

Karolina Maria Dąbrowska-Chołostiakow, Teresa Kocbach  
Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie, Polska

# Kontrola emocji oraz kompetencje społeczne pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w jednostkach opieki paliatywnej — raport z badania przeprowadzonego wśród pracowników zatrudnionych na terenie województwa warmińsko-mazurskiego

Emotional control and social competence of nurses working in palliative care: a research report on workers from the Warmia and Mazury voivodeship

## Streszczenie

**Wstęp.** Pacjent w terminalnej fazie choroby nowotworowej wymaga opieki wielodyscyplinarnego zespołu. Najwięcej czasu z chorym spędza pielęgniarka lub pielęgniarz, którzy, poza minimalizowaniem dolegliwości fizycznych, są też często powiernikami trosk pacjenta i jego najbliższych. Dlatego też w pielęgniarstwie ważne jest kontrolowanie pojawiających się w trakcie wykonywania pracy emocji oraz łączenie elementów „twardych”, czyli merytorycznych w zakresie wiedzy i umiejętności z elementami „miękkimi”, czyli interpersonalnymi. Nawiązuje do tego Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa.

**Materiał i metody.** Badania zostały przeprowadzone w okresie od lipca 2015 r. do kwietnia 2016 r. w grupie pielęgniarek i pielęgniarzy z województwa warmińsko-mazurskiego, pracujących w 27 ośrodkach opieki paliatywnej. Analizie poddano 112 zestawów narzędzi badawczych zawierających: „Skalę kontroli emocjonalnej” autorstwa M. Watson i S. Greera, „Kwestionariusz kompetencji społecznych” autorstwa A. Matczak oraz metryczkę.

**Wyniki.** Stwierdzono ujemny związek pomiędzy poziomem kontroli emocji badanych, a ich poziomem kompetencji społecznych w ujęciu ogólnym oraz w poszczególnych podskalach. Badani na zbliżonym

Adres do korespondencji: Karolina Maria Dąbrowska-Chołostiakow  
Centrum Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Olsztynie  
al. Wojska Polskiego 30, 10-229 Olsztyn  
e-mail: dabrowska.k.m@gmail.com



Palliative Medicine in Practice 2018; 12, 2, 97–105  
Copyright © Via Medica, ISSN 2545–0425

poziomie tłumią gniew, lęk i depresję. Najwyższy poziom tłumienia emocji, ze szczególnym uwzględnieniem lęku, osiągnęli pracownicy hospicjum stacjonarnego. Niespełna jedna czwarta badanych osiągnęła wysokie wyniki na poziomie kompetencji społecznych.

**Wnioski.** Wraz ze wzrostem tłumienia emocji spada poziom kompetencji społecznych pielęgniarek i pielęgniarzy. Pracownicy hospicjum domowego i stacjonarnego różnią się poziomem oraz sposobem tłumienia emocji. Wiek osób badanych wpływa istotnie na efektywność zachowań w sytuacjach wymagających asertywności.

*Palliat Med Pract 2018; 12, 2: 97–105*

**Słowa kluczowe:** pielęgniarka, pielęgniarz, kontrola emocji, kompetencje społeczne, hospicjum

## Abstract

**Background.** A patient in the terminal phase of cancer requires the care of a multidisciplinary team. The patient spends most of the time with a nurse, who in addition to minimizing physical ailments is often the trustee of the patient and their family. Therefore it is important to control the emotions arising in the course of nursing work and combine „hard” elementsie. substantive knowledge and skills with „ soft”, interpersonal elements. This is referred to in a Ministry of Science and Higher Education regulation from the 9<sup>th</sup> of May, 2012, addressing universities’ education standards for medical, dental, pharmaceutical, nursing and midwifery fields of study.

**Material and Methods.** The study was carried out in from July 2015 till April 2016 amongst a group of nurses from the Warmia-Mazury voivodeship working in 27 palliative care centers. We analyzed 112 research toolkits containing Scale of emotional control by M. Watson and S. Greer, Social competence questionnaire KKS-A by A. Matczak and a general data questionnaire.

**Results.** We found a negative association between levels of emotional control and social competence in general and in specific subscales. The respondents suppress anger, anxiety, and depression at a similar level. The highest level of suppression, with particular emphasis on fear, was recorded in stationary hospice workers. Less than a quarter of respondents achieved high results in level of social competence.

**Conclusions.** Increased suppression of emotions correlates with a declining level of social competence of nurses. Employees of house and stationary hospices differ in the level and method of emotional suppression. The subjects’ age has a significant effect on the efficiency of behavior in situations requiring assertiveness.

*Palliat Med Pract 2018; 12, 2: 97–105*

**Key words:** nurse, emotional control, social competence, hospice

## Wstęp

Ze względu na specyfikę zaawansowanej choroby nowotworowej i jej ostateczny charakter, pacjent powinien być otoczony opieką wielodyscyplinarnego zespołu, złożonego z lekarza, psychologa, rehabilitanta, kapelana, pracownika socjalnego oraz pielęgniarki bądź pielęgniarza. Zgodnie z założeniami opieki paliatywnej do zadań członków zespołu należą między innymi: leczenie objawów, wsparcie psychiczne, socjalne i duchowe chorego oraz opieka nad rodziną i bliskimi podczas choroby i w okresie żałoby [1]. Stający przed takimi wyzwaniami pracownicy ośrodków opieki paliatywnej mają również za zadanie utrzymanie stanu równowagi między środowiskiem pracy, a własnymi oczekiwaniami, zasobami i umiejętnością adaptacji do warunków pracy. W niesprzyjających okolicznościach zachwianie tej równowagi może spowodować objawy zespołu wypalenia, który występuje częściej w zawodach związanych z pomocą udzielaną innym osobom. Literatura przedmiotu nawiązuje do wielu aspektów zespołu wypalenia [2]. Podejście wielowymiarowe — jedno z popularniejszych, zaproponowane przez Christine

Maslach — wskazuje trzy główne aspekty wypalenia: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację i poczucie obniżonych dokonań osobistych. Wyczerpanie emocjonalne powoduje częste wyrażanie złości i gniewu oraz utratę kontroli nad manifestowaniem tych stanów [3].

Istotną rolę odgrywa fakt, że spośród członków zespołu opiekującego się chorym, pielęgniarka bądź pielęgniarz spędzają najwięcej czasu z pacjentem. Poza leczeniem objawów fizycznych, pielęgniarki i pielęgniarze stają się często pierwszymi odbiorcami trosk, lęków i innych problemów w sferze psychicznej i duchowej zarówno pacjenta, jak i jego najbliższych, co nasila stres, którego doświadczają w pracy [4]. Na stresogenny charakter pracy wpływają również czynniki wynikające z konieczności interakcji z ludźmi, między innymi konieczność rywalizacji, kooperacji czy kompromisu [5, 6]. Efektywność radzenia sobie z cechami społecznymi pracy związana jest z poziomem posiadanych kompetencji społecznych.

Zwrócenie uwagi na kwestie związane z kompetencjami społecznymi pielęgniarek i pielęgniarzy znajduje swoje uzasadnienie również w Rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z 9 maja 2012 r.

w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. W Rozporządzeniu wymieniono dziesięć oczekiwanych kompetencji społecznych w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara, są to: poszanowanie godności i autonomii osób powierzonych opiece; systematyczne wzbogacanie wiedzy zawodowej i kształtowanie umiejętności, dążąc do profesjonalizmu; przestrzeganie wartości, powinności i sprawności moralnych w opiece; wykazywanie odpowiedzialności moralnej za człowieka i wykonywanie zadań zawodowych; przestrzeganie praw pacjenta; rzetelne i dokładne wykonywanie powierzonych obowiązków zawodowych; przestrzeganie tajemnicy zawodowej; współdziałanie w ramach zespołu interdyscyplinarnego w rozwiązywaniu dylematów etycznych z zachowaniem zasad kodeksu etyki zawodowej; otwartość na rozwój podmiotowości własnej i pacjenta; przejawianie empatii w relacji z pacjentem i jego rodziną oraz współpracownikami [7]. Ponadto w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara niezwykle ważne jest łączenie elementów „twardych”, czyli merytorycznych w zakresie wiedzy i umiejętności, z elementami „miękkimi”, czyli interpersonalnymi [8].

Jak rozumiane są kompetencje? Erik Erikson kompetencje definiuje jako „swobodne doświadczenie sprawności, umiejętności i inteligencji w pełnieniu zadań, niezakłócone infantylną niższością wobec osób jakoby bardziej kompetentnych” [9]. Natomiast Michael Argyle, definiując kompetencje społeczne, podkreśla, że wiążą się one ze zdolnościami i posiadaniem umiejętności niezbędnych do tego, by wywrzeć pożądany wpływ na innych ludzi w sytuacjach społecznych [10].

Poza kompetencjami społecznymi, które odgrywają znaczącą rolę w dającym satysfakcję wykonywaniu zawodu pielęgniarki/pielęgniara, ważnym aspektem jest doświadczanie emocji oraz sposób ich wyrażania. Emocje rozumiane są jako subiektywne stany psychiczne, uruchamiające priorytet dla związanego z daną emocją programu działania. Odczuwaniu emocji towarzyszą zwykle zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz specyficzne zachowania [11]. Ponadto emocje charakteryzować można jako stany intencjonalne, co oznacza, że dotyczą jakiegoś obiektu oraz że istnieje związek pomiędzy odczuwającą emocję osobą a obiektem [12]. Z emocjami jest związane zagadnienie samokontroli, które określane jest jako przejawianie przez podmiot zachowania zgodnego ze standardami akceptowanymi przez niego samego lub standardami społecznymi. Natomiast samokontrola stanowi inicjowane przez podmiot reakcje, za których pomocą osiąga on zbieżność pomiędzy własnymi stanami emocjonalnymi,

myślami i odczuciami afektywnymi, a akceptowanymi standardami wewnętrznymi (zinternalizowanymi zasadami funkcjonowania) lub zewnętrznymi (zasadami aprobowanymi społecznie) [11]. Naukowcy zwracają ponadto uwagę na fakt, że regulacja emocji jest możliwa na wielu poziomach, jednak pozostaje procesem niezwykle trudnym, wynikającym głównie z faktu, że same emocje uruchamiają gotowość organizmu do aktywowania odpowiadających im programów działania, a ponadto nadają tym programom status pilnych [11, 13]. W literaturze zwraca się również uwagę na fakt, że niekorzystnym zjawiskiem jest tłumienie emocji, ponieważ może prowadzić między innymi do nasilenia intensywności doświadczanych emocji lub do ich długotrwałego utrzymywania się w postaci napięcia emocjonalnego [14].

## Materiał i metody

Badanie przeprowadzono w celu poznania i dokonania analizy kontroli emocji oraz kompetencji społecznych pielęgniarek i pielęgniarzy aktywnych zawodowo, zatrudnionych w jednostkach opieki paliatywnej na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, i określenia zależności pomiędzy wiekiem, wykształceniem, stażem pracy, stażem pracy w opiece paliatywnej, miejscem zatrudnienia, podejmowaniem dodatkowego zatrudnienia, posiadanymi kwalifikacjami a kontrolą emocji i posiadanymi kompetencjami społecznymi osób badanych.

Badanie, które miało charakter dobrowolny i anonimowy, przeprowadzono w okresie od lipca 2015 r. do kwietnia 2016 r. w 27 ośrodkach opieki paliatywnej na terenie województwa warmińsko-mazurskiego. W badaniu wzięły udział 133 osoby (pielęgniarki i pielęgniarze aktywni zawodowo), przy czym analizie poddano dane uzyskane od 112 osób. Badania przeprowadzono zgodnie z zasadami dobrej praktyki klinicznej. Z uwagi na fakt, że badanie nie dotyczyło pacjentów, a jedynie pracowników jednostek opieki paliatywnej, nie wystąpiono do Komisji Bioetycznej o zgodę na przeprowadzenie badania. Każda z osób wyraziła zgodę na udział w badaniu.

Metodę badawczą stanowił sondaż diagnostyczny, w którego ramach wykorzystano metryczkę własnego autorstwa i następujące narzędzia badawcze:

1. Skala kontroli emocjonalnej (CECS, *Courtauld Emotional Control Scale*) autorstwa Maggie Watson i Stephena Greera. Skala dotyczy sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku, służy do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, depresji i lęku w sytuacjach trudnych [15].
2. Kwestionariusz kompetencji społecznych (KKS-A) autorstwa Anny Matczak. Kwestionariusz służy do

oceny kompetencji społecznych rozumianych jako nabyte umiejętności warunkujące efektywność funkcjonowania człowieka w różnych sytuacjach społecznych. Oprócz wskaźnika ogólnego kwestionariusz dostarcza również trzech wskaźników szczegółowych, określających poziom kompetencji ujawnianych w sytuacjach ekspozycji społecznej, sytuacjach wymagających asertywności i sytuacjach bliskiego kontaktu interpersonalnego [16].

Pozyskane dane poddano analizie statystycznej przy wykorzystaniu programu IBM SPSS Statistics. W celu charakterystyki zmiennych mierzalnych obliczono statystyki opisowe w postaci następujących parametrów: liczba obserwacji (N), średnia ( $\bar{x}$ ), mediana (Me), odchylenie standardowe (SD). Zmienne o charakterze ilościowym opisano przez liczbę przypadków oraz odsetek. Dla analizowanych danych policzono kwartył górny ( $Q_1$ ) i kwartył dolny ( $Q_3$ ) oraz percentyle  $c_1$  (10%) i  $c_9$  (90%). Do oceny wpływu zmiennych niezależnych na poziom kontroli emocjonalnej i kompetencji społecznych zastosowano test Kruskala-Wallisa (H). W celu sprawdzenia zgodności rozkładu stenów zmiennej poziom kompetencji społecznych w grupach zmiennych niezależnych zastosowano test chi-kwadrat ( $c^2$ ). W celu badania związku pomiędzy poziomem kompetencji społecznych a kontrolą emocji zastosowano korelację Pearsona (r). Za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

## Wyniki

### Charakterystyka badanej grupy

W badanej grupie 112 osób znalazło się 109 kobiet (97%) i 3 mężczyzn (3%). Wiek badanych pielęgniarek i pielęgniarzy mieścił się w przedziale od 25 lat do 69 lat. Średni wiek wynosił  $50,2 \pm 8,05$  lata. Wiek badanych podzielono na przedziały wiekowe. Najwięcej osób (47) mieściło się w przedziale wiekowym od 50 do 59 lat (42%) i w przedziale wiekowym od 41 do 49 lat — 40 osób (35,7%). W wieku 60 lat i powyżej było 14 osób (12,5%). Najmniej liczną grupę 11 osób (9,8%) stanowili badani w wieku do 40 lat. Wśród badanych najwięcej, bo 61 osób (54,46%) posiadało wykształcenie średnie, wykształcenie licencjackie posiadało 27 respondentów (24,11%), natomiast wykształcenie magisterskie posiadało osoby 24 (21,43%). Ogólny staż pracy powyżej 10 lat zadeklarowało 106 badanych (93,65%), w tym 58 ankietowanych (51,79%) posiadało staż pracy od 10 lat do 30 lat, a 48 powyżej 30 lat (42,86%). Staż pracy poniżej 10 lat posiadało 6 ankietowanych osób (5,35%). Staż pracy w opiece paliatywnej dłuższy niż 10 lat posiadała najliczniejsza grupa respondentów — 59 osób (52,68%). Dla 32 osób (28,57%) staż pracy w opiece paliatywnej

wynosił od 5 do 10 lat, 21 badanych (18,75%) posiadało staż pracy w opiece paliatywnej poniżej 5 lat.

Badane osoby były zatrudnione w hospicjum stacjonarnym i/lub hospicjum domowym, i/lub w poradni medycyny paliatywnej. Większość (81,25%) badanych było zatrudnionych w jednym z wymienionych miejsc pracy, natomiast 18,75% osób w dwóch miejscach pracy. Spośród wszystkich ankietowanych 78 osób (69,6%) było zatrudnionych w hospicjum domowym, 36 (32,1%) w hospicjum stacjonarnym, a 19 (17%) w poradni medycyny paliatywnej. Wśród badanych 52 osoby (47%) podejmowały dodatkowe zatrudnienie jako pielęgniarka/pielęgniarz w innym miejscu pracy. Spośród ankietowanych 58 osób (60,71%) posiadało ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, 41 badanych (36,61%) odbyło kurs specjalistyczny w zakresie podstaw opieki paliatywnej. W badanej grupie 26 osób (23,21%) posiadało specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, inne specjalizacje posiadało 23 badanych (20,54%).

W zakresie wykształcenia w poszczególnych grupach wiekowych stwierdzono istotne różnice ( $c^2 = 24,76$ ,  $p < 0,0004$ ). Największy odsetek (45,9%) osób z wykształceniem średnim obejmuje grupę wiekową od 50 do 59 lat. Najmniej osób z wykształceniem średnim znalazło się w grupie wiekowej poniżej 40 lat. Największy odsetek osób posiadających wykształcenie licencjackie występuje w grupie wiekowej od 41 do 49 lat, a najmniej osób posiadających wykształcenie wyższe licencjackie lub magisterskie to osoby w wieku 60 lat i powyżej.

Analizując podejmowanie dodatkowego zatrudnienia w zależności od ogólnego stażu pracy pielęgniarek/pielęgniarczy pracujących w opiece paliatywnej, stwierdzono istotne różnice ( $c^2 = 6,72$ ,  $p < 0,03$ ). Pielęgniarki/pielęgniarze ze stażem pracy poniżej 10 lat i od 10 do 30 lat, istotnie częściej podejmują dodatkowe zatrudnienie, w porównaniu do osób ze stażem pracy powyżej 30 lat.

Analizując podejmowanie dodatkowego zatrudnienia w zależności od wieku respondentów, również stwierdzono istotne różnice ( $c^2 = 11$ ,  $p < 0,01$ ). Pielęgniarki/pielęgniarze w wieku poniżej 50 lat istotnie częściej podejmują dodatkowe zatrudnienie, w porównaniu do osób w wieku powyżej 60 lat. Osoby w wieku od 50 do 59 lat podobnie podejmują dodatkowe miejsce pracy.

Podsumowując zaprezentowaną charakterystykę badanej grupy, można stwierdzić, że większość badanych pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w jednostkach opieki paliatywnej województwa warmińsko-mazurskiego to osoby w wieku od 41 do 59 lat z wykształceniem średnim. Staż pracy wynosił

najczęściej od 10 do 30 lat, a staż pracy w opiece paliatywnej najczęściej powyżej 10 lat. Większość badanych osób była zatrudniona w hospicjum domowym (69,9%) lub w hospicjum stacjonarnym (32,1%). Blisko połowa badanych (47%) podejmowała zatrudnienie jako pielęgniarz/pielęgniarka w innym miejscu pracy. Przeciętnie osoby te posiadały jedną kwalifikację, najczęściej ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej, natomiast specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej posiadała co piąta badana osoba.

### Analiza kontroli emocji i kompetencji społecznych w grupie badanych pielęgniarek i pielęgniarzy

W „Skali kontroli emocjonalnej” (CECS) autorstwa M. Watson i S. Greera uzyskano następujące wyniki dotyczące subiektywnej kontroli gniewu, depresji i lęku w sytuacjach trudnych. Należy zaznaczyć, że im wyższy wynik w teście, tym większe tłumienie emocji przez osoby badane [15]. W badanej grupie ogólna skala kontroli emocjonalnej mieści się w przedziale od 26 do 75 (min. 21, maks. 84). Średni poziom tej skali wynosi  $52,61 \pm 9,54$  z medianą 53. W grupie respondentów poziom kontroli emocjonalnej dla 50% mieści się w przedziale od 46 do 58, a dla 80% respondentów w przedziale od 40 do 62. Rozkład wyników skali kontroli emocjonalnej przedstawia histogram (tab. 1, ryc. 1).

Do badania poziomu kompetencji społecznych pielęgniarek i pielęgniarzy zastosowano „Kwestio-

nariusz kompetencji społecznych” (KKS-A) autorstwa A. Matczak i uzyskano następujące wyniki. W badanej grupie wynik łączny mieści się w przedziale od 126 do 239 (min. 60, maks. 240). Średni poziom wyniku wynosi  $176,76 \pm 24,99$  z medianą 179. W grupie respondentów wynik dla 50% mieści się w przedziale od 157 do 195, a dla 80% badanych w przedziale od 146 do 208 (tab. 2).

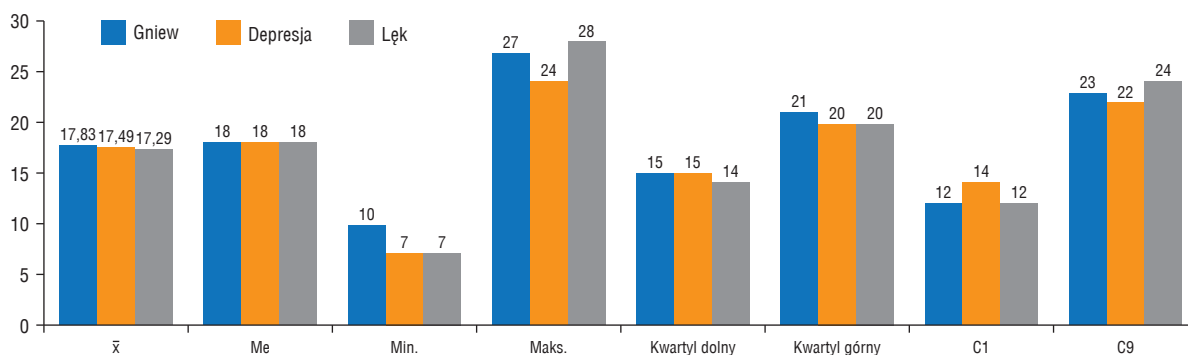
Powyższe wyniki surowe dla potrzeb porównawczych przedstawiono w skali stenowej, a następnie obliczono procentowy rozkład wyników w poszczególnych grupach stenów niskich, przeciętnych i wysokich dla badanej grupy respondentów (tab. 3).

Analizując zależność pomiędzy zmiennymi niezależnymi a poziomem kontroli emocjonalnej stwierdzono zależność istotną statystycznie zmiennej miejsce pracy (hospicjum stacjonarne i hospicjum domowe) (tab. 4).

Stwierdzono zależność pomiędzy pracą w hospicjum stacjonarnym i hospicjum domowym a ogólnym poziomem kontroli emocjonalnej w skali CECS i poziomem w podskali lęku badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. U badanych pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w hospicjum stacjonarnym ogólny poziom kontroli emocjonalnej w skali CECS jest istotnie wyższy, w porównaniu do pielęgniarek i pielęgniarzy niepracujących w hospicjum stacjonarnym, co oznacza, że pracownicy hospicjum stacjonarnego w większym stopniu tłumią emocje, w porównaniu do pracowników niepracujących w hospicjum

Tabela 1. Statystyki opisowe skali kontroli emocji

Skala kontroli emocji	N	$\bar{x}$	Me	Min.	Maks.	Kwartył dolny	Kwartył górny	$c_1$	$c_9$	SD
CECS	112	52,61	53	26	75	46	58	40	62	9,54
Gniew	112	17,83	18	10	27	15	21	12	23	4,2
Depresja	112	17,49	18	7	24	15	20	14	22	3,61
Lęk	112	17,29	18	7	28	14	20	12	24	4,51



Rycina 1. Statystyki opisowe skali kontroli emocji

Tabela 2. Statystyki opisowe skali kompetencji społecznych

Kwestionariusz kompetencji społecznych	N	$\bar{x}$	Me	Min.	Maks.	Kwartył dolny	Kwartył górny	$c_1$	$c_9$	SD
KKS	112	176,76	179	126	239	157	195	146	208	24,99
Intymność	112	43,79	43	32	59	39	48	37	51	6,04
Ekspozycja społeczna	112	52,21	54	33	72	46	58	41	61	8,51
Asertywność	112	47,74	47	32	68	42	53	37	58	7,95

Tabela 3. Rozkład wyników skali stenowej dla KKS

Skala stenowa dla KKS	Skala KKS		Podskala I		Podskala ES		Podskala A	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Niskie	18	16	24	21	17	15	16	14
Przeciętne	68	61	68	61	84	75	48	43
Wysokie	26	23	20	18	11	10	48	43
Ogółem	112	100	112	100	112	100	112	100

Tabela 4. Poziom istotności p dla Test Kruskala-Wallisa (H) wpływu zmiennych miejsca pracy na skalę kontroli emocji CECS

Test Kruskala-Wallisa	CECS		Gniew		Depresja		Lęk	
	H	p	H	p	H	p	H	p
Hospicjum stacjonarne	2,3	0,02	1,66	0,09	1,71	0,08	2,46	0,01
Hospicjum domowe	1,97	0,05	-1,43	0,15	-1,81	0,06	-1,94	0,05
Poradnia medycyny paliatywnej	0,68	0,49	0,67	0,5	0,31	0,75	0,39	0,39

Tabela 5. Rozkład poszczególnych rodzajów stenów KKS w podskali A w grupach wiekowych

A (asertywność)	Niskie		Przeciętne		Wysokie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
40 lat i poniżej	3	19	3	6	5	10	11	10
41–49	3	19	18	38	19	40	40	36
50–59	10	63	23	48	14	29	47	42
60 lat i powyżej	0	0	4	8	10	21	14	13
Ogółem	16	100	48	100	48	100	112	100

stacjonarnym. U pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących w hospicjum stacjonarnym poziom kontroli emocji w podskali lęku jest istotnie wyższy, w porównaniu do pielęgniarek i pielęgniarzy niepracujących w hospicjum stacjonarnym.

Wiek ma istotny związek z poziomem kompetencji społecznych w podskali A (asertywność). U badanych pielęgniarek i pielęgniarzy w wieku mieszczącym się w przedziale od 50 do 59 lat istotnie częściej występują kompetencje społeczne z podskali A (asertywność) na

poziomie stenów niskich, w porównaniu do pozostałych badanych. U osób w wieku powyżej 60 lat istotnie częściej występują kompetencje społeczne z podskali A (asertywność) na poziomie stenów wysokich (tab. 5).

Dodatkowe miejsce pracy ma istotny związek z ogólnym poziomem kompetencji społecznych. U badanych pielęgniarek i pielęgniarzy nieposiadających dodatkowego miejsca pracy istotnie częściej występuje ogólny poziom kompetencji społecznych na poziomie stenów wysokich, w porównaniu do pielęgniarek

**Tabela 6. Rozkład poszczególnych rodzajów stenów KKS w grupach dodatkowego miejsca pracy**

KKS	Niskie		Przeciętne		Wysokie		Ogółem	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tak	8	44	38	56	7	27	53	47
Nie	10	56	30	44	19	73	59	53
Ogółem	18	100	68	100	26	100	112	100

**Tabela 7. Poziom istotności p dla korelacji (r) poziomu kontroli emocji (CECS) i kompetencji społecznych (KKS)**

CECS	KKS	Intymność	Ekspozycja społeczna	Asertywność
r	-0,40	-0,38	-0,35	-0,44
p	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

i pielęgniarzy zatrudnionych w dodatkowym miejscu pracy (tab. 6).

Stwierdzono istotny statystycznie związek pomiędzy poziomem kontroli emocjonalnej i poziomem kompetencji społecznych (tab. 7).

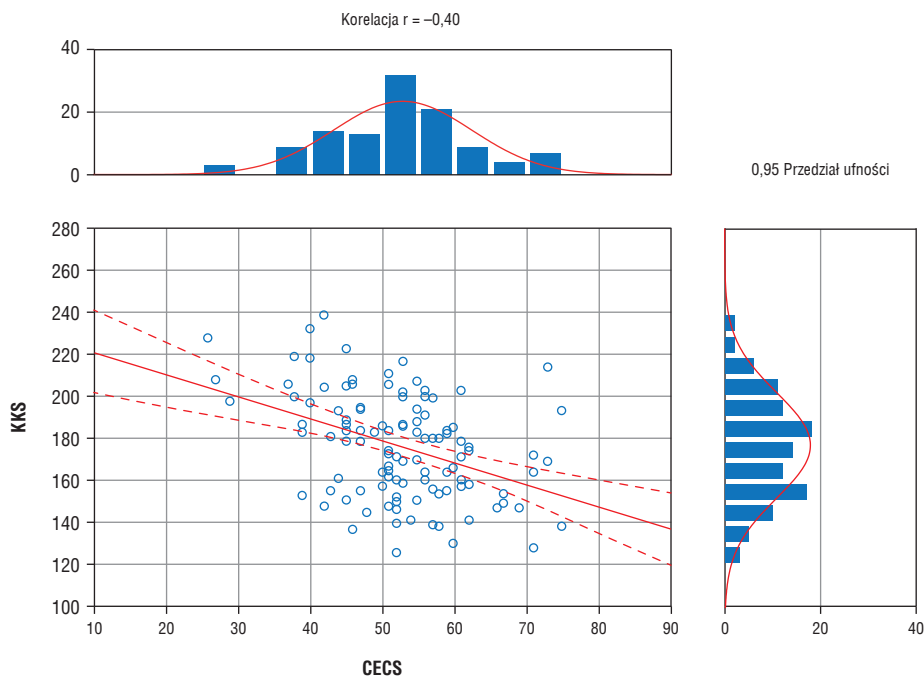
Wykazano przeciętny ( $r = -0,40$ ) istotny statystycznie ( $p < 0,0001$ ) negatywny związek pomiędzy poziomem kontroli emocjonalnej badanych pielęgniarek i pielęgniarzy a poziomem kompetencji społecznych. Wyższy poziom w skali kontroli emocjonalnej związany jest z istotnie niższym poziomem kompetencji społecznych mierzonym skalą KKS (ryc. 2).

Stwierdzono również przeciętny istotny statystycznie negatywny związek pomiędzy ogólnym poziomem

kontroli emocjonalnej a poziomem kompetencji społecznych w podskali I, warunkujących efektywność zachowania w sytuacjach intymnych, podskali ES — warunkujących efektywność zachowania w sytuacjach ekspozycji społecznej i podskali A — warunkujących efektywność zachowania w sytuacjach wymagających asertywności.

Wyliczono również korelacje dla podskal gniew, depresja, lęk skali kontroli emocjonalnej z ogólnym poziomem kompetencji społecznych oraz podskalami intymność (I), ekspozycja społeczna (ES), asertywność (A) (tab. 8).

Stwierdzono, że poziom podskali gniewu, depresji i lęku skali kontroli emocjonalnej pozostaje w słabym



**Rycina 2. Wykres rozrzutu dla korelacji kontroli emocji (CECS) i poziomu kompetencji społecznych (KKS)**

Tabela 8. Poziom istotności p dla korelacji (r) poziomu kontroli emocji w podskalach CECS i kompetencji społecznych skali KKS

CECS	KKS	Intymność	Ekspozycja społeczna	Asertywność
<b>Gniew</b>				
r	-0,27	-0,26	0,22	0,37
p	0,004	0,004	0,02	0,0001
<b>Depresja</b>				
r	-0,29	-0,27	-0,26	-0,33
p	0,001	0,003	0,005	0,0001
<b>Lęk</b>				
r	-0,35	-0,33	-0,31	-0,31

lub średnim związku z ogólnym poziomem kompetencji społecznych badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. Istnieje związek pomiędzy wyższym poziomem każdej z podskal z niższym ogólnym poziomem kompetencji społecznych.

Poziom podskali gniewu, depresji i lęku pozostaje w istotnym słabym związku z ogólnym poziomem kompetencji społecznych i z podskalami intymność, ekspozycja społeczna, asertywność badanych pielęgniarek i pielęgniarzy. W przeważającej części wyższy poziom każdej z podskal kwestionariusza kontroli emocjonalnej ma słaby, ale istotny związek z niższym poziomem kompetencji społecznych w każdej z podskal kwestionariusza. Wyjątek stanowi korelacja podskali gniewu z podskalami ekspozycja społeczna i asertywność:

- wyższy poziom podskali gniewu ma słaby, ale istotny związek z wyższym poziomem kompetencji warunkujących efektywność zachowania w sytuacjach ekspozycji społecznej podskali ES;
- wyższy poziom podskali gniewu ma słaby, ale istotny związek z wyższym poziomem kompetencji warunkujących efektywność zachowania w sytuacjach wymagających asertywności podskali A.

## Dyskusja

Na podstawie analizy wyników przeprowadzonego badania stwierdzono, że pielęgniarki i pielęgniarze tłumią na zbliżonym poziomie gniew, lęk i depresję. Badania W. Nyklewicz i E. Krajewskiej-Kułał przeprowadzone wśród pielęgniarek i studentów II stopnia na kierunku pielęgniarstwie wskazują, że tłumienie stanowi dominujący mechanizm radzenia sobie z doświadczaniem trudnych emocji, prowadzi jednak do wzrostu napięcia emocjonalnego [17]. Skorupska-Król i wsp. w przeprowadzonych badaniach dotyczących czynników stresogennych związanych z pracą pielęgniarek podkreślają, że emocje, które towarzyszą

wykonywaniu zawodu pielęgniarki, obniżają poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy i negatywnie wpływają na jakość świadczonej opieki [18]. Spośród osób uczestniczących w naszym badaniu, najwyższy poziom tłumienia emocji obserwowano wśród pracowników hospicjum stacjonarnego, ze szczególnie wysokim wskaźnikiem tłumienia lęku, natomiast pracownicy hospicjum domowego w mniejszym stopniu tłumią emocje. Może to oznaczać, że o poziomie tłumienia emocji w pewnym stopniu decyduje miejsce pracy, jednak trudno jednoznacznie stwierdzić, który z aspektów miejsca pracy wpływa na przedstawione obserwacje najbardziej. W badaniu przeprowadzonym przez A. Marciniak i wsp. wśród pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach onkologicznych i w hospicjach wykazano zależność pomiędzy poziomem wykształcenia a kontrolowaniem emocji. Osoby z wykształceniem wyższym częściej niż osoby z wykształceniem średnim stosują efektywne metody radzenia sobie [19].

Wiek badanych osób znacząco wpływa na kompetencje warunkujące efektywność zachowania w sytuacjach wymagających asertywności. Najlepiej radzą sobie osoby w wieku powyżej 60 lat. Podobne wyniki uzyskała w przeprowadzonym badaniu Sygit [20]. Osoby z dłuższym stażem pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniara prezentują aktywną postawę w sytuacji pojawiających się w pracy trudności i nabywają umiejętności dostosowywania działań zaradczych do konkretnych sytuacji problemowych.

Wyższy poziom tłumienia emocji związany jest z niższym poziomem kompetencji społecznych zarówno w rozumieniu ogólnym, jak też kompetencji warunkujących efektywność zachowania w sytuacji wymagającej asertywności, ekspozycji społecznej i w sytuacjach intymnych. Jednak, co interesujące, osoby, które w większym stopniu tłumią gniew, osiągnęły wyższy poziom kompetencji społecznych w sytuacjach wymagających asertywności i w sytuacjach związanych z ekspozycją społeczną. Niespełna jedna



czwarta badanych osiągnęła wysokie wyniki w poziomie kompetencji społecznych.

Uzyskane wyniki zarówno w odniesieniu do kontroli emocji, jak i kompetencji społecznych, zarysowują obszary, w których można dokonywać pozytywnych zmian i doskonalić. Konieczność rozwijania kompetencji społecznych i sposobów kontrolowania emocji znajduje uzasadnienie w wynikach badań prowadzonych przez M. Slezionę i D. Krzyżanowskiego. Autorzy zwracają uwagę na fakt, że do najważniejszych kwestii w opiece paliatywnej zalicza się wsparcie psychologiczne, zaspokajanie potrzeb fizycznych i pomoc duchowa, które stanowią obszary samorozwoju poprzez między innymi udział w szkoleniach i warsztatach rozwijających tak zwane miękkie kompetencje [21]. Warto zwrócić uwagę na trening związany z rozwojem kompetencji społecznych warunkujących efektywność zachowania w sytuacjach wymagających intymności. Szczególnie w tym obszarze oczekuje się wysokich kompetencji pracowników zawodów o charakterze opiekuńczym, ponieważ zwiększają one powodzenie i skuteczność w trakcie wykonywania zawodu wymagającego nawiązywania głębszych relacji z ludźmi, do których zaliczane jest pielęgniarstwo [16]. Wymowna jest również wyższa średnia wieku badanych pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w opiece paliatywnej (50,2 lata), w porównaniu do średniego wieku pielęgniarek w Polsce w 2014 r. (48,43 lata) [22].

## Piśmiennictwo

1. Pyszkowska J. Podstawowe pojęcia medycyny paliatywnej. In: de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 3–4.
2. De Walden-Gałuszko K. Psychoonkologia w praktyce klinicznej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2011: 179.
3. Kozaka J. Wypalenie zawodowe. In: de Walden-Gałuszko K., Ciałkowska-Rysz A. ed. *Medycyna paliatywna*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2015: 423–426.
4. Kaptacz A. Organizacja i zarządzanie w opiece paliatywnej. In: de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. ed. *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2005: 25.
5. Gugąła B. Obciążenie stresem, a umiejętność radzenia sobie z nim. *Pielęg Położ.* 2003; 7: 18–19.
6. Gugąła B. Stres w pracy pielęgniarek. *Pielęg Położ.* 2003; 1: 18–23.
7. Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 9 maja 2012 r. w sprawie standardów kształcenia dla kierunków studiów: lekarskiego, lekarsko-dentystycznego, farmacji, pielęgniarstwa i położnictwa. *Dz. U. z 2012, poz. 631*.
8. Rabiasz R, Kachaniuk H. Skala pielęgniarzkich kompetencji społecznych. *Pielęg XXI w.* 2015; 1: 22–27.
9. Brzezińska A, Appelt K, Ziółkowska B. Psychologia rozwoju człowieka. In: Strelau J, Doliński D. ed. *Podręcznik akademicki*. Tom 2. GWP, Gdańsk 2008: 209.
10. Argyle M. Psychologia stosunków międzyludzkich. Naukowe PWN, Warszawa 2002: Warszawa.
11. Maruszewski T, Doliński D, Łukaszewski W, Marszał-Wiśniewska M. Emocje i motywacja. In: Strelau J, Doliński D. ed. *Psychologia*. Podręcznik akademicki. Tom 1. GWP, Gdańsk 2008: 511–649.
12. Parkinson B, Dolman A. Emocje i motywacja. Zysk i S-ka, Poznań 1995: 16–17.
13. Oatley K, Jenkins J. Zrozumieć emocje. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003: 131.
14. Kofta M. Samokontrola a emocje. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1979.
15. Watson M, Greer S. Development of a questionnaire measure of emotional control. *J Psychosom Res.* 1983; 27(4): 299–305, doi: [10.1016/0022-3999\(83\)90052-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(83)90052-1), indexed in Pubmed: [6620206](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6620206/).
16. Matczak AK. KKS — Kwestionariusz Kompetencji Społecznych. Podręcznik. PTP, Warszawa 2001: Warszawa.
17. Nyklewicz W, Krajewska-Kułak E. Śmierć a emocje pielęgniarek — doniesienie wstępne. *Probl Pielęg.* 2008; 16: 248–254.
18. Skorupska-Król A, Szabla A, Bodys-Cupak I. Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. *Pielęg XXI w.* 2014; 1: 23–26.
19. Marciniak A, Ślusarska B, Nowicki G. Zdolności empatyczne oraz sposoby radzenia sobie pielęgniarek z trudnościami w opiece nad pacjentami onkologicznymi. *Med Paliat.* 2015; 7: 161–167.
20. Sygit E. Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu? *Ann Acad Med Stetin.* 2009; 55: 83–89.
21. Sleziona M, Krzyżanowski D. Postawy pielęgniarek wobec umierania i śmierci pacjenta. *Piel Zdr Publ.* 2011; 1: 217–223.
22. Raport Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych. Zabezpieczenie społeczeństwa polskiego w świadczenia pielęgniarek i położnych Warszawa, 2015: 27.