

## Postawy pielęgniarek wobec nieskutecznej reanimacji z powodu nagłego zatrzymania krążenia

**Nurses' attitudes towards ineffective resuscitation due to sudden cardiac arrest**

DARIA POKORNIECKA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Specjalistyczny Szpital Miejski im. Mikołaja Kopernika w Toruniu.

### **Streszczenie:**

**Wstęp.** Nagłe zatrzymanie krążenia to według definicji nieoczekiwane ustanie funkcji serca. Cechami charakterystycznymi są: brak reakcji na bodźce, brak wyczuwalnego tętna i bezdech bądź oddech agonalny. Niektóre źródła, za NZK, uznają również znaczne upośledzenie pracy serca. Kluczowe znaczenie w przypadku tego poważnego problemu medycznego ma natychmiastowa i odpowiednia pomoc.

**Cel.** Głównym celem pracy jest analiza postaw personelu pielęgniarskiego wobec nieskutecznej reanimacji.

**Materiał i metody.** Przedmiotem badań są postawy pielęgniarek wobec nieskutecznej reanimacji z powodu nagłego zatrzymania krążenia. Dla potrzeb pracy skorzystano z metody sondażu diagnostycznego, autorskiego kwestionariusza ankiety, standaryzowanego kwestionariusza Mini COPE oraz metod statystycznych.

**Wyniki.** Analiza zebranych danych dała wyniki ukazujące postawy wobec nieskutecznej reanimacji. Nie potwierdzono istotnej zależności pomiędzy wiekiem, stażem pracy, wykształceniem i płcią a postawą prezentowaną przez badanych. Nie potwierdzono również hipotezy o najczęstszym występowaniu postawy poszukiwania wsparcia w sytuacji stresowej jaką jest nieskuteczna reanimacja. W badaniu strategia aktywnego radzenia sobie i akceptacji była dominująca.

**Wnioski.** Spośród wszystkich postaw reprezentowanych przez personel pielęgniarski wobec nieskutecznej reanimacji dominującą była postawa aktywnego

radzenia sobie. Ponieważ badania dowodzą, że wiek, wykształcenie, czy staż pracy nie wpływają istotnie na sposób radzenia sobie ze stresem wynikłym z nieskutecznej reanimacji, powstaje realna potrzeba pogłębienia zagadnienia i stworzenia narzędzi do wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego personelu stykającego się z problemem.

**Słowa kluczowe:** nagłe zatrzymanie krążenia, reanimacja, stres, personel pielęgniarstwa, postawy

### Summary

**Introduction.** Sudden cardiac arrest by definition is the unexpected cessation of heart function. The characteristic features are: no reaction to stimuli, no perceptible pulse and apnea or agonal breathing. Some sources also consider a significant reduction in the work of the heart as SCA. Immediate and appropriate help is essential in dealing with this serious medical problem.

**Aim.** The main aim of the work is to analyse the attitudes of nursing staff towards ineffective resuscitation.

**Material and methods.** The subject of the research is the attitudes of nurses towards ineffective resuscitation due to sudden cardiac arrest. For the purposes of the study, the method of diagnostic survey, proprietary questionnaire, standardized Mini COPE questionnaire and statistical methods were used.

**Results.** The analysis of the collected data showed the attitudes towards ineffective resuscitation. There was no significant correlation between age, work experience, education, gender and the attitude of the respondents. The hypothesis about the most frequent attitude of seeking support in a stressful situation, which is ineffective resuscitation, has also not been confirmed. In the study, the strategy of active coping and acceptance was the dominant.

**Conclusions.** Active coping was the dominant one among all attitudes represented by the nursing staff towards ineffective resuscitation. As research proves that age, education or work experience do not significantly affect the way of coping with the stress resulting from ineffective resuscitation, there is a real need to deepen the issue and create tools to support emotional and instrumental personnel dealing with the problem.

**Keywords:** sudden cardiac arrest, resuscitation, stress, nursing staff, attitudes

## **Wstęp**

Nagłe zatrzymanie krążenia u pacjenta to jedno z największych wyzwań w pracy pielęgniarki. Kluczowa w takiej sytuacji jest profesjonalnie przeprowadzona reanimacja. Niestety nie zawsze jest ona skuteczna. Nagłe zatrzymanie krążenia to według definicji nieoczekiwane ustanie funkcji serca. Cechami charakterystycznymi są: brak reakcji na bodźce, brak wyczuwalnego tętna i bezdech bądź oddech agonalny. Niektóre źródła, za NZK, uznają również znaczne upośledzenie pracy serca. Kluczowe znaczenie w przypadku tego poważnego problemu medycznego ma natychmiastowa i odpowiednia pomoc. Nieskuteczna reanimacja jest według wielu badań sytuacją najbardziej stresogenną dotyczącą personelu medycznego. Emocje, lęk i przeżycia znacząco wpływają na postawy prezentowane przez personel pielęgniarski. Literatura podaje trzy podstawowe postawy wobec sytuacji stresującej jaką jest również nieskuteczna reanimacja: skoncentrowanie na problemie, skoncentrowanie na emocjach oraz unikanie. Inna typologia wymienia strategie: prewencji, walki, ochrony siebie i ucieczki.

## **Cel**

Celem prezentowanej pracy jest próba ukazania postaw personelu pielęgniarskiego wobec nieskutecznej reanimacji i ich analiza. Będzie to pomocne w próbie ulepszania narzędzi do minimalizowania stresu zawodowego.

## **Materiał i metody**

Przedmiotem badań są postawy pielęgniarek wobec nieskutecznej reanimacji z powodu nagłego zatrzymania krążenia. Dla potrzeb pracy skorzystano z metody sondażu diagnostycznego, autorskiego kwestionariusza ankiety, standaryzowanego kwestionariusza Mini COPE oraz metod statystycznych.

Badania zostały przeprowadzone wśród grupy 100 aktywnych zawodowo pracowników personelu pielęgniarskiego. Licniejszą grupę badanych stanowiły kobiety – 97,0%. Badanych podzielono na cztery

zbliżone liczebnie grupy wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 22-30 lat – 26,0%, następnie badani w wieku 31-40 lat – 25,0%, badani w wieku 51-60 lat – 25,0% najmniej liczną w wieku 41-50 lata – 24,0%. Najliczniejszą grupę stanowili badani o stażu pracy 15-24 lata – 36,0%, następnie badani o stażu pracy 5-14 lat – 30,0%, badani o stażu pracy 25 lat i więcej – 24,0%, najmniej liczną o stażu do 5 lat – 10,0%. Najwięcej badanych posiadało wykształcenie wyższe I stopnia – 42,0%, następnie wykształcenie średnie – 36,0%, najmniej wykształcenie wyższe II stopnia – 22,0%. Większość badanych mieszkała w mieście – 87,0%.

Współzależność pomiędzy dwiema zmiennymi, obliczono za pomocą współczynnik korelacji R Spearmana. Zastosowano również, nieparametryczny Test U Manna-Whitneya, do oceny różnic jednej cechy pomiędzy dwoma populacjami (grupami).

## **Wyniki**

Wszyscy badani zgodnie twierdzili, że znają schemat postępowania w przypadku nagłego zatrzymania krążenia. Prawie wszyscy badani stwierdzili, że w miejscu pracy istnieje procedura bądź standard postępowania w wypadku pacjenta z nagłym zatrzymaniem krążenia – 97,0%, pozostali wskazali nie wiem – 3,0%. Znacząca większość wskazała, że w zatrudnienia istnieje przygotowany zestaw reanimacyjny, który w razie konieczności można wykorzystać w miejscu zatrudnienia – 99,0%. Zdecydowana większość zapytanych stwierdziła, że ich poziom wiedzy na temat resuscytacji krążeniowo-oddechowej jest odpowiedni – 86,0%. Pozostali uznali, że niewystarczający bądź nie mają zdania – po 7,0%.

Pytani w większości uznali, że wiek pacjenta ma wpływ na przebieg reanimacji – 79,0%. Dla prawie wszystkich badanych, zespół współpracowników ma wpływ na przebieg reanimacji – 87,0%. Większość badanych wyraziła opinię, że lekarz zawsze w odpowiednim momencie przerywa reanimację – 79,0%. Najwięcej pytanym pielęgniarek i pielęgniarzy wskazało, że po nieskutecznej reanimacji odczuwa

potrzebę emocjonalnego wsparcia – 29,0% lub tylko czasami – 26,0%, najmniej wskazało, 26,0% często, że nie – 22,0%. Prawie 1/3 badanych stwierdziło, że nie wie czy w miejscu pracy istnieje jednostka zapewniająca wsparcie. Ponad połowa respondentów wskazała, że podnosi kwalifikacje poprzez odbywanie szkoleń i kursów – 69,0%. Dla znacznej większości uczestników badania, reanimacja jest sytuacją stresującą – 82,0%. Dla połowy badanych, podniesienie wiedzy i umiejętności zmniejszyłoby stres wywołany reanimacją – 52,0%, dla mniejszości nie zmniejszyłoby – 19,0%.

#### **Analiza kwestionariusza Mini-COPE**

Kwestionariusz Mini-COPE składa się z 28 stwierdzeń, które wchodzi w skład 14 strategii radzenia sobie ze stresem, po 2 twierdzenia w każdej strategii. Strategie z kolei, tworzą 7 stylów (czynników) radzenia sobie ze stresem.

Oznaczenia odpowiedzi

0 – prawie nigdy tak nie postępuję

1 – rzadko tak postępuję

2 – często tak postępuję

3 – prawie zawsze tak postępuję

**Tabela 1.** Struktura kwestionariusza mini-COPE

Lp.	Styl (czynnik)	Lp.	strategia	twierdzenie
1	aktywne radzenie sobie	1	aktywne radzenie sobie	2, 7
		2	planowanie	14, 25
		3	pozytywne przewartościowanie	12, 17

2	bezradność	12	zażywanie substancji psychoaktywnych	4, 11
		13	zaprzeszanie działań	6, 16
		14	obwinianie siebie	13, 26
3	poszukiwanie wsparcia	7	poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	5, 15
		8	poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	10, 23
4	zachowania unikowe	9	zajmowanie się czymś innym	1, 19
		10	zaprzeczanie	3, 8
		11	wyładowanie	9, 21
5	zwrot ku religii	6	zwrot ku religii	22, 27
6	akceptacja	4	akceptacja	20, 24
7	poczucie humoru	5	poczucie humoru	18, 28

### Skale strategii radzenia sobie ze stresem w badanej grupie

**Tabela 2.** Wyniki średnie strategii radzenia sobie ze stresem

Lp.	strategia	N	średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	min	maks	Q25	mediana	Q75
1	aktywne radzenie sobie	100	2,49	0,482	2,39	2,59	1,00	3,00	2,00	2,50	3,00

2	planowanie	100	2,48	0,534	2,37	2,58	1,00	3,00	2,00	2,50	3,00
3	pozytywne przewartościowanie	100	2,08	0,617	1,95	2,20	0,50	3,00	1,50	2,00	2,50
4	akceptacja	100	2,06	0,645	1,93	2,19	0,50	3,00	1,50	2,00	2,50
5	poczucie humoru	100	1,92	0,703	1,78	2,06	0,00	3,00	1,50	2,00	2,50
6	zwrot ku religii	100	1,85	0,646	1,72	1,97	0,00	3,00	1,50	2,00	2,50
7	poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	100	1,74	0,889	1,56	1,92	0,00	3,00	1,00	2,00	2,00
8	poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	100	1,60	0,630	1,47	1,72	0,00	3,00	1,00	1,50	2,00
9	zajmowanie się czymś innym	100	1,53	0,559	1,42	1,64	0,00	2,50	1,00	1,50	2,00
10	zaprzeczanie	100	0,98	0,519	0,87	1,08	0,00	2,50	0,50	1,00	1,50
11	wyłądowanie	100	0,38	0,523	0,28	0,48	0,00	2,50	0,00	0,00	0,50

12	zażywanie substancji psychoaktywnych	100	0,09	0,349	0,02	0,15	0,00	2,00	0,00	0,00	0,00
13	zaprzestanie działań	100	0,06	0,216	0,02	0,10	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00
14	obwinianie siebie	100	0,06	0,239	0,01	0,11	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00

Wiek badanych i staż pracy badanych, nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami strategii radzenia sobie ze stresem ( $p>0,05$ ).

**Tabela 3.** Korelacje wykształcenia i wyników strategii radzenia sobie ze stresem

strategia	N	R	t(N-2)	poziom p
zażywanie substancji psychoaktywnych	100	-0,239	-2,442	0,016

Wykształcenie badanych, pozostawało w istotnej statystycznie, niskiej korelacji z wynikami strategii radzenia sobie ze stresem: zażywanie substancji psychoaktywnych ( $p<0,05$ ).



**Tabela 4.** Średnie strategii radzenia sobie ze stresem w grupach wykształcenia

wykształcenie	średnie		wyższe I stopnia		wyższe II stopnia	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
strategia						
aktywne radzenie sobie	2,54	0,44	2,44	0,55	2,50	0,41
planowanie	1,58	0,50	1,57	0,57	1,36	0,62
pozytywne prze-wartościowanie	2,07	0,65	2,11	0,65	1,95	0,65
akceptacja	2,44	0,57	2,48	0,55	2,52	0,45
poczucie humoru	0,10	0,33	0,01	0,08	0,20	0,59
zwrot ku religii	1,72	0,86	1,85	0,99	1,57	0,73
poszukiwanie wsparcia emocjo-nalnego	2,18	0,67	2,02	0,66	2,00	0,41
poszukiwanie wsparcia instru-mentalnego	1,92	0,66	1,82	0,67	1,77	0,59
zajmowanie się czymś innym	1,97	0,77	1,95	0,66	1,77	0,67
zaprzeczanie	0,04	0,14	0,06	0,20	0,09	0,33
wyładowanie	1,51	0,59	1,58	0,63	1,75	0,69
zażywanie substancji psychoaktywnych	0,14	0,35	0,02	0,15	0,00	0,00

zaprzestanie działań	0,33	0,52	0,46	0,59	0,30	0,37
obwinianie siebie	1,01	0,44	0,98	0,55	0,91	0,59

**Tabela 5.** Różnice w wynikach strategii radzenia sobie ze stresem pomiędzy grupami miejsca zamieszkania

strategia	Sum. rang miasto	Sum. rang wieś	U	Z	poziom p	Z popraw.	poziom p	N ważn. miasto	N ważn. wieś	2*1str. dokł. p
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	4095,0	955,0	267,0	-3,054	0,002	-3,155	0,002	87	13	0,002
zajmowanie się czymś innym	4602,5	447,5	356,5	2,137	0,033	2,193	0,028	87	13	0,031

Ze względu na poziom istotności ( $p < 0,05$ ), odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami miejsca zamieszkania dotyczące wyników strategii: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz zajmowanie się czymś innym.

**Tabela 6.** Korelacje wieku i wyników stylów radzenia sobie ze stresem

styl (czynnik)	N	R	t(N-2)	poziom p
aktywne radzenie sobie	100	0,136	1,362	0,176
bezradność	100	0,103	1,024	0,308
poszukiwanie wsparcia	100	0,041	0,410	0,683
zachowania unikowe	100	-0,062	-0,617	0,539
zwrot ku religii	100	-0,010	-0,100	0,921
akceptacja	100	0,059	0,588	0,558
poczucie humoru	100	0,094	0,934	0,353

Wiek badanych, nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami stylów radzenia sobie ze stresem ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 7.** Korelacje stażu pracy i wyników stylów radzenia sobie ze stresem

styl (czynnik)	N	R	t(N-2)	poziom p
aktywne radzenie sobie	100	0,063	0,621	0,536
bezradność	100	0,050	0,500	0,618
poszukiwanie wsparcia	100	0,007	0,070	0,944
zachowania unikowe	100	-0,060	-0,590	0,556
zwrot ku religii	100	0,007	0,071	0,944
akceptacja	100	0,095	0,941	0,349
poczucie humoru	100	0,029	0,290	0,773

Staż pracy badanych, nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami stylów radzenia sobie ze stresem ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 8.** Średnie stylów radzenia sobie ze stresem w grupach stażu pracy

staż pracy	do 5 lat		5-14 lat		15-24 lat		25 lat i więcej	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
aktywne radzenie sobie	2,07	0,30	1,98	0,33	2,04	0,30	2,05	0,42
bezzradność	0,53	0,31	0,38	0,24	0,56	0,30	0,44	0,17
poszukiwanie wsparcia	2,03	0,48	1,90	0,52	2,05	0,38	1,88	0,40
zachowania unikowe	1,38	0,22	1,11	0,33	1,22	0,30	1,17	0,31
zwrot ku religii	2,00	0,82	1,52	0,93	1,94	0,83	1,60	0,90
akceptacja	2,40	0,61	2,43	0,49	2,50	0,55	2,52	0,56
poczucie humoru	0,00	0,00	0,08	0,37	0,13	0,40	0,06	0,31

**Tabela 9.** Korelacje wykształcenia i wyników stylów radzenia sobie ze stresem

styl (czynnik)	N	R	t(N-2)	poziom p
aktywne radzenie sobie	100	-0,130	-1,298	0,197
bezzradność	100	-0,139	-1,387	0,169
poszukiwanie wsparcia	100	-0,159	-1,594	0,114
zachowania unikowe	100	0,053	0,522	0,603
zwrot ku religii	100	-0,031	-0,310	0,757
akceptacja	100	0,030	0,297	0,767
poczucie humoru	100	0,043	0,427	0,670

Wykształcenie badanych, nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z wynikami stylów radzenia sobie ze stresem ( $p > 0,05$ ).

**Tabela 10.** Średnie stylów radzenia sobie ze stresem w grupach wykształcenia

wykształcenie	średnie		wyższe I stopnia		wyższe II stopnia	
	średnia	SD	średnia	SD	średnia	SD
styl (czynnik)						
aktywne radzenie sobie	2,06	0,29	2,04	0,35	1,94	0,38
bezradność	0,50	0,22	0,49	0,31	0,40	0,23
poszukiwanie wsparcia	2,05	0,41	1,92	0,48	1,89	0,40
zachowania unikowe	1,18	0,31	1,20	0,32	1,20	0,32
zwrot ku religii	1,72	0,86	1,85	0,99	1,57	0,73
akceptacja	2,44	0,57	2,48	0,55	2,52	0,45
poczucie humoru	0,10	0,33	0,01	0,08	0,20	0,59

## Dyskusja

Reanimacja jako następstwo NZK jest sytuacją występującą kilka razy w tygodniu na oddziałach, na których pracują respondenci. Wszyscy potwierdzili znajomość schematu postępowania w takim przypadku. Tylko 22% pytanych stwierdziło, że nie odczuwa potrzeby emocjonalnego wsparcia po nieskutecznej reanimacji. Prawie 40% badanych nie ma wiedzy na temat jednostki zapewniającej wsparcie w takiej sytuacji, w ich miejscu pracy.

W badaniu najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie ze stresem okazało się: radzenie sobie i akceptacja. Najrzadziej pojawiało się: obwinianie siebie i zaprzestanie działań. Prawie nikt z respondentów nie stosował strategii zażywanie substancji psychoaktywnych. Co istotne, w przeprowadzonym badaniu ani staż pracy, ani wiek, ani wykształcenie nie pozostawało w istotnej korelacji ze stosowanymi strategiami.

Ze względu na poziom istotności ( $p < 0,05$ ), istotne statystycznie różnice wykazano pomiędzy miejscem zamieszkania badanych i stoso-

waniem strategii -poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Mieszkańcy wsi częściej stosowali tą strategię niż mieszkańcy miasta. Badani mieszkający w mieście stosowali najczęściej strategię akceptacji. Natomiast mieszkańcy wsi- poszukiwanie wsparcia emocjonalnego.

We wszystkich grupach wiekowych poczucie humoru było najrzadszym stylem radzenia sobie ze stresem.

Wielu autorów publikacji [1,2] dotyczących czynników stresogennych w pracy pielęgniarek wskazuje nieskuteczną reanimację jako sytuację wywołującą dominującą. Artykuły te potwierdzają fakt braku profesjonalnych narzędzi do zwalczania negatywnych skutków uczestniczenia w nieskutecznej reanimacji. Dlatego szczególne znaczenie ma określenie przewodnich postaw personelu pielęgniarskiego w takich sytuacjach i zminimalizowanie negatywnych skutków. Być może regularne badanie czynników wywołujących stres i sposobów radzenia sobie z nim zmniejszyłoby zjawisko wypalenia zawodowego, a podniosłoby jakość świadczonych usług pielęgniarskich. Należy dołożyć wszelkich starań w zauważeniu problemu, jakim jest brak lub znikoma dostępność narzędzi do stworzenia strategii skutecznego radzenia sobie ze stresem w praktyce pielęgniarskiej.

Większość badanych (82%) uznała reanimację za sytuację stresującą. W każdej grupie wiekowej akceptacja okazała się najczęściej stosowanym stylem radzenia sobie ze stresem jakim jest nieskuteczna reanimacja. Pytani najrzadziej wybierali poczucie humoru jako strategię radzenia sobie ze stresem, bez względu na wiek. Staż pracy i wykształcenie nie pozostawały w istotnej statystycznie korelacji z wynikami strategii radzenia sobie ze stresem. Strategia zwrot ku religii pojawia się najczęściej w grupie 41-50 lat, jako druga wymieniana po akceptacji. Inne grupy wiekowe uznały aktywne radzenie sobie jako drugą w kolejności strategię.

Waszczak i Kupcewicz w uzyskanych wynikach stwierdziły, że czynnikiem najbardziej stresującym wśród pielęgniarek anestezyjologicznych jest śmierć (70%) i reanimacja pacjentów [3]. Najczęściej prezentowaną postawą radzenia sobie ze stresem to akceptacja (śred-

nia 2,48 punktu) oraz aktywne radzenie (średnia 2,03 punktu). W najmniejszym stopniu prezentowana jest postawa bezradności (średnia 0,47 punktu) oraz poczucie humoru (średnia 0,09 punktu).

W badaniach Waszczak i Kupcewicz najczęstszym stylem radzenia sobie ze stresem jest poszukiwanie wsparcia, a następnie akceptacja. Natomiast najrzadziej stosowaną strategią poczucia humoru i bezradności [3].

Również w badaniu Kaźmierczak, Gebuza i wsp, najczęstszą postawą jest aktywne radzenie sobie. Strategia bezradności uzyskała najniższą średnią arytmetyczną według skali Mini-COPE w przywołanej publikacji [4].

Natomiast Piernikowska i Podsiadły potwierdziły w swoich badaniach hipotezę, że najczęściej stosowaną strategią radzenia sobie ze stresem przez pielęgniarki jest akceptacja [5].

Metaanaliza badań Kwak i wsp. potwierdza hipotezę, że reanimacja w pracy pielęgniarki jest sytuacją stresogenną. Autorki dowodzą, na podstawie porównania prac z wykorzystaniem kwestionariusza COPE, że najczęstszą postawą wobec stresu jest korzystanie ze strategii aktywnego radzenia sobie, natomiast jako drugą w kolejności wymienia się postawę poszukiwania wsparcia [6].

W grupie badanych 97% stanowiły kobiety. Badanych podzielono na cztery zbliżone liczebnie grupy wiekowe. Najliczniejszą grupę stanowili badani w wieku 22-30 lat – 26,0%, najmniej liczną w wieku 41-50 lat – 24,0%. Najwięcej badanych posiadało wykształcenie wyższe I stopnia – 42,0%, najmniej wykształcenie wyższe II stopnia – 22,0%. W kwestii stażu pracy najliczniejszą grupę stanowili badani o stażu pracy 15-24 lata – 36,0%, najmniej liczną o stażu do 5 lat – 10,0%. Większość respondentów (87%) wskazała, że zespół pracowników ma wpływ na przebieg reanimacji, a co za tym idzie jest to czynnik łagodzący stres wynikły z podjętej reanimacji.

Ponieważ w badaniu zdecydowaną większość stanowiły kobiety (97%) nie można jednoznacznie potwierdzić hipotezy, że płeć łagodzi stres wynikający z podjętej nieskutecznej reanimacji. W przeprowadzo-

nym badaniu wiek badanych nie pozostawał w istotnej korelacji z wynikami stylów radzenia sobie ze stresem ( $p>0,05$ ). Respondenci w wieku 22-30 lat, stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,42 punktu i aktywne radzenie sobie – 2,0 punktu. W najmniejszym stopniu: bezradność – 0,43 punktu oraz poczucie humoru – 0,02 punktu.

Badani w wieku 31-40 lat, stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,52 punktu i aktywne radzenie sobie – 1,99 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,47 punktu oraz poczucie humoru – 0,08 punktu. Badani w wieku 41-50 lat, stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,46 punktu i zwrot ku religii – 2,06 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,48 punktu oraz poczucie humoru – 0,15 punktu.

Badani w wieku 51-65 lat, stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,5 punktu i aktywne radzenie sobie – 2,11 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,51 punktu oraz poczucie humoru – 0,1 punktu.

Staż pracy badanych, nie pozostawał w istotnej statystycznie korelacji z wynikami stylów radzenia sobie ze stresem ( $p>0,05$ ).

Badani o stażu pracy do 5 lat, stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,4 punktu i aktywne radzenie sobie – 2,07 punktu. W najmniejszym stopniu: bezradność – 0,53 punktu oraz nie stosowali poczucia humoru.

Badani o stażu pracy 5-14 lat, stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,43 punktu i aktywne radzenie sobie – 1,98 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,38 punktu oraz poczucie humoru – 0,08 punktu.

Respondenci o stażu pracy 15-24 lata, stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,5 punktu i poszukiwanie wsparcia – 2,05 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,56 punktu oraz poczucie humoru – 0,13 punktu.

Pielęgniarki i pielęgniarze o stażu pracy 25 lat i więcej, stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,52 punktu i aktywne radzenie



sobie – 2,05 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,44 punktu oraz poczucie humoru – 0,06 punktu.

Badani z wykształceniem średnim stosowali przede wszystkim style: akceptacja – 2,44 punktu i aktywne radzenie sobie – 2,06 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,5 punktu oraz poczucie humoru – 0,1 punktu.

Wykształcenie wyższe I stopnia – przede wszystkim style: akceptacja – 2,48 punktu i aktywne radzenie sobie – 2,04 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,49 punktu oraz poczucie humoru – 0,01 punktu.

Badani z wykształceniem wyższym II stopnia stosowali w największym stopniu style: akceptacja – 2,52 punktu i aktywne radzenie sobie – 1,94 punktu. W najmniejszym stopniu bezradność – 0,4 punktu oraz poczucie humoru – 0,2 punktu.

Analiza wyników potwierdza, że wykształcenie badanych, nie pozostawało w istotnej statystycznie korelacji z wynikami stylów radzenia sobie ze stresem ( $p > 0,05$ ).

W badaniach Piernikowskiej i Podsiadły wiek badanych różnił istotnie statystycznie stosowane strategie. Wykazały, że tylko z niektórymi stylami radzenia sobie ze stresem pozostaje w słabej korelacji (poczucie humoru). Wykształcenie badanych pozostawało w istotnej, aczkolwiek niskiej korelacji z wynikami. Badanie to, również wskazało wzrost strategii „zwrot ku religii” po 40 roku życia [5].

Chojnacka-Kowalewska i Ponińska w przeprowadzonym badaniu wykazują, że wykształcenie nie różnicuje postaw pielęgniarek wobec śmierci pacjenta. Natomiast wiek oraz staż pracy okazał się w tych badaniach czynnikiem, który istotnie różnicuje poziom stresu i hierarchię wartości po śmierci pacjenta. Wraz z wzrostem wieku badanych rósł poziom stresu. Ta sama zależność została wykazana pomiędzy stażem pracy a poziomem stresu [7].

W badaniach Śniegockiej i Śniegockiego stwierdzono, że poziom wykształcenia ma wpływ na postawy pielęgniarek wobec sytuacji stresogennych. Potwierdzono hipotezę, że pielęgniarki posiadające wyższe

wykształcenie częściej wykazują postawę aktywnego radzenia sobie. Wykazano również różnicę pomiędzy stylem radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek przed i po 40 roku życia. Pielęgniarki po 40 roku życia dużo częściej stosują strategie unikowe i dużo rzadziej poczucie humoru niż młodszy respondenci [8].

Najczęstszą strategią radzenia sobie ze stresem jest aktywne radzenie sobie i akceptacja. Dopiero na trzecim miejscu wśród ankietowanych znalazło się poszukiwanie wsparcia jako strategia radzenia sobie ze stresem. Ze względu na poziom istotności ( $p < 0,05$ ), odnotowano istotne statystycznie różnice pomiędzy grupami miejsca zamieszkania dotyczące wyników strategii: poszukiwanie wsparcia emocjonalnego. Przeprowadzone badania nie potwierdziły hipotezy.

Przytoczone już wcześniej badania Piernikowskiej i Podsiadło również nie potwierdzają tej hipotezy. Najczęściej wybieraną strategią jest aktywne radzenie sobie. Bez istotnej korelacji z wiekiem, wykształceniem i stażem pracy, styl poszukiwania wsparcia jest na trzecim miejscu wśród wybieranych odpowiedzi [5].

Ciekawe wnioski wysnuwa Waszczak i Kupcewicz w swoich badaniach. Strategię poszukiwania wsparcia wybierają najczęściej osoby pracujące w systemie jednozmianowym. Według tych badań, to najczęstsza strategia radzenia sobie ze stresem [3].

Kwak i wsp. w metaanalizie badań z użyciem kwestionariusza Cope nie potwierdzają hipotezy, że wsparcie emocjonalne i instrumentalne jest najczęściej wybieraną strategią w sytuacji stresogennej. Według respondentów najczęstszą strategią jest aktywne radzenie sobie [6].

## **Wnioski**

1. Personel medyczny prezentuje wobec nieskutecznej reanimacji najczęściej następujące postawy: aktywne radzenie sobie ze stresem, akceptacja oraz poszukiwanie wsparcia. Najrzadziej prezentowane są: zachowania unikowe, bezradność oraz poczucie humoru.
2. Płeć, wiek, wykształcenie, staż pracy nie wpływają znacząco na poziom stresu wynikający z podjęcia nieskutecznej reanimacji.

3. Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego nie jest najczęstszą strategią radzenia sobie ze stresem wynikłym z uczestnictwa w nieskutecznej reanimacji, natomiast jest nią akceptacja.

### **Zalecenia dla praktyki pielęgniarskiej**

Istotnym wydaje się podjęcie tematu radzenia sobie ze stresem wynikającym z uczestnictwa w nieskutecznej reanimacji, w praktyce pielęgniarskiej. Stworzenie odpowiednich narzędzi i przeprowadzanie badań na ten temat wydaje się być niezbędnym w kwestii zredukowania stresu w pracy, a co za tym idzie zwiększenia poziomu satysfakcji z wykonywania zawodu pielęgniarki.

### **Bibliografia/ Bibliography:**

1. Papiernik B., Holajn P., Żak- Jasińska K., Basiński A. Zespół stresu pourazowego w pracy zawodowej ratowników medycznych. *Anestezjologia i ratownictwo*. 2012;6:339-342.
2. Piernikowska A., Podsiadły D. Strategie radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek. *Innowacje w Pielęgniarstwie*. 2019;1,4:1-18.
3. Weisfeldt M., A three phase temporal model for cardiopulmonary resuscitation following cardiac arrest, *Trans Am Clin Climatol Assoc*. 2014;11:38.
4. Napiórkowska- Orkisz M., Olszewska J. Etyka w resuscytacji. *Pielęgniarstwo polskie*. 2017;3:65.
5. Rzońca P., Chrzanowska- Wąsik M., Goniewicz M., Bednarz K., Nowicki G. Historia zabiegów resuscytacyjnych. 2018;1.
6. Niedojad K., Rybka M., Rezmerska L., Ślusarz R. Śmierć i umieranie w opinii personelu pielęgniarskiego. 2019;12:13.
7. Kwak M., Zaczyk I., Wilczek-Rużyczka E. Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki-metaanaliza badań. *Medycyna Ogólna i Nauki o zdrowiu*. 2018;24,2:120-125.
8. Waszczak E., Kupcewicz E. Analiza strategii radzenia sobie ze stresem w grupie pielęgniarek anestezjologicznych. *Przedsiębiorczość i zarządzanie*. 2014;12:3,13-326.