

Doświadczenia pielęgniarek psychiatrycznych związane z zachowaniami samobójczymi pacjentów

Experiences of psychiatric staff nurses related to patients' suicidal behaviors

Renata Markiewicz¹, Bartosz Łoza²

¹ Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

² Klinika Psychiatrii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia w Pruszkowie



Renata Markiewicz

Dr n. med., wieloletni pracownik Katedry i Kliniki Psychiatrii w Lublinie, obecnie wykładowca w Zakładzie Pielęgniarstwa Psychiatrycznego Uniwersytetu Medycznego w Lublinie. Zainteresowania naukowe obejmują badania dotyczące obciążenia w pracy pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach psychiatrycznych, tematykę z zakresu psychiatrii sądowej oraz uzależnień. Fascynacje dotyczące ludzi aktywnych.

STRESZCZENIE

Osoby pracujące z pacjentami psychiatrycznymi w sposób nieuchronny w pewnym momencie doświadczą samobójstwa pacjenta. To znaczy, że członkowie personelu, którzy mają pomagać pacjentom znajdującym się w traumie, sami będą doświadczać traumy. W prezentowanej pracy zbadano wpływ zachowań samobójczych pacjentów na dobrostan pielęgniarek zatrudnionych w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum Zdrowia. Pielęgniarki informowały o różnorodnych doświadczeniach i reakcjach, takich jak poczucie stresu, winy i lęku, powstałych w wyniku samobójstwa lub próby samobójczej. Co więcej, przejawiały obecność traumy w pracy, co może mieć znaczące konsekwencje dla efektywności opieki zdrowotnej. Dlatego należy podkreślić potrzebę profesjonalnego doradztwa dla specjalistów zatrudnionych w ochronie zdrowia, którzy byli świadkami zachowań samobójczych.

Słowa kluczowe: samobójstwo, próba samobójcza, pielęgniarka psychiatryczna

NAJWAŻNIEJSZE

Samobójstwa i próby samobójcze pacjentów mogą mieć znaczący wpływ na funkcjonowanie personelu pielęgniarskiego na oddziałach psychiatrycznych.

HIGHLIGHTS

Suicides and attempted suicides can have a substantial effect on psychiatric nurses' functioning.

ABSTRACT

Healthcare providers who work with psychiatric patients inevitably will experience patients' suicides at some points. It means, that members of the staff who have to manage traumatized patients will be traumatized at the same time. In our study, we explored the effects of patients' suicidal behaviors on the emotional well-being of nurses in Mazovian Specialist Health Centre. They reported various experiences and reactions, like feeling stressed, guilty and emotionally anxious following the suicide or attempted suicide. Moreover, there were manifestations of trauma in the workplace, with substantial consequences for effectiveness of healthcare system. We highlight the need for professional counselling for healthcare professionals following a patient's suicide.

Key words: suicide, suicide attempt, psychiatric staff nurse

WSTĘP

Pragnienia śmierci może doznawać każdy człowiek, a zjawisko to, jak stwierdził A. Kępiński, jest „fizjologią umysłu inteligentnego człowieka” [1]. Ogół zjawisk samobójczych, w tym przejście od myśli do czynów, nie został ani dobrze rozpoznany, ani tym bardziej – sklasyfikowany. Przeświadczenie o specyficznym skojarzeniu zachowań samobójczych z ciężkimi zaburzeniami psychicznymi, chociaż powszechne, nie zostało praktycznie nigdy potwierdzone. Publikowane w Polsce statystyki policyjne, identyfikujące przyczyny zachowań samobójczych, wskazują raczej na dominację sytuacyjnego, reaktywnego wzorca tych zachowań. Systemy diagnostyczne nie uwzględniają jednego, spójnego zespołu oznak i objawów samobójczych, chociaż wiele okoliczności wskazuje na jego istnienie [2]. Fachowe opracowania kończą się zwykle niewiele mówiącymi stwierdzeniami, że samobójstwa podejmowane są z wielu powodów [3].

W przypadku pacjentów psychiatrycznych mamy do czynienia z powszechnością różnorodnych zachowań samobójczych [4, 5]. Wystąpieniu ich sprzyja praktycznie każde zaburzenie psychiczne. W przypadku hospitalizacji ryzyko samobójstwa jest stosunkowo niewielkie – nieco przekracza jeden promil ogółu hospitalizacji (1,4‰) [6]. Jednak w przeświadczeniu społecznym jest znacznie wyższe, co ma wpływ na negatywne postrzeganie szpitali psychiatrycznych, gotowość pacjentów do hospitalizacji i wreszcie – kształtowanie się poczucia zagrożenia wśród personelu.

JAK ZIDENTYFIKOWAĆ ZAGROŻENIA SAMOBÓJCZE?

W praktyce klinicznej stosuje się szereg metod oceny ryzyka:

- **Kategorialne.** Ponieważ ryzyko zachowań samobójczych skupia się wokół pewnych typowych zjawisk, tworzone są mnemotechniczne inwentarze i skale, które umożliwiają weryfikację obecności zagrożeń. Na przykład w skali SAD PERSONS wg Pattersona i wsp. wymieniono dziesięć typowych czynników zagrożeń samobójczych [2].
- **Ilościowe.** Nieco bardziej specyficznie, dostarczając oceny ilościowej zagrożenia, działają narzędzia diagnostyczne związane ze skalą Columbia [7]. Są wersje kliniczne i naukowe tych narzędzi.
- **Behawioralne.** Wynikają z doświadczenia, że samobójstwo jest najczęściej poprzedzone zachowaniami kolejno po sobie występującymi, gdzie zagrożenia stopniowo narastają: myśli rezygnacyjne, myśli samobójcze, ruminacje samobójcze, plany samobójcze, tendencje samobójcze, próby treningowe, samobójstwo. Na przykład Hołyst [8] dzieli ten proces na cztery etapy. Pierwszy etap dotyczy wyobrażenia samobójstwa, czyli uświadomienia sobie sposobu rozwiązania określonego problemu życiowego. Drugi związany jest z samobójstwem jako czymś pożądanym, upragnionym. Etap trzeci staje się celem samym w sobie i określany jest jako samobójstwo usiłowane. Ostatni etap, czwarty, kończący się zgonem, określany jest jako samobójstwo dokonane.
- **Komunikacyjne.** Szczególne formy przyjmuje komunikowanie otoczeniu zamiaru samobójczego, od prób manipulacyjnych, demonstracyjnych, rozmów odbywanych w szczególnej formie i okolicznościach oraz o szczególnej treści, przez pozorne wycofanie się z tego typu tematyki, zastępowanie jej inną treścią etc.
- **Badające przyczyny sytuacyjne.** Zagrożenia rozwijają się zawsze w przypadku utraty pracy, rozstania, żałoby. Znalezienie się w sytuacji bezradności i braku wyjścia stanowi klasyczną sytuację prowadzącą do zagrożenia samobójczego. Im wyższe było pierwot-

ne poczucie kompetencji, tym większe staje się ryzyko. Hołyst [8, 9] wskazuje na tzw. motywy pośrednie (trudne w interpretacji) oraz bezpośrednie, czyli te, które powodują natychmiastowe podjęcie aktu. Zarówno jedno, jak i drugie powinny być rozpatrywane łącznie, albowiem tylko wtedy możliwe jest zrozumienie mechanizmu zamachu samobójczego.

- **Diagnostyczne.** Zakłada się, że największe zagrożenie występuje w przypadku uzależnień i zaburzeń afektywnych, nieco mniejsze – psychoz schizofrenicznych, a jeszcze mniejsze – pozostałych zaburzeń psychicznych. Statystyki tego typu są z reguły trudne do oceny – np. opierają się tylko na danych szpitalnych [10].
- **Prawne.** Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego wprowadza kryterium tzw. bezpośredniego zagrożenia dla życia pacjenta. Niestety, to mało precyzyjny zapis, który nie jest czuły diagnostycznie (nie uwzględniono ryzyka przypadków fałszywie ujemnych i osób niechorych psychicznie). Pomimo wadliwości tego rozwiązania i formułowania zarzutów przeciwko psychiatrom w różnych sprawach nie ma woli do zmiany tego zapisu.

Kompetencje personelu mają podstawowe znaczenie w przeciwdziałaniu zagrożeniom samobójczym. Na przykład myśli samobójcze są użytecznym przedmiotem analizy stanu psychicznego i nie wymagają natychmiastowej interwencji. Z kolei faktyczne przygotowania do samobójstwa wiążą się często z pozorną poprawą stanu klinicznego.

Niespodziewane, niezidentyfikowane wydarzenia prowadzą pracowników medycznych do konstatacji, że nie kontrolują zagrożeń i całego procesu leczenia, co w rezultacie prowadzi do podważenia kompetencji. Możliwe są wówczas różnego rodzaju reakcje, aż do rozwoju PTSD. Wyzwalany jest lęk i napięcie w relacjach zespołu [11]. W poszukiwaniu „winnego” włączają się różnego rodzaju instytucje i osoby, które często występują z nieadekwatnej pozycji, np. dowodzą post factum, że zamach samobójczy był jednak możliwy do przewidzenia. Przewlekłe procedury pogłębiają ryzyko traumy. Niezależnie od opresyjności systemu prawnego w Polsce śmierć pacjenta przybliży pracownika do wypalenia zawodowego. Pielęgniarki psychiatryczne, stanowiące pierwszą linię terapeutów, pozostają grupą o szczególnie dużym narażeniu na stres wynikający z zamachów samobójczych [12].

CEL, MATERIAŁ I METODY

W pracy dokonano analizy doświadczeń pielęgniarek zatrudnionych w Mazowieckim Specjalistycznym Centrum

Zdrowia w Pruszkowie, wynikających z zachowań samobójczych pacjentów. Udział w badaniu był dobrowolny. Ankiety przeprowadzono w lipcu 2012 r., w oparciu o inwentarz, w którym zamieszczono pytania zamknięte. Uzyskane dane poddano analizie ilościowej oraz analizie statystycznej testem chi-kwadrat.

WYNIKI

Analiza została podzielona na dwie części. W części pierwszej przedstawiono charakterystykę badanych osób (personelu), a w drugiej przeanalizowano doświadczenia wynikające z zamachów samobójczych (łącznie: prób samobójczych i samobójstw), które zaistniały w okresie zatrudnienia.

Charakterystyka badanych osób

- W badaniu wzięło udział 60 osób.
- Zdecydowaną większość stanowiły kobiety (95%).
- Przeważały osoby w wieku od 35 do 49 lat.
- 53,3% ankietowanych pielęgniarek posiadało wykształcenie średnie zawodowe, a 6,7% wyższe ze specjalizacją.
- Odsetek zamężnych lub żonatych wyniósł 68,3%.
- Osoby posiadające dzieci stanowiły 81,7%.
- 66,7% ankietowanych pielęgniarek oceniło relacje w swoich rodzinach jako dobre.
- 70% badanych pielęgniarek oceniło swoją sytuację materialną jako dobrą.
- Zdecydowana większość deklarowała, że lubi swoją pracę (88,3%).
- Zatrudnionych na stałe było 90% osób.
- 70% nie miało dodatkowego zatrudnienia.
- Największy udział w grupie ankietowanych stanowiły osoby ze stażem pracy na oddziale psychiatrycznym powyżej 22 lat (70%), najmniejszy – w przedziale 0–4 lata (17%).
- Wybór miejsca pracy przez badane osoby był wyborem własnym w 70%. Tylko w przypadku 16,67% osób miejsce pracy podyktowane było przypadkiem.
- 78,3% pielęgniarek stanowiły osoby, które szybko zaadaptowały się do pracy na oddziale psychiatrycznym (do 1 miesiąca), tylko 11,67% deklarowało trudności (do 3 miesięcy).
- W przypadku większości ankietowanych nikt w rodzinie nie leczył się psychiatrycznie (83,3%).
- Większość badanych pielęgniarek odbyła szkolenia podstawowe dotyczące obowiązujących zasad BHP na stanowisku pracy (51,7%). Szkolenie profesjonalne związane z wprowadzeniem do pracy na oddziale psychiatrycznym odbyło 43,3% pielęgniarek.

Analiza doświadczeń zachowań samobójczych pacjentów

- **Najwięcej** zamachów samobójczych doświadczyły pielęgniarki w **przedziale wiekowym** 35–49 lat (65,63%) oraz w przedziale 50–60 lat (63,64%). Analiza wykazała istotne statystycznie różnice: chi-kwadrat(3) = 11,33; p = 0,010 między badanymi pielęgniarkami w odniesieniu do stażu pracy.
- Pielęgniarki z **wykształceniem wyższym i posiadające specjalizację doświadczają rzadziej** zamachów samobójczych (50%) niż pielęgniarki tylko z wykształceniem średnim zawodowym (64,52%).
- **Reanimację zakończoną sukcesem** częściej deklarowały pielęgniarki w przedziale wiekowym 35–49 lat (71,43%) oraz w przedziale wiekowym 50–60 lat (62,50%). Grupa pielęgniarek z wykształceniem wyższym (85,71%) charakteryzowała się większą skutecznością w efektywnej reanimacji pacjentów po próbach samobójczych.
- **Poczucie winy** w związku z podejmowanymi przez pacjentów zamachami samobójczymi najczęściej miały pielęgniarki w przedziale wiekowym 20–34 lata (50%) i pielęgniarki, które miały trudności w zaadaptowaniu się do pracy na oddziale psychiatrycznym (33,33%).
- **Najrzadziej do zamachów samobójczych powracały myślami** pielęgniarki w przedziale wiekowym 35–49 lat (61,90%) oraz pielęgniarki, które posiadały rodziny (56,67%).
- **Najczęściej lęk** przed wystąpieniem w przyszłości zamachu samobójczego deklarowały pielęgniarki z najkrótszym stażem pracy: 0–4 lata (66,67%) oraz 5–10 lat (71,43%); następnie lęk spadał i w zasadzie utrzymywał się na podobnym poziomie: 11–15 lat – 50%, 16–20 lat – 55% i > 21 lat – 56,67%.
- Znaczący poziom **obciążenia zawodowego** w wyniku ryzyka podejmowania przez pacjentów zamachów samobójczych deklarowało 70–88% pielęgniarek ze wszystkich przedziałów wiekowych (najrzadziej w przedziale 50–60 lat: 70%).

OMÓWIENIE I WNIOSKI

1. Częstsze doświadczanie zamachów samobójczych przez pielęgniarki w starszym wieku może wynikać z ich dłuższego stażu pracy. Drugim powodem może być istotnie niższa częstość występowania zamachów samobójczych na terenie MSCZ w ostatnich latach.

2. Wyższe kompetencje pielęgniarek (studia, specjalizacja) skutkują redukcją zagrożeń samobójczych na oddziałach psychiatrycznych.
3. W związku z zaistniałymi zamachami samobójczymi u pielęgniarek z najmłodszych grup wiekowych ujawniało się poczucie winy i lęk przed kolejnymi zamachami. Równocześnie pielęgniarki z tych grup często powracały myślami do wydarzeń związanych z zamachami.
4. Najmłodsze i najslabiej wykształcone pielęgniarki powinny uzyskać odpowiednie wsparcie, w tym zostać objęte programem podnoszenia kwalifikacji w zakresie radzenia sobie z zamachami samobójczymi.
5. Większość pielęgniarek generalizuje, że ryzyko zamachów samobójczych jest częste w ich praktyce, co wpływa na efektywność pracy.

PIŚMIENNICTWO

1. Kępiński A. *Lęk*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1977.
2. Patterson WM, Dohn HH, Patterson J, Patterson GA. *Evaluation of suicidal patients: the SAD PERSONS scale*. *Psychosomatics* 1983; 24(4): 343-345, 348-349.
3. Jeleńska J. *Analiza zamachów samobójczych jako zachowań instrumentalnych*. *Przegląd Psychologiczny* 1971; 22: 161-169.
4. Płużek Z. *Samobójstwo*. W: Szewczuk J (red). *Encyklopedia psychologii*. Wydawnictwo Naukowe Scholar; Warszawa 1998.
5. Korzeniowski L, Pużyński S. *Encyklopedyczny słownik psychiatrii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1986.
6. Powell J, Geddes J, Hawton K, Deeks J, Goldacre M. *Suicide in psychiatric hospital in-patients: Risk factors and predictive power*. *Br J Psychiatry* 2000; 176: 266-272.
7. *Columbia Suicide Severity Rating Scale* [online: www.cssrs.columbia.edu].
8. Hołyst B. *Kryminologia*. Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 2000.
9. Hołyst B. *Samobójstwo – przypadek czy konieczność*. Wydawnictwo Prawnicze PWN, Warszawa 1983.
10. Qin P, Nordentoft M. *Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization Evidence Based on Longitudinal Registers*. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62(4): 427-432.

11. Andrejuk S, Łoza B. Nasilenie lęku u personelu pielęgniarstwiego w pięciu typach oddziałów psychiatrycznych: psychoterapeutycznym, ogólnopsychiatrycznym, psychogeriatrycznym, psychiatrii sądowej, opiekuńczo-leczniczym. *Neuropsychiatria* 2012; 4(1): 46-49.
12. Bohan F, Doyle L. Nurses' experiences of patient suicide and suicide attempts in an acute unit. *Mental Health Practice* 2008; 11(5): 12-16.

Adres do korespondencji:

Renata Markiewicz
Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego
Uniwersytet Medyczny
20-059 Lublin, Al. Raławickie 1
tel.: 603 768 528
e-mail: renata_m4@vp.pl