

STRES PSYCHOLOGICZNY W PRACY STOMATOLOGA

Mgr Mateusz Banaszkiewicz

Absolwent Wydziału Psychologii Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej, doktorant Interdyscyplinarnych Studiów Doktoranckich Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej (obszar badawczy: wpływ chronicznego stresu na układ antyoksydacyjny osób, które doświadczyły traumy). Współpracuje m.in. z lekarzami nad rozwojem umiejętności komunikacji z pacjentami oraz radzeniem sobie ze stresem

Badania empiryczne wskazały na związek pomiędzy chronicznym stresem a m.in. nadciśnieniem czy chorobą niedokrwinną serca. Wykonywanie zawodu z kategorii „pomocowych” zwykle jest związane z występowaniem stresujących czynników środowiska pracy, takich jak: zwiększone narażenie na choroby zakaźne, obserwowanie ludzkiego cierpienia oraz poczucie wpływu na zdrowie i życie pacjentów (Myers & Myers, 2004).

Definicja

Choć stres psychologiczny występuje powszechnie, bywa różnie definiowany. Badacze Lazarus i Folkman, od lat specjalizujący się w tej dziedzinie, określają go jako relację pomiędzy osobą a jej otoczeniem. Relacja jest tu odbierana jako obciążająca lub przekraczająca zasoby i zagrażająca dobrostanowi. Relacja z otoczeniem, która została uznana za stresującą, następnie podlega ocenie. Może zostać uznana za zagrożenie, krzywdę, stratę lub wyzwanie. W rezultacie człowiek odczuwa określone emocje, co prowadzi do oceny wtórnej. Wtedy człowiek bierze pod uwagę przyczyny stresu i swoje zasoby. Następuje ocena zdolności usunięcia stresu, zmniejszenia jego skutków lub oceny możliwości uzyskania korzyści, jeśli stres jest interpretowany jako wyzwanie. Wynikiem tego procesu jest podjęcie określonych działań (Heszen-Niejodek, 2002).

Badania specjalistów pracujących w służbie zdrowia wskazały na związek stresu z obniżeniem satysfakcji z wykonywania pracy, zaburzeniami koncentracji, trudnościami w podejmowaniu decyzji, depresją, zakłóceniami w osobistych relacjach oraz osłabieniem relacji z pacjentami (Oman, Hedberg, & Thoresen, 2006).

Badania nad poziomem stresu wśród lekarzy

Myers i Myers (2004) zbadali stan zdrowia i stres w ogólnonarodowej grupie 2441 lekarzy stomatologów w Wielkiej Brytanii. Ich celem było znalezienie czynników, które wpływają na stres w życiu stomatologów, oraz określenie, w jaki sposób stres wynikający z ich pracy jest związany z ich zdrowiem oraz zachowaniami zdrowotnymi (Myers & Myers, 2004). W tabeli 1 zaprezentowano 10 sytuacji postrzeganych jako najbardziej stresujące.

Tabela 1. Dziesięć okoliczności określonych jako najbardziej stresujące (N = 2441)

Stresor	Procent osób
Niewywiązanie się z terminu	68,40%
Kontakt z „trudnymi”, niewspółpracującymi pacjentami	64,80%
Praca pod stałą presją czasu	64,40%
Konieczność udzielenia pacjentowi nagłej pomocy w czasie zabiegu	60,80%
Niezadowoleni pacjenci	52,20%
Leczenie szczególnie nerwowych pacjentów	47,40%
Leczenie (ze względów finansowych) większej liczby pacjentów niż pożądana	46,40%
Ograniczenia ustalone przez Narodowy Fundusz Zdrowia	46,20%
Praca w pośpiechu w celu przyjęcia jak największej liczby pacjentów	45,20%
Praca „na akord”	43,40%

Uczestniczki badania częściej niż uczestnicy wskazywały, że czynnikiem stresującym jest dla nich brak uznania przez pacjentów oraz niedostrzeganie przez nich złożoności ich pracy. Kobiety częściej niż mężczyźni wskazywały również na brak możliwości realizacji własnych oczekiwań i standardów w pracy.

Wyższy poziom stresu związanego z pracą zaobserwowano u stomatologów będących rodzicami dzieci i młodzieży do 18. roku życia. Im więcej mieli oni dzieci, tym silniejszy był deklarowany stres związany z pracą.

Źródła stresu

Ogólny życiowy stres specjalistów stomatologów był silnie związany ze słabością relacji stomatolog–pacjent, z presją czasu i koniecznością planowania, problemami technicznymi oraz trudnościami wynikającymi z kontaktów ze współpracownikami. Znaczący wpływ miały również stresory związane z płacą, problemy techniczne występujące w czasie leczenia pacjentów i problemy emocjonalne pacjentów. Wysoki poziom ogólnego odczuwanego stresu był również związany z większym niezadowoleniem z wykonywanej pracy, większą ilością pracy wykonywanej dla Narodowego Funduszu Zdrowia oraz większą liczbą godzin spędzonych w pracy. Powyższe czynniki stresowe związane z pracą są odpowiedzialne za prawie połowę ogólnego stresu odczuwanego przez specjalistów.

72,8% uczestników badania zadeklarowało codzienne jedzenie śniadań, 60,6% osób śpi średnio siedem–osiem godzin na dobę, 59,1% zadeklarowało uprawianie aktywności ruchowej minimum dwa razy w tygodniu przez 30 minut lub dłużej, a 19,9% podjada między posiłkami; 9,6% respondentów to osoby palące papierosy; 90,4% stomatologów regularnie pije alkohol; 4% uczestników badania ma niedowagę, waga 61% znajduje się w normie, 27,6% ma nadwagę, a 7,4% specjalistów to osoby otyłe. Opisany stan może być rezultatem specyficznych nawyków, trybu życia z niewielką ilością aktywności ruchowej oraz wpływu stresu związanego z pracą.

Analizy wykazały, że wraz ze wzrostem stresu stomatolodzy uprawiają mniej aktywności ruchowej, śpią krócej oraz piją więcej alkoholu.

Dolegliwości współistniejące

Uczestnicy badania zostali również poproszeni o wskazanie dolegliwości, jakich doświadczyli w ciągu ostatnich 14 dni. 62,3% skarżyło się na bóle odcinka lędźwiowego lub pleców. Zgagi, gazów i niestrawności doświadczyło 60,4% osób. Powyższe dolegliwości nie były związane ze stresem występującym w pracy. Stomatolodzy zostali również zapytani o dolegliwości, które miały związek ze stresem w ich pracy. 60% osób zadeklarowało, że byli nerwowi, czuli napięcie lub obniżony nastrój, 58,3% skarżyło się na bóle głowy, 48,6% miało zaburzenia snu, 48,2% respondentów zadeklarowało poczucie zmęczenia bez wyraźnego powodu (Myers & Myers, 2004).

Wśród licznych źródeł stresu w praktyce stomatologicznej znajdują się również czynniki bezpośrednio związane ze specyfiką ich pracy. Należą do nich przede wszystkim: dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, dermatozy (choroby skóry), alergie oraz potencjalne zakażenia krzyżowe (np. poprzez powierzchnie i narzędzia). Badanie populacji stomatologów w Grecji wykazało, że 62% z nich skarżyło się na minimum jedną dolegliwość związaną z układem mięśniowo-szkieletowym, dla 30% były to problemy przewlekłe, 16% zadeklarowało brak dolegliwości, a 32% korzystało z pomocy medycznej. Badacze wykazali zależność pomiędzy przeciążeniem fizycznym specjalistów a takimi dolegliwościami, jak: bóle pleców, ramion i innymi dolegliwościami układu mięśniowo-szkieletowego.

Powyższe dane wskazują, że przeciążenie fizyczne będące elementem pracy stomatologa może prowadzić do problemów związanych z układem mięśniowo-szkieletowym. Lekarze najczęściej skarżyli się na ból dolnego odcinka pleców, w badaniu w Grecji było to 48% respondentów, w badaniu australijskim 53,7%. Przewlekłe bóle dolnego odcinka pleców częściej dotyczą stomatologów pracujących jedynie w pozycji stojącej niż tych, którzy na zmianę przyjmują pozycję stojącą i siedzącą. Typowym schorzeniem są również bóle dłoni i nadgarstków. Zespół cieśni nadgarstka występował w grupie ok. 5% stomatologów, jednak aż 56% higienistów doświadczało potencjalnych lub klasycznych objawów zespołu cieśni nadgarstka.

Jedną z możliwych, lecz niepotwierdzonych przyczyn powyższych dolegliwości mięśniowo-szkieletowych, zdaniem niektórych badaczy mogą być mechaniczne wibracje regularnie występujące w trakcie pracy. Poprzez kończyny górne mogą one wywoływać zmiany w układzie krwionośnym, nerwowym i kostno-stawowym. Innymi powodami opisanych dolegliwości mogą być: postawa ciała przyjmowana w czasie pracy, powtarzane jednokierunkowe skręcanie tułowia i przedłużająca się praca w jednej pozycji. Nieergonomiczne ruchy (skręty tułowia, szyi, niepodparty właściwie kręgosłup lędźwiowy czy brak stabilnego podparcia kończyn górnych i/lub dolnych) mogą nasilać dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, a zważywszy na to, iż stomatolog spędza codziennie sześć–osiem godzin ciągłego czasu pracy z pacjentem, problem może nasilać się w czasie. Znaczenie mają również ogólnie osłabiona gibkość i siła lekarza, poziom wiedzy o tym, jak ergonomicznie używać przyrządów, ewentualne uszkodzenia ciała i ból wynikający z innych dolegliwości (Puriene, Janulyte, Musteikyte, & Bendinskaite, 2007).

Badanie 268 stomatologów w Polsce również wykazało, że warunki ich pracy sprzyjają dolegliwościom układu mięśniowo-szkieletowego. 39,2% uczestników badania w trakcie pracy zamiennie przyjmuje pozycję siedzącą i stojącą przy siedzącym

pacjencie. 27,6% specjalistów pracuje w pozycji stojącej przy siedzącym pacjencie, 22,8% uczestników badania pracuje w pozycji siedzącej przy siedzącym pacjencie. 1,1% stomatologów zawsze pracuje w pozycji siedzącej przy leżącym pacjencie, 9,3% czasem przyjmuje pozycję siedzącą. Stomatolodzy zostali również zapytani o generalne obciążenia związane z ich pracą. 51,9% skarżyło się na przeciążenie prawej nogi, 32,8% wskazało zamienne przeciążenia raz prawej, raz lewej nogi, 8,2% skarżyło się na przeciążenie lewej nogi, 7,1% nie odnotowało przeciążeń.

Czas pracy opisanej grupy kształtował się następująco: 29,1% pracowało ponad osiem godzin dziennie, 18,3% pracowało siedem godzin, 21,3% – sześć godzin, 11,9% – mniej niż sześć godzin. 46,3% zadeklarowało robienie sobie jednej przerwy w ciągu dnia pracy, 16,4% – dwóch przerw, 7% – trzech przerw, 0,4% – czterech przerw, 29,9% zadeklarowało brak jakichkolwiek przerw. W tabeli 2 zaprezentowano dolegliwości wpływające na stan układu mięśniowo-szkieletowego uczestników badania.

Tabela 2. Dolegliwości wpływające na stan układu mięśniowo-szkieletowego respondentów (N = 268)

Dolegliwość związana z:	Procent osób
odcinkiem piersiowo-lędźwiowym kręgosłupa	60,1%
karkiem	56,3%
dolnymi kończynami	47,8%
nadgarstkiem i dłonią	44,0%
prawym ramieniem	37,3%
głową	34,7%
obręczą barkową	27,2%
górnymi kończynami	25,4%
lewym ramieniem	14,2%
brak dolegliwości	8,6%

Co ciekawe, stomatolodzy, którzy wskazali brak jakichkolwiek dolegliwości, to osoby o najkrótszym stażu zawodowym. 48% to osoby pracujące mniej niż pięć lat, 26% stanowią osoby pracujące sześć–dziesięć lat.

Uczestników badania zapytano również, ile lat minęło przed wystąpieniem pierwszych dolegliwości w układzie mięśniowo-szkieletowym. 42,9% wskazało, że dolegliwości wystąpiły po sześciu–dziesięciu latach pracy zawodowej, 26,5% zadeklarowało,

że symptomy pojawiły się po 11–15 latach, 10,1% po 16–20 latach, 5,2% po 20 latach pracy. 8,6% osób wcale nie doświadczyło dolegliwości, 6,7% nie udzieliło odpowiedzi (Szymańska, 2002).

Powyższe dane są niepokojące szczególnie w świetle badań, w których wykazano związek pomiędzy dolegliwościami fizycznymi a stanem psychologicznym. Stomatolodzy, którzy w wyniku swojej pracy cierpieli na dolegliwości odcinka szyjno-ramiennego, odczuwali mniejszą satysfakcję z pracy niż lekarze bez tej dolegliwości. Lekarze cierpiący na problemy związane z odcinkiem szyjno-ramiennym doświadczali większego niepokoju, byli w gorszym stanie zdrowia oraz spostrzegali przyszłość jako mniej korzystną niż osoby bez tej dolegliwości (Puriene *et al.*, 2007). Dodatkowo badanie przeprowadzone na grupie 709 holenderskich stomatologów wykazało, że słaby stan zdrowia jest związany z większym ryzykiem wypalenia zawodowego. Jeden na dziesięciu specjalistów charakteryzował się ogólnym słabym stanem zdrowia, trzech stomatologów na dziesięciu miało słabą kondycję fizyczną (Gorter, Eijkman, & Hoogstraten, 2000).

Innym istotnym stresorem wydają się być ultradźwiękowe skalery stomatologiczne m.in. ze względu na ryzyko nadmiernego obciążenia narządów słuchu dźwiękami, które wydają urządzenia (Puriene *et al.*, 2007).

Badanie grupy 216 duńskich stomatologów wykazało, że prawie 60% z nich postrzega stomatologię jako zawód bardziej stresujący niż inne profesje. Ich zdaniem największymi stresorami są (od najbardziej do najmniej stresującego): opóźnienie w wywiązywaniu się z zadań, wywoływanie bólu u pacjentów, duże obciążenie pracą, spóźnienia pacjentów oraz niespokojni pacjenci (Moore & Brødsgaard, 2001). Wśród czynników, które uczestniczą w odbiorze pracy stomatologa jako stresującej, znajdują się również m.in.: niski poziom autonomii, przeciążenie pracą oraz brak spójności pomiędzy stopniem wpływu a odpowiedzialnością, jaka ciąży na stomatologach. Co ciekawe, jako czynnik stresujący została wskazana zarówno praca z innymi specjalistami, jak i praca w izolacji od współpracowników.

U niektórych stomatologów wzbogacenie typowej aktywności zawodowej o pracę dydaktyczną zmniejszyło odczuwany stres związany z pracą. Może to być wynikiem obniżenia poziomu izolacji, podniesienia samooceny w wyniku otrzymywanej uwagi od studentów, poczucia niezależności w zakresie nauczanych treści, poczucia przewagi nad specjalistami o mniejszej pozycji oraz poczucie pomocy osobom, z którymi w przyszłości będą pracowali nauczani studenci (Rutter, Herzberg & Paice, 2002).

Syndrom wypalenia zawodowego

Jak wspomniano powyżej, stomatolodzy doświadczający chronicznego stresu związanego z pracą są zagrożeni wystąpieniem tzw. syndromu wypalenia zawodowego (Puriene *et al.*, 2007). Obejmuje on emocjonalne wyczerpanie, depersonalizację (obojętność, cynizm, skracanie kontaktu z pacjentami, utratę ideałów związanych z pracą) oraz obniżone poczucie osiągnięć osobistych (Maslach, Schaufeli & Leiter, 2001). Wypalenie może być wynikiem długotrwałego emocjonalnego wysiłku w kontaktach z innymi ludźmi, szczególnie gdy znajdują się w trudnej sytuacji. Badania wskazują, że czynnikiem prewencyjnym wypalenia stomatologów jest umiejętność rozpoznawania tego procesu oraz korzystanie z regularnych przerw wakacyjnych (Puriene *et al.*, 2007). Badanie populacji 340 stomatologów w Wielkiej Brytanii wskazało, że pełnoobjawowe wypalenie zawodowe dotyczyło 10,6% badanej populacji. Emocjonalne wyczerpanie dotyczyło 25,53%, depersonalizacja 8,88%, a obniżone poczucie osiągnięć osobistych objęło grupę 34,42% stomatologów.

Inne badanie wskazało, że istnieją różnice płciowe w zakresie syndromu wypalenia zawodowego. Mężczyźni uzyskali w nich większe wyniki na skali depersonalizacji (obojętność, cynizm, skracanie kontaktu z pacjentami, utrata ideałów związanych z pracą). Pogłębione analizy wskazały jednak, że istnieją tutaj czynniki moderujące, np. liczba godzin spędzanych w pracy. Mężczyźni zwykle pracują dłużej oraz rzadziej pracują na część etatu (Puriene *et al.*, 2007).

Do wypalenia dochodzi zwykle, gdy u specjalisty przeważa koncentracja na problemach, brakuje pozytywnej informacji zwrotnej od innych, występuje wysoki poziom emocjonalnego stresu i gdy występujące problemy są trwałe. Interesujący wydaje się fakt, że depersonalizacja (obojętność, cynizm, skracanie kontaktu z pacjentami, utrata ideałów związanych z pracą) maleje z wiekiem. Może to być wynikiem rosnącej z wiekiem umiejętności nawiązywania kontaktów z innymi, zmniejszenia tempa pracy, które stwarza przestrzeń do większej liczby kontaktów z innymi oraz do budowania więzi z pacjentami na przestrzeni dłuższego czasu. Co więcej, prywatna praktyka wiąże się z największym poziomem odczuwanej kontroli. Kontrola to czynnik, który może obniżać doświadczany poziom stresu (Puriene *et al.*, 2007). Dodatkowo warto wspomnieć, że brak ścieżek karier również należy do czynników związanych z wypaleniem zawodowym. Powinno to być uwzględnione jako element profilaktyki przeciwdziałania wypaleniu u stomatologów.

Brak hierarchii organizacyjnej

Środowisko pracy stomatologa prowadzącego prywatną praktykę często pozbawione jest hierarchii. Taka sytuacja z jednej strony dostarcza specjalistce korzyści w postaci potencjalnie większego poczucia kontroli wobec pracy w hierarchii organizacyjnej. Z drugiej strony stomatolog, który nie pracuje w zespole, w sytuacjach trudnych jest zmuszony polegać głównie na swoich własnych zasobach, również emocjonalnych. Specjaliści pracujący w zespołach mogą dzielić się z sobą obciążeniami, np. wynikającymi z kontaktów z pacjentami. Praca w hierarchicznym środowisku przynajmniej z definicji dostarcza również wsparcia przełożonych, gdy zajdzie taka potrzeba. W ten sposób może stanowić jeden z efektywnych mechanizmów redukcji stresu.

Co ciekawe, jedno z badań wykazało, że wśród czynników, które najczęściej wywołują stres u stomatologów, znajdują się kwestie związane zabiegami stomatologicznymi, organizacją miejsca pracy, relacjami z pacjentami i współpracownikami (Puriene *et al.*, 2007). Dla przykładu w grupie 545 stomatologów aż 67% z nich wskazało, że podczas podawania znieczulenia nerwowi pacjenci wywołują u nich stres (Daublaender, 2010).

Omawiając wyniki badań nad stresem stomatologów, nie wolno zapomnieć, że stres jest indywidualnym zjawiskiem, którego każdy człowiek może doświadczać inaczej ze względu na specyfikę własnej osobowości, temperamentu i fizjologii.

W grupie 77 stomatologów prowadzących prywatną praktykę zaobserwowano pewne podobieństwa i różnice. Ogólny poziom stresu jest mniejszy u stomatologów z większym stażem pracy. Jednak lekarze zarówno z krótkim, jak i długim stażem pracy w podobnym stopniu odczuwają stres dotyczący kontaktów z pacjentami oraz związany z problemami finansowymi, gdy takie występują (Jacobson, 1990). Wspomniane już badanie stomatologów w Wielkiej Brytanii wskazało, że ok. 60% respondentów odczuwało nerwowość, ogólne napięcie lub obniżony nastrój, 58,3% odczuwało bóle głowy, 60% miało problemy ze snem, 48,2% czuło zmęczenie bez wyraźnego powodu (Myers & Myers, 2004).

W badaniu 560 stomatologów (274 kobiet, 284 mężczyzn) kobiety uzyskały wyższe wyniki na skali depresji. Ta zależność dotyczyła jednak jedynie specjalistek w dziedzinie periodontologii i stomatologii dziecięcej. Badacze nie znaleźli zależności pomiędzy liczbą godzin tygodniowo spędzanych w pracy a depresją. Nie zaobserwowali również związku pomiędzy liczbą lat wykonywania zawodu i miejscem wykonywania swojej praktyki a depresją. Badawcze podkreślają, że niepokojący jest fakt, że wśród stomatologów cierpiących na depresję niewielki jest odsetek tych, którzy skorzystali z pomocy profesjonalistów. Wśród uczestników badania było to jedyne siedmiu stomatologów z 47 zmagających się z chorobą.

Badacze są zgodni, że stres związany z pracą stomatologa wpływa na życie osobiste i rodzinne lekarzy. Osobą najsilniej odczuwającą stres w rodzinie jest partner/partnerka specjalisty (Puriene *et al.*, 2007).

Badania wśród stomatologów płci żeńskiej

Badanie stomatologów w Szwecji wykazało, że ich zdaniem idealna praca to taka, która zapewnia poczucie wolności, wpływu i stymulacji intelektualnej (Hjalmer, Söderfeldt & Axtelius, 2006). Inne szwedzkie badanie 183 stomatologów płci żeńskiej pokazało, że istnieje znacząca różnica pomiędzy pracą, jakiej oczekują specjaliści, a realiami, w jakich pracują. Różnica była najmniejsza wśród stomatologów, którzy byli zrzeszeni w większych grupach. Mniejszą rozbieżność zaobserwowano również u uczestniczek badania, które zadeklarowały wsparcie ze strony kierownictwa. Badacze wykazali również mniejsze różnice wśród niezamężnych stomatologów wobec zamężnych. Być może niezamężne specjalistki mają poczucie większych możliwości rozwoju zawodowego.

Osoby, które wysoko cenią rozwój swojej kariery, wskazywały na większe różnice pomiędzy stanem obecnym a stanem, jakiego oczekują. Interesujący wydaje się fakt, iż specjalistki, które swoją relację z przełożonym oceniły jako satysfakcjonującą, charakteryzowały się mniejszą ambicją w rozwoju swojej kariery zawodowej. Dodatkowo wykazano mniejsze różnice pomiędzy ich obecną sytuacją zawodową a sytuacją, którą zadeklarowały jako idealną (Hjalmer *et al.*, 2006).

Badania wśród studentów stomatologii

Badanie 333 studentów pierwszego roku stomatologii z siedmiu europejskich uczelni wyższych wykazało, że studenci stomatologii odczuwali większe emocjonalne wyczerpanie w porównaniu ze studentami medycyny. Badacze zaobserwowali również związek pomiędzy stresem studentów a szybkim tempem ich życia oraz specyfiką zajęć, które znajdują się w programie ich studiów. Zasugerowali, że jedną z możliwych przyczyn takiego stanu rzeczy może być przeciążenie obowiązkami, które zwiększa trudność studentów do nawiązywania ze sobą wspierających relacji (Humphris *et al.*, 2002).

Długość pracy stomatologów skraca czas, jaki przeznaczają na odpoczynek i zaangażowanie w życie rodzinne. Badanie 6 444 stomatologów w Kanadzie wykazało, że ponad 10% z nich przyjmuje 30 lub więcej pacjentów dziennie. Taki stan rzeczy prawdopodobnie znacząco wpływa na omówiony powyżej stan zdrowia stomatologów (Puriene *et al.*, 2007).

Wspomniane powyżej badanie grupy stomatologów płci żeńskiej w Szwecji wykazało, że do czynników, jakich pożądamy one w swojej pracy, należą dobra komunikacja oraz zasady demokracji obowiązujące w pracy, oparte na wolności i wpływie pracowników (Hjalmer, Söderfeldt & Axtelius, 2004).

Richard Lavine i współpracownicy podkreślają, że stomatolodzy, którzy zmagają się z własnymi problemami osobistymi, często doświadczają wstydu, który ogranicza ich poszukiwanie profesjonalnego wsparcia (S.R. Lavine, J.W. Drumm, 2004).

Strategie zmniejszania ryzyka wystąpienia ww. dolegliwości

Strategie zmniejszania ryzyka omówionych dolegliwości lub ich ograniczania są związane z regularnym zmienianiem pozycji w czasie pracy, zwiększaniem własnej gibkości, zwiększaniem siły oraz dbaniem o ergonomię w miejscu pracy (Puriene *et al.*, 2007). Autorka badania podkreśla, że skuteczną metodą profilaktyki opisanych dolegliwości jest model tzw. pracy na cztery lub sześć rąk (z ang. *Four/six handed dentistry*). Polega on na pracy zespołu wykwalifikowanych praktyków klinicznych współpracujących ze sobą w środowisku pracy uwzględniającym zasady ergonomii. Celem jest zwiększenie produktywności, zwiększenie jakości usług przy jednoczesnej ochronie równowagi fizycznej organizmu stomatologa. Taka metodologia pracy daje dentyście możliwość utrzymania całkowitego czasu pracy przy zwiększonym

odpoczynku dla kręgosłupa i mięśni. W badanej grupie tylko jeden stomatolog stale praktykował pracę na cztery ręce. Siedmiu specjalistów robiło to od czasu do czasu (Szymańska, 2002). Jednak należy podkreślić, że obecnie w większości polskich uniwersytetów nauka zawodu obejmuje pracę ergonomiczną, tj. w systemie na cztery ręce (z czynną asystą przy fotelu). Studenci pracują zamiennie w parach lub w zajęciach uczestniczą higienistki jako czynna asysta.

Zdaniem badaczy wzorce radzenia sobie, jakie powinni realizować specjaliści, obejmują: skuteczne utrzymywanie równowagi pomiędzy czasem poświęconym pracy a czasem poświęconym innym aktywnościom, świadome poszukiwanie satysfakcji w pracy, podejmowanie aktywności rodzinnych, regularne komunikowanie się z najbliższymi, wspólne podejmowanie decyzji, dbanie o dobry stan zdrowia oraz włączanie regularnej aktywności fizycznej w rytm typowych obowiązków (Puriene *et al.*, 2007).

Warto wziąć również pod uwagę fakt, iż troska o warunki pracy stomatologa może przyczynić się do wzrostu komfortu pacjentów, w ten sposób obniżając obciążenie związane z pracą odczuwane przez stomatologa (Puriene *et al.*, 2007).

Liczne wymienione powyżej dolegliwości i konsekwencje związane ze stresem w pracy stomatologa mogą być usuwane lub niwelowane poprzez rozwój efektywnych strategii radzenia sobie. Ich planowanie i realizacja muszą jednak uwzględniać indywidualne czynniki, takie jak: gotowość do zmiany konkretnego stomatologa, możliwości wynikające z warunków jego pracy i sytuacji osobistej.

Do strategii radzenia sobie można więc zaliczyć psychoedukację związaną z higieną snu, fizjologią i psychofizjologią stresu, wzrost wiedzy na temat wypalenia zawodowego. Do skutecznych narzędzi redukcji napięcia należą m.in.: ogólna aktywność ruchowa, ćwiczenia oddechowe, ćwiczenia izometryczne, fizjoterapia i inne aktywności oddziaływania na ciało. Kolejne możliwości to strategie poznawczego radzenia sobie ze stresem zmieniające sposób myślenia o wydarzeniach, ćwiczenia relaksacyjne oraz inne, m.in. skoncentrowane na sprowadzaniu swojej uwagi do chwili obecnej lub rozwijaniu w sobie umiejętności do akceptacji przeżywanych doświadczeń. Nauka dostarczyła już dowodów potwierdzających skuteczność przytoczonych narzędzi.

Jednym z przykładów może być eksperyment przeprowadzony na Uniwersytecie Harvarda w 2012 roku, w którym wykazano, że już sama zmiana sposobu myślenia o stresie powoduje zmianę profilu kardiologicznego zestresowanych osób (Jamieson & Mendes, 2012). Niestety sama znajomość konstruktywnych

sposobów radzenia sobie ze stresem nie musi wiązać się z ich realizacją. Udowodniono, że negatywne emocje pojawiające się w czasie realizacji zmian stylu życia mogą prowadzić do podejmowania dotychczasowych niekorzystnych dla zdrowia zachowań związanych ze stresem (Adams & Leary, 2007). By zmiany miały charakter trwałe, konieczne są jednocześnie dostarczenie wiedzy i rozwój umiejętności związanych ze zmianą i utrwalaniem nawyków. Temat ten zostanie szerzej opisany w oddzielnym artykule.

Szansą na niwelowanie zagrożeń i skutków stresu związanego z pracą lekarzy stomatologów są również edukacja i wsparcie dostarczone na wczesnym etapie ich edukacji i kariery. Przykładem takich oddziaływań na poziomie populacji polskiej jest projekt „Ogólnopolskie szkolenia z zakresu funkcjonowania systemu ochrony zdrowia oraz umiejętności komunikacji, współpracy i budowania relacji z pacjentem dla lekarzy rozpoczynających pracę” (www.mlodylekarz.org) realizowany w ramach Programu Kapitał Ludzki, Priorytet II. Projekt jest skierowany do lekarzy i lekarzy dentyistów do 35. roku życia, w trakcie stażu lub specjalizacji. Mogą oni skorzystać z bezpłatnych warsztatów obejmujących między innymi tematykę przekazywania pacjentom trudnych informacji, wspierania ich i ich rodzin, radzenia sobie ze stresem i in.

Bibliografia

- ◆ Adams, C.E., & Leary, M.R. (2007), *Promoting Self-Compassionate Attitudes Toward Eating Among Restrictive and Guilty Eaters*, „Journal of Social and Clinical Psychology” 26(10), 1120–1144.
- ◆ Daublaender M., *Stres dentyisty w miejscu pracy*, FM Dentall, 1/2010, s. 47–49.
- ◆ Gorter R.C., Eijkman M.A. & Hoogstraten J. (2000), *Burnout and health among Dutch dentists*, „European Journal of Oral Sciences” 108(4)/2000, s. 261–267.
- ◆ Hjalms K., Söderfeldt B. & Axtelius B., *Healthy work for female unpromoted general practice dentists*, „Acta Odontologica Scandinavica” 62(2)/2004, s. 107–110.
- ◆ Hjalms K., Söderfeldt B. & Axtelius B., *Moral values and career: factors shaping the image of healthy work for female dentists*, „Acta Odontologica Scandinavica” 64(5)/2006, s. 255–261.
- ◆ Humphris G., Blinkhorn A., Freeman R., Gorter R., Hoad-Reddick G., Murto-maa H., Splieth C., *Psychological stress in undergraduate dental students: baseline results from seven European dental schools*, „European Journal of Dental Education: Official Journal of the Association for Dental Education in Europe” 6(1)/2002, s. 22–29.

- ◆ Jacobson A., *Age differences in the stress patterns of dentists*, „The Journal of the Dental Association of South Africa” 45(11)/1990, s. 8.
- ◆ Jamieson J.P. & Mendes W.B., *Cardiovascular and Cognitive Responses to Stress*, „The Journal of Experimental Psychology: General” 141(3)/2012, s. 417–422.
- ◆ Lazarus R. & Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping* (p. 445), 1984.
- ◆ Maslach C., Schaufeli W.B. & Leiter M.P., *Job burnout*, „Annual Review of Psychology” 52/2001. s. 397–422.
- ◆ Moore R. & Brødsgaard I., *Dentists’ perceived stress and its relation to perceptions about anxious patients*, „Community Dentistry and Oral Epidemiology” 29(1)/2001, s. 73–80.
- ◆ Myers H.L. & Myers L.B. *“It’s difficult being a dentist’: stress and health in the general dental practitioner*, „British Dental Journal” 197(2)/2004, s. 89–93; discussion 83; quiz 100–101.
- ◆ Oman D., Hedberg J. & Thoresen C.E., *Passage meditation reduces perceived stress in health professionals: a randomized, controlled trial*, „Journal of Consulting and Clinical Psychology” 74(4)/2006, s. 714–719.
- ◆ Puriene A., Janulyte V., Musteikyte M. & Bendinskaite R., *General health of dentists. Literature review*, „Stomatologija/Issued by Public Institution „Odontologijos Studija”... [et al.]” 9(1)/2007, s. 10–20.
- ◆ Rutter H., Herzberg J. & Paice E., *Stress in doctors and dentists who teach*, „Medical Education” 36(6)/2002, s. 543–549.
- ◆ Lavine S.R., Drumm J.W., L.K.K., *Safeguarding the health of dental professionals*, „The Journal of the American Dental Association” 135(January)/2004, s. 84–89.
- ◆ Szymańska J., *Original articles aeam disorders of the musculoskeletal system among dentists from the*, „Ann Agric Environ Med.” 9/2002, s. 169–173.