

Joanna Kliszcz
Katarzyna Nowicka-Sauer
Barbara Trzeciak
Agata Sadowska

POZIOM LĘKU, DEPRESJI I AGRESJI U PIELEŃNIAREK, A ICH SATYSFAKCJA Z ŻYCIA I Z PRACY ZAWODOWEJ

THE LEVEL OF ANXIETY, DEPRESSION AND AGGRESSION IN NURSES AND THEIR LIFE AND JOB SATISFACTION

Z Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Akademii Medycznej w Gdańsku

STRESZCZENIE

Wstęp. W profesjach takich jak pielęgniarstwo, którego istotą jest pomaganie innym, stresogenne elementy środowiska zawodowego mogą spowodować wzrost poziomu emocji negatywnych – lęku, depresji i agresji, a są to czynniki wpływające na stopień odczuwanej satysfakcji z życia i z pracy zawodowej. **Material i metody.** 102 pielęgniarki, pracownice szpitali, przychodni, hospicjum i domu pomocy społecznej poddano badaniu za pomocą trzech kwestionariuszy: 1) Szpitalnej Skali Lęku i Depresji. 2) Skali Satysfakcji z Życia. 3) Skali Satysfakcji z Pracy. Badanie przeprowadzono na zakończenie kursu z psychologii w ramach edukacji podyplomowej. **Wyniki.** Analiza danych wykazała podwyższony poziom lęku wśród najmłodszych pielęgniarek. Depresja i agresja w całej grupie respondentek utrzymywała się na poziomie od niskiego do średniego. Respondentki cechowały się wyższą satysfakcją z pracy niż z życia, a analiza porównawcza obu rodzajów satysfakcji we wszystkich kategoriach stażowych potwierdziła istotną statystycznie różnicę na korzyść satysfakcji zawodowej. Ocena zależności satysfakcji z życia i z pracy zawodowej od lęku, depresji, agresji i stażu pracy wykazała: – oddziaływanie lęku i depresji jako czynników wpływających samoistnie, niezależnie od długości stażu na satysfakcję z życia; – wpływ agresji w interakcji ze stażem na satysfakcję z pracy zawodowej. **Wnioski.** Lęk jest głównym czynnikiem wpływającym na satysfakcję z życia, satysfakcja z pracy jest w mniejszym stopniu podatna na wpływ emocji negatywnych. Z uwagi na tendencję do tłumienia uczuć i stresogenne środowisko pracy, pielęgniarki są grupą zawodową, która powinna zostać objęta szeroko pojętym wsparciem psychologicznym. Med. Pr. 2004; 55 (6): 461–468

SŁOWA KLUCZOWE: lęk, depresja, agresja, satysfakcja z życia, satysfakcja z pracy, emocje negatywne

ABSTRACT

Background: In professions aimed at helping other people such as nursing, an increased level of anxiety, depression and aggression caused by extremely stressful work environment is always possible. It can be hypothesized that these emotions influence nurses' life and job satisfaction, through its decreasing or increasing. **Materials and Methods:** In all, 102 nurses, employed in hospitals, outpatient clinics, hospices and old people's homes, were administered three questionnaires: 1) the Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified; 2) the Life Satisfaction Scale; and 3) the Job Satisfaction Scale. The survey was a closing part of the course on psychology carried out under the postgraduate education program. **Results:** The statistical analysis of the results showed the increased level of anxiety in the youngest group of nurses, whereas the level of depression and aggression ranged from medium to low in the whole sample. The nurses' level of job satisfaction was higher than that of their life satisfaction and the differences were statistically significant in each of the three seniority categories. The evaluation of the relationship between life and job satisfaction and anxiety, depression, aggression and job seniority showed: (a) the effect of anxiety and depression, as self-contained factors, on life satisfaction, regardless of job seniority; (b) the effect of aggression interrelated with job seniority on job satisfaction. **Conclusions:** Anxiety is the major factor affecting life satisfaction; job satisfaction is less prone to the influence of negative emotions than life satisfaction. Bearing in mind a tendency shown by nurses to suppress their emotions as well as their stressful work environment, they should receive psychological support in its broadest sense. Med Pr 2004; 55 (6): 461–468

KEY WORDS: anxiety, depression, aggression, nurses' life and job satisfaction, negative emotions

Adres autorów: Dębinki 2, 80-211 Gdańsk, e-mail: jks@interecho.com
Nadesłano: 30.08.04
Zatwierdzono: 22.10.04
© 2004, Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi

WSTĘP

Jak wskazują badania, lęk, depresja i agresja, jako psychopatologiczna reprezentacja stanów uczuciowych o zabarwieniu negatywnym, są emocjami często tłumionymi przez osoby o wysokim stopniu uspołecznienia (1). Powstaje zatem problem kumulowania się tych emocji i ich wpływu na szeroko pojęte funkcjonowanie społeczne. Gniew, będący podłożem zachowań agresywnych, zazwyczaj bywa wypierany ze świadomości i tłumiony, co, jak się okazuje, jest zachowaniem bardziej charakterystycznym dla kobiet niż dla mężczyzn. Płeć żeńska częściej miewa trudności z radzeniem sobie z uczuciem gniewu, nie tylko z powodu zbyt słabej znajomości technik przeciwdziałania bodźcom stresogennym, ale też z obawy przed dezaprobatą społeczną,

towarzystwającą uzewnętrznianiu emocji negatywnych. Nierozładowany gniew jest więc kierowany do wewnątrz i może stać się czynnikiem wywołującym wzrost poziomu depresji, ta zaś, jak pokazują badania prowadzone przez Brooks wyzwała poczucie fizycznego i psychicznego dyskomfortu. Depresja w połączeniu z lękiem jest natomiast uznawana za ważny psychologiczny czynnik patogenetyczny zjawiska somatyzacji (2,3). Powstawanie trudnych do wyjaśnienia z medycznego punktu widzenia objawów, takich jak na przykład: uporczywe bóle głowy, utrata apetytu, nadmierne łaknienie, zaparcia, bezsenność, czy zaburzenia cyklu miesięcznego jest więc sygnałem utrzymywania się w organizmie przykrego i długotrwałego napięcia emocjonalnego

(4). Wielokrotnie dowiedziono występowanie tego rodzaju symptomów wśród pielęgniarek (5,6).

Stresogenność niektórych zawodów bywa częstym przedmiotem badań. Analizuje się obciążenia psychofizyczne wśród nauczycieli, pracowników służb ratowniczych, czy opieki zdrowotnej. W tej ostatniej grupie na czoło wysuwają się pielęgniarki wykonujące pracę szczególnie trudną i obciążającą. Wymaga się od nich gotowości do kontaktu z ludźmi cierpiącymi, oczekującymi pomocy, poczucia odpowiedzialności za ich zdrowie i życie, wykonywania obowiązków w systemie zmianowym, destrukcyjnie oddziałującym na zdrowie fizyczne i psychiczne, towarzyszenia ciężko chorym i umierającym, umiejętności sprostania krytycznym sytuacjom wynikającym z interakcji z pacjentami i współpracownikami. Brak autonomii w podejmowaniu decyzji, niewystarczająca rekompensata psychologiczna i finansowa za wkład pracy i poświęcenie, poczucie niskiego statusu w hierarchii zawodowej – wszystko to powoduje, że środowisko zawodowe pielęgniarek oddziałuje jak generator ustawicznego stresu o dużym natężeniu. Liczne zagraniczne i polskie badania potwierdzają występowanie silnych zależności w tym zakresie (7,8).

Porównanie poziomu lęku, depresji, jakości życia, poczucia zdrowia, sytuacji rodzinnej i zawodowej w grupie norweskich pielęgniarek oraz kobiet po przebytych raku piersi pokazało, że u pracownic opieki zdrowotnej, częściej niż u pacjentek po chorobie nowotworowej, występował podwyższony poziom lęku i depresji oraz poczucie obniżonej jakości życia, a zdrowie oceniane było jako przeciętne. 2/3 pielęgniarek z badanej grupy dostrzegało negatywny wpływ tych czynników na satysfakcję z pracy zawodowej i z życia osobistego (9).

Prace polskich autorów potwierdzają stresogenność pielęgniarstwa, akcentując szczególną podatność osób wykonujących ten zawód na zespół wypalenia i wynikające z niego zapotrzebowanie na wsparcie społeczne i psychiczne (10,11). Wielokierunkowość stresogennych oddziaływań środowiska zawodowego pielęgniarek i stosunkowo duże ich natężenie nie może pozostać bez wpływu na stan zdrowia fizycznego i psychicznego (12,13). W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera więc problem odczuwanej przez pielęgniarki satysfakcji z życia i z pracy zawodowej. Badania poświęcone temu zagadnieniu podkreślają związek między oboma rodzajami satysfakcji i, choć nie ma jednoznacznych danych empirycznych co do kierunku tej zależności, wiadomo, że ich oddziaływanie jest wzajemne i że prawdopodobnie satysfakcja z życia warunkuje satysfakcję z pracy (14). Autorzy zajmujący się tą problematyką definiują satysfakcję z życia jako poczucie zadowolenia z własnych osiągnięć i warunków, zaś jej ocena jest, ich zdaniem, wynikiem porównania własnej sytuacji z ustalonymi przez siebie standardami (15). Satysfakcja z pracy natomiast jest funkcją równowagi między zasobami, to znaczy tym, co człowiek w nią inwestuje w sensie wykształcenia, doświadczenia, zaangażowania, a tym, jakie są jej wyniki lub, co otrzymuje w zamian (awans, gratyfikacja finansowa, możliwość podnoszenia kwalifikacji).

W przypadku pielęgniarek można przyjąć, iż oddziałuje nań szereg czynników destrukcyjnych i to zarówno w odniesieniu do satysfakcji z życia jak i z pracy zawodowej. Stresogenność tego zawodu nie ulega najmniejszej kwestii, nasuwa się więc pytanie o sytuację życiową pielęgniarek i jej uwarunkowania psychospołeczne. Wydaje się, iż w pielęgniarstwie częściej niż w innych zawodach dochodzi do tak zwanej transmisji stresu. Na życie rodzinne wpływają tu: złość, frustracja, lęk, poczucie bezsilności, fizyczne zmęczenie, jako czynniki generowane przez środowisko pracy i powodujące pogorszenie relacji ze współmałżonkiem i z dziećmi. Przy szczególnie dużym zaangażowaniu w obowiązki zawodowe może również dojść do konfliktu ról społecznych, co oznacza doświadczanie wewnętrznej sprzeczności przez kobietę, która z poświęceniem pełni ważną rolę zawodową, zaniedbując jednocześnie obowiązki rodzinne (14).

Zarówno sposób pełnienia ról społecznych, jak i czynniki związane z samym środowiskiem pracy mogą implikować powstawanie stanów depresyjnych, podnosić poziom lęku i agresji. Biorąc zatem pod uwagę wspomniane wyżej uwarunkowania biopsychospołeczne, kształtujące istotę pielęgniarstwa jako zawodu nadmiernie eksploatującego potencjał fizyczny i psychiczny, autorki uznały za interesujące i uzasadnione podjęcie badań nad lękiem, depresją i agresją w tej grupie zawodowej oraz ich związkami z satysfakcją z życia i z pracy zawodowej.

MATERIAŁ I METODY

Grupę badanych stanowiły 102 pielęgniarki, z kilku instytucji opieki zdrowotnej Trójmiasta, których średnia wieku wynosiła 35,63 lat (SD = 5,95), a średnia długość stażu pracy – 14,56 lat (SD = 5,97). 79 badanych (77,45%) stanowiły pracownice szpitali, 19 (18,62%) – przychodni, pozostałe 4 (3,93%) zatrudnione były w hospicjum i w domu opieki społecznej. Dla dalszej analizy całą grupę podzielono na trzy kategorie, których kryterium podziału stanowił staż pracy. Wyróżniono staż krótki od 0 do 10 lat (średnia wieku – 27,8 lat), średni od 10 do 19 lat (średnia wieku – 35 lat) i staż długi – 20 i więcej lat pracy w zawodzie pielęgniarki (średnia wieku – 43,6 lat). Podział na kategorie stażowe miał na celu porównanie poziomu lęku, depresji, agresji, satysfakcji z życia i z pracy zawodowej badanych przy założeniu, że upływ czasu jest czynnikiem modyfikującym powyższe zmienne.

Badanie przeprowadzono na zakończenie 15-godzinnego kursu z psychologii, będącego elementem kształcenia podyplomowego pielęgniarek w roku akademickim 2002/2003. Wszystkie respondentki zostały poinformowane o celu i sposobie wypełniania kwestionariuszy, a także poproszone o wyrażenie zgody na udział w badaniu.

Z uwagi na fakt, iż pielęgniarki, realizując swoją rolę zawodową, podlegają licznym obciążeniom psychofizycznym, można się spodziewać wpływu rozmaitych czynników stresogennych na wzrost poziomu emocji negatywnych, takich jak: lęk, depresja i agresja. Te zaś prawdopodobnie pozostają

w związku z odczuwaną przez pielęgniarki satysfakcją z życia i z pracy zawodowej. W opracowaniu podjęto więc próbę odpowiedzi na następujące pytania:

1. Jakim poziomem lęku, depresji i agresji cechują się badane?

2. W jakim stopniu odczuwają one satysfakcję z życia i z pracy zawodowej?

3. Czy istnieje związek między lękiem, depresją i agresją a satysfakcją z życia i z pracy zawodowej pielęgniarek?

4. Czy poziom badanych zmiennych jest zależny od długości stażu pracy respondentek, a tym samym od ich wieku?

W pracy zastosowano trzy metody badawcze:

1. Szpitalną Skalę Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej (Hospital Anxiety and Depression Scale – Modified – HADS-M) R.P. Snaitha i A.S. Zigmonda. Dwie niezależne podskale, każda po siedem stwierdzeń, odnoszą się osobno do lęku i depresji, a za każde z nich osoba badana może uzyskać od 0 do 3 punktów. Do skali HADS dodano dwa stwierdzenia oceniające poziom agresji, jest bowiem rzeczą oczywistą, iż emocjonalnie na chorobę reagować można nie tylko lękiem i depresją, ale również gniewem, rozdrażnieniem, złością. Maksymalny wynik oddzielnie dla lęku i depresji wynosi 21 punktów, dla agresji 6 punktów. Badania walidacyjne podstawowej i zmodyfikowanej wersji skali HADS wykazały jej satysfakcjonującą rzetelność i trafność. Współczynnik korelacji rang Spearmana pomiędzy pozycjami testu a ogólnym wynikiem danej podskali był istotny statystycznie na poziomie co najmniej $p < 0,01$ i wahał się od 0,41 do 0,76. Trafność testu szacowano poprzez porównanie wyników w skali HADS z oceną wykonaną za pomocą wywiadu. Uzyskane w ten sposób współczynniki korelacji wyniosły: dla podskali lęku 0,54, a dla depresji 0,79. Analizowano ponadto dane pogrupowane w kategorie w poszczególnych podskalach, co umożliwiło wyodrębnienie trzech następujących poziomów wysokości wyników: 0–7 punktów – brak zaburzeń, 8–10 – stany graniczne, 11–21 – stwierdzenie zaburzeń. HADS jest powszechnie stosowaną metodą pomiaru poziomu lęku i depresji zarówno w praktyce psychiatrycznej, jak i w badaniach osób psychicznie zdrowych, u których, z jakichś względów, należy dokonać oceny stanu emocjonalnego. Skala została przetłumaczona na wszystkie główne języki europejskie, a także na arabski, chiński, japoński, kurdyjski i hebrajski.

2. Skalę Satysfakcji z Życia (The Satisfaction with Life Scale – SWLS) E.Dienera, R.A. Emmons, R.J. Garsona i I.S. Griffina, w której za pomocą pięciu stwierdzeń osoba badana ocenia stopień poczucia sukcesu i zadowolenia z warunków, w jakich żyje.

3. Skalę Satysfakcji z Pracy (The Satisfaction with Job Scale – SWJS) opracowaną przez autorki, w której stwierdzenia odnoszące się do satysfakcji z życia zostały zamienione na odnoszące się do pracy zawodowej. Obie zastosowane metody cechują się satysfakcjonującą trafnością i rzetelnością. Uzyskany w badaniu 371 osób wskaźnik rzetelności alfa Cronbacha dla skali SWLS osiągnął wartość 0,81, natomiast wskaźnik stałości ustalony w dwukrotnym badaniu 30 osób w odstę-

pie 6 tygodni wyniósł 0,86. Trafność teoretyczną SWLS szacowano analizując związki ze zmiennymi, które pośrednio odzwierciedlają poczucie satysfakcji z życia lub mają na nie wpływ. Na podstawie badania 272 osób uzyskano dodatnie korelacje ($r = 0,56$) między poziomem satysfakcji z życia a poczuciem własnej wartości i skuteczności (podskala Skali Poczucia Własnej Wartości Rosenberga) oraz dyspozycyjnym optymizmem ($r = 0,45$) (podskala Testu Orientacji Życiowej). Korelacje ujemne wystąpiły natomiast w odniesieniu do nasilenia spostrzeganego stresu ($r = -0,58$) (podskala Skali Odczuwanego Stresu) i kontrolą gniewu, depresji i lęku (podskala Skali Kontroli Emocji). Zadowalający wskaźnik trafności diagnostycznej uzyskano korelując wyniki SWLS z ocenami wywiadu dotyczącego satysfakcji z życia. W szczególności w odniesieniu do osób starszych potwierdzono dużą zgodność wyników skali z ocenami ich członków rodziny i rówieśników. Normalizacja wyników odbyła się na grupie 555 badanych w wieku od 20 do 55 lat o różnym poziomie wykształcenia i pochodzących z różnych środowisk. Wyniki badań grupy normalizacyjnej pozwoliły na dokonanie przekształcenia wyników surowych na jednostki standaryzowane w skali stenowej (sten – skrót od „standard ten”). W 10-punktowej skali steny 1 do 4 oznaczają poziom niski, 5 i 6 – przeciętny, a 7 do 10 – poziom wysoki badanej zmiennej.

Wszystkie zastosowane w pracy metody mają charakter samoopisowy, co oznacza, że badany sam ocenia, w jakim stopniu poszczególne stwierdzenia są zgodne z jego odczuciami (12).

Zarówno w teście SWLS, jaki i w SWJS im wyższy wynik uzyska respondent, tym wyższy jest poziom odczuwanej przez niego satysfakcji.

Adaptacja narzędzi skonstruowanych pierwotnie w innym języku przebiegała zgodnie z zasadami przyjętymi przez Światową Organizację Zdrowia na użytek badań międzykulturowych (15–18).

WYNIKI

Analiza uzyskanych wyników została przeprowadzona w oparciu o program STATISTICA 6. Obliczono średnie, mediany i odchylenia standardowe badanych zmiennych. Do oceny istotności różnic zastosowano test t-studenta. Dwuczynnikowa analiza wariancji pozwoliła na oszacowanie wpływu lęku, depresji i agresji na satysfakcję z życia i z pracy zawodowej z uwzględnieniem oddziaływania czynnika czasu rozumianego jako długość stażu pracy badanych. Do oceny wartości predykcyjnej zmiennych niezależnych (lęku, depresji i agresji) w odniesieniu do zmiennych zależnych (satysfakcji z życia i z pracy zawodowej) zastosowano metodę regresji logistycznej (tab. 1).

W tabeli 1 zaprezentowano średnie odchylenia standardowe i mediany wyników wszystkich respondentek uzyskane w skali HADS-M bez podziału na kategorie stażowe. Zauważyć można niewielką tendencję wzrostową poziomu lęku ($M = 7,04$, $SD = 4,24$, $Me = 7$), który w badanej grupie

Tabela 1. Średnie, odchylenia standardowe oraz mediany wyników uzyskanych przez respondentki w Szpitalnej Skali Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej (HADS-M)

Table 1. Means and standard deviations of scores obtained by respondents on the Hospital Anxiety and Depression Scale-Modified (HADS-M)

HADS-M	Wynik średni Mean M	Odchylenie standardowe Standard deviation SD	Mediana Median Me
Lęk Anxiety	7,04	4,24	7
Depresja Depression	4,4	3,76	3
Agresja Aggression	2,76	1,56	3

przekroczył górną granicę normy. Poziom depresji i agresji pozostaje w normie (tab. 2).

Analiza wyników przedstawionych w tabeli 2 wyraźnie wskazuje na tendencję wzrostową poziomu lęku w grupie najmłodszych respondentek ($M = 8,05$, $SD = 3,8$), obniżanie się u pielęgniarek pracujących od 10 do 19 lat i ponowny wzrost wśród badanych o najdłuższym stażu pracy, aż do przekroczenia górnej granicy normy ($M = 7,13$, $SD = 4,52$).

Tabela 2. Średnie i odchylenia standardowe wyników uzyskanych przez respondentki w skali HADS-M z uwzględnieniem podziału na kategorie stażowe

HADS-M	Staż 0-9 lat Seniority 0-9 years N = 19		Staż 10-19 lat Seniority 10-9 years N = 59		Staż 20 lat i powyżej Seniority 20 and more years N = 24	
	wynik średni Mean M	odchylenie standardowe Standard deviation SD	wynik średni Mean M	odchylenie standardowe Standard deviation SD	wynik średni Mean M	odchylenie standardowe Standard deviation SD
Lęk Anxiety	8,05	3,8	6,63	4,33	7,13	4,52
Depresja Depression	5,1	4,3	3,98	3,73	4,93	3,24
Agresja Aggression	2,95	1,54	2,61	1,6	3	1,51

Tabela 4. Średnie i odchylenia standardowe wyników uzyskanych przez respondentki w kwestionariuszach SWLS i SWJS z uwzględnieniem podziału na kategorie stażowe

Table 4. Means and standard deviations of SWLS and (SWJS) scores obtained by respondents by the three seniority categories

Skala Scale	Staż 0-9 lat Seniority 0-9 years N = 19		Staż 10-19 lat Seniority 10-9 years N = 59		Staż 20 lat i powyżej Seniority 20 years and over N = 24	
	wynik średni Mean M	odchylenie standardowe Standard deviation SD	wynik średni Mean M	odchylenie standardowe Standard deviation SD	wynik średni Mean M	odchylenie standardowe Standard deviation SD
SWLS	19,05 (5)	4,16	19,73 (5)	5,72	20,52 (6)	5,88
p	0,01*		0,000*		0,000*	
SWJS	22,5 (6)	6,18	23,47 (6/7)	6,93	26,04 (7)	5,49

W nawiasach podano wynik po przeliczeniu na skalę stenową.

Scores in sten scale are given in brackets.

* Różnica między średnimi (SWLS vs SWJS) jest istotna statystycznie.

* The difference between the means (SWLS vs SWJS) is statistically significant.

Tabela 3. Średnie i odchylenia standardowe wyników uzyskanych przez wszystkie respondentki w Skali Satysfakcji z Życia (SWLS) i Skali Satysfakcji z Pracy (SWJS)

Table 3. Means and standard deviations of scores obtained by all respondents on the Life Satisfaction Scale (SWLS) and the Job Satisfaction Scale (SWJS)

Skala Scale	Wynik średni Mean M	Odchylenie standardowe Standard deviation SD
SWLS	19,57	5,37
SWJS	23,78	6,38

Średnie wyniki depresji i agresji w poszczególnych kategoriach stażowych kształtują się na poziomie niskim. W dalszej części pracy analizowano poziom odczuwanej przez respondentki satysfakcji z życia osobistego i z pracy zawodowej. Uzyskane wyniki przedstawiono w tabeli 3 i 4.

Zaprezentowane wyniki wyraźnie wskazują na wyższy poziom satysfakcji z pracy zawodowej ($M = 23,78$, $SD = 6,38$) w porównaniu z odczuwaną przez badane satysfakcją z życia osobistego ($M = 19,57$, $SD = 5,37$) (tab. 3). Analogiczne wyniki uzyskano wśród respondentek z podziałem na trzy kategorie stażowe (tab. 4). W każdej z nich średni wynik

Tabela 5. Współczynniki korelacji między lękiem, depresją i agresją w skali HADS-M, a satysfakcją z życia i z pracy zawodowej pielęgniarek

Table 5. Correlation coefficients between anxiety, depression and aggression obtained in HADS-M, and nurses' life and job satisfaction

HADS-M	Satysfakcja z życia Life satisfaction		Satysfakcja z pracy Job satisfaction	
	r	p	r	p
Lęk Anxiety	-0,40	0,000*	-0,11	0,33
Depresja Depression	-0,16	0,14	-0,16	0,15
Agresja Aggression	-0,27	0,01*	-0,09	0,43

r - współczynnik korelacji.
r - correlation coefficient.
p - prawdopodobieństwo.
p - probability.
* Wynik istotny statystycznie.
* Statistically significant.

Tabela 6. Wyniki statystyki ANOVA dla oceny wpływu zmiennych stażu, lęku, depresji i agresji na satysfakcję z życia i z pracy zawodowej

Table 6. ANOVA estimation of the influence of job seniority, anxiety, depression and aggression on the nurses' life and job satisfaction

Zmienna Variable	Satysfakcja z życia Life satisfaction		Satysfakcja z pracy Job satisfaction	
	F	p	F	p
Staż Seniority	0,65	0,52	0,62	0,54
Lęk Anxiety	3,82	0,03*	1,74	0,18
Staż i lęk Seniority and anxiety	1,23	0,31	0,75	0,56
Staż Seniority	0,78	0,46	0,58	0,56
Depresja Depression	2,84	0,06*	1,28	0,28
Staż i depresja Seniority and depression	0,18	0,95	0,32	0,84
Staż Seniority	1,11	0,33	1,89	0,16
Agresja Aggression	1,28	0,28	0,30	0,74
Staż i agresja Seniority and aggression	1,30	0,31	3,10	0,02*

F - test Fishera.
F - Fisher's test.
p - prawdopodobieństwo.
p - probability.
* Wynik istotny statystycznie.
* Statistically significant.

satysfakcji z pracy znalazł się w przedziale ocen przeciętnych (sten 6) lub wysokich (steny 6/7 i 7), natomiast wyniki dotyczące satysfakcji z życia uzyskały poziom przeciętny (steny 5-6). Różnice między poziomami obu satysfakcji w każdej grupie stażowej są istotne statystycznie.

Tabela 7. Wyniki regresji logistycznej dla oceny czynników predykcyjnych satysfakcji z życia i z pracy zawodowej

Table 7. Logistic regression analysis estimating predictors of life and job satisfaction

	Satysfakcja z życia Life satisfaction $\chi^2 = 14,67, p = 0,005^*$			
	lęk Anxiety	depresja Depression	agresja Aggression	staż pracy Job seniority
Ocena Estimation	-0,27*	0,14	-0,12	-0,02
p	0,01*	0,16	0,56	0,56
Iloraz szans Odds ratio	0,76*	1,14	0,89	0,97
		Satysfakcja z pracy Job satisfaction $\chi^2 = 3,04, p = 0,55$		
Ocena Estimation	0,02	-0,09	-0,04	0,05
p	0,84	0,33	0,86	0,33
Iloraz szans Odds ratio	1,02	0,91	0,96	1,05

p - prawdopodobieństwo.
p - probability.
* Wynik istotny statystycznie.
* Statistically significant.

Ostatni etap analizy dotyczył oceny związku między lękiem, depresją i agresją w skali HADS-M, a odczuwaną przez badane satysfakcją z życia (na podstawie Skali Satysfakcji z Życia - SWLS) i z pracy zawodowej (oceniającej za pomocą Skali Satysfakcji z Pracy - SWJS).

W tabelach 5, 6 i 7 przedstawiono wyniki dotyczące analizowanych zależności.

Wszystkie uzyskane współczynniki korelacji (tab. 5) świadczą o odwrotnie proporcjonalnych zależnościach między badanymi zmiennymi. Lęk i agresja - podskale HADS-M korelują ujemnie na poziomie wysoce istotnym statystycznie z satysfakcją z życia, a wartość współczynników korelacji w tym zakresie wynosi odpowiednio: $r = -0,40$ ($p < 0,000$) (zależność między lękiem a satysfakcją z życia) i $r = -0,27$ ($p < 0,01$) (zależność między agresją i satysfakcją z życia). Pozostałe związki między wynikami skali HADS-M a satysfakcją z życia i z pracy oscylują między wartościami $-0,09$ i $-0,16$ i nie osiągnęły istotności statystycznej.

Analiza wariancji oceniająca wpływ zmiennych niezależnych lęku, depresji i agresji na zmienne zależne - satysfakcję z życia i z pracy zawodowej (tab. 6) pokazała, że tylko agresja jest czynnikiem oddziałującym w stopniu istotnym statystycznie na satysfakcję z pracy poprzez efekt interakcji ze stażem pracy ($F = 3,10, p < 0,02$). Pozostałe zmienne wpływają zarówno na satysfakcję z życia, jak i z pracy samoczynnie. Lęk ($F = 3,82, p < 0,03$) i depresja ($F = 2,84, p < 0,06$) uzyskały poziom istotności statystycznej jako czynniki wpływające samistnie na poziom satysfakcji z życia.

Ocena czynników predykcyjnych satysfakcji z życia i z pracy zawodowej potwierdziła znaczenie lęku jako zmiennej wpływającej na satysfakcję z życia (OR = 0,76, $p = 0,01$) (tab. 7). Wartość statystyki $\chi^2 = 14,67$, $p = 0,005$, świadczy o tym, że analizowany model logistyczny różni się istotnie od modelu z wyrazem wolnym. Ujemny wynik współczynnika odpowiadającego zmiennej lęk oznacza, że wzrost poziomu lęku zmniejsza prawdopodobieństwo osiągnięcia satysfakcji osobistej.

OMÓWIENIE

Przeprowadzone badania miały na celu ocenę poziomu lęku, depresji i agresji u pielęgniarek oraz związku tych emocji z satysfakcją z życia i z pracy zawodowej. Badanie skalą HADS pokazało, że najbardziej podatną na podwyższenie poziomu zmienną jest lęk i zjawisko to dotyczy zarówno całej grupy, jak i poszczególnych kategorii stażowych (tab. 1 i 2). Co prawda lęk w badanej grupie nie osiągnął wartości patologicznych, jednak w porównaniu z depresją i agresją jego poziom jest wyraźnie wyższy, a wśród respondentek o najkrótszym stażu pracy przekroczył górną granicę normy. Analizując przyczyny tego stanu rzeczy można przypuszczać, iż stres związany z nowym środowiskiem, poczucie braku kompetencji, proces adaptacji do roli zawodowej, powodują powstawanie zjawiska, które Humpel i Caputi nazywają self-doubt, a które jest charakterystyczne dla pielęgniarek młodych, niedoświadczonych zawodowo, niemających zaufania do własnej wiedzy i umiejętności (19).

Poziom depresji we wszystkich grupach stażowych pozostaje w normie, agresja natomiast, zarówno w całej grupie, jak i z podziałem na kategorie stażowe, utrzymuje się na poziomie niskim (tab. 1 i 2). Badania prowadzone przez Smith i Hart nad sposobem wyrażania gniewu przez pielęgniarki wskazują, iż odczuwają one lęk przed ujawnianiem reakcji gniewnych i przekonanie, że zachowania agresywne mogą zakłócić relacje z pacjentem, obniżyć ich własną samoocenę, wywołać wstyd i poczucie winy (1).

Badania nad kontrolą i sposobem ekspresji emocji, które przeprowadziły autorki niniejszego opracowania również pokazały, iż pielęgniarki cechuje silnie zaznaczona tendencja do tłumienia emocji negatywnych, takich jak lęk i depresja, a odczuwany przez nie gniew nie jest rozładowywany, lecz kierowany do wewnątrz (20). W tej sytuacji niskie wartości w podskali agresji we wszystkich kategoriach stażowych (tab. 2) uzasadnione są ogólną skłonnością do kontroli i tłumienia reakcji leżących u podłoża lub będących następstwem agresji. Analizując wyniki, uzyskane przez respondentki w podskalach lęku, depresji i agresji we wszystkich kategoriach stażowych można zaobserwować interesujące zjawisko. Średnie wartości badanych zmiennych są najwyższe wśród najmłodszych badanych, obniżają się w grupie o stażu pracy od 10 do 19 lat i ponownie rosną u pielęgniarek pracujących najdłużej. Efekt ten wydaje się być rezultatem cyklu aktywności biologicznej i społecznej badanych. Najmłodsze pielęgniarki

ki podejmują dopiero role zawodowe, zakładają rodziny, przygotowują się do ról żon i matek. Respondentki starsze posiadają już na ogół ustabilizowaną sytuacją rodzinną i zawodową. Są doświadczone i dyspozycyjne, przy tym ciągle jeszcze na etapie pełnej aktywności biologicznej i społecznej. Najstarsze natomiast, zbliżając się do okresu emerytalnego, przeżywają często dyskomfort fizyczny i psychiczny związany z menopauzą. Jako matki dorosłych już dzieci doświadczają syndromu pustego gniazda, częściej więc dochodzą u nich do głosu emocje negatywne. Jeszcze jeden czynnik wydaje się mieć istotne znaczenie dla omawianej sytuacji – proces transformacji w Polsce, związana z nim polityka zatrudnienia i poczucie ustawicznego obniżania się stopy życiowej. Negatywne następstwa zachodzących zmian dotyczą wszystkich pracowników opieki zdrowotnej, lecz wydaje się, iż na przykład zagrożenie bezrobociem jest większe wśród osób o najkrótszym i najdłuższym stażu pracy.

Analiza wyników odczuwanej przez pielęgniarki satysfakcji z życia i z pracy zawodowej pokazała natomiast, iż zarówno w całej grupie, jak i z podziałem na trzy kategorie stażowe wyższy jest poziom satysfakcji z pracy. W każdej z trzech grup różnica między satysfakcją z życia i z pracy jest istotna statystycznie (tab. 4).

Oznacza to prawdopodobnie, że respondentki traktują pracę zawodową jako podstawowy element życia codziennego, który mimo licznych obciążeń daje im zadowolenie, zaspokaja potrzebę samorealizacji, podnosi poczucie wartości własnej, a tym samym kształtuje osobowość (21). Trzeba również pamiętać o tym, że pielęgniarstwo jest zawodem wybieranym z silną motywacją i z pełnym zrozumieniem specyfiki pracy i czekających obowiązków, co potwierdzają badania Zarzecznej-Baran i wsp. nad wyborem zawodu a satysfakcją z pracy wśród studentów kierunków pielęgniarskich (22). Warto ponadto zauważyć, iż zarówno poziom satysfakcji z pracy, jak i z życia osobistego wzrasta wraz z upływem czasu (tab. 4). Badania prowadzone przez Humpel i Caputi dowodzą bowiem, że wraz z wydłużaniem się stażu pracy wzrasta poziom kompetencji emocjonalnych i, rzecz jasna, doświadczenia zawodowego, a to sprawia, iż pielęgniarki starsze są bardziej efektywne w działaniu, mają więcej zaufania do siebie samych i w związku z tym przeżywają mniej stresów (19). W tej sytuacji wyniki świadczące o wzroście satysfakcji z pracy i z życia mają swoje uzasadnienie we wzrastającym poczuciu sprawnego funkcjonowania na gruncie społecznym i zawodowym.

Ostatni etap przeprowadzonych badań dotyczył oceny związków między lękiem, depresją i agresją, a satysfakcją z życia i z pracy zawodowej pielęgniarek. Uzyskane wyniki świadczą o istotnych zależnościach ujemnych między lękiem i agresją a satysfakcją z życia (tab. 5), co wydaje się oczywiste, bowiem w im większym stopniu jednostka jest nastawiona na spostrzeganie i przeżywanie emocji negatywnych, tym bardziej obniża się poczucie satysfakcji z pełnionej przez nią roli zawodowej i społecznej. Potwierdzeniem tego spostrzeżenia są badania nad satysfakcją z pracy u pielęgniarek prowadzone przez Sand (23) Dowiodła ona, że odległe w czasie

odczuwanie satysfakcji zawodowej było u nich ściśle związane z niskim poziomem agresji własnej z jednej strony i niską wrażliwością na agresję ze strony innych osób – z drugiej. Analiza związków pomiędzy badanymi zmiennymi z uwzględnieniem oddziaływania czynnika czasu potwierdziła, że to właśnie agresja łącznie ze stażem jest zmienną negatywnie wpływającą na satysfakcję z pracy. Wpływ pozostałych zmiennych jest samoistny, a więc doświadczanie emocji negatywnych samo w sobie rzutuje na satysfakcję z życia i z pracy zawodowej i dzieje się tak niezależnie od liczby przepracowanych lat.

Wszystkie zastosowane w pracy analizy wskazały na lęk jako czynnik wpływający na poziom satysfakcji z życia. Uwzględniając fakt, że satysfakcja z życia i z pracy są elementami wzajemnie się warunkującymi i że pielęgniarstwo jest zawodem cechującym się znacznymi obciążeniami psychofizycznymi, należy rozważyć wyłaniające się, ważne, zarówno na poziomie indywidualnym jak i instytucjonalnym, implikacje. Pielęgniarki bowiem, aby efektywnie realizować swoją rolę zawodową, powinny doznawać psychologicznego i społecznego wsparcia w postaci opieki ze strony współpracowników, uczestniczyć w kursach przygotowujących do radzenia sobie ze stresem zawodowym i własnymi negatywnymi emocjami, powstającymi w wyniku kontaktu z pacjentami i personelem medycznym oraz w sferze życia osobistego, korzystać z pomocy psychologa w miejscu pracy, poznawać zasady asertywnej komunikacji interpersonalnej. Dzięki temu zmniejszy się ryzyko powstawania u nich reakcji lękowych, stresopochodnych zaburzeń psychicznych i somatycznych, a także kumulowania się uczucia przygnębienia i gniewu, co niewątpliwie poprawi stan ich zdrowia, jakość życia osobistego i zawodowego oraz podtrzyma w motywacji do kontynuowania pracy w wybranym zawodzie (24).

WNIOSKI

1. Badaniem Szpitalną Skalą Lęku i Depresji w wersji zmodyfikowanej pokazano, że pielęgniarki cechuje podwyższony poziom lęku, a zjawisko to dotyczy respondentek o najkrótszym stażu pracy. Depresja i agresja pozostają na poziomie przeciętnym i niskim.

2. Analiza statystyczna uzyskanych wyników wskazuje przede wszystkim na lęk i depresję (choć w mniejszym stopniu) jako czynniki rzutujące na satysfakcję z życia i oddziałujące niezależnie od długości stażu pracy, w przeciwieństwie do agresji, która wpływa negatywnie na satysfakcję z pracy, ale poprzez efekt interakcji z czynnikiem czasu.

3. Praca zawodowa jest dla respondentek źródłem większego zadowolenia niż życie osobiste, o czym świadczą istotne statystycznie różnice w poziomie satysfakcji z życia i z pracy uzyskane przez nie w kwestionariuszach SWLS i SWJS. Ponadto praca wydaje się sferą życia bardziej odporną na oddziaływanie emocji negatywnych, co może z jednej strony oznaczać, iż pielęgniarki w miarę upływu czasu nabywają umiejętności radzenia sobie z sytuacjami trudnymi, natomiast

z drugiej, że bez względu na stopień zadowolenia z wykonywanych obowiązków, realizują swój zawód, okupując to niekiedy różnymi zaburzeniami fizycznymi i psychicznymi.

4. Z uwagi na fakt, iż praca stanowi dla wszystkich badanych, niezależnie od wieku, bardzo ważną sferą funkcjonowania, celowe byłoby więc objęcie tej grupy zawodowej programem doskonalenia, który przede wszystkim zawierałby problematykę właściwej percepcji emocji, takich jak gniew czy lęk, uświadamiania sobie prawa do ich doświadczania i przeżywania, a także wiedzę o strategiach przeciwdziałania im.

PIŚMIENNICTWO

- Smith M.E., Hart G.: Nurses' responses to patient anger: from disconnecting to connecting. *J. Adv. Nurs.* 1994; 20: 643–651.
- Padus E.: *The complete guide to your emotions and your health.* Revised edition. Rodale Press, Pennsylvania 1992.
- Bennett P., Lowe R., Matthews V., Dourali M., Tattersall A.: Stress in nurses: coping, managerial support and work demand. *Stress Health.* 2001; 17: 55–63.
- Jarosz M.: *Psychologia lekarska.* PZWL, Warszawa 1988.
- Michalek E., Kosińska M.: Stresopochodne zaburzenia emocjonalne występujące u pielęgniarek. *Ann. Acad. Silesien.* 2001; 50–51: 48–49.
- Jason L. A., Wagner L., Rosenthal S., Goodlatte J., Lipkin D., Papernik M. i wsp.: Estimating the prevalence of chronic fatigue syndrome among nurses. *Am. J. Med.* 1998; 105: 91–93.
- Rak A., Gawel G., Kowal A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Sztuka Leczenia* 2000; 6 (2): 71–76.
- Adamczyk-Tobiasz B.: *Relacje lekarz-pacjent w perspektywie socjologii medycyny.* Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Borge L., Martinsen E.W., Hoffart R.A., Larsen S.: Quality of life and mental health among nurses attending courses of the prevention of professional burnout. *Tidsskr. Nor. Laegeforen.* 2003; 123: 1847–1848.
- Piecha M., Kosińska M.: Wsparcie społeczne i psychiczne u pielęgniarek. *Ann. Acad. Silesien.* 2002; Supl. 34: 307–313.
- Cieślik A., Skotnicka-Graca U.: Próba oceny stopnia występowania zespołu wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarstwa. *Ann. Acad. Silesien.* 2002; 50/51 Supl. 34: 297–305.
- Hillhouse J.J., Adler Ch.M.: Investigating stress patterns in hospital staff nurses: results of a cluster analysis. *Soc. Sci. Med.* 1997; 45: 1781–1788.
- Kliszcz J., Nowicka-Sauer K., Sadowska A., Trzeciak B.: Kontrola emocji a zdrowie fizyczne i psychiczne pielęgniarek. *Zdrow. Publiczne* 2004; 114 (2): 200–204.
- Plopa M.: Stres w kontekście życia rodzinnego. W: Żebrowski J. [red.]. *Rodzina polska na przełomie wieku. Przeobrażenia, zagrożenia, patologia.* Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia.* Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
- Majkovicz M.: Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze. W: de Walden-Gałuszko K., Majkovicz M. [red.]. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce.* Akademia Medyczna, Gdańsk 2000.
- Zigmond A.S., Snaith R.P.: The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr. Scand.* 1983; 67 (6): 361–370.

18. Karakuła H., Grzywa A., Śpila B., Baszak J., Gieroba A., Kosikowski W. i wsp.: Zastosowanie Skali Lęku i Depresji - HADS w chorobach psychosomatycznych. *Psych. Pol.* 1996; 30 (4): 653-668
19. Humpel N., Caputi P.: Exploring the relationship between work stress, years of experience and emotional competency using a sample of Australian mental health nurses. *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 2001; 8: 399-403.
20. Kliszcz J., Nowicka-Sauer K.: Kontrola gniewu, lęku i depresji u pielęgniarek nefrologicznych a satysfakcja z życia i z pracy zawodowej. *Piel. Pol.* 2003; 1 (15): 88-91.
21. Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F., Schaufeli W.: A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *J. Adv. Nurs.* 2000; 32 (2): 454-464.
22. Zarzecka-Baran M., Pęgiel-Kamrat J., Wojdak-Haasa E.: Wybór zawodu a satysfakcja z pracy wśród studentów pielęgniarstwa Akademii Medycznej w Gdańsku. *Wiad. Lek.* 2002; 55 Supl. 1 (1): 595-597.
23. Sand A.: Nurses' personalities, nursing-related qualities and work satisfaction: a 10-year perspective. *J. Clin. Nurs.* 2003; 12: 177-187
24. McNeese-Smith D.K.: A content analysis of staff nurse description of job satisfaction and dissatisfaction. *J. Adv. Nurs.* 1999; 29 (6): 1332-42.