

HOSPITALIZACJA JAKO CZYNNIK STRESOGENNY U PACJENTÓW POWYŻEJ 60. ROKU ŻYCIA – BADANIA PILOTAŻOWE

Hospitalization as a stress factor in patients above 60 years age: a pilot study



Izabela M. Wróblewska¹, Małgorzata Dziechciaż², Magdalena Pietrucka³, Zuzanna Wróblewska³, Jerzy Błaszczuk⁴

¹Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

²Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Techniczna i Ekonomiczna w Jarosławiu

³Wydział Przyrodniczo-Techniczny, Karkonoska Państwowa Szkoła Wyższa w Jeleniej Górze

⁴Wydział Podyplomowego Kształcenia Lekarskiego, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2016; 3: 135–140

Praca wptynęła: 11.10.2015; przyjęto do druku: 14.03.2016

Adres do korespondencji:

Izabela M. Wróblewska, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, ul. Bartla 5, 51-618 Wrocław,

e-mail: izabela.wroblewska@umed.wroc.pl

Streszczenie

Wstęp: Hospitalizacja jest zdarzeniem trudnym, szczególnie dla człowieka w podeszłym wieku, ze względu na zakłócenie przebiegu jego dotychczasowej aktywności. Sama choroba oraz skutki, które ze sobą niesie, stanowią dla seniora duży stresor, a konieczność pobytu w szpitalu może powodować zwiększenie dotychczasowych obciążeń psychicznych. Celem pracy była analiza czynników wpływających na występowanie stresu u hospitalizowanych starszych pacjentów oraz wpływu zespołu terapeutycznego na chorego.

Materiał i metody: Badania przeprowadzono w latach 2014–2015 wśród 154 hospitalizowanych pacjentów powyżej 60. roku życia. Najliczniejszą grupę stanowiły kobiety (64%), osoby żonate/zamężne (62%), w przedziale wiekowym 60–69 lat (40%), zamieszkujące miasto (78%), będące emerytami (40%). Metodą wykorzystaną w badaniu był kwestionariusz autorski.

Wyniki: Większość ankietowanych przyjęto do szpitala planowo (56%), nie znali oni swojego rozpoznania (33%), a jeśli tak, to były to choroby endokrynologiczne (20%). Respondenci chorują powyżej 10 lat (51%), hospitalizacja wywołuje u nich nadzieję (24%) oraz bezsilność (14%). Chorzy są odwiedzani głównie przez rodzinę (79%), najczęściej codziennie (44%), co jest dla nich satysfakcjonujące (70%) i powoduje zadowolenie (68%). Większości badanych towarzyszą przykre uczucia związane ze stanem ich zdrowia (62%), są oni usatysfakcjonowani z informacji uzyskiwanych od lekarza (73%) i pielęgniarki (81%), a forma instrukcji udzielanych przez personel jest zrozumiała (90%). Chorzy oczekują od personelu medycznego rozmowy (41%), troskliwego podejścia (21%), serdeczności (81%), staranności (77%), cierpliwości (63%) i umiejętności komunikacji (48%). Dla największej części ankietowanych pobyt w szpitalu był stresujący (38%).

Summary

Introduction: Hospitalization is a difficult moment, especially for the elderly, because of the disruption of normal activity. The disease itself is a serious stress for seniors and its consequences further increase stress, and the stay in hospital may increase the existing mental stress. The aim of the study was to analyze factors influencing the onset of stress in hospitalized elderly patients and the impact of the therapeutic team on the patient.

Material and methods: The study was conducted from 2014 to 2015 on 154 hospitalized patients in the age over 60 years. The largest group consisted of women (64%), people in relationship (62%) in the 60-69 age group (40%). Method: author's own questionnaire.

Results: Most respondents were admitted to hospital as planned (56%), they did not know their diagnosis (33%). Respondents suffered for over 10 years (51%), hospitalization gave them hope (24%) or they felt helpless (14%). Sufferers are mostly visited by the family (79%), what is satisfactory for them (70%). The majority of respondents had unpleasant feelings concerning the state of their health (62%), they were satisfied with the information obtained from a physician (73%) and nurses (81%), and the instructions given by the staff were easy to understand (90%). Patients expect from medical staff a conversation (41%), caring approach (21%) and sincerity (81%). For the greatest part of the respondents stay in the hospital was a stress (38%).

Conclusions: Hospitalization is a stress factor for patients above 60 years of age, which is influenced by the lack of comprehensive information on their health.

Key words: stress, hospitalization, nurse, elderly.

Wnioski: Hospitalizacja jest czynnikiem stresogennym dla pacjentów powyżej 60. roku życia, na którego wpływ ma brak wyczerpujących informacji dotyczących ich stanu zdrowia.

Słowa kluczowe: stres, hospitalizacja, pielęgniarka, osoby w podeszłym wieku.

Wstęp

Stres jest zjawiskiem nieodłącznym oraz niezbędnym do prawidłowego funkcjonowania organizmu człowieka, który nie jest w stanie całkowicie go wyeliminować i uniknąć. Dlatego istotne staje się umiejętność radzenia sobie w sytuacji stresowej oraz rozpoznanie objawów ją wywołujących, co pozwoli podjąć odpowiednie, obronne działania. Są one szczególnie ważne w sytuacji poczucia zagrożenia fizycznego, społecznego lub psychicznego, do których należy m.in. pobyt w szpitalu [1, 2]. Stres ma istotne znaczenie dla działania całego organizmu i wpływa na jakość życia pacjenta [3], chociażby poprzez konieczność zaaklimatyzowania się w nowym środowisku, co dla osób w podeszłym wieku jest szczególnie trudne [2]. W trakcie hospitalizacji pacjenci są narażeni na oddziaływanie stresu fizycznego i psychicznego. Oba typy są ze sobą ściśle związane, co jest uzależnione od interakcji zachodzącej pomiędzy procesami umysłowymi a zmianami fizjologicznymi [4, 5].

Hospitalizacja jest zdarzeniem trudnym, szczególnie dla człowieka w podeszłym wieku, i wiąże się z zakłóceniem przebiegu dotychczasowej aktywności. Sama choroba oraz skutki, które ze sobą niesie, stanowią dla seniora stresor, a konieczność pobytu w szpitalu powoduje zwiększenie dotychczasowych obciążeń psychicznych, które w jego sytuacji są już i tak liczne [1, 3].

Temat stresu występującego u pacjentów jest jeszcze słabo zauważany w kręgach środowiska pielęgniarskiego. Nie ma wielu badań poświęconych tej tematyce. Często odsuwany jest na dalszy plan i rezerwowany dla psychologów, których obecność w szpitalach nie jest powszechna. W tej sytuacji zadaniem pielęgniarki jest umiejętna obserwacja chorego i odpowiednio przeprowadzona interwencja, np. w postaci rozmowy terapeutycznej [6].

Proces hospitalizacji, informacja o chorobie oraz szereg prawdopodobnych badań diagnostycznych stanowią czynniki stresogenne, które mogą wywołać objawy stresu, szczególnie u osób w podeszłym wieku [7]. Stres może przybrać postać mobilizującą lub destrukcyjną. Fizjologicznie obie postacie niczym się nie różnią, ponieważ aktywują organizm człowieka tymi samymi mechanizmami. Jednak bezpośrednio ze stresem destrukcyjnym łączy się stres psychiczny, do którego dołącza się szereg reakcji emocjonalnych oraz psychicznych, począwszy od gniewu i lęku, a skończywszy na depresji [8].

Działanie stresora krótkotrwałego i umiejętność radzenia sobie z nim oraz wykorzystania wszystkich napędów, jakie ze sobą niesie, może pomóc w podejmowaniu działań i współpracy w procesie leczenia. Jednak brak umiejętności rozpoznawania i radzenia sobie ze stresem oraz długotrwałe jego działanie może być przyczyną chorób somatycznych [9, 10].

Choroba, szczególnie dotycząca seniora, często zmusza go do bycia zależnym od innych. Profesjonalna pomoc polega na fachowym wzmocnieniu autonomii chorego poprzez włączanie go w proces opieki i czynienie partnerem współodpowiedzialnym za podejmowane decyzje [4]. Znaczącą rolę odgrywa tu pielęgniarka, która powinna traktować osobę starszą w holistyczny sposób. Interwencja pielęgniarska może być jednak nieskuteczna, jeśli ukierunkowana jest tylko na jeden problem zdrowotny lub jeśli bierze pod uwagę tylko jedną możliwą przyczynę zaobserwowanego stanu [11]. Znajomość reakcji człowieka na stres i chorobę, a także podstawowych metod pomocy psychologicznej i zasad komunikacji interpersonalnej poparta wiedzą, umiejętnością empatii i aktywnego słuchania jest niezbędna w pracy ze starszym, chorym człowiekiem [7, 12]. W sytuacjach trudnych zwiększanie dystansu, depersonalizacja chorego, minimalizacja jego skarg i objawów może spowodować trudności we współpracy z pacjentem, a także nasilić jego lęk i stres [13].

Celem pracy była analiza czynników wpływających na występowanie stresu u hospitalizowanych starszych pacjentów oraz wpływ zespołu terapeutycznego na chorego.

Materiał i metody

Badania pilotażowe zostały przeprowadzone od kwietnia 2014 r. do marca 2015 r. wśród 154 pacjentów hospitalizowanych w Klinice Chorób Wewnętrznych 4 Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu. Jedynym kryterium doboru ankietowanych był ich wiek – powyżej 60 lat, który jest uznawany za początek zmian biologicznych związanych ze starością zachodzących w organizmie człowieka.

W analizach o charakterze ilościowym zastosowano metodę sondażu diagnostycznego opartego na autorskim kwestionariuszu ankiety zawierającym 17 pytań zamkniętych, z których senior samodzielnie wybierał jedną z zaproponowanych odpowiedzi. Wykorzystano także numeryczną skalę stresu, w której 1 pkt oznacza brak stresu, a 10 pkt jego największe nasilenie.

Na przeprowadzenie analizy uzyskano zgodę władz Wojskowego Szpitala Klinicznego z Polikliniką we Wrocławiu, Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu oraz samych ankietowanych.

Wśród badanych (154; 100%) najliczniejszą grupę (98; 63,64%) stanowiły kobiety, w większości pochodzące z miasta (120; 77,92%). Ankietowanymi w większości były osoby zamężne/żonate (96; 62,33%), następnie wdowy/wdowcy (38; 24,68%) oraz osoby stanu wolnego (20; 12,98%).

W grupie dominowali emeryci (59; 38,32%), następnie renciści (52; 33,77%), osoby aktywne zawodowo – pracownicy umysłowi (30; 19,48%) lub fizyczni (10; 6,49%), oraz osoby bez zawodu (3; 1,94%).

Najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w przedziale wiekowym 60–69 lat (62; 8,97%), następnie w wieku 70–79 lat (46; 29,87%), 80–89 lat (32; 20,77%) oraz osoby > 90. roku życia (14; 9,09%) – średnia (*mean* – *M*) = 68 lat. Czas hospitalizacji wynosił między 5 a 21 dni (*M* = 9 dni).

Wyniki

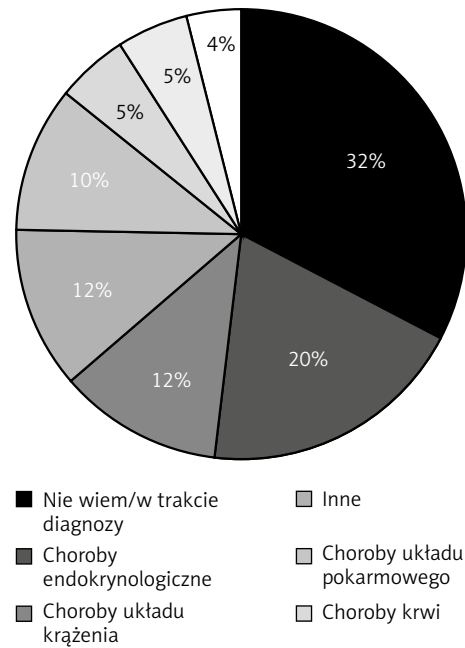
Spśród ankietowanych 86 osób (55,84%) zostało przyjętych planowo, a 68 (44,15%) w trybie pilnym, najczęściej z powodu problemów kardiologicznych. Prawie 1/3 badanych (50; 32,46%) nie znała swojego rozpoznania lub twierdziła, że jest w trakcie jego ustalania. Pozostali chorzy mieli ustalone rozpoznania, które na potrzeby niniejszej pracy zostały podzielone na podgrupy (ryc. 1).

Badacze analizowali u ankietowanych choroby współistniejące. Większość z nich (108; 70,12%) deklarowała ich zdiagnozowanie. Często u jednego pacjenta występowało kilka jednostek chorobowych. Były to według kolejności: nadciśnienie tętnicze (67; 43,50%), cukrzyca typu 2 (55; 35,71%), choroby endokrynologiczne (35; 22,72%) – nadczynność i niedoczynność tarczycy, choroba Gravesa-Basedowa, zaburzenia funkcji nadnerczy, akromegalia, gigantyzm przysadkowy; nowotwory (24; 15,58%) – krtani, trzustki, jelit, pęcherza moczowego, płuc; udary mózgu (11; 7,14%) i inne – marskość wątroby, astma, anemia, choroby nerek, miażdżyca (9; 5,85%).

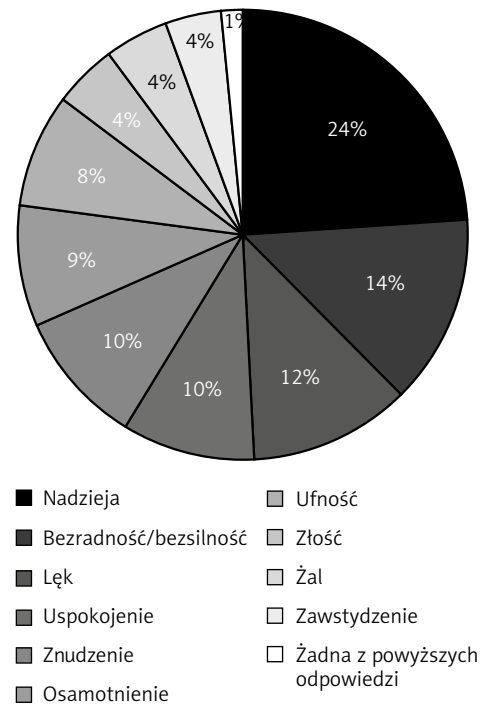
Największą grupę pacjentów stanowiły osoby, które chorowały ponad 10 lat (79; 51,29%), następnie w przedziale 5–10 lat (60; 38,96%) i od 1 do 5 lat (15; 9,74%) (*M* = 6,47 roku).

Ankietowanym zadano pytanie dotyczące pozytywnych i negatywnych emocji, jakie wywołuje u nich hospitalizacja – wyniki zaprezentowano na rycinie 2.

Badanych zapytano, w jaki sposób reagują na proponowane im leczenie i pielęgnację. Największą grupę pacjentów (79; 51,30%) stanowiły osoby, które zdają się na wiedzę i kompetencje personelu medycznego

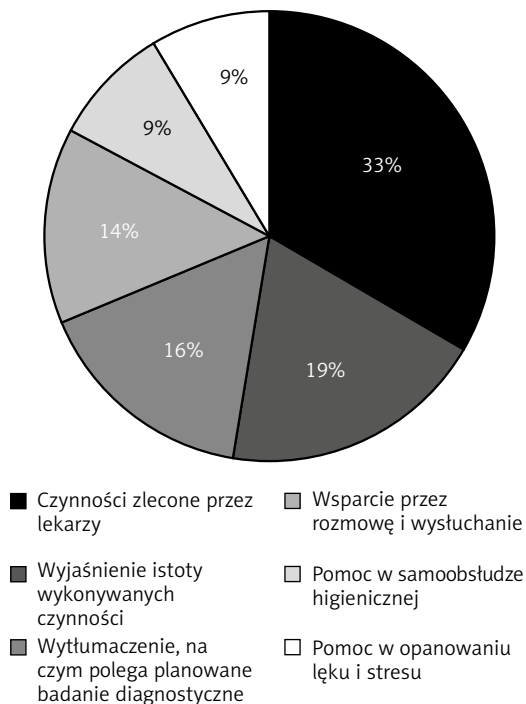


Ryc. 1. Rozpoznania lekarskie

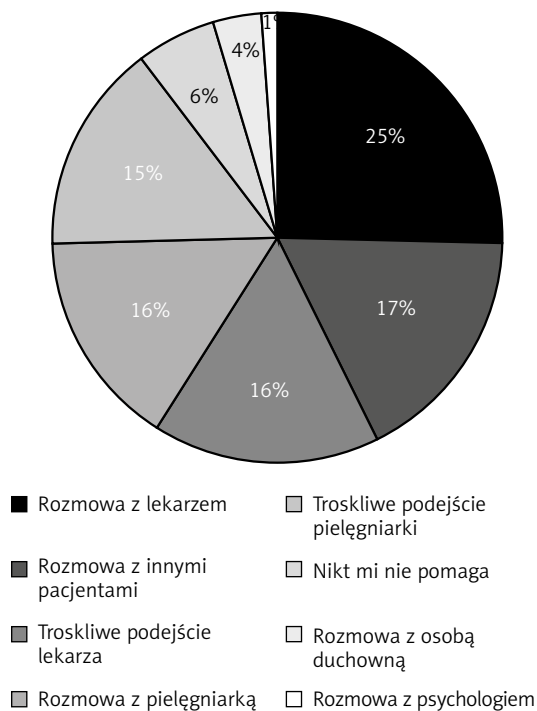


Ryc. 2. Emocje wywołane hospitalizacją

i po uzyskaniu informacji dotyczących planu ich leczenia i pielęgnacji dokładnie wykonują zalecenia pielęgniarki/lekarza. Kolejną grupę stanowią seniorzy, którzy podporządkowują się personelowi bez zadawania dodatkowych pytań i bez zastrzeżeń zgadzają się na sugerowane metody postępowania (50; 32,47%). Kolejne 22 (14,28%) osoby oprócz otrzymanych informacji aktywnie szukają



Ryc. 3. Najczęstsze czynności wykonywane przez pielęgniarkę



Ryc. 4. Pomoc w przeżywaniu negatywnych emocji

nowych, a 3 (1,95%) sugerują lekarzom i pielęgniarkom wybrane przez siebie metody leczenia i pielęgnacji, nie przyjmując argumentacji o zasadności innych rozwiązań.

W ramach badań analizowano także, kto i jak często odwiedza seniorów w szpitalu. W większości przy-

padków (122; 79,22%) była to głównie najbliższa rodzina, następnie przyjaciele/znajomi (18; 11,68%), do 9 (5,84%) seniorów nie przychodził nikt, a do 5 (3,24%) sąsiedzi. Dla większości ankietowanych (108; 70,12%) odwiedziny są odpowiednio częste, dla 24 (15,58%) jest ich zbyt mało, a dla 13 (8,44%) zbyt dużo. W czasie odwiedzin badani są zazwyczaj zadowoleni (104; 67,53%), uspokojeni (32; 20,77%), wzruszeni (12; 7,79%), zdenerwowani (4; 2,59%) lub skrepowani (2; 1,29%).

Większości badanych towarzyszą przykre uczucia związane ze stanem ich zdrowia (96; 62,33%), przy czym 112 (72,72%) osób jest usatysfakcjonowanych z informacji uzyskiwanych od lekarza, a 124 (80,51%) – od pielęgniarki. Dodatkowo większość respondentów twierdzi, że forma instrukcji udzielanych przez personel pielęgniarski jest satysfakcjonująca i zrozumiała (138; 89,61%).

Badanych poproszono o określenie rodzaju pomocy udzielanej im przez pielęgniarkę. Uzyskane wyniki wskazują, że najczęściej pielęgniarki wykonują przy pacjentach czynności zlecone przez lekarzy, takie jak podawanie leków, pobieranie materiału do badań, wykonywanie inhalacji czy cewnikowanie, przy czym nie zawsze wyjaśniają, na czym będą polegały ich działania. Mimo wieku badanych, okazało się, że pielęgniarki rzadko wspierają pacjentów rozmową, a jeszcze rzadziej pomagają w samoobstudzie higienicznej czy opanowaniu lęku i stresu (ryc. 3.).

Badanych zapytano także o sposoby reagowania w sytuacji stresowej. Większość odpowiedziała, że stara się znaleźć wyjście z zaistniałej sytuacji poprzez zbieranie informacji i szukanie rozwiązań (60; 38,96%), 58 (37,66%) osób unika sytuacji wywołującej stres poprzez próbę zajęcia myśli czymś innym, a 56 (36,36%) mocno przeżywa daną sytuację, czemu towarzyszą emocje. W związku z tym zadano ankietowanym pytanie, co pomaga w przeżywaniu negatywnych emocji. Dla większości seniorów była to rozmowa z lekarzem, innym pacjentem lub pielęgniarką (ryc. 4.).

Badani oczekiwali od pracowników ochrony zdrowia przede wszystkim serdeczności i uprzejmości (124; 80,51%), staranności i dokładności (118; 76,62%), cierpliwości i wyrozumiałości (96; 62,33%), umiejętności komunikacji (74; 48,05%), troskliwości (70; 45,45%), umiejętności udzielania porad (58; 37,66%) i obserwacji oraz posiadania bogatej wiedzy z zakresu nauk medycznych, a także uwzględnienia wszystkich potrzeb (fizycznych, psychicznych, duchowych) (po 54; po 35,06%).

Pacjenci zostali poproszeni o zaznaczenie na skali numerycznej od 1 do 10 natężenia stresu związanego z pobytem w szpitalu. Dla największej części ankietowanych pobyt w szpitalu nie stanowił źródła stresu i był oceniany w skali 1–3 pkt (62; 40,26%), 22 badanych (14,29%) zaznaczyło swój stres na poziomie średnim – 5 pkt, natomiast po 20 (po 12,99%) uznało go za silny (8 pkt) lub bardzo silny (10 pkt), 16 (10,38%)

za znaczący (6 i 7 pkt), a 14 (9,09%) za stosunkowo niewielki (4 pkt).

Omówienie

Wyniki przeprowadzonych badań wskazują, że hospitalizacja jest dla większości ankietowanych czynnikiem stresogennym. Jednocześnie dla ponad 40% badanych nie stanowi źródła stresu, co może wynikać z faktu, iż większość respondentów, także ze względu na wiek, stosunkowo długo zmagają się ze swoimi chorobami. W związku z tym pobyt w szpitalu nie musi stanowić sytuacji nowej i nieznanej, a przez to stresującej. Stres, jako reakcja psychofizjologiczna, w której pod wpływem działania stresorów aktywuje się szereg objawów ze strony organizmu, często bywa mylony z sytuacją niebezpieczną, której należałoby unikać. Napięcie, którego doświadcza się w tej sytuacji, jest zjawiskiem naturalnym [14].

U prawie połowy badanych konieczność pozostania w szpitalu wywoływała nieprzyjemne emocje, natomiast dla prawie 1/3 wiązało się to z uczuciem nadziei. Takie podejście ma niewątpliwie wpływ na poziom odczuwanego stresu i zależność pomiędzy nim a rodzajem emocji towarzyszących pacjentowi w czasie hospitalizacji. Jak donoszą badania przeprowadzone przez Motykę, zauważalnie wyższy poziom satysfakcji z życia osiągać pacjenci przebywający nie pierwszy, lecz kolejny raz w szpitalu [15]. Są to więc osoby, które znają już panujące w nim procedury i utożsamiają go raczej z miejscem umożliwiającym im poprawę stanu zdrowia niż stanowiącym zagrożenie. Prezentowane wyniki potwierdzają, że ankietowani seniorzy, pomimo rozpoznania poważnych jednostek chorobowych, wiążą nadzieję na wyzdrowienie z koniecznością hospitalizacji. Ma na to zapewne wpływ poziom sprawowanej opieki, która jest czynnikiem wpływającym na ocenę jakości życia pacjentów. Niepokojący jest fakt, że większość respondentów uznała, iż pobyt w szpitalu wywołał u nich przykre uczucia, takie jak lęk, osamotnienie, złość czy żal. Może mieć to związek z momentem przyjęcia do szpitala – prawie połowa ankietowanych została przyjęta w trybie pilnym. Konieczność nagłej hospitalizacji mogła spowodować wyższy poziom stresu u seniorów przyjmowanych w trybie nagłym.

Kolejnym elementem mogącym mieć wpływ na poziom odczuwanego stresu jest wiedza na temat choroby. Z badań wynika, że w grupie respondentów, dla których poziom przeżywanego stresu był wysoki, znaleźli się głównie chorzy, którzy znali dokładnie swoje rozpoznanie, a także osoby, które nie umiały go określić. Można więc przypuszczać, że zwiększony niepokój był związany z brakiem wyczerpujących informacji. Badania potwierdzają, że głównymi odczuciami, jakie towarzyszą pacjentowi w momencie ustalania rozpoznania,

są lęk, obniżenie nastroju i agresja [6]. W związku z tym w opiece nad pacjentem należy dotożyć wszelkich starań, by przekazywanie informacji odbywało się w zrozumiałym dla seniora sposób, z przestrzeganiem zasad dotyczących komunikacji interpersonalnej. Obowiązek przekazywania informacji o rozpoznaniu leży w kompetencjach lekarza, jednak pielęgniarka powinna mieć wiedzę i umiejętności, by udzielać w kompetentny sposób informacji dotyczących jej zakresu obowiązków [1, 16].

Z wyników przeprowadzonych badań wynika, że pielęgniarki najwięcej czasu poświęcają na wykonywanie poleceń lekarza. Tego rodzaju pomoc otrzymywała 1/3 respondentów, jedynie 1/5 usłyszała od pielęgniarki, na czym będą polegały podejmowane czynności, a jeszcze mniejsza grupa została uświadomiona o tym, jak będzie wyglądało przeprowadzane badanie diagnostyczne. Tylko 14% ankietowanych seniorów otrzymało wsparcie w postaci rozmowy i wysłuchania, a zaledwie 9% dzięki obecności pielęgniarki opanowało stres i lęk. Porównując te wyniki z odpowiedziami uzyskanymi na pytanie dotyczące oczekiwań chorych wobec pielęgniarki, można zauważyć, że respondenci wysoko oceniają serdeczność, uprzejmość, cierpliwość, staranność, dokładność, wyrozumiałość, umiejętność komunikacji, obserwacji i udzielania porad czy troskliwość. Większość z nich oczekuje takich zachowań od osób sprawujących nad nimi opiekę. Co ciekawe, badani uznali, że bogata wiedza z zakresu nauk medycznych jest mniej istotna w pracy pielęgniarki niż wyżej wymienione cechy. Uzyskany wynik zaprzecza współczesnym trendom w pielęgniarstwie, gdzie szczególny nacisk kładzie się na podniesienie specjalizacji i ogólnej wiedzy medycznej pielęgniarek. Dla ankietowanych niezaprzeczalnym autorytetem jest lekarz, pielęgniarka była taką osobą dla zdecydowanej mniejszej grupy respondentów. Wydaje się, że w związku z tym należy kłaść szczególny nacisk na fachowe przygotowanie personelu pielęgniarstwa do niesienia całonocnej pomocy pacjentom, ze szczególnym uwzględnieniem sfery psychicznej i duchowej chorych.

W swoich badaniach dotyczących wpływu wsparcia społecznego na zdrowie pacjentów Wilski dowodzi, że obecność rodziny lub osób bliskich zmniejsza napięcie emocjonalne chorego, a co za tym idzie – poziom odczuwanego stresu [17]. Potwierdzają to wyniki przeprowadzonych badań, gdzie większość respondentów odwiedzają osoby najbliższe. Niepokojące jest jednak to, że do 10% ankietowanych seniorów nikt nie przychodzi, na co być może wpływ ma wiek respondentów i związane z tym straty. Bez względu na obiektywną częstość odwiedzin, większość ankietowanych twierdziła, że ich intensywność była wystarczająca. Potwierdza to podjęte przez administrację szpitali działania umożliwiające osobom bliskim ciągły kontakt z pacjentem. Ważne jest także uświadomienie rodzinie wpływu pozytywnych emocji na proces zdrowienia chorego [14,

17]. Respondenci zaznaczali, że wizytom rodziny towarzyszyło głównie uspokojenie, wzruszenie i zadowolenie. Dane te nie pokrywają się z uzyskanymi wynikami dotyczącymi hospitalizacji jako czynnika stresującego, ponieważ jedynie 1/4 badanych stwierdziła, że pobyt w szpitalu jest dla nich sytuacją stresogenną. Porównując powyższe wyniki z wynikami podobnych badań odnalezionych w literaturze [17], można zauważyć, że istotne znaczenie w procesie zdrowienia chorego ma obecność bliskich osób. Jak podają autorzy, brak wsparcia ma znaczący wpływ na prawdopodobieństwo wystąpienia chorób somatycznych [17].

W opiece sprawowanej nad pacjentem istotnym elementem jest umiejętność radzenia sobie z napięciem wywołanym stresem oraz to, na ile chory samodzielnie potrafi rozpoznać subiektywnie stany napięcia emocjonalnego. Pacjenci mogą przyjmować w życiu codziennym trzy postawy przeżywania sytuacji stresowej, objawiające się jako: unikanie, przeżywanie i rozwiązywanie [14]. W przypadku hospitalizacji przyjęcie konkretnej postawy ma wpływ na działania podejmowane we współpracy z personelem szpitala. Wśród badanych największą grupę stanowiły osoby podporządkowujące się zaleceniom lekarskim i pielęgniarskim. Wyniki te należy zestawić z danymi dotyczącymi wpływu stresu na zachowania ankietowanych. Na 39% seniorów sytuacja stresowa działała mobilizująco, co zmniejszało napięcie i ułatwiało im przeżywanie sytuacji stresogennej.

Jak wykazały przeprowadzone badania, na poziom stresu starszej osoby przebywającej w szpitalu ma wpływ wiele czynników, które bezpośrednio łączą się ze sobą. Tym samym potwierdza się słuszność definicji mówiącej o stresie jako interakcji między jednostką a otoczeniem. Odczuwanie stresu należy pojmować jako składową indywidualnych umiejętności radzenia sobie ze stresem przez człowieka, pomocy, jaką otrzymuje, oraz siły działającego stresora [1].

Przedstawiona analiza jest jedynie badaniem pilotażowym. Dotyczy osób w podeszłym wieku, ale badana grupa jest mocno zróżnicowana wiekowo (od 60 do 90 lat), co może mieć wpływ na uzyskane wyniki dotyczące stresu. Intencją badających było wstępne rozpoznanie problemu, a przeprowadzone analizy mają stanowić podłoże do dalszych badań, w których zostaną porównane grupy pacjentów w węższych przedziałach wiekowych oraz z rozróżnieniem na tryb przyjęcia do szpitala.

Poruszany temat ma znaczenie praktyczne dla organizacji pracy oddziału i personelu pielęgniarskiego, ponieważ pacjent z niskim poziomem stresu jest osobą, z którą lepiej się współpracuje i który osiąga lepsze wyniki terapeutyczne. Występowanie stresu związanego z chorobą i hospitalizacją u pacjenta w podeszłym wieku można zmniejszyć poprzez przekazanie adekwatnej wiedzy o chorobie, pokazanie sposobów radzenia sobie z lękiem i innymi emocjami oraz podejmowanie działań na rzecz odzyskania zdrowia [18].

Wnioski

1. Hospitalizacja jest czynnikiem stresogennym dla pacjentów powyżej 60. roku życia.
2. Zwiększony niepokój osób w podeszłym wieku jest związany z brakiem wyczerpujących informacji dotyczących ich stanu zdrowia.
3. Odwiedziny najbliższych pozytywnie wpływają na seniorów, zmniejszając poziom ich stresu.
4. Dla pacjentów w starszym wieku najważniejszymi cechami personelu pielęgniarskiego są: serdeczność, uprzejmość, staranność, dokładność, cierpliwość, wyrozumiałość i umiejętność komunikacji.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Terelak JF. Psychologia stresu. Oficyna Wydawnicza Branta, Bydgoszcz 2001; 66-103.
2. Mateusiak J. Psychospołeczne aspekty funkcjonowania człowieka w sytuacji stresu spowodowanego chorobą somatyczną. W: Jak żyć z chorobą, a jak ją pokonać. Heszen-Niejodek I (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
3. Bishop GD. Psychologia zdrowia. Astrum, Wrocław 2000; 205-223.
4. Górska K, Jaracz K, Rybakowski J. Pielęgniarstwo psychiatryczne. PZWL, Warszawa 2012.
5. Stingl W. Psychologia praktyczna. Astrum, Wrocław 2000.
6. Gwoździecka E. Lęk i nadzieja u chorych po zawale mięśnia sercowego. W: Psychologiczny wymiar zdrowia, kryzysu i choroby. Kubacka-Jasiecka D, Ostrowski TM (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2005; 207-220.
7. Heszen-Niejodek I, Ratajczak Z. Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000; 20-33.
8. Jędrzych M, Ruta E, Jodłowska-Jędrzych B, Kusio A. Rola stresu w życiu pacjentów leczonych na oddziałach kardiologicznych. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu 2011; 17: 116-122.
9. Cierpiatkowska L, Zalewska M. Psychopatologia. W: Psychologia. Strelau J, Doloński D (red.). GWP, Gdańsk 2008; 545-580.
10. Litzke SM, Schuh H. Stres, mobbing i wypalenie zawodowe. GWP, Gdańsk 2007; 167-175.
11. Poznańska S. Pielęgniarstwo i jego istota. W: Podstawy pielęgniarstwa. Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K (red.). Czelej, Lublin 2004; 24-31.
12. Leksowska A, Jaworska I, Górczyca P. Choroba somatyczna jako wyzwanie adaptacyjne dla człowieka. Folia Cardiologica Excerpta 2011; 6: 244-248.
13. Poznańska S. Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem. W: Pielęgniarstwo. Zahradniczek KZ (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 44-68.
14. Salmon P. Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
15. Motyka M. Znaczenie komunikacji terapeutycznej z pacjentem. Sztuka Leczenia 2013; 3-4: 17-24.
16. Tucholska S. Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. Przegląd Psychologiczny 2001; 44: 301-317.
17. Wilski M. Wsparcie społeczne i jego wpływ na zdrowie pacjentów po zawałach serca. Przegląd Psychologiczny 2007; 50: 95-115.
18. Załuska M. Hospitalizacja psychiatryczna a stres, umocnienie i zdrowienie. Psychiatria w Praktyce Klinicznej 2009; 2: 156-164.