

dr ANNA ŁUCZAK  
 dr ŁUKASZ BAKA  
 mgr ANDRZEJ NAJMIEC  
 Centralny Instytut Ochrony Pracy  
 – Państwowy Instytut Badawczy  
 Kontakt: [anluc@ciop.pl](mailto:anluc@ciop.pl)  
 DOI: 10.5604/01.3001.0010.8528

# Stres w pracy personelu medycznego psychiatrycznej opieki zdrowotnej – przegląd badań

Fot. dolgachov/Bigstockphoto



Stres w pracy jest ważkim problemem w obszarze bhp, na co wskazują ostatnie badania EU-OSHA. Konsekwencje stresu w pracy odczuwają zarówno pracownicy (m.in. problemy psychiczne, depresja, choroby układu sercowo-naczyniowego, mięśniowo-szkieletowego, cukrzyca) jak i przedsiębiorstwa (m.in. absencja chorobowa, rotacja pracowników, spadek produktywności). Większość kadry zarządzającej ma świadomość istnienia stresu w ich firmach, ale niewiele firm ma procedury radzenia sobie ze stresem w miejscu pracy.

W artykule przedstawiono przegląd badań na temat przyczyn stresu w pracy personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, która jest zaliczana do kategorii prac o szczególnym charakterze, gdzie narażenie na stres jest elementem jej specyfiki.

*Słowa kluczowe: stres w pracy, personel medyczny psychiatrycznej opieki zdrowotnej*

## Occupational stress of medical staff at psychiatric and addiction treatment wards – a review of research

Occupational stress is an important problem in occupational safety and health, which recent research at EU-OSHA has shown. The effect of occupational stress is observed both in workers (e.g., psychological problems, depression, cardiovascular and musculoskeletal diseases, diabetes) and in enterprises (e.g., sick leave, employee turnover, decreased productivity). Most managers are aware of occupational stress in their companies; few companies have procedures for coping with it, though. This article presents a review of studies on the causes of occupational stress in medical staff at psychiatric and addiction treatment wards, who are in direct contact with patients. Those are considered to be special jobs, where exposure to stress is intrinsic.

*Keywords: stress at work, medical staff at psychiatric and addiction treatment wards*

## Wstęp

25% europejskich pracowników doświadcza stresu związanego z pracą zawodową przez cały czas lub przez większą część czasu pracy, a podobny odsetek jest zdania, że praca ma niekorzystny wpływ na stan ich zdrowia – informuje Europejska Agencja Bezpieczeństwa i Zdrowia w Pracy (EU-OSHA.) Okazuje się także, że zdecydowana większość (79%) kadry zarządzającej przedsiębiorstwami w Europie ma świadomość istnienia problemu stresu w ich firmach, ale równocześnie jedynie 30% przedsiębiorstw ma procedury pomocne w radzeniu sobie ze stresem i przemocą w miejscu pracy [1].

Stres zawodowy jest ściśle związany z psychospołecznymi czynnikami ryzyka, wśród których wymienia się nadmierne obciążenie pracą i jej tempem, niepewność pracy, nieelastyczny system zmianowy, nieregularne godziny pracy, złe relacje ze współpracownikami i problemy w komunikacji, brak partycypacji pracowników w dbaniu o poziom bezpieczeństwa w firmie, niejasność roli zawodowej zatrudnionych, słabe możliwości rozwoju kariery zawodowej oraz konflikty na linii praca-dom [2,3].

Skutki doświadczania stresu w pracy mają dla pracownika różnorakie konsekwencje, w tym przede wszystkim o charakterze zdrowotnym, związane z problemami psychicznymi (głównie z depresją); z chorobami układu sercowo-naczyniowego, mięśniowo-szkieletowego i z cukrzycą. Niebagatelne są koszty finansowe związane z leczeniem zdrowotnych skutków stresu, które tylko w przypadku chorób układu sercowo-naczyniowego związanych ze stresem określono w Europie w 2012 r. na 9% wydatków służby zdrowia [1]. Podkreśla się też znaczne koszty przedsiębiorstw, wynikające z innych niż zdrowotne skutków stresu

w pracy, a mianowicie ze wzrostu poziomu absencji chorobowej, zwiększonej rotacji pracowników oraz spadku produktywności.

Zły stan zdrowia jest jedną z przyczyn wykluczenia społecznego, w tym wykluczenia z rynku pracy, co w efekcie prowadzi do zwiększenia skali bezrobocia i ubóstwa oraz wzrostu wydatków na różnego typu świadczenia społeczne. W grupie osób zagrożonych wykluczeniem społecznym ze względu na zły stan zdrowia znajdują się osoby wykonujące prace o szczególnym charakterze. W ich przypadku szczególne wymagania i psychospołeczne warunki pracy ściśle wiążą się z intensywnym i częstym kontaktem z innymi ludźmi, co skutkuje wypaleniem zawodowym i w efekcie wysokim ryzykiem stresu i nadmiernego obciążenia zarówno fizycznego, jak i psychicznego.

Jedną z grup zawodowych wykonujących prace o szczególnym charakterze jest personel medyczny psychiatrycznej opieki zdrowotnej. W artykule zaprezentowano przegląd badań na temat głównych przyczyn stresu w pracy tej grupy zawodowej.

### Personel medyczny psychiatrycznej opieki zdrowotnej

Personel psychiatrycznej opieki zdrowotnej (personel medyczny oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentem) wykonuje prace o tzw. szczególnym charakterze. Są to prace „wymagające szczególnej odpowiedzialności oraz szczególnej sprawności psychofizycznej, których możliwość należytego wykonywania w sposób niezagrażający bezpieczeństwu publicznemu, w tym zdrowiu lub życiu innych osób, zmniejsza się przed osiągnięciem wieku emerytalnego na skutek pogorszenia sprawności psychofizycznej, związanego z procesem starzenia się” [4].

Światowa Organizacja Zdrowia zwraca uwagę na globalne zmiany zachodzące w obszarze opieki psychiatrycznej, gdzie obserwuje się niedobór personelu i związany z tym problem zbyt dużej liczby pacjentów przypadających na jedną osobę personelu oraz złe warunki pracy. Lekarze mówiący o swoich odczuciach po kilku latach pracy z pacjentami psychiatrycznymi wskazują na to, że przyczyną ich wypalenia zawodowego jest nadmiar pracy, która wiąże się z dużą odpowiedzialnością oraz brak wsparcia i pomocy w zakresie wykonywania obowiązków – z powodu zbyt małej liczby personelu medycznego. Efektem takiej sytuacji jest zmęczenie i wyczerpanie zarówno fizyczne (m.in. bóle głowy, problemy gastryczne, zaburzenia snu), jak i psychiczne (brak energii do dalszej pracy, poczucie braku sensu swojej pracy, brak satysfakcji z pełnionej roli, częste uczucie irytacji oraz problemy i konflikty w relacjach z innymi ludźmi), [5].



Fot. Wavebreak Media Ltd./Bigstockphoto

W raporcie na temat stanu ochrony zdrowia psychicznego w Polsce znajdujemy informację, że wskaźnik liczby lekarzy psychiatrów i pielęgniarek psychiatrycznych na 100 tys. mieszkańców jest u nas niższy niż średnia dla Europy i wynosi 6 lekarzy i 18,6 pielęgniarek, podczas gdy np. w Czechach jest to 12 lekarzy i 33 pielęgniarki, a w Finlandii – 22 lekarzy i 180 pielęgniarek.

Do personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentem zalicza się, zgodnie z art. 3 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej [6], nie tylko osoby wykonujące zawody medyczne, takie jak lekarz i pielęgniarka, ale również osoby uprawnione do udzielania świadczeń zdrowotnych, a więc psychologa prowadzącego badania psychologiczne i terapeutę zajęciowego prowadzącego terapię psychologiczną. Ponadto do personelu medycznego można zaliczyć salową i sanitariusza, którzy uczestniczą w procesie leczenia, wykonując prace w bezpośrednim kontakcie z pacjentem i zajmując się pielęgnacją chorych, w tym m.in. ich obsługą (przez co należy rozumieć zabiegi higieniczne przy chorych, udzielanie pomocy chorym przy zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych, transportowanie chorego, dostarczanie i podawanie posiłków), udzielaniem pomocy lekarzowi i pielęgniarce w przeprowadzaniu badania (co oznacza np. układanie i utrzymywanie chorego w odpowiedniej pozycji) i pomaganiem przy wszystkich innych czynnościach, przy których niezbędna jest asysta. W szczególnych przypadkach, na polecenie pielęgniarki, salowe i sanitariusze mogą użyć środków przymusu bezpośredniego w stosunku do pacjenta (np. przytrzymanie, przymusowe podanie leku lub unieruchomienie pacjenta).

### Stres w pracy personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej

W literaturze przedmiotu jest mowa o różnych rodzajach stresu występującego w pracy personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Jednym z nich jest tzw. stres sumienia, będący efektem narażenia na sytuacje dwuznaczne moralnie lub niemożność zrobienia czegoś, co dana osoba uważa za powinność [7]. Pielęgniarki odczuwają ten rodzaj niepokoju w sytuacji, gdy doświadczają niemożności zapewnienia pacjentom opieki i pomocy na takim poziomie, jakiego się od nich oczekuje.

W Szwecji przeprowadzono badania wśród pielęgniarek pracujących na 12 oddziałach ambulatoryjnej opieki psychiatrycznej. Wynikło z nich, że stres sumienia pozostaje w relacji do odczuwanej złości i doświadczania zachowań agresywnych, do poczucia ciężaru moralnego oraz poczucia sprawstwa (rozumianego jako posiadanie vs brak wpływu na wydarzenia życiowe), do poziomu kontroli w pracy (w znaczeniu wpływu na jej warunki), do sposobu wykonania pracy i współuczestniczenia w decyzjach w niej podejmowanych. Wymienione elementy sprawiają, że pielęgniarki są bardziej podatne na odczuwanie stresu sumienia niż reszta personelu medycznego [8].

Badania wskazują także, że ze stresem sumienia związane są takie czynniki, jak: niemożność sprostania oczekiwaniom innych, zbyt niskie własne aspiracje związane z zapewnieniem właściwej opieki pacjentom i zbyt mało czasu na opiekę nad pacjentem, co w efekcie prowadzi do wyczerpania emocjonalnego wśród różnych grup personelu szpitali i opieki podstawowej [9].

Z kolei badania ankietowe przeprowadzone wśród personelu medycznego szpitala psy-



chiatrycznego w Norwegii pokazały istotny związek między stresem odczuwanym z powodu niedociągnięć w pracy a konfliktami etycznymi [10].

Pojęcie „stresu sumienia” ma znaczenie podobne do określenia „stres moralny”, które oznacza moralne i etyczne problemy pojawiające się wówczas, gdy wiadomo, jak należy postąpić, ale uniemożliwiają to ograniczenia administracyjne. Badanie przeprowadzone wśród pielęgniarek szpitala psychiatrycznego w Japonii pokazało, że stres moralny korelował z satysfakcją z pracy. Pielęgniarki odczuwały wysoki poziom stresu moralnego w sytuacjach przyzwolenia na łamanie praw pacjenta, np. gdy postępowaly wbrew zasadom, naśladując innych, np. lekarzy lub, kiedy pacjenci byli poddawani niepotrzebnym zabiegom i badaniom, zwłaszcza, gdy nie było na to ich świadomej zgody [11]. Największy wpływ na satysfakcję z pracy miały relacje społeczne między personelem pielęgniarskim. Nieetyczne postępowanie opiekunów było wysoko negatywnie skorelowane z polityką administracyjną (porządek pracy, partycypacja pracowników) – im lepsza polityka, tym mniej zachowań nieetycznych. Przykładem nieetycznych zachowań opiekunów było np. potajemne dodawanie leków do posiłków.

Stres w pracy wynikający z obciążenia emocjonalnego może prowadzić do zjawiska wypalenia zawodowego. W badaniach brytyjskich, podczas których analizowano dobrostan psychiczny oraz zdrowie i satysfakcję z pracy wśród przedstawicieli 26 zawodów okazało się, że pielęgniarki oraz przedstawiciele pokrewnych zawodów medycznych znalazły się w grupie, która osiągnęła najniższe wyniki w zakresie satysfakcji z pracy, choć równocześnie wskaźniki zdrowia oraz dobrostanu psychicznego

jej przedstawicieli nie były najgorsze [12]. Podobnie, z badań polskich wynika, że lekarze i pielęgniarki są grupami zawodowymi najbardziej narażonymi na wypalenie zawodowe [13], przy czym narażenie pielęgniarek jest większe. Dzieje się tak przede wszystkim ze względu na specyfikę tego zawodu, szczególnie w przypadku psychiatrycznej opieki medycznej, gdzie podstawą efektywnej współpracy z pacjentem jest szczególnie rodzaj relacji personel medyczny – pacjent, opartej na empatii, silnym zaangażowaniu emocjonalnym oraz konieczności sprostanania wysokim wymaganiom moralnym.

Badania przeprowadzone w Iranie wśród pielęgniarek szpitalnego oddziału psychiatrycznego i pielęgniarek innych oddziałów szpitalnych pokazały istotnie wyższy poziom wypalenia emocjonalnego wśród pielęgniarek psychiatrycznych, co wyrażało się odczuwaniem stresu, zmęczenia, frustracji i wyczerpania [14]. Ponadto wiek i staż w zawodzie pielęgniarek psychiatrycznych istotnie i pozytywnie korelował z poziomem ich wyczerpania emocjonalnego i brakiem satysfakcji z pracy. Zdaniem autorów cytowanych badań świadczy to o obniżaniu się, wraz z wiekiem i stażem w zawodzie, tolerancji na wymagania i stres w środowisku pracy. Autorzy wskazują także na potrzebę szybkiego reagowania na podobne sytuacje, co powinno przyjmować formę usługi wsparcia specjalistycznego dla pielęgniarek, pozwalającego na poprawę relacji społecznych; zapewnienie wsparcia przełożonych oraz indywidualne programy szkoleniowe, uprzedzające pojawienie się skutków stresu w pracy, a tym samym poprawiające opiekę nad pacjentem.

Z drugiej jednak strony, w innych badaniach przeprowadzonych w czterech szpitalach w Iranie, gdzie porównywano poziom stresu

wśród pielęgniarek z trzech oddziałów: chirurgii, interny i oddziału psychiatrycznego, okazało się, że pielęgniarki psychiatryczne miały istotnie mniejszy stres niż pielęgniarki z pozostałych dwóch oddziałów, ale było to skutkiem istotnie niższych wyników na skali wymagań w pracy, istotnie większego wsparcia społecznego zarówno ze strony przełożonych, jak i współpracowników oraz lepszej komunikacji (najmniej konfliktów w pracy). Autorzy tych badań sugerują, że mniejszy stres w grupie pielęgniarek psychiatrycznych może też wynikać z ogólnie lepszej kondycji fizycznej pacjentów psychiatrycznych, którzy wymagają znacznie mniej opieki klinicznej niż pacjenci oddziałów chirurgicznych i internistycznych [15].

Anczewska wyróżnia dwie główne kategorie stresorów, występujące w pracy personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej: czynniki związane z pacjentami oraz warunki pracy [16].

#### *Czynniki zagrożenia związane z pacjentem*

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

Badanie ankietowe, przeprowadzone tylko w jednym szpitalu dla nerwowo i psychicznie chorych w Polsce, pokazało, że 27 spośród 30 osób personelu medycznego doświadczyło agresji ze strony pacjentów, objawiającej się używaniem wulgarnych słów (w tym wyzwisk), zaczepkami i zastraszaniem, a także niszczeniem sprzętu szpitalnego. Ponad połowa ankietowanych miała do czynienia z agresją pacjentów codziennie [17].

W innych badaniach polskich, przeprowadzonych wśród 100 osób personelu medycznego, zatrudnionych na oddziałach psychiatrycznych, analizowano głównie przyczyny oraz skutki stresu zawodowego [18]. Okazało się, że do podstawowych czynników stresowych należą czynne zachowania agresywne pacjentów, przy czym 90% ankietowanych było ofiarami tego rodzaju agresji, 95% było jej świadkami wobec innych pracowników, a 97% – świadkami agresji skierowanej w stronę innych pacjentów. Podstawowymi skutkami stresu związanego w wykonywaną pracę były: problemy ze zdrowiem psychicznym (rozdrażnienie, zmienność nastroju, zniechęcenie i beznadziejność, problemy z koncentracją, strach o własne zdrowie, lęk i przygnębienie), które deklarowało 87% ankietowanych. Znaczna część ankietowanych (83%) doznała także negatywnego wpływu stresu w pracy na zdrowie fizyczne, co przejawiało się problemami

ze strony układu pokarmowego, kostno-stawowego i układu krążenia. Kolejnym efektem odczuwanego stresu były kłopoty ze snem (częste budzenie się w nocy, nadmierna senność w ciągu dnia, problemy z zasypianiem lub bezsenność), które odczuwało 50% ankietowanych. Okazało się także, że blisko 60% respondentów stwierdziło negatywny wpływ stresu zawodowego na ich relacje społeczne, co przejawiało się wycofaniem się z życia towarzyskiego, preferowaniem samotności oraz koncentracją zainteresowań wyłącznie na pracy. Zaobserwowano także istotny związek między stażem pracy a poziomem stresu i zdrowiem psychicznym: wraz z wydłużaniem się czasu zatrudnienia rósł poziom odczuwanego stresu i pogłębiał się jego wpływ na zdrowie psychiczne.

Kolejne polskie badania, przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrycznych, pokazały, że 78% z nich doświadczyło agresji fizycznej ze strony pacjentów [19]. Agresja ta przyjmowała formę uderzenia ręką przez pacjenta, kopnięcia, popchnięcia, uderzenia kubkiem, szczypania; zaś jej skutkiem były przeważnie urazy kończyn górnych i dolnych. Powodami występowania takich zachowań były np. odmowa leczenia, konflikt z innym pacjentem lub konflikt z rodziną.

Do stresorów związanych z pacjentem należy również obciążenie emocjonalne personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej. Wynika ono ze specyfiki leczenia osób chorych psychicznie, które zazwyczaj ma charakter długotrwały, z na przemian występującymi okresami remisji i nawrotu choroby, gdzie niezbędna jest stała obserwacja pacjentów z powodu nieprzewidywalności ich zachowań (przez co należy rozumieć nawet możliwość popełnienia samobójstwa). Pacjenci psychiatryczni często przyjmowani są do szpitala wbrew swojej woli, niechętnie godzą się na współpracę z personelem, a dodatkowym utrudnieniem bywają problemy w komunikacji z nimi. Wspomniane obciążenie emocjonalne wynika również z ewentualnych komplikacji w życiu rodzinnym pacjenta, nierzadko oznaczających sytuacje konfliktowe [16].

#### Warunki pracy

Pracę personelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej cechuje stałe narażenie na trudne warunki pracy, na co w głównej mierze składa się presja pilnych zadań i odpowiedzialność za życie pacjentów, intensywne relacje z ludźmi, złożone zależności służbowe, niejasność roli, duże obciążenie pracą i jej szybkie tempo, długie godziny pracy i nieregularny system pracy zmianowej. Jednocześnie służba zdrowia podlega częstym i złożonym procesom restrukturyzacji i transformacji [20].



Fot. Tinaity/Bigstockphoto

Badania Malliarou i współpracowników [21] pokazały, że fizyczne i organizacyjne warunki, wynikające ze specyfiki miejsca pracy mogą mieć wpływ na satysfakcję z pracy pielęgniarek. Badania przeprowadzono wśród pielęgniarek w szpitalu uniwersyteckim i szpitalu wojskowym w Grecji. Okazało się, że satysfakcja była mniejsza w grupie pielęgniarek cywilnych, gdzie brakowało wsparcia społecznego, wyróżniania i nagradzania, a pozycja społeczna pielęgniarek – w porównaniu z pozycją innych specjalistów opieki medycznej – znacząco niższa. Natomiast wśród pielęgniarek wojskowych satysfakcja z pracy była istotnie wyższa, ze względu na stałe bonusy w postaci umundurowania, wyższych zarobków, ciągłej możliwości awansu zawodowego oraz większy autorytet i większe poczucie godności.

Na związek miejsca pracy pielęgniarek (w tym przypadku: szpital vs zespół leczenia środowiskowego) z satysfakcją z pracy wskazują również badania z udziałem pielęgniarek psychiatrycznych w Irlandii [22]. Okazuje się, że pielęgniarki psychiatryczne zatrudnione w środowiskowej opiece psychiatrycznej odczuwały wyższy stopień satysfakcji z pracy od pielęgniarek psychiatrycznych pracujących w szpitalach, w zakresie wszystkich mierzonych wymiarów satysfakcji z pracy, tj. satysfakcji ogólnej, zadowolenia z istniejącej struktury organizacyjnej i z relacji społecznych. Większa satysfakcja pielęgniarek środowiskowej opieki psychiatrycznej wynikała z następujących czynników:

- lepsze fizyczne warunki pracy (warunki domowe i rodzinna atmosfera w porównaniu z zaniedbanymi oddziałami szpitalnymi)
- mniejsza rutyna w pracy wynikająca z większej możliwości samodzielnego ustalania zajęć w ciągu dnia

- większa kontrola nad warunkami i przebiegiem pracy
- praca w mniejszych zespołach
- świadomość realnego uczestniczenia w pracy całego interdyscyplinarnego zespołu i w prowadzeniu pacjenta od stanu choroby do wyzdrowienia.

Podobne wyniki uzyskano w przypadku badań prowadzonych wśród pielęgniarek psychiatrycznych w Wielkiej Brytanii [23]. Okazało się, że pielęgniarki zatrudnione na tamtejszych oddziałach szpitalnych mają istotnie wyższy poziom wypalenia zawodowego (większa depersonalizacja, oznaczająca przedmiotowe traktowanie pacjenta i mniejsze zadowolenie z wykonywanej pracy) od pielęgniarek zatrudnionych w środowiskowej opiece psychiatrycznej [24].

Warto jednak zwrócić uwagę na inne wyniki, uzyskane w polskich badaniach, przeprowadzonych przez Anczewską [16]. Wzięli w nich udział lekarze, pielęgniarki, psychologowie, pracownicy socjalni, terapeuci i sanitariusze, zatrudnieni w szpitalnym oddziale psychiatrycznym oraz w trzech zespołach leczenia środowiskowego. Okazało się, że poziom stresu zawodowego oraz wyczerpania emocjonalnego w zespołach środowiskowych jest istotnie wyższy od poziomu stresu w szpitalnym oddziale psychiatrycznym. W tym przypadku pracownicy w oddziale szpitalnym mieli na co dzień możliwość wymiany doświadczeń w interdyscyplinarnym zespole i wspólnego podejmowania decyzji. Ponadto praca na oddziale łączyła się z poczuciem większej stabilizacji i możliwością bycia oddelegowanym na różnego rodzaju szkolenia i konferencje. Natomiast praca w zespołach leczenia środowiskowego miała charakter raczej samodzielny, bez możliwości konsulto-

wania decyzji z innymi specjalistami. Większe obciążenie pracą wynikało z mniejszej liczby personelu oraz konieczności współpracy z innymi strukturami medycznymi (np. pogotowie ratunkowe, poradnia zdrowia psychicznego, zespoły terapii zajęciowej itp.) i pozamedycznymi (np. policja, sąd rodzinno-opiekunicy, opieka społeczna), które nie zawsze działają zgodnie z oczekiwaniami. Poza tym pracownicy zespołów środowiskowych odczuwali brak stabilizacji zawodowej i ekonomicznej.

Odmienne wyniki badań przeprowadzonych w Polsce oraz w Wielkiej Brytanii i w Irlandii wskazują na istotną rolę specyfiki warunków pracy i zakresu obowiązków pełnionych przez personel psychiatrycznej opieki zdrowotnej w odniesieniu do rodzaju obciążenia i związanego z nim poczucia stresu.

Na związek miejsca pracy z odczuwaniem w niej stresu wskazują też badania przeprowadzone wśród pielęgniarek pracujących w dwóch szpitalach psychiatrycznych na Tajwanie. Okazało się, że pielęgniarki ze szpitala wiejskiego odczuwały istotnie wyższy poziom stresu niż pielęgniarki w szpitalu znajdującym się w dużym ośrodku miejskim [25]. Wyższy poziom stresu w wiejskim szpitalu miał swoje uzasadnienie w: mniejszej liczbie personelu medycznego (co przekładało się na większe obciążenie pracą), gorszym wyposażeniu szpitala, niższych płacach oraz większej liczbie umów o pracę na czas określony w porównaniu z liczbą etatów o stałym charakterze zatrudnienia.

Fizyczne i organizacyjne warunki pracy mogą prowadzić do krytycznych sytuacji w zakresie relacji społecznych między pracownikami. Przykładem są badania tureckie, których autorzy zwracają uwagę na zjawisko przemocy w pracy wśród personelu medycznego [20]. Przeprowadzono je wśród pielęgniarek i młodych lekarzy, a ich wyniki pozwoliły na opracowanie modelu, zgodnie z którym takie elementy środowiska pracy, jak: niejasność i konflikt roli, obciążenie pracą i konflikt praca – rodzina stwarzają podatny grunt i istotnie wpływają na występowanie przemocy w pracy, polegającej głównie na jej utrudnianiu (np. nadmierna kontrola, brak niezbędnych informacji, nierealne terminy zadań).

Z kolei zarówno przemoc ukierunkowana na utrudnianie pracy, jak i wymienione elementy środowiska pracy, miały bezpośrednie przełożenie na stres w pracy, a w efekcie – na wypalenie zawodowe i dolegliwości zdrowotne. Badania te pokazały również, że pielęgniarki w większym stopniu odczuwają przemoc w pracy niż młodzi lekarze, co autorzy badań uzasadniają zarówno płcią, jak i większą ekspozycją na czynniki negatywne w pracy pielęgniarek, ponieważ jest to zawód należący do grupy „opresyjnych”, gdzie następuje pierwszy kontakt zarówno z pacjentem, jak i jego rodziną.

## Podsumowanie

Przedstawiony w artykule przegląd badań na temat głównych przyczyn stresu w pracy personelu medycznego oddziałów psychiatrycznych i leczenia uzależnień w bezpośrednim kontakcie z pacjentem, pokazuje ogromną skalę zjawiska stresu w przypadku jednej z wielu kategorii prac o szczególnym charakterze. Źródła stresu, związane zarówno z pacjentem, jak i z warunkami pracy, pozwalają wnioskować, że narażenie na stres w pracy personelu medycznego psychiatrycznej opieki zdrowotnej jest istotnym i nieodłącznym elementem określającym specyfikę tej pracy. Warto też podkreślić, że odmiennosc warunków pracy tej grupy zawodowej w różnych krajach i w różnych uwarunkowaniach kulturowych skutkuje zróżnicowaniem źródeł stresu w pracy.

W związku z tym wydaje się zasadne postulowanie:

- konieczności diagnozowania i stałego monitorowania stresu w pracy wśród personelu medycznego psychiatrycznej opieki zdrowotnej

- opracowania w naszym kraju programów wsparcia w zakresie radzenia sobie ze stresem, zarówno na poziomie indywidualnym, jak i na poziomie jednostek służby zdrowia, zajmujących się opieką psychiatryczną. Programy te powinny opierać się na analizie aktualnie istniejących psychospołecznych warunków pracy i uwzględniać specyficzne aspekty pracy. Postulat ten jest szczególnie istotny ze względu na brak programów wsparcia dotyczących radzenia sobie ze stresem w pracy, które bazowałyby na aktualnych danych o warunkach pracy i były adresowane do konkretnych grup zawodowych.

## BIBLIOGRAFIA

- [1] *Psychosocial risk in Europe. Prevalence and strategies for prevention*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. [https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1\\_osh\\_management](https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management) EU-OSHA 2014
- [2] *OSH in figures: stress at work – facts and figures*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities EU-OSHA 2009
- [3] Cox T. *Stress research and stress management: putting theory to work*. HSE Contract research report no 61/1993, Sudbury, HSE Books 1993
- [4] Ustawa z dnia 19 grudnia 2008 r. o emeryturach pomostowych. T. jedn. Dz.U. z 2008 r. nr 327, poz. 1656
- [5] Wilczek-Rużyczka E. *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*. Wolters Kluwer SA, Warszawa 2014
- [6] Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 8 stycznia 2007 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. T. jedn. Dz.U. z 2007 r. nr 14, poz. 89
- [7] Alkrisat M., Alatrash, M. Stress and conscience: concept clarification. Online „Journal of Health Ethics” 2016,12,1: 1-13 <http://aquila.usm.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1167&context=ojhe>
- [8] Tuveson H., Eklund M., Wann-Hansson C. *Stress of Conscience among psychiatric nursing staff in relations to environmental and individual factors*. „Nursing Ethics” 2012,19,2: 208-219

- [9] Glasberg A. L., Eriksson S., Norberg A. *Burnout and „stress of conscience” among health care personnel*. „Journal of Advanced Nursing” 2007,57,4: 392-403

- [10] Severinsson W., Hummelvoll J. K. *Factors influencing job satisfaction and ethical dilemmas in acute psychiatric care*. „Nursing and Health Science” 2001,3:81-90

- [11] Ando M., Kawano M. *Association between moral distress and job satisfaction of Japanese psychiatric nurses*. „Asian/Pacific Island Nursing Journal” 2016,1,2:55-60

- [12] Johnson S., Cooper C., Cartwright S., Donald I. Taylor P. *The experience of work-related stress across occupations*. „Journal of Managerial Psychology” 2005,20,2:178-187

- [13] Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R. *Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek*. „Polski Merkuriusz Lekarski” 2008,25,150:507-509

- [14] Yousefy A. R., Ghassemi Gh. R. *Job burnout in psychiatric and medical nurses in Isfahan, Islamic Republic of Iran*. „Eastern Mediterranean Health Journal, 2006,12,5:662-669

- [15] Sahraian A., Davidi F., Bazrafshan A., Javadpour A. *Occupational stress among hospital nurses: comparison of internal, surgical and psychiatric wards*. „International Journal of Community Based Nursing and Midwifery” 2013,2,4:182-190

- [16] Anczewska M. *Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006

- [17] 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

- [18] Rejek E., Szmigieli M. *Stres personelu związany ze specyfiką pracy na oddziale psychiatrycznym*. „Problemy Pielęgniarstwa” 2015,23,4: 515-519

- [19] Markiewicz R. *Zachowania agresywne pacjentów wobec personelu pielęgniarskiego zatrudnionego w oddziałach psychiatrycznych*. „Current Problems of Psychiatry” 2012,13,2:93-97

- [20] Akar N. *The relationship among perceived job stressors, workplace bullying and job stress in the health care services in Turkey: a structural equation modeling (SEM) approach*. „International Journal of Humanities and Social Science” 2013,3,14:248-257

- [21] Malliarou M., Sarafis P., Moustaka E., Kouvela T. *Greek registered nurses' job satisfaction in relations to work-related stress. A study on army and civilian Rns*. „Global Journal of Health Science” 2010,2,1:44-59

- [22] Ward M., Cowman S. *Job satisfaction in psychiatric nursing*. „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2007,14:454-461

- [23] Gibb J., Cameron I. M., Hamilton R., Murphy E., Naji S. *Mental health nurses' and allied health professionals' perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work related stress: how do they self-care*. „Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing” 2010,17:838-845

- [24] Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. *Job burnout*. „Annual Review of Psychology” 2001,52:397-422 <http://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/154.pdf>

- [25] Ma Y. C., Yang C. Y., Tseng C. A., Wu M. H. *Predictors of work stress among psychiatric nursing staff in rural and urban settings in Taiwan*. „International Journal of Studies in Nursing” 2016,1,1:70-78

*Publikacja opracowana na podstawie wyników IV etapu programu wieloletniego „Poprawa bezpieczeństwa i warunków pracy”, finansowanego w latach 2017-2019 w zakresie zadań służb państwowych przez Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Koordynator programu: Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy.*