WPŁYW CECH OSOBOWOŚCI I STANU ZDROWIA PSYCHICZNEGO PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO NA WYBÓR STYLU RADZENIA SOBIE ZE STRESEM W KONTAKCIE Z UMIERAJĄCYM CZŁOWIEKIEM

THE INFLUENCE OF NURSING STAFF' PERSONALITY TRAITS AND MENTAL HEALTH ON THEIR STRESS-COPING STYLES IN CONTACTS WITH DYING PATIENTS

Anna Maria Cybulska[1], Sylwia Wieder-Huszla[2], Anna Jurczak[2], Elżbieta Grochans[1]

[1] Zakład Pielęgniarstwa
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
[2] Zakład Pielęgniarstwa Specjalistycznego
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.57

STRESZCZENIE

Wstęp. Specyfika pracy pielęgniarki wynika nie tylko z wykonywania procedur medycznych, ale również nawiązywania intensywnych kontaktów z innymi ludźmi. Jednym z trudniejszych doświadczeń jest obecność przy umierającym pacjencie, przez co pielęgniarki znacznie częściej niż ogół społeczeństwa są narażone na destrukcyjne działanie negatywnych emocji.
Cel. Celem podjętych badań była ocena wpływu cech osobowości i stanu zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego na wybór stylu radzenia sobie ze stresem w kontakcie z umierającym człowiekiem.
Materiał i metody. Badaniami objęto 836 pielęgniarek/pielęgniarzy z Polski, o średniej wieku 40 lat (SD = 9,7), pracujących głównie w szpitalu (82%). Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, za pomocą kwestionariusza GHQ-30, CISS oraz NEO-FFI.
Wyniki. Badania wykazały, że wśród ankietowanych 85% pamiętało pierwszy zgon pacjenta, a u 54% badanych nie wystąpiły zaburzenia zdrowia psychicznego. Ankietowani wykazujący zaburzenia zdrowia psychicznego cechowali się wysokim nasileniem stylów radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach (29,5%), na unikaniu (18,28%) oraz na angażowaniu się w czynności zastępcze (32,11%) [p = 0,000].
Wnioski. Pielęgniarki/pielęgniarze charakteryzujący się zaburzeniami w zakresie funkcjonowania psychicznego wykazywali się większą skłonnością do wyboru niekonstruktywnych metod radzenia sobie ze stresem. Style radzenia sobie ze stresem badanych kształtowane są przez cechy osobowościowe.

SŁOWA KLUCZOWE: śmierć, pielęgniarki, osobowość, stres, zdrowie.

ABSTRACT

Introduction. Medical procedures aside, nursing work is characterized by intensive contacts with other people. Being with dying patients is one of the most difficult tasks, and the one which puts nurses at a high risk of experiencing the destructive effects of negative emotions.
Aim. The aim of this study was to assess the influence of nursing staff' personality traits and mental health on their stress-coping strategies in contacts with dying people.
Material and methods. The study involved 836 male and female nurses from Poland at the average age of 40 years (SD = 9.7), most of whom (82%) were employed in a hospital. This survey-based study was performed using the GHQ-30 (self-reported health assessment), the CISS (stress-coping styles), and the NEO-FFI (personality traits).
Results. The study demonstrated that 85% of those surveyed remembered their first experience with patient's death, and 54% of the respondents did not have mental health problems. Stress-coping styles adopted by nurses with mental health problems were mainly those based on emotion-oriented coping (29.5%), avoidance-oriented coping (18.28%), and engaging in alternative activities (distraction) (32.11%) [p = 0.000].
Conclusions. Male and female nurses with psychological functioning problems were more likely to choose non-constructive stress-coping strategies. Stress-coping styles adopted by nurses are associated with their personality traits.

KEYWORDS: death, nurses, personality, stress, health.

Wprowadzenie

Specyfika pracy pielęgniarki wynika nie tylko z wykonywania procedur medycznych, ale również nawiązywania intensywnych kontaktów z innymi ludźmi oraz towarzyszenia im w trudnych sytuacjach. Pielęgniarki angażują się w problemy społeczne, psychologiczne czy fizyczne

swoich pacjentów, często pracując w uciążliwych warunkach i pod wpływem silnych emocji, zatem stres jest niejednokrotnie stałym elementem wykonywanej pracy. Według Lazarusa i Folkman stres pojawia się w momencie, gdy sytuacja jest postrzegana jako uniemożliwiająca lub potencjalnie udaremniająca realizację jakiegoś stanu motywacyjnego, powodując jednocześnie wzmożenie afektu oraz uruchomienie procesów regulacyjnych, których celem jest opanowanie emocji i zapewnienie optymalnej kontynuacji funkcjonowania [1].

Radzenie sobie ze stresem jest podstawowym procesem adaptacyjnym. Pierwotna ocena sytuacji stresowej pozwala na uruchomienie procesów zaradczych, w przypadku oceny wtórnej zagrożenia osoba dokonuje oszacowania, w jaki sposób może sprostać wymaganiom danej sytuacji. Radzenie sobie obejmuje zarówno czynności poznawcze, jak i behawioralne, ukierunkowane na zmianę obecnej sytuacji na lepszą. Lazarus i Folkman wyróżnili cztery sposoby radzenia sobie ze stresem: poszukiwanie informacji, podejmowanie działań, powstrzymanie się od działania oraz procesy intrapsychiczne [1]. Endler oraz Parker zaproponowali trzy charakterystyczne strategie radzenia sobie w sytuacjach stresowych: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu. W ostatnim stylu wyróżniono ponadto angażowanie się w czynności zastępcze oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich [2].

Z przeglądu literatury przedmiotu wynika, że najbardziej efektywnym stylem radzenia sobie z problemami zawodowymi wśród pielęgniarek jest styl skoncentrowany na zadaniu oraz poszukiwaniu kontaktów towarzyskich. Z racji wykonywanego zawodu umiejętność kontrolowania emocji jest niewątpliwie wymagana wśród pielęgniarek, ponieważ od tego, jak skutecznie radzą sobie one w sytuacjach stresowych, zależy zarówno zdrowie, życie, jak i bezpieczeństwo innych [3]. Pielęgniarki, które mają tendencję do radzenia sobie ze stresem poprzez styl skoncentrowany na emocjach, częściej deklarują wyższy poziom stresu zawodowego. Maslach podaje, że zawody pielęgniarki i położnej należą do profesji narażonych na zespół wypalenia zawodowego, który uwarunkowany jest brakiem umiejętności radzenia sobie ze stresem [4].

W radzeniu sobie ze stresem ważną rolę odgrywa osobowość. Jedną z bardziej rozpowszechnionych teorii osobowości jest pięcioczynnikowy model osobowości nazywany Wielką Piątką. Model ten obejmuje pięć głównych wymiarów osobowości: neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność. Neurotyczność charakteryzuje się podatnością na doświadczanie negatywnych emocji, takich jak strach, zmieszanie, gniew, poczucie winy, oraz oznacza wrażliwość na stres psychologiczny. Osoby ekstrawertywne są przyjacielskie, rozmowne, skłonne do zabawy, poszukiwania stymulacji oraz charakteryzują się optymizmem życiowym i pogodnym nastrojem. Otwartość na doświadczenie to pozytywne wartościowanie doświadczeń życiowych, tolerancja wobec nowości oraz ciekawość poznawcza. Ugodowość cechuje się pozytywnym nastawieniem do odmiennego zdania innych ludzi, zaś sumienność rozumiana jest jako wytrwałość i motywacja jednostki w działaniach [6].

Przegląd piśmiennictwa potwierdza istotny związek cech osobowości i stylów radzenia sobie ze stresem. Cechami osobowości, które szczególnie wiążą się ze stresem, są neurotyczność oraz ekstrawersja, w mniejszym stopniu sumienność oraz ugodowość. Neurotycy mają tendencje do oceniania doświadczanych sytuacji jako stresujących w kategorii zagrożenia i to oni częściej doświadczają zdarzeń negatywnych. Ekstrawertycy oraz jednostki o wysokiej ugodowości częściej otrzymują informacje zwrotne dotyczące własnych działań oraz uzyskiwanych efektów, co umożliwia im lepsze radzenie sobie ze stresem [7].

Praca pielęgniarki należy do trudnych, jest złożona i ma wielozadaniowy charakter. Każda z czynności wykonywanych przez pielęgniarkę wymaga różnych zdolności, predyspozycji i umiejętności [8]. Często pojawiają się sytuacje nieprzewidywalne, np. nagłe pogorszenie się stanu chorego czy też reanimacja, podczas której minuty decydują o życiu pacjenta. Takie sytuacje doprowadzają do postępującego zmęczenia i spadku efektywności pracy oraz do obniżenia komfortu psychicznego pielęgniarki [9]. Personel pielęgniarski pracujący w oddziałach, w których częściej sprawuje się opiekę nad przewlekle chorymi i w stanie zagrożenia życia, deklaruje, że największe źródło stresu w pracy zawodowej stanowią umieranie i śmierć pacjenta, obserwowanie rozwoju choroby oraz jej skutków, a także psychospołeczne warunki pracy [10]. Pielęgniarki znacznie częściej są narażone na destrukcyjne działanie negatywnych emocji niż ogół populacji. Można przypuszczać, że prawie cała grupa zawodowa pielęgniarek jest potencjalnie narażona na działanie stresora w postaci silnych negatywnych uczuć w związku z umieraniem pacjentów, a przewlekle trwający stres może wywołać zaburzenia psychosomatyczne.

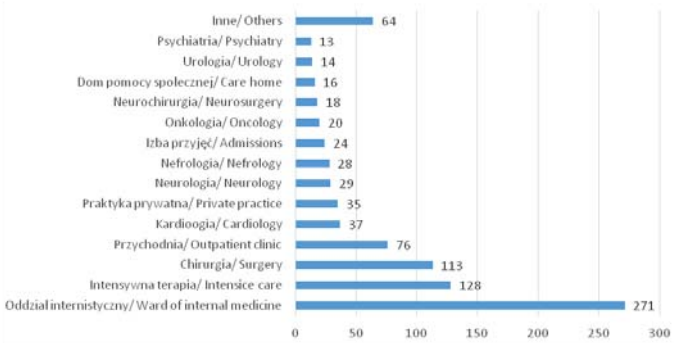
Cel pracy

Celem podjętych badań była ocena wpływu cech osobowości i stanu zdrowia psychicznego pielęgniarek na wybór stylu radzenia sobie ze stresem wynikającym z kontaktu z umierającym człowiekiem.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2014 roku po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej PUM w Szczecinie w grupie 836 pielęgniarek/pielęgniarzy. Udział w badaniu był dobrowolny, a kryterium doboru do badań było miejsce zamieszkania na terenie Polski.

W badaniach zdecydowaną większość ankietowanych stanowiły kobiety (97%), w wieku 40–49 lat (40%), w związku małżeńskim (64%) oraz zamieszkujące miasto powyżej 100 tys. mieszkańców (47%). Większość badanych (72%) posiadała wykształcenie wyższe, z czego 46% deklarowało wykształcenie na poziomie licencjackim, 26% – magisterskim. Głównym miejscem pracy badanych był szpital (82%), zwłaszcza oddziały: internistyczne, intensywnej terapii oraz chirurgiczne, w dalszej kolejności przychodnia. Najliczniejszą grupę – 35% – stanowił personel ze stażem pracy 15–24 lat. Wśród badanych 85% pamięta swój pierwszy kontakt ze śmiercią pacjenta (**Rycina 1**).



Rycina 1. Miejsce pracy respondentów
Figure 1. Workplace
Źródło: badania własne
Source: author's own materials

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z wykorzystaniem techniki ankietyzacji. Do zebrania materiału badawczego wykorzystano: kwestionariusz ankiety własnego autorstwa (zawierający dane socjodemograficzne, subiektywną ocenę emocji, reakcji, postrzegania, wartości i postaw wobec śmierci), CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) [2], kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia Goldberga (kwestionariusz GHQ-30) [11] oraz NEO-FFI (*NEO-Five Factor Inventory*) [6].

CISS jest to narzędzie do oceny sposobów radzenia sobie ze stresem, stworzone przez Endler oraz Parker. Polską adaptację kwestionariusza opracowali Szczepaniak, Strelau, Wiśniewski. Skala składa się z 48 stwierdzeń dotyczących różnych zachowań, jakie ludzie podejmują w sytuacjach stresowych. Ankietowany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość, z jaką podejmuje dane działanie w sytuacjach trudnych i stresowych. Wyniki ujmowane są w trzech skalach, gdzie styl skoncentrowany jest na: zadaniu (SSZ), emocjach (SSE), unikaniu (SSU). Ten ostatni przyjmuje dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) oraz poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT). Zakres wyników dla SSZ, SSE, SSU wynosi od 16 do 80 punktów, dla ACZ zakres wynosi 8–40 punktów, a dla PKT – 5–25 punktów. Wyniki weryfikowane są przy użyciu norm stenowych dla trzech grup wiekowych (16–24, 25–54, 55–79) [2].

Kwestionariusz ogólnego stanu zdrowia Goldberga GHQ-30 jest instrumentem samooceny stosowanym do wstępnej selekcji osób z niepsychotycznymi zaburzeniami psychicznymi oraz jako narzędzie do pomiaru nieswoistego cierpienia psychicznego. Kwestionariusz zawiera pytania, które respondenci samodzielnie odnoszą do swojej sytuacji i stanu psychicznego. Występują cztery wersje kwestionariusza (GHQ12, GHQ28, GHQ30, GHQ60), jednak GHQ30 zawiera optymalne proporcje jakości psychometrycznej do wysiłku wymaganego w jej zastosowaniu. W opinii Goldberga sumę punktów uzyskanych w wyniku zastosowania kwestionariusza traktować należy jako ilościową miarę nasilenia niepsychotycznych zaburzeń funkcji psychicznych, odwołując się do teoretycznej koncepcji osi biegnącej od bieguna pełnego zdrowia psychicznego do bieguna ciężkich zaburzeń psychicznych. Większa liczba punktów GHQ odpowiada większemu prawdopodobieństwu występowania zaburzeń psychicznych. Na sumę punktów GHQ w znacznym stopniu wpływa sposób przeżywania oraz osobnicza wrażliwość. Osoby z większym poczuciem choroby osiągają większe sumy punktów. Istnieją różne metody obliczania skali GHQ-30, najbardziej popularną metodą jest metoda Likerta (0-1-2-3) oraz metoda *GHQ score* (0-0-1-1). W badaniach wykorzystano metodę *GHQ score,* dzięki niej można ocenić ogólny stan zdrowia. Zaburzenia zdrowia występują, gdy respondent uzyska więcej niż 4 punkty [11].

NEO-FFI jest narzędziem do diagnozy cech osobowości uwzględniających model Wielkiej Piątki, czyli pięcioczynnikowy model osobowości stworzony przez Costę oraz McCrae. Polską adaptację kwestionariusza opracowali w 1998 roku Zawadzki, Strelau, Szczepaniak, Śliwińska. Pozycje kwestionariusza stanowi 60 twierdzeń o charakterze samoopisowym, których prawdziwość w stosunku do własnej osoby badany ocenia na skali 5-stopniowej. Pozycje te tworzą pięć skal mierzących: neurotyczność, ekstrawersję, otwartość na doświadczenia, ugodowość i sumienność. Zakres wyników w każdej z wymienionych podskal wynosi od 0 do 48 punktów i jest weryfikowany przy użyciu norm stenowych dla pięciu grup wiekowych (15–19, 20–29,

30–39, 40–49, 50–80) opracowanych osobno dla kobiet i mężczyzn. W zależności od liczby stenów świadczących o nasileniu każdej cechy respondent uzyskuje wynik wysoki (7–10), przeciętny (4–6) lub niski (1–3) dla każdej z pięciu skal [6].

Analiza statystyczna

Analizę statystyczną przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania Statistica wersja 7. Zebrane dane dotyczące stylów radzenia sobie ze stresem wg CISS oraz cech osobowości według NEO-FFI poddano analizie wielowymiarowej opartej na porządkowaniu liniowym wg wzorca Balickiego, która pozwala na uporządkowanie zespołu cech obiektów wielowymiarowych [12]. Za poziom statystycznie istotny przyjęto wartość $p < 0,05$.

Wyniki

Badania wykazały, że w subiektywnej ocenie dominującym typem nastawienia wobec śmierci pacjenta wśród ankietowanych był typ emocjonalny – 78%, z czego silne reakcje towarzyszyły 7% badanych. Postawę dystansowania się wobec śmierci deklarowało 22% badanych, pierwszy zgon pacjenta pamiętało aż 85% respondentów (**Tabela 1**).

Tabela 1. Subiektywna ocena ankietowanych dotycząca nastawienia do śmierci chorego
Table 1. Interviewees' self-reported attitudes towards patient's death

Nastawienie do śmierci chorego/ *Attitude towards patient's death*	n	%
Emocjonalne/*Emotional*	651	77,9
• z kontrolą emocji/*with control of emotions*	384	45,9
• zależne od czynników (np. od pacjenta, sytuacji)/*dependent on different factors (ex. patient, situation)*	207	24,8
• z silnymi reakcjami (np. płaczem)/*with strong reactions (ex. crying)*	56	6,7
• z silnymi zaburzeniami myślenia oraz koncentracji/ *with serious thinking and concentration problems*	4	0,5
Zachowanie dystansu/*Keeping distance*	185	22,1

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Według większości badanych obcowanie ze śmiercią pacjenta wpływa na ich życie, ucząc pewnych wartości oraz postaw. Wśród nich respondenci najczęściej wymieniali: szacunek do życia (80%), pokorę (72%) oraz świadomość dobrego wykorzystania każdej chwili życia (64%). Brak wpływu śmierci chorego na własne życie wskazało 7 osób (1%) (**Tabela 2**).

Tabela 2. Wpływ obcowania ze śmiercią pacjentów na życie ankietowanych
Table 2. The influence of experiencing patient's death on interviewees' lives

Wartości i postawy zdobyte poprzez doświadczanie śmierci chorego/*Values and attitudes adopted through the experience of patient's death*	n	%
Szacunek do życia/*Respect for life*	666	80
Pokora/*Humility*	599	72
Świadomość dobrego wykorzystania każdej chwili życia/*Awareness of making the most of every moment of life*	523	64
Spojrzenie na własne życie/*A look at one's own life*	506	61
Potrzeba pomocy innym/*The need for helping others*	337	40
Wrażliwość/*Sensitivity*	336	40
Wiara w Boga i w życie po śmierci/*Faith in God and eternal life*	294	35
Miłość/*Love*	266	32
Odpowiedzialność/*Responsibility*	262	31
Brak wpływu/*No effect*	7	1

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Na podstawie analizy wielowymiarowej wykazano, że dominującym stylem radzenia sobie respondentów ze stresem był styl skoncentrowany na emocjach (MT 0,43), w następnej kolejności styl skoncentrowany na unikaniu (MT 0,42). Najrzadziej wybieranym stylem radzenia sobie ze stresem było poszukiwanie kontaktów towarzyskich (MT 0,35) oraz styl skoncentrowany na zadaniu (MT 0,35) (**Tabela 3**).

Tabela 3. Analiza statystyczna stylów radzenia sobie ze stresem według CISS
Table 3. Statistical analysis of stress-coping styles according to the CISS

CISS	M ±SD	Mo	n Mo	Me	Q1–Q3	MT
Styl skoncentrowany na emocjach/ *Emotion-oriented coping*	5,6±1,3	6,0	356,0	6,0	5,0–6,0	0,43
Styl skoncentrowany na unikaniu/ *Avoidance-oriented coping*	5,3±1,4	5,0	285,0	5,0	5,0–6,0	0,42
Angażowanie się w czynności zastępcze/ *Engaging in alternative activities (distraction)*	5,6±1,5	5,0	306,0	5,0	5,0–7,0	0,37
Styl skoncentrowany na zadaniu/ *Task-oriented coping*	4,7±1,5	5,0	223,0	5,0	4,0–6,0	0,35
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich/*Seeking social contact (social diversion)*	5,1±1,5	4,0	229,0	5,0	4,0–6,0	0,35

M – średnia arytmetyczna/*arithmetic mean*; SD – odchylenie standardowe/ *standard deviation;* Mo – moda/*dominant*; n Mo – liczba mód/*number of dominants*; Me – mediana/*median;* Q1 – kwartyl pierwszy/*first quartile*; Q3 – kwartyl trzeci/*third quartile;* MT – miara taksonomiczna/*taxonomic measure*

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Na podstawie danych uzyskanych z kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia (GHQ30) dokonano oceny stanu psychicznego badanych, uzyskane wyniki wykazały, że 54% z nich cechuje się brakiem zaburzeń zdrowia psychicznego, a u 46% występują zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym (**Tabela 4**).

Tabela 4. Stan zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego według kwestionariusza ogólnego stanu zdrowia GHQ-30
Table 4. Nurses' mental health according to the GHQ-30

GHQ-30	n (%)	M±SD	Me	Min–Maks.	Q1–Q3
Zdrowi/*Healthy*	453 (54)	1,7±1,4	2,0	0,0–4,0	0,0–3,0
Zaburzenia zdrowia psychicznego/ *With mental health problems*	383 (46)	11,8±5,9	10	5,0–30,0	7,0–15,0
Wskaźnik ogólny/*General index*	836 (100)	6,3±6,5	4	0,0–30,0	1,0–9,0

SD – odchylenie standardowe/*standard deviation*; M – średnia arytmetyczna/ *arithmetic mean;* Me – mediana/*median*; Mo – moda/*dominant*; Q1 – kwartyl pierwszy/*first quartile*; Q3 – kwartyl trzeci/*third quartile*

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Analizie poddano korelacje między strategiami radzenia sobie ze stresem personelu pielęgniarskiego a zaburzeniami zdrowia psychicznego. Niskie nasilenie stylu skoncentrowanego na emocjach zaobserwowano u 9,49% osób charakteryzujących się brakiem zaburzeń zdrowia psychicznego. Badania wykazały, że osoby charakteryzujące się zaburzeniami zdrowia psychicznego cechowały się wysokim nasileniem stylu skoncentrowanego na emocjach – 29,5% (p = 0,000), stylu skoncentrowanego na unikaniu – 18,28% (p = 0,002), oraz na angażowaniu się w czynności zastępcze – 32,11% (p = 0,000). Nie wykazano istotnie statystycznych zależności między stanem zdrowia psychicznego badanych a pozostałymi stylami radzenia sobie ze stresem (**Tabela 5**).

Tabela 5. Zależność między stanem psychicznym według kwestionariusza GHQ-30 a stylami radzenia sobie ze stresem według CISS
Table 5. The correlation between mental health according to the GHQ-30 and stress-coping styles according to the CISS

CISS *(level)*		GHQ-30 Zdrowi/ *Healthy* n (%) 453 (54)	GHQ-30 Zaburzenia zdrowia/ *Mental health problems* n (%) 383 (46)	Razem/ *Total* n (%) 836 (100)
Styl skoncentrowany na zadaniu/*Task-oriented coping*	niski/*low* n (%)	95 (20,97)	92 (24,02)	187 (22,4)
	średni/*medium* n (%)	310 (68,43)	248 (64,75)	558 (66,7)
	wysoki/*high* n (%)	48 (10,60)	43 (11,23)	91 (10,9)
chi^2 Pearsona: 1,36003, df=2, p=0,507				
Styl skoncentrowany na emocjach/*Emotion-oriented coping*	niski/*low* n (%)	43 (9,49)	6 (1,57)	49 (5,9)
	średni/*medium* n (%)	370 (81,68)	264 (68,93)	634 (75,8)
	wysoki/*high* n (%)	40 (8,83)	113 (29,5)	153 (18,3)
chi^2 Pearsona: 75,1569, df=2, p=0,000				
Styl skoncentrowany na unikaniu/*Avoidance-oriented coping*	niski/*low* n (%)	41 (9,05)	19 (4,96)	60 (7,2
	średni/*medium* n (%)	361 (79,69)	294 (76,76)	655 (78,3)
	wysoki/*high* n (%)	51 (11,26)	70 (18,28)	121 (14,5)
chi^2 Pearsona: 12,1274, df=2, p=0,002				
Styl skoncentrowany na angażowaniu się w czynności zastępcze/ *Engaging in alternative activities (distraction)*	niski/*low* n (%)	39 (8,61)	10 (2,61)	49 (5,9)
	średni/*medium* n (%)	326 (71,96)	250 (65,27)	576 (68,9)
	wysoki/*high* n (%)	88 (19,43)	123 (32,11)	211 (25,2)
chi^2 Pearsona: 27,3271, df=2, p=0,000				
Styl skoncentrowany na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich/*Seeking social contact (social diversion)*	niski/*low* n (%)	46 (10,15)	47 (12,27)	93 (11,1)
	średni/*medium* n (%)	315 (69,54)	279 (72,85)	594 (71,1)
	wysoki/*high* n (%)	92 (20,31)	57 (14,88)	149 (17,8)
chi^2 Pearsona: 4,58495, df=2, p=0,101				

chi^2 Pearsona – test zgodności chi-kwadrat/*Pearson's chi-square test for independence;* Df – liczba stopni swobody/*degrees of freedom;* p – prawdopodobieństwo/ *level of significance*

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

Na podstawie analizy wielowymiarowej wykazano, że dominującą cechą osobowości wśród badanych była ekstrawersja (MT 0,50), kolejną nasiloną cechą była otwartość na doświadczenia (MT 0,44), a następnie sumienność (MT 0,40) oraz ugodowość (MT 0,37). Najmniej nasiloną cechą w badanej grupie była neurotyczność (MT 0,34) (**Tabela 6**).

Tabela 6. Analiza statystyczna cech osobowości według NEO-FFI (steny)
Table 6. Statistical analysis of personality traits according to the NEO-FFI (sten scores)

NEO-FFI	M ±SD	Mo	n Mo	Me	R Q	MT
Ekstrawersja/*Extroversion*	5,8±1,8	6,0	188,0	6,0	2,0	0,50
Otwartość na doświadczenia/*Openness to experience*	5,5±1,8	5,0	199,0	5,0	3,0	0,44
Sumienność/*Conscientiousness*	6,4±2,1	6,0	148,0	6,0	3,0	0,40
Ugodowość/*Agreeableness*	5,8±2,2	6,0	157,0	6,0	3,0	0,37
Neurotyczność/*Neuroticism*	4,8±2,2	4,0	139,0	5,0	3,0	0,34

SD – odchylenie standardowe/*standard deviation;* M – średnia arytmetyczna/ *arithmetic mean;* Me – mediana/*median*; Mo – moda/*dominant*; Q1 – kwartyl pierwszy/*first quartile;* Q3 – kwartyl trzeci/*third quartile*; n Mo – liczba mód/ *number of dominants;* MT – miara taksonomiczna/*taxonomic measure*

Źródło: badania własne
Source: author's own materials

W związku z odczuwaniem przez badane osoby negatywnych emocji związanych z doświadczaniem śmierci chorego, które są czynnikiem stresogennym, analizie poddano relacje między stylami radzenia sobie ze stresem (wykorzystując CISS) a natężeniem podstawowych cech osobowości (według NEO-FFI). Wykazano statystycznie istotną zależność między nasileniem stylu skoncentrowanego na zadaniu a nasileniem takich cech osobowości, jak sumienność oraz otwartość na doświadczenia. Osoby cechujące się niskim nasileniem stylu skoncentrowanego na zadaniu charakteryzowały się niskim nasileniem cechy sumienność (45,16%). Z kolei 28,07% respondentów cechujących się niskim nasileniem stylu skoncentrowanego na zadaniu charakteryzowało się niskim nasileniem otwartości na doświadczenia. Nie stwierdzono istotnych statystycznie zależności między stylem skoncentrowanym na zadaniu a pozostałymi cechami osobowości (**Tabela 7**).

Tabela 7. Zależności między cechami osobowości personelu pielęgniarskiego według NEO-FFI a stylem skoncentrowanym na zadaniu według CISS

Table 7. The correlation between nurses' personality traits according to the NEO-FFI and the task-oriented coping according to the CISS

NEO-FFI *(level)*		CISS *(level)* niski/*low* n (%)	średni/ *medium* n (%)	wysoki/ *high* n (%)
Neurotyczność/*Neuroticism*	niski/*low* n (%)	48 (18,75)	182 (71,09)	25 (10,16)
	średni/*medium* n (%)	92 (23,90)	253 (65,71)	40 (10,39)
	wysoki/*high* n (%)	47 (24,10)	123 (63,08)	25 (12,82)
chi^2 Pearsona: 4,22481, df=4, p=0,376				
Ekstrawersja/*Extroversion*	niski/*low* n (%)	22 (28,21)	45 (57,69)	11 (14,10
	średni/*medium* n (%)	102 (22,08)	309 (66,88)	51 (11,04)
	wysoki/*high* n (%)	63 (21,28)	204 (68,92)	29 (9,80)
chi^2 Pearsona: 3,60326, df=4, p=0,462				
Ugodowość/*Agreeableness*	niski/*low* n (%)	36 (31,03)	67 (57,76)	13 (11,21)
	średni/*medium* n (%)	96 (23,08)	279 (67,07)	41 (9,86)
	wysoki/*high* n (%)	55 (18,09)	212 (69,74)	37 (12,17)
chi^2 Pearsona: 9,16869, df=4, p=0,057				
Sumienność/*Conscientiousness*	niski/*low* n (%)	28 (45,16)	32 (51,61)	2 (3,23)
	średni/*medium* n (%)	98 (25,13)	260 (66,67)	32 (8,21)
	wysoki/*high* n (%)	61 (15,89)	266 (69,27)	26 (14,84)
chi^2 Pearsona: 36,8803, df=4, p=0,000				
Otwartość na doświadczenia/*Openness to experience*	niski/*low* n (%)	32 (28,07)	71 (62,28)	11 (9,65)
	średni/*medium* n (%)	111 (23,27)	325 (68,13)	41 (8,60)
	wysoki/*high* n (%)	44 (17,96)	162 (66,12)	39 (15,92)
chi^2 Pearsona: 12,6118, df=4, p=0,0133				

chi^2 Pearsona – test zgodności chi-kwadrat/*Pearson's chi-square test for independence;* Df – Liczba stopni swobody/Degrees of freedom; p – prawdopodobieństwo/*level of significance*

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

W grupie badanych o wysokim nasileniu neurotyczności 26,15% cechowało się wysokim nasileniem stylu radzenia sobie ze stresem skoncentrowanym na emocjach. U 23,08% badanych o niskim nasileniu ekstrawersji, u 31,03% o niskim nasileniu ugodowości, u 35,48% sumienności oraz u 22,81% otwartości na doświadczenia zaobserwowano niskie nasilenie stylu skoncentrowanego na emocjach (**Tabela 8**).

Tabela 8. Zależności między stylem skoncentrowanym na emocjach według CISS a cechami osobowości personelu pielęgniarskiego według NEO-FFI

Table 8. The correlation between emotion-oriented coping according to the CISS and nurses' personality traits according to the NEO-FFI

NEO-FFI *(level)*		CISS *(level)* niski/*low* n (%)	średni/*medium* n (%)	wysoki/*high* n (%)
Neurotyczność/ *Neuroticism*	niski/*low* n (%)	21 (8,20)	207 (80,86)	28 (10,94)
	średni/*medium* n (%)	15 (3,90)	296 (76,88)	74 (19,22)
	wysoki/*high* n (%)	13 (6,67)	131 (67,18)	51 (26,15)
chi^2 Pearsona: 22,3151, df=4, p=0,000				
Ekstrawersja/ *Extroversion*	niski/*low* n (%)	1 (1,28)	59 (75,64)	18 (23,08)
	średni/*medium* n (%)	21 (4,55)	383 (74,24)	98 (21,21)
	wysoki/*high* n (%)	27 (9,12)	232 (78,38)	37 (12,50)
chi^2 Pearsona: 18,4850, df=4, p=0,001				
Ugodowość/ *Agreeableness*	niski/*low* n (%)	5 (4,31)	75 (64,66)	36 (31,03)
	średni/*medium* n (%)	15 (3,61)	322 (77,40)	79 (18,99)
	wysoki/*high* n (%)	49 (9,54)	237 (77,96)	38 (12,50)
chi^2 Pearsona: 29,3065, df=4, p=0,000				
Sumienność/ *Conscientiousness*	niski/*low* n (%)	3 (4,84)	37 (59,68)	22 (35,48)
	średni/*medium* n (%)	12 (3,08)	300 (76,92)	78 (20,00)
	wysoki/*high* n (%)	34 (8,85)	297 (77,34)	53 (13,80)
chi^2 Pearsona: 28,3122, df=4, p=0,000				

Otwartość na doświadczenia/ *Openness to experience*	niski/*low* n (%)	6 (5,26)	82 (71,93)	26 (22,81)
	średni/*medium* n (%)	29 (6,08)	349 (73,17)	99 (20,75)
	wysoki/*high* n (%)	14 (5,71)	203 (82,86)	28 (11,43)
chi^2 Pearsona: 11,5445, df=4, p=0,021				

chi^2 Pearsona – test zgodności chi kwadrat/*Pearson's chi-square test for independence;* Df – Liczba stopni swobody/*degrees of freedom*; p – prawdopodobieństwo/*level of significance*

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

Wśród osób z wysokim nasileniem stylu skoncentrowanym na unikaniu wysokim nasileniem neurotyczności i ekstrawersji cechowało się odpowiednio 15,38% i 16,89% badanych. Z kolei w grupie personelu o niskim nasileniu stylu skoncentrowanego na unikaniu osoby cechujące się niskim nasileniem ugodowości stanowiły 21,55%, a sumienności – 25,81% (**Tabela 9**).

Tabela 9. Zależności między stylem skoncentrowanym na unikaniu wg CISS a cechami osobowości personelu pielęgniarskiego wg NEO-FFI
Table 9. The correlation between avoidance-oriented coping according to the CISS and nurses' personality traits according to the NEO-FFI

NEO-FFI *(level)*		CISS *(level)* niski/*low* n (%)	średni/*medium* n (%)	wysoki/*high* n (%)
Neurotyczność/ *Neuroticism*	niski/*low* n (%)	29 (11,33)	200 (78,13)	27 (10,55)
	średni/*medium* n (%)	17 (4,42)	304 (78,96)	64 (16,62)
	wysoki/*high* n (%)	14 (7,18)	151 (77,44)	30(15,38)
chi^2 Pearsona: 14,3462, df=4, p=0,006				
Ekstrawersja/ *Extroversion*	niski/*low* n (%)	5 (6,41)	63 (80,77)	10 (12,82)
	średni/*medium* n (%)	18 (3,90)	383 (82,90)	61 (13,20)
	wysoki/*high* n (%)	37 (12,5)	209 (70,61)	50 (16,89)
chi^2 Pearsona: 24,0808, df=4, p=0,000				
Ugodowość/ *Agreeableness*	niski/*low* n (%)	8 (6,90)	83 (71,55)	25 (21,55)
	średni/*medium* n (%)	20 (4,81)	339 (81,49)	57 (13,70)
	wysoki/*high* n (%)	32 (10,53)	233 (76,64)	39 (12,83)
chi^2 Pearsona: 14,0934, df=4, p=0,007				
Sumienność/ *Conscientiousness*	niski/*low* n (%)	3 (4,84)	43 (69,35)	16(25,81)
	średni/*medium* n (%)	21 (5,38)	316 (81,03)	53 (13,59)
	wysoki/*high* n (%)	36 (9,38)	296 (77,08)	52 (13,54)
chi^2 Pearsona: 11,8208, df=4, p=0,019				

Otwartość na doświadczenia/ *Openness to experience*	niski/*low* n (%)	12 (10,53)	86 (75,44)	16 (14,04)
	średni/*medium* n (%)	34 (7,13)	367 (76,94)	76 (15,93)
	wysoki/*high* n (%)	14 (5,71)	202 (82,45)	29 (11,84)
chi^2 Pearsona: 5,17767, df=4, p=0,270				

chi^2 Pearsona – test zgodności chi-kwadrat/*Pearson's chi-square test for independence;* Df – Liczba stopni swobody/*degrees of freedom*; p – prawdopodobieństwo/*level of significance*

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

Istotne statystycznie zależności wykazano także między stylem skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich a ugodowością i sumiennością. Zaobserwowano, że 23,36% osób z wysokim nasileniem ugodowości, a 22,40% z wysokim nasileniem cechy sumienności cechowało się wysokim poziomem stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich (**Tabela 10**).

Tabela 10. Zależności między stylem skoncentrowanym na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich wg CISS a cechami osobowości personelu pielęgniarskiego wg NEO-FFI
Table 10. The correlation seeking social contact (social diversion) according to the CISS and between nurses' personality traits according to the NEO-FFI

NEO-FFI *(level)*		CISS *(level)* niski/*low* n (%)	średni/*medium* n (%)	wysoki/*high* n (%)
Neurotyczność/ *Neuroticism*	niski/*low* n (%)	27 (10,55)	177 (69,14)	52 (20,31)
	średni/*medium* n (%)	36 (9,35)	287 (74,55)	62 (16,10)
	wysoki/*high* n (%)	30 (15,38)	130 (66,67)	35 (17,95)
chi^2 Pearsona: 7,19804, df=4, p=0,126				
Ekstrawersja/ *Extroversion*	niski/*low* n (%)	12 (15,38)	54 (69,23)	12 (15,38)
	średni/*medium* n (%)	49 (10,61)	337 (72,94)	76 (16,45)
	wysoki/*high* n (%)	32 (10,81)	203 (68,58)	61 (20,61)
chi^2 Pearsona: 3,97071, df=4, p=0,410				
Ugodowość/ *Agreeableness*	niski/*low* n (%)	20 (17,24)	85 (73,28)	11 (9,48)
	średni/*medium* n (%)	39 (9,38)	310 (74,52)	67 (16,11)
	wysoki/*high* n (%)	34 (11,18)	199 (65,46)	71 (23,36)
chi^2 Pearsona: 17,6053, df=4, p=0,001				
Sumienność/ *Conscientiousness*	niski/*low* n (%)	8 (12,90)	48 (77,42)	6 (9,68)
	średni/*medium* n (%)	40 (10,26)	293 (75,13)	57 (14,62)
	wysoki/*high* n (%)	45 (11,72)	253 (65,89)	86 (22,40)
chi^2 Pearsona: 12,3356, df=4, p=0,015				

Otwartość na doświadczenia/ *Openness to experience*	niski/*low* n (%)	18 (15,79)	81 (71,05)	15 (13,15)
	średni/*medium* n (%)	54 (11,32)	341 (71,49)	82 (17,19)
	wysoki/*high* n (%)	21 (8,57)	172 (70,20)	52 (21,22)
chi^2 Pearsona: 6,80922, df=4, p=0,146				

chi^2 Pearsona – test zgodności chi-kwadrat/*Pearson's chi-square test for independence;* Df – liczba stopni swobody/*degrees of freedom*; p – prawdopodobieństwo/*level of significance*

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

W przypadku osób osiągających wysokie wyniki w angażowaniu się w czynności zastępcze 32,31% cechowało się wysokim nasileniem neurotyczności i 24,49% – otwartości na doświadczenia. Z kolei niskie wyniki dotyczyły nasilenia sumienności (48,39%), ekstrawersji (28,21%) oraz ugodowości (33,62%) (**Tabela 11**).

Tabela 11. Zależności między stylem skoncentrowanym na angażowaniu się w czynności zastępcze wg CISS a cechami osobowości personelu pielęgniarskiego wg NEO-FFI

Table 11. The correlation engaging in alternative activities (distraction) according to the CISS and between nurses' personality traits according to the NEO-FFI

NEO-FFI *(level)*		CISS *(level)* niski/*low* n (%)	średni/*medium* n (%)	wysoki/*high* n (%)
Neurotyczność/ *Neuroticism*	niski/*low* n (%)	18 (7,03)	191 (74,51)	47(18,36)
	średni/*medium* n (%)	20 (5,19)	254 (68,57)	101(26,23)
	wysoki/*high* n (%)	11 (5,64)	121 (62,05)	63 (32,31)
chi^2 Pearsona: 12,2624, df=4, p=0,016				
Ekstrawersja/ *Extroversion*	niski/*low* n (%)	1 (1,28)	55 (70,51)	22 (28,21)
	średni/*medium* n (%)	21 (4,55)	318 (68,83)	123(26,62)
	wysoki/*high* n (%)	27 (9,12)	203 (68,58)	66 (22,30)
chi^2 Pearsona: 11,1952, df=4, p=0,025				
Ugodowość/ *Agreeableness*	niski/*low* n (%)	8 (6,90)	69 (59,48)	39 (33,62)
	średni/*medium* n (%)	16 (3,85)	293 (70,43)	107(25,72)
	wysoki/*high* n (%)	25 (8,22)	214 (70,39)	65 (21,38)
chi^2 Pearsona: 12,7817, df=4, p=0,012				
Sumienność/ *Conscientiousness*	niski/*low* n (%)	2 (3,23)	30 (48,39)	30 (48,39)
	średni/*medium* n (%)	21 (5,38)	261 (66,92)	108(27,69)
	wysoki/*high* n (%)	26 (6,77)	285 (74,22)	73 (19,01)
chi^2 Pearsona: 27,0074, df=4, p=0,000				
Otwartość na doświadczenia/ *Openness to experience*	niski/*low* n (%)	15 (13,16)	73 (64,04)	26 (22,81)
	średni/*medium* n (%)	23 (4,82)	329 (68,97)	125(26,21)
	wysoki/*high* n (%)	11 (4,49)	174 (71,02)	60 (24,49)
chi^2 Pearsona: 13,0708, df=4, p=0,011				

chi^2 Pearsona – test zgodności chi-kwadrat/*Pearson's chi-square test for independence;* Df – liczba stopni swobody/*degrees of freedom*; p – prawdopodobieństwo/*level of significance*

Źródło: badania własne

Source: author's own materials

Dyskusja

Pielęgniarka i pielęgniarz, wykonując swoje obowiązki, muszą wykazywać się wieloma cechami zawodowymi i osobowymi, a także umiejętnościami radzenia sobie ze stresem. Ocena wpływu osobowości na wybór stylów radzenia sobie ze stresem, zwłaszcza w kontakcie z osobą umierającą, może stanowić ważny element w zapobieganiu wielu zagrożeniom, które dotyczą personelu pielęgniarskiego, między innymi wypaleniu zawodowemu.

Badania własne wykazały, że śmierć chorego silnie wpływa na emocjonalność respondentów. W badanej grupie 85% pamiętało swój pierwszy kontakt ze śmiercią pacjenta, a 1% badanych nigdy go nie doświadczyło. Celem badań Nyklewicza i wsp. [13] była ocena nasilenia lęku i przygnębienia w związku z myśleniem o śmierci oraz zdefiniowanie sposobów radzenia sobie z silnymi emocjami i stresem związanymi z umieraniem pacjentów lub osób bliskich. Badania te wykazały, że dla 63% ankietowanych obraz śmierci pierwszego pacjenta jest silnym bodźcem pozostającym w pamięci. Badania Dębskiej [8] oraz Gregorasz [14] udowodniają, że śmierć jest dużym obciążeniem psychicznym dla pielęgniarek, zwłaszcza przy pierwszym kontakcie. W takim przypadku śmierć powoduje zmianę podejścia do podstawowych spraw egzystencjalnych, często wywołując uczucie lęku o własne życie oraz o życie najbliższych. Dunn i wsp. [15] wykazali, że pierwszy kontakt z chorym umierającym jest bardzo stresogennym czynnikiem i mocno wpływa na kształtowanie mechanizmów radzenia sobie ze stresem.

Analiza materiału własnego wskazała, że osoby osiągające wysokie wyniki w stylu skoncentrowanym na emocjach cechowały się wysokim nasileniem neurotyczności. Wysoka neurotyczność sprzyja skłonności do doświadczania negatywnych emocji i zamartwiania się [16], zatem osoby te mogą charakteryzować się większą wrażliwością na stres.

W przypadku osób osiągających wysokie wyniki w stylu skoncentrowanym na unikaniu zaobserwowano wysokie nasilenie neurotyczności oraz ekstrawersji.

Osoby neurotyczne, czyli wrażliwe, skłonne do zamartwiania się, oraz osoby ekstrawertyczne, skupiające się na kontaktach zewnętrznych [16], prezentując styl skoncentrowany na unikaniu, mogą ograniczać przykre doznania występujące w pracy. Styl ten bowiem cechuje osoby, które wypierają ze swojej świadomości sytuacje stresujące [16]. Wyniki własne wskazują, że osoby z wysokim nasileniem stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich cechowały się wysokim nasileniem ugodowości. Osoby z wysoką ugodowością, które charakteryzuje postawa życzliwości, serdeczności i otwartości [16], mogą marginalizować nieprzyjemne doznania związane z sytuacjami trudnymi i stresogennymi.

Wśród personelu pielęgniarskiego w badaniu własnym dominującym stylem radzenia sobie ze stresem był styl skoncentrowany na emocjach, zaś osobowością – ekstrawersja. Przeprowadzone wśród pielęgniarek badania Nyklewicza i wsp. [13] wykazały, że dominującym stylem radzenia sobie ze stresem jest zadaniowa reakcja na stres. Ponadto badania te wykazały nieefektywne sposoby radzenia sobie ze stresem. Badania te potwierdziły, że negatywne emocje związane z myśleniem o śmierci są silnym czynnikiem stresogennym.

Wilczek-Rużyczka i Król [17] przeprowadziły wśród pielęgniarek psychiatrycznych badania, których celem było określenie poziomu stresu zawodowego oraz stylów radzenia sobie z nim. Badania te wykazały, że pielęgniarki stosują różne style radzenia sobie ze stresem zawodowym, przy czym częściej stosowanym stylem był styl skoncentrowany na zadaniu niż na emocjach. Pielęgniarki, które miały tendencje do radzenia sobie ze stresem poprzez styl skoncentrowany na emocjach, częściej deklarowały wyższy poziom stresu zawodowego. Poza tym, jak podaje Maslach [4], pielęgniarki wykonują zawód szczególnie narażony na zespół wypalenia zawodowego.

Wyniki badań Gaworskiej-Krzemińskiej i wsp. [18] potwierdziły, że osobowość badanych studentów pielęgniarstwa ma wpływ na wybór stylów radzenia sobie ze stresem. Badania wykazały istotną statystycznie zależność pomiędzy ekstrawersją a skoncentrowanym na zadaniu i poszukiwaniu kontaktów towarzyskich stylem radzenia sobie ze stresem. Odnotowano również związek pomiędzy ekstrawersją a skoncentrowanym na unikaniu i jego podskali – angażowaniu się w czynności zastępcze – stylem radzenia sobie ze stresem. Potwierdzono także istotną statystycznie zależność między neurotycznością a skoncentrowanym na emocjach stylem radzenia sobie ze stresem [18].

Badania Nyklewicz i wsp. [13] wykazały, że w sytuacji stresu tylko 22% badanych stosuje styl skoncentrowany na zadaniu. Oznacza to, że pielęgniarki te mają tendencję do podejmowania wysiłków zmierzających do rozwiązania problemu przez poznawcze przekształcenia lub próby zmiany sytuacji. Jedynie 9% badanych stosuje styl skoncentrowany na emocjach, co oznacza, że w sytuacjach stresowych osoby te mają tendencję do skupiania się na sobie, na własnych przeżyciach emocjonalnych, takich jak złość, poczucie winy i napięcie. Osoby stosujące emocjonalny styl radzenia sobie ze stresem cechują się niskimi kompetencjami społecznymi i niską inteligencją emocjonalną, a także występuje u nich wyższy poziom neurotyczności. Również jedna na dziesięć badanych stosuje styl skoncentrowany na unikaniu, podejmując czynności zastępcze. W przypadku badań Perek i wsp. [19] wykazano, że w badanej grupie pielęgniarek przeważa zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem.

Analiza materiału własnego wskazuje, że u 46% badanych występują zaburzenia zdrowia psychicznego. Analizując wyniki pomiaru stanu zdrowia (GHQ-12) w badaniach Nyklewicza oraz wsp. [13], wykazano pozytywny wymiar zdrowia psychicznego jedynie u ponad połowy badanych pielęgniarek (61%). Zaburzenia zdrowia psychicznego stwierdzono u 39% respondentów. Badania Makowskiej oraz Merecz [20] wykazały, że tłumienie emocji i ich wyrażania prowadzi do ich nasilenia oraz przyczynia się do długotrwałego utrzymywania się napięcia emocjonalnego. Niewyrażony gniew może być przyczyną niektórych chorób, a złość może powodować wzrost ciśnienia tętniczego krwi, przyspieszenie tętna oraz zwiększone ryzyko chorób układu krążenia. Niewyrażone emocje stają się przyczyną zaburzeń nerwicowych oraz chorób psychosomatycznych. Badania Makowskiej oraz Merecz wykazały, że zaburzenia zdrowia psychicznego występowały u 26,6% respondentów i był to wynik wyższy od oczekiwanego. Wynika z tego, że stan zdrowia psychicznego pielęgniarek jest zdecydowanie niezadowalający [20].

Wnioski

1. Pielęgniarki i pielęgniarze charakteryzujący się zaburzeniami w zakresie funkcjonowania psychicznego wykazują większą skłonność do wyboru niekonstruktywnych metod radzenia sobie ze stresem wynikającym z kontaktu z pacjentem.
2. Osoby z wysokim nasileniem ekstrawersji częściej wybierały styl skoncentrowanym na unikaniu, co może ograniczać sytuacje stresujące w pracy.
3. Większość badanych ma tendencje do radzenia sobie ze stresem poprzez styl skoncentrowany na emocjach, co może się wiązać z doświadczaniem stresu zawodowego w kontakcie z umierającym pacjentem.

Piśmiennictwo

1. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer Verlag; 1984. 55–75.
2. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2005: 28–65.
3. Żuralska R, Majkowicz M, Gaworska-Krzemińska A. Psychologiczna ocena stylów radzenia sobie ze stresem a cechy osobowości studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Nursing Topics. 2012; 20(2): 240–246.
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. Annu Rev Psychol. 2001; 52: 397–422.
5. Mojs E, Głowacka MD. Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. Now Lek. 2005; 74(2): 238–243.
6. Zawadzki B, Strelau J, Szczepaniak P, Śliwińska M. Inwentarz Osobowości NEO-FFI Paula T. Costy Jr i Roberta R. McCrea. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2007; 12–34.
7. Irvine F, Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study Lorraine Burgess. British Association of Critical Care Nurses. Nursing in Critical Care. 2010; 15(3): 129–140.
8. Dębska G, Merklinger-Soma M, Cepuch G. Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym. Piel XXI w. 2010; 1–2, 65–70.
9. De Walden-Gałuszko K. Psychospołeczne aspekty opieki paliatywnej. W: De Walden-Gałuszko K (red.). Podstawy opieki paliatywnej. Warszawa: PZWL; 2006. 190–193.
10. Muraczyńska B. Źródła i nasilenie stresu zawodowego pielęgniarek w pracy z człowiekiem umierającym. Ann UMCS. 2000; 34: 165–168.
11. Małaszczyk K, Pawłowski T. Właściwości dyskryminacyjne polskiej wersji Kwestionariusza Ogólnego Zdrowia (GHQ-30) dla różnych metod zliczania punktów. Adv Clin Exp Med. 2003; 12(5): 621–624.
12. Balicki A. Statystyczna analiza wielowymiarowa i jej zastosowania społeczno-ekonomiczne. Gdańsk: Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego; 2009. 317–334.
13. Nyklewicz W, Krajewska-Kułak E. The death and emotions of nurses – prelude report. Probl Piel. 2008; 16(3): 248–254.
14. Gregorasz E. Towarzyszenie śmierci. Umieranie pacjenta w przeżyciu pracowników hospicjum. W: Krzyżanowski D, Fal AM, Steciwko A, Sochocka L (red.). Żyć godnie do końca. Opole: Wyd. WCM; 2010. 51–58.
15. Dunn K, Otten C, Stephens E. Nursing Experience and the Care of Dying Patients. ONF. 2005; 32(1): 97–104.
16. Cattel RB. Reprinted from The British Journal Of Psychology (1964): Personality structure and measurement IIL the determination and utility of trait modality. Br J Psychol. 2009; 100 (PT 1A): 233–248.
17. Wilczek-Rużyczka E, Król M. Poziom stresu i style radzenia sobie z nim u pielęgniarek psychiatrycznych. Ann UMCS. 2003; 58(13): 431–435.
18. Gaworska-Krzemińska A, Żuralska R, Majkowicz M. Psychological assessment of stress-coping styles and the personality traits students of the Medical University of Gdańsk. Probl Piel. 2012; 20(2): 240–246.
19. Perek M, Kózka M, Twarduś K. Difficult situations and ways of managing them in paediatric nurses' practise. Probl Piel. 2007; 15(4): 223–228.
20. Makowska Z, Merecz D. Polska adaptacja kwestionariuszy ogólnego stanu zdrowia D. Goldberga. W: Dudek B (red.). Ocena zdrowia psychicznego na podstawie badań kwestionariuszami D. Goldberga. Łódź: Instytut Medycyny Pracy w Łodzi; 2001. 244–260.

Artykuł przyjęty do redakcji: 15.09.2016
Artykuł przyjęty do publikacji: 14.04.2017

Źródło finansowania: Badania zostały wykonane w ramach projektu młodego naukowca realizowanego w 2015 roku, finansowanego ze środków dotacji MNiSW uzyskanej przez Wydział Nauk o Zdrowiu Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Elżbieta Grochans
ul. Żołnierska 48
71-210 Szczecin
tel.: 91 4800 906
e-mail: grochans@pum.pl
Zakład Pielęgniarstwa
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie