PAŃSTWO I SPOŁECZEŃSTWO
STATE AND SOCIETY
E-ISSN 2451-0858 ISSN 1643-8299 ROK XXIII: 2023, NR 1

DOI: 10.48269/2451-0858-pis-2023-1-004
Data wpłynięcia: 8.02.2023
Data akceptacji: 22.02.2023

STRES PERSONELU PIELĘGNIARSKIEGO I STYLE RADZENIA SOBIE Z NIM WOBEC ŚMIERCI PACJENTA PEDIATRYCZNEGO

Izabela Kołodziejczyk A–C
ORCID: 0000-0002-1212-8269

Marta Katarzyna Hreńczuk C–F
ORCID: 0000-0001-9103-8730

Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego

A – Koncepcja i projekt badania, B – Gromadzenie i/lub zestawianie danych, C – Analiza i interpretacja danych, D – Napisanie artykułu, E – Krytyczne zrecenzowanie artykułu, F – Zatwierdzenie ostatecznej wersji artykułu

Autor do korespondencji

Marta Katarzyna Hreńczuk, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Transplantacyjnego i Leczenia Pozaustrojowego, ul. Nowogrodzka 59, paw. 11D1, 02-006 Warszawa
email: marta.hrenczuk@wum.edu.pl

Streszczenie

Wprowadzenie: Śmierć pacjentów jest trudnym, a zarazem nieuniknionym doświadczeniem w pracy pielęgniarek. Celem badania była ocena stresu personelu pielęgniarskiego i stylów radzenia sobie z nim w sytuacji śmierci pacjenta pediatrycznego.
Materiał i metody: Badanie przeprowadzono w okresie od grudnia 2021 r. do kwietnia 2022 r. w grupie 362 pielęgniarek pracujących w oddziałach pediatrycznych w Warszawie. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny z wykorzystaniem kwestionariusza ankiety, który obejmował standaryzowane

kwestionariusze CISS i KOS, uzupełniony o dane metryczkowe. Badanie prowadzono przez Internet. Wyniki opracowano w programie statystycznym IBM SPSS Statistics 25 oraz z użyciem pakietu Microsoft Office. W badaniu przyjęto istotność na poziomie 5%.
Wyniki: Badani oceniali sytuację stresową, jaką jest śmierć pacjenta pediatrycznego, najczęściej jako wyzwanie-aktywność (średnia = 13,38, SD = 3,26) i najczęściej charakteryzowali się stylem skoncentrowanym na zadaniu (średnia = 52,40, SD = 10,98). Zmienne socjo-zawodowe determinowały ocenę i sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych.
Wnioski: Śmierć pacjenta stanowi wyzwanie dla personelu pielęgniarskiego i pobudza do aktywności. Konieczna jest pomoc w sytuacjach stresowych, szczególnie osobom młodszym i na początku kariery zawodowej.
Słowa kluczowe: pacjent pediatryczny, śmierć, personel pielęgniarski, stres

Wprowadzenie

Medycyna dąży do uratowania lub przedłużenia życia człowieka w dobrostanie, jednak samo zjawisko śmierci – gwałtowne lub powolne zatrzymanie aktywności organizmu [1] – jest nieuniknione. Śmierć pacjenta jest jednym z elementów ściśle związanych z pracą personelu pielęgniarskiego*. Proces umierania jest szczególnie trudnym i dotkliwym doświadczeniem zarówno dla rodziny chorego, jak i dla personelu medycznego. Podmioty te różni jednak swoboda uczuć, na jakie mogą sobie pozwolić w chwili śmierci chorego. Z kolei rodzina – jak i sam pacjent – oczekuje od personelu podejścia pełnego profesjonalizmu oraz empatii [2,3].

Personel pielęgniarski jest wyjątkowo narażony na styczność z osobami w zaawansowanych stadiach choroby oraz związanym z tym zjawiskiem śmierci. Schemat zachowań, jakie prezentuje personel, zależy od wielu czynników, takich jak relacja z pacjentem, doświadczenie zawodowe czy cechy charakteru. Niekorzystny wpływ śmierci pacjenta sięga nie tylko zakładu pracy – często emocje i przeżycia są przenoszone do domu. Zdarza się, że towarzyszy temu poczucie winy i ogólne przygnębienie łagodzone następnie poprzez mechanizmy obronne: pojawia się zaprzeczenie oraz wyparcie i racjonalizacja zdarzenia [4]. Szczególnie trudnym doświadczeniem jest śmierć pacjenta, którym jest dziecko. Z tym tragicznym momentem mierzą się rodzice i/lub opiekunowie; towarzyszą mu różne, skrajne emocje, które wpływają na ich zachowania. Z tymi reakcjami spotyka się także personel medyczny.

Śmierć w pewien sposób wciąż jest objęta zjawiskiem tabuizacji: unika się rozmowy na jej temat oraz dyskusji w zakresie towarzyszących jej emocji. Jest ona tematem trudnym, unikanym i odsuwanym na dalszy plan. Skutkiem tego jest budowanie mechanizmów obronnych polegających na zaprzeczeniu i wyparciu nieuniknionej w życiu każdego człowieka konfrontacji ze śmiercią

* W dalszej części artykułu zamiennie używane będą dwa określenia: personel pielęgniarski i pielęgniarki, również gdy chodzi o płeć męską.

[5]. Niełatwe jest traktowanie śmierci jako naturalnego i nieuniknionego zakończenia życia, ponieważ trudno jest połączyć uczucia jej towarzyszące z racjonalnym podejściem, zwłaszcza gdy dotyka ona człowieka bezpośrednio. Zazwyczaj dochodzi wtedy do odsunięcia od siebie śmierci i znalezienia jej wytłumaczenia dającego ulgę [6].

Proces umierania jest bolesnym doświadczeniem dla rodziny i najbliższych osoby zmarłej. Również dla personelu medycznego jest to trudne doznanie, ponieważ niejednokrotnie w trakcie hospitalizacji pacjenta nawiązuje on z nim relację, która dodatkowo utrudnia i potęguje emocjonalne podejście do jego śmierci pomimo ogólnospołecznego oczekiwania pełnego profesjonalizmu [7]. Personel pielęgniarski spędza z pacjentem najwięcej czasu, co sprawia, że sytuacja śmierci może być dla niego szczególnie trudna, dlatego ważne jest poznanie, czy i jak wpływa ona na personel pielęgniarski oraz jakie ma on sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych, po to by po postawieniu diagnozy zastanowić się nad ewentualną potrzebą pomocy.

Celem badania była ocena stresu personelu pielęgniarskiego i stylów radzenia sobie z nim w sytuacji doświadczenia lub wyobrażenia śmierci pacjenta pediatrycznego.

Materiał i metody

Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem kwestionariusz ankiety, w którym znalazły się 2 standaryzowane kwestionariusze: Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (Coping Inventory for Stressful Situations, CISS) oraz Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS), uzupełniony o pytania metryczkowe z zakresu statusu socjalno-zawodowego respondentów (wiek, płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie zawodowe, staż pracy w zawodzie oraz doświadczenie śmierci pacjenta pediatrycznego).

Kwestionariusz CISS, służący do diagnozowania stylów radzenia sobie ze stresem, składa się z 48 stwierdzeń, które dotyczą różnych zachowań w sytuacjach stresowych. Badany określa na 5-stopniowej skali częstotliwość (od 0 oznaczającego „Nigdy” do 5 oznaczającego „Bardzo często”), z jaką podejmuje dane działanie. Uzyskane wyniki ujmowane są na 3 skalach:

– styl skoncentrowany na zadaniu – SSZ;
– styl skoncentrowany na emocjach – SSE;
– styl skoncentrowany na unikaniu – SSU, który może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) i poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) [8].

Wyniki oblicza się, sumując odpowiedzi dla danego stylu. Wysokie wyniki w poszczególnych skalach oznaczają, że badany w sytuacji stresowej preferuje określony styl. Wysoki wynik dla SSZ oznacza, że osoba badana w sytuacji

stresowej preferuje wysiłek ukierunkowany na rozwiązanie zadania czy problemu oraz poznawczo przekształca lub zmienia sytuację. Osoby badane uzyskujące wysoki wynik w SSE w sytuacjach stresowych koncentrują się na sobie oraz na osobistych doznaniach emocjonalnych; przejawiają także skłonność do fantazjowania. Styl ten pozwala na okresowe obniżenie napięcia emocjonalnego, natomiast po dłuższym czasie zwiększa poczucie stresu. W przypadku SSU wysoki wynik osoby badanej mówi o tym, że przejawia ona tendencje do „uciekania" od myślenia, przeżywania i doświadczania sytuacji stresowych. Osiągnięcie wysokiego wyniku dla stylu przybierającego formę ACZ świadczy o tym, że badani w sytuacji stresu preferują uciekanie w czynności zastępcze, np. spanie, jedzenie. Ten styl również umożliwia obniżenie napięcia stresowego na pewien czas, natomiast nie eliminuje jego źródła. Osoby badane z wysokim wynikiem dla stylu przybierającego formę PKT jako sposób radzenia sobie ze stresem wybierają np. częstsze spotkania z przyjaciółmi. Również ten styl pozwala na chwilowe obniżenie napięcia, aczkolwiek nie eliminuje jego źródła [8].

KOS wykorzystywany jest do pomiaru rodzaju i nasilenia oceny sytuacji stresowej nazywanej oceną stresu u osób zdrowych i chorych somatycznie. Możliwy jest pomiar oceny aktualnej sytuacji stresowej (KOS-A) oraz osobowościowych dyspozycji danej osoby w tym zakresie (KOS-B). Badany określa odpowiedzi na czterostopniowej skali (0 – „Zdecydowanie nie", 3 – „Zdecydowanie tak") [9]. „Wyniki obliczane są według klucza, poprzez sumowanie liczby punktów przypisanych do poszczególnych stwierdzeń dla każdej podskali osobno. […] Podskala Zagrożenie zawiera 9 pozycji, Krzywda/strata – 4 pozycje, Wyzwanie-aktywność – 5 pozycji, Wyzwanie-pasywność – 5 pozycji. Pozostałe stwierdzenia pełnią funkcję buforową. Im wyższy wynik w danej podskali, tym wyższy poziom oceny sytuacji stresowej o danym charakterze" [9:494]. W badaniu został wykorzystany KOS-B – badani mieli odnieść się do sytuacji stresowej, jaką jest śmierć pacjenta pediatrycznego.

Badanie online przeprowadzono w okresie od grudnia 2021 roku do kwietnia 2022 roku za pomocą Formularza Google wśród pielęgniarek pracujących w oddziałach pediatrycznych Dziecięcego Szpitala Klinicznego Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Komisja Bioetyczna (AKBE201/2021) przyjęła do wiadomości badanie, wskazując, że jest ono zgodne z zasadami badań naukowych. Wypełnienie kwestionariusza przez badanego było równoznaczne z wyrażeniem zgody na udział w badaniu.

Wyniki opracowano w programie statystycznym IBM SPSS Statistics 25 oraz z użyciem pakietu Microsoft Office. W analizie statystycznej wyliczone zostały statystyki opisowe dla nowo utworzonych zmiennych ilościowych, aby ocenić, w jaki sposób odpowiadali ankietowani. W celu zbadania, czy zmienna ma rozkład normalny, posłużono się testem Kołmogorowa-Smirnowa ($N > 100$). Żadna badana zmienna ilościowa nie miała rozkładu zbliżonego

do normalnego, dlatego użyte zostały testy nieparametryczne w celu wykazania odpowiednich zależności: test *U* Manna-Whitneya (różnice w średnich dla dwuczynnikowej zmiennej płeć); *H* Kruskala-Wallisa (różnice w średnich dla zmiennej z więcej niż 2 czynnikami, tj. miejsce zamieszkania, wykształcenie); rho Spearmana (porównanie dwóch zmiennych ilościowych); Chi Kwadrat (porównanie dwóch zmiennych nominalnych). W całej pracy został przyjęty poziom istotności 5%.

W badaniu wzięły udział 362 osoby: kobiety stanowiły 89,2%, mężczyźni 10,8%. Średnia wieku wynosiła 37 lat (SD = 11,02); najmłodszy badany miał 22 lata, najstarszy 60. Duże miasto zamieszkiwała ponad połowa badanych (56,4%). Dominowało wykształcenie wyższe magisterskie (44,4%). Staż w zawodzie badanych wynosił średnio 13 lat (SD = 10,99), najkrótszy pół roku, a najdłuższy 37 lat. Doświadczenie śmierci pacjenta pediatrycznego deklarowało 68% respondentów (tabela 1).

Tabela 1. Charakterystyka grupy badanej

			N	%
Płeć	Kobiety		323	89,2%
	Mężczyźni		39	10,8%
Wiek	Średnia	SD	Min.	Max.
	36,91	11,02	22	60
Miejsce zamieszkania	Miasto (od 100 do 500 tys. mieszkańców)		48	13,3%
	Miasto (<100 tys. mieszkańców)		48	13,3%
	Miasto (>500 tys. mieszkańców)		204	56,4%
	Wieś		62	17%
Wykształcenie	Średnie dyplomowe		60	16,6%
	Wyższe – studia licencjackie		141	39%
	Wyższe – studia magisterskie		161	44,4%
Staż pracy w zawodzie w latach	Średnia	SD	Min.	Max.
	12,82	10,99	0,5	37
Doświadczenie w zakresie śmierci pacjenta pediatrycznego	Tak		246	68%
	Nie		116	32%

N – liczba badanych, SD – odchylenie standardowe, Min. – minimum, Max. – maksimum

Wyniki

Ocena sytuacji stresowej

Personel pielęgniarski oceniał sytuację stresową jaką jest śmierć pacjenta pediatrycznego, najczęściej jako wyzwanie-aktywność (średnia = 13,38, SD = 3,26), a najrzadziej jako wyzwanie-pasywność (średnia = 8,31, SD = 2,30) (tabela 2). Osoby młodsze oceniały istotnie częściej sytuację stresową jako zagrożenie

(p = 0,019) i wyzwanie-pasywność (p = 0,000), a pielęgniarki z krótszym stażem pracy oceniały taką sytuację najczęściej jako zagrożenie (p < 0,035 i < 0,001) oraz jako krzywda/strata (p = 0,013) (tabela 3).

Tabela 2. Ocena sytuacji stresowej przez badanych

	Średnia	SD	Minimum	Maksimum
Zagrożenie	11,93	2,83	5	20
Wyzwanie-aktywność	13,38	3,26	5	20
Wyzwanie-pasywność	8,31	2,30	4	16
Krzywda/strata	8,84	2,22	4	16

SD – odchylenie standardowe

Tabela 3. Wiek i staż pracy a ocena sytuacji stresowej

Ocena sytuacji stresowej	Zmienne	N	Średnia ranga	Istotność
Zagrożenie	Osoby ≤ 40 lat	215	192,09	0,019
	Osoby > 40 lat	147	166,01	
	Staż pracy ≤ 15 lat	228	190,30	0,035
	Staż pracy > 15 lat	134	166,53	
Wyzwanie-aktywność	Osoby ≤ 40 lat	215	184,32	0,532
	Osoby > 40 lat	147	177,37	
	Staż pracy ≤ 15 lat	228	181,08	0,921
	Staż pracy > 15 lat	134	182,21	
Wyzwanie-pasywność	Osoby ≤ 40 lat	215	201,25	0,000
	Osoby > 40 lat	147	152,62	
	Staż pracy ≤ 15 lat	228	202,07	<0,001
	Staż pracy > 15 lat	134	146,51	
Krzywda/strata	Osoby ≤ 40 lat	215	188,99	0,096
	Osoby > 40 lat	147	170,54	
	Staż pracy ≤ 15 lat	228	191,88	0,013
	Staż pracy > 15 lat	134	163,83	

N – liczba badanych

Styl radzenia sobie ze stresem

Badani najczęściej charakteryzowali się stylem skoncentrowanym na zadaniu (średnia = 52,40, SD = 10,98), następnie stylami: przybierającym formę poszukiwania kontaktów towarzyskich (średnia = 15,90, SD = 4,29), skoncentrowanym na unikaniu (średnia = 44,47, SD = 10,44) i skoncentrowanym na emocjach (średnia = 43,76, SD = 11,21), a najrzadziej stylem przybierającym formę angażowania się w czynności zastępcze (średnia = 20,33, SD = 6,45) (tabela 4).

Tabela 4. Rozkład respondentów względem stylów radzenia sobie ze stresem

	Średnia	SD	Minimum	Maksimum
SSZ / coping zadaniowy/ Maksymalny wynik możliwy do uzyskania – 80	52,40	10,98	16	74
SSE / coping emocjonalny/ Maksymalny wynik możliwy do uzyskania – 80	43,76	11,21	16	76
SSU / coping unikowy/ Maksymalny wynik możliwy do uzyskania – 80	44,47	10,44	16	72
ACZ /czynności zastępcze/ Maksymalny wynik możliwy do uzyskania – 40	20,33	6,45	8	38
PKT /poszukiwanie towarzystwa/ Maksymalny wynik możliwy do uzyskania – 25	15,90	4,29	5	25

SD – odchylenie standardowe

Obserwowano zależność pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem a wiekiem i stażem pracy, z dwoma wyjątkami: styl skoncentrowany na zadaniu – wiek; styl przybierający formę poszukiwania kontaktów towarzyskich – staż pracy w zawodzie. Najwyższy bezwzględny współczynnik korelacji obserwowano dla pary styl skoncentrowany na emocjach i wiek. Współczynnik wynosił -0,224 i wskazywał na korelację słabo ujemną. Osoby młodsze i z krótszym stażem pracy częściej preferowały styl skoncentrowany na emocjach, skoncentrowany na unikaniu oraz przybierający formę angażowania się w czynności zastępcze (tabela 5).

Kobiety częściej niż mężczyźni preferowały styl skoncentrowany na zadaniu ($p = 0,014$), styl skoncentrowany na unikaniu ($p = 0,013$) oraz styl przybierający formę poszukiwania kontaktów towarzyskich ($p < 0,001$). Od miejsca zamieszkania statystycznie zależne były dwa style: styl skoncentrowany na zadaniu ($p = 0,005$) oraz styl przybierający formę poszukiwania kontaktów towarzyskich ($p < 0,001$). Im bardziej zaludnione miejsce zamieszkania, tym wyższe wartości badanych zmiennych. Dla zmiennej wykształcenie zaobserwowano istotny wpływ w przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach ($p = 0,009$). Im wyższe wykształcenie osoby badanej, tym bardziej w sytuacji stresowej koncentrowała się ona na emocjach (tabela 6).

Tabela 5. Wiek i staż pracy a styl radzenia sobie ze stresem

		Wiek	Staż pracy w zawodzie w latach
Wiek	Współczynnik korelacji	1,000	0,955**
	Istotność (dwustronna)	–	<0,001
	N	362	362
Staż pracy w zawodzie w latach	Współczynnik korelacji	0,955**	1,000
	Istotność (dwustronna)	<0,001	–
	N	362	362
SSZ	Współczynnik korelacji	-0,018	0,030
	Istotność (dwustronna)	0,735	0,575
	N	362	362
SSE	Współczynnik korelacji	-0,224**	-0,188**
	Istotność (dwustronna)	<0,001	<0,001
	N	362	362
SSU	Współczynnik korelacji	-0,147**	-0,128*
	Istotność (dwustronna)	0,005	0,015
	N	362	362
ACZ	Współczynnik korelacji	-0,150**	-0,142**
	Istotność (dwustronna)	0,004	0,007
	N	362	362
PKT	Współczynnik korelacji	-0,125*	-0,089
	Istotność (dwustronna)	0,017	0,090
	N	362	362

N – liczba badanych, * – korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie), ** – korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie)

Tabela 6. Wykształcenie a styl radzenia sobie ze stresem

		N	Średnia ranga	Istotność
SSZ	Średnie dyplomowe	60	186,62	0,370
	Wyższe – studia licencjackie	141	171,82	
	Wyższe – studia magisterskie	161	188,07	
SSE	Średnie dyplomowe	60	145,47	0,009
	Wyższe – studia licencjackie	141	182,50	
	Wyższe – studia magisterskie	161	194,06	
SSU	Średnie dyplomowe	60	199,83	0,293
	Wyższe – studia licencjackie	141	181,04	
	Wyższe – studia magisterskie	161	175,07	
ACZ	Średnie dyplomowe	60	190,93	0,626
	Wyższe – studia licencjackie	141	183,44	
	Wyższe – studia magisterskie	161	176,29	
PKT	Średnie dyplomowe	60	195,34	0,450
	Wyższe – studia licencjackie	141	182,44	
	Wyższe – studia magisterskie	161	175,52	

N – liczba badanych

Dyskusja

Śmierć w medycynie jest trudnym oraz nieuniknionym doświadczeniem, z jakim zmaga się personel medyczny. Kontakt pielęgniarek ze śmiercią chorych i ich rodzinami sprawia, że często są oni narażeni na przeżywanie stresu oraz destrukcyjnego działania negatywnych emocji, co niejednokrotnie wpływa na ich psychikę oraz stosunek do życia [10,11]. Śmierć jest naturalnym etapem ludzkiej egzystencji, ale jednocześnie jednym z najbardziej niechcianych i unikanych tematów, również w medycynie; budzi negatywne emocje, niejednokrotnie towarzyszy jej stres, a rozmowy o śmierci są traktowane jako nietaktowne, ponieważ medycyna, w powszechnym rozumieniu, ma za zadanie ratowanie życia [11–13].

Ze względu na deficyt badań w pielęgniarstwie o takiej tematyce zdecydowano się na podjęcie badań, chcąc uzyskać informacje, jak przez pielęgniarki postrzegana jest sytuacja stresowa na przykładzie doświadczenia lub wyobrażenia śmierci pacjenta pediatrycznego. Nie bez znaczenia, w kontekście opieki sprawowanej przez personel pielęgniarski, jest poznanie stylów radzenia sobie tej grupy zawodowej w sytuacjach stresowych.

W pracy pielęgniarki stan zagrożenia zdrowia i życia ludzkiego, cierpienie i śmierć pacjenta stanowią codzienność. Z tego powodu rola, jaką pełni personel pielęgniarski, i zadania z niej wynikające, a także poczucie ogromnej odpowiedzialności powodują, że jego praca jest wysoce stresogenna. Optymalny poziom stresu ma dobroczynny wpływ na organizm i mobilizuje do działania. Dlatego należy założyć, że w przypadku śmierci pacjenta przeważa stres optymalny, ponieważ badany personel pielęgniarski radzi sobie z nim zadaniowo. Źródła stresu w zawodzie pielęgniarki, jak też i w innych zawodach medycznych, są różne: pacjent i jego rodzina, praca w zespole terapeutycznym, ogólne warunki środowiska pracy. Skorupska-Król i wsp. przeprowadzili badania w grupie 90 pielęgniarek, które miały wskazać czynniki najbardziej i najmniej stresogenne. Okazało się, że dla ankietowanych najbardziej stresujące w pracy zawodowej były czynniki czy sytuacje związane z jej organizacją, a na kolejnym miejscu te bezpośrednio związane z osobą pacjenta (m.in. ponoszona odpowiedzialność za życie i zdrowie chorego oraz bezradność w sytuacji jego cierpienia i śmierci) [14]. Natomiast pielęgniarki badane przez Wzorek, spośród wielu stresogennych czynników obecnych w miejscu pracy, najczęściej wybierały śmierć pacjenta (71%, wynik ten dominował wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii), na drugim miejscu wymieniając złą organizację pracy (70%) [15]. Można zatem przypuszczać, że stres obniża poczucie satysfakcji z pracy i może negatywnie wpływać na jakość świadczonej opieki. Jednak w badaniu własnym personel pielęgniarski oceniał śmierć pacjenta pediatrycznego najczęściej jako wyzwanie-aktywność, a najrzadziej jako wyzwanie-pasywność. Czyli stres był dla pielęgniarek wyzwaniem, które pobudza ich do działania.

Z badań własnych wynika, że wśród personelu pielęgniarskiego dominującymi stylami radzenia sobie ze stresem był styl skoncentrowany na zadaniu i styl przybierający formę poszukiwania kontaktów towarzyskich. Inne wyniki uzyskała Cybulska i wsp., gdzie wśród badanych dominował styl skoncentrowany na emocjach i kolejno styl skoncentrowany na unikaniu, natomiast styl skoncentrowany na zadaniu był najrzadziej wybierany. Badaniem objęto 836 pielęgniarek [16:430]. Przewaga stylu zadaniowego wydaje się w środowisku pielęgniarskim pożądana; oceniając aktualną sytuację, nie angażuje się on emocjonalnie, i w celu jej rozwiązania poszukuje informacji, jednocześnie posiadając umiejętność dostosowania się do funkcjonowania w zmienionych warunkach, co w środowisku szpitalnym, przy specyfice zadań i zmieniającym się stanie pacjenta, może powodować lepszy komfort pracy.

Wśród osób badanych zaobserwowano zależność pomiędzy stylem radzenia sobie a wiekiem i stażem pracy. Osoby młodsze wybierały styl skoncentrowany na emocjach, styl skoncentrowany na unikaniu oraz przybierający formę angażowania się w czynności zastępcze. Sytuację stresową oceniały one jako zagrożenie i wyzwanie-pasywność. Osoby ze stażem pracy do 15 lat również wybierały te style, dodatkowo sytuację stresową oceniając jako: zagrożenie, wyzwanie-pasywność i krzywda/strata. Kobiety częściej niż mężczyźni charakteryzowały się stylem skoncentrowanym na zadaniu, stylem skoncentrowanym na unikaniu, przybierającym formę poszukiwania kontaktów towarzyskich. Miejsce zamieszkania determinowało wybieranie stylu skoncentrowanego na zadaniu oraz przybierającego formę poszukiwania kontaktów towarzyskich, głównie wśród mieszkańców miast powyżej 500 tys. mieszkańców. Wykształcenie determinowało wybieranie stylu skoncentrowanego na emocjach (osoby z wykształceniem wyższym magisterskim). W badaniu przeprowadzonym przez Kirenko i wsp. stwierdzono występowanie zależności między radzeniem sobie przez personel pielęgniarski w sytuacjach trudnych a miejscem zamieszkania, wiekiem i stażem pracy, natomiast poszczególne style nie korelowały z płcią i wykształceniem. Badanie wskazywało, że najmłodsza grupa osób koncertowała się na rozwiązywaniu problemów, zaś u osób powyżej 40 roku życia dominowało traktowanie problemu jako kolejnego zadania do rozwiązania. Staż pracy dłuższy niż 20 lat determinował wybieranie stylu skoncentrowanego na poszukiwaniu kontaktów towarzyskich i stylu skoncentrowanego na zadaniu [17].

Niemożliwa wydaje się eliminacja stresu w pracy pielęgniarki, tak więc istotne jest poznanie strategii radzenia sobie z nim w obliczu śmierci pacjenta, szczególnie pacjenta pediatrycznego. Przy dominującym zadaniowym stylu radzenia sobie ze stresem należy się zastanowić, czy u personelu pielęgniarskiego nie dojdzie do zmęczenia przez ciągłe podejmowanie działań w walce ze stresem. Dlatego w kolejnym kroku należałoby połączyć badanie nad stresem z analizą zmęczenia pielęgniarek. Podkreślenia wymaga występowanie istotnych

braków w obszarze kształtowania umiejętności behawioralno-poznawczych, głównie w zakresie strategii oraz stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, w programie kształcenia studentów pielęgniarstwa na studiach licencjackich i magisterskich. Podkreślić należy, że grupa zawodowa pielęgniarek jest potencjalnie narażona na działanie stresu w postaci silnych negatywnych emocji w związku z umieraniem pacjentów oraz trudnych relacji z rodziną umierającego. Nie mniej ważne byłoby kontynuowanie wsparcia psychologicznego osób pracujących w zawodzie, które są bezpośrednio narażone na zetknięcie się z czynnikiem stresogennym, jakim jest śmierć pacjenta. Dobrym rozwiązaniem mogło by być wprowadzenie cyklu szkoleń uświadamiających, już na etapie studiów, w zakresie sytuacji stresowych, jakie przyszły personel pielęgniarski może napotkać na swojej drodze zawodowej, oraz sposobów radzenia sobie w tych sytuacjach, a także kontynuowanie tych kursów u osób już pracujących. Równie ważne w tym aspekcie jest zapewnienie dobrego dostępu do opieki psychologicznej, z której zawsze mogłyby skorzystać osoby takiej pomocy potrzebujące i nieradzące sobie w sytuacjach trudnych.

Wnioski

Śmierć pacjenta pediatrycznego mobilizuje personel pielęgniarski do aktywności, stanowiąc wyzwanie zawodowe, co jest spójne z dominującą preferencją stylu skoncentrowanego na zadaniu. Preferencje stylu radzenia sobie ze stresem są determinowane przez zmienne socjalne i zawodowe. Młodsze pielęgniarki i badani z wyższym wykształceniem bardziej koncentrują się na sobie oraz na osobistych doznaniach emocjonalnych. Im bardziej zaludnione miejsce zamieszkania, tym przeważa styl skoncentrowany na zadaniu i przybierający formę poszukiwania kontaktów towarzyskich. Kobiety częściej niż mężczyźni preferują styl skoncentrowany na zadaniu, skoncentrowany na unikaniu oraz przybierający formę poszukiwania kontaktów towarzyskich.

Występowanie istotnych braków w obszarze kształtowania umiejętności behawioralno-poznawczych, głównie w zakresie strategii oraz stylów radzenia sobie w sytuacjach trudnych, w programie kształcenia studentów pielęgniarstwa na studiach licencjackich i magisterskich wymusza konieczność wprowadzenia pomocy dla personelu pielęgniarskiego w sytuacjach stresowych, z jakimi spotyka się on na co dzień, szczególnie dla osób młodszych i na początku kariery zawodowej.

Bibliografia

1. Guzowski A, Krajewska-Kułak E, Bejda G (red.). *Kultura śmierci, kultura umierania.* Tom I. Uniwersytet Medyczny w Białymstoku. Wydział Nauk o Zdrowiu, Białystok 2016; https://pbc.biaman.pl/dlibra/publication/48841/edition/47358/content [dostęp: 12.05.2023].
2. Gołębiak I, Szczepaniak R, Łazowa A, Dykowska G. *Postawy pielęgniarek wobec śmierci pacjenta.* Pielęgniarstwo w Opiece Długoterminowej. 2019; 4(1): 34–44. http://dx.doi.org/10.19251/pwod/2019.1(4).
3. Orzechowska A, Gałęcki P (red.). *Zaburzenia psychosomatyczne w ujęciu terapeutycznym.* Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2014.
4. Głowacka M, Haor B, Ślusarz R, Sołtysiak K, Biercewicz M. *Śmierć pacjenta jako obciążenie w pracy zawodowej pielęgniarki*. Problemy Pielęgniarstwa. 2014; 22(3): 276–280.
5. Ostrowska A. *Przemiany postaw wobec śmierci*. Medycyna Paliatywna w Praktyce. 2016; 10(2): 41–47.
6. Becler R. *Ewolucja operacyjnej definicji śmierci człowieka.* Prawo i Medycyna. 2015; 17(2): 52–60.
7. Śleziona M, Krzyżanowski D. *Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta*. Piel Zdr Publ. 2011; 1(3): 217–223.
8. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *Kwestionariusz radzenia sobie w sytuacjach stresowych.* Wyd. 3. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2013.
9. Włodarczyk D, Wrześniewski K. *Kwestionariusz Oceny Stresu (KOS).* Przegląd Psychologiczny. 2010; 53(4): 479–496.
10. Dębska G, Merklinger-Soma M, Cepuch G. *Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym.* Pielęgniarstwo XXI Wieku. 2010; 1–2: 65–70.
11. Czarniecka I, Podsiadły D, Ślusarz R. *Reakcje na sytuacje stresowe w opinii pielęgniarek na oddziałach zabiegowych.* Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu. 2018; 4(3): 24–38. http://dx.doi.org/10.21784/IwP.2018.020.
12. Pietraszek A, Charzyńska-Gula M, Łuczyk M, Szadowska-Szlachetka Z, Kachaniuk H, Kwiatkowska J. *Analiza przyczyn stresu zawodowego w opinii pielęgniarek*. Journal of Education, Health and Sport. 2016; 6(9): 643–652. http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.158951.
13. Kowalczyk I, Domagalska J, Kulik A, Duda S, Waliczek M, Nowak P. *Natężenie stresu i sposoby radzenia sobie z nim w pracy zawodowej pielęgniarek.* Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu. 2018; 4(57): 472–478. https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.69.
14. Skorupska-Król A, Szabla A, Bodys-Cupak I. *Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy.* Pielęgniarstwo XXI Wieku. 2014; 1(46): 23–26.
15. Wzorek A. *Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice.* Studia Medyczne. 2008; 11: 33–37.
16. Cybulska AM, Wieder-Huszla S, Jurczak A, Grochans E. *Wpływ cech osobowości i stanu zdrowia psychicznego personelu pielęgniarskiego na wybór stylu radzenia*

sobie ze stresem w kontakcie z umierającym człowiekiem. Piel Pol. 2017; 3(65): 427–436. https://doi.org/10.20883/pielpol.2017.57.
17. Kirenko J, Sienkiewicz E, Szymańska J, Malm A. *Socjodemograficzne uwarunkowania sposobów radzenia sobie w sytuacjach trudnych przez personel pielęgniarski*. Lubelski Rocznik Pedagogiczny. 2018; 37(3): 93–106. http://dx.doi.org/10.17951/lrp.2018.37.3.93-106.

Stress among nursing staff and ways of coping with it in the face of the death of a pediatric patient

Abstract

Introduction: The death of patients is a difficult and inevitable experience in the work of nursing staff. The aim of this study is to assess the stress of the nursing staff and the styles of coping with it in the event of the death of a pediatric patient.
Material and methods: The study was conducted from December 2021 to April 2022 in a group of 362 nurses working in pediatric wards in Warsaw. The research method was a diagnostic survey using a questionnaire, which included standardized CISS and KOS questionnaires, supplemented with metric data. The study was conducted online. The results were compiled using the statistical program IBM SPSS Statistics 25 and Microsoft Office. The study adopted a significance level of 5%.
Results: The respondents assessed the stressful situation that is the death of a pediatric patient, most often as a challenge-activity (average = 13.38, SD = 3.26), and most often they were characterized by a task-oriented style (average = 52.40, SD = 10.98). Socio-professional variables determine the assessment and ways of coping with stressful situations.
Conclusions: The patient's death is a challenge and stimulates activity. It is necessary to help in stressful situations, especially younger people and those at the beginning of their professional career.
Key words: pediatric patient, death, nursing staff, stress