ruchem okrężnym opuszkami palców lewej dłoni pocierać wewnętrzne zagłębienie prawej dłoni i odwrotnie.



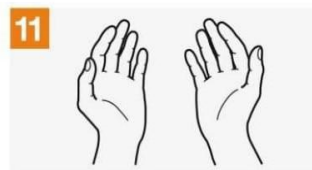
Oplukać ręce wodą.



Osuszyć ręce ręcznikiem jednorazowym.



Użyć ręcznika do zakręcenia wody.



Twoje ręce są czyste.

Rycina 431. Technika mycia rąk przy użyciu wody i mydła [10]

W celu zapewnienia wysokiej skuteczności wykonania procedury należy:

- pobrać odpowiednią ilość preparatu do mycia lub dezynfekcji na ręce suche /wilgotne (w zależności od procedury), dłonie powinny być ułożone w kształt kubka, preparat wcierać w ręce przez czas zgodny ze standardową procedurą;

- zwilżenie dłoni przed nałożeniem środka myjącego ułatwia rozprowadzenie go na skórze, nie powoduje niepotrzebnego zużycia mydła, zmniejsza ryzyko wystąpienia podrażnienia skóry rąk;
- ręce muszą być zwilżone środkiem myjącym lub dezynfekującym przez cały czas mycia lub dezynfekcji;
- etapy mycia czy dezynfekcji należy powtórzyć 5 razy (na każdą rękę);
- po zakończeniu mycia, ręce należy opłukać, gdyż pozwala to na usunięcie pozostałości środka myjącego oraz zmniejsza ryzyko kolonizacji skóry drobnoustrojami szpitalnym, które mogą namnażać się w pozostałościach mydła na skórze;
- przed higieniczną dezynfekcją ręce należy osuszyć jednorazowym ręcznikiem, gdyż zwiększa to skuteczność dezynfekcji – preparat dezynfekcyjny nie ulega rozcieńczeniu;
- preparat dezynfekcyjny należy wcierać do całkowitego wyschnięcia skóry rąk, nadmiaru nie wolno wycierać ręcznikiem jednorazowym, rękawic nie nakłada się na wilgotne ręce – zwiększa się ryzyko uszkodzenia naskórka;
- do dezynfekcji rąk zaleca się stosowanie preparatów w żelu, które wymuszają odpowiedni czas dezynfekcji (preparat należy wcierać do chwili, gdy skóra nie będzie lepka), a konsystencja płynu zmniejsza ilość strat [11].

Na wybór środków do mycia i dezynfekcji rąk ma wpływ:

- skuteczność preparatu – o możliwie szerokim spektrum aktywności;
- jakość – preparaty niealergizujące, niewysuszające skóry, o możliwie miłym zapachu;
- cena – ważny aspekt, należy rozważyć cenę preparatów oraz ewentualne koszty leczenia zakażenia szpitalnego.

W antyseptyce stosowane preparaty do dezynfekcji skóry zawierają:

- alkohole (etanol, izopropanol, mieszaniny etanolu i propanolu, mieszaniny propanolu i butandiolu);
- glukonian chlorheksydyny w połączeniu z alkoholem, z detergentami i z czwartorzędowymi związkami amoniowymi;
- czwartorzędowe związki amoniowe.

Jednak to preparaty alkoholowe są złotym standardem w dekontaminacji rąk [8].

Organizacja stanowiska do higieny rąk

Wypożyczenie stanowisk do higieny rąk w poszczególnych obszarach szpitala reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia placówek wykonujących działalność leczniczą [7].

Każde stanowisko przeznaczone do higieny rąk powinno być wyposażone w przynajmniej dwa dozowniki: jeden do mycia, a drugi do dezynfekcji rąk. Dodatkowo we wszystkich gabinetach zabiegowych powinien znajdować się dozownik do kremu. Powinny to być dozowniki bezdotykowe: łokciowe lub elektroniczne umocowane na ścianie na wysokości umożliwiającej skorzystania dla wszystkich pracowników. Zaleca się stosowanie oryginalnych jednorazowych, uniemożliwiających ponowne napełnienie wkładów z preparatami. W przypadku stosowania dozowników z butelkami za każdym razem należy użyć nowej butelki z czytelną etykietą i terminem ważności oraz nowej pompki dozującej. Przy każdej wymianie środka myjącego czy dezynfekcyjnego należy dokonać dezynfekcji obudowy dozowników, a ramienia dozownika łokciowego co najmniej raz w ciągu dyżuru (ze względu na to, że nie wszyscy pracownicy we właściwy sposób korzystają). Według zaleceń CDC nie należy dolewać mydła do częściowo opróżnionej butelki [11].

Prewencja zakażeń szpitalnych

Skuteczną metodą prewencji zakażeń szpitalnych oprócz właściwie przeprowadzonej higieny rąk z zastosowaniem wszystkich opisanych tu zasad jest używanie i prawidłowe stosowanie rękawic ochronnych. Użycie rękawic nie zastępuje obowiązku wykonania procedury higieny rąk. Zaleca się jednak ich noszenie z dwóch głównych powodów:

- zmniejszają ryzyko kontaminacji rąk pracowników medycznych czynnikami biologicznymi;
- zmniejszają ryzyko rozprzestrzeniania się patogenów do środowiska i ich transmisji za pośrednictwem rąk od pracownika do pacjenta i odwrotnie, jak również z pacjenta na pacjenta (zakażenia krzyżowe).



Piramida pomagająca podejmować decyzje kiedy należy nosić (lub nie) rękawiczki.

Rycina 5. Piramida pomagająca podejmować decyzje, kiedy należy użyć rękawiczki [11]

Rękawice nie zapewniają pełnej ochrony przed zanieczyszczeniem rąk. Drobnoustroje mogą przedostać się na dłoń poprzez drobne, niewidoczne punktowe uszkodzenia w rękawicach, jak również podczas ich zdejmowania. Rękawice ochronne powinny być używane podczas:

- wykonywania czynności związanych z opieką nad pacjentem, a które mogą wiązać się z narażeniem na materiał potencjalnie zakaźny (krew i płyny ustrojowe);
- kontaktu z przedmiotami z otoczenia pacjenta wizualnie zabrudzonymi płynami ustrojowymi;
- podczas kontaktu z pacjentem skolonizowanym alert patogenami, chorych z biegunką;
- podczas wystąpienia epidemii (jako jedna z zasad izolacji kontaktowej).

Zabronione jest użycie tych samych rękawiczek do pielęgnacji więcej niż jednego pacjenta. Powinny być również zmieniane w trakcie pielęgnacji tego samego pacjenta, ale po wykonaniu procedur z wysokim ryzykiem kontaminacji i po przejściu do innych czystych obszarów, np. błony śluzowej, uszkodzonej skóry, bądź przed obsługą cewników i kaniul naczyniowych. Należy ograniczyć niepotrzebne i nieuzasadnione użycie rękawic (np. podczas karmienia pacjenta, podawania leków doustnych). Rękawice medyczne są produktem jednorazowego użytku, a prawidłowa technika zakładania i zdejmowania jest istotna w zapobieganiu

kontaminacji rąk. Rękawica, która zostanie uszkodzona w trakcie wykonywania czynności musi być natychmiast zmieniona, po uprzednim wykonaniu higieny rąk (mycia czy dezynfekcji w zależności od sytuacji). Nawet najbardziej wyrafinowana rękawica nie zastąpi prawidłowo przeprowadzonych procedur higieniczno-pielęgnacyjnych dłoni [8].

Wybierając rękawice diagnostyczne, należy zwrócić uwagę na standardy potwierdzone certyfikatami ich produkcji a także wybierać producentów, którzy wdrożyli normy zarządzania jakością, zarządzania środowiskowego oraz bezpieczeństwa i higieny pracy [5].

Edukacja w zakresie higieny rąk

Zagadnienie higieny rąk jest tematem ciągle aktualnym, analizowanym i opisywanym w artykułach naukowych jako wytyczne, broszury i schematy a także omawianym na konferencjach, szkoleniach i warsztatach. Cel tych działań jest zawsze ten sam – profilaktyka zakażeń. Przestrzeganie prostej czynności jaką jest higiena rąk wpływa na zmniejszenie zakażeń szpitalnych, szczególnie szczepami opornymi. Zasadniczym czynnikiem jest wiedza personelu medycznego na temat roli, jaką pełnią ich ręce w występowaniu zakażeń szpitalnych. Posiadanie odpowiedniej wiedzy w tym zakresie pozwoli zrozumieć istotę problemu i wpłynie na trwałą zmianę pozytywnych zachowań.

Mikrobiologiczna kontrola czystości rąk personelu medycznego, następnie spersonalizowane i grupowe szkolenia zwrotne mogą stanowić szeroką strategię kontroli higieny szpitalnej [9].

Według zaleceń WHO jedynie wielokierunkowa strategia zmierzająca do poprawy higieny rąk może dać trwały efekt. Strategia ta obejmuje pięć kluczowych elementów:

1. Zmiana systemu – zapewnienie przez zarządzających placówkami ochrony zdrowia infrastruktury, która umożliwi pracownikom właściwą higienę rąk (nieograniczone zaopatrzenie w wodę, mydło, ręczniki i środki do dezynfekcji rąk).
2. Szkolenie i edukacja – wszyscy pracownicy powinni posiadać wstępne szkolenie z zakresu higieny rąk, które powinno być cyklicznie powtarzane (1 raz do roku). Zalecane są spotkania osób odpowiedzialnych za szkolenie (zazwyczaj jest to pielęgniarka epidemiologiczna) w oddziałach, bezpośrednie rozmowy z personelem.
3. Monitorowanie praktyki higieny rąk, infrastruktury i wiedzy z tego zakresu – według WHO i CDC monitorowanie jest obowiązkiem. Do podstawowych metod należą: obserwacja, pomiar zużycia mydła i płynów dezynfekcyjnych (pomiar objętości i częstotliwości) oraz przeprowadzenie pomiarów i badań (ankiety oceny, użycie

płynów fluorescencyjnych i światła ultrafioletowego, płytki agarowe). Bardzo istotne jest przekazanie informacji zwrotnej z wyników monitorowania.

4. Przypominanie w miejscu pracy o znaczeniu przestrzegania higieny rąk – plakaty, ulotki, naklejki, łatwy dostęp do standardów i procedur.
5. Tworzenie bezpiecznego klimatu w placówkach ochrony zdrowia – element bardzo trudny dla zarządzających, gdyż wymaga osobistego zaangażowania pracowników każdego szczebla w stworzenie bezpiecznego klimatu. W rękach liderów jest stworzenie motywacji wśród pracowników do podjęcia działań w zakresie higieny rąk.

Zostało udowodnione, że właśnie wielokierunkowe kampanie przynoszą korzyści poprzez wzrost wskaźnika przestrzegania higieny rąk i wpływają na zmniejszenie liczby zakażeń szpitalnych. Ustanowiono Światowy Dzień Higieny Rąk – 5 maja [9].

Cel pracy

Celem pracy jest analiza przestrzegania zasad higienicznego mycia rąk przez pracowników ochrony zdrowia, ocena czynników wpływających na prawidłowość higienicznego mycia rąk a także ocena skutków braku przestrzegania zasad higienicznego mycia rąk.

Materiał i metodyka badań

Badanie przeprowadzono wśród pracowników medycznych, pracujących aktualnie w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim. Ogółem ankietę wypełniło 115 respondentów: 99 pielęgniarek, 11 lekarzy, 5 ratowników medycznych.

Zgodę na przeprowadzenie badania uzyskano od Dyrektora SP ZOZ w Bielsku Podlaskim oraz Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

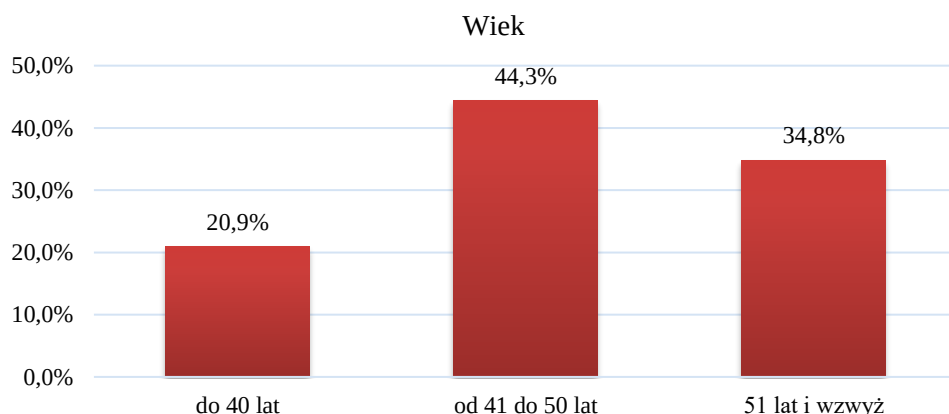
W pracy posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. W ramach tej metody zastosowano technikę badań ankietowych. Do zebrania danych zostało wykorzystane narzędzie badawcze, jakim jest kwestionariusz ankietowy własnej konstrukcji obejmujący 26 pytań. Ankietę podzielono na 2 części. Pierwsza część ankiety zawierała podstawowe pytania, obejmujące wiek, staż pracy, wykształcenie, miejsce pracy. Druga dotyczyła ogólnego stanu wiedzy pracowników na temat higieny rąk. Anonimowość ankiety zachęcała do szczerych i obiektywnych odpowiedzi, a udział w niej był całkowicie dobrowolny.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej. Analiza polegała na sprawdzeniu czy pomiędzy dwiema zmiennymi występuje zależność istotna pod względem statystycznym. Jako poziom istotności przyjęto $p = 0,05$. Poziom istotności to maksymalne dopuszczalne prawdopodobieństwo błędu, polegającego na odrzuceniu prawdziwej hipotezy zerowej, która zakłada, że badane grupy nie różnią się pod kątem interesującej nas cechy. W analizie wykorzystano również test Fishera dla tabel $R \times C$. Testy statystyczne służą do oceny czy zależności zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji czy tylko przypadkowym rezultatem.

Wyniki

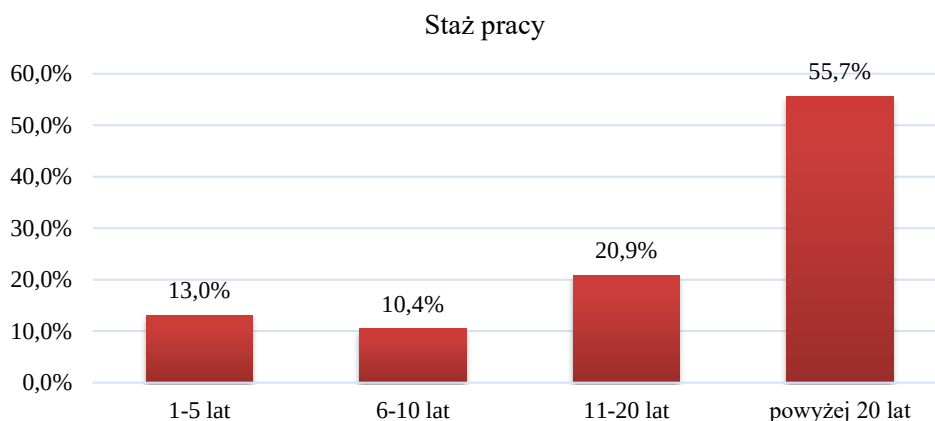
Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 115 respondentów w różnym przedziale wiekowym (Rycina 6): 24 osoby (20,9%) w wieku do 40 lat, 51 osób (44,3%) w przedziale 41-50 lat oraz 40 osób (34,8%) powyżej 50 roku życia.



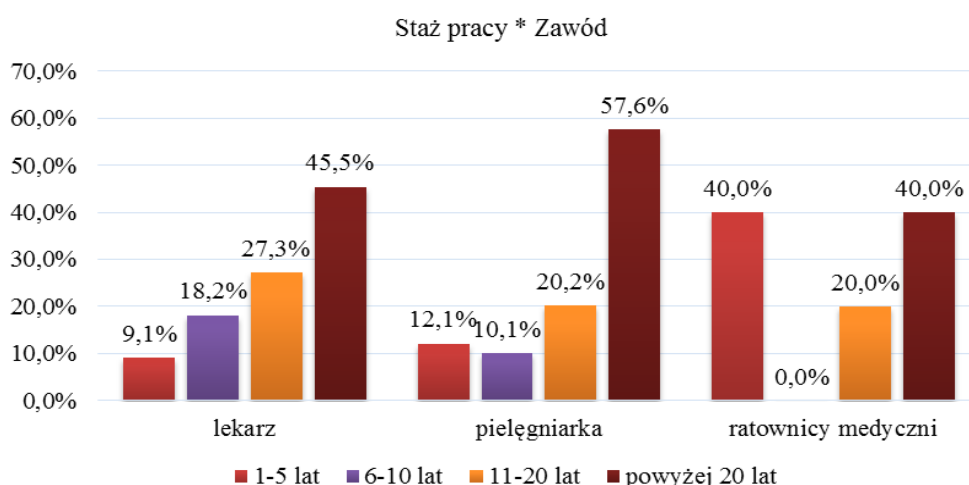
Rycina 6. Wiek ankietowanych

Spośród ankietowanych 55,7% osób posiada staż pracy powyżej 20 lat. 20,9 % pracowników, którzy wypełnili ankietę to osoby z doświadczeniem zawodowym 11-20 letnim. Najmniejszą pod względem stażu pracy grupę stanowią osoby, które pracują w zawodzie od 1 do 5 lat – 13,0% i od 6 do 10 lat – 10,4%. (Rycina 7)



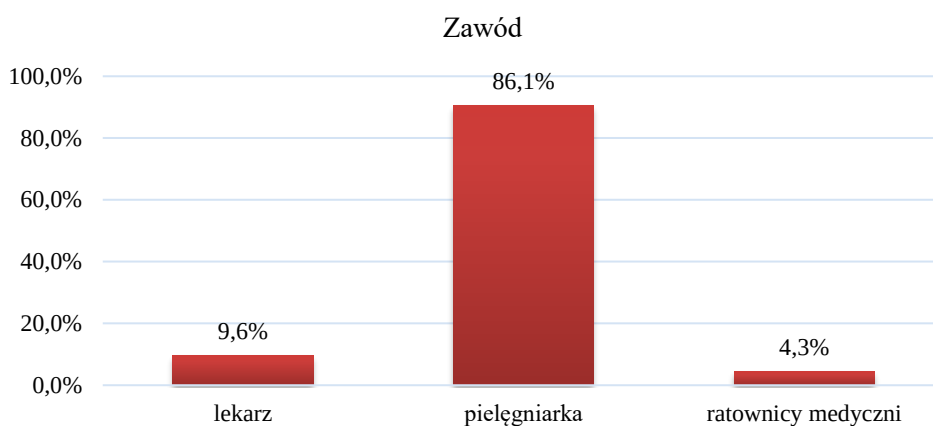
Rycina 7. Staż pracy

W różnicowaniu pracowników ze względu na wykonywany zawód, doświadczenie zawodowe przedstawiało się podobnie. Dominował staż pracy powyżej 20 lat: w grupie badanych lekarzy – 45,5%, pielęgniarek – 57,6%, ratowników medycznych 40,0%. Najmniejszą grupę wśród lekarzy stanowiły osoby z doświadczeniem 1-5 lat (9,1%), wśród pielęgniarek ze stażem 6-10 lat (10,1%), wśród ratowników nie było osób pracujących w zawodzie w przedziale 6-10 lat. (Rycina 8)



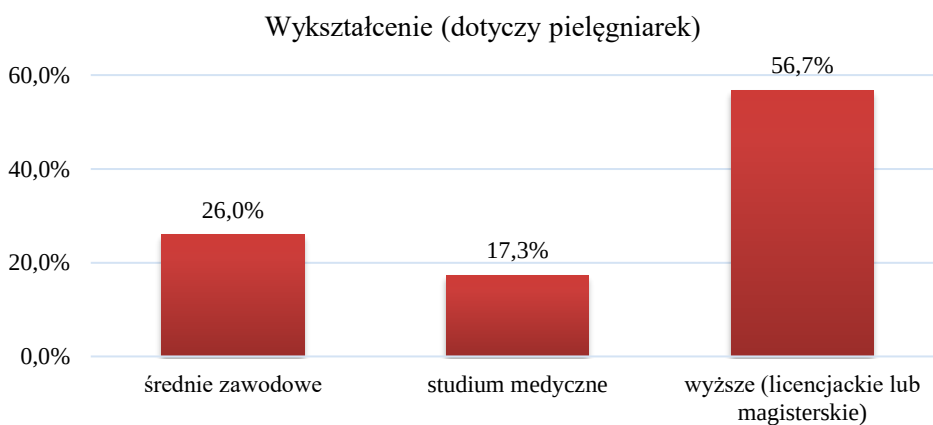
Rycina 832. Staż pracy a grupa zawodowa

Wśród respondentów największą grupę stanowiły pielęgniarki – 99 osób (86,1%), poza nimi w badaniu wzięło udział 11 lekarzy (9,6%) i 5 ratowników medycznych (4,3%). (Rycina 9)



Rycina 933. Wykonywany zawód

Grupa zawodowa pielęgniarek, która brała największy, bo 90,4% udział w badaniu posiada różne wykształcenie. 56,7 % pielęgniarek posiada wykształcenie wyższe, 26% wykształcenie średnie, a 17,3% ukończyło studium medyczne. (Rycina 10)



Rycina 10. Wykształcenie pielęgniarek

Mniej niż połowa ankietowanych osób (42,6%) posiada specjalizację. 57,4 % nie ukończyło szkolenia specjalizacyjnego. (Tabela I)

Tabela I. Posiadane szkolenie specjalizacyjne

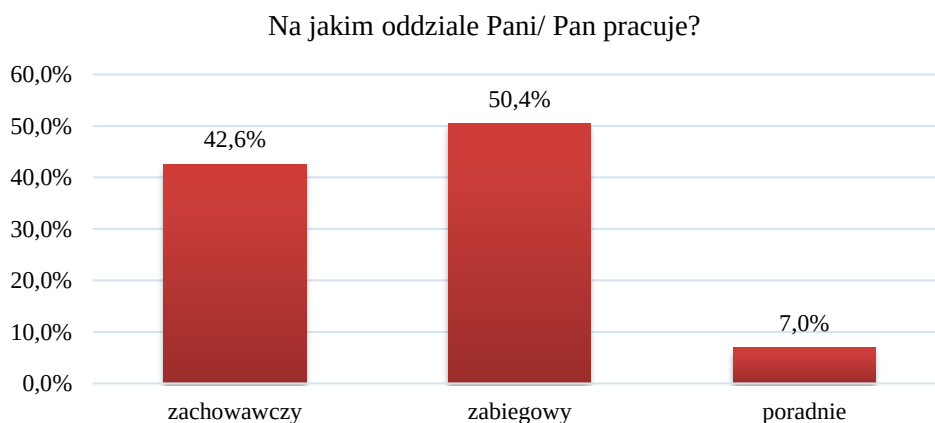
Czy posiada Pan/Pani specjalizację?	Częstość	Procent
nie	66	57,4%
tak	49	42,6%
Ogółem	115	100,0%

Wśród 49 osób, które posiadają tytuł specjalisty – 8 (18,2%) osób posiada specjalizację pediatryczną, 8 (18,2%) – anestezjologiczną , 7 (15,9%) – zachowawczą, 7 (15,9%) – chirurgiczną, 5 (11,4%) osób operacyjną. 20,5 % osób zaznaczyło w ankiecie, że posiada specjalizację, nie określiło kierunku. (Rycina 11)



Rycina 11. Posiadane specjalizacje

Grupę 58 osób (50,4%) spośród ankietowanych stanowią pracownicy oddziałów zabiegowych, 49 osób (42,6%) z oddziałów zachowawczych, a jedynie 8 osób (7,0%) to pracownicy poradni. (Rycina 12)



Rycina 1234. Miejsce pracy ankietowanych

Analiza szczegółowa wyników

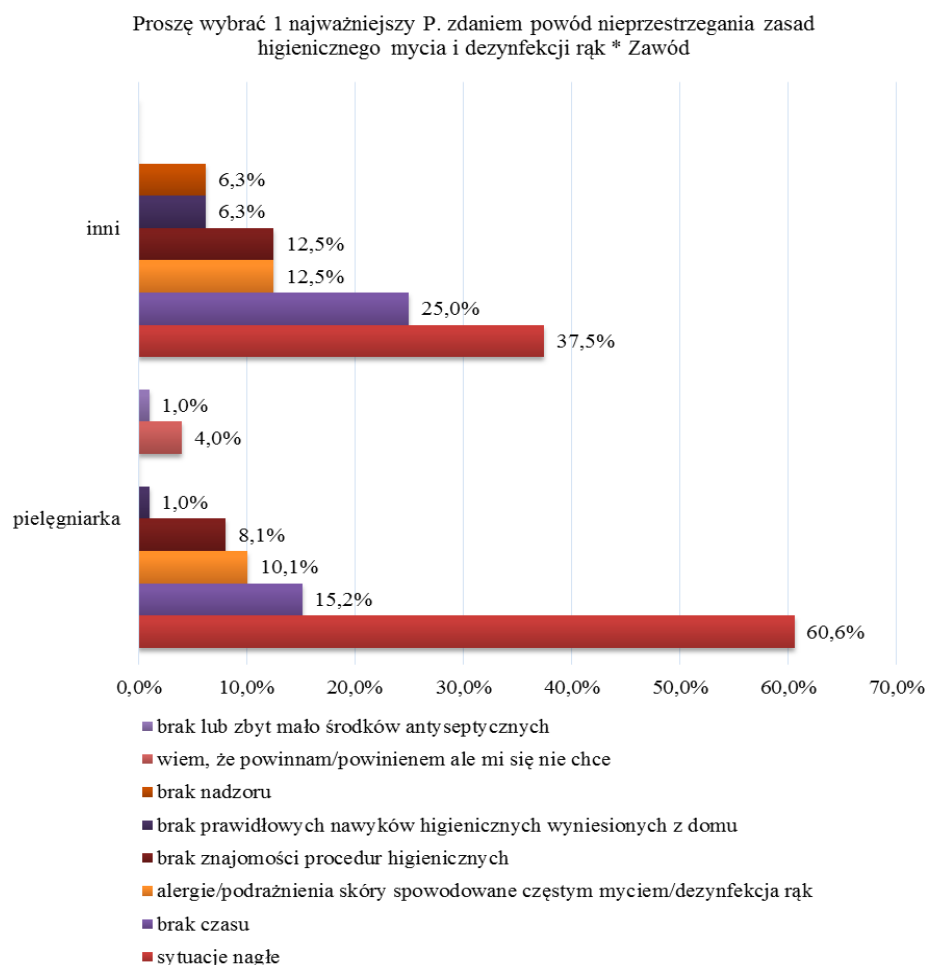
Sprawdzono czy występuje zależność pomiędzy stażem pracy (pracowników wszystkich trzech grup zawodowych) a powodem nieprzestrzegania zasad higieny mycia i dezynfekcji rąk. Ankietowani wskazywali różne sytuacje braku zasad higieny mycia i dezynfekcji rąk. Kształtowały się one różnie w zależności od stażu pracy i nie stwierdzono w tym zakresie istotności statystycznej ($p = 0,210$). Osoby pracujące powyżej 20 lat częściej nie dezynfekują i nie myją rąk ze względu na nagłe sytuacje – 64,1%. Wśród osób pracujących 11-20 lat 25% wskazało na brak czasu a 16,7% ze względu na brak znajomości procedur higienicznych. Wśród osób pracujących do 10 lat, 11,1% nie robi tego ze względu na brak chęci. Pomimo tych rozbieżności pomiędzy grupami, różnice nie były istotne statystycznie i nie potwierdziły hipotezy. (Tabela II)

Tabela II. Sytuacje braku zasad higieny mycia i dezynfekcji rąk z uwzględnieniem stażu pracy

			Staż pracy			Wynik testu
			do 10 lat	11-20 lat	powyżej 20 lat	
Proszę wybrać 1 najważniejszy P. zdaniem powód nieprzestrzegania zasad higienicznego mycia i dezynfekcji rąk	sytuacje nagłe	N	14	11	41	p =0,210
		%	51,9%	45,8%	64,1%	
	brak czasu	N	3	6	10	
		%	11,1%	25,0%	15,6%	
	alergie/podrażnienia skóry spowodowane częstym myciem/ dezynfekcja rąk	N	3	3	6	
		%	11,1%	12,5%	9,4%	
	brak znajomości procedur higienicznych	N	2	4	4	
		%	7,4%	16,7%	6,3%	
	brak prawidłowych nawyków higienicznych wyniesionych z domu	N	0	0	2	
		%	0,0%	0,0%	3,1%	
	brak nadzoru	N	1	0	0	
		%	3,7%	0,0%	0,0%	
	wiem, że powinnam/ powinienem ale mi się nie chce	N	3	0	1	
		%	11,1%	0,0%	1,6%	
brak lub zbyt mało środków antyseptycznych	N	1	0	0		
	%	3,7%	0,0%	0,0%		
Ogółem		N	27	24	64	
		%	100,0%	100,0%	100,0%	

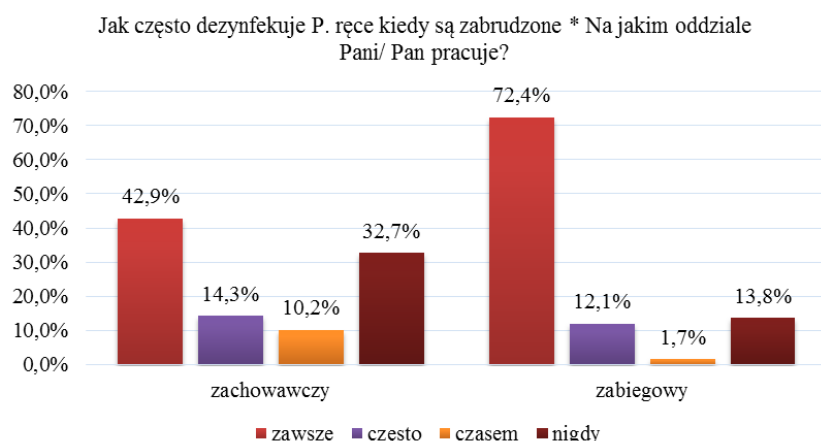
Zbadano czy występuje zależność pomiędzy zawodem a powodem nieprzestrzegania zasad higieny mycia i dezynfekcji rąk. Rozkład wyników w porównywanych grupach należy uznać za zbliżony. Pielęgniarki częściej nie myją lub nie dezynfekują rąk ze względu na sytuacje nagłe. Nie jest to istotne statystycznie różnica. Wśród pielęgniarek sytuacje nagłe stanowiły 60,6% wskazań a inne zawody wskazały ten powód w 37,5% przypadkach. Dla 12,5% przedstawicieli innych zawodów powodem niestosowania się do zasad był brak znajomości zasad oraz alergie i podrażnienia skóry spowodowane zbyt częstym myciem rąk oraz brak

czasu, 6,3% wskazało brak nadzoru i brak prawidłowych nawyków a 25% brak czasu. Jedynie 15,2% pielęgniarek wskazała na brak czasu, 10,1% na podrażnienia i alergie, 8,1% na brak znajomości procedur a 1% na brak prawidłowych przyzwyczajeń ($p = 0,119$). (Rycina 13)



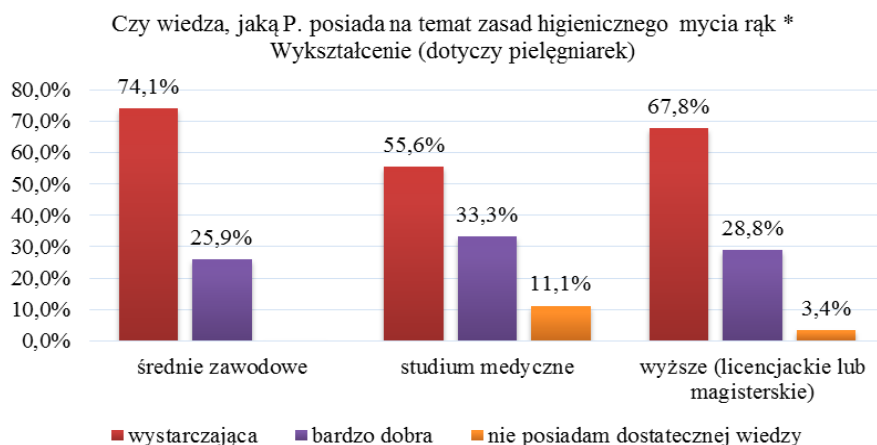
Rycina 1335. Zależność pomiędzy wykonywanym zawodem a nieprzestrzeganiem zasad higienicznego mycia rąk

Dokonano analizy występowania zależności pomiędzy rodzajem (specyfiką) oddziału a częstością dezynfekcji zabrudzonych rąk. Na oddziale zabiegowym 72,4% zawsze myło ręce, 12,1% często, 1,7% czasem a 13,8% nigdy. Wśród osób na oddziale zachowawczym 42,9% zawsze myło ręce, 14,3% często, 10,2% czasem, 32,7% nigdy. Osoby pracujące w oddziałach zachowawczych rzadziej myły zabrudzone ręce niż osoby na oddziałach zabiegowych. Zależność częstości mycia rąk w odniesieniu do specyfiki oddziału jest istotna statystycznie $p=0,007$. (Rycina 14)



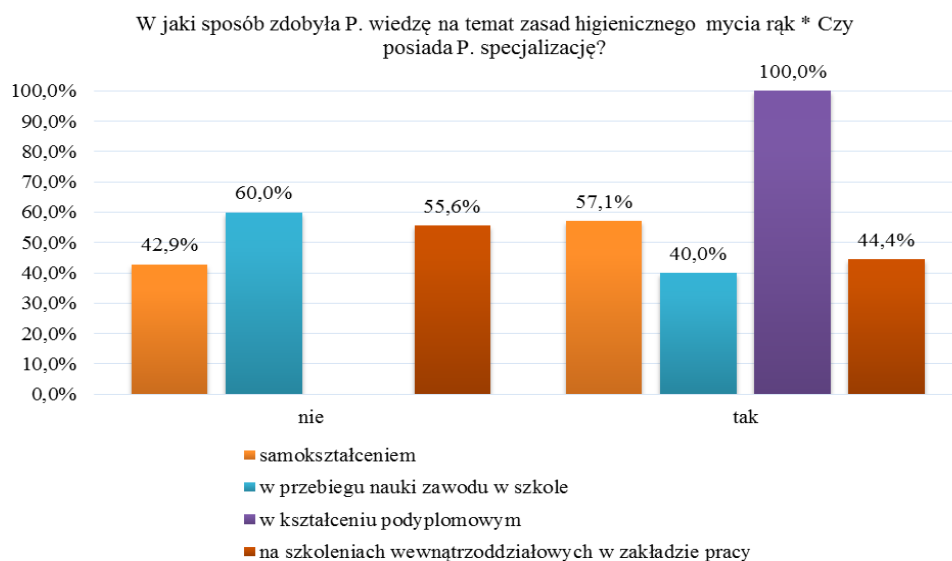
Rycina 14. Zależność pomiędzy miejscem pracy a częstością dezynfekcji rąk

Wykazano, że nie występuje zależność pomiędzy wykształceniem (dotyczy jedynie pielęgniarek) a wiedzą na temat higieny mycia rąk ($p=0,408$). Osoby o różnym wykształceniu w podobny sposób oceniali swoją wiedzę. 74,1% badanych o wykształceniu średnim wskazało na wystarczającą wiedzę a 25,9% na bardzo dobrą. Osoby po studium medycznym w 55,6% przypadków wskazali na wystarczającą wiedzę, 33,3% na bardzo dobrą a 11,1% przyznało, że nie posiada dostatecznych informacji. Wśród osób o wyższym wykształceniu wystarczającą wiedzę posiadało 67,8% badanych, 28,8% oceniło się bardzo dobrze a 3,4% przyznało, że nie posiada dostatecznej wiedzy. (Rycina 15)



Rycina 15. Zależność pomiędzy wykształceniem a wiedzą na temat zasad higienicznego mycia rąk

Zbadano występowanie zależności pomiędzy specjalizacją lekarzy, pielęgniarek i ratowników a sposobem zdobycia wiedzy na temat zasady mycia rąk. 100 % osób posiadających specjalizację zdobyło wiedzę w ramach kształcenia podyplomowego. Wśród osób bez specjalizacji 42,95% wskazało samokształcenie, 60% przebieg zawodu a 55,6% szkolenia. Wśród osób posiadających specjalizację, oprócz kształcenia podyplomowego 57,1% wskazało samokształcenie, 40% przebieg zawodu a 44,4% szkolenia. Badana zależność jest istotna statystycznie $p=0,002$. (Rycina 16)



$\chi^2 = 16,7$, 89, $df = 4$, $p = 0,002$ (p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody)

Rycina 16. Zależność pomiędzy posiadaną specjalizacją a wiedzą na temat higienicznego mycia rąk

Dokonano analizy występowania zależności pomiędzy wiedzą wszystkich respondentów o rodzaju zakażeń przed, którymi chroni mycie rąk a znajomością prawidłowych technik mycia rąk. Wśród badanych, którzy wskazali, że mycie rąk chroni przed zakażeniem przenoszonym drogą powietrzno-pyłową 4,8% badanych zna, ale nie stosuje prawidłowych technik mycia rąk a 95,2% zna i stosuje. Wśród osób, które stwierdziły, że mycie rąk chroni przed zakażeniem krzyżowym 1,1% osób zna techniki prawidłowego mycia rąk ale ich nie stosuje a 98,9% zna i stosuje. Nie wykazano istotności statystycznej w tym zakresie. (Tabela III)

Tabela III. Zależność pomiędzy wiedzą o rodzaju zakażeń przed, którymi chroni mycie rąk a znajomością prawidłowych technik mycia rąk

			Mycie rąk chroni przed		Wynik testu
			zakażeniami przenoszonym drogą powietrzno-pyłową	zakażeniami krzyżowymi	
Czy zna P. prawidłowe techniki mycia rąk?	znam, ale nie stosuję	N	1	1	$\chi^2 = 0,046$ df = 1 p = 0,830
		%	4,8%	1,1%	
	znam i stosuję	N	20	88	
		%	95,2%	98,9%	
Ogółem		N	21	89	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

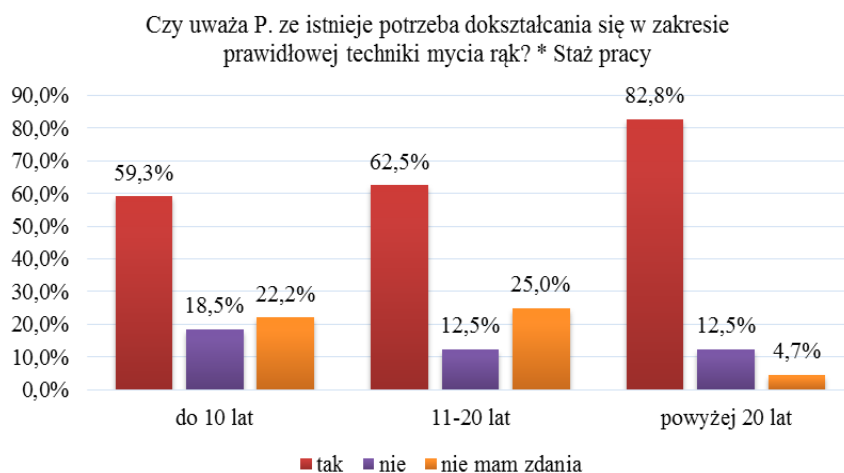
Dokonano analizy występowania zależności pomiędzy specyfiką oddziału pracy a momentem mycia rąk. Na badanych oddziałach pracownicy w podobny sposób definiowali moment mycia rąk. Dla 75,9% osób na oddziale zabiegowym to wszystkie wymienione sytuacje w ankiecie a dla 19% przede wszystkim przed rutynowymi czynnościami w oddziale. Dla badanych na oddziale zachowawczym w 79,6% przypadków to wszystkie wymienione sytuacje a dla 16,3% to sytuacja rutynowych czynności. Rozkład wyników w porównywanych grupach należy uznać za zbliżony, dlatego też analizowanie zmienne nie wykazują istotności statystycznych. (Tabela IV)

Tabela IV. Zależność pomiędzy oddziałem a momentem mycia rąk

			Na jakim oddziale Pani/ Pan pracuje?		Wynik testu
			zachowawczy	zabiegowy	
Higieniczne mycie rąk wykonuje się	przed wszystkimi rutynowymi czynnościami w oddziale: pielęgnacja chorego (...)	N	8	11	p = 0,959
		%	16,3%	19,0%	
	w obszarach wysokiego ryzyka, przed wykonaniem procedur medycznych, po kontakcie z wydaliniami i wydzielinami	N	1	2	
		%	2,0%	3,4%	
	przed wszystkimi zabiegami inwazyjnymi i chirurgicznymi	N	1	1	
		%	2,0%	1,7%	
	wszystkie wyżej wymienione	N	39	44	
		%	79,6%	75,9%	
Ogółem		N	49	58	
		%	100,0%	100,0%	

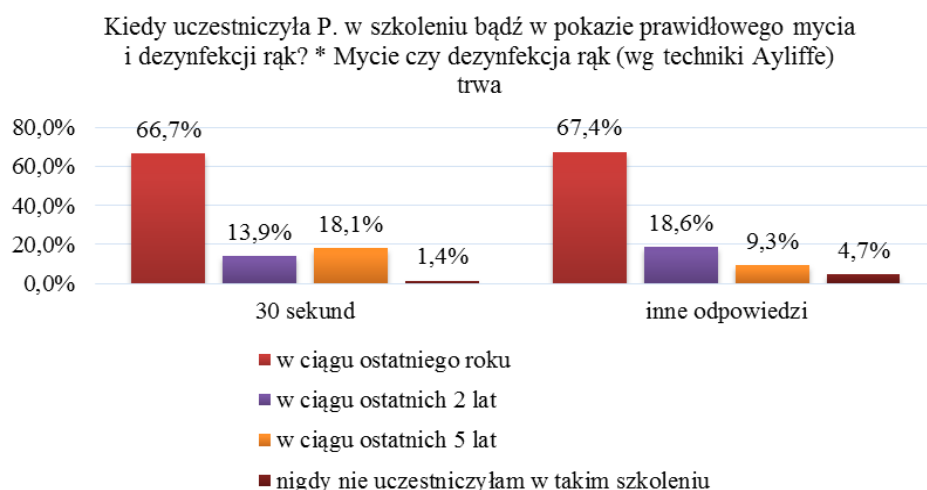
p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

Analizując zależność pomiędzy stażem pracy wszystkich badanych pracowników a potrzebą doksztalcenia wykazano, że im większy staż pracy tym większe przekonanie o konieczności doksztalcenia w zakresie prawidłowej techniki mycia. Wśród osób o stażu pracy do 10 lat – 59,3% wskazało na konieczność doksztalcenia. Wśród osób pracujących 11-20 lat 62,5% a wśród najdłużej pracujących aż 82,8% badanych. Analizowane zmienne wykazały istotność statystyczną $p=0,023$. (Rycina 17)



Rycina 17. Zależność pomiędzy stażem pracy a potrzebą doształcania

Dokonano analizy występowania zależności pomiędzy czasem mycia rąk a uczestnictwem w szkoleniu. Rozkład wyników w porównywanych grupach należy uznać za zbliżony $p = 0,393$. Osoby myjące ręce 30 sekund były szkolone w podobnych okresach co osoby myjące ręce w innym czasie. Wśród osób dezynfekujących ręce 30 sekund 66,7% szkolonych było w ostatnim roku, 13,9% do 2 lat temu, 18,1% do 5 lat wstecz a 1,4% nigdy nie uczestniczyła w szkoleniu. Wśród osób, które wskazały inny czas trwania dezynfekcji 67,4% wskazała na szkolenie w przeciągu ostatniego roku, 18,6% w przeciągu 2 lat, 9,3% w przeciągu 5 lat a 4,7% nigdy nie uczestniczyła w takim szkoleniu. (Rycina 18).



Rycina 18. Zależność pomiędzy czasem mycia rąk a uczestnictwem w szkoleniu

Zbadano występowanie zależności pomiędzy znajomością najważniejszej metody profilaktyki zakażeń, techniką mycia i dezynfekcji rąk metoda Ayliffe a znajomością techniki mycia

i dezynfekcji rąk. Osoby, które wskazały dezynfekcję rąk jako najważniejszą metodę profilaktyki zakażeń częściej wskazywali wszystkie podane odpowiedzi. 60% wskazujących dezynfekcję rąk wskazało na wszystkie odpowiedzi a 33% na nie pomijanie żadnych obszarów ręki. Wśród osób wskazujących na prawidłową antybiotykoterapię jako metodę profilaktyki w 33,3% wskazywali wszystkie odpowiedzi, 33,3% wskazało nie pomijanie żadnych obszarów ręki, 20% wskazało na odpowiednią długość a 13,3% na niewywoływanie uszkodzeń skóry. Zależności wykazują istotność statystyczną $p=0,015$. (Tabela V)

Tabela V. Zależność pomiędzy znajomością najważniejszej metody profilaktyki zakażeń a znajomością techniki mycia i dezynfekcji rąk

			Jaka jest najważniejsza metoda profilaktyki zakażeń podczas wykonywania procedur medycznych		Wynik testu
			prawidłowa antybiotykoterapia	dezynfekcja rąk	
Zalecana techniką mycia i dezynfekcji rąk jest metoda Ayliffe ze względu na to, że:	trwa odpowiednio długo	N	3	3	p = 0,015
		%	20,0%	3,0%	
	nie wywołuje uszkodzeń skóry	N	2	4	
		%	13,3%	4,0%	
	nie pomija żadnych obszarów ręki	N	5	33	
		%	33,3%	33,0%	
	wszystkie powyższe	N	5	60	
		%	33,3%	60,0%	
Ogółem		N	15	100	
		%	100,0%	100,0%	

p – istotność; χ^2 – statystyka testu; df – stopnie swobody

W wyniku przeprowadzonych badań dokonano oceny wiedzy ogólnej personelu medycznego na temat higienicznego mycia rąk. 99,1% respondentów wie, iż w ich miejscu pracy znajduje się procedura higienicznego mycia rąk, która jest łatwo dostępna. (Tabela VI)

Tabela VI. Dostępność procedury higienicznego mycia rąk

Czy w P. miejscu pracy dostępna jest procedura higienicznego mycia rąk?	Częstość	Procent
Tak	114	99,1%
Nie	1	0,9%
Ogółem	115	100,0%

Zdecydowana większość ankietowanych (98,3%) jest świadoma, iż stosowanie rękawiczek nie zwalnia z obowiązku mycia i dezynfekcji rąk. (Tabela VII)

Tabela VII. Mycie i dezynfekcja a stosowanie rękawiczek

Stosowanie rękawiczek zwalnia z obowiązku mycia i dezynfekcji rąk?	Częstość	Procent
Tak	2	1,7%
Nie	113	98,3%
Ogółem	115	100,0%

Więcej niż połowa, bo 59,1 % ankietowanych właściwie odpowiedziała na pytanie Kiedy nie należy użyć preparatu do dezynfekcji rąk, tzn. jeśli twoje ręce są wizualnie zabrudzone po kontakcie z pacjentem. (Tabela VIII)

Tabela VIII. Sytuacje, w których nie należy użyć preparatu do dezynfekcji rąk

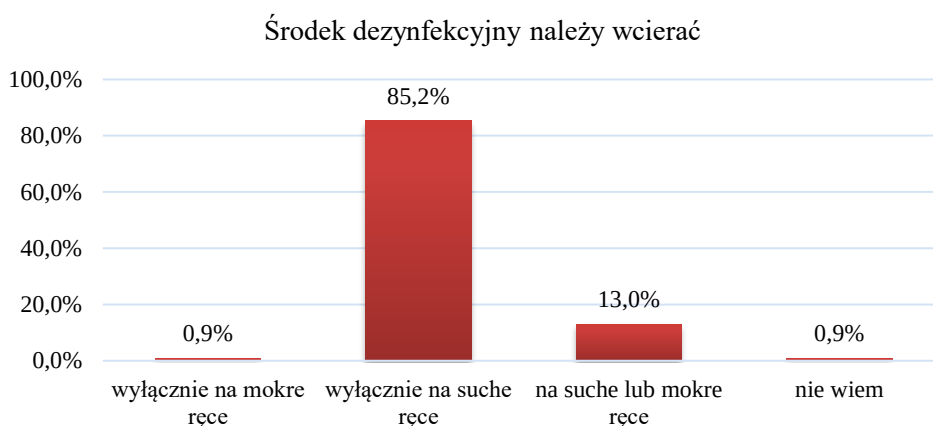
Kiedy nie należy użyć preparatu do dezynfekcji rąk?	Częstość	Procent
po pobraniu próbki krwi	8	7,0%
przed założeniem rękawiczek	30	26,1%
jeśli Twoje ręce są wizualnie zabrudzone po kontakcie z pacjentem (...)	68	59,1%
przed kontaktem z pacjentem	9	7,8%
Ogółem	115	100,0%

W pytaniu sprawdzającym wiedzę wszystkich respondentów na temat znajomości preparatów antyseptycznych o najszybszym czasie działania, aż 77,4% osób posiada wiedzę, iż są to preparaty, które w swoim składzie zawierają alkohol etylowy. 13,9% twierdzi, że zawierają chlorheksydynę, 5,2% uważa, że są to preparaty z chloraminą, a 3,5% uważa, że w składzie tych środków są jodofory. (Rycina 19)



Rycina 1936. Skład preparatów antyseptycznych o najszybszym czasie działania według ankietowanych

85,2% pracowników, którzy wzięli udział w badaniu właściwie udzieliło odpowiedzi na pytanie „Kiedy należy wcierać środek dezynfekcyjny?”, tj. wyłącznie na suche ręce. 13% osób wciera środek dezynfekcyjny na suche lub mokre ręce, 0,9% (czyli 1 osoba) używa środka dezynfekcyjnego wyłącznie na mokre ręce, również 1 osoba (0,9%) udzieliła odpowiedzi „nie wiem”. (Rycina 20)



Rycina 20. Sposób użycia środka dezynfekcyjnego do rąk

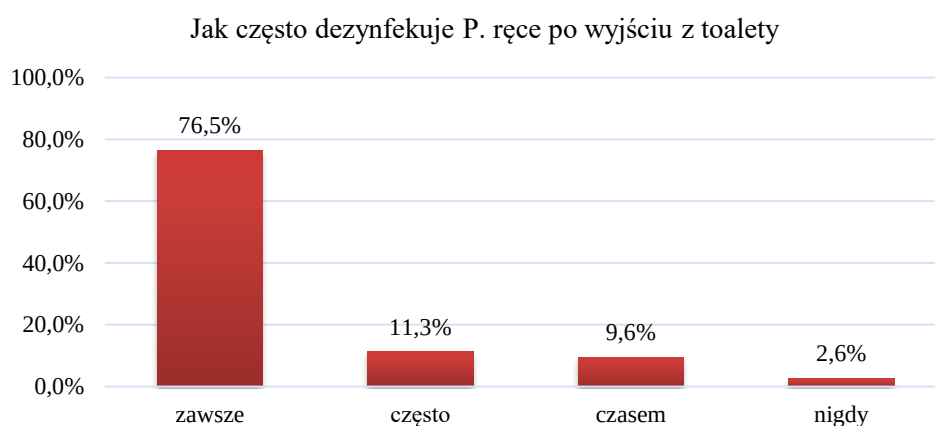
Jedno z pytań z ankiety wymagało określenia jak często osoba badana, pracownik medyczny stosuje zasadę dezynfekcji rąk w poszczególnych sytuacjach:

- po skończonej pracy. (Tabela IX)

Tabela IX. Dezynfekcja rąk po skończonej pracy

Jak często dezynfekuje P. ręce po skończonej pracy?	Częstość	Procent
Zawsze	90	78,3%
Często	22	19,1%
Czasem	1	0,9%
Nigdy	2	1,7%
Ogółem	115	100,0%

- po wyjściu z toalety (Rycina 21)



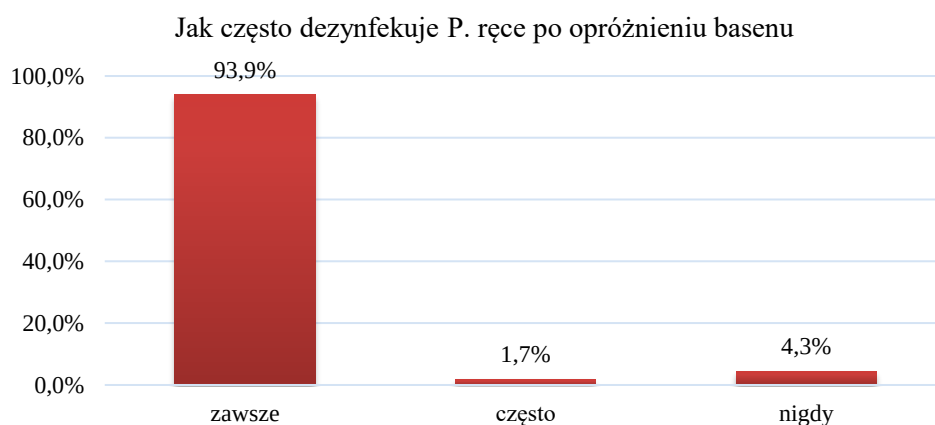
Rycina 21. Dezynfekcja rąk po wyjściu z toalety

- po kąpieli chorego (Tabela X)

Tabela X. Dezynfekcja rąk a kąpielą pacjenta

Jak często dezynfekuje P. ręce po kąpieli chorego?	Częstość	Procent
Zawsze	96	83,5%
Często	10	8,7%
Czasem	3	2,6%
Nigdy	6	5,2%
Ogółem	115	100,0%

- po opróżnieniu basenu (Rycina 22)



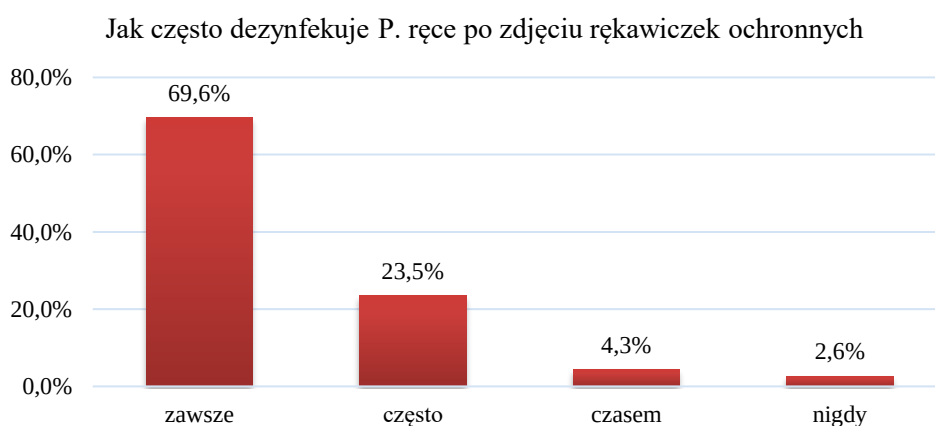
Rycina 22. Dezynfekcja rąk po opróżnieniu basenu

- po kontakcie z otoczeniem pacjenta (Tabela XI)

Tabela XI. Dezynfekcja rąk a kontakt z otoczeniem pacjenta

Jak często dezynfekuje P. ręce po kontakcie z otoczeniem pacjenta (łóżko, stojak)?	Częstość	Procent
zawsze	88	76,5%
często	22	19,1%
czasem	3	2,6%
nigdy	2	1,7%
Ogółem	115	100,0%

- po zdjęciu rękawiczek (Rycina 23)



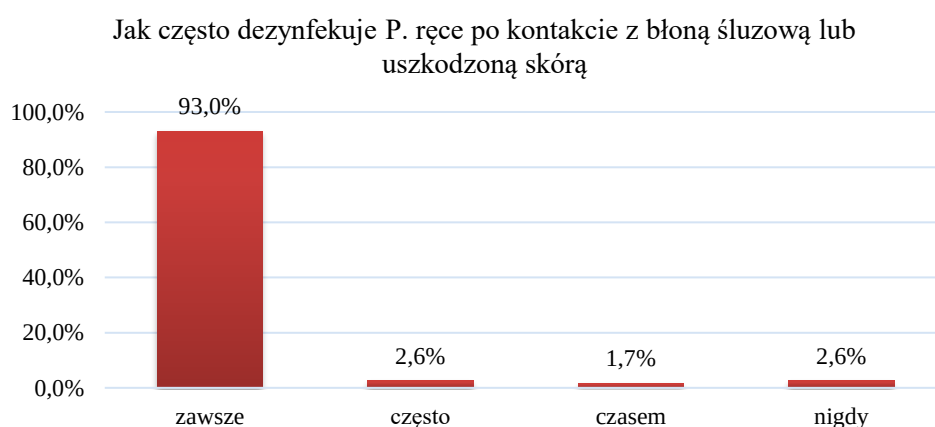
Rycina 23. Dezynfekcja rąk po zdjęciu rękawiczek

- przed założeniem jałowych rękawiczek (Tabela XII)

Tabela XII. Dezynfekcja rąk przed założeniem jałowych rękawiczek

Jak często dezynfekuje P. ręce przed założeniem jałowych rękawiczek?	Częstość	Procent
Zawsze	79	68,7%
Często	11	9,6%
Czasem	16	13,9%
Nigdy	9	7,8%
Ogółem	115	100,0%

- po kontakcie z błoną śluzową lub uszkodzoną skórą (Rycina 24)



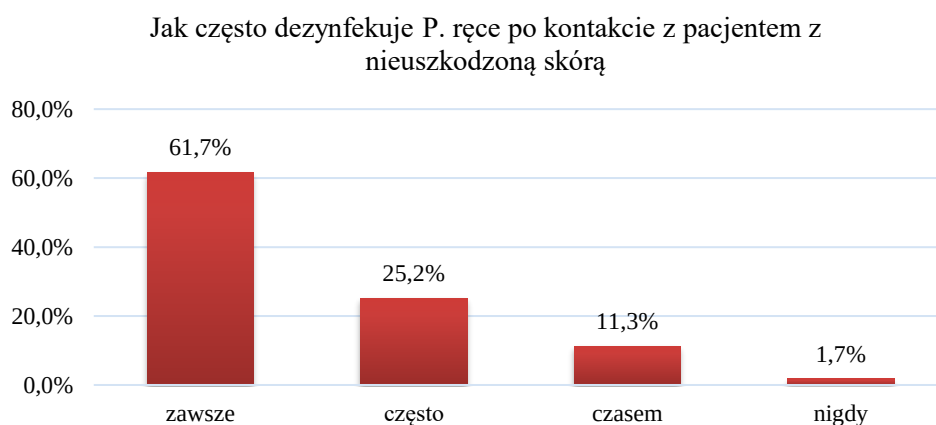
Rycina 24. Dezynfekcja rąk po kontakcie z błoną śluzową lub uszkodzona skórą pacjenta

- po kontakcie z krwią (Tabela XIII)

Tabela XIII. Dezynfekcja rąk po kontakcie z krwią

Jak często dezynfekuje P. ręce po kontakcie z krwią?	Częstość	Procent
Zawsze	111	96,5%
Często	3	2,6%
czasem nigdy	1	0,9%
Ogółem	115	100,0%

- po kontakcie z pacjentem z nieuszkodzoną skórą (Rycina 25)



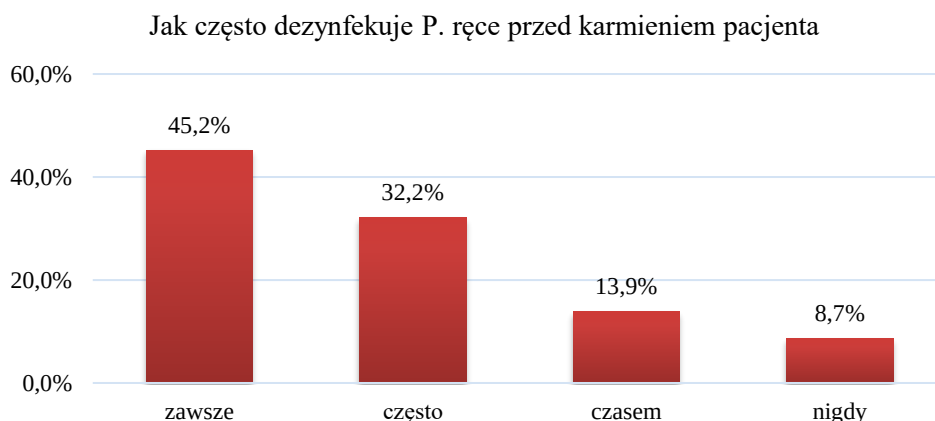
Rycina 25. Dezynfekcja rąk po kontakcie z nieuszkodzoną skórą pacjenta

- przed wykonaniem zabiegów inwazyjnych z naruszeniem ciągłości tkanek (Tabela XIV)

Tabela XIV. Dezynfekcja rąk przed wykonaniem zabiegów inwazyjnych z naruszeniem ciągłości tkanek

Jak często dezynfekuje P. ręce przed wykonaniem zabiegów inwazyjnych z naruszeniem ciągłości tkanek	Częstość	Procent
zawsze	106	92,2%
często	4	3,5%
czasem	3	2,6%
nigdy	2	1,7%
Ogółem	115	100,0%

- przed karmieniem pacjenta (Rycina 26)



Rycina 26. Dezynfekcja rąk a karmienie pacjenta

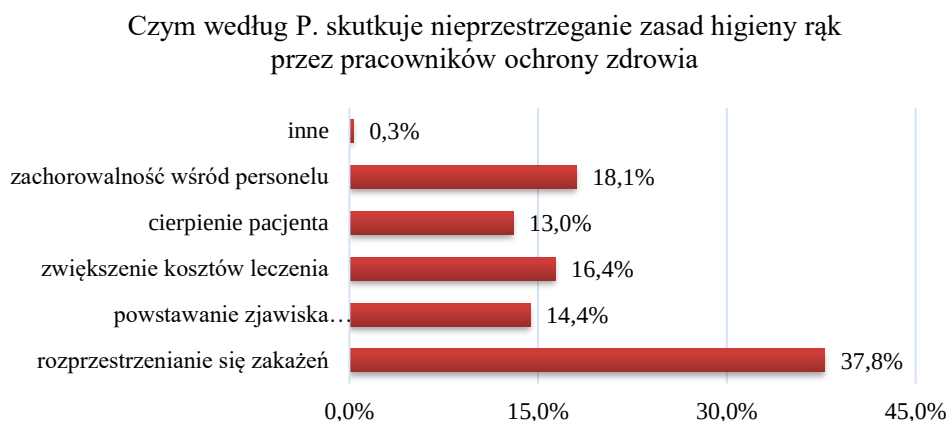
- kiedy ręce są zabrudzone (Tabela XV)

Tabela XV. Dezynfekcja rąk w sytuacji ich zabrudzenia

Jak często dezynfekuje P. ręce kiedy są zabrudzone	Częstość	Procent
Zawsze	68	59,1%
Często	15	13,0%
Czasem	6	5,2%
Nigdy	26	22,6%
Ogółem	115	100,0%

W każdej z przedstawionych sytuacji zdecydowana większość osób udzielających odpowiedzi stwierdziła, że dezynfekuje ręce zawsze.

W pytaniu Czym według Pani/Pana skutkuje nieprzestrzeganie zasad higieny rąk przez pracowników ochrony zdrowia? (była tu możliwość zaznaczenia kilku wariantów odpowiedzi) najczęściej wybieraną odpowiedzią było rozprzestrzenianie się zakażeń (113 odpowiedzi – 37,8%). Na drugim miejscu wybierano zachorowalność wśród personelu (54 odpowiedzi – 18,1%), w dalszej kolejności – zwiększenie kosztów leczenia (49 odpowiedzi – 16,4%), powstawanie zjawiska wielolekooporności drobnoustrojów (43 odpowiedzi – 14,4%), cierpienie pacjenta (39 odpowiedzi – 13,0%). Jedna osoba zaznaczyła odpowiedź inne, nie rozszerzając swojego poglądu. (Rycina 27)



Rycina 27. Skutki nieprzestrzegania zasad higieny rąk

Pracownicy ochrony zdrowia, którzy brali udział w badaniu swoją wiedzę na temat zasad higienicznego mycia rąk ocenili – 74 osoby (64,3%) na wysokim poziomie, 41 osób (35,7%) na niskim poziomie. (Rycina 28)



Rycina 28. Poziom wiedzy na temat zasad higienicznego mycia rąk

Omówienie wyników i dyskusja

W przypadku hospitalizacji zakażenia szpitalne stanowią istotne zagrożenie epidemiologiczne a także problem ekonomiczny szpitali na całym świecie. Ręce personelu medycznego to główne narzędzie przy wykonywaniu wszystkich procedur medycznych. Stanowią również najważniejszą drogę przenoszenia chorobotwórczych mikroorganizmów. Higiena rąk jest zatem elementarnym sposobem w ograniczaniu ryzyka zakażeń szpitalnych. Bezpieczeństwo pacjenta jest wskaźnikiem dobrej i profesjonalnej opieki. Bezpieczeństwo to również unikanie

zakażeń krzyżowych spowodowanych niewłaściwą techniką mycia i dezynfekcji rąk, zaniechaniem użycia środka dezynfekcyjnego, bądź błędnym wykonaniem tych procedur [12].

W niniejszej pracy przeprowadzono badanie nad znajomością zasad higienicznego mycia rąk wśród personelu medycznego/ pracowników szpitala w Bielsku Podlaskim. Były to osoby, które pracowały na oddziałach o różnej specjalności: 50,4% pracownicy oddziałów zabiegowych, 42,6% oddziałów zachowawczych oraz 7,0% pracownicy poradni specjalistycznych. W badaniu wzięło udział 115 respondentów: 86,1 % stanowiły pielęgniarki, 9,6% lekarze oraz 4,3% ratownicy medyczni. Więcej niż połowa ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe – 56,7%. Również większość badanych pracowników to osoby z doświadczeniem zawodowym powyżej 20 lat pracy (55,7%).

W większości dostępnych publikacji stwierdzano, iż pomimo wzrostu poziomu kształcenia i ciągłego podnoszenia kwalifikacji zawodowych wiedza na temat zakażeń szpitalnych i wiążącej higieny rąk jest wciąż niska. Z przeprowadzonego badania wynika, iż sami pracownicy swój poziom znajomości zasad higienicznego mycia rąk ocenili na wysoki (64,3%). Jedynie 35,7% uznaje ewentualne braki w wiedzy na dany temat. Jest to subiektywna ocena osób biorących udział w badaniu. Podobnie w badaniach Garus-Pakowskiej i Szatko pielęgniarki oceniły swoją wiedzę na temat higieny rąk jako profilaktykę zakażeń dość wysoko – na poziomie bardzo dobrym i dobrym aż 74,8% ankietowanych, a jedynie 2,7% jako złą [11].

Na pytanie o potrzebę doksztalcania się w zakresie prawidłowej techniki mycia rąk aż 73,0% osób wyraziło taką potrzebę. Z badań przeprowadzonych przez Budek wynika, że również bardzo znacząca ilość osób, bo 93% jest zainteresowana szkoleniami. Świadczy to o dużej świadomości osób udzielających świadczenia zdrowotne i dbających o bezpieczeństwo pacjenta i swoje [4].

Nie została potwierdzona hipoteza (dotycząca tylko grupy pielęgniarek), że poziom wiedzy zależy od wykształcenia. Rozkład wyników był zbliżony. Zarówno osoby z wykształceniem wyższym (67,8%), średnim zawodowym (74,1%) jak i po ukończeniu studium medycznego (55,6%) swój poziom wiedzy ocenili na wystarczający. Swoje wyniki porównano do pracy badawczej Chwedoruk M. i Gotlib J., gdzie wystąpiły istotne statystycznie różnice pomiędzy grupą pielęgniarek z wykształceniem wyższym i ze średnim. Najistotniejsze różnice wystąpiły w pytaniach sprawdzających wiedzę (w przypadku 10 spośród 24 zamieszczonych pytań ankietowych wystąpiły istotne statystycznie różnice - $p < 0,05$). Natomiast subiektywna ocena wiedzy na temat znaczenia mycia rąk w obu grupach wyglądała podobnie ($p < 0,111$) [6].

W badaniu własnym osoby myjące ręce w czasie prawidłowym były szkolone w podobnych okresach co osoby, które nie przestrzegają ustalonego czasu. 66,7% znających prawidłową technikę wykonania tej procedury była szkolona w ostatnim roku, jak również 67,4% wskazujących inny czas wskazała na szkolenie w przeciągu ostatniego roku. Z kolei analiza badań przeprowadzonych przez Garus-Pakowską i Szatko wykazała lepszą wiedzę pielęgniarek, które uczestniczyły w pokazach prawidłowej higieny rąk w ciągu ostatniego roku [13].

Na pytanie dotyczące bezpośrednich dróg szerzenia się zakażeń szpitalnych 93,9% osób odpowiedziało, że są to ręce. Według badań prowadzonych przez Laskowską i wsp. również 82% badanych wskazało na ręce personelu [14].

Zaobserwowano dużą świadomość ankietowanych odnośnie dezynfekcji rąk jako najważniejszej metody profilaktyki podczas wykonywania procedur medycznych – aż 87,0% personelu badanego to potwierdza. 77,4% osób zgadza się, że higiena rąk chroni przed rozprzestrzenianiem się zakażeń krzyżowych, a 18,3% podaje, że ręce są wektorem zakażeń powietrzno-pyłowych. Bardzo podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach Laskowska i wsp. – 82% badanych uważa, że to jednak ręce są źródłem zakażeń krzyżowych [14].

W badaniach Kosonóg K i Gotlib J. analizowano temat aseptyki i antyseptyki przy wykonywaniu procedur medycznych. Wiedza ankietowanych była zróżnicowana. Na pytanie, kiedy wykonuje się higieniczne mycie rąk 60% udzieliło poprawnej odpowiedzi, że higieniczne mycie rąk wykonuje się w obszarach wysokiego ryzyka, przed wykonaniem procedur medycznych oraz po kontakcie z wydzielinami lub wydaliniami [15, 16]. Wyniki badań własnych się z tym nie pokrywają, gdyż 78,3% personelu udzieliło odpowiedzi, że wszystkie wyżej wymienione (oprócz odpowiedzi poprawnej personel uważa, iż higieniczne mycie rąk wykonuje się również przed wszystkimi rutynowymi czynnościami w oddziale oraz przed wszystkimi zabiegami inwazyjnymi i chirurgicznymi). Poprawnej odpowiedzi udzieliło jedynie 2,6%. Tak duża rozbieżność może wynikać z niedokładnego zrozumienia pytania oraz mylnej interpretacji higienicznego mycia i higienicznej dezynfekcji rąk. W swoich odpowiedziach 95,7% pracowników przyznaje, że zna i stosuje prawidłowe techniki mycia rąk, 92,2% również zna i stosuje zasadę “Pięciu kroków higieny rąk” wg WHO.

Z opracowania badań Kasperczyk J. i wsp. nad wiedzą, praktyką i postawą studentów kierunku lekarskiego wobec higieny rąk wynika, iż jedynie 45% badanych studentów tego kierunku

potrafi prawidłowo wskazać sytuacje, w których stosuje się dezynfekcje rąk wg zaleceń WHO. Świadczy to o konieczności prowadzenia regularnych szkoleń i ćwiczeń z tego zakresu oraz kreowanie właściwych nawyków wśród przyszłego personelu medycznego [17].

Respondenci poproszeni o zaznaczenie tego, z jaką częstotliwością stosują zasadę dezynfekcji w poszczególnych sytuacjach odpowiadali w większości, że robią to „zawsze”. Odpowiedzi „zawsze” najczęściej udzielono w przypadku kontaktu z krwią pacjenta (96,5%), po opróżnieniu basenu (93,9%) oraz po kontakcie z błoną śluzową lub uszkodzoną skórą (93,0%). 92,2% osób badanych zaznaczyło, że zawsze dezynfekuje ręce przed wykonaniem zabiegów inwazyjnych z naruszeniem ciągłości tkanek. Tak duży odsetek świadczy o dużej świadomości personelu, że dezynfekcja rąk nie tylko ma chronić zdrowie ich samych, ale również zapobiec powikłaniom u leczonych pacjentów. Najmniej pożądanymi odpowiedziami udzielono w sytuacji – po zdjęciu rękawiczek ochronnych (69,6%) oraz przed założeniem jałowych rękawiczek (68,7%). Również w przypadku kontaktu z otoczeniem pacjenta (76,5%), gdzie jest jeden z 5 momentów dezynfekcji rąk zalecanych przez WHO [2].

Wiele przeprowadzonych badań wskazuje na to, iż częstość mycia/dezynfekcji rąk zmienia się w zależności od wykonywanej czynności, a przestrzeganie procedur higienicznych nie wynosi nigdy 100%. Potwierdzają to wyniki badań Bilskiego B. i Kosińskiego B.[3]. Według badań Jarosik M. i Garus-Pakowskiej A. większą aktywność w stosowaniu procedur higienicznych rąk obserwuje się w przypadku kontaktu z pacjentem zakażonym oraz kontaktu z krwią (97%). Aż 49% badanych przyznaje się, że po kontakcie z pacjentem i jego otoczeniem zawsze dezynfekuje ręce, 39% robi to tylko czasem [12].

Analizując przyczyny nieprzestrzegania higienicznego mycia i dezynfekcji rąk zarówno w badaniach własnych jak i wynikach badań przeprowadzonych przez Garus-Pakowską A. i Szatko F. powody najczęściej podawane pokrywały się. Jako najważniejsze wymieniane były: sytuacje nagłe, brak czasu oraz alergie i podrażnienia skóry. Dość często wskazywano na brak znajomości procedur higienicznych [11].

Wnioski

Personel medyczny prezentuje różny poziom wiedzy z zakresu znajomości zasad higienicznego mycia rąk, jak również różny poziom przestrzegania tej procedury.

Stan wiedzy nie jest uzależniony od stażu pracy, wykształcenia, wykonywanego zawodu i miejsca pracy.

Personel medyczny posiada wiedzę na temat skutków braku przestrzegania zasad higienicznego mycia rąk i wyraża chęć uczestnictwa w kolejnych szkoleniach na temat higieny rąk jako profilaktyki zakażeń szpitalnych co istotnie uzależnione jest od stażu pracy.

Istnieje potrzeba ciągłego szkolenia personelu i kontrolowania przebiegu higienicznego mycia rąk celem ograniczenia i eliminacji dróg zakażeń.

Bibliografia

1. Bembnowska M., Joško-Ochojska J.: Quality management in health care system, Hygeia Public Health, 2015; 50 (3): 457-462.
2. Mączyńska A.: Higiena rąk według rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia. α-medica press, 2016.
3. Bilski B., Kosiński B.: Analiza wybranych zachowań w zakresie higieny rąk w wybranej populacji personelu pielęgniarskiego. Medycyna Praktyczna, 2007, 58(4):291-297.
4. Budek W.: Blok operacyjny jako miejsce wysokiego ryzyka – zapobieganie zakażeniom szpitalnym. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2010, 3-4(32-32): 56-62.
5. Ciuruś M.: Higiena rąk obowiązkiem personelu mającego kontakt z pacjentami. Forum Zakażeń, 2013; 4(3):199-205.
6. Chwedoruk M., Gotlib J.: Ocena wiedzy pielęgniarek z oddziałów zabiegowych na temat zakażeń szpitalnych przenoszonych drogą kontaktową. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2014, 20(2): 192-198.
7. Czechowska D., Fleischer M., Lechowicz M., Malara M., Ochocka B., Ziółkowski G.: Higiena rąk w placówkach ochrony zdrowia, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Epidemiologicznych, Katowice 2014, Zeszyt XIII: 5-26.
8. Ferschke W.: Monitoring jakości dezynfekcji rąk – przegląd możliwości i perspektyw niektórych rozwiązań stosowanych na świecie. Pielęgniarka epidemiologiczna, 2017, 3(70): 25-30.
9. Ustawa z dnia 05 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi; Dz.U. z 2008 r. nr 234, poz. 1570.

10. Fleischer M., Bober B.: Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2016.
11. Garus-Pakowska A., Szatko F.: Wiedza pielęgniarek na temat zakażeń związanych z opieką zdrowotną. *Problemy Higieny Epidemiologicznej*, 2009, 9(1): 45-49.
12. Jarosik M., Garus-Pakowska A.: Wiedza i przestrzeganie procedur higienicznych jako element profilaktyki przeciwwzakaźnej w pracy pielęgniarek. *Hygeia Public Health*, 2012, 47(2): 215-222.
13. Kołpa M., Grochowska A., Gniadek A., Jurkiewicz B.: Poziom wiedzy personelu medycznego szpitala o przenoszeniu zakażeń drogą kontaktową. *Przegląd epidemiologiczny*, 2015, 69(3): 615-618.
14. Laskowska A., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C., Krajewska K.: Wstępna ocena wiedzy pielęgniarek na temat zakażeń szpitalnych. *Mikologia Lekarska*, 2003, 10(4):23-27.
15. Kosonóg K., Gotlib J.: Ocena wiedzy pielęgniarek na temat aseptyki i antyseptyki w wybranych procedurach medycznych. *Problemy pielęgniarstwa*, 2010, 18(1): 30-40.
16. Niecwietajewa I., Pracz W., Gienza M., Jakubiak J., Szymańczak M., Marusza W.: Mikrobiologiczna kontrola higieny rąk jako ważny element multimodalnej strategii prewencji zakażeń związanych z opieką zdrowotną. *Zakażenia XXI wieku*, 2018, 1(5): 209-215.
17. Kasperczyk J., Szczurek W., Szczurek D., Jośko-Ochojska J.: Wiedza i postawy studentów kierunku lekarskiego i lekarsko-dentystycznego wobec higieny rąk. *Problemy Higieny Epidemiologicznej*, 2016; 97(3): 229-235.

Alkoholizm i jego następstwa

Krystyna Zambrzycka¹, Katarzyna Krystyna Snarska², Cecylia Dolińska³, Monika Choraży⁴

¹ – Absolwentka Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku, kierunek Pielęgniarstwo

² – Zakład Medycyny Klinicznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

³ – Wyższa Szkoła Medyczna w Białymstoku

⁴ – Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Alkohol od wieków towarzyszy człowiekowi. Jego używanie jest powszechnie akceptowane przez niektóre grupy społeczne a także uznawane za kulturowo determinowany zwyczaj. Należy pamiętać o tym, że substancje psychoaktywne (w tym alkohol) pobudzają lub hamują pewne obszary mózgu, co może prowadzić do różnego rodzaju subiektywnych odczuć czy też zmian zachowania. W większości przypadków takie działanie jest nieszkodliwe. Substancje, które wpływają na czynność mózgu mogą wywołać objawy psychopatologiczne, nie do odróżnienia od typowych symptomów zaburzeń psychicznych podobnych do schizofrenii czy depresji.

Termin „substancja psychoaktywna” odnosi się do wszelkich środków, które wywierają działanie na ośrodkowy układ nerwowy. Substancje te zakłócają homeostazę mózgu, powodując tzw. odchylenia od normy psychicznej.

Każdą osobę pijącą alkohol można zaliczyć do jednej z trzech grup: pijący towarzysko, pijący problemowo, uzależniony od alkoholu.

Pijący towarzysko – w tej grupie znajdują się w większości osoby, których picie pozostaje w zdrowych granicach i nie powoduje żadnych szkód ani w nich samych ani w ich otoczeniu.

Pijący problemowo – w tej grupie znajdują się osoby, u których picie powoduje szkody somatyczne. U większości osób na tym etapie nie dochodzi jeszcze do uzależnienia.

Uzależniony od alkoholu – możemy wyróżnić wiele przyczyn, z powodu których ludzie zaczynają a następnie kontynuują picie w sposób problemowy. Po długim okresie intensywnego i regularnego picia może rozwinąć się uzależnienie od alkoholu. Może

to oznaczać, że oprócz pierwotnych przyczyn, które doprowadziły do takiego sposobu picia jest dodatkowy problem, który podtrzymuje to picie. Zatem, uzależnienie jest zespołem objawów przedmiotowych i podmiotowych występujących u osób intensywnie pijących alkohol [1].

Analizując przebieg oraz skutki nałogowych zachowań zauważymy, że towarzyszą im intensywne i specyficzne stany emocjonalne, odgrywające dużą rolę w podejmowaniu działań przynoszących szkodę. Nałogi (uzależnienia) nie są wymysłem naszych czasów, towarzyszyły ludziom od dawna, ale nigdy w takich rozmiarach jak obecnie. Pragnienie dobrego samopoczucia, dobrostanu, chęć uśmierzenia przykrych stanów zawsze było dążeniem człowieka.

W Polsce, jednym z głównych problemów zdrowotnych jest niepokojące zjawisko nadużywania alkoholu i uzależnienia od niego.

Osoby uzależnione na skutek degradacji psychospołecznej nie są w stanie funkcjonować w rodzinie i społeczeństwie.

Uzależnieni to grupa osób różniących się zachowaniami oraz właściwościami psychicznymi (wskazują na to badania oraz opracowane na ich podstawie typologie). Wśród uzależnionych występują takie same objawy, ale ich „tło” jest różne, tzn. różne są osoby uzależnione. Różnice dotyczą cech osobowościowych, temperamentalnych oraz charakterologicznych, posiadanych zasobów osobistych oraz występowania zaburzeń towarzyszących uzależnieniu [2].

Uzależnienie od alkoholu to złożony mechanizm, proces dziejący się w czasie, zależny od wielu czynników. Jego zrozumienie nie jest proste.

Charakterystyczną cechą uzależnienia są liczne, patologiczne mechanizmy obronne, których zadaniem jest usprawiedliwianie oraz podtrzymywanie szkodliwego picia alkoholu.

Objawy uzależnienia często możemy zauważyć gołym okiem, choć mogą one być skrzętnie maskowane i otoczenie, współpracownicy oraz pracodawcy ze zdziwieniem dowiadują się o problemach alkoholowych swojego najbliższego współpracownika.

W potocznym myśleniu o problemach alkoholowych nadużywanie alkoholu kojarzy się z wieloma zagrożeniami zwłaszcza w sferze bezpieczeństwa publicznego i jest postrzegane jako jeden z największych polskich problemów społecznych.

Często boimy się nieprzewidywalności osób pijących, ich agresji a także niekontrolowanych zachowań.

Rodzące wiele negatywnych emocji zachowania osób nadmiernie pijących, a zwłaszcza uzależnionych zdecydowanie nie powinny być wyłączone spod oceny moralnej i spod oceny prawnej [3].

Uzależnienie od alkoholu uważane jest za chorobę gdyż spełnia trzy podstawowe kryteria choroby:

- charakteryzuje się swoistą etiologią,
- narusza stan równowagi pomiędzy zdrowiem i patologią,
- pośród przyczyn zmian patologicznych obecny jest czynnik fizyczny (alkohol)

Wiele dyscyplin naukowych (socjologia, biologia, psychologia, medycyna) wciąż bada efekty krótkotrwałego i długotrwałego działania alkoholu na organizm człowieka [4].

Podstawowe zagadnienia dotyczące alkoholizmu

Ogólne wiadomości o alkoholu

Alkohole to grupa organicznych związków chemicznych „pochodnych węglowodanów”, do której obok alkoholu etylowego (etanolu) należą: metanol, propanol, butanol, itd.

Napoje alkoholowe towarzyszyły człowiekowi od zarania dziejów, początkowo pełniąc funkcje fizjologiczne (np. redukcja bólu i zmęczenia), psychologiczne (np. redukcja lęku, odprężenie, odhamowanie) i społeczne (np. ułatwianie kontaktów z innymi ludźmi, element obrzędów i praktyk religijnych). Pierwsze napoje alkoholowe powstały w sposób przypadkowy i niezamierzony w wyniku fermentacji winogron (wino) i ziarna jęczmienia (piwo). Trudno jednoznacznie ustalić, kto i kiedy po raz pierwszy otrzymał czysty alkohol etylowy, tzw. destylat. Prawdopodobnie był znany już w starożytnym Egipcie przez kapłanów, którzy podczas religijnych obrzędów zmoczone głowy polewali alkoholem i podpalali je.

Do celów spożywczych wykorzystuje się alkohol etylowy pod postacią wódki, whisky, koniaku, piwa i wina. Pozostałe alkohole są związkami bardziej toksycznymi dla organizmu człowieka i nazywane są alkoholami niekonsumpcyjnymi.

Ze względu na zbliżony wygląd i smak często mylone są alkohole metylowy (metanol) i etylowy (etanol). Metanol używany jest zwykle jako rozpuszczalnik przemysłowy, w związku z czym jest bardzo łatwo dostępny. Omyłkowe spożycie metanolu powoduje trwałe

upośledzenie lub utratę wzroku i znaczne pogorszenie słuchu. Spożycie 30-100 ml metanolu może spowodować zgon związany z porażeniem ośrodkowego układu oddechowego.

Etanol to ciecz lżejsza od wody, przezroczysta, o charakterystycznej woni i piekącym smaku. Występuje w organizmie człowieka jako alkohol fizjologiczny – nie przekracza stężenia 0,15 promila. Wchłanianie alkoholu następuje natychmiast po wprowadzeniu go do organizmu – już w jamie ustnej. Miejscem, gdzie najczęściej wypitego alkoholu wchłania się do krwi są jelita, natomiast największe jego stężenie występuje w ślinie, moczu, żółci, krwi oraz płynie mózgowym. Wchłanianie alkoholu i związany z tym wzrost stężenia we krwi wywołuje fizjologiczną reakcję organizmu na alkohol w postaci upojenia.

Głównymi objawami zatrucia alkoholowego są: zaczerwienienie skóry, przekrwienie spojówek, zapach alkoholu z ust, dobre samopoczucie przy obniżonym krytycyzmie (euforia), pobudzenie psychoruchowe, ciężkie zaburzenia równowagi, bełkotliwa mowa, niezdolność do samodzielnego poruszania się, przytłoczenie, śpiączka, osłabienie, zniesienie odruchów, zaburzenia oddychania oraz krążenia.

Istotną rzeczą dla stwierdzenia upojenia oraz oceny ciężkości zatrucia jest oznaczenie stężenia alkoholu we krwi. Jest to istotne ze względu na rozpoznanie zatrucia mieszanego (np. lekami nasennymi), które w upojeniu alkoholem zdarzają się bardzo często zarówno przypadkowo jak i rozmyślnie [5].

Tradycja używania napojów alkoholowych jest w naszym kręgu kulturowym dosyć głęboka i długotrwała. Alkohol stanowi istotny element zarówno liturgii religijnej, jak i obrzędowości świeckiej. Alkohole w Polsce są używkami powodującymi najczęściej negatywnych skutków zdrowotnych i społecznych.

Substancją czynną napojów alkoholowych jest alkohol etylowy (C_2H_5OH). Napoje alkoholowe będące wynikiem naturalnej fermentacji osiągają stężenie 17%. Trunki o większej zawartości alkoholu otrzymuje się w wyniku destylacji.

Zależnie od dawki, częstości spożywania oraz osobniczych cech osoby pijącej alkohol etylowy wywiera działanie przeciwlękowe, wprowadzające w euforię lub wywiera efekt depresyjny na Ośrodkowy Układ Nerwowy. Powoduje też chwiejność emocjonalną oraz odhamowanie popędów. Skutkiem licznych powikłań i zachowań ryzykownych występujących w upojeniu alkoholowym są zamarznięcia, zachłyśnięcia oraz wypadki komunikacyjne a nawet śmierć.

Szybkość eliminacji alkoholu z organizmu jest zmienna i zależna od czynników takich jak stan emocjonalny, genotyp, rodzaj spożywanych pokarmów, itd. [6].

Według Krzysztofa Brzózki dyrektora Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych (PARPA) Polacy z każdym rokiem piją coraz więcej alkoholu, a tym samym wzrost spożycia alkoholu plasuje Polskę w czołówce na tle Europy.

Według Brzózki liczba osób uzależnionych, które są w systemie leczenia i mają postawioną diagnozę to około 600-800 tysięcy. Nadmiernie i szkodliwie pije w Polsce ponad 3 mln osób [7].

Według szacunkowych danych NFZ wydaje rocznie 8-10 mld na likwidację skutków, które na zdrowie Polaków wywiera alkohol [3].

Ryzyko rozwoju uzależnienia od alkoholu jest nawet dziewięciokrotnie wyższe u mężczyzn niż u kobiet.

Według badania EZOP z 2012 r. 3,9% Polaków piło alkohol codziennie w ciągu ostatniego roku [8].

Alkoholizm jest poważnym problemem społecznym, wpływającym na wszystkie sfery życia osoby uzależnionej, tj. fizyczną, psychiczną, duchową i społeczną.

Charakterystyczną cechą alkoholizmu jest jego powolny przebieg, odmienna historia picia każdego alkoholika, zmiana formy, siły i kierunku upośledzeń wywołanych długotrwałym spożywaniem alkoholu oraz brak skutecznego lekarstwa zapewniającego powrót do zdrowia. Przyczyna alkoholizmu nie jest przyczyną pojedynczą i nie została ona jednoznacznie ustalona. O jej powstaniu decyduje szereg czynników biologicznych, psychologicznych oraz społecznych.

Długotrwałe przyjmowanie substancji aktywnych, do których należy m.in. alkohol wpływa na procesy psychiczne oraz zachowania człowieka zmieniając w pewien sposób jego świadomość. Przewlekłe zażywanie alkoholu wyzwała w organizmie ludzkim tzw. tolerancję, która powoduje potrzebę zwiększania dawki alkoholu celem uzyskania tego samego efektu [5].

Uzależnienie-definicje według WHO I DSM IV

„Alkoholik” i „alkoholizm” to terminy, które niegdyś były przedmiotem kontrowersji i różnie je interpretowano. Obecnie zaznacza się tendencja do stosowania bardziej konkretnych

określeń. Uzależnieniem nazywamy stan nabyty zaburzenia zdrowia psychicznego, jak i fizycznego [9].

WHO nie zaleca na chwilę obecną używania określenia „alkoholizm”, proponuje zastąpienie go terminem „zespół uzależnienia od alkoholu”.

Uzależnienie od alkoholu według WHO to „stan psychiczny a zazwyczaj również fizyczny spowodowany piciem alkoholu, charakteryzujący się określonymi zachowaniami bądź innymi reakcjami, w których zawsze okresowo lub stale pojawia się przymus picia alkoholu po to by doświadczyć jego działania na psychikę a niekiedy również by uniknąć dyskomfortu związanego z odstawieniem alkoholu; tolerancja alkoholu nie jest konieczną cechą zespołu uzależnienia” [3].

Człowiek może uzależnić się równolegle od alkoholu oraz innych środków spożywczych, wdychanych czy przyjmowanych w formie iniekcji.

Zależność psychiczna – to potrzeba częstego lub stałego przyjmowania alkoholu celem powtórzenia poprzednich przeżyć związanych z nadużywaniem alkoholu.

Zależność fizyczna – to stan biologicznej adaptacji organizmu do alkoholu, bez którego organizm nie może prawidłowo funkcjonować. Przerwanie czy też ograniczenie podawania alkoholu powoduje wystąpienie zaburzeń czynności ustroju określanych mianem zespołu odstawienia (abstynencji).

Tolerancja – to stan, w którym powtarzanie tej samej dawki alkoholu powoduje coraz słabszą reakcję, a dla uzyskania tego samego efektu działania konieczne jest zwiększenie dawki [10].

Według obowiązującej aktualnie wersji DSM-IV uzależnienie to „szkodliwy model stosowania substancji (w tym również alkoholu) prowadzący do istotnego klinicznego upośledzenia bądź uszkodzenia manifestującego się w ciągu ostatnich 12 miesięcy, co najmniej trzema spośród objawów, do których należą”:

1. Tolerancja określana, jako:
 - zapotrzebowanie na coraz to większe dawki substancji konieczne do osiągnięcia stanu intoksykacji lub pożądanego efektu,
 - znacznie osłabiony efekt działania przyjmowanej dotychczas dawki substancji,
2. Objawy odstawienia manifestujące się:
 - zespołem odstawienia będącym charakterystyczny dla danej substancji,

- przyjmowaniem tej samej (lub zbliżonej) substancji celem zmniejszenia lub uniknięcia objawów odstawienia,
- 3. Częste przekraczanie zamierzonej dawki lub zaplanowanego czasu używania substancji.
- 4. Utrwalona potrzeba przyjmowania lub nieudane próby ograniczenia czy kontrolowania używanej substancji.
- 5. Poświęcanie dużej ilości czasu na działania konieczne dla uzyskania substancji, jej używania lub uwolnienia się od jej działania.
- 6. Rezygnacja bądź ograniczenie aktywności społecznej, zawodowej lub rekreacyjnej na rzecz używania substancji.
- 7. Kontynuowanie używania substancji pomimo świadomości dostarczania trwałych czy nawracających problemów somatycznych, psychicznych czy społecznych spowodowanych czy nasilających się przy używaniu substancji (np. kontynuowanie picia pomimo świadomości, że alkohol zaostrza chorobę wrzodową czy też wpływa niekorzystnie na nadciśnienie tętnicze).

Zarówno klasyfikacja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) jak i klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV) rozpatruje uzależnienie od alkoholu jako wzajemne oddziaływanie na siebie czynników poznawczych, fizjologicznych oraz czynników związanych z pewnym zachowaniem utrzymujących się przez okres co najmniej 12 miesięcy.

Wbrew pozorom postawienie diagnozy uzależnienia od alkoholu nie jest proste, jest to problem dość złożony, gdyż nie ma objawów, które były by charakterystyczne tylko i wyłącznie dla tego stanu [11].

Fazy uzależnienia od alkoholu

W 1951 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) uznała alkoholizm za problem medyczny, a Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w 1956 roku podjęło decyzję o zakwalifikowaniu alkoholizmu jako choroby a nie tak jak dotychczas „zaburzenia moralnego”. Stało się tak między innymi dzięki badaniom profesora Elvina Mortona Jellinka (1890-1963), amerykańskiego biostatystyka i fizjologa zasłużonego między innymi w badaniach nad uzależnieniem [3]. W roku 1962 Jellinek opublikował wyniki swoich

długoletnich badań nad uzależnieniem w dziele „Koncepcja alkoholizmu jako choroby”. Podzielił on powstawanie choroby alkoholowej na 4 fazy:

Faza wstępna (tzw. picia towarzyskiego) – trwa od kilku miesięcy nawet do kilku lat. Na tym etapie spożywanie alkoholu sprawia dużą przyjemność osobie pijącej, po wypiciu alkoholu spożywający ma lepsze samopoczucie, sięga więc po alkohol coraz częściej, bo jest mu z piciem bardzo dobrze. Czuje się dobrze, ponieważ alkohol wprowadza go w euforię.

W tej fazie charakterystyczną cechą jest wzrost tolerancji na alkohol (żeby się poczuć lepiej potrzeba coraz więcej alkoholu). Sam początek wzrostu tolerancji na alkohol jest sygnałem ostrzegawczym, że może, ale nie musi w przyszłości dojść do uzależnienia. Niepokojącym sygnałem świadczącym o tym, że picie zmierza w stronę uzależnienia jest palimpsest, czyli urwany film.

Faza zwiastunów (ostrzegawcza) – podstawowym objawem tej fazy jest to, że pijący zaczyna więcej myśleć o alkoholu. Potrzebuje coraz więcej alkoholu, wzrasta jego tolerancja na alkohol, coraz częściej po niego sięga. Usprawiedliwia swoje picie licznymi okazjami: pije ze względów zawodowych, towarzyskich, bardzo często szuka okazji do wypicia, jego myśli koncentrują się wokół picia, zaczyna planować picie (np. załatwia sobie wolny dzień w pracy). Pijący w tej fazie posiada już dość wysoką tolerancję na alkohol, zaczyna kombinować.

Faza zwiastunów jest odpowiedzialna za budowanie się tzw. „szkieletu picia”. To, w jaki sposób człowiek pije w tej fazie będzie decydowało o sposobie picia przez cały okres uzależnienia. Krytycyzm jest jeszcze zachowany, zwiększa się ilość wypijanego alkoholu oraz częstość sięgania po niego.

Faza zwiastunów nie mówi o pełnym uzależnieniu. Na tym etapie alkohol staje się dla człowieka czymś bardzo ważnym – nie jest to już takie samo picie jak wcześniej, czyli okazyjne, towarzyskie, czasem jakiś drink czy dwa kieliszki wina wieczorem. To moment, kiedy picie zaczyna być „przyjacielem” człowieka. Pijący zaczyna „dbać” o alkohol, chce mieć go zawsze blisko siebie. Faza ta to czas, kiedy alkohol staje się dobrodziejstwem, bo nie ma widocznych szkód z powodu picia lub są one bardzo małe.

Alkohol daje dobre samopoczucie, euforię, elokwencję, towarzyskość i wiele innych postrzeganych jako pozytywne zachowania. Pijący czuje się pewny siebie, silny, mądry. Takie

picie może trwać nawet kilka lat. Charakterystyczną rzeczą w tej fazie jest to, że po wypiciu alkoholu pojawia się ulga (ktoś szybko wypija alkohol i wydaje westchnienie ulgi).

Faza krytyczna – przejściem pomiędzy fazą zwiastunów (ostrzegawczą) ,a fazą krytyczną jest powtórna intoksykacja alkoholowa, czyli tzw. „klinowanie”. Inaczej mówiąc jest to picie alkoholu, żeby się dobrze poczuć po poprzednim piciu (osoba, która piła poprzedniego dnia i rano z tego powodu czuje się źle „leczy się” wypijając alkohol). Jest to świadome sięganie rano po alkohol z myślą „to mi pomoże!, za chwilę poczuję się lepiej!”. W tej fazie kac staje się regułą.

Głównym objawem fazy krytycznej jest upośledzenie, a później utrata kontroli nad piciem. To jest kluczowe w uzależnieniu, gdyż osiowym objawem alkoholizmu jest właśnie utrata kontroli nad piciem. Pijący tak naprawdę nie ma ochoty się upijać, a jednak to robi. Mówi sobie „wypiję tylko dwa piwa ,albo dwa drinki” ,a potem nie potrafi się zatrzymać. Będzie pił tak długo aż się upije albo zabraknie alkoholu.

Zaczynają się trudności w pracy, rodzina zwykle ma pełną świadomość, że pojawił się problem alkoholowy. Najbardziej mylące w tej fazie jest to, że często dochodzi do okresów abstynencji, po to by podratować zdrowie, uspokoić rodzinę, niejako podbudować swoją pozycję zawodową. Dochodzi czasami do tego, że alkoholik nie pije ponieważ „organizm nie daje sobie rady”.

Osoby w fazie krytycznej piją ciągami – można wyróżnić dwa typy ciągów:

- ciągi opilcze - polegają na tym, że gdy ktoś zaczyna pić to pije kilka dni mocno się upijając,
- ciągi picia - polegają na tym, że ktoś może się nawet nie upijać, ale pije praktycznie codziennie, nigdy nie jest pijany, ale rzadko bywa trzeźwy,

Faza przewlekła (chroniczna) – ostatnia faza, nieleczona trwa aż do śmierci. Przejście z fazy krytycznej do fazy chronicznej oznacza całkowitą utratę kontroli nad piciem. Pijący miewa coraz to dłuższe ciągi, przerwy pomiędzy piciem a trzeźwością są coraz krótsze, zwykle wymuszone okolicznościami. W tej fazie pijący ma już dużo konfliktów z otoczeniem, jest bardzo osamotniony, nawet jeśli rodzina od niego nie odeszła. Funkcjonująca rodzina jest tzw. rodziną fasadową (rodzina jest, ale więzi rodzinne są mocno zniszczone).

U alkoholika pojawiają się nasilone objawy abstynencyjne (objawy odstawienne) – po piciu dochodzi do siebie nawet kilka dni, a jeżeli pił dłużej – trudno mu po prostu wytrzeźwieć,

wzmaga się koncentracja na alkoholu. To wtedy zdarza się, że pijący nałogowo tracą pracę, rodzina się rozpada czasem całkowicie. W obecnych czasach picie w pracy jest coraz mniej akceptowane, nie ma alkoholika w fazie chronicznej, który by nie miał mniejszych lub większych problemów z pracą (większość przynajmniej raz została wyrzucona z pracy), bywa, że tracą prawo jazdy. Zwykle osoby uzależnione na tym etapie nie mają już rodzin, mogą mieć duże trudności zdrowotne, powikłania sercowe czy wątrobowe. U niektórych występują też zaburzenia psychiczne lub umierają z nadmiaru alkoholu.

Współcześnie bardziej użyteczne są typy uzależnienia wyodrębnione przez Roberta C. Cloningera w 1981 roku. Podzielił on osoby z chorobą alkoholową na dwa typy:

- Typ pierwszy (najczęściej spotykany) – nie jest to typ dziedziczny, czyli najczęściej taka osoba nie miała w rodzinie nikogo uzależnionego. Kluczową rolę odegrały tutaj czynniki środowiskowe. Przed chorobą osobowość takiej osoby może być depresyjna, perfekcyjna bądź neurotyczna. Jest to typ uzależnienia osób dorosłych, czyli taki, który rozwija się w wieku dojrzałym – powyżej dwudziestego piątego roku życia. Na chwilę obecną ten typ uzależnienia jest bardzo powszechny i najczęściej dotyczy kobiet. Osoby popadające w uzależnienie zgodnie z tym schematem to ludzie, którzy osiągają sukces zawodowy, w ich życiu nie ma żadnych trudnych doświadczeń, ani tragedii, a mimo to w pewnym momencie zaczynają pić. Pijący szybko stają się krytyczni wobec swojego picia, zdają sobie sprawę, że mają problem. Uzależnieniu towarzyszą zaburzenia natury psychologicznej i psychicznej – jest to mocno destrukcyjny typ alkoholizmu.
- Typ drugi – to typ wczesnego uzależnienia, który rozpoczyna się już w wieku młodzieńczym – przed dwudziestym piątym rokiem życia. W tym przypadku często w rodzinie ktoś pił. Mniej istotny jest tutaj wpływ czynników środowiskowych, natomiast bardziej wpływ czynników genetycznych. U osób zakwalifikowanych do tego typu często przed pojawieniem się problemów z alkoholem występują zaburzenia osobowości. Osobom tym dużo trudniej jest wyjść z uzależnienia, są mało krytyczne wobec swojej choroby, specjalistom trudniej jest je leczyć. Od kobiet i mężczyzn reprezentujących ten typ uzależnienia często się słyszy: „mój tato nadużywał alkoholu, picie było w rodzinie, bo i dziadek pił i wujek i ktoś tam jeszcze z dalszej rodziny”. W tym przypadku pierwsza styczność z alkoholem pojawia się w wieku 14-15 lat albo i wcześniej. Często, szczególnie u mężczyzn bywa tak, że już w tym wieku mają na swoim koncie poważny wybryk lub konflikt z prawem, np. pobicie lub zniszczenie samochodu. Uzależnieni rzadko zdobywają dobre wykształcenie,

ponieważ picie często im w tym przeszkadza, wykonują też mniej skomplikowane zawody, nie posiadają wysokiej pozycji społecznej, bo picie im to uniemożliwia, często wchodzi w konflikt z prawem. Osoba reprezentująca ten typ uzależnienia pije tak naprawdę przez całe życie. Alkohol jest obecny w jej domu, zawsze jest gdzieś blisko, towarzyszy jej przez całe życie. Pacjentów należących do tego typu uzależnienia jest mniej więcej 50-60% spośród wszystkich uzależnionych. Ten typ uzależnienia występuje od zawsze i jest tak zwanym alkoholizmem pokoleniowym.

Pierwszy typ uzależnienia wyróżniony przez Cloningera to niejako znak czasów, ponieważ pacjentów z tym rodzajem alkoholizmu z roku na rok przybywa. Pijący zdobywa wykształcenie, zaczyna mu się dobrze w życiu powodzić i w pewnym momencie od lekkiego popijania, picia towarzyskiego i okazjonalnego przechodzi do picia coraz więcej i więcej. Nie widząc w tym żadnego problemu usprawiedliwia to sobie: przecież ma tyle okazji, ma tak bardzo ciężką i stresującą pracę, że chyba może się napić [12].

Wiele osób mogłoby uniknąć kłopotów wynikających z nadużywania alkoholu, gdyby odpowiednio wcześniej dostrzegli, że alkohol etylowy (ETOH) staje się nazbyt ważną i niebezpieczną sprawą w ich życiu [13].

Dla osób, które doszły do krytycznego momentu uzależnienia są jedynie dwa wyjścia: trzeźwe życie – nie pijąc lub śmierć – pijąc [4].

Fizjologiczne i nietypowe reakcje organizmu człowieka na alkohol

Fizjologiczne reakcje organizmu na alkohol to reakcje typowe. Reakcje te zależą od indywidualnych predyspozycji organizmu, natomiast poziom alkoholu we krwi zależy od fizycznego i psychicznego stanu zdrowia osoby spożywającej alkohol, rodzaju spożywanego alkoholu, szybkości oraz okoliczności picia, itd. Znane są przypadki osób mających wysoką tolerancję na alkohol, u których stwierdzono stężenie alkoholu w dużym stopniu przekraczające stężenie graniczne, a które udało się uratować przed śmiercią. Ponieważ reakcje organizmu na alkohol są różne, a każdy człowiek na jego stężenie we krwi reaguje indywidualnie, dlatego takie same dawki alkoholu mogą wywołać różny skutek u różnych ludzi. Złe czynniki zewnętrzne oraz odhamowujące działanie alkoholu mogą nasilić nieakceptowane zachowania społeczne, wyzwolić złość, gniew, wściekłość oraz niekontrolowane zachowania prowadzące do czynów karalnych.

Poniżej przedstawiono reakcję organizmu ludzkiego na alkohol w zależności od jego stężenia we krwi:

- 0,3-0,5 promila – następuje subiektywna poprawa nastroju oraz pewności siebie, nieznaczne zaburzenie równowagi, euforia oraz obniżenie krytycyzmu, upośledzenie koncentracji wzrokowo-słuchowej, zaburzenia widzenia;
- 0,3 promila – oko ludzkie dostrzega gorzej rodzaj oraz kształt przedmiotów ukazujących się w polu widzenia, następuje obniżenie zdolności dostrzegania ruchomych źródeł światła;
- 0,5 promila – ulega opóźnieniu czas reakcji na nowe bodźce wzrokowe, pojawia się osłabienie i opóźnienie dostrzegania przedmiotów w obwodzie pola widzenia;
- 0,5-0,7 promila – występuje zaburzenie sprawności ruchowej, nadmierna gadatliwość i pobudliwość, obniżenie samokontroli, oraz błędna ocena własnych możliwości, które z kolei często prowadzą do fałszywej oceny sytuacji, z jaką może spotkać się, np. kierowca;
- 0,7-2,0 promila – występuje zaburzenie równowagi, sprawności, oraz koordynacji ruchowej, obniżenie progu bólowego, spadek sprawności intelektualnej, opóźnienie czasu reakcji, drażliwość, obniżona tolerancja, zachowania agresywne, pobudzenie seksualne, wzrost ciśnienia krwi, oraz przyśpieszenie akcji serca;
- 3,0-4,0 promila – następuje obniżenie ciepłoty ciała, spadek ciśnienia krwi, zanik odruchów fizjologicznych, głębokie zaburzenie świadomości prowadzące do śpiączki.
- powyżej 4,0 promili – występuje głęboka śpiączka, zaburzenia czynności ośrodków naczyniowo-ruchowego i oddechowego, oraz możliwość porażenia tych ośrodków przez alkohol, stan bezpośredniego zagrożenia życia.

Nietypowe reakcje organizmu na alkohol możemy zaobserwować szczególnie u osób z uszkodzeniami organicznymi OUN (Ośrodkowy Układ Nerwowy). Takie formy upicia możemy określić mianem: patologicznych, powikłanych, niezwykle, skomplikowanych, wyjątkowych czy nienormalnych [5].

Nieprzewidziane reakcje po wypiciu alkoholu są często wynikiem tzw. zatruc mieszanym, powstających na skutek reakcji zachodzącej pomiędzy alkoholem a lekami bądź innymi środkami chemicznymi.

Reakcją organizmu na niewielką dawkę alkoholu może być stan tzw. upicia patologicznego, który jest przemijającą i krótkotrwałą chorobą psychiczną. Występuje w dwóch postaciach:

- z objawami przypominającymi padaczkę;
- z dominującymi tzw. omamami wytwórczymi, tzn. urojeniami, omami (halucynacje) i iluzjami. Tego rodzaju stan może utrzymać się przez kilkanaście godzin. Człowiek nie stwarza wówczas w środowisku wrażenia osoby nietrzeźwej a jego zachowanie jest wynikiem doznań chorobowych (objawów wytwórczych), którym towarzyszy poczucie wielkiego lęku. Zachowanie zwykle ma znamiona wściekłości lub agresywności a jego skutkiem są zwykle czyny karalne. Upicie takie kończy się zwykle nagle tzw. snem terminalnym, pozostawiając po sobie niepamięć przeżyć i wydarzeń.

Nieproporcjonalnie do wypitej ilości alkoholu zmiany zachowania połączone z silnym pobudzeniem ruchowym mogą wystąpić również w przebiegu tzw. upicia powikłanego. Nie dochodzi wówczas do tak głębokiego zerwania kontaktu z rzeczywistością jak w przypadku upicia patologicznego. Demonstrowane zachowania są często manifestacją ukrytych cech osobowości takich na przykład jak skłonność do agresji.

Inną nietypową reakcją organizmu na alkohol spotykaną niezbyt często jest tzw. złożona postać upicia zwykłego, którą charakteryzuje dwufazowy przebieg. Występuje ona wtedy, gdy na osobę będącą w stanie zwykłego upicia zadziała silny bodziec w postaci urazu psychicznego (np. przykra wiadomość) czy mechanicznego (np. uderzenie, które sprawia silny ból). Stan upicia może wówczas pogłębić się, a na pierwszy plan wysuwa się zwykle pobudzenie ruchowe połączone z silną agresją [8].

Zdarza się również, że u niektórych osób po wypiciu alkoholu występują czasami stany silnego depresyjnego pobudzenia z niespodziewanymi i niejednokrotnie udanymi zamachami samobójczymi.

Wśród osób nietrzeźwych zdarzają się również często zachowania agresywne, demonstracyjne, budzące grozę, skierowane przeciwko sobie, tzw. samookaleczenia. Nie mają one zwykle nic wspólnego z autentycznymi próbami samobójczymi. Są charakterystyczne dla osób o nieprawidłowych cechach osobowości, stanowiąc często ich „sposób na życie”. Stosowane są zwykle w celu zaszantażowania otoczenia lub coś na nim wymuszenia. Zdarza się jednak, że takie demonstracyjne zachowania w sposób niezamierzony kończą się tragicznie [7].

Jak wpływa uzależnienie od alkoholu na zdrowie i życie człowieka?

Zdrowie definiowane jest przez WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) jako „dobrostan fizyczny i psychiczny umożliwiający człowiekowi naukę bądź wykonywanie pracy oraz dający mu optymalną satysfakcję społeczną i kulturową”.

Podstawową sferą życia człowieka, w której uwidoczniają się skutki szkodliwego wpływu napojów alkoholowych jest sfera zdrowia. Biorąc pod uwagę działanie alkoholu na funkcjonowanie organizmu ludzkiego można wyróżnić: zaburzenia, które są bezpośrednim następstwem zażywania alkoholu a także zaburzenia, które są skutkiem przewlekłego zażywania alkoholu oraz trwałe uszkodzenia, będące efektem długotrwałego nadużywania alkoholu. Literatura podaje, że ponad 40 jednostek chorobowych sklasyfikowanych w ICD-10 jest spowodowanych wyłącznie bądź głównie przez alkohol [14].

Na stan zdrowia człowieka wpływają czynniki zewnętrzne jak i wewnętrzne.

Wśród czynników zewnętrznych bardzo ważną rolę odgrywają tzw. używki, do których zalicza się między innymi alkohol. Jego nadużywanie prowadzić może do wystąpienia groźnych powikłań zdrowotnych nie tylko somatycznych (fizycznych), ale również psychicznych (psychiatrycznych).

Osobnicze reakcje na alkohol mogą być bardzo różne i uzależnione są od wielu czynników. Szacuje się, że 6% zgonów wśród ludzi powyżej 75 roku życia oraz 20% poważnych przypadków leczonych w szpitalach ma związek z nadużywaniem alkoholu.

Szkodliwe (toksyczne) działanie alkoholu etylowego oraz jego metabolitów na narządy oraz układy, nieprawidłowe odżywianie się oraz niedobory i zaburzenia wchłaniania witamin powodują występowanie różnego rodzaju powikłań somatycznych. Badania wykazują, że niedożywienie jest bardziej niekorzystne dla organizmu niż samo działanie etanolu. U osób pijących intensywnie obserwuje się większą podatność na infekcje, choroby zakaźne, częste urazy czaszki, większą wypadkowość oraz większą częstość samobójstw. Wszystkie wyżej wymienione czynniki wpływają na obniżenie średniej długości życia zarówno osób uzależnionych jak i nadużywających alkohol w porównaniu z populacją ogólną.

Alkohol etylowy należy do grupy substancji chemicznych, których systematyczne i długotrwałe przyjmowanie prowadzi do wystąpienia niekorzystnych dla organizmu zmian.

Choroba alkoholowa oraz zespół uzależnienia od alkoholu (ZUA) to pojęcia równoznaczne. W skład tego zespołu wchodzi objawy somatyczne, psychologiczne oraz behawioralne, w których picie alkoholu góruje nad innymi zachowaniami.

Uzależnienie i picie szkodliwe są postępującymi zaburzeniami funkcjonowania społecznego oraz neurobiologicznego jednostki. Pociągają za sobą szereg destrukcyjnych zmian w funkcjonowaniu społecznym oraz w osobowości i organizmie człowieka [15].

Somatyczne powikłania alkoholizmu

Objawy somatyczne stanu abstynencyjnego pojawiają się w sytuacji, gdy ograniczone lub przerywane spożywanie alkoholu jest potwierdzone wystąpieniem tzw. zespołu abstynencyjnego lub stosowania substancji alkoholowych i blisko spokrewnionych, celem uwolnienia się od objawów odstawienia lub ograniczenia spożywania alkoholu [16].

Powikłania ze strony układu pokarmowego

Najczęściej spotykane w układzie pokarmowym zmiany związane z nadużywaniem alkoholu to przewlekłe stany zapalne błon śluzowych jamy ustnej przełyku, dwunastnicy i żołądka, zaburzenie perystaltyki przełyku i jelit oraz upośledzenie wchłaniania prowadzące w efekcie do niedoborów pokarmowych. Mogą powstawać również żylaki przełyku (rozszerzenie naczyń żylnych w dolnym odcinku przełyku-naczynia te łatwo pękają powodując silne krwawienia).

Objawy tych zaburzeń to utrata wagi, zgaga czasami wymioty krwią, utrudnione przełykanie, ból w klatce piersiowej. Alkohol powoduje osłabienie zwieracza przełyku i występowanie refleksu żołądkowo-przełykowego, przełyku Barretta czy urazowego pęknięcie przełyku. Alkohol stymuluje wydzielanie kwasu solnego przez ściany żołądka. Proces ten powoduje podrażnienie oraz osłabienie skurczu mięśni odpowiadających za przemieszczanie pokarmu w jelitach.

Wszystkie wyżej wymienione czynniki mogą doprowadzić do powstania procesu zapalnego błony śluzowej żołądka a następnie do owrzodzenia żołądka i dwunastnicy. Tego typu zaburzenia objawiają się porannymi nudnościami i wymiotami, naprzemiennymi zaparciami i biegunkami a także brakiem apetytu.

Alkohol może doprowadzić do ostrego zapalenia trzustki, która wytwarza soki trawienne potrzebne do rozkładu cząstek skrobi, tłuszczów i białek. Soki te wydzielane są do jelita

cienkiego w obecności jakiegokolwiek pożywienia w tym alkoholu. Większość, bo około 65% ostrych i przewlekłych zapaleń trzustki oraz związanymi z nimi uszkodzeniami tkanki gruczołowej spowodowane są nadmiernym spożywaniem alkoholu. Ostre zapalenie trzustki objawia się nudnościami, wymiotami, biegunką, bólem w górnej części brzucha. Głównym powikłaniem ostrego zapalenia trzustki jest cukrzyca (zniszczone zostają wyspki Langerhansa, wytwarzające insulinę regulującą prawidłowy przebieg przemiany cukrów).

Przewlekłe i nawracające stany zapalne trzustki są częściej związane z alkoholizmem niż ostre zapalenie trzustki. U około 20-30% osób pijących codziennie stwierdza się podwyższone wartości GGTP. Poziom ten po odstawienia alkoholu wraca zwykle do normy w ciągu około 3 miesięcy.

Wątroba, która metabolizuje większość alkoholu, reaguje na jego nadmierną podaż stłuszczeniem (u ok. 90% osób pijących intensywnie), zapaleniem (u ok. 40% osób pijących intensywnie), marskością (u ok. 15-30% osób pijących intensywnie).

Stłuszczenie to nadmierne odkładanie się tłuszczu w komórkach wątroby – jest to proces w znacznym stopniu odwracalny, tzn. ustępuje po zaprzestaniu picia. Objawami stłuszczenia wątroby są wyraźnie zauważalne powiększenie płatów wątroby, ból w okolicy prawego podżebrza [9].

Alkoholowe zapalenie wątroby jest kolejnym etapem jej uszkodzenia – objawy i nasilenie dolegliwości jest znacznie bardziej natężone niż w stłuszczeniu. W przypadku, kiedy osoba z alkoholowym zapaleniem wątroby nadal spożywa alkohol, to w 80% przypadków rozwinię się zwłóknienie przechodzące w marskość.

Marskość wątroby to stan, w którym miąższ wątroby zostaje zastąpiony przez włóknistą tkankę łączną, która jest zupełnie bezwartościowa z punktu widzenia funkcji wątroby, jednocześnie utrudniając przepływ krwi przez wątrobę. Objawami marskości wątroby są obrzęki, ogólne osłabienie, chudnięcie, żółtaczka oraz żylaki przełyku, które mogą powodować krwotoki.

Ryzyko zmian w wątrobie pojawia się już przy dziennym spożyciu 60-80 g alkoholu przez mężczyzn i powyżej 20 g przez kobiety (według niektórych badaczy). Pierwotny rak wątroby w 75% przypadków rozwija się na podłożu marskości wątroby [10].

Powikłania ze strony układu krążenia

Wśród mężczyzn nadużywających alkoholu częstość występowania nadciśnienia tętniczego waha się w granicach 10-30%. Badania wykazują, że powstanie nadciśnienia tętniczego może być związane z zespołem abstynencyjnym i obniżeniem się poziomu alkoholu we krwi. Nadciśnienie jest główną przyczyną powstania krwotoku mózgowego, udaru czy zawału serca. Częste spożywanie alkoholu ma ścisły związek z większą skłonnością do nadciśnienia.

Różnorodne powikłania nadciśnienia tętniczego jak również związane z tym zgony zwiększają się wraz ze wzrostem spożywania alkoholu [11].

U osób, które długotrwale spożywają alkohol rozwija się kardiomiopatia alkoholowa (spowodowana osłabieniem kurczliwości mięśnia sercowego), czyli zmiany zwyrodnieniowe włókien mięśnia sercowego, stłuszczenie i powiększenie serca, znaczne osłabienie siły skurczów mięśnia sercowego prowadzące w ostateczności do zaburzeń pracy serca oraz do niewydolności krążenia. Szacuje się, że 20-30% przypadków kardiomiopatii może wiązać się z nadmiernym spożyciem alkoholu.

Przewlekłe spożywanie alkoholu oraz ostre zatrucie alkoholem mogą powodować niemierność oraz zaburzenia pracy serca (migotanie i trzepotanie przedsionków).

Niegdyś twierdzono, że alkohol poprawia krążenie w naczyniach wieńcowych, łagodząc tym samym bóle związane z dusznicą bolesną. Subiektywna poprawa samopoczucia po spożyciu alkoholu nie jest wynikiem rozszerzenia naczyń wieńcowych, lecz skutkiem znieczulającego i uspokajającego działania alkoholu. Badania wykazują, że ryzyko choroby wieńcowej oraz umieralność na tę chorobę zwiększa się w przypadku intensywnego picia [6].

Zaburzenia hematologiczne

U osób nadmiernie pijących alkohol spotykane są często zmiany morfologiczne w szpiku kostnym, które zaburzają funkcjonowanie układu krwiotwórczego. Alkohol działa niszcząco na elementy morfotyczne krwi oraz ich rozwój.

Choroby naczyń mózgowych powstają głównie w wyniku upośledzenia przepływu krwi przez naczynia bądź wydostanie się krwi poza naczynie krwionośne. Wynikiem tych nieprawidłowości są m.in. udary.

Powikłania ze strony układu nerwowego

W układzie nerwowym ujawniają się najczęściej i najszybciej skutki nadmiernego spożywania alkoholu, ponieważ jest on wyjątkowo wrażliwy na działanie etanolu a w szczególności jego metabolitów.

Polineuropatia (zapalenie wielonerwowe) powstaje w wyniku zmian czynności oraz struktury nerwów obwodowych wywołanych czynnikami niezakaźnymi (alkohol oraz jego metabolity). Charakteryzuje się nerwobólami oraz bolesnością uciskową nerwów, osłabieniem lub niekiedy brakiem odruchów ścięgnistych, bólami mięśniowymi, zaburzeniami czucia w dystalnych odcinkach kończyn (parestezje i osłabienie). Przeważają zwykle dolegliwości ze strony kończyn dolnych (pieczenie stóp, zaburzenie czucia głębokiego, bóle i kurczę łydek, bolesność uciskowa łydek i pni nerwowych). W skrajnych przypadkach mogą wystąpić niedowłady i porażenia. Najczęściej spotykanymi są porażenia nerwu strzałkowego wspólnego (osłabienie zgięcia grzbietowego stopy, niemożność nawracania stopy, osłabienie zginania i prostowania palców, stopa opada a jej brzeg zewnętrzny ustawia się nieco niżej niż wewnętrzny – przybiera ustawienie końsko-szpotawe) oraz nerwu promieniowego (upośledzenie ruchu wyprostnego w nadgarstku oraz stawach śródręczno-paliczkowych) [5].

Miopatia alkoholowa (zmiany mięśniowe) manifestują się osłabieniem siły oraz zanikami mięśni (pacjenci często narzekają, że „mają nogi jak z waty”). W około 50% przypadków dochodzi do obrzęków podskórnych oraz osłabienia siły skurczu mięśni gładkich (m.in. macicy i jelit).

Neuropatia wzrokowa to wynik toksycznego uszkodzenia pozagąłkowej części nerwu wzrokowego. Niekiedy prowadzi do całkowitego zaniku nerwu wzrokowego, objawia się zaburzeniami widzenia różnego stopnia(do pełnej ślepoty włącznie) i ograniczeniami pola widzenia różnego stopnia.

Zaniki korowe występują zazwyczaj w okolicach skroniowych i czołowych. Powstają na skutek urazów, zaburzeń krążenia mózgowego, zmian zwyrodnieniowych zakażeń czy zatruc (m. in. alkoholem). Występują głównie w zespole (psychozie) Korsakowa. Po całkowitym zaprzestaniu picia zmiany te częściowo cofają się [8].

Encefalopatia Wernickiego jest wynikiem toksycznego działania alkoholu na organizm ludzki przy jednoczesnym niedoborze witamin (głównie z grupy B) . Powstają zmiany krwotoczno-zwyrodnieniowo-zapalne, w wyniku których następuje porażenie mięśni okołoruchowych,

niezborność ruchów, zaburzenia świadomości, czy spastyczny niedowład kończyn. Objawami encefalopatii są oczopląs, zaburzenia gałkoruchowe, drżenia, niezborność, niedowłady kończyn, napady drgawkowe, zaburzenia przytomności, polineuropatia.

Padaczka alkoholowa (drgawkowe napady abstynencyjne) występuje u 5-15% alkoholików, najczęściej w okresie 6-48 godzin po zaprzestaniu picia. Mają charakter uogólnionych napadów toniczno-klonicznych (gwałtowne ruchy, napięcie mięśni). Padaczka alkoholowa występuje na skutek nagłego spadku poziomu alkoholu we krwi, zaburzeń elektrolitowych, zaburzeń funkcji kanałów wapniowych, nadmierne nawodnienie mózgu czy pozbawienie przez dłuższy czas snu [15].

Powikłania ze strony układu oddechowego

Przewlekłe zapalenie błony śluzowej tchawicy i oskrzeli spotyka się często u osób nadużywających alkoholu. Dochodzi tu do zniszczenia rzęsek i gruczołów śluzowych, czego konsekwencją jest utrata zdolności usuwania z dróg oddechowych bakterii oraz pyłków, czego skutkiem jest zwiększona podatność na choroby układu oddechowego. Dodatkowo stan ten nasila dym tytoniowy. U osób palących oraz pijących nadmierne dawki alkoholu obserwuje się występowanie raka jamy ustnej, krtani, tchawicy czy raka płuc [12].

Inne powikłania somatyczne

Układ odpornościowy – przewlekłe spożywanie alkoholu hamuje funkcje układu odpornościowego. Objawia się to większą wrażliwością na choroby zakaźne, zapalenia płuc, raka czy gruźlicę. Zdolność limfocytów do pełnienia swojej funkcji zostaje upośledzona (produkcja przeciwciał przeciw obcym antygenom). Następuje także obniżenie aktywności komórek NK (Natural Killer), które odgrywają ważną rolę w niszczeniu komórek zakażonych wirusem i komórek nowotworowych (są bardzo istotnym czynnikiem obronnym przeciwko przerzutom nowotworowym).

Zaburzenia funkcji seksualnych – u mężczyzn wzrost stężenia alkoholu we krwi powoduje zaburzenia wzwodu, osłabienie ejakulacji, ogólne osłabienie organizmu.

U około 50% osób długotrwale nadużywających alkoholu może występować impotencja. Wiele spośród uzależnionych kobiet skarży się na: osłabienie popędu płciowego, zaburzenia cyklu miesięczkowego, zmniejszenie wydzielania śluzu pochwowego. Mogą występować zmiany

zanikowe jajników czy też zahamowanie owulacji. U kobiet nadużywających alkoholu występuje wczesna menopauza [16].

Układ moczowy – alkohol może doprowadzić do uszkodzenia nerek powodując ich ostrą niewydolność, może powodować duże stężenie kwasu moczowego we krwi prowadzące do powstania dny moczanowej (zapalenie stawów spowodowane gromadzeniem się złogów moczanowych), a także odkładanie się złogów magnezu w drogach moczowych.

Układ endokrynnny – przewlekłe nadużywanie alkoholu może powodować różne zaburzenia hormonalne [16]. W przypadku mężczyzn może dojść do powiększenia gruczołów piersiowych, zaniku jąder, zmiany typu owłosienia, osłabienia lub zaniku zarostu na twarzy. Natomiast u kobiet może dojść do zaniku jajników, maskulinizacji (pojawienie się zarostu na górnej wardze oraz grubego głosu). Następstwem tych zmian są zazwyczaj zaburzenia potencji, i miesiączkowania (cykle bezowulacyjne), bezpłodność oraz wcześniejsze pokwitanie.

Zmiany skórne i choroby przenoszone drogą płciową – zmiany skórne powstają pośrednio, są skutkiem szkodliwego działania alkoholu na wątrobę i przewód pokarmowy. Najbardziej rzucające się w oczy są przebarwienia oraz pajęczkowate znamiona naczyńniowe czy przekrwienie twarzy z zapaleniem spojówek czy obrzękami. Zmianom tym często towarzyszy świąd, który czasami może poprzedzać wystąpienie objawów marskości wątroby.

Z badań wynika, że u osób nadużywających alkoholu pięciokrotnie częściej niż u osób niepijących rozpoznano zachorowalność na choroby weneryczne. Z nadużywaniem alkoholu wiąże się również zwiększone ryzyko zakażenia wirusem HIV.

Nowotwory – alkohol wzmacnia działanie czynników rakotwórczych. Osoby pijące mają obniżoną zdolność do wchłaniania wraz z dietą czynników obniżających ryzyko niektórych nowotworów (witaminy A, E, karoten, włókien). W chorobie alkoholowej występuje zwiększone ryzyko zachorowalności na pewne odmiany raka-szczególnie wątroby, żołądka, przełyku, części nosowej gardła, krtani i tchawicy oraz prostaty [12].

U kobiet pijących alkohol znacznie częściej występuje rak sutka (może to być związane z osłabieniem systemu odpornościowego). Palenie tytoniu wzmacnia kancerogenne działanie alkoholu.

Ciąża i płód – po upływie 40-60 minut od spożycia przez matkę alkoholu jego stężenie we krwi płodu będzie takie same jak we krwi matki. Alkohol działa szczególnie toksycznie

na organizmy młode. U kobiet pijących alkohol w czasie ciąży znacznie częściej spotykane są porody przedwczesne oraz poronienia samoistne [9].

U noworodków matek pijących alkohol podczas ciąży zaobserwowano bezpośrednio po urodzeniu obecność zespołu abstynencyjnego (drżenia, wzmożone napięcie mięśniowe, płaczliwość, trudności w ssaniu, osłabienie, zaburzenia snu). Najpoważniejszym powikłaniem nadużywania alkoholu przez matkę w czasie ciąży jest alkoholowy zespół płodowy (FAS), który został po raz pierwszy rozpoznany w 1973 roku – do dziś nie wiadomo, jaki mechanizm wywołuje jego objawy. Nie wiadomo też, jaka dawka alkoholu spożytego przez matkę prowadzi do jego wystąpienia. Nadużywanie alkoholu przez kobiety ciężarne jest częstą przyczyną zniekształceń płodu, stanowi też główną przyczynę opóźnień rozwoju psychofizycznego dzieci. Cechy charakterystyczne dzieci z zespołem FAS to niska waga urodzeniowa, zły stan ogólny noworodka (częste wady serca, deformacja stawów), opóźnienie rozwoju psychomotorycznego oraz obecność licznych wad rozwojowych (głównie twarzy i układu kostno-stawowego). Do rozpoznania FAS wystarczy stwierdzenie mniejszego wzrostu, wagi ciała i obwodu głowy, zaburzeń rozwojowych twarzy (małogłowie, małowocze, krótka szczelina powiekowa, wygładzenie górnej wargi z wąskim obszarem czerwieni, słabo wykształcona lub nieobecna rynienka wargowa pod nosowa, duży podbródek) oraz niedorozwoju umysłowego. Zmiany te to efekt teratogennego działania alkoholu na płód [17].

Psychiatryczne powikłania alkoholizmu

Stan zwykłego upojenia alkoholem

Powoduje zwykle znaczne zmiany w zachowaniu. Pojawia się upośledzenie uwagi, pobudzenie, agresja, chwiejność uczuciowa (od euforii do przygnębienia lub dysforii).

Typowe objawy tego stanu to zamazana bełkotliwa mowa oraz brak koordynacji ruchowej (tzw. chwiejny chód). Cechy osobowości niejako ujawniają się (ulegają intensyfikacji), np. podejrzliwość prowadzi czasami do urojeń, pojawiają się cechy dotychczas obce dla danej osobowości – człowiek zahamowany, nieśmiały i skryty pod wpływem alkoholu staje się otwarty, wylewny, ekspansywny.

W stanach upojen alkoholowych dochodzi często do zachowań kryminalnych.

W związku z dużą urazowością doznawaną w upojeniach alkoholowych należy pamiętać, że upojenie może maskować objawy danego urazu, np. głowy (krwiał podtwardówkowy).

Alkoholowy zespół abstynencyjny niepowikłany

Jest skutkiem uzależnienia od alkoholu i występuje nie później niż 12-24 godz. po zaprzestaniu picia. Utrzymuje się zwykle dłużej niż 7 dni.

Kryteria rozpoznania alkoholowego zespołu abstynencyjnego niepowikłanego:

- objawy uzależnienia od alkoholu (wywiad),
- objawy somatyczne takie jak:
 - drżenie mięśni (głównie kończyny górne i język),
 - wzmożona potliwość ciała,
 - wzrost ciśnienia tętniczego krwi (ze skłonnością do spadków ortostatycznych),
 - tachykardia,
 - podwyższona temperatura ciała,
 - rozszerzenie źrenic,
 - biegunka, nudności, wymioty,
 - bóle oraz zawroty głowy,
- objawy psychiczne:
 - zaburzenia snu, bezsenność marzenia senne (o treści lękowej),
 - lęk,
 - nastrój dysforyczny lub przygnębiony [18].

Majaczenie drżenne (delirium tremens)

Jest to postać ostrej psychozy alkoholowej. Występuje najczęściej w drugiej lub trzeciej dobie po odstawieniu alkoholu u osób po kilkuletnim okresie intensywnego picia. Psychozy alkoholowe mogą wystąpić również w trakcie picia alkoholu.

Kryteria rozpoznania majaczenia drżennego (delirium tremens):

- uzależnienie od alkoholu (wywiad),
- objawy zespołu abstynencyjnego,
- objawy występujące po ograniczeniu lub całkowitym zaprzestaniu picia alkoholu:
 - zaburzenia snu (marzenia senne o treści lękowej, koszmary senne),
 - drżenie mięśniowe (kończyn, głowy, języka),
 - lęk,

- objawy podstawowe
 - zaburzenia świadomości (jakościowe)
 - omamy (żywe) i złudzenia wzrokowe, słuchowe, dotykowe,
 - urojenia prześladowcze,
- objawy towarzyszące:
 - napady drgawkowe,
 - wzmożone objawy wegetatywne,
 - odwrócony rytm snu i czuwania lub bezsenność,
 - podniecenie.

Majaczenie alkoholowe to bezwzględne wskazanie do hospitalizacji, gdyż jest stanem zagrożenia życia. Gdy majaczeniu towarzyszą również objawy innej choroby (np. choroba układu krążenia) śmiertelność w ciężkim majaczeniu sięga nawet 20%.

W przypadku chorych, u których występuje delirium niepowikłane lub bez towarzyszącej choroby śmiertelność pomimo prawidłowej pomocy oraz leczenia wynosi 1-5% [19].

Ostra psychoza alkoholowa (omamica):

Występuje u pacjentów z wieloletnim uzależnieniem od alkoholu.

Kryteria rozpoznania ostrej halucynozy alkoholowej:

- uzależnienie od alkoholu (wywiad),
- omamy komentujące słuchowe, groźby w tzw. trzeciej osobie, pod adresem pacjenta „sąd” nad nim,
- poczucie zagrożenia, lęk,
- występowanie urojeń prześladowczych oraz odnoszących,
- narastanie objawów w związku z nadużywaniem alkoholu, jasna świadomość, struktura osobowości zwarta (z brakiem cech psychozy schizofrenicznej).

Pacjent z halucynozą alkoholową z uwagi na bujne przeżycia psychotyczne może być niebezpieczny dla siebie i innych. W tym przypadku konieczna jest hospitalizacja [3, 16, 17].

Urojenia alkoholowe patologiczne (stan pomroczny)

Rzadko występująca psychoza, w której alkohol odgrywa rolę tzw. „czynnika spustowego”.

Kryteria rozpoznania upojenia alkoholowego patologicznego:

- brak cech uzależnienia od alkoholu,
- krótki czas trwania, nagły początek,
- zaburzenia świadomości(jakościowe z dezorientacją auto-i allo-psychiczną,
- naprzemienne rozdwojenie osobowości,
- pozornie zborne zachowanie lub pobudzenie z agresją,
- zachowanie odmienne w stosunku do dotychczasowej osobowości,
- zejście w postaci stanu terminalnego,
- zupełna niepamięć przebytego stanu terminalnego,
- pełna amnezja przebytego stanu psychotycznego.

Rozpoznanie upojenia alkoholowego patologicznego stawia się zwykle po wystąpieniu objawów (tzw. ex post) ze względu na ich krótki czas trwania. Wyżej wymienione rozpoznanie stawia się zwykle dla potrzeb ekspertyz sądowo-psychiatrycznych [5, 20].

Zespół Wernickiego-Korsakowa

Zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy psychozami przewlekłymi a psychozami ostrymi.

Kryteria rozpoznania zespołu Wernickiego- Korsakowa:

- trwające kilka lat uzależnienie od alkoholu,
- występujące zaburzenia pamięci (zapamiętywania i przypominania tzw. luki pamięciowe),
- konfabulacje (fałszywe sądy dotyczące czegoś lub kogoś),
- nastrój z reguły euforyczny, niekiedy dysforyczny,
- bezkrytycyzm, co do własnej osoby,
- objawy neurologiczne:
 - encefalopatia Wernickiego (ataksja, oczopląs, objawy rozsiane),
 - obwodowa polineuropatia,
- zaburzeń świadomości brak,
- cech otępienia brak,
- przedmiotowe dane wskazujące na ograniczenie uszkodzenia OUN [11, 15].

Otępienie w przebiegu uzależnienia od alkoholu może być zejściem zespołu Wernickiego-Korsakowa lub narastać powoli w czasie wieloletniego picia. Ze względu na występującą

znaczną urazowość wśród osób uzależnionych, należy liczyć się ze współudziałem urazów głowy w występowaniu otępienia alkoholowego [13].

Depresja alkoholowa

Pojawia się zwykle w późnym okresie zespołu abstynencyjnego. U wielu alkoholików podczas powstrzymywania się od picia można zaobserwować obniżenie nastroju.

Depresja ta może mieć charakter psychogeny (reaktywny), jako wynik konfrontacji ze złą sytuacją życiową, rodzinną czy zawodową.

Możliwe jest również współwystępowanie choroby alkoholowej i choroby afektywnej (tzw. depresja endogenna maskowana alkoholizmem).

Przewlekłe psychozy alkoholowe

Charakteryzują się wieloletnim utrzymywaniem się objawów psychotycznych (tzw. omamów i urojeń) przy dość dobrym przystosowaniu społecznym (np. zachowana zdolność pracy zawodowej, zarobkowej). Zaliczamy tutaj:

- przewlekłą halucynozę (omamicę) alkoholową – często bywa poprzedzona ostrą postacią halucynozy, może rozwijać się również samoistnie. Zgodnie z tym, co podaje literatura ostra halucynozą nie powinna trwać dłużej niż 7 dni. Przeciągające się objawy psychotyczne trwające dłużej dają podstawę do rozpoznania przewlekłej postaci tej psychozy. Obraz kliniczny jest taki sam jak w postaci ostrej. Występujące u chorego omamy imperatywne mogą skłonić do czynów gwałtownych (agresja, samobójstwo).
- paranoję alkoholową (zespół Otella) – charakteryzująca się usystematyzowanymi urojeniami niewierności małżeńskiej, które są adresowane do żony lub partnerki życiowej.

U mężczyzn będących dotkniętymi tą chorobą występuje zazwyczaj wzmożony popęd płciowy przy jednoczesnym obniżeniu potencji. Pacjenci zwykle uważają to jako skutek „zatrucia” przez żony. Tego rodzaju urojenia występują u mężczyzn z paranoiczną strukturą osobowości [2, 22].

Funkcjonowanie człowieka uzależnionego od alkoholu w społeczeństwie

Trudno ocenić społeczne skutki nadużywania alkoholu, ponieważ jest ich wiele – od dramatów osobistych poprzez tragedie rodzinne do problemów w środowisku zawodowym.

W Polsce żyje około 800 tysięcy nałogowych alkoholików, a około 2 miliardy osób nadużywa alkoholu. Blisko 4 miliony Polaków żyje w rodzinach, gdzie z powodu alkoholu dochodzi do przemocy, ubóstwa zaniedbań oraz demoralizacji. Około 2 miliony dzieci cierpi z powodu uzależnienia rodziców. Większość rozwodów (70%) ma podłoże alkoholowe. Nadużywanie alkoholu oraz uzależnienie od niego jest istotną przeszkodą, np. w znalezieniu pracy. Pamiętać należy również, że 6% konsumentów wypija 53% alkoholu.

Nadużywanie alkoholu degraduje kontrolę osobistą oraz niszczy zdolność do sprawowania kontroli zewnętrznej.

Alkohol sam w sobie nie powoduje agresji, ponieważ jest usypiaczem, ale hamując ośrodki kontroli wywołuje działania, na jakie trzeźwi ludzie sobie nie pozwalają. Alkohol niemal zawsze towarzyszy przemocy domowej. Osoby pijące są sprawcami napaści ulicznych, których jest w Polsce około miliona rocznie. Długość życia osoby uzależnionej jest o 15 lat krótsza a śmiertelność 2,5 razy większa niż osoby wolnej od nałogu. Śmierć zależna od alkoholu stanowi 10% wszystkich zgonów.

Alkohol jest najczęstszą przyczyną nagłej śmierci w wypadkach komunikacyjnych, upadkach, utonięciach, pożarach czy poparzeniach, 80% prób samobójczych jest popełnianych przez osoby nietrzeźwe-połowa skutecznych samobójców to alkoholicy [7].

Alkohol jest substancją towarzyszącą wypadkom drogowym, przemocy, napadom czy kradzieżom. Kwestią odrębną jest fakt, że na polskich drogach ciągle dochodzi do wypadków, spowodowanych w dużym odsetku przez pijanych kierowców [8, 16].

Alkohol a rodzina

Alkoholizm często nazywany jest chorobą rodziny. Określenie to wykazuje niezwykle silny wpływ, jaki alkoholicy wywierają na swoje otoczenie. Rodzina osoby uzależnionej nie jest w stanie zignorować czy też uciec od problemu, jakim jest w ich domu alkohol oraz osoba nadmiernie go spożywająca.

W rodzinie takiej pojawia się lęk, niepewność, zaniepokojenie, gniew. Ponieważ zachowania poszczególnych członków rodziny pozostają ze sobą w ścisłym związku stają się wkrótce

upośledzone tak samo jak zachowania samego alkoholika. Rodzina nieświadomie, pomimo najlepszych chęci, może zachowywać się w sposób umożliwiający picie któregoś ze swoich członków. Może chronić alkoholika, dostarczać mu alibi, zatajać jego błędy, usprawiedliwiać go. Członkowie rodziny mogą dzwonić do pracodawcy tłumacząc nieobecność w pracy gripą, pokrywać zobowiązania finansowe zaciągnięte przez alkoholika, wynajmować najlepszych prawników, kiedy dojdzie do konfliktu uzależnionego z prawem. Z czasem zachowania alkoholika coraz bardziej będą prowadzić do wzrostu poziomu lęku w rodzinie. Sytuacja taka może doprowadzić do jeszcze większego picia osoby uzależnionej pozwalając zredukować mu swój własny lęk, co w konsekwencji jeszcze bardziej zwiększa poziom lęku w rodzinie. Sytuacja tzw. błędnego koła może trwać w nieskończoność, prowadząc do nieuniknionej katastrofy [3, 17].

Każdą rodzinę możemy rozpatrywać, jako pewien system, zbiór elementów oddziaływujących na siebie wzajemnie, wytwarzających pewien rodzaj zależności i powiązań, które są charakterystyczne dla danej rodziny. Kiedy jeden z elementów przestaje działać, wszystko zaczyna się sypać. Rodzina „alkoholowa” to rodzina skłonna do izolacji, zamknięta. Obowiązują w niej sztywne reguły oraz sztywne role, które przyjmuje każda osoba w rodzinie. Członkowie rodziny próbują się w pewien sposób przystosować do trudnych sytuacji stwarzanych przez osobę pijącą. Takie przystosowanie pozwala na przetrwanie w trudnych okolicznościach, lecz staje się pułapką, w której zamykają się pragnienia normalnego, bezpiecznego życia rodzinnego. Czasami pociąga za sobą uwikłanie w chorobę alkoholową kolejnego członka rodziny [5, 9].

Alkohol, a praca zawodowa

Picie alkoholu wpływa destrukcyjnie na sferę zawodową. Na pewnym etapie uzależnienia od alkoholu i wykonywanie pracy zawodowej nie jest możliwe. Funkcjonowanie w pracy, załatwianie różnych codziennych spraw i obowiązków pogarsza się w miarę rozwoju uzależnienia. Wydajność pracownika pogarsza się, współpracownicy wykonują za niego obowiązki. Pracodawca na skutek postępowania alkoholika traci do niego zaufanie. Problemy narastają [8, 17].

W zakładach pracy z różnym nasileniem występują problemy związane z alkoholem. Spożywanie alkoholu w zakładzie pracy jak i poza nim wpływa niekorzystnie na wydajność pracy. Gorsza wydajność wynika między innymi z absencji, spadku wydajności, niewłaściwej, jakości wyrobów a także większej wypadkowości.

Identyfikacja osób z problemem alkoholowym jest prosta, gdy weźniemy pod uwagę niektóre zachowania:

- nadmierna absencja chorobowa (z powodu biegunek, nieżytów żołądka, grypy, urazów),
- powtarzające się opuszczanie stanowiska pracy bez zgody przełożonych,
- duża liczba spóźnień do pracy (zwykle w poniedziałki),
- częste nieobecności (zwykle w poniedziałki i w piątki),
- zgłaszanie przez pracownika mało wiarygodnych przyczyn nieobecności czy spóźnień,

Zachowanie w pracy:

- przychodzenie do pracy pod wpływem alkoholu,
- drżenie rąk,
- postępujące zaniedbanie wyglądu zewnętrznego i higieny osobistej,
- wyczuwalny zapach alkoholu z ust.

Spadek wydajności pracy:

- niedotrzymanie terminów wykonywania zadań,
- marnotrawstwo towarów, materiałów,
- mało wiarygodne uzasadnienie złej jakości pracy,
- błędy spowodowane niewłaściwą oceną sytuacji oraz nieuwagą.

Wykonywanie obowiązków w pracy:

- - częste opuszczanie stanowiska pracy np. korzystanie z toalety,
- - przedłużające się przerwy np. śniadaniowe czy na papierosa,
- - zmienne wyniki pracy-okresy wysokiej i niskiej wydajności na przemian,
- - rosnące trudności z wywiązywaniem się z obowiązków zawodowych, problem z przypominaniem sobie poleceń przełożonego.

Relacje ze współpracownikami:

- nadmierna nerwowość,
- nadmierna wrażliwość na krytykę,
- zaciąganie pożyczek wśród pracowników(kolegów),
- skargi ze strony współpracowników.

Według polskiego prawa ustawodawca obciążył pracodawców odpowiedzialnością za niedopuszczenie pracownika będącego pod wpływem alkoholu do wykonywania pracy.

Trzeźwość w miejscu i czasie pracy to podstawowy obowiązek pracownika, dlatego przebywanie w stanie nietrzeźwym w miejscu pracy ten obowiązek narusza. Odpowiedzialność ponosi pracownik, a także bezpośredni przełożony, który dopuści do pracy nietrzeźwego. W takiej sytuacji „dobry pracodawca”, któremu zależy na pracowniku może wyjść naprzeciw jego problemowi i zaangażować się w pomoc, np. poprzez skontaktowanie go z placówką odwykową [4, 8, 22].

Przemoc w rodzinie

Rodzina to podstawowa komórka społeczna, fundament do kształtowania odpowiednich postaw, zachowań oraz norm społecznych. Dom rodzinny ,w którym obecny jest problem uzależnienia od alkoholu jest dysfunkcyjny, ponieważ nie zaspokaja w optymalnym stopniu najważniejszych funkcji oraz zadań jakie wynikają z faktu bycia rodziną.

Najważniejsze funkcje, które powinna spełniać rodzina to zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, miłości i troski, przewidywalności, kształtowanie wśród swoich członków prawidłowych postaw społecznych, prawidłowe wypełnianie obowiązków opiekuńczo-wychowawczych, przekazywanie tradycji oraz wdrażanie do życia społeczno-kulturalnego. Wypełnianie wyżej wymienionych zadań warunkuje prawidłowy rozwój rodziny, pozwalający na jej harmonijne funkcjonowanie w społeczeństwie [3, 17, 23].

Rodzina, w której występuje problem uzależnienia nie wypełnia tych zadań w sposób właściwy. Często bywa tak, że potrzeby pojedynczych osób w takiej rodzinie są pomijane, a ich prawa oraz granice łamane. Tak więc problem uzależnienia jednej osoby w rodzinie może stanowić podwalinę do wykluczenia z życia społecznego nie tylko osoby uzależnionej, ale także wszystkich osób w niej żyjących [23].

Dom rodzinny powinien być miejscem, w którym odpoczywamy i czujemy się bezpiecznie, wraz z osobami bliskimi cieszymy się z wzajemnych sukcesów, wspieramy w kłopotach a także wychowujemy nasze potomstwo. Zdarzają się jednak takie sytuacje, kiedy dom rodzinny zmienia się w pole walki. Każde wyjście z takiego domu powoduje ulgę, a powrót niektórych członków rodziny sprawia, że serce ze strachu podchodzi do gardła. Jedną z przyczyn takiego stanu rzeczy jest nadmierne picie alkoholu przez członka rodziny. Zwykle nie od razu spostrzega się związek pomiędzy piciem alkoholu a pogarszającą się atmosferą w rodzinie [6, 19].

Wraz z alkoholizmem w domu często pojawia się przemoc. W chwili obecnej specjaliści nie uważają nadużywania alkoholu za przyczynę występowania przemocy domowej – wiadomo jednak, że nadużywanie alkoholu ułatwia nadużywanie przemocy.

Około 70% aktów przemocy domowej ma miejsce w rodzinach, w których występuje problem alkoholowy, gdyż alkohol obniża zdolność kontroli zachowań.

Prawdziwą przyczyną zachowań przemocowych są:

- brak nawyków opanowywania zachowań agresywnych, impulsywność,
- wyniesione z domu rodzinnego niewłaściwe wzory zachowań, związane z pełnieniem ról ojca, męża itd.,
- zaburzenia osobowości,
- złe doświadczenia z dzieciństwa (często sprawcy przemocy byli w dzieciństwie ofiarami lub świadkami przemocy),
- zaburzenia psychiczne,

Sprawca przemocy domowej ponosi odpowiedzialność za swoje zachowanie, bycie sprawcą przemocy nie jest chorobą.

Przemoc domowa jest przestępstwem ściganym z art.207 Kodeksu Karnego. U osób, które są przez dłuższy czas ofiarami przemocy domowej może wystąpić stan psychiczny określany mianem „stresu pourazowego” (stan podobny do stanu jaki występuje u żołnierzy, którzy przebywali na polu walki). Cechą charakterystyczną tego stanu jest nieustające napięcie, lęk, poczucie bezradności, beznadziejności i rozpacz. Występują także problemy ze snem, koszmary nocne oraz obniżone poczucie własnej wartości. Sprawca przemocy stara się zwykle w jakiś sposób uzasadnić maltretowanie ofiary (albo jej dobrem, albo wyimaginowanymi błędami) do tego stopnia, że sama ofiara zaczyna w to wierzyć [4, 15].

Ofiarami przemocy domowej w 96% są kobiety, jej ofiarami są też dzieci, osoby starsze, chore i niedołążne.

Musimy nauczyć się, że należy reagować stanowczo już za pierwszym razem, kiedy nastąpi akt przemocy, ponieważ zachowania agresora są zazwyczaj powtarzalne. Dzieje się tak m.in. z powodu przyzwyczajenia się sprawcy do nieprawidłowego sposobu rozładowania napięcia.

Przemoc domowa jest szczególnie niszcząca dla psychiki dzieci, nawet, jeżeli są tylko jej świadkami. Dzieci są nie tylko pozbawione poczucia bezpieczeństwa, ale także uczą się niekorzystnych wzorców zachowań, często mają kłopoty ze zdrowiem fizycznym

i psychicznym, osiągają gorsze wyniki w nauce, mają zwykle problemy z pamięcią oraz koncentracją uwagi. Zawsze obowiązkiem dorosłych jest ochrona dzieci przed wystąpieniem tego rodzaju sytuacji [6, 17].

Zależnie od indywidualnych właściwości dziecka oraz jakości pozostałych relacji w rodzinie (z niepijącym rodzicem i rodzeństwem) u dzieci mogą wytwarzać się postawy lęku, wycofania lub nadmiernej samodzielności i samowystarczalności – niekiedy mówi się o przedwczesnym dorastaniu (tzw. „stary maleńki”). Nie jest regułą, że wszystkie dzieci alkoholików źle się uczą, zostają w przyszłości alkoholikami czy osobami zdegradowanymi. Dzieci z rodzin alkoholowych często mają dobre oceny, są szlachetnymi ludźmi, wyrastają na wybitnych specjalistów w jakiejś dziedzinie, niosą pomoc innym. Niejednokrotnie ich życie naznaczone jest jednak niepotrzebnym cierpieniem, nie wykorzystują w pełni swoich możliwości, a pewna ich część popada w uzależnienie, konflikty z prawem, nie zdobywa wykształcenia. Dzieci z rodzin alkoholowych uczą się, że dorosłym nie należy ufać, że lepiej nie być szczerym i lepiej odciąć się od własnych uczuć, aby nie doznawać bólu [7, 18]. Dzieci te, aby przetrwać w niekorzystnej dla siebie sytuacji wytwarzają własne sposoby przystosowania – jak gdyby zastygają w pewnych sztywnych rolach. Wymienia się 5 typów takich ról:

- bohater rodziny,
- wspomagacz.
- maskotka,
- niewidzialne dziecko,
- kozioł ofiarny.

Akty przemocy, jakich dopuszczają się osoby nadmiernie pijące alkohol możemy podzielić na czynne i bierne.

Przemoc czynna – zaliczamy do niej przemoc fizyczną, seksualną i werbalną. Sprawcami tego rodzaju przemocy działającymi pod wpływem alkoholu są zazwyczaj osoby pomiędzy 18 a 45 r.ż., z wykształceniem zawodowym lub podstawowym, wiele z nich to osoby, które nigdzie nie pracują. Znaczną część ofiar (60%) stanowią kobiety oraz dzieci i młodzież (25%). Sprawcy nadużywający alkoholu częściej niż osoby niepijące na swoje ofiary wybierają dzieci poniżej 5 r.ż. oraz osoby starsze powyżej 60 r.ż. Ponad 65% aktów przemocy popełnianych pod wpływem alkoholu ma miejsce w domu rodzinnym. Przemoc popełniana pod wpływem alkoholu jest bardziej brutalna i powoduje cięższe urazy fizyczne i psychiczne.

Przemoc bierna – obejmuje wszelakiego rodzaju zaniedbania, przez które rozumiemy powtarzające się niezaspokajanie podstawowych potrzeb osób będących pod prawną opieką sprawcy, np. głodzenie, pozostawianie małoletnich bez opieki, niezaspokajanie ich potrzeb psychicznych. Zaniedbywanie dotyczy przede wszystkim osób starszych i dzieci, ale także innych członków rodziny [15, 23].

Sprawcy przemocy niejednokrotnie przenoszą wzorce zachowań przemocowych z domu rodzinnego na swoje dorosłe relacje. Wydaje się trudne do zrozumienia, że ktoś, kto cierpiał z powodu bicia sam robi to samo w swoim dorosłym życiu. Sprawcy przemocy domowej często mają deficyty umiejętności społecznych, które zastępują działaniami przemocowymi, np. gdy popełnią błąd trudno jest im się do tego przyznać, wziąć za ten błąd odpowiedzialność (w dzieciństwie nigdy czegoś takiego nie widzieli u własnego ojca). Sprawcy swoją agresywnością czy przesadną dominacją maskują ogromne pokłady lęku oraz niskie poczucie własnej wartości, które w nich drzemią – postawa agresywna to kompensacja tego, co w głębi [8, 12].

Spożywanie zbyt dużej ilości alkoholu zaburza ocenę moralną czynów, co ułatwia przekraczanie granic a w konsekwencji prowadzi do działań związanych z przemocą.

U osób uzależnionych dochodzi jeszcze jeden czynnik sprzyjający działaniom przemocowym – objaw choroby, którym jest głód alkoholowy i postępująca degradacja centralnego układu nerwowego. Głód domaga się natychmiastowego zaspokojenia i ktokolwiek stanie na drodze może być potraktowany agresywnie.

Funkcjonowanie rodziny z problemem alkoholowym wpływa niekorzystnie i niszcząco na dzieci. Przyjęte przez dzieci systemy obronne powodują zniszczenie życia psychicznego i emocjonalnego. Bez wsparcia i miłości rozwój dzieci w takiej rodzinie jest zagrożony. Skutki wychowywania się w rodzinie alkoholowej mogą być bardzo poważne nie tylko w chwili, gdy dziecko należy do takiej rodziny, ale również w dorosłym życiu, kiedy założy już swoją własną [8].

Dzieci i młodzież żyjąca w rodzinach alkoholowych to populacja 1,5-2 mln osób. Przy braku wsparcia i pomocy socjoterapeutycznej dzieci z rodzin alkoholowych tworząc najwyższą grupę ryzyka rozwoju uzależnienia w przyszłości zostanie alkoholikami [24].

Współzależnienie

Nie każda osoba pozostająca w związku z osobą uzależnioną może być określana mianem współzależnionej. Specjaliści zakładają, że pozostanie dłużej niż dwa lata w związku z osobą pijącą nadmiernie, bez próby zmiany sytuacji jest bardzo wyraźną przesłanką do rozpoznania współzależnienia. Osoba współzależniona w sposób dla siebie nieświadomy podtrzymuje i chroni picie osoby uzależnionej, zajmując się bardziej alkoholikiem niż sobą, koncentrując na nim całą uwagę i energię, roztaczając parasol ochronny nad jego piciem, płacąc jego długi, sprząając bałagan po nim, usprawiedliwiając go i kłamiąc w jego obronie.

Współzależnienie to choroba (lub stan chorobowy) powstająca, kiedy człowiek ma na co dzień do czynienia z bardzo silnie objawiającym się zjawiskiem, z którym nie umie sobie poradzić. Człowiek nie będąc w stanie zintegrować się ze swoją osobowością dopasowuje się do danej sytuacji.

Na współzależnienie składa się:

- silnie objawiające się zjawisko,
- jego bliskość,
- niemożliwość poradzenia sobie z tym zjawiskiem,
- przystosowanie się do tego zjawiska,
- powstała w wyniku tego zjawiska choroba lub stan chorobowy [3, 25].

Psychologiczne konsekwencje uzależnienia:

- zaburzenia w sferze psychosomatycznej,
- nerwice,
- zaburzenia życia emocjonalnego (tzw. chaos emocjonalny), huśtawka nastrojów, stany lękowe i depresyjne, stany ciągłego pogotowia emocjonalnego,
- zagubienie, chaos poznawczy, zakłócenia czynności poznawczych, brak poczucia sensu i celu w życiu, zakłócenie normy zdrowia i choroby, nierealistyczne oczekiwania wobec innych,
- brak nadziei,
- pustka duchowa,
- samotność,
- poczucie niemożności rozstania się,
- trudności w rozpoznaniu potrzeb osobistych, w realizacji własnych pragnień, celów, ambicji,

- obniżenie, jakości życia [25].

Samobójstwa

Alkohol jest ważnym czynnikiem ryzyka suicydalnego. Według danych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) samobójstwa popełniane pod wpływem alkoholu stanowią średnio 20% wszystkich zgonów samobójczych, (w USA – 25%, w Polsce – 22%). Alkohol należy do najczęstszych (zaraz po chorobach psychicznych) czynników ryzyka suicydalnego.

Samobójstwa pod wpływem alkoholu popełniają osoby, które nie do końca są przekonane, co do słuszności swojej decyzji i potrzebują dodatkowych bodźców, stymulacji, boją się. Decyzja dotycząca popełnienia samobójstwa jest zwykle procesem długotrwałym, dobrze przemyślanym, wynikiem narastających problemów rodzinnych, społecznych, zdrowotnych, ekonomicznych lub reakcją impulsywną wywołaną nagłą niekorzystną sytuacją emocjonalną człowieka. Alkohol stanowi czynnik ułatwiający podjęcie decyzji o wyborze czasu, sposobu i miejsca zaplanowanego czynu. Samobójstwo popełnione pod wpływem stresu, strachu, emocji, niekorzystnych przeżyć, niedojrzałości emocjonalnych, trudnych sytuacji często jest działaniem impulsywnym podjętym właśnie pod wpływem alkoholu. Alkohol wyzwała zachowania agresywne, ale również ułatwia podjęcie decyzji samobójczych, znosi uczucie lęku, zaburza świadomość oraz zdolność podejmowania świadomych, odpowiedzialnych decyzji [9, 18].

Samobójstwa i alkohol – zjawiska te mają bardzo bliskie i wspólne pochodzenie, czyli patologię społeczną, do której zalicza się również przestępczość, zachowania prowadzące do dezintegracji rodziny, przemoc, agresję oraz narkomanię.

Częstość prób samobójczych wśród alkoholików oraz osób nadużywających alkohol jest znacznie wyższa niż w pozostałej części społeczeństwa.

Najczęściej pod wpływem alkoholu samobójstwa popełniają kobiety w wieku 31-50 lat, czyli w okresie największej aktywności zawodowej oraz rodzinnej. Może to świadczyć o wystąpieniu u tych osób problemów związanych z niedostosowaniem społecznym, bezrobociem, kłopotach rodzinnych czy zdrowotnych. Kobiety samobójczynie charakteryzują się wysokim poziomem wykształcenia (ok. 40% wykształcenie wyższe) oraz dużą aktywnością zawodową [6, 21].

Uzależnienie powoduje wiele skutków społeczno-socjalnych, tj. rodzi cierpienie, smutek, rozpacz, osamotnienie, poczucie winy, wstydu, żalu, obniżenie poczucia własnej wartości.

Z czasem człowiek mający problem alkoholowy zaczyna izolować się od innych, przestaje być wrażliwy na własny ból psychiczny, zostaje pozbawiony wrażliwości, która nadaje sens jego życiu. Jest skazany na pomoc drugiej osoby. W tym momencie ważne jest, aby być przy takiej osobie, nie oceniać ani nie odwracać się od niej. Należy szanować jej godność, lecz nie tolerować niewłaściwych zachowań. To właśnie są istotne warunki udzielania pomocy osobom, które zmagają się z uzależnieniem [25].

Alkohol jest czynnikiem sprzyjającym wypadkom komunikacyjnym jak również utonięciom, nader często bywa związany z próbami samobójczymi. W 2015r. uczestnicy ruchu drogowego będący pod działaniem alkoholu uczestniczyli w 2211 wypadkach drogowych (6,7% ogółu), w których zginęło 318 osób. Zgodnie z danymi Komendy Głównej Policji spośród 646 osób, które utonęły w 2014 r. 157 było w stanie wskazującym na spożycie alkoholu. W 2014 r. Komenda Główna Policji odnotowała 10207 zachowań samobójczych, z czego w przypadku 2734 stwierdzono, że były popełnione pod wpływem alkoholu [26].

Jakie są sposoby leczenia osób uzależnionych od alkoholu?

Pierwszym kluczowym krokiem w leczeniu alkoholizmu jest skłonienie chorego do przyznania się, że jest chory, a następnie pobudzenie jego aktywnego udziału w procesie leczenia. W niektórych przypadkach może okazać się konieczne zastosowanie pewnych form terapii wzmacniających motywację, w tym także technik konfrontacyjnych.

W momencie przeprowadzania wstępnego wywiadu należy spisać najważniejsze punkty kontraktu z pacjentem, mogące być przydatne w razie gdyby funkcjonowanie pamięci krótkotrwałej pacjenta pogorszyło się. Pomocną metodą podczas pracy nad wyjściem z nałogu alkoholowego jest prezentacja technik prawidłowego wyrażania swoich potrzeb i szukania pomocy (zastosowana po raz pierwszy przez Craigie' ego i Rossa w 1980 r.). Poprzez te techniki pacjenci uczą się jak efektywnie uczestniczyć we własnym procesie leczenia [27].

Osoby, które szybko zorientują się, iż potrzebna jest im pomoc mogą uzyskać ją u lekarza pierwszego kontaktu, lekarza psychiatry lub w poradni leczenia uzależnienia od alkoholu. Jeżeli objawy i dolegliwości są ciężkie, konieczna jest hospitalizacja lub pobyt w zamkniętym ośrodku odwykowym.

Osoby zgłaszające się do placówek odwykowych często mają już za sobą nieudane próby zaprzestania picia. Nikt nie może zmusić osoby uzależnionej do podjęcia leczenia – musi to być jej świadoma i samodzielna decyzja [16, 23].

Podstawę prawną leczenia osób uzależnionych w Polsce stanowią dwa akty prawne:

- Ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałania alkoholizmowi z dnia 28 października 1982 roku (z późniejszymi zmianami),
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie organizacji, kwalifikacji personelu, zasad funkcjonowania i rodzajów zakładów lecznictwa odwykowego oraz udziału innych zakładów opieki zdrowotnej w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad osobami uzależnionymi od alkoholu z dnia 31 grudnia 1999 roku (aktualnie nowelizowane).

Wyżej wymienione akty określają:

- Leczenie osób uzależnionych od alkoholu realizowane może być wyłącznie przez podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych, jest bezpłatne również dla osób nieubezpieczonych.
- Podstawową metodą leczenia osób uzależnionych jest psychoterapia. Postępowanie medyczne stanowi wymiar wspomagający psychoterapię i jest skierowane głównie na leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych, farmakologiczne wsparcie psychoterapii, diagnostykę szkód powstałych w związku z nadużywaniem alkoholu oraz kierowanie osób wymagających leczenia somatycznego do leczenia specjalistycznego [14, 23].
- Leczenie uzależnionych jest dobrowolne za wyjątkiem sytuacji sądowego zobowiązania do leczenia.
- System leczenia uzależnienia od alkoholu jest systemem odrębnym od leczenia osób uzależnionych od innych substancji psychoaktywnych. W ramach obu wymienionych systemów dopuszcza się leczenie osób uzależnionych od kilku substancji (tzw. uzależnienie mieszane).

Koszty związane z leczeniem pacjentów w placówkach leczenia uzależnień są refundowane ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Blisko połowa samorządów gmin w Polsce wspiera finansowo poradnie i oddziały w ramach gminnych programów profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych.

Rosnące finansowanie leczenia uzależnienia od alkoholu nie nadąża za zwiększającym się ciągle zapotrzebowaniem, czyli rosnącą liczbą osób zgłaszających się do leczenia.

Na chwilę obecną czas oczekiwania do całodobowych oddziałów terapeutycznych wynosi od kilku dni do kilkunastu tygodni, w oddziałach dziennych czas oczekiwania to kilkakilkanaście dni, a w oddziałach leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych pacjenci przyjmowani są na bieżąco.

Lista adresowa placówek medycznych leczenia uzależnienia od alkoholu znajduje się na stronie www.parpa.pl (zakładka „placówki lecznictwa”) [28].

Leczenie zaburzeń związanych z nadużywaniem alkoholu jest w Polsce bezpłatne (dotyczy to również osób, które nie mają ubezpieczenia zdrowotnego). Osoby nadużywające alkoholu, pijące szkodliwie, ryzykownie i uzależnione oraz członkowie ich rodzin mogą skorzystać z porady lub leczenia w specjalistycznych placówkach potocznie zwanych odwykowymi.

Do placówek tych należą:

- poradnie – na spotkanie ze specjalistą psychoterapii uzależnień i lekarzem psychiatrą można umówić się telefonicznie. Na pierwszą wizytę zwykle nie czeka się dłużej niż tydzień. Pierwsza rozmowa pozwala ocenić specjaliście wzór spożywania alkoholu i zaproponować takie rozwiązanie problemu, które jest adekwatne do potrzeb i gotowości danego pacjenta. Z porad lekarza oraz specjalisty psychoterapii uzależnień mogą skorzystać również członkowie rodzin osób z problemem alkoholowym. Poradnie takie prowadzą również programy dla osób uzależnionych oraz programy terapii dla członków ich rodzin. Pacjenci będący pod opieką takiej poradni uczestniczą w terapii indywidualnej i grupowej kilka razy w tygodniu mieszkając w swoich domach kontynuując naukę oraz pracę zawodową.
- dzienne oddziały terapii, gdzie trafiają osoby, które podjęły decyzję o leczeniu uzależnienia i chcą pogodzić obowiązki życiowe (np. opieka nad dziećmi) z intensywnymi oddziaływaniami leczniczymi. Leczenie takie trwa od 6 do 8 tygodni. Pacjenci mieszkając w swoich domach uczestniczą w programie terapeutycznym w oddziale pięć razy w tygodniu przez kilka godzin.
- całodobowe oddziały terapii, gdzie pacjenci mieszkają przez 6-8 tygodni, uczestnicząc w intensywnych oddziaływaniach skierowanych na rozwiązanie problemu uzależnienia od alkoholu.
- oddziały leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych, gdzie trafiają osoby uzależnione po przerwaniu ciągów picia na leczenie medyczne, prowadzące do ustąpienia objawów abstynencyjnych. Pobyt w takim oddziale trwa zwykle kilka dni

i jest dobrym momentem, by podjąć decyzję o leczeniu uzależnienia w poradniach bądź oddziałach terapeutycznych.

Leczenie w poradni nie wymaga skierowania natomiast leczenie we wszystkich typach oddziałów wymaga skierowania od lekarza, najlepiej z poradni odwykowej [5, 18, 27].

Detoksykacja alkoholowa

Trwa zwykle nie dłużej niż 10 dni. Jej celem jest postępowanie medyczne prowadzące do jak najbezpieczniejszego i najszybszego ustąpienia objawów abstynencyjnych. Do oddziałów detoksykacyjnych pacjenci kierowani są przez lekarzy, którzy oceniają nasilenie objawów abstynencyjnych (zespół odstawienia) i konieczność podjęcia leczenia. Pacjenci podczas pobytu w oddziale detoksykacyjnym z reguły nie są poddawani działaniom psychoterapeutycznym. Motywowani są do podjęcia psychoterapii uzależnienia w oddziałach lub w poradniach po zakończeniu detoksykacji [3, 17].

Psychoterapia uzależnienia od alkoholu

Psychoterapia jest najbardziej skuteczną metodą leczenia osób uzależnionych od alkoholu (tak dowodzą badania). Metody psychoterapii uznane za najbardziej skuteczne kładą szczególny nacisk na zdolność osoby uzależnionej do zatrzymania bądź zmniejszenia picia (tzw. samo skuteczność), etap jej gotowości do zmiany, kontekst społeczny osoby uzależnionej oraz jej system wsparcia.

Badania potwierdzają natomiast brak skuteczności takich metod jak hipnoza, poradnictwo ogólne, techniki konfrontacyjne, szokowe, trening relaksacyjny, metody oparte wyłącznie na wglądzie, edukacja.

W Polsce większość programów terapeutycznych dotyczących osób uzależnionych od alkoholu integruje różne podejścia psychoterapeutyczne, z przewagą behawioralno-poznawczych.

Głównymi celami programów psychoterapii uzależnienia od alkoholu realizowanymi w placówkach leczenia uzależnień są:

- nauka umiejętności zachowania trwałej abstynencji,
- dążenie do poprawy zdrowia fizycznego oraz psychicznego,
- zdobycie umiejętności potrzebnych w rozwiązywaniu problemów emocjonalnych oraz społecznych.

W programach psychoterapeutycznych leczenia osób uzależnionych od alkoholu wyróżnić można dwa etapy:

- etap podstawowy zakłada się, że w programie podstawowym pacjent powinien przejść z fazy prekontemplacji do kontemplacji. Oznacza to w praktyce, że powinien uświadomić sobie wagę problemu, z jakim się zмага, podjąć decyzję o zmianie oraz opracować plan działania. Pacjent kończący podstawowy program terapii uzależnienia od alkoholu powinien być w fazie przygotowania lub rozpoczęcia działania.
- etap pogłębiony obejmuje kilka do kilkunastu miesięcy. Następuje powolne wdrożenie zmiany (działanie) oraz jej utrwalenie (podtrzymywanie) zmierzające do nauczenia się zapobiegania nawrotom picia oraz nabycia umiejętności intra psychicznych i interpersonalnych służących poprawie funkcjonowania w życiu codziennym [6, 9, 20].

Aby leczenie mogło przynieść skutek osoba uzależniona musi przejść obydwa etapy leczenia tj. podstawowy i pogłębiony.

Czas niezbędny do przeprowadzenia skutecznej terapii uzależnienia to 18-24 miesiące.

Pierwszy podstawowy etap psychoterapii uzależnienia od alkoholu trwa w oddziałach całodobowych i dziennych od 6 do 8 tygodni, natomiast w placówkach ambulatoryjnych od 4 do 6 miesięcy. Cały cykl terapii uzależnienia trwa około 2 lata i obejmuje 240 godzin terapii grupowej oraz 50 godzin terapii indywidualnej w ciągu roku.

Podczas zajęć grupowych, w których biorą udział pacjenci Oddziałów Terapii Odwykowej obowiązują następujące zasady:

- obowiązkowa obecność na wszystkich spotkaniach,
- punktualność przybycia na zajęcia,
- przestrzeganie bezwzględnej abstynencji od alkoholu,
- nie krytykowanie, nie ocenianie, nie plotkowanie,
- utrzymanie w tajemnicy tego, co dzieje się w grupie,
- nie używanie przemocy fizycznej i psychicznej wobec siebie i innych członków grupy,
- branie odpowiedzialności za siebie,
- swoboda wypowiedzi,
- aktywność w grupie,
- zwracanie się do siebie po imieniu.

Podczas leczenia w Ośrodku Terapii Odwykowej głównym oddziaływaniem terapeutycznym jest terapia grupowa, służąca odkrywaniu samego siebie oraz własnemu rozwojowi – pacjent odkrywa swoje prawdziwe ja zastępując iluzje i samo oszukiwanie się. Gdy wiemy, kim jesteśmy możemy pracować nad tym, aby zacząć się zmieniać. Podczas pracy w grupie terapeutycznej pacjent ma możliwość słuchać innych, opowiadać o sobie, udzielać informacji zwrotnych, przyjmować je od innych członków grupy terapeutycznej [4, 11].

W terapii odwykowej pomocne są następujące reguły:

- - zrównanie z innymi – występuje wtedy, gdy zdobywamy się na odwagę i mówimy, że jest nam przykro lub czujemy strach, gdy zdobywamy się na otwartość i szczerość,
- informacje zwrotne – to wypowiedź dla innej osoby dotycząca tego jak ją odbieramy, jak ją postrzegamy, jakie uczucia w nas wywołuje. Informacja zwrotna to nie mówienie komuś jaki jest tylko jak my go widzimy, tj. „co słyszymy”, „co widzimy”, „co czujemy”.
- słuchanie, co mówią inni – należy skoncentrować się na osobie, która mówi, uważać na jej słowa, sposób mówienia, wyrażane emocje, nie oceniać, nie udzielać rad. Oceny i rady przekazywane nawet w dobrej wierze ograniczają swobodę drugiej osoby.

Po ukończonej terapii w oddziałach całodobowych i dziennych osoby uzależnione celem kontynuowania leczenia kierowane są do poradni specjalistycznej oraz zachęcane do uczestnictwa w spotkaniach grup samopomocowych Anonimowych Alkoholików i pracach Klubu Abstynenta [9, 18].

Nowoczesna terapia uzależnień wyrabia wśród osób uzależnionych umiejętności, które mają usunąć z ich życia alkohol używany do radzenia sobie z problemami, a zwłaszcza z trudnościami emocjonalnymi. Nie przypomina ona w niczym dawniej stosowanych metod. Dziś traktuje się pacjenta uzależnionego jak osobę a niezepsuty mechanizm lub złą ze swojej natury istotę. Podczas terapii odwykowej największy nacisk kładzie się na pozytywne zmiany oraz wpojenie nowych zasad. Ich intelektualne zrozumienie nie wystarczy jednak do utrzymania trzeźwości-konieczne jest systematyczne wcielenie ich w życie.

Po zakończeniu terapii pacjentom pochodzącym z patologicznych środowisk łatwo jest zaniechać nowych zasad pod presją otoczenia, do którego wracają. Innym trzeźwienie utrudnia lenistwo, zbytnia pewność siebie czy po prostu zapomnianie.

W niektórych programach terapii po zakończeniu kuracji pacjentom zaleca się (na wzór ośrodków amerykańskich) odbycie 90 mitingów w ciągu 90 dni. Osoby, które się do tego

dostosują, przyzwyczajają się do pamiętania o bezsilności wobec alkoholu i dzięki temu stają się tzw. „sukcesami terapeutycznymi” powracającymi do zdrowia i normalnego życia bez większych problemów [28].

Z badań efektywności grup samopomocowych wynika, że około 40% pacjentów, którzy przeszli kompleksową (2-letnią) psychoterapię uzależnienia, utrzymuje, co najmniej 2-letnią abstynencję i doświadcza poprawy zdrowia i funkcjonowania społecznego [19, 20].

Proces terapeutyczny ,to żmudna i ciężka praca ,która zawiera w sobie dużo różnych działań. Efektem tych działań powinny być głębokie i możliwie trwałe zmiany, które dotyczą postaw, przekonań, relacji z innymi, zachowań, przyzwyczajęń a także sposobu myślenia, reagowania, odczuwania, przeżywania, itd. [7].

Farmakoterapia

To jedna z alternatyw leczenia osób uzależnionych od alkoholu.

Najczęściej stosowane leki to:

- Disulfiram – znany pod postacią implantu (tzw. wszywki) jako Esperal oraz pod postacią tabletek zażywanych doustnie o nazwie Anticol. Osoba, która zdecydowała się stosować Disulfiram po wypiciu alkoholu może doświadczyć wielu nieprzyjemnych oraz niebezpiecznych dla zdrowia objawów zatrucia aldehydem octowym, będącym metabolitem alkoholu. Zatrucie to objawia się zaczerwienieniem w obrębie twarzy, uczuciem duszności, rozpierania w klatce piersiowej, przyspieszeniem akcji serca, uczuciem niepokoju oraz lękiem przed umieraniem [7, 17].
- Naltrekson, Akamprozat – nowoczesne leki pomocne w leczeniu uzależnienia, stanowiące wsparcie oddziaływań psychologicznych oraz psychoterapii. Badania wykazują, iż mają one niską skuteczność u osób, które nie uczestniczą w programach psychoterapeutycznych. Oznacza to, że samo przyjmowanie leków przez osoby uzależnione niewsparte psychoterapią nie przynosi oczekiwanych efektów.

Leki te może zlecić tylko lekarz psychiatra w placówce leczenia uzależnień. Nie są to leki refundowane i są dość drogie. Innymi lekami zalecanymi wyłącznie przez lekarzy są leki przeciwdepresyjne i antypsychotyczne. Nie leczą one bezpośrednio uzależnienia, ale pomagają w usuwaniu, a najczęściej łagodzeniu nieprzyjemnych stanów psychotycznych i zaburzeń nastroju współwystępujących w uzależnieniu [9, 18].

Wspólnota Anonimowych Alkoholików

Klub Anonimowych Alkoholików został założony w Nowym Yorku w 1935 roku przez maklera giełdowego Billa Wilsona i chirurga z Ohio, Boba Smitha. Ulubione powiedzenie AA brzmi „złe myśli prowadzą do kieliszka”. AA nakłania osoby uzależnione by otwarcie prosili o pomoc, umożliwia korzystanie z pomocy byłych alkoholików, którzy w każdej chwili wspierają i służą swoimi doświadczeniami, do których zawsze można zadzwonić, zwłaszcza, gdy poczuje się nieodpartą potrzebę napicia się. Klub jest niezwykle pomocny dla osób, które czują pociąg do picia i potrzebują wsparcia społecznego, a jednocześnie dobrze odnajdują się w sztywnych ramach nakazów i zakazów panujących w AA [7, 18, 20].

Przy zaawansowanej chorobie alkoholowej czas potrzebny do zaadaptowania się organizmu do nowego stylu życia po odstawieniu alkoholu wynosi mniej więcej 9-15 miesięcy. Całkowite wyzdrowienie (gdy przestaje zagrażać niebezpieczeństwo nawrotu choroby) następuje po 2-3 latach [8, 9, 14].

Rola wspólnoty AA we wspieraniu oraz leczeniu osób uzależnionych jest niezmiernie ważna. Ruch ten jest obecny na wszystkich kontynentach i jest dostępny dla ogółu uzależnionych. Największym jego atutem jest otwartość na ludzi różnego pochodzenia, posiadających różny status społeczny, płeć, wykształcenie, wiek, wyznanie religijne, itd. Nadrzędnym celem tego ruchu jest wspieranie jego członków w pozostawaniu w trzeźwości oraz pomocy w jej osiągnięciu osobom, które tego potrzebują. Mechanizmy psychologiczne oraz czynniki leczące obecne podczas spotkań AA są identyczne z tymi, które występują w przypadku terapii prowadzonej przez wykwalifikowany personel (psycholodzy, terapeuci uzależnień). Ruch ten funkcjonuje w oparciu o zasady wewnętrzne, które są wystarczające do osiągnięcia trzeźwości. Jest to dowód na to, że ludzie posiadający problem, który ich jednoczy dzięki umiejętności dostrzeżenia podobieństw między sobą i wykorzystaniu swoich doświadczeń, talentów oraz umiejętności pomimo posiadanych braków i deficytów są w stanie skutecznie wzajemnie sobie pomagać i wspierać się bez udziału lekarzy, psychologów czy terapeutów, którzy z racji swojego wykształcenia posiadają odpowiednie przygotowanie i wiedzę oraz umiejętności do zawodowego zajmowania się pomaganiem [3, 8, 23].

Anonimowi Alkoholicy są grupą ludzi, którzy spotykają się, aby nie pić alkoholu i trwać w trzeźwości (grupy wsparcia dla trzeźwiejących alkoholików). Warunkiem uczestnictwa w spotkaniach zamkniętych jest wyrażenie pragnienia zaprzestania picia. Oprócz spotkań zamkniętych są również spotkania dla nowicjuszy, sympatyków i innych ludzi

zainteresowanych problematyką uzależnień. Za udział w spotkaniach AA nie pobiera się żadnych opłat – wspólnota utrzymuje się z dobrowolnych datków.

W programie AA wychodzenie z uzależnienia wiedzie przez szczere mówienie o przeżyciach, myślach i uczuciach, uczenie się rozwiązywania problemów bez niekontrolowanych emocji [4, 9, 23].

Zdrowienie polega na:

- akceptacji tego, czego nie można zmienić,
- odwadze, by zmieniać to, co można zmienić,
- mądrości, aby odróżnić jedno od drugiego

W Polsce istnieje ponad tysiąc grup AA, które działają w każdym dużym mieście. Spisy adresowe spotkań można odnaleźć na stronie internetowej www.aa.org.pl [3, 29].

Wspólnota AA nie zajmuje stanowiska w zakresie problemów alkoholowych, nie uczestniczy w publicznych dyskusjach dotyczących tego tematu, nie wypowiada się w konkretnych sprawach dotyczących uzależnień. Podczas spotkań grupowych uczestnicy rozmawiają o swoich doświadczeniach z alkoholem, przez co pomagają sobie wzajemnie uporać się z problemem. W AA podobnie jak podczas pracy na grupie terapeutycznej uczestnicy nie oceniają się, nie krytykują, każdy mówi wyłącznie o tym, jaką drogę przeszedł i w jaki sposób radzi sobie na dzień dzisiejszy utrzymując trzeźwość.

Osoby należące do AA utrzymują trzeźwość m.in. dzięki realizacji programu „Dwunastu Kroków”, który jest podstawą AA. Kroki AA zostały napisane przez pierwszych trzeźwiejących alkoholików, którzy opisali swoje doświadczenia z tego co robili, aby utrzymać trzeźwość. Dobrze „przerobiony” program „Dwunastu Kroków” pozwala trzeźwiejącym alkoholikom na stopniowe odzyskanie poczucia własnej wartości i godności. Z programu tego korzystają również osoby cierpiące na inne uzależnienia, takie jak narkomania, hazard, obżarstwo, itd. [6, 28].

Tylko systemowe oddziaływanie, polegające na połączeniu farmakoterapii, psychoterapii oraz uczestnictwo w grupach AA może przynieść lepsze efekty niż wpływ każdej z tych metod oddzielnie. Stosowanie farmakoterapii powinno być raczej dodatkowym niż wiodącym elementem leczenia [30].

Dobrowolne i przymusowe leczenie osób uzależnionych od alkoholu.

Od ponad 20 lat w Polsce nie istnieje procedura przymusowego leczenia alkoholików. Procedura przymusowego leczenia istniała w ustawie o zwalczaniu alkoholizmu z 1956 r. Powstała w czasach, kiedy sądzono, iż skutecznym sposobem na to, aby alkoholik przestał pić będzie odizolowanie go od butelki. Ustawa z 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi wprowadziła formułę „zobowiązania do leczenia odwykowego”. W latach 80 zaczęto lepiej rozumieć problem uzależnienia oraz rolę motywacji w procesie leczenia, zaczęto zatem modernizować lecznictwo odwykowe w kierunku oferowania osobom uzależnionym psychoterapii zamiast oddziaływań represyjnych i podawania preparatów typu Anticol. Zrozumiano, że sądowe zobowiązanie powinno być przede wszystkim instrumentem motywacji, ponieważ nie da się nikogo zmusić do leczenia. Pomimo, iż procedura zobowiązania do leczenia nie jest leczeniem przymusowym, to zawiera pewne elementy przymusu. Zobowiązanie sądowe zastępuje niejako zgodę pacjenta na leczenie i kierownik placówki odwykowej lub inna osoba przyjmująca na leczenie nie powinna pytać zobowiązanego o zgodę. Jest to tym samym wyjątek od zasady, wyrażonej w ustawie o prawach pacjenta oraz Rzeczniku Praw Pacjenta, która stanowi o tym, że do udzielenia świadczeń zdrowotnych konieczna jest zgoda pacjenta. Sądowe postanowienie wydane w przedmiocie zobowiązania do poddania się leczeniu odwykowemu nakłada na osobę zobowiązaną prawny obowiązek poddania się leczeniu odwykowemu w wyznaczonym trybie oraz placówce. Jeżeli osoba zobowiązana nie stawia się na leczenie albo bez usprawiedliwienia (np. lekarskiego) nie stawia się na rozprawę sądową to sąd może zarządzić doprowadzenie go przez organ policji. Jak wynika z ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi osoba zobowiązana do leczenia nie może opuszczać terenu ośrodka odwykowego bez zezwolenia kierownika tegoż ośrodka. W przypadku, kiedy pacjent podjąłby próbę samowolnego opuszczenia ośrodka odwykowego, w którym odbywa terapię nie można stosować wobec niego środków przymusu bezpośredniego. W takiej sytuacji placówka powiadamia sąd, który może nakazać policji dowiezienie klienta do placówki odwykowej. Z przerwaniem leczenia nie wiążą się żadne sankcje ani w postaci kary pieniężnej ani w postaci więzienia [8, 12, 31].

W celu uruchomienia procedury zobowiązania do leczenia odwykowego muszą wystąpić jednocześnie: podejrzenie uzależnienia od alkoholu (ostatecznie potwierdzają to badania biegłych) oraz przynajmniej jedna z przesłanek wskazanych w ustawie o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tj.:

- rozkład życia rodzinnego,

- demoralizacja małoletnich,
- uchylanie się od obowiązku pracy,
- systematyczne zakłócanie spokoju bądź porządku publicznego,

Procedura nie jest uruchamiana ze względu na samo uzależnienie, ale dopiero wtedy, gdy ktoś swoim piciem powoduje określone szkody społeczne.

Aby uruchomić procedurę należy złożyć wniosek do gminnej komisji rozwiązywania problemów alkoholowych. Komisje takie działają w niemalże każdej gminie w Polsce (powoływane są przez wójtów, burmistrzów, prezydentów). Do występowania z wnioskiem do sądu w przedmiocie zobowiązania do leczenia odwykowego uprawniona jest gminna komisja właściwa według miejsca zamieszkania lub pobytu, której postępowanie dotyczy [5, 15, 19].

Ustawa jednoznacznie nie precyzuje, jakie czynności po kolei powinna podjąć gminna komisja. Zwykle komisja po przeanalizowaniu zgłoszonego wniosku, zaprasza na rozmowę wnioskodawcę, ustalając czy zachodzą przesłanki wskazane w ustawie, po czym na osobne spotkanie zaprasza również osobę zobowiązaną. Kolejnym krokiem jest skierowanie na badanie przez biegłych i włączenie opinii do dokumentacji przekazanej do sądu. Opinię taką wydają wspólnie po przeprowadzonych badaniach lekarz psychiatra i psycholog lub lekarz psychiatra i specjalista psychoterapii uzależnień. Wynik tych badań ma służyć sądowi za podstawę do ewentualnego orzeczenia obowiązku poddania się przez tą osobę leczeniu odwykowemu. Za badanie biegłych płaci gminna komisja rozwiązywania problemów alkoholowych, zatem osoba składająca wniosek o wszczęcie procedury nie ponosi żadnych kosztów (również sądowych). Komisja składa wniosek o poddanie się leczeniu odwykowemu do Sądu Rejonowego. Po przeprowadzeniu rozprawy oraz wysłuchaniu osoby zobowiązanej sąd wydaje postanowienie. Rozprawa taka powinna się odbyć nie później niż po upływie miesiąca od dnia złożenia wniosku. Postanowienie sądu o zobowiązaniu do leczenia odwykowego w formie pisemnej otrzymuje osoba uzależniona oraz placówka odwykowa, w której ma odbywać się leczenie. Obowiązek poddania się leczeniu trwa tak długo, jak wymaga tego cel leczenia – nie dłużej jednak niż 2 lata od chwili uprawomocnienia się postanowienia sądu [5, 18, 29].

Od postanowienia Sądu Rejonowego uczestnikom postępowania przysługuje prawo do wniesienia apelacji do sądu II instancji (Sądu Okręgowego).

Z danych Państwowej Agencji Rozwiązywania Problemów Alkoholowych wynika, że spośród wszystkich zobowiązanych postanowieniem sądu, nieco ponad połowa rozpoczyna leczenie,

ale z tej grupy zaledwie co druga osoba kończy podstawowy program terapii. Niedostateczna efektywność wynika z tego, że terapia uzależnienia od alkoholu wymaga aktywności pacjenta oraz jego wewnętrznej, osobistej motywacji. Wszelkie próby wywierania nacisku nie przynoszą rezultatów.

Państwo polskie gwarantując swoim obywatelom prawo do zdrowia ma obowiązek polegający na dbałości o funkcjonowanie społeczeństwa wolnego od nałogów i problemów alkoholowych. Głównym aktem prawnym w tym zakresie jest ustawa o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi. Polityka państwa w tej kwestii jest realizowana na szczeblach rządowych i samorządowych. Ogromne znaczenie mają liczne kampanie społeczne prowadzone w celu uświadomienia społeczeństwu negatywnych skutków nadmiernego spożywania alkoholu [5, 29].

Inne formy i metody pomocy osobom uzależnionym od alkoholu

Punkty konsultacyjne organizowane są przez samorządy gminne, ośrodki pomocy społecznej, organizacje pozarządowe (często stowarzyszenia abstynenckie), kościoły i związki wyznaniowe. W Polsce działa ponad 2 tysiące punktów konsultacyjnych, które udzielają pomocy osobom uzależnionym oraz członkom ich rodzin. Niektóre z nich zajmują się również problemami przemocy domowej [5, 17, 29]. Taki punkt nie jest alternatywą dla leczenia uzależnienia w placówkach ani nie wyręcza innych instytucji czy służb działających lokalnie, tj. pomocy społecznej, policji, opieki kuratorskiej. Powinien stanowić miejsce pierwszego kontaktu, najłatwiej dostępne dla osób potrzebujących pomocy, z którego klient odpowiednio umotywowany i właściwie pokierowany trafia do instytucji świadczących wyspecjalizowaną pomoc.

Stowarzyszenia i kluby abstynenckie promują abstynencję alkoholową oraz tworzą oparcie dla osoby uzależnionej oraz jej rodziny. Wspomagają w rozwoju umiejętności potrzebnych w procesie zdrowienia, stwarzają możliwości ciekawie spędzonego czasu wolnego, świętowania oraz integracji społecznej. Prowadzą często punkty konsultacyjne, telefony zaufania, grupy wsparcia a także zatrudniają specjalistów do prowadzenia treningów umiejętności dla osób uzależnionych służących nie tylko utrzymaniu abstynencji, ale również poprawie funkcjonowania rodziny (np. treningi komunikacji małżeńskich czy umiejętności wychowawczych) [5, 8, 17]. Są to miejsca gdzie mogą uczęszczać wszyscy członkowie rodziny, wspólnie spędzać czas i uczyć się funkcjonowania w nowej, trzeźwej rzeczywistości. W 2010 r. na terenie naszego kraju było 650 stowarzyszeń /klubów abstynenckich.

Telefony zaufania – istotą telefonu zaufania jest udzielanie bezinteresownego, anonimowego wsparcia osobom w kryzysie psychicznym. Telefony zaufania dla osób uzależnionych i ich rodzin tworzone są najczęściej przez samorządy lokalne, organizacje pozarządowe oraz ośrodki pomocy społecznej [4, 9, 27]. Zadaniem osób dyżurujących w telefonach zaufania jest aktywne i zaangażowane słuchanie, udzielanie porad i wsparcia psychologicznego, informowanie o dostępnych możliwościach rozwiązania problemów, kierowanie do najbliższych znanych miejsc świadczących pomoc osobom potrzebującym, motywowanie do podjęcia działań w kierunku uzyskania pomocy. Osoby te muszą posiadać umiejętności w zakresie aktywnego słuchania, podtrzymywania kontaktu, udzielania wsparcia i motywowania do podjęcia działań. Muszą mieć również niezbędną wiedzę w zakresie problemów alkoholowych i sposobów pomagania wszystkim członkom rodziny z problemem alkoholowym, powinni również mieć wszechstronną bazę informacji o instytucjach, miejscach i osobach udzielających pomocy na terenie gminy, powiatu i województwa. Aby telefon zaufania był pomocny fakt jego funkcjonowania musi być znany i łatwo dostępny. W 2009 r. w Polsce było uruchomionych 470 lokalnych telefonów zaufania

Bibliografia

1. Chodukiewicz J., Gąsior K.: Wybrane zagadnienia psychologii alkoholizmu. Difin, Warszawa 2013, 14.
2. Bętkowska-Korpała B.: Uzależnienie w praktyce klinicznej. Wydawnictwo PARPA, Warszawa 2009, 62.
3. Bilikiewicz A., Lewandowski J., Radziwiłowicz P.: Psychiatria – repetytorium. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 195-198.
4. Brudek P.: Choroba alkoholowa jako czynnik dysfunkcjonalności rodziny [w:] Rodzina w nurcie współczesnych przemian. D. Krok, P. Landwójtowicz (red.). Redakcja Wydawnictw WTUO, Opole, 2010, 2.
5. Dąbrowska K., Fudała J.: Profilaktyka oraz regulacje prawne dotyczące problemów alkoholowych w miejscu pracy. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA-media, Warszawa 2010, 5.
6. Centrum Badania Opinii Społecznej, Postawy wobec alkoholizmu, Warszawa 2010, 2.
7. Jagielska-Budruk A., Jagielska I., Janicki R., Grabiec M.: Zjawisko alkoholizmu w Polsce jako zagadnienie prawne. Przegląd Lekarski, Bydgoszcz 2012, 1115.

8. Carsonc R., Butcher I.N., Mineka S.: Psychiatria zaburzeń. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2011, 533.
9. Hellsten T.: Wsparcie dla dorosłych dzieci alkoholików. wyd. II-dodruk, Wydawnictwo FERIA, Łódź 2010, 66.
10. Cierpiałkowska L., Grzegorzewska I.: Dzieci alkoholików w perspektywie rozwojowej i klinicznej. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. A. Mickiewicza, Poznań 2016, 83-84.
11. Frąckowiak M., Motyka M.: Przeciwdziałanie problemom alkoholowym przegląd oddziaływań mogących wzajemnie się uzupełniać. Poradnia Leczenia Uzależnień MAFRO-MED w Poznaniu, Poznań 2015, 50(2), 323.
12. Cierpiałkowska L., Ziarko M.: Psychologia uzależnień – alkoholizm. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2010, 20.
13. Frąckowiak M., Motyka M.: Zespół zależności alkoholowej: charakterystyka, fazy rozwoju, metody diagnozowania. Poradnia Leczenia Uzależnień NZOZ MAFRO-MED w Poznaniu, Wydział Socjologiczno-Historyczny, Instytut Socjologii, Uniwersytet Rzeszowski, Rzeszów 2015, 319.
14. Mellibruda J., Sobolewska-Mellibruda Z.: Integracyjna psychoterapia uzależnień – teoria i praktyka. Wydawnictwo IPZ, Warszawa 2013, 23.
15. Drożak-Rudnicka E., Misztal-Okońska P., Młynarska M.: Opinia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego na temat udzielania pomocy medycznej pacjentom w stanie zatrucia alkoholem – doniesienia wstępne. Zakład Kwalifikowanej Pomocy Medycznej z Pracownią Ratownictwa Medycznego, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin 2013, 94(3), 577-582.
16. www.medexpres.pl/jak-pija-polacy-2/69085 [data pobrania: 07.05.2019 r.]
17. Frąckowiak-Sochańska M.: Rodzinne i społeczno-kulturowe uwarunkowania zaburzeń psychicznych. Analiza i perspektywa płci społeczno-kulturowej. Instytut Socjologii im. A. Mickiewicza, Poznań 2010, 163.
18. Ryszkowski A., Wojciechowska A., Kopański Z., Brukwicka J., Lishchynsky Y., Mazurek M.: Objawy i skutki nadużywania alkoholu, Artykuły poglądowe. Journal of clinical Health care, 2015, 1, 4-11.
19. Fudała J.: Środowisko pracy a alkohol, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 2012, 26-29.
20. Fudała J.: Jak pomagać osobom pijącym ryzykownie i szkodliwie, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 2008, 15.

21. Wasilewska-Ostrowska K.: Praca socjalna z osobą uzależnioną i jej rodziną – wybrane problemy, Difin, Warszawa 2014, 34.
22. Karpowicz V., Alkoholizm, prostytucja, zakażenia HIV i AIDS, narkomania jako formy wykluczenia społecznego. Czasopismo Kwartalnik Kolegium Ekonomiczno-Społecznego Studia i Prace, 2012, 42.
23. Resich-Klose J., Głowacz E.: Alkoholik instrukcja obsługi, wyd. II, Wydawnictwo IPS, Warszawa 2016, 46-52.
24. Włodarczyk E.: Społeczne konsekwencje problemu alkoholowego w Polsce. Wydawnictwo Uniwersyteckie im .A. Mickiewicz, Poznań 2018, 243, 245.
25. Klimczak W., Kubiński G., Sikora-Wiśniewska E.: Wykluczenie społeczne w Polsce - wybrane zagadnienia. Wydawnictwo naukowe Exante, Wrocław 2017, 41.
26. Zgliczyński W.: Alkohol w Polsce. Wydawnictwo Sejmowe dla Biura Analiz Sejmowych, 2016, 11(215), 3.
27. Klimkiewicz A., Klimkiewicz J., Jakubczak A., Kieres-Salomoński I., Wojnar M.: Wstępowanie uzależnienia od alkoholu z innymi zaburzeniami psychicznymi. Psychologia Polska 2015, 37.
28. Mikuła J.: Rodzina z problemem alkoholowym. Wydawnictwo Edukacyjne PARPA, Warszawa 2006, 5.
29. Kowalewska K., Jaworska K., Hałka M., Brzózka M.: Zaburzenia psychiczne DDA skutkiem wychowania w rodzinie alkoholowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Zielonogórskiego, Zielona Góra 2009, 36.
30. Mc Mahon J.: Pierwsze kroki do wyjścia z alkoholizmu. Wydawnictwo Jedność, Kielce 2011, 8.

Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pediatrycznych

Małgorzata Kelus¹, Barbara Jankowiak²

¹ – Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii z Pododdziałem Pooperacyjnym Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego im. L. Zamenhofa w Białymstoku

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

W literaturze poświęconej zjawisku zespołu wypalenia zawodowego jako jedne z pierwszych wspomina się opowiadanie z 1961 roku autora powieści psychologicznych Grahama Greene’a „Przypadek wypalenia zawodowego”. Bohaterem tej opowieści jest zmęczony pracą architekt światowej sławy, który doświadcza symptomów charakterystycznych dla zespołu wypalenia zawodowego. Zmagając się z wypaleniem zawodowym, podejmuje całkowitą zmianę swojego dotychczasowego trybu życia – porzucają swoją pracę i zamieszkuje w afrykańskim buszu [1].

W 1953 roku Schwartz i Will ukazali w artykule analizę wypalenia zawodowego pielęgniarki oddziału psychiatrycznego. Na skutek napięcia w pracy i działania różnych stresorów zaczęła ona odczuwać objawy wypalenia zawodowego, takie jak: zmęczenie, bezsilność psychiczną i fizyczną, sceptyczność wobec pacjentów oraz brak radości z wykonywanych zadań. W chwili obecnej opisane w artykule odczucia traktuje się jako fundamentalne dla zespołu wypalenia zawodowego [2].

Obecnie uważa się, że wypalenie zawodowe nie obejmuje wszystkich grup zawodowych. Pojęcie wypalenia stosuje się do opisu objawów występujących u osób sprawujących funkcje, mających bliski kontakt interpersonalny, wymagający pełnego zaangażowania oraz cech osobowości profesjonalisty, które stanowią zasadnicze fundamenty działalności zawodowej, decydującej o sukcesach i poziomie jej wykonywania.

Wypalenie zawodowe

Amerykański psychiatra H. J. Freudenberg jako pierwszy opisał syndrom zawodowego wypalenia, który określił jest jako poczucie fizycznego i psychicznego wyczerpania, któremu dodatkowo może towarzyszyć niecierpliwość, nadmierna skłonność do irytacji, izolacja od otaczającego świata a także chroniczne znudzenia i tłumienie emocji [3].

Wypalenie zawodowe (ang. *burnout*) to odpowiedź organizmu na stres, którego źródłem jest przede wszystkim sytuacja w pracy. Często jest też reakcją na nieustanne przeciążenie obowiązkami, pracę odpowiedzialną, trudne zadania oraz wyczerpującą i nieciekawą pracę.

Wypalanie się, czyli permanentny stres występujący w wyniku przepracowania, najczęściej występuje w wymagających intensywnych kontaktów z ludźmi zawodach – wśród lekarzy, pielęgniarek, psychologów, nauczycieli, pedagogów i innych.

Zespół objawów powstających w wyniku przeciążenia fizycznego i emocjonalnego nazywany jest syndromem wypalenia zawodowego. Czynnikiem bezpośrednio powodującym ten zespół jest stres występujący w miejscu pracy. Na stres emocjonalny narażone są osoby pracujące w zawodach wymagających intensywnych kontaktów interpersonalnych z pacjentami, klientami czy społeczeństwem [4].

Charakter wykonywanej pracy ma istotne znaczenie w powstaniu zespołu wypalenia zawodowego. Zależy również od stażu i wieku pracy. Obserwowany jest częściej wśród młodszych wiekiem, jak i stażem pracy osób. Większą skłonność do wystąpienia zespołu wypalenia odnotowuje się u kobiet. Wyższy poziom empatii, zwiększona wrażliwość i labilność emocjonalna, to podstawowe czynniki predysponujące przez płęć u kobiet [5].

Ch. Maslach skonstruowała zupełnie inną definicję wypalenia zawodowego. Według autorki zespół ten definiowany jest jako wyczerpanie emocjonalne, depresjonalizacja i obniżone poczucie własnej wartości. Może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien, określony sposób [3].

Wypalenie zawodowe bardzo często jest opisywane jako stan wyczerpania fizycznego oraz psychicznego. Początek tego procesu jest trudny do. Bardzo często proces ten rozpoczyna się powoli. Jest niezauważalny i zazwyczaj ujawnia się niespodziewanie, z dużą siłą. Objawy wypalenia wpływają na życie zawodowe, czas wolny, relacje ze znajomymi, związki partnerskie oraz funkcjonowanie w rodzinie. Zwykle towarzyszy temu niechęć oraz myśli i zachowania ucieczkowe.

Zespół wypalenia zawodowego skutkuje znacznymi zniszczeniami psychiki. Zjawisko to jest istotne w wymiarze indywidualnym i społecznym. Jest końcowym etapem procesu, na początku którego było ogromne zaangażowanie i motywacja [6].

Przyczyny zespołu wypalenia zawodowego

Przyczyny wypalenia zawodowego są bardzo indywidualne. Jednak badania nad tym problemem umożliwiły wyodrębnić szereg czynników zwiększających ryzyko wypalenia. Są to elementy związane z osobą pracownika, jego osobowością, sposobem funkcjonowania w środowisku pracy, a także elementy związane z jej organizacją, zwłaszcza z kulturą, w tym z systemem motywowania, sposobem organizowania pracy, dominującymi stylami kierowania [7].

Przyczyny wypalenia zawodowego to:

- uwarunkowania środowiska;
- zachwiane poczucie własnej wartości;
- trudności w kontrolowaniu i opanowywaniu własnych emocji;
- tendencje do nadmiernej rywalizacji;
- przedmiotowe traktowanie innych;
- przepracowanie;
- brak sukcesów, utrata nadziei;
- wyczerpanie, niechęć do ludzi, apatia, złość;
- zwiększone starania by być solidnym;
- bezradność;
- niepewność w kontaktach z innymi;
- niska samoocena;
- brak satysfakcji z pracy;
- zbyt wiele obowiązków;
- niskie wynagrodzenie [8].

Emocjonalne zaangażowanie pracownika w sprawy podopiecznego może być przyczyną wypalenia zawodowego. Predysponują do tego sytuacje, które polegają na udzieleniu porad, prowadzenia opieki, terapii, leczeniu oraz wspieraniu. Pracownik musi posiadać umiejętności społeczne, których celem jest poprawa sytuacji oraz rozwiązywanie problemów osoby, której

się pomaga. Ponadto elementami obciążającymi są: stały kontakt z osobami potrzebującymi, z cierpieniem i okrucieństwem, a także ze śmiercią [2].

Obszar kontaktów pracowniczych jest istotnym źródłem stresu w pracy. Nie we wszystkich zakładach pracy atmosfera pracy jest serdeczna, nie wszyscy pracownicy mają równe prawa, nie ma wzajemnego szacunku i zrozumienia. Na porządku dziennym jest wrogość ze strony współpracowników czy zatargi z osobami z zewnątrz. Niestety bywa, że dużo osób pracuje z ludźmi, których nie lubią i nie szanują innych. Na samopoczucie oddziałuje to jak odnosimy się do współpracowników, szefa lub podwładnych [7].

Przełożony niedbający o pracowników i nieokazujący im zrozumienia wpływa negatywnie na atmosferę w pracy. Krytyka, nadużywanie swojego stanowiska i faworyzowanie wybranych pracowników działa szkodliwie na pracownika [7].

Charakterystyczne cechy osobnicze pracownika sprzyjające wypaleniu to:

- beczynność,
- niepewność,
- niskie poczucie własnej wartości,
- ostrożność,
- niesamodzielność,
- niedojrzała osobowość,
- rezygnacja z kontaktów [2].

Osobowość, którą charakteryzują takie cechy powoduje, że stosunki międzyludzkie są powierzchowne i niepewne. Brak informacji zwrotnych o statusie wykonania zadań zawodowych może wzmacniać napięcie i niepokój.

Wyróżniamy szablony postawy osób zagrożonych wypaleniem:

- wkładanie w pracę całego serca,
- zbyt duże wymagania wobec własnej osoby,
- przesuwanie swoich osobistych planów i interesów na dalszy plan,
- kwestionowanie własnych granic wytrzymałości,
- zgłaszanie się na ochotnika do nowych zadań i obowiązków [9].

Na zespół wypalenia zawodowego narażone są osoby, które bywają silnie pobudzone, nawet pod wpływem słabych bodźców. Po pewnym czasie występuje u nich rozczarowanie,

zniecierpliwienie i nietolerancja, co wynika z braku entuzjazmu i satysfakcji z wykonywanego zajęcia. Coraz częściej taka osoba wkłada mało wysiłku w pracę i staje się obojętna.

Grupą zawodową narażoną na stres bardziej niż inne są pielęgniarki. W szczególności może u nich wystąpić zespół wypalenia zawodowego, na który wpływa kontakt z ludźmi cierpiącymi, bezsilnymi, zależnymi od opieki personelu medycznego. Pielęgniarka nie tylko powinna fachowo opiekować się chorym, ale również dostarczać mu szeroko rozumianego wsparcia. W środowisku szpitalnym bardzo często bywa, że to pielęgniarka jest osobą najbliższą choremu. Praca zmianowa, która zakłóca naturalny rytm biologiczny, jej styl oraz brak satysfakcjonującego wynagrodzenia finansowego są kolejnymi przyczynami stresu [10].

Fazy i objawy wypalenia zawodowego

Pełny obraz objawów wypalenia oraz jego symptomów podany jest przez Chernissa [11].

Na wypalenie zawodowe składają się trzy odrębne symptomy:

1. wyczerpanie emocjonalne i utrata wiary we własne możliwości zawodowe;
2. obojętność na potrzeby innych pracowników, poczucie bezsensu i cynizm;
3. negatywna samoocena pracownika, przeżywanie lęków o przyszłość i stabilność pracy, poczucie winy i krzywdy [12].

Christina Maslach to autorka wieloaspektowego podejścia do tematyki wypalenia zawodowego oraz współautorka utworzonego na tej podstawie najpopularniejszego kwestionariusza do jego badania (*Maslach Burnout Inventory* – MBI). Wypalenie zawodowe określane jest w pojęciu trójwymiarowym jako „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [12].

Model ten pozwala na odróżnienie wypalenia od innych doświadczeń i stresów, niezwiązanych z pracą, a także określa postęp zespołu wypalenia:

- pod wpływem działania stresu w pracy potęguje się u osoby wyczerpanie emocjonalne; jednostka próbuje chronić siebie przed skutkami wyczerpania, stosując mechanizm, w wyniku którego dochodzi do depersonalizacji,
- w skutek depersonalizacji i uzyskanych zwrotnych informacji ze środowiska następuje obniżenie poczucia dokonań osobistych; wynika to przede wszystkim z charakteru świadczonych usług.

Christina Maslach wyróżnia trzy elementy zawodowego wypalenia się:

1. Emocjonalne wyczerpanie – jest to odczucie pustki oraz opadnięcia z sił. Zazwyczaj wywołane jest to wygórowanym wymaganiem psychologicznymi i emocjonalnymi jakie stawia przed pracownikiem praca; ewentualnie sam stawiał sobie tak przesadzone wymagania wobec własnych możliwości.
2. Depersonalizacja – uczucie nieczułości, bezosobowości, złośliwego patrzenia na innych ludzi, spadek wrażliwości wobec innych współpracowników.
3. Obniżenie oceny własnych dokonań w życiu zawodowym i nie tylko – jest to uczucie, że marnuje swój czas i wysiłek na stanowisku pracy [12].

Model teoretyczny wypalenia zawodowego nie zawsze można dostosować do rozwoju tego zespołu. Wyróżnione etapy mogą pojawiać się w innej kolejności, mogą rozwijać się jako jednocześnie występujące fazy albo może wystąpić ominięcie niektórych oraz ich przesunięcie się do innej fazy wypalenia [13].

Na uwagę zasługuje fakt, że wystąpienie niektórych objawów nie oznacza, iż dana osoba narażona jest na wystąpienie wypalenia zawodowego. Ważne jest uświadomienie sobie, że wypalenie nie pojawia się tylko wtedy, gdy wystąpią wszystkie typy oznak. Następuje tu skomplikowana relacja między indywidualnymi cechami osobniczymi a spotęgowaniem się wybranych objawów wypalenia.

Zapobieganie i profilaktyka wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe jest poważnym problemem dla zawodu pielęgniarstwa. Ma to związek z ciągle rosnącymi wymaganiami. Pielęgniarki odchodzą z zawodu, a te które zostają często dają z siebie wszystko, żeby sprostać wymaganiom. Mając to na względzie podjęto szereg działań, które mają na celu przeciwdziałanie wypaleniu.

Najważniejszymi kierunkami zapobiegania wypaleniu zawodowemu są te związane przede wszystkim z:

- należytych warunkami pracy,
- spojrzeniem w siebie,
- zdolnościami interpersonalnymi [14].

Istotne znaczenie w zakresie warunków pracy ma liczba podopiecznych pozostających w bezpośrednim kontakcie z pielęgniarką. Kompleksowe podejście do pielęgnowania jest

praktycznie niemożliwe, gdy jest zbyt duża liczba podopiecznych. Poprzez to pielęgniarka zmuszona jest do skupiania się na najpotrzebniejszych problemach [15].

Do korzystnych warunków pracy należą: możliwość wycofania się z kontaktów obciążających emocjonalnie, przerwy w pracy przeznaczone na odpoczynek oraz możliwość krótko trwających zmian charakteru pracy.

Można również skorzystać z towarzysko-zawodowych grup wsparcia, które funkcjonują w gronie koleżeńskim. Można tam omówić problemy związane z pracą oraz otrzymać wsparcie informacyjne i emocjonalne [16].

Sposoby polegające na korzystnym spojrzeniu w siebie to: radzenie sobie z silnymi emocjami, występującymi w czasie przebywania z pacjentem. Aby nie stracić możliwości odczuwania z emocjami należy sobie radzić w sposób racjonalny.

Sposoby zapobiegania wypaleniu zawodowemu nakładają się ze zdolnościami rozpoznawania przyczyn i skutków. Konsekwencje wypalenia zawodowego mogą zostać wyeliminowane przez właściwe poznanie swojej natury, w sytuacji danego środowiska pracy.

Znaczący udział w problematyce wypalenia zawodowego ma wyrobienie technik dystansowania się. Dotyczy to osób pomagających rozwiązywać problemy pacjentów. Jest to często warunek starcia się ze stresem emocjonalnym, jednocześnie dając gwarancję pacjentowi na zapewnienie opieki [14].

Techniki dystansowania się podczas bezpośredniego kontaktu z pacjentem:

- zaznaczenie i używanie profesjonalnego języka medycznego – jest metodą oddzielania swoich uczuć od problemów innych ludzi, która opiera się na używaniu terminów fachowych;
- intelektualizację, czyli rozmyślanie o danych sytuacjach w bardziej ogólnym kontekście i w mniej osobistych kategoriach;
- izolowanie sytuacji – oddzielenie sfery zawodowej od osobistej;
- poczucie humoru – pomaga zredukować i kontrolować doświadczane emocje;
- wycofanie się – zmniejszenie swojego oddania oraz wyeliminowanie kontaktów z ludźmi wywołujących, w stopniu psychicznym i fizycznym.

Kult optymalnego stylu życia jest gwarancją przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu. Zaburzenia emocjonalne i psychiczne wynikają z odseparowania od naturalnego rytmu życia. Najbardziej znaczącą kwestią jest kierowanie codzienności do harmonii i autentyczności.

Optymizmu i humoru nie można nabyć, ale są najskuteczniejszą metodą na zdrowie oraz szczęśliwe życie. Mechanizm stresu jest ściśle powiązany z humorem i optymizmem. Jest panaceum ochraniającym człowieka przed nudą i monotonią oraz przeciążeniem pracą [17].

Istotne znaczenie w zapobieganiu zespołom wypalenia ma kontrola i opieka młodszych pracowników przez kierownictwo placówki i doświadczone koleżanki. Jednocześnie należy rozwijać w sobie poczucie niezależności oraz dbać o dobre stosunki ze współpracownikami. Nie powinno dopuszczać się do tego, żeby zawładnęły nimi uczucia złości, zawiści i rywalizacji. Daną grupę łączy zbiorowe pokonywanie trudności oraz ciągłe podwyższanie kwalifikacji zawodowych, co zmniejsza zniechęcenie.

Pacjenci ponoszą poważne szkody emocjonalne, kiedy spotykają się z objawami wypalenia zawodowego u osób opiekujących się nimi. Dlatego też przeciwdziałanie wypaleniu jest bardzo ważne nie tylko ze względu na obciążenie pielęgniarek, ale także ze względu na dobro chorych [18].

Společne efekty profilaktyki wypalenia:

- dobra frekwencja pracowników;
- podejmowanie przez pracowników nowych zadań;
- zdrowie pracowników;
- małe wydatki związane z ewentualnym leczeniem;
- wysoka efektywność pracy;
- mała rotacja personelu;
- nie ma straty czasu na konieczność uczenia nowych pracowników;
- utrzymywanie się zasobów ludzkich;
- nie ma dodatkowych kosztów związanych ze szkoleniem nowych pracowników [17].

Środowisko pracy a problem wypalenia zawodowego pielęgniarek pediatrycznych

Działanie nowoczesnego szpitala pediatrycznego wymaga przyjęcia nowatorskiej koncepcji leczenia oraz pielęgnowania, która polega na kompleksowym podejściu do problemów zdrowotnych i rozwojowych dziecka oraz uwzględnia jego sytuację rodzinną. Istotne znaczenie podczas hospitalizacji ma zapewnienie dzieciom spokoju, komfortu, delikatnej i troskliwej opieki, z ograniczeniem zabiegów do niezbędnego minimum.

Od profesjonalnej pielęgniarki pediatrycznej wymaga się stałego, dyskretnego czuwania nad rodzicem i dzieckiem, asystowania w przypadku choroby dziecka. Istota współczesnego pielęgnowania zawiera się także w realizacji funkcji i zadań zawodowych, których celem jest umacnianie i podtrzymanie zdrowia, czyli jego promocja oraz profilaktyka specyficznych chorób okresu dziecięcego. Zakres zadań pielęgniarki realizowanych w ramach funkcji profilaktycznej i promocji zdrowia jest równie ważny, jak udział w czynnościach podstawowych funkcji zawodowych – terapeutycznej, opiekuńczej i wychowawczej. Jest także wyrazem odpowiedzi na wzrost liczby i jakości problemów zdrowotnych w populacji wieku rozwojowego oraz wynikających z nich oczekiwań społecznych. Zwiększony poziom oczekiwań odbiorców usług medycznych wobec pracowników służby zdrowia, przede wszystkim pielęgniarek, jest znamieny dla współczesnej opieki zdrowotnej. Wymaga się bardzo kompetentnego realizowania zadań zawodowych wobec dziecka i jego rodziców oraz pełnej i życzliwej współpracy. Ważnym elementem dobrej relacji jest zdobycie zaufania rodziców oraz ich przeświadczenia o bezpieczeństwie dziecka [19].

Pielęgniarka pediatryczna musi być również przygotowana na ciągłą weryfikację swoich działań, które wynikają z analizy oczekiwań rodziców.

Opieka pielęgniarska powinna być zintegrowana i zindywidualizowana, czyli dostosowana do potrzeb dziecka oraz jego rodziców. Podczas kontaktów z rodzicami ważne jest wsparcie ich działań na rzecz dziecka [5].

Pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych są narażone na szereg czynników stresotwórczych, prowadzących do wypalenia zawodowego:

- strach przed popełnieniem nieodwracalnego błędu wobec chorego dziecka;
- równoległe wykonywanie kilku czynności naraz;
- kontakt z dzieckiem cierpiącym, umierającym;
- kontakt z rodzicami i/lub opiekunami dziecka;
- obciążenie fizyczne;
- błędny przydział obowiązków, które są niezgodne z posiadanymi umiejętnościami;
- brak wystarczających wymagań bądź nadmierne wymagania, którym trudno sprostać;
- trudne sytuacje spowodowane konfliktami w kontaktach z rodziną chorego dziecka;
- trudna sytuacja spowodowana reakcją rodziców (opiekunów na chorobę dziecka);
- konieczność wykonywania czynności pielęgnacyjnych w ich obecności;

- zagrożenie bezpieczeństwa osobistego z powodu możliwości zakażeń HIV, WZW typu B i C, cytomegalią oraz chorobami zakaźnymi charakterystycznymi dla wieku dziecięcego [4, 20].

Celem pracy była ocena poziomu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pediatrycznych w zależności od stażu pracy.

Materiał i metodyka badań

Badaniami objęto 90 pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku, mających staż pracy od 0 – 10 lat i powyżej 10 lat.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem ankiety metryczkowej oraz standaryzowanego Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego Christiny Maslach.

Ankieta metryczkowa składała się z danych, które zawierały takie informacje jak: płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny, lata pracy w zawodzie pielęgniarki, lata pracy jako pielęgniarka pediatryczna, system pracy, funkcje pełnione w miejscu pracy.

Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Christiny Maslach składa się z 22 pozycji podzielonych na trzy nierówne grupy, z których każda dotyczy jednego z elementów zespołu wypalenia. Opracowany został jako narzędzie do pomiaru zespołu wypalenia wśród osób zawodowo trudniących się niesieniem pomocy innym. Każda pozycja jest sformułowana jako twierdzenie dotyczące odczuć lub postaw, a respondent zaznacza w jakim stopniu ich doświadcza. Może wybierać na 7 – punktowej skali: od „0”, co oznacza, że respondent nigdy nie doświadcza takich odczuć, do „6” – gdzie doświadcza codziennie.

Ankietowani zostali poinformowani o zapewnieniu całkowitej anonimowości oraz konieczności samodzielnego uzupełniania ankiety. Wyniki zostały uogólnione i poddane analizie ilościowej i jakościowej.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Wyższej Szkoły Medycznej w Białymstoku.

Wyniki

Grupę badawczą stanowiło 90 pielęgniarek pediatrycznych – w wieku do 29 lat – 53% grupy badanej, od 30 do 39 lat – 9%, 40 - 49 lat – 30%, powyżej 50 lat było to 7%. Całą grupę badaną stanowiły kobiety.

W związku małżeńskim było 71% badanych, zaś 16% było rozwiedzionych. Stanu wolnego było 11% badanych. W grupie badanej 2% to wdowy.

W jednym miejscu pracy pracuje 81% badanych, 19% pracuje w więcej niż jednym miejscu. W całej grupie badanej 62% ma staż pracy do 10 lat, zaś 35% powyżej 10 lat. W zawodzie pielęgniarki na oddziale pediatrycznym od 1 do 10 lat pracuje 57% badanych, a 43% pracuje powyżej 10 lat. W grupie badanych pielęgniarek 77% pracuje na oddziale o charakterze zabiegowym, 23% na pozostałych oddziałach. W systemie tzw. rankowym pracuje 62% badanych, 32% pielęgniarek wykonuje pracę zmianową, a 6% pracuje wyłącznie na dyżuryienne 12-godzinne. 46% badanych jest tzw. rankowymi w swoim miejscu pracy, 18% są zabiegowymi. Oddziałowymi jest 8% badanych, zaś 29% pełnią inne funkcje. Ustawowo ok. 160 godzin miesięcznie pracuje 80% badanych, 10% pracuje do 200 h. Więcej niż 200, ale nie więcej niż 250 godzin pracuje 8% pielęgniarek, a 2% powyżej 300 h miesięcznie.

Opracowanie Kwestionariusza MBI wg Maslach

1. Praca moja powoduje, że czuję się emocjonalnie wyczerpana

W całej grupie badanej 53% pielęgniarek czuje się wyczerpana emocjonalnie kilka razy w roku, 18% kilka razy w miesiącu. Raz w tygodniu emocjonalnie wyczerpana było 10% ankietowanych, a 7% kilka razy w tygodniu. Raz w miesiącu wyczerpanych było 6%, zaś codziennie 3% badanych. Reszta, czyli 3% nigdy nie odczuwała takich emocji.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 88 punktów, a powyżej 10 lat 115 punkty (Tabela I).

Tabela I. Praca moja powoduje, że czuję się emocjonalnie wyczerpana – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Praca moja powoduje, że czuję się emocjonalnie wyczerpana?	Nigdy (0 pkt)	2	0	1	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	40	40	8	8
	Raz w miesiącu (2 pkt)	2	4	3	6
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	1	3	15	45
	Raz w tygodniu (4 pkt)	4	28	5	20
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	6	30
	Codziennie (6 pkt)	2	13	1	6
	Razem	51	88	39	115

2. Pod koniec dnia pracy czuje się wykończona

Pod koniec każdego dnia pracy czuło się wykończonych 1% badanych, a kilka razy w roku 11%. Raz w tygodniu 9% ankietowanych czuło się wykończonych, a 24% kilka razy w miesiącu. W całej grupie badanej 3 % pielęgniarek czuło się źle pod koniec pracy nawet raz w miesiącu, ale większość, czyli 53% miało takie odczucia kilka razy w roku.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 76 punktów, a powyżej 10 lat 130 punkty (Tabela II).

Tabela II. Pod koniec dnia pracy czuje się wykończona – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Pod koniec dnia pracy czuję się wykończona	Nigdy (0 pkt)	0	0	0	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	42	42	4	4
	Raz w miesiącu (2 pkt)	0	0	3	6
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	4	12	18	54
	Raz w tygodniu (4 pkt)	3	12	5	20
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	2	10	8	40
	Codziennie (6 pkt)	0	0	1	6
	Razem	51	76	39	130

3. Czuję się zmęczona, gdy wstaję rano i muszę stanąć wobec kolejnego dnia intensywnej pracy

Większość, czyli 53% badanych czuję się zmęczona, gdy wstaję rano i musi stanąć wobec kolejnego dnia intensywnej pracy kilka razy w roku, 19% kilka razy w miesiącu, 8% kilka razy w tygodniu i 8% co najmniej raz w tygodniu. Raz w miesiącu zmęczenie czuło rano 7% ankietowanych, 3% miało takie odczucia codziennie, a 2% nigdy.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 69 punktów, a powyżej 10 lat 123 punkty (Tabela III).

Tabela III. Czuję się zmęczona, gdy wstaję rano i muszę stanąć wobec kolejnego dnia intensywnej pracy – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Czuję się zmęczona, gdy wstaję rano i muszę stanąć wobec kolejnego dnia intensywnej pracy	Nigdy (0 pkt)	1	0	1	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	43	43	5	5
	Raz w miesiącu (2 pkt)	2	4	4	8
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	2	6	15	45
	Raz w tygodniu (4 pkt)	1	4	6	24
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	7	35
	Codziennie (6 pkt)	2	12	1	6
	Razem	51	69	39	123

4. Z łatwością orientuję się, jaki stosunek do spraw mają osoby, z którymi pozostaje w kontaktach zawodowych

Z łatwością orientują się, jaki stosunek do spraw mają osoby, z którymi pozostają w kontaktach zawodowych kilka razy w roku 44%, kilka razy w tygodniu 16%, a 12% codziennie. Kilka razy w miesiącu orientuje się 11% badanych, raz w tygodniu i raz w miesiącu po 7%, a 3% nigdy.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 72 punkty, a powyżej 10 lat 160 punktów (Tabela IV).

Tabela IV. Z łatwością orientuję się, jaki stosunek do spraw mają osoby, z którymi pozostaje w kontaktach zawodowych – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Z łatwością orientuję się, jaki stosunek do spraw mają osoby, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych	Nigdy (0 pkt)	1	0	2	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	39	39	1	1
	Raz w miesiącu (2 pkt)	1	2	5	10
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	3	9	7	21
	Raz w tygodniu (4 pkt)	4	16	2	8
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	2	10	12	60
	Codziennie (6 pkt)	1	6	10	60
	Razem	51	72	39	160

5. Czuję, że traktuję niektóre osoby, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych bezosobowo, jak gdyby były „przedmiotami”

Kilka razy w roku 56% ankietowanych czuło, że traktuje niektóre osoby, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych bezosobowo, jak gdyby były „przedmiotami”, zaś 33% nigdy nie miało takich odczuć. Kilka razy w miesiącu tak czuło 6% badanych, raz w miesiącu – 3%, 2% kilka razy w tygodniu miało takie odczucia.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 44 punkty, a powyżej 10 lat 37 punkty (Tabela V).

Tabela V. Czuję, że traktuję niektóre osoby, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych bezosobowo, jak gdyby były „przedmiotami” - skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10lat	
		N	punkty	N	punkty
Czuję, że traktuję niektóre osoby, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych bezosobowo, jak gdyby były „przedmiotami”	Nigdy (0 pkt)	9	0	21	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	40	40	10	10
	Raz w miesiącu (2 pkt)	2	4	1	2
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	0	0	5	15
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	0	0
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	2	10
	Codziennie (6 pkt)	0	0	0	0
	Razem	51	44	39	37

6. Codzienna praca z ludźmi jest dla mnie stresująca

Za tym, że codzienna praca z ludźmi jest stresująca opowiedziało się 61% grupy badanej, 11% nigdy nie miało takiego problemu. Raz w miesiącu takie odczucia miało 9% badanych, 8% kilka razy w tygodniu. Kilka razy w miesiącu stresowało się pracą z ludźmi 8% ankietowanych, a 6% raz w tygodniu. Codzienny stres odczuwało 4% pielęgniarek, a 1% kilka razy w tygodniu.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 65 punkty, a powyżej 10 lat 76 punktów (Tabela VI).

Tabela VI. Codzienna praca z ludźmi jest dla mnie stresująca – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Codzienna praca z ludźmi jest dla mnie stresująca	Nigdy (0 pkt)	1	0	9	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	43	43	12	12
	Raz w miesiącu (2 pkt)	2	4	6	12
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	2	6	5	15
	Raz w tygodniu (4 pkt)	3	12	2	8
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	1	5
	Codziennie (6 pkt)	0	0	4	24
	Razem	51	65	39	76

7. Bardzo efektywnie zajmuję się problemami zawodowymi ludzi, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych

W całej grupie badanej 54% twierdzi, że efektywnie zajmuję się problemami zawodowymi ludzi, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych kilka razy w roku, a kilka razy w miesiącu – 18%. Po 7% badanych efektywnie zajmowało się problemami raz w tygodniu i raz w miesiącu, ale także 7 % nigdy tego nie robiły. Kilka razy w tygodniu poświęcało na to czas 6% badanych pielęgniarek, a 2% robiły to codziennie.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 65 punkty, a powyżej 10 lat 105 punktów (Tabela VII).

Tabela VII. Bardzo efektywnie zajmuję się problemami zawodowymi ludzi, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10lat	
		N	punkty	N	punkty
Bardzo efektywnie zajmuję się problemami zawodowymi ludzi, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych	Nigdy (0 pkt)	2	0	4	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	42	42	7	7
	Raz w miesiącu (2 pkt)	1	2	5	10
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	5	15	11	33
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	6	24
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	5	25
	Codziennie (6 pkt)	1	6	1	6
	Razem	51	65	39	105

8. Praca moja powoduję, że się czuje „wypalona”

Uczucie wypalenia zawodowego kilka razy w roku odczuwa 53% grupy badanej, 14% raz w miesiącu, a 12% kilka razy w miesiącu. Wypalenie zawodowe czuje kilka razy w tygodniu 4% ankietowanych i 4% miewa takie odczucia raz w tygodniu. Codziennie czuje się wypalony 1% badanych, a 10% nie ma w ogóle takiego problemu (Ryc. 8).

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 57 punkty, a powyżej 10 lat 92 punkty (Tabela VIII).

Tabela VIII. Praca moja powoduję, że się czuje „wypalona” – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Praca moja powoduje, że się czuję „wypalona”	Nigdy (0 pkt)	5	0	4	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	42	42	6	6
	Raz w miesiącu (2 pkt)	0	0	13	26
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	3	9	8	24
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	4	16
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	4	20
	Codziennie (6 pkt)	1	6	0	0
	Razem	51	57	39	92

9. Czuję, że moja praca wpływa pozytywnie na innych ludzi

W całej grupie badanej 58% pielęgniarek czuło, że ich praca wpływa pozytywnie na innych ludzi kilka razy w roku, 9% - kilka razy w miesiącu a 8% raz w miesiącu. Raz w tygodniu i kilka razy w tygodniu takie odczucia miało po 7% badanych. Codziennie tak czuło 6% ankietowanych, a 7% nigdy.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 69 punkty, a powyżej 10 lat 105 punktów (Tabela IX).

Tabela IX. Czuję, że moja praca wpływa pozytywnie na innych ludzi – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Czuję, że moja praca wpływa pozytywnie na innych ludzi	Nigdy (0 pkt)	1	0	5	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	42	42	10	10
	Raz w miesiącu (2 pkt)	4	8	3	6
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	0	0	8	24
	Raz w tygodniu (4 pkt)	2	8	4	16
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	1	5	5	25
	Codziennie (6 pkt)	1	6	4	24
	Razem	51	69	39	105

10. Stałam się „gruboskórna” w stosunku do ludzi, od momentu, kiedy podjęłam tę pracę

60% ankietowanych uważało, że kilka razy w roku są „gruboskórne” w stosunku do ludzi i wiążą to z momentem podjęcia pracy. 28% nigdy nie towarzyszą takie emocje. Raz i kilka razy w miesiącu takie odczucia ma po 4% badanych, zaś 3 % raz w tygodniu.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 51 punkty, a powyżej 10 lat 35 punktów (Tabela X).

Tabela X. Stałam się „gruboskórna” w stosunku do ludzi, od momentu, kiedy podjęłam tę pracę – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10lat	
		N	punkty	N	punkty
Stałam się „gruboskórna” w stosunku do ludzi, od momentu, kiedy podjęłam tę pracę	Nigdy (0 pkt)	6	0	19	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	42	42	12	12
	Raz w miesiącu (2 pkt)	1	2	3	6
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	1	3	3	9
	Raz w tygodniu (4 pkt)	1	4	2	8
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	0	0
	Codziennie (6 pkt)	0	0	0	0
	Razem	51	51	39	35

11. Obawiam się, że moja praca coraz bardziej zmienia mnie emocjonalnie

64% badanych kilka razy w roku odczuwa emocjonalną zmianę, którą powoduje wykonywana praca. 12% badanych odczuwa tak kilka razy w miesiącu, zaś 7% raz w miesiącu. Codziennie takie odczucia towarzyszą 6% pielęgniarek, a nigdy 4%. Raz w tygodniu i kilka razy w tygodniu taką zmianę odczuwa po 3% badanych.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 70 punkty, a powyżej 10 lat 90 punktów (Tabela XI).

Tabela XI. Obawiam się, że moja praca coraz bardziej zmienia mnie emocjonalnie

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10lat	
		N	punkty	N	punkty
Obawiam się, że moja praca coraz bardziej zmienia mnie emocjonalnie	Nigdy (0 pkt)	0	0	4	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	44	44	14	14
	Raz w miesiącu (2 pkt)	1	2	5	10
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	3	9	8	24
	Raz w tygodniu (4 pkt)	1	4	2	8
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	1	5	2	10
	Codziennie (6 pkt)	1	6	4	24
	Razem	51	70	39	90

12. Czuje, że jestem pełna energii

53% badanych pielęgniarek czuje, że jest pełna energii tylko kilka razy w roku, a 20% kilka razy w miesiącu. Kilka razy w tygodniu pełna energii czuje się 13% ankietowanych, 6% raz w miesiącu, a 4% raz w tygodniu. Codziennie takie odczucia ma 2% badanych, zaś 1% nigdy.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 75 punkty, a powyżej 10 lat 115 punktów (Tabela XII).

Tabela XII. Czuje, że jestem pełna energii – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Czuję, że jestem pełna energii	Nigdy (0 pkt)	0	0	1	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	40	40	8	8
	Raz w miesiącu (2 pkt)	0	0	5	10
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	4	12	14	42
	Raz w tygodniu (4 pkt)	2	8	2	8
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	5	25	7	35
	Codziennie (6 pkt)	0	0	2	12
	Razem	51	75	39	115

13. Praca moja powoduje, że czuję się sfrustrowana

Kilka razy w roku 53% ankietowanych pielęgniarek czuje się sfrustrowane z powodu pracy. 16% badanych ma takie odczucia kilka razy w miesiącu, a 8% co najmniej raz w tygodniu. 7% czuje frustrację raz w miesiącu i 7% ankietowanych nie odczuwa jej nigdy. Kilka razy w tygodniu odczuwa tak 45% badanych a 1% nigdy.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 60 punktów, a powyżej 10 lat 100 punktów (Tabela XIII).

Tabela XIII. Praca moja powoduje, że czuję się sfrustrowana – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Praca moja powoduje, że czuję się sfrustrowana	Nigdy (0 pkt)	3	0	3	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	43	43	9	9
	Raz w miesiącu (2 pkt)	1	2	5	10
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	3	9	11	33
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	7	28
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	4	20
	Codziennie (6 pkt)	1	6	0	0
	Razem	51	60	39	100

14. Czuję, że zbyt ciężko pracuję zawodowo

64% badanych pielęgniarek uważa, że zbyt ciężko pracują zawodowo kilka razy w roku, a 12% kilka razy w miesiącu. Raz w miesiącu tak odczuwa 9% ankietowanych, 6% kilka razy w tygodniu i 6% raz w tygodniu. Codziennie takie uczucia towarzyszą 1% pielęgniarek, zaś nigdy 2%.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 62 punkty, a powyżej 10 lat 96 punktów (Tabela XIV).

Tabela XIV. Czuję, że zbyt ciężko pracuję zawodowo – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Czuję, że zbyt ciężko pracuję zawodowo	Nigdy (0 pkt)	0	0	2	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	45	45	13	13
	Raz w miesiącu (2 pkt)	1	2	7	14
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	5	15	6	18
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	5	20
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	5	25
	Codziennie (6 pkt)	0	0	1	6
	Razem	51	62	39	96

15. W ogóle nie obchodzi mnie to, co się dzieje z pewnymi osobami, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych

Kilka razy w roku 60% badanych towarzyszą odczucia, że w ogóle nie obchodzi ich to, co się dzieje z pewnymi osobami, z którymi pozostają w kontaktach zawodowych, a 18% nie towarzyszą nigdy. 10% ankietowanych czuje tak kilka razy w miesiącu, a 8% raz w miesiącu. Kilka razy w tygodniu odczuwa tak 2%, raz w tygodniu 1%, a codziennie 1%.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 53 punkty, a powyżej 10 lat 62 punkty (Tabela XV).

Tabela XV. W ogóle nie obchodzi mnie to, co się dzieje z pewnymi osobami, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10lat	
		N	punkty	N	punkty
W ogóle nie obchodzi mnie, to co się dzieje z pewnymi osobami, którymi pozostaję w kontaktach zawodowych	Nigdy (0 pkt)	4	0	12	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	43	43	11	11
	Raz w miesiącu (2 pkt)	2	4	5	10
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	2	6	7	21
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	1	4
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	2	10
	Codziennie (6 pkt)	0	0	1	6
	Razem	51	53	39	62

16. To, co mnie zbyt stresuje to praca z ludźmi

61% pielęgniarek stresuje się pracą z ludźmi kilka razy w roku, 17% nigdy. Raz w miesiącu takie odczucia ma 9% badanych, a 8% kilka razy w miesiącu. 2% ankietowanych stresują się pracą raz w tygodniu, 1% kilka razy w tygodniu, zaś 2% codziennie towarzyszą takie uczucia.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 51 punktów, a powyżej 10 lat 61 punktów (Tabela XVI).

Tabela XVI. To, co mnie zbyt stresuje to praca z ludźmi – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
To, co mnie zbyt stresuje to praca z ludźmi	Nigdy (0 pkt)	6	0	9	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	42	42	14	14
	Raz w miesiącu (2 pkt)	0	0	8	16
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	3	9	4	12
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	2	8
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	1	5
	Codziennie (6 pkt)	0	0	1	6
	Razem	51	51	39	61

17. Z łatwością potrafię stworzyć nastrój odprężenia u osób, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych

57% ankietowanych uważa, że kilka razy w roku potrafią stworzyć nastrój odprężenia u osób, z którymi pozostają w kontaktach zawodowych. 16% uważa, że kilka razy w miesiącu, a 9% raz w miesiącu. Raz w tygodniu taki nastrój jest w stanie stworzyć 8% badanych, 3% kilka razy w tygodniu, 7% codziennie, zaś 1% nigdy.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 72 punkty, a powyżej 10 lat 116 punktów (Tabela XVII).

Tabela XVII. Z łatwością potrafię stworzyć nastrój odprężenia u osób, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Z łatwością potrafię stworzyć nastrój odprężenia u osób, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych	Nigdy (0 pkt)	0	0	1	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	41	41	10	10
	Raz w miesiącu (2 pkt)	4	8	4	8
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	4	12	10	30
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	7	28
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	1	5	2	10
	Codziennie (6 pkt)	1	6	5	30
	Razem	51	72	39	116

18. Czuję się ożywiona po wspólnej pracy z osobami, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych

W całej badanej grupie 51% kilka razy w roku czuje się ożywiona po wspólnej pracy z osobami, z którymi pozostają w kontaktach zawodowych. Kilka razy w miesiącu takie odczucia towarzyszą 14% badanych, a 7% raz w miesiącu. Raz w tygodniu odczuwa tak 11%, kilka 9%. Codziennie tak czuje 4% ankietowanych, a nigdy takie uczucia nie towarzyszą 3% badanych.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 79 punkty, a powyżej 10 lat 118 punktów (Tabela XVIII).

Tabela XVIII. Czuję się ożywiona po wspólnej pracy z osobami, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Czuję się ożywiona po wspólnej pracy z osobami, z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych	Nigdy (0 pkt)	0	0	3	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	40	40	7	7
	Raz w miesiącu (2 pkt)	4	8	2	4
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	2	6	11	33
	Raz w tygodniu (4 pkt)	1	4	9	36
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	3	15	4	20
	Codziennie (6 pkt)	1	6	3	18
	Razem	51	79	39	118

19. W obecnej pracy osiągnęłam wiele wartościowych rzeczy

Kilka razy w roku 51% badanych uważa, że w obecnej pracy osiągnęła wiele wartościowych rzeczy. 9% tak myśli raz w miesiącu, a 13% kilka razy w miesiącu. Raz w tygodniu takie uczucia towarzyszą 10% badanych, 7% kilka razy w tygodniu. 4% ankietowanych odczuwa tak codziennie, 6% nigdy.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 79 punkty, a powyżej 10 lat 118 punktów (Tabela XIX).

Tabela XIX. W obecnej pracy osiągnęłam wiele wartościowych rzeczy – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10lat	
		N	punkty	N	punkty
W obecnej pracy osiągnęłam wiele wartościowych rzeczy	Nigdy (0 pkt)	3	0	2	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	39	39	7	7
	Raz w miesiącu (2 pkt)	4	8	4	8
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	2	6	10	30
	Raz w tygodniu (4 pkt)	2	8	7	28
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	1	5	5	25
	Codziennie (6 pkt)	0	0	4	24
	Razem	51	66	39	122

20. Czuje, że jestem u kresu wytrzymałości

69% badanych uważa, że kilka razy w roku czują się u kresu wytrzymałości a 11% nie towarzyszą takie odczucia w ogóle. Raz w miesiącu tak czuje 12% ankietowanych, 4% kilka razy w miesiącu. Raz w tygodniu odczuwa tak 1% badanych, 1% kilka razy w tygodniu i 1% codziennie.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 53 punkty, a powyżej 10 lat 58 punktów (Tabela XX).

Tabela XX. Czuje, że jestem u kresu wytrzymałości – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10 lat	
		N	punkty	N	punkty
Czuję, że jestem u kresu wytrzymałości	Nigdy (0 pkt)	5	0	5	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	43	43	19	19
	Raz w miesiącu (2 pkt)	2	4	9	18
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	0	0	4	12
	Raz w tygodniu (4 pkt)	0	0	1	4
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	1	5
	Codziennie (6 pkt)	1	6	0	0
	Razem	51	53	39	58

21. W mojej pracy problemy emocjonalne rozwiązuje bardzo spokojnie

Kilka razy w roku 57% badanych uważa, że w ich pracy problemy emocjonalne rozwiązuje się bardzo spokojnie. 11% ankietowanych tak uważa kilka razy w miesiącu, 10% raz w miesiącu. Raz w tygodniu tak myśli 9%, a 6% badanych tak uważa kilka razy w tygodniu. 6% odczuwa tak codziennie, 2% nigdy.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 85 punktów, a powyżej 10 lat 93 punkty (Tabela XXI).

Tabela XXI. W mojej pracy problemy emocjonalne rozwiązuje bardzo spokojnie – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10lat	
		N	punkty	N	punkty
W mojej pracy problemy emocjonalne rozwiązuje bardzo spokojnie	Nigdy (0 pkt)	0	0	2	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	40	40	11	11
	Raz w miesiącu (2 pkt)	1	2	8	16
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	4	12	6	18
	Raz w tygodniu (4 pkt)	1	4	7	28
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	3	15	2	10
	Codziennie (6 pkt)	2	12	3	18
	Razem	51	85	39	93

22. Czuję, że osoby z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych zrzucają na mnie odpowiedzialność za niektóre swoje problemy

Kilka razy w roku 57% badanych czuje, że osoby z którymi pozostają w kontaktach zawodowych zrzucają na ich odpowiedzialność za niektóre swoje problemy, 18% nie ma takich odczuć nigdy. 11% ankietowanych odczuwa tak kilka razy w miesiącu, 4% raz w miesiącu i 4% raz w tygodniu. Kilka razy w tygodniu takie uczucia towarzyszą 3% badanych, a codziennie 2%.

Osoby z krótszym stażem pracy uzyskały 54 punkty, a powyżej 10 lat 78 punktów (Tabela XXII).

Tabela XXII. Czuję, że osoby z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych zrzucają na mnie odpowiedzialność za niektóre swoje problemy – skala punktowa

Pytanie	Warianty odpowiedzi	Staż pracy 1-10 lat		Staż pracy > 10lat	
		N	punkty	N	punkty
Czuję, że osoby z którymi pozostaję w kontaktach zawodowych zrzucają na mnie odpowiedzialność za niektóre problemy	Nigdy (0 pkt)	5	0	11	0
	Kilka razy w roku (1 pkt)	42	42	9	9
	Raz w miesiącu (2 pkt)	1	2	3	6
	Kilka razy w miesiącu (3 pkt)	2	6	8	24
	Raz w tygodniu (4 pkt)	1	4	3	12
	Kilka razy w tygodniu (5 pkt)	0	0	3	15
	Codziennie (6 pkt)	0	0	2	12
	Razem	51	54	39	78

Określenie stopienia wypalenia zawodowego za pomocą Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego wg Maslach

Wyczerpanie emocjonalne

Pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat uzyskały średni wynik punktowy 11,39, natomiast ze stażem pracy powyżej 10 lat średni wynik punktowy – 21,82. Szczegółowe wyliczenia znajdują się w Tabeli XXIII.

Tabela XXIII. Podsumowanie wyczerpanie emocjonalne – skala punktowa

Pytanie	Staż pracy 1-10 lat	Staż pracy > 10lat
	punkty	punkty
1	88	115
2	76	130
3	69	123
6	65	76
8	57	92
13	60	100
14	62	96
16	51	61
20	53	58
RAZEM	581	851
Średnia punktowa	11,39	21,82

Depersonalizacja

Pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat uzyskały średni wynik punktowy = 5,33, natomiast ze stażem pracy powyżej 10 lat - 7,74 (Tabela XXIV).

Tabela XXIV. Podsumowanie depersonalizacji – skala punktowa

Pytanie	Staż pracy 1-10 lat	Staż pracy > 10lat
	punkty	punkty
5	44	37
10	51	35
11	70	90
15	53	62
22	54	78
RAZEM	272	302
Średnia punktowa	5,33	7,74

Brak poczucia osiągnięć osobistych

Pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat uzyskały średnią wartość punktową = 11,43, a pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 10 lat– 23,87 pkt (Tabela XXV).

Tabela XXV. Podsumowanie braku osiągnięć osobistych – skala punktowa

Pytanie	Staż pracy 1-10 lat	Staż pracy > 10lat
	punkty	punkty
4	72	160
7	65	105
9	69	105
12	75	115
17	72	116
18	79	118
19	66	122
21	85	93
Razem	583	931
Średnia punktowa	11,43	23,87

Dyskusja

Na całym świecie współczesne pielęgniarstwo rozwija się prężnie. Zmiany, które zachodzą zmierzają w kierunku zapewnienia jak najlepszej opieki nad zdrowiem człowieka, realizując jego potrzeby pielęgnacyjne [21].

Pielęgniarka jest to osoba posiadająca wykształcenie pielęgniarckie oraz uprawnienia do wykonywania praktyki zawodowej w swoim kraju. Pielęgniarki w swojej pracy wykorzystują wiedzę naukową z różnych dziedzin, np.: nauk społecznych, humanistycznych, biologicznych i innych. W dzisiejszych czasach pielęgniarki są aktywnymi członkami zespołów terapeutycznych, aby osiągnąć cel nadrzędny, jakim jest powrót pacjenta do zdrowia. Współczesna pielęgniarka to profesjonalistka w zakresie pielęgnowania [22].

Do wykonania zadań z zakresu wszystkich funkcji zawodowych powinny być przygotowane wszystkie pielęgniarki, niezależnie od miejsca pracy oraz zajmowanego stanowiska. Obszar realizowania zadań powinien być uwarunkowany poziomem kwalifikacji. Świadcząc usługi zdrowotne, pielęgniarka powinna być niezależnym praktykiem odpowiedzialnym za świadczoną opiekę oraz świadomym partnerem w zespole opiekuńczym. W swojej pracy narażona jest ona na szereg obciążeń o charakterze fizycznym i psychicznym, które mogą pociągać za sobą negatywne konsekwencje w postaci wypalenia zawodowego [22].

Wypalenie zawodowe (ang. *burnout*) to odpowiedź organizmu na stres, którego źródłem jest przede wszystkim sytuacja w pracy. Często jest reakcją na nieustanne przeciążenie obowiązkami, trudne zadania oraz wyczerpującą i nieciekawą pracę. Czynnikiem bezpośrednio powodującym ten zespół jest stres występujący w miejscu pracy. Narażone na taki stres emocjonalny są osoby pracujące w zawodach wymagających intensywnych kontaktów interpersonalnych z pacjentami, klientami czy społeczeństwem [4].

Zespół wypalenia zawodowego zależy od charakteru wykonywanej pracy, wieku i stażu pracy pracownika. Występuje częściej u osób młodszych wiekiem i stażem zawodowym. Warunkuje go płeć, gdyż większą skłonność do „wypalania” przypisuje się kobietom. Wpływa na to zwiększona wrażliwość i zmienność emocjonalna [5].

W niniejszej pracy podjęto się oceny poziomu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pediatrycznych w zależności od stażu pracy.

Wśród badanych najliczniej reprezentowane były grupy w wieku do 29 lat oraz 40 - 49 lat. Całą grupę badaną stanowiły kobiety. W zawodzie pielęgniarki na oddziale pediatrycznym od 1

do 10 lat pracowało 57% badanych, a 43% pracowało powyżej 10 lat. 77% pracuje na oddziale o charakterze zabiegowym, 23% na oddziale intensywnej opieki medycznej. Ponad połowa pracuje w systemie tzw. rankowym. Ustawowo ok. 160 godzin miesięcznie pracuje 80% badanych.

Wyczerpanie emocjonalne jest subiektywnym poczuciem nadmiernego zmęczenia i wyczerpania zasobów. Towarzyszy temu poczucie wyeksploatowania zawodowego oraz brak możliwości regeneracji sił. Brak energii fizycznej i psychicznej i pustka uczuciowa sprzyjają rozluźnieniu więzi emocjonalnej ze współpracownikami [12].

Jak wynika z badań własnych 53% pielęgniarek czuło się wyczerpana emocjonalnie kilka razy w roku, 18% – kilka razy w miesiącu, raz w tygodniu – 10% ankietowanych, a 7% kilka razy w tygodniu. Raz w miesiącu wyczerpanych było 6%, zaś codziennie 3% badanych. Pod koniec dnia pracy czuło się wykończonych 1% badanych, kilka razy w roku – 11%, raz w tygodniu 9% a 24% kilka razy w miesiącu. W całej grupie badanej 3% pielęgniarek czuło się źle pod koniec pracy nawet raz w miesiącu, ale większość, czyli 53% miało takie odczucia kilka razy w roku. Większość, czyli 53% badanych czuło się zmęczona, gdy wstaje rano i musi stanąć wobec kolejnego dnia intensywnej pracy kilka razy w roku, 19% kilka razy w miesiącu, 8% kilka razy w tygodniu i 8% co najmniej raz w tygodniu.

Każde środowisko pracy posiada ogromny wachlarz potencjalnych sytuacji stresowych, czyli sytuacji naruszających względną równowagę pomiędzy podmiotem a środowiskiem i uruchamiających mechanizmy adaptacyjne zachowania się człowieka. Do takich sytuacji należy między innymi praca z ludźmi [23], co potwierdzają badania własne. 61% grupy badanej odpowiedziało, że codzienna praca z ludźmi jest stresująca i odczuwają tak nawet kilka razy w roku. 11% nigdy nie miało takiego problemu. 2% ankietowanych pielęgniarek codziennie towarzyszy stres związany z pracą z ludźmi.

Według literatury wypalenie zawodowe dotyczy przede wszystkim osób zatrudnionych w zawodach, które wymagają emocjonalnego i bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem [12].

Badania własne pokazały, że uczucie wypalenia zawodowego kilka razy w roku odczuwa 53% grupy badanej, 14% raz w miesiącu, a 12% kilka razy w miesiącu a 10% pielęgniarek nie ma w ogóle takiego problemu.

Jak podaje literatura frustracja jest zespołem przykrych emocji związanych z niemożliwością realizacji potrzeby lub osiągnięcia określonego celu. Czasami definiuje się ją jako każdą

sytuację, która wywołuje nieprzyjemne reakcje: ból, gniew, złość, nudę, irytację, lęk i inne formy dyskomfortu [14].

Z badań własnych wynika, że aż 45% pielęgniarek kilka razy w tygodniu odczuwa frustrację z powodu pracy, kilka razy w roku – 53%. 16% badanych ma takie odczucia kilka razy w miesiącu, a 8% raz w tygodniu. Wyniki badań własnych pokazują, że 64% badanych pielęgniarek deklaruje, że zbyt ciężko pracują zawodowo. Odczucia takie im towarzyszą kilka razy w roku. 69% badanych uważa, że kilka razy w roku czują się u kresu wytrzymałości. 11% nie towarzyszą takie odczucia w ogóle.

Według literatury osoby pracujące powyżej 10 lat w zawodzie pielęgniarki są bardziej narażone na wyczerpanie emocjonalne, niż pielęgniarki pracujące mniej niż 10 lat [2].

Wyniki własnych badań potwierdzają to – pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat uzyskały średni wynik punktowy 11,39, który świadczy o niskim wyczerpaniu emocjonalnym. Natomiast ze stażem pracy powyżej 10 lat średni wynik punktowy – 21,82, świadczący o umiarkowanym wyczerpaniu emocjonalnym.

Analiza różnych doniesień literaturowych zwraca uwagę, że przedmiotowe traktowanie człowieka zazwyczaj wiąże się z traktowaniem kogoś jak przedmiot, manipulowaniem nim i zmuszaniem kogoś do robienia tego czego nie chce [14].

56% ankietowanych odczuwa kilka razy w roku, że traktuje niektóre osoby, z którymi pozostają w kontaktach zawodowych bezosobowo, jak gdyby były „przedmiotami”, zaś 33% nigdy nie miało takich odczuć. Wśród ankietowanych 60% uważało, że kilka razy w roku są „gruboskórne” w stosunku do ludzi i wiąże to z momentem podjęcia pracy, a 28% nigdy tak nie odczuwało. Kilka razy w roku 60% badanych towarzyszą odczucia, że w ogóle nie obchodzi ich to, co się dzieje z pewnymi osobami, z którymi pozostają w kontaktach zawodowych, a 18% nie towarzyszą nigdy.

Według statystyk człowiek spędza w pracy przeciętnie 100 tysięcy godzin w trakcie swojego życia. Czas wydłuża się, jeśli spędza go w pracy, której nie lubi i w której źle się czuje [8].

Według badań własnych 64% badanych kilka razy w roku odczuwa emocjonalną zmianę, którą powoduje wykonywana praca. 12% badanych odczuwa tak kilka razy w miesiącu, zaś 7% raz w miesiącu. Codziennie takie odczucia towarzyszą 6% pielęgniarek.

Na świecie jest wiele osób, które nie są w stanie wziąć na siebie odpowiedzialności za swoje czyny. Uważają, że nie są oni odpowiedzialni za to, co się z nimi stało. Przechodzą do porządku dziennego z oszukiwaniem samych siebie, zrzucając winę na wszystkich dookoła [17].

Analizując odpowiedzi ankietowanych wynika, że 57% badanych czuje, że osoby z którymi pozostają w kontaktach zawodowych zrzucają na ich odpowiedzialność za niektóre swoje problemy nawet kilka razy w roku, 18% nie ma takich odczuć nigdy. 11% ankietowanych odczuwa tak kilka razy w miesiącu, 4% raz w miesiącu, 4% raz w tygodniu, a codziennie 2%.

W literaturze depersonalizacja określa specyficzny stosunek jednostki do innych, który wyraża się negatywnym, cynicznym, nadmiernym dystansowaniem się w kontaktach interpersonalnych, a także utratą idealizmu. Relacje z innymi tracą swój dotychczasowy podmiotowy charakter, stając się bezosobowe. Depersonalizacja jest pochodną nadmiernego wyczerpania emocjonalnego. Może być spostrzegana jako forma samoobrony poprzez tworzenie emocjonalnego buforu obojętności chroniącego przed kontaktami. Postawa obojętności może prowadzić do apersonalnej postawy wobec innych i dehumanizacji [12].

W badaniach własnych wykazano, że pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat uzyskały średni wynik punktowy = 5,33 świadczący o niskiej depersonalizacji. Natomiast pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 10 lat - 7,74, który świadczy o umiarkowanej depersonalizacji.

Kontakt z osobą dotkniętą tak trudnym doświadczeniem jakim jest choroba wymaga wielu umiejętności i odpowiednich predyspozycji. Pielęgniarka uczestnicząca w procesie leczenia nie ma decydującego głosu w sprawach pacjenta, ale to właśnie ona ma z chorym najczęstszy kontakt. Pielęgniarka nie tylko wykonuje czynności pielęgnacyjne, ale też stwarza odpowiednią atmosferę, która sprzyja nawiązaniu kontaktu z chorym. Praca, którą wykonuje wpływa zazwyczaj pozytywnie na ludzi [19].

W całej grupie badanej 58% pielęgniarek czuło, że ich praca wpływa pozytywnie na innych ludzi kilka razy w roku, 9% - kilka razy w miesiącu a 8% raz w miesiącu.

Analizując badania własne niepokoi fakt, że tylko 2% badanych pielęgniarek czuje, że jest pełna energii codziennie, 13% - kilka razy w tygodniu, a 4% raz w tygodniu. 53% badanych pielęgniarek czuje, że jest pełna energii tylko kilka razy w roku, a 20% kilka razy w miesiącu. Niepokojące jest także to, że w całej badanej grupie 51% pielęgniarek kilka razy w roku czuje się ożywiona po wspólnej pracy z osobami, z którymi pozostają w kontaktach zawodowych, co może świadczyć o wspólnej niechęci personelu do siebie. Jedynie 4% ankietowanych

odczuwa codziennie, że w obecnej pracy osiągnęła wiele wartościowych rzeczy, 51% ma takie odczucia tylko kilka razy w roku.

Wśród badanych pielęgniarek 7% uważa, że z łatwością potrafię stworzyć nastrój odprężenia codziennie u osób, z którymi pozostają w kontaktach zawodowych, zaś 57% kilka razy w roku.

W literaturze rozwiązywanie problemów emocjonalnych to podstawowy element życia każdego człowieka, niezależnie od ich istoty. Mamy z nimi do czynienia zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym. Dobrzy przełożeni używają czterech podstaw dobrych relacji, aby zapobiegać problemom ludzkim: informują pracowników o tym jak sobie radzą, chwalą pracowników, kiedy zasłużą, powiadamiają pracowników o zmianach, które ich dotyczą oraz robią najlepszy użytek ze zdolności każdego pracownika [6].

W badaniach własnych kilka razy w roku 57% badanych uważa, że w ich pracy problemy emocjonalne rozwiązuje się bardzo spokojnie. 11% ankietowanych tak uważa kilka razy w miesiącu, 10% raz w miesiącu.

Obniżone zadowolenie z osiągnięć zawodowych przejawia się spadkiem poczucia własnej kompetencji i wydajności pracy. Obniżenie poczucia własnej skuteczności i efektywności działania może wiązać się z depresyjnością i trudnościami w radzeniu sobie z wymaganiami, które są stawiane w pracy, a także ze stresem związanym z wykonywanym zawodem [23].

Analizując odpowiedzi ankietowanych stwierdza się, że pielęgniarki ze stażem pracy do 10 lat uzyskały średnią wartość punktową = 11,43, a pielęgniarki ze stażem pracy powyżej 10 lat – 23,87 pkt. Obie wartości świadczą o wysokim braku poczucia osiągnięć osobistych.

Wypalenie zawodowe to problem, który niesie za sobą poważne skutki zdrowotne. Kryzys w pracy może mieć przełożenie na życie rodzinne, może stać się również przyczyną zmiany miejsca pracy, a nawet zawodu. Jeśli chodzi o proces wypalenia zawodowego, to nie ma prostych i szybkich rozwiązań. Każde rozwiązanie powinno uwzględniać specyfikę pracy, sytuację rodzinną, indywidualne preferencje i predyspozycje osoby oraz angażować tych, którzy decydują o warunkach pracy. Zapobieganie procesowi wypalenia zawodowego u pielęgniarek jest procesem złożonym i wielokierunkowym [12].

Wnioski

1. Wyczerpanie emocjonalne stwierdzono kilka razy w roku u ponad połowy ankietowanych.
2. Ponad połowa badanych pielęgniarek odczuwa kilka razy w roku przygnębienie i zmęczenie rano.
3. Uczucie wypalenia zawodowego towarzyszy ponad połowie ankietowanych kilka razy w roku.
4. Staż pracy powyżej 10 lat sprzyja wyczerpaniu emocjonalnemu.
5. Badane pielęgniarki ze stażem powyżej 10 lat doświadczają umiarkowanej depersonalizacji kontaktów międzyludzkich.
6. Więcej niż połowa ankietowanych odczuwa pozytywny wpływ swojej pracy na ludzi.
7. Z przeprowadzonych za pomocą kwestionariusza MBI badań wynika, że badane pielęgniarki nie są wypalone zawodowo. Wskazują na to średnie wyniki w zakresie wyczerpania emocjonalnego i w zakresie depersonalizacji.
8. Najwyższy poziom wypalenia zawodowego odczuwały pielęgniarki stosunku do własnej osoby, na poziomie emocjonalnym, bez względu na staż pracy.

Bibliografia

1. Stefańska W.: Podstawowe zagadnienia współczesnej pielęgniarki w opiece zdrowotnej. Pielęgniarstwo Polskie, 2004, 1-4.
2. Sęk H.: wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2004, 93 -167.
3. Bartkowiak G.: Psychologia zarządzania. Wydawnictwo Akademii Ekonomicznej w Poznaniu, Poznań, 2011, 102 -107.
4. Zbiegień-Maciąg L. (red.): Nowe tendencje i wyzwania w zarządzaniu personelem. Wydawnictwo Wolter Kluwer, Kraków, 2006, 252.
5. Nowik M.: Wybrane zmiany w procesie kształcenia i doskonalenia zawodowego pielęgniarek. Pielęgniarstwo XXI wieku, 2005, 4, 111–115.
6. Ogińska-Bulik N.: Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje –zapobieganie. Wydawnictwo Difin, Warszawa, 2006, 145.
7. Kuc B.R., Moczyłowska J.M.: Zachowania organizacyjne. Wydawnictwo Difin, Warszawa, 2009, 115.

8. Janowska Z., Cewińska J., Wojtaszczyk K.: Dysfunkcje zarządzania zasobami ludzkimi. Wydawnictwo Naukowe PWE, Warszawa, 2010, 379.
9. Modzelewska T., Kulik T.B.: Stres zawodowy jako nieodłączny element zawodów profesjonalnego pomagania — sposoby radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek. *Annales Universitatis Mariae Skłodowska-Curie*, 2003, 58(13), 211-315.
10. Kowalczyk K., Zdańska A., Krajewska-Kułak E.: Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(3), 307-314.
11. Cherniss C.: Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout [in:] *Professional Burnout: Recent developments in theory and research*, Schaufeli B., Maslach Ch., Marek T. Taylor & Francis, Washington, 1993, 135–150.
12. Maslach Ch.: Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*, H. Sęk (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2000, 13-31.
13. Kędra E., Nowocień M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 3(57), 293-306.
14. Formański J.: *Psychologia. Podręcznik dla szkół medycznych*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa, 2003, 375.
15. Tselebis A., Moulou A., Ilias I.: Burnout versus depression and sense of coherence. Study of Greek nursing staff. *Nurse Health Science*, 2001, 2, 69-71.
16. Skorupska-Król A., Szabla A., Bodys-Cupak I.: Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2014, 1(46), 23-26.
17. Heszen-Niejodek I.: Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie [w:] *Psychologia*, Tom 3, J. Strelau (red.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne GWP, Gdańsk 2000, 308.
18. Płotka A., Radwan M., i wsp.: Psychospołeczne konsekwencje stresu zawodowego. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, 2017, Vol. LV. (Supl. VII), 43, S213-219.
19. Kamińska M., Ślusarz R., Opozda K.: Oczekiwania pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2001, 2, 323-341.
20. Perek M., Kózka M., Twarduś K.: Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2007, 15(14), 223-228.

21. Poznańska S.: Pielęgniarstwo i jego istota [w:] Podstawy pielęgniarstwa. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo, tom I. B. Ślusarska, D. Zarzycka, K. Zahradniczek (red.). Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004, 21-35.
22. Ciechaniewicz W.: Funkcje zawodowe pielęgniarek. Pielęgniarstwo 2000, 1997, 2, 6-7.
23. Bartkowiak G.: Stres i wypalenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia w świetle wyników badań. Przewodnik Menedżera Zdrowia, 2002, 4, 19.

Wypalenie zawodowe w środowisku medycznym

Magdalena Selewońko ^{1,2} Grażyna Kobus²

¹ – Szkoła Doktorska Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku,

² – Zakład Medycyny Klinicznej w Białymstoku

Wstęp

Pod koniec maja bieżącego roku WHO (Światowa Organizacja Zdrowia) opublikowała na swoim Twitterze informację, jakoby wypalenie zawodowe zostało sklasyfikowane w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-11, która zacznie obowiązywać od 2022 roku. Termin ten był już uwzględniany w ICD-10 pod kodem Z73.0, aczkolwiek według nowej klasyfikacji definicja tego syndromu ma być bardziej rozbudowana. Portale internetowe zawrzały. Czyżby decyzja WHO niosła ze sobą rewolucję, umożliwiającą wypisywanie zwolnień lekarskich z powodu wypalenia zawodowego? Światowa Organizacja Zdrowia planuje rozpocząć opracowywanie wytycznych dotyczących samopoczucia psychicznego w środowisku pracy [1, 2].

Zjawisko wypalenia zawodowego

Wypalenie zawodowe jest wynikiem długotrwałego stresu w miejscu pracy. Badania nad tym zjawiskiem rozpoczęto już w latach 60-70. XX wieku. W tymże okresie między innymi Herbert Freudenberger, niemiecki psycholog, który w późniejszym czasie zasłynął jako badacz tematyki wypalenia zawodowego, prowadził badania na grupie wolontariuszy pracujących z narkomanami. Zaobserwował on u nich pewne objawy, jak zmęczenie, zniechęcenie, labilność emocjonalną czy bóle głowy. Stwierdził, iż jest to stan wyczerpania, które miało występować w związku z dużymi wymaganiami stawianymi przez środowisko jak i wymagań stawianych samemu sobie przez wolontariusza. [3] Trafnie opisał wypalenie zawodowe także Elliot Aronson, psycholog amerykański, który stwierdził, iż jest to stan psychiczny, który dotyczy ludzi wykonujących zawody społeczne – czyli takie, których praca opiera się na intensywnych kontaktach z innymi ludźmi. Opisywał objawy podobne do tych, wymienianych przez Freudenbergera: wyczerpanie emocjonalne, psychiczne, fizyczne, ogólne

złe samopoczucie, brak radości życia, poczucie bezradności. Aronson zastosował także różnicowanie komponentów wypalenia zawodowego. Podkreślił, iż na syndrom wypalenia zawodowego składa się wyczerpanie fizyczne, emocjonalne i psychiczne. [4] Prawdziwy przełom badań nad zjawiskiem wypalenia zawodowego był jednak związany z pracą zawodową amerykańskiej psycholog – profesor Christiny Maslach. Zasłynęła swoimi pionierskimi badaniami nad zjawiskiem wypalenia zawodowego, stworzyła Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI (*Maslach Burnout Inventory*) oraz opublikowała wiele książek i artykułów o tej tematyce. Według koncepcji Maslach istnieją trzy składniki wypalenia zawodowego jak wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i spadek poczucia własnych dokonań zawodowych. Podsumowując prace ww. autorów możemy wypalenie zawodowe zdefiniować jako syndrom, który występuje wtedy, kiedy praca przestaje być źródłem satysfakcji, a pracownik czuje się przemęczony, przepracowany, niezadowolony ze swojej pracy i przestaje rozwijać się zawodowo. Do wypalenia zawodowego dochodzi wtedy, gdy wymagania stawiane przez pracę zawodową, przewyższają możliwości osobiste i zdolności pracownika.

Trzy składniki wypalenia zawodowego według Christiny Maslach:

1. Wyczerpanie emocjonalne – to uczucie braku sił oraz energii. Objawia się jako poczucie nadmiernego zmęczenia czy uczucie pustki – pracownik emocjonalnie wyczerpany „nie czuje już nic”. Może utracić on zapał do pracy, czuć się wyeksploatowany, cechować się labilnością emocjonalną czy uskarżać na objawy somatyczne.
2. Depersonalizacja – to stawanie się obojętnym, nieczułym – głównie w relacjach ze swoimi klientami (np. pacjentami), traktowanie przedmiotowo klienta, poczucie bezosobowości i bezduszości oraz cyniczne spojrzenie na innych.
3. Obniżenie poczucia osiągnięć osobistych – jest to postrzeganie siebie jako osoby nic nie wartej, nieefektywnej, nie nadającej się do pełnienia obowiązków zawodowych; towarzyszyć mu może poczucie, iż marnuje się czas w miejscu pracy.

Christina Maslach podkreśla, że pierwszymi zauważalnymi objawami są wyczerpanie emocjonalne oraz fizyczne, następnie mamy do czynienia z fazą dystansowania się, a na końcu z fazą braku satysfakcji z pracy. [5]

Warto nadmienić, że już gdy wyczerpanie emocjonalne staje się zauważalne przez osoby trzecie (np. klientów pracownika, pacjentów, współpracowników, kierownika) to proces wypalenia zawodowego jest już daleko posunięty. Wynikają z tego problemy ze zdiagnozowaniem wypalenia zawodowego – przemęczenie, bóle głowy, brak energii czy dystansowanie się od współpracowników/klientów oceniamy jako konsekwencję przemęczenia, przeziębienia czy

problemów rodzinnych, nie zdając sobie sprawy, że podłoże problemu jest znacznie poważniejsze.

W Kwestionariuszu MBI trzy wyżej wymienione komponenty wypalenia zawodowego są rozpatrywane oddzielnie. 22 stwierdzenia zawarte w kwestionariuszu tworzą 3 skale odpowiadając 3 elementom wypalenia. Wysoki poziom wypalenia zawodowego stwierdza się wtedy, gdy pracownik uzyskuje wysokie wyniki w skali wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji i niskie wyniki w skali obniżenia poczucia własnych dokonań.

Czynniki wypalenia zawodowego w środowisku medycznym

Czynniki rozwoju wypalenia zawodowego możemy podzielić na czynniki związane z miejscem pracy a także na czynniki zależne od jednostki (pracownika), istnieją bowiem takie cechy osobnicze, które mogą predysponować do powstawania wypalenia zawodowego.

Czynniki związane z miejscem pracy

Jeżeli chodzi o czynniki związane ze środowiskiem pracy, predysponujące do wystąpienia wypalenia zawodowego, warto wspomnieć o znaczeniu jakości relacji kierownik – pracownik oraz pracownik – współpracownicy. W 2011 roku wykazano, iż klimat wspierający w pracy zmniejsza ryzyko wypalenia zawodowego, a autokratyczny – zwiększa te ryzyko [6].

Czynnikiem predysponującym do wystąpienia wypalenia zawodowego, wymienianym przez ankietowanych w badaniach polskich i zagranicznych są: brak nagród, brak organizacji w środowisku pracy, brak wytycznych i procedur postępowania, niskie wymagania, niski poziom odpowiedzialności, płytkie relacje ze współpracownikami, brak zaufania przełożonego wobec pracowników i brak wsparcia, brak pozytywnej informacji zwrotnej i brak doceniania pracowników [6,7].

Innymi zagrażającymi elementami środowiska pracy są: obecność czynników szkodliwych w miejscu pracy, niski stan zasobów, konieczność ciągłego pokonywania trudności, wymagania stałego wysiłku fizycznego i psychicznego oraz brak przepisów dotyczących bezpieczeństwa i higieny pracy i nierespektowanie ich [8]. Są to czynniki szczególnie dotyczące pracowników służby zdrowia. Zawody pielęgniarki, położnej, ratownika medycznego czy lekarza cechują specyficzne obciążenia, takie jak: czynniki fizyczne (wymuszona postawa ciała, hałas, praca w zamkniętym pomieszczeniu przy sztucznym świetle czy konieczność dźwigania/

przenoszenia dużych ciężarów), czynniki chemiczne (kontakt ze środkami do dezynfekcji rąk i sprzętów medycznych, anestetykami, cytostatykami), czynniki biologiczne (kontakt z materiałem potencjalnie zakaźnym jak krew, wydzieliny i płyny ustrojowe), a także narażenie na promieniowanie rentgenowskie czy pole magnetyczne [9].

Nie bez znaczenia pozostaje także charakter pracy zawodowej – wg Aronsona oraz Maslach szczególnie narażeni są ludzie, którzy wykonują zawody społeczne, a przedstawicielami tej grupy są pracownicy ochrony zdrowia, ponieważ ich praca opiera się na intensywnych kontaktach z drugim człowiekiem i pozostają w tych kontaktach stroną dającą – jest to rodzaj pracy opiekuńczej. Mimo często pojawiającej się pretensjonalności, agresji, braku efektów wprowadzonego leczenia i roszczeniowości pacjenta oraz jego rodziny – każdy medyk powinien profesjonalnie sprawować swoje obowiązki zawodowe, wykazując się przy tym dużą dozą empatii.

Jak potwierdziły wieloletnie badania, wypalenie zawodowe jest konsekwencją długotrwałego narażenia na stres w miejscu pracy. W 2011 roku przebadanie podlaskich pielęgniarek wykazało, że aż 72,6% badanych było narażonych na stres w miejscu pracy [10]. W badaniu Nowak-Starz i współautorki, oceniającym jakie konkretne elementy stresu w pracy pielęgniarek powodują występowanie wypalenia zawodowego, stwierdzono, że 85,28% ankietowanych w tej grupie ma kontakt ze stresorami w miejscu pracy, co świadczy o powszechności tego zjawiska w służbie zdrowia [11]. Stres zawodowy w pracy pracownika medycznego może mieć różne, odmienne podłoże. Do takich stresorów możemy zaliczyć: odpowiedzialność za ludzkie życie, pracę pod presją, pracę na czas, pracę w ciągłym stanie skupienia podyktowanym ryzykiem nagłego pogorszenia się stanu zdrowia pacjenta, stała dyspozycyjność (także w nocy i w święta), agresja w miejscu pracy, kontakt ze śmiercią i cierpieniem, niezadowolenie pacjenta i jego rodziny, świadomość zagrożeń własnego zdrowia, duża ilość dokumentacji i niesatysfakcjonujące zarobki [12-14]. Płace oraz idący za nim prestiż społeczny, wyraźnie dzielą środowisko medyczne. Jest to bolączka ratowników medycznych, pielęgniarek czy położnych, których frustrację tworzy przepaść finansowa między nimi a środowiskiem lekarskim. Wiele badań, poruszających kwestię finansowania pielęgniarstwa, wykazało, iż pielęgniarki nie są zadowolone ze swoich zarobków. W badaniu Kowalczuk i wsp. aż 67,6% pielęgniarek było niezadowolonych ze swojej pensji [10]. W badaniu Sowińskiej i wsp. żadna z 96 pielęgniarek nie uznała swojego wynagrodzenia za wysokie [15].

Często pojawiającą się w środowisku medycznym przyczyną stresu zawodowego jest kontakt z agresją psychiczną i fizyczną. W badaniu z 2009 roku dwie polskie autorki przebadaly

środowisko polskich pielęgniarek i wykazały, iż aż 71% ankietowanych doświadcza w swojej pracy zawodowej przemocy fizycznej i agresji słownej. Źródłem agresji byli nie tylko pacjenci, ale także współpracownicy i przełożeni [16].

Predyspozycje osobnicze

Pracownicy bardziej narażeni na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego to ci, którzy nie angażują się w sprawy zawodowe, nie posiadają umiejętności słuchania, są niecierpliwi, nie są empatyczni, nie są kreatywni, mają trudności w komunikacji z innymi, zaniedbują zwiększenie własnych kompetencji, nie rozwijają się, źle radzą sobie ze stresem, mają problemy z podejmowaniem decyzji, są w dużym stopniu zależni od innych, są introwertykami i cechują się małą otwartością na nowe doświadczenia [5]. Wśród personelu medycznego niezwykle pożądana jest także odporność na stres.

Na rozwój wypalenia zawodowego może mieć wpływ również perfekcjonizm. Wydaje się to być irracjonalne, jednakże w 2013 roku wykazano, iż perfekcjonizm dezaptacyjny pielęgniarek koreluje dodatnio brakiem zaangażowania oraz wyczerpaniem, zaś perfekcjonizm adaptacyjny zwiększa zaangażowanie w pracę [17].

Na grupie pielęgniarek udowodniono, że motyw wyboru zawodu medycznego również może wpływać na wystąpienia wypalenia zawodowego. Otóż, ankietowane pielęgniarki, które wybrały swój zawód, by pomagać ludziom i by czuć się potrzebnymi, cechowały się niższym poziomem wypalenia zawodowego niż osoby, które wybierały pielęgniarstwo „z braku innych możliwości” [18].

Na wypalenie zawodowe mogą mieć też wpływ pewne niemodyfikowalne cechy socjodemograficzne, jak wiek czy staż pracy, jednakże badania na ten temat nie są spójne. Według niektórych autorów staż pracy wpływa protekcyjnie i koreluje ujemnie z rozwojem wypalenia zawodowego przez większe kompetencje nabyte ze stażem, łatwiejsze radzenie sobie z rozwiązywaniem problemów czy łatwiejsze dystansowanie się od pracy [19-21]. Istnieją jednak badania, świadczące o tym, że dłuższy staż pracy wpływa na wyższe wyniki wypalenia zawodowego [22, 23].

Objawy wypalenia zawodowego

Objawy wynikające z wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego możemy skategoryzować jako objawy fizyczne oraz objawy psychiczne, w tym emocjonalne. Do objawów psychicznych możemy zaliczyć apatię, zmiany nastrojów, poczucie bezradności, brak chęci do działania, przygnębienie, poczucie pustki emocjonalnej, nadpobudliwość, agresję, utratę poczucia własnej wartości, brak perspektyw, utratę szacunku do samego siebie, poczucie bezduszości, obniżenie wrażliwości, poczucie straty czasu w swojej pracy, cynizm w stosunku do otoczenia.

Choć wypalenie zawodowe to zjawisko, który dotyczy naszej strefy emocjonalnej, w zależności od przypadku oraz stadium może powodować objawy somatyczne. Najczęściej wymienianymi w badaniach są: brak energii, ciągłe zmęczenie, bóle głowy oraz kręgosłupa, osłabienie oraz idąca za tym podatność na infekcje, problemy ze snem, skurcze mięśni, zmiana masy ciała oraz nadmierne spożywanie leków oraz różnego rodzaju używek. Objawy fizyczne mogą się różnić w zależności od jednostki, jak i zawodu, który dana jednostka wykonuje. I tak na przykład, na bóle kręgosłupa prawdopodobnie będzie narzekała częściej pielęgniarka lub ratownik medyczny narażeni na dźwiganie ciężkich pacjentów niż pracownik biurowy, któremu z uwagi na charakter pracy mogą dokuczać częstsze bóle głowy.

Autorki, badające zjawisko wypalenia zawodowego pielęgniarek analizowały objawy wypalenia zawodowego, które najczęściej wymieniały respondentki. Były to: zmęczenie oraz wyczerpanie (aż 79% respondentek), rozdrażnienie, bóle kręgosłupa (57%), bóle i zawroty głowy, napięcie emocjonalne utrzymujące się także po pracy, obniżenie nastroju, chęć przebywania na zwolnieniu czy brak motywacji do pracy. Rzadziej wymienianymi objawami, lecz jak bardzo poważnymi i charakterystycznymi były: bóle i kołatania serca, dolegliwości gastryczne, zaburzenia snu, uczucie gniewu i złości oraz bezsilność [16]. Badanie innych autorek również zwróciło na bóle kręgosłupa pielęgniarek (zgłaszało je aż 95,5% badanych), ale wymieniane przez nie były również bóle głowy i silne zmęczenie (93,7%). Inne objawy, jakie często zauważali u siebie ankietowani to objawy grypopodobne [14].

Wypalenie zawodowe ciężko jest zauważyć i zdiagnozować. Niesie to ze sobą duże niebezpieczeństwo, bowiem zazwyczaj, gdy staje się one zauważalne, proces wypalenia zawodowego jest już daleko posunięty. Dzieje się tak, ponieważ ludzie często swoje złe samopoczucie powiązują z problemami innej natury, tak jak trudna sytuacja rodzinna, choroba czy osłabienie z przepracowania. Cechą, która odróżnia syndrom wypalenia zawodowego od innych schorzeń, jest jego trwały charakter. Zauważenie pierwszych symptomów wypalenia

zawodowego, a także kolejnych następstw, pozwala należycie wcześniej zareagować na komunikaty ostrzegawcze.

Konsekwencje wypalenia zawodowego

Myśląc o konsekwencjach wypalenia zawodowego, często widzimy tylko jednostkę. Pracownika z depresją, zdegradowaną osobowością, niskim poczuciem własnej wartości, bez godności i własnej woli. Osobę z problemami natury psychicznej, ale także bólami głowy, kręgosłupa, objawami gastrycznymi czy problemami ze snem. Jednak konsekwencje wypalenia zawodowego możemy i powinniśmy rozpatrywać również jako konsekwencje dla organizacji, społeczeństwa (firmy, pracodawcy, współpracowników). Trzeba na to spojrzeć szerzej. Straty systemu opieki medycznej USA związane z wypaleniem zawodowym ichniejszych lekarzy wynoszą aż 17 miliardów dolarów rocznie [24].

Wypalenie zawodowe jednostki powoduje spadek uzyskiwanych przez nią wyników. Pracownik wypalony nie jest tak samo efektywny i zmotywowany jak pracownik o dobrej kondycji psychicznej i fizycznej. Ponadto, wypalenie jednostki może negatywnie wpływać na atmosferę w miejscu pracy, a przez to wpływać negatywnie na wydajność większej ilości pracowników [25].

W konsekwencji wypalenia może także dochodzić do zagrożenia bezpieczeństwa podopiecznych (klientów), zwłaszcza w przypadku zawodów medycznych, kierowców zawodowych czy pilotów samolotów. Wypalenie zawodowe to jeden z najważniejszych czynników zwiększonego ryzyka wypadków przy pracy. Wpływają na to towarzyszące zjawisku wypalenia zawodowego zmęczenie, wyczerpanie, spadek motywacji do dbałości o higienę pracy oraz dolegliwości fizyczne. Któż z nas by chciał, by jego matkę operował chirurg, który nie dba o higienę pracy? Kto chciałby spotkać na drodze niewyspanego kierowcę ciężarówki? Czy nie obawialibyśmy się wsiąść do samolotu, za którego sterami siedzi pilot uskarżający się na chroniczny ból głowy? Są to te kwestie, które dotyczą nasze całe społeczeństwo [25].

Zarządy i kierownictwa powinny mieć na uwadze, że oszczędzając na zdrowiu swojego pracownika, oszczędza na zdrowiu całej firmy. Kiedy pracodawca nie dba o godziwe wynagrodzenie swoich pracowników, nie wypłaca premii gotówkowych, oszczędza na organizacji szkoleń to tworzy pewien zysk. Jest to jednak zysk pozorny. Zapomina bowiem jednak, że koszt jaki poniósłby, udzielając swoim pracownikom płatnego urlopu

wypoczynkowego i/lub szkoleniowego, podnosząc nieznacznie płace najlepszym podwładnym czy wydając pieniądze na przeprowadzenie szkoleń byłby nieporównywalnie większy niż ten, który wyniknie z utrzymywania nieefektywnego, wypalonego pracownika oraz jego współpracowników.

Profilaktyka wypalenia zawodowego

Elementy profilaktyki wypalenia zawodowego obejmują działania podejmowane przez pracownika oraz pracodawcę. Pracownicy powinni podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, aktywnie uczestniczyć w organizowanych przez miejsce pracy szkoleniach BHP, ustalać sobie realistyczne cele, unikać rutyny, wykazywać się asertywnością, dbać o dobrą komunikację ze współpracownikami i starać się nawiązywać z nimi głębszą, zdrową relację, robić przerwy w pracy (również długie przerwy urlopowe), odpoczywać, relaksować się, zwolnić tempo, wyznaczać granicę między życiem zawodowym a prywatnym, działać zgodnie ze swoim systemem wartości, rozwijać swoje zainteresowania oraz hobby, dbać o swoją dietę, aktywność fizyczną (rekomenduje się aktywność na świeżym powietrzu oraz uprawianie sportów wodnych) oraz zdrowie, dbać o higienę snu i umiejętnie organizować czas pracy.

Biorąc pod uwagę, iż konsekwencje wypalenia zawodowego mają także wymiar ekonomiczny dla pracodawcy, powinien on zawczasu wprowadzić elementy profilaktyki. Zaliczymy do nich organizowanie płatnych przerw w trakcie dnia pracy, udzielanie pracownikom urlopu wypoczynkowego co najmniej dwutygodniowego raz w roku, organizowanie szkoleń BHP, organizowanie szkoleń z zakresu radzenia sobie ze stresem oraz technik relaksacyjnych, określenie jasnego systemu premiowania, stwarzanie możliwości zwiększania kompetencji zawodowych przez pracowników (np. poprzez udzielenie płatnego 100% urlopu szkoleniowego), tworzenie wspierającego klimatu w środowisku pracy, powierzanie pracownikom zadań, które nie przerastają ich kompetencji, dbanie o etos pracy oraz adekwatne wynagradzanie pracowników [25].

Bibliografia

1. Profil World Health Organization (WHO) na domenie Twitter, 2019 (online).
<https://twitter.com/WHO/status/1133456551275094017> (data pobrania: 05.08.2019)

2. International statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD 10 Version 2016, WHO. <https://icd.who.int/browse10/2016/en#/Z73.0> (data pobrania: 05.08.2019)
3. Freudenberger H J.: Staff Burn-Out. Journal of Social Issues, 1974; 30(1): 1-7.
4. Aronson E.: Człowiek istota społeczna, PWN, 2009.
5. Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. Przegląd Psychologiczny, 2001; 3: 301-317.
6. Lubrańska A.: Klimat organizacyjny a doświadczanie wypalenia zawodowego. Medycyna pracy, 2011; 62(6): 623-631.
7. De Hoogh A., Den Hartog D.: Neuroticism and locus of control as moderators of the relationships of charismatic and autocratic leadership with burnout. Journal of Applied Psychology, 2009; 94 (4).
8. Grunt-Mejer K.: Wypalenie zawodowe – czynnik obniżający poziom bezpieczeństwa w pracy. Bezpieczeństwo Pracy, 2012; 4: 12-14.
9. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Czynniki szkodliwe oraz obciążenie pracą pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Część II. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011; 3: 269-273.
10. Kowalczyk K., Zdańska A., Krajewska- Kułak E., i wsp.: Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. Problemy Pielęgniarstwa, 2011; 19: 307-314.
11. Nowak-Starz G., Kozak B., Zdziebło K.: Wpływ stresu związanego z pracą zawodową na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na oddziałach zabiegowych i zachowawczych. Studia Medyczne, 2013; 29(1): 15-21.
12. Kędra E., Sanak K.: Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2013; 3: 119-132.
13. Wieder-Huszla S., Żak B., Jurczak A., Augustyniuk K., i wsp.: Wypalenie zawodowe wśród personelu pielęgniarskiego. Family Medicine&Primary Care Review, 2016; 18(1): 63-68.
14. Ogińska J., Żuralska R.: Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. Problemy Pielęgniarstwa, 2010; 18(4): 435-442.
15. Sowińska K., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A., Świątlik D.: Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa w opinii pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa, 2012; 20(3): 361-368.

16. Lewandowska A., Litwin B.: Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2009; 55(2): 83-89.
17. Włodarczyk D., Obacz W.: Perfekcjonizm, wybrane cechy demograficzne i zawodowe jako predykatory wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym. *Medycyna Pracy*, 2013; 64(6): 761-773.
18. Sobczak M.: Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2010; 18 (2): 207-211.
19. Haor B., Głowacka M., Ślusarz R., Piotrkowska A.: Zachowania i przeżycia pielęgniarek związane z pracą zawodową. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014; 22(2): 142-146.
20. Sygit E.: Długoletni staż zawodowy pielęgniarek- droga ku wypaleniu zawodowemu? *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2009; 55(2): 83-89.
21. Olkiewicz J., Andruszkiewicz A.: Związek między typami zachowań i przeżyć w pracy a zmiennymi społeczno- demograficznymi w grupie pielęgniarek neurologicznych. *Pielęgniarstwo Neurologiczne i Neurochirurgiczne*, 2012; 1(2): 70-75.
22. Marcysiak M., Dąbrowska O., Marcysiak M.: Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014; 22: 312-318.
23. Cipora E., Smoleń E., Gazdowicz L., Maliwiecka T., Późniak E.: Poziom wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – badania wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2014; 22(3): 252-257.
24. Kowalczyk Mateusz: Wypalenie zawodowe- mit czy rzeczywistość? *Praktyka Lekarska*, 2019: 48-49.
25. Nahrgang J., Morgeson F., Hofmann D.: Safety at Work: A Meta-Analytic Investigation of the Link Between Job Demands, Job Resources, Burnout, Engagement, and Safety Outcomes. *Journal of Applied Psychology*, 2011; 96 (1).

Stopień narażenia pielęgniarek na agresję w miejscu pracy

Dominika Szydłowska^{1, 2}, Barbara Jankowiak³

¹ – Absolwentka Studiów II stopnia Kierunku Pielęgniarstwo Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

² – Klinika Neurochirurgii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

³ – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Pojęcie agresji

Agresja jest problemem złożonym, nie ma jednej powszechnie przyjętej definicji, a próby jej opisanie sięgają bardzo szeroko. Łac. *aggressio* oznacza napaść. Jest ona określana jako zespół zachowań mających na celu zmuszenie przeciwnika do odstąpienia od swoich praw, zamiarów. Określić ją można również jako wrogie zachowanie fizyczne lub słowne, mające na celu wyrządzenie przedmiotowi agresji szkody fizycznej lub psychicznej. Agresja może stać się aktem przemocy lub jedynie sygnalizacją możliwości dokonania takiego aktu. Nie ma zgody co do jednej definicji agresji, a niektórzy badacze definiują ją jako popęd, a nie zachowanie. Tak rozumiana agresja jest popędem wrodzonym, z upływem czasu dochodzi do gromadzenia napięcia popędowego, które musi zostać rozładowywane. Osoba agresywna, napastnik jest określana mianem agresora, a przedmiot agresji musi dążyć do jej uniknięcia, aby uznać zjawisko za akt agresji. Jest to zjawisko negatywne i antyspołeczne, jednak według teorii Freuda skłonność do niej potencjalnie tkwi w każdym organizmie, a jej występowanie nie ma związku z wiekiem, wykształceniem, statusem społecznym [1, 2, 3].

W ostatnich latach jest to rosnący i coraz bardziej powszechny problem społeczny, zjawisko to jest tak częste, że pojawia się w niemal każdej dziedzinie życia człowieka.

Agresja w miejscu pracy jest obszarem, w którym w ostatnich latach agresja przybiera na sile. „Międzynarodowe Biuro Pracy obok narkomanii, alkoholizmu, nikotynizmu i HIV/AIDS, uważa agresję za jeden z głównych problemów społecznych” [4]. Środowisko pracy personelu medycznego ze względu na specyfikę pracy, tj. ciągły kontakt z człowiekiem (pacjentem) jest szczególnie narażone na doznanie ataku agresji.

W kontakcie z agresorem nietrudno wskazać cechy charakterystyczne agresji. Jednostka agresywna jest pobudzona, roszczeniowa, wykazuje chęć dominacji. Jest nastawiona na to, iż ona będzie dyktować warunki, wskazuje na to jej tembr głosu, postawa ciała i gesty. W przypadku agresji fizycznej na pierwszy plan wychodzą takie cechy jak: napięcie mięśni, zaciśnięte pięści, brak reakcji na prośby o zaprzestanie [5, 6].

Teorie agresji

Ze względu na to, że agresja jest problemem bardzo złożonym istnieje wiele teorii na jej temat. Najpopularniejsze z nich to:

- Teoria Freuda – zakłada, że od momentu narodzin w człowieku istnieją dwa instynkty: życia (Eros) oraz śmierci (Tanatos). Instynkt śmierci może być zwrócony do wewnątrz, jak i na zewnątrz. Będąc zwróconym do wewnątrz prowadzi jednostkę do samozniszczenia, samobójstwa. Zwrócony na zewnątrz objawia się m.in. wrogością. Freud zakłada również, że agresja musi zostać co pewien czas rozładowana, w przeciwnym wypadku wywołuje chorobę. Wyładowywana w niewielkich dawkach jest akceptowalna społecznie, jeśli natomiast dojdzie do jej nagromadzenia, przybierze formę skrajną i rozładowuje się w sposób nieakceptowalny społecznie. W nawiązaniu do form rozładowywania agresji istnieje zjawisko katharsis – oczyszczenie, którego użył Arystoteles do opisu rozładowywania agresji poprzez wysiłek fizyczny [7].
- Teoria ewolucji – zwraca uwagę na fakt, iż w obrębie jednego gatunku rodzi się więcej osobników niż może przetrwać do wieku dorosłego. Osobniki mające cechy agresywne mają większą szansę na przetrwanie, a także na przekazanie genów potomstwu. W związku z tym rośnie genetyczna szansa na przekazanie kolejnym pokoleniom agresji [7].

Istnieją również teorie sprzeczne, które próbują wyjaśnić skąd bierze się agresja, czy jest ona uwarunkowana poprzez sytuację społeczną, czynniki środowiskowe, czy ma ona charakter wrodzony. Wśród tych teorii wyróżnia się dwie szczególnie istotne:

- Teoria Lorentza – zakłada, że agresja jest wrodzona i powstała na drodze ewolucji. Oznacza gotowość do walki niezbędną do przetrwania organizmu. Istnieje instynkt, ale także zdolność hamowania agresji, którą ludzie w drodze ewolucji (posiadania wspomnień, wyobrażeń – w przeciwieństwie do zwierząt) zatracili.

- Teoria z Yale – naukowcy z Uniwersytetu w Yale twierdzą, że agresja jest to popęd nabyty. Powstaje w wyniku frustracji spowodowanej zahamowaniem aktywności na cel. Natężenie frustracji, oznaczające siłę agresji jest uwarunkowane wieloczynnikowo. Ma tutaj znaczenie nasilenie motywacji w stosunku do zamierzonego celu, poziomu sprawności intelektualnej człowieka, sytuacji osobniczej [7].

Formy agresji

Jednym z podstawowych podziałów form agresji jest rozgraniczenie jej na agresję psychiczną (werbalną), fizyczną (niewerbalną) oraz seksualną (mieszczącą się w granicach agresji fizycznej jednak ze względu na jej specyfikę podawaną jako oddzielną formę agresji).

Agresja psychiczna objawia się werbalnymi atakami ze strony agresora (atakami słownymi). Zaliczane są tutaj między innymi takie zachowania jak: utarczki słowne, zastraszanie, obelżywa forma wypowiedzi, wyzwiska, poniżanie, lekceważenie, podniesiony ton głosu.

Agresja fizyczna obejmuje pojęcie naruszenia nietykalności fizycznej między innymi poprzez: bezpośrednią napaść, dotykanie, uderzanie dłońmi, kopnięcie, gryzienie, przytrzymywanie ciała, wykręcanie rąk, oplucie, szarpnięcie za ubranie, włosy, oblanie cieczą, rzucenie przedmiotem, atak z użyciem narzędzia.

Agresja seksualna, poza czynnościami wymienionymi w agresji fizycznej a będącymi tłem dla zachowań seksualnych, obejmuje również gwałty oraz zmuszanie do innych zachowań seksualnych [2, 3, 8].

Drugi równie ważny podział obejmuje bezpośredniość, celowość działań, agresję w tym przypadku dzieli się na bezpośrednią i pośrednią.

Agresja bezpośrednia jest wprost ukierunkowana na zadanie ofierze cierpienia. Agresja bezpośrednia fizyczna to np. uderzenie w twarz, kopnięcie, oplucie, szarpanie. Agresja bezpośrednia psychiczna to np. wyzwiska, drwiny, podniesiony ton głosu, publiczne znieważanie ofiary.

Agresja pośrednia są to wszelkie zachowanie podstępne, działania ukierunkowane są na wyrządzenie krzywdy, lecz agresor maskuje swoje zamiary poprzez np. uśmiech. Do agresji pośredniej fizycznej można zaliczyć niszczenie rzeczy ofiary, a do agresji pośredniej psychicznej, np. rozsiewanie nieprawdziwych informacji na temat ofiary, sarkazm [2, 3, 8].

Źródła agresji

Na zachowania agresywne wpływ ma wiele czynników, nierzadko ciężko jest określić czy zachowanie agresywne wynika z usposobienia agresora, czy jest wynikiem toczącego się procesu chorobowego. Wyzwolenie agresji to proces wieloetapowy, a znaczącą rolę odgrywa w nim społeczeństwo. Agresję wywołują zarówno czynniki biologiczne, jak i środowiskowe. Poznanie czynników wywołujących agresję jest ważne w jej zrozumieniu oraz skutecznym reagowaniu i zapobieganiu jej.

Do możliwych somatycznych przyczyn agresji zalicza się [9, 10]:

- organiczne zaburzenia mózgu (urazy głowy, guzy mózgu, zapalenie mózgu, opon mózgowo-rdzeniowych, udary mózgu);
- upośledzenie umysłowe różnego stopnia m. in. w przebiegu dziecięcego porażenia mózgowego;
- otępienie spowodowane chorobą Alzheimera, w przebiegu choroby Parkinsona, chorobami naczyniowymi;
- organiczne zaburzenia osobowości (guz mózgu, stwardnienie rozsiane);
- zaburzenia świadomości (majaczenia na różnym podłożu);
- zaburzenia endokrynologiczne, np. zaburzenia funkcji tarczycy;
- zaburzenia metaboliczne (hipoglikemia, hipoksja, kwasica, niedobory witamin, np. Wit. B12);
- zastosowane leki (digoksyna, cholinolityki, sympatykomimetyki);
- zatrucie lub uzależnienie (alkohol, amfetamina i inne środki psychoaktywne);
- zespół odstawienny poalkoholowy, po nagłym odstawieniu leków psychotropowych, np. benzodiazepin.

Równie istotną rolę odgrywają czynniki środowiskowe, można do nich zaliczyć:

- doświadczanie lub bycie świadkiem agresji w dzieciństwie;
- dysfunkcyjna rodzina;
- wcześniejsze wykorzystywanie seksualne;
- wyalienowanie;
- problemy w nauce;
- problemy z prawem [9, 10].

Na szczególną uwagę zasługują czynniki bezpośrednio związane z ochroną zdrowia. Często to one są główną przyczyną agresji w stosunku do personelu medycznego. Wyróżnia się tu czynniki organizacyjne, np. długi czas oczekiwania na wizytę, nieposzanowanie prawa do intymności poprzez np. zbyt ciasne poczekalnie, konieczność spania w szpitalu na korytarzu, niezrozumiałą strukturę organizacyjną jednostki [11, 12].

Dużą rolę odgrywa także stan kliniczny pacjenta. Występowanie pewnych stanów klinicznych, a także emocji nie sprzyja pokojowej relacji pacjent – personel medyczny. Jest to ból, gorączka, złe rokowanie, strach o zdrowie i życie są często tak silne, że pacjent nie potrafi opanować emocji i paradoksalnie reaguje agresywnie w stosunku do personelu medycznego, który ma zadanie mu pomóc [10, 11].

Błędy tkwią również w postępowaniu personelu medycznego. Brak doświadczenia i zaangażowania ze strony personelu, nieokazywanie empatii, brak informacji zwrotnej, niewłaściwe, niedokładne udzielanie pacjentowi informacji (błędy w komunikacji), traktowanie pacjenta z góry, wchodzenie w rolę „sędziego”, a wreszcie cynizm, często jest podłożem do wyzwolenia sytuacji agresywnej. Pacjent lub jego rodzina są stawiani w sytuacji braku kontroli nad zdrowiem i życiem co prowadzi do narastającej frustracji, a w końcu do zaatakowania personelu medycznego [10-13].

Mimo, że agresja występuje w każdej grupie społecznej, bez względu na płeć, wiek, wyznanie, do jej „wystąpienia predysponuje: młody wiek, płeć męska, brak akceptacji osoby przez otoczenie, w przeszłości przemoc fizyczna w rodzinie i wykorzystywanie seksualne, wcześniejsze problemy z prawem, nadużywanie alkoholu i narkotyków” [10].

Agresja w miejscu pracy pielęgniarzek

Praca zawodowa jest jedną z najważniejszych form aktywności człowieka, wykonując pracę zawodową spełnia on jedną z podstawowych ról społecznych. Praca może oddziaływać na niego pozytywnie, jak również negatywnie, może być źródłem psychicznego dyskomfortu i frustracji. W policyjnych statystykach stale odnotowywany jest gwałtowny wzrost przestępstw z użyciem agresji, wzrasta też liczba ataków agresji w rodzinie. Nie ma więc powodu, aby podobne tendencje nie występowały również w środowisku pracy. Agresja w miejscu pracy, jak i problemy wynikające z zawodowego narażenia na agresję są rosnącym problemem, nieprawdą jest, że ma ona charakter marginalny. Dotyczy praktycznie wszystkich grup zawodowych, a pracownicy ochrony zdrowia są szczególnie na nią narażeni ze względu

na charakter swojej pracy. Pracownicy ochrony zdrowia oraz zatrudnieni w sektorze usług są grupami, w których poziom narażenia zawodowego na agresję należy do najwyższych. Jest to związane ze specyfiką pracy – jej podstawą jest kontakt z ludźmi [14-16].

Nieodłącznym elementem jest tu nawiązywanie bezpośredniego kontaktu z pacjentem, człowiekiem wymagającym pomocy, cierpiącym, sfrustrowanym, który wraz z rodziną niejednokrotnie ma nierealne oczekiwania, co do czasu i jakości realizacji usług medycznych. Z drugiej strony stale rosnące niezadowolenie społeczne spowodowane ograniczonym dostępem do świadczeń opieki medycznej, załamaniem poczucia bezpieczeństwa stają się podłożem zapalnym do odreagowania stresu. Rodzi to frustrację prowadzącą do agresji, która za pierwszy cel ma pracowników medycznych będących najbliższ chorego – pielęgniarki [15, 17, 18].

W każdym miejscu pracy pielęgniarki – poradnia, oddział szpitalny, SOR, izba przyjęć, zespół wyjazdowy R/S, DPS itd. – jest ona narażona na agresję. Oczywiście inną formę i natężenie przybierze ona w poradni, a inną na SOR-ze, inną na oddziale dziecięcym, a inną na oddziale psychiatrycznym, jednak nie istnieje takie miejsce pracy, w którym agresja nie występowałaby [15, 16].

Na agresję psychiczną personel medyczny jest narażony nieustannie, podniesiony głos, używanie wulgaryzmów, pogróżki słowne, straszenie złożeniem skargi – to codzienność ze strony pacjentów, ale równie często ich rodzin. Agresja fizyczna jest nieco rzadsza, najczęściej występujące formy to: kopanie, uderzanie pięścią, gryzienie, rzucanie przedmiotami. Poza ewidentnymi przypadkami agresji fizycznej, na co dzień spotyka się znacznie subtelniejsze formy agresji psychicznej wobec zatrudnionych w podmiotach opieki zdrowotnej. Mimo tego, że drastyczniejszą formę przybiera agresja fizyczna, długotrwałe narażenie na agresję psychiczną może nieść za sobą skutki poważniejsze niż te spowodowane fizyczną napaścią. Często obrażenia fizyczne stają się podstawą do korzystania ze zwolnień lekarskich, jednak to stałe obciążenie psychiczne może być podłożem do zaburzeń sfery psychicznej personelu pielęgniarskiego [15, 19].

Jedną z najpoważniejszych konsekwencji agresji wobec pielęgniarek jest wypalenie zawodowe, skutkujące emocjonalnym wyczerpaniem, niezadowoleniem z pracy, cynizmem wobec siebie, współpracowników i pacjentów. Cynizm, traktowanie pacjenta przedmiotowo, małe zaangażowanie w wykonywaną pracę może być czynnikiem zapalnym reakcji agresywnej pacjenta w sytuacji stresowej. Pojawia się tutaj mechanizm „błédnego koła”. Pielęgniarka

w konsekwencji narażenia na agresję przyjmuje postawę „prowokującą” agresora, przez co wzrasta liczba zachowań agresywnych w stosunku do niej [20].

Wśród społeczeństwa dominuje przekonanie, że praca pielęgniarki związana jest ze służbą pacjentowi, a ataki ze strony chorych są częścią pracy. Także w środowisku pielęgniarskim istnieje pogląd, że narażenie na agresję jest nieodłącznym elementem pracy zawodowej. Spora część pracowników szpitali przyzwyczała się do wyzwisk i obelg ze strony pacjentów i ich rodzin. Mimo, że istnieją procedury oraz specjalna ochrona prawna dla pracowników ochrony zdrowia narażonych na agresję, popularne jest zjawisko „nonreportingu, czyli niezgłaszania aktów agresji przez pielęgniarki mimo dostępności oficjalnej książki raportów” [17]. Zgłaszane są jedyne najbardziej drastyczne przypadki ataków na pracowników, a łagodniejsze formy agresji są pomijane. Niezgłaszanie ataków agresji wynika z faktu przekonania o bezzasadności zgłaszania tego typu ataków, niskim wymiarze ewentualnej kary, odstąpieniu od wymierzenia kary, jeśli doszłoby do sprawy sądowej ze względu na stan kliniczny, odurzenie alkoholowe pacjenta [15, 17, 18].

Niestety agresja ze strony pacjentów i ich rodzin nie jest jedynym zagrożeniem w miejscu pracy pielęgniarki. Równie istotną rolę odgrywa tu agresja ze strony współpracowników i przełożonych. Problem przemocy to nie tylko nieprzyzwoite komentarze i drobne „docinki” – choć należy pamiętać, że i one mogą być dla ofiary bardzo krzywdzące. To także szeroko rozumiane i rozciągnięte w czasie zachowania z obszaru mobbingu i inne poważne incydenty: przemoc fizyczna i molestowanie seksualne. Podłożem agresji może być zarówno stres, który ma swoje źródło w czynnikach związanych z pracą, jak i ten, którego źródło tkwi poza miejscem pracy, np. w domu. Znaczenie ma tutaj wiele stresogenów, takich jak kłopoty finansowe, rozwód, choroba w rodzinie, poczucie wyalienowania lub napięte relacje ze współpracownikami, a nawet poczucie, że jest się „na celowniku” kierownictwa.

Ofierze agresji często trudno jest walczyć z agresorem z powodu jego wyższej pozycji zawodowej, a co za tym idzie obawy przed utratą pracy. Kolejne czynniki, które wpływają na fakt, że agresor może mieć przewagę to dłuższy staż pracy agresora, brak poparcia dla ofiary ze strony współpracowników [14, 15, 20].

Z problemem agresji pielęgniarka nie spotyka się po raz pierwszy w czasie pracy. Już w trakcie studiów studenci pielęgniarstwa mają styczność z agresją, głównie w trakcie praktyk zawodowych i zajęć praktycznych w jednostkach opieki zdrowotnej. W większości przypadków studenci są narażeni na agresję słowną. Zarówno skierowaną w swoją stronę,

jak również są jej świadkami w stosunku do innych członków zespołu terapeutycznego. Często padają ofiarą agresji ze strony członków zespołu: kolegów, personelu, lekarzy lub opiekunów praktyk. Są narażeni na lekceważenie, wyśmiewanie, nieprzyjemne docinki. Rzadziej doświadczają natomiast agresji fizycznej i gróźb, choć niejednokrotnie są jej świadkami. Studenci przeżywają wtedy emocje podobne do tych, których doświadcza pracujący już personel pielęgniarski [18].

Metody zapobiegania, unikania agresji

Od przemocy nie da się uciec, każdy pracownik ochrony zdrowia prędzej czy później się z nią spotka. Dlatego tak ważne jest, aby personel medyczny miał wiedzę i umiejętności chroniące go przed niepożądaną agresją. Wiedza pracowników w większości jest tylko intuicyjna, pomimo wprowadzonych procedur postępowania z agresywnym pacjentem [21].

„Personel każdej jednostki opieki zdrowotnej powinien być przeszkolony w zasadach postępowania z pacjentem pobudzonym, tak aby działania podjęte przez jego członków były spójne i harmonijne, a nie chaotyczne i wzajemnie się wykluczające” [22]. Podstawą powinna być eliminacja tzw. „punktów zapalnych”, aby nie dopuścić do wybuchu agresji. W każdej placówce należy podjąć działania zmierzające do poznania najczęstszych przyczyn frustracji pacjentów, a następnie poprzez zmiany organizacyjne oraz zachowanie personelu próbować obniżyć poziom frustracji pacjentów.

Aby obniżyć ryzyko związane z zachowaniem agresywnym pacjenta należy stosować techniki słowne i bezsłowne, do których należą:

- unikanie sporów, zachowań prowokacyjnych, ale również unikanie lekceważenia agresora licząc, że agresja minie;
- unikanie przebywania z osobą agresywną w zamkniętym pomieszczeniu, najlepiej interweniować w kilkusobowej grupie – działa to stopująco na agresora;
- uzyskanie jak największej liczby informacji o agresorze, w szczególności możliwych przyczyn pobudzenia;
- zachowanie spokoju i opanowania, nieprzejawianie strachu;
- zwracanie się do agresora spokojnym, ale śmiałym tonem;
- przedstawienie się – brak anonimowości obniża napięcie;
- zadeklarowanie chęci pomocy, przekonanie pacjenta o chęci zapewnienia bezpieczeństwa jemu i wszystkim obecnym;

- odwrócenie uwagi poprzez np. zaproponowanie telefonu – możliwość rozmowy z bliskimi lub innej rzeczy, która mogłaby obniżyć poziom agresji, a nie stanowiłaby dodatkowego zagrożenia;
- ograniczenie dostępu do niebezpiecznych przedmiotów (sztućce, nożyczki, sprzęt medyczny);
- unikanie zbliżania się na odległość mniejszą niż 2 metry, zachowanie dystansu fizycznego;
- przyjęcie postawy defensywnej tj. naprzeciwko agresora, z jego słabszej strony, ręce opuszczone wzdłuż tułowia. Ręce zaplecione na piersiach mogą być sygnałem wrogości lub autorytetu;
- zbliżanie się do pacjenta powoli, aby go nie zaskoczyć;
- gdy perswazja nie odnosi skutku, zastosować przymus bezpośredni po uprzedzeniu pacjenta, na zlecenie lekarza podać leki uspokajające [21, 23-26].

Powyższe działania mają zastosowanie np. przy chorym w upojeniu alkoholowym. Jednak, gdy pobudzenie pacjenta wywołane jest stanem somatycznym zagrażającym życiu w większości jest to agresja krótkotrwała ze względu na szybko pogarszający się stan chorego. Zachowania te są impulsywne, chaotyczne, zwykle więc pacjent nie jest w stanie wyrządzić osobom trzecim krzywdy. W takiej sytuacji należy uspokoić chorego i jak najszybciej podjąć działania diagnostyczne i terapeutyczne zmierzające do poprawy stanu somatycznego [22, 27].

Inną formą zapobiegania agresji jest stosowanie przymusu bezpośredniego, stosowanego w stosunku do pacjentów, którzy:

- dopuszczają się zamachu przeciwko życiu lub zdrowiu własnemu lub innej osoby lub też bezpieczeństwu powszechnemu;
- gwałtownie niszczą lub uszkadzają przedmioty we własnym otoczeniu;
- poważnie uniemożliwiają funkcjonowanie zakładu psychiatrycznego lub jednostki organizacyjnej pomocy społecznej [28].

Należy jednak pamiętać, że przymus bezpośredni jest działaniem ograniczającym nietykalność osobistą i cielesną pacjenta i z tego względu powinien być stosowany jedynie w sytuacji, kiedy jest niezbędny, a wszystkie inne formy działań terapeutycznych zostały wyczerpane. Na każdym etapie leczenia i opieki nad pacjentem należy respektować przepisy prawa, aby stosowanie przymusu bezpośredniego nie przekształciło się w stosowanie przemocy przez osoby go stosujące [28].

Przymus bezpośredni może polegać na [28]:

- przytrzymaniu, tj. doraźnym, krótkotrwałym unieruchomieniu osoby z użyciem siły fizycznej;
- przymusowym zastosowaniu leków, tj. konieczności uzyskania zgody pacjenta;
- unieruchomieniu, tj. obezwładnieniu osoby z użyciem pasów, uchwytów, prześcieradeł, kaftana bezpieczeństwa lub innych urządzeń;
- izolację, czyli umieszczenie w osobnym, przystosowanym do tego pomieszczeniu.

Unieruchomienie lub izolacja mogą trwać do czterech godzin. Po tym czasie pacjent musi być zbadany, lekarz może w razie potrzeby podjąć decyzję o przedłużeniu stosowania przymusu o kolejne sześć godzin (przedłużanie przymusu bezpośredniego dłużej niż 24 h jest możliwe jedynie w warunkach szpitalnych). Pielęgniarka musi kontrolować stan pacjenta, wobec którego zastosowano przymus bezpośredni nie rzadziej niż co kwadrans, a co najmniej cztery godziny pacjent taki musi być uwalniany celem zmiany pozycji, zaspokojenia potrzeb fizjologicznych i wykonania czynności higienicznych [28, 29].

Również możliwe jest zastosowanie farmakoterapii, o której decyduje lekarz. Należy jednak pamiętać, że efekt podania leków jest odroczony w czasie, a w sytuacji pobudzenia pacjenta zwykle liczy się szybkość reakcji.

Jeśli sytuacja jest na tyle opanowana, że pacjent zgodzi się przyjąć lek doustnie, należy wybrać tą drogę podania. Jest to forma okazania szacunku a dodatkowo włączenie chorego w proces leczniczy może w niektórych przypadkach zredukować napięcie. Z kolei zastosowanie formy pozajelitowej leku zapewnia szybszy efekt działania. Przy wyborze leków należy się kierować aktualnym stanem psychosomatycznym chorego, chorobami współistniejącymi, wcześniej przyjmowanymi lekami. U osoby z zaburzeniami psychotycznymi lekami z wyboru będą neuroleptyki, w przypadku pobudzenia niepsychotycznego – leki z grupy benzodiazepin [22, 30].

Do najpopularniejszych substancji stosowanych w przypadku pobudzenia należą:

- Haloperidol – lek z grupy neuroleptyków, najpowszechniej stosowany u pacjentów agresywnych. Występuje w tabletkach, kroplach i ampułkach do iniekcji domięśniowej. Lek bezpieczny dla układu sercowo-naczyniowego, przy krótkim stosowaniu nie wywołuje poważnych objawów niepożądanych. Jednak niezależnie od podanej dawki jego podanie wiąże się z wystąpieniem ostrego zespołu poneuroleptycznego (szczególnie narażeni są na to młodzi mężczyźni) lub wystąpieniem objawów

pozapiramidowych. Maksymalna dawka dobowa wynosi 30 mg, a pojedyncze dawki można powtarzać co 30-40 minut, aż do uspokojenia się pacjenta.

- Klonazepam lub diazepam – leki z grupy benzodiazepin. Cechują się niskim ryzykiem skutków ubocznych, choć diazepam działa deprywacyjnie na ośrodek oddechowy w pniu mózgu i z tego względu jest rzadziej stosowany niż klonazepam. Poza efektem uspokajającym i przeciwlękowym działają zmiotczająco na mięśnie i zapobiegają napadom padaczkowym. Szczególnie w przypadku np. zespołu odstawiennego. Mogą być podawane doustne, domięśniowo lub dożylnie.
- Zuklopentiksol – przeznaczony jest do początkowego leczenia ostrych psychoz, manii i zaostrzenia zaburzeń psychotycznych. Pojedyncze wstrzyknięcie leku zapewnia wyraźne i szybkie zmniejszenie objawów psychotycznych. Działanie utrzymuje się przez 2 do 3 dni i na ogół wystarczy jedno lub dwa wstrzyknięcia, po których można przestawić pacjenta na leczenie postacią doustną lub o przedłużonym uwalnianiu. Jest to lek dający stosunkowo mało powikłań, często stosowany w psychiatrii.
- Chlorpromazyna – lek neuroleptyczny, o silnym działaniu uspokajającym i przeciwpsychotycznym. Preparat jest wskazany w leczeniu stanów lękowych, pobudzenia ruchowego, gwałtownych lub niebezpiecznych zachowań impulsywnych (wspomagające, krótkotrwałe leczenie).

Konsekwencje narażenia na agresję

Naturalną reakcją w sytuacji narażenia na agresję są przykre doświadczenia emocjonalne: złość, odczuwanie lęku, poczucie bezradności. Powtarzające się tego typu emocje mogą prowadzić do unikania i wycofania się ze swoich obowiązków, w celu uniknięcia zagrożenia, nierzadko prowadzić to może do porzucenia pracy. Narażenie na agresję zmienia miejsce pracy w zagrażające i odpychające. Niekiedy nawet dochodzi do zachowań agresywnych ofiary w stosunku do agresora lub innych osób. W ten sposób ofiara agresji staje się agresorem [31, 32].

Agresja pacjentów i ich rodzin, zła współpraca z nimi jest jednym z czynników sprzyjających wystąpieniu zespołu wypalenia zawodowego, czyli często występującego zjawiska w ochronie zdrowia, które niesie za sobą negatywne skutki zarówno dla pracowników, jak i pacjentów [33, 34]. Objawy tego zespołu dzieli się na trzy kategorie: wyczerpanie fizyczne, wyczerpanie emocjonalne, wyczerpanie psychiczne. Oprócz sfery zawodowej, wypalenie oddziałuje

na relacje rodzinne. Pracownik jest nerwowy i konfliktowy, co powoduje narastanie nieporozumień pomiędzy członkami rodziny. Obniża to jakość relacji interpersonalnych pomiędzy bliskimi. Wszystkie przytoczone objawy dotyczą kilku obszarów życia i wpływają negatywnie na całokształt funkcjonowania człowieka.

Konsekwencje doświadczanej agresji w środowisku pracy na poziomie jednostkowym rzutują na funkcjonowanie całej organizacji. Wypalenie zawodowe niesie za sobą negatywne konsekwencje organizacyjne. Obniża się jakość i wydajność pracy, częściej występuje absencja chorobowa, rosną koszty związane z koniecznością zatrudnienia nowego pracownika. Zwiększone jest ryzyko wypadków w pracy, częstsze są przypadki wcześniejszego odchodzenia na emeryturę lub odchodzenia z danej placówki [33, 34].

Wreszcie, w sytuacjach ekstremalnych, na szczęście dość rzadkich, na skutek konfrontacji z agresorem, może rozwinąć się stres traumatyczny, a nawet zespół zaburzeń po stresie potraumatycznym (PTSD). Prowadzą one do poważnych dysfunkcji, zaburzeń natury psychologicznej [31].

Działania mające na celu ograniczenie zjawiska agresji powinny rozpocząć się od poznania charakterystyki jego występowania w środowisku pracy w odniesieniu do konkretnej placówki opieki zdrowotnej. Pozwoli to na wdrożenie indywidualnych planów zapobiegania agresji i przeciwdziałaniu jej negatywnym skutkom. Wprowadzenie systemu monitorowania agresji mogłyby być próbą walki z tym niepokojącym zjawiskiem.

Jednym z takich rozwiązań jest SYSTEM MONITOROWANIA AGRESJI W OCHRONIE ZDROWIA (MAWOZ), utworzony przez Naczelna Izbę Lekarską i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych w celu umożliwienia zgłaszania lekarzom oraz pielęgniarkom i położnym przypadków agresji w ich miejscu pracy. Co pozwoli na opracowanie metod zapobiegania agresji i ocenę efektu zastosowanych działań [3].

Celem pracy było określenie częstości występowania agresji w stosunku do pielęgniarek oraz określenie najczęstszych form występującej agresji.

Materiał i metodyka badań

Badanie zostało przeprowadzone wśród 152 czynnych zawodowo pielęgniarek (145 osób) i pielęgniarzy (7 osób), którzy wyrazili chęć wzięcia udziału w internetowej ankiecie

udostępnianej na forach pielęgniarskich – grupa „Pielęgniarki, Pielęgniarze-najlepszy zawód” na portalu Facebook. Badanie trwało od stycznia 2019 do lutego 2019 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku nr R-I-002/497/2018.

Badanie przeprowadzono w oparciu o metodę sondażu diagnostycznego, a narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który umożliwił sprawdzenie poziomu narażenia na agresję pracujących zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy w miejscu pracy.

Kwestionariusz ankiety składał się z 24 pytań: 3 pytań otwartych oraz 21 pytań zamkniętych jedno- lub wielokrotnego wyboru. Badanie było anonimowe, dobrowolne, respondent na każdym etapie trwania badania mógł zrezygnować z udziału w nim, bez podania przyczyny. Kwestionariusz ankiety składał się z trzech części. W pierwszej części umieszczono pytania dotyczące: wieku, płci, miejsca zamieszkania, wykształcenia oraz statusu zawodowego badanych. Część druga obejmowała pytania dotyczące stopnia i rodzaju agresji, na którą respondenci są narażeni. Trzecia część to kwestionariusz do oceny cech pracy.

Badania poddano analizie ilościowej. Wyniki przedstawiono w postaci rycin oraz tabel. Do opracowania danych wykorzystano arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel.

Wyniki

Przedstawienie grupy badawczej

W badaniu udział wzięło 152 osoby, z których większość stanowiły kobiety (95%). Mężczyzn było jedynie 5%.

Największą grupę ankietowanych (37,5%) stanowiły osoby w wieku od 26 do 35 lat. Na drugim miejscu (28,3%) uplasowali się respondenci w przedziale wiekowym od 46 do 55. Znaczną grupę (23,7%) stanowiły osoby w średnim wieku. Najmniej (6,6%) było ankietowanych do 25 roku życia i tych, którzy ukończyli 55 lat (3,9%).

Staż pracy personelu medycznego był zróżnicowany. Najwięcej ankietowanych (28,9%) pracowało w zawodzie pielęgniarki lub pielęgniarza powyżej 20 lat. Na drugim miejscu uplasowały się osoby stażem zawodowym od 11 do 20 lat (26,3%). Duża grupa (23,1%) pracuje w zawodzie nie dłużej niż 5 lat.

Jeśli chodzi o wykształcenie to dominowały osoby z wykształceniem wyższym pielęgniariskim (80,3%). Inne wyższe wykształcenie posiadało 5,9% badanych. Średnią szkołę ukończyło 9,9% osób.

Największą liczbę stanowili respondenci będący w związku małżeńskim (66,4%). Osób stanu wolnego było 20,4%, rozwiedzionych 11,8%. Najmniej liczną grupę stanowiły wdowy i wdowcy (1,4%).

Osoby badane pracowały w różnych placówkach i oddziałach, od POZ i specjalistycznych poradni (13,1%), przez różne oddziały w szpitalach, np. zachowawczy (33,5%), chorób wewnętrznych (13,1%), kończąc na psychiatrii sądowej (1,3%). Do kategorii „inne” zakwalifikowano osoby, których miejsce pracy pojawiało się najrzadziej. Do takich zalicza się: areszt śledczy (0,6%), DPS i ZOL (1,3%), pogotowie ratunkowe (0,6%).

Najwięcej respondentów to pielęgniarki odcinkowe (64,4%) i zabiegowe (13,1%). Nieduży procent to pielęgniarki koordynujące (5,9%) i zastępcy oddziałowych (3,9%). Najmniejszą grupę stanowiły pielęgniarki zatrudnione w szkole (0,6%), przychodniach (0,6%), specjalistki (0,6%) i perfuzjoniści (0,6%).

Ogromna większość respondentów (81,6%) zatrudnionych jest w równoważnym systemie czasu pracy. Mniejsza grupa (18%) pracuje w podstawowym systemie pracy, który wynosi osiem godzin. 39% badanych często pozostaje w pracy po godzinach. Sporadycznie zdarza się to 27% ankietowanym. Z kolei na odpowiedź „rzadko” wskazało 22% osób.

Szczegółowa prezentacja uzyskanych wyników

Zjawisko agresji jest coraz powszechniejsze, wskazują na to także wyniki przeprowadzonych badań. W pracy zajęto się następującymi rodzajami agresji: krzyk, pogrożki, szantaż, próba ataku, czynna napaść, obrażanie, postrzeganie pacjentów jako agresywnych. Zadaniem respondentów było określenie przy użyciu sześciostopniowej skali, jak często spotykają się w swojej pracy z wszystkimi sytuacjami opisanymi w pytaniach. Skala odpowiedzi mieściła się w granicach: „codziennie” do „nigdy” uwzględniając również odpowiedź „nie dotyczy mojego stanowiska pracy”. Zastosowanie stwierdzenia „nie dotyczy mojego stanowiska pracy” miało na celu wykluczenie z analizy, wyników tych osób, które np. nie pracują w miejscu, którego dana kwestia może dotyczyć lub nie posiadają podwładnych, współpracowników

czy przełożonych, co pozwala uniknąć zafałszowania wyników poprzez niedoszacowanie częstości zachowań agresywnych, których źródłem są różne osoby w miejscu pracy.

Jak się okazuje personel pielęgniarski często pada ofiarą agresji, ze strony pacjentów. Najczęściej zachowania agresywne przyjmują formę krzyku. Kilka razy w roku w stronę respondentów kierowane są pogróżki (36,8%) i próby zaatakowania (38,1%). Aż 53,9% osób przyznało, że kilka razy w miesiącu słyszy w swoim kierunku wulgarne słowa. Najrzadziej zespół pielęgniarski doświadcza bezpośredniego ataku fizycznego. 27,9% nigdy nie było szantażowanych. Co ciekawe nie było respondenta, który nie spotkał się z żadną z ujętych w kwestionariuszu form agresji (Tabela I).

Tabela I. Częstość i rodzaje doświadczanej agresji ze strony pacjentów (% , n=152)

Kategorie odpowiedzi		Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Nigdy	Nie dotyczy
Krzyk	n	22	43	38	34	7	8
	%	14,4%	28,3%	25,0%	22,3%	4,6%	5,3%
Pogróżki	n	5	25	35	56	16	15
	%	3,3%	16,4%	23%	36,8%	10,5%	10,0%
Szantaż	n	3	17	21	49	42	20
	%	2,0%	11,1%	13,8%	32,2%	27,9%	13,0%
Próba ataku	n	0	12	42	87	11	0
	%	0,0%	8,0%	28,0%	57,0%	7,0%	0,0%
Ocena jako groźny	n	5	20	30	66	16	15
	%	3,3%	13,1%	19,7%	43,4%	10,5%	10,0%
Wulgaryzmy	n	15	49	81	6	1	0
	%	9,9%	32,3%	53,9%	3,5%	0,5%	0%
Atak fizyczny	n	0	3	9	59	72	9
	%	0%	2,0%	5,9%	38,1%	46,7%	6,3%

W badaniu poruszono problematykę zachowań agresywnych przełożonych. Ukazane w Tabeli II wyniki badań wskazują na to, że respondenci rzadziej doświadczają agresji ze strony przełożonych, aniżeli ze strony pacjentów. Zebrane dane ukazują, że kilka razy w roku 24,3% badanych jest szantażowanych przez szefostwo. Niepokojąco wysoki procent ankietowanych (10,5%) kilka razy w miesiącu otrzymuje pogróżki. Pocieszające, że 93,4% przyznało, iż nigdy

nie zostało fizycznie zaatakowanych przez szefa. Codziennie wulgarne słowa słyszy 1,9% badanych.

Tabela II. Częstość i rodzaje doświadczanej agresji ze strony przełożonych (%; n=152)

Kategorie odpowiedzi			Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Nigdy	Nie dotyczy
Krzyk		n	6	18	27	49	51	1
		%	3,9%	11,8%	17,7%	32,2%	33,6%	0,8%
Pogróżki		n	3	3	16	26	103	1
		%	1,9%	1,9%	10,5%	17,1%	67,7%	0,8%
Szantaż		n	2	4	12	37	95	2
		%	1,4%	2,6%	7,9%	24,3%	62,5%	1,4%
Próba ataku		n	1	1	1	6	140	3
		%	0,7%	0,7%	0,6%	3,9%	92,1%	2%
Ocena jako groźny		n	3	5	17	34	91	2
		%	2,0%	3,3%	11,2%	22,4%	59,9%	1,4%
Wulgaryzmy		n	3	4	10	27	106	2
		%	2,0%	2,6%	6,6%	17,8%	69,7%	1,3%
Atak fizyczny		n	0	0	2	6	142	2
		%	0,0%	0,0%	1,4%	3,9%	93,3%	1,4%

Bardzo istotna jest życzliwa współpraca pielęgniarek z lekarzami. Jak wynika z przeprowadzonych badań zdarza się, że pielęgniarki i pielęgniarze są kilka razy w roku szantażowani (13,8%), czy też otrzymują pogróżki (18,4%) ze strony współpracujących lekarzy. Najczęstszą formą agresji jest jednak krzyk (42,1%), z którym ankietowani mają do czynienia kilka razy w roku. Szczegółowe dane dotyczące tej kwestii ukazuje Tabela III.

Tabela III. Częstość i rodzaje doświadczanej agresji ze strony współpracujących lekarzy (% , n=152)

Kategorie odpowiedzi		Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Nigdy	Nie dotyczy
Krzyk	n	2	12	29	64	43	2
	%	1,4%	7,8%	19,1%	42,1%	28,3%	1,4%
Pogróżki	n	2	5	5	28	110	2
	%	1,4%	3,3%	3,3%	18,4%	72,3%	1,4%
Szantaż	n	2	3	2	21	122	2
	%	1,4%	2,0%	1,4%	13,6%	80,2%	1,4%
Próba ataku	n	0	0	2	2	148	0
	%	0%	0%	1,4%	1,4%	97,2%	0%
Ocena jako groźny	n	1	1	5	21	123	1
	%	0,6%	0,6%	3,2%	13,8%	80,9%	0,6%
Wulgaryzmy	n	2	5	10	49	86	0
	%	1,3%	3,9%	6,6%	32,2%	55,9%	0,0%
Atak fizyczny	n	0	0	1	2	149	0
	%	0,0%	0,0%	0,6%	1,4%	98,0%	0,0%

Wyniki uzyskane w badanej grupie pielęgniarek i pielęgniarzy wskazują, że respondenci rzadko doświadczają agresji ze strony współpracowników. Kilka razy w roku badani są obsypywani wulgaryzmami (33,5%), doświadczają krzyku (45,3%) oraz otrzymują pogróżki (20,4%). Zdecydowana większość, bo 77,6% badanych nigdy nie było szantażowanych. Nieco mniej, bo 76,3% pielęgniarek nie postrzegało współpracowników jako groźnych. 97,3% badanych nie było ofiarą ataku fizycznego.

18,4% pielęgniarek stwierdziło, że współpracownicy krzyczą na nich kilka razy w miesiącu. Prawie 8% ankietowanych doświadcza tego kilka razy w tygodniu. Z kolei codziennie 0,6% badanych jest szantażowanych i ocenianych jako potencjalnie groźnych. Mały procent, bo 1,4% jest obrażanych przez współpracowników, a 2% podnosi na nich głos. Szczegółowe dane prezentuje Tabela IV.

Tabela IV. Częstość i rodzaje doświadczanej agresji ze strony współpracowników (% , n=152)

Kategorie odpowiedzi		Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Nigdy	Nie dotyczy
Krzyk	n	3	12	28	69	40	0
	%	2,0%	7,8%	18,4%	45,3%	26,3%	0,0%
Pogróżki	n	1	2	9	31	109	0
	%	0,8%	1,4%	5,9%	20,2%	71,7%	0,0%
Szantaż	n	1	1	7	24	118	1
	%	0,8%	0,8%	4,6%	16,0%	77,8%	0,8%
Próba ataku	n	0	0	1	5	146	0
	%	0,0%	0,0%	0,8%	3,2%	96,0%	0,0%
Ocena jako groźny	n	1	1	2	32	116	0
	%	0,8%	0,8%	1,4%	21,0%	76,3%	0,0%
Wulgaryzmy	n	2	2	13	51	84	0
	%	1,31%	1,31%	8,55%	33,5%	55,2%	0,0%
Atak fizyczny	n	0	0	1	3	148	0
	%	0%	0%	0,8%	2,0%	97,3%	0,0%

Źródłem stresu dla pielęgniarek może być także agresywna postawa ze strony podwładnych. Badania wykazały, że pielęgniarki i pielęgniarze bardzo rzadko lub wcale nie są ofiarami agresji ze strony podwładnych. Połowa respondentów nigdy nie doświadczyła agresji werbalnej. Większość, bo 71,5% nigdy nie usłyszała wulgaryzmów. 90% ankietowanych nie było ofiarą ataku fizycznego. Kilka razy w roku podwładni podnoszą głos na pielęgniarki (31,5%). Pocieszający jest fakt, że tylko nieliczne osoby codziennie doświadczają krzyku (1,4%) i wulgaryzmów (2%). Szczegółowe dane prezentuje Tabela V.

Tabela V. Częstość i rodzaje doświadczanej agresji ze strony podwładnych (%; n=152)

Kategorie odpowiedzi		Codziennie	Kilka razy w tygodniu	Kilka razy w miesiącu	Kilka razy w roku	Nigdy	Nie dotyczy
Krzyk	n	2	7	5	48	76	14
	%	1,4%	4,6%	3,2%	31,5%	50,0%	9,3%
Pogróżki	n	3	1	2	13	120	13
	%	2,0%	0,8%	1,4%	8,5%	78,8%	8,5%
Szantaż	n	0	2	1	90	127	12
	%	0,0%	1,4%	0,8%	5,9%	84,1%	7,8%
Próba ataku	n	0	1	0	2	137	13
	%	0,0%	0,8%	0,0%	1,4%	89,3%	8,5%
Ocena jako groźny	n	0	1	0	7	131	13
	%	0,0%	0,8%	0,0%	4,6%	86,1%	8,5%
Wulgaryzmy	n	2	2	7	4	110	27
	%	2,0%	2,0%	4,5%	2,9%	71,5%	17,1%
Atak fizyczny	n	0	1	0	0	137	14
	%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	90,0%	9,2%

Spośród wszystkich sfer funkcjonowania człowieka, szczególnie narażone na pojawienie się aktów agresji są te, które wiążą się z przebywaniem z innymi ludźmi lub koniecznością nawiązywania z nimi kontaktów. Takim środowiskiem jest z pewnością miejsce pracy, w którym w większości przypadków, poza realizowaniem zadań zawodowych, pracownicy muszą funkcjonować w większej grupie, współpracując ze sobą, co może prowadzić do różnego rodzaju sytuacji konfliktowych. Przejawy zachowań patologicznych w miejscu pracy od wieków towarzyszą człowiekowi. Obecnie są coraz częstsze i coraz bardziej złożone, a przez to niejednoznaczne, przez co trudno je dostrzec lub prawidłowo ocenić. Niektóre z nich mają ciche przyzwolenie otoczenia, wynikające z istniejących norm społecznych czy kultury organizacyjnej.

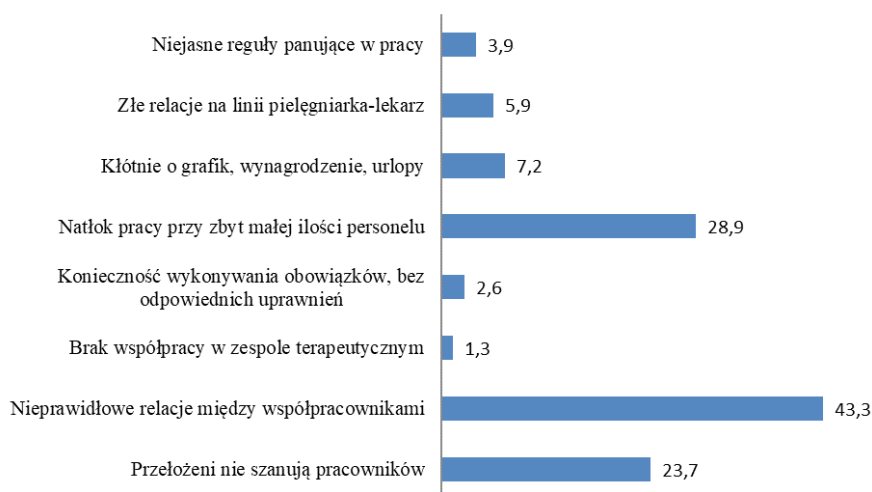
Respondenci zapytani o przyczyny agresji w miejscu pracy, najczęściej wskazywali: kontakt z pacjentem znajdującym się pod wpływem alkoholu lub w trakcie delirium (30,9%), długi czas oczekiwania na wizytę, co powoduje rozdrażnienie (21,7%), czy też brak szacunku do pielęgniarek (23,6%). Rzadziej jako przyczynę agresji wskazywano: stan psychiczny i kliniczny pacjenta (10,52%), nerwy szefa (12,5%), stres (13,8%) oraz zbyt małą liczbę personelu (14,4%). Dane dotyczące tej kwestii prezentuje Rycina 1.



Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać więcej niż 1 odpowiedź

Rycina 1. Przyczyny agresji w miejscu pracy (%)

Kolejne pytanie zamieszczone w kwestionariuszu ankiety, dostarczyło informacji odnośnie przyczyn złej atmosfery w miejscu pracy. Jak się okazuje prawie połowa badanych (43,3%) wskazała na nieprawidłowe relacje między współpracownikami. Dość duża grupa, bo 28,9% ma zastrzeżenia do zbyt dużej ilości obowiązków. 23,7% respondentów jest zdania, że przełożeni nie szanują swych podwładnych. Dane dotyczące tej kwestii przedstawia Rycina 2.



Wyniki nie sumują się do 100%, gdyż respondenci mogli wybrać więcej niż 1 odpowiedź

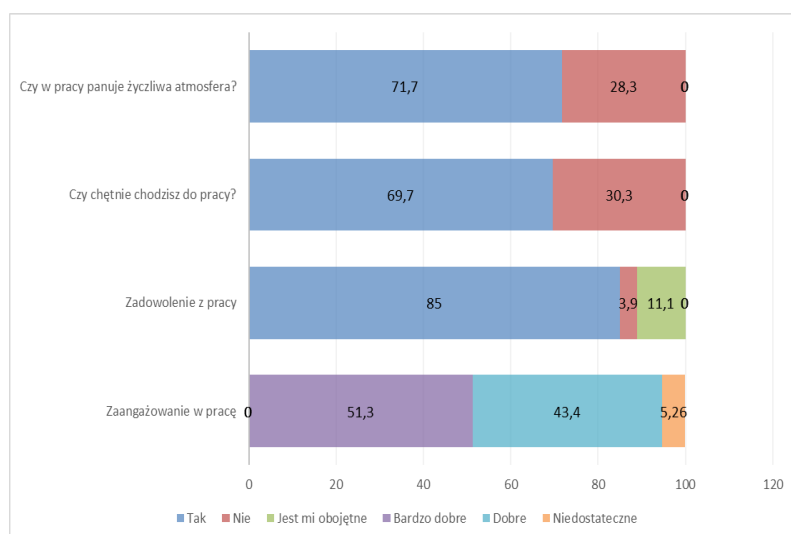
Rycina 2. Przyczyny niewłaściwej atmosfery w miejscu pracy (%)

Z badań wynika, że ogromna większość (85%) respondentów jest zadowolona ze swojej pracy. Znaczny procent ankietowanych (11,1%) stwierdził, że praca jest im obojętna. Natomiast niezadowolone deklarowało 3,9% osób.

Jeśli w pracy panuje życzliwa atmosfera, to wówczas przychodzi się do niej z o wiele lepszym nastawieniem, a obowiązki wykonywane są z większą przyjemnością, wiedząc, że praca sprawia radość i daje dużo satysfakcji. Rezultaty badań wskazują na to, że 69,7% pielęgniarek i pielęgniarzy chętnie przychodzi do pracy. Przeciwnego zdania jest 30,3% osób.

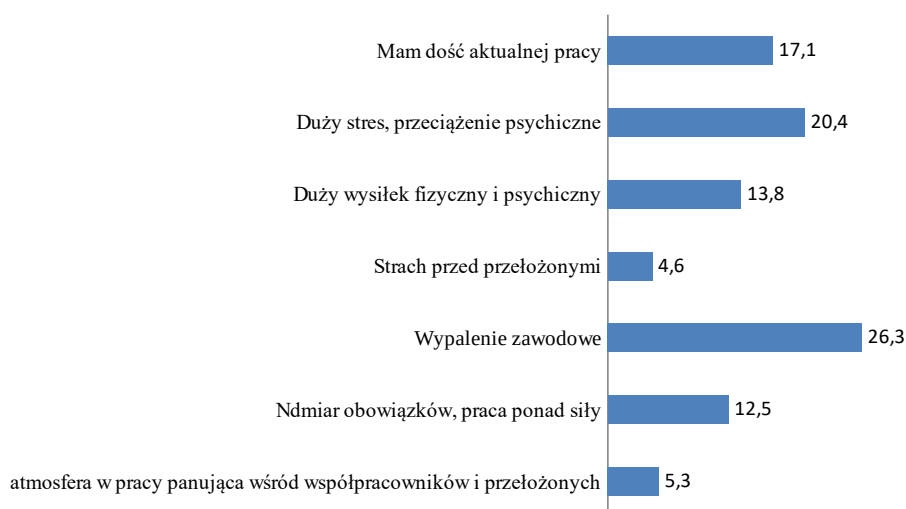
Miła atmosfera w pracy zależy nie tylko od przełożonych, ale i od pracowników. Jeśli wszyscy są wobec siebie życzliwi, szczerzy i pomocni, to i klimat panujący w miejscu zatrudnienia będzie bardzo dobry. Jak wskazuje Rycina 3, większość (71,7%) badanych odpowiedziało, iż w miejscu pracy panuje miła i życzliwa atmosfera. Przeciwnego zdania jest 28,3% ankietowanych.

Ponad połowa respondentów (51,3%) wysoko oceniło swoje zaangażowanie w pracę. Tylko 5,26% uznało, że jest ono dostateczne.



Rycina 3. Opinia respondentów na temat miejsca pracy (%)

Niewłaściwa atmosfera w miejscu pracy, może być przyczyną braku chęci przychodzenia do pracy. Rezultaty badań wskazują na to, że główną pobudką jest wypalenie zawodowe pielęgniarek i pielęgniarzy (26,3%) oraz stres i przeciążenie psychiczne (20,4%). Najrzadziej wskazywano na strach przed przełożonymi (4,6%) i złą atmosferę w pracy panującą wśród przełożonych i współpracowników (5,3%). Dane dotyczące tej kwestii przedstawia Rycina 4.



Rycina 4. Przyczyny braku chęci przychodzenia do pracy (%)

42,1% respondentów deklarowało, że jest raczej zadowolonych z wymagań stawianych przez pracodawcę na ich stanowisku pracy. Zadowolonych było 23% a bardzo zadowolonych 5,3% osób. Na odpowiedź „raczej niezadowolony” wskazało 15,8% ankietowanych. Tylko 4,6% pielęgniarek jest bardzo niezadowolonych z wymagań im stawianych.

W kolejnym pytaniu respondenci wskazywali na poziom zadowolenia, z możliwości realizacji swoich ambicji na zajmowanym stanowisku. Większość, bo 35,5% uważa, że jest raczej zadowolona. Przeciwnego zdania było 21% ankietowanych. Swoje zadowolenie deklarowało 17,8% a bardzo zadowolonych z możliwości realizowania własnych ambicji na stanowisku pielęgniarki było 7,9%.

Ponad połowa (51,3%) pielęgniarek jest zadowolonych ze sposobów rozwiązywania konfliktów w miejscu pracy. Nieco mniej, bo 43,4% wyraziło swoje zadowolenie.

37,5% respondentów jest raczej zadowolonych z relacji interpersonalnych z innymi pielęgniarkami, a 29,6% zadowolonych. Niezadowolenie deklarowało jedynie 6,6% badanych. Dla 40,1% ankietowanych relacje interpersonalne z lekarzami są raczej zadowalające. Zadowolenie deklarowało 25,6% badanych, zaś raczej niezadowolonych jest 15,8% respondentów. Na odpowiedź „bardzo niezadowolony” wskazało 4,6% osób. Pielęgniarki i pielęgniarze są zadowoleni z relacji interpersonalnych z personelem pomocniczym. Zadowolenie deklarowało 44% osób, zaś raczej tego samego zdania było 38,8 badanych. Na odpowiedź „bardzo niezadowolony” wskazało 0,6% badanych.

Dyskusja

Problem agresji jest wśród społeczeństwa coraz bardziej zauważalny, nieunikniony jest zatem fakt, że agresja w ochronie zdrowia staje się coraz powszechniejszym tematem opracowywanym przez wielu badaczy. Coraz większe grono badaczy w swoich pracach skupia się na grupie pracowników ochrony zdrowia, zatem istnieją badania zajmujące się tematem narażenia pielęgniarek na agresję w miejscu pracy [24]. Wciąż jednak brakuje badań obejmujących swoim zasięgiem duże grupy pielęgniarek/pielęgniarzy, które mogłyby precyzyjnie określić skalę zjawiska.

Badaniem objęto 152 czynnych zawodowo pielęgniarek i pielęgniarzy, z czego 128 pracowało w szpitalach, pozostała część w poradniach i innych miejscach jak np. ZOL. Zdecydowana większość respondentów pracowała na stanowisku pielęgniarki odcinkowej, w systemie 12-godzinnym i przyznała, że często zostaje w pracy w godzinach nadliczbowych.

Z przeprowadzonych badań wynika, że grupa zawodowa jaką są pielęgniarki i pielęgniarze często narażona jest na agresję ze strony pacjentów. Nie było respondenta, który nie spotkał się z żadną z umieszczonych w formularzu form agresji. Najczęstsze wymieniane zjawiska to wulgaryzmy, krzyk i pogróżki. Z wulgaryzmami codziennie lub kilka razy w tygodniu spotkało się 42,1% respondentów. Do bycia narażonym na krzyk codziennie lub kilka razy w tygodniu przyznało się 42,7% ankietowanych. Pocieszający jest jednak fakt, że z agresją fizyczną ze strony pacjentów nie miało nigdy do czynienia 46,7% ankietowanych. Mimo wszystko podobna część grupy, bo aż 38,1% respondentów doświadcza jej kilka razy w roku. Nie jest to rażąco częste narażenie jednak nawet taka ilość zachowań agresywnych jest niedopuszczalna.

Do podobnych wniosków doszły w swojej pracy Wojnicka i Włoszczak-Szubzda, które swoim badaniem na temat „Wiedza i umiejętności personelu medycznego w odniesieniu do przejawów agresji ze strony pacjenta” objęły 200 osób (lekarzy, pielęgniarki i ratowników medycznych). Według ich badań pracownicy oddziałów szpitalnych najczęściej wskazują na agresję w formie: krzyku – 82%, wulgaryzmów – 86% i złośliwości – 70% [23].

W badaniach Wojnickiej i Włoszczak-Szubzdy do doświadczania agresji fizycznej czasami i rzadko, przyznało się 69% ankietowanych. Co ciekawe były również 2 osoby, które odpowiedziały, że nie doświadczyły takiej agresji nigdy [23]. Natomiast w badaniach Markiewicza, Łoży i Sroki respondentów, którzy odpowiedzieli, że nie doświadczyli takiej agresji nigdy było aż 31,67% [12]. Jest to wartość zbliżona do uzyskanej w przeprowadzonych badaniach.

W relacjach z przełożonymi dość poważnym problemem są krzyk i pogróżki (10,5%), które ankietowani dostają kilka razy w miesiącu. W pytaniu o agresję ze strony lekarzy dość istotnym problemem wydają się być krzyk i wulgaryzmy kilka razy w miesiącu, wskazuje na nie 6,58% ankietowanych. Bardzo podobne wyniki uzyskano w pytaniu o agresję ze strony współpracowników. Według ankietowanych najczęściej przejawiają oni zachowania agresywne pod postacią krzyków (codziennie-1,97%) i wulgaryzmów. Agresja ze strony podwładnych jest praktycznie marginalna, jedynie nieliczni respondenci wskazywali krzyk jako formę agresji. Zdecydowana większość nigdy takich zjawisk ze strony podwładnych nie doświadczyła.

Jak wynika z przeprowadzonych badań najczęstsze formy agresji wśród pracowników ochrony zdrowia to krzyk i wulgaryzmy.

W swojej pracy Burba i Gotlib uzyskali podobne wyniki. Ich respondenci jako sprawców przemocy jedynie w 12% wskazywali na przełożonych i w 11% na współpracowników. 58% wskazywało sprawców przemocy jako pacjentów i ich rodziny [14]. Mimo, że agresja ze strony przełożonych i współpracowników nie jest zjawiskiem tak powszechnym jak agresja ze strony pacjentów, warto o tym problemie rozmawiać i uświadamiać pracowników, czym jest mobbing, aby sytuacji takich było jak najmniej. W uzyskanych badaniach, aż co 10 ankietowany kilka razy w miesiącu był narażony na zachowania agresywne ze strony przełożonych.

Bardzo podobne badania jednak na grupie ratowników medycznych przeprowadziła Kowalcuk i wsp. w swojej pracy „Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych na agresję w miejscu pracy” [35]. Możemy uznać, że stanowisko ratownika medycznego i pielęgniarki jest bardzo zbliżone, zatem istnieje możliwość obiektywnego porównania wyników. Wymienione wcześniej badania zostały przeprowadzone wśród 126 ratowników medycznych pracujących w SOR, izbie przyjęć lub zespole wyjazdowym R. Autorzy badali narażenie na agresję ze strony pacjentów, przełożonych oraz lekarzy, a także formy agresji. Wszyscy ratownicy w swojej pracy codziennie spotykali się z agresją. Najczęstszą formą agresji pacjentów wobec ratowników był podniesiony głos (ponad 90% ankietowanych), przełożeni również najczęściej używali tej formy agresji, jednak w znacznie mniejszym stopniu. 23% ratowników pracujących na SOR i 45% ratowników z izby przyjęć/zespołu wyjazdowego R wskazało na tą odpowiedź. Była to również najczęstsza odpowiedź w pytaniu o agresję ze strony lekarzy, odpowiednio 30% i 51% dla pracujących na SOR i izbie przyjęć/zespole wyjazdowym R [35]. Porównując powyższe badania z badaniami własnymi

widać znaczące podobieństwo. W obu badaniach każdy respondent spotkał się z agresją w miejscu pracy, nie było ankietowanego, który nie doświadczyłby żadnej z form agresji.

W uzyskanych wynikach również podniesiony głos (krzyk) był najczęściej wybieraną odpowiedzią, a najczęstszym agresorem był pacjent.

Jako przyczyny agresji w miejscu pracy badani wskazują: pacjentów pod wpływem alkoholu lub w trakcie delirium (30,9%), brak szacunku dla pielęgniarek (23,7%) i długi czas oczekiwania na wizytę (21,7%). Najmniej odpowiedzi uzyskały wypalenie zawodowe (2%) i błędy w komunikacji (2,6%). Niewątpliwym problemem w ochronie zdrowia, szczególnie w szpitalach tj. SOR, izby przyjęć, oddziały szpitalne, są pacjenci odurzeni, w stanie, w którym nie panują nad swoimi emocjami i zatracają granice współżycia społecznego. Najrzadsze odpowiedzi dotyczyły sytuacji, w których za agresję odpowiada personel pielęgniarski, przy czym niewątpliwie opanowanie i zachowanie profesjonalizmu zawsze pomagają wyjść z sytuacji agresywnej.

W części poświęconej pytaniom o miejsce pracy, respondenci jako przyczynę niewłaściwej atmosfery wskazali nieprawidłowe relacje między współpracownikami (43,3%), natłok pracy przy zbyt małej ilości personelu (28,9%). Brak współpracy w zespole terapeutycznym wskazało tylko 1,31% ankietowanych. Jednocześnie na pytanie czy w pracy panuje życzliwa atmosfera 71,7% ankietowanych udzieliło odpowiedzi twierdzącej, podobny odsetek pytanym, bo 69,7% chętnie chodzi do pracy. Aż 85% respondentów jest zadowolonych z pracy. 94,74% ankietowanych wskazuje, że ich zaangażowanie w pracę jest dobre lub bardzo dobre. Wyniki te wskazują, że w miejscach pracy respondentów panuje dobra atmosfera, zazwyczaj chętnie chodzi się do pracy, respondenci lubią swoje miejsce pracy. W badaniu Berent, Pierchały, Florkowskiego i Gałęckiego poruszającym podobne kwestie, uzyskane wyniki pokazały, że pomimo narażenia na agresję badany personel izby przyjęć szpitala psychiatrycznego lubi swoją pracę, jedynie jeden respondent udzielił w tym badaniu odpowiedzi przeczącej [32].

Ankietowanych zapytano o przyczyny braku chęci chodzenia do pracy, na pierwszym miejscu znalazło się wypalenie zawodowe (26,3%) i duży stres, przeciążenie psychiczne (20,4%). Przeciążenie psychiczne może wynikać z odpowiedzialności za ludzkie życie, częstego kontaktu z cierpieniem i śmiercią, przedłużającym się stanem ciągłej gotowości, niewłaściwymi relacjami w zespole terapeutyczny. Dodatkowo do obu tych czynników w dużej mierze przyczyniać się mogą sytuacje w których personel jest narażony na agresje zarówno ze strony pacjentów jak i personelu ochrony zdrowia.

W badaniach Lickiewicza i Piątek na temat doświadczania agresji w pracy pielęgniarskiej zadano respondentom pytanie o skutki agresji, 20,2% ankietowanych odpowiedziało, że po sytuacji agresywnej zmieniło swoje nastawienie do pracy [31].

W pytaniu o zadowolenie ze stawianych w pracy wymagań 70,4% odpowiedzi to raczej zadowolona, zadowolona i bardzo zadowolona. Zadowolenie z możliwości realizacji własnych ambicji zgłasza 61,2% ankietowanych. W pytaniu o zadowolenie ze sposobów rozwiązywania konfliktów wszyscy udzielili odpowiedzi raczej zadowolona, zadowolona lub bardzo zadowolona, co wskazuje, że miejsce pracy ankietowanych dla zdecydowanej większości jest przyjazne, bezpieczne i pozwala realizować się zawodowo. Kolejne pytanie dotyczące relacji międzyludzkich w zespole potwierdza wysunięte wcześniej wnioski. Z relacji międzyludzkich na linii pielęgniarka-pielęgniarka zadowolonych, bardzo zadowolonych i raczej zadowolonych jest 74,3% ankietowanych. Na linii pielęgniarka-lekarz zadowolenie zgłasza 70,3% respondentów. W relacja pielęgniarka-personel pomocniczy 88,1% odpowiedzi potwierdziło zadowolenie. Jednocześnie na pomoc współpracowników zawsze może liczyć 28,2% badanych. Tylko znikoma część, bo 1,5% ankietowanych nigdy nie otrzymuje takiej pomocy. Osobą najczęściej udzielającą pomocy jest koleżanka-pielęgniarka według 63,1%. Padła również odpowiedź każdy – 9,9%. W sytuacji agresji szefa na pomoc zawsze może liczyć 28,2% badanych, pomocy najczęściej udzielają pielęgniarki, koleżanki 60,5% głosów. Na pomoc nigdy nie może liczyć 13,8% badanych. Natomiast w sytuacji agresji współpracowników na pomoc zawsze może liczyć 30,9% ankietowanych, jedynie 7,9% głosów wskazuje, że nie może liczyć na niczyją pomoc. Tutaj również najczęściej z pomocą spieszą koleżanki, pielęgniarki 70,3% głosów.

Porównanie wyników własnych z badaniami innych nie jest do końca możliwe ze względu na brak odpowiedniej ilości materiałów. W literaturze można znaleźć wiele informacji na temat zachowań agresywnych pacjentów, jednak relacje międzyludzkie w zespole terapeutycznym nie są tak dobrze opisywane. Pomimo wielu działań mających ograniczyć narażenie ochrony zdrowia na agresję jest to rosnący problem, każdy badany był narażony na jakąkolwiek formę agresji. We wszystkich przeprowadzonych badaniach zdecydowana większość badanych doświadczała w swojej pracy agresji i uznawała to za znaczący problem. Pocieszający jest jednak fakt, że zdecydowana większość badanych stwierdzała, że może liczyć na pomoc ze strony współpracowników w sytuacji zagrożenia. Wyniki przeprowadzonych badań własnych sugerują, że agresja jest dużym problemem w ochronie zdrowia, a wprowadzanie

kolejnych sposobów na jej powstrzymanie jest niezbędne dla prawidłowego funkcjonowania ochrony zdrowia oraz jej pracowników.

Wnioski

Na podstawie analizy badań sformułowano następujące wnioski:

1. Personel pielęgniarski często spotyka się z agresją ze strony pacjentów.
2. Agresja ze strony pacjentów najczęściej przybiera formę krzyku, wulgaryzmów i pogroźek, najrzadziej jest to bezpośredni atak.
3. Agresja ze strony położonych oraz współpracujących lekarzy najczęściej przybiera formę krzyku.
4. Pielęgniarki rzadko doświadczają agresji ze strony współpracowników, a jeszcze rzadziej podwładnych.
5. Najczęściej wymienianymi przyczynami agresji są: pacjenci odurzeni, brak szacunku dla pielęgniarek oraz długi czas oczekiwania na wizytę.
6. Przyczynami niewłaściwej atmosfery w miejscu pracy są niewłaściwe relacje między współpracownikami oraz natłok pracy przy małej ilości personelu.
7. Zdecydowana większość respondentów jest zadowolonych z pracy, chętnie do niej chodzi i uważa, że panuje w niej życzliwa atmosfera.
8. Zdecydowana większość respondentów jest zadowolonych z relacji międzyludzkich w miejscu pracy.
9. W przypadku sytuacji trudnej prawie wszyscy respondenci mogą liczyć na pomoc, najczęściej udzielonej przez koleżankę pielęgniarkę.

Bibliografia

1. Lickiewicz J.: Agresja-skąd się bierze? Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 2017, 01-02, 59-61.
2. Świącicki Ł.: Jakich pacjentów boją się lekarze? Psychiatria po Dyplomie, 2016, 4, 46-49.
3. Picho S.: Pacjent agresywny. Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2011, 7-8, 30-31.

4. Morrison L., Naumar R.W., Zimmerman J.L.: Strategies for improving survival after in-hospital cardiac arrest in the United State: 2013 consensus recommendations: a consensus statement from the American Heart Association. *Circulation*, 2013, 127, 1538-1563.
5. Mroczek B., Mormul J., Kotwas A., Szkup M., Kurpas D.: Patient aggression towards health care professionals. *Progress in Health Science*, 2014, 4(2), 67-75.
6. Kroll A., Tyszkiewicz-Bandur M., Bankiewicz-Nakielska J., Karakiewicz A.: Agresja w przychodni, w izbie przyjęć [w:] Agresja w opiece zdrowotnej. Zagadnienia wprowadzające. A. Steciwko, J. Barański, A. Mastalerz-Migas (red). Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2014, 91-104.
7. Kowalczyk K., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Sierakowska M.: Teorie agresji-prawda czy mity? *Problemy Pielęgniarstwa*, 2011, 19(3), 396-400.
8. Janiszewski M., Sosiński P., Janiszewski M.: Agresja i jej geneza. *Medycyna Manualna*, 2008, 12(1/4), 57-66.
9. Adamowski T., Piotrowski P., Trizna M., Kiejna A.: Ocena częstotliwości i rodzaju agresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań agresywnych. *Psychiatria Polska*, 2009, XLIII(6), 739-750.
10. Frydrysiak K., Ejdukiewicz J., Grześkowiak M.: Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2016, 10, 46-52.
11. Kmiecik B.: Problem agresji pacjentów-próba diagnozy, poszukiwanie rozwiązań. *Aktualności Neurologiczne*, 2016, 16(3), 158-162.
12. Markiewicz R., Łoza B., Sroka M.: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego na oddziałach psychiatrycznych. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny*, 2012, 4(3), 147-155.
13. Gilner K.: Agresywny pacjent. *Świat Farmacji*, 2010, 1(50), 46-47.
14. Burba M., Gotlib J.: Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w samodzielnym publicznym szpitalu klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017, 1(63), 54-61.
15. Drabek M., Merecz D., Mościcka A.: Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług. *Medycyna Pracy*, 2007, 58(4), 299-306.
16. Skirzyńska-Podgórska M., Bulsa M.: Analiza form agresji pacjentów wobec personelu medycznego. *E-dentico*, 2010, 3(27), 20-31.

17. Szwamel K., Sochocka L.: Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego n temat agresywnych zachowań pacjentów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2014, 4(2), 149-154.
18. Bodys-Cupak I., Brzegowa M., Majda A., Zalewska-Puchała J., Kamińska A.: Sytuacje trudne dla studentów pielęgniarstwa w czasie pierwszych zajęć praktycznych w szpitalu. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015, 23(2), 160-165.
19. Rogiewicz M.: Skąd bierze się agresja? Postępowanie lekarza z agresywną rodziną pacjenta. *Medycyna Paliatywna w Praktyce*, 2013, 7(3-4), 75-78.
20. Sadowska L., Kańczuła S.: Występowanie mobbingu w środowisku służby zdrowia (Aspekty prawne, społeczne i terapeutyczne). *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie*, 2010, 3, 364-376.
21. Krajewski R.: Agresja w ochronie zdrowia. Jak jej zapobiegać? *Biuletyn Informacyjny Naczelnej Izby Lekarskiej*, Warszawa 2015.
22. Rymaszewska J.: Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2008, 1(2), 74-81.
23. Wojnicka D., Włoszczak-Szubda A.: Wiedza i umiejętności personelu medycznego w odniesieniu do przejawów agresji ze strony pacjenta. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2017, 2(2), 51-63.
24. Procedura postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/rodziny. Załącznik nr 1 do Uchwały nr 206/VI/2014 Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych z dnia 6 czerwca 2014 r. w sprawie przyjęcia procedury postępowania pielęgniarki/położnej objętej ochroną przewidzianą dla funkcjonariusza publicznego w przypadku agresywnego zachowania pacjenta/ rodziny.
25. Jankowska K.: Agresja pacjentów. Jak obronić się przed agresywnym pacjentem. *Nowy Gabinet Stomatologiczny*, 2011, 7, 54-56, 58-59.
26. Lickiewicz J.: Agresywny pacjent. Metody i techniki postępowania. PZWL, Warszawa 2017.
27. Mickiewicz I.: Twarzą w twarz z agresywnym pacjentem. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2013, 11, 36-37.
28. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz.U.12.740 z dnia 29 czerwca 2012r.).

29. Augustynowicz A., Wrześniewska-Wal I.: Stosowanie przymusu bezpośredniego przez personel medyczny w procesie diagnozowania i terapii małoletnich pacjentów. *Pediatrica Polska*, 2013, 88(2), 206-212.
30. Jarema M., Wichniak A., Dudek D., Samochowiec J., Bieńkowski P., Rybakowski J.: Wskazówki do stosowania leków przeciwpsychotycznych II generacji o przedłużonym działaniu. *Psychiatria Polska*, 2015, 49(2), 225-241.
31. Lickiewicz J., Piątek J.: Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarstwa. *Sztuka Leczenia*, 2014, 3-4, 11-22.
32. Berent D., Pierchała O., Florkowski A., Gałęcki P.: Agresja pacjentów wobec personelu medycznego izby przyjęć szpitala psychiatrycznego. *Psychiatria i Psychoterapia*, 2009, 5(1-2), 13-28.
33. Kędra E., Nowocień M.: Czynniki stresogenne a ryzyko wypalenia zawodowego w pracy pielęgniarstwa. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 3(57), 293-306.
34. Markiewicz R., Markiewicz A.: Ocena wypalenia zawodowego pielęgniarstwa i pielęgniarki w dwóch ośrodkach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. *Neuropsychiatria Przegląd Kliniczny*, 2015, 4(7), 189-200.
35. Kowalczyk K., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., i wsp.: Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych a agresję w miejscu pracy. *Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*, 2009, 55(3), 76-80.

Narażenie na agresję pielęgniarek w miejscu pracy

Magda Ćwiek-Płońska¹, Krystyna Kowalczuk²

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, Kierunek Pielęgniarstwo

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Agresja (łac. *aggressio* – napad, natarcie) ma według encyklopedii PWN trzy wyjaśnienia: w ujęciu prawnym, biologicznym oraz psychologicznym. Z punktu widzenia prawnego jest to zjawisko mające miejsce podczas zbrojnej napaści jednego państwa na drugie, które w wyniku stawiania zbrojnego oporu przez napadnięty kraj powoduje rozpoczęcie wojny. W podejściu psychologicznym jest to korzystanie z przemocy w kontaktach z innymi ludźmi jako metody do rozwiązywania problemów bądź osiągnięcia celów życiowych [1-4]. Natomiast według biologii jest to związany z popędem rodzaj zachowania agonistycznego, który ma zmusić przeciwnika do ucieczki [1, 2, 5].

Wielu specjalistów próbowało zdefiniować pojęcie agresji. Jest to jednak tak wieloznaczne pojęcie, że ciężko stworzyć jedną konkretną definicję. Bardzo często definicje poszczególnych badaczy są zbyt wąskie lub zbyt specjalistyczne. Według Ramireza agresja ma formę zarówno fizyczną jak i słowną. Rozumiana jest jako każde zachowanie, które ma na celu wyrządzenie komuś lub czemuś szkody, traumy bądź zadanie bólu, przykrości [6]. Z kolei Wilson nazywa agresją każdy fizyczny akt ograniczający wolność lub nawet groźbę dokonania takiego aktu [3]. Kłodecka-Różalska definiuje agresję jako zachowania mające na celu wyrządzenie krzywdy jedynie przeciwko żywym istotom [3]. Ta definicja również jest zbyt wąska, gdyż agresja bardzo często jest skierowana nie tylko przeciwko ludziom i zwierzętom, ale również przeciwko przedmiotom takim jak przystanki autobusowe, śmietniki lub innym przedmiotom nieożywionym.

Łącząc wszystkie te definicje w całość agresję można ująć jako natarczywe zachowanie werbalne lub niewerbalne, które skierowane jest przeciwko istotom żywym jak i bytom

niedożywionym, mające na celu wyrządzenie szkody, wyładowanie frustracji, złości bądź niezadowolenia, a także podporządkowanie sobie grupy osób lub jednostki [3].

Teorie powstawania agresji

Z powodu wieloznaczności pojęcia „agresja” oraz braku możliwości ujęcia jej jedną akceptowaną przez poszczególne dziedziny nauki definicją, na przełomie lat powstało wiele teorii dotyczących jej źródeł i cech charakterystycznych [3]. Agresja jest tematem, który wzbudza obecnie dużo kontrowersji. Powstało wiele publikacji przedstawiających różne poglądy na temat form, przyczyn i skutków agresywnego zachowania. Jest również tematem wielu międzynarodowych konferencji naukowych, co świadczy o powszechności tego zjawiska [1, 2].

Wielu badaczy spiera się o to, czy agresja jest zjawiskiem biologicznym (Lorenz) czy może psychologicznym (Freud). Na pewno jest obiektem zainteresowania naukowców wielu specjalności, nie tylko biologów i psychologów, ale również pedagogów, socjologów, a nawet filozofów – świadczy to o wielu perspektywach, z których można opisać to zjawisko [1, 3].

Biologiczne teorie agresji

Jednym z najważniejszych ujęć agresji jest ujęcie biologiczne, które nawiązuje do nauki, będącej dziedziną o zrozumiale wytyczonym przedmiocie badań i określonej metodologii, co sprawia, że jest bardziej rozwinięta od specjalności takich jak socjologia lub psychologia. Agresja według podejścia biologicznego ma charakter wrodzony a także jest przystosowaniem, które powstało w procesie ewolucji [3].

Według podejścia biologicznego akty agresji (zarówno u ludzi, jak i u zwierząt) reguluje ciało migdałowe w centralnym układzie nerwowym. Ciało migdałowe ma połączenia nerwowe z podwzgórzem oraz pniem mózgu, dzięki czemu bierze udział w przesyłaniu impulsów z układu limbicznego od ośrodków wegetatywnych i struktur regulujących układ hormonalny. Według badań takich naukowców jak Moyer, Wilson czy Aronson ma ono udział w ustalaniu więzi społecznych u ludzi i innych zwierząt z grupy Naczelnych oraz w ich zachowaniach obronnych. Pobudzanie ciała migdałowego prowadzi do wystąpienia agresji, a przerwanie stymulacji na tej strukturze prowadzi do ich wygaszenia. Badania Sadowskiego wykazały jednak, że na wynik stymulacji ciała migdałowego u zwierząt wpływają czynniki społeczne

oraz biologiczne, takie jak na przykład płeć. Miało to wpływ na to czy pobudzony samiec małpy zaatakuje (działo się tak podczas gdy był on wyżej w hierarchii od innych osobników) czy ucieknie (podczas gdy stał niżej w hierarchii niż inne osobniki) [7].

Lorenz był zwolennikiem podejścia etologicznego. Wskazywał na osiowy model agresji, według którego jest kumulowana oraz przekazywana agresywna energia [3, 8]. Wg Lorenza w organizmie gromadzi się agresywna energia, która w zależności od stopnia nagromadzenia oraz siły bodźców wywołujących manifestuje się w określony sposób. Zdaniem autora w przypadku niskiego poziomu negatywnej energii do wywołania agresywnej reakcji wymagany jest bardzo bodziec [3, 8]. Analogicznie – jeżeli poziom agresywnej energii jest wysoki to do rozładowania jej potrzebny jest słabszy bodziec, a nawet może zostać rozładowana spontanicznie. Lorenz porównał to do mechanizmu działania koła parowego, w którym ciągle rośnie ciśnienie. Jeżeli ciśnienie w takim kole nie zostanie uwolnione w kontrolowany sposób zostanie rozerwane w „spontanicznej eksplozji” [3, 8].

Lorenz twierdzi także, że agresja powstała w drodze ewolucji i jako wrodzona gotowość do walki jest niezbędna do przetrwania organizmu. Zaznacza, że wśród osobników tego samego gatunku bardzo rzadko dochodzi do zranienia bądź śmierci, gdyż jeden z osobników sygnalizuje poddanie się i uległość (np. poprzez położenie się na plecach i odsłonięcie wrażliwych części ciała, takich jak np. brzuch) [7-9].

W przeciwieństwie do zwierząt, ludzie na przełomie lat rozwoju utracili sposoby wrodzonego zahamowania niszczącej agresywnej energii, co było przeciwwagą do zdolności niszczenia swojego gatunku. W wyniku tego nastąpiło niekontrolowane nasilenie agresji z użyciem zdobyczy cywilizacyjnych [8, 9].

Teoria Lorenza zakłada, że agresja jest stałą właściwością człowieka. Według niego istnieją sposoby, które pozwalają na regulację poziomu negatywnej energii. Energia ta może być utrzymywana na niskim poziomie, na przykład poprzez sport, pracę fizyczną, ćwiczenia albo zwyczajne zajęcia w obrębie gospodarstwa domowego, takich jak na przykład sprzątanie. Dzięki wysiłkowi fizycznemu poziom negatywnej energii może ulec zmniejszeniu, a co za tym idzie – prawdopodobieństwo wystąpienia aktów agresji zmniejszy się [7]. Lorenz twierdzi także, że wraz z wyłączeniem popędu jakim jest agresja człowiek prawdopodobnie utraciłby zdolność do wszystkiego, co związane jest z jego ambicją (rozwiązywanie problemów, pięcie się wzwwyż w hierarchii) [3].

McDougal również twierdził, że „instynkt walki” jest czymś pozytywnym z punktu widzenia biologii. Dzięki niemu osobnik jest pobudzany do zaspokajania swoich potrzeb, skłania się do obrony siebie i swojego terenu, lub posiadanych dóbr [8].

Wilson z kolei wysuwa nieco odmienną, socjobiologiczną teorię agresji. Zaprzecza on istnieniu „ogólnego instynktu agresji”, co zakładał Lorenz [3]. Zgadza się on jednak z poglądem, że agresja jest czymś wrodzonym dla człowieka i podkreśla jednocześnie że kultura ma istotną rolę w formowaniu jej przejawów. Według niego zarówno czynniki środowiskowe, jak i genetyczne kształtują zachowania agresywne. Zaznacza, że geny jedynie predysponują do zachowań agresywnych, a istotniejszą rolę pełnią właśnie czynniki środowiskowe, które mogą wzmacniać lub wygaszać te zachowania, a także nadać im konkretną formę. Tak jak i Lorenz również przedstawia swój model agresji. Nie jest on jednak tak prosty – nie wystarczy jedynie odpowiednia ilość składników (czyli „agresywnej energii”) do zajścia gwałtownych reakcji. Według Wilsona w organizmie człowieka bezustannie zachodzą reakcje, które mogą wywoływać sytuacje agresywne. Zależy one jednak od obecności pewnych czynników, takich jak np. bodźce środowiskowe, czyli tzw. „katalizatory” [3].

Obie teorie, zarówno Lorenza jak i Wilsona podkreślają, że agresja jest dla człowieka czymś wrodzonym. Dzięki temu można zerwać z mitem „niezapisanej tablicy” Locke’a, a także „szlachetnego dzikusa” Rousseau [9, 10]. Badania wykazują, że każdy żywy organizm (w tym również człowiek) to byt o pewnych możliwościach rozwoju oraz skłonnościach i nie da się go tak po prostu dowolnie ukształtować [3, 10, 11].

Zwolennicy podejścia biologicznego twierdzą, że agresja sama w sobie nie jest „zła”, a brak kontroli nad nią. Według nich agresja pełni funkcje kulturotwórcze oraz adaptacyjne. Mogą one jednak ulec wypaczeniu „jak wszystko na tej ziemi”, jak twierdził Lorenz, przez co nie będą społecznie akceptowane. Bardzo istotna jest kontrola nad agresją oraz odpowiednie jej ukierunkowanie (np. w sporcie) [3].

Psychologiczne koncepcje agresji

Innym ujęciem powstawania agresji zajmuje się psychologia. Koncepcje z tej dziedziny skupiają się na wyjaśnianiu psychologicznych mechanizmów biorących udział w powstawaniu aktów przemocy. Traktują ją jako instynkt ukierunkowany na konkretny cel, ale również jako wynik czynników zewnętrznych oraz rezultat wzajemnego uczenia się [12, 13].

Koncepcja psychodynamiczna agresji oparta została na psychoanalizie Freuda. Freud twierdził, że zachowanie danej jednostki napędzają dwie podstawowe, nieodłączne dla ludzkiej natury siły: Eros – czyli instynkt życia, oraz Thanatos – rozumiany jako dążenie do samozniszczenia [7-9]. Według niego obie te siły – działając przeciwko sobie – powodują nieustanny konflikt wewnętrzny, który najłatwiej jest rozwiązać poprzez skierowanie destrukcyjnej energii w kierunku odwrotnym od siebie (czyli na kogoś lub na coś innego). Odwrócenie od siebie agresji jest mechanizmem, dzięki któremu jednostka może zachować tzw. „równowagę wewnętrzną” [8]. Freud uważał agresję za nieodłączną dla ludzkiego organizmu cechę, za zmieniony instynkt autodestrukcji – była według niego „nienormalnym instynktem śmierci”. Teza ta nie została jednak powszechnie zaakceptowana, gdyż badania dowodziły, że autodestrukcyjne zachowania są stosunkowo rzadkie (nie licząc zaburzeń, takich jak np. psychozy maniakalno-depresyjne albo skrajna patologia). Mimo wszystko opisywane przez Freuda poglądy miały istotny wpływ na rozwój badań nad agresją [9, 13, 14].

Nieco odmienny pogląd przedstawił zespół badaczy z Yale University. Wyszuli oni teorię „frustracji-agresji”, według której każdy akt agresji wynika z frustracji, czyli emocji która pojawia się w momencie braku możliwości osiągnięcia obranego celu z powodu przeszkody, której nie można pokonać w żaden sposób. Nasilenie frustracji zależy od takich czynników jak: poziom motywacji do osiągnięcia celu, liczby celów i czynności, które zostały zablokowane lub zakłócone, stopnia ich zakłócenia, ale również od tego jak człowiek odbiera daną sytuację. Doświadczenie przez jednostkę frustracji wywołuje popęd do działania przeciwko jej źródłu, co skutkuje zachowaniem agresywnym.

Zahamowanie ataku wobec źródła frustracji może wystąpić wówczas gdy atakujący przewiduje, że dozna kary za dokonanie agresji. Jednak mimo że lęk przed karą prowadzi do zaniechania ataku, nasilenie agresywnego popędu nie słabnie, lecz wzrasta. Brak możliwości rozładowania napięcia wywołuje dodatkową frustrację, co nasila agresję. Sprzyja to wystąpieniu tzw. „przemieszczenia agresji” w trzech możliwych wariantach: bez określonego kierunku, wobec obiektów, na których dokonanie agresji będzie skutkowało mniejszą karą lub ostatecznie skierowaną wobec samego siebie [14].

Według Wojciszke poszczególne frustracje mogą się kumulować w organizmie w skutek czego powstaje silniejsza reakcja niż można by oczekiwać, biorąc pod uwagę pojedynczą sytuację frustrującą poprzedzającą dany akt agresji [14]. Sądzi on również, że nie każda frustracja prowadzi do agresji i nie każdy akt agresji jest wynikiem frustracji. Nie zaprzecza jednak ścisłego powiązania pomiędzy tymi dwoma aspektami. Wojciszke podkreśla również rolę

strachu przed karą jako hamulca agresji i bodźca, który powoduje jej „przeniesienie” na inny obiekt, co skutkuje mniejszą bądź żadną karą (np. w przypadku gdy mąż, który sfrustrowany jest przez to jak traktuje go szef kieruje swoją agresję wobec żony albo w przypadku pracownika sfrustrowanego przez przełożonego, który wyżywa się na współpracownikach lub podopiecznych) [9, 13-15].

Koncepcja „frustracji-agresji” została w późniejszym czasie rozbudowana o pojęcie popędu agresji, który narasta wraz z brakiem możliwości zaspokojenia potrzeb takich jak uznanie społeczne, samodzielność lub przynależność i zrozumienie. Brak ich zaspokojenia skutkuje pobudzeniem do agresywnych zachowań [9].

Berkowitz skupił się natomiast na pojęciu gniewu [12]. Uważa, że jest on ważnym elementem pomiędzy frustracją i agresją. Jest on zwolennikiem teorii, że każda sytuacja frustrująca wywołuje gniew, a to od czynników takich jak stan emocjonalny, analiza sytuacji i norm społecznych zależy czy osobnik zareaguje agresywnym zachowaniem. Podkreśla, że agresywność zależy również od osobowości danej jednostki. U człowieka o gwałtownym usposobieniu do wywołania reakcji agresywnej potrzebny jest niewielki bodziec. Natomiast u osobnika o łagodnym charakterze do takiej samej reakcji potrzebny jest silniejszy lub długotrwały bodziec (np. ciągłe dręczenie w miejscu pracy). Jest to tak zwane podejście „poznawczo-behawioralne” [9, 12].

Kolejną teorią powstawania agresji jest teoria uczenia się. W tej koncepcji agresja jest postrzegana jako zachowanie społecznie wyuczone i wzmacniane. Podstawą procesu uczenia się agresji jest to, że gdy reakcje agresywne przynoszą pożądany skutek to istnieje duże prawdopodobieństwo, że powtórzą się w przyszłości [8, 9]. Natomiast, gdy działania agresywne przyniosły niepożądane skutki najprawdopodobniej nie zostaną powtórzone. W myśl tej teorii ludzie uczą się stosowania agresji przez obserwacje agresywnych modeli oraz przez system kar i nagród. Aby zachowanie agresywne zostało wyuczone przez daną jednostkę, musi być utrwalone w odpowiedni sposób. Najlepszym przykładem tego mechanizmu jest wpływ surowych/agresywnych rodziców na dzieci. Doznawanie lub obserwowanie przemocy w rodzinie istotnie zwiększa ryzyko nabycia skłonności do zachowań agresywnych.

Według Bandury można wyróżnić trzy podstawowe mechanizmy: wzmocnienia zewnętrzne, wzmocnienia zastępcze i wzmocnienia wewnętrzne [1, 8, 12]. Wzmocnienia zewnętrzne mają miejsce, gdy dzięki działaniom agresywnym jednostka otrzymuje korzyści w postaci istotnych nagród społecznych, prestiżu, uznania lub na przykład uniknięcia nieprzyjemnej sytuacji.

Czerpanie satysfakcji i zadowolenia z agresji, a także odczuwanie przyjemności z zadawania innym krzywdy to wzmocnienia wewnętrzne. Wzmocnienia zastępcze natomiast wykazują, że „im spójniejsze wzory zachowań agresywnych obserwuje jednostka w swym otoczeniu w postaci kar i nagród, tym większy wywierają one wpływ na jej zachowanie” [1, 12, 13].

Osoba popularna o wysokim statusie społecznym, ciesząca się szacunkiem, posiadająca władzę i pieniądze to model, który wywiera silny wpływ na podmiot. Jeśli podmiot zauważa, że działania modelu przynoszą korzyść (nawet te agresywne) istnieje duże prawdopodobieństwo, że będzie on naśladowany przez obserwatora. Dotyczy to zarówno zachowań prospołecznych, jak egoistycznych czy agresywnych [12].

Przyczyny powstawania agresji i jej skutki

Agresja może mieć swoje źródło w wielu miejscach. Orłowski jako jedną z przyczyn wskazuje sytuację panującą obecnie w kraju. Autor wymienia kilka czynników, które według niego mogą mieć istotny wpływ na częstość występowania zachowań agresywnych. Należą do nich między innymi [16]:

- wysoki poziom bezrobocia, który utrzymuje się w kraju od kilkunastu lat;
- wysoki poziom frustracji wśród Polaków wywołany przez sytuację polityczną w kraju, podział społeczeństwa ze względu na popierane partie i odmiennosc poglądów;
- powszechna krytyka autorytetów;
- liczne przykłady agresji w środkach masowego przekazu;
- brak umiejętności wśród społeczeństwa do pokojowego rozwiązywania problemów, powszechna nieumiejętność negocjowania;
- odrzucenie niewygodnych norm moralnych.

Innym źródłem przemocy może być środowisko rodzinne. W niektórych przypadkach rodzina zamiast stwarzać dziecku bezpieczne, sprzyjające rozwojowi otoczenie staje się źródłem aspołecznych zachowań, które w przyszłości mogą przekształcić się w agresję [16].

Według Ziemskiej niektóre postawy rodziców mają istotny wpływ na powstawanie agresji u dzieci [16]. Do takich postaw można zaliczyć między innymi: nadmierne wymaganie od dziecka, karcenie, przesadne chronienie, ignorowanie, poniżanie, odtrącanie, ograniczanie, chłód emocjonalny, błędne stosowanie metody kar i nagród, a także rozpieszczanie dziecka. Badania wykazują istotny związek pomiędzy zaburzeniami więzi emocjonalnej i agresją wśród

dzieci. Alkoholizm u jednego lub obojga z rodziców również ma istotny wpływ na rozwinięcie się zachowań agresywnych u dziecka [16].

Kolejnym czynnikiem, który ma wpływ na powstawanie agresji są media. Wielu badaczy uważa, że oglądanie filmów zawierających przemoc obniża u ludzi poziom „hamowania”, który ma na celu ochronę przed dokonywaniem aktów agresji. Wielu ludzi, widząc agresywne postępowanie bohaterów filmowych i ich bezkarność (a wręcz nawet ich nagradzanie) zaczynają uważać, że takie postępowanie jest właściwe i nie ma w nim nic złego.

Izdebska twierdziła że: „jednym z najbardziej groźnych efektów oddziaływania obrazów przemocy telewizyjnej na dziecko jest tzw. zjawisko odwrażliwienia, przejawiające się w utracie wrażliwości na krzywdę, ból, cierpienie innego człowieka” [16]. Wymieniła kilka hipotez, które miały na celu wyjaśnić zależność pomiędzy przemocą w telewizji a agresją u dzieci. Według niektórych z hipotez dziecko może przyswajać agresywne zachowania od bohatera, którego podziwia lub się z nim utożsamia. Swoje agresywne zachowania natomiast usprawiedliwia tym, że jedynie naśladuje danego bohatera. Bohaterowie filmów bardzo często stają się dla widzów modelami, od których uczą się nowych wzorców zachowań [16]. Inna hipoteza Izdebskiej opisuje z kolei mechanizm przytępienia wrażliwości na akty agresji dziejące się w rzeczywistości. Osoba, która często widziała bójki w telewizji przyzwyczaja się do takiego widoku i widząc taką sytuację w codziennym życiu nie traktuje tego jako czegoś poważnego [16].

Grupa (rówieśnicza, kibice tej samej drużyny, zwolennicy danej partii) również ma istotny wpływ na formowanie się agresji. Osoby mogą zachowywać się bardziej agresywnie, gdy widzą, że ktoś zachowuje się w podobny sposób. Kontrola nad agresją również ulega osłabieniu (dana jednostka boi się, że wyjdzie na słabeusza, strach przed wykluczeniem z grupy, robienie wszystkiego żeby być „z tymi fajnymi”). Odpowiedzialność za czyny agresywne również jest inna w przypadku grupy, niż ma się to w stosunku do jednostki – ulega rozmyciu. Zmniejsza się osobiste poczucie winy i odpowiedzialności wobec dokonanych czynów [16].

Wszystkie działania agresywne, zarówno te ze strony najbliższych, jak i grupy rówieśniczej, grupy znajomych oraz zupełnie obcych ludzi mają wpływ na psychikę i funkcjonowanie osoby wobec której agresja została skierowana.

Na podstawie literatury można wyróżnić najistotniejsze skutki agresji [16]:

- zaburzenia w strefie emocjonalnej – bycie obiektem agresji może wpłynąć na ofiarę na różne sposoby: niektórzy sami stają się agresywni, inni zamykają się w sobie, są lękliwi, często chorują na nerwice, czasem te sprzeczne reakcje mogą się ze sobą przeplatać;
- zaburzenia w postrzeganiu siebie jako osoby wartościowej – osoby, które są obiektem kpin, wyśmiewania, upokarzania i poniżania bardzo często mają problemy z poczuciem własnej wartości, nie mają pewności siebie, czują się gorsze od innych, uważają, że nie zasługują na nic dobrego;
- zaburzenia w nawiązywaniu i utrzymywaniu kontaktów międzyludzkich;
- zaburzenia w postrzeganiu otoczenia – ciągle doznawanie agresji sprawia, że osoba zaczyna uważać, że świat jest wrogi, zamyka się w sobie, izoluje się od społeczeństwa w „swoim świecie” (np. w wirtualności);
- wypalenie zawodowe, brak motywacji, obniżenie efektywności pracy – w przypadku agresji w miejscu pracy.

Przejawy i formy agresji

Agresywność może przejawiać się w różnych postaciach. Istnieje wiele klasyfikacji tego zjawiska, ale najczęściej działania agresywne dzielone są na podstawie formy występowania, czynnika, który agresję wywołuje oraz na przedmiot, na który jest skierowana.

Zdaniem Skornego agresja fizyczna może mieć formę zachowań o charakterze pośrednim lub bezpośrednim [17]. Do zachowań bezpośrednich należą zazwyczaj te zachowania, które przybierają formę krótkotrwałych ruchów poszczególnych części ciała: mięśni twarzy (plucie, przedrzeźnianie, przewracanie oczami, robienie grymasów, gryzienie), rąk (szarpanie, szczypanie, duszenie, ściskanie, uderzanie, wyrywanie, trącanie), nóg (podstawianie nogi, kopanie) lub przedmiotów (szpilka, kij, linijka, kamień). Do agresji pośredniej należą również złożone zachowania napastliwe, do których zaliczają się pobicia, bójki, zastraszanie, a nawet niesprawiedliwe traktowanie. Agresja pośrednia przybiera z kolei formę dokuczania, przeszkadzania, chowania lub podmiany należących do ofiary przedmiotów. Ofiara takiej przemocy nie doznaje bezpośredniego ataku, ale zostaje wyrządzona jej szkoda lub przykrość. [17, 18].

Zdaniem wielu badaczy (Komorowska, Guerin, Hennessy) tendencja do stosowania agresji fizycznej zmniejsza się z wiekiem na rzecz agresji słownej (językowej) [18]. Powyższą agresję można podzielić na słowną bezpośrednią oraz pośrednią. Według Skornego, bezpośrednia agresja słowna może przybierać formę szkodzących, poniżających oraz napastliwych wypowiedzi (groźenie, zastraszanie), które występują obecności ofiary [17]. Pośrednia agresja słowna ma natomiast miejsce, gdy podobne wypowiedzi są skierowane nie do ofiary, lecz do osób trzecich. Do pośrednich form agresji słownej należą: odgrążanie się oraz zachęcanie do agresji innych osób wobec ofiary, skarżenie, wydawanie nieprzychylnych opinii, wyśmiewanie i przezywanie. Szczególną postacią agresji pośredniej są anonimowe listy oraz donosy [12, 18].

Peisert wymienia natomiast kilka form agresji słownej, do których można zaliczyć między innymi [18]: podżeganie, groźby, oskarżanie oraz ośmieszanie, drwiny i nietaktowne, nieetyczne wypowiedzi (naruszające tabu kulturowe, etyczne lub językowe, wobec których ofiara odczuwa dyskomfort psychiczny (np. wypowiedzi z podtekstem seksualnym)).

Okrucieństwo jest z kolei ekstremalną postacią agresji. Ma na celu fizyczne lub psychiczne zniszczenie żywej jednostki w sposób szczególnie wymyślny i gwałtowny. Może być też mimowolne, dla zabawy (chęć zaimponowania innym, sprawdzenia siebie). Inną jego formą jest sadyzm, czyli okrucieństwo dla przyjemności. Sadyzm może przybierać formę np. znęcania się nad słabszymi. Okrucieństwo z nienawiści z kolei ma swoje źródło w poczuciu niesprawiedliwości, krzywdy oraz poniżeniu. [17, 18].

Wojciszke i Buss wyróżniają z kolei pojęcie agresji gniewnej i instrumentalnej. Agresja gniewna powstaje w wyniku nagromadzonej w wyniku niepowodzeń frustracji. Za agresję instrumentalną uznaje się natomiast wszelkie zachowania zmierzające do usunięcia przeszkód utrudniających osiągnięcie danego celu (np. zdobycie jakiegoś przedmiotu, pieniędzy lub pożywienia) [7, 17]. Poza tymi dwoma rodzajami agresji Buss przedstawia również pojęcie „wrogości” jako odrębnego nawyku, który przejawia się jako np. notoryczne negatywne ocenianie zachowań lub osób [17].

Inny podział przedstawił Meliburda. Wyodrębnił on dwie formy przemocy: gorącą i zimną. Przemoc zimna ma miejsce w przypadku, gdy agresja jest zaplanowana i jest efektem określonej strategii [16]. Natomiast przemoc gorąca, jak sama nazwa wskazuje jest spontaniczna, bardzo często jest odpowiedzią na określony bodziec. Najczęściej pojawia się w przypadku silnego pobudzenia agresora, który stracił kontrolę nad swoim zachowaniem [16].

Mazur przedstawiła odmienny podział i wyróżniła 6 rodzajów przemocy [19]:

- przemoc fizyczną (okaleczanie, bicie, popychanie, rzucanie przedmiotami);
- przemoc psychiczną (pogardzanie, poniżanie, upokarzanie, kompromitowanie, obwinianie);
- zaniedbanie psychiczne (chłód emocjonalny, ignorowanie, lekceważenie);
- zaniedbanie fizyczne (bardzo często stosowane wobec osób starszych, upośledzonych, brak odpowiedniej opieki);
- przemoc seksualna (molestowanie, gwałt, jawne nawiązywanie romansów, wyśmiewanie umiejętności i predyspozycji seksualnych partnera w obecności innych);
- nadopiekuńczość (ograniczenie prawidłowego rozwoju poprzez nadmierną opiekuńczość, wyręczanie – przez co ofiara jest społecznie niewydolna i uzależniona od sprawcy).

Istnieje również pojęcie „przemocy ekonomicznej”, wyrażającej się poprzez zabieranie małżonkowi zarobionych przez niego pieniędzy, dysponowanie nimi, ograniczanie kariery zawodowej partnera, a nawet całkowite uniemożliwienie podjęcia pracy [19].

Kolejną, szczególną formą agresji jest autoagresja. Celem autoagresji jest zadanie cierpienia samemu sobie (zarówno psychicznego, fizycznego, a nawet moralnego). Do autoagresji należy zaliczyć wszelkie próby wyniszczania organizmu (poprzez narkotyki, substancje psychoaktywne, alkohol, toksyczne produkty, nikotynę, neuroleptyki), okaleczenia (połykanie przedmiotów, nacinanie skóry, nakłuwanie powłok ciała ostrymi przedmiotami) oraz wszelkie próby samobójcze. Autoagresja może wynikać z wielu przyczyn: wyrzutów sumienia, braku akceptacji własnego ciała, nieumiejętności radzenia sobie z problemami, chęci zranienia kogoś innego (np. matki, ojca), chęci zwrócenia na siebie uwagi [12, 14].

Na podstawie analizy literatury przedmiotu można również rozróżnić podział agresji na osiem typów zachowań [12, 20]:

- urazę – która ujawnia się w nienawiści, zazdrości i gniewie wobec innych ludzi (a nawet wobec całego świata) za rzeczywiste lub zmyślane krzywdy;
- drażliwość/nadmierną irytację – czyli gotowość do agresywnej reakcji wywołanej błahą przyczyną, lub drobną prowokacją;
- poczucie winy – polegające na przekonaniu własnej osoby o byciu „złym człowiekiem” nawet w wyniku błahego przewinienia, wiąże się często z odczuwaniem silnych

wyrzutów sumienia, a nawet autoagresją (samoukaranie za popełnione czyny poprzez okaleczenie się, samobójstwo);

- negatywizm – objawiający się jako zachowania antagonistyczne (odmowa wykonania zleconego zadania, prośby, odmowa współpracy), często skierowana wobec zwierzchnictwa lub osób postawionych wyżej w hierarchii;
- podejrzliwość – okazywana poprzez wrogość i nieufność wobec innych ludzi;
- agresja fizyczna – okazywana poprzez stosowanie siły fizycznej w stosunku do innych osób, nie przejawia się jednak poprzez niszczenie przedmiotów;
- agresja słowna – polega na wypowiedziach o negatywnym charakterze, zarówno jeżeli chodzi o ton wypowiedzi (krzyk, kłótnia, wrzask, warczenie), jak i jej treść (groźenie, obrażanie, przekleństwa);
- napastliwość pośrednia – może mieć formę napastliwości nie skierowanej przeciwko konkretnej osobie (np. ataki furii ujawniające się poprzez rzucanie przedmiotami, krzyk, trzaskanie drzwiami – nieskierowane wprost do nikogo, aczkolwiek mogące sprawić przykrość) oraz napastliwości okrężnej, która ma formę tzw. „wbijania noża w plecy” (obgadywanie i obmawianie danej osoby, niszczenie własności, szerzenie nieprawdziwych informacji).

Wraz z rozwojem cywilizacji ewoluowała również komunikacja międzyludzka. Dialog pomiędzy ludźmi w dużej mierze przeniósł się do przestrzeni wirtualnej [21, 22]. Internet pozwala ludziom na rozrywkę i swobodny dostęp do informacji. Niestety pomimo tych dobrodziejstw, wirtualność stwarza również możliwości do tzw. cyberprzemocy, która jest jedną z nowych form agresji. Agresja w sieci ma miejsce przy wykorzystaniu np. czatów, komunikatorów, blogów, portali społecznościowych oraz forów internetowych. Dużym ułatwieniem dla agresora jest poczucie anonimowości. O ile sprawcą przemocy „tradycyjnej” jest zazwyczaj osoba silniejsza fizycznie, będąca wyżej w hierarchii o tyle w przypadku cyberprzemocy nie ma to większego znaczenia. Najważniejsza jest umiejętność poruszania się po sieci. Schultze-Krumbholz i Scheithauer wymienili cechy, które odróżniają cyberprzemoc od tradycyjnego bullyingu [21-23]:

- potencjalna anonimowość agresora;
- poczucie bezkarności sprawcy;
- brak świadomości sprawcy o skutkach swoich działań wobec ofiary (tzw. efekt kabiny pilota);
- łatwość wyszukiwania danych treści;

- trwałość i kopiowalność treści (materiały mogą być przenoszone na inne serwery, można je kopiować, zapisywać na własnych urządzeniach);
- „niewidzialna publiczność” (inni użytkownicy forów internetowych, portali społecznościowych, którzy mogą być świadkami cyberprzemocy).

Według Chadwick i Pyżalskiego cyberprzemoc może mieć zarówno formę pośrednią jak i bezpośrednią. Może się przejawiać poprzez [21, 23]:

- poniżanie za pośrednictwem wiadomości tekstowych, komentarzy;
- bezpośrednie gnębienie, zastraszanie, szantażowanie;
- podszywanie się pod inną osobę (np. poprzez włamanie na konto na portalu społecznościowym w celu umieszczenia poniżających materiałów o właścicielu);
- udostępnianie złośliwych treści;
- tzw. flaming, czyli otwarty atak w przestrzeni internetowej;
- wykluczanie (np. poprzez celowe usunięcie z listy znajomych, blokowanie odbierania wiadomości);
- udawanie kogoś (poprzez tworzenie fałszywych kont, korzystanie z cudzego telefonu, poczty e-mail);
- tzw. happy slapping – mające na celu udokumentowanie reakcji ofiary na prowokację, a następnie upublicznienie jej w sieci w celu ośmieszenia;
- rozpowszechnianie intymnych/prywatnych treści o danej osobie;
- udostępnianie i rozpowszechnianie poniżających zdjęć, filmów, fotomontaży;
- prześladowanie w przestrzeni internetowej (jest ono jednym z najpoważniejszych rodzajów cyberprzemocy – ofiara w skutek licznych gróźb i napastliwych wiadomości boi się o własne bezpieczeństwo).

Mobbing w pracy pielęgniarek

Kolejną, stosunkowo niedawno zdefiniowaną formą agresji jest mobbing. Dopiero na przełomie kilkunastu ostatnich lat zauważono, że jest to czynnik, który ma ogromny wpływ na pracowników, wykonywaną przez nich pracę oraz atmosferę w instytucji. Obecnie skala tego zjawiska jest na tyle duża, że w Polsce oraz na świecie istnieją zapisy w prawodawstwie zobowiązujące pracodawcę do dążenia do tworzenia środowiska pracy wolnego od mobbingu. Przygotowane są nowe przepisy, które definiują pojęcie mobbingu, regulują kwestie prawne w jego dziedzinie oraz pomoc osobom poszkodowanym.

Z badań przeprowadzonych na całym świecie wynika, że poziom narażenia na agresję w miejscu pracy wśród pracowników ochrony zdrowia należy do najwyższych. Z badań Buchana z 2005 roku wynika natomiast, że to właśnie pielęgniarki najczęściej są ofiarami agresji w pracy, bo padają nimi aż 3-krotnie częściej niż pozostałe zawody medyczne [24-26].

Definicja mobbingu

Dopiero w latach 80. dwudziestego wieku pojęcie „mobbing” stało się przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin nauk, głównie socjologii, prawa i psychologii. Tak jak i w przypadku agresji pojęcie mobbingu ma swoje szersze oraz bardziej specjalistyczne definicje [26, 27]. Lorenz użył tego pojęcia jako pierwszy, opisując zachowanie zwierząt w stadzie, które osaczały najsłabszego osobnika [26]. Natomiast do sfery pracowniczej pojęcie to wprowadził Leymann. Opisywał on mobbing jako „wrogą i nieetyczną komunikację pomiędzy jednym lub grupą pracowników a innym, który został zepchnięty do pozycji obronnej i pozbawiony pomocy” [26]. Zaś Hirigoyen twierdziła, że mobbingiem można nazwać wszelkie negatywne postępowanie, które przez swoją ciągłość narusza godność psychiczną i fizyczną pracownika, co może prowadzić do utraty pracy [28]. Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy definiuje go natomiast jako „powtarzalne, nieuzasadnione zachowanie skierowane przeciwko pracownikowi, lub grupie pracowników, które stwarzają zagrożenie jego/ich zdrowia i bezpieczeństwa” [26- 32].

Definicja z artykułu 94 Kodeksu Pracy opisuje mobbing jako działania lub zachowania, które polegają na długotrwałym prześladowaniu lub zastraszaniu, w wyniku czego pracownik odczuwa spadek przydatności zawodowej oraz które mają na celu upokorzenie pracownika, wyeliminowanie go z zespołu, lub odizolowanie od reszty pracowników [30, 33, 34].

Durniat zdefiniowała to pojęcie jako systematyczną i celową psychologiczną przemoc (przemoc słowna, wrogie zachowania), która występuje pomiędzy minimum dwoma osobnikami, w procesie której u ofiary spada poczucie własnej wartości i rośnie poziom frustracji i bezradności [35].

Kmiecik-Baran i Rybicki twierdzą, że istotą mobbingu są wrogie, uporczywe działania wobec ofiary, czyli tzw. taktyki upokorzenia (obraźliwe gesty, rozsiewanie plotek, wyśmiewanie, groźby, straszenie zwolnieniem ze stanowiska, wyzwiska, krzyki, odmawianie próśb bez logicznej przyczyny) [36].

Z dostępnych badań wynika, że mobbing może mieć różne definicje, ale każda z nich podkreśla, że jest to forma celowego systematycznego nękania psychicznego pracownika (lub grupy pracowników), która wywołuje u niego problemy w strefie psychicznej i zdrowotnej.

Leymann stworzył bardzo dokładny wykaz działań mobbingowych składający się z 5 kategorii [24, 27, 37]:

1. Działania utrudniające i zaburzające komunikację [24, 27, 37]:

- notoryczne przerywanie pracownikowi wypowiedzi;
- ciągłe krytykowanie pracy wykonanej przez pracownika;
- krytyka życia prywatnego pracownika;
- dręczenie pracownika telefonicznie;
- używanie aluzji wobec ofiary zamiast wypowiedzi wprost;
- ograniczenie przez przełożonego możliwości swobodnej wypowiedzi;
- stosowanie gróźb pisemnych;
- stosowanie gróźb słownych;
- wykonywanie w stosunku do ofiary obraźliwych gestów;
- uniemożliwienie swobodnego wypowiadania się przez współpracowników;
- reagowanie krzykiem i poniżaniem na uwagi pracownika.

2. Działania, które wpływają negatywnie na interakcje społeczne [24, 27, 37]:

- niedopuszczanie pracownika do głosu;
- izolowanie pracownika od innych osób (w celu uniemożliwienia kontaktu ze współpracownikami);
- zakazanie współpracownikom kontaktowania się z ofiarą;
- unikanie przez przełożonego interakcji z ofiarą;
- traktowanie pracownika w lekceważący sposób, ignorowanie.

3. Działania, które mają na celu naruszenie godności i dobrego wizerunku pracownika [24, 27, 37]:

- obgadywanie;
- plotkowanie na temat pracownika;
- kompromitowanie ofiary;
- sugerowanie, że ofiara cierpi na chorobę psychiczną;
- sugerowanie, że ofiara powinna udać się na badania psychiatryczne;
- sztydzenie z powodu kalectwa lub niepełnosprawności pracownika;

- parodiowanie gestów pracownika, jego sposobu wypowiadania się, sposobu poruszania;
- wyśmiewanie przekonań religijnych pracownika lub jego poglądów politycznych;
- kpienie z życia prywatnego pracownika;
- wyśmiewanie pracownika ze względu na narodowość, kolor skóry;
- nakłanianie pracownika do wykonywania pracy naruszającej jego godność;
- używanie w stosunku do pracownika wulgarnych przezwisk lub upokarzających zwrotów;
- niezgodna z prawdą ocena zaangażowania ofiary w pracę;
- składanie propozycji z podtekstem erotycznym.

4. Działania mające wpływ na pozycję zawodową pracownika [24, 27, 37]:

- przydzielanie pracownika do zadań, które są poniżej jego kwalifikacji;
- podważanie podejmowanych przez pracownika decyzji;
- wydawanie pracownikowi nielogicznych lub wykluczających się wzajemnie poleceń;
- delegowanie pracownika do zadań będących powyżej jego kompetencji w celu skompromitowania;
- delegowanie pracownika do zadań, a następnie odbieranie mu ich lub ostentacyjne przekazywanie ich komuś innemu;
- przydzielanie pracownika do zadań, które naruszają jego godność osobistą;
- obarczanie pracownika nadmiarem zadań w niemożliwym do zrealizowania terminie;
- delegowanie ofiary do wykonywania bezsensownych, zbędnych zadań;
- nieprzydzielanie pracownikowi żadnych zadań i skazanie go na bezczynność.

5. Działanie wpływające na zdrowie pracownika [24, 27, 37]:

- stosowanie wobec pracownika niewielkiej przemocy fizycznej;
- grożenie pracownikowi użyciem siły, przemocy;
- znęcanie się fizyczne nad pracownikiem;
- seksualne wykorzystywanie pracownika;
- delegowanie pracownika do zadań powyżej jego możliwości fizycznych;
- przyczynianie się do ponoszenia przez ofiarę kosztów.

Każde z wymienionych powyżej działań, występując jednorazowo nie może zostać nazwane mobbingiem. Dopiero w przypadku, gdy prześladowanie trwa przez okres minimum 6 miesięcy (lub co najmniej raz w tygodniu przez taki okres) można stwierdzić, że ofiara doświadcza mobbingu.

Istnieje kilka cech, które są dla mobbingu charakterystyczne i odróżniają go od pozostałych negatywnych zachowań występujących w miejscu pracy [25, 29, 37-39]:

- powtarzalność i ciągłość prześladowania: pracownik jest dręczony w sposób ciągły (z różnym nasileniem, np. raz w tygodniu), prześladowca negatywnie odnosi się do ofiary i nie zmienia się to bez względu na działanie prześladowanego;
- izolowanie ofiary: mobber ma na celu doprowadzenie do odizolowania ofiary od reszty współpracowników, utrudnia również normalną komunikację pomiędzy ofiarą a resztą grupy;
- długi okres trwania: działania negatywne muszą trwać przez dłuższy, określony czas (co najmniej sześć miesięcy), aby zostały uznane za mobbing;
- celowość działań prześladowcy: mobber ma na celu wyeliminowanie ofiary ze swojego otoczenia, zależy mu na zmuszeniu ofiary do odejścia z pracy;
- przewaga psychicznego charakteru dręczenia: najczęściej w miejscu pracy występuje przemoc psychiczna, rzadziej fizyczna;
- zależność ofiary: prześladowca (nie zawsze jest to przełożony, może być to również pracownik na tym samym stanowisku) stara się wykorzystać swoją pozycję i wpływy (wynikające ze znajomości, stażu pracy) w celu dręczenia ofiary;
- wyrachowanie prześladowcy: mobber korzysta z każdej „techniki upokorzenia” (oszczerstwa, plotki, pomówienia, intrygi, kłamstwa), aby zniszczyć psychicznie swoją ofiarę;
- eskalacja konfliktu: wraz z czasem trwania konfliktu narasta jego intensywność, mobber jest coraz bardziej w niego zaangażowany, korzysta z coraz większej ilości działań negatywnych;
- szkody: działania mobbingowe niosą za sobą wiele negatywnych skutków, nie tylko względem mobbowanej osoby i jej najbliższych, ale również względem funkcjonowania całej organizacji, atmosfery w niej panującej oraz zaufania pomiędzy pracownikami.

Sidor-Rządkowska wyróżniła 3 podstawowe typy mobbingu [29, 39, 40]:

- pionowy – podwładny pracownik występuje przeciwko swojemu przełożonemu;
- poziomy (horyzontalny) – pracownik lub grupa pracowników występuje przeciwko swojemu koledze z pracy;
- pochyły – przełożony występuje przeciwko podwładnemu sobie pracownikowi.

Kozak wymienia cztery fazy mobbingu następujące po sobie [38, 41]:

- powstanie sytuacji konfliktowej – pracownik-ofiara w swojej nieświadomości sądzi, że konflikt można opanować i rozwiązać w sposób pokojowy;
- działania mobbingowe – pracownik jest podporządkowany mobberowi i nikt w pracy nie udziela mu pomocy;
- nasilenie działań przeciwko ofierze – pracownik staje się tzw. „kozłem ofiarnym”, próby obrony kończą się często niesłusznym ukaraniem pracownika;
- zaostrenie sytuacji mobbingowej - krytyczne położenie nękanego pracownika zmusza go do rezygnacji ze stanowiska, a nawet z pracy.

Charakterystyka sylwetki mobbera

Nie każda osoba, która zachowuje się agresywnie jest mobberem. Mobber działa w sposób określony, długoterminowy, planuje wszystkie swoje posunięcia i jest w swoich działaniach systematyczny. Taka osoba zazwyczaj na uwagi kierowane w swoją stronę reaguje wściekłością i agresją. Nie znosi sprzeciwu, oczekuje bezwzględnego poparcia w swoich decyzjach. Każde zdanie odmienne od swojego traktuje jako atak. Mobber ma zazwyczaj wysokie mniemanie o własnej osobie, nie przyznaje się do błędów, a jeśli jakieś popełnia to przypisuje je innym ludziom [30, 38].

G. i R. Namie wyodrębnili trzy typy prześladowców [30]:

- prześladowca chroniczny – dręczenie innych jest dla niego przyjemnością, zazwyczaj ma to źródło w zaburzeniach osobowości;
- prześladowca-oportunista – taki prześladowca jest zdeterminowany na osiągnięcie celu (np. awans, podwyżka), nic go nie powstrzyma, nawet jeśli ma przy tym zniszczyć kogoś psychicznie;
- przypadkowy prześladowca – taka osoba wyrządza ludziom krzywdę w sposób nieświadomy, nie jest to wynikiem celowych działań;

G. i R. Namie wyróżnili również cztery typy mobberów [30]:

- „Dwugłowy wąż” – mobber sprawiający wrażenie osoby życzliwej i godnej zaufania, szczerze zainteresowanej rozwojem pracownika. W rzeczywistości jest obłudną, dwulicową osobą, która zataja istotne informacje, wywiera presję na otoczeniu, aby nie wyprowadzały ofiary z błędu i nie dostarczały jej informacji. Ten typ mobbera posługuje się przemilczeniami, niedomówieniami, półprawdą, a nawet fałszywymi danymi. Sukcesy pracownika, którego prześladuje przypisuje sobie.
- „Dyktator” – jest to typ mobbera, który lubi demonstrować swoją władzę. Zachowuje się jak „pan i władca”, kontroluje pracowników poprzez czytanie ich korespondencji, dokumentów, poczty. Dąży do przejęcia całkowitej kontroli nad prześladowanym pracownikiem.
- „Krzykliwa Mimi” – jest to hałaśliwy typ mobbera – poprzez swoje wyjątkowo impulsywne i wybuchowe usposobienie wprowadza w miejscu pracy atmosferę nerwowości.
- „Wieczny Kłamacz” – mobber uznaje swoje działania za perfekcyjne, a w postępowaniu innych wiecznie doszukuje się nieprawidłowości. Demonstracyjnie okazuje przełożonemu/ podwładnemu brak szacunku, ignoruje go, unika kontaktu wzrokowego podczas rozmów, lekceważy rozmówcę przyjmując niedbałe pozy i przedrzeźniając.

Charakterystyka ofiary mobbingu

Paradoksalnie najczęstszymi ofiarami mobbingu padają najlepsi pracownicy – najczęściej są to osoby młode, wydajne w pracy, bardzo zaangażowane w wykonywane zadania, nie bojące się wyzwań [30, 38]. Zazwyczaj takie osoby są lepiej wykształcone, znają języki obce oraz posiadają wyższe kwalifikacje od mobbera (np. odbyty staż, kurs, specjalizację, praktyki zagraniczne). Często też takie osoby robią więcej niż się od nich wymaga i „wychodzą przed szereg”. Badania wykazują że osoby wyróżniające się (religijnie, kulturowo, wyglądem, orientacją, poglądami) oraz osamotnione w miejscu pracy (nie należące do żadnej grupy pracowniczej, nie będące „w układach”) również są bardziej narażone na mobbing [30, 38].

Czynniki wpływające na wystąpienie mobbingu

Na ryzyko powstania mobbingu w miejscu pracy wpływa wiele aspektów. Można je podzielić na czynniki zewnętrzne (inaczej – organizacyjne lub środowiskowe) oraz wewnętrzne (inaczej – związane z sytuacją osobistą lub czynniki indywidualne) [42, 43].

Istnieją pewne właściwości poszczególnych pracowników, które mogą (ale nie muszą) prowokować do działań mobbingowych. Takie właściwości to np. pozytywne cechy charakteru takie jak: kreatywność, przebojowość, poczucie humoru. W przypadku starania się o awans lub prestiż taka osoba staje się zagrożeniem. Mobber będzie dążył do podporządkowania sobie takiego pracownika – a co za tym idzie – do usunięcia zagrożenia [42, 43].

Sytuacja życiowa również może być czynnikiem, który będzie sprawiał, że pracownik zostanie ofiarą mobbingu. Bardzo często osoba, która przeżywa trudny okres w życiu jest bardziej podatna na manipulacje, prowokacje i zranienie. Taka osoba ma problemy w radzeniu sobie z wrogością otoczenia i może stać się „kozłem ofiarnym” [42, 43].

Kolejnym istotnym czynnikiem, który sprawia, że pracownik może stać się ofiarą mobbingu jest wykazanie przez niego nieprawidłowości w prowadzeniu firmy/ organizacji/ instytucji oraz odmowa w działaniach niezgodnych z prawem, bądź znajdujących się na jego pograniczu. Taka osoba staje się niewygodna, więc aby „uchronić interes firmy” stosuje się wobec niej zastraszanie, groźby oraz szantaż.

Niezdrowa atmosfera w pracy również jest czynnikiem, który sprawia że zachodzi zjawisko mobbingu. Niewłaściwe zarządzanie firmą, brak umiejętności kierownictwa w rozwiązywaniu konfliktów, zła komunikacja, faworyzowanie poszczególnych pracowników, stawianie przed nimi ciężkich, trudnych do wykonania zadań, uniemożliwianie im realizacji zawodowej i awansu, wieczna rywalizacja, brak poczucia jedności, współpracy, identyfikowania się z systemem wartości firmy, pracownicy żyjący w ciągłym pędzie i strachu – wszystkie te elementy sprawiają, że ryzyko wystąpienia sytuacji mobbingowej znacznie się zwiększa.

Skutki występowania mobbingu [27, 35, 36, 38]

Mobbing powoduje wiele negatywnych skutków, zarówno dla ofiary, jej otoczenia jak i przedsiębiorstwa [36].

Skutki dotyczące ofiary mobbingu (tzw. dezorganizacja psychosomatyczna) [27, 35, 36, 38]:

- korzystanie z używek (alkohol, nikotyna, leki, narkotyki);
- problemy z wypowiedaniem się, z zapamiętywaniem;
- niska samoocena;
- problemy z koncentracją, apatia, obojętność;
- nerwica, depresja, zaburzenia lękowe;

- problemy w kontaktach międzyludzkich;
- bóle brzucha, głowy, problemy ze snem, nadmierny apetyt lub jego brak;
- choroby: zawał, nadciśnienie tętnicze, migreny;
- odczuwanie frustracji, gniewu, bezradności i osamotnienia;
- nieświadome popełnianie błędów;
- utrata wiary w siebie;
- nieufność w stosunku do otoczenia;

Skutki dotyczące otoczenia ofiary mobbingu [27, 35, 36, 38]:

- przekazywanie klientom i przyszłym pracownikom negatywnych opinii na temat firmy;
- przynoszenie do środowiska domowego problemów związanych z pracą;
- nieobecność pracownika w miejscu pracy wynikające ze zwolnień lekarskich;
- spadek wydajności pracy ofiary;
- pogorszenie relacji z partnerem, dziećmi z powodu problemów w pracy;
- występowanie napiętej atmosfery w pracy;
- możliwość rozszerzenia się wrogości pomiędzy innymi pracownikami;
- koszty, które ponosi firma po odejściu pracownika z powodu mobbingu (rekrutacja nowego pracownika, dezorganizacja pracy, straty wynikające z żadnych zemsty ofiar).

Przeciwdziałanie i sposoby radzenia sobie z mobbingiem

Artykuł 94 pkt. 3 Kodeksu Pracy nakłada na pracodawcę obowiązek przeciwdziałania mobbingowi. To pracodawca ponosi odpowiedzialność za stosowanie mobbingu przez osoby podwładne, dlatego ma on do dyspozycji szeroki zasób środków, które może zastosować w stosunku do takiego pracownika [41]:

- ostrzeżenie;
- pouczenie;
- kara dyscyplinarna lub porządkowa;
- przeniesienie mobbera na inne stanowisko;
- zwolnienie mobbera z pracy (nawet w trybie natychmiastowym).

Pracodawca ma prawo do takich działań, gdyż pracownik ma obowiązek dbania o dobre imię firmy, przestrzegania regulaminu oraz przepisów BHP miejsca pracy, a także podstawowych zasad współżycia międzyludzkiego.

Pracodawca może również powołać społecznego doradcę ds. przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji, który w przypadku zaistnienia sytuacji mobbingowej mógłby prowadzić postępowanie mediacyjne. Może on również organizować dla pracowników szkolenia w celu przedstawienia pojęcia mobbingu oraz prezentacji sposobów walki z tym problemem. Anonimowe ankiety satysfakcji pracownika również są dobrym sposobem na zapobieganie mobbingowi w instytucji. Pracodawca może też organizować wyjazdy i spotkania integracyjne, które służyłyby tworzeniu przyjaznych relacji w miejscu pracy.

Pomocne działania w walce z mobbingiem [35, 38, 41]:

- demonstrowanie jego negatywnych skutków ekonomicznych, moralnych i zdrowotnych;
- nagłaśnianie zjawiska mobbingu;
- wsparcie stowarzyszeń antymobbingowych;
- rozpowszechnianie odpowiednich materiałów dydaktycznych, które sprawią, że wzrośnie świadomość pracowników w zakresie zapobiegania i skutecznej walki z mobbingiem;
- prowadzenie działalności mediacyjnej w środowiskach pracy;
- działania mające na celu zapobieganie wykluczeniu społecznemu dotkniętych mobbingiem;
- przeciwdziałanie dyskryminacji w oraz działanie na rzecz równego statusu kobiet i mężczyzn;
- prowadzenie poradnictwa prawnego i medycznego dla osób dotkniętych mobbingiem.

Celem pracy było:

- określenie źródła występowania agresji wobec pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku;
- sprawdzenie z jaką formą agresji najczęściej spotykają się pielęgniarki pracujące w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku;
- określenie od kogo pielęgniarki pracujące w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku mogą uzyskać pomoc w przypadku wystąpienia agresji w miejscu pracy.

Material i metody badań

Badaniem objęto 200 pielęgniarek z Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku, w wieku od 22 do 62 lat, w okresie od listopada do kwietnia 2019 roku, po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej nr: R-I-002/265/2018.

Narzędziami do zebrania danych były: kwestionariusz do oceny stopnia i rodzaju agresji, kwestionariusz do oceny cech pracy oraz kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia.

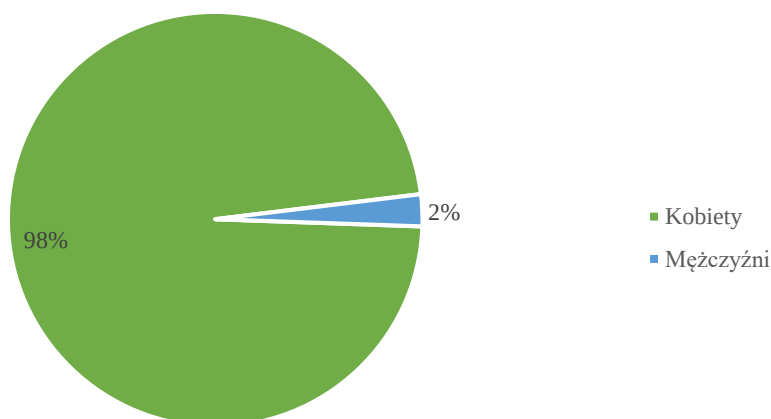
Pierwsza część kwestionariusza zawierała pytania dotyczące płci, wieku, stażu pracy, wykształcenia, miejsca pracy, zajmowanego stanowiska oraz stanu cywilnego. Pytania zasadnicze kwestionariuszy zawierały informacje odnośnie częstości występowania zachowań agresywnych, ich przyczyny, stosunku do pracy oraz ogólnego stanu zdrowia.

Pielęgniarki zostały poinformowane o dobrowolności i anonimowości prowadzonych badań.

Wyniki opracowano za pomocą programu Microsoft Excel 365 oraz pakietu statystycznego STATISTICA firmy StatSoft Polska. Analizę pytań prowadzono metodą tabeli wielodzIELczych z testem zależności opartym o χ^2 . Za istotne statystycznie uznano prawdopodobieństwo testowe na poziomie $p \leq 0,05$.

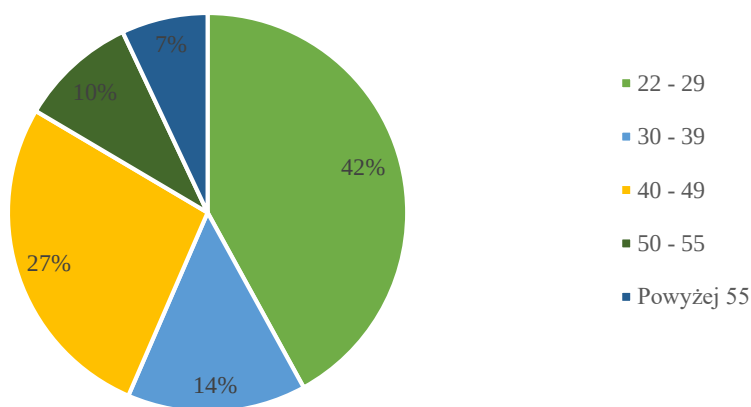
Wyniki

Charakterystyka społeczno-demograficzna badanej populacji



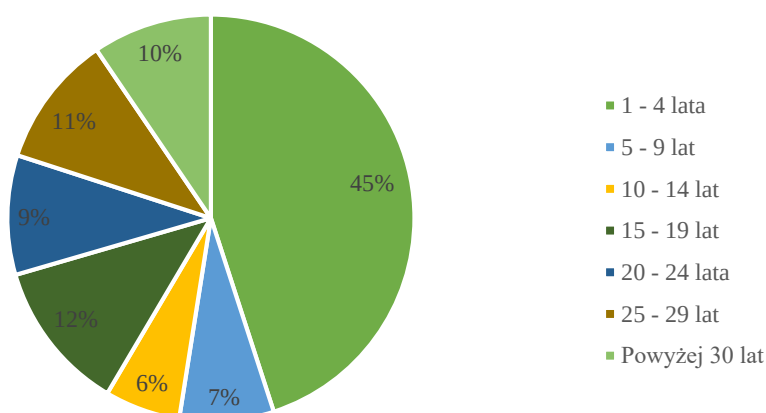
Rycina 1. Struktura płci ankietowanych

Badaniem objęto 200 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Z przedstawionych danych wynika, że większość respondentów stanowiły kobiety – 98 %. Jedynie 2 % ankietowanych to mężczyźni (Rycina 1).



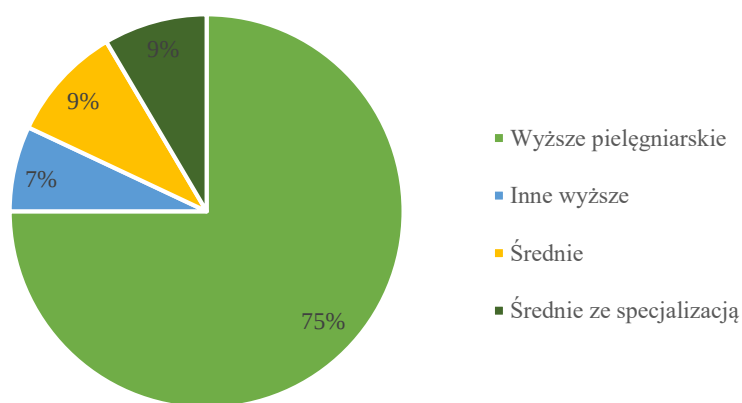
Rycina 2. Struktura wieku ankietowanych

Z danych, które zostały przedstawione na Rycinie 2 wynika, że najliczniejszą grupą ankietowanych były osoby w przedziale wiekowym 22-29 lat, co stanowiło 42 % wszystkich respondentów. Najmniej liczną grupą byli ankietowani powyżej 55 roku życia, gdyż stanowili jedynie 7 % wszystkich respondentów.



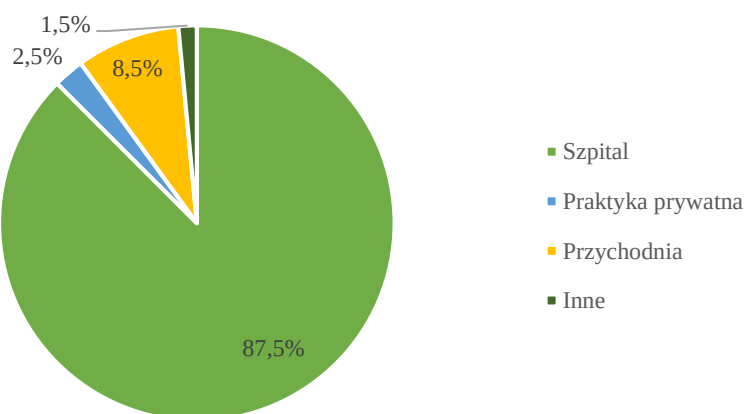
Rycina 3. Struktura stażu pracy ankietowanych

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 3 wynika, że najliczniejszą grupą ankietowanych były osoby posiadające staż pracy 1-4 lata (45 %). Osoby posiadające staż pracy 10-14 lat były najmniej liczną grupą i stanowiły jedynie 6 % wszystkich respondentów.



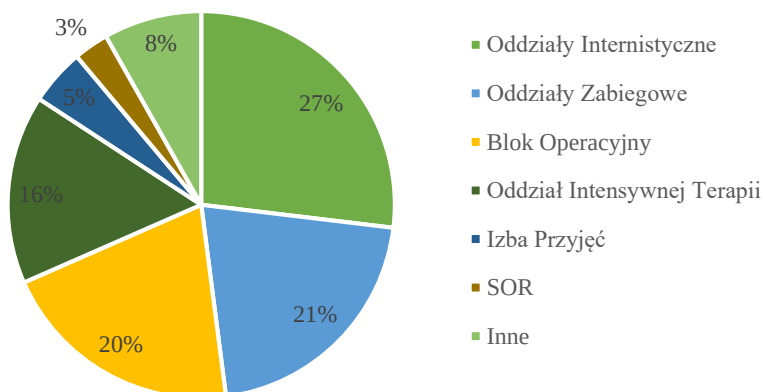
Rycina 4. Struktura wykształcenia ankietowanych

Wśród ankietowanych największą grupę stanowiły osoby posiadające wykształcenie wyższe pielęgniarskie (75 %) (Rycina 4).



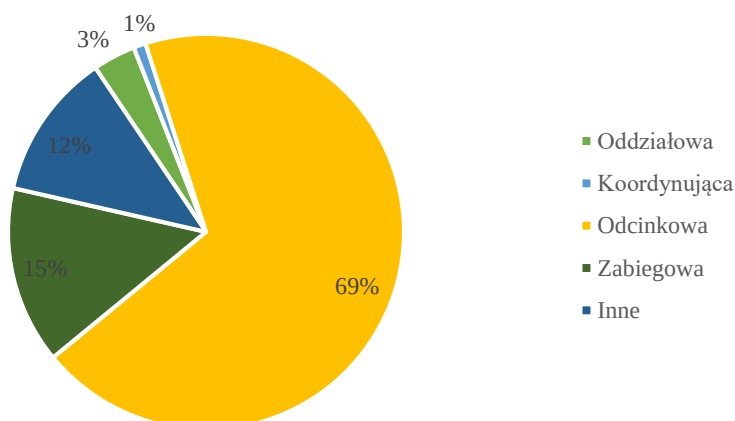
Rycina 5. Struktura miejsca pracy ankietowanych

Z danych przedstawionych na Rycinie 5 wynika, że największą grupę stanowili ankietowani pracujący w szpitalu (87,5 %).



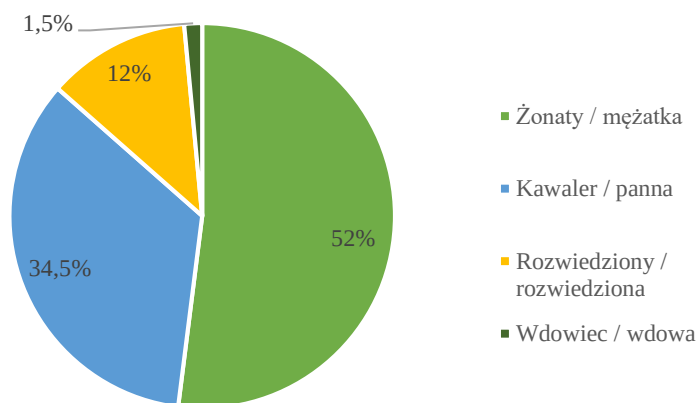
Rycina 6. Struktura oddziałów u ankietowanych, którzy zadeklarowali szpital jako miejsce pracy

Wśród ankietowanych, którzy jako miejsce pracy wybrali Szpital największą grupę stanowiły osoby pracujące na oddziałach internistycznych (27%). Najmniej liczne grupy stanowiły osoby pracujące na izbie przyjęć (5%) oraz w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (3%) (Rycina 6).



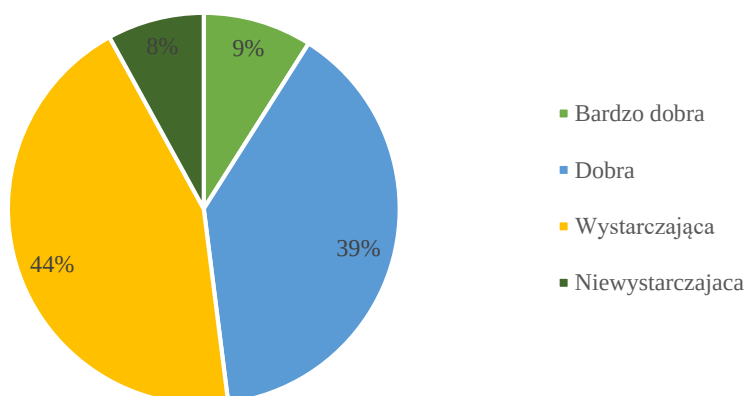
Rycina 7. Struktura zajmowanego stanowiska ankietowanych

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 7 wynika, że największą grupę ankietowanych stanowiły osoby, które zajmowały stanowisko pielęgniarki oddziałowej – 69%. Najmniej liczną grupę ankietowanych stanowiły pielęgniarki koordynujące – jedynie 1% wszystkich przypadków.



Rycina 8. Struktura stanu cywilnego ankietowanych

Największą grupę ankietowanych stanowiły osoby w związkach małżeńskich (52 %). Najmniej liczną grupą były osoby owdowiałe (1,5%) (Rycina 8).



Rycina 9. Sytuacja finansowa pielęgniarek

Z danych przedstawionych na Rycinie 9 wynika, że najwięcej respondentów określa swoją sytuację finansową jako wystarczającą (44%). Najmniejszy odsetek ankietowanych (8%) określa swoją sytuację jako niewystarczającą. W badanej populacji stwierdzono wysoką zależność statystyczną pomiędzy stanem cywilnym ankietowanych a sytuacją finansową ($p = 0,03879$).

Szczegółowa analiza wyników badań

Tabela I. Stopień nasilenia agresji ze strony pacjentów wobec pielęgniarek

Rodzaj agresji	Skala częstości											
	0 – nie dotyczy mojego stanowiska pracy		1 – nigdy się nie zdarza		2 – kilka razy w roku		3 – kilka razy w miesiącu		4 – kilka razy w tygodniu		5 - codziennie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Krzyk, podniesiony głos	18	9%	13	6,5%	56	28%	60	30%	30	15%	23	11,5%
Pogróżki	33	16,5%	45	22,5%	67	33,5%	32	16%	18	9%	5	2,5%
Szantaż	51	25,5%	60	30%	51	25,5%	24	12%	11	5,5%	3	1,5%
Próby ataku, uderzenia	37	18,5%	67	33,5%	61	30,5%	20	10%	11	5,5%	4	2%
Groźna postawa	27	13,5%	50	25%	67	33,5%	34	17%	15	7,5%	7	3,5%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych współpracowników	24	12%	35	17,5%	69	34,5%	46	23%	14	7%	12	6%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych pacjentów	30	15%	38	19%	62	31%	47	23,5%	11	5,5%	12	6%
Uderzenie atak	52	26%	92	46%	40	20%	8	4%	5	2,5%	3	1,5%

Z agresją ze strony pacjentów codziennie spotykało się od 1,5% do 11,5% ankietowanych. Zdaniem 11,5% ankietowanych najpowszechniejszą formą agresji, z którą respondenci mieli styczność na co dzień był podniesiony głos. Największy odsetek pielęgniarek (od 20% do 34,5%) określił stopień występowania agresji w zależności od jej formy jako „kilka razy w roku”. Najwięcej respondentów doświadczyło obraźliwego zachowania wobec własnej osoby w obecności współpracowników (34,5%) kilka razy w roku. Szczegółowe dane przedstawia Tabela I.

Tabela II. Stopień nasilenia agresji ze strony przełożonych wobec pielęgniarek

	Skala częstości											
Rodzaj agresji	0 – nie dotyczy mojego stanowiska pracy		1 – nigdy się nie zdarza		2 – kilka razy w roku		3 – kilka razy w miesiącu		4 – kilka razy w tygodniu		5 - codziennie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Krzyk, podniesiony głos	28	14%	84	42%	47	23,5%	23	11,5%	12	6%	6	3%
Pogróżki	42	21%	110	55%	27	13,5%	11	5,5%	9	4,5%	1	0,5%
Szantaż	48	24%	120	60%	15	7,5%	11	5,5%	5	2,5%	1	0,5%
Próby ataku, uderzenia	78	39%	122	61%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Groźna postawa	61	30,5%	116	58%	13	3,5%	7	3,5%	3	1,5%	0	0%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych współpracowników	45	22,5%	114	57%	22	4,5%	9	4,5%	7	3,5%	3	1,5%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych pacjentów	51	22,5%	124	62%	13	2,5%	5	2,5%	6	3%	1	0,5%
Uderzenie atak	78	39%	121	60,5%	1	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Odminną sytuację przedstawia Tabela II. Niewiele ankietowanych (od 0,5% do 3%) codziennie spotyka się z agresją ze strony przełożonych. Zdaniem 3 % respondentów najczęstszą jego formą – tak jak i w przypadku pacjentów jest podniesiony głos. Tylko 0,5% kilka razy w roku spotkało się z atakiem fizycznym ze strony przełożonego. Najczęściej respondenci spotykali się z agresją ze strony przełożonych kilka razy w roku (od 0,5% do 23,5%).

Tabela III. Stopień nasilenia agresji ze strony lekarza wobec pielęgniarek

Rodzaj agresji	Skala częstości											
	0 – nie dotyczy mojego stanowiska pracy		1 – nigdy się nie zdarza		2 – kilka razy w roku		3 – kilka razy w miesiącu		4 – kilka razy w tygodniu		5 - codziennie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Krzyk, podniesiony głos	23	11,5%	80	40%	59	29,5%	29	14,5%	7	3,5%	2	1%
Pogróżki	54	27%	121	60,5%	17	8,5%	6	3%	2	1%	0	0%
Szantaż	60	30%	129	64,5%	8	4%	3	1,5%	0	0%	0	0%
Próby ataku, uderzenia	74	37%	124	62%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Groźna postawa	63	31,5%	118	59%	15	7,5%	3	1,5%	1	0,5%	0	0%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych współpracowników	52	26%	106	53%	24	12%	12	6%	4	2%	2	1%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych pacjentów	60	30%	109	54,5%	19	9,5%	7	3,5%	4	2%	1	0,5%
Uderzenie atak	78	39%	121	60,5%	1	0,5%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabela III przedstawia agresywne zachowania ze strony lekarzy. Codziennie z agresją ze strony lekarzy w zależności od jej formy spotyka się jedynie od 0,5% do 1 % ankietowanych. Najczęściej ankietowani wskazywali częstość zachowań agresywnych ze strony lekarzy jako „kilka razy w roku” (od 0,5% do 29,5%). Poza podniesionym głosem (29,5%) do częstych zachowań agresywnych ze strony lekarzy, które miały miejsce kilkakrotnie w ciągu roku, ankietowani wyróżnili również pogróżki (8,5%), obraźliwe zachowanie w obecności innych współpracowników (12%) oraz obrażanie w obecności pacjentów (9,5%).

Tabela IV. Stopień nasilenia agresji ze strony współpracowników wobec pielęgniarek

	Skala częstości											
Rodzaj agresji	0 – nie dotyczy mojego stanowiska pracy		1 – nigdy się nie zdarza		2 – kilka razy w roku		3 – kilka razy w miesiącu		4 – kilka razy w tygodniu		5 - codziennie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Krzyk, podniesiony głos	21	10,5%	74	37%	61	30,5%	29	14,5%	14	7%	1	0,5%
Pogróżki	44	22%	115	57,5%	21	10,5%	13	6,5%	7	3,5%	0	0%
Szantaż	59	29,5%	120	60%	13	6,5%	5	2,5%	3	1,5%	0	0%
Próby ataku, uderzenia	76	38%	122	61%	1	0,5%	1	0,5%	0	0%	0	0%
Groźna postawa	62	31%	117	58,5%	10	5%	8	4%	3	1,5%	0	0%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych współpracowników	46	23%	104	52%	25	12,5%	14	7%	11	5,5%	0	0%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych pacjentów	56	28%	118	59%	12	6%	9	4,5%	5	2,5%	0	0%
Uderzenie atak	77	38,5%	122	61%	1	0,5%	0	0%	0	0%	0	0%

Z danych przedstawionych w Tabeli IV wynika, że tylko 0,5% respondentów codziennie doświadcza podniesionego głosu ze strony współpracownika. Tak jak w pozostałych przypadkach, najczęściej ankietowani doświadczają agresji „kilka razy w roku” (od 0,5% do 30,5%). Tylko 47,5% ankietowanych nie doświadczyło podniesionego głosu ze strony współpracownika, natomiast 0,5% ankietowanych kilkakrotnie w ciągu roku zostało zaatakowane.

Tabela V. Stopień nasilenia agresji ze strony podwładnych wobec pielęgniarek

	Skala częstości											
Rodzaj agresji	0 – nie dotyczy mojego stanowiska pracy		1 – nigdy się nie zdarza		2 – kilka razy w roku		3 – kilka razy w miesiącu		4 – kilka razy w tygodniu		5 – codziennie	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Krzyk, podniesiony głos	58	29%	97	48,5%	29	14,5%	13	6,5%	2	1%	1	0,5%
Pogróżki	74	37%	109	54,5%	11	5,5%	5	2,5%	1	0,5%	0	0%
Szantaż	76	38%	115	57,5%	7	3,5%	2	1%	0	0%	0	0%
Próby ataku, uderzenia	83	41,5%	115	57,5%	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%
Groźna postawa	80	40%	113	56,5%	3	1,5%	3	1,5%	1	0,5%	0	0%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych współpracowników	72	36%	109	54,5%	9	4,5%	9	4,5%	1	0,5%	0	0%
Obrażanie, wulgarność w obecności innych pacjentów	75	37,5%	115	57,5%	3	1,5%	6	3%	1	0,5%	0	0%
Uderzenie atak	88	44%	112	56%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%

Tabela V pokazuje z kolei częstość zachowań agresywnych ze strony podwładnych. Codziennie tylko 0,5% respondentów doświadczało podniesionego głosu ze strony podwładnych. Najwięcej respondentów (14,5%) kilkakrotnie w ciągu roku było ofiarą podniesionego głosu ze strony podwładnych. Ponad 95% respondentów nigdy doświadczyło szantażu ze strony podwładnych oraz oceniało ich jako osoby groźne.

Tabela VI. Poziom występowania agresji wobec pielęgniarek w zależności wieku oraz stażu pracy

Źródło agresji	Rodzaj agresji	Zależność między wiekiem a częstością występowania agresji	Zależność między stażem pracy a częstością występowania agresji
Pacjenci	Pogróżki	<u>p=0,01022</u>	p=0,03708
	Groźna postawa	<u>p=0,03955</u>	p=0,41744
	Wulgarność w obecności innych pracowników	<u>p=0,02271</u>	p=0,05034
	Wulgarność w obecności innych pacjentów	<u>p=0,04419</u>	p=0,14766
	Atak	p=0,06422	p=0,01465
Lekarze	Podniesiony głos	<u>p=0,00002</u>	p=0,00014
	Pogróżki	<u>p=0,03920</u>	p=0,30750
	Groźna postawa	<u>p=0,00317</u>	p=0,06120
	Wulgarność w obecności innych pracowników	<u>p=0,00138</u>	p=0,22457
	Wulgarność w obecności pacjentów	<u>p=0,02941</u>	p=0,44165

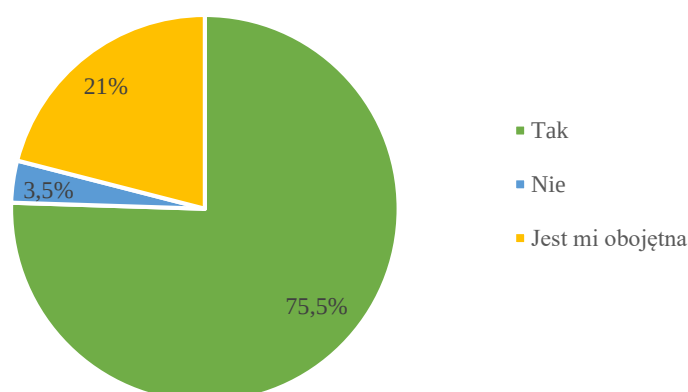
* W tabeli pogrubiono i podkreślono rodzaje agresji, które są istotne statystycznie

Tabela VI przedstawia zależności pomiędzy wiekiem oraz stażem pracy a częstością występowania poszczególnych rodzajów agresji od różnych agresorów. Najwyższą zależność statystyczną stwierdzono pomiędzy wiekiem pielęgniarek ($p=0,00002$) oraz stażem ($p=0,00014$) a częstością podnoszenia głosu na pielęgniarki przez lekarzy. W przypadku pacjentów najwyższą zależność statystyczną ($p=0,01022$) stwierdzono pomiędzy wiekiem pielęgniarki częstością występowania pogróżek.

Tabela VII. Przyczyny agresji w pracy pielęgniarek

Przyczyny agresji	N	%
Skutek choroby pacjenta	16	8%
Nadmiar obowiązków	9	4,5%
Alkohol i inne używki u pacjentów	9	4,5%
Zbyt mało personelu	9	4,5%
Stres	10	5%
Zmęczenie personelu	10	5%
Chęć dowartościowania się	10	5%
Frustracja personelu	5	2,5%
Długie kolejki do lekarza	4	2%
Skutek podawanych leków	7	3,5%
Zamknięte środowisko	4	2%
Inne	17	8,5%
Brak odpowiedzi	90	45%
Suma	200	100%

W badanej populacji najczęstszymi przyczynami agresji były: skutek choroby pacjenta (8%). Najmniej pielęgniarek wskazało zamknięte środowisko oraz długie kolejki do lekarza jako przyczynę agresji w pracy (2%) (Tabela VII).

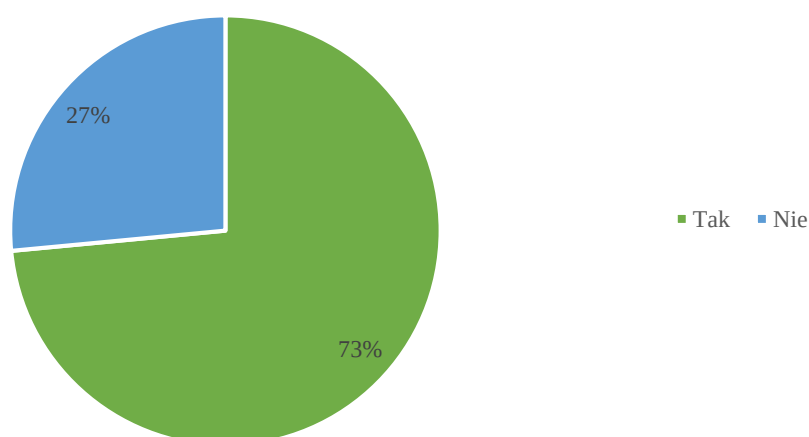
**Rycina 10.** Opinie ankietowanych na temat lubienia swojej pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 10 wynika, że największą grupę ankietowanych stanowiły osoby lubiące swoją pracę (75,5%).

Tabela VIII. Opinie pielęgniarek na temat przyczyn lubienia własnej pracy

Przyczyna lubienia pracy	N	%
„Jest satysfakcjonująca”	33	16,5%
„Czuję się spełniona”	26	13%
„Lubię kontakt z ludźmi”	13	6,5%
„Jest ciekawa”	12	6%
„Lubię pomagać ludziom”	11	5,5%
„Mam dobry zespół”	9	4,5%
„Lubię pielęgniarstwo”	9	4,5%
„Miła atmosfera”	5	2,5%
Inne	2	1%
Brak odpowiedzi	80	40%
Suma	200	100%

W badanej populacji 16,5% ankietowanych uznało pracę jako satysfakcjonującą, a 13% osób dzięki pracy pielęgniarki czuje się spełniona. Najmniej respondentów lubi swoją pracę za miłą atmosferę (2,5% ankietowanych) (Tabela VIII).



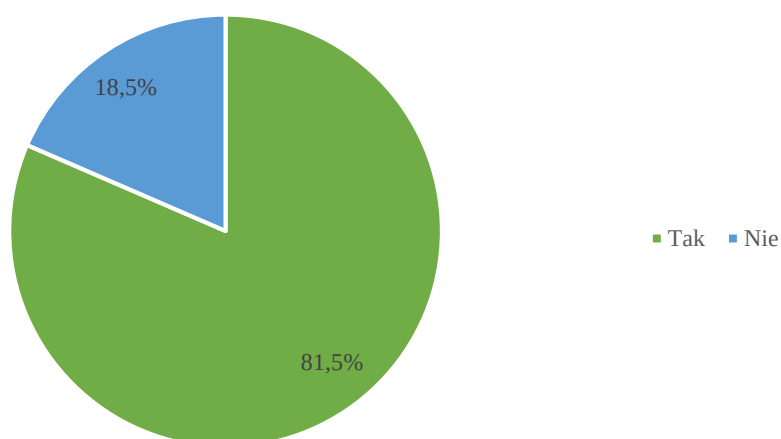
Rycina 11. Opinie respondentów na temat atmosfery panującej w pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 11 wynika że przeważająca część ankietowanych (73%) stwierdziło, że w ich miejscu pracy panuje życzliwa atmosfera.

Tabela IX. Opinie pielęgniarek na temat przyczyny złej atmosfery w pracy

Przyczyna złej atmosfery w pracy	N	%
Konflikty w zespole	24	12%
Podziały w zespole	12	6%
Złe zarządzanie	10	5%
Posiadanie przez współpracowników II etatu	4	2%
Brak odpowiedzi	150	75%
Suma	200	100%

Najczęstszą przyczyną złej atmosfery w pracy respondentek były: konflikty wśród zespołu (odpowiedziało tak 12% respondentów). Najmniej pielęgniarek wskazało posiadanie przez współpracowników II etatu jako przyczynę złej atmosfery w pracy (2%) (Tabela IX).



Rycina 12. Opinie respondentów na temat chęci chodzenia do pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 12 wynika, że znaczna większość ankietowanych lubiła chodzić do pracy (81,5%).

Tabela X. Opinie pielęgniarek na temat przyczyny niechęci chodzenia do pracy

Przyczyna niechęci	N	%
Zły zespół	12	6%
Przemęczenie	12	6%
Zła atmosfera	6	3%
Niskie zarobki	2	1%
Zmiany w kierownictwie	1	0,5%
Brak odpowiedzi	167	83,5%
Suma	200	100%

W badanej populacji pielęgniarek niechęć przychodzenia do pracy zadeklarowało 16,5% ankietowanych. Najczęstszymi przyczynami niechęci były: zły zespół oraz przemęczenie (Tabela X).

Tabela XI. Poziom zadowolenia pielęgniarek z poszczególnych cech pracy

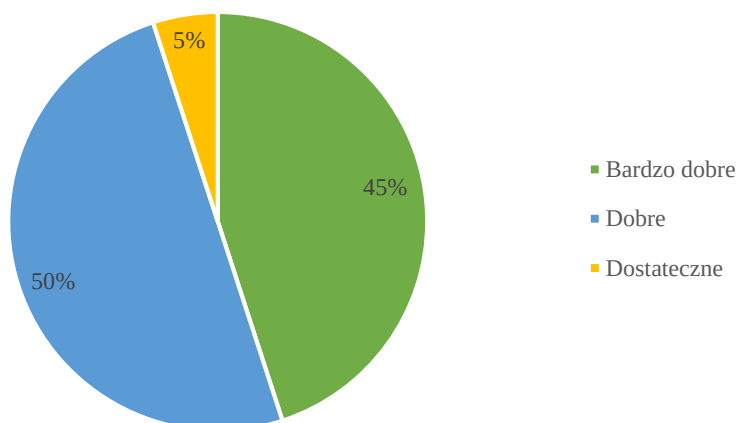
	Cecha									
Poziom zadowolenia	Zadowolenie z możliwości realizacji ambicji i aspiracji poprzez pracę		Zadowolenie z wymagań stawianych na swoim stanowisku		Zadowolenie z wynagrodzenia		Zadowolenie ze sposobu rozwiązywania konfliktów		Zadowolenie z wyposażenia dostępnego w miejscu pracy	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Bardzo zadowolony/a	16	8%	13	6,5%	6	3%	5	2,5%	10	5%
Zadowolony/a	62	31%	48	24%	19	9,5%	26	13%	49	24,5%
Raczej zadowolony/a	74	37%	98	49%	49	24,5%	60	30%	80	40%
Raczej niezadowolony/a	18	9%	21	10,5%	50	25%	47	23,5%	27	13,5%
Niezadowolony	16	8%	7	3,5%	42	21%	32	16%	15	7,5%
Bardzo niezadowolony/a	4	2%	6	3%	31	15,5%	25	12,5%	17	8,5%
Nie ma znaczenia	10	5%	7	3,5%	3	1,5%	5	2,5%	2	1%
Suma	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

Z danych przedstawionych w Tabeli XI. wynika, że aż 37 % respondentów odpowiedziało, że jest „raczej zadowolona z możliwości realizacji ambicji i aspiracji. Stwierdzono również wysoką zależność statystyczną pomiędzy stażem pracy ($p=0,00004$) oraz wiekiem ($p=0,00000$) a zadowoleniem z możliwości samorealizacji. Największy odsetek respondentów jest raczej zadowolony z wymagań, jakie stawiane są mu na stanowisku (49%). Stwierdzono wysoką zależność statystyczną ($p=0,03149$) pomiędzy wiekiem a zadowoleniem z wymagań stawianych w pracy. Tylko 3% ankietowanych jest bardzo zadowolona ze swojej pensji. Najwięcej ankietowanych (30%) jest raczej zadowolone ze sposobu rozwiązywania konfliktów w swoim miejscu pracy. Ponad 40% ankietowanych jest raczej zadowolone z wyposażenia w miejscu pracy.

Tabela XII. Poziom zadowolenia pielęgniarek z relacji międzyludzkich

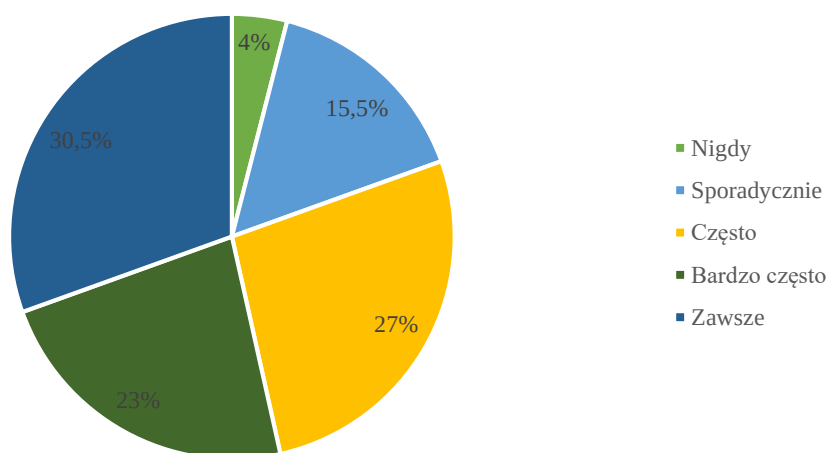
Poziom zadowolenia	Relacje międzyludzkie					
	Relacje pomiędzy pielęgniarkami		Relacje pomiędzy zespołem pielęgniarskim a lekarzami		Relacje pomiędzy zespołem pielęgniarskim a personalem pomocniczym	
	N	%	N	%	N	%
Bardzo zadowolony/a	41	20,5%	18	9%	35	17,5%
Zadowolony/a	74	37%	60	30%	73	36,5%
Raczej zadowolony/a	51	25,5%	84	42%	68	34%
Raczej niezadowolony/a	20	10%	24	12%	18	9%
Niezadowolony	8	4%	7	3,5%	2	1%
Bardzo niezadowolony/a	3	1,5%	6	3%	1	0,5%
Nie ma znaczenia	3	1,5%	1	0,5%	3	1,5%

Z danych przedstawionych w Tabeli XII. wynika, że ponad 37% ankietowanych jest zadowolonych z relacji pomiędzy pielęgniarkami. Aż 42 % ankietowanych jest raczej zadowolona z relacji z lekarzami, natomiast 36,5% ankietowanych jest zadowolona z relacji pomiędzy pielęgniarkami a personelem pomocniczym.



Rycina 13. Opinie respondentek na temat własnego zaangażowania w pracę

Z danych przedstawionych na Rycinie 13 wynika, że duża część ankietowanych ocenia pozytywnie swoje zaangażowanie w pracę. Połowa ankietowanych ocenia je jako „dobre”, a jedynie 5% ocenia je na „dostateczne”.



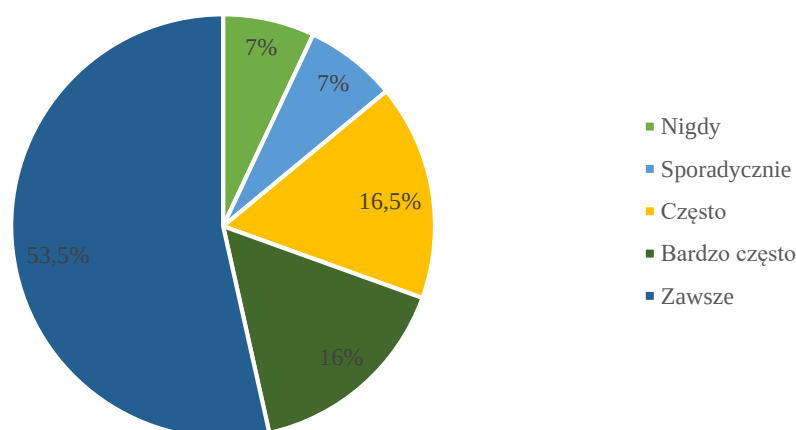
Rycina 14. Opinie pielęgniarek na temat uzyskania pomocy od współpracowników

Na podstawie Ryciny 14 można stwierdzić, że ankietowani mogą liczyć na pomoc współpracowników w przypadku pojawienia się problemów z zadaniami zawodowymi. Aż 30,5% ankietowanych odpowiedziało, że zawsze może liczyć na taką pomoc. Tylko 4% ankietowanych nigdy nie może liczyć na pomoc współpracowników w przypadku problemów z wykonywaniem zadań zawodowych.

Tabela XIII. Opinie pielęgniarek na temat osób od których można uzyskać pomoc w sytuacjach problematycznych

Na czyją pomoc można liczyć w sytuacjach problematycznych	N	%
Inne pielęgniarki	112	56%
Cały zespół	10	5%
Przełożeni	6	3%
Zespół lekarski	6	3%
Brak odpowiedzi	66	33%
Suma	200	100%

W badanej populacji pielęgniarki najczęściej mogły otrzymać pomoc od koleżanek z pracy (Tabela XIII).



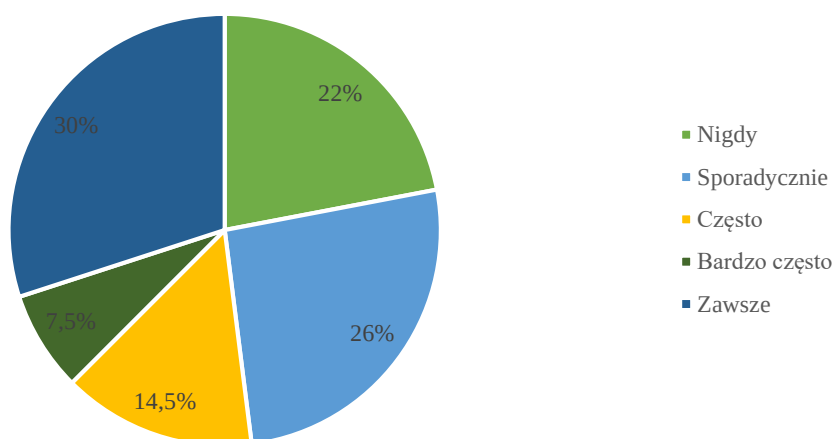
Rycina 15. Opinie pielęgniarek na temat uzyskania pomocy od współpracowników w sytuacji wystąpienia agresji ze strony pacjenta

Z danych przedstawionych na Rycinie 15 wynika, że ponad połowa ankietowanych (53,5%) może zawsze liczyć na pomoc współpracowników w przypadku agresji ze strony pacjenta. Tylko 7 % respondentów nigdy, bądź sporadycznie otrzymuje pomoc w takich sytuacjach.

Tabela XIV. Opinie pielęgniarek na temat od kogo można uzyskać pomoc w przypadku wystąpienia agresji ze strony pacjenta

Od kogo można uzyskać pomoc w przypadku agresji ze strony pacjenta	N	%
Cały zespół	63	31,5%
Inne pielęgniarki	60	30%
Zespół lekarski	6	3%
Sanitariusze / salowe	5	2,5%
Przełożeni	2	1%
Brak odpowiedzi	64	32%
Suma	200	100%

W badanej populacji 31,5 % pielęgniarek mogło liczyć na pomoc całego zespołu w przypadku ataku ze strony pacjenta. Najmniej osób w takich przypadkach szuka pomocy u przełożonego (1% ankietowanych) (Tabela XIV).



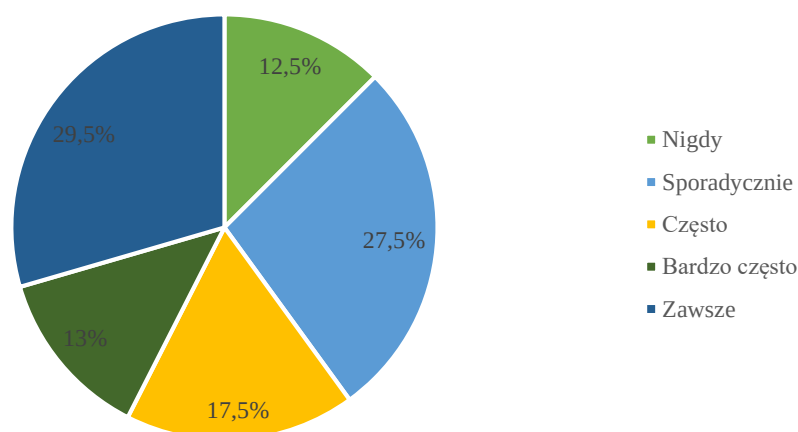
Rycina 16. Opinie pielęgniarek na temat uzyskania pomocy w przypadku wystąpienia agresji ze strony przełożonych

Z analizy danych przedstawionych na rycinie 16 wynika że 22% ankietowanych nie może liczyć na niczyją pomoc w przypadku agresji ze strony szefostwa.

Tabela XV. Opinie pielęgniarek na temat uzyskania pomocy w przypadku wystąpienia agresji ze strony przełożonych

Od kogo można uzyskać pomoc w przypadku agresji ze strony przełożonych	N	%
Inne pielęgniarki	66	33%
Oddziałowa	7	3,5%
Cały zespół	6	3%
Zespół lekarski	3	1,5%
Takie sytuacje nie mają miejsca	4	2%
Brak odpowiedzi	114	57%
Suma	200	100%

W badanej populacji 33 % ankietowanych mogło liczyć na inne w przypadku wystąpienia agresji ze strony przełożonych. Najmniej, bo 1,5% ankietowanych może liczyć na wsparcie ze strony lekarzy (Tabela XV).



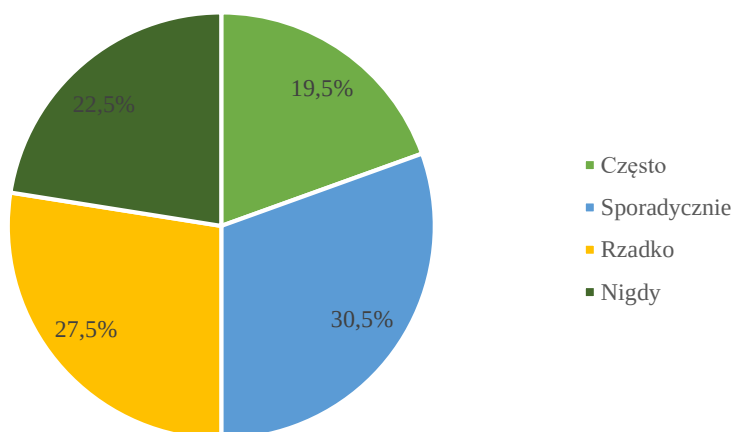
Rycina 17. Opinie pielęgniarek na temat uzyskania pomocy w przypadku wystąpienia agresji ze strony innych pielęgniarek

Największy odsetek ankietowanych zawsze może liczyć na pomoc innych współpracowników w przypadku agresji ze strony innych współpracowników (29,5%). Z kolei 12,5 % nigdy nie otrzymało pomocy w takiej sytuacji (Rycina 17).

Tabela XVI. Opinie pielęgniarek na temat uzyskania pomocy w przypadku wystąpienia agresji ze strony innych pielęgniarek

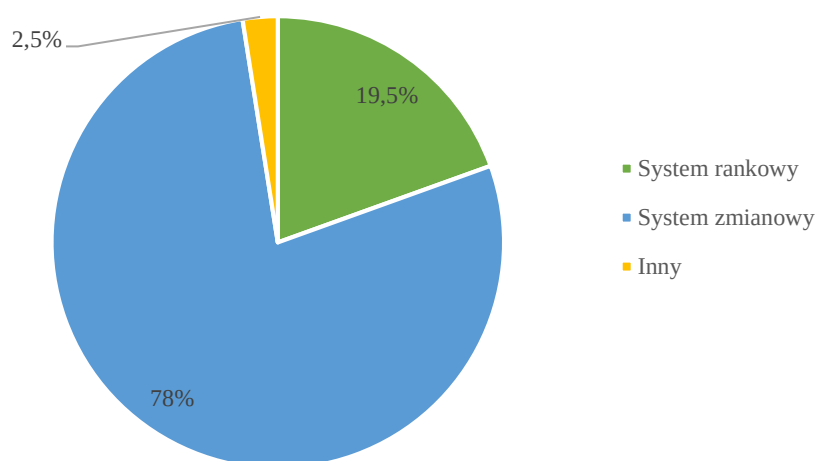
Na czyją pomoc można liczyć w przypadku agresji innych współpracowników	N	%
Inne pielęgniarki	65	32,5%
Oddziałowa	7	3,5%
Cały zespół	7	3,5%
Zespół lekarski	3	1,5%
Przełożeni	2	1%
Takie sytuacje nie mają miejsca	2	1%
Brak odpowiedzi	114	57%
Suma	200	100%

Najwięcej ankietowanych w badanej populacji wskazało koleżankę-pielęgniarkę jako osobę, na której pomoc może liczyć w takiej sytuacji (32,5%). Najmniej osób w takich sytuacjach szuka pomocy u swojego kierownika (1%) (Tabela XVI).



Rycina 18. Opinie respondentów na temat nadgodzin w pracy

Najwięcej ankietowanych w badanej populacji odpowiedziało, że po godzinach pracy zostaje „sporadycznie” (30,5%) lub „rzadko” (27,5%) (Rycina 18).



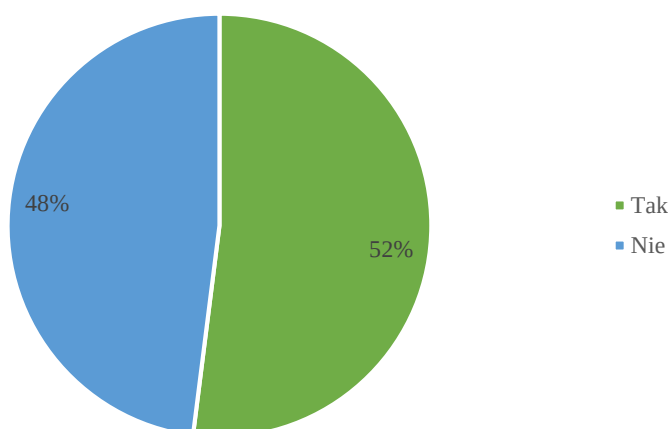
Rycina 19. System pracy respondentów

Największa część ankietowanych pracuje w systemie zmianowym (78%). Mniej niż jedna piąta pracuje w systemie rankowym (19,5%). W badanej populacji stwierdzono wysoką zależność statystyczną ($p=0,00000$) pomiędzy wiekiem a systemem pracy (Rycina 19).

Tabela XVII. Poziom nasilenia poszczególnych cech pracy

Częstość występowania danej cechy	Cecha											
	„Praca z ludźmi jest dla mnie nadmiernie obciążająca”		„Z łatwością potrafię zrozumieć odczucia i problemy pacjentów”		„Moja praca powoduje u mnie stan zubożnienia”		„Już w połowie dnia pracy czuję się wykończony/a obowiązkami”		„Czuję się zmęczony/a, gdy wstaję rano i jestem zmuszony/a zmierzyć się z jeszcze jednym dniem pracy”		„W stosunku do niektórych pacjentów zachowuję się tak, jak gdyby byli oni „przedmiotami” a nie osobami”	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nigdy	17	8,5%	1	0,5%	37	18,5%	17	8,5%	26	13%	118	59%
Sporadycznie	118	59%	13	6,5%	114	57%	105	52,5%	103	51,5%	68	34%
Często	43	21,5%	77	38,5%	39	19,5%	52	26%	52	26%	11	5,5%
Bardzo często	18	9%	84	42%	9	4,5%	22	11%	15	7,5%	3	1,5%
Zawsze	4	2%	25	12,5%	1	0,5%	4	2%	4	2%	0	0%

Tabela XVII przedstawia nasilenie poszczególnych cech pracy u pracowników. Najliczniejsza grupa ankietowanych (56%) odpowiedziała, że praca z ludźmi jest obciążająca sporadycznie, natomiast 42% ankietowanych stwierdziło, że bardzo często potrafi z łatwością zrozumieć problemy pacjentów. Ponad połowa respondentów (57%) odpowiedziało, że sporadycznie praca wywołuje u nich stan zubożenia, natomiast 2% badanych pielęgniarek zawsze czuje się wykończona obowiązkami w połowie dnia pracy. Badania wykazały wysoką zależność statystyczną ($p=0,04470$) pomiędzy wiekiem a częstością odczuwania zmęczenia w ciągu dnia oraz pomiędzy wiekiem a częstością odczuwania zmęczenia przed kolejnym dniem pracy ($p=0,02829$). Ponad połowa ankietowanych (59%) nigdy nie traktowała pacjenta jakby był przedmiotem.



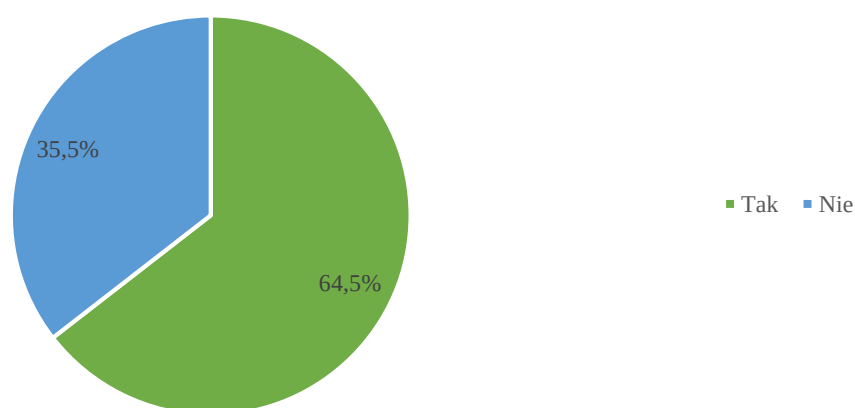
Rycina 20. Opinie ankietowanych na temat poczucia bycia zestresowanym

Na podstawie Ryciny 20 można stwierdzić, że ponad połowa ankietowanych uważa się za osoby zestresowane (52%).

Tabela XVIII. Opinie pielęgniarek na temat przyczyn występowania stresu w pracy zawodowej

Przyczyna stresu w pracy	N	%
Nadmiar obowiązków	24	12%
Specyfika pracy	17	8,5%
Problemy domowe	13	6,5%
Zła atmosfera w pracy	12	6%
Brak czasu	6	3%
Wypalenie zawodowe	6	3%
Mała liczba pracowników na oddziale	5	2,5%
Pacjenci	1	0,5%
Brak odpowiedzi	115	57,5%
Suma	200	100%

W badanej populacji 12 % respondentów jako przyczynę swojego stresu wskazało nadmiar obowiązków, a 0,5% ankietowanych wskazało pacjentów (Tabela XVIII).



Rycina 21. Opinie pielęgniarek na temat swojej nerwowości

Z Ryciny 21 wynika, że najczęściej ankietowanych odpowiedziało, że są osobami, które łatwo się denerwują (64,5%).

Tabela XIX. Opinie pielęgniarek na temat przyczyny zdenerwowania

Przyczyna zdenerwowania	N	%
Charakter	20	10%
Nadmiar obowiązków	11	5,5%
Zachowanie innych ludzi	9	4,5%
Stresujące zdarzenia w pracy	8	4%
Problemy w domu	4	2%
Zachowanie pacjentów	3	1,5%
Brak odpowiedzi	145	72,5%
Suma	200	100%

Z danych przedstawionych w Tabeli XIX wynika, że najwięcej pielęgniarek w populacji jako przyczynę nerwów wskazało własny charakter (10%) Najmniej ankietowanych wskazało zachowanie pacjentów (1,5%).

Tabela XX. Częstość występowania poszczególnych cech pracy u pielęgniarek

	Cecha							
Częstość występowania	„Często denerwuje się w pracy”		„Przenoszę kłopoty rodzinne, domowe do pracy”		„Przenoszę problemy zawodowe do domu”		„Mam kłopoty ze snem”	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Nigdy	3	1,5%	90	45%	58	29%	48	24%
Sporadycznie	133	66,5%	91	45,5%	95	47,5%	89	44,5%
Często	53	26,5%	13	6,5%	38	19%	51	25,5%
Bardzo często	11	5,5%	6	3%	9	4,5%	12	6%
Suma	200	100%	200	100%	200	100%	200	100%

Największy odsetek respondentów (66,5%) określił częstość denerwowania się w pracy jako „sporadycznie”. Największa grupa pielęgniarek (45%) nigdy nie przenosi problemów domowych do pracy, natomiast 29% respondentów stwierdziło, że nigdy nie przynosi

problemów zawodowych do domu. Prawie połowa badanych pielęgniarek (44,5%) sporadycznie miewa problemy ze snem (Tabela XX).

Tabela XXI. Częstość występowania poszczególnych cech pracownika

Cecha	Częstość występowania							
	Prawie nigdy		Czasem		Często		Prawie zawsze	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Jest mi przyjemnie	3	1,5%	80	40%	93	46,5%	24	12%
Szybko się męczę	35	17,5%	108	54%	49	24,5%	8	4%
Chcę być tak szczęśliwy/wa jak inni	39	19,5%	87	43,5%	59	29,5%	15	7,5%
Nie umiem szybko decydować	67	33,5%	85	42,5%	31	15,5%	17	8,5%
Jestem spokojny/a i opanowany/a	8	4%	56	28%	87	43,5%	49	24,5%
Trudności domowe tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć	87	43,5%	85	42,5%	22	11%	6	3%
Trudności w pracy tak się piętrzą, że nie potrafię ich przezwyciężyć	82	41%	94	47%	19	9,5%	5	2,5%
Jestem szczęśliwy/a	8	4%	60	30%	69	34,5%	63	31,5%
Brak mi pewności siebie	54	27%	109	54,5%	26	13%	11	5,5%
Jest mi smutno	37	18,5%	126	63%	33	16,5%	4	2%
Jestem pewny/a wykonywanych zadań zawodowych	6	3%	25	12,5%	80	40%	89	44,5%
Jestem osobą zrównoważoną	3	1,5%	40	20%	70	35%	87	43,5%
Nie potrafię przestać myśleć o niepowodzeniach	52	26%	94	47%	40	20%	14	7%

Jestem osobą raczej impulsywną	67	33,5%	78	39%	42	21%	13	6,5%
Wolę pracować samodzielnie	20	10%	93	46,5%	61	30,5%	26	13%
Denerwują mnie inni ludzie	43	21,5%	109	54,5%	33	16,5%	15	7,5%
Czuję, że jestem pełen/a energii	20	10%	63	31,5%	77	38,5%	40	20%
Gdy ktoś mi grozi jestem spokojny/a i nie okazuję strachu	23	11,5%	71	35,5%	74	37%	32	16%
Gdy ktoś na mnie krzyczy ja również krzyczę	58	29%	97	48,5%	27	13,5%	18	9%
Gdy ktoś jest wobec mnie wulgarny peszę się i milczę	91	45,5%	71	35,5%	27	13,5%	11	5,5
Gdy ktoś mówi do mnie podniesionym głosem staram się go uspokoić	23	11,5%	72	36%	66	33%	39	19,5%
Gdy ktoś mi ubliża w odpowiedzi nie przebieram w słowach	79	39,5%	76	38%	35	17,5%	10	5%
Gdy ktoś jest agresywny, czekam aż powie co ma do powiedzenia, a potem wyrażam swoją opinię	16	8%	80	40%	75	37,5%	29	14,5%
Łatwo ustępuję nawet gdy wiem, że ktoś nie ma racji	67	33,5%	92	46%	34	17%	7	3,5%

Jak wynika z Tabeli XXI 46,5% ankietowanych twierdzi, że często jest im przyjemnie. Aż 43,5% ankietowanych sądzi że często są spokojni. Tylko 4% respondentów prawie nigdy nie jest szczęśliwa. Ponad połowa respondentów (54,5%) czasem odczuwa brak pewności siebie, natomiast 63% przyznaje, że czasem odczuwa smutek. Ponad 65 % ankietowanych nie potrafi przestać myśleć o niepowodzeniach. Tylko 6,5% ankietowanych uważa się za osoby

impulsywne, natomiast 90% woli pracować samodzielnie. Aż 7,5% odczuwa zdenerwowanie spowodowane innymi osobami prawie zawsze. Tylko 5,5 % badanej populacji prawie zawsze peszy się i milczy, gdy ktoś jest wulgarny, natomiast ponad 85% ankietowanych stara się uspokoić rozmówcę, gdy podnosi na niego głos. Ponad 90 % ankietowanych twierdzi, że w przypadku kłótni z osobą agresywną oczekuje na wypowiedź, a dopiero potem wyraża swoją opinię. Szczegółowe wyniki przedstawia Tabela XXI.

Dyskusja

Pielęgniarka, realizując zadania zawodowe coraz częściej narażona jest na agresję ze strony pacjenta, jego rodziny, współpracowników a także przełożonych. Wynika to między innymi z warunków pracy – małej ilości personelu, dużej liczbie pacjentów, wysokich wymagań wobec pielęgniarek, niskich zarobków. Wszystkie te czynniki przyczyniają się do powstawania agresji w miejscu pracy [44].

Agresja w stosunku do pielęgniarek przybiera różne formy w zależności z czyjej strony występuje. Od pacjentów bardzo często można doświadczyć przemocy fizycznej oraz słownej. Bicie, kopanie, szarpanie za fartuch, drapanie, krzyki i wyzwiska – najczęściej ofiarami tego typu zachowań padają pielęgniarki pracujące na oddziałach psychiatrycznych oraz Szpitalnych Oddziałach Ratunkowych. Ze strony współpracowników (pielęgniarek i lekarzy) jak i przełożonych częściej doświadczyć można agresji słownej [45, 46].

Od dnia 1 stycznia 2013 roku pielęgniarki jako grupa zawodowa otrzymały status funkcjonariusza publicznego. Zgodnie z Kodeksem Karnym za atak, bądź znieważenie funkcjonariusza podczas pełnienia służby (lub podczas wykonywania obowiązków służbowych) grozi kara pozbawienia wolności bądź grzywna. Niestety, pomimo szeregu negatywnych skutków agresji nadal występuje zjawisko tzw. nonreportingu (niedokumentowanie aktów agresji pomimo dostępnych środków). Pielęgniarki żyją w przekonaniu, że agresja ze strony pacjentów jest włączona w ich zawód [46, 47].

Badania własne przeprowadzone w populacji 200 pielęgniarek pracujących w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku w przedziale wiekowym 22-62 lat wykazują, że 28 % ankietowanych padło ofiarą ataku fizycznego ze strony pacjenta, a ponad 80% spotkało się z agresją słowną w postaci podniesionego głosu. Natomiast 1,5% badanych pielęgniarek codziennie doświadcza ataku fizycznego ze strony pacjentów, a 11,5% codziennie spotyka się z krzykiem.

Badania prowadzone w grupie pielęgniarek przez Lickiewicza i Piątek wykazały, że aż 70 % z nich doświadczyło jakiejkolwiek formy agresji. Wobec 70% z tej grupy stosowano agresję słowną. Z kolei 36% ankietowanych padło ofiarą agresji fizycznej [45].

Z badań prowadzonych przez Markiewicz wynika, że pielęgniarki pracujące na oddziałach psychiatrycznych często doświadczały przemocy ze strony pacjenta. Aż 78% badanych przez nią kobiet było ofiarami agresji fizycznej. Mimo wszystko aż 61% respondentek stwierdziło, że nie ma potrzeby zgłaszania zdarzenia agresywnego przełożonemu [48].

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że zdaniem pielęgniarek z UDSK w Białymstoku do najczęstszych przyczyn agresji należą: choroba pacjenta, stres, alkohol i używki oraz długie kolejki do lekarza.

Niechwiadowicz-Czapka z kolei swoimi badaniami objęła dwie grupy – grupę uczestników kursu specjalistycznego (pielęgniarstwo psychiatryczne) oraz magistrantek pracujących w zawodzie. Jedynie 2,5 % ankietowanych zadeklarowało, że nigdy nie doświadczyło agresji ze strony pacjenta. Zdaniem Niechwiadowicz-Czapki najczęstszymi formami agresji były kłótnie i zastraszanie (spotkało się z tym 38,2% pielęgniarek specjalistek oraz 31,2% studentek), natomiast 14,1% pielęgniarek z grupy specjalistek zostało zaatakowanych przez pacjentów. Z podniesionym głosem pacjenta miało styczność 33,8% specjalistek oraz 33,1% magistrantek. Do najczęstszych przyczyn występowania agresji Niechwiadowicz-Czapka zalicza m.in.: choroby psychiczne, lęk, strach, oraz zaburzenia psychiczne spowodowane chorobą podstawową [49].

Frydrysiak i wsp. wykazali w badaniach że aż 68,4% pielęgniarek z zespołów ratownictwa medycznego z województwa łódzkiego i wielkopolskiego doświadczyło w swojej pracy agresji ze strony pacjentów, w tym 26,3% określa częstość takich zdarzeń jako raz na kilka dni. Wszystkie pielęgniarki, które podały że doświadczają agresji ze strony pacjentów zadeklarowały, że najczęstszą jej formą jest przemoc słowna. Warto zaznaczyć, że aż 57,9% pielęgniarek doświadczyło również przemocy ze strony rodziny pacjenta [50].

Kuлагowska i Kosińska badały z kolei warunki pracy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych i możliwe zagrożenia związane z jej specyfiką. W swoich badaniach wykazały, że 41% pielęgniarek doświadcza w swojej pracy agresji ze strony pacjenta, 28% ze strony rodziny a 48% respondentek doświadczało jej jednocześnie od pacjenta i jego rodziny [51].

Nawet jeżeli w przypadku agresji ze strony pacjentów można ją wytłumaczyć (ale nie usprawiedliwić) odczuwaniem przez nich bólu, silnych emocji, strachu o życie lub zdrowie, tak agresja ze strony przełożonych i współpracowników jest czymś karygodnym i świadczy o braku umiejętności radzenia sobie ze stresem.

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że najpowszechniejszą formą agresji ze strony przełożonych był podniesiony głos (odpowiedziało tak 44% respondentek) – 3 % pielęgniarek spotyka się z tym problemem codziennie. Pogrożki (24%) i obrażanie w obecności innych współpracowników (20,5%) również są częstymi przejawami agresji. Aż 0,5% pielęgniarek kilka razy w roku zostało ofiarą ataku fizycznego ze strony przełożonego.

Z badań Drabka i wsp. przeprowadzonych wśród pracowników służby zdrowia i sektora usługowego wynika, że aż 51,59% pielęgniarek spotkało się z agresją ze strony przełożonego. Najczęściej agresja ze strony przełożonego miała formę grożenia – spotkało się z tym 15,15% pielęgniarek a aż 12,16% respondentek padło ofiarą szantażu. Aż 7,48% pielęgniarek było obrażane w obecności pacjentów, a 11,51% w obecności innych pracowników, natomiast 0,28% pielęgniarek zostało przez przełożonego zaatakowane [52].

W badaniach własnych analizowano również agresję ze strony współpracowników. 48,5% ankietowanych spotkało się z podniesionym głosem ze strony lekarzy, a 52,7% ze strony innych pielęgniarek, w tym 20,5% badanych doświadczyło pogrózek, a 25% było obrażane przez inne pielęgniarki w obecności innych pracowników. W przypadku lekarzy sytuacja wygląda podobnie – aż 21% pielęgniarek było znieważane w obecności współpracowników. 0,5% ankietowanych doznało fizycznego ataku kilkakrotnie w ciągu roku zarówno ze strony lekarzy jak i innych pielęgniarek.

Według badań własnych, jako najczęstsze przyczyny agresji ze strony współpracowników pielęgniarki z UDSK w Białymstoku wymieniają: zmęczenie personelu, chęć dowartościowania się, nadmiar obowiązków, zbyt małą liczbę personelu oraz zamknięte środowisko.

Drabek i wsp. również badali zachowania agresywne współpracowników. Aż 50,31% pielęgniarek doświadcza krzyku ze strony swoich współpracowników. Równie dużym problemem są pogrożki, spotkało się z nimi 8,04% pielęgniarek, natomiast 8,61% pielęgniarek było znieważane w obecności innych pracowników, a 3,35% w obecności pacjentów [52].

Najder i Potocka także opisywały problem agresji wśród pracowników ochrony zdrowia. Według nich aż 32% pracowników było narażone na psychiczną agresję ze strony innych pracowników oraz przełożonych we wszystkich jej formach (podniesiony głos, zastraszanie, publiczne poniżanie itd.) [53].

Z kolei w badaniach Burby i Gotlib 11% pielęgniarek stwierdziło, że współpracownicy są sprawcami przemocy [54].

W badaniach własnych analizowano opinię pielęgniarek na temat atmosfery wśród zespołu. Aż 73% ankietowanych stwierdziło, że w ich miejscu pracy panuje życzliwa atmosfera. Pielęgniarki, które twierdziły inaczej jako przyczyny podawały m.in.: konflikty w zespole, podziały wśród pracowników, złe zarządzanie, a nawet posiadanie przez koleżanki II etatu.

Sowińska i wsp. przedstawili wyniki badań, według których 61,5% pielęgniarek określa atmosferę wśród zespołu jako dobrą lub bardzo dobrą [55].

Kuriata i wsp. określili złą atmosferę w zespole jako jedną z przyczyn popełniania błędów w pracy i czynnik predysponujący do powstania u pielęgniarek zespołu wypalenia zawodowego [56].

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że w badanej populacji zdecydowana większość pielęgniarek lubi chodzić do pracy (81,5%). Pielęgniarki, które nie lubią chodzić do pracy, jako powody niechęci wskazały m. in: przemęczenie, zły zespół, złą atmosferę oraz niskie zarobki.

Badania Burby i Gotlib przedstawiają podobne wyniki, gdyż w ich badaniach 77% pielęgniarek zadeklarowało, że lubi chodzić do pracy [54].

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że w sytuacjach trudnych (problemy z zadaniami zawodowymi, agresja ze strony pacjenta, przełożonego lub współpracowników) pielęgniarki w przeważającej liczbie przypadków mogą liczyć na pomoc innych pracowników (odpowiedzi pozytywne oscylują w procentowości od 86% do 52%). Najczęściej ankietowane mogą liczyć na pomoc innych pielęgniarek.

Według Burby i Gotlib 20% ankietowanych w przypadku pojawienia się sytuacji trudnych szuka pomocy u przełożonych a 34% u innych współpracowników [54].

Na podstawie badań własnych można stwierdzić, że ponad połowa ankietowanych jest zestresowana (52%). Za najbardziej istotne przyczyny stresu respondentki podały nadmiar

obowiązków, specyfikę pracy (uznały stres jako nieodłączny element pracy pielęgniarki), problemy w domu, zła atmosfera w pracy oraz mała liczba personelu. Ponad połowa badanych pielęgniarek (64,5%) uważa się za osoby, które łatwo się denerwują. Jako najczęstszą przyczynę nerwów wskazują własny charakter, stresujące zdarzenia w pracy, zachowanie innych ludzi oraz – tak jak w przypadku stresu – nadmiar obowiązków.

Kowalczyk i wsp. w swoich badaniach skupiła się na wpływie agresji współpracowników na występowanie stresu wśród podlaskich pielęgniarek. Respondentki jako największe źródło stresu spowodowanego agresją wskazywały zachowanie innych pielęgniarek (29%), lekarzy (28%) oraz obraźliwe zachowanie przełożonych w obecności innych pracowników (25%). Wszystkie badane przez Kowalczyk i wsp. pielęgniarki zadeklarowały, że podniesiony głos pacjenta wywołuje silne zdenerwowanie [57].

Według badań Burby i Gotlib 41% pielęgniarek codziennie jest zestresowana, a aż 84% stwierdziło, że stres jest nieodłącznym elementem zawodu [54].

Problem zachowań agresywnych zarówno ze strony pacjentów, ich rodzin jak i współpracowników wobec personelu pielęgniarskiego jest nadal powszechny i ma duży wpływ na zdrowie psychiczne pielęgniarek. Jest istotnym czynnikiem, który wpływa na zjawisko wypalenia zawodowego, niechęć do pracy i pogorszenie standardów opieki medycznej. Wiele pielęgniarek pomimo bycia ofiarą przemocy (psychicznej i fizycznej) nie zgłasza takich zdarzeń, nie szuka też pomocy u specjalistów pomimo widocznego wpływu takich wydarzeń na stosunek do pracy oraz wykonywane obowiązki.

Wnioski

W toku przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Pielęgniarki z Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku najczęściej doświadczały agresji ze strony pacjentów.
2. Najczęstszą formą agresji z jaką spotykały się pielęgniarki pracujące w Uniwersyteckim Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Białymstoku była agresja słowna.
3. W przypadku wystąpienia agresji w miejscu pracy niezależnie od źródła pielęgniarki z Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku mogą liczyć na pomoc innych pielęgniarek.

Bibliografia

1. Wolicki M.: Podstawowe teorie agresji w ujęciu psychologii, [w:] Przemoc i agresja jako zagrożenie bezpieczeństwa i rozwoju dziecka, red. K. Barłóg, E. Tłuczek-Tadla, M. Żak, Jarosław 2013, 15-35.
2. Liberska H., Farnicka M., Niewiedział D.: Psychologia agresji – wybrane problemy. Warszawa 2016, 9-11.
3. Stępnik A.: Agresja – dwa ujęcia biologiczne, IDO – Ruch dla Kultury / Movement for Culture. 2009, 9: 111–118.
4. Zdziebło K., Kozłowska E.: Mobbing w środowisku pracy pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18(2): 212-219.
5. <https://encyklopedia.pwn.pl/szukaj/Agresja.html> (data pobrania: 17.01.2019)
6. Ramirez J.M.: Wprowadzenie. Agresja i Agresywność, przeł. Świder K., [w:] Psychologia agresji – wybrane problemy, Warszawa 2016, 12-24.
7. Liberska H., Farnicka M., Niewiedział D.: Psychologia agresji – wybrane problemy. Warszawa, 2016, 27-55.
8. Przybysz-Zaręba M.: Egzemplifikacje wybranych teorii zachowań agresywnych człowieka – perspektywa trójwymiarowa. Studia nad Rodziną, 2015; 37:311-332.
9. Kowalczyk K., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Sierakowska M.: Teorie agresji – prawda czy mity?. Problemy Pielęgniarstwa, 2011, 19(3): 396-400.
10. <https://sjp.pwn.pl/slowniki/tabula%20rasa.html> (data pobrania:26.01.2019)
11. Szczepka-Pustkowska M.: Dziecięce filozofowanie na tle romantycznej wizji szlachetnego dzikusa J.J. Rousseau. Problemy Wczesnej Edukacji, 2015, 11, 2(29):81-96.
12. Liberska H., Farnicka M., Niewiedział D.: Psychologia agresji – wybrane problemy. Warszawa, 2016, 56-70.
13. Rode D.: Psychologiczne uwarunkowania przemocy w rodzinie: charakterystyka sprawców, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2010.
14. Panasiuk-Chodnicka A.A, Panasiuk B.: Przemoc i agresja w relacjach interpersonalnych. Uwarunkowania psychologiczne i pedagogiczne. Studia Gdańskie, 6: 54-71.
15. Chodak M., Barwiński Ł.: Autoagresja jako forma radzenia sobie ze stresem – przegląd zagadnień. Psychiatria i Psychoterapia, 2010, 6(1): 19-30.

16. Albański L.: Wybrane zagadnienia z patologii społecznej. Kolegium Karkonoskie, Jelenia Góra, 2010, 7-48.
17. Cichla J.: Dynamika i uwarunkowania przemian psychospołecznego funkcjonowania kobiet – ofiar przemocy domowej – w trakcie procesu terapeutycznego. Katowice, 2014, 10-65.
18. Gabzdyl J., Huřová Z.: Agresywne zachowania dzieci w młodszy m wieku szkolnym – wybrane zagadnienia. Instytut Studiów Edukacyjnych i Sztuki Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Raciborzu, 2015, 163-174.
19. Grzeško P., Rzeczkowska K.: Przemoc w rodzinie – wybrane aspekty psychologiczno-prawne, Horyzonty przemocy. Zagadnienia prawne i psychologiczne, Olsztyn, 2017, 27-37.
20. Borzucka-Sitkiewicz K.: Środowiskowe uwarunkowania agresywnych zachowań młodzieży: jako wyznacznik oddziaływań profilaktycznych i interwencyjnych. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice, 2010, 13-82.
21. Jankowiak B.: Cyberprzemoc (cyberbullying) wśród młodzieży jako zachowanie ryzykowne, [w:] Zanurzeni w mediach – Konteksty edukacji medialnej. N. Walter (red.), Poznań, 2016, 88-100.
22. Dryla-Mularczyk K., Pluciński M.: Cyberbullying i agresja elektroniczna jako współczesne zagrożenia dla komunikacji w sieci. Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja, 2017, t.20, 4(80): 77-84.
23. J. Pyżalski, Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży. Kraków, 2012, 105-156.
24. Kamińska J., Gaworska-Krzemińska A., Grabowska H., Zimmermann A., Flis A., Olszewska J.: Przyczyny, skutki i formy mobbingu wśród pracowników ochrony zdrowia. Problemy Pielęgniarstwa, 2017, 25(4): 270-275.
25. Jędrzejek G.: Mobbing: środki ochrony prawnej. Warszawa, 2011, 15-72.
26. Marciniak J.: Mobbing, dyskryminacja, molestowanie – zasady przeciwdziałania. Warszawa, 2011, 11-43.
27. Ostrowska M.: Mobbing – przyczyny, konsekwencje, aspekty prawne. Zeszyty Naukowe, FIRMA I RYNEK 2014, 1(46): 101-107.
28. Nadolska N., Pawłowska E., Szewc T.: Mobbing w organizacjach publicznych na przykładzie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. Organizacja i zarządzanie. Wydawnictwo Politechniki Śląskiej, Gliwice, 2015, 2(30): 65-81.

29. Pilch P.: Mobbing w organizacji – rodzaje zjawiska. *Prakseologia*, 2015, 157(1): 167-196.
30. Mroczkowska B., Serzysko B., Wawros K., Podsiadło B., Ptaszek G., Stołecka B.: Mobbing jako klęska profesjonalizmu zawodowego pielęgniarek i położnych w kontekście zasad etyki zawodowej. Przegląd wybranej polskiej literatury medycznej, [w:] *Osetrovateľ'stvo bez hranic. IV. Zborník plných textov zo IV. Celoslovenskej konferencie s medzinárodnou účasťou Bielske dni osetrovateľ'stva*. L. Kober, D. Zrubcova, A. Bratova (red.), Bratysława, 2014, 185-195.
31. Fejfer-Wirbał E., Gładczuk J., Marcinowicz L.: Relacje lekarz-pielęgniarka w polskiej literaturze medycznej. *Medycyna Rodzinna*, 2013, 1: 19-22.
32. Kamińska B.: Mobbing jako patologia w kierowaniu personelem. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas*, 2014, 91-99.
33. Bajurna B., Zdanowska J., Mendyka L.: Źródła wiedzy pielęgniarek na temat mobbingu. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2012, 1(43): 20-24.
34. Zdanowska J.: Kariera i rozwój pracowniczy pielęgniarek – aspekty prawne. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2009, 4(34):326-330.
35. Durniat K.: Mobbing i jego konsekwencje jako szczególny rodzaj kryzysu zawodowego. *Przedsiębiorczość i zarządzanie*, 2009, 10(11): 129-148.
36. Miedzik M.: Skutki mobbingu w miejscu pracy: dramat człowieka, koszty dla organizacji, wzywanie dla społeczeństwa. *Zarządzanie Zasobami Ludzkimi*, 2010, 2: 39-48.
37. Żuchowski I.: Zjawisko stosowania mobbingu wśród pielęgniarskiej kadry kierowniczej w opinii pielęgniarek/pielęgniarzy. *Zeszyty Naukowe ZPSB FIRMA I RYNEK*, 2018, 1(53): 59-70.
38. Kowal J., Pilarek G.: Mobbing jako problem etyki w zarządzaniu, *Annales. Etyka w życiu gospodarczym*. 2011, 14(1): 227-240
39. Sojka W., Walczuk K.: Mobbing – socjologiczno-prawny zarys zagadnienia. *Rocznik Administracji Publicznej*, 2015, 1: 145-161.
40. Nerka A.: Mobbing jako przykład nieetycznych zachowań w miejscu pracy. *Annales. Etyka w życiu gospodarczym*, 2013, 16: 281-294.
41. Semena J.: Mobbing i przeciwdziałanie temu zjawisku na gruncie Kodeksu pracy. *Kwartalnik Prawo-Społeczeństwo-Ekonomia*, 2015, 3: 62-72.
42. Ostrowska M., Michnik A.: Mobbing – istota, przyczyny, przeciwdziałanie. *Bezpieczeństwo Pracy: nauka i praktyka*, 2014, 6: 8-11.

43. Mościcka A., Drabek M.: Indywidualne i środowiskowe czynniki sprzyjające narażeniu na mobbing. *Medycyna Pracy*, 2010, 61(4): 467-477.
44. Jurczak A., Włoś A., Wieder-Huszla S., Branecka-Woźniak D., Grochans E.: Problem agresji pacjentów wobec pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2015, 4(53): 39-43.
45. Lickiewicz J., Piątek J.: Doświadczenie agresji w pracy pielęgniarskiej. *Sztuka Leczenia*, 2014, 3-4: 11-22.
46. Szwamel K., Sochocka L.: Opinia średniego personelu medycznego szpitalnego oddziału ratunkowego na temat agresywnych zachowań pacjentów. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*, 2014, 4, 2: 149-154.
47. Pluta K., Basińska-Drozd H., Budnik-Szymoniuk M., Humańska M., Faleńczyk K.: Zagrożenia w pracy pielęgniarek rodzinnych. *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2015, 96(1): 115-119.
48. Markiewicz R.: Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych. *Current Problems of Psychiatry*, 2012, 13(2): 93-97.
49. Niechwiadowicz-Czapka T.: Agresja w pracy pielęgniarki. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2010, 3.
50. Frydrysiak K., Grześkowiak M., Podleński R.: Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego. *Anestezjologia i ratownictwo*, 2014, 8: 381- 391.
51. Kułagowska E., Kosińska M.: Warunki pracy pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych. *Medycyna Pracy*, 2010, 61(6): 641-647.
52. Drabek M., Merecz D., Mościcka A.: Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług. *Med. Pracy* 2007; 58(4):299-306.
53. Najder A., Potocka A.: Psychospołeczne zagrożenia zawodowe i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2015, 3(57): 313 -320.
54. Burba M., Gotlib J.: Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w Samodzielnym Publicznym Szpitalu Klinicznym im. Prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017, 1(63): 54 -61.
55. Sowińska K., Kretowicz K., Gaworska-Krzemińska A., Świątlik D.: Wypalenie zawodowe i satysfakcja zawodowa pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2012, 20(3): 361-368.

56. Kuriata E., Felińczak A., Grzebieluch J., Szachniewicz M.: Czynniki szkodliwe oraz obciążenie praca pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu. Część II, Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne, 2011, 1,3:269 -273.
57. Kowalczyk K., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Van Damme-Ostapowicz K., Klimaszewska K., Rolka H.: Wpływ agresji na występowanie stresu w populacji pielęgniarek i położnych na terenie województwa podlaskiego. Problemy Higieny i Epidemiologii, 2010, 91(3): 444–450.

Wpływ środowiska pracy na występowanie stresu w zawodzie ratownika medycznego

Gabriela Dorosz¹, Krystyna Kowalczuk²

¹ – Absolwentka Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierunek Pielęgniarstwo

² – Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Wstęp

Zawód ratownika medycznego to młoda profesja, która wykształciła się w Polsce na początku lat 90 i cały czas prężnie się rozwija [1]. Ratowanie ludzkiego życia wymaga predyspozycji osobowościowych, zawodowych i odpowiedniego przygotowania medycznego [2]. Pierwsze próby utworzenia programu kształcenia ratowników medycznych były prowadzone w Poznaniu przez Witolda Jurczyka [3]. W Polsce zawód ratownika medycznego regulowany jest postanowieniami zawartymi w Ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym, która określa rolę oraz działania Polskiego Systemu Ratownictwa Medycznego [3, 4].

Zgodnie z prawem polskim zawód ten może wykonywać osoba, która ukończyła szkołę policealną i uzyskała tytuł ratownika medycznego lub studia wyższe na kierunku ratownictwo medyczne [5].

W myśl Ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zawód ten może być wykonywany przez człowieka, który posiada pełną zdolność do czynności prawnych, jego stan zdrowia jest zadowalający, wykazuje bardzo dobrą znajomość języka polskiego i spełnia określone w Ustawie wymagania odnośnie wykształcenia [5, 6].

Ustawa nakłada również na ratowników medycznych obowiązek ciągłego doskonalenia zawodowego, poprzez różne formy kształcenia, ustalone przez ministra właściwego do spraw zdrowia, z uwzględnieniem aktualnego stanu praktyki i wiedzy medycznej [5, 6].

Praca ratowników medycznych polega na ratowaniu ludzkiego zdrowia i życia, poprzez podejmowanie czynności ratunkowych, które mają na celu stabilizację funkcji życiowych człowieka takich jak oddychanie, krążenie krwi w organizmie. Zespoły Ratownictwa

Medycznego (ZRM) zajmują się także przygotowywaniem pacjenta do transportu oraz transportem chorych w stanie nagłego zagrożenia życia. Szczegółowy zakres obowiązków ratownika medycznego jest zależny od oczekiwań pracodawcy i postanowień zawartych w umowie [2, 3, 4].

Do zadań ratowników medycznych należy także dbanie o stan wyposażenia, uzupełnianie brakujących środków medycznych oraz leków. Ratownik medyczny odpowiada za stan higieniczny użytkowanego sprzętu medycznego, ambulansu. W trakcie działań medycznych współpracuje z pozostałymi członkami zespołu, a także innymi służbami, które biorą czynny udział w akcji ratunkowej. Ponadto każdy ratownik jest zobligowany do prowadzenia dokumentacji medycznej [2, 4, 5, 7].

Na podstawie dostępnych badań można stwierdzić, że ratownicy medyczni pracują w systemie zmianowym, zazwyczaj dwunastogodzinnym lub też w postaci dwudziestoczerogodzinnych dyżurów medycznych. Powyższe dyżury powinny być ustalane z uwzględnieniem czasu przeznaczonego na odpoczynek i regenerację sił [7, 8]. Wobec ratowników medycznych stawiane są konkretne wymagania, m.in. intelektualne, etyczne, interpersonalne. Ratownika obowiązuje przestrzeganie tajemnicy zawodowej, taktowne zachowanie, a także życzliwość wobec pacjentów oraz ich rodzin, a także przestrzeganie przepisów bhp oraz p/poż [1, 3].

Z licznych badań wynika, że osoby wykonujące zawód ratowniczy charakteryzują się wysokim zaangażowaniem oraz chęcią poszukiwania wyzwań. Posiadają dużą zdolność samokontroli i odporność na stres. Wykazują się też tendencją do podejmowania ryzyka oraz szybkich decyzji. Z literatury wynika, że ratownicy medyczni posiadają potrzebę czerpania satysfakcji, uzyskiwania szybkich pozytywnych rezultatów w pracy i stawiają sobie wysokie oczekiwania [3, 4, 8].

W Polsce ratownictwo medyczne nie zawsze cieszy się prestiżem i szacunkiem, na jaki zasługuje. Praca ratownika, pielęgniarki, lekarza jest przede wszystkim służbą drugiemu człowiekowi. Profesja ta powstała głównie z bezinteresownego podejścia oraz szacunku do drugiego człowieka [1].

Wypadki w pracy ratownika medycznego

Z danych opublikowanych przez Centralny Instytut Ochrony Pracy w profesji ratowników medycznych najczęściej dochodzi do upadków i urazów spowodowanych działaniem

w pośpiechu i stresie na nieznanym terenie, przy niedostatecznym oświetleniu i niekorzystnych warunkach atmosferycznych [9].

Do najczęściej występujących wypadków należą uderzenia o drzwi i elementy wyposażenia ambulansu, bądź przedmioty znajdujące się na miejscu zdarzenia. Z badań wynika, że upadki najczęściej występują na płaskich powierzchniach, w momencie wysiadania i wsiadania do karetki lub na schodach. Przeważnie skutkiem tych zdarzeń są niegroźne urazy jak otarcia, skaleczenia czy stłuczenia, rzadziej dochodzi do poważniejszych konsekwencji jak uderzenie głową i utrata przytomności. Dużą grupą zarejestrowanych wypadków przy pracy są urazy doznane podczas ręcznego transportu pacjentów [9, 10].

Ratownicy medyczni narażeni są na szereg zagrożeń wynikających z pracy zawodowej, np. stres zawodowy, agresja ze strony pacjenta i jego otoczenia [1].

Wyjazdowe Zespoły Ratownictwa Medycznego ze względu na specyfikę swojej pracy, nie mają prawie żadnych ograniczeń określających miejsce udzielania pierwszej pomocy. Ratownicy medyczni pracują w każdym miejscu, w którym zagrożone jest ludzkie życie i niezbędna jest pomoc medyczna. Często pomijają zasady własnego bezpieczeństwa i próbują za wszelką cenę uratować drugiego człowieka. Zapominają przy tym o podstawowej zasadzie, która jasno mówi, że przed każdym przystąpieniem do udzielenia pomocy, najpierw muszą zadbać o własne bezpieczeństwo [5, 9].

Zagrożenia w pracy ratownika medycznego

W pracy ratownicy medyczni narażeni są na szereg zagrożeń związanych z miejscem wypadku, panującym klimatem, obecnością patogenów oraz szkodliwością czynników chemicznych na miejscu zdarzenia. Uciążliwość i szkodliwość określonych czynników związana jest z nadmiernym obciążeniem w stosunku do realnych możliwości organizmu ludzkiego [10].

Z literatury wynika, że Zespoły Ratownictwa Medycznego są też narażone na czynniki biologiczne, tj. patogeny chorobotwórcze, bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty. Do zakażenia dochodzi na skutek kontaktu z uszkodzoną błoną śluzową i skórą, poprzez zakłucie zanieczyszczoną igłą. Ekspozycja zawodowa na materiały zakaźne, m.in. krew jest wpisana w ryzyko zawodowe ratowników medycznych ze względu na pośpiech, niespokojnych pacjentów czy brak oświetlenia w miejscu zdarzenia. Najgroźniejszymi drobnoustrojami

chorobotwórczymi są: wirusy HBV i HCV, które prowadzą do zapalenia wątroby, natomiast wirus HIV wywołuje AIDS [7, 10].

Kolejne zagrożenie stanowią czynniki chemiczne, działające drażniąco i wywołujące reakcje alergiczne. Środki chemiczne mogą nie tylko drażnić błony śluzowe i skórę, ale też powodować zatrucia, działać dusząco, kancerogennie. Powyższe działania mogą wykazywać, np. środki stosowane do dezynfekcji, sterylizacji, odczynniki stosowane do diagnostyki, lateks zawarty w rękawiczkach, niektóre leki czy chemikalia obecne na miejscu wypadku [10].

Kolejnymi czynnikami wpływającymi negatywnie na pracę ratowników medycznych są obciążenia fizyczne. Na podstawie literatury można do nich zaliczyć niewygodną i wymuszoną pozycję ciała oraz powtarzalność ruchów podczas wykonywania działań ratujących ludzkie życie. Duży nakład siły fizycznej powoduje ból kończyn dolnych i ogólne zmęczenie organizmu [9, 10].

Ratownicy medyczni często zmagają się z pracą na otwartej przestrzeni, w niekorzystnych warunkach atmosferycznych tj. silny wiatr, deszcz, śnieg. Narażeni są także na działanie zbyt niskiej lub zbyt wysokiej temperatury otoczenia. Powyższe sytuacje przyczyniają się do przegrzania lub wychłodzenia organizmu, rozwoju chorób układu oddechowego i powodują przeziębienia. Do niekorzystnych czynników można też zaliczyć hałas na miejscu wypadku i niedostateczne oświetlenie miejsca zdarzenia [1, 10].

Głównym skutkiem niekorzystnego oddziaływania czynników ergonomicznych na organizm człowieka jest układ kostno-stawowy, a w szczególności kręgosłup. Praca w ratownictwie medycznym wymaga dźwigania, dużego wysiłku fizycznego i przebywania w niewygodnych i nienaturalnych pozycjach. Z badań przeprowadzonych przez Centralny Instytut Ochrony Pracy w 2013 roku, wynika że największym problemem zdrowotnym odczuwanym przez ratowników medycznych jest ból kręgosłupa, głównie w odcinku lędźwiowym, następnie szyjnym i piersiowym oraz w mniejszym stopniu bóle kończyn dolnych i górnych [9].

Ratownicy medyczni największe obciążenie fizyczne w pracy odczuwają w trakcie wykonywania: resuscytacji krążeniowo-oddechowej i intubacji dotchawiczej, rzadziej w odbarczaniu odmy prężnej. Przenoszenie pacjentów i sprzętu medycznego przez ratowników medycznych powoduje liczne urazy oraz przyczynia się do powstania zwyrodnień [10].

Agresja w zawodzie ratownika medycznego

Praca ratownika medycznego związana jest z narażeniem na niebezpieczeństwo, wynikające z ratowania ludzkiego zdrowia i życia, często w trudnych i ekstremalnych sytuacjach. Człowiek potrzebujący pomocy, szczególnie w sytuacji bezpośredniego zagrożenia własnego życia, odczuwa wiele obaw. W powyższej sytuacji mogą występować skrajne zachowania typu przygnębienie, depresja lub też następuje podjęcie wzmożonej walki. Pacjenci często własny niepokój i strach przekładają na zachowania agresywne, które skierowane są do pracowników zespołów ratunkowych [11, 12].

Występowanie agresji w miejscu pracy nie jest nowym zjawiskiem. Według Międzynarodowej Organizacji Pracy środowisko medyczne jest drugą w kolejności grupą zawodową narażoną na występowanie przemocy w miejscu pracy. Komisja Europejska informuje, że za agresję w miejscu pracy uważa się te sytuacje, w których pracownik jest zastraszany, obrażany lub atakowany w okolicznościach bezpośrednio związanych z pracą oraz gdy stanowi to zagrożenie jego bezpieczeństwa, zdrowia i dobrego samopoczucia [13, 14].

W piśmiennictwie obok terminu „agresja”, pojawiają się też takie sformułowania jak „przemoc” i „pobudzenie”. W tym kontekście termin „pobudzony” werbalnie lub fizycznie oznacza zachowania, które są najmniej szkodliwe i niebezpieczne. Określenie „agresywny” słownie lub fizycznie to zachowania o umiarkowanym natężeniu. Termin „przemoc” natomiast odnosi się do zachowań o największym nasileniu i największym stopniu zagrożenia. Z medycznego punktu widzenia występowanie nagłych zachowań agresywnych definiowane jest jako zaburzenia dysforyczne czy też zaburzenia kontroli impulsów [12, 15].

Na podstawie literatury można wyróżnić dwa rodzaje zaburzeń w relacjach interpersonalnych: agresja werbalna i agresja fizyczna. Pierwsze pojęcie odnosi się do ośmieszania, pomniejszania roli drugiej osoby oraz obniżaniu jej wartości, używania wulgaryzmów, krzyków i zastraszania. Agresja fizyczna natomiast, przejawiana jest za pomocą uderzania, szarpania i napadania na drugiego człowieka [16, 17].

Na podstawie literatury można wyróżnić stopnie nasilenia agresji [17]:

- słabe i umiarkowane formy agresji- obraźliwe słowa, groźby, niszczenie przedmiotów
- poważne zachowania agresywne- prowadzą do uszkodzenia ciała, powstania sińców, zadrapań, urazów, spowodowania utraty przytomności .

Podstawową emocją powodującą zachowania agresywne jest lęk, zniewaga, pobudzenie emocjonalne czy prowokacja. Występowaniu agresji sprzyjają frustracje, niemożność spełniania potrzeb, poczucie krzywdy lub straty, problemy osobiste oraz niektóre schorzenia. Z literatury wynika, że czynnikami zwiększającymi ryzyko przejawiania agresji przez człowieka może być młody wiek, płeć męska, doświadczanie przemocy fizycznej w przeszłości, wykorzystywanie seksualne, problemy z prawem, brak akceptacji otoczenia, skłonność do używek. Z licznych badań wynika, że ludzie zachowują się agresywnie w odpowiedzi na swoje tłumione emocje, czy nadmierne przeciążenie psychiczne i fizyczne [15, 18, 19].

Agresja ze strony pacjentów nie jest tylko przejawem lęku i strachu o własne życie. Niejednokrotnie jest ona skutkiem wcześniejszego spożywania alkoholu lub innych środków odurzających przez pacjenta. Z piśmiennictwa wynika, że w momencie wypadku lub urazu aż 40% poszkodowanych jest pod wpływem alkoholu lub narkotycznych środków odurzających [13, 14].

Zespoły Ratownictwa Medycznego są narażone na agresję nie tylko ze strony pacjentów, ale także ich rodzin lub świadków wypadku. Często osoby z otoczenia pacjenta są pod wpływem alkoholu i reagują agresywnie na chęć udzielenia pomocy poszkodowanemu. [14].

Kolejnym źródłem agresji mogą być konflikty interpersonalne pomiędzy współpracownikami oraz pracodawcą a pracownikiem. W przypadku właściwego podejścia to spornej sytuacji zarówno pracowników, jak i przełożonych, możliwe jest pozytywne rozwiązanie zaistniałych sporów. Częściej jednak dochodzi do zaostrzania się konfliktów, co prowadzi do sytuacji, w których obie strony zaczynają manipulować psychiką przeciwnika i/lub uciekają się do rozwiązań siłowych. Najczęstszą formą jest niewłaściwe traktowanie przejawiające się krzykiem, obrażaniem, wymyślaniem i stosowaniem szantażu i gróźb [11, 18, 20, 21].

Narażenie na stres w pracy ratownika medycznego

Z literatury wynika, że praca ratownika medycznego jest bardzo obciążająca psychicznie i fizycznie. W codziennej pracy ratownik medyczny powinien wykazywać się dużą sprawnością manualną oraz umiejętnością podejmowania decyzji i szybkiego działania pod presją czasu w sytuacjach nieprzewidzianych. Wiele problemów stwarzają ratownikowi medycznemu relacje nie tylko ze współpracownikami, ale także z pacjentem i jego rodziną [9, 22, 23].

Stres zawodowy jest jednym z najczęstszych i najpoważniejszych zagrożeń obecnych w środowisku pracy. Został określony przez Organizację Narodów Zjednoczonych (ONZ) „światową epidemią XX wieku” [21].

Pierwsze badania nad stresem oraz jego wpływem na organizm człowieka prowadził Hans Selye. Terminem powyższym określił niespecyficzną reakcję ludzkiego organizmu na działanie szkodliwych bodźców, tzw. stresorów [9].

Na podstawie literatury można wyróżnić dwa rodzaje stresorów: chroniczny i traumatyczny. Odczuwanie stresu chronicznego jest ściśle związane z codziennymi wymogami oraz kłopotami związanymi z pełnieniem służby. Stres traumatyczny natomiast odnosi się do sytuacji związanych z bezpośrednim zagrożeniem życia i zdrowia, zetknięciem się z ludzkim cierpieniem, byciem świadkiem śmierci lub makabrycznym widokiem [24].

Stres zawodowy (*occupational stress*) definiowany jest jako „stan psychiczny, który wynika z fizjologicznych i emocjonalnych oraz behawioralnych i kognitywnych reakcji na niechciane i szkodliwe aspekty otoczenia, środowiska i organizacji pracy”. Stres jest wynikiem nieustannej interakcji pomiędzy osobną jednostką a środowiskiem pracy. W szerokim podejściu do koncepcji stresu zawodowego uwzględnia się także fizyczne warunki pracy oraz ich wpływ na ograniczoną regenerację sił związaną ze zmęczeniem pracą [9, 21].

Na podstawie literatury do najczęściej wymienianych stresorów w pracy służb ratowniczych można zaliczyć [23, 24]:

- presję czasu;
- brak poczucia kontroli sytuacji;
- odpowiedzialność związaną za podejmowane decyzje oraz wykonywane obowiązki zawodowe;
- poczucie niepewności, wątpliwości co do podejmowanych decyzji;
- nieskuteczną reanimację;
- umieranie i śmierć pacjenta/ poszkodowanego;
- presję bycia niezawodnym i sprostanie stawianym oczekiwaniom
- zmianowość pracy zakłócającą naturalny rytm organizmu;
- pracę nierytmiczną, powodującą duże przeciążenia fizyczne oraz psychiczne;
- brak satysfakcjonującego wynagrodzenia;
- brak uznania w opinii przełożonych i społeczeństwa;
- brak perspektyw rozwoju zawodowego.

W przypadku przedłużonego i powtarzającego się działania stresorów reakcja obronna organizmu człowieka staje się bardziej złożona. Na podstawie literatury można wyróżnić trzy fazy Ogólnego Zespołu Adaptacyjnego (GAS) [9]:

Pierwsza faza reakcji alarmowej, mobilizuje organizm do obrony, z równoczesnym obniżeniem odporności organizmu. W tym stadium aktywizowane zostają mechanizmy hormonalne i nerwowe, dochodzi do zmian metabolicznych, zmian napięcia mięśniowego oraz zmian w układzie sercowo- naczyniowym. Jeżeli stresor jest zbyt silny i jego działanie przedłuża się w czasie, dochodzi do przejścia reakcji alarmowej w fazę adaptacji (tzw. faza odporności). W tym stadium następuje obniżenie aktywności powyższych mechanizmów, które wcześniej zostały zaktywizowane w pierwszej fazie. W fazie adaptacji odporność organizmu wzrasta, ponieważ uruchomione zostały mechanizmy przystosowawcze do działania stresorów. Następstwem powyższej sytuacji jest stan biernej tolerancji stresorów. Dalsze narażenie na oddziaływanie szkodliwych bodźców doprowadza do wystąpienia fazy wyczerpania, następstwem czego może być nawet śmierć organizmu. W warunkach niewielkiego lub umiarkowanego stresu człowiek przechodzi tylko przez pierwsze dwa stadia, ponieważ do szybkiego wyczerpania i śmierci prowadzi jedynie niezwykle silny i długotrwały stres [9].

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w latach 80. XX wieku u ok. 75% osób, które korzystały z pomocy psychiatrycznej, stwierdzono zaburzenia psychiczne wynikające z braku zadowolenia z pracy i umiejętności odprężenia się. Koszty przeznaczane na leczenie chorób spowodowanych stresem w pracy szacuje się na ponad 20 milionów euro [23].

Według danych uzyskanych z Narodowego Instytutu Bezpieczeństwa Pracy i Zdrowia (*National Institute for Occupational Safety and Health – NIOSH*) w Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej zaburzenia psychiczne takie jak nerwice, uzależnienie od alkoholu, leków i narkotyków oraz zaburzenia osobowości uznane zostały za następstwa stresu i są jedną z dziesięciu najczęstszych przyczyn chorób zawodowych oraz wypadków w czasie pracy [23].

Z literatury wynika, że stres w zawodzie ratownika medycznego zwiększył się na przestrzeni ostatnich lat. Wynika to między innymi z uczestniczenia w trudnych sytuacjach, często dramatycznych, narażania własnego życia oraz swoich współpracowników oraz kontakt z dramatami i traumatycznymi przeżyciami pacjentów i ich rodzin [9, 24].

Kumulowanie stresu zawodowego oraz w głównej mierze brak umiejętności skutecznego radzenia sobie ze stresem, może być przyczyną negatywnych następstw związanych

z pogorszeniem efektywności pracy ratownika medycznego, pogorszeniem jego stanu zdrowia, może prowadzić także do wystąpienia poważnych zaburzeń psychicznych [9].

Stres traumatyczny i zespół stresu pourazowego w pracy ratownika medycznego

Z literatury wynika, że członkowie zespołu ratownictwa medycznego często są świadkami traumatycznych zdarzeń. Jest to związane głównie z ratowaniem ludzkiego życia i stykaniem się ze śmiercią. Według badań przeprowadzonych przez Instytut Medycyny Pracy w Łodzi stwierdzono, że podczas pełnienia służby aż 72% badanych ratowników medycznych doświadczyło traumatycznego zdarzenia minimum raz, a 64% badanych – 2 razy lub powyżej [25, 26].

Zdarzeniem traumatyzującym określana jest nagle pojawiająca się sytuację, która wywołuje przerażenie i poczucie paniki. Tego typu wydarzenia wpływają negatywnie na zdrowie psychiczne człowieka. Mogą powodować lęk i niepokój, problemy ze snem a także prowadzą do depresji i zwiększają ryzyko uzależnienia od alkoholu, narkotyków oraz środków uspokajających [27, 28].

Ratownicy medyczni często biorą udział w akcjach ratowniczych po wypadkach komunikacyjnych, są świadkami przemocy i klęsk żywiołowych. Czasem wystarczy tylko jedno doświadczenie traumatycznego zdarzenia, aby wywołać w człowieku głębokie zaburzenia psychiczne oraz trwale zakłócić jego codzienne funkcjonowanie w społeczeństwie [29, 30].

Z badań przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii w populacji ratowników medycznych wykazano, że 22% respondentów odczuwało objawy zaburzeń psychicznych, u ok. 50% występowały takie objawy jak: zaburzenia snu, poczucie irytacji i dystansowanie się do środowiska [30].

Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że objawami przebytego stresu najczęściej było: rozdrażnienie – 37%; bóle głowy- 26%, zaburzenia snu – 24%, negatywne emocje i niekontrolowane wybuchy złości – 19%. Aż 46% respondentów odczuwało wpływ traumatycznych przeżyć na życie rodzinne i zawodowe [31, 32].

Z powyższych badań wynika też, że 74% badanych ratowników medycznych odczuwało stres podczas prowadzonej akcji ratowniczej, który wpływał mobilizująco na prowadzone działania [33].

Z literatury wynika, że doświadczanie negatywnych emocji podczas traumatycznych zdarzeń oraz stresu z tym związanego można określić jako Zespół Stresu Pourazowego *Posttraumatic Stress Disorder* (PTSD) [34].

Na podstawie literatury Zespół Stresu Pourazowego można określić na podstawie utrzymujących się co najmniej przez 1 miesiąc objawów należących do 3 różnych grup [35]:

Do pierwszej grupy należą: objawy nawracania (intruzji), które charakteryzują się przeżywaniem na nowo wcześniej zaistniałego zdarzenia, głównie pod postacią wspomnień i snów oraz identyfikowaniem się z ofiarą i jej rodziną [35].

W skład drugiej grupy wchodzi unikanie, które przejawia się zmniejszoną ogólną reaktywnością, niepokazywaniem uczuć, unikaniem działań, kontaktów oraz rozmów związanych z przeżytą traumą. Natomiast III grupę stanowi pobudzenie psychofizjologiczne, które przejawia się w postaci problemów z zasypianiem, charakterystyczny jest „płytki” sen, częste przebudzenia, ale także gwałtowne wybuchy złości oraz trudności z koncentracją, poczucie bezradności i gniew [35, 36].

Zespół stresu pourazowego jest reakcją na poważne zranienie oraz bezpośrednie zagrożenie życia danej jednostki, zagrożenie fizycznej integralności, nagłe zniszczenie domu lub zamieszkiwanej społeczności, bycie świadkiem śmierci, poważne zranienie lub zagrożenie życia innych osób, otrzymanie wiadomości o zranieniu lub zagrożeniu bliskich osób [37].

Z badań przeprowadzonych w Polsce wynika, że 10–17% ratowników medycznych odczuwało zespół stresu pourazowego, natomiast w Wielkiej Brytanii aż 21 % [36].

Posttraumatyczny rozwój osobowości

Z literatury wynika, że oprócz negatywnych skutków przeżytej traumy, występują też pozytywne zmiany, które mogą być źródłem rozwoju człowieka. Jest to tzw. zjawisko potraumatycznego rozwoju, czyli inaczej *posttraumatic growth*, obejmujące pozytywne zmiany w relacjach z innymi, w postrzeganiu samego siebie oraz docenianiu życia, na skutek prób radzenia sobie z doświadczonym wcześniej traumatycznym wydarzeniem [37].

Na podstawie literatury do pozytywnych zmian potraumatycznych można zaliczyć m.in. wyższe poczucie własnej wartości, skuteczności, stawianie sobie nowych celów życiowych, poczucie siły i niezłomności, dostrzeganie nowych możliwości, większe zaufanie do siebie i swoich umiejętności [35].

Wiele osób po doświadczonej traumie, odnajduje w sobie zwiększone pokłady wrażliwości oraz współczucia drugiemu człowiekowi. Wykazują też większą niż dotychczas skłonność do otwierania się przed ludźmi. Powyższe osoby potrafią z dystansem spojrzeć na własne życie i zmienić je na lepsze [38].

W wyniku traumatycznych doświadczeń większość ludzi bardziej docenia własne życie, przeżywa je bardziej świadomie. Czerpie przyjemność z drobnych, codziennych wydarzeń, postrzega rodzinę i przyjaciół za najważniejszy element życia, a karierę zawodową odkłada na dalszy plan [39].

Zespół wypalenia zawodowego

Jedną z negatywnych konsekwencji występowania stresu zawodowego jest pojawienie się permanentnego zmęczenia, odczuwanego bezpośrednio po pracy. Według Jianhuana Shena i Colina Shapiro, odczuwanie zmęczenia pracą można dzielić w następujący sposób [40]:

- spadek aktywacji, czyli brak energii do pracy i codziennego funkcjonowania.
- spadek motywacji, czyli brak chęci pracy.
- zmęczenie fizyczne

Na podstawie literatury można wyróżnić trzy rodzaje zmęczenia: psychiczne, fizyczne i ogólne. Zmęczenie psychiczne objawia się głównie spadkiem energii do działania oraz brakiem chęci do pracy i w niewielkim stopniu zmęczeniem fizycznym. Zmęczenie ogólne polega na obniżeniu aktywacji, zmęczeniu fizycznym z niewielkim spadkiem motywacji. W zmęczeniu fizycznym przeważa trzecia grupa objawów, natomiast spadek motywacji ma tu najmniejsze znaczenie [38].

Skutkiem zmęczenia jest spadek motywacji i zdolności do pracy, co może powodować zwiększone prawdopodobieństwo wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego [38].

Syndrom wypalenia zawodowego (*Burnout Syndrome*) po raz pierwszy został opisany przez Herberta Freudenbergera. Początkowo wypalenie zawodowe określano jako stan zmęczenia, wyczerpania jednostki na skutek osłabienia organizmu oraz stan frustracji w wyniku poświęcenia się określonej sprawie, która nie przyniosła oczekiwanej nagrody. Syndrom ten obecnie określany jest zespołem emocjonalnego wyczerpania, zmniejszonego poczucia dokonań osobistych i depersonalizacji, występujący u osób pracujących z innymi ludźmi. Za wyczerpanie emocjonalne uważa się poczucie nadmiernego zmęczenia, niechęć do pracy,

pesymizm, drażliwość i impulsywność oraz objawy somatyczne. Depersonalizacja objawia się obojętnością wobec pacjentów, negatywnymi postawami wobec współpracowników i przełożonych, a nawet cynizmem i pogardliwym traktowaniem innych. Zmniejszone poczucie dokonań osobistych odnosi się do utraty wiary we własne możliwości, kompetencje oraz niezadowolenia z osiągnięć i sukcesów [34, 40].

Zdaniem Barry'ego Fabera wypalenie jest przede wszystkim wynikiem długotrwałego stresu, który nie został przerwany lub zmodyfikowany za pomocą własnych umiejętności zaradczych radzenia sobie ze stresem. Z literatury wynika, że wypalenie zawodowe jest uznawane za skutek chronicznej ekspozycji na stres [40].

Fazy wypalenia zawodowego wg. American Psychology Association [40]:

- „miesiąc miodowy” – okres pełnej satysfakcji z pracy i osiągnięć zawodowych, zauroczenie wykonywaną pracą; charakteryzuje się zwiększoną energią i entuzjazmem;
- „przebudzenie” – okres, w którym człowiek pracuje coraz więcej; zauważa, że oceniał pracę w sposób idealistyczny, jednocześnie starając się nie zaburzać tego obrazu;
- „szorstkość” – zadania zawodowe wymagają coraz większego wysiłku i nakładu pracy, pojawiają się także pierwsze kłopoty w kontaktach społecznych;
- „wypalenie pełnoobjawowe” – dochodzi do pełnego wyczerpania psychicznego i fizycznego, pojawia się poczucie pustki, depresja, narasta poczucie samotności i chęć ucieczki;
- „odradzanie się” – okres leczenia „ran”, które powstały w wyniku wypalenia zawodowego.

Na podstawie literatury do głównych objawów wypalenia zawodowego można zaliczyć [40]:

- fizyczne zmęczenie, znużenie;
- zaburzenia somatyczne i czynnościowe;
- wybuchy złości, impulsywność i irytacja;
- okresy bezczynności w pracy;
- częste inicjowanie konfliktów społecznych w pracy;
- zmiana dotychczasowych zachowań – nadmierne spożywanie używek takich jak alkohol, leki, narkotyki;
- utrata poczucia identyfikacji z zawodem.

Konsekwencjami zespołu wypalenia może być nie tylko spadek efektywności i jakości pracy, niedbałość w obowiązkach zawodowych, ale także zwiększone ryzyko popełnienia błędów

w pracy, lekceważenie potrzeb chorego, okazywanie mu znudzenia i braku zainteresowania, poczucie bezradności i bezsilności w obliczu trudnej sytuacji oraz lęk przed podjęciem samodzielnej decyzji [38].

Mobbing w pracy ratowników medycznych

Mobbing w środowisku pracowników ochrony zdrowia jest zjawiskiem powszechnie występującym. Pojęcie mobbingu wprowadził Konrad Lorenz w połowie XX wieku. Powyższe pojęcie odnosiło się do zachowania zwierząt, atakujących słabsze osobniki w celu ich zdominowania. Terminu „mobbing w pracy” po raz pierwszy użył Heinz Leymann do określenia psychospołecznych relacji, które polegały na nieetycznym komunikowaniu się, poniżaniu, ośmieszaniu i nękanii pracownika przez przełożonego lub współpracowników. W powyższym zachowaniu charakterystyczne jest systematyczne podtrzymywanie wrogiego nastawienia przez jedną osobę lub grupę w stosunku do innego człowieka. W konsekwencji zachowania te obniżają samoocenę ofiary, powodują strach i uniemożliwiają ofierze obronę. [41, 42, 43].

Na podstawie literatury wyróżnić można dwa rodzaje zachowań mobbingowych: mobbing w pracy i mobbing personalny. Na mobbing w pracy składają się takie czynności jak: nadmierne kontrolowanie w pracy, nakładanie obciążeń niemożliwych do opanowania, przydzielanie trudnych zadań i wyznaczanie krótkich terminów ich realizacji.

Drugi rodzaj obejmuje takie działania jak: dokuczanie, obraźliwe uwagi, stałe krytykowanie, zastraszanie, wyśmiewanie [42, 44].

Odmienny podział mobbingu przedstawił Alein Zucker, dzieląc mobbing w pracy na poziomy, pochyły i pionowy. Mobbing poziomy (horyzontalny) odnosi się do grupy osób wykazujących działania mobbingowe w stosunku do współpracownika, pełniącego te same funkcje w zespole oraz będącego na tym samym szczeblu hierarchii co oprawcy. W powyższym modelu charakterystyczne są wrogie działania mające na celu wykluczenie konkretnej osoby poprzez okazywanie niechęci do współpracy oraz brak pomocy [43, 45].

Kolejnym modelem jest tzw. mobbing pochyły, gdy jedna osoba stosuje mobbing w kierunku podwładnego w sposób bezpośredni lub pośredni. W powyższym modelu mobber prowadzi działanie mobbingowe w ukryciu lub jawnie za zgodą współpracowników ofiary [45, 46].

Mobbing pionowy natomiast polega na wrogich działaniach podejmowanych przez pracowników wobec przełożonego. Charakterystyczne dla tego rodzaju mobbingu są odmowy wykonywania poleceń pracodawcy, zakłócanie przebiegu pracy, kwestionowanie decyzji przez podwładnych [45, 46].

Mobbing określany jest „zaplanowanym terrorem”, który ma na celu odseparowanie konkretnej jednostki od zespołu, osaczenie jej i poniżenie oraz zmuszenie do odejścia z pracy. Z literatury wynika, że mobbing uznawany jest za jeden z czynników ryzyka wypalenia zawodowego, który może negatywnie wpływać na stan psychiczny i fizyczny pracownika, prowadząc do znacznych zaburzeń emocjonalnych [42, 43, 46].

Występowanie mobbing w miejscu pracy jest zjawiskiem patologicznym, które wpływa negatywnie zarówno na pracownika, jak i jego pracę [41].

Czynnikami sprzyjającymi wystąpieniu mobbingu mogą być: brak kontroli nad własną pracą, monotonia pracy, brak możliwości rozwoju i stymulowania własnej pracy, konflikt roli, niejasność roli, brak zakresu działań i odpowiedzialności [47].

Według badań przeprowadzonych w 2014 roku przez Centrum Badania Opinii Społecznej 17% ankietowanych pracowników przyznało, że było prześladowanych przez przełożonych. Najczęstszą formą mobbingu jest przemoc psychiczno- emocjonalna stosowana przez przełożonych, rzadziej przez współpracowników [45, 47].

Mobbing jest naruszeniem dóbr osobistych człowieka i niesie ze sobą poważne konsekwencje zarówno dla ofiary, jak i jej rodziny. Do głównych skutków mobbingu można zaliczyć: problemy zdrowotne fizyczne i psychiczne, pogorszenie się relacji rodzinnych, obniżenie warunków socjoekonomicznych oraz utraconą karierę zawodową. U osób narażonych na długotrwały mobbing częściej występują stany lękowe, zespół stresu pourazowego i depresje [41, 45, 47].

Celem pracy było:

1. Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych na stres w zależności od płci
2. Oszacowanie źródeł stresu w pracy ratowników medycznych;
3. Określenie stopnia narażenia na obciążenia psychiczne w zawodzie ratowników medycznych z uwzględnieniem płci badanych;

4. Sprawdzenie czy w badanej populacji istnieje zależność pomiędzy poczuciem odpowiedzialności a płcią respondentów;
5. Określenie zależności między płcią respondentów a występowaniem w pracy narażenia na wysiłek fizyczny.

Material i metody badań

Badaniem zostało objętych 150 ratowników medycznych pracujących czynnie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku oraz w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku. Badania prowadzono w okresie od 2018 roku do 2019 roku po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej UMB nr: R-I-002/359/2018 (aneks str. 95).

Do zebrania danych na temat wpływu środowiska pracy na występowanie stresu w zawodzie ratowników medycznych posłużył standaryzowany Kwestionariusz do Subiektywnej Oceny Pracy (KSOB) opracowany przez Bogdana Dudka [48, 49].

Kwestionariusz ankiety składa się z części socjodemograficznej oraz części głównej. Część pierwsza zawierała 5 pytań dotyczących: wieku, płci, stanu cywilnego, poziomu wykształcenia oraz stażu pracy w zawodzie ratownika medycznego. Część główna kwestionariusza zawierała 50 pytań podstawowych oraz 7 pytań dodatkowych dotyczących środowiska pracy. Cechy pracy podzielone są na konkretne grupy czynników, takie jak:

- poczucie psychicznego obciążenia spowodowane złożonością pracy;
- brak nagród w pracy;
- poczucie niepewności wywołane organizacją w pracy;
- kontakty społeczne;
- poczucie zagrożenia;
- uciążliwość fizyczna;
- nieprzyjemne warunki pracy;
- brak kontroli;
- brak wsparcia;
- poczucie odpowiedzialności.

Przy każdym z pytań znajduje się 5 kategorii odpowiedzi z cyframi od 1 do 5, które określają stopień uciążliwości danej cechy:

- cecha nie występuje, nie dotyczy mojego stanowiska pracy;
- cecha występuje, ale mi nie przeszkadza i nie denerwuje;
- czasami mnie to irytuje lub przeszkadza mi;
- dość często mnie to irytuje lub przeszkadza mi;
- irytuje mnie to cały czas w pracy, a nawet denerwuję się z tego powodu w domu.

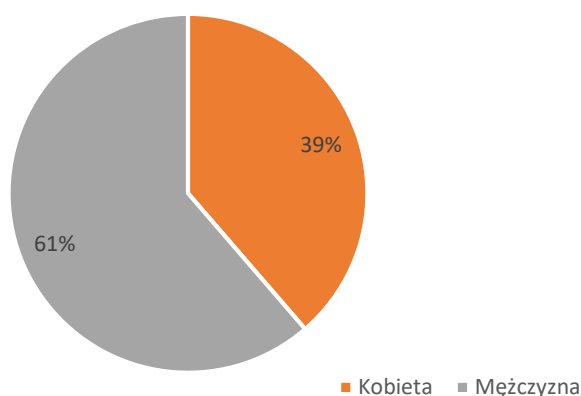
Za wskaźnik poziomu odczuwanego stresu odpowiada suma punktów zaznaczona przez respondenta. W celu zbadania, które z czynników są najbardziej stresujące w badanej grupie należy wyliczyć wyniki surowe (suma punktów za poszczególne pytania w danej grupie czynników), a następnie porównać z wynikami zamieszczonymi w tabeli norm.

Przed przystąpieniem do wypełniania ankiety respondenci zostali poinformowani o anonimowym i dobrowolnym uczestnictwie w badaniu oraz o zasadach prawidłowego zakreslania odpowiedzi w kwestionariuszu. Wyniki opracowane zostały za pomocą programu Microsoft Office Excel 2007.

Wyniki

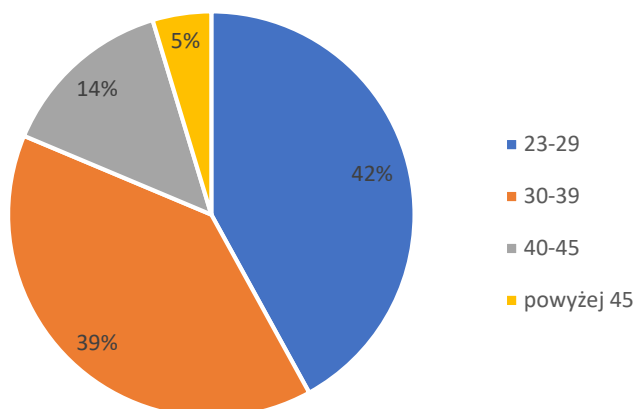
Prezentacja populacji badanych ratowników medycznych

Badaniem objęto 150 ratowników medycznych pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku oraz w Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku. Z przedstawionych danych wynika, że większość respondentów stanowili mężczyźni 61% (Ryc. 1).



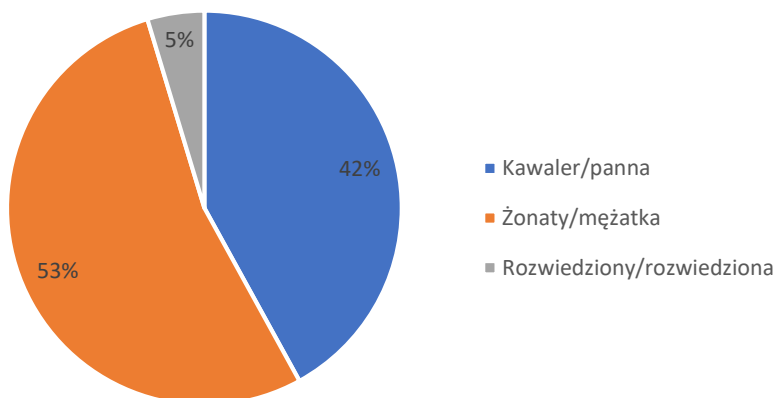
Rycina 1. Struktura płci ankietowanych

Z danych przedstawionych na Rycinie 2 wynika, że najliczniejsza grupa respondentów była w wieku 23-29 lat (42%). Najmniej liczną grupę stanowili respondenci powyżej 45 roku życia (5%).



Rycina 2. Struktura wieku ankietowanych

Wśród respondentów największą grupę stanowiły pozostające w związkach małżeńskich 53% (Ryc. 3).



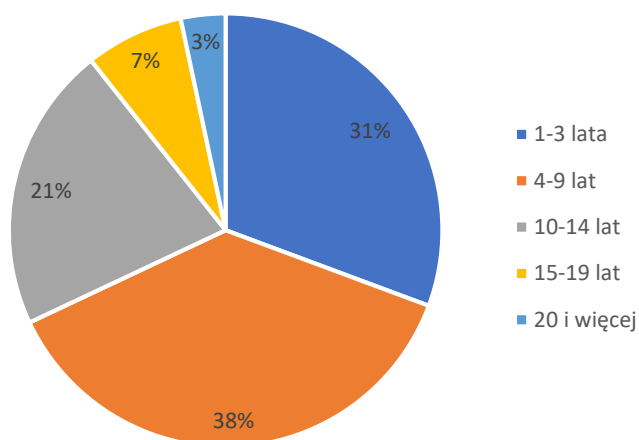
Rycina 3. Struktura stanu cywilnego ankietowanych

Największą grupę stanowili respondenci z wyższym wykształceniem 97% (Ryc. 4).



Rycina 4. Struktura wykształcenia ankietowanych

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 5 wynika, że największą grupę stanowili respondenci ze stażem pracy 4-9 lat (38%), natomiast zaledwie 3% ratowników posiadała staż pracy powyżej 20 lat.

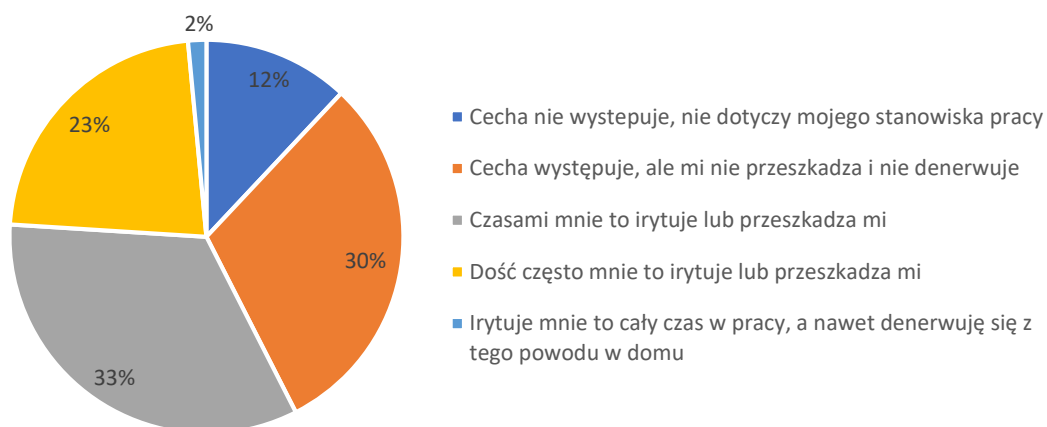


Rycina 5. Struktura stażu pracy ankietowanych

Analiza szczegółowa wyników badań Kwestionariusza do Subiektywnej Oceny Pracy

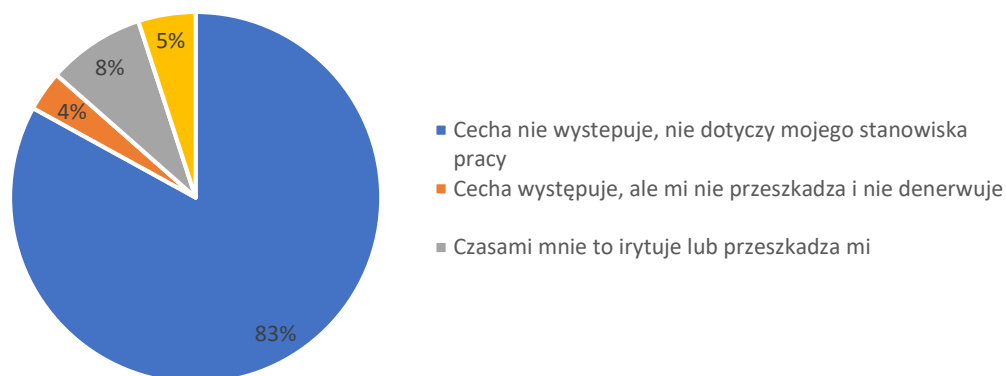
Poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 6 wynika, że 33% respondentów po powrocie do domu ciągle myślało o sprawach związanych z pracą, co czasami ich irytowało. Natomiast 2% respondentów powyższa cecha pracy irytowała zarówno w pracy i w domu.



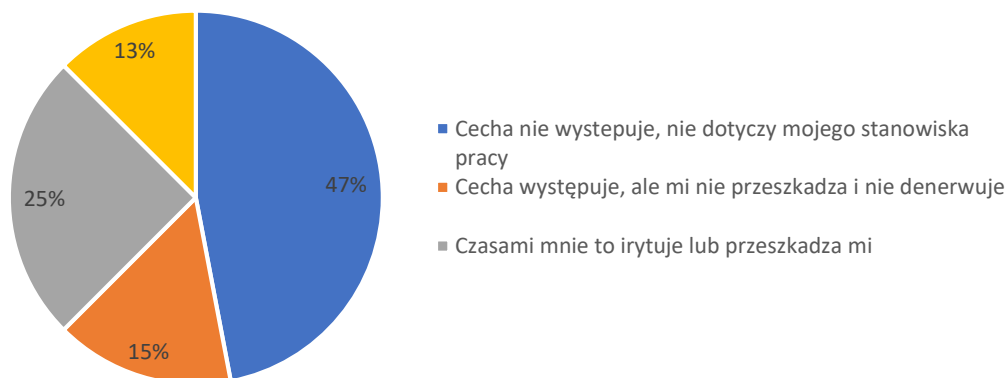
Rycina 6. Opinia respondentów na temat cechy pracy dotyczącej przenoszenia problemów związanych z pracą do domu

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 7 wynika, że 83% respondentów stwierdziło, że ta cecha pracy dotycząca zabierania pracy do domu ich nie dotyczy.



Rycina 7. Opinia respondentów na temat cechy pracy dotyczącej zabierania pracy do domu

W badanej populacji 13% respondentów odczuwało irytację z powodu niewykonania zadania. Natomiast 47% respondentów stwierdziło, że powyższa cecha pracy nie występuje na ich stanowisku (Ryc. 8).



Rycina 8. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z niewykonaniem zadania

Z analizy danych (Tab. I) wynika, że zarówno dla kobiet jak i mężczyzn, praca zawodowa wpływała ujemnie na życie rodzinne.

Tabela I. Wpływ pracy zawodowej na życie rodzinne ratowników medycznych w zależności od płci.

Praca zawodowa odbija się ujemnie na życiu rodzinnym	Cecha nie występuje		Występuje, ale nie przeszkadza		Czasami irytuje i przeszkadza		Dość często irytuje i przeszkadza		Irytuje i denerwuje cały czas w pracy i w domu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety	23	40,0	1	2,0	8	13,5	11	18,5	15	26,0
Mężczyźni	34	37,0	2	2,0	14	15,5	27	29,5	15	16,0

W badanej populacji 41% respondentów było czasami narażone na zbyt dużą ilość obowiązków i zadań w pracy. Natomiast 2% respondentów stwierdziło, że powyższa cecha pracy dość często ich irytowała lub przeszkadzała (Ryc. 9).



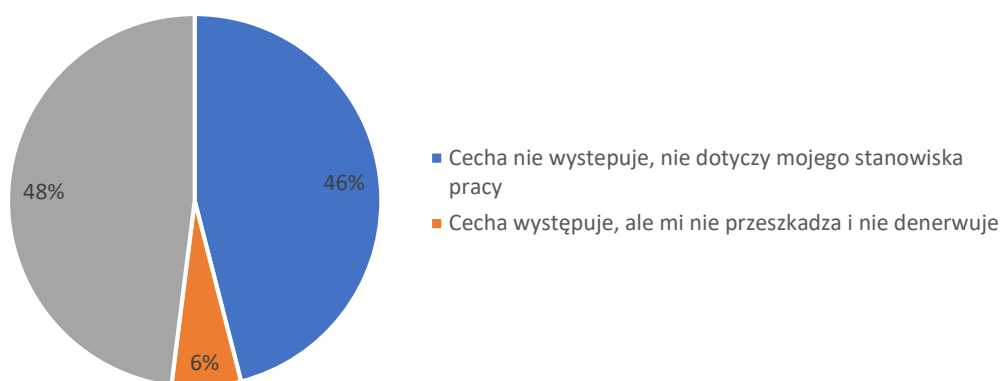
Rycina 9. Opinia respondentów na temat cechy pracy dotyczącej radzenia sobie z obowiązkami i zadaniami w pracy.

Według danych przedstawionych w Tabeli II wynika, że po 28% respondentów niezależnie od płci pracowało w godzinach nadliczbowych, ale im ta cecha pracy nie przeszkadzała.

Tabela II. Praca ratowników medycznych w godzinach nadliczbowych

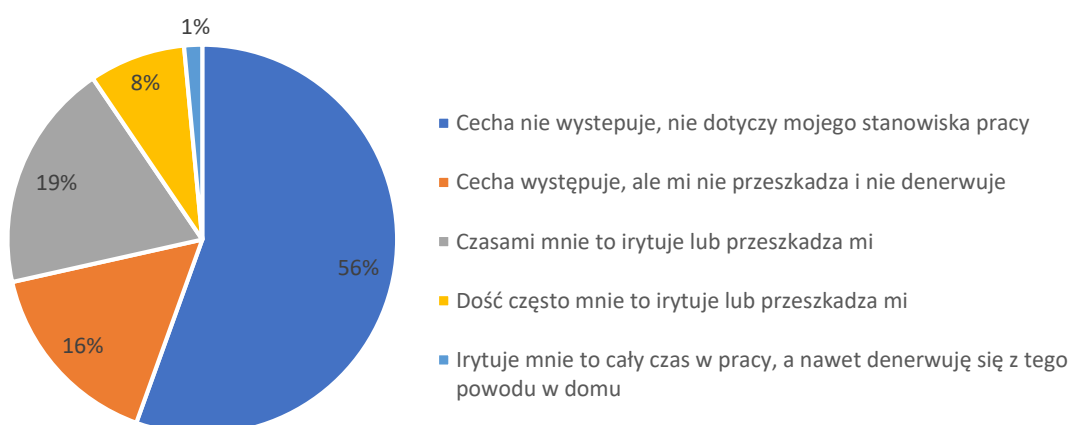
Praca w godzinach nadliczbowych	Cecha nie występuje		Występuje, ale nie przeszkadza		Czasami irytuje i przeszkadza		Dość często irytuje i przeszkadza		Irytuje i denerwuje cały czas w pracy i w domu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety	22	38,0	16	28,0	11	19,0	3	5,0	6	10,0
Mężczyźni	26	28,0	26	28,0	29	31,5	8	9,0	3	3,5

W badanej populacji 6% respondentów przyznało, że miało w pracy spore trudności w wykonywaniu niektórych zadań, ale im ta cecha pracy nie przeszkadzała. A 48% badanych czasami irytowało się z powyższego powodu (Ryc. 10).



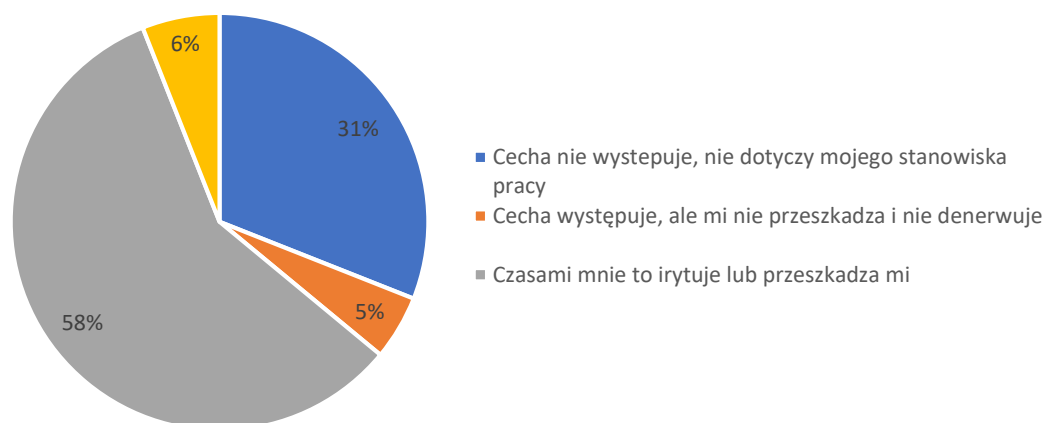
Rycina 10. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej trudności w wykonywaniu niektórych zadań

Z danych przedstawionych na Rycinie 11 wynika, że 16% respondentów pracowało w tempie niedostosowanym do ich potrzeb, ale ta cecha pracy im nie przeszkadzała. Natomiast 1% respondentów odczuwało cały czas irytację i zdenerwowanie z powodu powyższej sytuacji.



Rycina 11. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z tempem pracy

Wśród ratowników medycznych 58% respondentów czasami odczuwało irytację i zdenerwowanie z powodu podejmowania w pracy decyzji powodujących silne konflikty wewnętrzne. Natomiast dla 6% respondentów ta cecha pracy dość często przeszkadzała i irytowała (Ryc. 12).



Rycina 12. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z przeżywaniem konfliktów wewnętrznych

Według danych przedstawionych w Tabeli III wynika, że kobiety częściej zabierały pracę do domu niż mężczyźni.

Tabela III. Poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy

Poczucie psychicznego obciążenia związane ze złożonością pracy			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Nie może przestać myśleć o pracy	2,50 pkt	2,30 pkt	2,40 pkt
Zabieranie pracy do domu	1,40 pkt	1,30 pkt	1,35 pkt
Poczucie niewykonania zadania	2,70 pkt	2,70 pkt	2,70 pkt
Praca wpływa ujemnie na życie rodzinne	2,00 pkt	2,00 pkt	2,00 pkt
(za) duża liczba obowiązków zawodowych	2,00 pkt	1,90 pkt	1,95 pkt
Praca w godzinach nadliczbowych	2,20 pkt	2,30 pkt	2,25 pkt
Wykonanie zadań sprawia trudności	2,90 pkt	2,80 pkt	2,85 pkt
Niedostosowane do możliwości tempo pracy	2,00 pkt	1,95 pkt	2,00 pkt
Przeżywanie konfliktów wewnętrznych	2,00 pkt	1,75 pkt	1,85 pkt
SUMA	19,70 pkt	19,00 pkt	19,35 pkt

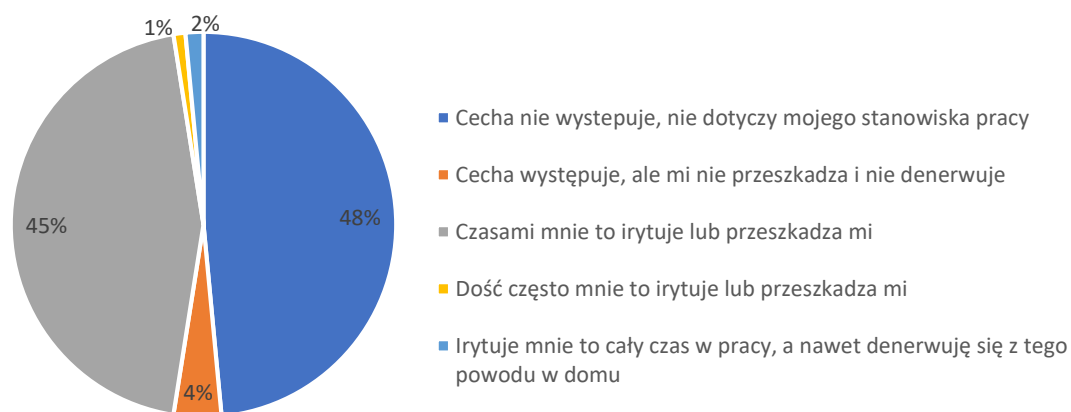
Brak nagród w pracy ratowników medycznych

W badanej populacji (Tab. IV) dla 5% kobiet i 1% mężczyzn poczucie bycia niedocenianym w pracy nie przeszkadzało. Natomiast 50% kobiet i 60% mężczyzn czasami z powodu powyższej cechy pracy odczuwało irytację.

Tabela IV. Poczucie bycia niedocenianym w pracy ratowników medycznych w zależności od płci

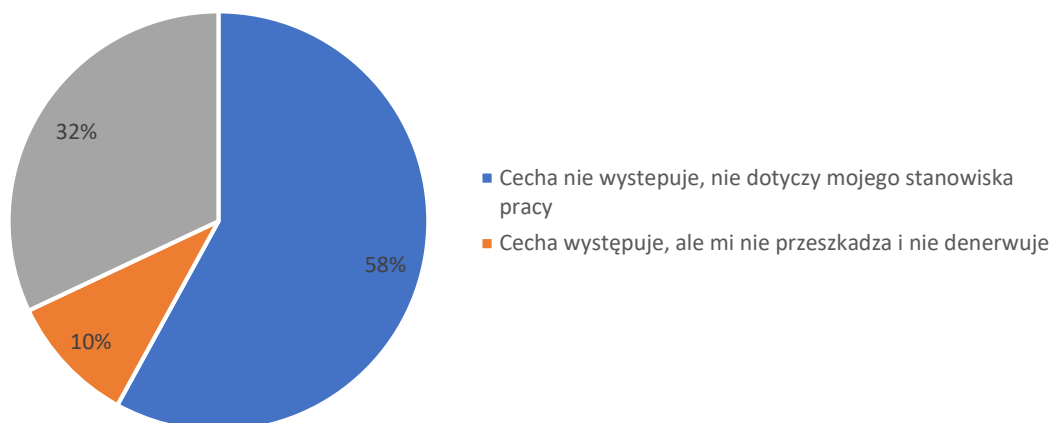
Niedocenianie w pracy	Cecha nie występuje		Występuje, ale nie przeszkadza		Czasami irytuje i przeszkadza		Dość często irytuje i przeszkadza		Irytuje i denerwuje cały czas w pracy i w domu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety	21	36,0	3	5,0	29	50,0	4	7,0	1	2,0
Mężczyźni	23	25,0	1	1,0	55	60,0	10	11,0	3	3,0

Z danych przedstawionych na Rycinie 13 wynika, że ok. 45% respondentów odczuwało niesprawiedliwe traktowanie przez zwierzchników i czasami ich to irytowało i przeszkadzało. czuła się niesprawiedliwie traktowana przez zwierzchników. Natomiast 48% respondentów stwierdziło, że powyższa cecha pracy nie dotyczy ich stanowiska.



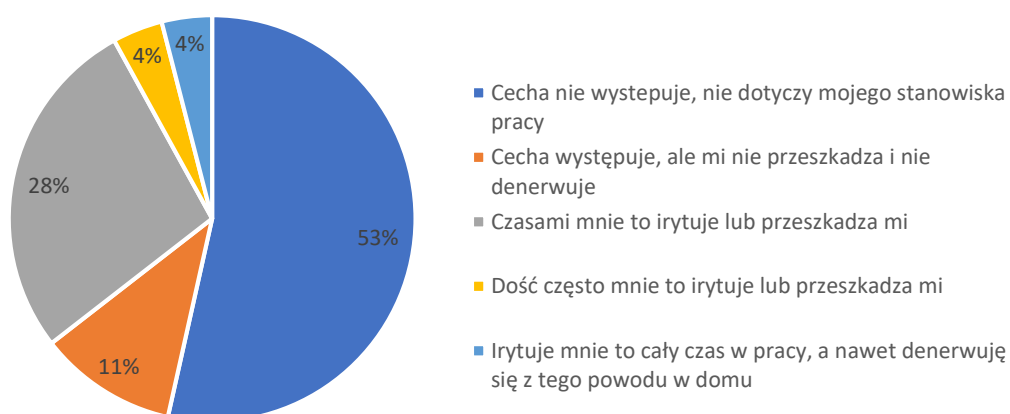
Rycina 13. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej ze sposobem traktowania przez zwierzchników

W badanej populacji ratowników medycznych 32% respondentów w sytuacji trudnej nie mogło liczyć na pomoc ze strony przełożonych i ta cecha pracy czasami ich irytowała lub przeszkadzała (Ryc. 14).



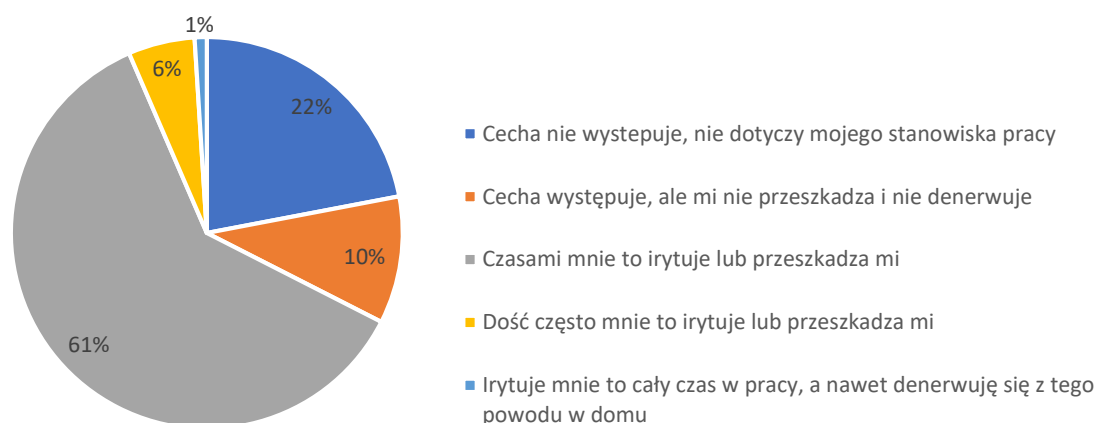
Rycina 14. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z otrzymaniem pomocy ze strony przełożonych

W badanej populacji ratowników medycznych 53% respondentów stwierdziło, że cecha pracy dotycząca niewykorzystywania swoich kwalifikacji i zdolności w pracy nie dotyczy ich stanowiska. Natomiast 4% respondentów odczuwało irytację i zdenerwowanie z powodu powyższej cechy pracy (Ryc. 15).



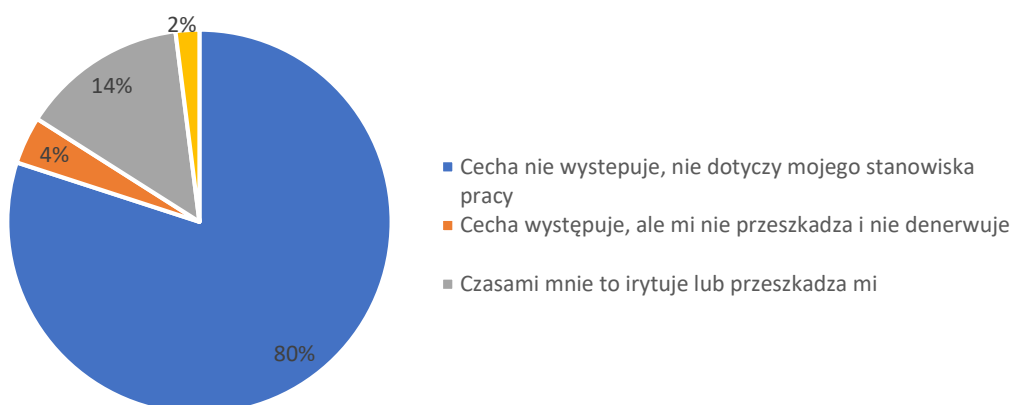
Rycina 15. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z wykorzystywaniem własnych zdolności i kwalifikacji w pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 16 wynika, że 22% respondentów nie miało powodu aby odczuwać niepewność i brak określonego celu w pracy. Tylko 1% respondentów z powodu powyższej cechy pracy odczuwało irytację i zdenerwowanie.



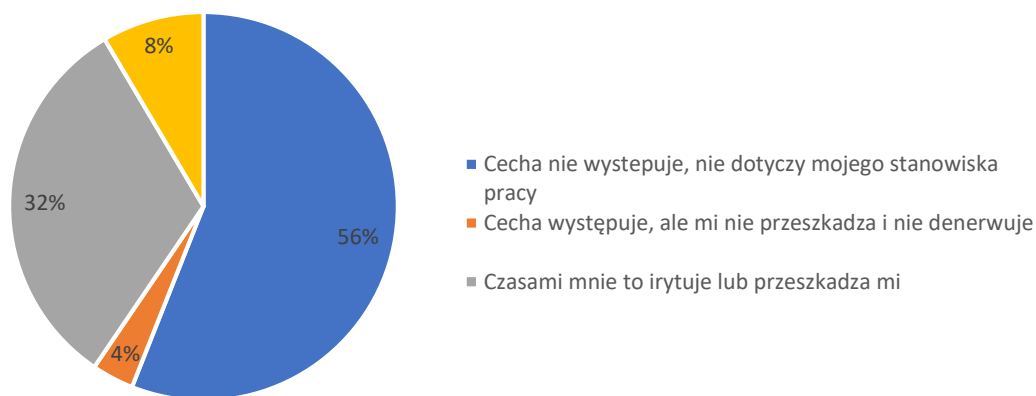
Rycina 16. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z poczuciem niepewności w pracy

W badanej populacji ratowników medycznych tylko 2% respondentów miało poczucie, że cecha pracy dotycząca sensu pracy dość często ich irytuje lub przeszkadza (Ryc. 17).



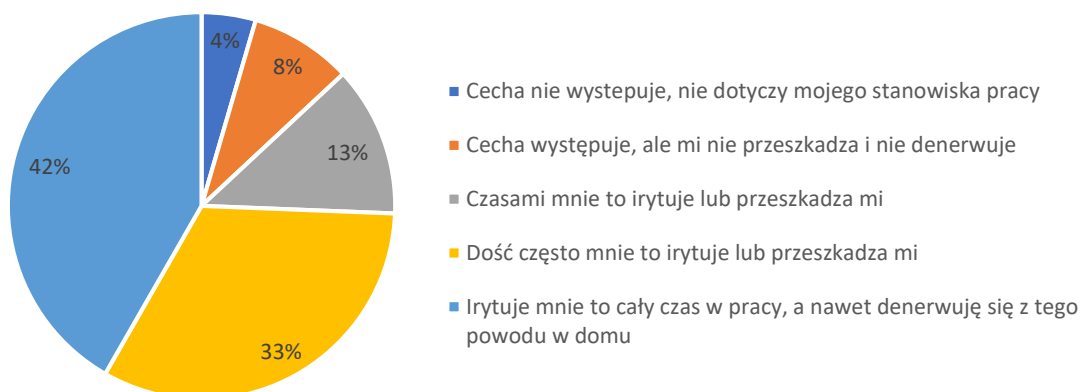
Rycina 17. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z sensem wykonywanej pracy

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 18 wynika, że 32% respondentów musiało wykonywać swoją pracę pomimo braku środków materialnych i ta cecha czasami im przeszkadzała i irytowała. Według 56% respondentów ta cecha pracy nie występowała na ich stanowisku.



Rycina 18. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z brakiem odpowiednich narzędzi

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 19 wynika, że 42% ratowników medycznych uważało, że ich zawód wiąże się z niskim prestiżem co ich irytowało przez cały czas, a nawet denerwowało w domu. Tylko 4% respondentów stwierdziło, że ta cecha pracy nie występuje i ich nie dotyczy.



Rycina 19. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z prestiżem zawodu ratownika medycznego

W badanej populacji poczucie braku nagród w pracy częściej występowało u kobiet niż u mężczyzn (Tabela V).

Tabela V. Brak nagród w pracy ratowników medycznych w zależności od płci

Brak nagród w pracy			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Niedoceniany w pracy	3,80 pkt	4,00 pkt	3,90 pkt
Niesprawiedliwie traktowany	1,90 pkt	1,90 pkt	1,90 pkt
Nie może liczyć na pomoc przełożonych	1,90 pkt	2,10 pkt	2,00 pkt
Nie wykorzystuje swoich zdolności i kwalifikacji	1,50 pkt	1,30 pkt	1,40 pkt
Ma poczucie niepewności	1,60 pkt	1,80 pkt	1,70 pkt
To, co robi w pracy, nie ma sensu	2,30 pkt	2,70 pkt	2,50 pkt
Musi wykonywać zadania mimo braku środków	2,00 pkt	1,80 pkt	1,90 pkt
Niski prestiż pracy	2,40 pkt	2,60 pkt	2,50 pkt
SUMA	17,40 pkt	18,20 pkt	17,80 pkt

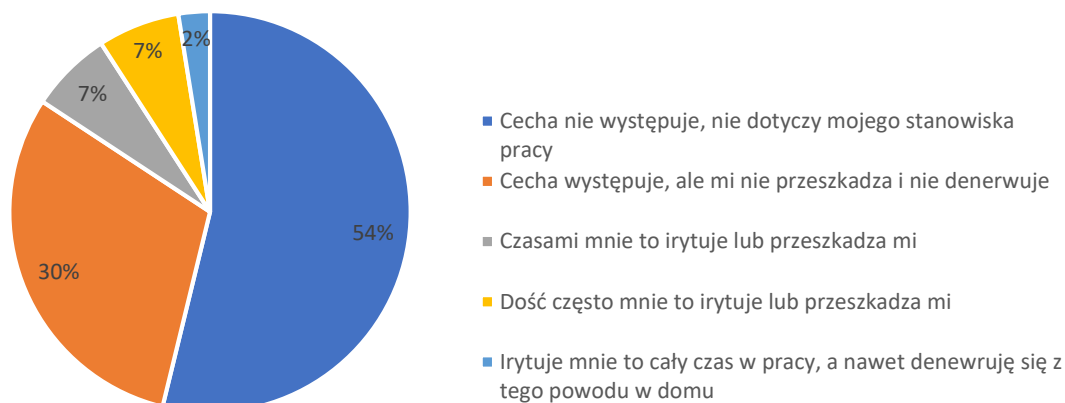
Poczucie niepewności wywołane organizacją pracy ratowników medycznych

W badanej populacji ratowników medycznych 31% respondentów przyznało, że musiało wykonywać swoją pracę „zrywami” i nadrabiać stracony czas, ale im ta cecha pracy nie przeszkadzała. Tylko 8% respondentów powyższa cecha pracy przeszkadzała i denerwowała (Ryc. 20).



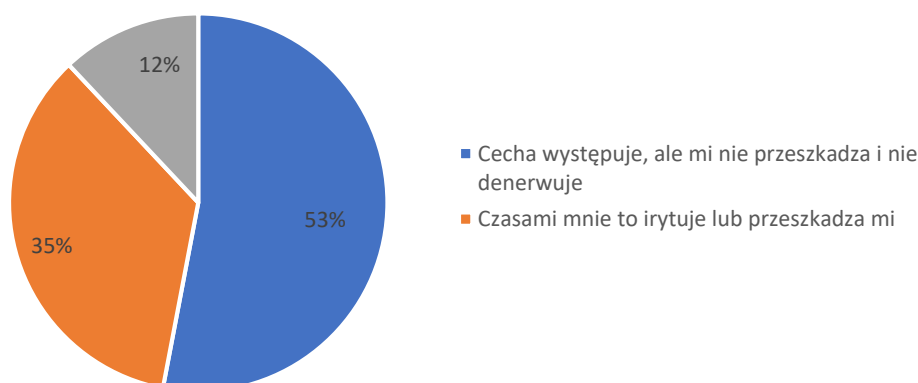
Rycina 20. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z wykonywaniem pracy tzw. „zrywami”

W badanej populacji ratowników 30% respondentów było zaskakiwane zadaniami przez przełożonych, ale im ta cecha pracy nie przeszkadzała. Natomiast 2% respondentów odczuwało zdenerwowanie i irytację z powyższego powodu w domu i pracy (Ryc. 21).



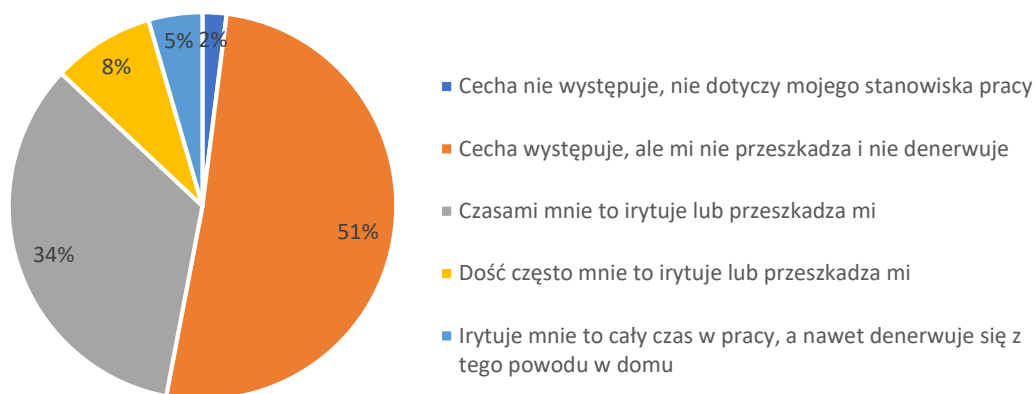
Rycina 21. Opinia respondentów na temat cechy pracy dotyczącej zadań zleczanych przez przełożonych

Zdaniem 53% respondentów cecha pracy dotycząca wykonywania wielu czynności w jednym czasie występuje, ale im nie przeszkadza ani też nie denerwuje (Ryc. 22).



Rycina 22. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z wykonywaniem wielu czynności w jednym czasie

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 23 wynika, że 51% respondentów przyznało, że był od nich wymagany pośpiech w pracy, ale ta cecha pracy mimo, że występuje na ich stanowisku pracy, to im nie przeszkadza ani nie denerwuje.



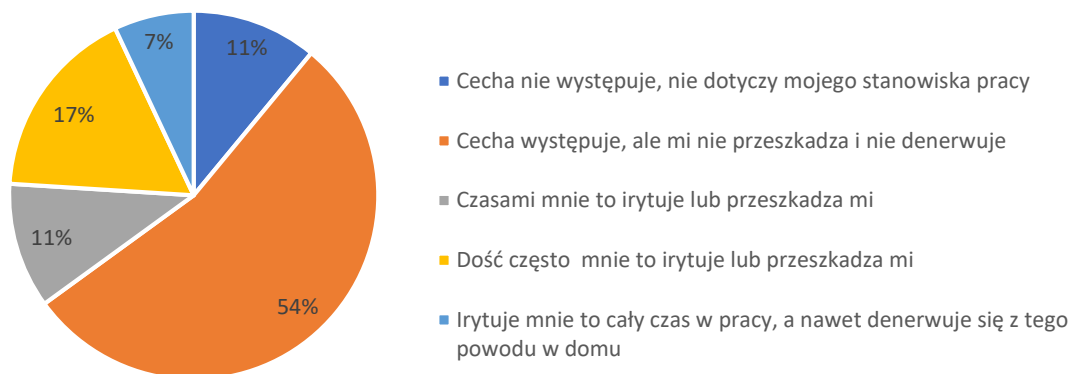
Rycina 23. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z pośpiechem w pracy

W badanej populacji ratowników medycznych 13% respondentów zmuszonych była do wykonywania pracy w nieprzekraczalnych terminach, ale ta cecha pracy im nie przeszkadzała. Natomiast 71% respondentów uznało, że powyższa cecha nie dotyczy ich stanowiska pracy (Ryc. 24).



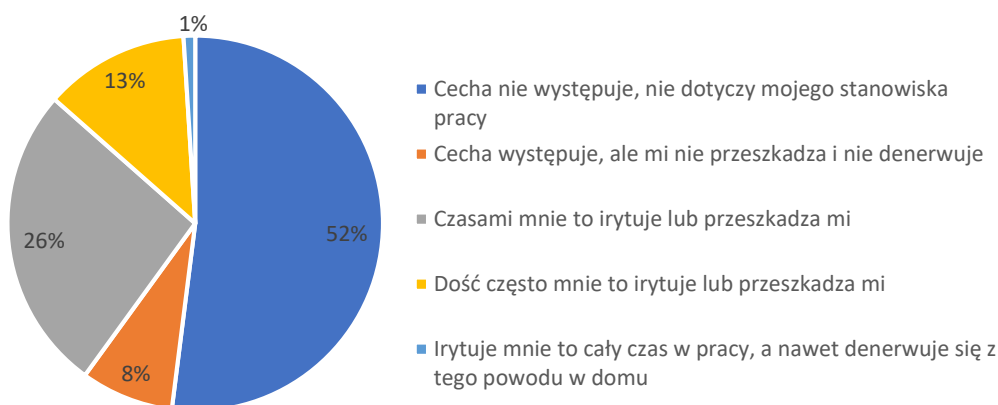
Rycina 24. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z dotrzymywaniem terminów w pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 25 wynika, że 54% ratowników pracowało w narzuconym rytmie i ta cecha pracy im nie przeszkadzała ani też nie denerwowała. Tylko 7% respondentów z powodu powyższej cechy pracy odczuwało zdenerwowanie i irytację.



Rycina 25. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z narzuconym rytmem pracy

Zdaniem 52% ratowników medycznych cecha pracy dotycząca godzenia sprzecznych interesów w ich pracy nie występuje i nie dotyczy ich stanowiska (Ryc. 26).



Rycina 26. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z godzeniem sprzecznych interesów i oczekiwań w pracy

Z danych przedstawionych w Tabeli VI wynika, że ratownicy medyczni byli w wysokim stopniu narażeni na odczuwanie niepewności w pracy.

Tabela VI. Poczucie niepewności wywołane organizacją pracy ratowników medycznych w zależności od płci

Poczucie niepewności wywołane organizacją pracy			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Praca wykonywana zrywami	2,70 pkt	2,50 pkt	2,60 pkt
Zaskakiwanie zadaniami	1,70 pkt	1,70 pkt	1,70 pkt
Musi przerzucać się z zadania do zadania	2,70 pkt	2,40 pkt	2,50 pkt
Wymagany pośpiech	2,70 pkt	2,60 pkt	2,60 pkt
Presja czasu – niemożność przekroczenia wyznaczonych terminów	1,50 pkt	0,60 pkt	1,00 pkt
Wyznaczony rytm pracy	2,60 pkt	2,00 pkt	2,30 pkt
Musi godzić wiele sprzecznych interesów	2,00 pkt	2,00 pkt	2,00 pkt
SUMA	15,90 pkt	13,80 pkt	14,70 pkt

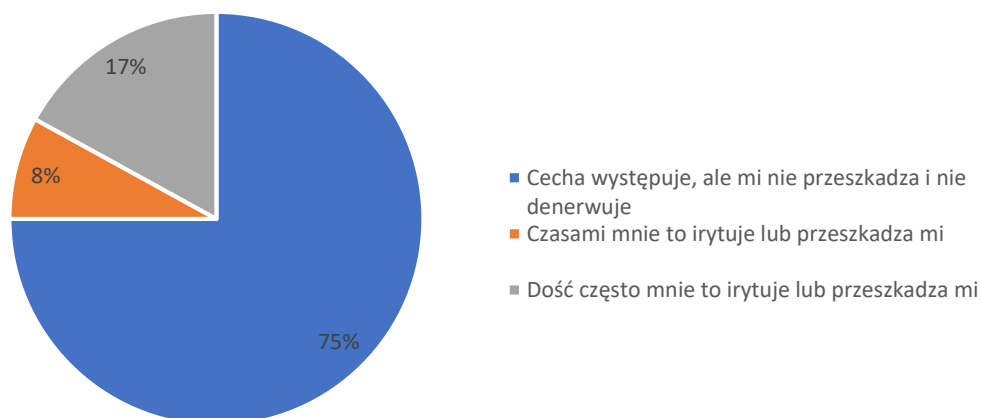
Kontakty społeczne ratowników medycznych

W badanej populacji ratowników medycznych 49% respondentów stwierdziło, że praca wymaga od nich współpracy z innymi ludźmi, ale ta cecha pracy im nie przeszkadza ani też nie denerwuje. Natomiast 7% respondentów irytowało się i denerwowało z powodu powyższej cechy pracy (Ryc. 27).



Rycina 27. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z współpracą z innymi współpracownikami

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 28 wynika, że 75% respondentów w trakcie pracy wykonywało złożone zadania umysłowe, ale im powyższa cecha pracy nie przeszkadzała ani też nie denerwowała.



Rycina 28. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z koniecznością wykonywania złożonych zadań umysłowych

Z danych przedstawionych na Rycinie 29 wynika, że 79% respondentów twierdziło, że pomoc innym jest ich podstawowym obowiązkiem w pracy i ta cecha pracy im nie przeszkadza ani też nie denerwuje. Jedynie 7% badanych ratowników medycznych odczuwało z powodu powyższej cechy irytację i zdenerwowanie cały czas w pracy i w domu.



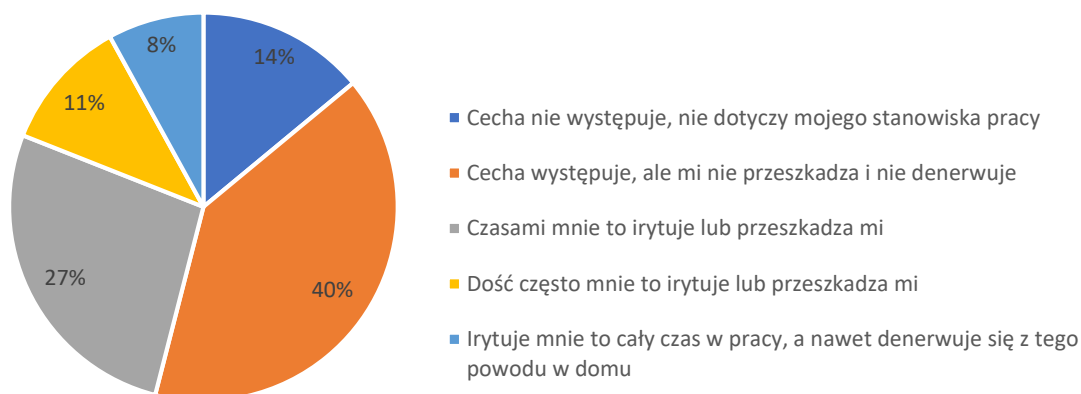
Rycina 29. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z udzielaniem pomocy innym ludziom

Z danych przedstawionych na Rycinie 30 wynika, że 18% respondentów rywalizowała z innymi współpracownikami w pracy, ale ta cecha pracy im nie przeszkadzała.



Rycina 30. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z rywalizacją w pracy

W badanej populacji ratowników medycznych 40% respondentów uznało, że w ciągu paru lat wiele zmieniło się w warunkach i sposobie ich pracy, ale im to nie przeszkadzało ani nie denerwowało (Ryc. 31).



Rycina 31. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej ze zmianami, które zaszły w warunkach i sposobie wykonywania pracy

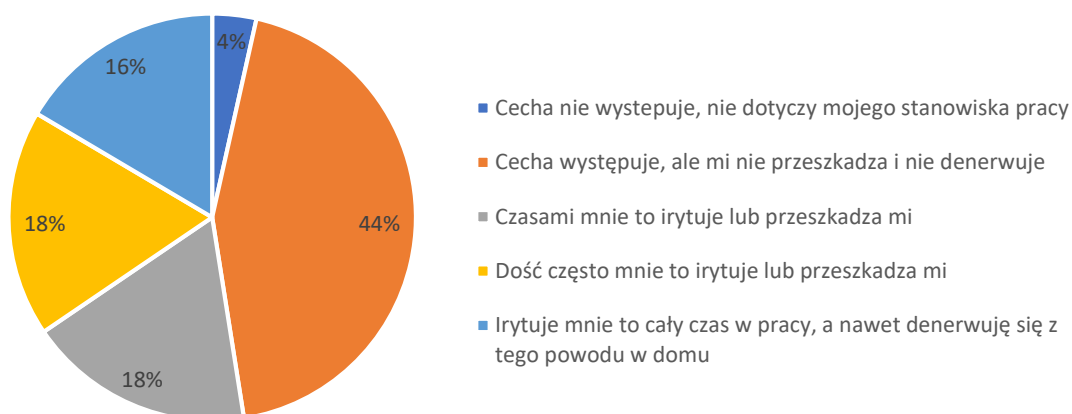
Z danych przedstawionych w Tabeli VII wynika, że ratownicy medyczni odczuwali wysoki poziom trudności w kontaktach społecznych.

Tabela VII. Kontakty społeczne w pracy ratowników medycznych w zależności od płci

Kontakty społeczne			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Konieczność współpracy z innymi	2,40 pkt	2,40 pkt	2,40 pkt
Wykonywanie złożonych zadań umysłowych	2,50 pkt	2,60 pkt	2,60 pkt
Pomaganie innym ludziom	1,20 pkt	1,20 pkt	1,20 pkt
Rywalizacja z innymi	2,40 pkt	2,20 pkt	2,30 pkt
Nastąpiły zmiany w miejscu pracy	2,40 pkt	2,20 pkt	2,30 pkt
SUMA	10,90 pkt	10,60 pkt	10,80 pkt

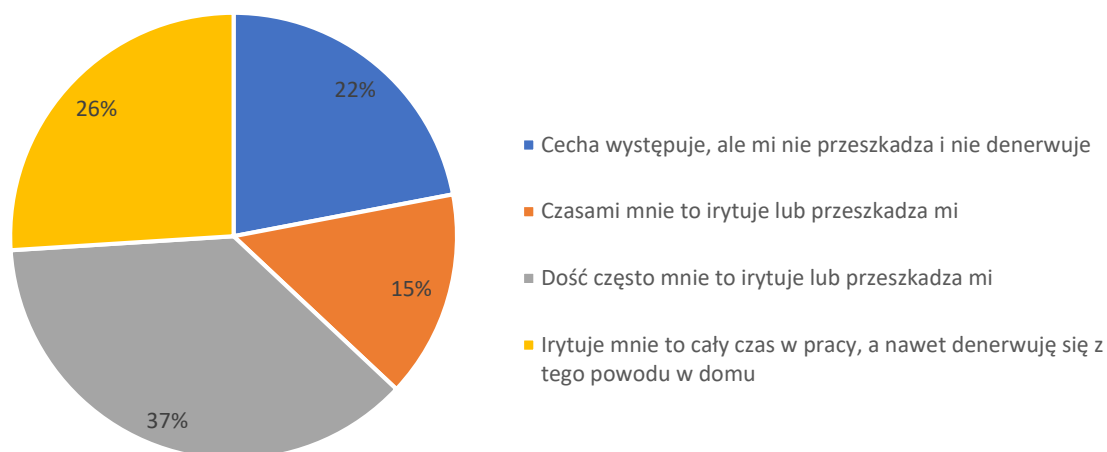
Poczucie zagrożenia w pracy ratowników medycznych

W badanej populacji ratowników medycznych 44% respondentów uważało, że popełnione błędy i zaniedbania mogą spowodować utratę zdrowia innych ludzi, ale im ta cecha pracy nie przeszkadzała ani nie denerwowała (Ryc. 32).



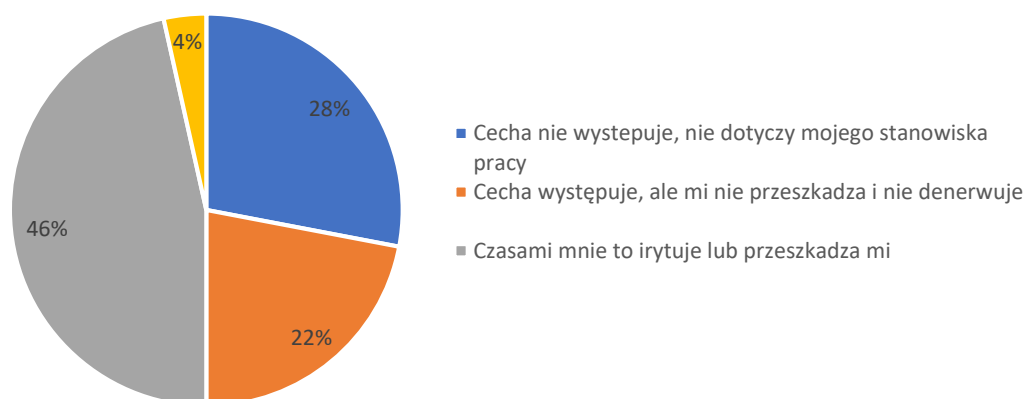
Rycina 32. Opinia respondentów na temat cech pracy związanych z popełnianiem błędów i zaniedbań w pracy

W badanej populacji 22% ratowników medycznych uważało, że w pracy zawodowej występuje ryzyko zagrożenia ich zdrowia, ale im ta cecha pracy nie przeszkadza ani nie denerwuje. Natomiast 26% respondentów denerwowało się z powodu powyższej cechy pracy w pracy i w domu (Ryc. 33).



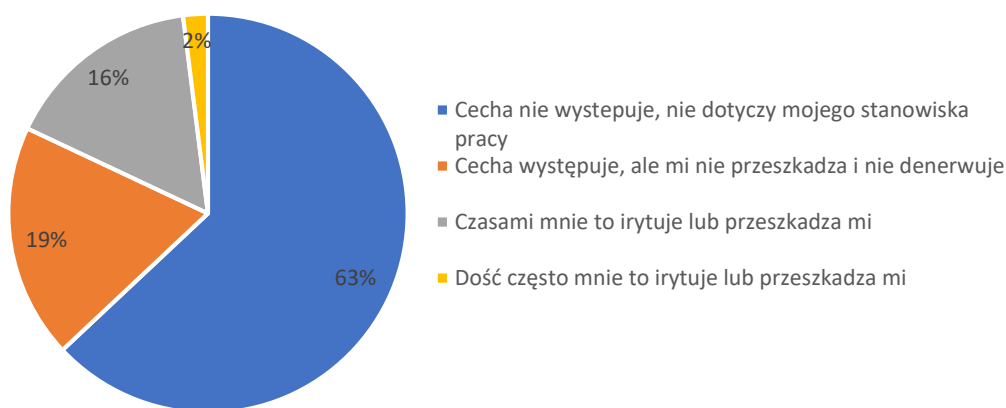
Rycina 33. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z występowaniem zagrożenia zdrowia

Z danych przedstawionych na Rycinie 34 wynika, że 46% respondentów bywało wzywane do wykonywania obowiązków o każdej porze dnia i czasami ich ta cecha pracy irytowała lub przeszkadzała.



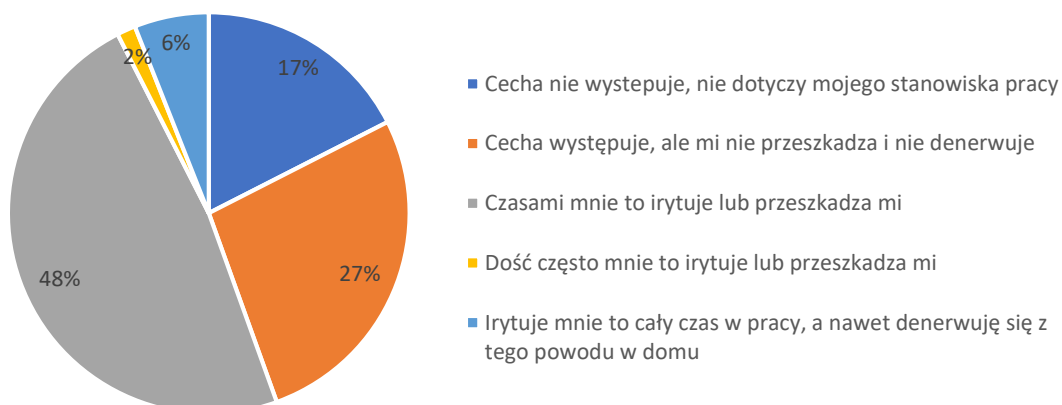
Rycina 34. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z wykonywaniem obowiązków w miejscu pracy o każdej porze dnia

W badanej populacji ratowników medycznych 19% respondentów uznało, że praca na trzy zmiany, w ruchu ciągłym lub tylko w nocy im nie przeszkadza ani też nie denerwuje. Jedynie 2% respondentów z powodu powyższej cechy pracy dość często irytowało się (Ryc. 35).



Rycina 35. Opinia respondentów na temat cechy pracy dotyczącej wymiaru godzin pracy

W badanej populacji 48% ratowników medycznych uważało, że w ich pracy dochodzi do konfliktów i czasami ta cecha pracy ich irytowała lub przeszkadzała. Tylko 6% respondentów z powodu powyższej cechy pracy było zdenerwowanych nawet w domu (Ryc. 36).



Rycina 36. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z występowaniem konfliktów w pracy

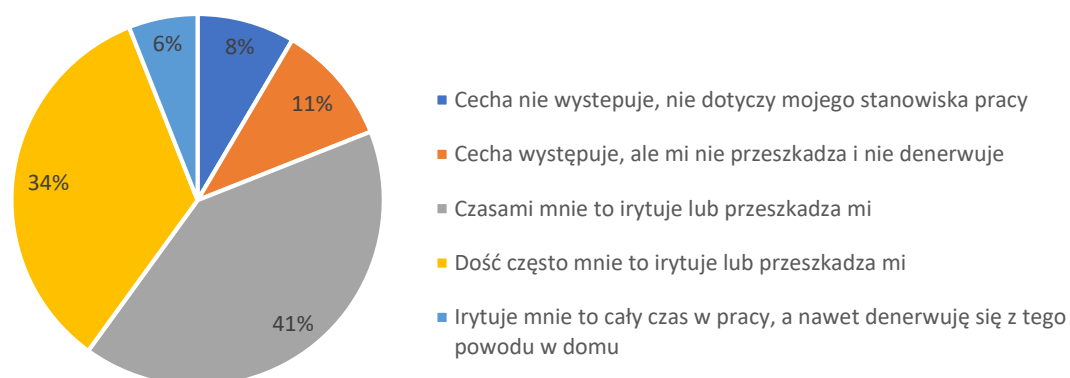
Według danych przedstawionych w Tabeli VIII wynika, że ratownicy medyczni w swoim zawodzie byli w wysokim stopniu narażeni na występowanie poczucia zagrożenia w pracy.

Tabela VIII. Poczucie zagrożenia w pracy ratowników medycznych w zależności od płci

Poczucie zagrożenia			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Popelnione błędy prowadzą do zagrożenia zdrowia i życia	2,60 pkt	2,40 pkt	2,50 pkt
Zagrożenia z powodu szkodliwych czynników lub wypadków	3,10 pkt	2,90 pkt	3,00 pkt
Dyspozycyjność	3,70 pkt	3,30 pkt	3,50 pkt
Praca wielozmianowa lub w nocy	2,20 pkt	2,30 pkt	2,25 pkt
Konflikty i zadrażnienia	1,60 pkt	1,50 pkt	1,55 pkt
SUMA	13,20 pkt	12,40 pkt	12,80 pkt

Uciążliwości fizyczne występujące w pracy ratowników medycznych

Z danych przedstawionych na Rycinie 37 wynika, że 41% respondentów uznało, że w ich pracy zawodowej występowały złe warunki fizyczne i czasami ich to irytowało i przeszkadzało. Natomiast 6% respondentów odczuwało zdenerwowanie i irytację z powodu powyższej cechy pracy także w domu.



Rycina 37. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z występowaniem złych warunków fizycznych w pracy

Z analizy danych (Tabela IX) wynika, że według respondentów, najbardziej uciążliwymi czynnikami fizycznymi w zawodzie ratowników medycznych była ciasnota i niewłaściwa temperatura w pracy.

Tabela IX. Czynniki fizyczne występujące w pracy ratowników medycznych

Czynnik fizyczny	Cecha nie występuje		Występuje, ale nie przeszkadza		Czasami irytuje i przeszkadza		Dość często irytuje i przeszkadza		Irytuje i denerwuje cały czas w pracy i w domu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Hałas	83	55,5	30	20,0	29	19,0	6	4,0	2	1,5
Złe oświetlenie	102	68,0	38	25,0	10	7,0	0	0,00	0	0,00
Ciasnota	44	29,0	4	3,0	84	56,0	14	9,0	4	3,0
Niewłaściwa temperatura	13	8,5	16	10,5	61	41,0	51	34,0	9	6,0

*Wyniki nie sumują się do 100,00%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru

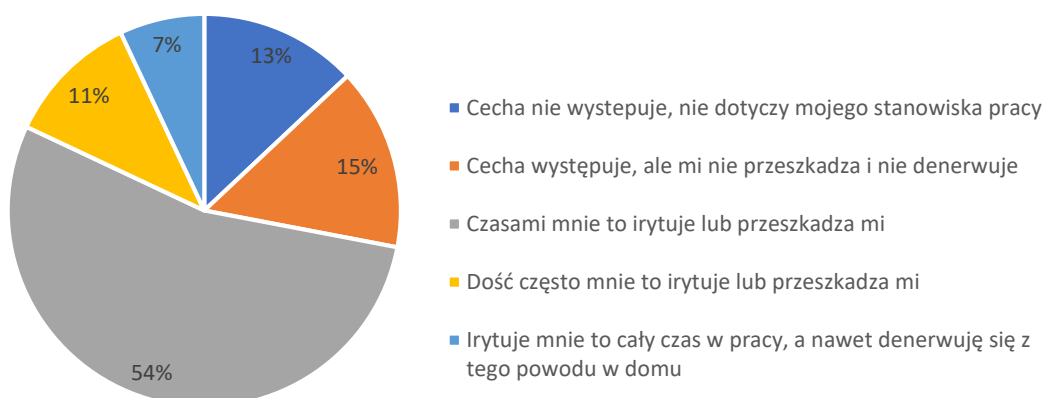
Z danych przedstawionych w Tabeli X wynika, że bardziej uciążliwości w pracy odczuwały kobiety niż mężczyźni.

Tabela X. Uciążliwości fizyczne w pracy ratowników medycznych w zależności od płci

Uciążliwości fizyczne			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Duży hałas	2,10 pkt	1,10 pkt	1,50 pkt
Złe oświetlenie	2,20 pkt	1,50 pkt	1,80 pkt
Ciasnota	3,00 pkt	2,40 pkt	2,70 pkt
Niewłaściwa temperatura	3,90 pkt	2,60 pkt	3,10 pkt
SUMA	11,20 pkt	7,60 pkt	9,10 pkt

Nieprzyjemne warunki pracy ratowników medycznych

W badanej populacji 54% respondentów uznało, że w ich pracy są narażeni na występowanie wilgoci, odoru i brudu i czasami im ta cecha pracy przeszkadzała lub irytowała. Natomiast 7% respondentów odczuwało irytację i zdenerwowanie z powodu powyższej cechy pracy (Ryc. 38).



Rycina 38. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z występowaniem czynników wywołujących wstręt i nieprzyjemne odczucia

Z analizy danych (Tabela XI) wynika, że ratownicy medyczni za najbardziej uciążliwe w pracy uważają występowanie odoru oraz brudu.

Tabela XI. Nieprzyjemne warunki występujące w pracy ratowników medycznych

Warunki pracy	Cecha nie występuje		Występuje, ale nie przeszkadza		Czasami irytuje i przeszkadza		Dość często irytuje i przeszkadza		Irytuje i denerwuje cały czas w pracy i w domu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Odór	13	8,5	16	10,5	61	41,0	51	34,0	9	6,0
Wilgoć	120	80,0	28	18,5	2	1,5	0	0,00	0	0,00
Brud	33	22,0	16	10,5	92	61,0	8	5,5	1	1,0

*Wyniki nie sumują się do 100,00%, ponieważ istniała możliwość wielokrotnego wyboru

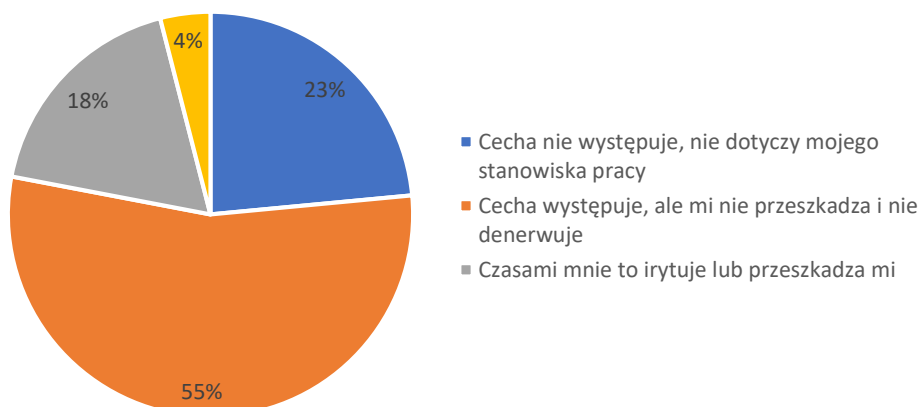
Z danych przedstawionych w Tabeli XII wynika, że kobiety bardziej odczuwały nieprzyjemne warunki pracy niż mężczyźni.

Tabela XII. Nieprzyjemne warunki pracy ratowników medycznych w zależności od płci

Nieprzyjemne warunki pracy			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Odór	3,40 pkt	3,20 pkt	3,40 pkt
Wilgoć	1,70 pkt	1,90 pkt	1,80 pkt
Brud	2,20 pkt	2,40 pkt	2,30 pkt
SUMA	7,30 pkt	7,50 pkt	7,50 pkt

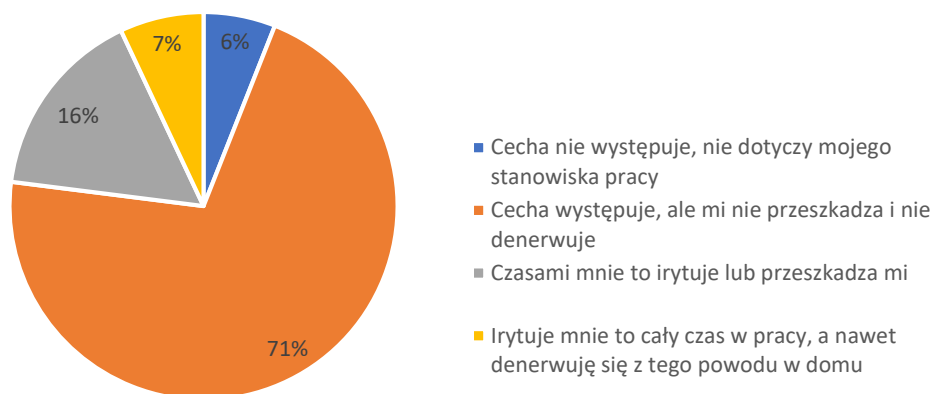
Brak kontroli w pracy ratowników medycznych

Z danych przedstawionych na Rycinie 39 wynika, że 55% respondentów wykonywało w swojej pracy zawodowej powtarzalne czynności, ale ta cecha pracy im nie przeszkadzała ani nie denerwowała.



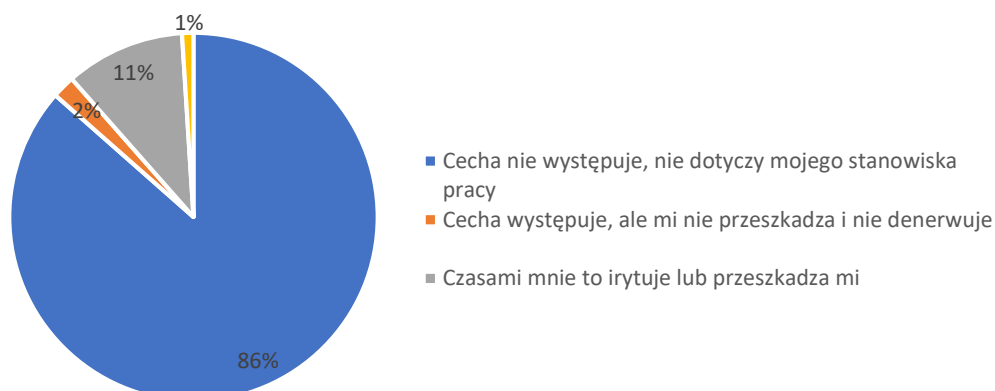
Rycina 39. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z powtarzalnością wykonywanych czynności

W badanej populacji 71% respondentów przyznało, że pracuje w ściśle określonych godzinach, ale ta cecha pracy ich nie denerwuje ani nie przeszkadza. Tylko 7% respondentów uznało powyższą cechę pracy za irytującą nawet w domu (Ryc. 40).



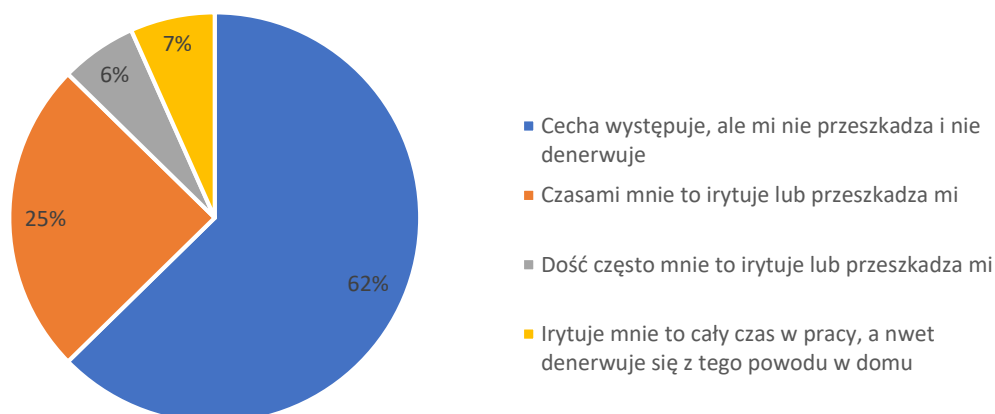
Rycina 40. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z godzinami pracy

W badanej populacji 86% ratowników medycznych twierdziło, że przerwy na odpoczynek i posiłek w pracy nie są dokładnie wyznaczone, ale powyższa cecha pracy im nie przeszkadza. Natomiast 1% respondentów denerwowało się z powodu powyższej cechy pracy dość często i ta cecha pracy im przeszkadzała (Ryc. 41).



Rycina 41. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z przerwami w pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 42 wynika, że 62% respondentów stwierdziło, że wymagana jest od nich czujność w pracy oraz gotowość do szybkiego reagowania, ale im ta cecha pracy nie przeszkadzała ani też nie denerwowała. Tylko 7% respondentów z powodu powyższej cechy pracy było zdenerwowanych nawet w domu.



Rycina 42. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z czujnością i gotowością w pracy

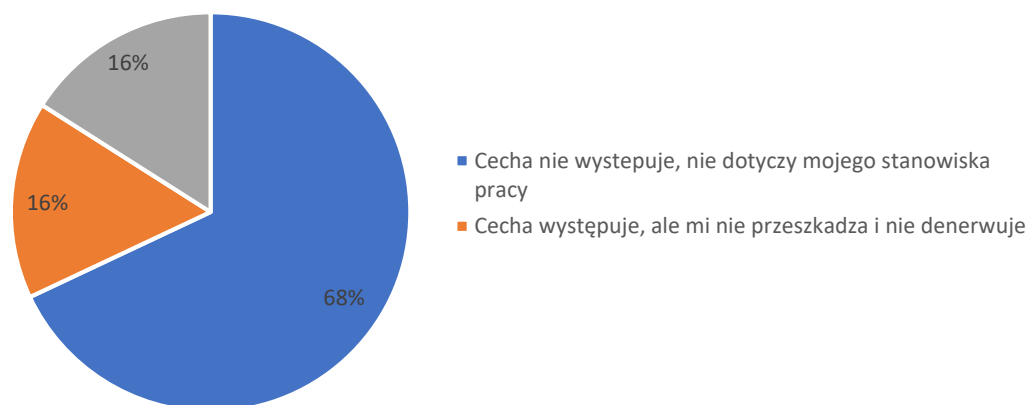
Z danych przedstawionych w Tabeli XIII wynika, że ratownicy medyczni odczuwali w różnym stopniu brak poczucia kontroli w pracy.

Tabela XIII. Poczucie braku kontroli w pracy w zależności od płci respondentów

Brak kontroli			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Powtarzanie tych samych czynności	2,70 pkt	2,50 pkt	2,60 pkt
Musi przychodzić i wychodzić o ściśle określonej godzinie	2,10 pkt	1,90 pkt	2,00 pkt
Dokładnie wyznaczone przerwy	2,40 pkt	2,20 pkt	2,30 pkt
Wymagana czujność	1,10 pkt	1,30 pkt	1,20 pkt
SUMA	8,30 pkt	7,90 pkt	8,10 pkt

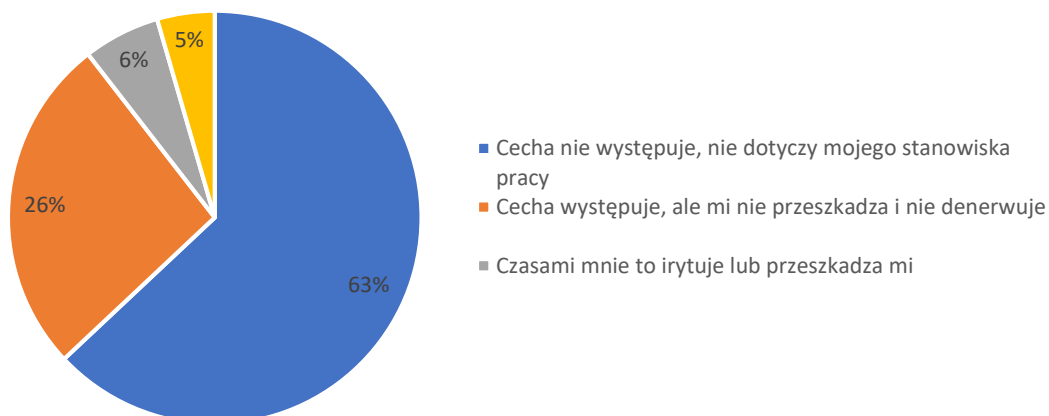
Brak wsparcia w pracy ratowników medycznych

Z danych przedstawionych na Rycinie 43 wynika, że 16% respondentów w sytuacji trudnej nie może liczyć na pomoc kolegów i ta cecha pracy przeszkadza im i irytuje. Natomiast 68% respondentów stwierdziło, że powyższa cecha pracy nie występuje i nie dotyczy ich stanowiska.



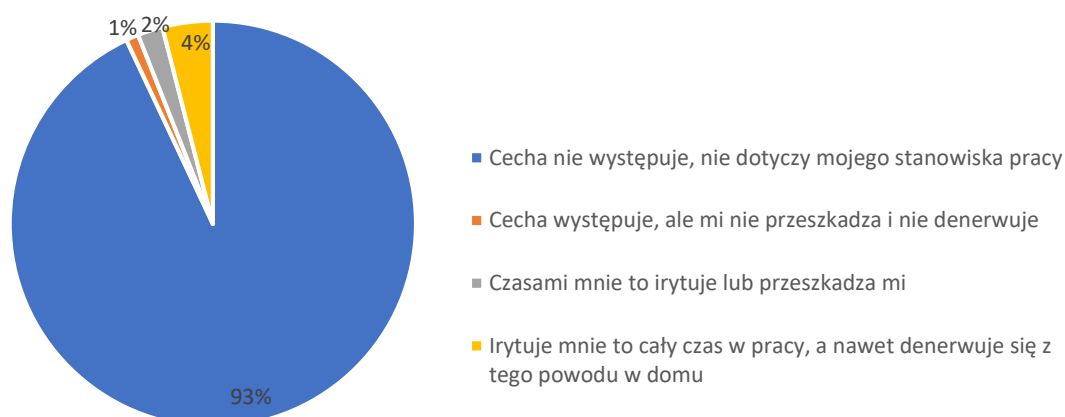
Rycina 43. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej ze wsparciem ze strony kolegów

W badanej populacji 26% respondentów uznało, że musi czasem wykonywać pracę w samotności, ale ta cecha pracy im nie przeszkadza. Jedynie 5% dość często irytowało się z powodu powyższej cechy pracy (Ryc. 44).



Rycina 44. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z wykonywaniem pracy w samotności

W badanej grupie ratowników medycznych 93% respondentów uważała, że ich nieobecność w pracy nie zakłóca pracy instytucji ta cecha pracy ich nie dotyczy (Ryc. 45).



Rycina 45. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z nieobecnością w pracy

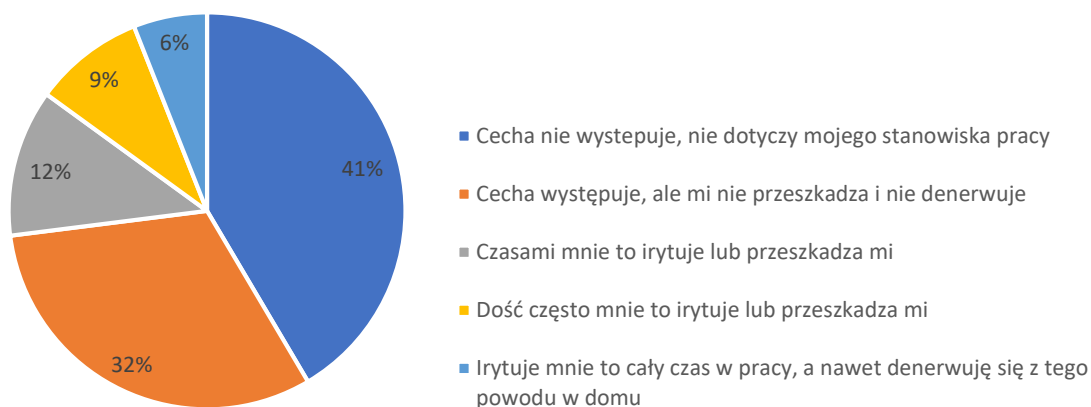
Z danych przedstawionych w Tabeli XIV wynika, że ratownicy medyczni w swojej pracy zawodowej odczuwają niewielki poziom braku wsparcia.

Tabela XIV. Poczucie braku wsparcia w pracy ratowników medycznych w zależności od płci

Brak wsparcia			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Nie może liczyć na pomoc kolegów	1,20 pkt	1,20 pkt	1,20 pkt
Pracę wykonuje samotnie	1,50 pkt	1,50 pkt	1,50 pkt
Nieobecność powoduje zakłócenia w pracy	1,50 pkt	1,45 pkt	1,50 pkt
SUMA	4,20 pkt	4,15 pkt	4,20 pkt

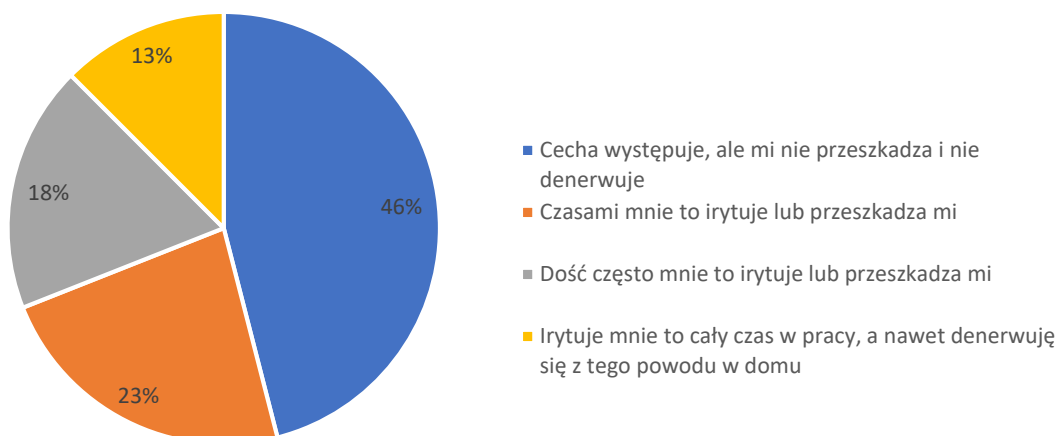
Poczucie odpowiedzialności w pracy ratowników medycznych

Z danych przedstawionych na Rycinie 46 wynika, że 32% ratowników medycznych uznało, że ich praca wiąże się z odpowiedzialnością materialną, ale im ta cecha pracy nie przeszkadza ani nie denerwuje. Tylko 6% respondentów z powodu powyższej cechy pracy denerwowało się w pracy i w domu.



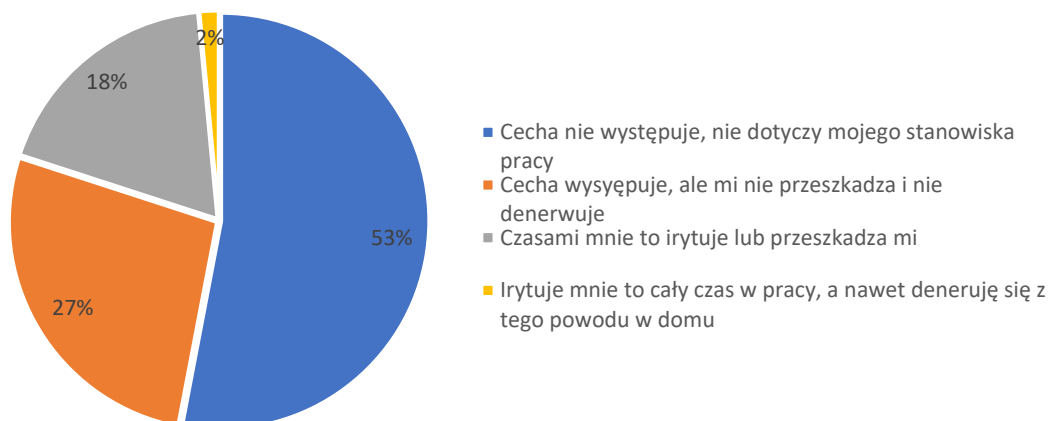
Rycina 46. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z ponoszeniem odpowiedzialności materialnej w pracy

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 47 wynika, że 46% respondentów uznało, że na ich stanowisku pracy jest łatwo popełnić błąd, za który grożą surowe konsekwencje, ale im ta cecha pracy nie przeszkadza ani nie denerwuje.



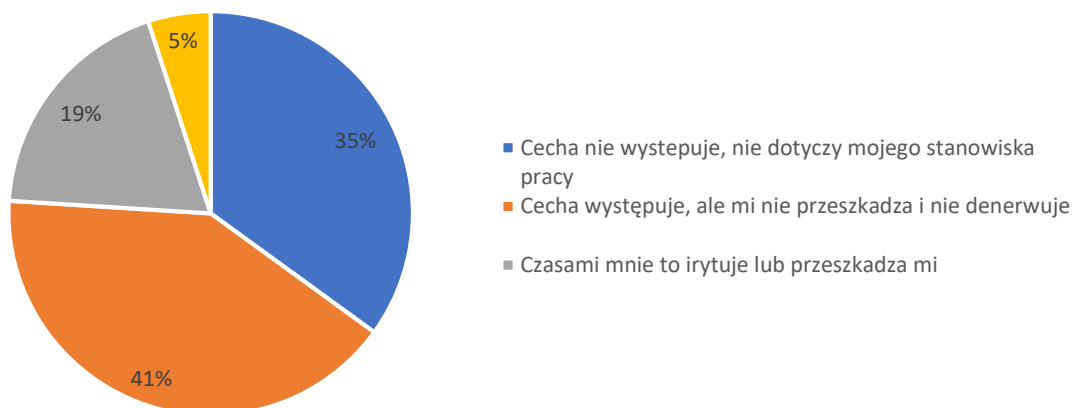
Rycina 47. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z popełnianiem błędów w pracy

W badanej populacji analizowano prawidłowość wykonywania pracy. Zdaniem 53% respondentów badana cecha nie dotyczy ich stanowiska pracy. Natomiast 2% respondentów irytację z pracy przenosiło do domu (Ryc. 48).



Rycina 48. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z prawidłowością wykonywania swojej pracy

W badanej populacji 41% respondentów uznało, że wykonywanie pracy według określonych zasad im nie przeszkadzało. Tylko 5% respondentów z powodu powyższej cechy pracy dość często irytowało się i im ta cecha pracy przeszkadzała (Ryc. 49).



Rycina 49. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z ustalonymi zasadami wykonywania pracy przez przełożonego

Z danych przedstawionych w Tabeli XV wynika, że kobiety bardziej odczuwały poczucie odpowiedzialności w pracy niż mężczyźni.

Tabela XV. Poczucie odpowiedzialności w pracy ratowników medycznych w zależności od płci

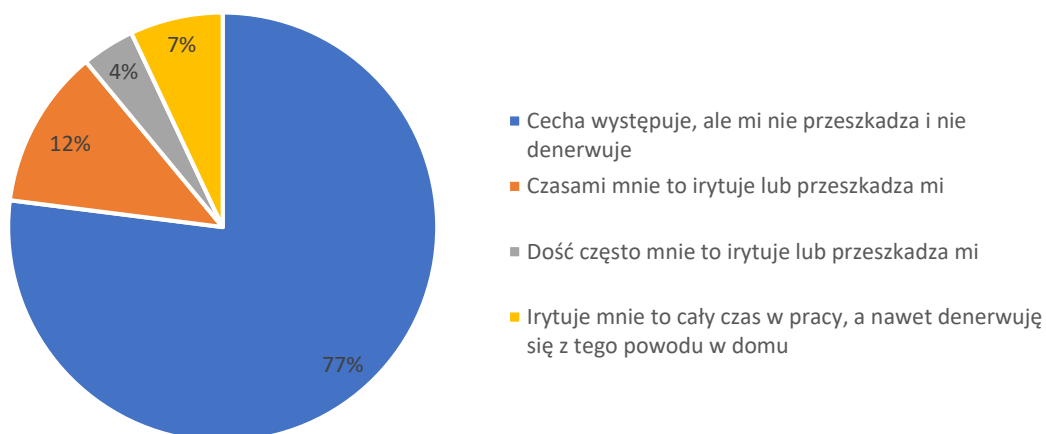
Poczucie odpowiedzialności			
Czynnik	Kobiety	Mężczyźni	Ogółem
Odpowiedzialność materialna	1,80 pkt	1,60 pkt	1,70 pkt
Łatwo popełnić błąd o surowych konsekwencjach	2,10 pkt	2,00 pkt	2,00 pkt
Brak informacji o poprawności wykonywanej pracy	3,10 pkt	2,90 pkt	3,00 pkt
Praca w szczegółach ustalana przez przełożonych	1,90 pkt	1,90 pkt	1,90 pkt
SUMA	8,90 pkt	8,40 pkt	8,60 pkt

W badanej populacji ratowników medycznych niezależnie od płci stwierdzono narażenie w pracy na wysiłek fizyczny związany z dźwiganiem lub podnoszeniem ciężarów. (Tabela XVI).

Tabela XVI. Występowanie wysiłku fizycznego związanego z dźwiganiem i podnoszeniem ciężarów w pracy

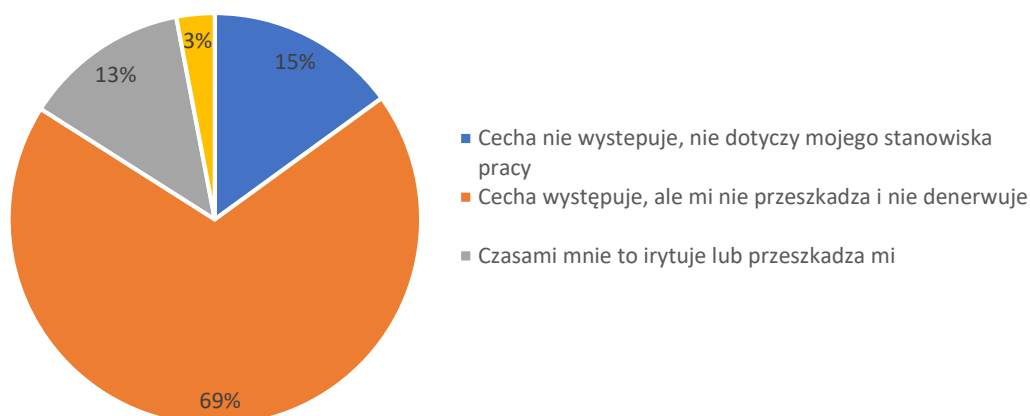
Dźwiganie, przenoszenie ciężarów w pracy	Cecha nie występuje		Występuje, ale nie przeszkadza		Czasami irytuje i przeszkadza		Dość często irytuje i przeszkadza		Irytuje i denerwuje cały czas w pracy i w domu	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Kobiety	0	0,00	13	22,5	15	26,0	19	32,5	11	19,0
Mężczyźni	2	2,0	15	16,0	30	33,0	29	31,5	16	17,5

W badanej populacji 77% respondentów uznało, że ich praca wymaga dużego skupienia uwagi, ale ta cecha pracy im nie przeszkadzała ani też nie denerwowała. Natomiast 7% respondentów odczuwało irytację i zdenerwowanie z powodu powyższej cechy pracy (Ryc. 50).



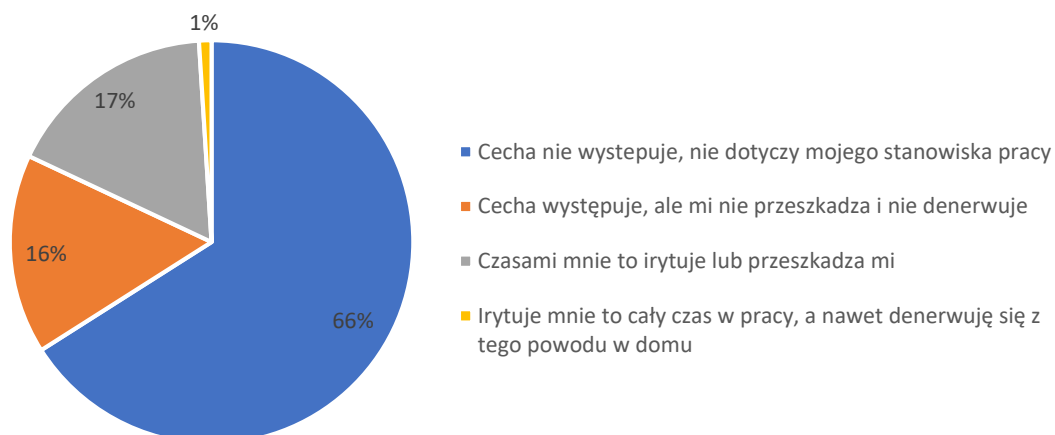
Rycina 50. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej ze skupianiem uwagi w pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 51 wynika, że 69% respondentów musiało wykonywać swoją pracę z dużą precyzją manualną, ale im ta cecha pracy nie przeszkadzała ani też nie denerwowała. Tylko 3% respondentów odczuwało irytację i ta cecha pracy im przeszkadzała.



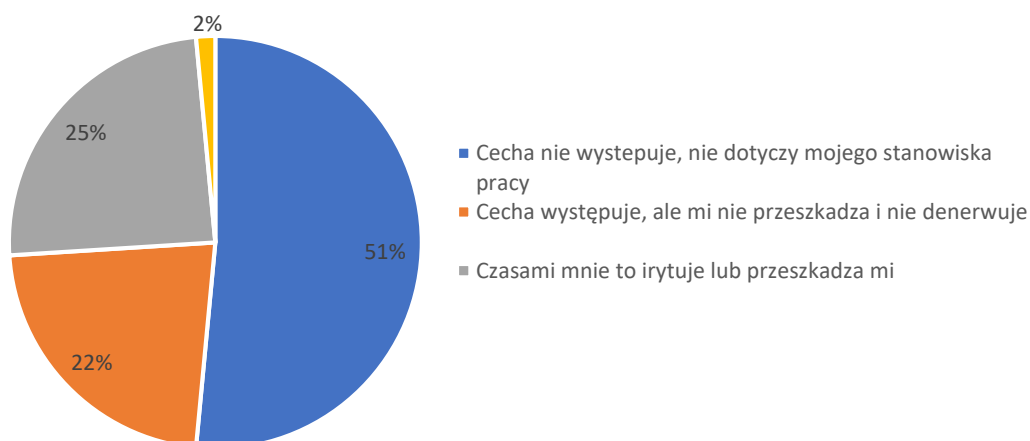
Rycina 51. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z precyzją manualną

W badanej populacji 66% respondentów uznało, że cecha pracy dotycząca wykonywania fragmentu zadania w ich pracy nie występuje i nie dotyczy ich stanowiska pracy (Ryc. 52).



Rycina 52. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z ciągłością wykonywanej pracy

W badanej populacji ratowników medycznych 51% respondentów uważało, że cecha pracy dotycząca zakresu obowiązków nie występuje i nie dotyczy ich stanowiska pracy (Ryc. 53).



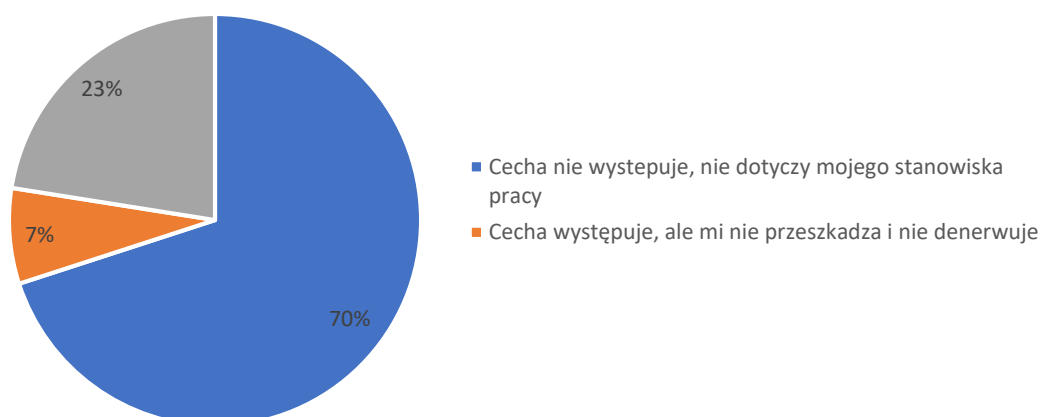
Rycina 53. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z określeniem ich obowiązków i zadań w pracy

Z danych przedstawionych na Rycinie 54 wynika, że 78% respondentów stwierdziło, że cecha pracy dotycząca otrzymywania pomocy od innych osób nie występuje i nie dotyczy ich stanowiska pracy.



Rycina 54. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z otrzymywaniem pomocy ze strony innych osób

W badanej populacji 23% respondentów miało poczucie bycia obserwowanym i kontrolowanym przez przełożonego w czasie pracy i ta cecha pracy czasami ich irytowała i przeszkadzała (Ryc. 55).



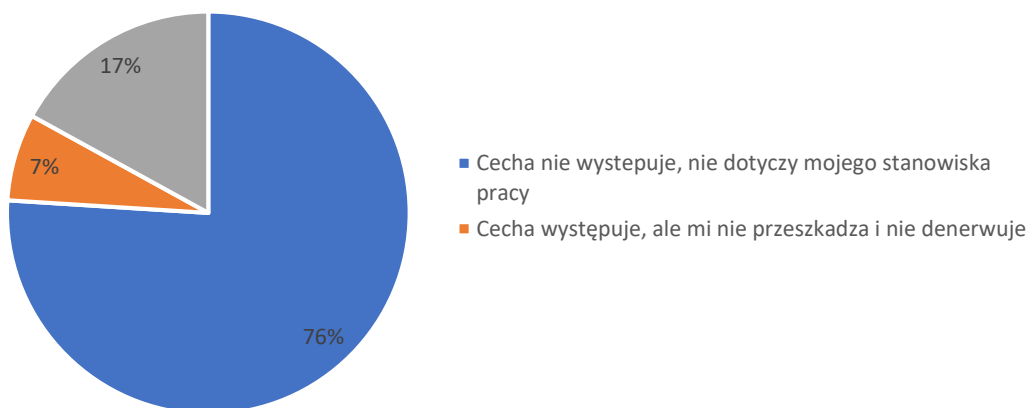
Rycina 55. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z kontrolą w pracy

W badanej populacji 14% respondentów wkładało dużo wysiłku w sprostanie wymaganiom stawianym im w pracy, ale ta cecha pracy im nie przeszkadzała ani nie denerwowała (Ryc. 56).



Rycina 56. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej z awansem i wymaganiami w pracy

Z analizy danych przedstawionych na Rycinie 57 wynika, że 7% respondentów miało poczucie, że może być zwolnionych z pracy. Jedynie 17% badanych czasem irytowało się z powodu powyższej cechy pracy.



Rycina 57. Opinia respondentów na temat cechy pracy związanej ze zwolnieniem z pracy

Ogólny poziom stresu w zawodzie ratownika medycznego

W badanej populacji ratowników medycznych zarówno u kobiet jak i u mężczyzn występował wysoki poziom stresu (Tab. XVII).

Tabela XVII. Ogólny poziom stresu w grupie zawodowej ratowników medycznych w zależności od płci respondenta

Płeć	Wyniki surowe	Poziom stresu	Sten
Mężczyźni	120 pkt	wysoki	8
Kobiety	126 pkt	wysoki	8

Według danych przedstawionych w Tabeli XVIII ratownicy medyczni za szczególnie stresujące uważają poczucie psychicznego obciążenia pracą (19,35 pkt), brak nagród (17,8 pkt), uciążliwość fizyczną (9,1 pkt) i nieprzyjemne warunki pracy (7,5 pkt) oraz poczucie zagrożenia (12,8 pkt). Nieco mniej stresujące dla respondentów jest według badań poczucie niepewności spowodowane organizacją pracy (14,7 pkt) i kontakty społeczne (10,8 pkt).

Tabela XVIII. Czynniki szczególnie stresujące w zawodzie ratowników medycznych w zależności od płci

Czynniki	Kobiety	Mężczyźni	Wszyscy badani ratownicy medyczni
Poczucie psychicznego obciążenia pracą	19,7 pkt	19 pkt	19,35 pkt
Poczucie niepewności spowodowane organizacją pracy	15,9 pkt	13,8 pkt	14,7 pkt
Brak nagród w pracy	17,4 pkt	18,2 pkt	17,8 pkt
Kontakty społeczne	10,9 pkt	10,6 pkt	10,8 pkt
Poczucie zagrożenia	13,2 pkt	12,4 pkt	12,8 pkt
Uciążliwości fizyczne	11,2 pkt	7,6 pkt	9,1 pkt
Nieprzyjemne warunki pracy	7,3 pkt	7,5 pkt	7,5 pkt
Brak kontroli	8,3 pkt	7,9 pkt	8,1 pkt
Brak wsparcia	4,2 pkt	4,15 pkt	4,2 pkt
Odpowiedzialność	9 pkt	8,5 pkt	8,6 pkt

Dyskusja

Z licznych badań wynika, że ratownicy medyczni w pracy zawodowej odczuwają wysoki poziom stresu, który przenoszą także do domu. W swej pracy zawodowej zmuszeni są do szybkiego podejmowania decyzji, pracy pod presją czasu oraz wykonywania skomplikowanych czynności resuscytacyjnych obciążających ich fizycznie, a także psychicznie [1, 50].

Badania własne przeprowadzono w populacji 150 ratowników medycznych pracujących czynnie w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku oraz w SP ZOZ Wojewódzkiej Stacji Pogotowia Ratunkowego w Białymstoku.

W badaniach własnych analizowano subiektywne odczuwanie stresu przez ratowników medycznych. Wykazano, że większość respondentów odczuwało wysoki poziom stresu w pracy.

Z badań przeprowadzonych przez Nowickiego i wsp.. wynika, że 92% badanych ratowników medycznych odczuwało stres związany z wykonywaną pracą. Największa część ankietowanych (40,82%) odczuwa niewielki stres w pracy, natomiast wysoki poziom stresu odczuwa 39,8% respondentów [30].

Natomiast w badaniach Żurowskiej- Wolak i współ. jedynie 7% respondentów uznało pracę ratownika medycznego za bezstresową [26].

Według Binczyckiej-Anholcer i wsp. 24% ankietowanych ratowników medycznych odczuwało stres w miejscu pracy codziennie, natomiast 33% raz w tygodniu [9].

Z badań przeprowadzonych przez Wengel i wsp. wynika, że poziom odczuwanego stresu wzrastał wraz w raz ze wzrostem stażu pracy badanych ratowników medycznych [37].

W badaniach własnych analizowano także jaki wpływ ma praca zawodowa na życie rodzinne. Wykazano, że niezależnie od płci praca zawodowa wpływa ujemnie na życie rodzinne. Z badań własnych wynika, że 88% respondentów po powrocie z pracy do domu stale myślała o pracy.

Podobne wyniki uzyskano w badaniach Binczyckiej- Anholcer i wsp. w których ponad połowa respondentów odczuwała negatywny wpływ stresu na życie codzienne [9].

Również w badaniach Nowickiego i wsp. 14,29% ankietowanych uważa, iż stres w pracy niekorzystnie wpływa na ich życie rodzinne oraz prywatne [30].

Z literatury wynika, że na przestrzeni lat poziom stresu zawodowego znacznie wzrósł. Według danych z roku 2008 w wielu krajach Unii Europejskiej ponad 40 milionów osób pracujących cierpi z powodu odczuwania stresu w miejscu pracy. Do najczęściej wymienianych stresorów zalicza się brak kontroli nad sytuacją, nieskuteczną reanimację oraz odpowiedzialność związaną z szybkim reagowaniem i samodzielnym podejmowaniem decyzji [9].

Z badań Frydrysiak wynika, że dla wszystkich respondentów obecność przy śmierci pacjenta jest głównym źródłem stresu. U ponad połowy respondentów sygnał świetlny bądź dźwiękowy nie wywoływał niepokoju, był natomiast źródłem stresu [51].

Badaniach własne wykazały, że 50% respondentów odczuwa zdenerwowanie lub irytację z powodu wezwania do wykonywania obowiązków o każdej porze dnia.

Wszyscy respondenci natomiast uważali, że ich praca zawodowa wymaga dużego skupienia uwagi. Jedynie 23% respondentów odczuwa z tego powodu irytację i zdenerwowanie. Również z badań własnych wynika, że 85% respondentów musiało wykonywać własną pracę z dużą precyzją manualną.

Natomiast z badań przeprowadzonych przez Żurowską- Wolak i wsp. ratownicy medyczni z Krakowskiego Pogotowia Ratunkowego uważali system wynagrodzeń jako najbardziej obciążający psychicznie aspekt swojej pracy (71,0%). Natomiast 57% respondentów wskazało ograniczoną możliwość awansu i rozwoju zawodowego [26].

Jednym z ważniejszych czynników wpływających na poczucie niezadowolenia z pracy oraz występowanie zespołu wypalenia zawodowego jest niewątpliwie niski prestiż społeczny [16].

W badaniach własnych analizowano postrzeganie prestiżu zawodowego przez respondentów. Stwierdzono, że większość ratowników medycznych uważało, że ich zawód wiąże się z niskim prestiżem zawodowym.

Z badań Leszczyńskiego wynika natomiast, że 47% respondentów uznało zawód ratownika medycznego za profesję cieszącą się największym uznaniem wśród zawodów służb państwowych [52].

Wśród czynników bezpośrednio wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy jest poczucie bycia docenianym, otrzymywanie pochwał i czerpanie satysfakcji z pracy [53].

Z badań przeprowadzonych przez Binczycką- Anholcer i wsp. wynika, że ponad połowa ratowników medycznych uważała, że pacjenci doceniają wykonywaną przez nich pracę. Zdaniem 83% ankietowanych to bliscy doceniają ich pracę najbardziej, a 70% respondentów czuła się doceniana przez współpracowników [9].

Badania własne wykazały, że aż 64,0% kobiet i 75,0% mężczyzn miało poczucie bycia niedocenianym w pracy. Natomiast 45% respondentów czasami odczuwało irytację i zdenerwowanie z powodu niesprawiedliwego traktowania przez zwierzchników.

Według danych przedstawionych przez Międzynarodową Organizację Pracy, ratownicy medyczni są jedną z grup zawodowych najbardziej narażoną na agresję zarówno fizyczną jak i słowną [51]. Powyższa agresja kierowana jest ze strony nie tylko pacjentów i ich rodzin, ale także współpracowników lub nawet przełożonych. Z literatury wynika, że co raz częściej w miejscach pracy dochodzi do konfliktów pomiędzy współpracownikami [14].

Z badań własnych wynika, że 20% respondentów była zmuszona do rywalizacji w pracy z innymi współpracownikami. W powyższych badaniach wykazano również, że 83% ratowników medycznych czasem irytowało się z powodu występowania konfliktów w pracy.

Z badań przeprowadzonych przez Binczycką- Anholcer 81% ratowników medycznych w przypadku wystąpienia konfliktów i problemów zawodowych mogła liczyć na pomoc ze strony współpracowników, a jedynie 35% liczyła na pomoc przełożonych. Natomiast 76% respondentów otrzymywała wsparcie ze strony bliskich osób [9].

W badaniach własnych również analizowano od kogo ratownicy medyczni mogą otrzymać wsparcie w sytuacji konfliktowej. Wykazano, że ok. 1/4 respondentów nie mogła liczyć na pomoc przełożonych a 1/3 na pomoc współpracowników.

Wszystkie zawody medyczne obciążone są narażeniem na szkodliwe czynniki obecne w miejscu pracy. Do powyższych zagrożeń zaliczyć można czynniki chemiczne, np.: środki dezynfekcyjne powodujące podrażnienia i alergię; czynniki biologiczne tj.: wirusy i bakterie oraz inne patogeny chorobotwórcze oraz czynniki fizyczne, np.: hałas, złe oświetlenie [10].

W badaniach własnych analizowano narażenie na fizyczne obciążenia w pracy ratowników medycznych. Wykazano, że 92% respondentów w pracy zawodowej narażonych było na złe warunki fizyczne. Zdaniem większości respondentów najbardziej obciążającym zadaniem było dźwiganie lub podnoszenie ciężarów w pracy.

Z badań przeprowadzonych przez Centralny Instytut Ochrony Pracy w populacji ratowników medycznych wynika, że zdaniem 70% respondentów najbardziej obciążające fizycznie było wykonywanie resuscytacji krążeniowo- oddechowej [10].

W badaniach własnych analizowano także występowanie czynników szkodliwych w miejscu pracy ratowników medycznych. Wszyscy respondenci stwierdzili, że na ich stanowisku pracy występują szkodliwe czynniki, mogące zagrażać zdrowiu. Aż 78% ratowników medycznych przynajmniej raz irytowało się i denerwowało z tego powodu w domu lub w pracy.

W pracy zawodowej ratownicy medyczni narażeni są także na występowanie czynników wywołujących wstręt i nieprzyjemne odczucia, jak np.: występowanie wilgoci, brudu i odoru [10].

Z badań własnych wynika, że 87% ratowników medycznych w swojej pracy narażonych było na występowanie wilgoci, brudu i odoru.

Natomiast z badań przeprowadzonych przez Żurowską- Wolak i wsp. 35% respondentów uważa występowanie szkodliwych czynników w pracy za stresujące [26].

Syndrom wypalenia zawodowego ściśle związany jest ze spadkiem wydajności w pracy, spadkiem motywacji a także brakiem chęci do działania. Z literatury wynika, że częste odczuwanie zmęczenia spowodowane wielogodzinną pracą przyczynia się do spadku energii i zmniejsza poczucie satysfakcji [26, 28].

Z badań własnych wynika, że 20% ratowników medycznych miało poczucie, że ich praca nie ma sensu.

Z badań przeprowadzonych przez Rębak i wsp. W populacji ratowników medycznych stwierdzono obniżony poziom sensowności, który wynosił jedynie 43,57 [8].

W badaniach własnych analizowano też konieczność podejmowania przez respondentów trudnych decyzji w pracy. Stwierdzono, że 58% respondentów czasami odczuwało irytację i zdenerwowanie z powodu podejmowania w pracy decyzji powodujących silne konflikty wewnętrzne.

Według Żurowskiej-Wolak i wsp. jedynie 5% uskarża się na konieczność samodzielnego podejmowania decyzji [26].

Również w badaniach własnych wykazano, że ponad połowa ratowników medycznych odczuwa irytację i zdenerwowanie z powodu niepewności w pracy, a 49% respondentów uważało, że ich obowiązki i zadania w pracy nie są dokładnie określone.

Natomiast 41% respondentów było czasami narażone na zbyt dużą ilość obowiązków i zadań w pracy.

Według Żurowskiej-Wolak i wsp. 28% respondentów uważa, że ich zakres kompetencji jest niejasno określony, a 22% badanych jest przeciążone obowiązkami [26].

Pracownicy ochrony zdrowia, w tym ratownicy medyczni, często obciążeni są nadmiarem dyżurów. Praca w godzinach nocnych natomiast niekorzystnie wpływa na organizm człowieka i powoduje zaburzenia rytmu dobowego oraz osłabia koncentrację i zdolność do prawidłowej percepcji [24].

W badaniach Binczyckiej- Anholcer i wsp. wykazano, że aż 33% ankietowanych pracowało powyżej 12 godzin na dobę [9].

W badaniach własnych wykazano, że ponad połowa respondentów niezależnie od płci pracowała w godzinach nadliczbowych. Natomiast 28% z nich uznało, że praca w godzinach nadliczbowych im nie przeszkadzała.

Z badań przeprowadzonych przez Kulczycką i współ. wynika, że 30% respondentów jest zatrudnionych w kilku miejscach pracy [24].

Z badań własnych wynika, że 19% badanych nie przeszkadza praca w systemie zmianowym lub tylko w nocy.

W badaniach przeprowadzonych przez Kudłacik i współ. dotyczących opinii na temat zawodu ratownika medycznego zauważono, że według 80,0% respondentów jest on kojarzony ze zmniejszaniem cierpienia innych [53].

Z badań własnych przeprowadzonych w populacji ratowników medycznych wynika, że 98% respondentów uważało, że pomoc innym ludziom jest ich podstawowym obowiązkiem w pracy.

Wnioski

W toku przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. W badanej populacji ratowników medycznych stwierdzono wysoki poziom narażenia na stres niezależnie od płci respondenta
2. Stwierdzono ,że największym źródłem stresu dla ratowników medycznych było poczucie psychicznego obciążenia pracą, brak nagród, uciążliwość fizyczną i nieprzyjemne warunki pracy oraz poczucie zagrożenia;
3. W badanej populacji wykazano, że stopień narażenia na obciążenia psychiczne w zawodzie ratowników medycznych był wysoki niezależnie od płci badanych.
4. W badanej populacji kobiety bardziej odczuwały poczucie odpowiedzialności w pracy niż mężczyźni;
5. Niezależnie od płci w badanej populacji stwierdzono występowanie narażenia na wysiłek fizyczny.

Bibliografia

1. Kapler M.: Zawód- ratownik medyczny. Na ratunek 2012; 4: 43-46.
2. Rębak D., Głuszek S., Nowak-Starz G., Markowska M.: Potrzeba ustawicznego kształcenia ratowników medycznych na tle innych zawodów regulowanych. Problemy pielęgniarstwa, 2012; 20 (2): 201-210.
3. Rębak D.: Ratownik medyczny – kontrowersje na temat przygotowania zawodowego. Studia Medyczne 2011; 21,1: 79-83.
4. Goniewicz M. Ratownik medyczny – kluczowy zawód systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. [w:] Ratownictwo w Polsce. J. Konieczny (red.). Garmond Oficyna Wydawnicza, Poznań, 2010: 145- 157.
5. Wnukowski K., Kopański Z., Sianos G.: Specyfika pracy ratownika medycznego. Journal of Clinical Healthcare, 2015; 3: 2-9.
6. Ustawa z dnia 8 września 2006r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.z 2006 r. Nr 191, poz. 1410).
7. Fedorczyk W., Pawlas K.: Ryzyko zawodowe w pracy ratownika medycznego. Hygeia Public Health, 2011; 46, 4: 437-441.

8. Rębak D., Głuszek S.: Wpływ poczucia koherencji i stopnia wykształcenia na motyw i zadowolenie z dokonanego wyboru zawodu ratownika medycznego. *Problemy pielęgniarstwa*, 2014; 22, 4: 490-495.
9. Binczycka-Anholcer M., Lepiesza P.: Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego. *Hygeia Public Health*, 2011; 46, 4: 455-461.
10. Wnukowski K., Kopański Z., Brukwicka I., Sianos G.: Zagrożenia towarzyszące pracy ratownika medycznego- wybrane zagadnienia. *Journal of Clinical Healthcare* 2015; 3: 10-16.
11. Adamowski T., Piotrowski P., Trizna M., Kiejna A.: Ocena częstotliwości i rodzaju agresji u pacjentów hospitalizowanych z powodu zachowań agresywnych. *Psychiatria Polska*, 2009; 43, 6: 739-750.
12. Kowalczyk K., Jankowiak B., Krajewska- Kułak E., i wsp.: Ocena stopnia narażenia ratowników medycznych na agresję w miejscu pracy. [w:] *Annales Academiae Medicae Stetinensis – Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie*. Szczecin, 2009; 55, 3: 76-80.
13. Berent D., Pierchała O., Florkowski A., Gałęcki P.: Agresja pacjentów wobec personelu medycznego Izby Przyjęć Szpitala Psychiatrycznego. *Psychiatria i Psychoterapia* 2009; 5, 1-2: 13-28.
14. Frydrysiak K., Ejdukiewicz J., Grześkowiak M.: Agresja pacjentów i ich bliskich wobec personelu Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2016; 10: 46-52.
15. Drabek M., Merecz D., Mościcka A.: Skala narażenia na agresję w miejscu pracy pracowników służby zdrowia i sektora usług. *Medycyna pracy*, 2007; 58, 4: 299- 306.
16. Frydrysiak K., Grześkowiak M., Podleński R.: Agresja pacjentów zagrożeniem w pracy zespołów ratownictwa medycznego. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2014; 8: 381-391.
17. Sariusz-Skapska M.: Formy agresji pacjentów a wypalenie zawodowe u pracowników placówek psychiatrycznych. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2015; 14, 2: 97-91.
18. Rymaszewska J.: Postępowanie z pacjentem agresywnym i pobudzonym. *Psychiatria w Praktyce Klinicznej*, 2008; 1: 1-11.
19. Walczak A.: Agresja w służbie zdrowia. *Na Ratunek*, 2012; 1: 56-7.
20. Wojnicka D., Włoszczak- Szubzda A.: Wiedza i umiejętności personelu medycznego w odniesieniu do przejawów agresji ze strony pacjenta. *Aspekty Zdrowia i Choroby*, 2017; 2, 2: 51-63.

21. Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W.: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym- hospicjum oraz chirurgii ogólnej. *Ann. Acad. Med. Gedan.*, 2009; 39: 145-153.
22. Rejek E., Szmigiel M.: Stres personelu związany ze specyfiką pracy na oddziale psychiatrycznym. *Problemy Pielęgniarstwa*, 2015; 23, 4: 515- 519.
23. Kliszcz J., Fafiński K., Mirek B., Mroczek J.: Praca w służbach ratowniczych i jej wpływ na styl życia oraz strategie radzenia sobie ze stresem. *Med. Intens. Ratunk.*, 2009; 12, 1: 4–12.
24. Kulczycka K., Grzegorzczak- Puzio E., Stychno E., Piasecki J., Strach K.: Wpływ pracy na samopoczucie ratowników medycznych. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu* 2016; 22, 1: 66-71.
25. Ogłodek E.: Nasilenie objawów stresu pourazowego u osób wykonujących zawód ratownika medycznego. *Medycyna Środowiskowa – Environmental Medicine*, 2011; 14, 3: 54 -58.
26. Żurowska- Wolak M., Wolak B., Mikos M., Juszczak G., Czerw A.: Stres i wypalenie zawodowe w pracy ratowników medycznych. *Journal of Education, Health and Sport*, 2015; 5, 7: 43-50.
27. Ogińska- Bulik N., Langer I.: Osobowość typu D i radzenie sobie ze stresem a nasilenie objawów PTSD w grupie strażaków. *Medycyna Pracy*, 2009; 58, 4: 307-316.
28. Ogińska- Bulik N.: Stres w pracy a syndrom wypalenia zawodowego u funkcjonariuszy policji. *Folia Psychologica*, 2013; 7: 27-35.
29. Sochocka L., Wojtyłko A., Grad I., Kiliś- Pstrusińska K.: Spostrzeganie stresu zawodowego przez pracowników ochrony zdrowia. *Family Medicine & Primary Care Review*, 2012; 14, 2: 219- 221.
30. Nowicki G., Ślusarska B., Jędrzejewicz D.: Sposoby radzenia sobie ze stresem w pracy ratowników medycznych. *Bezpieczeństwo Pracy*, 2015; 8: 14-17.
31. Molek-Winiarska D.: Organizacyjne i indywidualne programy zarządzania stresem. *Kwartalnik Środowisk Naukowych i Liderów Biznesu*, 2010; 1: 116-124.
32. Szaton M., Harazin B.: Wypalenie zawodowe w wybranych zespołach ratownictwa medycznego w województwie śląskim. *Annales Academiae Medicae Silesiensis*, 2013; 67, 1: 28-32.

33. Rasmus P., Kozłowska E., Sudra S., Machała W., Sobów T.: Czy poziom doświadczonego stresu wpływa na wystąpienie zachowań ryzykownych w grupie pracowników zespołów ratownictwa medycznego. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2015; 9: 448- 456.
34. Waszkowska M., Merecz D., Drabek M.: Programy prewencji stresu zawodowego - strategie, techniki, ocena skuteczności. Część I. Narodowe i międzynarodowe działania na rzecz przeciwdziałania stresowi w miejscu pracy. *Medycyna Pracy*, 2009; 60, 6: 523- 529.
35. Ogińska- Bulik N.: Rola strategii radzenia sobie ze stresem w rozwoju po traumie u ratowników medycznych. *Medycyna Pracy*, 2014; 65, 2: 209-217.
36. Papiernik B., Holajn B., Żak-Jasińska K., Basiński A.: Zespół stresu pourazowego w pracy zawodowej ratowników medycznych. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2012; 6: 339-342.
37. Wengel K., Szewczyk- Polowczyk L.: Rola stresu w pracy ratowników medycznych. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*, Poznań, 2013; 31, 1: 19-25.
38. Najder A., Potocka A.: Psychospołeczne zagrożenia zawodowe i ich związek ze zdrowiem oraz funkcjonowaniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo Polskie* 2015; 3, 57: 313- 320.
39. Sarzyńska-Mazurek E., Wosik- Kawala D.: Postrzeganie pracy przez pracowników wykonujących zawody trudne i niebezpieczne a radzenie sobie przez nich z stresem. *Annales Universitatis Mariae Curie- Skłodowska*, Lublin, 2016; 29, 4: 103-114.
40. Bańkowska A., Syndrom wypalenia zawodowego- symptomy i czynniki ryzyka. *Pielęgniarstwo Polskie*, 2016; 2, 6: 256- 260.
41. Urbaniak M: Mobbing – wybrane aspekty prawne. *Pielęgniarstwo Polskie Polish Nursing*. Poznań, 2012; 1, 43: 29-33.
42. Sojka W., Walczuk K.: Mobbing- socjologiczno- prawny zarys zagadnienia. *Rocznik Administracji Publicznej*, 2015; 1: 145- 161.
43. Miedzik M.: Mobbing- charakterystyka zjawiska w Polsce. *Polityka Społeczna* 2008; 3: 31-34.
44. Pilch P: Mobbing w organizacji – rodzaje zjawiska. *Prakseologia*, 2015; 1, 157: 167- 196.
45. Durniat K.: Mobbing i jego konsekwencje jako szczególny rodzaj kryzysu zawodowego. [w:] *Człowiek w kryzysie- współczesne problemy życiowe i zawodowe*. H. Skłodowski H., Wydawnictwo SWSPiZ w Łodzi, Łódź 2009; 10, 11: 129- 148.

46. Zdanowska J., Sielska J., Wieja E.: Działania podejmowane w celu zapobiegania zjawisku mobbingu w wybranych podmiotach leczniczych. *Pielęgniarstwo Polskie Polish Nursing*. Poznań, 2012; 1, 43: 34-38.
47. Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B.: Skala zjawiska mobbingu wśród pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach. *Medycyna Pracy*, 2008; 59, 3: 223- 228.
48. Dudek B, Waszkowska M, Merecz D, Hanke W.: Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego. Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź, 2004: 39-46.
49. Potocka A.: Narzędzia kwestionariuszowe stosowane w diagnozie psychospołecznych zagrożeń zawodowych – przegląd metod. *Medycyna Pracy* 2012; 63, 2: 237- 250.
50. Frydrych M.: Dylematy diagnostyczno-terapeutyczne ratownika medycznego w opiece Poresuscytacyjnej. Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Kraków, 2015; 1-8.
51. Frydrysiak K., Górąj D., Trendak W., Grześkowiak M.: Analiza czynników wywołujących stres w pracy personelu Zespołów Ratownictwa Medycznego. *Anestezjologia i Ratownictwo*, 2016; 10: 53- 59.
52. Leszczyński P.: Analiza kompetencji zawodowych ratowników medycznych w wybranych jednostkach ratowniczych. *Edukacja Ustawiczna Dorosłych*, 2013; 83, 4: 71-82.
53. Kudłacik B., Fraś M., Ilczak T., Ćwiertnia M., Ryś B.: Uwarunkowania wyboru zawodu ratownika medycznego. *Piel. Zdr. Publ.*, 2016; 6, 2: 137-142.



ISBN komplet- 978-83-952075-3-2

ISBN I tom - 978-83-952075-4-9