

Ocena wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy w dwóch ośrodkach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego

Evaluation of the occupational burnout syndrome in nurses and male nurses in two inpatient psychiatric centres

Renata Markiewicz¹, Agnieszka Markiewicz²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Wydział Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Uniwersytet Przyrodniczy w Lublinie

STRESZCZENIE

Personel pielęgniarski zatrudniony na oddziałach psychiatrycznych doświadcza w swojej pracy znacznego obciążenia fizycznego i psychicznego. Wynika to ze specyficznej opieki świadczonej wobec pacjentów psychiatrycznych. Stresująca praca może spowodować rozwój zespołu wypalenia. W artykule poddano analizie charakterystyczne czynniki prowadzące do jego rozwoju na przykładzie 2 ośrodków stacjonarnego leczenia psychiatrycznego. W pracy uwzględniono doświadczaną przez pielęgniarki i pielęgniarzy agresję słowną i fizyczną, próby samobójcze pacjentów podejmowane podczas hospitalizacji oraz zewnętrzne czynniki stresowe (organizacyjne, interpersonalne) prowadzące do rozwoju zespołu wypalenia. Analizy dokonano na podstawie wyników ankiet, we własnym opracowaniu, z uwzględnieniem czynników powodujących obciążenie w pracy.

Słowa kluczowe: czynniki stresowe, zachowania agresywne, zachowania samobójcze, pielęgniarki i pielęgniarze, zespół wypalenia



Renata Markiewicz
Kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Specjalista terapii uzależnień, specjalista pielęgniarstwa psychiatrycznego, specjalista medycyny społecznej. Zainteresowania naukowe: obciążenia w pracy pielęgniarek, psychiatria sądowa, uzależnienia.

NAJWAŻNIEJSZE

Profilaktyka zespołu wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego jest priorytetem zarządzania kadrami.

HIGHLIGHTS

Prevention of professional burnout syndrome among nurses is a priority of staff management.

Ocena wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy w dwóch ośrodkach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego
R. Markiewicz, A. Markiewicz

ABSTRACT

The nursing personnel employed at psychiatric wards encounters in their work a high level of physical and psychological stress. It results from the specific type of care provided to psychiatric patients. Stressful work may cause the burnout syndrome. This study analyses risk factors leading to the development of burnout syndrome, based on 2 inpatient psychiatric treatment centres. It includes verbal and physical aggression towards nurses, suicidal attempts of patients in the course of hospitalisation as well as external stress factors. The analysis was based on the survey results, in our own development, taking into account the factors causing the load at work.

Key words: stress factors, aggressive suicidal behaviour, suicidal behaviour, nurses and male nurses, burnout syndrome

WSTĘP

Wypalenie zawodowe jest stanem, w którym swoje osiągnięcia uzyskuje się wysokim kosztem osobistym [1]. Koszt ten dotyczy różnych sfer funkcjonowania społecznego i wiąże się głównie ze stresem, który prowadzi do wyczerpania emocjonalnego i fizycznego. Jego źródłem jest często praca wymagająca dużego zaangażowania i energii życiowej. W sytuacji przeciążenia powoduje ona wyczerpanie energetycznych zasobów jednostki oraz przyczynia się do rozwoju syndromu wypalenia, którego końcowy etap wiąże się ze zmianami w funkcjonowaniu człowieka, obniżeniem jego motywacji, zmianami w zachowaniu i problemami zdrowotnymi [2, 3].

Wyczerpanie emocjonalne dotyczy osób wykonujących zawody, których podstawą jest świadczenie pomocy oraz nawiązywanie emocjonalnych relacji z ludźmi [4]. Predyspozycje osobowościowe i uwarunkowania zewnętrzne mają istotny wpływ na rozwój syndromu, którego przebieg jest zazwyczaj powolny i etapowy.

Analizując poszczególne czynniki mające wpływ na jego rozwój, możemy wyróżnić: przyczyny organizacyjne (nadmiar obowiązków, wysokie wymagania, brak komunikacji w zespole), sytuacyjne (wymagania dotyczące wiedzy, brak wsparcia, problemy w komunikacji z pacjentem, rodziną) oraz osobowościowe (kryzysy osobiste, rodzinne, nadobowiązkowość, emocjonalne zaangażowanie w pracę, brak wolnego czasu, niskie poczucie własnej wartości, rywalizację, brak umiejętności radzenia sobie ze stresem) [5, 6].

Wielu autorów zajmujących się analizą tego zjawiska napotyka trudności związane z precyzyjnym określeniem poziomu wypalenia, nie istnieje bowiem żadne jednoznaczne kryterium. Najczęściej taka ocena dokonywana jest na podstawie stopnia nasilenia poszczególnych objawów [7].

W niniejszej pracy analizie porównawczej poddano czynniki mające wpływ na rozwój syndromu wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarzkiego zatrudnionego na oddziałach psychiatrycznych Centrum 1 w Warszawie oraz Centrum 2 w Lublinie.

Celem pracy była analiza pogrupowanych czynników, poszukiwano także podobieństw i różnic wśród badanych, aby na tej podstawie możliwe było określenie przyczyn niebezpieczeństwa związanego z rozwojem syndromu wypalenia, jak również przedstawienie alternatywnych rozwiązań i profilaktycznych działań.

METODA PRACY

Analiza objęła dwie grupy badanych: 60 przedstawicieli personelu pielęgniarzkiego zatrudnionych w Centrum 1 w Warszawie i 50 zatrudnionych w Centrum 2 w Lublinie. Obie placówki są dużymi ośrodkami leczenia psychiatrycznego w Polsce.

Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Przeprowadzono je w lipcu 2012 r. z zastosowaniem kwestionariusza ankiety, w którym zamieszczono pytania zamknięte. Skonstruowana ankieta uwzględniała istotne czynniki mające wpływ na pracę pielęgniarek i pielęgniarzy, które podzielono na następujące grupy:

1. Sytuacja socjodemograficzna (17 pytań).
2. Zachowania agresywne przejawiane przez pacjentów (agresja słowna i fizyczna) (17 pytań).
3. Próby samobójcze podejmowane przez pacjentów podczas hospitalizacji (8 pytań).
4. Aktywne wypalenie zawodowe (60 pytań) związane z występowaniem zewnętrznych sytuacji stresowych.

Wyodrębnienia poszczególnych czynników wypalenia zawodowego dokonano na podstawie określenia ilo-

ści i jakości występowania poszczególnych składowych (nazywanych czynnikami), wykorzystując metodę głównych składowych z rotacją Varimax. W celu dobrania najlepszego rozwiązania klasyfikacyjnego zastosowano metodę Cattella. W otrzymanym rozwiązaniu do czynników wprowadzono te pytania, które uzyskały dla danego czynnika ładunek większy niż 0,4, oraz takie, które nie zasiadały o podobnej sile innych czynników. Na tej podstawie sformułowano nazewnictwo, które posłużyło do analiz w niniejszej pracy:

- czynnik I: emocjonalne zaangażowanie w pracę
 - czynnik II: stygmatyzowanie osób psychicznie chorych
 - czynnik III: przeciążenie obowiązkami w pracy
 - czynnik IV: doświadczanie negatywnych emocji związanych z pracą
 - czynnik V: nadobowiązkowość, poczucie perfekcyjności
 - czynnik VI: ocena pracodawcy.
5. Bierne wypalenie zawodowe świadczące o występowaniu zespołu wypalenia (120 pytań) dokonane analogicznie wypalenia aktywnego i wyodrębniające poszczególne sfery:
- psychologiczną
 - aktywności
 - zaburzeń somatycznych
 - relacji interpersonalnych.

Wskaźnik rzetelności dla całego testu wyniósł 0,90. Aby możliwe było określenie stopnia zagrożenia syndromem wypalenia wśród badanych, przyjęto skalę od 0 pkt (nigdy) do 4 pkt (zawsze). Badane osoby, które deklarowały występowanie określonego czynnika powyżej 2 pkt,

uznano za zagrożone zespołem wypalenia zawodowego.

Uzyskane dane poddano analizie porównawczej testem niezależności chi-kwadrat (χ^2).

WYNIKI

W zaprezentowanej analizie dokonano porównania dwóch grup badanych osób: pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w Warszawie (gr. 1) oraz pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w Lublinie (gr. 2). Analizę podzielono według poszczególnych zestawów pytań zawartych w ankiecie.

Sytuacja socjodemograficzna

Największą grupę wśród badanych stanowiły zamężne kobiety mieszkające w dużych miastach, pracujące na stałych umowach o pracę, deklarujące dobrą sytuację materialną, pozytywne relacje rodzinne, podobny staż pracy na oddziale psychiatrycznym oraz pozytywnie zaadaptowane do pracy.

Z analizy danych ogólnych wynika, że nie występują istotne statystycznie zależności pod względem: płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej, poziomu wykształcenia, posiadania dzieci, relacji w rodzinie, zatrudnienia, stażu pracy na oddziale psychiatrycznym oraz okresu adaptacji do pracy w obu badanych grupach.

Istotne statystycznie różnice występują w zakresie wieku, wyboru pracy i odbytych szkoleń (tab. 1).

Tabela 1. Dane ogólne badanych grup.

| Dane ogólne | | Miejsce zatrudnienia | | | | χ^2 | p |
|--------------|----------------|----------------------|-----------|------------------|-----------|----------|-------|
| | | Warszawa (grupa 1) | | Lublin (grupa 2) | | | |
| | | Liczebność | % z grupy | Liczebność | % z grupy | | |
| Wiek | 20–34 lata | 4 | 6,67 | 9 | 18,00 | 9,26 | 0,015 |
| | 35–49 lat | 32 | 53,33 | 33 | 66,00 | | |
| | 50–60 lat | 23 | 38,33 | 8 | 16,00 | | |
| | powyżej 60 lat | 1 | 1,67 | 0 | 0,00 | | |
| Płeć | kobiety | 57 | 95,00 | 49 | 98,00 | 0,11 | 0,745 |
| | mężczyźni | 3 | 5,00 | 1 | 2,00 | | |
| Stan cywilny | mężatka | 38 | 63,33 | 37 | 74,00 | 4,47 | 0,345 |
| | żonaty | 3 | 5,00 | 2 | 4,00 | | |
| | panna, kawaler | 6 | 10,00 | 7 | 14,00 | | |
| | rozwódziona/a | 6 | 10,00 | 1 | 2,00 | | |
| | wdowa/wdowiec | 7 | 11,67 | 3 | 6,00 | | |
| | separacja | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | | |

Ocena wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy w dwóch ośrodkach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego

R. Markiewicz, A. Markiewicz

| | | | | | | | |
|--|------------------------|----|-------|----|-------|-------|-------|
| Miejsce zamieszkania | duże miasto | 51 | 85,00 | 40 | 80,00 | 0,63 | 0,804 |
| | miasto powiatowe | 3 | 5,00 | 3 | 6,00 | | |
| | wieś | 6 | 10,00 | 7 | 14,00 | | |
| Sytuacja materialna | bardzo dobra | 4 | 6,67 | 7 | 14,00 | 3,45 | 0,178 |
| | dobra | 42 | 70,00 | 37 | 74,00 | | |
| | zła | 14 | 23,33 | 6 | 12,00 | | |
| Poziom wykształcenia | średnie zawodowe | 32 | 53,33 | 20 | 40,00 | 2,65 | 0,447 |
| | śr. zaw., spec. | 8 | 13,33 | 11 | 22,00 | | |
| | wyższe | 16 | 26,67 | 14 | 28,00 | | |
| | wyższe, spec. | 4 | 6,67 | 5 | 10,00 | | |
| Posiadanie dzieci | tak | 49 | 81,67 | 43 | 86,00 | 0,37 | 0,541 |
| | nie | 11 | 18,33 | 7 | 14,00 | | |
| Relacje rodzinne | bardzo dobre | 20 | 33,33 | 19 | 38,00 | 0,26 | 0,610 |
| | dobre | 40 | 66,67 | 31 | 62,00 | | |
| | złe | 0 | 0,00 | 0 | 0,00 | | |
| Stałe zatrudnienie | tak | 54 | 90,00 | 48 | 96,00 | 0,70 | 0,402 |
| | czas określony | 6 | 10,00 | 2 | 4,00 | | |
| Dodatkowe zatrudnienie | tak | 18 | 30,00 | 17 | 34,00 | 0,21 | 0,602 |
| | nie | 42 | 70,00 | 32 | 65,31 | | |
| Ogólny staż pracy | 0–4 lata | 2 | 3,33 | 2 | 4,08 | 16,17 | 0,001 |
| | 5–10 lat | 2 | 3,33 | 13 | 26,53 | | |
| | 11–21 lat | 14 | 23,33 | 15 | 30,61 | | |
| | powyżej 21 lat | 42 | 70,00 | 19 | 38,78 | | |
| Staż pracy na oddziale psychiatrycznym | 0–4 lata | 10 | 16,67 | 6 | 12 | 3,56 | 0,313 |
| | 5–10 lat | 14 | 23,33 | 18 | 36,00 | | |
| | 11–21 lat | 14 | 23,33 | 14 | 28,00 | | |
| | powyżej 21 lat | 22 | 36,67 | 12 | 24,00 | | |
| Wybór miejsca pracy | własny | 42 | 70,00 | 17 | 34,00 | 14,78 | 0,001 |
| | przypadek | 10 | 16,67 | 22 | 44,00 | | |
| | inne względy | 8 | 13,33 | 11 | 22,00 | | |
| Szkolenia | podstawowe | 31 | 51,67 | 37 | 74,00 | 6,89 | 0,003 |
| | podst. i profesjonalne | 26 | 43,33 | 10 | 20,00 | | |
| | bez przeszkolenia | 3 | 5,00 | 3 | 6,00 | | |
| Adaptacja do pracy | do 1 miesiąca | 47 | 78,33 | 32 | 64,00 | 4,89 | 0,087 |
| | do 2 miesięcy | 6 | 10,00 | 13 | 26,00 | | |
| | do 3 miesięcy | 7 | 11,67 | 5 | 10,00 | | |
| Satysfakcja z pracy | tak | 53 | 88,33 | 39 | 78,00 | 2,24 | 0,377 |
| | jest mi obojętna | 6 | 10,00 | 9 | 18,00 | | |
| | nie | 1 | 1,67 | 2 | 4,00 | | |

Zachowania agresywne przejawiane przez pacjentów (agresja słowna, fizyczna)

Z analizy danych dotyczących agresywnych zachowań pacjentów wynika, że nie występują istotne statystycznie zależności pod względem: doświadczania agresji słownej i sposobu reagowania, doświadczania agresji fizycznej i prezentowanych jej form, doznawania negatywnych emocji, różnic w zakresie okolic urazu, jego oceny czy utraty zdrowia w analizowanych grupach pielęgniarek i pielęgniarzy.

Istotnie statystycznie różnice wystąpiły w zakresie obaw przed ponownym kontaktem z agresywnym pacjentem oraz rozważania zmiany miejsca pracy po zaistniałym incydencie (tab. 2).

Próby samobójcze podejmowane przez pacjentów podczas hospitalizacji

Z analizy danych dotyczących prób samobójczych pacjentów wynika, że nie występują istotne statystycznie zależności pod względem doświadczania w pracy zawodowej pielęgniarek i pielęgniarzy: sytuacji podjęcia próby samobójczej przez pacjenta, uczestniczenia w reanimacji, jej wyniku, poczucia winy z powodu zaistniałego incydentu, jego analizowania i związanego z nim obciążenia.

Istotna statystycznie różnica wystąpiła w poziomie lęku związanego z możliwością wystąpienia analogicznej sytuacji (tab. 3).

Tabela 2. Agresja ze strony pacjenta.

| Agresja ze strony pacjenta | | Miejsce zatrudnienia | | | | chi ² | p |
|------------------------------------|-------------------|----------------------|-----------|------------|-----------|------------------|-------|
| | | Warszawa | | Lublin | | | |
| | | Liczebność | % z grupy | Liczebność | % z grupy | | |
| Agresja słowna | często | 31 | 51,67 | 35 | 70,00 | 5,26 | 0,050 |
| | rzadko | 28 | 46,67 | 13 | 26,00 | | |
| | nigdy | 1 | 1,67 | 2 | 4,00 | | |
| Rodzaj reakcji | spokojny | 55 | 91,67 | 43 | 86,00 | 1,23 | 0,757 |
| | dyskusja | 4 | 6,67 | 6 | 12,00 | | |
| | kłótnia | 1 | 1,67 | 1 | 2,00 | | |
| Emocje związane z agresją słowną | przykrość, smutek | 12 | 20,00 | 18 | 36,73 | 5,53 | 0,063 |
| | obojętność | 6 | 10,00 | 8 | 16,33 | | |
| | akceptacja | 42 | 70,00 | 24 | 48,98 | | |
| Agresja fizyczna | jeden raz | 17 | 28,33 | 12 | 24,00 | 3,42 | 0,331 |
| | dwa razy | 5 | 8,33 | 10 | 20,00 | | |
| | więcej niż 2 razy | 19 | 31,67 | 12 | 24,00 | | |
| | bez agresji | 19 | 31,67 | 16 | 32,00 | | |
| Emocje związane z agresją fizyczną | złość | 13 | 35,14 | 10 | 35,71 | 0,84 | 0,658 |
| | smutek | 8 | 21,62 | 9 | 32,14 | | |
| | bezzadność | 20 | 54,05 | 13 | 46,43 | | |
| Forma agresji | uderzenie ręką | 28 | 66,67 | 23 | 63,89 | 0,79 | 0,992 |
| | kopnięcie | 12 | 28,57 | 10 | 27,78 | | |
| | popchnięcie | 13 | 30,95 | 14 | 38,89 | | |
| | upadek | 3 | 7,14 | 2 | 5,56 | | |
| | z przedmiotem | 6 | 14,29 | 4 | 11,11 | | |
| | inna | 6 | 14,29 | 5 | 13,89 | | |
| Okolica urazu | głowa | 20 | 66,67 | 12 | 48,00 | 2,03 | 0,589 |
| | tułów | 10 | 33,33 | 12 | 48,00 | | |
| | kończyny górne | 3 | 10,00 | 4 | 16,00 | | |
| | kończyny dolne | 5 | 16,67 | 4 | 16,00 | | |
| Ocena urazu | aspekt fizyczny | 6 | 10,00 | 2 | 4,08 | 2,28 | 0,315 |
| | aspekt psychiczny | 17 | 28,33 | 11 | 22,45 | | |
| | oba aspekty | 9 | 15,00 | 11 | 22,45 | | |

Ocena wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy w dwóch ośrodkach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego

R. Markiewicz, A. Markiewicz

| | | | | | | | |
|----------------------------------|--------------------|----|-------|----|-------|-------|---------|
| Zwolnienie lekarskie | nie, brak urazu | 25 | 41,67 | 16 | 32,00 | 2,51 | 0,502 |
| | nie, pomimo urazu | 6 | 10,00 | 7 | 14,00 | | |
| | tak, do 7 dni | 2 | 3,33 | 3 | 6,00 | | |
| | tak, powyżej 7 dni | 6 | 10,00 | 2 | 4,00 | | |
| Rehabilitacja w związku z urazem | tak | 2 | 6,06 | 1 | 12,50 | 0,00 | > 0,999 |
| | nie | 31 | 93,94 | 7 | 87,50 | | |
| Zgłoszenie wypadku w pracy | tak, zgłoszono | 7 | 17,50 | 5 | 17,24 | 1,11 | 0,613 |
| | brak podstaw | 26 | 65,00 | 16 | 55,17 | | |
| | nie zgłoszono | 7 | 17,50 | 8 | 27,59 | | |
| Komisyjna ocena utraty zdrowia | tak, uznano | 7 | 17,50 | 5 | 17,24 | 1,11 | 0,613 |
| | nie, nie uznano | 26 | 65,00 | 16 | 55,17 | | |
| | nie występowało | 7 | 17,50 | 8 | 27,59 | | |
| Lęk po urazie | tak | 9 | 21,43 | 23 | 63,89 | 14,44 | 0,001 |
| | nie | 33 | 78,57 | 13 | 36,11 | | |
| Zmiana miejsca pracy po urazie | tak | 4 | 9,30 | 13 | 35,14 | 6,46 | 0,011 |
| | nie | 39 | 90,70 | 24 | 64,86 | | |
| Agresja a obciążenie zawodowe | tak | 48 | 80,00 | 44 | 88,00 | 1,66 | 0,511 |
| | nie wiem | 11 | 18,00 | 6 | 12,00 | | |
| | nie | 1 | 1,67 | 0 | 0,00 | | |

Tabela 3. Próby samobójcze pacjentów podczas hospitalizacji.

| Próby samobójcze pacjentów | | Miejsce zatrudnienia | | | | chi ² | p |
|--|----------------|----------------------|-----------|------------|-----------|------------------|-------|
| | | Warszawa | | Lublin | | | |
| | | Liczebność | % z grupy | Liczebność | % z grupy | | |
| Podjęcie próby przez pacjenta | tak | 38 | 63,33 | 38 | 76,00 | 2,05 | 0,152 |
| | nie | 22 | 36,67 | 12 | 24,00 | | |
| Wiek pacjenta | 19–25 lat | 10 | 25,64 | 13 | 34,21 | 2,24 | 0,543 |
| | 26–35 lat | 17 | 43,59 | 13 | 34,21 | | |
| | 36–45 lat | 17 | 43,59 | 11 | 28,95 | | |
| | powyżej 46 lat | 8 | 20,51 | 4 | 10,53 | | |
| Udział w reanimacji | tak | 18 | 52,94 | 17 | 50,00 | 0,06 | 0,808 |
| | nie | 16 | 47,06 | 17 | 50,00 | | |
| Wynik reanimacji | pozytywny | 17 | 73,91 | 15 | 83,33 | 0,33 | 0,565 |
| | negatywny | 7 | 30,43 | 3 | 16,67 | | |
| Poczucie winy u personelu | tak | 11 | 30,56 | 6 | 18,18 | 1,42 | 0,233 |
| | nie | 25 | 69,44 | 27 | 81,82 | | |
| Analizowanie próby samobójczej | tak | 18 | 50,00 | 19 | 54,29 | 0,13 | 0,718 |
| | nie | 18 | 50,00 | 16 | 45,71 | | |
| Lęk przed podobną sytuacją | tak | 18 | 48,65 | 25 | 75,76 | 5,41 | 0,020 |
| | nie | 19 | 51,35 | 8 | 24,24 | | |
| Próby samobójcze a obciążenie zawodowe | tak | 48 | 80,00 | 45 | 90,00 | 2,93 | 0,241 |
| | nie wiem | 9 | 15,00 | 5 | 10,00 | | |
| | nie | 3 | 5,00 | 0 | 0,00 | | |

Aktywne wypalenie zawodowe

Sprawdzono, czy personel pielęgniarzy pracujący w Warszawie i personel pielęgniarzy pracujący w Lublinie różniły się między sobą pod względem stopnia aktywnego wypalenia zawodowego. W tym celu przeprowadzono analizy testem t-Studenta dla prób niezależnych. W tabeli 4 przedstawiono statystyki opisowe analiz.

Analizy wykazały, że w przypadku osób pracujących w Lublinie emocjonalne zaangażowanie w pracę, przeciążenie obowiązkami, doświadczanie negatywnych emocji oraz nadobowiązkowości i poczucia perfekcyjności było większe w porównaniu z osobami pracującymi w Warszawie.

Bierne wypalenie zawodowe

Sprawdzono, czy personel pielęgniarek i pielęgniarzy z obu grup różnił się pod względem poziomu sygnałów ostrzegawczych biernego wypalenia zawodowego oraz pełnoobjawowego zespołu wypalenia w zakresie wyodrębnionych sfer. W tym celu przeprowadzono analizy z zastosowaniem testu t-Studenta dla prób niezależnych. W tabelach 5 i 6 przedstawiono statystyki opisowe z wykonanych analiz.

Analizy wykazały, że w przypadku osób pracujących w Lublinie występował wyższy poziom sygnałów ostrzegawczych biernego wypalenia zawodowego w sferze psychologicznej, aktywności, zaburzeń somatycznych

Tabela 4. Statystyki opisowe dla skal aktywnego wypalenia zawodowego z podziałem na miejsce zatrudnienia.

| Skala | Miejsce zatrudnienia | M | SD | Wynik testu t | p |
|---|----------------------|------|------|---------------|---------|
| Emocjonalne zaangażowanie w pracę | Warszawa | 1,80 | 0,69 | 2,11 | 0,037 |
| | Lublin | 2,07 | 0,65 | | |
| Stygmatyzacja osób chorych psychicznie | Warszawa | 2,34 | 0,61 | 1,70 | 0,092 |
| | Lublin | 2,53 | 0,58 | | |
| Przeciążenie obowiązkami w pracy | Warszawa | 2,24 | 0,65 | 2,55 | 0,012 |
| | Lublin | 2,51 | 0,45 | | |
| Doświadczanie negatywnych emocji związanych z pracą | Warszawa | 1,37 | 0,69 | 4,18 | < 0,001 |
| | Lublin | 1,91 | 0,64 | | |
| Nadobowiązkowość, poczucie perfekcyjności | Warszawa | 1,37 | 0,69 | 2,01 | 0,047 |
| | Lublin | 1,62 | 0,55 | | |
| Ocena pracodawcy | Warszawa | 1,69 | 0,84 | 0,61 | 0,540 |
| | Lublin | 1,61 | 0,54 | | |

M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

Tabela 5. Statystyki opisowe dla sygnałów ostrzegawczych biernego wypalenia zawodowego z podziałem na miejsce zatrudnienia.

| Sfera | Miejsce zatrudnienia | M | SD | Wynik testu t | p |
|---------------------------|----------------------|------|------|---------------|---------|
| Psychologiczna | Warszawa | 1,14 | 0,61 | 3,33 | 0,001 |
| | Lublin | 1,56 | 0,71 | | |
| Aktywności | Warszawa | 1,26 | 0,69 | 3,23 | 0,002 |
| | Lublin | 1,71 | 0,76 | | |
| Zaburzeń somatycznych | Warszawa | 1,12 | 0,74 | 2,34 | 0,021 |
| | Lublin | 1,47 | 0,80 | | |
| Relacji interpersonalnych | Warszawa | 0,93 | 0,61 | 3,83 | < 0,001 |
| | Lublin | 1,43 | 0,75 | | |

M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

Ocena wypalenia zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy w dwóch ośrodkach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego
R. Markiewicz, A. Markiewicz

Tabela 6. Statystyki opisowe dla sfer pełnoobjawowego biernego wypalenia zawodowego z podziałem na miejsce zatrudnienia.

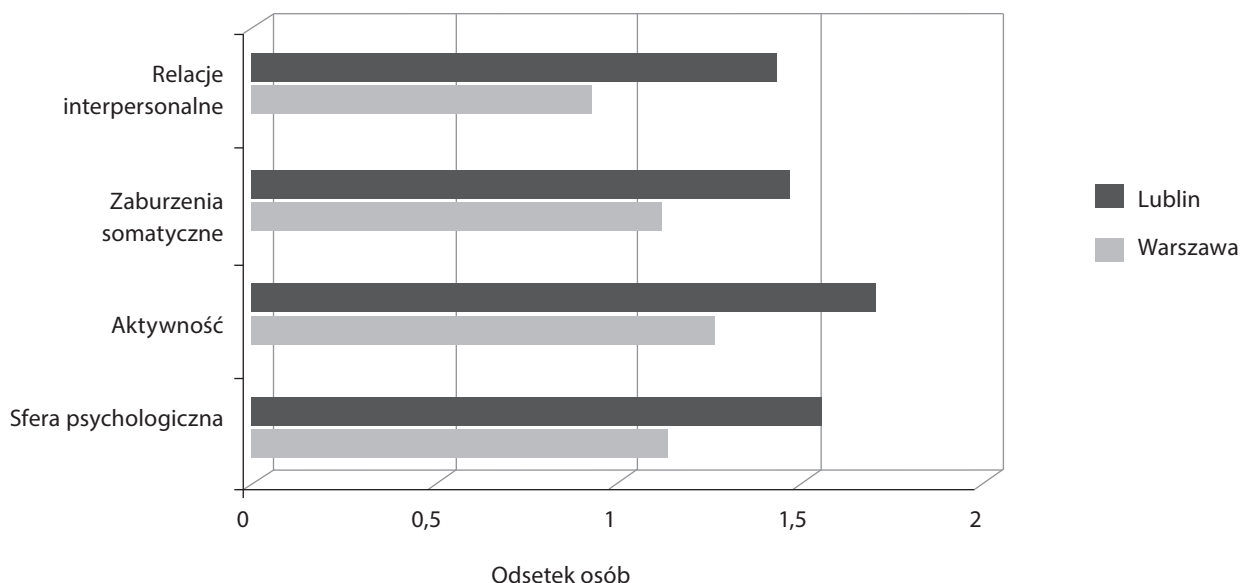
| Sfera | Miejsce zatrudnienia | M | SD | Wynik testu t | p |
|---------------------------|----------------------|------|------|---------------|---------|
| Psychologiczna | Warszawa | 0,76 | 0,63 | 5,01 | < 0,001 |
| | Lublin | 1,42 | 0,75 | | |
| Aktywności | Warszawa | 0,70 | 0,56 | 3,71 | < 0,001 |
| | Lublin | 1,12 | 0,61 | | |
| Zaburzeń somatycznych | Warszawa | 0,95 | 0,67 | 3,19 | 0,002 |
| | Lublin | 1,37 | 0,73 | | |
| Relacji interpersonalnych | Warszawa | 0,65 | 0,53 | 4,27 | < 0,001 |
| | Lublin | 1,14 | 0,67 | | |

M – średnia; SD – odchylenie standardowe.

oraz relacji interpersonalnych w porównaniu z osobami pracującymi w Warszawie. Z analiz wynika, że wśród objawów w sferze psychologicznej najczęściej występowały: negatywne myślenie, trudności w koncentracji uwagi, utrata pewności siebie; w sferze aktywności: brak chęci do pracy, brak zdecydowania i odwagi; wśród zaburzeń somatycznych: problemy ze snem; w sferze relacji interpersonalnych: brak cierpliwości (ryc. 1).

Analizy wykazały, że u osób pracujących w Lublinie również występował wyższy poziom pełnoobjawowego biernego wypalenia zawodowego w sferze psychologicznej, aktywności, zaburzeń somatycznych i relacji interpersonalnych w porównaniu z osobami pracującymi w Warszawie.

Rycina 1. Poziom sygnałów ostrzegawczych biernego wypalenia zawodowego: Lublin vs Warszawa.



Pełnoobjawowe bierne wypalenie zawodowe w sferze psychologicznej wyrażało się nasilonym negatywnym myśleniem, zaburzeniami w koncentracji uwagi, zdecydowaną utratą pewności siebie oraz zdecydowanym rozczarowaniem pracą.

W sferze somatycznej deklarowano występowanie zaburzeń snu, problemów z trawieniem, bólu kręgosłupa, zaburzeń dotyczących masy ciała, problemów z sercem (nerwobóle, zaburzenia rytmu) oraz nadciśnienia tętniczego. Osoby, u których występowały dolegliwości somatyczne, wymagały leczenia farmakologicznego.

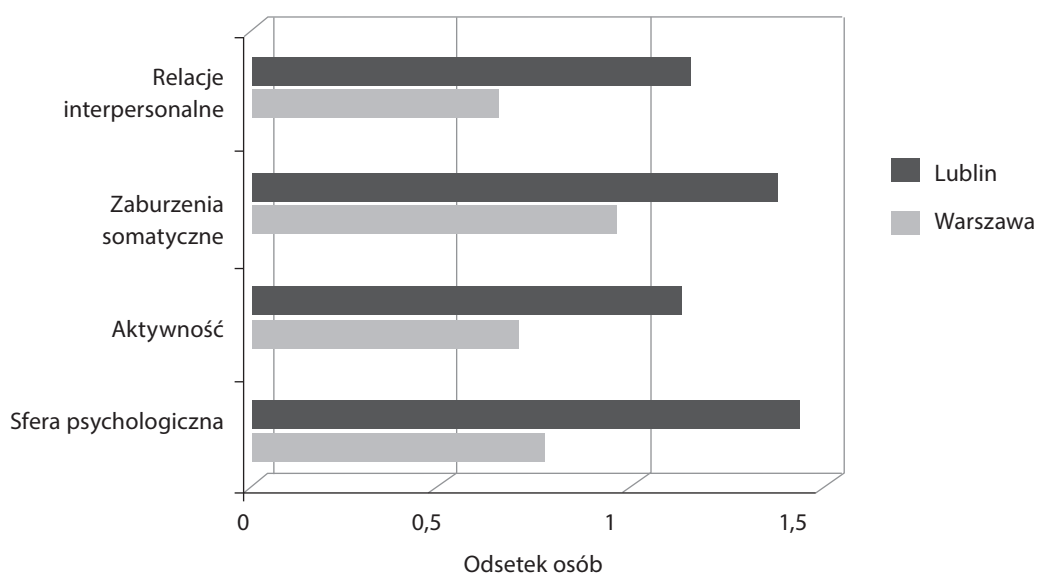
W sferze kontaktów interpersonalnych najczęściej deklarowanym zaburzeniem był zdecydowany brak cierpliwości, a w sferze aktywności – ogólne i stałe odczuwane zmęczenie i przepracowanie (ryc. 2).

podejmowanych przez pacjentów prób samobójczych podczas hospitalizacji oraz czynników z poszczególnych skal wypalenia zawodowego – aktywnego i biernego.

Z przeprowadzonych badań i uzyskanych analiz wynika, że obie grupy nie różnią się pod względem doświadczania agresywnych zachowań ze strony pacjentów i podejmowanych przez nich prób samobójczych podczas hospitalizacji. Różnice dotyczą natomiast obaw przed ponownym kontaktem z agresywnym pacjentem oraz lęku związanego z możliwością ponownego podjęcia przez pacjenta ponownego próby samobójczej.

Z badań wynika, że lęk stanowi duże obciążenie zawodowe wśród pielęgniarek i pielęgniarzy [8]. Stres i stały poziom napięcia powodują wiele zmian w organizmie, a to z kolei przyczynia się do zaburzeń poznawczych, problemów w komunikacji, depersonalizacji i obniżenia samooceny [3, 4, 9].

Rycina 2. Poziom sygnałów ostrzegawczych pełnoobjawowego biernego wypalenia zawodowego: Lublin vs Warszawa.



OMÓWIENIE

W pracy dokonano porównania dwóch grup pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych na oddziałach psychiatrycznych, biorąc pod uwagę istotne czynniki wpływające na rozwój zespołu wypalenia zawodowego. Porównania dokonano z uwzględnieniem sytuacji socjodemograficznej, agresywnych zachowań pacjentów,

Eliminowanie sytuacji stresowych powinno stanowić priorytetowe działanie w zapewnieniu bezpieczeństwa pracy i jej komfortu [10]. Należy pamiętać, że uzyskanie wymiernych wyników w tym zakresie będzie możliwe, gdy wprowadzone zostaną standardy przeciwdziałania agresji, podejmowane będą wczesne interwencje ograniczające jego rozwój czy podjęte zostaną odpowiednie

Ocena wypalenia zawodowego pielęgniarzek i pielęgniarzy w dwóch ośrodkach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego
R. Markiewicz, A. Markiewicz

strategie farmakologiczne [11–14]. W placówkach stacjonarnego leczenia psychiatrycznego w Polsce z reguły nie występują takie procedury i standardy.

Stres zawodowy ma również wpływ na relacje panujące w rodzinie. Potwierdzają to w badaniach Lewandowska i Litwin [15], które uważają, że co czwarta pielęgniarka doświadcza zaburzeń w relacjach rodzinnych spowodowanych sytuacją panującą w pracy. Problem pogłębiają dodatkowo wykazane w badaniach czynniki predysponujące (wypalenie aktywne), takie jak: wysoki poziom emocjonalnego zaangażowania w pracę, wysoki poziom przeciążenia obowiązkami, doświadczanie negatywnych emocji oraz nadobowiązkowość i poczucie perfekcyjności.

Wymienione obciążenia prowadzą do pojawienia się wczesnych sygnałów ostrzegawczych syndromu wypalenia, a to z kolei – do rozwoju zespołu pełnoobjawowego, wymagającego interwencji farmakologicznych.

Z badań wynika, że najczęściej dominującymi problemami są zaburzenia w sferze:

- psychologicznej (negatywne myślenie, trudności w koncentracji uwagi, utrata pewności siebie, brak cierpliwości)
- aktywności (brak chęci do pracy, brak zdecydowania i odwagi, zmęczenie, przepracowanie)
- somatycznej (zaburzenia dyspeptyczne, problemy z kręgosłupem, problemy kardiologiczne, zaburzenia snu, nadciśnienie tętnicze)
- relacji interpersonalnych (brak cierpliwości).

Lewandowska i Litwin [15] wśród objawów fizycznych wymieniają: zmęczenie i przepracowanie (79%), bóle kręgosłupa (57%); wśród objawów psychicznych: rozdrażnienie (46%), obniżenie nastroju (46%), brak motywacji do pracy (35%); zaś wśród objawów somatycznych: zaburzenia snu (16%). Grzywa i Cieślak [16] dodatkowo wymieniają bóle głowy (47%), bóle kręgosłupa (44%) oraz drażliwość (17%). Estryn-Behar i wsp. [17] również w swoich badaniach podają: zmęczenie, osłabienie snu, stosowanie leków uspokajających i nasennych jako efekt pracy zmianowej, stresu oraz nadmiaru obciążeń.

Z badań wynika, że grupa personelu pielęgniarzkiego z Lublina wykazuje większe predyspozycje do rozwoju syndromu wypalenia w porównaniu z grupą z Warszawy. Uzasadnieniem jest istotna różnica w zakresie wieku, wyboru pracy i odbytych szkoleń wśród badanych. Personel pielęgniarzki z Lublina tworzy młodszy zespół, który wyboru miejsca pracy dokonał przypadkowo

i który odbył wstępne szkolenia tylko w stopniu podstawowym. Młody wiek, brak doświadczenia, ograniczone kompetencje oraz brak wsparcia i profesjonalnego przygotowania są istotnymi czynnikami w rozwoju wypalenia.

Analiza negatywnych czynników stanowi podstawę do wysunięcia wniosków, że:

1. Istnieje potrzeba organizowania szkoleń dla personelu mających na celu naukę redukcji stresu, sposobu odreagowywania traumatycznych sytuacji, stosowania interwencji kryzysowej (profesjonalnej, nieprofesjonalnej).
2. Wskazane jest podejmowanie działań mających na celu określenie wymogów stanowiska pracy z uwzględnieniem predyspozycji osobowościowych pracowników. Zasadne wydaje się przeprowadzanie pilotażowych badań psychologicznych weryfikujących predyspozycje do zawodu o określonym profilu oddziały. Madathil i wsp. [18] dodatkowo podkreślają znaczenie stylu przywództwa jako istotnej cechy w organizacji pracy.
3. Istnieje potrzeba opracowania standardów i procedur postępowania wobec pacjentów agresywnych oraz z zamiarami samobójczymi. Ich stosowanie przyczyni się do wprowadzenia algorytmów postępowania, kaskadowo podejmowanych działań oraz szybkiej identyfikacji zagrożenia w celu planowego i racjonalnego rozwiązania problemu.
4. Uzasadnione jest wdrożenie adekwatnych strategii postępowania mających na celu świadczenie kompleksowej pomocy osobom zagrożonym syndromem wypalenia. Pomoc ta powinna uwzględniać działania prowadzone przez pracodawcę zarówno na rzecz pracownika, jak i jego rodziny. Van Bogaert i wsp. [19] podkreślają szczególnie wpływ wsparcia organizacyjnego oraz instytucjonalnego (holistycznego) na satysfakcję z pracy i jakość świadczonej opieki.
5. Istnieje potrzeba poprawy bezpieczeństwa pracy poprzez zapewnienie optymalnej obsady, wyposażenia i zabezpieczenia oddziałów psychiatrycznych. Z badań wynika, że zachowania agresywne przejawiane przez pacjentów oraz podejmowane próby samobójcze podczas hospitalizacji są standardowo występującymi zachowaniami charakterystycznymi dla tego typu oddziałów. Ważna jest ich wczesna identyfikacja i eliminacja. Kilfedder i wsp. [20] uważają, że ograniczanie rozwoju syndromu wypalenia to interwencja już na poziomie organizacyjnym, a więc podstawowym.
6. Istotne jest prowadzenie szkoleń z zakresu komunikacji w pracy, zarówno z pacjentami, jak i ze współ-

pracownikami. Umiejętny dialog, asertywne zachowania oraz właściwe relacje interpersonalne są podstawą świadczenia profesjonalnej opieki wobec pacjenta. Poprawa własnej skuteczności i rozwój profesjonalizmu skutkują ograniczeniem czynników stresogennych [21]. Osiągnięcie tego celu jest możliwe poprzez zastosowanie różnych form oddziaływania i przeprowadzenia adekwatnych szkoleń.

Fengler [22] wymienia kilka znanych i przydatnych w pracy modeli superwizji umożliwiających pracownikom modyfikację postaw i zachowań:

- superwizja grupowa – analizująca procesy zachodzące w grupie
- psychodrama – umożliwiająca odreagowanie określonych zdarzeń przez pracowników
- grupa Balinta – analizująca nieświadome uczucia uczestników
- superwizja teorii organizacji – analizująca umiejętności i zadania pracowników
- superwizja skoncentrowana na temacie (IST) – analizująca relacje uczestników wobec określonego tematu
- superwizja Gestalt – analizująca blokady i przeżycia
- superwizja teorii systemów – analizująca zaburzenia w komunikacji interpersonalnej
- superwizja terapii behawioralnej – analizująca zachowania i konsekwencje postępowania pracowników.

Dobór modelu zależy od potrzeb, obciążeń zawodowych oraz profilu oddziału psychiatrycznego. Edwards i wsp. [23] również podkreślają wyjątkowe znaczenie tzw. nadzoru klinicznego (superwizji) z uwzględnieniem szczególnie młodych pracowników, nieposiadających jeszcze doświadczenia i kompetencji. Autorzy uważają, że pracownicy, którzy nie skorzystali z 6 lub więcej sesji, wykazują wyższe wyniki w podskali depersonalizacji i zdecydowanie częściej deklarują negatywne postawy wobec pacjentów. Pozytywnie oceniane były te sesje, które trwały godzinę i prowadzone były raz w miesiącu [24]. Autor poniekąd potwierdza uzyskane w naszych badaniach wyniki, że młody wiek, brak doświadczenia, kompetencji, przypadkowe miejsce zatrudnienia oraz brak profesjonalnego przygotowania do pracy wiążą się z dużym zagrożeniem syndromem wypalenia.

WNIOSKI

1. Analizowane grupy nie różnią się pod względem doświadczania agresywnych zachowań ze strony pacjentów oraz podejmowanych przez nich prób

samobójczych podczas hospitalizacji. Grupa ankietowanego personelu pielęgniarzkiego z Lublina prezentuje większe obawy przed ponownym kontaktem z agresywnym pacjentem w porównaniu z grupą personelu z Warszawy. Wynika to z braku doświadczenia i kompetencji związanych z młodym wiekiem, przypadkowym wyborem miejsca zatrudnienia oraz brakiem profesjonalnych szkoleń zawodowych.

2. Nie występują istotne statystycznie zależności pod względem doświadczania w pracy zawodowej personelu pielęgniarzkiego sytuacji podjęcia próby samobójczej przez pacjenta czy doświadczania agresji ze strony pacjenta. Grupa ankietowanych z Lublina wykazuje wyższy poziom lęku związanego z możliwością wystąpienia próby samobójczej pacjenta w porównaniu z badaną grupą z Warszawy. Podyktowane jest to również młodym wiekiem tej grupy, krótszym stażem pracy oraz mniejszym doświadczeniem zawodowym.
3. Personel pielęgniarzki zatrudniony w Lublinie wykazuje wyższy poziom emocjonalnego zaangażowania w pracę i większe przeciążenie obowiązkami, częściej doświadcza negatywnych emocji oraz cechuje się większym poziomem nadobowiązkowości i poczucia perfekcyjności w porównaniu z osobami pracującymi w Warszawie. Pogłębionej analizy wymagają szczególnie te czynniki, które wiążą się z psychologicznym aspektem ujawnionych objawów syndromu wypalenia.
4. Personel pielęgniarzki pracujący w Lublinie prezentuje wyższy poziom sygnałów ostrzegawczych oraz wyższy poziom pełnoobjawowego zespołu wypalenia zawodowego w sferze psychologicznej, aktywności, zaburzeń somatycznych oraz relacji interpersonalnych w porównaniu z osobami pracującymi w Warszawie.

Podsumowując, grupa personelu pielęgniarzkiego z Lublina wykazuje większe predyspozycje do rozwoju syndromu wypalenia zawodowego w porównaniu z grupą z Warszawy. Uzasadnieniem jest istotna statystycznie różnica wykazana w badaniach w zakresie wieku, wyboru pracy, odbytych szkoleń oraz występujących objawów zespołu wypalenia zawodowego, zarówno aktywnego, jak i biernego.

PIŚMIENNICTWO

1. Mojs E, Głowacka D. Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74(2): 238-243.

2. Pines A. Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej. W: Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. PWN, Warszawa 2004: 32-58.
3. Litzke S, Schun H. Stres, lobbings i wypalenie zawodowe. GWP, Gdańsk 2007: 166-168.
4. Maslach C. Wypalenie – w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H (red.). Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. PWN, Warszawa 2004.
5. Brühlmann T. Stress coping disorder and meaning of life crises. *Schmerz* 2013; 27(5): 521-532, quiz 533.
6. Wojciechowska J. Syndrom wypalenia zawodowego. *Nowiny Psychologiczne* 1990; 5-6: 83-91.
7. Siemiński M, Nitka-Siemińska A, Nyka W. Zespół wypalenia. *For Med Rodz* 2007; 1: 45-49.
8. Sandi C. The impact of stress on the social brain – psychopathological implications and neurobiological mechanisms. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 84(9): e1.
9. Anczewska M. Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.
10. Dębska E, Szczepielniak A, Skowronek A et al. Different dimensions of aggression occurring in the work environment of psychiatrists. *Psychiatr Danub* 2012; 24(1): 165-168.
11. Steiner H, Saxena K, Chang K. Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectr* 2003; 8(4): 298-308.
12. Möller HJ. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003; 418: 73-80.
13. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-154.
14. Wortzel HS, Arciniegas DB. A forensic neuropsychiatric approach to traumatic brain injury, aggression, and suicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2013; 41(2): 274-286.
15. Lewandowska A, Litwin B. Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. *Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej* 2009; 55: 86-89.
16. Grzywa T, Cieślak A. Praca pielęgniarki w oddziale psychiatrycznym zamkniętym a zespół wypalenia zawodowego. *Ann UMCS Sect. D* 2003; 58: 13.
17. Estryn-Behar M, Kaminski M, Peigne E et al. Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br J Ind Med* 1990; 47(1): 20-28.
18. Madathil R, Heck NC, Schuldberg D. Burnout in psychiatric nursing: examining the interplay of autonomy, leadership style, and depressive symptoms. *Arch Psychiatr Nurs* 2014; 28(3): 160-166.
19. Van Bogaert P, Clarke S, Roelant E et al. Impacts of unit-level nurse practice environment and burnout on nurse-reported outcomes: a multilevel modeling approach. *J Clin Nurs* 2010; 19(11-12): 1664-1674.
20. Kilfedder CJ, Moc KG, Wells TJ. Burnout in psychiatric nursing. *J Adv Nurs* 2001; 34(3): 383-396.
21. Wang S, Liu Y, Wang L. Nurse burnout: personal and environmental factors as predictors. *Int J Nurs Pract* 2015; 21(1): 78-86.
22. Fengler J. Pomaganie mężczyznom. Wypalenie w pracy zawodowej. GWP, Gdańsk 2000: 172.
23. Edwards D, Burnard P, Hannigan B et al. Clinical supervision and burnout: the influence of clinical supervision for community mental health nurses. *J Clin Nurs* 2006; 15(8): 1007-1015.
24. Edwards D, Cooper L, Burnard P et al. Factors influencing the effectiveness of clinical supervision. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2005; 12(4): 405-414.

Adres do korespondencji:

Renata Markiewicz
Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego
Uniwersytetu Medycznego
20-124 Lublin, ul. Szkolna 18
tel.: 814-486-920
e-mail: renata.markiewicz@umlub.pl