

## Gabriela Kołodziejska<sup>1</sup>, Bożena Gorzkowicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Oddział Chirurgii Ogólnej, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Choszczynie

<sup>2</sup>Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie

# Ocena występowania sytuacji trudnych u pacjentów hospitalizowanych

The evaluation of problem occurrence in hospitalized patients

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Sytuacja trudna definiowana jest jako zakłócenie przebiegu podstawowej aktywności człowieka, prowadzące do mniejszego prawdopodobieństwa realizacji założonych zadań. W zależności od rodzaju zakłóceń traktowanych jako źródła trudności, wyróżnia się kilka rodzajów sytuacji trudnych: deprivacja, zagrożenia, frustracje, sytuacje drażniące, konflikty oraz przeciążenia. Podczas hospitalizacji pacjent narażony jest na szereg trudnych sytuacji, które w efekcie mogą wywoływać stres postrzegany zarówno jako zjawisko korzystne, pozwalające przystosować się do danej sytuacji i zmobilizować do działania oraz jako zjawisko niekorzystne prowadzące do wyczerpania organizmu. Choroba plasuje się na czołowym miejscu na liście problemów życiowych o dużej stresogenności, tuż za śmiercią ukochanej osoby czy rozwodem. Celem pracy było określenie, czy i jakie sytuacje trudne występują u pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgicznym.

**Materiał i metody.** Badania przeprowadzono w grupie 179 pacjentów: 83 mężczyzn (46,4%) oraz 96 kobiet (53,6%) leczonych na oddziale chirurgicznym. Wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety. Jako wyniki badania przedstawiono obliczone statystyki  $\chi^2$ : Pearsona oraz  $\chi^2$  z poprawką Yatesa. Przyjęto poziom istotności  $\alpha$  wynoszący 0,05.

**Wyniki.** Wśród pacjentów hospitalizowanych występują sytuacje trudne zwierające element jakości, na przykład brak dostępu do mediów (50,28%). Okoliczności deprivacji prezentowane są jako tęsknota za domem (35,75%). Równie często choroba (30,73%) i ból (29,61%) wskazywane były jako sytuacje zagrożenia. Rzadko występują sytuacje zakłócenia, przeciążenia, utrudnienia i braków. Konflikty nie wystąpiły.

**Wnioski.** Kobiety i mężczyźni w zbliżony sposób postrzegają i oceniają sytuacje trudne. Kobiety reagują na stres płaczem i bezsilnością, manifestując objawy somatyczne w postaci bólu głowy lub jamy brzusznej. Mężczyźni częściej stosują mechanizm racjonalizacji oraz uważają, że nie potrzebują wsparcia.

**Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (2): 164–170**

**Słowa kluczowe:** hospitalizacja, mechanizmy obronne, stres, sytuacje trudne

### ABSTRACT

**Introduction.** A problem is defined as a disruption in the process of a human's basic activity which leads to a lower probability of the realization of the assumed tasks. Depending on the type of disruptions, assumed to be the source of problems, there are a few kinds of problems: deprivation, threat, frustration, irritation, conflicts and overload. During hospitalization the patient is exposed to a number of problems which, as a result, can cause stress that is perceived as a positive phenomenon which enables us to adapt to a certain situation and stimulates action, as well as a negative phenomenon which leads to body exhaustion. Illness is at the top place of the list of life problems that are significantly stress-inducing and is followed by death of a loved one and divorce. This paper's goal was to determine what the problems of hospitalized patients in the surgical ward are, if any.

**Materials and methods.** The study was conducted on 179 patients (83 men – 46,4% and 96 women – 53,6%) treated in a surgical ward. A diagnostic poll method with the use of the author's questionnaire was applied. Calculated chi-square statistics (Pearson's  $\chi^2$  and  $\chi^2$  with Yates correction) were presented as the results. Statistical significance of 0.05 was assumed.

**Results.** Among the hospitalized patients there were problems that included an element of quality, e.g. lack of media access (50,28%). The circumstances of deprivation were presented as homesickness (35,75%). Illness (30,73%) and pain (29,61%) were indicated as a threat. Disturbance, overload, obstruction and deficiency were rarely present. Conflicts did not occur.

**Conclusions.** Men and women have perceived and evaluated problems in the similar way. Women have more often reacted to stress with helplessness, manifesting somatic symptoms in the form of headaches, stomach aches and they also cried. Men have more often used rationalization mechanism and claimed they do not need any support.

**Nursing Topics 2012; 20 (2): 164–170**

**Key words:** hospitalization, defence mechanisms, stress, problems

**Adres do korespondencji:** dr n. med. Bożena Gorzkowicz, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Ratunkowego, Pomorski Uniwersytet Medyczny, ul. Żołnierska 48, 71-210 Szczecin, tel.: (91) 48 00 974, tel. kom.: 608 49 83 61; faks: (91) 48 00 984, e-mail: gorzbo@pum.edu.pl

## Wstęp

Podczas hospitalizacji pacjent narażony jest na występowanie trudnych sytuacji, które w efekcie mogą wywoływać stres. Łosiak w oparciu o teorię Hansa Selye określa trudną sytuację, jako występowanie rozbieżności pomiędzy potrzebami oraz zadaniami stawianymi człowiekowi a możliwością zaspokojenia potrzeb czy wykonania pewnego zadania. Selye w swej teorii twierdzi, że nie można żyć bez stresu, który może mieć różnoraki charakter [1, 2]. Można postrzegać go w dwóch wymiarach. Jako zjawisko korzystne, kiedy pozwala przystosować się do danej sytuacji i zmobilizować do działania oraz jako zjawisko niekorzystne, prowadzące do przeciążenia organizmu. W ocenie osoby hospitalizowanej trudne sytuacje dotyczą najczęściej obecności przeszkód, depriwacji, zagrożeń, przeciążeń i konfliktów [3, 4].

Według Szutarskiej i Andruszkiewicz depriwację można określić jako pozbawienie czegoś co jest niezbędne do zaspokojenia potrzeb chorego. Frustracja to przeszkoda na drodze do zaspokojenia potrzeb. Sytuacje zagrożenia to brak poczucia bezpieczeństwa. Przeciążenie wymaga od chorego maksymalnie dużego wysiłku i pewnej mobilizacji. Konflikty zaś to sprzeczność dążeń [5].

Choroba w życiu człowieka jest epizodem o szczególnym znaczeniu, zwłaszcza wtedy kiedy pojawia się nagle, ma dynamiczny przebieg i zagraża życiu. Zmusza do zmiany organizacji czasu, zmiany codziennego rytmu życia i podjęcia nowych zadań. Może nabierać różnego znaczenia w subiektywnej ocenie chorego [6].

W oparciu o koncepcję Lazarusa i Folkmana chorobę należy uznać jako wydarzenie stresowe. Rozważania nad stresem spowodowanym chorobą należy rozpatrywać w kilku kategoriach. Czynniki potencjalnie wywołujące trudną sytuację nazywa się stresorem. Hensen i Sęk, w oparciu o prace Antonovskiego, określili stresor jako pewne wymagania, dla których nie ma reakcji adaptacyjnych i które w rezultacie rodzą stan napięcia [7, 8]. Nie oznacza to jednak, że muszą one przetrwać w negatywne stany emocjonalne czy stres. Przeciwnie mogą mieć zbawienny wpływ w postaci mobilizacji, rozwoju czy wyzwalać zasoby energii [9].

Sytuacja trudna identyfikowana jest również z pojęciem stresora lub sytuacją stresową. Zawierają one komponenty stanowiące zagrożenie dla jednostki. Zakłócają lub uniemożliwiają działanie nakierowane na cel, a także pozbawiają cenionych wartości. W efekcie mogą wywoływać patologiczne sytuacje lękowe oraz urazy psychiczne [10].

Pojęcie stresu jest obecnie różne definiowane przez autorów. Nadawane są mu także różne znaczenia. Jedną z ogólnie przyjętych definicji określa stres jako bodźce albo czynniki zewnętrzne w otoczeniu jednostki, z reguły nieprzyjemne, a nawet szkodliwe, stanowiące

obciążenie dla psychiki. To pojęcie stresu jest obiektem szczególnego zainteresowania autorów opisujących czynniki usposabiające do powstania wielu chorób somatycznych [6]. Inne znaczenie stresu definiuje wcześniej już cytowany Hans Selye. Określa go jako uogólnioną reakcję na zadziaływanie czynników uszkadzających, na co psychika reaguje zamianami w zachowaniu. Wyodrębnił dwa kryteria podziału: ilościowe (stres przeciążenia i niedociążenia) oraz jakościowe (dystres — negatywny, eustres — pozytywny) [1, 7, 11]. Richard Lazarus z Uniwersytetu Kalifornijskiego w Berkeley, określa stres jako reakcję pomiędzy podmiotem a otoczeniem. Często reakcja ta oceniana jest jako obciążająca czy przekraczająca zasoby oraz zagrażająca dobrostanowi [4, 12, 13]. W kolejnym ujęciu Lazarusa i Folkmana, stres zostaje określony jako złożony proces, przebiegający według stałych sekwencji. Cały mechanizm ma początek w momencie, kiedy otoczenie zostaje ocenione przez jednostkę jako potencjalnie zagrażające, szkodliwe lub stanowiące pewne wyzwanie. W wyniku tego mamy do czynienia z emocjami. Następnie dochodzi do oceny własnych możliwości i ewentualnego znalezienia sposobu postępowania. Kolejny krok to początek procesów radzenia sobie, które skierowane są na zmianę postępowania i zredukowanie napięcia, włącznie z wyrażeniem doświadczanych emocji [14, 15].

W języku potocznym pojęcie stresu i stresora używa się zamiennie chociaż nie mają tego samego znaczenia. Stresor to pewne wymagania, które człowiek może zinterpretować jako potencjalne zagrożenie albo traktować jako wyzwanie, a także sytuację, od których wiele zależy, na przykład pobyt w szpitalu. Stresory to źródła stresu, a reakcje stresowe to odpowiedź na ich zadziaływanie. Nie zważając na rodzaj stresora, reakcja organizmu zawsze jest taka sama i wiąże się z zadziaływaniem hormonów. Jednak nie u wszystkich osób te same sytuacje wywołują stres. Uniwersalnymi stresorami są czynniki szkodliwe, na przykład hałas oraz ważne wydarzenia życiowe. Cechy stresora psychicznego przyjmuje z całą pewnością choroba somatyczna. Posiada ona element zagrożenia, zakłóca realizację celów, utrudnia zaspokojenie potrzeb oraz obejmuje czynnik utraty cenionych wartości [13–15].

Elementem licznych analiz i opracowań są mechanizmy obronne uruchamiane jako sposób radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Bąk-Sosnowska w oparciu o piśmiennictwo Aleksandrowicza określa mechanizmy obronne jako nieuświadomiony sposób obrony własnej psychiki przed zagrożeniami, które mogą wpływać na integralność i stabilność jednostki. Odbywają się poza wolą pacjenta i w sposób automatyczny, jako sposób na zminimalizowanie lęku i przetrwanie trudnej sytuacji. Z pośród tych mechanizmów można wymienić racjonalizację, wyparcie, reakcje pozorowane, tłumienie, fantazjowanie, kompensacje i inne [16–18].

## Cel pracy

Celem pracy jest określenie, czy i jakie sytuacje trudne występują u pacjentów hospitalizowanych na oddziale chirurgii.

## Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone na przestrzeni 5 miesięcy, od października 2010 do lutego 2011 roku na oddziale chirurgicznym w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Choszcznie. Uzyskano formalną zgodę na przeprowadzenie badań. Respondenci wybrani zostali drogą losową w grupie kolejno hospitalizowanych pacjentów.

W badaniach wykorzystano technikę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego narzędzia opracowanego po analizie literatury przedmiotu. W metryczce zatwary jest podział na płeć, grupy wiekowe, stan cywilny, miejsce zamieszkania, wykształcenie, jako istotne dane do wykazania zależności. Ankieta składa się z 22 pytań o charakterze zamkniętym i otwartym. Po przeprowadzeniu pilotażowych badań w grupie 15 chorych, naniesiono stosowne korekty w kwestionariuszu. Informacje zgromadzone podczas badania ankietowego poddano przekształceniom w arkuszu kalkulacyjnym MS EXCEL 2007. Szczegółowa analiza statystyczna została natomiast przeprowadzona z wykorzystaniem właściwych modułów pakietu STATISTICA 7.1 PL. Wnioskowanie o hipotezach statystycznych przeprowadzono w oparciu o wyliczone prawdopodobieństwo testowe. Podczas przeprowadzanych badań przyjęty został poziom istotności:  $p = 0,05$ . Jako wyniki badania przedstawiono obliczone statystyki  $\chi^2$ : Pearsona oraz  $\chi^2$  z poprawką Yatesa.

## Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono w grupie 179 respondentów, 83 mężczyzn (46,4%) oraz 96 kobiet (53,6%). Ponad jedna trzecia osób objętych analizą przekroczyła 55. rok życia (62 pacjentów, tj. 34,6%). Co czwarty respondent miał 45–55 lat (46 osób, tj. 26,0%), a jeden na pięciu — 21–35 lat (37 osób, tj. 20,7%). Najstłabiej byli reprezentowani chorzy w wieku 16–21 lat (11 osób, tj. 6,1%). Na planowe leczenie przyjętych było 82 spośród ankietowanych chorych (45,8% ogółu badanych). Podobnie liczna była grupa respondentów, która znalazła się w szpitalu z powodu sytuacji nagłej (81 osób, tj. 45,2%). Leczeniu zachowawczemu, nieoperacyjnemu w ramach hospitalizacji poddało się 16 chorych (8,9%).

## Wyniki

Najczęściej wymienianymi sytuacjami zagrożenia wskazywanymi przez respondentów były choroba oraz ból (odpowiednio 55 i 53 osoby, tj. 30,7% oraz 29,6% ogółu badanych). Strach przed śmiercią stanowił za-

grożenie dla 31 chorych (17,3%), a nieznana diagnoza — dla 29 badanych (16,2%). Wśród respondentów znalazło się 25 osób, które nie odczuwały zagrożenia (14,0%).

Stan rozdrażnienia — deprywacji powodowała najczęściej tęsknota za domem (64 osoby, tj. 35,7% ogółu). Co czwarty respondent nie odczuwał w ogóle rozdrażnienia podczas pobytu w szpitalu (49 osób, tj. 27,4%). Głód stanowił przyczynę deprywacji u 22 osób (12,3%), a co dziesiąty pacjent był rozdrażniony brakiem dotyku bliskich (17 osób, tj. 9,5%). Pragnienie oraz inne przyczyny były najrzadziej wymieniane jako powod uczucia rozdrażnienia (po 9 osób, tj. 5,0%).

Niemal połowa pacjentów biorących udział w badaniu ankietowym podczas pobytu w szpitalu nie napotykała sytuacji zakłócenia (75 osób, tj. 41,9%). Do najczęściej doświadczanych można zaliczyć: brak poczucia intymności oraz wątpliwości odnośnie skuteczności leczenia (po 32 osoby, tj. 17,9%). Konieczność zrezygnowania z ulubionych potraw na rzecz obowiązującej diety była problemem dla 26 respondentów (14,5%), natomiast rezygnacja z nałogu stanowiła sytuację zakłócenia dla 18 osób (10,1%). Personel niespektujący praw pacjenta powodował stres u 5 badanych (2,8%), natomiast 4 osoby wskazały inne sytuacje zakłócenia (2,2%).

W ocenie respondentów sytuacje przeciążenia nie dotyczyły 81 osób, tj. 45,2%. Niemal co piąty chory stwierdzał, iż najbardziej uciążliwy podczas pobytu w szpitalu był hałas (33 osoby, tj. 18,4%). Niewłaściwa temperatura stanowiła sytuację przeciążenia w przypadku 22 respondentów (12,3%). Rażące światło w nocy i/lub brak dostępu światła dziennego oraz niewygodne łóżka były uciążliwe dla co dziesiątego ankietowanego (po 19 osób, tj. 10,6%). Chorzy, wypełniając kwestionariusze, najrzadziej wskazywali ciasne, małe sale jako warunki uciążliwe (16 osób, tj. 8,9%).

Brak jakichkolwiek potrzeb zgłaszało 74 osoby, tj. 41,3%. Wśród pozostałych hospitalizowanych najczęściej chorym brakowało rodziny, bliskich, znajomych (41 osób, tj. 22,9%). Pacjenci oczekiwali także informacji o wynikach badań, terminie wypisu, przebiegu leczenia (33 osoby, tj. 18,44%). Pewności powodzenia w leczeniu brakowało 27 badanych (15,1%). Połowa badanych pacjentów przyznała, iż brak dostępu do mediów (TV, radia, prasy) stanowił dla nich duże utrudnienie (90 osób, tj. 50,3%). Jednak jedna trzecia ankietowanych nie spotkała się z żadnymi utrudnieniami (60 osób, tj. 33,5%).

W kolejnym etapie badania sprawdzono, czy istnieje istotna statystycznie różnica pomiędzy kobietami a mężczyznami pod względem postrzegania sytuacji trudnych, reakcji na stres, sposobów walki z trudnościami oraz uruchamianych mechanizmów obronnych. W tym celu posłużono się testem dla dwóch wskaźników struk-

**Tabela 1.** Postrzeganie sytuacji zagrożenia**Table 1.** Perception of threat situation

Sytuacje trudne	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Poziom p
	Liczba odpowiedzi		Udział (%)		
Choroba	26	29	27,1	34,9	0,1286
Ból	33	20	34,4	24,1	0,0674
Strach przed śmiercią	17	14	17,7	16,9	0,4412
Nieznana diagnoza	16	13	16,7	15,7	0,4275
Brak zagrożenia	10	15	10,4	18,1	0,0713

p — poziom istotności

**Tabela 2.** Reakcja na stres**Table 2.** Response to stress

Reakcja na stres	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Poziom p
	Liczba odpowiedzi		Udział (%)		
Lęk	23	22	24,0	26,5	0,3477
Strach	22	12	22,9	14,5	0,0760
Bezsilność	25	13	26,0	15,7	0,0460
Agresja	2	0	2,1	0,0	0,0941
Zobojętnienie, rezygnacja	2	5	2,1	6,0	0,0883
Inne	1	1	1,0	1,2	0,4596
Brak reakcji	28	35	29,2	42,2	0,0355

p — poziom istotności

tury. Hipoteza zerowa zakładała brak różnic, natomiast alternatywna stwierdzała, iż różnice między dwoma działaniami są statystycznie istotne. Hipotezę alternatywną przyjmowano po odrzuceniu zerowej, gdy p nie było większe od poziomu istotności (tab. 1).

Jedna trzecia badanych kobiet uznawała ból jako sytuację niosącą zagrożenie podczas pobytu szpitalu (33 osoby, tj. 34,4% grupy). Wśród mężczyzn co czwarty badany wskazał tę samą odpowiedź (20 osób, tj. 24,1%). Choroba stanowiła sytuację trudną dla 26 kobiet i 29 mężczyzn (odpowiednio 27,1% oraz 34,9%). Jedna na dziesięć pacjentek nie odczuwała w ogóle zagrożenia (10 osób, tj. 10,4%). Podobnie uważał niemal co piąty mężczyzna biorący udział w badaniu ankietowym (15 osób, tj. 18,1%). Kobiety i mężczyźni podobnie postrzegali i oceniali sytuacje trudne w szpitalu (tab. 2).

W sytuacjach stresowych kobiety znacznie częściej odczuwały bezsilność niż mężczyźni (odpowiednio 25 i 13 osób, tj. 26,0% oraz 15,6%). Pacjenci płci męskiej z kolei istotnie częściej niż kobiety w ogóle nie reago-

wali w sytuacji zagrożenia (odpowiednio 35 i 28 osób, tj. 42,8% oraz 29,2%). W obu przypadkach o statystycznie istotnych różnicach między chorymi różnych płci świadczyło prawdopodobieństwo testowe poniżej poziomu istotności ( $p < 0,05$ ) (tab. 3).

Zarówno kobiety i mężczyźni mobilizowali wszystkie swoje siły do walki z trudnościami lub przystosowywali się do trudnych sytuacji (po 36 osób, tj. 37,5% grupy). Połowa z nich znajdowała się w stadium odporności (40 osób, tj. 48,2%), a mniej niż co trzeci respondent był w stadium alarmowym (25 osób, tj. 30,1%). Podobny odsetek kobiet i mężczyzn objętych analizą wskazał uczucie wyczerpania i braku siły do walki z przeciwnościami (stadium wyczerpania) bądź też nie identyfikował się z żadną z wymienionych reakcji (tab. 4).

Wśród badanych pacjentów zaobserwowano różnice w rodzaju mechanizmów obronnych uruchamianych w związku z chorobą i pobytem w szpitalu. Kryterium podziału odpowiada typowym cechom przypisywanym kobietom (stany emocjonalne) oraz mężczyznom (ra-

**Tabela 3.** Etap reakcji na stres**Table 3.** Stage of the stress' reaction

Etap reakcji na stres	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Poziom p
	Liczba osób		Udział (%)		
Stadium alarmowe	36	25	37,5	30,1	0,1501
Stadium odporności	36	40	37,5	48,2	0,0754
Stadium wyczerpania	8	4	8,3	4,8	0,1751
Żadne z wymienionych	16	14	17,1	16,9	0,4412
Suma	96	83	100,0	100,0	

p — poziom istotności

**Tabela 4.** Mechanizmy obronne**Table 4.** Defense mechanisms

Mechanizmy obronne	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Poziom p
	Uruchamiane mechanizmy		Udział (%)		
Wyparcie	26	25	27,1	30,1	0,3269
Konwersja	15	3	15,6	3,6	0,0042
Regresja	18	6	18,5	7,2	0,0127
Racjonalizacja	21	31	21,9	37,3	0,0121
Sublimacja	13	14	13,5	16,9	0,2678
Żaden z wymienionych	13	10	13,5	12,1	0,3834

p — poziom istotności

racjonalizacja). Pacjentki znacznie częściej niż chorzy płci męskiej odczuwały bóle głowy lub brzucha jako efekt lęku i strachu (odpowiednio 15 i 3 osoby, tj. 15,6% oraz 3,61%), a także reagowały płaczem na stres (18 i 6 osób, tj. 18,7% oraz 7,23%). Mężczyźni z kolei istotnie częściej od kobiet starali się wyjaśnić racjonalnie obecną sytuację (odpowiednio 21 i 31 osób, tj. 21,8% oraz 37,3%) (tab. 5).

Zaobserwowano, iż badane grupy pacjentów ze względu na płeć istotnie ( $p < 0,05$ ) różnili się pod względem korzystania ze wsparcia w walce z trudnościami tylko w jednym aspekcie: znacznie większa część mężczyzn niż kobiet uważała, że nie potrzebuje pomocy osób trzecich (odpowiednio 15 i 3 osoby, tj. 18,1% oraz 3,1%). Pacjentki i chorzy płci męskiej korzystali zatem w podobnym stopniu z pomocy poszczególnych osób. Najczęściej wsparciem dla ankietowanych w walce z trudnościami byli członkowie ich rodzin (odpowiednio 69 kobiet i 55 mężczyzn, tj. 71,9% oraz 66,3%).

## Dyskusja

Sytuacje trudne mają miejsce podczas pobytu pacjenta w szpitalu. Wyniki badań własnych wskazują, że najbardziej stresujące są elementy jakości oraz deprywacji i zagrożenia. Sytuacje związane z jakością to głównie brak odstępu do mediów oraz słabe warunki sanitarno-higieniczne. W badaniach zespołu Miller i wsp. oraz Wasilewskiego również bardzo wyraźnie podkreślono ich znaczenie w ocenie pacjentów [19, 20].

Sytuacje zagrożenia odbierane przez chorych jako wysoce stresogenne to choroba somatyczna i ból jako objaw często jej towarzyszący. Dudek i Siwek przedstawiają chorobę somatyczną jako czynnik predysponujący do wystąpienia depresji. Objawy te stwierdzili u 40% pacjentów hospitalizowanych. Nasilenie depresji zależne jest od ciężkości choroby oraz liczby poprzednich pobytów [21].

Głównym źródłem deprywacji w grupie badanej była tęsknota za domem. Zbyt ciasne sale zostały określone



**Tabela 5.** Osoby wspierające w walce z trudnościami  
**Table 5.** People supporting struggle with the difficulties

Wsparcie	Kobiety	Mężczyźni	Kobiety	Mężczyźni	Poziom p
	Liczba osób		Udział (%)		
Rodzina	69	55	71,9	66,3	0,2091
Bliscy znajomi	13	9	13,5	10,8	0,2919
Personel szpitala	12	17	12,5	20,5	0,0751
Duchowny	1	2	1,0	2,4	0,2386
Sam/sama	16	11	16,7	13,2	0,2623
Inni	1	2	1,0	2,4	0,2384
Nie ma potrzeby	3	15	3,1	18,1	0,0006

p — poziom istotności

jako główne źródło stresu. Aronson i wsp. potwierdzili fakt, że zatłoczenie powoduje przeciążenie sensoryczne. Kolejnym źródłem deprivacji potwierdzonym w badaniach własnych i podawanym przez autorów opracowania jest hałas. Wykazują oni, że podobnie jak zatłoczenie, hałas jest wysoce stresujący, gdy jednostka czuje, że nie ma nad nim kontroli [22].

Konflikt jako sytuacja stresująca nie potwierdziła się w badaniach własnych. Dla porównania, przeglądając literaturę przedmiotu, Włodarczyk i Skuza zgodnie twierdzą, że relacje personel–pacjent w większości skupia się na osobie lekarza. Podobnie jest z konfliktami, które dotyczą zwykle tej samej pary lekarz–pacjent [23].

W trudnych sytuacjach pacjenci reagują bezsilnością, lękiem i strachem. Człowiek powtórnie doświadczający krytycznego wydarzenia niekoniecznie poradzi sobie tak samo dobrze. Negatywne doświadczenia mogą uruchomić destrukcyjne działanie na jednostkę. Badania Poprawa wskazują, że równoczesne doświadczenie kilku stresów może kumulować ich efekty. Dochodzi wówczas do przekroczenia osobistych możliwości radzenia sobie i zwiększa poczucie bezradności [24].

Makowska i Poprawa wskazują, że depresja może być konsekwencją niedoboru mechanizmów obronnych. Współcześnie mechanizmy obronne są niezbędnym elementem funkcjonowania psychicznego zdrowego człowieka i są nieodzownym elementem w procesie radzenia sobie w trudnych sytuacjach. Niebezpieczne stają się dopiero wówczas gdy zastępują mechanizm radzenia sobie [25]. W badaniach własnych, mechanizmy obronne występujące w reakcji na stres związany z pobytem w szpitalu to głównie racjonalizacja i wyparcie.

Strategią walki z trudnymi sytuacjami według Gugały są: kontakt z bliską osobą, słuchanie muzyki oraz samodzielne radzenie sobie z problemem [26]. W badaniach własnych duże znaczenie oprócz kontaktu

z rodziną i najbliższymi istotne staje się angażowanie w inne czynności oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich. Pilewska w swoich badaniach wykazała że 90% pacjentek oczekujących na zabieg ginekologiczny wymaga wsparcia ze strony osób trzecich w czasie oczekiwania na zabieg [27]. Poprawa wskazuje na ogromne znaczenie wsparcia świadczonego głównie na personel i rodzinę chorego [24]. Według Kulik i Mahler mężczyźni po wszczęciu by-passów odwiedzani często przez żony zdecydowanie szybciej wypisywani zostali do domu w porównaniu do panów rzadziej odwiedzanych w czasie takiej hospitalizacji [28].

Przesłaniem badań było zwrócenie uwagi na ogromną potrzebę oddziaływania psychologicznego. Optymalną sytuacją jest obecność psychologa w składzie zespołu terapeutycznego. W dniu dzisiejszym pielęgniarki nierzadko powierniczki, rzeczniczki i osoby najbliższe choremu potrafią wiele zdziałać w tej dziedzinie. Potrzebna jest jedynie chęć, wiedza na ten temat i otwartość na nowe wyzwania.

## Wnioski

Kobiety i mężczyźni w zbliżony sposób postrzegają i oceniają sytuacje trudne. Kobiety reagują na stres płaczem i bezsilnością, manifestując objawy somatyczne w postaci bólu głowy lub jamy brzusznej. Mężczyźni częściej stosują mechanizm racjonalizacji oraz uważają, że nie potrzebują wsparcia.

## Piśmiennictwo

1. Łosiak W. Stres i emocje w naszym życiu. Warszawa: Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne; 2009.
2. Seye H. Stres okiełznany. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy; 1978.
3. Będkowska-Korpała B., Gierowski K.J.(red.). Psychologia lekarska w leczeniu chorych somatycznie. Wyd. 1. WUJ, Kraków 2007.

4. Kader J., Wiktor M., Borys B. Psychosomatyczne reakcje na stres u pacjentów lekarza pierwszego kontaktu. *Psychiatria* 2008; 5, 3: 83–90.
5. Szutarska A., Andruszkiewicz A. Czynniki wyznaczające stan psychiczny i wpływające na ocenę opieki pielęgniarskiej. *Piel. Chirurg. Angiol.* 2010; 1: 1–5.
6. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. Psychologiczne aspekty choroby i chorowania. W: Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red.). *Psychologia w praktyce medycznej*. PZWL, Warszawa 2007.
7. Hesen I., Sęk H. *Psychologia zdrowia*. Wyd. 1. PWN, Warszawa 2007.
8. Antonowski A. Rozwikłanie tajemnicy zdrowia — jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować. Wyd. 1. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2005.
9. Terlak J.T. *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta; 2001.
10. Gugała B.: Sytuacje trudne w środowisku pracy pielęgniarek a umiejętności radzenia sobie z nimi. *Zdrowie Publiczne* 2004; 114, 3: 367–370.
11. Guzowska-Dąbrowska M. Stres a zdrowie. Zależności biologiczne i psychologiczne. W: Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red.). *Psychologia w praktyce medycznej*. PZWL, Warszawa 2007.
12. Wons A. Stres i radzenie sobie ze stresem [W:] Trzecińska-Green A. (red.). *Psychologia podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. UNIVERSITAS, Kraków 2006.
13. Grygorczuk A. Pojęcie stresu w medycynie i psychologii. *Psychiatria* 2008; 5: 111–115.
14. Szeliga-Lewińska J., Landowski J. Sposób tworzenia świata przez chorych z epizodem depresyjnym a strategie radzenia sobie ze stresem. *Psychiatria* 2006; 3, 1: 22–26.
15. Terlak J.T. *Psychologia stresu*. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001.
16. Bąk-Sosnowska M. Choroba w życiu człowieka. W: Trzecińska-Green A. (red.). *Psychologia podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. UNIVERSITAS, Kraków 2006.
17. Aleksandrowicz J.W. Zaburzenia nerwicowe i zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (według ICD-10). *Psychopatologia. Diagnostyka. Leczenie*. CM UJ, Kraków 1997.
18. Ogińska-Bulik N., Juczyński Z. *Osobowość 21. . Stres a zdrowie*. Difin, Warszawa 2010.
19. Miller M., Supramowicz P., Gebska-Kuczerowska A., Car J. Ocena jakości usług medycznych przez pacjentów szpitali. *Przeg. Epidemiol.* 2008; 62: 643–650.
20. Wasilewski T. P. Subiektywna ocena wybranych aspektów satysfakcji z pobytu w szpitalu pacjentów oddziałów zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne*. 2008; 3: 81–86.
21. Dudek D., Siwek M. Współistnienie chorób somatycznych i depresji. *Psychiatria*. 2007; 4, 1: 17–24.
22. Aronson E., Wilson D.T., Akert M.R. *Psychologia społeczna*. Poznań: Zys i S-ka; 2006.
23. Włodarczyk D., Skuza B. Znaczenie relacji pacjent- personel medyczny dla przebiegu leczenia. W: Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red.). *Psychologia w praktyce medycznej*. PZWL, Warszawa 2007.
24. Poprawa R. Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). i In. *Elementy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.
25. Makowska H., Poprawa R. Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia. [W:] Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Elementy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.
26. Gugała B. Obciążenie stresem a umiejętność radzenia sobie z nim. *Pielęgniarka i Położna*. 2003, 7: 18–19.
27. Pilewska A., Jakiel G. Oczekiwanie na interwencję chirurgiczną jako sytuacja trudna dla kobiet. *Przegląd Menopauzalny*. 2005; 5: 37–41.
28. Kulik J.A., Mahler H.I. Social support and recovery from surgery. *Health Psychol.* 1989; 8 (2): 221–238.