

# Jakość życia pielęgniarek a strategie radzenia sobie ze stresem doświadczanym w środowisku pracy

Ewa Kupcewicz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie

Kupcewicz E. Jakość życia pielęgniarek a strategie radzenia sobie ze stresem doświadczanym w środowisku pracy. Med. Og. Nauk Zdr. 2017; 23(1): 62–67. doi: 10.5604/20834543.1235627

## Streszczenie

**Wprowadzenie.** Pielęgniarki ze względu na charakter pracy są grupą zawodową szczególnie narażoną na funkcjonowanie w stresie.

**Cel pracy.** Ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom jakości życia pielęgniarek anestezjologicznych oraz poznanie związku stosowanych przez pielęgniarki strategii radzenia sobie ze stresem z jakością ich życia – to cele niniejszej pracy.

**Materiał i metody.** Badaniem objęto 253 pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym i oddziałach intensywnej terapii. Do zebrania danych wykorzystano kwestionariusz własnej konstrukcji, skróconą wersję kwestionariusza WHOQoL-Bref oraz kwestionariusz Mini- COPE. Materiał empiryczny poddano analizie statystycznej. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

**Wyniki.** Wykształcenie ma istotny statystycznie związek z poziomem jakości życia w domenie psychologicznej, który jest różnicowany przez grupy wykształcenia na korzyść pielęgniarek z wykształceniem wyższym II stopnia. Zmienna określająca sytuację materialną pielęgniarek ma istotny związek z jakością życia we wszystkich domenach, jednak zaobserwowano najsilniejszy związek sytuacji finansowej z poziomem jakości życia w domenie środowiskowej. Najczęściej wybierane strategie radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki, to strategie tworzące grupę strategii związanych z tzw. aktywnym radzeniem sobie. Wykazano m.in. istotne korelacje poczucia jakości życia w domenie psychologicznej i socjalnej, które dotyczą dziesięciu strategii radzenia sobie ze stresem dla każdej z domen.

**Wnioski.** Jakość życia pielęgniarek ma związek z aktywnym radzeniem sobie ze stresem i jest zdeterminowana przez wykształcenie, sytuację materialną i staż pracy na aktualnie zajmowanym stanowisku.

## Słowa kluczowe

jakość życia, radzenie sobie ze stresem, pielęgniarki

## WPROWADZENIE

Zawód pielęgniarki jest samodzielnym zawodem medycznym, a jego wykonywanie reguluje ustawa z dnia 15 lipca 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 roku nr 174, poz. 1039) [1]. Jak wynika z ustawy, wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, które związane są m.in. z rozpoznawaniem problemów pielęgnacyjnych pacjenta, planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem [1]. Celem pracy pielęgniarki anestezjologicznej w podmiotach leczniczych jest zapewnienie pacjentom kompleksowej opieki pielęgnarskiej na optymalnym poziomie jakościowym i ilościowym w jednostkach anestezjologii i intensywnej terapii [2]. Rola zawodowa pielęgniarki anestezjologicznej wymaga zaangażowania w sprawy innych ludzi, które mogą w różnym stopniu wpływać na jakość jej życia. Pomimo trwającego od wielu lat wzrastającego zainteresowania koncepcją jakości życia badacze dotychczas nie opracowali jednej definicji tego pojęcia. Istnieje grupa definicji związana z realizowaniem zadań, które określić można mianem rozwojowych i życiowych [3]. Zadania rozwojowe łączą się z pełnieniem określonych ról społecznych, co wiąże się umiejętnościami internalizowania

i wypełniania społecznych oczekiwań. Zadania życiowe realizowane są na niwie obszarów egzystencjalnych. Istotna jest przy tym podmiotowa samorealizacja. Do przedstawicieli tego nurtu zaliczyć można m.in. A. Bańkę oraz J. M. Raeburn'a i I. Rootmana [3, 4, 5]. Z kolei A. Campbell jako prekursor analiz związanych z jakością życia wskazuje, że w definicji należy uwzględnić stopień satysfakcji m.in. z życia rodzinnego, zawodowego, stosunków międzysąsiedzkich, relacji towarzyskich, stanu zdrowia, sposobów spędzania czasu wolnego, zdobytego wykształcenia, wykonywanej profesji czy ogólnych standardów wpływających na jakość życia w obrębie danej wspólnoty lokalnej [3, 6]. W myśl koncepcji Campbella ocena stopnia zadowolenia z życia zawodowego pielęgniarek anestezjologicznych może mieć wartość poznawczą, jak i aplikacyjną w programach profilaktyki zespołu wypalenia zawodowego. W literaturze jakość życia zawodowego pielęgniarek (QNWL – *quality of nursing work life*) określana jest jako stopień, w jakim pielęgniarki są w stanie zaspokoić swoje osobiste potrzeby poprzez doświadczenia w pracy zawodowej, osiągając jednocześnie założone cele organizacji, na rzecz której świadczą pracę. Według Brooks i Anderson QNWL obejmuje swym zasięgiem jednocześnie społeczne i techniczne aspekty środowiska pracy [7, 8, 9]. Wielu autorów określa cztery zasadnicze wymiary jakości życia zawodowego:

- wymiar życia zawodowego – życie domowe, który obejmuje satysfakcję zawodową, warunki pracy, zaangażowanie oraz możliwość wpływu na harmonogram dyżurów;

Adres do korespondencji: Ewa Kupcewicz, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Nauk Medycznych, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie  
E-mail: ekupcewicz@wp.pl

Nadesłano: 28 lipca 2016; zaakceptowano do druku: 20 Marca 2017

- wymiar wzorca pracy – dotyczy obciążenia pracą, liczby personelu oraz posiadania autonomii w procesie wykonywania obowiązków zawodowych;
- wymiar kontekstu pracy – obejmuje swym zakresem relacje interpersonalne, środowisko pracy i jego wpływ na systemy organizacyjne, możliwość szkolenia i doskonalenia zawodowego;
- wymiar świata pracy – jest wynikiem wpływów społecznych i wpływu zachodzących zmian na praktyczny aspekt wykonywania zawodu [7, 9, 10].

Funkcjonowanie zawodowe wymaga od pielęgniarki aktywności w zakresie realizacji zadań zawodowych. Jak podaje J. Penc, na funkcjonowanie pracownika w organizacji wpływają różne czynniki. Zalicza się do nich m.in. proces pracy, społeczne środowisko pracy i materialne środowisko pracy. Autor wymienia także wielkość i czas trwania obciążenia, potrzeby, emocje, motywacje oraz kwalifikacje, kreatywność, poczucie odpowiedzialności i stan zdrowia [11, 12]. Warunkiem zaś prawidłowego funkcjonowania zawodowego jest jak najlepsze dostosowanie się, które wpływa na ocenę pracy i poczucie satysfakcji zawodowej [12, 13]. We wszystkich obszarach aktywności życiowej człowieka towarzyszy mu stres. Pielęgniarki ze względu na charakter pracy są grupą zawodową szczególnie narażoną na funkcjonowanie w stresie. W opiece nad pacjentami stykają się na co dzień z sytuacjami zagrożenia zdrowia i życia ludzkiego, cierpieniem i śmiercią. Rola, jaką pełnią i zadania z niej wynikające oraz poczucie ogromnej odpowiedzialności czyni ich pracę wysoce stresogenną [14]. W badaniach prowadzonych przez A. Wzorek, pielęgniarki pracujące w oddziale intensywnej terapii spośród wielu stresogennych czynników obecnych w miejscu pracy najczęściej wymieniały śmierć pacjenta (70%) i reanimację (63%) [15]. W ostatnich dziesięciok latach coraz częściej przedmiotem badań staje się nie tyle doświadczanie stresu, ile podejmowana przez człowieka aktywność mająca na celu poradzenie sobie ze stresującymi wydarzeniami, określana pojęciem radzenia sobie ze stresem [16]. W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytanie: w jakim stopniu czynniki społeczno-demograficzne i związane ze środowiskiem pracy determinują jakość życia pielęgniarek anestezyjologicznych, oraz jaki jest związek stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki z jakością ich życia?

## CEL PRACY

Celem badań była ocena wpływu czynników społeczno-demograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom jakości życia pielęgniarek anestezyjologicznych, oraz poznanie związku stosowanych przez pielęgniarki strategii radzenia sobie ze stresem z jakością ich życia.

## MATERIAŁ I METODA

Materiał empiryczny zebrano w latach 2013–2015 w grupie 253 pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym i oddziałach intensywnej terapii. Badanie zostało wykonane zgodnie z przyjętymi standardami etyki. Respondenci zostali poinformowani o celu badania oraz przestrzeganiu prawa do poufności danych i wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Do pomiaru zmiennych zastosowano kwestionariusz

zawierający pytania o dane społeczno-demograficzne i związane ze środowiskiem pracy oraz skróconą wersję kwestionariusza Światowej Organizacji Zdrowia (WHOQoL-Bref) w polskiej adaptacji Wołowicka i Jaracz, służącą do mierzenia jakości życia. Kwestionariusz WHOQoL-Bref zawiera 26 pytań i umożliwia określenie profilu jakości życia w zakresie czterech domen: funkcjonowania somatycznego, psychologicznego, socjalnego i funkcjonowania w środowisku. Badani udzielali odpowiedzi w 5-stopniowej skali (zakres punktacji 1–5, gdzie 1 = bardzo niezadowolony i 5 = bardzo zadowolony). W każdej z dziedzin badany mógł uzyskać maksymalnie 20 punktów. Wyniki z poszczególnych dziedzin mają kierunek pozytywny (im większa liczba punktów, tym wyższa jakość życia). Oddzielnie analizowane są dwa pytania oceniające percepcję jakości życia i jakości zdrowia. Rzetelność polskiej wersji kwestionariusza WHOQoL-Bref jest zbliżona do wersji oryginalnej. Uzyskano współczynnik alfa Cronbacha bardzo wysoki, odnoszący się zarówno do oceny poszczególnych wymiarów (wyniki od 0,69 do 0,81), jak i do całego kwestionariusza (0,90) [17]. Do pomiaru strategii radzenia sobie ze stresem zastosowano skróconą wersję kwestionariusza COPE (autorów: Charlesa S. Carvera, Michaela F. Scheiera i Jagdish K. Weintrauba), nazwanej Mini-COPE, w polskiej adaptacji Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik. Polska wersja składa się z 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie ze stresem. Osoba badana w stosunku do każdego stwierdzenia oznaczała odpowiedź na 4-punktowej skali (0 – prawie nigdy tak nie postępuję, 1 – rzadko tak postępuję, 2 – często tak postępuję, 3 – prawie zawsze tak postępuję). Właściwości psychometryczne polskiej wersji inwentarza Mini-COPE są zbliżone do wersji oryginalnej [16]. W analizie statystycznej wykorzystano: statystyki opisowe, współczynnik korelacji rang Spearmana (R), analizę wariancji ANOVA (F), test NIR. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,05$ .

## WYNIKI

Badaniem objęto 253 pielęgniarki, ze średnią wieku  $42,25 \pm 8,28$  lat, w większości kobiety zamężne (73,52%;  $n = 186$ ). Prawie 1/3 badanych (30,43%;  $n = 77$ ) ukończyła studia wyższe I stopnia i posiada dyplom licencjata pielęgniarstwa. Zdecydowana większość (77,47%;  $n = 31$ ) pochodziła z miasta. Najczęściej były to osoby pracujące w systemie zmianowym 12/24-godzinny (74%;  $n = 186$ ). Ponad 1/3 badanych (37,94%;  $n = 96$ ) to osoby pracujące na aktualnie zajmowanym stanowisku krócej niż 10 lat. Najczęściej respondentki podawały, że posiadają dwoje dzieci (37,55%;  $n = 95$ ) i ich sytuacja materialna jest na poziomie dostatecznym (45,85%;  $n = 116$ ). Szczegółowe dane zawiera tabela 1.

W ocenie poszczególnych domen jakości życia, domena określona jako socjalna uzyskała najwyższe wyniki ( $\bar{X} = 15,4$ ; SD = 2,48), w dalszej kolejności wskazano na domenę psychologiczną ( $\bar{X} = 14,2$ ; SD = 1,67) oraz środowiskową ( $\bar{X} = 13,3$ ; SD = 2,38). Najniżej oceniono domenę somatyczną ( $\bar{X} = 12,8$ ; SD = 1,61). Z przeprowadzonej analizy wynika, że zadowolenie z ogólnej jakości stanu zdrowia w opinii badanych uzyskało nieco wyższy wynik ( $\bar{X} = 3,7$ ; SD = 0,70) niż zadowolenie z ogólnej jakości życia ( $\bar{X} = 3,6$ ; SD = 0,59). Za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana określono związek oraz siłę natężenia między zmiennymi społeczno-demograficznymi a jakością życia pielęgniarek

**Tabela 1.** Charakterystyka społeczno-demograficzna badanych

Zmienne		N=253(%)
	$\bar{X} \pm SD$ (42,25 $\pm$ 8,28)	
Wiek (w latach)	<=30	24(9,49)
	31–40	61(24,11)
	41–50	119(47,03)
	51=>	49(19,37)
Miejsce zamieszkania	wieś	57(22,53)
	miasto	196(77,47)
	panna	35(13,83)
Stan cywilny	zamężna	186(73,52)
	wdowa	2(0,79)
	rozwidziona	30(11,86)
Wykształcenie	średnie medyczne	68(26,88)
	pomaturalne/policealne	47(18,58)
	wyższe I° – licencjat	77(30,43)
	wyższe II° – magisterskie/pielęgniarswo	41(16,20)
	inne wyższe – magisterskie mające zastosowanie w podmiocie leczniczym	20(7,91)
Staż pracy w zawodzie – (ogółem w latach)	<=10	49(19,37)
	11–20	75(29,64)
	21–30	95(37,55)
	31=>	34(13,44)
Liczba lat pracy na aktualnie zajmowanym stanowisku	<=10	96(37,94)
	11–20	73(28,85)
	21–30	65(25,69)
	31=>	19(7,51)
System pracy	jednozmianowy	67(26,48)
	zmianowy	186(73,52)
Rodzaj stanowiska pracy	kierownicze	25(9,88)
	pielęgniarka odcinkowa	228(90,12)
Sytuacja materialna	bardzo dobra/dobra	89(35,18)
	dostateczna	116(45,85)
	słaba/bardzo słaba	48(18,97)
Liczba posiadanego potomstwa	jedno dziecko	80(31,62)
	dwoje dzieci	95(37,55)
	troje dzieci =>	30(11,86)
	brak potomstwa	48(18,97)

anestezjologicznych w poszczególnych domenach funkcjonowania. Do testowania istotności różnic pomiędzy średnimi wykorzystano test ANOVA, zaś do obliczenia istotności międzygrupowych, test NIR. Pula zmiennych – możliwych predyktorów jakości życia pielęgniarek obejmowała: wiek, wykształcenie, stan cywilny, miejsce zamieszkania, liczbę posiadanego potomstwa, liczbę lat pracy w zawodzie, liczbę lat pracy na aktualnie zajmowanym stanowisku, rodzaj zajmowanego stanowiska pracy, system pracy i sytuację materialną. W wyniku analizy okazało się, że wykształcenie pielęgniarek anestezjologicznych ma istotny statystyczny związek z poziomem jakości życia w domenie psychologicznej ( $R=0,25$ ;  $p<0,00008$ ), który jest zróżnicowany przez grupy wykształcenia ( $F=2,92$ ;  $p<0,02$ ). Pielęgniarki, które ukończyły studia II stopnia na kierunku pielęgniarstwo uzyskały wyższe wskaźniki jakości życia w domenie psychologicznej

niż pielęgniarki z wykształceniem średnim medycznym ( $p<0,004$ ) i policealnym/pomaturalnym ( $p<0,007$ ). W badaniach własnych poziom jakości życia pielęgniarek w domenie psychologicznej ma ujemny słaby związek ze stażem pracy na aktualnie zajmowanym stanowisku. Okazało się, że im dłużej pielęgniarki pracują na jednym i tym samym stanowisku, tym mają istotnie niższe poczucie jakości życia w domenie psychologicznej ( $R=-0,13$ ,  $p<0,04$ ). Natomiast zmienna określająca sytuację materialną pielęgniarek miała istotny związek z jakością życia we wszystkich domenach. Odnotowano jej wartość w domenie somatycznej (na poziomie  $R=0,26$ ;  $p<0,00002$ ), psychologicznej ( $R=0,32$ ;  $p<0,0000001$ ), socjalnej ( $R=0,19$ ;  $p<0,001$ ). Jednak najsilniejszy związek z poziomem jakości życia zaobserwowano w domenie środowiskowej ( $R=0,43$ ;  $p<0,0000001$ ) (tabela 2). W wyniku pogłębionej analizy stwierdzono istotne statystycznie różnice międzygrupowe poczucia jakości życia wśród pielęgniarek określających własną sytuację materialną jako bardzo dobrą/dobrą oraz słabą. A to oznacza, że 35,18% ( $n=89$ ) pielęgniarek anestezjologicznych zadowolonych ze swojej sytuacji materialnej wskazuje jednocześnie na wyższe poczucie jakości życia w domenie środowiskowej ( $F=28,01$ ;  $p<0,0000001$ ), somatycznej ( $F=9,59$ ;  $p<0,00009$ ), psychologicznej ( $F=14,30$ ;  $p<0,00001$ ) i socjalnej ( $F=5,04$ ;  $p<0,007$ ) w stosunku do 18,97% ( $n=48$ ) pielęgniarek posiadających niekorzystną sytuację materialną. Dla uzupełnienia warto dodać, że prawie połowa badanych (45,85%;  $n=116$ ) wskazała, że ich sytuacja materialna jest na poziomie dostatecznym.

**Tabela 2.** Współczynnik korelacji rang Spearmana (R) między zmiennymi społeczno-demograficznymi a jakością życia pielęgniarek anestezjologicznych ( $n=253$ )

Zmienne społeczno-demograficzne	Domeny QoL			
	D1 – domena somatyczna	D2 – domena psychologiczna	D3 – domena socjalna	D4 – domena środowiskowa
Wykształcenie	-0,02	0,25***	0,09	0,05
Sytuacja materialna	0,26***	0,32***	0,20***	0,43***
Liczba lat pracy na aktualnie zajmowanym stanowisku	0,02	-0,13*	-0,08	-0,02

istotne statystycznie:  $p < 0,05^*$ ,  $p < 0,01^{**}$ ,  $p < 0,001^{***}$

W analizach statystycznych nie stwierdzono wpływu takich zmiennych jak: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, liczba posiadanego potomstwa, liczba lat pracy w zawodzie, rodzaj zajmowanego stanowiska pracy i system pracy na poczucie jakości życia we wszystkich analizowanych obszarach jakości życia. Analiza strategii radzenia sobie ze stresem dała obraz sposobów radzenia sobie przez pielęgniarki anestezjologiczne w sytuacjach trudnych, czasem krytycznych, związanych ze specyfiką ich pracy. Wykazano, że najczęściej wybierane przez pielęgniarki są strategie, tworzące grupę strategii związanych z tzw. aktywnym radzeniem sobie. Na pierwszym miejscu znalazła się strategia aktywne radzenie sobie ( $\bar{X}=2,15$ ;  $SD=0,65$ ), na drugim planowanie ( $\bar{X}=2,03$ ;  $SD=0,61$ ), a następnie pozytywne przewartościowanie ( $\bar{X}=1,86$ ;  $SD=0,64$ ). Strategia akceptacja (z wynikiem  $\bar{X}=1,83$ ;  $SD=0,74$ ) znalazła się na czwartym miejscu. Mimo, iż strategia poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ( $\bar{X}=1,80$ ;  $SD=0,70$ ) dotyczy emocji, zaś poszukiwanie wsparcia instrumentalnego ( $\bar{X}=1,80$ ;  $SD=0,70$ ) bardziej wiąże się z aktywnym

radzeniem sobie, to obydwie strategie wchodzą w skład grupy strategii poszukiwania wsparcia i znalazły się kolejno na 5. i 6. miejscu w rankingu najczęściej wybieranych przez pielęgniarki. Z kolei na 7. i 8. pozycji odnotowano strategie dotyczące „zachowań unikowych” – zajmowanie się czymś innym ( $\bar{X}=1,61$ ;  $SD=0,75$ ) i wyładowanie ( $\bar{X}=1,25$ ;  $SD=0,68$ ). Udział pozostałych strategii jest znacznie mniejszy, najniższe wyniki otrzymały dwie strategie: zaprzestania działań ( $\bar{X}=0,74$ ;  $SD=0,63$ ) i zażywania substancji psychoaktywnych ( $\bar{X}=0,27$ ;  $SD=0,49$ ), które są wyrazem bezradności (tabela 3).

**Tabela 3.** Charakterystyka strategii radzenia sobie ze stresem według kwestionariusza Mini – COPE (n=253)

Strategie radzenia sobie	$\bar{X} \pm SD$	Me	Min. – Max.	$d_1, d_9$
S1 – Aktywne Radzenie Sobie	2,15±0,65	2,0	0–3,0	1,5–3,0
S2 – Planowanie	2,03±0,61	2,0	0–3,0	1,5–3,0
S3 – Pozytywne Przewartościowanie	1,86±0,64	2,0	0–3,0	1,0–2,5
S4 – Akceptacja	1,83±0,74	2,0	0–7,0	1,0–2,5
S5 – Poczucie Humoru	0,84±0,64	1,0	0–3,0	0,0–1,5
S6 – Zwrot ku Religii	1,24±0,98	1,0	0–4,5	0,0–2,5
S7 – Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	1,80±0,70	2,0	0–3,0	1,0–2,5
S8 – Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	1,73±0,67	2,0	0–3,0	1,0–2,5
S9 – Zajmowanie się Czymś Innym	1,61±0,75	1,5	0–3,0	0,5–2,5
S10 – Zaprzeczanie	0,84±0,70	1,0	0–3,0	0,0–2,0
S11 – Wyładowanie	1,25±0,68	1,5	0–5,0	0,5–2,0
S12 – Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	0,27±0,49	0,0	0–3,0	0,0–1,0
S13 – Zaprzestanie Działań	0,74±0,63	0,5	0–2,5	0,0–1,5
S14 – Obwinianie Siebie	1,15±0,77	1,0	0–3,0	0,0–2,0

N – liczebność grupy,  $\bar{X}$  – średnia arytmetyczna, SD – odchylenie standardowe, Min. – minimum, Maks. – maksimum,  $d_1$  – percentyl 10%,  $d_9$  – percentyl 90%

Poczucie jakości życia badanych w domenie somatycznej istotnie dodatnio korelowało z dwiema strategiami radzenia sobie ze stresem, a mianowicie ze strategią aktywne radzenie sobie ( $R = 0,15$ ;  $p < 0,01$ ) i pozytywne przewartościowanie ( $R = 0,13$ ;  $p < 0,04$ ). Natomiast dwie strategie wyrażające bezradność istotnie ujemnie korelowały z jakością życia w wymiarze somatycznym, a mianowicie strategie: zażywanie substancji psychoaktywnych ( $R = -0,13$ ,  $p < 0,04$ ) i zaprzestanie działań ( $R = -0,13$ ;  $p < 0,04$ ). Wykazano istotną dodatnią korelację pomiędzy poczuciem jakości życia w domenie psychologicznej a pięcioma strategiami radzenia sobie ze stresem, takimi jak: aktywne radzenie sobie ( $R = 0,25$ ;  $p < 0,00004$ ), planowanie ( $R = 0,19$ ;  $p < 0,003$ ), pozytywne przewartościowanie ( $R = 0,25$ ;  $p < 0,00004$ ), akceptacja ( $R = 0,19$ ;  $p < 0,002$ ) i poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ( $R = 0,15$ ;  $p < 0,002$ ). Zaś ujemna korelacja w domenie psychologicznej dotyczyła strategii: zaprzeczanie ( $R = -0,18$ ;  $p < 0,004$ ), wyładowanie ( $R = -0,13$ ;  $p < 0,04$ ), zażywanie substancji psychoaktywnych ( $R = -0,15$ ;  $p < 0,02$ ), zaprzestanie działań ( $R = -0,20$ ;  $p < 0,002$ ) i obwinianie siebie ( $R = -0,27$ ;  $p < 0,00001$ ). Warto zwrócić uwagę na wykazane istotne korelacje poczucia jakości życia w domenie socjalnej, które dotyczą dziesięciu strategii radzenia sobie ze stresem. Istotną dodatnią korelację wykazano z grupą strategii aktywnego radzenia sobie, które obejmują strategie aktywne radzenie sobie ( $R = 0,25$ ;  $p < 0,00007$ ), planowanie ( $R = 0,21$ ;  $p < 0,001$ ), pozytywne

przewartościowanie ( $R = 0,23$ ;  $p < 0,0002$ ), a także strategii akceptacji zaistniałej sytuacji ( $R = 0,15$ ;  $p < 0,02$ ) i strategii dotyczącej emocji, określonej jako poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ( $R = 0,30$ ;  $p < 0,000001$ ). Zaś ujemna korelacja w domenie socjalnej dotyczyła strategii: zaprzeczanie ( $R = -0,13$ ;  $p < 0,04$ ), wyładowanie ( $R = -0,14$ ;  $p < 0,02$ ), zażywanie substancji psychoaktywnych ( $R = -0,17$ ;  $p < 0,008$ ), zaprzestanie działań ( $R = -0,24$ ;  $p < 0,00001$ ) i obwinianie siebie ( $R = -0,27$ ;  $p < 0,000001$ ). W domenie środowiskowej zaobserwowano związki tylko z trzema strategiami, a mianowicie stwierdzono dodatnią korelację ze strategią poszukiwanie wsparcia emocjonalnego ( $R = 0,13$ ;  $p < 0,004$ ) oraz ujemną ze strategią wyładowanie ( $R = -0,15$ ;  $p < 0,01$ ) i zaprzestanie działań ( $R = -0,13$ ;  $p < 0,04$ ). Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku poczucia jakości życia ze strategiami: poczucie humoru, zwrot ku religii, poszukiwanie wsparcia instrumentalnego oraz zajmowanie się czymś innym wśród badanych pielęgniarek (tabela 4).

**Tabela 4.** Współczynnik korelacji rang Spearmana (R) między strategiami radzenia sobie ze stresem a jakością życia pielęgniarek anestezjologicznych (n=253)

Strategie radzenia sobie	Domeny QoL			
	D1 – domena somatyczna	D2 – domena psychologiczna	D3 – domena socjalna	D4 – domena środowiskowa
S1 – Aktywne Radzenie Sobie	0,15**	0,25***	0,25***	0,12
S2 – Planowanie	0,12	0,19***	0,21***	0,09
S3 – Pozytywne Przewartościowanie	0,13*	0,25***	0,23***	0,11
S4 – Akceptacja	0,02	0,19***	0,15***	0,01
S5 – Poczucie Humoru	0,11	0,08	0,08	0,03
S6 – Zwrot ku Religii	0,02	0,06	-0,03	0,01
S7 – Poszukiwanie Wsparcia Emocjonalnego	0,08	0,15***	0,30***	0,13***
S8 – Poszukiwanie Wsparcia Instrumentalnego	0,04	0,06	0,08	0,02
S9 – Zajmowanie się Czymś Innym	0,02	-0,01	0,06	-0,02
S10 – Zaprzeczanie	0,00	-0,18**	-0,13*	-0,08
S11 – Wyładowanie	-0,09	-0,13*	-0,14*	-0,15**
S12 – Zażywanie Substancji Psychoaktywnych	-0,13*	-0,15*	-0,17***	-0,10
S13 – Zaprzestanie Działań	-0,13*	-0,20**	-0,24***	-0,13*
S14 – Obwinianie Siebie	-0,12	-0,27***	-0,27***	-0,12

istotne statystycznie:  $p < 0,05^*$ ;  $p < 0,01^{**}$ ;  $p < 0,001^{***}$

## DYSKUSJA

Podczas analizy literatury przedmiotu zawierającej wyniki badań empirycznych odnotowano wpływ pracy zmianowej, będącej dużym obciążeniem dla pielęgniarek, na obniżenie jakości życia osobistego oraz zawodowego [18, 19, 20, 21, 22]. W badaniach własnych nie stwierdzono wpływu pracy zmianowej, w tym w porze nocnej, na poczucie jakości życia we wszystkich analizowanych obszarach jakości życia. W analizie statystycznych nie stwierdzono również wpływu takich zmiennych jak: wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania, liczba posiadanego potomstwa, liczba lat pracy w zawodzie, rodzaj zajmowanego stanowiska pracy na poziom jakości życia badanych pielęgniarek. Praca w oddziale intensywnej

terapii i bloku operacyjnym wymaga współdziałania w zespole terapeutycznym. Jak wskazują Matthews i MacDonald-Rencz, w opiece zdrowotnej nieodzowna jest wydajna praca zespołowa, która przyczynia się do zwiększenia poziomu satysfakcji zawodowej, będącej jednym z decydujących determinantów zdrowego środowiska pracy [23]. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek w oficjalnym stanowisku zwraca uwagę m.in. na wspieranie praw pracowniczych do bezpiecznego środowiska pracy oraz zaznacza, iż „wspiera wzrastającą rolę zdrowia w miejscu pracy pielęgniarek i domaga się słusznego wynagrodzenia i odpowiedniej struktury zawodowej, umożliwiającej rozwój zawodowy” [24]. W badaniach własnych prawie połowa badanych (45,85%;  $n = 116$ ) wskazała, że ich sytuacja materialna jest na poziomie dostatecznym i ma istotny związek z jakością życia we wszystkich domenach funkcjonowania. Jednak najsilniejszy związek zaobserwowano z poziomem jakości życia w domenie środowiskowej ( $R = 0,43$ ;  $p < 0,0000001$ ). Badania przeprowadzone przez Babiarczyk i wsp. w grupie 276 położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach województwa śląskiego, pokazały, że aż 74,4% badanych było niezadowolonych ze swojej płacy średnio lub nawet bardzo. Zmienne te wpływały istotnie pozytywnie na ogólną samoocenę życia badanych i poziom odczuwanego szczęścia [25]. W badaniach zrealizowanych w grupie 104 pielęgniarek na Słowacji wykazano, że na ich ogólne dobre samopoczucie i odczuwane emocje istotny pozytywny wpływ mają dobre relacje ze współpracownikami i zadowolenie z nagród zewnętrznych [26]. Wiele badań wskazuje na duży wpływ tzw. kultury organizacyjnej, czyli środowiska społecznego/socjalnego pracy, współpracy z przełożonym i poziomu autonomii w wykonywaniu zadań, na wszystkie aspekty funkcjonowania człowieka w pracy [27, 28, 29]. W badaniach własnych okazało się, że trzy zmienne, tj: sytuacja materialna, liczba lat pracy na aktualnie zajmowanym stanowisku oraz wykształcenie pielęgniarek anestezyjologicznych ma istotny statystycznie związek z poziomem jakości życia w domenie psychologicznej. Jak podaje Baraniak, twórczy wkład w pracę powoduje także zmianę jej charakteru, a to z kolei stwarza potrzebę podnoszenia kwalifikacji i umożliwia jej zaspokojenie, czyli oddziałuje na jakość życia człowieka [30]. Ogińska-Bulik w swoich pracach podkreśla, że zawody medyczne są zaliczane do zawodów służb społecznych i należą do najsilniej stresujących [31]. Badanie prowadzone w Wielkiej Brytanii na dużej próbie populacyjnej liczącej 17 tys. osób wykazało, że największy odsetek osób doświadczających wysokiego poziomu stresu występuje w takich grupach zawodowych jak pielęgniarki, nauczyciele i menadżerowie. W przedstawionym badaniu również stwierdzono, że ogólnie osoby z wyższym poziomem wykształcenia doświadczają też wyższego poziomu stresu [32]. Przedstawione rezultaty badań własnych wskazują, że najczęściej wybierane strategie radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki anestezyjologiczne, to strategie tworzące grupę strategii związanych z tzw. aktywnym radzeniem sobie. Wykazano m.in. istotne korelacje poczucia jakości życia w domenie psychologicznej i socjalnej, które dotyczą dziesięciu strategii radzenia sobie ze stresem dla każdej z domen (tabela 4). W analizie poszczególnych strategii zwrócono uwagę na dodatnie korelacje strategii radzenia sobie ze stresem, określonej jako poszukiwanie wsparcia emocjonalnego z domeną psychologiczną, socjalną i środowiskową jakości życia. Jak wynika z innych badań, wsparcie społeczne ze strony rodziny jest zasobem chroniącym przed

negatywnymi konsekwencjami stresu w środowisku pracy [33]. Według Leitera i Maslach osoby samotne gorzej radzą sobie ze stresem i wymaganiami w pracy, a to z kolei silnie predysponuje ich do wypalenia zawodowego niż osoby będące w związku [34]. Najnowsze doniesienia w dziedzinie badań nad stresem i radzeniem sobie z nim wskazują na przesunięcie akcentu ze sfery poznawczej na emocje, traktowane jako składowa transakcji stresowej. Radzenie sobie ze stresem poprzez kontakt z emocjami obejmuje ich aktywne doświadczanie oraz ekspresję, chociaż wyniki badań w tym zakresie nie są jednoznaczne [16]. Podsumowując, należy podkreślić, że aktywne strategie radzenia sobie ze stresem przyczyniają się do poprawy jakości życia we wszystkich obszarach funkcjonowania. Uzyskane wyniki są przyczynkiem do dalszych rozważań naukowych.

## WNIOSKI

1. Poziom jakości życia w domenie psychologicznej jest różnicowany przez grupy wykształcenia, na korzyść pielęgniarek z wykształceniem wyższym II stopnia.
2. Wraz ze wzrostem liczby lat pracy na jednym i tym samym stanowisku zaobserwowano, choć w niewielkim stopniu, obniżenie się poziomu jakości życia pielęgniarek w domenie psychologicznej.
3. Sytuacja materialna pielęgniarek ma istotny związek z jakością ich życia we wszystkich domenach funkcjonowania, jednak najsilniejszy związek zaobserwowano z poziomem jakości życia w domenie środowiskowej.
4. Najczęściej wybierane strategie radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki, to strategie tworzące grupę strategii związanych z tzw. aktywnym radzeniem sobie.
5. Zasadne jest prowadzenie szkoleń zakładowych dla pielęgniarek w zakresie nabywania umiejętności radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych.

## PIŚMIENICTWO

1. Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej. Dz. U. 2011 nr 174, poz. 1039. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=W DU20111741039> (dostęp: 21.07.2016).
2. Kupcewicz E, Peplowska G, Karpińska-Karwowska M, Ślebioda K, Kacprzak I, Gaber M. Opis stanowisk pracy w placówkach ochrony zdrowia. Olsztyn. OIPiP, 2014.
3. Trzebiatowski J. Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. *Hygeia Public Health*. 2011; 46(1): 25–31.
4. Bańka A. Psychologia jakości życia. Poznań. Wydaw. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 2005.
5. Raeburn JM, Rootman I. Quality of life and health promotion. W: Renwick R, Brown I, Nagler M (red.). *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual approaches, issues, and applications*. Thousand Oaks, CA, Sage 1996, pp. 75–88.
6. Campbell A. *The sense of well-being in America: recent patterns and trends*. McGraw-Hill, NY 1981.
7. Brooks BA, Anderson MA. Defining quality of nursing work life. *Nurs Econ*. 2005; 23(6): 319–26.
8. Brooks BA, Storjfell J, Omoike O, Ohlson S, Stemler I, Shaver J, Brown A. Assessing the quality of nursing work life. *Nurs Adm Q*. 2007; 31(2): 152–7.
9. Nowakowska I, Rasińska R, Głowacka DM. Jakość życia zawodowego pielęgniarek w wieku okołomenopauzalnym: wpływ wybranych czynników środowiska pracy w podmiotach leczniczych. *Prze Menopauz*. 2012; 5: 417–422.
10. Khani A, Jaafarpour M, Dyrekvandmogadan A. Quality of nursing work life. *J Clin Diagn Res*. 2008; 2: 1169–1174.

11. Penc J. Kreowanie zachowań w organizacji. Warszawa. Agencja Wydawnicza Placet, 2001.
12. Nowakowska I, Rasińska R, Głowacka DM. Analiza związku objawów okołomenopauzalnych z funkcjonowaniem zawodowym i poczuciem satysfakcji z życia – subiektywne postrzeganie zależności przez kobiety w wieku 40+. Med Pr. 2015; 66(3): 351–358.
13. Bańka A. Psychologia organizacji. W: Strelau J (red.). Psychologia. Gdańsk: GPW; 2000; s. 321–350.
14. Kozak S. Patologie w środowisku pracy. Zapobieganie i leczenie. Warszawa. Centrum Doradztwa i Informacji Difin, 2009.
15. Wzorek A. Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. Stud Med. 2008; 11: 33–37.
16. Juczynski Z, Ogińska-Bulik N. Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Warszawa. Pracownia Testów Psychologicznych, 2012.
17. Jaracz K, Kalfoss M, Górna K, Baczyk G. Quality of life in Polish respondents: psychometric properties of the Polish WHOQOL-Bref. Scand J Caring Sci. 2006; 20(3): 251–60.
18. Nowakowska I, Rasińska R. Związek wybranych czynników socjodemograficznych z wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek, Pielęg Pol. 2014; 1(51): 26–33.
19. Pokorski J, Ogińska H, Pokorska J, Hasselhorn HM. Praca zmianowa w pielęgniarstwie i jej spostrzegana uciążliwość w wybranych krajach europejskich. W: Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT. Materiały konferencyjne. 2005.
20. Perek M, Kózka M, Twardus K. Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. Probl Pielęg. 2007; 15(4): 223–228.
21. Kishi R, Kitahara T, Masuchi A, Kasai S. Work-related Reproductive, Musculoskeletal and Mental Disorders among Working Women – History, Current Issues and Future Research Directions. Ind Health. 2002; 40: 101–112.
22. Brooks BA, Anderson MA. Nursing Work Life in Acute Care. J Nurs Care Qual. 2004; 19(3): 269–276.
23. Matthews S, MacDonald-Rencz S. Healthy workplaces and teamwork for healthcare workers need public engagement. Healthc Pap. 2007; 7(52–57): 109–19.
24. Oficjalne Stanowisko Międzynarodowej Rady Pielęgniarek: Zdrowie i bezpieczeństwo pielęgniarek w miejscu pracy. Probl Pielęg. 2007; 15(1): 76–77.
25. Babiarczyk B, Małgorzata Fraś M, Ulman-Włodarz I, Jarosova D. Analiza poziomu satysfakcji zawodowej oraz jej związku z subiektywnie ocenianą jakością życia położnych. Med Pr. 2014; 65(1): 99–108.
26. Gurková E, Čap J, Žiaková K, Ďurišková M. Job satisfaction and emotional subjective well-being among Slovak nurses. Inter Nurs Rev. 2012; 59: 94–100.
27. Dzuka J, Dalbert C. Elaboration and verification of emotional habitual subjective well-being scales (SEHP). Cesk Psychol. 2002; 46: 234–250.
28. Utriainen K, Kyngäs H. Hospital nurses' job satisfaction: A literature review. J Nurs Manag. 2009; 17(8): 1002–1010.
29. Meeusen V, van Dam K, van Zundert A, Knape J. Job satisfaction amongst Dutch nurse anaesthetists: the influence of emotions on events. Intern Nurs Rev. 2010; 57(1): 85–91.
30. Baraniak B. Metody badania pracy. Warszawa. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, 2009, s. 43–44.
31. Ogińska-Bulik N. Stres zawodowy w zawodach usług medycznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie. Warszawa. Wydawnictwo Difin, 2006.
32. Smith A, Johal S, Wadsworth E, Smith G, Peters T. The scale of occupational stress: The Bristol stress and health at work study. Health & Safety Executive research report no. CRR 265. Sudbury: HSE Books. 2000.
33. Innstrand ST. Positive and negative work-home interaction: An integrative model. W: Innstrand ST (red.). Health promotion – theory and practice. Research Centre for Health Promotion and Resources HiST/NTNU, Trondheim 2012, p. 9–25.
34. Leiter MP, Maslach C. Nurse turnover: the mediating role of burnout. J Nurs Manag. 2009; 17(3): 331–9.

## Quality of life of nurses and strategies for coping with stress experienced in the work environment

### Abstract

**Introduction.** Nurses, due to the nature of their work, are the professional group especially vulnerable to functioning under stress.

**Objective.** Evaluation of the impact of socio-demographic factors and factors related with work environment on the quality of life of nurse anaesthetists, and the recognition of the relationship between strategies used by nurses to cope with the stress and their quality of life.

**Materials and Method.** The study included 253 nurses working in operating theatres and intensive care units. The data was collected using an author-constructed questionnaire, a shortened version of the WHOQOL-Bref questionnaire, and the Mini-COPE questionnaire. The empirical material was analyzed statistically. The p values  $p < 0.05$  were considered statistically significant.

**Results.** A statistically significant relationship was found between education and the level of quality of life in the psychological domain, which differed according to education level in favour of nurses with higher 2<sup>nd</sup>-level education. The financial situation of nurses was significantly related with the quality of life in all domains; however, the strongest relationship was observed between financial situation and the level of quality of life in the environmental domain. The strategies of coping with stress most often used by nurses were strategies within the group of so-called „Active coping”. Significant correlations were confirmed between the perception of the quality of life in psychological and social domains, which concerned ten strategies for coping with stress for each domain.

**Conclusions.** The quality of life of nurses is associated with active coping with stress, and is determined by education, material standard and the period of professional experience at the currently held position.

### Key words

quality of life, coping with stress, nurses