

Małgorzata Marcysiak, Elżbieta Szczepańska, Bożena Ostrowska, Miłosz Marcysiak

Zakład Propedeutyki Pielęgniarstwa i Nauk Społecznych, Wydział Ochrony Zdrowia i Nauk Humanistycznych,
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Ciechanowie

Małgorzata Marcysiak

ul. Wojska Polskiego, 06-400 Ciechanów,

tel. 509552695, malmarcysiak@o2.pl

ZAGROŻENIE WYPALENIEM ZAWODOWYM WŚRÓD PIELEŃNIAREK PRACUJĄCYCH Z TERMINALNIE CHORYMI

Professional burnout among nurses looking after terminally ill patients

Streszczenie

Wstęp: Pielęgniarki, ze względu na specyfikę zadań zawodowych są grupą narażoną na wypalenie zawodowe. Sprawowanie opieki nad osobami umierającymi, które może wiązać się z częstym przeżywaniem stresu może wzmacniać to zjawisko.

Cel: Poznanie zagrożeń sprzyjających powstaniu wypalenia zawodowego u pielęgniarek w opiece nad pacjentem terminalnym.

Material i metody: Badania przeprowadzono wśród 65 pielęgniarek pracujących z pacjentami terminalnie chorymi. Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety.

Wyniki: Z analizy badań wynika, że praca z pacjentem terminalnym wpływa na powstanie zagrożeń wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek. Wymaga wiele trudu i ponoszenia dużych kosztów emocjonalnych. Do istotnych czynników należy stres i atmosfera w pracy.

Wnioski: Ze względu na duże obciążenie w opiece nad terminalnie chorym należy wspierać pielęgniarki oraz stwarzać im odpowiednie warunki i atmosferę w pracy.

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, terminalnie chory, pielęgniarki

Abstract

Introduction: Due to specific professional tasks, nurses are a group vulnerable to burnout. Taking care of dying people, which may frequently be connected with working under stress, can intensify this phenomenon.

Aim: The aim of the present study is to identify the risks which give rise to burnout among nurses looking after terminally ill patient.

Material and methods: Questionnaire-based, the research was carried out among 65 nurses working with terminally ill patients, and used the survey method. The authors' questionnaire was the research tool.

Results: The research analysis shows that looking after terminally ill patients affects the formation of threats from professional burnout in the case of the nursing profession. This work requires a lot of effort and involves incurring high emotional costs, the most important factors being stress and the atmosphere at work.

Conclusion: Due to the heavy burden of looking after the terminally ill, nurses should be supported and provided with favourable conditions and positive atmosphere at work.

Keywords: burnout, terminally ill, nurses

WSTĘP

Współczesny człowiek staje bezradny w obliczu śmierci i bezbronny w chwili ostatecznego z nią spotkania. Śmierć jest pod wieloma względami przerażająca, zwłaszcza gdy jest postrzegana jako samotna, zmechanizowana i zdehumanizowana. W XXI wieku ceniącym sobie przede wszystkim młodość, spraw-

ność oraz osiągnięty sukces, nieuleczalna choroba i śmierć stały się jeszcze bardziej nieakceptowane przez społeczeństwo. Obok lęku i zaprzeczenia pojawia się zainteresowanie problemami jakie niosą ze sobą umieranie i śmierć. [Smrokowska–Reichman, 2007]. Z punktu widzenia życia, fakt choroby sytuuje ludzi w obliczu jednego z najtrudniejszych zadań. Zwłaszcza, gdy mamy do czynienia z długą i ciężką chorobą, jaką jest choroba nowotworowa. Z dnia na dzień człowiek chory odnajduje siebie po drugiej stronie granicy, przestaje liczyć się pozytywne rozwiązanie. Szpital, nawet najbardziej nowoczesny i najlepiej wyposażony nie jest dobrym miejscem do opieki nad chorym terminalnie. Często w szpitalach, gdzie jest prowadzony normalny proces stosowania technik diagnostycznych i leczniczych, zaburzony jest proces przygotowania chorego terminalnie i jego rodziny do śmierci [Sagan i in., 2010].

W związku z tym utworzono specjalistyczne ośrodki, oddziały i zespoły opieki domowej, których zadaniem jest pomoc chorym umierającym i ich rodzinom. Działalność hospicyjna może być prowadzona jako ośrodek hospicyjny stacjonarny (oddział hospicyjny szpitala lub samodzielne hospicjum), ośrodek (oddział) hospicyjny dzienny, zespół domowej opieki hospicyjnej [Zarządzenie Nr 79/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia...].

Pobyty w ośrodkach dziennych przeznaczonych dla przebywających w swoich domach, ale zdolnych do ich okresowego opuszczenia, dzięki panującej tam atmosferze, zajęciom i zabiegom poprawia jakość życia chorych, a jednocześnie zapewnia rodzinom odpoczynek, wyręczając je w sprawowaniu opieki nad chorym członkiem rodziny. Ośrodek hospicyjny stacjonarny, to miejsce przeznaczone dla osób samotnych oraz chorych z objawami uniemożliwiającymi załagodzenie ich w warunkach domowych. Zespół domowej opieki hospicyjnej natomiast, wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach domowych chorym cierpiącym na nieuleczalne choroby. W skład każdego zespołu hospicyjnego, obok innych członków, wchodzi pielęgniarka [Łuczak (red.), 1997].

Opieka nad pacjentem terminalnym trwa wystarczająco długo, by można było nawiązać kontakt, zaprzyjaźnić się z chorym i jego rodziną. Idea ruchu hospicyjnego realizowana jest przez towarzyszenie choremu w najcięższych i ostatnich chwilach jego życia. Wyraża się ona w działaniach mających na celu, przede wszystkim zniesienie wszechogarniającego, totalnego bólu, który jest złożonym doznaniem zmysłowym, przykrym emocjonalnie dla chorego, zmieniającym jego psychikę [Ruszkowska, 1989; Walden–Gałuszko, 2000; Dangel i in., 2010]. Ponadto polega na wykonywaniu zabiegów paliatywnych mających na celu poprawę jakości życia chorego oraz skutecznym, niosącym ulgę, wspieraniu w cierpieniach psychicznych i duchowych chorego i jego rodziny [Górecki, 2002;]. Do roli pielęgniarki pracującej z ludźmi umierającymi należy w szczególności: kontrola symptomów fizycznych i ewentualnie zniesienie niepożądanych objawów; koordynacja opieki nad chorym, włączenie do opieki rodziny oraz innych członków zespołu, a także wsparcie chorego i jego rodziny [Pyszkowska i Kaptacz, 2005]. Poprawę warunków życia pacjentów w terminalnej fazie choroby osiąga się poprzez zmniejszenie uciążliwości leczenia, a także dbanie o jego stan psychiczny i społeczny, dlatego udział pielęgniarki w opiece nad pacjentem w okresie terminalnym jest bardzo trudny, szczególnie w zakresie psychopaliatywnym. Opieka, bowiem nastawiona na poprawę jakości życia, nie jest w stanie zapewnić spełnienia wszystkich potrzeb chorego. Pielęgniarki wykonując swój zawód muszą być kreatywne, tworzyć własne plany, współuczestniczyć w rozwiązywaniu problemów swoich podopiecznych. Sytuacje te powodują, że zakres zadań i obowiązków zdecydowanie się zwiększa się, co jest często niewspółmierne z możliwościami [Szlendak, 2002]. Ponadto pielęgniarki są grupą, która w swojej sytuacji zawodowej, częściej niż inni ludzie, doświadcza śmierci, dlatego mogą być bardziej narażone na destrukcyjne działania negatywnych emocji niż ogół populacji [Songin i Stolarek, 2003; Nyklewicz i Krajewska-Kułak, 2008].

Zjawisko niewłaściwego funkcjonowania człowieka w środowisku pracy z powodu stresu zawodowego po raz pierwszy opisał w 1974 r. nowojorski psychoanalityk Herbert Freudenberger pod nazwą „burnout”. Zauważył on, że pewne obserwowane u pracowników dolegliwości somatyczne i emocjonalne oraz zakłócenia zachowania występują zwykle łącznie i nazwał je „symptomem wypalenia” [Anczewska, 2009].

Christina Maslach opisuje wypalenie jako „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonania osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób”. Jako główną przyczynę podaje pracę z ludźmi [Henzel – Korzeniewska, 2004,

s. 147]. Za podstawowe kryterium uznano poczucie wyczerpania, któremu towarzyszy: obniżenie samooceny spowodowane poczuciem zawodowej niekompetencji i braku satysfakcji z pracy, liczne dolegliwości somatyczne przy braku rozpoznania jakiegokolwiek choroby. [Mojs i Głowacka, 2005]. Jest to pierwszy etap wypalenia. Człowiek okazuje niechęć do pracy i staje się nieznośny dla otoczenia. Na depersonalizację składają się chłodne, pełne dystansu relacje z odbiorcami usług opiekuńczych. Jest to drugi etap wypalenia, w którym osoba taka może zacząć postrzegać i traktować klientów (pacjentów) jako przedmiot. Trzecim etapem wypalenia jest obniżona samoocena. Pracownik, w wyniku wyczerpania emocjonalnego i znacznej utraty kontaktu z klientem (pacjentem), staje się mało wydajny i nie odczuwa satysfakcji z wykonywanej pracy. To z kolei tworzy negatywne poczucie własnej wartości [Songin i Stolarek, 2003; Wilczek-Rużycka i Plewa, 2008].

Do rozwinięcia zespołu wypalenia zawodowego usposabiają takie czynniki jak: nasilenie stresu zawodowego, ocena sytuacji zawodowej w kategorii zagrożenia, a nie wyzwania, unikanie sytuacji stresowych, jako mechanizm radzenia sobie. Zdaniem Heleny Sęk [2009] kluczowym znaczeniem dla powstania wypalenia jest przekonanie o braku skuteczności w radzeniu sobie z problemami w pracy, oraz generalizowanie negatywnych doświadczeń związanych ze spełnieniem zawodowym. Przyczyn wypalenia, oprócz stresującego środowiska pracy należy się dopatrywać w charakterystycznych dla danej jednostki mechanizmach radzenia sobie ze stresem [Pytka i in., 2009].

Wypalenie zawodowe dotyczy osób silnie zaangażowanych emocjonalnie w swoją pracę. O zaangażowanie emocjonalne szczególnie łatwo w zawodach opartych na relacjach człowiek – człowiek, takich jak pielęgniarstwo. Młodzi ludzie często przystępują do pracy z ogromnymi nadziejami co do własnych możliwości udzielania pomocy i wspierania osób chorych. Później okazuje się, że możliwości wspierania są ograniczone. Bariery tworzą np. realia finansowe, stosunek innych grup zawodowych do pracy pielęgniarstwa a nawet czasami podejście starszych pielęgniarzek do zapału przejawianego przez młode pielęgniarki [Dębska, 2004; Formański, 2009]. Na poziom wypalenia zawodowego, niewątpliwie istotny wpływ ma specyfika oddziały, w którym pracują [Głowacka i Nowakowska, 2006].

Chociaż wypalenie zawodowe może rozwijać się u przedstawicieli różnej profesji, wszyscy badacze problemu zgadzają się, że najbardziej narażone są osoby pracujące w zawodach wymagających stałego kontaktu z innymi ludźmi, od których oczekuje się poświęcenia, dawania siebie, wysokiego poziomu empatii – a więc przedstawiciele zawodów medycznych.

CEL

Celem niniejszych badań było poznanie zagrożeń sprzyjających powstaniu wypalenia zawodowego u pielęgniarzek w opiece nad pacjentem terminalnym.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono wśród 65 pielęgniarzek pracujących z terminalnie chorymi w hospicjach domowych i stacjonarnych w Żurominie, Płocku, Pułtusku, Płońsku i Bydgoszczy oraz w oddziale paliatywnym w Żurominie. Średnia wieku badanych pielęgniarzek wynosiła 42 lata ($M=42,09$, $SD=8,34$). Większość ankietowanych (64,4%) zamieszkiwała w mieście, zaś 35,6% na wsi. Najliczniejszą grupę badanych (56,9%) stanowiły absolwentki Medycznego Studium Zawodowego, 36,9% ukończyły Liceum Medyczne, a tylko 6,2% respondentek legitymowała się wykształceniem wyższym. Większość pielęgniarzek była zamężna (78,5%), 10,8% stanowiły panny, a 10,7% - osoby rozwiedzione. Największą grupę (32,2%) stanowiły osoby z najkrótszym stażem pracy (1-5 lat), a najmniejszą (15,4%) osoby pracujące z terminalnie chorymi od 11 do 15 lat. Pozostałe osoby (po 26,2%) posiadały staż od 6 do 10 i powyżej 16 lat.

W badaniach zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, technikę ankietowania. Narzędzie badawcze stanowił autorski kwestionariusz ankiety, składający się z metryczki oraz 18 pytań dotyczących potencjalnych czynników, które mogłyby stanowić zagrożenie wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarzek pracujących z terminalnie chorymi.

Wyniki poddano analizie statystycznej i statystycznej weryfikacji hipotez badawczych. W badaniach zastosowano test t-Studenta dla prób niezależnych, analizę korelacji r-Pearsona oraz testy nieparametryczne. Poziom istotności wnioskowania statystycznego ustalono na $p<0,05$. W badaniach zastosowano pakiet Statistica.

WYNIKI

Praca z terminalnie chorymi może być zagrożeniem w rozwoju wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek. Jako potencjalne czynniki poddano analizie negatywne emocje towarzyszące pracy z pacjentem, zagrożenie stresem w pracy oraz atmosferę panującą w miejscu pracy.

Według deklaracji większości badanych pielęgniarek (50,8%) poziom przeżywania negatywnych emocji jest niski. Co piąta badana deklaruje, że emocje mają przeciętne natężenie. Pozostałe 29,2% ankietowanych deklaruje, że te emocje występują a ich poziom jest wysoki /tab. 1./.

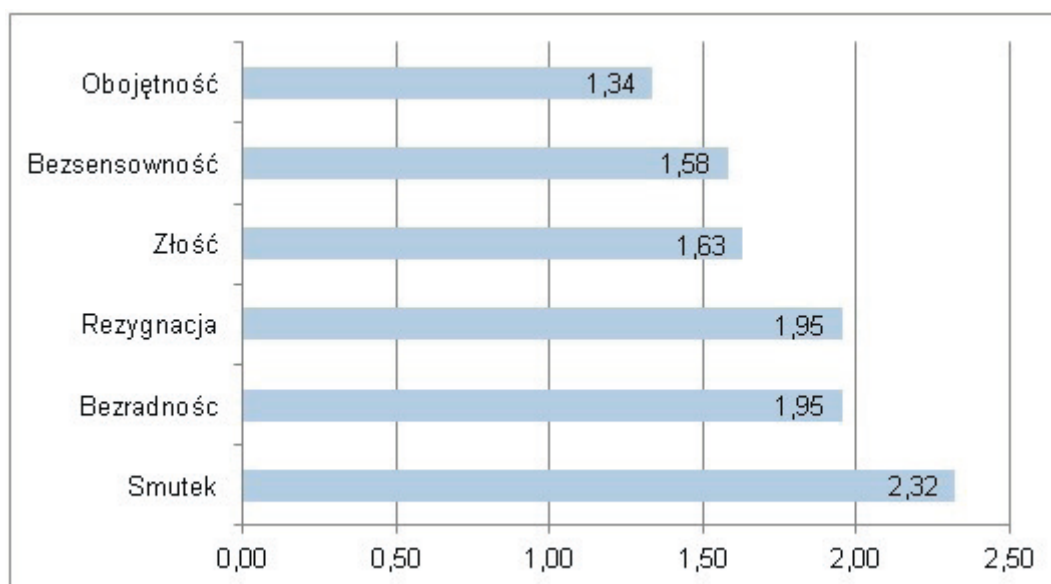
Tabela 1. Przeżywanie negatywnych emocji w miejscu pracy
Table 1. Experiencing negative emotions in the workplace

Poziom przeżywania negatywnych emocji:	N	%
Niski	33	50,8%
Przeciętny	13	20,0%
Wysoki	19	29,2%
RAZEM	65	100,0%

źródło: wyniki badań własnych

Spośród negatywnych emocji najczęściej towarzyszy pielęgniarkom smutek. Dość często występuje również uczucie bezradności oraz rezygnowania. Jednak pomimo tych wszystkich negatywnych emocji, 78,5% ankietowanych pielęgniarek nie znajduje wśród swoich przeżyć obojętności /ryc. 1/.

Ryc. 1. Negatywne emocje przeżywane przez pielęgniarki
Fig. 1. Negative emotions experienced by nurses



Wyniki pokazują średnie natężenie uczuć w opinii pielęgniarek (wynik max = 3,0)

Źródło: wyniki badań własnych

Kolejna grupa pytań dotyczyła zagrożenia wypaleniem zawodowym. Pielęgniarki na podstawie samoobserwacji określały nasilenie u nich typowych objawów, które mogłyby zwiastować zagrożenie wypaleniem.

Niemal połowa ankietowanych (45,3%) często doświadcza syndromów, które mogą świadczyć o rozwijającym się zespole wypalenia zawodowego. Jedna trzecia badanych pielęgniarek, raczej rzadko doświadcza tych objawów /tab. 2/.

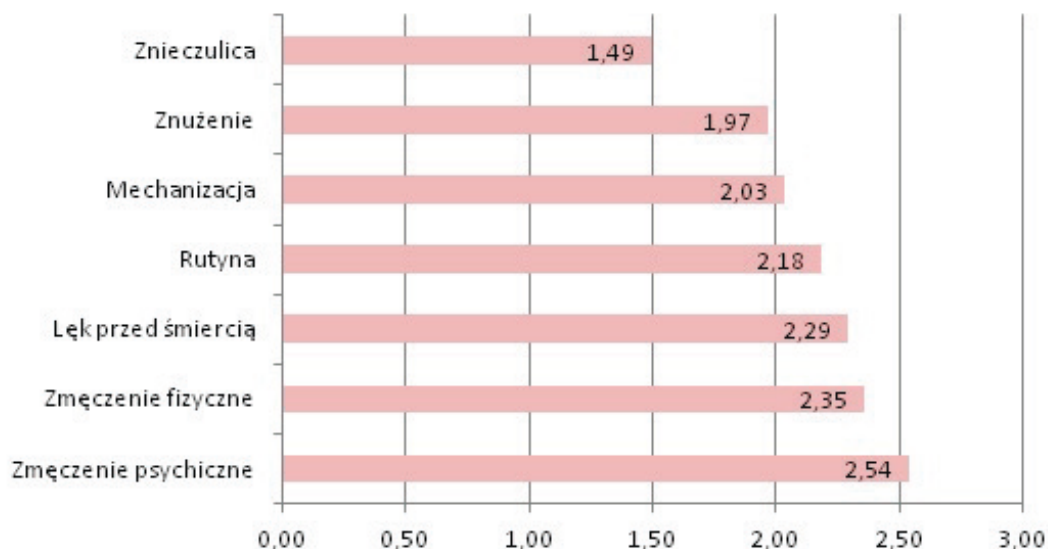
Tabela 2. Objawy wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek
Table 2. Symptoms of nurses' professional burnout

Zagrożenie wypaleniem zawodowym	N	%
Niskie	21	33,0%
Przeciętne	14	21,8%
Wysokie	29	45,3%
RAZEM	65	100,0%

źródło: wyniki badań własnych

Respondentki najczęściej wskazywały na przeżywanie zmęczenia psychicznego i fizycznego w związku z wykonywaną pracą. Stosunkowo często pojawiał się również lęk przed śmiercią, rutyna w pracy oraz mechaniczne wykonywanie zabiegów i czynności pielęgnacyjnych. Najrzadziej badane wskazywały na przeżywanie znieczulenia na krzywdę innej osoby /ryc. 2/.

Ryc. 2. Syndromy wypalenia zawodowego
Fig. 2. Syndromes of professional burnout



Wyniki pokazują średnie natężenie objawów w opinii pielęgniarek (wynik max = 3,0)

Źródło: wyniki badań własnych

Kolejnym czynnikiem sprzyjającym rozwojowi wypalenia zawodowego był stres.

Tabela 3. Stres w pracy pielęgniarki
Table 3. Stress in the nursing profession

Jak często w miejscu pracy odczuwa Pani stres?	N	%
Rzadko	10	15,4%
Przeciętnie	17	26,2%
Często	38	58,5%
Razem	65	100,0%

źródło: wyniki badań własnych

Pielęgniarki deklarowały, że często odczuwają stres w miejscu pracy (58,5%) /tab.3/. Najbardziej obciążającym czynnikiem w pracy zawodowej były niskie zarobki oraz konieczność zachowania ciągłej czujności w opiece nad pacjentem (82%). Codzienny kontakt ze śmiercią był stresorem dla 62% respondentek. Najbardziej pielęgniarki wskazywały na czynniki związane ze współpracą z zespołem (22%) oraz pacjentem i rodziną pacjenta – 9% /tab. 4./.

Tabela 4. Czynniki stresujące w pracy pielęgniarskiej
Table 4. Stress factors in the nursing profession

Stresory w miejscu pracy:	N	%
niskie zarobki	54	83%
konieczność zachowania ciągłej czujności	53	82%
codzienny kontakt ze śmiercią	40	62%
niski status zawodowy	27	42%
brak odpowiednich warunków pracy	25	38%
zła współpraca zespołu leczącego	14	22%
zła współpraca z pacjentami i rodziną	6	9%

źródło: wyniki badań własnych

Pomimo tego badane pielęgniarki deklarowały, że nie zmieniłyby wykonywanego zawodu na inny. Aż 64,6% ankietowanych, nie odczuwało takiej potrzeby. Stwierdzały, że dobrze czują się w roli niosących pomoc. Wśród pielęgniarek wyrażających chęć zmiany zawodu, najczęściej padała deklaracja, że zmieniłyby na każdy inny, byle nie medyczny (78,3%).

Spośród badanych pielęgniarek 40% deklarowało, że stara się towarzyszyć pacjentowi przy śmierci. Pozostałe 60% starało się tego unikać. Pielęgniarki były bardzo podzielone, jeśli chodzi o ocenę nasilenia negatywnych uczuć w pracy, kiedy towarzyszą umierającemu pacjentowi. Według 43,1% pielęgniarek negatywne uczucia wzmagają się wtedy, jednak również 43,1% badanych uważało, że nie zaobserwowało zmian w swoich przeżyciach.

Pielęgniarki, które unikały towarzyszenia pacjentom w czasie śmierci istotnie częściej przeżywały negatywne emocje w pracy ($p < 0,05$). Osiągały również wyższe wyniki, jeśli chodzi o zagrożenie wypaleniem zawodowym, różnica ta nie jest jednak istotna statystycznie /tab. 5/.

Tabela 5. Towarzystwo w umieraniu a przeżywanie negatywnych emocji i zagrożenia wypaleniem zawodowym
Table 5. Accompanying the dying and experiencing negative emotions and threats from burnout

	Towarzystw	Nie towarzysz	t	p
Przeżywanie negatywnych emocji	10,32	12,77	-2,213	0,034
Zagrożenie wypaleniem zawodowym	14,11	15,88	-1,617	0,115

źródło: wyniki badań własnych

Wykształcenie (ukończona szkoła) różnicowało osoby badane, jeśli chodzi o przeżywanie negatywnych emocji. Wyniki w teście nieparametrycznym Kruskala-Wallisa wskazują na różnice na poziomie tendencji statystycznej ($p = 0,068$). Różnice dotyczą głównie pielęgniarek które ukończyły Liceum Medyczne i Medyczne Studium Zawodowe. Pielęgniarki, z wykształceniem średnim częściej przeżywają w pracy negatywne emocje ($M = 12,0$) niż pielęgniarki z wykształceniem policealnym ($M = 10,02$). Brak różnic w zakresie występowania zachowań zwiastujących wypalenie zawodowe ($p > 0,05$).

Doskonalenie zawodowe istotnie wpływa na przeżywanie przez badanych negatywnych emocji. Osoby, które nie doskonalą się zawodowo, częściej przeżywały negatywne emocje, z którymi nie potrafiły sobie radzić ($p < 0,05$). Brak istotnych statystycznie różnic w zakresie zagrożenia wypaleniem zawodowym /tab. 6/.

Atmosfera w miejscu pracy nie wpływa istotnie na przeżywanie negatywnych emocji (H Kruskal-Wallis=1,152, $p = 0,562$) oraz występowanie zachowań zwiastujących wypalenie zawodowe ($H = 0,953$, $p = 0,621$). Ma jednak związek z przeżywaniem przez pielęgniarki stresu w pracy ($H = 11,766$, $p = 0,003$). Atmosfera w pracy przekłada się na postrzeganie jej jako stresora – gorsza atmosfera skutkuje wzrostem stresu.

Tabela 6. Doskonalenie zawodowe a przeżywanie negatywnych emocji i zagrożenia wypaleniem zawodowym
Table 6. Professional development and experiencing negative emotions and threats from burnout

	Doskonałą się	Nie doskonałą się	t	p
Przeżywanie negatywnych emocji	10,03	11,72	-2,243	0,028
Zagrożenie wypaleniem zawodowym	14,39	15,45	-1,26	0,212

źródło: wyniki badań własnych

Staż pracy na oddziale nie wpływa istotnie na badane zmienne ($p > 0,05$).

Tabela 7. Przeżywanie negatywnych emocji i zagrożenie wypaleniem zawodowym a wiek
Table 7. Age and experiencing negative emotions and the risk of professional burnout

		Wiek	PNE	ZWZ
Wiek	R	-----	-0,76	0,299*
	p	-----	0,548	0,016
PNE	R		-----	0,350*
	p		-----	0,004
ZWZ	R			-----
	p			-----

PNE – przeżywanie negatywnych emocji, ZWZ – zagrożenie wypaleniem zawodowym, $p < 0,05$

źródło: wyniki badań własnych

Wiek nie przedkłada się na przeżywanie przez osoby badane negatywnych emocji. Ma jednak wpływ na zagrożenie wypaleniem zawodowym. Starsze pielęgniarki istotnie częściej przeżywały objawy związane z zespołem wypalenia. Częściej czuły się zmęczone i narzekają na rutynę w pracy ($p < 0,05$).

Również przeżywanie emocji wpływa na występowanie zachowań zwiastujących rozwój wypalenia. Osoby częściej przeżywające złość, smutek, zniechęcenie, istotnie częściej prezentowały zachowania związane z wypaleniem ($p < 0,05$) /tab. 7/.

DYSKUSJA

Wystąpienie zagrożeń wypaleniem zawodowym wynika zazwyczaj z konieczności sprostania problemom stawianym przez innych ludzi, które obciążają emocjonalnie i nie dają perspektyw na poprawę tej sytuacji. Codzienna pomoc ludziom naznaczonym stygmatem śmierci, jest bardzo trudnym i odpowiedzialnym rodzajem „służby”. Wymaga nie tylko bezinteresownego poświęcenia własnych sił dla dobra drugiego człowieka, ale przede wszystkim determinacji, wrażliwości, umiejętności łączenia współczucia ze sprawnością działania, cierpliwością i dyscypliną emocjonalną. Jednak cechy te nadmiernie eksploatowane prowadzić mogą do wyczerpania wewnętrznych sił i powodować powstanie zagrożeń wypaleniem zawodowym. Choć, jak wynika z badań własnych współuczestniczenie w umieraniu nie okazuje się tak bardzo trudne, to jednak środowisko pracy, a w nim umierający człowiek, staje się nie do zaakceptowania, tym bardziej brak szans na jego wyleczenie zmuszają do konfrontacji z własną śmiertelnością. Pielęgniarstwo jest zawodem szczególnie narażonym na pojawienie się syndromu wypalenia zawodowego.

Z dotychczasowych badań wynika, że pielęgniarki posiadają istotnie wyższy poziom empatii, niż osoby na co dzień nie pracujące z pacjentami – zwłaszcza w zakresie przyjmowania perspektywy drugiej osoby oraz empatycznej troski (IRI) [Marcysiak i in., 2014a].

Poziom akceptacji śmierci wśród pielęgniarek i pielęgniarzy był istotnie niższy od nasilenia tej zmiennej wśród studentów, którzy częściej traktowali śmierć jako naturalny aspekt życia. Pielęgniarki i pielęgniarze częściej przejawiali tendencję do przeżywania śmierci w kategoriach lęku i obawy przed końcem własnej egzystencji (KPŻ), co może być przyczynkiem do wypalenia zawodowego [Marcysiak i in., 2013a].

Z analizy badań własnych wynika, że stres towarzyszy w pracy pielęgniarek pracujących z terminalnie chorymi, dlatego należy podejmować działania wspierające.

Badania przeprowadzone wśród pielęgniarek wskazują, że adaptacyjne radzenie sobie ze stresem (CISS) przeciwdziała rozwojowi syndromu wypalenia zawodowego (rozumianego wg definicji Maslach) – wyniki ujemnie korelują z wyczerpaniem emocjonalnym oraz dodatnio z osobistym zaangażowaniem, co wskazuje na poprawne działania. Radzenie sobie skoncentrowane na emocjach sprzyja wyczerpaniu emocjonalnemu oraz depersonalizacji [Marcysiak i in., 2014b], potwierdzając zagrożenie wypaleniem w sytuacjach trudnych.

Zmienną sprzyjającą rozwojowi radzenia sobie skoncentrowanego na problemie (CISS) oraz utrzymywaniu się osobistego zaangażowania (Maslach) jest dyspozycyjny optymizm (LOT-R) [Marcysiak i in., 2013b, 2013c], co wskazuje na konieczność posiadania predyspozycji do zawodu, jako czynnika zapobiegającego wypaleniu zawodowemu.

Często wymienianą przyczyną stresu w pracy (obok wielu związanych z relacjami, wynagrodzeniem, prestiżem, etc.) są sytuacje nieprzewidywalne (np. reanimacje), poczucie braku kontroli (np. opieka nad pacjentem nieprzytomnym) oraz duże napięcie emocjonalne, umieranie i śmierć pacjenta. Badania wskazują zarówno na brak różnic w ocenie źródeł stresu między pielęgniarkami z oddziału chirurgii i hospicjum [Tartas i in., 2009], jak i wskazują na specyficzny dla niektórych oddziałów (OIOM, OIT, Oddział wewnętrzny) – większy stres związany z napięciem psychicznym, śmiercią i umieraniem, bezsilnością, cierpieniem [Wzorek, 2008; Marciniak, 2015].

W badaniach Śleziona [2011] dotyczących emocji przeżywanych przez pielęgniarki, deklarują one, że najczęściej przeżywają smutek (70%), współczucie (67%), bezradność (58%), przygnębienie (38%), żal (37%), spokój (27%), tajemnica (17%), pustka (16%), lęk (6%), rozpacz (4%), gniew (2%), obojętność (1%). Lęk przed śmiercią – dotyczy głównie śmierci kogoś bliskiego (52%) lub jest uogólniony (32%). Rzadziej dotyczy perspektywy własnej śmierci (11%) lub śmierci pacjenta (11%). Obcowanie ze śmiercią – wpływa w opinii pielęgniarek na perspektywę własnej śmierci (73%) oraz na życie osobiste (55%) – zarówno negatywnie, ale również pozytywnie (ubogaca życie, pogłębia, zwiększa wrażliwość, kształtuje dojrzałe podejście), co koresponduje z badaniami własnymi.

Jak podaje Wojciech Nyklewicz [2008] w czasie superwizji pielęgniarki pracujące z pacjentami umierającymi częściej przeżywają – napięcie, przygnębienie, osłabienie racjonalnej oceny. Lęk przed śmiercią dotyczy głównie perspektywy śmierci osoby bliskiej. W badaniach – wysokie wyniki w STAI (lęk jako stan) uzyskało 74% badanych i (lęk jako cecha) 46%. Ponadto pielęgniarki przejawiały tendencję do tłumienia emocji (gniew, depresja, lęk). Wskazuje to na potrzebę stosowania wsparcia, co potwierdzają badania własne.

Pielęgniarkom często towarzyszą przeżycia, których nie ujawniają. Należą do nich: złość, gniew wobec pacjenta, wstyd, poczucie winy, smutek, bezradność, niemożność uratowania życia, nadmierna identyfikacja oraz nieadekwatna empatia [Kowalczyk, 2010].

Badacze starają się wyróżnić różne style radzenia sobie ze śmiercią i umieraniem pacjenta. Postawą sprzyjającą radzeniu sobie jest zaakceptowanie własnej śmiertelności [Śleziona, 2011]. Do negatywnych strategii radzenia sobie zaliczyć można unikanie, rzeczowość i ucieczkę, bagatelizowanie kontaktu i instrumentalność. Do pozytywnych zaś podnoszenie poczucia kompetencji, empatyczny ciepły kontakt z chorym i rodziną oraz rozładowanie emocji. Wśród postaw wyróżnia się: niechęć, obojętność, protekcję, postawę „świętoszka” (rozumiana jako nadmierne angażowanie się i poświęcanie), partnerską, filozoficzno-heterocentryczną i religijną [Stępień, 2013]. Jako sposób radzenia sobie wzmożony lęk lub unikanie stosuje 80% pielęgniarek, a walkę do końca i akceptację śmierci – 20% respondentek [Muraczyńska, 2001]. W badaniach jakościowych wyróżniono następujące typy radzenia sobie: empatyczny (zaangażowanie, smutek, żal, bezradność, rozgoryczenie, somatyzacja), zdystansowany (okazywanie emocji świadczy o braku profesjonalizmu), neutralny (hamuje emocje, poczucie odpowiedzialności za innych pacjentów, refleksyjność, zaduma, smutek) [Dębska, 2010].

WNIOSKI

1. Opieka nad terminalnie chorymi zagraża wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek, dlatego należy wprowadzać działania profilaktyczne już na początku pracy i wspierające na kolejnych jej etapach.
2. Istnieje potrzeba wspierania pielęgniarek przez profesjonalistów (psychologów, psychotherapeutów) na kolejnych etapach działań zawodowych, aby nie dopuścić do rozwoju zaawansowanych stadiów wypalenia zawodowego.

3. Odpowiednie przygotowanie i systematyczne doskonalenie zawodowe pielęgniarek mogą być podstawą profilaktyki wypalenia zawodowego.
4. Opieka nad cierpiącym i umierającym, oprócz profesjonalizmu powinna opierać się na empatii i stanowić źródło osobistej satysfakcji, co wymaga posiadania predyspozycji zawodowych.

Piśmiennictwo

1. Anczewska Marta. 2009. *Wypalenie zawodowe – implikacje teoretyczne i praktyczne*. Neurologia Praktyczna. 3 (48): 9-10.
2. Dangel Tomasz, Murawska Małgorzata, Marciniak Wojciech. 2010. *Pediatryczna domowa opieka paliatywna w Polsce*. Medycyna Paliatywna. 3: 136-138.
3. Dębska Grażyna. 2004. *Uwarunkowania zespołu wypalenia zawodowego u pielęgniarek*, Polska Medycyna Rodzinna. 6, Suplement 1: 93-94.
4. Dębska Grażyna, Merklinger-Soma Maria, Cepuch Grażyna. 2010. *Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym*. Pielęgniarstwo XXI wieku. 1-2 (30-31): 65-70.
5. Formański Jacek. 2009. *Zapobieganie wypaleniu*. Magazyn Pielęgniarki i Położnej. 10: 4.
6. Głowacka Maria Danuta, Nowakowska Iwona. 2006. *Wypalenie zawodowe pielęgniarek – niebezpieczeństwa, koszty i sposoby zapobiegania*. Pielęgniarstwo Polskie. 2 (22): 127.
7. Górecki Mirosław. 2002. *Hospicjum w służbie umierającym*. Warszawa: Wyd. „Żak”.
8. Henzel-Korzeniewska Alina. 2004. *Wypalenie zawodowe fanaberia intelektualna, czy rzeczywisty problem?*. Lekarz Rodzinny. 2:146-148.
9. Łuczak Jacek. 1997. *Cierpienie. Charakterystyka. Rozpoznawanie. Wspomaganie cierpiących. Powinności leczących. Jak skuteczniej pomagać cierpiącym chorym?* [w:] Łuczak Jacek. (red.) *Opieka paliatywna w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej. Kurs podstawowy dla lekarzy i pielęgniarek*. Poznań: 87-89.
10. Marcysiak Miłosz, Dąbrowska Olga, Marcysiak Małgorzata. 2013a. *Akceptacja śmierci jako postawa życiowa pielęgniarek i studentów pielęgniarstwa*. Progress in Health Sciences. 3 (1): 103-109.
11. Marcysiak Miłosz, Dąbrowska Olga, Katarzyna Korycińska-Koniczuk, Marcysiak Małgorzata. 2013 b. *Radzenie sobie ze stresem pielęgniarek a optymizm*. [w:] Zagroba Małgorzata, Ostrowska Bożena, Wiśniewska Ewa, Marcysiak Małgorzata (red.) *Pielęgniarstwo – wczoraj, dziś, jutro*. Ciechanów: PWSZ w Ciechanowie: 68-75.
12. Marcysiak Małgorzata, Dąbrowska Olga, Wierzbicka Joanna. 2013 c. *Optymizm a wypalenie zawodowe u pielęgniarek* [w:] Zagroba Małgorzata, Ostrowska Bożena, Wiśniewska Ewa, Marcysiak Małgorzata (red.) *Pielęgniarstwo – wczoraj, dziś, jutro....* Ciechanów: PWSZ w Ciechanowie: 59-67.
13. Marcysiak Miłosz. 2014 a. *Understanding of the concept of empathy and empathy in a nurse's work*. Progress in health sciences. 4 (2): 75-81.
14. Marcysiak Miłosz, Dąbrowska Olga, Marcysiak Małgorzata. 2014 b. *Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek*. Problemy Pielęgniarstwa. 22 (3): 312-318.
15. Marciniak Anna, Ślusarska Barbara, Nowicki Grzegorz. 2015. *Zdolności empatyczne oraz sposoby radzenia sobie pielęgniarek z trudnościami w opiece nad pacjentami onkologicznymi*. Medycyna Paliatywna. 7 (3): 161-167.
16. Mojs Ewa, Głowacka Maria Danuta. 2005. *Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek*. Nowiny Lekarskie. 74: 238-243.
17. Muraczyńska Bożena. 2001. *Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece paliatywnej – wybrane zagadnienia*. Annales UMCS. 26 (15): 201-206.
18. Nyklewicz Wojciech, Krajewska-Kułak Elżbieta. 2008. *Śmierć, a emocje pielęgniarek. Doniesienie wstępne*. Problemy Pielęgniarstwa. 16 (3): 248-254.
19. Pyszkowska Jadwiga, Kaptacz Anna. 2005. *Rola pielęgniarki w łagodzeniu bólu i cierpienia*. [w:] Walden-Gałuszko Krystyna, Kaptacz Anna (red.) *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Warszawa: PZWL: 61-81.

20. Pytka Dorota, Kądalska Ewa, Doboszyńska Anna, Tomaszewicz Ewa. 2009. *Zespół wypalenia zawodowego pielęgniarek pracujących w oddziałach onkologicznych*. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 1 (26-27): 75-76.
21. Ruszkowska Jolanta. 1989. *Hospicjum*. *Communio*. 2: 92-93.
22. Sagan Magdalena, Pakosz Artur, Janecki Marcin. 2010. *Rola opieki paliatywnej w okresie żałoby i osierocenia*. *Medycyna paliatywna*. Tom 2, 3: 132-136.
23. Sęk Helena. 2009. *Wypalenie zawodowe, przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.
24. Smrokowska-Reichman Agnieszka. 2007. *Człowiek stary w społeczeństwie*. *Na Temat*. 12: 3-7.
25. Songin Anna, Stolarek Maria. 2003. *Zespół wypalenia zawodowego personelu medycznego oddziału onkologicznego wojewódzkiego szpitala specjalistycznego w Radomiu*. *Radomski Rocznik Lekarski*. tom 8: 57-59.
26. Stępień Renata, Zdziebło Kazimiera, Wiraszka Grażyna. 2013. *Determinanty etycznego postępowania pielęgniarki w opiece onkologicznej*. *Acta Scientifica Academiae Ostroviensis*. 1: 27-36.
27. Szlendak Beata. 2002. *Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalenia zawodowego pielęgniarek*. *Pielęgniarka i Położna*. 7: 18-19.
28. Śleziona Mariola, Krzyżanowski Dominik. 2011. *Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta*. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 1(3): 217-223.
29. Tartas Małgorzata, Derewicz Grażyna, Walkiewicz Maciej, Budziński Waldemar. 2009. *Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej*. *Annales Academiae Medicae Gedanensis*. 39: 145-153.
30. Walden-Gałuszko Krystyna. 2000. *U kresu*. Gdańsk: Wyd. PTPO.
31. Wilczek-Rużyczka Ewa, Plewa Zbigniew. 2008. *Wypalenie zawodowe u pracowników ochrony zdrowia*. *Medycyna Rodzinna*. 3, 6: 70-71.