

INTERWENCJA KRYZYSOWA JAKO PRZYKŁAD NARZĘDZIA SOCJALNEGO W PRACY LEKARZA – W OPINII STUDENTÓW MEDYCYNY

Wprowadzenie

Interwencją kryzysową nazywamy wieloaspektowe wsparcie (medyczne, prawne, psychologiczne, społeczne, ekonomiczne) mające na celu pomóc choremu wyjść z sytuacji kryzysowej. Formy pomocy obejmują między innymi: telefony zaufania, zespoły interwencji kryzysowej, krótkotrwałą hospitalizację. Celem interwencji kryzysowej jest przywrócenie równowagi psychicznej i umiejętności samodzielnego radzenia sobie, a dzięki temu zapobieganie przejściu reakcji kryzysowej w stan chronicznej niewydolności psychospołecznej (Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, Dz.U. 2004 Nr 64 poz. 593, art. 47, ust. 1). Pomoc obejmuje krótkotrwałą psychoterapię, farmakoterapię, pomoc prawną, socjalną, materialną oraz ułatwianie kontaktów z innymi instytucjami. Postęp cywilizacyjny i społeczny w XXI wieku doprowadził do nagromadzenia się zmęczenia, objawów depresyjno-lękowych, utraty czasu dla znajomych, co często jest przyczyną kumulacji problemów i początkiem sytuacji kryzysowej. Jednocześnie pandemia wywołana wirusem SARS-COV-2 w marcu 2020 roku, doprowadziła do kumulacji wyżej wymienionych problemów, a skutki pandemii możemy odczuwać jeszcze przez długi czas. Pandemia spełnia definicję sytuacji kryzysowej, jest nagła, niespodziewana, dezorganizuje funkcjonowanie w wymiarze mikro oraz makrospołeczeństwie (Malec, 2021). Sam postęp cywilizacyjny doprowadził do zagrażających zdrowiu człowieka konsekwencji, z którymi wcześniej medycyna nie miała styczności (katastrofy lotnicze, wypadki samochodowe, wykojenia pociągów). Jednak istnieje również grupa sytuacji kryzysowych, które były opisywane już wcześniej – przemoc domowa, ofiary przestępstw, bezrobotni, wiadomość o chorobie przewlekłej, uza-

leżnienie (Kotasińska, 2015). Pomoc udzielana przez specjalistów w ramach interwencji kryzysowej jest krótkoterminowa, stąd musi być intensywna i podjęta tuż po wystąpieniu sytuacji kryzysowej, by odniosła pożądany efekt i pomogła osobie znajdującej się w kryzysie z niego wyjść (Konieczny, 2011, s. 23). Istotne jest, aby lekarz wybranej specjalności potrafił rozpoznać pacjenta w kryzysowej sytuacji i pomóc choremu za pomocą wsparcia medyczno-psychologicznego oraz za pomocą dostępnych narzędzi.

Ustawa o pomocy społecznej wyjaśnia, że interwencja kryzysowa stanowi zespół interdyscyplinarnych działań podejmowanych na rzecz osób i rodzin będących w stanie kryzysu. Obecnie w Polsce funkcjonuje około 170 ośrodków interwencji kryzysowej, co oznacza, że 210 jednostek samorządu terytorialnego na poziomie powiatu, tj. 55,3% nie realizuje zadania wynikającego z art. 19 pkt 12 ustawy o pomocy społecznej. W części powiatów lub miast na prawach powiatów utworzone zostały punkty interwencji kryzysowej. W 2020 r. działało 87 takich punktów (<https://www.nik.gov.pl/plik/id,24457,vp,27203.pdf>).

Pomimo niewielu lat problematyki interwencji kryzysowej, specjaliści w tej dziedzinie opracowali kilka narzędzi, mający wspomóc osoby dotknięte kryzysem. Warto pamiętać, że pomoc powinna być zindywidualizowana i dostosowana do potrzeb pacjenta. Dodatkowo budowanie relacji wsparcia między poszkodowanym a interwentem może pomóc otworzyć się na zaistniały problem oraz wzbudzić chęć pokonania kryzysu. Prawidłowy dobór wykorzystywanej techniki (narzędzia) może przesądzić o jego sukcesie lub porażce. Stosowana metoda powinna być odpowiednia do sytuacji kryzysowej oraz umiejętności, którymi dysponuje interwent kryzysowy. Jeżeli będzie się on źle czuł w trakcie interwencji lub stosowana metoda przerośnie jego możliwości, ofiara to wyczuje i straci zaufanie do osoby udzielającej pomocy, a interwencja nie przyniesie pożądanych skutków. Co więcej, stan pacjenta może się pogorszyć lub utwierdzić go w przekonaniu, że został sam ze swoimi problemami, bez szansy na ich rozwiązanie (Kotasińska, 2015).

Model ACT opracowany przez Alberta R. Robertsa jest skierowany do osób znajdujących się obecnie w kryzysie (akronim od angielskich słów):

- A – oszacowanie – ocena potrzeb, bezpieczeństwa i szkód wyrządzonych przez sytuację kryzysową, w przypadku grupy osób obowiązuje zasada „triage” (sortowania osób od najbardziej potrzebujących pomocy po osoby mogące otrzymać pomoc w późniejszym czasie) (Kotasińska, 2015);
- C – interwencja kryzysowa – pomoc osobie dotkniętej kryzysem poprzez okazanie właściwego wsparcia (zastosowanie metody 7 kroków)¹;

¹ Jest to 7 punktów, mających zastosowanie w każdym rodzaju sytuacji kryzysowej:

1. Ocena zagrożenia życia członków interwencji (z interwentem).

- T – leczenie urazów – profilaktyka i leczenie PTSD (zespołu stresu pourazowego) (Konieczny, 2011, s. 26).

Dostępny jest również model ABCD, opracowany przez Warren Jones i Romaine V. Edwards, podobnie jak poprzedni model, jest to akronim od angielskich słów:

- A – nawiązanie kontaktu, w celu zbudowania relacji opartej na bezpieczeństwie;
- B – opanowanie problemu – mówienie o problemie oraz wyrażanie emocji związanych z problemem;
- C – radzenie sobie z problemem – przygotowanie pacjenta na kolejne sytuacje kryzysowe i właściwe radzenie sobie z nimi w przyszłości;
- D – uzyskanie znaczenia wydarzenia, do którego doszło oraz próba pogodzenia się z tym, co się wydarzyło (Konieczny, 2011, s. 27–28).

Następną dostępną procedurą jest sześciopunktowa procedura interwencji kryzysowej, która oczywiście pokrywa się w części z poprzednimi narzędziami, lecz zawiera w sobie cechy samej interwencji kryzysowej, a są to:

1. Natychmiastowość – szybka pomoc interwenta po rozpoznaniu sytuacji kryzysowej. Pozwala zapobiec zagrożeniom chorego oraz jego otoczeniu.
2. Kontrola – opanowanie sytuacji oraz osoby poszkodowanej. Należy zachować ostrożność. Ten etap powinien trwać do momentu, w którym osoba poszkodowana będzie w stanie samodzielnie zapanować nad sobą.
3. Ocena sytuacji – należy postarać się dowiedzieć, co spowodowało wystąpienie kryzysu. Krótkie i precyzyjne pytania oraz opanowanie powinny ułatwić sytuację. Nie należy pouczać ani osądzać.
4. Dyspozycja – należy przedstawić rozwiązanie sytuacji na różnych płaszczyznach życia.
5. Odniesienie – skierowanie pacjenta do innych specjalistów.
6. Uzupełnienie – śledzenie losów ofiary oraz interwencja w przypadku ponownej sytuacji kryzysowej (Greenstone, 2004, s. 22–32).

Kolejnym przedstawionym narzędziem w niniejszym artykule jest formularz oceny selektywnej, opracowany przez: R.A. Myera, R.C. Williamsa, A.J. Otten-
sa, A.E. Schmidta. Początkowo należy opisać wydarzenie, które doprowadziło do sytuacji kryzysowej oraz nazwać ją. Następnie należy ocenić na podstawie trzech

-
2. Budowa poczucia zaufania i porozumienia.
 3. Identyfikacja głównych problemów.
 4. Wyrażenie uczuć i emocji, a także dostarczenie wsparcia osobie poszkodowanej.
 5. Przedstawienie możliwych alternatyw.
 6. Ustalenie planu działania.
 7. Dalsze działania długofalowe (Konieczny, 2011, s. 26–27).

wymiarów (emocjonalnym, behawioralnym i poznawczym) stopień, w jakim kryzys wpłynął na funkcjonowanie pacjenta w skali od 1 do 6, gdzie 1 oznacza brak zaburzeń, a 6 oznacza ciężkie zaburzenie (https://www.coachingkryzysowy.pl/wp-content/uploads/2019/02/FORMULARZ_FOS.pdf).

W Polsce funkcjonuje Sekcja Interwencji Kryzysowej PTP, posiadająca Certyfikat Interwencji Kryzysowej, organizująca szkolenia, superwizje, Studium Interwencji Kryzysowej oraz codzienną pomoc i edukację pacjentów, lekarzy i innych w zakresie interwencji kryzysowej. Przedstawiają również sześć kategorii od akronimu słowa „BASICPh” – polegającą na indywidualnym instrumentarium działań, w których jedna z kategorii „BASICPh” dominuje, inne się pojawiają, a niektórych kategorii nie ma wcale. Według tych kategorii ludzie uciekają się do:

- B – „beliefs” – wiara i przekonania;
- A – „affect” – ekspresja uczuć;
- S – „social” – rodzina, przyjaciele;
- I – „imagination” – wewnętrzne uporanie się z problemem;
- C – „cognition” – doświadczenie i informację;
- Ph – „physiology” – wysiłek (<http://www.interwencjakryzysowa.pl/>).

Podczas pracy w szpitalu lekarz jest jedną z pierwszych osób, które mają kontakt z pokrzywdzonym pacjentem. Wydarzeniem traumatycznym dla pacjenta mogą być różne sytuacje zdrowotne. Może być to przemoc (domowa, w szkole, w miejscu pracy), uzależnienie (od alkoholu, substancji narkotycznych), wiadomość o chorobie swojej lub osoby istotnej dla pacjenta (nowotworowej, HIV) lub inne. Niezależnie od sytuacji, lekarz powinien być przygotowany do pomocy i zaznajomiony chociaż z częścią wymienionych powyżej narzędzi pomocniczych. Prawidłowa, szybka i konkretnie postawiona diagnoza jest podstawą podjęcia działań interwencyjnych. Weryfikacja poprawności diagnozy, a w jej następstwie ocena prawidłowości podjętych względem pacjenta działań, odbywa się poprzez porównanie funkcjonowania pacjenta przed wystąpieniem sytuacji kryzysowej do funkcjonowania po zdarzeniu kryzysowym (Jezińska, 2019). W latach 2018–2020 Naczelna Izba Kontroli postanowiła skontrolować siedem Ośrodków Interwencji Kryzysowej, jedenaście powiatowych Centrów Pomocy Rodzinie, jeden Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej oraz cztery Zespoły Pomocy Społecznej lub Wsparcia, w strukturach których funkcjonowały ośrodki lub punkty interwencji kryzysowej oraz przeprowadzić kwestionariusz w MRiPS, urzędach wojewódzkich, urzędach marszałkowskich oraz 25 powiatach, w których nie ma jednostek interwencji kryzysowej. Z pomocy skorzystało łącznie 47 630 osób. W tabeli nr 1 przedstawiono najczęstsze przyczyny zwracania się o pomoc do jednostek interwencji kryzysowej.

Tabela 1. Najczęstsze przyczyny zwracania się o pomoc do jednostek interwencji kryzysowej

Przyczyna	Liczba osób	Procent wszystkich osób
Przemoc domowa	6849	14,38%
Trudność wychowawcza	3584	7,52%
Rozwód, rozstanie	3530	7,41%
Wydarzenie losowe (wypadek)	1779	3,74%
Choroba pacjenta	1388	2,91%
Myśli samobójcze/kryzys suicydalny	1309	2,75%
Śmierć bliskiej osoby	1162	2,44%
Choroba bliskiej osoby	494	1,04%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie badania NIK.

Osoby korzystające z pomocy interwencyjnej uczestniczące w anonimowym badaniu ankietowym przeprowadzonym przez NIK wymieniły łącznie 399 przyczyn, które stały się powodem decyzji o szukaniu pomocy w ośrodku lub punkcie. Najczęstszą przyczyną były problemy rodzinne związane z agresją, przemocą, kłótniami i itp. (141 osób, tj. 55,9%). Własne lub innego członka rodziny uzależnienie, jako przyczynę szukania pomocy w ośrodku lub punkcie interwencji kryzysowej, podało 68 osób, tj. 26,9% ankietowanych. Trzecią ważną przyczyną wymienianą przez wiele osób była długotrwała choroba własna lub członka rodziny. Dotyczyło to 52 osób, tj. 20,6% ankietowanych. Dodatkowo jedynie 26,8% osób zostało zachęconych do szukania pomocy przez przedstawicieli sądów, policji, poradni psychologiczno-pedagogicznych lub lekarzy. NIK wskazuje na konieczność przeprowadzenia ogólnopolskiej kampanii, która pozwoli zapisać się w świadomości społeczeństwa, ponieważ same jednostki interwencyjne nie mają możliwości dotarcia do osób potencjalnie potrzebujących wsparcia (Czas oczekiwania na pomoc w 57,5% jest wielomiesięczny i aż 21,8% osób musiało czekać kilka lat). Funkcjonowanie tych placówek powinno zostać skorelowane z działającymi w każdym województwie centrami powiadamiania ratunkowego. Ma to szczególne znaczenie tam, gdzie nie funkcjonują całodobowe ośrodki interwencji kryzysowej – według przeprowadzonych badań 69,5% placówek nie jest dostępna całodobowo (<https://www.nik.gov.pl/plik/id,24457,vp,27203.pdf>).

Techniki interwencji kryzysowej mogą być przydatne w rozmowie z każdym pacjentem. Co więcej, mogą one być stosowane tak samo jak farmakoterapia u każdego pacjenta, w celu poprawy jakości leczenia i poprawy zdrowia pacjenta. W przypadku pacjenta uzależnionego od substancji psychoaktywnych kryzys

może zakończyć się przejściem na jeden z trzech następujących poziomów funkcjonowania: powrót do równowagi sprzed kryzysu, regresja do poziomu niższego lub adaptacja do poziomu wyższego. Główną metodą pomocy osobie uzależnionej jest farmakoterapia, która jest z reguły rozłożona na 2 etapy (etap detoksykacji oraz etap wydłużenia abstynencji i zapobieganie zawrotom). Celem krótkotrwałej interwencji kryzysowej jest zapobieganie przyjmowaniu narkotyków, ograniczenie przyjmowania oraz przeciwdziałanie przekształceniu w używanie problemowe. Może być to działanie zarówno lecznicze (osoby uzależnionej) jak i profilaktyczne (skierowane do osób młodych). Aby działanie lecznicze miało większą szansę powodzenia, ważnym jest, by pacjent znalazł istotny powód zaprzestania stosowania substancji psychoaktywnych, pomóc w tym mogą grupy Anonimowych Narkomanów (https://pozytywnaprofilaktyka.org/wp-content/uploads/2020/04/A.Janiszezowska_Psychologiczne_i_spo%C5%82eczne_formy_pomocy.pdf).

Cel i grupa badawcza

Celem badań było poznanie opinii studentów kierunku lekarskiego z Uniwersytetu im. Jana Kochanowskiego w Kielcach (25 uczestników badania) i Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie (25 uczestników badania) na temat świadomości występowania i przydatności interwencji kryzysowej w pracy lekarza. W prezentowanych badaniach wzięło udział 50 opiniodawców, a dokładnie 31 kobiet (co stanowi 62% ankietowanych osób) i 19 mężczyzn (co stanowi 38% ankietowanych osób). Analiza empiryczna wykazała, że 18 osób mieszka w mieście powyżej 500 tys. mieszkańców (co stanowi 36% osób ankietowanych), 12 osób w mieście od 100 tys. do 500 tys. mieszkańców (24%), 4 osoby w mieście od 25 tys. do 100 tys. mieszkańców (8%), natomiast 16 osób mieszka na wsi lub w mieście poniżej 25 tys. mieszkańców (32%). Ponadto 22 ankietowanych jest stanu wolnego (co stanowi 44% osób ankietowanych), 25 opiniodawców jest w związku nieformalnym (50%) i 3 osoby znajdują się w związku małżeńskim (6%). Wszystkie osoby zostały poinformowane o celu pracy, otrzymały zapewnienie o wykorzystaniu wyników badania wyłącznie do celów naukowych i wyraziły zgodę na uczestniczenie w niniejszym projekcie. Jako metodę wykorzystano sondaż diagnostyczny z elementami techniki ankiety. Narzędziem badawczym, którym się posłużono, był kwestionariusz ankiety opracowany wcześniej i udostępniony za pomocą platformy internetowej od początku października do końca listopada 2022 roku. Kwestionariusz ankiety można było wypełnić jedynie raz, a pytania miały formę odpowiedzi zamkniętych, jednokrotnego wyboru lub wielokrotnego wyboru. Zebrany materiał empiryczny poddano analizom. Za zmienną różnicującą uznano płeć ankietowanych.

Analiza wyników badań

W kontekście prowadzonych badań istotne znaczenie miało poznanie opinii dotyczącej znajomości terminu – interwencja kryzysowa wśród studentów kierunku lekarskiego. 22 studentki (co stanowi 70,97% odpowiedzi kobiet) oraz 16 studentów (co stanowi 84,21% odpowiedzi mężczyzn) podało prawidłową odpowiedź, że interwencja kryzysowa to „pomoc psychologiczna mająca na celu rozwiązanie kryzysu”. Natomiast 6 respondentek (19,35%) i 1 respondent (5,26%) nie znało prawidłowej odpowiedzi. Pozostałe 3 uczestniczki badania (9,68%) oraz 2 uczestników badania (10,53%) uznało powyższy termin za „synonim kwalifikowanej pierwszej pomocy”. Każdy z badanych został poinformowany o prawidłowej terminologii powyższego zagadnienia, przed podjęciem się kolejnych pytań w kwestionariuszu ankiety.

W badanych grupach pojawiły się raczej jednomyślne opinie na temat użyteczności technik interwencji kryzysowych w pracy lekarza. Zdecydowana większość, bo aż 28 studentek (co stanowi 90,32% oddanych opinii w tej grupie) oraz 15 studentów (co stanowi 78,95% mężczyzn) wyraziła poparcie dla powyższych technik. Natomiast 3 respondentki (9,68%) oraz 4 respondenci (21,05%) miało odmienne zdanie.

Kolejne pytanie dotyczyło osobistych trudności przyszłych lekarzy w kontakcie (rozmowie) z pacjentem w podanych sytuacjach kryzysowych. Podane sytuacje kryzysowe studenci oceniali w skali od 1 do 5, gdzie: 1 – brak trudności, 2 – niewielka trudność, 3 – umiarkowana trudność, 4 – zdecydowana trudność, 5 – największa trudność. Przedstawionymi sytuacjami kryzysowymi były: przemoc domowa, gwałt, diagnoza choroby nowotworowej, diagnoza zakażenia HIV, utrata dziecka, samobójstwo bliskiej dla pacjenta osoby, uzależnienia. Wyniki powyższych sytuacji zostały przedstawione w tabeli nr 2 (dla kobiet) oraz tabeli nr 3 (dla mężczyzn).

Tabela 2. Odpowiedzi studentek na pytanie: „Oceń osobistą trudność w rozmowie z pacjentem/pacjentką w danej sytuacji?”

Odpowiedzi studentek	Brak	Niewielka	Umiarkowana	Zdecydowana	Największa
Przemoc domowa	6,45%	16,13%	32,26%	22,58%	22,58%
Gwałt	6,45%	9,68%	22,58%	25,81%	35,48%
Nowotwór	12,90%	19,35%	25,81%	25,81%	16,13%
HIV	16,13%	35,48%	12,90%	22,58%	12,90%

Utrata dziecka	12,90%	9,68%	12,90%	29,03%	35,48%
Samobójstwo	3,23%	19,35%	12,90%	22,58%	41,94%
Uzależnienie	22,58%	12,90%	29,03%	25,81%	9,68%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie uzyskanych wyników badań.

Tabela 3. Odpowiedzi studentów na pytanie: „Oceń osobistą trudność w rozmowie z pacjentem/pacjentką w danej sytuacji?”

Odpowiedzi studentów	Brak	Niewielka	Umiarkowana	Zdecydowana	Największa
Przemoc domowa	5,26%	21,05%	42,11%	26,32%	5,26%
Gwałt	0,00%	5,26%	21,05%	26,32%	47,37%
Nowotwór	5,26%	21,05%	47,37%	26,32%	0,00%
HIV	15,79%	42,11%	15,79%	26,32%	0,00%
Utrata dziecka	0,00%	5,26%	36,84%	36,84%	21,05%
Samobójstwo	0,00%	5,26%	42,11%	36,84%	15,79%
Uzależnienie	31,58%	0,00%	57,89%	10,53%	0,00%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie uzyskanych wyników badań.

Niezwykle ważną kwestią było poznanie opinii studentów na temat częstości występowania kryzysów wśród studentów kierunku lekarskiego w Polsce, obaw związanych z wystąpieniem kryzysu w trakcie pracy w zawodzie lekarza w Polsce oraz sposobów radzenia sobie z powstałym kryzysem. Intrygujący jest fakt, że 7 studentek (co stanowi 22,58% kobiet) oraz 4 studentów (co stanowi 21,05% mężczyzn) przechodziło już własny kryzys i/lub przebywało w ośrodku interwencji kryzysowej. Natomiast 24 opiniodawczyń (77,42%) i 15 opiniodawców (78,95%) nie przechodziło kryzysu. Kobiety najbardziej obawiają się wystąpienia kryzysu związanego z wypaleniem zawodowym (35,48%), depresją (25,81%) oraz kryzysem rodzinnym (19,35%) i stresem zawodowym (16,13%). Mniej popularną odpowiedzią był kryzys związany z popadnięciem w uzależnienia z powodu korzystania z używek (3,23%). Żadna studentka nie wyraziła zaniepokojenia z powodu popadnięcia w pracoholizm w trakcie pracy jako lekarz. Mężczyźni najbardziej obawiają się wystąpienia kryzysu związanego z: problematyką rodzinną (42,11%), depresją oraz wypaleniem zawodowym (kolejno po 21,05%). Mniej popularnymi odpowiedziami były: pracoholizm (10,53%) oraz stres zawodowy (15,26%). Żaden student nie obawia się popadnięcia w uzależnienie od używek.

Studenci mieli za zadanie również przedstawić swoje własne sposoby z radzeniem sobie z kryzysem/sytuacją trudną dla nich według kategorii „BASICPh”. Studenci oceniali słuszność danych sposobów w skali od 1 do 5, gdzie: 1 – brak trudności, 2 – niewielka trudność, 3 – umiarkowana trudność, 4 – zdecydowana trudność, 5 – największa trudność. Przedstawionymi wartościami/działaniami były: wiara, ekspresja swoich uczuć, pomoc rodziny lub przyjaciół, przepracowanie problemu wewnątrznie, doświadczenie lub zdobyte informacje, wysiłek fizyczny. Wyniki powyższych sytuacji zostały przedstawione w tabeli nr 4 (dla kobiet) oraz tabeli nr 5 (dla mężczyzn).

Tabela 4. Odpowiedzi studentek na pytanie: „Które z poniższych działań są dla Ciebie pomocą w sytuacji kryzysowej/trudnej?”

Odpowiedzi studentek	Brak	Niewielka	Umiarkowana	Zdecydowana	Największa
Wiara, przekonania	12,90%	22,58%	38,71%	22,58%	3,23%
Ekspresja uczuć	0,00%	12,90%	38,71%	38,71%	9,68%
Rodzina, przyjaciele	0,00%	6,45%	25,81%	48,39%	19,35%
Indywidualnie	0,00%	22,58%	32,26%	25,81%	19,35%
Doświadczenie, informacje	0,00%	29,03%	29,03%	38,71%	3,23%
Wysiłek	9,68%	25,81%	51,61%	9,68%	3,23%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie uzyskanych wyników badań.

Tabela 5. Odpowiedzi studentów na pytanie: „Które z poniższych działań są dla Ciebie pomocą w sytuacji kryzysowej/trudnej?”

Odpowiedzi studentów	Brak	Niewielka	Umiarkowana	Zdecydowana	Największa
Wiara, przekonania	47,37%	21,05%	10,53%	15,79%	5,26%
Ekspresja uczuć	5,26%	26,32%	10,53%	42,11%	15,79%
Rodzina, przyjaciele	21,05%	10,53%	10,53%	15,79%	42,11%
Indywidualnie	0,00%	21,05%	26,32%	21,05%	31,58%
Doświadczenie, informacje	0,00%	15,79%	52,63%	21,05%	10,53%
Wysiłek	15,79%	21,05%	47,37%	10,53%	5,26%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie uzyskanych wyników badań.

Ostatnią, analizowaną kwestią była przydatność zajęć fakultatywnych z interwencji kryzysowej na polskich uczelniach – jako przygotowanie studentów do przyszłej pracy. Obie grupy badane były zgodne – 28 studentek (co stanowi 90,32% kobiet) oraz 17 studentów (co stanowi 89,47%) uznało przydatność powyższych zajęć w pracy jako lekarz. Jedynie 3 studentki (9,68%) i 2 studentów (10,53%) miało przeciwnie stanowisko.

Dyskusja i podsumowanie

Wyniki z niniejszych badań świadczą, że zmienna różnicująca płeć nie jest istotna w stosunku do wiedzy i opinii studentów kierunku lekarskiego na temat interwencji kryzysowej w pracy lekarza. Zawód lekarza jest zawodem zaufania publicznego, jednak brakuje w kodeksie etyki lekarskiej podpunktów dotyczących konkretnie interwencji kryzysowej. Warto jednak podkreślić, że zgodnie z art. 20 Kodeksu Etyki Lekarskiej – „Lekarz podejmujący się opieki nad chorym powinien starać się zapewnić mu ciągłość leczenia, a w razie potrzeby także pomoc innych lekarzy”. Podpunkt ten (choć ogólnikowy) wymaga od lekarza zajmowania się nie tylko chorobą podstawową, powikłaniami choroby, lecz traktowaniem pacjenta holistycznie, zawierając w sobie także wsparcie pacjenta również w kryzysie. Ważne, by nie zostawiać pacjenta samego w kryzysie, a w sytuacji kiedy sam lekarz nie czuje się na siłach, by zaproponować pomoc, wsparcie pacjentowi, poprosić o pomoc (konsultację) lekarza innej specjalności (psychologa) lub lekarza o dłuższym stażu. Zgodnie z art. 53 Kodeksu Etyki Lekarskiej – „Doświadczeni lekarze winni służyć radą i pomocą mniej doświadczonym kolegom, zwłaszcza w trudnych przypadkach klinicznych”. Nie należy lekceważyć powyższego problemu, gdyż każdy lekarz przed przystąpieniem do praktyki klinicznej przyrzekł „służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu” oraz „według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należny szacunek” (Kodeks Etyki Lekarskiej).

Jak wynika z danych na stronie gov.pl – ponad 9 milionów Polaków pali papierosy, a około 60 tysięcy osób umiera z powodu chorób wywołanych przez papierosy. Z powodu społecznego problemu z tym nałogiem każdy lekarz powinien prowadzić profilaktykę przeciwnikotynową, która sprowadza się do 5P. Interwencja 5P, to „minimalna interwencja antynikotynowa” polegająca na: pytaniu, poradzie, pamiętaniu, pomaganiu, planowaniu (Buczowski, 2009, s. 110). Dodatkowo w Polsce funkcjonuje Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekła obturacyjna choroba płuc – POChp) polegający na: zmniejszeniu zachorowalno-

ści na schorzenia odtytoniowe, w tym ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu POChP poprzez kompleksowe działania edukacyjno-dia-gnostyczne i terapeutyczne w grupach wysokiego ryzyka, poprawa świadomości w zakresie szkodliwości palenia oraz metod zapobiegania i leczenia uzależnienia od tytoniu, w tym upowszechnienie wiedzy o POChP, czynnikach jej ryzyka oraz zdrowotnych i społecznych skutkach choroby, wczesne wykrywanie POChP i in-nych chorób odtytoniowych oraz poprawa dostępności do specjalistycznego lecze-nia uzależnienia od tytoniu i chorób płuc, poprawa skuteczności leczenia chorób odtytoniowych, przede wszystkim chorób układu oddechowego, układu krążenia i chorób nowotworowych (<https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/pro-gram-profilaktyki-chorob-odtytoniowych>). Jak wynika z powyższych badań, przy-szli lekarze mają umiarkowany problem w kontakcie z pacjentem uzależnionym, z tego powodu od początku swojej kariery lekarze powinni stosować „minimalną interwencję kryzysową” w stosunku do każdego pacjenta uzależnionego od nikoty-ny. Zgodnie z sentencją Hipokratesa „lepiej zapobiegać, niż leczyć”, choroby zwią-zane z paleniem tytoniu to: choroba niedokrwienna serca, udar mózgu, miażdży-ca, POChp, osteoporoza, nowotwory płuc, jamy ustnej, gardła, krtani, przełyku, trzustki, żołądka, pęcherza moczowego, nerki i szyjki macicy (Buczkowski, 2009, s. 110). Powyższe rozważania mogą być także podjęte w stosunku do innych sytuacji kryzysowych – przemocy domowej, gwałtowi, samobójstwu itp.

Z niniejszych badań wynika, że opinia kobiet i mężczyzn dotyczących większo-ści pytań była zgodna. Większość studentów zna terminologię dotyczącą interwen-cji kryzysowej oraz uważa przydatność technik interwencyjnych, zajęć fakultatyw-nych na uczelniach za istotnie przydatne w przyszłej pracy klinicznej. Studentki najbardziej obawiają się przyszłego kryzysu dotyczącego wypalenia zawodowego (35,48%) oraz rozmowy z pacjentem, który stracił bliską osobę z powodu sa-mobójstwa (41,94%), a studenci kryzysu związanego z problemami rodzinnymi (42,11%) oraz kontaktu z pacjentem po gwałcie (47,37%). Większość badanych nie była pacjentami w ośrodku interwencyjnym (lub nie przechodziła kryzysu oso-bistego). Dla obu grup badawczych, rodzina i przyjaciele są oparciem w sytuacji kryzysowej (trudnej), natomiast wiara, przekonania oraz wysiłek fizyczny nie są rekomendowanymi działaniami, wartościami w trakcie trwania kryzysu osobistego.

Bibliografia

- Buczkowski K., Buczkowska M. (2009). *Postępowanie z pacjentem palącym tytoni w warunkach praktyki lekarza rodzinnego*. „Forum Medycyny Rodzinnej”, nr 3(2), s. 108–116.
- Greenstone J.L., Leviton S.C. (2004). *Interwencja kryzysowa*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Jezierska J. (2019). *Diagnoza w obszarze interwencji kryzysowej*. „Lubelski Rocznik Pedagogiczny”, nr 38(2), s. 191–204.
- Kodeks Etyki Lekarskiej* (2017). Warszawa: Naczelna Izba Lekarska.
- Konieczny J., Wawrzynowicz H., Mydlarska J. (2011). *Psychologia bezpieczeństwa: kompendium*. Poznań: Agencja Wydawniczo-Reklamowa Esus.
- Kotasińska A. (2015). *Założenia i ogólne idee interwencji kryzysowej*. „Zeszyty Naukowe Ruchu Studenckiego”, nr 1, s. 61–70.
- Malec K. (2021). *Pandemia w świetle teorii kryzysu*. W: W. Gumuda (red.), *Dziennik Stanu Pandemii* (s. 205–221). Kraków: Instytut Literatury & Zakład Wydawniczy NOMOS.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej.

Netografia

- https://www.coachingkryzysowy.pl/wp-content/uploads/2019/02/FORMULARZ_FOS.pdf (dostęp: 28.11.2022).
- <https://pacjent.gov.pl/program-profilaktyczny/program-profilaktyki-chorob-odtytoniowych> (dostęp: 28.11.2022).
- <https://www.nik.gov.pl/plik/id,24457,vp,27203.pdf> (dostęp: 28.11.2022).
- <http://www.interwencjakryzysowa.pl/> (dostęp: 28.11.2022).
- https://pozytywnaprofilaktyka.org/wp-content/uploads/2020/04/A.JaniszevskaPsychologiczne_i_spo%C5%82eczne_formy_pomocy.pdf (dostęp: 28.11.2022).

Streszczenie

Niniejszy artykuł ma charakter empiryczny i podejmuje ważną kwestię dotyczącą interwencji kryzysowej w kontekście pracy zawodowej lekarza na różnych oddziałach szpitalnych. Celem zrealizowanego projektu diagnostycznego było poznanie opinii studentów kierunku lekarskiego w Polsce na powyższy temat. Prezentowany artykuł jest raportem na temat wyników badań w grupie 31 stu-

dentek i 19 studentów. Przeprowadzona analiza empiryczna pozwoliła na zdiagnozowanie kwestii związanych z występowaniem kryzysów u pacjentów oraz lekarza, a dokładnie z: znajomością terminologii – interwencja kryzysowa, użyteczności technik interwencyjnych w pracy lekarza, osobistymi trudnościami studentów w kontakcie z pacjentem w różnych kryzysach osobistych (przemoc domowa, gwałt, diagnoza choroby nowotworowej lub zakażenia HIV, utrata dziecka, samobójstwo bliskiej dla pacjenta osoby, uzależnienia), obaw związanych z wpadnięciem w określony kryzys przez przyszłych lekarzy (wypalenie zawodowe, pracoholizm, depresja, kryzys rodzinny, stres zawodowy i potencjalne używki), przydatności zajęć fakultatywnych dotyczących interwencji kryzysowej na polskich uczelniach oraz działań pomocnych dla studentów w rozwiązywaniu ich kryzysów.

Słowa kluczowe: interwencja kryzysowa, lekarz, praca socjalna

Crisis intervention as an example of a social tool in the work of a doctor – in the opinion of medical students

Abstract

This article is empirical and addresses an important issue regarding crisis intervention in the context of the professional work of a doctor in various hospital wards. The aim of the diagnostic project was to find out the opinions of medical students in Poland on the above subject. The presented article is a report on the results of research in a group of 31 female and 19 male students. The conducted empirical analysis made it possible to diagnose issues related to the occurrence of crises in patients and the doctor, and more specifically: knowledge of terminology – crisis intervention, usefulness of intervention techniques in the doctor's work, personal difficulties of students in contact with the patient in various personal crises (domestic violence, rape, diagnosis of cancer or HIV infection, loss of a child, suicide of a person close to the patient, addictions), fears related to falling into a specific crisis by future doctors (professional burnout, workaholism, depression, family crisis, professional stress and potential drugs), the usefulness of optional classes on crisis intervention at Polish universities and activities to assist students in solving their crises.

Keywords: crisis intervention, doctor, social work