



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

DZIEDZINA: nauk medycznych i nauk o zdrowiu

DYSCYPLINA: nauki o zdrowiu

ROZPRAWA DOKTORSKA

**Ocena predyspozycji studentów pielęgniarstwa do
wykonywania przyszłego zawodu**

Bogumiła Kraszyńska

Rozprawa doktorska napisana pod kierunkiem
dr hab. n. o. zdr. Jolanty Lewko

Praca wykonana w Zakładzie Podstawowej Opieki Zdrowotnej
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku
Kierownik Zakładu: dr hab. n. o. zdr. Jolanta Lewko

Białystok, 2025

*„Prawdziwe bogactwo to nie to,
ile twoja praca pozwoli ci zarobić,
ale to, kim cię uczyni.”*

- Pino Pellegrino

SPIS TREŚCI

WYKAZ SKRÓTÓW	6
1. WSTĘP	7
1.1. Determinanty decyzji zawodowych, ze szczególnym uwzględnieniem zawodów medycznych	7
1.1.1. Czynniki wpływające na podejmowane decyzje zawodowe	7
1.1.2. Proces podejmowania decyzji	17
1.2. Sylwetka zawodowa pielęgniarki	20
1.3. Postrzeganie zawodu pielęgniarki	24
2. ZAŁOŻENIA I CEL PRACY	31
2.1. Cel pracy	32
2.1.1. Cele szczegółowe- sprawdzenie	32
2.1.1.1. Hipotezy badawcze	33
3. MATERIAŁ I METODA	34
3.1. Narzędzia badawcze	34
3.1.1. Ankieta autorstwa własnego	35
3.1.2. Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE) Wg Węglińskiego	35
3.1.3. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS - The Satisfaction with Life Scale).....	36
3.1.4. Test asertywności.....	37
3.1.5. Test stylu podejmowania decyzji.....	37
3.1.6. Test oceny zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych	38
3.1.7. Test oceny konfliktowej osobowości.....	39
3.1.8. Test samooceny własnej osoby	39
3.1.9. Kwestionariusz CISS (Coping Inventory for Stressful Situations)	39
3.1.10. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności -GSES	40
3.1.11. Skala kontroli emocji CECS	43
3.2. Charakterystyka grupy badanej	43
3.3. Analiza statystyczna	47
4. WYNIKI	49

4.1. Powiązania ze środowiskiem medycznym	49
4.2. Ocena motywacji do podjęcia studiów medycznych oraz postrzegania zawodu pielęgniarki	50
4.3. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a rodzaj studiów	56
4.3.1. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a rodzinne powiązania medyczne	61
4.3.2. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a zamieszkanie w czasie studiów	67
4.3.3. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a wykształcenie rodziców	72
4.3.4. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a motywacje wyboru studiów	77
4.4. Korelacje pomiędzy miarami psychometrycznymi	88
4.4.1. Satysfakcja z życia (SWLS) a pozostałe miary	88
4.4.2. Style postępowania w sytuacjach stresowych (CISS) a pozostałe miary	90
4.4.3. Poczucie własnej skuteczności a pozostałe miary	91
4.4.4. Tłumienie negatywnych emocji (CECS) a pozostałe miary	92
4.4.5. Poziom rozumienia empatycznego (KRE) a pozostałe miary	94
4.4.6. Poziom asertywności a pozostałe miary	95
4.4.7. Zdolności komunikacyjne i organizacyjne a pozostałe miary	97
4.4.8. Konfliktowość osobowości a pozostałe miary	99
4.4.9. Miara samooceny a pozostałe miary	100
5. WERYFIKACJA HIPOTEZ	102
6. DYSKUSJA	108
7. WNIOSKI	150
8. STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM	151
9. STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM	154
10. WYKAZ PIŚMIENNICTWA	156
11. WYKAZ TABEL	175
12. WYKAZ RYCIN	178
13. ANEKS	179
13.1. Zgoda Komisji Bioetycznej	179
13.2. Kwestionariusz ankietowy	180
13.2.1. Kwestionariusz autorstwa własnego	180
13.2.2. Ocena motywacji	182
13.2.3. Skala satysfakcji z życia SWLS	185
13.2.4. Kwestionariusz rozumienia empatycznego innych ludzi	186
13.2.5. Test asertywności	188

13.2.6. Test stylu podejmowania decyzji.....	191
13.2.7. Test oceny zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych	192
13.2.8. Test oceny konfliktowej osobowości.....	194
13.2.9. Test samooceny własnej osoby.....	196
13.2.10. Kwestionariusz CISS	198
13.2.11. Wersja polska GSES, R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński.....	200
13.2.12. Skala Kontroli Emocji, CECS - <i>Courtauld Emotional Control Scale</i>	201

WYKAZ SKRÓTÓW

CECS	<i>Emotional Control Assessment Questionnaire</i> Skala Kontroli Emocji
CISS	<i>Coping Inventory for Stressful Situations</i> Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych
GSES	<i>The Global Sustainable Enterprise System</i> Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności
KRE	Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi
SWLS	<i>The self-assessment Quality of Life Satisfaction Questionnaire</i> Skala satysfakcji z życia

1. WSTĘP

1.1. Determinanty decyzji zawodowych, ze szczególnym uwzględnieniem zawodów medycznych

1.1.1. Czynniki wpływające na podejmowane decyzje zawodowe

Za jedne z najważniejszych w życiu decyzji uznaje się te dotyczące wyboru zawodu oraz zaplanowania zawodowej kariery. Niestety dynamika zmian związanych z rynkiem pracy wymaga różnych umiejętności, w tym:

- dokonywania zmian,
- przystosowania się,
- przekwalifikowania się [1].

Jest to o tyle istotne, że skutki niewłaściwego wyboru mogą skutkować:

- nie podejmowaniem pracy w wyuczonym zawodzie,
- niską jakością wykonywanej pracy,
- brakiem satysfakcji z pracy,
- napięciem psychicznym [1].

W związku z tym każda podjęta decyzja powinna być uwarunkowana na zasadzie związku przyczynowo – skutkowego.

Jasiewicz–Czerwińska [2] wyróżnia poniższe czynniki mające wpływ na decyzje edukacyjno – zawodowe młodzieży:

- **zewnętrzne** (związane ze środowiskiem zewnętrznym):
 - sytuacyjne,
 - środowiskowe,
 - wychowawcze.
- **wewnętrzne** (związane z osobą decydenta):
 - poziom rozwoju ogólnego (poziom rozwoju poznawczego, społecznego, osobowości, poziom wiedzy o świecie i samowiedzy);
 - cechy indywidualne (zdolności, zainteresowania, cechy osobowości, stan zdrowia itp.).

Za jedną z bardziej kompleksowych i szeroko ujętych koncepcji uwarunkowań decyzji wyboru zawodu uznawana jest Rozwojowa Teoria Samookreślenia Zawodowego Supera [cyt. za 3]. Jej główne założenia dotyczą uwarunkowań społecznych wyboru zawodu podkreślając, iż na karierę zawodową człowieka mają wpływ czynniki [cyt. za 3]:

- indywidualne (wewnętrzne) - osobowość jednostki, jej osiągnięcia, postawy, własna aktywność;
- społeczne - struktury społeczne, system szkolny, rynek pracy, polityka zakładów pracy i instytucji oraz system społeczno – prawny.

Wśród czynników wewnętrznych – indywidualnych największą rolę teoria przypisuje cechom osobowości i zakłada, że są one ułożone warstwowo: potrzeby, cenione wartości i zainteresowania, a „jądrem” jest struktura fizjologiczna jednostki [cyt. za 3].

Według Rozwojowej Teoria Samookreślenia Zawodowego Supera znaczącą rolę w rozwoju osobowości pełni pojęcie „ja”, czyli samookreślenie – ujmowanie samego siebie, kształtujące się podczas pełnienia różnorodnych ról przed zawodowych we wzajemnym oddziaływaniu rozwoju fizycznego i społecznego. W wyniku pełnienia ról społecznych jednostka kształtuje obraz siebie i dopasowuje go do rzeczywistości zawodowej – świata zawodów [cyt. za 3].

Oddziaływanie środowiska zewnętrznego odbywa się poprzez położenie społeczno – ekonomiczne rodziny - jej miejsce w strukturze społecznej. To w rodzinie kształtuje się określona atmosfera, postawy wobec dziecka i jego dalszej nauki. Trzeba pamiętać, że dziecko podejmuje działania pod wpływem ukształtowanych wzorców osobowych, którymi mogą być nie tylko rodzice, ale także środowisko społeczne [cyt. za 3].

Rozwojowej Teoria Samookreślenia Zawodowego Supera, za Lelińska [cyt. za 3], znajduje zastosowanie w edukacji jako podstawa do wyodrębnienia siedmiu okresów rozwoju zawodowego i zadań z nimi związanych. Pięć z tych okresów – związanych bezpośrednio ze szkolnictwem:

- Okres przedszkolny do trzeciej klasy szkoły podstawowej (4-10 lat) - czas kształtowania się samoświadomości i nabywania podstawowych umiejętności personalnych, do których należą: uczenie się zadaniowej postawy wobec życia, radzenia sobie z trudnościami, podejmowania decyzji, interakcji z innymi (istotne z punktu widzenia tożsamości zawodowej);

- Okres poszukiwania możliwości zawodowych w ogólności (IV-VI klasa) - czas rozeznawania się w zawodach, które można wykonywać, poznawania roli i znaczenia pracy w życiu osobistym i rodzinnym;
- Okres badania własnych preferencji zawodowych (I-II klasa gimnazjum) - czas myślenia o własnym życiu w aspekcie zawodowym znajduje odzwierciedlenie w planowaniu dalszej edukacji pod kątem wyboru zawodu;
- Okres krystalizacji własnych preferencji (ok. III klasy gimnazjum) - następuje tu wyraźne nazywanie i formułowanie planu kariery zawodowej oraz opracowywanie schematów jej realizacji;
- Okres specyfikacji (specjalizacji) (szkoła średnia, studia) - w tym okresie przechodzi się z wstępnych preferencji do konkretnych planów i celów zawodowych, zdobywa się odpowiednie wykształcenie i umiejętności zawodowe [cyt. za 3].

Powyższe teoria Supera ma znaczenie dla szkolnej edukacji zawodowej, ponieważ [cyt. za 3]:

- zwraca uwagę na motywy podejmowania decyzji zawodowych,
- pozwala ocenić dojrzałość do kariery zawodowej,
- przekłada się na konkretne oddziaływania edukacyjne na poszczególnych szczeblach kształcenia.

Krumboltz [cyt. za 4] wyróżnia takie determinanty losów zawodowych każdego człowieka jak:

- czynniki genetyczne: płeć, inteligencja, sprawność fizyczna, szczególne zdolności;
- warunki środowiskowe: ilość i rodzaj dostępnych miejsc pracy i miejsc szkoleniowych, polityka socjalna i jej regulacje, zarobki, prawo pracy, doświadczenia i zasoby rodzinne, wpływ najbliższego środowiska i społeczności lokalnej;
- doświadczenia związane z uczeniem się: doświadczenie społeczne, gdzie jednostka postrzega związki pomiędzy bodźcami zewnętrznymi; przynależą tu uczenie się przez obserwację lub formowanie asocjacji (na temat np. zawodów);
- umiejętności realizacji zadań: wyznaczanie celów, ich wartościowanie, przewidywanie zdarzeń, tworzenie alternatyw, poszukiwanie informacji, planowanie.

Analizując determinanty wyboru zawodu nie można nie wspomnieć o psychologii różnic indywidualnych, ponieważ każdy człowiek jest odrębną jednostką. W psychologii osobowości dąży się do wyjaśnienia, na czym polega kształtowanie się różnic międzyludzkich i dlaczego każdy z nas dokonuje własnych i często diametralnie różniących od siebie

wyborów. W doktrynie psychologicznej wyróżnia się determinanty osobowości: genetyczne i środowiskowe [5].

Ostatnie lata obfitują w szereg teorii odnoszących się do podkreślenia znaczenia genów. Genetyczne czynniki, za Pervin i Oliver [5], to inteligencja i temperament, natomiast w przypadku wartości, ideałów i przekonań mają mniejsze znaczenie. Psychologowie podkreślający znaczenie podstawowych emocji, twierdzą, że mają one charakter wrodzony, a właściwa informacja zakodowana jest w genach. Nie oznacza to, że doświadczenie nie odgrywa żadnej roli w tym jakie emocje są częściej lub rzadziej spotykane u danej osoby, czy też w jakich okolicznościach doświadczamy danej emocji i jak ją wyrażamy.

Drugą grupę czynników kształtujących osobowość, tym sposób podejmowanie decyzji stanowią determinanty środowiskowe, które powodują, że łączymy się w grupy, utożsamiając się z nimi oraz to, że łączy nas podobieństwo w zachowaniu, a także doświadczenie, które różnicuje nas od siebie [5]. Za najbardziej istotne wyznaczniki uważa się [5] :

- kulturę,
- klasę społeczną,
- rodzinę,
- rówieśników.

W opinii Pervina i Olivera [5] każda kultura ma swoje własne, zinstytucjonalizowane i usankcjonowane wzorce wyuczonych zachowań, rytuały i przekonania a ich znaczenie jest ogromne i wywiera wpływ na każdy aspekt naszego życia. Niestety młodzi ludzie nie są świadomi do końca w jaki sposób kultura, w której żyją może oddziaływać na ich wybory. Do konfrontacji dochodzi najczęściej w momencie spotkania przedstawiciela odrębnej kultury, spostrzegającego świat inaczej. Za przykład takiego zetknięcia, wymuszającego określony system zachowań, uważa się między innymi studia wyższe i środowisko, w które się wchodzi [5].

Studenci kierunków medycznych w czasie całej nauki, w tym w trakcie praktyk zawodowych, spotykają się z różnymi pacjentami, muszą odnaleźć się w często nieznanym im środowisku szpitalnym, w którym panują odrębne reguły niż te, z którymi spotykali się na co dzień a to wymusza określony system zachowań [5].

W momencie utożsamiania się studenta z kierunkiem studiów dochodzi do oceny predyspozycji, pojawia się chęć przystąpienia do grupy, ale także poczucie odrzucenia. Młodzież studiująca często identyfikuje się z wyborem studiów już na samym początku kształcenia, co bardzo pozytywnie wpływa na wybór ścieżki zawodowej [5].

Czynniki związane z klasą społeczną, za Pervina i Oliviera [5], pomagają w określeniu statusu jednostki, jej roli społecznej jaką pełni, obowiązków, które ją wiążą i przywilejów, którymi się cieszy. Te czynniki wpływają na to, jak jednostka spostrzega siebie i jak spostrzega członków innych klas społecznych. Młody człowiek najczęściej nie utożsamia się silnie z daną klasą społeczną, ale im staje się starszy, tym bardziej identyfikuje się z nią. Zawody medyczne postrzegane są jako takie, w których uwarstwienie społeczne jest bardzo widoczne [5].

W tworzeniu celów na przyszłość, według Timoszyk-Tomczak [6], duże znaczenie ma środowisko rodzinne, atmosfera w domu, sprawy będące przedmiotem dyskusji, wskazówki ze strony rodziców, a w szczególności ich własne postępowanie. To rodzina i najbliższy krąg społeczny wskazuje młodemu pokoleniu kim warto być i się poświęcić. To jeden z najważniejszych aspektów całego procesu socjalizacji [6].

Pervin i Oliver [5] podkreślają, że rodzice wpływają na zachowanie dziecka w trojaki sposób:

- przez swoje zachowanie tworzą sytuacje, które wywołują określone zachowanie u dzieci;
- jako modele ról, z którymi utożsamiają się dzieci;
- w jaki sposób nagradzają zachowania dzieci.

Grupa rówieśników, w opinii Pervina i Oliviera [5] ma także znaczenie w socjalizacji jednostki. Z jednej strony prowadzi do przyjęcia nowych reguł zachowania i dostarcza doświadczeń, które będą miały trwały wpływ na rozwój osobowości, a z drugiej pełni szczególną rolę w momencie, gdy młody człowiek poszukuje pomysłu na życie nie mogąc podjąć decyzji. Związki z rówieśnikami najbardziej służą osobom, które nie są zdeterminowane i mają mniej pomysłów na swoją ścieżkę edukacyjną i zawodową. Poza tym w przypadku zwątpienia w autorytet rodziców, młodzież chętniej ufa grupie rówieśniczej, która podziela wspólny punkt widzenia [5].

Wśród młodych ludzi pojawiają się tendencje, aby wybór szkoły uzależniać od tego, gdzie studiuje znajomi. Młodzi ludzie pewniej się czują wchodząc w nowe, uniwersyteckie środowisko mając w swoim towarzystwie szkolnym znajomych, którzy mogą ich wesprzeć w trudnych momentach [5].

Kolejnym czynnikiem wpływającym na wybory życiowe, za Wołk [7] są zainteresowania, ponieważ do nauki w danym kierunku, a potem prawidłowego wykonywania pracy, potrzebne jest zainteresowanie podjętą działalnością. Mobilizują one człowieka do zaangażowania się oraz poświęcania uwagi wszystkiemu, co się z nimi łączy. Trzeba

pamiętać, że młodzi ludzie poświęcają czas temu, co leży w granicach ich zamiłowań, co dotyczy nie tylko decyzji znaczących i życiowych ale także zwykłej codzienności [7].

Zainteresowania są w pewnym stopniu kształtowane przez wyżej przedstawione determinanty środowiskowe, ale mogą także kształtować się i powstawać w trakcie studiów wyższych. Zainteresowania pracą można rozwijać zarówno na etapie jej poszukiwania i projektowania własnej przyszłości zawodowej, jak i już po jej podjęciu. Wymaga to pozytywnego nastawienia do własnego zawodu i wykonywanej pracy, poszukiwania w nich elementów pozytywnych” [7].

Zgodnie z koncepcjami w literaturze przedmiotu [7] w obrębie zainteresowań można wyodrębnić dwa składniki:

- poznawczy - wywodzący się z ciekawości określonym zjawiskiem, czy też osobą, co inspiruje do poświęcenia większej uwagi;
- emocjonalny – dotyczący zaangażowania uczuciowego, poświęcenia, uczulenia na kwestie istotne w zakresie danej dziedziny.

W opinii Wołk [7], zainteresowania są cechą zmienną, nie tylko podlegającą rozwojowi, ale także zanikowi. Są uwarunkowane między innymi wiekiem jednostki, tradycjami rodzinnymi i środowiskowymi oraz prowadzonymi oddziaływaniami wychowawczymi. Zainteresowania można wzbudzać, rozwijać, utrwalać.

Powyższe stanowisko może stanowić element misji, jaką powinien mieć system edukacji w Polsce. Uczelnie medyczne służą bardzo dobrym przykładem rozwijania zainteresowań wśród studentów. Młodzież realizuje się w kołach naukowych, może bezpośrednio wnikać w dziedzinę wiedzy, która ich interesuje poprzez uczestnictwo w badaniach naukowych. Studia są ukierunkowane na praktykę i to z całą pewnością sprzyja realizacji oraz tworzeniu zainteresowań studentów.

Kolejnym z czynników determinujących orientację zawodową jednostki są wartości życiowe człowieka. Pojęcie to bywa używane zamiennie z takimi terminami jak: postawy, aspiracje, potrzeby, cele czy dążenia. Wartość jest także różnie interpretowana, jako obiekt pożądania, jako postawa, czynnik selekcji motywów działania czy też jako kryterium wyboru celu [8].

Według Cudowskiej [8] badania nad wartościami oscylują wokół problematyki analizy i ich roli w regulacji postępowania człowieka oraz rozwoju wartości w toku indywidualnego życia jednostki, zaś planowanie własnego życia nie jest możliwe bez systemu wartości, determinującego życie społeczne/zawodowe [8].

Zainteresowania, wychowanie, środowisko w którym żyje młody człowiek kształtuje jego własne wartości. Im bardziej są one zdefiniowane, tym mniejszy jest problem w podjęciu decyzji. Wybór jest idealny, gdy koreluje ze światopoglądem, nie jest sprzeczny z celem życiowym. Największy problem jest wtedy, gdy młody człowiek nie wie, czym ma się kierować i przejmuje bezkrytycznie, to co zostaje mu narzucone [8].

W opinii Mac-Czarnik [9], podczas sytuacji decydowania o kształcie własnego, niepowtarzalnego życia, wybór faktycznie wznoszący się na wyższy poziom istnienia nie jest możliwy bez rozpoznania, co jest tą „wyższą jakością życia” w każdym indywidualnym przypadku. Istotna jest bowiem zdolność odbioru przyciągającej siły istniejących wartości, otwarcie się na bogactwo dobrych możliwości tkwiących w samym życiu [9].

W literaturze przedmiotu [10] wiele uwagi poświęca się także zdolnościom, rozumianym jako obszar odnoszący się najczęściej do intelektualnego sposobu funkcjonowania jednostki i obejmujący predyspozycje do ponadprzeciętnego wykonywania określonych czynności. Zdolności spełniają ważną rolę w życiu człowieka, decydują o powodzeniach bądź niepowodzeniach, o efektach aktywności ucznia w szkole, o umiejętności organizowania nauki, pracy, wypoczynku, o sukcesach i zadowoleniu z wykonywanej pracy, stanowią istotny warunek przy wyborze zawodu [10]. Augustynek wyróżnia [10]:

- zdolności ogólne (inteligencja, spostrzegawczość, wyobraźnia, zręczność);
- specjalne (matematyczne, językowe, plastyczne, muzyczne, techniczne, sportowe, organizacyjne).

Od lat dziewięćdziesiątych XX wieku, za Śmieja i Orzechowski [11] niezwykle zainteresowanie psychologów wzbudza wymiar tzw. „inteligencji emocjonalnej”.

Wyróżnia się dwa najpopularniejsze sposoby jej ujmowania:

- model zdolnościowy (*ability model*), autorstwa Mayera, Saloveya i Caruso, określający inteligencję emocjonalną, jako zdolność do rozumienia własnych i cudzych uczuć oraz do wykorzystywania własnych emocji w myśleniu i działaniu, zakres zdolności wchodzących w skład inteligencji emocjonalnej został tu ograniczony do: umiejętności właściwej percepcji, oceny i wyrażania emocji, umiejętności dostępu do uczuć, zdolności ich generowania w momentach, gdy mogą wspomóc myślenie, umiejętności rozumienia emocji i zrozumienia wiedzy emocjonalnej, oraz umiejętności regulowania emocji tak, aby wspomagać rozwój emocjonalny i intelektualny [12].

- model mieszany (*mixed models*) propagowany przez Golemana Bar-On'a, uważający początkowo że na inteligencję emocjonalną składa się samokontrola, wytrwałość, zapał, a także zdolność do motywowania się, a w następnym wyróżniający pięć głównych kompetencji emocjonalnych, takich jak:
 - samoświadomość, warunkująca wiedzę o własnych doznaniach, preferencjach i możliwościach;
 - motywowanie się do działania, dokonujące się dzięki konstruktywnemu wykorzystaniu emocji;
 - samoregulacja, oznaczająca panowanie nad emocjami;
 - umiejętności społeczne, określane jako umiejętności wzbudzania pożądanych reakcji u innych osób;
 - empatia, czyli rozpoznawanie stanów i potrzeb innych ludzi [13].

Kocowski [14] zwraca także uwagę na rolę aktywności potencjalnie twórczej, którą określa jako „aktywność nieprowadzącą wprawdzie do znamienitego dzieła, jednak zawierającą typowe składniki procesu twórczego, na przykład przeformułowanie problemu, nietypowe skojarzenia”. Wprowadza także pojęcie kreatywności, związanej z procesami motywacyjnymi i cechami osobowości, a traktowanej jako indywidualnej cechy polegającej na zdolności do wytwarzania nowych pomysłów. Talent twórczy natomiast określa się jako „kompleks cech indywidualnych, dzięki którym człowiek jest w stanie tworzyć wartościowe dzieło, o ile nie podlega wpływowi czynników przeciwdziałających twórczości” [14].

Matczak [15] podkreśla różnice w indywidualnych cechach, zwłaszcza w zakresie cech osobowości oraz funkcjonowania poznawczego i twierdzi, że osoby twórcze są bardziej refleksyjne, niż impulsywne.

Z kole Nęcka [16] refleksyjność wiąże się z aktywnym, ukierunkowanym oraz kontrolowanym poszukiwaniem informacji.

Popek [17] uważa, iż u ludzi twórczych występują ponadprzeciętne uzdolnienia poznawcze, do których należą między innymi:

- wysoki poziom uzdolnień do percepcji otaczającego świata,
- specyficzne właściwości uwagi,
- specyficzne właściwości pamięci,
- ponadprzeciętny poziom inteligencji,
- bogata wyobraźnia,
- intuicja twórcza.

W literaturze przedmiotu [16, 17] zwraca się także uwagę na nonkonformizm, czyli postawę krytyczną wobec zasad, zachowań i norm społecznych, grupowych, przeciwstawiający im własny system wartości, ale nie w negatywny sposób. Potocznie rozumiany nonkonformizm cechuje te jednostki, które nie poddają się społecznej presji i żyją w zgodzie z własnymi przekonaniami opartymi na refleksji. Nonkonformizm ma na celu wyrażenie oporu i spowodowanie rozpatrzenia danej koncepcji na kilku płaszczyznach, który ich zdaniem jest istotą twórczości, oznacza także zdolność do akceptowania konfliktów i napięć społecznych, ale wiąże się także z koniecznością ponoszenia społecznych i emocjonalnych kosztów, szczególnie w sytuacjach, gdy społeczność wywiera presję w kierunku ujednolicenia zachowań swoich członków [16, 17].

Zdaniem Popka [17] osoby przejawiające wysoki poziom nonkonformizmu charakteryzują się:

- niezależnością,
- aktywnością, witalizmem,
- elastycznością adaptacyjną,
- oryginalnością,
- konsekwencją,
- odwagą,
- dominatywnością,
- samoorganizacją,
- spontanicznością,
- ekspresją,
- otwartością,
- odpornością,
- wytrwałością,
- odpowiedzialnością,
- samokrytycyzmem,
- tolerancyjnością,
- wysokim poczuciem wartości „ja”.

Odnaczają się także [17]:

- samodzielnością obserwacji,
- pamięcią logiczną,
- wyobraźnią twórczą,

- myśleniem dywergencyjnym,
- uczeniem się rekonstruktywnym,
- uczeniem się samodzielnym,
- uczeniem się przez zrozumienie,
- elastycznością intelektualną,
- aktywnością poznawczą,
- wysoką refleksyjnością,
- samodzielnością intelektualną,
- twórczością,
- wysoką sprawnością i umiejętnością konstrukcyjną,
- twórczością werbalną,
- zdolnością techniczną,
- uzdolnieniami artystycznymi [17].

Przeciwieństwem postawy twórczej, za Popek [17], jest postawa odtwórcza, którą charakteryzuje wymiar konformizmu (zmiana zachowania na skutek wpływu innych ludzi) oraz zachowań algorytmicznych. Osoby konformistyczne to osoby, które cechuje [17]:

- zależność,
- pasywność,
- sztywność adaptacyjna,
- stereotypowość,
- uległość,
- słabość,
- bojaźliwość,
- lękliwość,
- podporządkowanie,
- niesamodzielność,,
- zahamowalność,
- defensywność,
- słaba odporność i wytrwałość,
- nieodpowiedzialność,
- brak krytycyzmu,
- nietolerancja,

- niskie poczucie wartości „ja”.

Zachowania algorytmiczne, według Popka [17], dominują u osób, które cechuje:

- spostrzegawczością kierowaną,
- pamięcią mechaniczną,
- wyobraźnią odtwórczą,
- myśleniem konwergencyjnym,
- uczeniem się reproduktywnym,
- uczeniem się ukierunkowanym,
- uczeniem się przez rozumienie,
- sztywnością intelektualną,
- biernością poznawczą,
- niską refleksyjnością,
- wdrukowywaniem się,
- niską sprawnością i umiejętnością konstrukcyjną,
- odtwórczością werbalną,
- brakiem pomysłowości technicznej,
- brakiem uzdolnień artystycznych.

1.1.2. Proces podejmowania decyzji

W kontekście omawianych zagadnień warto zauważyć za Rachalską [18], iż „decyzja o wyborze zawodu nie jest aktem jednorazowym. To, co jest już samym wynikiem procesu decyzyjnego, czyli fakt złożenia dokumentów do wybranej szkoły, czy na wybrany kierunek studiów, jest poprzedzone wieloma sytuacjami, w których tworzy się ostateczna decyzja. Często procesy przeddecyzyjne zachodzą na przestrzeni wielu lat edukacji szkolnej, by wreszcie doprowadzić do ostatecznego postanowienia, traktowanego przez nas jako decyzja zawodowa”.

Decyzja trafna to decyzja racjonalna, uwzględniająca określenie problemu, ocenę wszystkich rozwiązań, aż do momentu uzyskania satysfakcjonującego wyboru spośród wszystkich potencjalnych rozwiązań. Wartym odnotowania jest podział racjonalności decyzji biorąc pod uwagę dwa aspekty: metodologiczny i rzeczowy. Mówimy o racjonalności metodologicznej, gdy decyzja została podjęta przy użyciu wszystkich dostępnych informacji na dany temat z uwzględnieniem przyjętych zasad. Tym samym jest ona oceną postępowania

decydenta. Drugi aspekt – rzeczowy kładzie nacisk wyłącznie na ostatecznym rezultacie podjętej decyzji. Decyzja jest prawidłowa, gdy zmierza dokładnie do osiągnięcia wcześniej zamierzonego celu. Najkorzystniejszą sytuacją z punktu widzenia tych dwóch aspektów to taka, w której racjonalność rzeczowa i metodologiczna jest ze sobą sprzężona. Zatem postępowanie osoby podejmującej decyzje, jak również efekt końcowy wyboru jest satysfakcjonujący.

Parzęcki [19] definiuje decyzje jako wszelki nielosowy wybór jednego z rozpoznanych i uznanych za możliwe wariantów przyszłego działania. Działalność człowieka polega na ciągłym dokonywaniu wyborów w mniej lub bardziej uświadomiony sposób. Charakterystyczną cechą decyzji jest działanie przyszłe i dotyczy wybierającego, czy innych osób, jest świadomym wyborem poprzedzonym analizą wariantów przyszłego działania. Decyzja jest wtedy, gdy wybór dotyczy takich działań, które tworzą prawdopodobieństwo uzyskania zamierzonych celów.

W piśmiennictwie, za Cieśliski [20] wyróżnia się poniższe rodzaje decyzji:

- strategiczne – dotyczą zdarzeń w latach przyszłych, stopień pewności osiągnięcia zamierzonego rezultatu jest niski, a poziom ryzyka związany z ich podjęciem jest wysoki. Są to najczęściej decyzje dotyczące rozwoju lub przetrwania firmy;
- taktyczne – dotyczą zdarzeń z najbliższego roku. Mają większą pewność osiągnięcia zamierzonego rezultatu;
- operacyjne – dotyczą zjawisk zachodzących w ciągu dnia, miesiąca lub kwartału, mają niski poziom ryzyka. Charakteryzują się wysokim stopniem pewności osiągnięcia rezultatu.

W opinii Guicharda [21], proces podejmowania decyzji należy do zadań bardzo trudnych, w szczególności dla młodych ludzi, a „psychologia decyzji jest psychologią niezdecydowania.[...] z niezdecydowaniem, zarówno u młodzieży, jak i dorosłych, są kojarzone dwa istotne czynniki: wyobrażenie własnego „ja” oraz niepokój, brak stabilnych elementów koncepcji własnego „ja” nie pozwala doprowadzić procesu eksploracji do pomyślnego finału, proces ten podąża za zmieniającym się wizerunkiem „ja” podmiotu i ciągle musi być rozpoczynany na nowo”.

Jak już wcześniej zostało zauważone proces podejmowania decyzji jest zjawiskiem ciągłym, uporządkowanym związkami przyczynowo – skutkowymi. Zanim dojdzie do decyzji ostatecznej warto przyjrzeć się fazom procesu podejmowania decyzji [21]:

- rozpoznania – następuje w niej identyfikacja problemu decyzyjnego, określenie przyczyn jego powstania oraz precyzuje się możliwości i ograniczenia rozwiązania;
- projektowania – ma tu miejsce formułowanie różnych rozwiązań danego problemu decyzyjnego, określa się kryteria za pomocą których będzie się dokonywać oceny tych wariantów;
- wyboru – porównuje się wcześniej ocenione warianty rozwiązań problemu oraz wybiera się te, które w najwyższym stopniu spełnia nasze kryteria i oczekiwania. w tej fazie musi być określony sposób i termin realizacji decyzji.

Parsons [cyt. za 22] stworzył aktualną do dziś koncepcję podejmowania decyzji. Według autora [cyt. za 22], mądry wybór zawodu wymaga trzech szeroko rozumianych czynników:

- jasnej świadomości siebie, swoich zdolności, możliwości, zainteresowań, ambicji, środków ograniczeń i ich przyczyn;
- wiedzy o wymaganiach i warunkach osiągnięcia sukcesu, mocnych i słabych stronach;
- wynagrodzeniu, szansach i perspektywach na różnych ścieżkach kariery zawodowej;
- trafnego rozpoznania relacji między tymi dwoma zestawami cech.

W obecnych czasach, jak słusznie zauważa Parzęcki [19] „coraz trudniejsza i coraz bardziej odpowiedzialna staje się czynność podejmowania decyzji, która odgrywa kluczową rolę. Aby podjąć racjonalną decyzję w tym zakresie, trzeba przeanalizować wskaźniki charakteryzujące edukację i rynek pracy oraz określić potrzeby rynku pracy i potrzeby edukacyjne. Potrzeby rynku pracy związane będą z jego rozwojem, a ten z kolei z perspektywą rozwoju gospodarczego. Dlatego ważne będzie przewidywanie zatrudnienia i bezrobocia. Określone potrzeby edukacyjne mogą dotyczyć kraju, regionu lub posiadać wymiar lokalny”.

Młodzi ludzie podejmując decyzję odnośnie zawodu są pod presją społeczną, ale także ekonomiczną. Młodzież po ukończeniu szkoły średniej musi podjąć decyzję o swojej przyszłości.

W opinii Parzęckiego [19] „wyższe studia i zdobycie dyplomu wyższej uczelni jest dla większości lepszą strategią niż szybkie podjęcie pracy, nawet dobrze płatnej. Młodzież dostrzega coraz więcej korzyści płynących ze zdobycia dyplomu wyższej uczelni, który może stać się atutem na rynku pracy. [...] Należy stwierdzić, że młodzi ludzie coraz częściej upatrują źródeł przyszłego zawodowego sukcesu w swoim postępowaniu i własnych decyzjach, niż w obiektywnych warunkach zewnętrznych, na które w zasadzie nie mają wpływu. Młodzi ludzie wierzą w sukces. Nadzieja urzeczywistnienia zamierzeń idzie w parze

ze świadomością dużych wysiłków, jakie należy podjąć, oraz zagrożeń czyhających na drodze do ich realizacji”.

W opinii Ginzberga [23] wybór zawodu jest procesem rozciągniętym w dłuższym czasie, ale mającym swoje korzenie we wczesnym dzieciństwie. Autor wyróżnia trzy główne okresy rozwojowe wyboru zawodu:

- I - wyboru próbnego na podstawie fantazji w stadium przedpubertalnym (do 11. roku życia);
- II - wyboru próbnego w stadium adolescencji (od 11 do 17 roku życia) wraz z podokresami: zainteresowań, zdolności, wartości, przejściowym;
- III - okres realistycznego wyboru od 17. roku życia do wczesnej dorosłości) wraz z podokresami: eksploracji, krystalizacji, specyfikacji.

Teoria była podważana oraz krytykowana i uzupełnił ją Super [cyt. za 4], który wyróżnił:

- I - stadium rośnięcia (od urodzenia do 14. roku życia), w którym pojęcie „ja” rozwija się na drodze identyfikacji dziecka z dominującymi postaciami w rodzinie i szkole;
- II- stadium eksploracji (15 – 24 rok życia), w którym młodzież „bada” sama siebie, przymierza się do różnych ról zawodowych w szkole i innych form aktywności;
- III - stadium stabilizacji (25 – 44 rok życia), gdy jednostka się w tym stadium znajduje odpowiedni dla siebie zakres pracy, czyni wysiłki, aby się w nim ustalić;
- IV- stadium zachowania status quo (45 – 65 rok życia), kiedy jednostka czyni starania o utrzymanie swego miejsca w świecie pracy;
- V - stadium schyłkowe (65. rok życia i więcej), kiedy wraz ze słabnięciem sił fizycznych, psychicznych zmienia się aktywność zawodowa człowieka, staje się on powoli bardziej obserwatorem niż uczestnikiem życia zawodowego.

1.2. Sylwetka zawodowa pielęgniarki

Decyzja wyboru „zawodu medycznego” ściśle wiąże się z podjęciem zobowiązania do przestrzegania pewnych zasad i wartości moralnych oraz poszanowania praw pacjentów. W związku z powyższym od studentów kierunków medycznych oraz pracowników ochrony zdrowia wymaga się nie tylko wysokiej kompetencji zawodowej, ale i odpowiednich cech charakteru, w tym między innymi zdolności empatii.

Koralewicz i wsp. [24] podkreśla, że opiekuńczy charakter zawodu sprzyja temu, że pielęgniarstwo wybierają głównie kobiety i dlatego w swojej pracy nadal nazywane są „siostrami”.

Motyka [25] uważa, iż niezwykle ważnym elementem profesjonalnego przygotowania pielęgniarek i lekarzy jest umiejętność dostrzegania emocjonalnych problemów pacjentów oraz umiejętność empatycznego reagowania na te problemy. Sprawowanie funkcji zawodowych pracowników ochrony zdrowia wiąże się bowiem z okazywaniem współczucia cierpiącym oraz zainteresowaniem i podejmowaniem trudu pomagania ludziom. W związku z tym współczesna medycyna przywiązuje olbrzymią wagę do kształcenia medyków w duchu holistycznego podejścia do chorego człowieka i uwzględniania w oddziaływaniu na niego szerokiego spektrum czynników natury biologicznej (mikroorganizmy), chemicznej, fizycznej i psychologiczno-socjologicznej.

W opinii Poznańskiej [26], podstawowym zadaniem i obowiązkiem personelu medycznego jest działanie dla dobra chorego człowieka, poprzez okazywaną mu życzliwość, nie szkoderanie oraz poszanowanie jego woli (przestrzeganie zasad autonomii pacjenta).

Według Osińskiej [27] najważniejszym zadaniem pielęgniarstwa jest „*opiekunicza troskliwość*”, rozumiana jako dbałość o kogoś, wrażliwość na jego ból i cierpienie, chronienie ludzkiej godności i człowieczeństwa, ciągłe poszukiwanie i odkrywanie nowych, lepszych rozwiązań dla osób oczekujących pomocy oraz rozpoznawanie jego indywidualnych i złożonych potrzeb.

Dobrowolska jest przekonana [28], że to w jaki sposób postrzega społeczeństwo zawód pielęgniarki, ewidentnie zależy od tego, jaką postawę pielęgniarki prezentują w swojej pracy zawodowej.

Codziennie zadania pielęgniarki w szpitalu są bardzo różnorodne. Jest ona odpowiedzialna za przyjmowanie pacjentów na oddział, za opiekę nad nimi, monitorowanie ich stanu zdrowia, wykonywanie zabiegów zaleconych przez lekarza, podawanie leków, sporządzanie dokumentacji medycznej, udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i szeregu innych zadań, które wymagają odpowiedzialności i skupienia. W związku z tym osoba wykonująca zawód pielęgniarki musi wyróżniać się wieloma różnymi cechami charakteru, jak np.:

- Cierpliwość - bez względu na to, jakim pacjentem będzie się musiała opiekować, pielęgniarka powinna wysłuchać go ze spokojem i pomóc na miarę swoich możliwości;
- Dyskrecja – pamiętać, że informacje o stanie zdrowia pacjenta to dane wrażliwe, a ich ujawnienie podważa zaufanie pacjenta do pracowników systemu ochrony zdrowia i jest karalne;

- Empatia - zdolność do rozumienia i wczuwania się w uczucia innych osób, niezbędna do budowania silnych i satysfakcjonujących relacji interpersonalnych;
- Kondycja psychiczna/wytrzymałość fizyczna – to bardzo ważna cecha, chociaż bardzo często niedoceniana. Pielęgniarka musi podnosić pacjenta, odbywa wielogodzinne dyżury w pozycji stojącej, musi przemieszczać się wiele razy pomiędzy salami w ciągu dyżuru, a to co znacząco obciąża kręgosłup, kończyny;
- Odporność emocjonalna - pielęgniarki stykają się ze stresującymi sytuacjami każdego dnia i muszą jakoś sobie z nimi radzić;
- Skrupulatność, dbałość o szczegóły – zawód pielęgniarki wiąże się z olbrzymią odpowiedzialnością za ludzkie życie i zdrowie, stąd musi być ona skupiona, dokładna przy podawaniu leków, prowadzeniu dokumentacji medycznej oraz wykonywaniu procedur medycznych;
- Spostrzegawczość - sytuacje kryzysowe są nieodłącznym elementem pracy pielęgniarki, stąd np. każda nagła zmiana w samopoczuciu pacjenta, zmiany ciśnienia tętniczego krwi, zblednięcie, trudności w poruszaniu, zaburzenia mowy itp. muszą być szybko wychwycone przez nią;
- Tolerancyjność – pacjenci mogą mieć różne poglądy polityczne i religijne oraz różne podejście do życia, ale te różnice światopoglądowe między podopiecznymi, a personelem medycznym nie mogą mieć wpływu na jakość opieki oraz charakter relacji z pacjentem;
- Troska o pacjentów – opiekuńczość jest głównym wyróżnikiem spośród wszystkich innych cech charakteru, pielęgniarka wykazująca prawdziwą troskę o to, jak czują się pacjenci, ma ogromny wpływ na jakość opieki nad pacjentami;
- Umiejętność krytycznego myślenia - pielęgniarka musi mieć zdolność „przefiltrowania” zdobytych informacji i umiejętność przełożenia teorii na praktykę;
- Umiejętność skoncentrowania się w pierwszej kolejności na kwestiach najważniejszych – umiejętność takiego planowania obowiązków aby, gdy jest to możliwe, znaleźć czas na regenerację;
- Umiejętność rozwiązywania problemów - pielęgniarka musi posiadać nie tylko wszechstronną wiedzę merytoryczną i praktyczną, ale także na temat tego, jak zachować się w sytuacji konfliktowej. Jest to kluczowa umiejętność, ponieważ pielęgniarki spędzając dużo czasu z pacjentami, są często osobami w głównej mierze odpowiedzialnymi za większość decyzji związanych z opieką nad pacjentami;

- Umiejętność zarządzania czasem – jest to istotna umiejętność w obliczu jednoczesowego pogodzenia opieki nad wieloma pacjentami, wykonywania obowiązków w stresujących warunkach, pilnowania priorytetów, wypełniania dokumentacji w czasie 12. godzinnych dyżurów;
- Zaangażowanie – pielęgniarka bywa powiernikiem swoich pacjentów. Wielu pacjentów, kiedy trafia do szpitala, jest dezorientowanych, zaleknionych i wówczas nieoceniona jest pomoc pielęgniarki;
- Zdolności komunikacyjne – to bardzo ważna umiejętność, bez umiejętności skutecznego komunikowania się, nie ma porozumienia, może dochodzić do błędów medycznych, pacjenci mogą czuć się zaniedbani, źle poinformowani, a to w konsekwencji może wpływać zarówno na ich sferę fizyczną, jak i psychiczną;
- Gotowość do podwyższania swoich kwalifikacji - rozwój medycyny wymaga konieczności ustawicznego rozwoju, nauki i zdobywania nowych umiejętności.

W opinii badanych przez Pierzak [29] dobra i wzorowa pielęgniarka charakteryzuje się przede wszystkim poczuciem odpowiedzialności, komunikatywnością oraz wiedzą teoretyczną i praktyczną.

Z kolei Kapała i wsp. [30] za dobrą pielęgniarką uważają osobę, która charakteryzuje się zdolnościami manualnymi, umiejętnościami przekazywania informacji medycznych, gotowością, życzliwością i troskliwością.

Studenci pierwszego, trzeciego i szóstego roku medycyny z badania Malik i wsp. [31] wśród cech psycho-fizycznych jakimi powinna charakteryzować się osoba wykonująca zawód pielęgniarki najczęściej wymieniali życzliwość, cierpliwość, opanowanie i optymizm. Podkreślali także, że zawód pielęgniarki powinien być powołaniem, zwłaszcza w kontekście służby drugiemu człowiekowi [31].

Kulczyńska, za Poznańska [cyt. za 26] przedstawiając wzorzec osobowościowy polskiej pielęgniarki, uznała że naczelnymi wartościami, którymi powinna się ona kierować w swojej pracy to jest pracowitość oraz dobroć (przejawy miłości bliźniego). Jej zdaniem pielęgniarkę powinno cechować [cyt. za 26]:

- poczucie odpowiedzialności za swoje postępowanie,
- przemyślane, stałe zasady moralne,
- poważne spojrzenie na życie.

Pielęgniarka powinna być [cyt. za 26]:

- sumienna,

- obowiązkowa,
- prawa,
- prawdomówna,
- uczciwa,
- mieć wysokie poczucie godności osobistej.

Z kolei Maksymowicz [32] analizując osobowość pielęgniarki sięgnęła do przymyśln Flornece Nightingale i zwróciła uwagę na rolę trzech elementów: inteligencji, intuicji zawodowej i zaangażowania. Spowodowało to, że powstał obraz pielęgniarki jako jednostki [32]:

- aktywnej,
- cierplivej,
- dojrzałej psychicznie,
- inteligentnej,
- kulturalnej,
- niekonfliktowej,
- odpowiedzialnej,
- przyjemnej,
- sprawnej,
- zrównoważonej,
- zdolnej [32].

1.3. Postrzeganie zawodu pielęgniarki

Pielęgniarstwo to zawód mający wielowiekową tradycję. Od wielu lat czynności wykonywane przez pielęgniarki cieszą się uznaniem społeczeństwa.

Kołodziej [33] do czynników określających/współokreślających prestiż zawodu pielęgniarki zalicza ściśle, historyczne powiązanie pielęgniarstwa, jako odrębnego zawodu, związanego z pracą kobiet oraz negatywną ocenę pracy fizycznej.

Devereux i Weiner [34] podkreślają, że lata 1860-1930 to okres, w którym pielęgniarstwo rozwijało się jako odrębny, świecki zawód kobiet, zwłaszcza niezamężnych kobiet i w związku uważano to za czynnik „zaniżający” jego status.

W opinii Grabskiej i Stefańskiej [35] model współczesnej pielęgniarki w dużej mierze zależy od kondycji systemu ochrony zdrowia oraz posiadanych przez pielęgniarkę specjalizacji.

Współczesne pielęgniarstwo przechodzi intensywny rozwój, a przystąpienie Polski do Unii Europejskiej związane było „z koniecznością dostosowania reguł funkcjonowania pielęgniarstwa do jej standardów. Główne zmiany dokonane w naszym kraju dotyczyły systemu edukacji pielęgniarek oraz zakresu ich kompetencji zawodowych” [36].

Zakres kompetencji pielęgniarek, za Tomaszewska [37], w stosunku do tradycyjnego podejścia znacznie poszerzył się w aspekcie obszarów działalności i wzrostu samodzielności zawodowej. Dotyczy to zwłaszcza ich samodzielności w podejmowaniu decyzji oraz działań, a także w realizacji zadań z obszaru edukacji i promocji zdrowia

Treścią działalności zawodowej współczesnej pielęgniarki, za Ciechaniewicz [38] jest udzielanie różnych świadczeń zdrowotnych - pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia. Zahradniczek [39] zauważa, że pielęgniarka udziela świadczeń zdrowotnych przede wszystkim poprzez:

- rozpoznawanie warunków i potrzeb zdrowotnych podopiecznego,
- rozpoznawanie problemów pielęgnacyjnych,
- sprawowanie opieki pielęgnacyjnej,
- edukację zdrowotną,
- realizację zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji,
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych.

Poszerzenie zakresu zadań i uprawnień pielęgniarki, jak podkreśla Górajek-Jóźwik [40] wymaga od nich ustawicznego doskonalenia zawodowego oraz dużej odpowiedzialności i samodzielności w działaniu. Warto pamiętać, że obecny odbiorca opieki pielęgniarstwa to już nie taki sam pacjent jak kiedyś. Obecnie posiada z reguły odpowiedni poziom wiedzy, jest bardziej świadomy swojej podmiotowości, co wymaga od pielęgniarek indywidualnego podejścia do jego choroby i problemu [40].

Uległy znacząco także relacji pielęgniarki z lekarzem. W ramach tradycyjnego podejścia do pielęgnowania wyróżniało się trzy różne modele tej relacji [41].

- I - to pielęgnowanie, wszystkie działania podejmowane przez pielęgniarkę względem podmiotu opieki są warunkowane decyzjami lekarza - wykonuje tylko to, co ma zapisane w karcie zleceń lekarskich, są to priorytetowe zadania, z których jest rozliczana;

- II – to pielęgnowanie podporządkowane specjalizacji czynnościowej pielęgniarki, gdy podporządkowana jest konkretnym czynnościom, jakie ma ona do wykonania podczas dyżuru. Ma wyznaczoną określoną rolę np. pielęgniarki opatrunkowej czy zabiegowej. Zajmuje się tylko wybranym fragmentem opieki, co uniemożliwia jej świadczenie pielęgnowania zindywidualizowanego i całościowego;
- III- to pielęgnowanie podporządkowane decyzji lekarza i specjalizacji czynnościowej pielęgniarki (połączenie modelu i i II). Lekarz jest osobą decydującą o tym, co, jak i kiedy powinno być wykonane u pacjenta, a prawidłowość wykonania zadań powierzonych pielęgniarcie nadzoruje pielęgniarka oddziałowa.

Malik i wsp. [31] postanowili ukazać obraz osoby pielęgniarki, głównie w kontekście interakcji pacjent – pielęgniarka – lekarz oraz ogólnie pielęgniarstwa jako zawodu, widzianego oczami 300 studentów pierwszego, trzeciego i szóstego roku medycyny. Opinie studentów medycyny na temat zawodu pielęgniarskiego koncentrowały się głównie na zagadnieniach dotyczących roli i znaczenia pielęgniarki jako profesjonalistki w zespole terapeutycznym, pełnionych przez nią zadań, charakteru relacji pomiędzy lekarzem i pielęgniarką (głównie w kategorii współpartnerstwa), jej cech psycho-fizycznych oraz niezbędnych umiejętności i kwalifikacji, jakie powinna posiadać osoba wykonująca ten zawód. Zdaniem studentów większość lekarzy nie dostrzega istotnej roli jaką pełni pielęgniarka w opiece nad chorym, pomniejszając jej pozycję w zespole terapeutycznym. Badani uważali, że współpraca pomiędzy lekarzem i pielęgniarką jest często niewłaściwa, co może być wynikiem wzajemnej niechęci, braku otwartości oraz mocno zakorzenionych w potocznej świadomości stereotypów. Ankietowane kobiety, studentki pierwszego i trzeciego roku, częściej niż mężczyźni udzielały opinii pozytywnych, w tym np. podkreślały, że działalność pielęgniarki jest niezbędna i niezastąpiona. Z kolei ankietowani mężczyźni, częściej podawali uwagi krytyczne, dotyczące głównie kwestii finansowych osób pracujących w tym zawodzie, postaw pielęgniarki wobec pacjenta oraz ich niskich kwalifikacji zawodowych [31].

W pielęgniarstwie nowoczesnym kluczowe znaczenie ma pielęgnowanie zindywidualizowane i całościowe – w myśl zasady „mój pacjent–moja pielęgniarka”, a wyrazem jest indywidualny plan opieki nad pacjentem, realizowany w określonej perspektywie czasowej i we współpracy z zespołem pielęgniarskim [42].

Górecka-Mazur [cyt. za 28] uważa, że pozytywnemu kreowaniu wizerunku pielęgniarki sprzyjają symbole zawodowe, natomiast negatywnemu - środki masowego

przekazu - „media niestety dość rzadko prezentują codzienną, ciężką, pełną trudu i poświęcenia pracę pielęgniarek. Głównie skupiają się na prezentowaniu niestosownych reklam, plakatów, stron internetowych, czy seriali, które przedstawiają zawężony obraz pielęgniarki i jej roli w systemie ochrony zdrowia. (...)”.

Powyższe potwierdza Żychowska [43] twierdząc, że media odgrywają współcześnie w kreowaniu wizerunku społecznego pielęgniarki znaczącą rolę i wykorzystują do tego różne formy przekazu (seriale, programy informacyjne, reklamy, programy rozrywkowe) [43].

W opinii młodzieży szkół licealnych badanych przez Franek i wsp. [44] wizerunek medialny nie zachęca do podjęcia pracy w profesji pielęgniarskiej (79%). Podobnie uważa Goss [45] twierdząc, że w mediach niestety pojawiają się przede wszystkim informacje o negatywnych aspektach zawodu pielęgniarki/pielęgniarskiego, czyli np. o strajkach, błędach popełnianych przez pielęgniarki, o ich skargach na niskie zarobki, o brakach kadrowych.

Respondenci z badania Sykut i Dobrowolskiej [46] najczęściej wskazywali, że w Internecie i radiu informacje dotyczą głównie strajków i protestów pielęgniarek (82,3% vs 73,5%), błędów popełnianych przez nie (61,9% vs 54,7%), czy braków kadrowych (68% vs 50,3%).

Wydra [47] podkreśla, że krzywdzące jest ukazywanie przez mass media, wizerunku pielęgniarki jako „osoby niedouczonej, mało inteligentnej, przebranej w tandetne ciuszki z atutami kobiecości na wierzchu, wciąż narzekającej na niskie pensje przy zbyt wysokim obciążeniu pracą”, a nie mówienie np. o jej wykształceniu na poziomie akademickim, czy ustawicznym kształceniu.

We wspomnianym badaniu Sykut i Dobrowolskiej [46] 66,3% respondentów potwierdziło, że wybrany rodzaj programu miał negatywny wpływ na budowanie wizerunku zawodu pielęgniarki, w tym 50,8% wskazało wiadomości oraz doniesienia ze świata, 21% - seriale paradokumentalne, 12,7% - seriale obyczajowe, a 8,8% - seriale komediowe.

Ciekawą analizę przeprowadzili Machul i wsp. [48], bowiem przeszukali bazy Google Scholar według słów kluczowych: Pielęgniarka, media, opinia społeczna, opinie pacjentów, pielęgniarstwo w Polsce, społeczeństwo, wizerunek pielęgniarki w Polsce, wizerunek pielęgniarki, wizerunek, zawód pielęgniarki w Polsce i wyłonili 10.663 rekordów, a po analizie tytułów i streszczeń tych prac, dalszym analizom poddali jedynie 19 artykułów. Analiza prac pokazała, że w Polsce wizerunek pielęgniarek i pielęgniarstwa jest uznawany przez różne grupy społeczne na poziomie średnim. Same pielęgniarki oceniały go jako średni i niski oraz zwracały uwagę na negatywny przekaz mediów na temat ich profesji. Wyżej niż

pielęgniarki oceniali pozycję tego zawodu inni przedstawiciele personelu medycznego oraz pacjenci [48].

W badaniu Jakubowskiej i Sykut [49] wzięło udział 219. kobiet i 44. mężczyzn, studentów, w tym kierunku pielęgniarstwo. Większość badanych 64,6% było zdania, że poprawa wizerunku zawodu pielęgniarki należy do samych pielęgniarek i pielęgniarzy. Na rolę organizacji zawodowych pielęgniarek i położnych w tym aspekcie wskazało 35,4% badanych. Zdaniem studentów także same pielęgniarki mogą wpływać na poprawę swojego wizerunku w mediach np. poprzez własny przykład (32%) oraz tworzenie rzetelnych blogów, forów społecznościowych, internetowych serwisów informacyjnych (26,2%) [49].

W badaniach Stachoń i Rybki [50] okazało się, że lepszym zaufaniem obdarzali pielęgniarki mężczyźni oraz osoby w wieku 31–50 lat.

Siwek i Nowak-Starz [51] badaniem objęły 120. osób (62. kobiety i 58. mężczyzn), zamieszkałych w województwie świętokrzyskim. Zaufanie społeczne wobec pielęgniarek było wyższe wśród kobiet po 30. roku życia (39%), a w grupie mężczyzn, bez względu na wiek, ponad 50% badanych wykazało wobec pielęgniarek zaufanie społeczne na wysokim poziomie [51].

W opinii pacjentów oddziałów zachowawczych przebadanych przez Moczydłowską i wsp. [52] pielęgniarka w grupie członków zespołu terapeutycznego jest osobą najbardziej przygotowaną do sprawowania opieki (42,7%), a według pacjentów oddziałów zabiegowych – najważniejszy jest lekarz (63,7%), a dopiero potem pielęgniarka (22,3%). Według pacjentów z oddziałów zabiegowych najistotniejsze czynności pielęgniarskie to: przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych (24,3%), usprawnianie pacjentów (15,0%), pomiar ciśnienia (11,0%) i czynności higieniczne (11,0%). Z kolei grupa pacjentów z oddziałów zachowawczych za najważniejsze uznała: pomaganie pacjentowi w czynnościach samoobsługowych (19,7%), przygotowanie do badań diagnostycznych (18,3%), usprawnianie pacjentów i wykonywanie iniekcji (12,3%). Pacjenci najbardziej oczekiwali od pielęgniarek takich cech jak: budzenie zaufania (77,7%), bezinteresowność (64,0%), opiekuńczość (59,5%), poszanowanie godności (59,0%) [32].

W badaniach Strzeleckiej i Nowak-Starz [53] 52,6% pacjentów uważało, że pielęgniarki to osoby miłe, uprzejme, pomocne i ponad 40% badanych oceniło pozytywnie ich pracę.

Mieszkańcy województwa małopolskiego badani przez Siwek i wsp. [54] uważali, że pielęgniarki odznaczają się takimi cechami osobistymi jak: wysoki poziom wiedzy (34%), opiekuńczość (29%) oraz profesjonalizm (26%) [16].

Z kolei grupa pacjentów z oddziału chirurgii jednego dnia badanych przez Kołpę i wsp. [55] twierdziła, że pielęgniarki cechują się: zaangażowaniem emocjonalnym, współczuciem, fachowością, niesieniem spokoju, przynoszeniem ulgi.

Koralewicz i wsp. [24] badaniem objęli 542. studentów pielęgniarstwa z całej Polski i okazało się, że część respondentów uznała, że pielęgniarką powinna być osoba schludna, mająca czysty, wyprasowany mundurek, zadbane dłonie, ładną fryzurę i delikatny makijaż oraz być uśmiechnięta, elegancka, wysportowana, wypoczęta i wyspana. Poza tym powinna być empatyczna i cierpliwa. Inni studenci za „typową” polską pielęgniarkę uznali korpulentną kobietę (36,3%), z zadbaną fryzurą i makijażem (36,3%) , raczej nie dbającą o wygląd zewnętrzny (31,9%). Jeszcze inna grupa stwierdziła, że „typowa” polska pielęgniarka to szczupła kobieta, z ładną fryzurą i makijażem (23,8%). Jeszcze inni twierdzili, że to szczupła kobieta nie dbająca o wygląd zewnętrzny (7,9%). Większość (60,5%) studentów uznała, że pielęgniarka to kobieta w średnim wieku, lub że jest to starsza kobieta (38,6%), a jedynie 0,9% wyobrażała sobie typową pielęgniarkę, jako młodą kobietę [24].

W pierwszych badaniach polskich z roku 1958 zawód pielęgniarki zajął 13. miejsce (lekarz — 2. miejsce) w hierarchii prestiżu społeczno-zawodowego, podczas gdy w roku 1999 było to już 6. miejsce (lekarz — jak poprzednio: 2. miejsce) [56]. Według Centrum Badania Opinii Społecznej w roku 2009 pielęgniarki uplasowały się na 4. miejscu (lekarze na 5.). Jednocześnie szacunek dla pielęgniarek deklarowało ponad trzy czwarte Polaków [57].

Z kolei według badania CBOS z 2013 roku przeprowadzonego metodą wywiadów bezpośrednich (*face-to-face*) wspomaganych komputerowo (CAPI) na liczącej 904. osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski pierwsze miejsce w rankingu profesji cieszących się największym uznaniem społecznym zajął strażak (87% deklaracji dużego poważania). Zawód pielęgniarki zajął 6 miejsce osiągając 78% poważania i wyprzedził zawód lekarza - 71% poważania [58].

Według raportu Centrum Badań Opinii Społecznej z 2019 roku, z badania przeprowadzonego metodą wywiadów bezpośrednich wspomaganych komputerowo na liczącej 965. osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski, największym społecznym uznaniem cieszył się strażak (94%), a następnie pielęgniarka (89%). W ciągu ostatnich sześciu lat nastąpiły jednakże dosyć wyraźne zmiany w deklarowanym poważaniu poszczególnych profesji. Strażak i pielęgniarka zyskały na prestiżu o odpowiednio 7. i 11. punktów procentowych [59].

Z czwartej edycji badania „Ranking prestiżu zawodów i specjalności” przeprowadzonego przez agencję SW Research w roku 2024 wynika, że w kategorii

najbardziej poważanych lekarze (75,5%) uklassowali się na trzecim, a pielęgniarki (75,2%) na czwartym miejscu [60].

2. ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

Praca zawodowa jest jedną z najważniejszych form działalności człowieka i może wpływać na niego zarówno pozytywnie, jak też być źródłem dyskomfortu psychicznego i frustracji. Kondycja zdrowotna pracownika zależy przede wszystkim od jego umiejętności radzenia sobie w sytuacjach stresujących. Z kolei jakość zwalczania sytuacji stresowych zależy od postrzegania samego siebie oraz własnych potencjalnych możliwości, w kontekście konkretnej sytuacji stresowej.

W ostatnim okresie ewidentnie wzrosło zainteresowanie występowaniem stresu w środowisku pracy medyków, ponieważ ta grupa zawodowa narażona jest na oddziaływanie różnych czynników stresogennych związanych z ratowaniem życia pacjentów

Rola i zadania pracowników ochrony zdrowia zmieniają się od wieków, ewoluując wraz z postępowaniem medycyny i transformacji społecznych. To, co jest stałe w oczekiwaniach względem kadry medycznej to dbałość o wykonywanie procedur medycznych, profesjonalizm, cierpliwość, wrażliwość, zdolność empatii, zdolność adaptacji do nowych warunków, łatwość nawiązywania kontaktów, a także szczególne umiejętności z zakresu komunikacji uwzględniające postawę etyczną. Tak wysokie wymagania skutkują większym narażeniem na wyczerpanie psychiczne i fizyczne.

Medycy na co dzień stykają się z całym wachlarzem problemów, które znacznie wykraczają swoim zasięgiem poza granice problemów medycznych. Nierzadko mają naturę psychologiczną, bądź społeczną, odnosząc się do egzystencjonalnych doznań, jakie stanowią np. narodziny, choroba i śmierć.

Dostrzega się takie czynniki mogące wpływać na zwiększone odczuwanie stresu w zawodach medycznych jak: opiekę nad pacjentami, obciążenie psychiczne będące konsekwencją ponoszonej odpowiedzialności za podejmowane decyzje, zmiany środowiska pracy, odpowiedzialność, bycie w ciągłej czujności i pod kontrolą otoczenia oraz interakcje z innymi współpracownikami – lekarzami, personelem pomocniczym, ale także z administracją, osobami zarządzającymi daną placówką, z pacjentami i ich rodzinami.

Warunkiem satysfakcji z wykonywanej pracy jest niewątpliwie zapobieganie negatywnym skutkom stresu i radzenie sobie z nimi. Można stosować różne mechanizmy pozwalające na przetrwanie stresu, zminimalizowanie lub uniknięcie go oraz na zmianę danej sytuacji na mniej stresorodną. Takie działania powinny być już podejmowane w trakcie studiów na kierunkach medycznych, np. nauka sposobów radzenia sobie z emocjami

ujawniającymi się w sytuacjach trudnych, umiejętności komunikowania się, wyrażania swoich uczuć w zespole, w kontakcie z pacjentem i jego rodziną. Celowe wydaje się edukowanie już w kształceniu przed dyplomowym w zakresie sposobów postępowania nie doprowadzających do rozwoju zaburzeń fizycznych i psychicznych ze strony organizmu oraz metod jakie można używać w praktyce pielęgniarskiej, aby być empatycznym, zarówno w stosunku do pacjentów, jak i do współpracowników.

2.1. Cel pracy

Ocena predyspozycji studentów kierunków medycznych do wykonywania przyszłego zawodu i radzenia sobie z emocjami ujawniającymi się w sytuacjach trudnych

2.1.1. Cele szczegółowe- sprawdzenie

1. Czy badani studenci kierunku pielęgniarstwo mieli powiązania rodzinne ze środowiskiem medycznym?
2. Czy badani studenci byli zadowoleni z wyboru kierunku studiów i czy rozważają jego zmianę?
3. Jakie argumenty przeważyły za podjęciem studiów na kierunku pielęgniarstwo?
4. Kto zdaniem badanych powinien wykonywać zawód pielęgniarki?
5. Jaki poziom satysfakcji z życia, sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych, własnej skuteczności, kontroli negatywnych emocji, poziom empatii, poziom asertywności, poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, konfliktowej osobowości, samooceny
6. Czy rodzinne powiązania medyczne wpływały na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości, samoocenę?
7. Czy motyw wyboru pielęgniarstwa jako kierunku studiów wpływał na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości, samoocenę?
8. Czy istniały korelacje pomiędzy prezentowaną satysfakcją z życia studentów, stosowaniem poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciem własnej

skuteczności, kontrolą emocji, poziomem rozumienia empatycznego, poziomem asertywności, zdolnościami komunikacyjnymi, konfliktowością osobowości i samooceną?

2.1.1.1. Hipotezy badawcze

Hipoteza 1 - Studenci kierunku pielęgniarstwo mieli powiązania ze środowiskiem medycznym.

Hipoteza 2 - Badani studenci byli zadowoleni z wyboru kierunku studiów i nie rozważają jego zmiany.

Hipoteza 3 - Głównym argumentami które przeważały za podjęciem studiów na kierunku pielęgniarstwo były własne zainteresowania badanych, pewność dobrej pracy.

Hipoteza 4 - W opinii badanych wykonywać zawód pielęgniarki powinna osoba z tzw. powołaniem, empatyczna, cierpliwa, sumienna, odpowiedzialna.

Hipoteza 5 - Badani przejawiają przeciętny poziom satysfakcji z życia, styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem, przeciętny poziom własnej skuteczności i kontroli negatywnych emocji, wysoki poziom empatii i asertywności, niski poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, średni poziom konfliktowej osobowości, przeciętny poziom samooceny.

Hipoteza 6 - Rodzinne powiązania medyczne wpływają na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości i samoocenę.

Hipoteza 7 - Motyw wyboru kierunku pielęgniarstwa jako kierunku wpływał na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości, samoocenę.

Hipoteza 8 - Pomędzy prezentowaną satysfakcją z życia studentów, stosowaniem poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciem własnej skuteczności, kontrolą emocji, poziomem rozumienia empatycznego, poziomem asertywności, zdolnościami komunikacyjnymi, konfliktowością osobowości i samooceną istnieją wzajemne korelacje.

3. MATERIAŁ I METODA

Badanie wykonano metodą sondażu diagnostycznego, w grupie 675. studentów kierunku pielęgniarstwo: Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i Wydział Nauk Medycznych i Nauk o Zdrowiu Uniwersytet w Siedlcach, z wykorzystaniem ankiety autorstwa własnego oraz narzędzi standaryzowanych zakupionych w Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego sp. z o. o. ul. Belwederska 6A, 00-762 Warszawa.

Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku Nr APK.002.251.2024 stanowiącą załącznik nr 1 w Aneksie.

3.1. Narzędzia badawcze

Narzędzia badawcze stanowiły:

1. Ankieta autorstwa własnego, stanowiąca załącznik nr 2 w Aneksie;
2. Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE) wg Węglińskiego, stanowiący załącznik nr 3 w Aneksie;
3. Skala Satysfakcji z Życia (*SWLS* - The Satisfaction with Life Scale), stanowiący załącznik nr 4 w Aneksie;
4. Test asertywności, stanowiący załącznik nr 5 w Aneksie;
5. Test stylu podejmowania decyzji, stanowiący załącznik nr 6 w Aneksie;
6. Test oceny zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, stanowiący załącznik nr 7 w Aneksie;
7. Test oceny konfliktowej osobowości, stanowiący załącznik nr 8 w Aneksie;
8. Test samooceny własnej osoby, stanowiący załącznik nr 9 w Aneksie;
9. Kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*), stanowiący załącznik nr 10 w Aneksie;
10. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności *Schwarzera i wsp.*, stanowiący załącznik nr 11 w Aneksie;
11. Skala kontroli emocji CECS M. Watson i S. Greer, stanowiąca załącznik nr 12 w Aneksie.

3.1.1 Ankieta autorstwa własnego

Ankieta składająca się z części ogólnej i części oceniającej motywację podjęcia studiów.

3.1.2. Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE) Wg Węglińskiego

Kwestionariusz oparty jest na koncepcji empatii rozumianej, jako syndrom emocjonalno-poznawczy. Do emocjonalnych (uczuciowych) składników empatii autor testu zalicza: wrażliwość na uczucia innych osób, zdolność do uczestniczenia w cudzych emocjach, czasową identyfikację ze statusem innych. Za poznawcze składniki empatii uważa: uznanie punktu widzenia innych osób i przyjmowanie ich społecznej roli.

Ostatecznie Węgliński wyodrębnił pięć następujących tendencji empatycznych: współdziewczenie emocjonalne z innymi ludźmi, sympatyzowanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwość na przeżycia innych ludzi, wczuwanie się w przeżycia innych oraz gotowość poświęcenia się dla innych.

Test składa się z 33 itemów, na które badany udzielał odpowiedzi: „tak”, „raczej tak”, „raczej nie”, „nie”. Przy obliczaniu wyników przyjęto czterostopniową skalę ocen każdego twierdzenia inwentarza, wykorzystując przeliczniki wg wzoru A lub B oraz w zależności od płci. Wzór A, dostosowany jest do pytań 1—12, 14—19, 21—26, 31—33, gdy odpowiedzią diagnostyczną jest „tak”. Punkty oblicza się zgodnie z zasadą: „tak” — 3 pkt, „raczej tak” — 2 pkt, „raczej nie” — 1 pkt, „nie” — 0 pkt. Wzór B, do pytań: 13, 20, 27, 28, 29, 30, gdy odpowiedzią diagnostyczną jest „Nie”. Punkty przydziela się według wzoru: „nie” — 3 pkt, „raczej nie” — 2 pkt, „raczej tak” — 1 pkt., „tak” — 0 pkt. Wyniki końcowe zawierają się między 0 a 99, gdzie im wyższy wynik wskazuje na wyższy poziom empatii, a odpowiednim grupom powyższych wartości przypisane są steny od 10 do 1.

Badania Węglińskiego wykazały zadowalającą rzetelność i trafność testu. Stwierdzono przy tym, że empatia mierzona kwestionariuszem KRE koreluje dodatnio z obserwowalnymi przejawami zachowań prospołecznych, altruizmu, życzliwości, opieki oraz ujemnie z zachowaniami o charakterze agresywnym i egoistycznym i różnicuje badanych ze względu na płeć i „wykolejenie społeczne” [61,62,63].

3.1.3. Skala Satysfakcji z Życia (SWLS - The Satisfaction with Life Scale)

Opracowana przez Dienera, Emmons, Larsena, Griffina, w adaptacji polskiej przez Juczyńskiego zawiera pięć stwierdzeń. Badany ocenia w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia: 1 - zupełnie nie zgadzam się, 2 - nie zgadzam się, 3 - raczej nie zgadzam się, 4 - ani się zgadzam ani nie zgadzam, 5 - raczej zgadzam się, 6 - zgadzam się oraz 7 - całkowicie zgadzam się.

Wskaźnik rzetelności (alfa Cronbacha) SWLS, ustalony w badaniu 371 osób dorosłych okazał się zadowalający (0,81). Wskaźnik stałości skali, ustalony w dwukrotnym badaniu grupy 30 osób w odstępie sześciu tygodni, wyniósł 0,86.

Uzyskane oceny podlegały zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznacza stopień satysfakcji z własnego życia. Zakres wyników mieści się w granicach od 5 do 35 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie satysfakcji z życia:

- 5-9 pkt. - osoba zdecydowanie niezadowolona ze swojego życia;
- 10-14 pkt. - osoba bardzo niezadowolona ze swojego życia;
- 15-19 pkt. - osoba raczej niezadowolona ze swojego życia;
- 20 pkt. - osoba ani zadowolona, ani niezadowolona;
- 21-25 pkt. - osoba raczej zadowolona ze swojego życia;
- 26-30 pkt. - osoba bardzo zadowolona ze swojego życia;
- 31-35 pkt. - osoba zdecydowanie zadowolona ze swojego życia

Wyniki przekształcono na jednostki standaryzowane w oparciu o poniższą Tabelę 1.

Tabela 1. Stopień satysfakcji z własnego życia.

Wynik surowy	Sten
5-9	1
10-11	2
12-14	3
15-17	4
18-20	5
21-23	6
24-26	7
27-28	8
29-30	9
31-35	10

W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową. Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie,
- 5 i 6 stena – jako przeciętne,
- 7-10 stena- jako wysokie [64].

3.1.4. Test asertywności

Test składający się z 26 pytań, z których każde ma dwie wersje odpowiedzi A lub B. Wynik testu oblicza się na podstawie rodzaju wybranej odpowiedzi na zadane pytanie. o asertywności świadczy następujący wybór: 1 B, 2 A, 3 A, 4 A, 5 A, 6 B, 7 B, 8 B, 9 A, 10 B, 11 A, 12 A, 13 B, 14 B, 15 A, 16 A, 17 A, 18 B, 19 A, 20 B, 21 B, 22 B, 23 B, 24 A, 25 B, 26 B [65].

3.1.5. Test stylu podejmowania decyzji

Test składający się z 23 pytań. Badany na każde pytanie może wybrać jedną odpowiedzi: A lub B. O rezultacie decyduje przewaga odpowiedzi A lub B.

Przewaga odpowiedzi „A” – przedstawiciele myślącego typu - są to osoby zawsze trzeźwo patrzące na świat lub uważające się za takich. Swoje decyzje podejmują na podstawie logicznej analizy obiektywnych faktów, przy czym są skłonni rozpatrywać najmniejsze detale i te, które są nieprzyjemne. Uczucia dla nich nie mają większego znaczenia. Skłonni są jednak uwzględniać cudze idee, ale wówczas nie obchodzą ich cudze emocje. Harmonijne stosunki z otoczeniem nie są dla nich zbyt ważne. Z łatwością krytykują innych, jeśli widzą, że mają ku temu podstawę. Mogą zranić czyjeś uczucia i nawet tego nie zauważą. Kiedy przyjęte przez nich działania okażą się trafne, czują się spełnieni i zadowoleni, przy czym liczą, że otoczenie uzna ich zasługi.

Przewaga odpowiedzi ‘B’ - przedstawiciele typu emocjonalnego lub uczuciowego – są to osoby w większym stopniu zorientowane na osobiste etyczne wartości każdego człowieka. Uważają, że logika jest niedostatecznym instrumentem przy podejmowaniu decyzji. Dlatego podejmując działania, starają się uwzględniać uwagi i uczucia wszystkich, którzy mają związek ze sprawą. Uczucia, stosunek do sprawy cenią bardziej, aniżeli wkład czy pozytywne idee. Dziesięć razy pomyślą, jakie uczucia, emocje to działanie wyzwała u innych. Konkluzji dokonują na podstawie etycznych ocen. Harmonijne stosunki z otoczeniem to ważna dla nich

część życia. Dlatego przy współpracy z innymi są taktowni, delikatni, współczujący. Drobnostki sprawiają im radość. Uciekają od nieprzyjemności, a tym bardziej od krytyki. Mają zdolność rozumienia innych, dlatego chętnie zawierają nowe znajomości [66].

3.1.6. Test oceny zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych

Test – składający się z 40 pytań. Badany na każde pytanie może wybrać jedną odpowiedź: „tak” lub „nie”. Uzyskane oceny podlegają zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznacza stopień zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych.

Zdolności komunikacyjne określają odpowiedzi :

- „tak” na pytania: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25, 29, 33, 37
- „nie” na pytania: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27, 31, 35, 39

Zdolności organizacyjne określają odpowiedzi:

- „tak” na pytania 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26, 30, 34, 38
- „nie” na pytania: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40

Na stopień zdolności wskazuje odsetek odpowiedzi zgodnych z powyższym wykazem.

Skala ocen zdolności komunikacyjnych:

- 10%–45 % – bardzo niski,
- 46%–55% – niski,
- 56%–65% – średni,
- 66%–75% – wysoki,
- 76%–100% – bardzo wysoki.

Skala ocen skłonności organizacyjnych:

- 20%–55% – bardzo niski,
- 56%–65% – niski,
- 66%–70% – średni,
- 71%–80% – wysoki,
- 81%–100% – bardzo wysoki [66].

3.1.7. Test oceny konfliktowej osobowości

Test składa się z 11 pytań. Badany na każde pytanie może wybrać jedną odpowiedź: A, B lub C. Za każdą z nich otrzymuje odpowiednią punktację: A – 4 pkt; B – 2 pkt; C – 0 pkt.

Uzyskane oceny podlegają zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznacza stopień konfliktowej osobowości. Zakres wyników mieści się w granicach od 0 do 44 punktów: Od 44 do 34 punktów – Konfliktowość poniżej normy, słaba stanowczość. Taka osoba stara się być przyjazna dla swoich kolegów, rodzeństwa, rodziców, ale tylko wtedy, gdy oni sami proszą ją o pomoc, w przeciwnym przypadku zachowuje się biernie. Często w sytuacji konfliktowej czuje się zagubiona i nie wie, jak udzielić pomocy innym. Dlatego własną postawą i zachowaniem traci szacunek u innych. Od 32 do 16 punktów – Konfliktowość w normie. Taka osoba wchodzi w konflikt tylko wtedy, jeśli jest absolutnie pewna swojej racji i gdy sytuacja wymaga natychmiastowej reakcji. Jeśli konflikt nie zakłóca jej interesów, stara się go ominąć. Poniżej 14 punktów – Podwyższona konfliktowość. Taka osoba wchodzi w konflikt bez powodu i z powodem, przeszkadza sobie i otoczeniu. Być może występuje u niej kompleks niedoceniań [66].

3.1.8. Test samooceny własnej osoby

Test składający się z 32 pytań. Badany na każde pytanie może wybrać jedną odpowiedź, za którą otrzymuje odpowiednią liczbę punktów: bardzo często - 4 pkt., często - 3 pkt., czasami -2 pkt., rzadko -1 pkt. i nigdy - 0 pkt.

Uzyskane oceny podlegają zsumowaniu, zaś ogólny wynik oznacza stopień samooceny własnej osoby [66].

3.1.9. Kwestionariusz CISS (Coping Inventory for Stressful Situations)

Kwestionariusz Endlera i Parkera, służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. W badaniach wykorzystano polską adaptację przygotowaną przez Szczepaniaka, Wrześniewskiego oraz Strelau [67].

Autorzy kwestionariusza wskazują na występowanie różnych, osobniczo zależnych stylów radzenia sobie ze stresem.

Narzędzie to bada trzy style radzenia sobie ze stresem: styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ), styl skoncentrowany na emocjach (SSE), styl skoncentrowany na unikaniu

(SSU). Styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem polega na podejmowaniu zadań, zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji trudnych. Styl skoncentrowany na emocjach jest charakterystyczny dla osób, które w sytuacjach stresowych koncentrują uwagę na sobie i na własnych emocjach. Osoby te często wpadają w złość, mają poczucie winy, są przygnębione. Styl radzenia sobie ze stresem określany mianem unikowego polega na wystrzeganiu się myślenia o sytuacjach trudnych powodujących niepokój. Styl unikowy może przybierać dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), np: oglądanie telewizji, objadanie się lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

Każdy aspekt stylu radzenia sobie ze stresem składał się z 16 itemów, badane osoby mogą uzyskać w każdym z nich od 16 do 80 punktów.

Otrzymane wyniki przedstawiano także w skali stenowej zgodnie z normami dla odpowiednich przedziałów wiekowych. Skalę stenową (od. ang. standard ten - standardowa dziesiątka) cechują następujące parametry: średnia=5,5; odchylenie standardowe=2,0. Składa się ona z 10 jednostek (stenów). Jedna jednostka równa się 0,5 odchylenia standardowego. Każdej jednostce skali odpowiada pewien procent powierzchni pod krzywą normalną rozkładu wyników. Wyniki z przedziału 5-6 stenów traktuje się jako przeciętne, wyniki z przedziału 7-10 stenów uważa się za wysokie, a wyniki z przedziału 1-4 stenów uważa się za niskie [67].

3.1.10. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności -GSES

Skala składa się z 10 stwierdzeń, które wchodzą w skład jednego czynnika i przeznaczona do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych.

Mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. *Poczucie własnej skuteczności* pozwala przewidywać intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych. Ogólnie można stwierdzić, że spostrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w różnych obszarach zachowań zdrowotnych. Zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne, jak i aktualne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniami dotyczącymi własnej skuteczności. Równocześnie przekonania dotyczące skuteczności wpływają na ocenę osobistych zasobów jednostki w sytuacji stresowej.

Jak podkreślają Locke i Latham, im silniejsze są przekonania dotyczące własnej skuteczności, tym wyższe cele stawiają sobie ludzie i tym silniejsze jest ich zaangażowanie w zamierzone zachowanie nawet w obliczu piętrzących się porażek. Badany zaznacza wybrane przez siebie odpowiedzi otaczając kółkiem właściwą cyfrę. Na każde pytanie są do wyboru cztery odpowiedzi: nie -1, raczej nie - 2, raczej tak - 3, tak - 4.

Suma wszystkich punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który może się mieścić w granicach od 10 do 40 punktów.

Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności. w interpretacji można uzyskany wynik badania porównać z wynikami średnimi próbki normalizacyjnej lub odpowiedniej grupy klinicznej [64].

Tabela 2. GSES:średnie, odchylenia standardowe oraz współczynniki mocy dyskryminacyjnej (N=496).

Numer pozycji	,	M	SD	współczynnik mocy dyskryminacyjnej
1		2,90	0,86	0,49
2		2,54	0,82	0,47
3		2,65	0,81	0,51
4		2,51	0,83	0,59
5		2,72	0,84	0,60
6		3,04	0,73	0,55
7		2,74	0,83	0,54
8		2,80	0,80	0,55
9		2,65	0,83	0,63
10		2,76	0,78	0,60
Wynik ogólny		27,32	5,31	0,85

Tabela 3. GSES: średnie wartości poczucia własnej skuteczności grup klinicznych.

Grupa	N	M	SD	% wyników	
				niskich (1-4 sten)	wysokich (7-10 sten)
Diabetycy	70	28,34	5,35	26	43
Pacjenci dializowani	31	27,16	4,91	22	32
Mężczyźni po zawale mięśnia serca	42	26,57	6,38	36	35
Kobiety z rozpoznaniem migreny	30	28,57	4,12	20	46
Kobiety w ciąży powikłanej	61	26,90	4,84	35	26
Kobiety w okresie menopauzy	50	26,12	5,47	42	24
Kobiety po mastektomii	30	30,07	3,85	10	60

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane, podlegał interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową .

Wyniki w granicach:

- 1 - 4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie
- 7 - 10 stena - jako wysokie
- 5 i 6 stena - jako przeciętne.

Tabela 4. GSES: średnie wartości poczucia własnej skuteczności grup klinicznych.

Wynik surowy	Sten
10-16	1
17-19	2
20-21	3
22-24	4
25-27	5
28-29	6
30-32	7
33-35	8
36-37	9
38-40	10

Skala charakteryzuje się wysokim współczynnikiem α Cronbacha – 0,85 [64].

3.1.11. Skala kontroli emocji CECS

Skala w polskiej adaptacji Juczyńskiego, służy do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych. Jej istotę stanowi określenie, w jakim stopniu jednostka jest subiektywnie przekonana o umiejętności kontrolowania swoich reakcji w sytuacji doświadczania określonych emocji negatywnych. Skala CECS składa się z trzech podskal, z których każda zawiera siedem stwierdzeń dotyczących sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku.

Badany określał częstotliwość występowania podanego sposobu wyrażania swoich emocji na skali czterostopniowej, od „prawie nigdy” - 1 punkt do „prawie zawsze” - 4 punkty. Zakres wyników każdej z trzech podskal wynosi od 7 do 28 punktów. Sumując wyniki wszystkich trzech podskal ustala się *ogólny wskaźnik kontroli emocji*, oznaczający subiektywne przekonanie jednostki co do umiejętności kontrolowania swoich reakcji w sytuacji doświadczania określonych emocji negatywnych.

Ogólny wskaźnik kontroli emocji mieści się w granicach 21-84 punktów. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji.

Rzetelność skali oceniono poprzez oszacowanie jej zgodności wewnętrznej i stabilności bezwzględnej - współczynniki *alfa* Cronbacha: dla kontroli gniewu - 0,80; depresji - 0,77; lęku - 0,78; oraz dla łącznego wskaźnika kontroli emocji - 0,87. [64].

3.2. Charakterystyka grupy badanej

Celem badania ankietowego była ocena motywacji do podjęcia studiów, studentów kierunku pielęgniarstwa oraz ocena predyspozycji studentów pielęgniarstwa do wykonywania przyszłego zawodu.

Ankiety wypełniło 675 osób, ale nie wszystkie osoby odpowiadały na poszczególne pytania, więc zwykle w analizach uwzględniano o kilkanaście osób mniej.

W tej części przedstawiono ogólną charakterystykę badanej zbiorowości.

W badanej zbiorowości dominowały kobiety, stanowiąc prawie 94% wszystkich ankietowanych osób (Tabela 5).

Tabela 5. Płeć respondentów.

Płeć	N	%
kobieta	634	93,9%
mężczyzna	41	6,1%

Nieco więcej niż połowa ankietowanych osób studiowało na studiach I stopnia. W badanej grupie dominowały osoby z I roku (Tabela 6).

Tabela 6. Specyfika studiów respondentów.

	N	%
Studia		
I stopnia	377	55,9%
II stopnia	298	44,1%
Rok studiów		
I	357	52,9%
II	272	40,3%
III	46	6,8%

Rozkład wieku ankietowanych osób przedstawiono w formie zestawienia statystyk opisowych. z poniższego zestawienia wynika, że co czwarta osoba miała co najmniej 33 lata (Tabela 7).

Rozkład wieku przedstawiono też w formie zestawienia procentowego, po zgrupowania danych w 5. letnie przedziały wiekowe. Ponad połowa ankietowanych studentów liczyła 20-24 lata (Tabela 7).

Tabela 7. Wiek respondentów.

Wiek [lata]		N	%			
<20		43	6,4%			
20-24		348	51,5%			
25-29		83	12,3%			
30-34		52	7,7%			
35-39		64	9,5%			
≥40		85	12,6%			
Wiek [lata]						
\bar{x}	Me	<i>s</i>	<i>c</i> ₂₅	<i>c</i> ₇₅	min	max
27,7	24	8,9	21	33	18	61

Co czwarta osoba zamieszkiwała na wsi, a najwięcej badanych pochodziło z dużego miasta (41,2%). Wyniki obrazuje Tabela 8.

Tabela 8. Miejsce zamieszkania respondentów.

Miejsce zamieszkania	N	%
duże miasto	276	41,2%
małe miasto	223	33,0%
wieś	174	25,8%

Większość studentów deklarowała bardzo dobrą (20,7%) lub dobrą sytuację materialną (57%). Wyniki obrazuje Tabela 9.

Tabela 9. Sytuacja materialna respondentów.

Sytuacja materialna	N	%
bardzo dobra	140	20,7%
dobra	385	57,0%
przeciętna	133	19,7%
raczej zła	4	0,6%
zła	6	0,9%
nie potrafię ocenić	7	1,0%

Większość ojców posiadało wykształcenie zawodowe (32,1%), a matek- wykształcenie średnie (31,3%). Pozostałe wyniki obrazuje Tabela 10.

Tabela 10. Wykształcenie rodziców badanych.

Wykształcenie rodziców	Ojciec		Matka	
	N	%	N	%
wyższe medyczne	86	12,7%	87	12,9%
wyższe niemedyczne	117	17,3%	125	19,1%
licencjat	57	8,4%	60	9,1%
średnie	188	27,9%	206	31,3%
zawodowe	217	32,1%	187	28,5%
nie wiem	10	1,5%	10	1,5%

Bardzo niewielka liczba ankietowanych mieszkała w akademikach (3,3%), a największa – w swoim domu rodzinnym Tabela 11.

Tabela 11. Miejsce zamieszkania w trakcie studiów.

Miejsce zamieszkania podczas studiów	N	%
studia w miejscu zamieszkania	258	38,2%
codzienne dojazdy	236	35,0%
w domu studenckim	22	3,3%
na stacji	159	23,5%

3.3. Analiza statystyczna

Wyznaczone zostały wybrane charakterystyki liczbowe badanych parametrów, oto ich opis:

- średnia arytmetyczna – przeciętny poziom zmiennej;
- mediana (wartość środkowa) – połowa pomiarów osiąga wartości mniejsze a połowa większe od mediany;
- wartość największa (maksimum) i najmniejsza (minimum);
- odchylenie standardowe (s) – jest to miara „przeciętnego” odchylenia od wartości średniej;
- dolny i górny kwartył (c_{25} i c_{75}) – są to wartości poniżej (powyżej) której leży co czwarty pomiar danej cechy.

Wykorzystano także współczynnik korelacji rang Spearmana służy do badania zależności pomiędzy dwoma cechami liczbowymi i jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału od - 1 do 1. Jest odporny na występowanie obserwacji odstających i „wykrywa” zależności mające charakter monotoniczny (nie tylko liniowy jak klasyczny współczynnik korelacji liniowej), o sile korelacji świadczy wartość bezwzględna współczynnika a znak o jego kierunku. Tak więc, współczynniki korelacji 0,9 czy -0,9 świadczą o tej samej (bardzo wysokiej sile korelacji), choć wnioski wyciągane na ich podstawie będą przeciwstawne – w pierwszym przypadku wraz ze wzrostem wartości jednej cechy wartości drugiej też rosną, a w drugim przypadku spadają.

W niektórych źródłach przyjmuje się następującą skalę przymiotnikową, dotyczącą siły korelacji:

- $|r_S| < 0,3$ – brak korelacji;
- $0,3 \leq |r_S| < 0,5$ – słaba korelacja;
- $0,5 \leq |r_S| < 0,7$ – przeciętna korelacja;
- $0,7 \leq |r_S| < 0,9$ – silna korelacja;
- $0,9 \leq |r_S| < 1$ – bardzo silna korelacja;
- $|r_S| = 1$ – idealna korelacja.

Wyniki uzupełniano rezultatami testu istotności współczynnika korelacji (p), które pozwalały ocenić, czy znaleziona w próbie zależność jest odbiciem ogólniejszej relacji panującej w całej populacji, czy tylko kwestią przypadku.

4. WYNIKI

4.1. Powiązania ze środowiskiem medycznym

Powiązania ze środowiskiem medycznym posiadała niemal połowa ankietowanych osób (46,4%). To prawdopodobnie oznacza, że duży był wpływ rodziny na wybór kierunku studiów. Wyniki obrazują Tabela 12.

Tabela 12. Rodzinne powiązania badanych ze środowiskiem medycznym.

Rodzinne powiązania ze środowiskiem medycznym	N	%
nie	360	53,3%
tak	315	46,7%

W co szóstym przypadku (17,2%) w zawodzie medycznym pracowała matka ankietowanej osoby i podobnie często jest to ktoś z dalszej rodziny (17,2%). Ciekawe, że rzadko w zawodzie medycznym pracował ojciec (1,2%). Wyniki obrazuje Tabela 13.

Tabela 13. Członek rodziny pracujący w zawodzie medycznym.

Kto z rodziny pracuje w zawodzie medycznym?	N	%
matka	113	17,2%
ojciec	8	1,2%
matka i ojciec	1	0,2%
brat	9	1,4%
siostra	35	5,3%
babcia	12	1,8%
dziadek	2	0,3%
dalsza rodzina	113	17,2%
dziadkowie	1	0,2%
inny zawód	362	55,2%

W co czwartym przypadku osoba z rodziny była pielęgniarką (27,9%). Inne wyniki obrazuje Tabela 14.

Tabela 14. Zawód medyczny wykonywany przez członka rodziny badanych.

Jaki zawód medyczny wykonuje?	N	%
pielęgniarka	183	27,9%
lekarz	45	6,9%
ratownik medyczny	27	4,1%
położna	11	1,7%
opiekun medyczny	4	0,6%
stomatolog	8	1,2%
analityk medyczny	5	0,7%
farmaceuta	3	0,5%
psychiatra	1	0,2%
weterynarz	2	0,3%
fizjoterapeuta	5	0,7%
inny zawód	362	55,2%

4.2. Ocena motywacji do podjęcia studiów medycznych oraz postrzegania zawodu pielęgniarki

W tej części przedstawiono rozkład odpowiedzi na pytania dotyczące przyczyn i satysfakcji z wyboru studiów na pielęgniarstwie.

Wykazano, że niemal dwie trzecie ankietowanych osób (dokładnie 61,2%) było zadowolonych z wyboru kierunku studiów i uważało, że jest to ich upragniony kierunek. Jedynie 8,9% wyraziło przeciwną opinię a ok. 30% ankietowanych osób nie potrafiło w tej kwestii zająć jednoznacznego stanowiska.

Tabela 15. Deklaracja podjęcia upagnionego kierunku studiów.

Wybór upagnionego kierunku studiów	N	%
tak	413	61,2%
nie	60	8,9%
trudno powiedzieć	202	29,9%

Niemal połowa ankietowanych osób (49,8%) rozważała wcześniej także studia na innym kierunku (Tabela 16).

W tej kwestii podawano bardzo dużo różnych odpowiedzi, które szczegółowo przedstawiono w Aneksie str 178. Najczęściej były to jednak także kierunki medyczne, dość dużo było także przypadków osób, które chciały studiować psychologię.

Tabela 16. Rozważanie przez badanych możliwości dodatkowego studiowania na innym kierunku.

Rozważanie studiów na innym kierunku	N	%
tak	336	49,8%
nie	252	37,3%
trudno powiedzieć	87	12,9%

Niemal dokładnie dwie trzecie ankietowanych osób (64,9%) zdecydowanie nie rozważało zmiany kierunku studiów. Osób, które miało lub wciąż ma takie plany było relatywnie niewiele – nieco poniżej 7% (czyli jest to mniej więcej co szesnasta osoba). Wyniki obrazuje Tabela 17.

Tabela 17. Rozważanie przez badanych zmiany kierunku studiów.

Rozważanie zmiany kierunku studiów	N	%
tak	46	6,8%
nie	438	64,9%
trudno powiedzieć	191	28,3%

Kolejna tabela (Tabela18) zawiera szczegółową listę czynników wskazywanych jako istotne podczas wyboru studiów na pielęgniarstwie. Oto najważniejsze wnioski:

- dwie trzecie ankietowanych (64,1%) wskazało własne zainteresowania jako powód wyboru kierunku studiów;
- ponad połowa (54,4%) oczekiwała, że ten kierunek da im w przyszłości dobrą pracę;
- co trzecia osoba (32,3%) wskazała na system wartości życiowych, z którym wybór kierunku medycznego jest (jak widać) zgodny;
- co piąta osoba podeszła do zagadnienia pragmatycznie i wskazała na bliskość uczelni (20,3%);
- mniej więcej niż co dziesiąta wskazywała opinię rodziców (9,6%) i możliwość wyjazdu po studiach za granicę (9,5%);
- pozostałe czynniki były wskazywane już dużo rzadziej – warto jeszcze wspomnieć, że 6 osób nie wskazało żadnej odpowiedzi.

Tabela 18. Czynniki decydujące o wyborze kierunku studiów¹.

Czynniki decydujące o wyborze kierunku studiów	N	%
własne zainteresowania	433	64,1%
zdobycie dobrej pracy w przyszłości	367	54,4%
system wartości życiowych	218	32,3%
bliskość uczelni	137	20,3%
opinia rodziców	65	9,6%
możliwość wyjazdu za granicę po studiach	64	9,5%
prestż uczelni	54	8,0%
opinia kolegów	43	6,4%
łatwość dostania się	39	5,8%
tu poszli moi znajomi	29	4,3%
pozycja uczelni w rankingu	28	4,1%
nie dostałam się na inny kierunek	23	3,4%
tradycja rodzinna	18	2,7%
tu studiowało moje rodzeństwo	18	2,7%
tu studiowali moi rodzice	10	1,5%
nie dostałam się na inną uczelnię	5	0,7%
Trudno powiedzieć	22	3 %

¹⁾ Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Kolejne pytanie miało podobny charakter, z tym że przy każdym czynniku ankietowana osoba określała jego ważność.

W Tabeli 19. zestawiono szczegółowy rozkład procentowy odpowiedzi a także średnią ocenę ważności przy punktacji (1 – nie ma znaczenia, ..., 5 – najważniejszy).

Jak widać, najważniejsze dla ankietowanych studentów była: zgodność kierunku z zainteresowaniami oraz szanse na znalezienie pracy w kraju (średnia ocena ponad 4,02). Następnie były kolejne cztery czynniki, oceniano nieco niżej, ale bardzo podobnie: perspektywy zawodowe (3,75) i wysokość zarobków (3,75), podnoszenie wiedzy (3,72 pkt.), zapotrzebowanie na absolwentów (3,71). Dopiero w dalszej kolejności, co znalazła się szansa na znalezienie pracy za granicą (3,19). Najmniejsze znaczenie miała chęć studiowania modnego kierunku (2,13) oraz namowa innych osób (2,06).

Tabela 19. Czynniki determinujące wybór kierunku studiów.

Czynniki determinujące wybór kierunku studiów	Ocena ważności										\bar{x}
	nie ma znaczenia		mało znaczący		jeden z wielu		ważny		najważniejszy		
zgodność kierunku z zainteresowaniami	9	1,4%	29	4,4%	97	14,7%	267	40,3%	260	39,3%	4,12
wyniki w nauce	48	7,3%	149	22,6%	235	35,6%	197	29,8%	31	4,7%	3,02
konsekwencja wcześniejszego profilu nauki	158	23,9%	115	17,4%	143	21,7%	182	27,6%	62	9,4%	2,81
modny kierunek studiów	242	36,7%	211	32,0%	110	16,7%	72	10,9%	24	3,6%	2,13
podnoszenie wiedzy	29	4,4%	45	6,8%	167	25,4%	257	39,1%	160	24,3%	3,72
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	30	4,6%	66	10,0%	133	20,2%	265	40,2%	165	25,0%	3,71
prestż zawodu	79	12,0%	156	23,7%	171	25,9%	192	29,1%	61	9,3%	3,00
perspektywy zawodowe	23	3,5%	63	9,6%	128	19,4%	286	43,4%	159	24,1%	3,75
wysokość zarobków	26	4,0%	47	7,2%	140	21,3%	294	44,7%	150	22,8%	3,75
szanse na znalezienie pracy w kraju	23	3,5%	24	3,6%	93	14,1%	292	44,4%	226	34,3%	4,02
szanse na znalezienie pracy za granicą	115	17,5%	106	16,1%	106	16,1%	198	30,1%	133	20,2%	3,19

prestiz uczelni	192	29,2%	178	27,1%	157	23,9%	106	16,1%	24	3,7%	2,38
namowa kolegów/rodziny	267	40,7%	183	27,9%	125	19,1%	63	9,6%	18	2,7%	2,06
obojetne co studiuje	460	70,4%	96	14,7%	58	8,9%	24	3,7%	15	2,3%	1,53

W kolejnym pytaniu poproszono ankietowanych o udzielenie odpowiedzi na pytanie o to „kto może wykonywać zawód medyczny?”. Najczęściej badani (63,6%) odpowiedzieli, że powinny to być osoby z powołaniem. Jednak aż 11,4% badanych miały problem z jednoznaczną deklaracją w tej kwestii.

Tabela 20. Opinie respondentów na temat tego, kto może wykonywać zawód medyczny.

Kto może wykonywać zawód medyczny?	N	%
każdy	107	15,9%
osoba z powołaniem	429	63,6%
inna osoba	62	9,2%
trudno powiedzieć	77	11,4%

Ankietowanych poproszono także o podanie skojarzeń z zawodem pielęgniarstwa. Najczęściej pojawiało się stwierdzenie – „bycie potrzebnym” – 82,8% oraz „dobroć” – 62,7%. Wyniki obrazuje Tabela 21.

Tabela 21. Skojarzenia badanych związane z pracą pielęgniarstwa ¹.

Skojarzenia z pracą pielęgniarstwa	N	%
byciem potrzebnym	559	82,8%
dobroć	423	62,7%
stykanie się z cierpieniem	392	58,1%
dobra płaca	257	38,1%
schludność	120	17,8%
czysta praca	61	9,0%
prestiz	61	9,0%

wysoka pozycja społeczna	61	9,0%
niska płaca	23	3,4%
trudno powiedzieć	21	3,2%

1) Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

Ankietowani mieli za zadanie wskazać cechy, które powinny charakteryzować osobę pracującą w wybranym przez nich zawodzie pielęgniarstwa. Każdy mógł podać trzy takie cechy – pytanie miało charakter otwarty.

Większość ankietowanych (69,3%) wskazało empatię, a ponad jedna trzecia (37,5%) cierpliwość. W następnej kolejności wskazywano dobroć (29,6%), sumienność (21,5%), odpowiedzialność (16,7%), chęć niesienia pomocy (15,7%), posiadanie silnej psychiki (13,6%) i pracowitość (12,3%). Pozostałe odpowiedzi wskazywano już dużo rzadziej. Wyniki obrazuje Tabela 22.

Tabela 22. Cechy jakie powinna posiadać pielęgniarka w opinii badanych¹.

Charakterystyczne cechy osoby pracującej w wybranym zawodzie	N	%
empatia	468	69,3%
cierpliwość	253	37,5%
dobroć	200	29,6%
sumienność	145	21,5%
odpowiedzialność	113	16,7%
chęć niesienia pomocy	106	15,7%
silna psychika	92	13,6%
pracowitość	83	12,3%
zaangażowanie	54	8,0%
kompetencja	47	7,0%
zorganizowanie	47	7,0%
chęć rozwoju	41	6,1%
szacunek	38	5,6%
determinacja	34	5,0%

uczciwość	33	4,9%
komunikatywność	32	4,7%
kultura osobista	29	4,3%
dobrze wykształcenie	29	4,3%
kreatywność	26	3,9%
bezinteresowność	20	3,0%
zdyscyplinowanie	12	1,8%
optymizm	11	1,6%
schludność	10	1,5%
wytrwałość	10	1,5%
pewność siebie	5	0,7%
inteligencja	5	0,7%
Trudno powiedzieć	14	2,1%

1) Suma nie musi wynosić 100% gdyż można było wskazać dowolną liczbę wariantów odpowiedzi

4.3. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a rodzaj studiów

Dokonano porównania wyników poszczególnych badań psychometrycznych pomiędzy studentami studiów I oraz II stopnia. Założono, że pewne cechy osobowości zmieniają się wraz z wiekiem, a dodatkowo większość osób studiujących na studiach II stopnia ma już za sobą pewne doświadczenie zawodowe.

Osoby studiujące na studiach magisterskich wykazywały, średnio rzecz biorąc, nieco większy poziom satysfakcji z życia (24,1 vs 23,1 pkt; $p = 0,0308^*$). Różnica ta była istotna statystycznie, choć merytoryczne znaczenie różnicy na poziomie 1 pkt nie jest zbyt duże.

W przypadku porównywania klasyfikacji przymiotnikowej satysfakcji z życia, brak było statystycznie istotnych różnic pomiędzy studentami I oraz II stopnia (Tabela 23).

Tabela 23. Satysfakcja z życia a poziom studiów.

Satysfakcja z życia	Studia						<i>p</i>
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
SWLS	23,1	23	5,7	24,1	25	5,3	0,0308*
Przymiotnikowa skala SWLS							
		Studia (<i>p</i> = 0,2960)				Razem	
		I stopnia N(%)		II stopnia N(%)			
zdecydowanie niezadowolona		9 (2,4%)		3 (1,0%)		12	
bardzo niezadowolona		23 (6,1%)		13 (4,5%)		36	
raczej niezadowolona		47 (12,5%)		28 (9,6%)		75	
obojętna		22 (5,9%)		13 (4,5%)		35	
raczej zadowolona		155 (41,2%)		119 (40,8%)		274	
bardzo zadowolona		92 (24,5%)		88 (30,1%)		180	
zdecydowanie zadowolona		28 (7,4%)		28 (9,6%)		56	
Razem		376		292		668	

Sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych oparty na racjonalnym, zadaniowym podejściu, cechował nieco częściej osoby ze studiów I stopnia (średnio rzecz biorąc 56,7 vs 54,7; $p = 0,0248^*$). w przypadku pozostałych strategii postępowania brak było istotnych statystycznie różnic pomiędzy porównywanymi grupami (Tabela 24).

Tabela 24. Sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych a poziom studiów.

CISS	Studia						<i>p</i>
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
SSZ	56,7	58	10,6	54,7	54	10,9	0,0248*
SSE	44,9	46	10,9	46,1	46	10,3	0,2292
SSU	46,5	48	10,3	47,3	48	9,8	0,8706
ACZ	18,6	19	5,5	19,2	20	5,5	0,2534
PKT	16,7	17	4,2	16,5	16	4,0	0,3628

Brak było różnic w ocenie własnej skuteczności pomiędzy studentami studiów I oraz II stopnia (Tabela 25).

Tabela 25. Poczucie własnej skuteczności a poziom studiów.

Poczucie własne skuteczności	Studia						<i>p</i>
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
PWS	29,5	30	4,6	28,9	30	4,0	0,1344
Studia (<i>p</i> = 0,5359)							
Poczucie własne skuteczności	I stopnia N(%)		II stopnia N(%)		Razem		
	I stopnia N(%)		II stopnia N(%)		Razem		
niskie	43 (11,8%)		31 (11,1%)		74		
przeciętne	119 (32,7%)		103 (36,9%)		222		
wysokie	202 (55,5%)		145 (52,0%)		347		
Razem	364		279		643		

Poziom kontroli emocji nie zależał od rodzaju studiów – jedynie tłumienie gniewu było minimalnie wyższe wśród osób ze studiów II stopnia (średnio rzecz biorąc 16,9 vs 16,3 pkt; $p = 0,0834$). Różnica ta była jedynie zbliżona do poziomu istotności statystycznej ($p < 0,10$). Wyniki obrazuje Tabela 26.

Tabela 26. Poziom kontroli emocji a poziom studiów.

Skala kontroli emocji (CECS)	Studia						<i>p</i>
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Tłumienie gniewu	16,3	16	4,7	16,9	17	4,5	0,0834
Tłumienie depresji	17,3	18	4,7	17,4	17	4,2	0,9573
Tłumienie lęku	17,2	17	4,5	17,1	17	4,3	0,7062
Ogólna kontroli emocji	50,7	51	11,2	51,4	51	10,5	0,3370

Osoby ze studiów I stopnia cechowały się większym rozumieniem empatycznym (64,2 vs 62,1) i była to różnica istotna statystycznie ($p = 0,0148^*$). Podobne wnioski można wyciągnąć odnośnie poziomu asertywności ($p = 0,0103^*$; 16,7 vs 15,9 pkt). Wyniki obrazuje Tabela 27.

Tabela 27. Poziom rozumienia empatycznego i asertywności a poziom studiów.

Poziom rozumienia empatycznego	Studia						<i>p</i>
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
KRE	64,2	64	11,6	62,1	62	10,5	0,0148*
Test asertywności	Studia						<i>p</i>
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Poziom asertywności	16,7	17	4,1	15,9	16	4,1	0,0103*

Poziom zdolności organizacyjnych był wyższy wśród studentów studiów I stopnia (średnio rzecz biorąc 65,8 vs 61,9%; $p = 0,0008^{***}$). Również porównanie klasyfikacji przymiotnikowej pozwoliło na stwierdzenie znamienych statystycznie różnic pomiędzy obiema grupami ($p = 0,0147^*$).

Tabela 28. Poziom zdolności organizacyjnych i komunikacyjnych a poziom studiów.

Zdolności	Studia						<i>p</i>
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Komunikacyjne	53,6%	55,0%	15,5%	51,9%	50,0%	14,6%	0,1341
Organizacyjne	65,8%	70,0%	15,4%	61,9%	60,0%	15,9%	0,0008***
Poziom zdolności komunikacyjnych	Studia ($p = 0,1164$)						Razem
	I stopnia N(%)			II stopnia N(%)			
bardzo niski	129 (34,7%)			103 (36,0%)			232

niski	81 (21,8%)	81 (28,3%)	162
średni	90 (24,2%)	60 (21,0%)	150
wysoki	48 (12,9%)	33 (11,5%)	81
bardzo wysoki	24 (6,5%)	9 (3,1%)	33
Razem	372	286	658
Poziom zdolności organizacyjnych			
	Studia ($p = 0,0147^*$)		Razem
	I stopnia N(%)	II stopnia N(%)	
bardzo niski	108 (29,0%)	118 (41,3%)	226
niski	77 (20,7%)	56 (19,6%)	133
średni	52 (14,0%)	32 (11,2%)	84
wysoki	79 (21,2%)	52 (18,2%)	131
bardzo wysoki	56 (15,1%)	28 (9,8%)	84
Razem	372	286	658

Nie wykazano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy osobami ze studiów I oraz II stopnia jeśli chodzi o ocenę konfliktowości osobowości.

Tabela 29. Ocena konfliktowej osobowości a poziom studiów.

Test oceny konfliktowej osobowości	Studia						p
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
Stopień konfliktowej osobowości	30,1	30	4,5	30,0	30	4,7	0,6836
Klasyfikacja osobowości							
	Studia ($p = 0,6992$)						Razem
	I stopnia N(%)			II stopnia N(%)			
poniżej normy, słaba stanowczość	97 (26,4%)			68 (23,9%)			165
konfliktowość w normie	268 (73,0%)			216 (75,8%)			484
podwyższona konfliktowość	2 (0,5%)			1 (0,4%)			3
Razem	367			285			652

Osoby ze studiów II stopnia miały nieco wyższą (różnica zbliżona do istotnej statystycznie) średnią wartość miary samooceny (61,3 vs 58,4 pkt). Należy jednak pamiętać o zasadach interpretacji tej miary – w interpretacji pomocne są wyniki klasyfikacji, według której nieco więcej osób ze studiów II stopnia miało zaniżoną samoocenę (Tabela 30).

Tabela 30. Miara samooceny a poziom studiów.

Miara samooceny	Studia						<i>p</i>
	I stopnia			II stopnia			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Miara samooceny	58,4	56,5	22,1	61,3	60	21,5	0,0708
Poziom samooceny	Studia (<i>p</i> = 0,3879)						Razem
	I stopnia N(%)			II stopnia N(%)			
zawyżona	17 (4,6%)			11 (3,9%)			28
adekwatna	94 (25,5%)			60 (21,4%)			154
zaniżona	257 (69,8%)			210 (74,7%)			467
Razem	368			281			649

4.3.1. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a rodzinne powiązania medyczne

Na podstawie informacji zawartych w autorskiej części ankiety wyodrębniono grupę osób z rodzinnymi powiązaniami medycznymi, przy czym podzielono ją na osoby, których rodzice lub rodzeństwo pracują w zawodzie medycznym (bliska rodzina) i pozostałe (dalsza rodzina). Trzecią grupą były osoby nie mające żadnych powiązań medycznych.

Stwierdzono, że rodzinne powiązania medyczne nie wpływały na satysfakcję z życia studentów pielęgniarstwa (Tabela 31).

Tabela 31. Satysfakcja z życia a rodzinne powiązania medyczne.

Satysfakcja z życia	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>
	Bliska rodzina			Dalsza rodzina			Nie			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
SWLS	23,6	24	5,9	23,9	24	5,0	23,4	24	5,6	0,8504
Rodzinne powiązania medyczne (<i>p</i> = 0,8291)										
Przymiotnikowa skala SWLS	Bliska rodzina			Dalsza rodzina			Nie			Razem
	N (%)			N (%)			N (%)			
zdecydowanie niezadowolona	4 (2,2%)			1 (0,8%)			7 (1,9%)			12
bardzo niezadowolona	9 (5,0%)			7 (5,3%)			20 (5,5%)			36
raczej niezadowolona	22 (12,2%)			10 (7,6%)			45 (12,5%)			77
obojętna	8 (4,4%)			8 (6,1%)			19 (5,3%)			35
raczej zadowolona	76 (42,0%)			58 (43,9%)			142 (39,3%)			276
bardzo zadowolona	42 (23,2%)			38 (28,8%)			101 (28,0%)			181
zdecydowanie zadowolona	20 (11,0%)			10 (7,6%)			27 (7,5%)			57
Razem	181			132			361			674

Powiązania medyczne w rodzinie nie wpływały także na częstość stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych – brak statystycznie istotnych różnic.

Tabela 32. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na częstość stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych.

CISS	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>
	Bliska rodzina			Dalsza rodzina			Nie			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
SSZ	56,2	57	10,9	55,9	55	10,5	55,6	56	10,8	0,8313
SSE	45,1	45	11,3	45,0	46	9,8	45,7	47	10,6	0,7621
SSU	47,2	48	10,4	45,8	47	10,0	47,0	48	10,0	0,4942
ACZ	19,0	20	5,6	18,3	19	5,6	19,0	19	5,4	0,6518
PKT	16,9	17	4,2	16,3	16	4,3	16,5	16,5	4,0	0,3713

Znamienne statystycznie różnice występowały w poczuciu własnej skuteczności – było ono, średnio rzecz biorąc, najwyższe wśród osób mających osoby związane z medycyną w najbliższej rodzinie, a najniższe wśród osób nie mających żadnych rodzinnych powiązań medycznych. Różnice, mimo że istotne statystycznie, są jednak niewielkie – pomiędzy skrajnymi grupami jest to 1,1 pkt. Klasyfikacja oceny własnej skuteczności także przedstawiała się odmiennie w porównywanych grupach – prawie 65% osób mających bliskie rodzinne powiązania medyczne oceniało swoją skuteczność wysoko, a w grupie osób nie mających żadnych powiązań rodzinnych takich odpowiedzi było mniej niż 50% (Tabela 33).

Tabela 33. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na poczucie własnej skuteczności.

Poczucie własne skuteczności	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>		
	Bliska rodzina			Dalsza rodzina			Nie					
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>			
PWS	30,0	30	4,2	29,2	30	4,2	28,9	29	4,4	0,0055**		
Poczucie własne skuteczności	Rodzinne powiązania medyczne (<i>p</i> = 0,0205*)									Razem		
	Bliska rodzina N (%)			Dalsza rodzina N (%)			Nie N (%)					
	niskie	18 (10,6%)			15 (11,7%)			43 (12,3%)			76	
	przeciętne	42 (24,7%)			47 (36,7%)			134 (38,2%)			223	
	wysokie	110 (64,7%)			66 (51,6%)			174 (49,6%)			350	
Razem	170			128			351			649		

Rodzinne powiązania medyczne nie wpływały w żaden sposób na kontrolę emocji ankietowanych studentów pielęgniarstwa (Tabela 34).

Tabela 34. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na kontrolę emocji.

Skala kontroli emocji (CECS)	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>
	bliska rodzina			dalsza rodzina			nie			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Tłumienie gniewu	16,4	16	4,8	17,0	17	4,5	16,4	17	4,6	0,2667
Tłumienie depresji	17,2	17	4,3	17,4	18	4,7	17,3	17	4,4	0,6992
Tłumienie lęku	17,3	17	4,3	16,6	17	4,1	17,4	17	4,6	0,1565
Ogólna kontroli emocji	50,9	51	11,3	51,1	51	10,9	51,1	51	10,7	0,8227

Również poziom rozumienia empatycznego nie zależał w sposób statystycznie istotny od występowania rodzinnych powiązań medycznych (Tabela 35).

Tabela 35. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na poziom empatii.

Poziom rozumienia empatycznego	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>
	bliska rodzina			dalsza rodzina			nie			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
KRE	63,5	64	10,8	64,0	63	12,6	63,0	63	10,7	0,6974

Osoby mające powiązania medyczne w najbliższej rodzinie miały nieco wyższy poziom asertywności (średnio rzecz biorąc 17,1 vs 16,4 i 16,1 w dwóch pozostałych grupach). Różnica pomiędzy grupami była jednak tylko zbliżona do istotnej statystycznie ($p = 0,0906$). Wyniki obrazuje Tabela 36.

Tabela 36. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na poziom asertywności.

Test asertywności	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>
	bliska rodzina			dalsza rodzina			nie			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Poziom asertywności	17,0	17	4,1	16,4	17	4,3	16,1	16	4,0	0,0906

Podobnie przedstawia się kwestia wpływu rodzinnych powiązań medycznych na zdolności komunikacyjne ($p = 0,0943$), które były nieco większe w przypadku posiadania osób związanych z medycyną w najbliższej rodzinie (średnio rzecz biorąc 54,3%) lub dalszej (53,6%), aniżeli wśród osób nie mających w ogóle takich powiązań (51,9%). Wyniki obrazuje Tabela 37.

Tabela 37. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na zdolności organizacyjne i komunikacyjne.

Zdolności	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>
	bliska rodzina			dalsza rodzina			nie			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Komunikacyjne	54,3%	55,0%	15,1%	53,6%	55,0%	15,7%	51,9%	50,0%	14,9%	0,0943
Organizacyjne	64,9%	65,0%	15,8%	64,7%	65,0%	16,5%	63,5%	65,0%	15,5%	0,4969
Rodzinne powiązania medyczne (<i>p</i> = 0,1650)										
Poziom zdolności komunikacyjnych	Bliska rodzina N (%)			Dalsza rodzina N (%)			Nie N (%)			Razem
	bardzo niski	54 (30,7%)			46 (35,1%)			133 (37,3%)		
niski	39 (22,2%)			26 (19,8%)			100 (28,0%)			165
średni	50 (28,4%)			32 (24,4%)			69 (19,3%)			151
wysoki	25 (14,2%)			19 (14,5%)			37 (10,4%)			81
bardzo wysoki	8 (4,5%)			8 (6,1%)			18 (5,0%)			34
Razem	176			131			357			664
Rodzinne powiązania medyczne (<i>p</i> = 0,5486)										
Poziom zdolności organizacyjnych	Bliska rodzina N (%)			Dalsza rodzina N (%)			Nie N (%)			Razem
	bardzo niski	66 (37,5%)			39 (29,8%)			124 (34,7%)		
niski	30 (17,0%)			29 (22,1%)			75 (21,0%)			134
średni	17 (9,7%)			17 (13,0%)			51 (14,3%)			85
wysoki	37 (21,0%)			26 (19,8%)			68 (19,0%)			131
bardzo wysoki	26 (14,8%)			20 (15,3%)			39 (10,9%)			85
Razem	176			131			357			664

Rodzinne powiązania medyczne nie różnicowały ani oceny konfliktowości osobowości (Tabela 38), ani samooceny (Tabela 39).

Tabela 38. Rodzinne powiązania medyczne a cechy konfliktowej osobowości.

Test oceny konfliktowej osobowości	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>
	Bliska rodzina			Dalsza rodzina			nie			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Stopień konfliktowej osobowości	29,6	30	4,8	30,2	30	4,1	30,2	30	4,7	0,5433
Rodzinne powiązania medyczne (<i>p</i> = 0,5925)										
Klasyfikacja osobowości	Bliska rodzina			Dalsza rodzina			Nie			Razem
	N (%)			N (%)			N (%)			
poniżej normy, słaba stanowczość	42 (24,0%)			32 (24,8%)			91 (25,7%)			165
konfliktowość w normie	131 (74,9%)			97 (75,2%)			262 (74,0%)			490
podwyższona konfliktowość	2 (1,1%)			0 (0,0%)			1 (0,3%)			3
Razem	175			129			354			658

Tabela 39. Rodzinne powiązania medyczne a poziom samooceny.

Miara samooceny	Rodzinne powiązania medyczne									<i>p</i>
	Bliska rodzina			Dalsza rodzina			Nie			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Miara samooceny	58,6	57	22,4	60,5	59	23,4	59,8	59	21,1	0,5966
Rodzinne powiązania medyczne (<i>p</i> = 0,2990)										
Poziom samooceny	Bliska rodzina			Dalsza rodzina			Nie			Razem
	N (%)			N (%)			N (%)			
zawyżona	9 (5,3%)			9 (6,9%)			10 (2,8%)			28
adekwatna	43 (25,1%)			28 (21,5%)			85 (24,0%)			156
zaniżona	119 (69,6%)			93 (71,5%)			259 (73,2%)			471
Razem	171			130			354			655

4.3.2. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a zamieszkanie w czasie studiów

Zbadano wpływ miejsca zamieszkania w czasie studiów na stan psychiki ankietowanych studentów pielęgniarstwa. Założono, że mieszkanie poza domem rodzinnym rozwija pewne cechy osobowości, samodzielność, empatię, asertywność. Z drugiej strony ta grupa, osób mieszkających na stacji czy w akademiku, będą to zapewne przede wszystkim ludzie młodzi, którzy jeszcze nie pracują, a tylko studiują. Na wyniki analizy porównawczej może więc pośrednio wpływać chociażby wiek osób z poszczególnych grup:

- osoby mieszkające podczas studiów w domy liczyło średnio 28,9 lat,
- dojeżdżające na studia – 30,3 lata,
- mieszkające w akademiku czy na stacji były o niemal 8 lat młodsze – średni wiek 22,5 lat.

Miejsce zamieszkania w czasie studiów w żaden sposób nie różnicowało satysfakcji z życia ankietowanych studentów pielęgniarstwa (Tabela 40).

Tabela 40. Miejsce zamieszkania a poziom satysfakcji z życia.

Satysfakcja z życia	Miejsce zamieszkania podczas studiów									p
	W domu			Dojazdy			Stacja/Akademik			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
SWLS	23,5	24	6,0	24,0	24	5,5	23,1	23	5,1	0,1639
Miejsce zamieszkania podczas studiów										
Przymiotnikowa skala SWLS	(p = 0,3547)									Razem
	W domu N (%)			Dojazdy N (%)			Stacja/Akademik N (%)			
zdecydowanie niezadowolona	6 (2,3%)			4 (1,7%)			2 (1,1%)			12
bardzo niezadowolona	15 (5,9%)			9 (3,8%)			12 (6,6%)			36
raczej niezadowolona	28 (10,9%)			28 (11,9%)			20 (11,0%)			76
obojętna	15 (5,9%)			10 (4,2%)			10 (5,5%)			35
raczej zadowolona	96 (37,5%)			94 (39,8%)			86 (47,5%)			276
bardzo zadowolona	69 (27,0%)			68 (28,8%)			44 (24,3%)			181
zdecydowanie zadowolona	27 (10,5%)			23 (9,7%)			7 (3,9%)			57
Razem	256			236			181			673

Także sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych nie był powiązany z miejscem zamieszkania (Tabela 41).

Tabela 41. Miejsce zamieszkania a sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

CISS	Miejsce zamieszkania podczas studiów									<i>p</i>
	W domu			Dojazdy			Stacja/Akademik			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
SSZ	56,4	57	10,9	55,4	56	11,0	55,5	55	10,4	0,3488
SSE	46,0	47	11,0	45,0	46	10,2	45,0	46	10,7	0,5299
SSU	47,4	48	10,8	46,8	48	9,2	46,0	47	10,1	0,4321
ACZ	19,1	20	5,7	18,9	19	5,3	18,4	19	5,5	0,3417
PKT	16,7	17	4,3	16,6	17	3,8	16,3	16	4,2	0,6547

Poczucie własnej skuteczności także nie zależało od miejsca zamieszkania w czasie studiów (Tabela 42).

Tabela 42. Miejsce zamieszkania a poczucie własnej skuteczności.

Poczucie własne skuteczności	Miejsce zamieszkania podczas studiów									<i>p</i>		
	W domu			Dojazdy			Stacja/Akademik					
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>			
PWS	29,3	30	4,0	29,1	30	4,6	29,2	30	4,5	0,7084		
Poczucie własne skuteczności	Miejsce zamieszkania podczas studiów (<i>p</i> = 0,9195)									Razem		
	W domu N (%)			Dojazdy N (%)			Stacja/Akademik N (%)					
	niskie	26 (10,4%)			28 (12,4%)			22 (12,7%)			76	
	przeciętne	85 (34,0%)			76 (33,8%)			61 (35,3%)			222	
	wysokie	139 (55,6%)			121 (53,8%)			90 (52,0%)			350	
Razem	250			225			173			648		

Niezależnie od miejsca zamieszkania w czasie studiów, studenci wykazywali zbliżony poziom tłumienia negatywnych emocji (Tabela 43).

Tabela 43. Miejsce zamieszkania a sposób kontroli emocji (CECS).

Skala kontroli emocji (CECS)	Miejsce zamieszkania podczas studiów									<i>p</i>
	W domu			Dojazdy			Stacja/Akademik			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Tłumienie gniewu	16,3	16	4,7	16,7	17	4,6	16,6	16	4,6	0,6127
Tłumienie depresji	17,0	17	4,5	17,6	18	4,3	17,4	18	4,5	0,3968
Tłumienie lęku	16,8	17	4,8	17,4	17	4,1	17,5	17	4,3	0,1697
Ogólna kontroli emocji	50,1	50,5	11,4	51,7	51	10,6	51,5	51	10,6	0,3377

Wykazano brak wpływu miejsca zamieszkania w czasie studiów na poziom rozumienia empatycznego oraz na poziom asertywności (Tabela 44).

Tabela 44. Miejsce zamieszkania a poziom empatii i asertywności (KRE).

Poziom rozumienia empatycznego	Miejsce zamieszkania podczas studiów									<i>p</i>
	W domu			Dojazdy			Stacja/Akademik			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
KRE	63,5	64	10,8	63,6	63	10,9	62,7	62	11,9	0,5561
Test asertywności	Miejsce zamieszkania podczas studiów									<i>p</i>
	W domu N (%)			Dojazdy N (%)			Stacja/Akademik N (%)			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Poziom asertywności	16,6	17	4,0	16,3	17	4,4	16,2	16	3,9	0,5888

Osoby mieszkające na stacji lub akademiku cechowały się nieco niższymi zdolnościami komunikacyjnymi (średnio rzecz biorąc 50,8% vs 53,8 i 3,4% w dwóch

pozostałych grupach). Różnica pomiędzy grupami była istotna statystycznie ($p = 0,0499^*$). Wyniki obrazuje Tabela 45.

Tabela 45. Miejsce zamieszkania a zdolności organizacyjne i komunikacyjne.

Zdolności	Miejsce zamieszkania podczas studiów									<i>p</i>
	W domu			Dojazdy			Stacja/Akademik			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Komunikacyjne	53,8	55,0	15,2	53,4	55,0	15,4	50,8	50,0	14,6	0,0499*
Organizacyjne	65,0	65,0	16,0	64,2	65,0	15,9	62,7	65,0	15,3	0,3377
Poziom zdolności komunikacyjnych										
Miejsce zamieszkania podczas studiów ($p = 0,4471$)										Razem
W domu N (%)			Dojazdy N (%)			Stacja/Akademik N (%)				
bardzo niski	83 (32,5%)			74 (32,3%)			76 (42,5%)			233
niski	64 (25,1%)			58 (25,3%)			43 (24,0%)			165
średni	59 (23,1%)			59 (25,8%)			32 (17,9%)			150
wysoki	34 (13,3%)			26 (11,4%)			21 (11,7%)			81
bardzo wysoki	15 (5,9%)			12 (5,2%)			7 (3,9%)			34
Razem	255			229			179			663
Poziom zdolności organizacyjnych										
Miejsce zamieszkania podczas studiów ($p = 0,6293$)										Razem
W domu N (%)			Dojazdy N (%)			Stacja/Akademik N (%)				
bardzo niski	87 (34,1%)			75 (32,8%)			67 (37,4%)			229
niski	48 (18,8%)			54 (23,6%)			32 (17,9%)			134
średni	31 (12,2%)			28 (12,2%)			26 (14,5%)			85
wysoki	49 (19,2%)			45 (19,7%)			36 (20,1%)			130
bardzo wysoki	40 (15,7%)			27 (11,8%)			18 (10,1%)			85
Razem	255			229			179			663

Miejsce zamieszkania podczas studiów nie było czynnikiem różnicującym poziom konfliktowości (Tabela 46) ani samooceny (Tabela 47) – brak statystycznie istotnych zależności.

Tabela 46. Miejsce zamieszkania a stopień konfliktowej osobowości.

Test oceny konfliktowej osobowości	Miejsce zamieszkania podczas studiów									P
	W domu			Dojazdy			Stacja/Akademik			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
Stopień konfliktowej osobowości	30,2	30	4,6	30,1	30	4,4	29,8	30	4,8	0,8133
Klasyfikacja osobowości	Miejsce zamieszkania podczas studiów ($p = 0,5682$)									Razem
	W domu N (%)			Dojazdy N (%)			Stacja/Akademik N (%)			
poniżej normy, słaba stanowczość	69 (27,4%)			53 (23,5%)			43 (24,0%)			165
konfliktowość w normie	181 (71,8%)			173 (76,5%)			135 (75,4%)			489
podwyższona konfliktowość	2 (0,8%)			0 (0,0%)			1 (0,6%)			3
Razem	252			226			179			657

Tabela 47. Miejsce zamieszkania a miara samooceny.

Miara samooceny	Miejsce zamieszkania podczas studiów									p
	w domu N (%)			Dojazdy N (%)			Stacja/Akademik N (%)			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
Miara samooceny	58,8	57	21,9	60,4	58	22,4	59,9	59	21,3	0,7441
Poziom samooceny	Miejsce zamieszkania podczas studiów ($p = 0,6494$)									Razem
	w domu N (%)			Dojazdy N (%)			Stacja/akademik N (%)			
zawyżona	14 (5,6%)			6 (2,7%)			8 (4,5%)			28
adekwatna	60 (23,8%)			54 (24,0%)			42 (23,7%)			156
zaniziona	178 (70,6%)			165 (73,3%)			127 (71,8%)			470
Razem	252			225			177			654

4.3.3. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a wykształcenie rodziców

Na potrzeby analizy zgrupowano odpowiedzi ankietowanych studentów pielęgniarstwa na temat wykształcenie rodziców do trzech kategorii: wykształcenie wyższe (także licencjackie), średnie i zawodowe.

Wykształcenie rodziców nie różnicowało satysfakcji z życia studentów pielęgniarstwa (Tabela 48).

Tabela 48. Wykształcenia rodziców a poziom satysfakcji z życia studentów.

Satysfakcja z życia	Wykształcenie rodziców									<i>p</i>
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
SWLS	23,8	24	5,9	23,2	23	5,5	23,6	24	5,1	0,5621
Przymiotnikowa skala SWLS	Wykształcenie rodziców (<i>p</i> = 0,2133)									Razem
	Wyższe N (%)			Średnie N (%)			Zawodowe N (%)			
zdecydowanie niezadowolona	4 (1,5%)			3 (1,6%)			4 (1,8%)			11
bardzo niezadowolona	16 (6,2%)			11 (5,9%)			9 (4,1%)			36
raczej niezadowolona	29 (11,2%)			25 (13,4%)			23 (10,6%)			77
obojętna	17 (6,5%)			4 (2,1%)			14 (6,5%)			35
raczej zadowolona	97 (37,3%)			80 (42,8%)			93 (42,9%)			270
bardzo zadowolona	65 (25,0%)			51 (27,3%)			62 (28,6%)			178
zdecydowanie zadowolona	32 (12,3%)			13 (7,0%)			12 (5,5%)			57
Razem	260			187			217			664

Pewne zbliżone do znamiennej statystycznie ($p < 0,10$) różnice występowały jeśli chodzi o stosowanie stylu ukierunkowanego na emocje (i kontaktów) towarzyskich do rozwiązywania problemów w sytuacjach stresowych. Co ciekawe oba te style częściej wykorzystywały osoby, których rodzice mieli wykształcenie wyższe (dla SSE: 46,4 vs 45,6 dla wykształcenia średniego i 43,9 dla zawodowego). Wyniki obrazuje Tabela 49.

Tabela 49. Wykształcenie rodziców a sposób radzenia ze stresem(CISS).

CISS	Wykształcenie rodziców									p
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
SSZ	56,5	57	10,6	55,1	55	10,4	55,4	56	11,2	0,4056
SSE	46,4	47	10,6	45,6	46	10,1	43,9	45	10,8	0,0979
SSU	47,9	48	10,1	46,6	47	10,0	45,8	47,5	10,0	0,1534
ACZ	19,2	20	5,7	19,1	20	5,3	18,3	19	5,4	0,2499
PKT	17,0	17	4,1	16,3	16	4,2	16,3	16	3,9	0,0903

Osoby, których rodzice mieli wykształcenie wyższe wykazywali nieco lepszą samoocenę własnej skuteczności niż pozostali ankietowani. Z drugiej strony, logikę tej relacji zaburza fakt, że nieco wyższą samoocenę miały dzieci rodziców z wykształceniem zawodowym niż średnim (29,1 vs 28,7). Opisywana zależność była zbliżona do poziomu istotności statystycznej (p nieco powyżej 0,05). Różnice nie były już znamienne po przejściu na skalę przymiotnikową, choć i tu widać ten sam schemat zależności – na przykład gdy porównamy udział osób z wysoką samooceną skuteczności (Tabela 50).

Tabela 50. Wykształcenie rodziców a poczucie własnej skuteczności studentów (PWS).

Poczucie własne skuteczności	Wykształcenie rodziców									p
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
PWS	29,6	30	4,3	28,7	29	4,3	29,1	30	4,4	0,0640
Wykształcenie rodziców ($p = 0,2678$)										
Poczucie własne skuteczności	Wyższe N (%)			Średnie N (%)			Zawodowe N (%)			Razem
niskie	26 (10,4%)			26 (14,2%)			24 (11,5%)			76
przeciętne	78 (31,2%)			70 (38,3%)			73 (34,9%)			221
wysokie	146 (58,4%)			87 (47,5%)			112 (53,6%)			345
Razem	250			183			209			642

Wykształcenie rodziców nie różnicowało kontroli negatywnych emocji ani rozumienia empatycznego (Tabela 51).

Tabela 51. Wykształcenie rodziców a kontrola emocji (CECS).

Skala kontroli emocji (CECS)	Wykształcenie rodziców									<i>p</i>
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Tłumienie gniewu	16,5	16	4,8	16,4	16	4,7	16,6	17	4,4	0,8196
Tłumienie depresji	17,3	18	4,4	17,5	18	4,4	17,3	17	4,5	0,9647
Tłumienie lęku	17,2	17	4,8	17,5	17	4,3	16,9	17	4,1	0,4000
Ogólna kontroli emocji	51,0	51	11,5	51,4	51	10,7	50,8	51	10,2	0,9559

Tabela 52. Wykształcenie rodziców a poziom empatii.

Poziom rozumienia empatycznego	Wykształcenie rodziców									<i>p</i>
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
KRE	62,5	62	11,5	64,5	64	10,7	63,2	63	11,0	0,2250

Także poziom asertywności nie zależał w żaden sposób od wykształcenia rodziców (Tabela 53).

Tabela 53. Wykształcenie rodziców a poziom asertywności studentów.

Test asertywności	Wykształcenie rodziców									<i>p</i>
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Poziom asertywności	16,7	17	4,0	16,3	16	4,2	16,1	16	4,1	0,3479

Pewne, ale tylko zbliżone do istotnych statystycznie ($p = 0,0970$) różnice wykazała ocena zdolności organizacyjnych – była ona lepsza u osób, których rodzice mieli wykształcenie wyższe (średnio rzecz biorąc 65,5% vs 63,0 i 63,2%).

Tabela 54. Wykształcenie rodziców a zdolności organizacyjne i komunikacyjne.

Zdolności	Wykształcenie rodziców									p
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	\bar{x}	Me	s	
Komunikacyjne	53,8%	55,0%	15,5%	53,1%	55,0%	15,3%	51,6%	50,0%	14,4%	0,1830
Organizacyjne	65,6%	70,0%	15,9%	63,0%	65,0%	14,9%	63,2%	65,0%	16,0%	0,0970
Poziom zdolności komunikacyjnych	Wykształcenie rodziców ($p = 0,2513$)									Razem
	Wyższe N (%)			Średnie N (%)			Zawodowe N (%)			
bardzo niski	83 (32,7%)			65 (35,1%)			83 (38,4%)			231
niski	59 (23,2%)			41 (22,2%)			64 (29,6%)			164
średni	62 (24,4%)			49 (26,5%)			37 (17,1%)			148
wysoki	34 (13,4%)			21 (11,4%)			23 (10,6%)			78
bardzo wysoki	16 (6,3%)			9 (4,9%)			9 (4,2%)			34
Razem	254			185			216			655
Poziom zdolności organizacyjnych	Wykształcenie rodziców ($p = 0,1722$)									Razem
	Wyższe N (%)			Średnie N (%)			Zawodowe N (%)			
bardzo niski	81 (31,9%)			64 (34,6%)			82 (38,0%)			227
niski	45 (17,7%)			39 (21,1%)			49 (22,7%)			133
średni	31 (12,2%)			29 (15,7%)			24 (11,1%)			84
wysoki	55 (21,7%)			37 (20,0%)			36 (16,7%)			128
bardzo wysoki	42 (16,5%)			16 (8,6%)			25 (11,6%)			83
Razem	254			185			216			655

Wykształcenie nie różnicowało liczbowych wartości miary konfliktowości osobowości, natomiast dla dokonanej na jej podstawie klasyfikacji różnice pomiędzy grupami były bliskie istotności statystycznej ($p = 0,0635$).

Osoby, których rodzice mieli wykształcenie zawodowe relatywnie częściej charakteryzowały się słabą stanowczością (29,9% vs 21,7 i 23,6% w dwóch pozostałych grupach). Wyniki obrazuje Tabela 55.

Tabela 55. Wykształcenie rodziców a cechy osoby konfliktowej.

Test oceny konfliktowej osobowości	Wykształcenie rodziców									<i>p</i>
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Stopień konfliktowej osobowości	29,7	30	4,7	29,9	30	4,2	30,5	30	4,8	0,3310
Wykształcenie rodziców ($p = 0,0635$)										
Klasyfikacja osobowości	Wyższe N (%)			Średnie N (%)			Zawodowe N (%)			Razem
poniżej normy, słaba stanowczość	55 (21,7%)			43 (23,6%)			64 (29,9%)			162
konfliktowość w normie	196 (77,2%)			139 (76,4%)			150 (70,1%)			485
podwyższona konfliktowość	3 (1,2%)			0 (0,0%)			0 (0,0%)			3
Razem	254			182			214			650

Wykształcenie rodziców nie wpływało na samoocenę ankietowanych studentów pielęgniarstwa (Tabela 56).

Tabela 56. Wykształcenie rodziców a miara samooceny.

Miara samooceny	Wykształcenie rodziców									<i>p</i>
	Wyższe			Średnie			Zawodowe			
	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	\bar{x}	Me	<i>s</i>	
Miara samooceny	58,8	57,5	21,5	59,4	57	22,8	60,7	59	21,2	0,5607

Poziom samooceny	Wykształcenie rodziców ($p = 0,8233$)			Razem
	Wyższe N (%)	Średnie N (%)	Zawodowe N (%)	
zawyżona	10 (4,0%)	9 (4,9%)	8 (3,8%)	27
adekwatna	63 (25,0%)	47 (25,7%)	46 (21,7%)	156
zaniżona	179 (71,0%)	127 (69,4%)	158 (74,5%)	464
Razem	252	183	212	647

4.3.4. Profil psychologiczny studenta pielęgniarstwa a motywy wyboru studiów

Zbadano powiązania motywów wyboru studiów z profilem psychometrycznym. Związek pomiędzy znaczeniem danego czynnika wyboru studiów a miarami psychometrycznymi określano za pomocą współczynnika korelacji rang Spearmana.

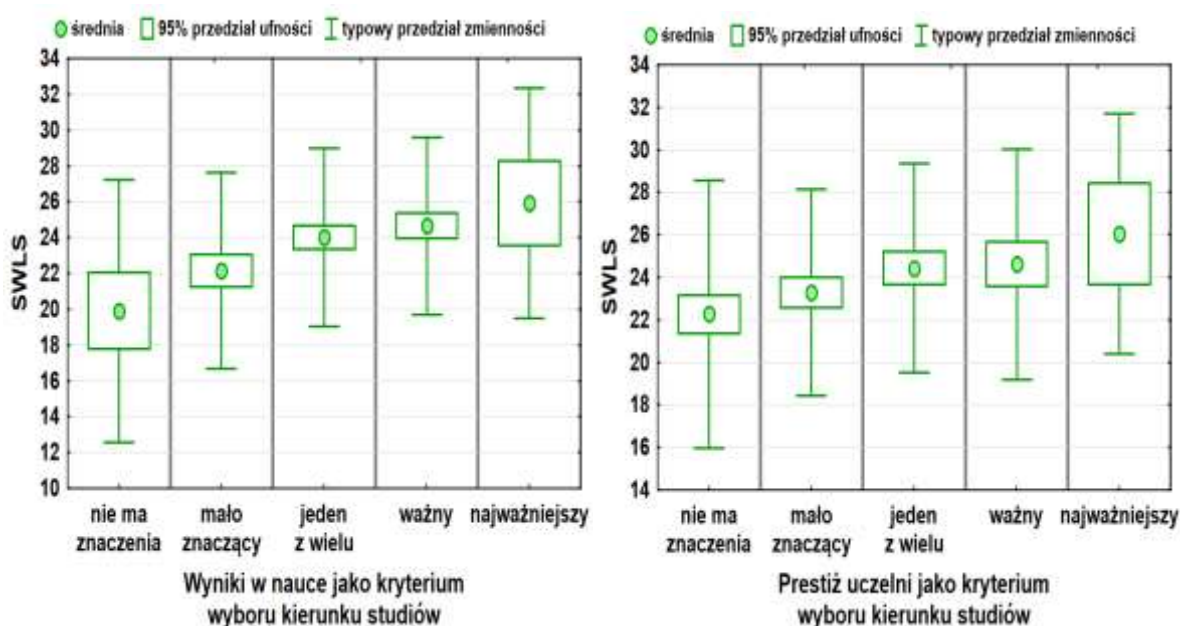
Osoby odczuwające większą satysfakcję z życia nieco częściej wskazywały jako przyczyny wyboru kierunku studiów zgodność z zainteresowaniami i wyniku w nauce, a w następnej kolejności prestiż uczelni, zawodu i chęć podnoszenia wiedzy. Siła tych korelacji jest bardzo niewielka, ale w przypadku porównywania miar psychometrycznych z motywacją wyboru kierunku studiów jest tak dużo zewnętrznych czynników zakłócających, że trudno oczekiwać silniejszych zależności. Wyniki obrazuje Tabela 57.

Tabela 57. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a satysfakcja z życia.

Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	SWLS
zgodność z zainteresowaniami	0,21 ($p = 0,0000^{***}$)
wyniki w nauce	0,23 ($p = 0,0000^{***}$)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	0,08 ($p = 0,0410^*$)
modny kierunek studiów	0,11 ($p = 0,0036^{**}$)
podnoszenie wiedzy	0,17 ($p = 0,0000^{***}$)

zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	0,09 ($p = 0,0290^*$)
prestż zawodu	0,16 ($p = 0,0000^{***}$)
perspektywy zawodowe	0,09 ($p = 0,0254^*$)
wysokość zarobków	0,07 ($p = 0,0564$)
szanse na znalezienie pracy w kraju	0,06 ($p = 0,1065$)
szanse na znalezienie pracy za granicą	0,04 ($p = 0,3325$)
prestż uczelni	0,18 ($p = 0,0000^{***}$)
namowa kolegów/rodziny	0,05 ($p = 0,1703$)

Wybrane wyniki zilustrowano także na wykresach typu ramka-wąsy, prezentując na nich średni poziom SWLS w porównywanych grupach wraz z zakresem 95% przedziału ufności i typowym przedziałem zmienności. Wyniki obrazuje Rycina 1.



Rysunek 1. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwa a satysfakcja z życia

Częstość stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych była w niewielkim stopniu powiązana z czynnikami wpływającymi na wybór kierunku studiów. Spośród istotnych zależności warto wspomnieć o:

- większym wpływie chęci podnoszenia wiedzy na wybór kierunku studiów wśród osób, które częściej stosowały racjonalne podejście do rozwiązywania problemów (SSZ) – współczynnik korelacji $r_s = 0,19$;
- powiązaniu stosowania strategii emocjonalnych i unikowych z motywacją materialną wyboru kierunku studiów (zarobki, szanse znalezienia pracy) – to ważna kwestia, bo widać, iż kryteria materialne są poniekąd powiązane z większą emocjonalnością i unikaniem odpowiedzialności;
- osoby stosujące częściej styl SSZ w mniejszym stopniu przy wyborze kierunku studiów zwracały uwagę na „namowy” innych osób ($r_s = -0,11$).

Wyniki obrazuje Tabela 58.

Tabela 58. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a strategia radzenia sobie w sytuacjach stresowych.

Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	CISS				
	SSZ	SSE	SSU	ACZ	PKT
zgodność z zainteresowaniami	0,09 (0,0217*)	-0,08 (0,0438*)	-0,06 (0,1272)	-0,06 (0,1393)	0,00 (0,9448)
wyniki w nauce	-0,04 (0,2918)	0,04 (0,3395)	0,02 (0,5845)	0,05 (0,1887)	-0,02 (0,6767)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	-0,05 (0,2209)	0,08 (0,0406*)	0,06 (0,1397)	0,07 (0,0963)	0,01 (0,7892)
modny kierunek studiów	-0,06 (0,1625)	0,03 (0,3853)	0,07 (0,0865)	0,08 (0,0381*)	0,04 (0,3227)
podnoszenie wiedzy	0,19 (0,0000***)	-0,06 (0,1416)	0,06 (0,1662)	0,01 (0,7130)	0,11 (0,0039**)
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	0,02 (0,6635)	0,07 (0,0641)	0,05 (0,1918)	0,09 (0,0258*)	-0,01 (0,8487)
prestż zawodu	-0,03 (0,4646)	0,07 (0,0729)	0,05 (0,2243)	0,09 (0,0243*)	-0,04 (0,2917)
perspektywy zawodowe	0,05 (0,2063)	0,05 (0,2066)	0,05 (0,2329)	0,04 (0,3381)	0,05 (0,2289)

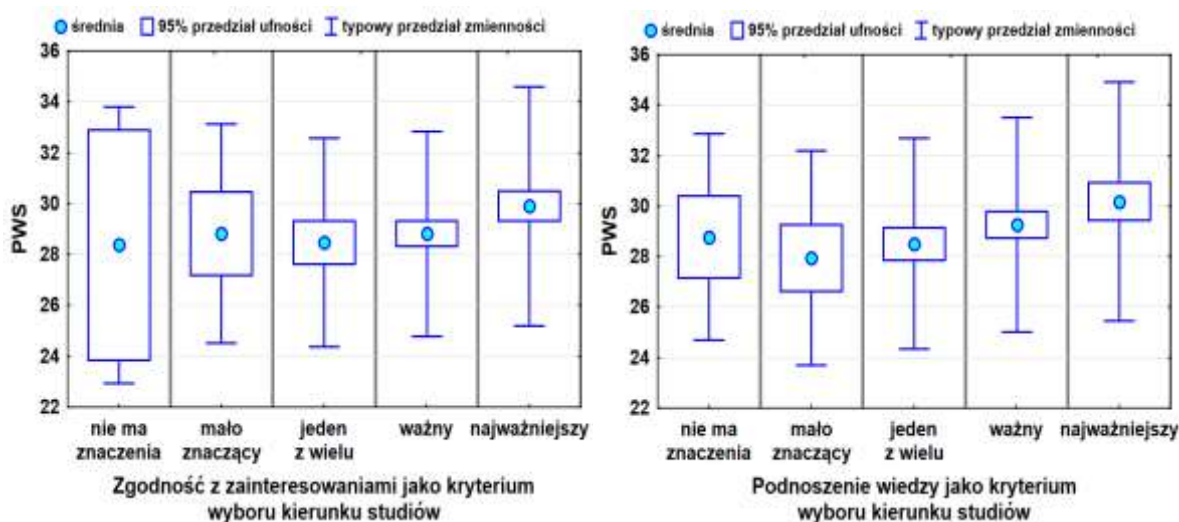
wysokość zarobków	0,02 (0,6317)	0,11 (0,0040**)	0,14 (0,0006***)	0,15 (0,0002***)	0,03 (0,4634)
szanse na znalezienie pracy w kraju	0,09 (0,0269*)	0,12 (0,0029**)	0,10 (0,0104*)	0,08 (0,0514)	0,07 (0,0724)
szanse na znalezienie pracy za granicą	0,02 (0,5444)	0,12 (0,0028**)	0,11 (0,0059**)	0,12 (0,0024**)	0,03 (0,4043)
prestż uczelni	-0,05 (0,2115)	0,08 (0,0390*)	0,04 (0,3188)	0,05 (0,1840)	0,00 (0,9404)
namowa kolegów/rodziny	-0,11 (0,0050**)	0,08 (0,0353*)	0,06 (0,1303)	0,05 (0,1706)	0,05 (0,2280)

Osoby cechujące się lepszą samooceną własnej skuteczności nieco częściej przy wyborze kierunku studiów zwracają uwagę na zgodność zainteresowania i podnoszenie wiedzy. Pozostałe korelacje nie są istotne statystycznie.

Wyniki obrazuje Tabela 59. i Rycina 2.

Tabela 59. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a samoocena własnej skuteczności.

Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	PWS
zgodność z zainteresowaniami	0,13 ($p = 0,0007***$)
wyniki w nauce	0,05 ($p = 0,1838$)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	-0,05 ($p = 0,2457$)
modny kierunek studiów	-0,02 ($p = 0,5983$)
podnoszenie wiedzy	0,17 ($p = 0,0000***$)
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	-0,02 ($p = 0,5769$)
prestż zawodu	0,01 ($p = 0,8416$)
perspektywy zawodowe	0,01 ($p = 0,8104$)
wysokość zarobków	0,00 ($p = 0,9304$)
szanse na znalezienie pracy w kraju	-0,01 ($p = 0,8149$)
szanse na znalezienie pracy za granicą	0,02 ($p = 0,6272$)
prestż uczelni	-0,01 ($p = 0,8558$)
namowa kolegów/rodziny	-0,07 ($p = 0,0909$)



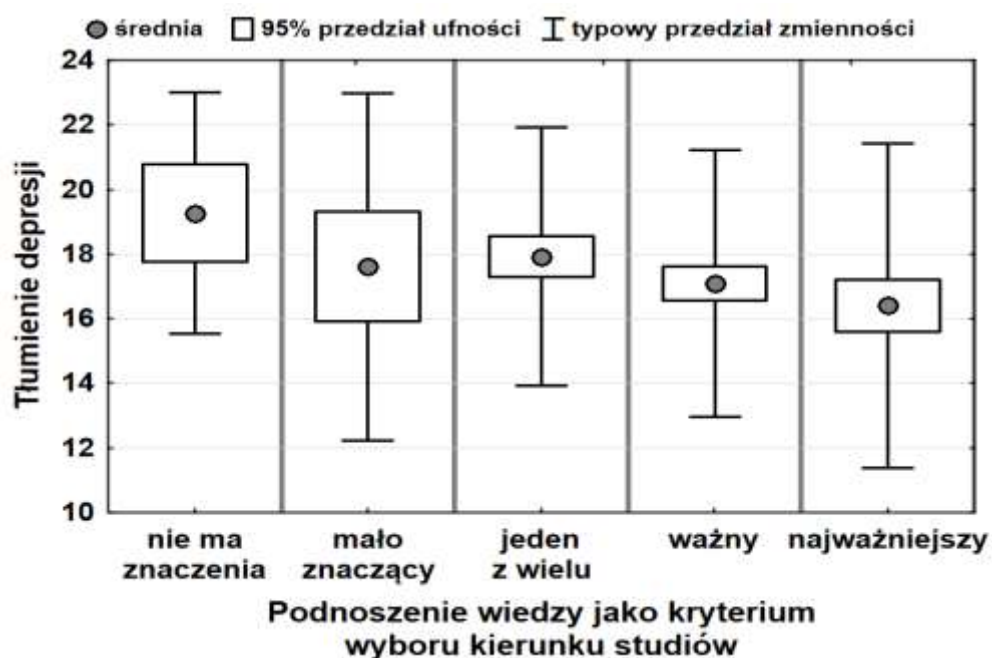
Rysunek 2. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a ocena własnej skuteczności.

Tłumienie negatywnych emocji w niewielkim stopniu wpływało na kryteria wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo. Niższy poziom negatywnych emocji (w szczególności depresji) wpływał jedynie na nieco większe znaczenie dwóch kryteriów: zgodności kierunku z zainteresowaniami i chęci podnoszenia wiedzy. Wyniki obrazuje Tabela 60 i Rycina 3.

Tabela 60. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a zdolność tłumienia negatywnych emocji.

Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	CECS			
	Tłumienie gniewu	Tłumienie depresji	Tłumienie lęku	Ogólna kontrola emocji
Zgodność z zainteresowaniami	-0,05 (0,1792)	-0,11 (0,0080**)	-0,09 (0,0313*)	-0,09 (0,0197*)
Wyniki w nauce	-0,02 (0,6135)	-0,05 (0,2112)	-0,02 (0,5721)	-0,04 (0,2846)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	0,07 (0,0841)	0,06 (0,1216)	0,06 (0,1562)	0,08 (0,0598)
Modny kierunek studiów	0,01 (0,8218)	-0,09 (0,0335*)	-0,03 (0,4579)	-0,03 (0,3979)
Podnoszenie wiedzy	-0,08 (0,0418*)	-0,16 (0,0001***)	-0,07 (0,1001)	-0,13 (0,0009***)
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	-0,04 (0,3503)	-0,07 (0,0824)	-0,07 (0,0649)	-0,06 (0,1116)
Prestż zawodu	-0,08 (0,0399*)	-0,08 (0,0587)	-0,07 (0,0761)	-0,08 (0,0352*)

Perspektywy zawodowe	-0,09 (0,0252*)	-0,06 (0,1639)	-0,07 (0,0694)	-0,10 (0,0133*)
Wysokość zarobków	-0,07 (0,1028)	-0,03 (0,4250)	-0,04 (0,3446)	-0,06 (0,1495)
szanse na znalezienie pracy w kraju	-0,06 (0,1541)	-0,03 (0,4412)	-0,03 (0,5088)	-0,05 (0,2503)
szanse na znalezienie pracy za granicą	0,03 (0,4635)	0,06 (0,1584)	-0,01 (0,7792)	0,04 (0,3385)
Prestiż uczelni	-0,02 (0,5421)	-0,07 (0,0649)	-0,05 (0,2157)	-0,07 (0,0913)
namowakolegów/rodziny	0,03 (0,4850)	0,03 (0,5046)	-0,01 (0,7151)	0,02 (0,5911)

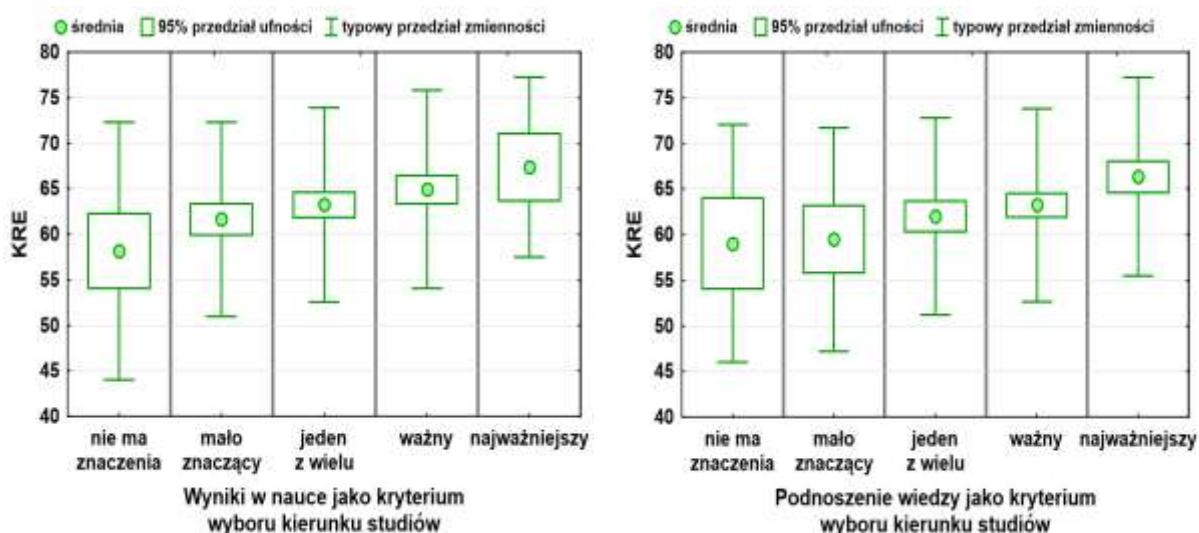


Rysunek 3. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a zdolność tłumienia negatywnych emocji.

Wyższy poziom rozumienia empatycznego był w statystycznie istotny sposób powiązany z większym uwzględnianiem przy wyborze kierunku studiów zgodności z zainteresowaniami, wynikami w nauce oraz chęcią podnoszenia wiedzy. Wyniki obrazuje Tabela 61 i Rycina 4.

Tabela 61. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a poziom empatii.

Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	KRE
zgodność z zainteresowaniami	0,14 ($p = 0,0003^{***}$)
wyniki w nauce	0,15 ($p = 0,0001^{***}$)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	0,08 ($p = 0,0393^*$)
modny kierunek studiów	-0,01 ($p = 0,8404$)
podnoszenie wiedzy	0,19 ($p = 0,0000^{***}$)
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	0,08 ($p = 0,0345^*$)
prestizż zawodu	0,03 ($p = 0,3760$)
perspektywy zawodowe	0,06 ($p = 0,1524$)
wysokość zarobków	0,01 ($p = 0,8843$)
szanse na znalezienie pracy w kraju	0,06 ($p = 0,1026$)
szanse na znalezienie pracy za granicą	0,05 ($p = 0,1847$)
prestizż uczelni	0,10 ($p = 0,0100^*$)
namowa kolegów/rodziny	0,02 ($p = 0,6719$)



Rysunek 4. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a poziom empatii.

Poziom asertywności był w bardzo niewielkim stopniu powiązany jedynie z nieco większym wpływem na wybór kierunku studiów zgodności z zainteresowaniami i chęci podnoszenia wiedzy. Wyniki obrazuje Tabela 62.

Tabela 62. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a poziom asertywności.

Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	Poziom asertywności
zgodność z zainteresowaniami	0,10 ($p = 0,0093^{**}$)
wyniki w nauce	0,00 ($p = 0,9270$)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	-0,07 ($p = 0,0701$)
modny kierunek studiów	-0,03 ($p = 0,3882$)
podnoszenie wiedzy	0,11 ($p = 0,0035^{**}$)
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	-0,04 ($p = 0,2722$)
prestż zawodu	0,05 ($p = 0,2485$)
perspektywy zawodowe	0,06 ($p = 0,1038$)
wysokość zarobków	-0,01 ($p = 0,8378$)
szanse na znalezienie pracy w kraju	0,00 ($p = 0,9850$)
szanse na znalezienie pracy za granicą	-0,01 ($p = 0,8250$)
prestż uczelni	0,05 ($p = 0,2086$)
namowa kolegów/rodziny	-0,06 ($p = 0,1046$)

Niemal identyczne wnioski można wyciągnąć na temat wpływu na kryteria wyboru kierunku studiów zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych. Jedynie kryterium zgodności z zainteresowaniami i chęci podnoszenia wiedzy było powiązane z poziomem zdolności organizacyjnych i komunikacyjnych. Wyniki obrazuje Tabela 63.

Tabela 63. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych.

Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	Zdolności komunikacyjne	Zdolności organizacyjne
zgodność z zainteresowaniami	0,12 ($p = 0,0020^{**}$)	0,12 ($p = 0,0019^{**}$)
wyniki w nauce	0,07 ($p = 0,0606$)	0,05 ($p = 0,2482$)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	0,01 ($p = 0,7878$)	-0,08 ($p = 0,0318^*$)
modny kierunek studiów	0,05 ($p = 0,2302$)	-0,06 ($p = 0,1298$)
podnoszenie wiedzy	0,15 ($p = 0,0001^{***}$)	0,13 ($p = 0,0006^{***}$)
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	-0,02 ($p = 0,6250$)	0,01 ($p = 0,8211$)
prestż zawodu	0,04 ($p = 0,3629$)	-0,03 ($p = 0,4541$)
perspektywy zawodowe	0,02 ($p = 0,6769$)	0,04 ($p = 0,2874$)
wysokość zarobków	-0,01 ($p = 0,7623$)	-0,05 ($p = 0,2362$)
szanse na znalezienie pracy w kraju	0,00 ($p = 0,9538$)	0,03 ($p = 0,4519$)
szanse na znalezienie pracy za granicą	0,00 ($p = 0,9121$)	0,00 ($p = 0,9953$)
prestż uczelni	0,06 ($p = 0,1099$)	0,03 ($p = 0,3978$)
namowa kolegów/rodziny	-0,03 ($p = 0,4527$)	-0,08 ($p = 0,0554$)

Miara stopnia konfliktowości oceny była powiązana w statystycznie istotny sposób jedynie z większym uwzględnianiem zgodności z zainteresowaniami przy wyborze kierunku studiów. Jest to jednak, na tle kilku innych rozpatrywanych wcześniej powiązań, bardzo słaba zależność ($r_s = 0,09$). Wyniki obrazuje Tabela 64.

Tabela 64. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a miara stopnia konfliktowości.

Czynnik wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	Stopień konfliktowej osobowości
zgodność z zainteresowaniami	0,09 ($p = 0,0199^*$)
wyniki w nauce	0,02 ($p = 0,6691$)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	0,00 ($p = 0,9311$)
modny kierunek studiów	-0,03 ($p = 0,4330$)
podnoszenie wiedzy	0,00 ($p = 0,9630$)
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	0,02 ($p = 0,5990$)
prestż zawodu	0,03 ($p = 0,4397$)
perspektywy zawodowe	0,02 ($p = 0,6268$)
wysokość zarobków	0,01 ($p = 0,8000$)
szanse na znalezienie pracy w kraju	0,03 ($p = 0,4782$)
szanse na znalezienie pracy za granicą	-0,01 ($p = 0,7561$)
prestż uczelni	-0,03 ($p = 0,4484$)
namowa kolegów/rodziny	-0,07 ($p = 0,0769$)

Miara samooceny była w bardzo niewielkim stopniu powiązana z kryteriami wyboru kierunku studiów. Im wyższe wartości tej miary (czyli niższa samoocena) tym częściej na wybór kierunku wpływ miała namowa znajomych, zapotrzebowania na absolwentów czy była to konsekwencja wcześniejszych wyborów. Wyniki obrazuje Tabela 65.

Tabela 65. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a miara samooceny.

Czynnik wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo	Miara samooceny
zgodność z zainteresowaniami	-0,09 ($p = 0,0188^*$)
wyniki w nauce	0,02 ($p = 0,6087$)
konsekwencja profilu nauki w szkole średniej	0,12 ($p = 0,0035^{**}$)
modny kierunek studiów	0,07 ($p = 0,0721$)
podnoszenie wiedzy	-0,08 ($p = 0,0513$)
zapotrzebowanie zawodowe na absolwentów	0,13 ($p = 0,0008^{***}$)
prestż zawodu	0,03 ($p = 0,4569$)
perspektywy zawodowe	0,01 ($p = 0,8343$)
wysokość zarobków	0,07 ($p = 0,0909$)
szanse na znalezienie pracy w kraju	0,07 ($p = 0,0746$)
szanse na znalezienie pracy za granicą	0,09 ($p = 0,0208^*$)
prestż uczelni	-0,02 ($p = 0,6768$)
namowa kolegów/rodziny	0,09 ($p = 0,0180^*$)

4.4. Korelacje pomiędzy miarami psychometrycznymi

W tej części zbadano korelacje pomiędzy wybranymi cechami osobowości studentów pielęgniarstwa.

Celem analizy było ustalenie wzajemnych relacji miar wyliczanych z poszczególnych kwestionariuszy. W praktyce ma na przykład znaczenie, czy osoba zadowolona z własnego życia (SWLS) będzie się też wykazywała większą empatią (KRE). Wydaje się, że pożądanym byłoby tu brak korelacji, ponieważ pielęgniarka nie może uzależniać swojego stosunku do odczuć pacjenta od własnej satysfakcji życiowej – takie postępowanie byłoby wybitnie nieprofesjonalne. Podobnego znaczenia praktycznego można się doszukać dla wielu innych rozpatrywanych zależności.

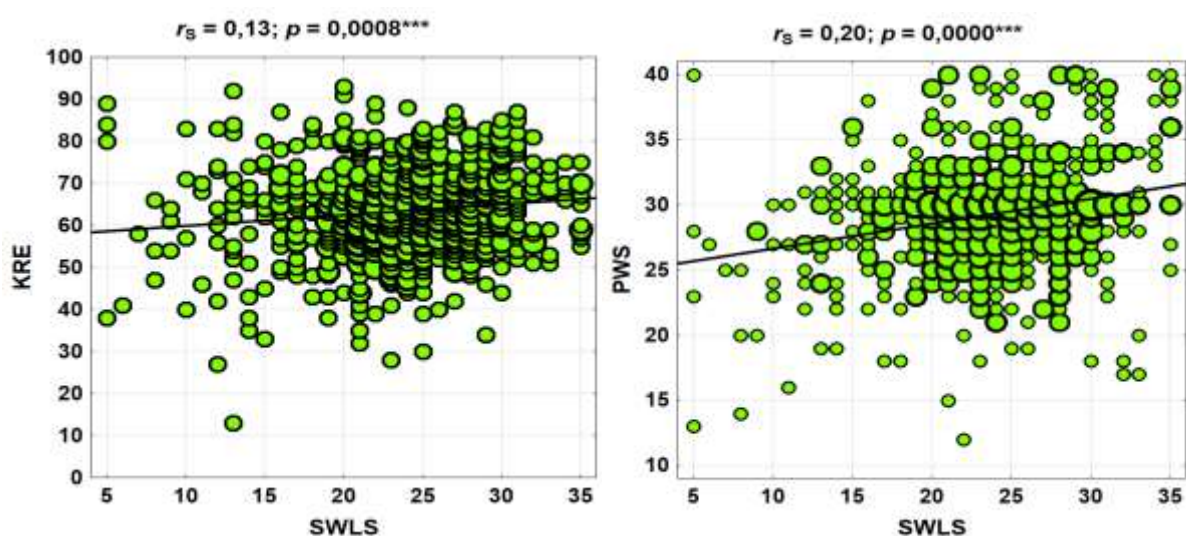
Do analizy wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana. Wybrane, najciekawsze lub istotne statystycznie korelacje, przedstawiono w postaci wykresów rozrzutu. Należy pamiętać, że jakakolwiek interpretacja zależności ma sens tylko w odniesieniu do korelacji istotnych statystycznie, czyli tych, dla których wartość prawdopodobieństwa testowego p jest poniżej 0,05.

4.4.1. Satysfakcja z życia (SWLS) a pozostałe miary

Z większą satysfakcją z życia szedł w parze nieco wyższy poziom empatii ($r_s = 0,13$), poziom asertywności ($r_s = 0,22$), zdolności komunikacyjne i organizacyjne (0,23 i 0,16). Są to korelacje istotne statystycznie, ale o bardzo niewielkiej sile. Im wyższa satysfakcja z życia tym mniejsze wartości miary samooceny, ale tu należy pamiętać, że miara ta ma odwrotny kierunek i wyższe wartości oznaczają *de facto* gorszą samoocenę. Satysfakcja z życia była też słabo skorelowana z PWS ($r_s = 0,20$) oraz z tłumieniem negatywnych uczuć – zwłaszcza depresji ($r_s = -0,20$). Opisane korelacje są istotne statystycznie, lecz ich siła jest niewielka. Wyniki obrazuje Tabela 66 i Rycina 5.

Tabela 66. Satysfakcja z Życia (SWLS) a pozostałe pomiary.

Miary psychometryczne	SWLS
KRE	0,13 ($p = 0,0008^{***}$)
Poziom asertywności	0,22 ($p = 0,0000^{***}$)
Zdolności komunikacyjne	0,23 ($p = 0,0000^{***}$)
Zdolności organizacyjne	0,16 ($p = 0,0000^{***}$)
Stopień konfliktowej osobowości	0,01 ($p = 0,8221$)
Miara samooceny	-0,27 ($p = 0,0000^{***}$)
SSZ (CISS)	0,08 ($p = 0,0472^*$)
SSE (CISS)	-0,10 ($p = 0,0144^*$)
SSU (CISS)	-0,01 ($p = 0,7409$)
ACZ (CISS)	-0,02 ($p = 0,5698$)
PKT (CISS)	0,06 ($p = 0,1172$)
PWS	0,20 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie gniewu (CECS)	-0,09 ($p = 0,0295^*$)
Tłumienie depresji (CECS)	-0,20 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie lęku (CECS)	-0,13 ($p = 0,0011^{**}$)
Ogólna kontrola emocji (CECS)	-0,17 ($p = 0,0000^{***}$)



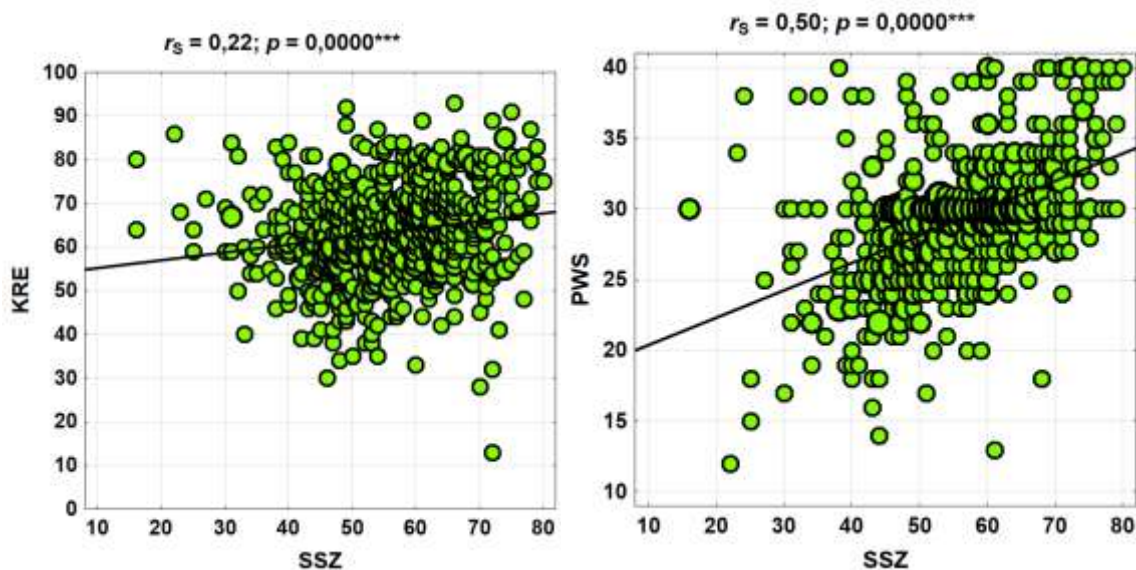
Rysunek 5. Satysfakcja z życia (SWLS) a pozostałe miary.

4.4.2. Style postępowania w sytuacjach stresowych (CISS) a pozostałe miary

Sposób postępowania w sytuacjach stresowych oparty na zadaniowości był pozytywnie powiązany z empatią ($r_s = 0,22$), asertywnością (0,24), zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi (0,18 i 0,34), samooceną (-0,28), a najsilniej z poczuciem własnej skuteczności (0,50). Co logiczne, z tymi samymi miarami był powiązany styl oparty na emocjach (SSE), ale znaki korelacji są przeciwne, bo emocje nie idą w parze z asertywnością, zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi, samooceną czy skutecznością. Wyniki obrazuje Tabela 67 i Rycina 6.

Tabela 67. Sposób postępowania w sytuacjach stresowych a pozostałe miary.

Miary psychometryczne	CISS – SSZ	CISS – SSE	CISS – SSU	CISS – ACZ	CISS – PKT
SWLS	0,08 (0,0472*)	-0,10 (0,0144*)	-0,01 (0,7409)	-0,02 (0,5698)	0,06 (0,1172)
KRE	0,22 (0,0000***)	0,06 (0,1070)	0,04 (0,3136)	-0,05 (0,1694)	0,19 (0,0000***)
Poziom asertywności	0,24 (0,0000***)	-0,29 (0,0000***)	-0,05 (0,2445)	-0,14 (0,0004***)	0,18 (0,0000***)
Zdolności komunikacyjne	0,18 (0,0000***)	-0,19 (0,0000***)	0,09 (0,0305*)	-0,04 (0,3525)	0,26 (0,0000***)
Zdolności organizacyjne	0,34 (0,0000***)	-0,22 (0,0000***)	0,03 (0,4067)	-0,09 (0,0188*)	0,30 (0,0000***)
Stopień konfliktowej osobowości	0,08 (0,0477*)	-0,02 (0,6338)	-0,02 (0,5854)	-0,06 (0,1379)	0,06 (0,1270)
Miara samooceny	-0,28 (0,0000***)	0,38 (0,0000***)	0,02 (0,6555)	0,11 (0,0042**)	-0,21 (0,0000***)
PWS	0,50 (0,0000***)	-0,17 (0,0000***)	0,06 (0,1031)	-0,09 (0,0229*)	0,33 (0,0000***)
Tłumienie gniewu (CECS)	-0,07 (0,0819)	0,07 (0,0740)	0,01 (0,8917)	0,01 (0,8336)	-0,06 (0,1136)
Tłumienie depresji (CECS)	-0,04 (0,3646)	0,19 (0,0000***)	0,00 (0,9050)	0,01 (0,7925)	-0,07 (0,0638)
Tłumienie lęku (CECS)	-0,06 (0,1446)	0,08 (0,0495*)	-0,04 (0,3782)	-0,02 (0,5861)	-0,11 (0,0079**)
Ogólna kontrola emocji (CECS)	-0,07 (0,0725)	0,14 (0,0003***)	-0,01 (0,8013)	0,00 (0,9549)	-0,10 (0,0117*)



Rysunek 6. Sposób postępowania w sytuacjach stresowych a pozostałe miary.

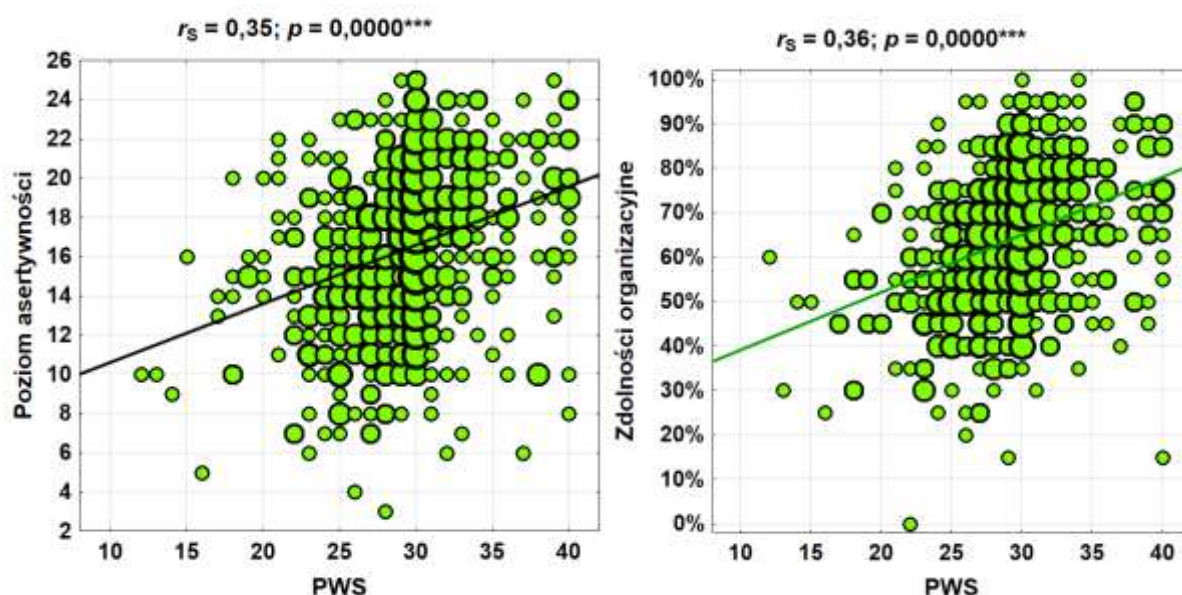
4.4.3. Poczucie własnej skuteczności a pozostałe miary

Poczucie skuteczności było mocno powiązane ze stosowaniem w sytuacjach stresowych stylu rozwiązywania problemów opartego na zadaniowości (SSZ – CISS), im wyższa ocena skuteczności tym wyższa samoocena ($r_s = -0,40$ – korelacja jest ujemna, bo miara samooceny jako korzystne ma wartości niższe). Relatywnie mocno była też samoocena skuteczności powiązana z poziomem zdolności organizacyjnych i asertywnością, a nieco słabiej z satysfakcją z życia, empatią i zdolnościami komunikacyjnymi. Bardzo słaba jest korelacja skuteczności z tłumieniem depresji i ogólną kontrolą emocji (-0,12 i -0,10).

Tabela 68. Poczucie skuteczności a pozostałe miary.

Miary psychometryczne	PWS
SWLS	0,20 ($p = 0,0000^{***}$)
KRE	0,15 ($p = 0,0001^{***}$)
Poziom asertywności	0,35 ($p = 0,0000^{***}$)
Zdolności komunikacyjne	0,23 ($p = 0,0000^{***}$)
Zdolności organizacyjne	0,36 ($p = 0,0000^{***}$)
Stopień konfliktowej osobowości	0,06 ($p = 0,1004$)
Miara samooceny	-0,40 ($p = 0,0000^{***}$)

SSZ (CISS)	0,50 ($p = 0,0000^{***}$)
SSE (CISS)	-0,17 ($p = 0,0000^{***}$)
SSU (CISS)	0,06 ($p = 0,1031$)
ACZ (CISS)	-0,09 ($p = 0,0229^*$)
PKT (CISS)	0,33 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie gniewu (CECS)	-0,07 ($p = 0,0815$)
Tłumienie depresji (CECS)	-0,12 ($p = 0,0029^{**}$)
Tłumienie lęku (CECS)	-0,06 ($p = 0,1117$)
Ogólna kontroli emocji (CECS)	-0,10 ($p = 0,0119^*$)



Rysunek 7. Poczucie skuteczności a pozostałe miary.

4.4.4. Tłumienie negatywnych emocji (CECS) a pozostałe miary

Tłumienie negatywnych emocji było powiązane w statystycznie istotny sposób z satysfakcją z życia SWLS. Oczywiście korelacje mają znaki ujemne, ponieważ miary CECS mają negatywny wydzźwięk, ich wyższe wartości oznaczają gorsze samopoczucie psychiczne.

Tłumienie negatywnych emocji było też powiązane z niższym poziomem asertywności, zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, a tłumienie depresji i ogólna

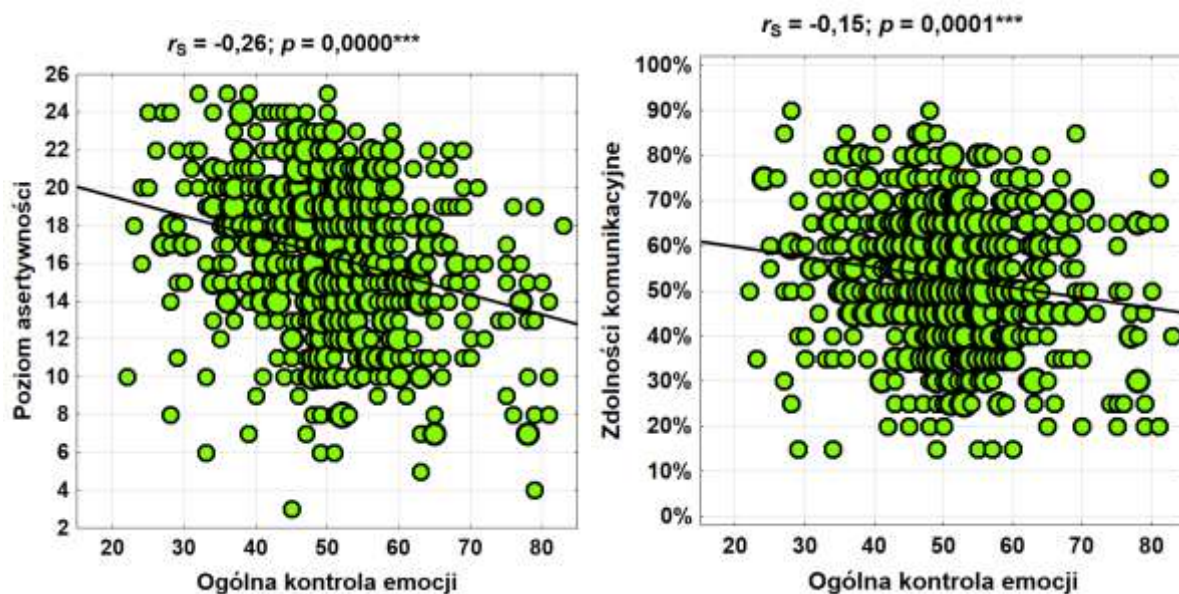
kontrola negatywnych emocji dodatkowo są powiązane z częstszym stosowaniem stylu opartego na emocjach (SSE) do rozwiązywania sytuacji stresowych.

Tabela 69. Tłumienie negatywnych emocji a pozostałe miary.

Miary psychometryczne	Tłumienie gniewu (CECS)	Tłumienie depresji (CECS)	Tłumienie lęku (CECS)	Ogólna kontrola emocji (CECS)
SWLS	-0,09 ($p = 0,0295^*$)	-0,20 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,13 ($p = 0,0011^{**}$)	-0,17 ($p = 0,0000^{***}$)
KRE	0,02 ($p = 0,5846$)	-0,01 ($p = 0,8812$)	-0,08 ($p = 0,0409^*$)	-0,03 ($p = 0,4251$)
Poziom asertywności	-0,17 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,28 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,16 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,26 ($p = 0,0000^{***}$)
Zdolności komunikacyjne	-0,08 ($p = 0,0361^*$)	-0,14 ($p = 0,0004^{***}$)	-0,12 ($p = 0,0031^{**}$)	-0,15 ($p = 0,0001^{***}$)
Zdolności organizacyjne	-0,16 ($p = 0,0001^{***}$)	-0,16 ($p = 0,0001^{***}$)	-0,13 ($p = 0,0012^{**}$)	-0,19 ($p = 0,0000^{***}$)
Stopień konfliktowej osobowości	0,06 ($p = 0,1530$)	0,01 ($p = 0,7953$)	-0,03 ($p = 0,5077$)	0,01 ($p = 0,7517$)
Miara samooceny	0,13 ($p = 0,0012^{**}$)	0,25 ($p = 0,0000^{***}$)	0,14 ($p = 0,0004^{***}$)	0,23 ($p = 0,0000^{***}$)
SSZ (CISS)	-0,07 ($p = 0,0819$)	-0,04 ($p = 0,3646$)	-0,06 ($p = 0,1446$)	-0,07 ($p = 0,0725$)
SSE (CISS)	0,07 ($p = 0,0740$)	0,19 ($p = 0,0000^{***}$)	0,08 ($p = 0,0495^*$)	0,14 ($p = 0,0003^{***}$)
SSU (CISS)	0,01 ($p = 0,8917$)	0,00 ($p = 0,9050$)	-0,04 ($p = 0,3782$)	-0,01 ($p = 0,8013$)
ACZ (CISS)	0,01 ($p = 0,8336$)	0,01 ($p = 0,7925$)	-0,02 ($p = 0,5861$)	0,00 ($p = 0,9549$)
PKT (CISS)	-0,06 ($p = 0,1136$)	-0,07 ($p = 0,0638$)	-0,11 ($p = 0,0079^{**}$)	-0,10 ($p = 0,0117^*$)
PWS	-0,07 ($p = 0,0815$)	-0,12 ($p = 0,0029^{**}$)	-0,06 ($p = 0,1117$)	-0,10 ($p = 0,0119^*$)

Wybrane korelacje przedstawiono także na wykresach rozrzutu. Widać, że wraz ze wzrostem poziomu ogólnej kontroli emocji spadał poziom asertywności, a także zdolności komunikacyjne. Ta pierwsza zależność była nieco silniejsza, choć obie są słabe. O ile jednak

przewidywanie asertywności czy zdolności komunikacyjnych na podstawie kontroli negatywnych emocji u jednej osoby jest obarczone dużym błędem, o tyle z dużym prawdopodobieństwem można powiedzieć, że zespół kilkudziesięciu pielęgniarek o niższej kontroli negatywnych emocji będzie bardziej asertywny i wykazywał większe zdolności komunikacyjne (Rycina 8).



Rysunek 8. Tłumienie negatywnych emocji a pozostałe miary.

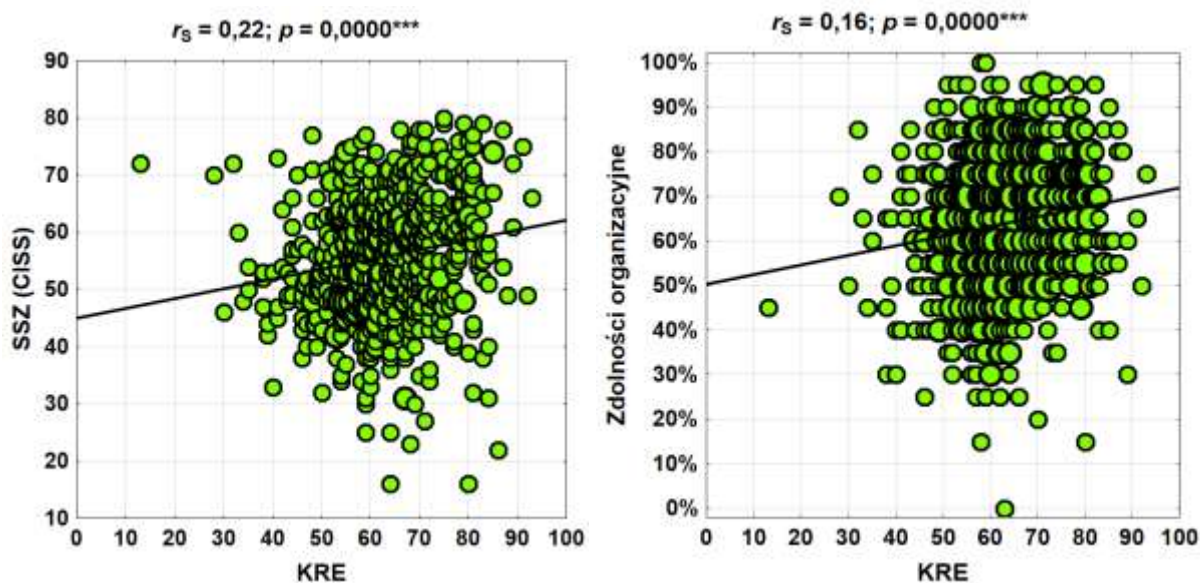
4.4.5. Poziom rozumienia empatycznego (KRE) a pozostałe miary

Poziom rozumienia empatycznego był powiązany w sposób statystycznie istotny z większą satysfakcją z życia (SWLS), zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi, samooceną, stosowaniem w sytuacjach stresowych stylu zadaniowego (SSZ) i wyższą skutecznością (PWS). Są to jednak, o czym należy pamiętać, korelacje bardzo słabe. Wyniki obrazuje Tabela 70 i Rycina 9.

Tabela 70. Poziom rozumienia empatycznego a pozostałe miary.

Miary psychometryczne	KRE
SWLS	0,13 ($p = 0,0008^{***}$)
Poziom asertywności	0,06 ($p = 0,1501$)
Zdolności komunikacyjne	0,14 ($p = 0,0003^{***}$)

Zdolności organizacyjne	0,16 ($p = 0,0000^{***}$)
Stopień konfliktowej osobowości	0,08 ($p = 0,0358^*$)
Miara samooceny	0,10 ($p = 0,0145^*$)
SSZ (CISS)	0,22 ($p = 0,0000^{***}$)
SSE (CISS)	0,06 ($p = 0,1070$)
SSU (CISS)	0,04 ($p = 0,3136$)
ACZ (CISS)	-0,05 ($p = 0,1694$)
PKT (CISS)	0,19 ($p = 0,0000^{***}$)
PWS	0,15 ($p = 0,0001^{***}$)
Tłumienie gniewu (CECS)	0,02 ($p = 0,5846$)
Tłumienie depresji (CECS)	-0,01 ($p = 0,8812$)
Tłumienie lęku (CECS)	-0,08 ($p = 0,0409^*$)
Ogólna kontroli emocji (CECS)	-0,03 ($p = 0,4251$)



Rysunek 9. Poziom rozumienia empatycznego a pozostałe miary.

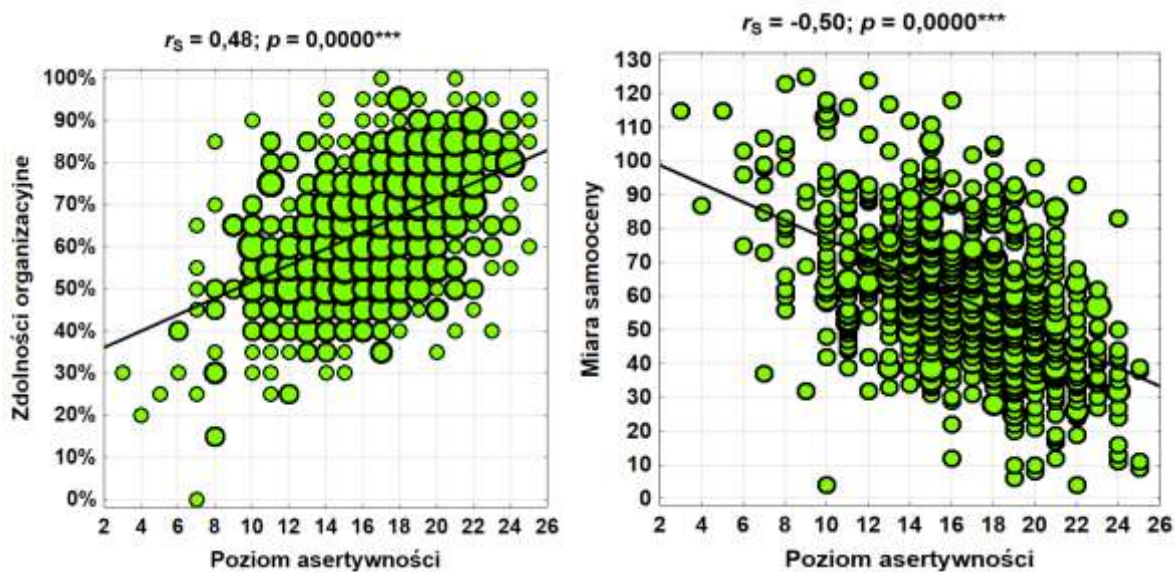
4.4.6. Poziom asertywności a pozostałe miary

Aspektem osobowości, który dość wyraźnie powiązany z pozostałymi miarami psychometrycznymi, był poziom asertywności. Asertywność była wyraźnie powiązana ze zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi ($r_s = 0,42$ i $0,48$). Jeszcze silniejsza była

korelacja z miarą samooceny ($r_s = -0,50$), a nieco słabsza z poczuciem skuteczności (PWS – $r_s = 0,35$). Większa asertywność oznaczała także mniej negatywnych emocji (ujemne korelacje z miarami CECS) i rzadsze stosowanie w sytuacjach konfliktowych stylu rozwiązywania problemu opartego na emocjach (SSE), zaś częste podejście zadaniowe (SSZ). Wyniki obrazuje Tabela 71 i Rycina 10.

Tabela 71. Poziom asertywności a pozostałe miary.

Miary psychometryczne	Poziom asertywności
SWLS	0,22 ($p = 0,0000^{***}$)
KRE	0,06 ($p = 0,1501$)
Zdolności komunikacyjne	0,42 ($p = 0,0000^{***}$)
Zdolności organizacyjne	0,48 ($p = 0,0000^{***}$)
Stopień konfliktowej osobowości	0,04 ($p = 0,2551$)
Miara samooceny	-0,50 ($p = 0,0000^{***}$)
SSZ (CISS)	0,24 ($p = 0,0000^{***}$)
SSE (CISS)	-0,29 ($p = 0,0000^{***}$)
SSU (CISS)	-0,05 ($p = 0,2445$)
ACZ (CISS)	-0,14 ($p = 0,0004^{***}$)
PKT (CISS)	0,18 ($p = 0,0000^{***}$)
PWS	0,35 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie gniewu (CECS)	-0,17 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie depresji (CECS)	-0,28 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie lęku (CECS)	-0,16 ($p = 0,0000^{***}$)
Ogólna kontroli emocji (CECS)	-0,26 ($p = 0,0000^{***}$)



Rysunek 10. Poziom asertywności a pozostałe miary.

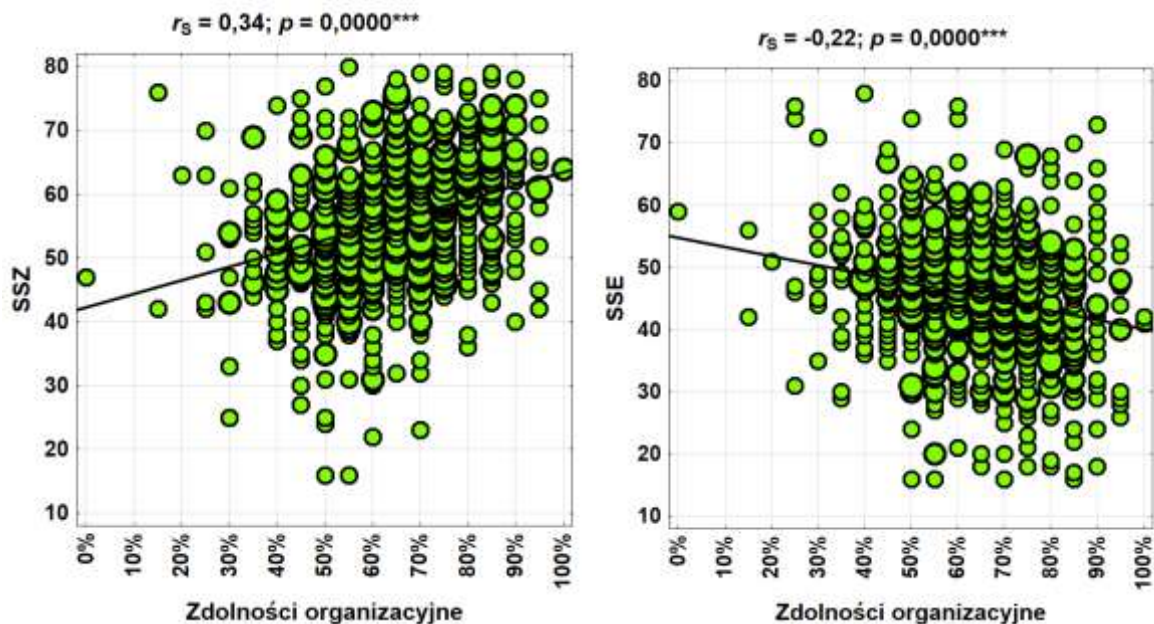
4.4.7. Zdolności komunikacyjne i organizacyjne a pozostałe miary

Zdolności komunikacyjne i organizacyjne były powiązane w dość wyraźny sposób z kilkoma innymi aspektami osobowości. Wraz ze wzrostem obu tych miar rósł też w szczególności poziom asertywności ($r_s = 0,42$ i $0,48$) a także samoocena ($-0,37$ i $-0,49$). Dobre zdolności organizacyjne i komunikacyjne były także powiązane, choć już w znacznie słabszym stopniu, z większą satysfakcją z życia (SWLS) czy poczuciem własnej skuteczności (SSZ), a rzadszym stosowaniem stylu opartego na emocjach (SSE), i wreszcie, choć są to już dużo słabsze korelacje, większe zdolności komunikacyjne i organizacyjne szły w parze z większą empatią (KRE), a mniejszym nasileniem negatywnych emocji (CECS). Wyniki obrazuje Tabela 72 i Rycina 11.

Tabela 72. Zdolności komunikacyjne i organizacyjne a pozostałe miary.

Miary psychometryczne	Zdolności komunikacyjne	Zdolności organizacyjne
SWLS	0,23 ($p = 0,0000***$)	0,16 ($p = 0,0000***$)
KRE	0,14 ($p = 0,0003***$)	0,16 ($p = 0,0000***$)
Poziom asertywności	0,42 ($p = 0,0000***$)	0,48 ($p = 0,0000***$)

Stopień konfliktowej osobowości	0,06 ($p = 0,1187$)	0,03 ($p = 0,4280$)
Miara samooceny	-0,37 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,49 ($p = 0,0000^{***}$)
SSZ (CISS)	0,18 ($p = 0,0000^{***}$)	0,34 ($p = 0,0000^{***}$)
SSE (CISS)	-0,19 ($p = 0,0000^{***}$)	-0,22 ($p = 0,0000^{***}$)
SSU (CISS)	0,09 ($p = 0,0305^*$)	0,03 ($p = 0,4067$)
ACZ (CISS)	-0,04 ($p = 0,3525$)	-0,09 ($p = 0,0188^*$)
PKT (CISS)	0,26 ($p = 0,0000^{***}$)	0,30 ($p = 0,0000^{***}$)
PWS	0,23 ($p = 0,0000^{***}$)	0,36 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie gniewu (CECS)	-0,08 ($p = 0,0361^*$)	-0,16 ($p = 0,0001^{***}$)
Tłumienie depresji (CECS)	-0,14 ($p = 0,0004^{***}$)	-0,16 ($p = 0,0001^{***}$)
Tłumienie lęku (CECS)	-0,12 ($p = 0,0031^{**}$)	-0,13 ($p = 0,0012^{**}$)
Ogólna kontroli emocji (CECS)	-0,15 ($p = 0,0001^{***}$)	-0,19 ($p = 0,0000^{***}$)



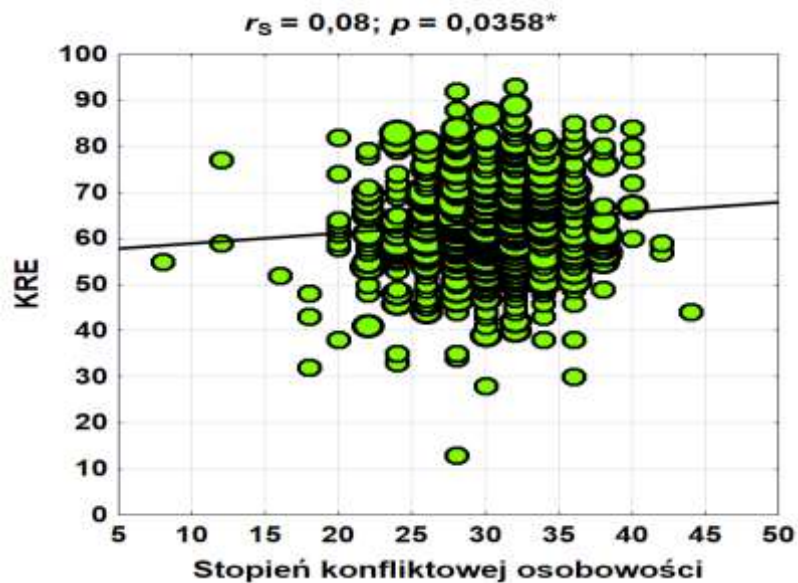
Rysunek 11. Zdolności komunikacyjne i organizacyjne a pozostałe miary.

4.4.8. Konfliktowość osobowości a pozostałe miary

Konfliktowość osobowości wśród ankietowanych pielęgniarek nie była znacząco powiązana z żadną inną miarą. Co prawda dwie z korelacji (z KRE i SSZ) były istotne statystycznie, ale ich siła była tak niewielka (r_s poniżej 0,10), że trudno na ich podstawie wyciągać jakiegokolwiek wiążące wnioski. Wyniki obrazuje Tabela 73 i Rycina 12.

Tabela 73. Konfliktowa osobowość a pozostałe miary.

Miary psychometryczne	Stopień konfliktowej osobowości
SWLS	0,01 ($p = 0,8221$)
KRE	0,08 ($p = 0,0358^*$)
Poziom asertywności	0,04 ($p = 0,2551$)
Zdolności komunikacyjne	0,06 ($p = 0,1187$)
Zdolności organizacyjne	0,03 ($p = 0,4280$)
Miara samooceny	-0,07 ($p = 0,0606$)
SSZ (CISS)	0,08 ($p = 0,0477^*$)
SSE (CISS)	-0,02 ($p = 0,6338$)
SSU (CISS)	-0,02 ($p = 0,5854$)
ACZ (CISS)	-0,06 ($p = 0,1379$)
PKT (CISS)	0,06 ($p = 0,1270$)
PWS	0,06 ($p = 0,1004$)
Tłumienie gniewu (CECS)	0,06 ($p = 0,1530$)
Tłumienie depresji (CECS)	0,01 ($p = 0,7953$)
Tłumienie lęku (CECS)	-0,03 ($p = 0,5077$)
Ogólna kontroli emocji (CECS)	0,01 ($p = 0,7517$)



Rysunek 12. Konfliktowa osobowość a pozostałe miary.

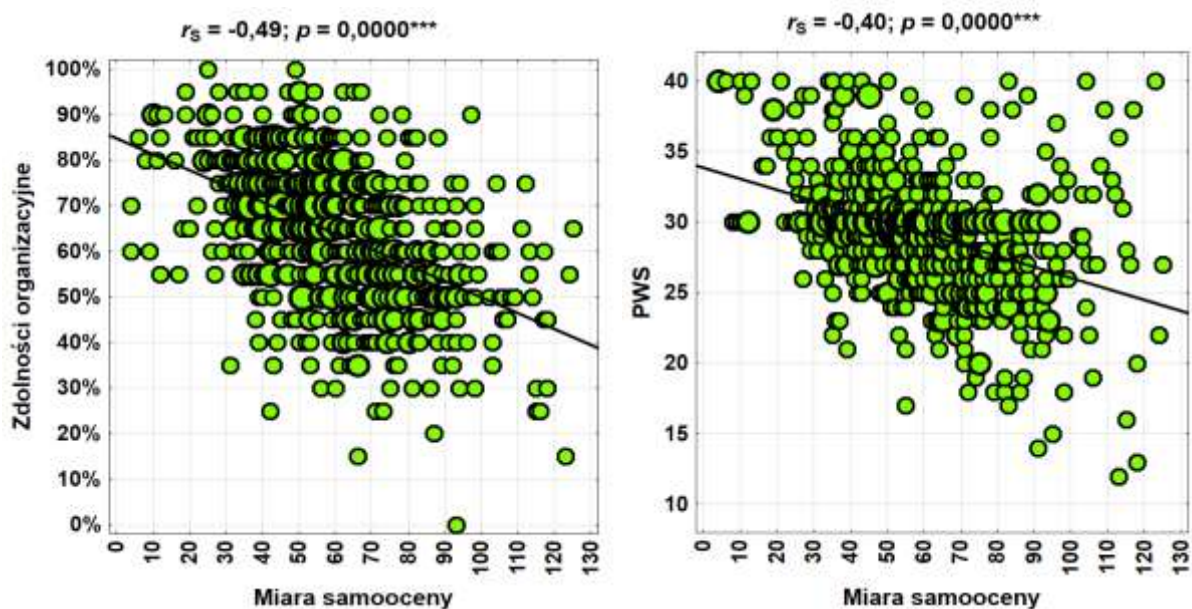
4.4.9. Miara samooceny a pozostałe miary

Interpretując korelacje miary samooceny z innymi miarami, należy pamiętać, że w jej przypadku wyższe wartości oznaczają gorszą, zaniżoną samoocenę. Ten fakt wpływa na znak współczynników korelacji. Lepsza samoocena była mocno skorelowana z poczuciem asertywności ($r_s = -0,50$), zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi ($-0,37$ i $-0,49$), poczuciem skuteczności ($-0,40$) czy satysfakcją z życia ($-0,27$). Im lepsza samoocena, czyli niższe wartości miary samooceny, tym częstsze stosowanie SSZ w rozwiązywanie problemów ($-0,28$), a rzadsze odwoływanie się do emocji w sytuacjach konfliktowych ($0,38$). Tłumienie negatywnych emocji było mniejsze u osób z mniejszą samooceną. Wyniki obrazuje Tabela 74 i Rycina 13.

Tabela 74. Miara samooceny a pozostałe miary.

Miary psychometryczne	Miara samooceny
SWLS	$-0,27$ ($p = 0,0000^{***}$)
KRE	$0,10$ ($p = 0,0145^*$)
Poziom asertywności	$-0,50$ ($p = 0,0000^{***}$)
Zdolności komunikacyjne	$-0,37$ ($p = 0,0000^{***}$)

Zdolności organizacyjne	-0,49 ($p = 0,0000^{***}$)
Stopień konfliktowej osobowości	-0,07 ($p = 0,0606$)
SSZ (CISS)	-0,28 ($p = 0,0000^{***}$)
SSE (CISS)	0,38 ($p = 0,0000^{***}$)
SSU (CISS)	0,02 ($p = 0,6555$)
ACZ (CISS)	0,11 ($p = 0,0042^{**}$)
PKT (CISS)	-0,21 ($p = 0,0000^{***}$)
PWS	-0,40 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie gniewu (CECS)	0,13 ($p = 0,0012^{**}$)
Tłumienie depresji (CECS)	0,25 ($p = 0,0000^{***}$)
Tłumienie lęku (CECS)	0,14 ($p = 0,0004^{***}$)
Ogólna kontroli emocji (CECS)	0,23 ($p = 0,0000^{***}$)



Rysunek 13. Miara samooceny a pozostałe miary.

5. WERYFIKACJA HIPOTEZ

Hipoteza 1 - Studenci kierunku pielęgniarstwo mieli powiązania ze środowiskiem medycznym.

Hipoteza potwierdzona.

Powiązania ze środowiskiem medycznym posiadała niemal połowa ankietowanych osób. W co szóstym przypadku w zawodzie medycznym pracowała matka ankietowanej osoby i podobnie często jest to ktoś z dalszej rodziny, a w co czwartym - osoba z rodziny była pielęgniarzką.

Hipoteza 2 - Badani studenci byli zadowoleni z wyboru kierunku studiów i nie rozważają jego zmiany.

Hipoteza potwierdzona.

Niemal dwie trzecie ankietowanych osób było zadowolonych z wyboru kierunku studiów i uważało, że jest to ich upragniony kierunek. Niemal dokładnie dwie trzecie ankietowanych osób zdecydowanie nie rozważało zmiany kierunku studiów.

Hipoteza 3 - Głównym argumentami które przeważały za podjęciem studiów na kierunku pielęgniarstwo były własne zainteresowania badanych, pewność dobrej pracy.

Hipoteza potwierdzona.

Dwie trzecie ankietowanych wskazało własne zainteresowania jako powód wyboru kierunku studiów. Ponad połowa oczekiwała, że ten kierunek da im w przyszłości dobrą pracę.

Hipoteza 4 - w opinii badanych wykonywać zawód pielęgniarki powinna osoba z tzw. powołaniem, empatyczna, cierpliwa sumienna, odpowiedzialna.

Hipoteza potwierdzona.

Najczęściej badani odpowiadali, że pielęgniarkami powinny być osoby z powołaniem. Większość ankietowanych wskazało także empatię, a ponad jedna trzecia na cierpliwość. W następnej kolejności wskazywano dobroć, sumiennność, odpowiedzialność, chęć niesienia pomocy, posiadanie silnej psychiki i pracowitość.

Hipoteza 5 - Badani przejawiają przeciętny poziom satysfakcji z życia, styl zadaniowy radzenia sobie ze stresem, przeciętny poziom własnej skuteczności i kontroli negatywnych emocji, wysoki poziom empatii i asertywności, niski poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, średni poziom konfliktowej osobowości, przeciętny poziom samooceny.

Hipoteza częściowo potwierdzona.

Osoby badane:

- w większości były bardzo zadowolone z życia, przy czym studiujące na studiach magisterskich wykazywały nieco większy poziom satysfakcji z życia niż osoby ze studiów licencjackich;
- w większości prezentowały styl skoncentrowany na zadaniu w radzeniu sobie ze stresem, który cechował nieco częściej osoby ze studiów I stopnia;
- w większości posiadały wysoki poziom własnej skuteczności i brak było różnic w ocenie własnej skuteczności pomiędzy studentami studiów I oraz II stopnia;
- prezentowały dość wysoki poziom kontroli negatywnych emocji i nie zależał od rodzaju studiów – jedynie tłumienie gniewu było minimalnie wyższe wśród osób ze studiów II stopnia;
- prezentowały dość wysoki poziom empatii i asertywności, przy czym osoby ze studiów I stopnia cechowały się większym rozumieniem empatycznym i asertywnością niż badani ze studiów II stopnia;
- w większości prezentowały bardzo niski poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, przy czym nie było różnic w zdolnościach komunikacyjnych, a poziom zdolności organizacyjnych był wyższy wśród studentów studiów I stopnia;
- w większości prezentowały poziom konfliktowości w normie i nie wykazano w powyższym statystycznie istotnej różnicy pomiędzy osobami ze studiów I oraz II stopnia;
- w większości miały zaniżoną samooceny, w tym osoby ze studiów II stopnia nieco wyższą niż I stopnia.

Hipoteza 6 - Rodzinne powiązania medyczne wpływają na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej

skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości i samoocenę.

Hipoteza częściowo potwierdzona.

- Rodzinne powiązania medyczne nie wpływały na satysfakcję z życia studentów pielęgniarstwa, częstość stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, konfliktowość osobowości i samoocenę;
- Rodzinne powiązania medyczne wpływały na poczucie własnej skuteczności – było ono najwyższe wśród osób mających osoby związane z medycyną w najbliższej rodzinie, a najniższe wśród osób nie mających żadnych rodzinnych powiązań medycznych;
- Osoby mające powiązania medyczne w najbliższej rodzinie miały nieco wyższy poziom asertywności;
- Zdolności komunikacyjne były nieco większe w przypadku posiadania osób związanych z medycyną, aniżeli wśród osób nie mających w ogóle takich powiązań.

Hipoteza 7 - Motyw wyboru kierunku pielęgniarstwa jako kierunku wpływał na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości, samoocenę .

Hipoteza potwierdzona.

- Osoby odczuwające większą satysfakcję z życia nieco częściej wskazywały jako przyczyny wyboru kierunku studiów zgodność z zainteresowaniami i wynikiem w nauce, a w następnej kolejności prestiż uczelni, zawodu i chęć podnoszenia wiedzy;
- Wykazano większy wpływ chęci podnoszenia wiedzy jako wyboru kierunku studiów wśród osób, które częściej stosowały racjonalne podejście do rozwiązywania problemów (SSZ), powiązanie stosowania strategii emocjonalnych i unikowych z motywacją materialną wyboru kierunku studiów (zarobki, szanse znalezienia pracy). Osoby stosujące częściej styl SSZ w mniejszym stopniu przy wyborze kierunku studiów zwracały uwagę na „namowy” innych osób;

- Osoby cechujące się lepszą samooceną własnej skuteczności nieco częściej przy wyborze kierunku studiów zwracają uwagę na zgodność zainteresowania i podnoszenie wiedzy;
- Niższy poziom negatywnych emocji (w szczególności depresji) wpływał jedynie na nieco większe znaczenie dwóch kryteriów: zgodności kierunku z zainteresowaniami i chęci podnoszenia wiedzy;
- Wyższy poziom rozumienia empatycznego był w statystycznie istotny sposób powiązany z większym uwzględnianiem przy wyborze kierunku studiów zgodności z zainteresowaniami, wynikami w nauce oraz chęcią podnoszenia wiedzy;
- Poziom asertywności był w bardzo niewielkim stopniu powiązany jedynie z nieco większym wpływem na wybór kierunku studiów zgodności z zainteresowaniami i chęci podnoszenia wiedzy;
- Jedynie kryterium zgodności z zainteresowaniami i chęci podnoszenia wiedzy było powiązane z poziomem zdolności organizacyjnych i komunikacyjnych;
- Miara stopnia konfliktowości oceny była powiązana w statystycznie istotny sposób jedynie z większym uwzględnianiem zgodności z zainteresowaniami przy wyborze kierunku studiów;
- Im niższa była samoocena tym częściej na wybór kierunku wpływ miała namowa znajomych, zapotrzebowania na absolwentów czy była to konsekwencja wcześniejszych wyborów.

Hipoteza 8 - **Pomiędzy prezentowaną satysfakcją z życia studentów, stosowaniem poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciem własnej skuteczności, kontrolą emocji, poziomem rozumienia empatycznego, poziomem asertywności, zdolnościami komunikacyjnymi, konfliktowością osobowości i samooceną istnieją wzajemne korelacje.**

Hipoteza częściowo potwierdzona.

- Większa satysfakcja z życia towarzyszyła nieco wyższemu poziomowi empatii, poziomowi asertywności, zdolnościom komunikacyjnym i organizacyjnym. Im wyższa była satysfakcja z życia tym mniejsze były wartości miary samooceny. Satysfakcja z życia była też słabo skorelowana z wyższą skutecznością oraz z tłumieniem negatywnych uczuć – zwłaszcza depresji;

- Sposób postępowania w sytuacjach stresowych oparty na zadaniowości był pozytywnie powiązany z empatią, asertywnością, zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi i samooceną, a najsilniej z poczuciem własnej skuteczności;
- Poczucie skuteczności było mocno powiązane ze stosowaniem w sytuacjach stresowych stylu rozwiązywania problemów opartego na zadaniowości. Im wyższa była ocena skuteczności tym wyższa samoocena. Samoocena skuteczności była też mocna powiązana z poziomem zdolności organizacyjnych i asertywnością, a nieco słabiej z satysfakcją z życia, empatią i zdolnościami komunikacyjnymi. Bardzo słaba była korelacja skuteczności z tłumieniem depresji i ogólną kontrolą emocji;
- Tłumienie negatywnych emocji było powiązane w statystycznie istotny sposób z satysfakcją z życia, z niższym poziomem asertywności, zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, a tłumienie depresji i ogólna kontrola negatywnych emocji dodatkowo - z częstszym stosowaniem stylu opartego na emocjach do rozwiązywania sytuacji stresowych;
- Poziom rozumienia empatycznego był powiązany w sposób statystycznie istotny z większą satysfakcją z życia, zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi, samooceną, stosowaniem w sytuacjach stresowych stylu zadaniowego i wyższą skutecznością;
- Asertywność była wyraźnie powiązana ze zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi i silnie z miarą samooceny, a nieco słabiej z poczuciem skuteczności. Większa asertywność oznaczała także mniej negatywnych emocji i rzadsze stosowanie w sytuacjach konfliktowych stylu rozwiązywania problemu opartego na emocjach, zaś częste podejście zadaniowe;
- Wraz ze wzrostem zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych rósł też w szczególności poziom asertywności i samoocena. Dobre zdolności organizacyjne i komunikacyjne były także powiązane, choć już w znacznie słabszym stopniu, z większą satysfakcją z życia, poczuciem własnej skuteczności a także częstszym stosowaniem stylu rozwiązywania problemów opartego na zadaniowości i rzadszym stosowaniem stylu opartego na emocjach. Większe zdolności komunikacyjne i organizacyjne szły w parze z większą empatią i mniejszym nasileniem negatywnych emocji;
- Konfliktowość osobowości nie była znacząco powiązana z żadną inną miarą;

- Lepsza samoocena była mocno skorelowana z poczuciem asertywności, zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi, poczuciem skuteczności oraz satysfakcją z życia. Im lepsza była samoocena, czyli niższe wartości miary samooceny, tym częstsze stosowanie stylu zadaniowego radzenia ze stresem w rozwiązywanie problemów, a rzadsze odwoływanie się do emocji w sytuacjach konfliktowych. Tłumienie negatywnych emocji było mniejsze u osób z mniejszą samooceną.

6. DYSKUSJA

Człowiek podczas swojego życia nieustannie poszukuje właściwej drogi wyznaczając sobie nowe cele, dążąc do ich realizacji i dokonując różnych wyborów. Warto pamiętać za Cudowska [8], że „określona orientacja życiowa, poczucie sensu własnego istnienia nie jest ustalane raz na zawsze, lecz poszukujemy go nieustannie w sobie i w innych” [8].

W kwestii orientacji życiowej oraz związanych z tym wyborów istotną rolę odgrywają motywacje i cele [68]. Według założeń psychologii społecznej są one kształtowane poprzez uczenie się, kulturę oraz biologię. Zakłada się, że ponieważ wszyscy ludzie są przedstawicielami biologicznego gatunku, to ich podstawowe motywacje społeczne powinny być podobne. Każdy człowiek dzieli bowiem swoje doświadczenia, normy społeczne i cele z ludźmi, ale jednocześnie każdy ma własne, niepowtarzalne doświadczenia oraz wyjątkowy zespół celów społecznych [68]. W piśmiennictwie [69] mówi się o różnych rodzajach motywacji:

- egocentrycznej - cechującej się skłonnością człowieka do koncentrowania uwagi na sobie, realizacji własnych potrzeb, osiągnięcia korzyści w postaci satysfakcji, a ludzie posługujący się tą motywacją kierują się zasadą bilansu strat i zysków;
- empatycznej - cechującej się wrodzoną zdolnością człowieka do współodczuwania z innymi ludźmi i obecnie uważanej, że nie jest ona wynikiem wrodzonych zdolności, tylko kształtuje się w wyniku pewnych doświadczeń;
- normatywnej - cechującej się dążeniem jednostki do realizacji norm akceptowanych przez siebie, nabytych w toku socjalizacji czy procesów uczenia się;
- w opinii Mac-Czarnika [9] umiejętność dokonywania wyborów, mająca długoterminowy wpływ na dalsze życie danej osoby i innych osób, jest nieodzownym warunkiem efektywnego planowania życia. W tym kontekście bardzo ważne jest planowanie przyszłości np. odnośnie wyboru studiów wyższych, które nie tylko sprzyjają rozwojowi światopoglądu młodego człowieka, ale pozwalają mu także na działanie w kierunku własnych zainteresowań;

Okres wyboru kierunku studiów oraz samego studiowania jest bardzo zintensyfikowany. Młody człowiek zdobywa ogromną ilość informacji na ich temat, konfrontuje je ze swoją dotychczasową wiedzą i opracowuje strategię konstruowania przyszłości.

Decyzja o wyborze studiów powinna być dokładnie przemyślana i nie powinna być podejmowana pod wpływem emocji, chwilowego impulsu, opinii innych osób oraz reklam. Timoszyk-Tomczak [6] zauważa, że musi być ona podporządkowana pewnej nadrzędnej regule, czyli wypracowaniu wizji własnego życia.

Na podstawie powyższych założeń wyróżnia strategię [6]:

- realistyczną – czyli zbiór reguł służących do konstruowania własnej przyszłości, który jest oparty na umiejętnej obserwacji innych ludzi oraz samego siebie, a następnie wykorzystywanie indywidualnych zdolności, umiejętności i dokonanie adekwatnej analizy własnej sytuacji;
- autorytetu – czyli zbieranie rad, wskazówek od innych, uznanych za bardziej doświadczonych, mądrzejszych, lepszych a następnie wykorzystywanie ich we własnych planach;
- przymusu – czyli odwoływanie się do konieczności wynikającej z nakazu innych osób bądź okoliczności zewnętrznych, mających wpływ na kształt konstruowania przyszłości;
- życzeniową – czyli tworzenie fantazji na temat własnej przyszłości, często odbiegających od faktycznych możliwości jednostki oraz brak określania sposobów realizacji budowanych wizji;
- oczekiwania – czyli czekanie na to co się wydarzy w oparciu o przeświadczenie, że trudno planować/stawiać sobie cele i sposoby ich osiągnięcia, ponieważ i tak zależy to od przeznaczenia, siły wyższej oraz losu;
- *carpe diem* – czyli zbiór taktyk, które koncentrują, w teraźniejszości i w przyszłości, się na osiągnięciu przyjemności oraz korzystaniu z uroków dnia codziennego.

Zawód, w myśli socjologicznej, określany jest za Lelińska [3] jako „wyznacznik zajmowanej przez jednostkę pozycji społecznej. Wybór zawodu i kierunku kształcenia jest antycypacją przyszłego statusu społecznego, od którego zależy dystrybucja wielu dóbr: dochodów, poziomu i rodzaju konsumpcji, stylu życia, prestiżu i rodzaju środowiska społecznego, w którym jednostka będzie przebywać znaczącą część swojego życia”. Z kolei prestiż, za Dobińska [70] nazywany jest w literaturze „szacunkiem, poważaniem, respektem, a także statusem społecznym”, jest „rozległą sferą ocen, często ukrywanych i nie do końca uświadamianych”.

W aspekcie wyboru zawodu funkcjonuje wiele teorii, w tym takie jak [3]:

- Funkcjonalna Teoria Uwarstwienia Społecznego Davise'a i More'a - prezentująca osiągnięcie pozycji społecznej w wyniku dziedziczenia zawodu rodziców, bądź ułatwienia startu do pozycji o podobnym prestiżu oraz własnych osiągnięć i zdolności. Sygnalizuje ona fakt, iż w każdym społeczeństwie jest nierówny podział korzyści materialnych i prestiżu społecznego, a konsekwencją tego jest obecność warstw i klas społecznych wynikających z potrzeby umiejscawiania się jednostek na różnych pozycjach w strukturze społecznej;
- Koncepcja Nierówności Edukacyjnych R. Boudona – ukazująca oddziaływanie pochodzenia społecznego jednostki na zróżnicowanie dostępu do wykształcenia i wskazująca, że im wyższy jest status społeczny określonej klasy lub warstwy społecznej, tym wyższą rangę przypisuje ona celom edukacyjnym. W konsekwencji nawet przy jednakowych wynikach w nauce młodzież pochodząca z klas wyższych podejmuje bardziej ambitne cele edukacyjne;
- Teoria Osiągnięć Edukacyjnych R. D. Mare'a - określająca oddziaływanie środowiska społecznego na motywację do pokonywania kolejnych progów edukacyjnych. Zakłada ona, że im wyższy jest status zawodowy rodziców, ich wykształcenie oraz dochody, tym jest wyższe prawdopodobieństwo przejścia ich dziecka przez kolejne progi edukacyjne i zdobycie wyższego poziomu wykształcenia. Sygnalizuje też, że na kolejnych etapach kształcenia wzrasta rola osiągnięć szkolnych i posiadanych zdolności, a maleje wpływ środowiska społecznego;
- Teoria Społecznej Integracji Riesa – eksponująca rolę społeczeństwa jako dystrybutora pozycji społecznej jaką osiąga jednostka. Ważne miejsce w wyborze zawodu teoria ta przypisuje społeczeństwu i jego kulturze - otwartości, normom i wartościom społecznym ukształtowanym poprzez społeczeństwo, religię i autorytety. Z jednej strony jednostka informuje środowisko o swoich wymaganiach odnośnie planowania pozycji społecznej, a ta ocenia jej wymagania i je akceptuje. Z drugiej strony pomija takie czynniki jak struktura i wielkość rodziny, styl wychowania, środowisko szkolne, grupy rówieśnicze, krewni, miejsce zamieszkania oraz psychofizycznej charakterystyki jednostki, jej zdolności, poziomu inteligencji, temperament, konfliktowość, struktura osobowości. Bierze także pod uwagę stopień wiedzy o zawodach. Wszystkie te czynniki są skorelowane ze sobą i stanowią bazę, na podstawie której jednostka dokonuje wyboru między różnymi alternatywami;

- Zintegrowana Teoria Procesu Wyboru Zawodu Blau'a – ukazująca model złożonych zależności i wpływów kształtujących decyzje edukacyjno – zawodowe, gdzie centralną rolę przypisuje się strukturze społecznej danego społeczeństwa. Z jednej strony brana jest pod uwagę jednostka podejmująca decyzje wyboru zawodu, a z drugiej – środowisko jednostki, w którym odbywa się proces selekcyjny przebiegający w gospodarce, Według tej teorii wybór zawodu jest procesem rozwojowym, który przebiega przez wiele lat i dąży do coraz większego ograniczenia różnych alternatyw.

W literaturze [71, 72, 73, 74, 75, 76] podkreśla się, iż zawody medyczne (oprócz zawodu lekarza) są w Polsce słabo opłacane. Młodzi ludzie nadal jednak wykazują zainteresowanie kształceniem się na kierunkach medycznych, a motywacją do powyższego wydaje się być pragnienie, aby stać się wartościowym członkiem społeczeństwa i nieść pomoc innym [71, 72, 73, 74, 75, 76].

W badaniu Dudziak i Motyki [77] motywacja wyboru zawodu pielęgniarki miała najczęściej charakter motywacji prospołecznej. Generalnie w piśmiennictwie wyróżnia się dwa typy motywacji prospołecznej [78, 79, 80, 81, 82]:

- egzocentryczną - dążenie do uzyskania pozytywnych zmian dla drugiego człowieka, pomaganie jest bezinteresownie, koncentrujące się na potrzebach i uczuciach człowieka potrzebującego pomocy - drugi człowiek stanowi dla niej wartość autoteliczną);
- endocentryczną - świadczenie pomocy innym, ale przez pryzmat kształtowania korzystnego wizerunku własnej osoby).

Zdaniem Aleksiejczuk [83] osoby wybierające kształcenie na takich kierunkach jak pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, fizjoterapia czy dietetyka, muszą mieć potrzebę niesienia pomocy medycznej i ochrony zdrowia w społeczeństwie. W celu potwierdzenia powyższego, autorka [83] badaniami objęła 363. studentów pierwszego i drugiego roku z kierunków: pielęgniarstwo, ratownictwo medyczne, fizjoterapia, dietetyka i kosmetologia. Wykazała statystycznie istotne różnice ($p < 0,001$) w rozkładzie odpowiedzi na pytanie o kierowanie się w wyborze zawodu medycznego chęcią niesienia pomocy medycznej społeczeństwu. Odpowiedzi twierdzące uzyskała od 76,7% studentów fizjoterapii, 71,2% studentów pielęgniarstwa, 49,9% ratownictwa medycznego i 36,6% dietetyki [83].

W badaniach Leoniuk i wsp. [76] w grupie 66 studentów pierwszego roku pielęgniarstwa chęć niesienia pomocy zdrowotnej ludziom, jako motyw wyboru studiów, wskazało 79% respondentów. Także Kropiwnicka i wsp. [73] ustalili, że według 75,0%

studentów kierunku lekarskiego i 69,4% kierunku pielęgniarstwa o wyborze ich przyszłego zawodu zdecydowała możliwość niesienia pomocy innym i praca z ludźmi.

Podobnie badania Cisińskiej [84], którymi objęły 135. studentów pierwszego i trzeciego roku studiów pielęgniarstwa pierwszego stopnia wykazały, że wpływ na wybór studiów u 51,1% ankietowanych miała chęć pomagania ludziom. Motywacją związaną z chęcią niesienia pomocy zdrowotnej kierowało się również 39% respondentów VI roku Wydziału Lekarskiego z badań Waszkiewicz i wsp. [85], 76,2% studentów kierunku: pielęgniarstwo z badania Smoleń i Kedry [86], 78,4% respondentów z badania Bińkowskie-Bury i wsp. [87], z 24,6% studentów z badania Goniak [88]. Potwierdziły to również badania Waszkiewicza [85] w grupie 89. studentów, którzy najczęściej (39%) deklarowali, że ich motywacją wyboru studiów medycznych była chęć niesienia pomocy innym.

Także w badaniu Lemiechy i Leończuk-Gruba [89] najwięcej studentów wybór kierunku studiów uzasadniało chęcią niesienia pomocy innym oraz potrzebą zdobycia wyższego wykształcenia.

W badaniu Koralewicz i wsp. [24] kierunek pielęgniarstwo wybierały przede wszystkim osoby interesujące się medycyną (60,7%) i chęcią niesienia pomocy innym (50%). Prestiż zawodu był motywem wyboru studiów jedynie dla 3,3% studentów [24].

Sobczak [90] badaniem objęła 361. pielęgniarek pracujących w jednym szpitalu w Bydgoszczy i trzech szpitalach w Elblągu. Najczęściej wskazywanym przez badanych motywem wyboru zawodu była chęć niesienia pomocy (218 osób) oraz chęć bycia potrzebnym (130 osób), a najmniej - brak innych możliwości (6 osób).

Kapała i Lesińska-Sawicka [91] wysunęły tezę, że grupę zawodową pielęgniarek/pielęgniarzy stanowią ci, którzy „pasję do wykonywania tego zawodu mają w sobie od urodzenia oraz ci, którzy swój początkowy zapal rozwijają, pogłębiają i doskonalą, aby przerodził się w duże zaangażowanie”.

W badaniu przeprowadzonym w grupie 206 studentów pielęgniarstwa przez Raźnikiewicz [92] ankietowani jako główne determinanty wyboru studiów pielęgniarstwa wymienili: możliwość pracy w wielu obszarach medycyny, chęć niesienia pomocy ludziom, ratowania życia i opieki nad drugim człowiekiem, możliwość rozwoju osobistego oraz ciągłego doskonalenia zawodowego.

Nie znalazło to całkowitego potwierdzenia w obecnym badaniu, bowiem jedynie co trzecia osoba wskazywała na system wartości życiowych, z którym kierowała się przy wyborze kierunku medycznego, a dwie trzecie ankietowanych własne zainteresowania.

Warto podkreślić, że studenci wyższych szkół medycznych w dużym stopniu powiązani są ze środowiskiem medycznym. Często ten fakt wyznacza im role społeczne. Jednak nie zawsze tak jest, o czym świadczy badanie Waszkiewicz i wsp. [85], w którym w grupie studentów Wydziału Lekarskiego tylko 7% studentów uznało tradycję pokoleń jako główną przyczynę wyboru studiów medycznych.

Także w badaniu przeprowadzonym wśród 237 studentek licencjatu pielęgniarstwa przez Krajewską-Kułąk i wsp. [72], w którym jedynie 1,6 % badanych jako motyw wyboru studiów wskazało potrzebę kontynuowania tradycji rodzinnej. Powyższego nie potwierdzają badania Aleksiejczuk [83], gdzie powiązania rodzinne z zawodem lub zawodem spokrewnionym wskazywali studenci wszystkich badanych kierunków, w tym w przypadku pielęgniarstwa było to 17,8%, ratownictwa medycznego - 14,6%, dietetyki - 8,5%, fizjoterapii - 7,0% i kosmetologii - 5,7% [83]. Podobnie w badaniu Kropiwnickiej i wsp. [73] 53,8% respondentów zadeklarowało powiązania ze środowiskiem medycznym, w tym w grupie studentów w 16,3% związek ten dotyczył rodziców, w 6,9% – rodzeństwa, w 36,9% – dalszej rodziny/krewnych oraz w 18,8% – znajomych. Z kolei w grupie studentów kierunku lekarskiego – w 31,9% dotyczył dalszej rodziny/krewnych – 31,9%, w 21,9% - rodziców, 10,6% - znajomych, w 8,1% - rodzeństwa i w 1,3% innych osób [73].

W badaniu Bińkowska-Bury i wsp. [87] tradycje rodzinne stanowiły motyw podjęcia studiów dla 16,2% respondentów. Także badania Messineo i wsp. [93] opisujące rodzaje motywacji na wybór studiów pielęgniarzkich wskazują na tradycje rodzinne pod względem kontynuacji zawodów medycznych.

W badaniach własnych 46% respondentów deklaruowało rodzinne powiązania ze środowiskiem medycznym, co było znacznie wyższym odsetkiem niż w grupie ankietowanych przez Aleksiejczuk [83] oraz Bińkowskiej- Bury i wsp. [87], ale niższe niż w badaniu Kropiwnickiej i wsp. [73]. W zawodzie medycznym najczęściej pracowała matka lub dalsza rodzina respondentów, głównie jako pielęgniarka.

Kima i wsp. [94] podkreślają wpływ zaangażowania psychicznego i behawioralnego rodziców, na motywację i osiągnięcia dzieci w edukacji.

W nawiązaniu do powyższego, warto wspomnieć także o koncepcji Roe, za Wojtasik [95], która zakłada iż decyzje zawodowe determinuje sytuacja rodzinna, w której kształtuje się światopogląd danej rodziny, jej system wartości i która ma wpływ na szereg doniosłych decyzji. Teoria zakłada trzy powszechnie znane typy zachowań rodziców mających wpływ na dziecko: akceptację, koncentrację, unikanie. W opinii autorki zawody związane z pracą

z ludźmi są wybierane przez osoby, które jako dzieci były akceptowane, a ich rodzice emocjonalnie koncentrowali się na dziecku.

Z kolei postawa "unikania" rodziców sprzyja temu, że ich dzieci wybierają zawód związany z rzeczami. Drugi model tej teorii dotyczy jednostki, którą kierują emocje oraz własne potrzeby i dążenia. Występowanie tych potrzeb jest zależne od czynników genetycznych i wczesnych doświadczeń, ale największy wpływ na ich kształtowanie się mają rodzice [95].

Inną teorią wyboru zawodu jest teoria Parsonsa, za Wojtasik [95] według której zdolności i umiejętności człowieka mają charakter wrodzony i oderwany od metod wychowawczych. Traktuje ona wybór zawodu jako jednorazową decyzję, jednak przed jej podjęciem dana osoba musi poznać samego siebie oraz świat pracy. Zainteresowania, temperament, zdolności i możliwości, powinny bowiem odpowiadać wymaganiom danego zawodu. Teoria skupia się na problemie, jaki zawód człowiek powinien wybrać, ale nie daje odpowiedzi, dlaczego ktoś wybiera określony zawód. Nie uwzględnia także ważnego czynnika, jakim jest zewnętrzne otoczenie [95].

Zdaniem młodzieży szkół licealnych badanych przez Franek i wsp. [44] czynniki zachęcające do nauki/pracy w zawodzie pielęgniarstwa to głównie motywy wewnętrzne, takie jak: chęć niesienia pomocy, kontaktu z ludźmi i bycia potrzebnym, a zniechęcające to: wynagrodzenie, opinia rówieśników oraz opinia społeczeństwa o zawodzie. Ważne jest przede wszystkim to, aby wybór zawodu pielęgniarstwa nie był przypadkowy. Nie wolno zapominać, że jest on wymagający (zdobycie odpowiedniej wiedzy, nabycie fachowych umiejętności, konieczność przestrzegania zasad i wartości moralnych, szanowanie praw pacjentów, uczciwość, rzetelność, przekonanie do zawodu), a jednocześnie bardzo obciążający i niełatwy [96].

W badaniu Koralewicz i wsp. [24] 14,9% osób stało się studentami kierunku pielęgniarstwo przez przypadek 14,9% osób, a 10,1% dlatego, że nie dostało się na inny wymarzony kierunek.

Niestety błędny wybór kierunku studiów zawsze skutkuje rozwojem frustracji, niespełnienia marzeń i porzuceniem studiów. W latach 2012-2022 w Polsce ponad milion studentów przerwało studia, co stanowiło aż 40% procent studenckich wyborów [97]. Na szczęście nie zawsze się tak dzieje. Studenci kierunku pielęgniarstwo, z badania Smoleń i Kędry [86] w 89,8% potwierdzili iż ponownie wybraliby ten sam kierunek kształcenia.

Odmienne jednak wyniki uzyskali Tomaszewska i Sopol [98] którzy badaniem objęli 169 pielęgniarek/pielęgniarzy i stwierdzili, że możliwość ponownego wyboru zawodu

pielęgniarki/pielęgniarsza zdecydowanie zadeklarowało tylko 48,5% badanych. Z kolei większość studentów (87,89%) z badania Rachubińska i wsp. [99] było zadowolonych lub raczej zadowolonych z wyboru studiów i takowe wyraziło 57,6% studentów z badania Dziubak i wsp. [77]. Lemiecha i Leończuk-Gruba [89] wykazały w grupie 223 studentów I-go roku pielęgniarstwa, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, że w przypadku 34,1% pielęgniarstwo było ich pierwszym wyborem w rekrutacji na studia. Z kolei w badaniu Ostrowickiej i wsp. [100] 80% badanych pielęgniarek/pielęgniarzy potwierdziło, że świadomie wybrało kierunek studiów.

Znalazło to potwierdzenie w obecnym badaniu, ponieważ większość ankietowanych osób było zadowolonych z wyboru kierunku studiów i nie miało zamiaru jego zmieniać. Jednocześnie niemal połowa badanych rozważała wcześniej studia na innym kierunku, co jest zbliżone do wyników z badania Koralewicz i wsp. [24] w których 14,9% ankietowanych stało się studentami kierunku pielęgniarstwo przez przypadek, a 10,1% dlatego, że nie dostało się na inny wymarzony kierunek.

Warto przypomnieć, że każda podjęta decyzja musi posiadać jakieś uwarunkowania, na zasadzie związku przyczynowo – skutkowego. Jedną z bardziej kompleksowych i szeroko ujętych koncepcji uwarunkowań decyzji wyboru zawodu jest Rozwojowa Teoria Samookreślenia Zawodowego Supera. Zgodnie z nią, za Lelińska [3], do uwarunkowań społecznych wyboru zawodu należy zaliczyć czynniki indywidualne i społeczne:

- czynniki zewnętrzne (społeczne): system szkolny, struktury społeczne, system społeczno – prawny, rynek pracy, polityka zakładów pracy i instytucji;
- czynniki wewnętrzne (indywidualne): osobowość jednostki, jej aktywność, postawy, osiągnięcia;
- pojęcie „ja” (samookreślenie) – ujmowanie samego siebie, kształtujące się podczas pełnienia różnorodnych ról przed zawodowych - kiedy to jednostka kształtuje obraz siebie i dopasowuje go do rzeczywistości zawodowej (świata zawodów);
- położenie społeczno – ekonomiczne rodziny (zajmowane przez nią miejsce w strukturze społecznej). w rodzinie jest kształtowana określona atmosfera, postawy wobec dziecka wobec jego dalszej nauki, w czym dziecko kieruje się ukształtowanymi wzorcami osobowymi. Ich źródłem mogą rodzice i całe środowisko społeczne jednostki.

Jasiewicz – Czerwińska [2] analizując powyższą teorię wyróżniła czynniki mające wpływ na decyzje edukacyjno – zawodowe młodzieży takie jak:

1. zewnętrzne (związane ze środowiskiem zewnętrznym):
 - sytuacyjne i środowiskowe,
 - wychowawcze.
2. wewnętrzne (związane z daną osobą):
 - poziom rozwoju ogólnego (rozwoju poznawczego, społecznego, osobowości, wiedzy o świecie i samowiedzy);
 - cechy indywidualne (zdolności, zainteresowania, cechy osobowości, stan zdrowia itp.).

W aspekcie analizy determinantów wyboru zawodów nie można nie wspomnieć o psychologii różnic indywidualnych [5]. W doktrynie psychologicznej wyróżnia się genetyczne i środowiskowe determinanty osobowości. Psychologowie podkreślając znaczenie podstawowych emocji uważają, że mają one charakter wrodzony, a odpowiednia informacja o tym zakodowana jest w genach. Nie można jednak marginalizować także roli doświadczenia, emocji, okolicznościach w jakich się je doświadcza, nabywa, wyraża. „Nie istnieją geny bez środowiska i środowisko bez genów” [5].

W wyborze kierunków studiów ważną rolę odgrywają także determinanty środowiskowe, w tym kultura, klasa społeczna, rodzina, rówieśnicy [5, 6, 7]. Istotne są również zainteresowania danej osoby, które mobilizują ją do zaangażowania się, poświęcania uwagi wszystkiemu, co się z nimi łączy oraz wartości życiowych człowieka [8].

Rachubińska i wsp. [99] badaniem objęli 322. studentów kierunku pielęgniarstwo i wykazali, że 52,2% studentów świadomie i samodzielnie zdecydowało się na ten kierunek studiów.

Także w badaniu Walas i wsp. [101] aż 72,3% stwierdziło, iż świadomie podjęli decyzję o wyborze zawodu pielęgniarki, a 76,0% pozytywnie zweryfikowało swoją decyzję po zajęciach praktycznych. Autorzy stwierdzili występowanie wysoce istotnej statystycznie zależności pomiędzy wyborem zawodu, a potwierdzeniem słuszności wyboru ($p=0,00015$) [101].

Studenci z badania Goniak [88] najczęściej jako główny motyw wyboru tych studiów wskazali zainteresowanie zawodem (33,2%) lub podjęcie tego kierunku, gdyż nie dostali się na inny (31,6%). W przeciwieństwie do studentów kierunku pielęgniarstwo z badania Smoleń i Kędry [86], którzy wybrali ten kierunek i uczelnię przede wszystkim w związku z bliskością miejsca zamieszkania (67,4%).

Z kolei badanie przeprowadzone wśród 237 studentek licencjatu pielęgniarstwa przez Krajewska-Kułak i wsp. [72] wykazało, że studentki wybierały kierunek pielęgniarstwa przede wszystkim samodzielnie (51,9%), a rzadziej ponieważ nie dostały się na inne studia (27%) lub w wyniku namowy kolegów, koleżanek lub rodziny (19,8%).

Sadowski [102] w swoich badaniach wykonanych stwierdził, że zdecydowanym liderem w kategoriach ogólnych czynników motywujących wybór studiów są: zainteresowania kandydata (prawie 19%), a następnie – łatwość znalezienia pracy po studiach (prawie 12%) i niecałe 10% poprzez wpływ reklam, działań uczelni

W badaniach własnych znalazło to potwierdzenie, bowiem dwie trzecie ankietowanych wskazało własne zainteresowania jako powód wyboru kierunku studiów, ale także co piąta osoba podeszła do zagadnienia pragmatycznie i wskazała na bliskość uczelni, a mniej więcej niż co dziesiąta - opinię rodziców.

W przeprowadzonym badaniu dwie trzecie ankietowanych wskazało własne zainteresowania jako powód wyboru kierunku studiów, co było zgodne z wynikami badań Goniak [88] oraz Sadowskiego [102]. Jednakże co piąta osoba podeszła do zagadnienia pragmatycznie i wskazała na bliskość uczelni, podobnie jak respondenci z badania Smoleń i Kędry [86]. z kolei mniej więcej niż co dziesiąta jako motyw wyboru kierunku studiów wskazał/wskazała opinię rodziców, kolegów/znajomych, co potwierdziły badania Krajewska-Kułak i wsp. [72]

Aleksiejczuk [83] stwierdziła związek motywu wyboru zawodu z możliwością awansu w przyszłości oraz znalezieniem pracy w kraju i za granicą. Możliwość znalezienia pracy w kraju jako motyw wyboru studiów podało 54,8% studentów pielęgniarstwa, 33,8% dietetyki, 27,9% fizjoterapii oraz 14,6% ratownictwa medycznego, a za granicą - 45,2% studentów pielęgniarstwa, 27,9% - fizjoterapii, 23,0% kosmetologii, 18,3% dietetyki oraz 13,5% ratownictwa medycznego [83].

Odmienne wykazano w badaniu przeprowadzonym przez Krajewską-Kułak i wsp. [72] w grupie 237 studentek licencjatu pielęgniarstwa, gdzie jedynie 1,6% studentek wybrało kierunek pielęgniarstwo sądząc, że po ich skończeniu będą miały zapewnioną pracę. Natomiast w badaniach Kropiwnickiej i wsp. [73] wykazano, że studenci przy wyborze kształcenia w zawodzie medycznym brali jednak pod uwagę duże zapotrzebowanie na tę grupę zawodową na rynku pracy (12,5% studentów kierunku lekarskiego oraz 39,4% kierunku pielęgniarstwo), perspektywy zatrudnienia i brak obaw przed bezrobociem (43,8% studentów kierunku lekarskiego i 47,5% kierunku pielęgniarstwo) oraz możliwość wyjazdu za granicę (33,1% studentów kierunku lekarskiego i 37,5% kierunku pielęgniarstwo).

Z kolei w badaniach Tęczy [75] w grupie 53 studentów pierwszego roku pielęgniarstwa stwierdzono, że w przyszłości ponad 30% po uzyskaniu tytułu licencjata planowało rozpocząć pracę w zawodzie, w tym połowa z nich poza granicą Polski. Za motyw wyboru studiów farmaceutycznych ponad 70% studentów z badania Kurczewskiej i wsp. [103] podało także pewność szybkiego znalezienia pracy po ukończeniu studiów oraz nadzieję na uzyskanie wysokich zarobków. z kolei w badaniach Smoleń i Cipora [104] wykazano, że 56,3% było przekonanych, że znajdą pracę w zawodzie ratownika medycznego w Polsce.

O wyborze kierunku pielęgniarstwo w grupie 92,8% studentów badanych przez Smoleń i Kędrę [86] także decydowała perspektywa łatwego znalezienia pracy, podobnie jak w badaniu Rachubińskiej i wsp. [99] - kierunek medyczny wybrało z przekonaniem, uważając że po uzyskaniu dyplomu będą mieli zapewnioną pracę 32,92% badanych. Podobnie Bińkowska-Bury i wsp. [87] w grupie 148 studentów pierwszego stopnia pielęgniarstwa wykazali, że najczęściej (78,4%) czynnikiem zewnętrznym przy wyborze studiów i przyszłego zawodu była atrakcyjna i ciekawa praca w przyszłości oraz prestiż zawodu pielęgniarki (45,9%) i prestiż uczelni (32,4%). Natomiast w przypadku 18,9% studentów z badania Goniak [88] motywacją do podjęcia studiów była chęć pracy jako pielęgniarka, ale w innym kraju, w badaniu Koralewicz i wsp. [24] kierunek pielęgniarstwo wybierały osoby kierujące się dużym zapotrzebowaniem na rynku pracy (50%), a w badaniach Wals i wsp. [101] ponad połowa badanych (52,1%) zadeklarowała chęć pracy w Polsce, a do podjęcia jej za granicą zdecydowanych było na pewno 6,2%.

Także w obecnym badaniu ponad połowa respondentów wybrała kierunek pielęgniarstwo mając nadzieję, że w przyszłości dostaną dobrą pracę, ale jedynie 9,5% wskazało możliwość wyjazdu za granicę po studiach.

W przeprowadzonych badaniach ponad połowa respondentów wybrała kierunek pielęgniarstwo mając nadzieję, że w przyszłości dostaną dobrą pracę, co potwierdzili studenci z badania Aleksiejczuk [83], Kropiwnickiej i wsp. [73], Smoleń i Kędrę [86], Bińkowskiej-Bury i wsp. [87], Koralewicz i wsp. [24], czy Walas i wsp. [101]. Jedynie 9,5% wskazało możliwość wyjazdu za granicę po studiach, czyli w proporcji podobnej do badań Walas i wsp. [101] oraz znacznie mniej niż ankietowani z badania Aleksiejczuka [83], Kropiwnickiej i wsp. [73], Tęczy [75], czy Goniak [88].

Generalnie, za Bajcar i wsp. [105] społeczeństwo stawia wysokie wymagania osobom wykonującym zawód medyczny, w tym pielęgniarkom. Dotyczą one nie tylko wysokiego poziomu świadczonych usług, ale także strony etycznej wykonywania czynności

zawodowych i temu, by wysokiemu standardowi pielęgnowania towarzyszył humanizm i uznanie życia człowieka za wartość najwyższą [106]. Badania European Trusted Brands, za Bukowska-Piestrzyńska [107] sprawdzające zaufanie społeczne między innymi do zawodów medycznych, wykazało, że zaufanie do zawodu pielęgniarki deklarowało 74% badanych, natomiast do zawodu lekarza 64%. Mędrzycka-Dąbrowska i wsp. [108] objęli badaniem grupę 383 uczniów z losowo dobranych szkół ponadgimnazjalnych. Z przeprowadzonej analizy badań wynika, iż zawód pielęgniarki według badanej grupy najczęściej kojarzył się z niesieniem pomocy innym, poświęceniem i pracowitością. Jednocześnie 50,8% uczennic i 46,2% uczniów było zdania, iż jest zawodem cieszącym się dużym uznaniem i szacunkiem społecznym. Znaczny odsetek badanej grupy identyfikował jednak zawód pielęgniarki w charakterze „pomocnika lekarza” [108].

Właściwy wizerunek zawodu jest bardzo ważny, stanowi bowiem o jego pozycji/prestżu wśród różnych zawodów. Trzeba podkreślić, że wizerunek pielęgniarki jest uzależniony od wielu czynników: od tego kto ją postrzega, od charakteru relacji z nią, doświadczenia oraz wiedzy na temat jej profesjonalnej działalności. Włodarczyk i Topolska [109] badaniem objęły 160 osób, w tym 50 lekarzy, 50 pacjentów i 60 pielęgniarek. Okazało się, że różnili się oni w ocenie większości cech przypisywanych pielęgniarkom. Oceny były niższe u lekarzy niż pielęgniarek, co oznacza negatywniejszą ocenę. Oceny pacjentów także były niższe niż pielęgniarek, z wyjątkiem cechy siła psychiczna i schludność. Pielęgniarki natomiast najniżej postrzegały pozycję zawodu w hierarchii społecznej i wśród zawodów medycznych [109].

Głowacka i Michalski [110] wykazali wśród 100 pracowników Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy, w tym 50 lekarzy, 25 ratowników medycznych i 25 fizjoterapeutów pewne zależności pomiędzy wartościowaniem pozycji zawodowej pielęgniarki a wykonywanym przez respondentów zawodem, ich stażem pracy i wykształceniem. W ocenie respondentów pielęgniarka to niezastąpiony członek zespołu terapeutycznego - w opinii 34% badanych pielęgniarstwo dąży do zapewnienia wysokiej jakości opieki, 23% - promowania zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz 20% - profesjonalnego wykonywania czynności instrumentalnych. Niestety pomimo określenia pielęgniarstwa zawodem specjalistycznym i samodzielnym, pracownicy ochrony zdrowia, nawet deklarując respektowanie samodzielności pielęgniarki, nie posiadali pełnej wiedzy na temat autonomiczności jej decyzji i określali jej pozycję zawodową jako średnią oraz jako osoby pełniącej funkcję asystenta lekarza [110].

Borowska i wsp. [111] badaniem objęły 130 aktywnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy, pracujących w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku. Pozycję swojego zawodu wśród innych zawodów medycznych na poziomie średnim uznało 60% ankietowanych, 24,6% - jako niska/bardzo niska, a jedynie 15% badanych jako wysoką. w 63% badani twierdzili, że cenią swój zawód za pewność znalezienia pracy, w 60% - za możliwość niesienia pomocy osobom potrzebującym, chorym, 55% - podkreśliła ciekawość pracy oraz brak monotonii, 44% - stały kontakt z drugim człowiekiem, zaś 25% - możliwość rozwoju. Jedynie 2% ankietowanych doceniło autonomiczność zawodu oraz jego wysoki prestiż [111].

Według badań Skorupskiej i Machowicz przeprowadzonych wśród pracowników ochrony zdrowia, aż 92% badanych uważało, iż pielęgniarka jest równorzędnym partnerem w sprawowaniu opieki nad pacjentem [112]. Z kolei Maksymowicz [32] przy analizie osobowości pielęgniarki sięgnęła do przemyśleń Flornece Nightingale, zwracając uwagę na rolę takich trzech elementów jak: inteligencja, intuicja zawodowa i zaangażowanie. Obraz pielęgniarki powstały w wyniku tego ukazał ją jako osobę cierpliwą, zrównoważoną, aktywną, sprawną, odpowiedzialną, dojrzałą psychicznie, kulturalną, inteligentną, niekonfliktową, przyjemną i zdolną [32]. Wyniki badań przeprowadzonych przez Sykut i wsp. [113] wśród aktywnych zawodowo pielęgniarek na temat opinii o ich wizerunku, wykazały, że zaledwie 10% badanych pielęgniarek uważało, że ich pozycja zawodowa jest wysoka lub bardzo wysoka.

Odmienne wyniki uzyskali Sykut i Jakubowska [114] wśród studentów kierunków medycznych (pielęgniarstwa, położnictwa, lekarskiego, ratownictwa medycznego, fizjoterapii) gdzie że aż 43% badanych uważało, iż pozycja zawodu pielęgniarki wśród zawodów medycznych jest wysoka lub bardzo wysoka, natomiast 35% uznało, że zawód pielęgniarki ma wśród innych zawodów medycznych średnią pozycję. W opinii pacjentów oddziałów zachowawczych przebadanych przez Moczydłowską i wsp. [52] w grupie członków zespołu terapeutycznego pielęgniarka jest osobą najbardziej przygotowaną do sprawowania opieki (42,7%), a według pacjentów oddziałów zabiegowych – najważniejszy jest lekarz (63,7%). Według pacjentów z oddziałów zabiegowych najistotniejsze czynności pielęgniarskie to: przygotowanie pacjenta do badań diagnostycznych (24,3%), usprawnianie pacjentów (15,0%), pomiar ciśnienia (11,0%) i czynności higieniczne (11,0%), a w opinii grupy pacjentów z oddziałów zachowawczych - pomaganie pacjentowi w czynnościach samoobsługowych (19,7%), przygotowanie do badań diagnostycznych (18,3%), usprawnianie pacjentów i wykonywanie iniekcji (12,3%). Pacjenci najbardziej oczekiwali od pielęgniarek

takich cech jak: budzenie zaufania (77,7%), bezinteresowność (64,0%), opiekuńczość (59,5%), poszanowanie godności (59,0%) [52].

O opinię na temat cech pielęgniarki Grabska i Stefańska [35] poprosiły 90 pacjentów przebywających na czterech różnych oddziałach. Według badanych najważniejszymi cechami dobrej pielęgniarki są: 59% - staranność i dokładność w wykonywaniu zabiegów, 52% serdeczność i uprzejmość, 43%- cierpliwość i wyrozumiałość, 34% - humanitarny stosunek do pacjenta, 29% - umiejętności komunikacji, 22% - troskliwość, po 21% - odpowiedzialność oraz posiadanie bogatej wiedzy z zakresu nauk medycznych, 20% - umiejętność udzielania porad i 8% - umiejętność obserwacji [35]. Z kolei w opinii badanych mieszkańców województwa małopolskiego pielęgniarki odznaczają się takimi cechami osobistymi jak: wysoki poziom wiedzy (34%), opiekuńczość (29%) oraz profesjonalizm (26%) [54]. Respondenci z badania Głowackiej i wsp. [115] zawód pielęgniarki kojarzyli przede ze strzykawką -27,4% osób, zwrotem „siostra” - 21,2%, czepkiem - 17,3% oraz strojem pielęgniarski -16,3% osób. Pietrzak [29] badaniem objęła 105. uczniów klas maturalnych, w tym 67% kobiet oraz 33% mężczyzn. Zawód Pielęgniarki/Pielęgniarsza za godny zainteresowania uznało 54,3% ankietowanych, 57,1% - że cieszy się małym prestiżem, a 28,6% - za mało atrakcyjny. Podjąć pracy w tym zawodzie nie chciałoby aż 51,4% badanych. Podobne wyniki uzyskali Mędrzycka -Dąbrowska i wsp. [108], bowiem ich respondenci zdecydowanie nie myśleli o podjęciu pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza.

Większość maturzystów z badania Pierzak [29] stwierdziło, że każda osoba wybierająca zawód pielęgniarki/pielęgniarsza, powinna czuć powołanie i chęć niesienia pomocy innym. Niestety większości z nich zawód pielęgniarki/pielęgniarsza kojarzył się z określeniem „asystent/pomocnik lekarza” i uważali, że do głównych obowiązków zawodowych pielęgniarki należy podawanie leków. Dobra i wzorowa pielęgniarka to taka, która charakteryzuje się przede wszystkim poczuciem odpowiedzialności, komunikatywnością oraz wiedzą teoretyczną i praktyczną [29]. Podobnie Kapała i wsp. [30] stwierdzili, iż dobra pielęgniarka to osoba, która charakteryzuje się zdolnościami manualnymi, ma umiejętność przekazywania informacji medycznych, gotowość, życzliwość i troskliwość. Natomiast badania Siwek i Nowak-Starz [51] w grupie 120. osób, w tym 62. kobiet oraz 58. mężczyzn, zamieszkałych w województwie świętokrzyskim wykazało, że zaufanie społeczne wobec pielęgniarek było wyższe wśród kobiet po 30. roku życia (39%). w grupie mężczyzn, bez względu na wiek, ponad 50% badanych zaufanie do pielęgniarek było na wysokim poziomie. Kobiety twierdziły, że zaufanie w relacjach z pielęgniarką

wzmacnia wykazywanie postawy cierpliwości w kontaktach z pacjentem (77%), a mężczyźni – że sumienne i dokładne wykonywanie powierzonych obowiązków zawodowych (72%) [51]. Badani przez Wójcika [116] pracę pielęgniarki kojarzyli z byciem potrzebnym (75%) i uważali, że pielęgniarką może zostać przede wszystkim osoba z powołaniem (83%), a respondenci z badania Mędrzyckiej- Dąbrowskiej i wsp. [108] - z niesieniem pomoc innym ludziom (85%).

Warto w tym miejscu zaakcentować, że czynniki determinujące wybór zawodu są bardzo zróżnicowane, jednakże mają przełożenie „na późniejszą formację zawodową, jakość pracy oraz komfort podmiotów korzystających z usług przedstawicieli danego zawodu”. Ma to bardzo istotne znaczenie w przypadku personelu medycznego, gdzie niezbędne są predyspozycje psychofizyczne [84]. Praca wśród ludzi cierpiących wymaga bowiem wysokich kompetencji zawodowych i kwalifikacji, prezentowania odpowiednich postaw, rzetelności, uczciwości, zdolności dodawania otuchy, dostrzegania problemów emocjonalnych pacjenta oraz empatycznego reagowanie na nie. Każde zachowanie empatyczne zwiększa zadowolenie z siebie oraz satysfakcję zawodową, a jednocześnie przyczynia się do zmniejszenia ryzyka nieporozumień, konfliktów [25, 117, 118, 119, 120]. Zapewnienie troskliwej pomocy pielęgniarskiej w sprawach zdrowia i życia, za Poznańska [121] ma ogromne znaczenie społeczne i może sprzyjać poczuciu zadowolenia i satysfakcji z wykonywanej pracy. Jednak przed osobami, które zdecydowały się wybrać taki zawód, stawia także wiele trudnych zadań. w grupie 183 studentów I i III roku kierunku pielęgniarstwo z badania Sochockiej [122] 62% respondentów stwierdziło, że zawód pielęgniarki/pielęgniarska w polskim społeczeństwie zajmuje średnią pozycję, a 32% było zdania, że jego pozycja jest niska i jednocześnie 55% uważało, że jest dobrze opłacany w Europie, ale nie w Polsce. Respondenci uznali też, że nie daje satysfakcji ekonomicznej (27%) oraz że męczące jest poczucie odpowiedzialności za zdrowie i życie innych (26%) [122]. Z kolei z badań prowadzonych przez Krajewską-Kułak i wsp. [72] wynika, że studentom praca pielęgniarki kojarzyła się przede wszystkim z byciem pomocnym wobec innych/cierpiących oraz z dobrocią. Respondenci zostali poproszeni o wymienienie trzech cech, jakie powinna posiadać pielęgniarka. Studentki I i II roku wskazywały najczęściej: sumienność, dokładność, zdyscyplinowanie (38,2% z I roku, 51,1% z II roku) oraz empatię (37,03% z I roku, 39,1% z II roku). Studenci III roku podkreślali głównie uczciwość (32,8% wskazań) oraz dobroć i wyrozumiałość (po 28,1% wskazań) [72]. Uczniowie z badania Mędrzyckiej-Dąbrowskiej i wsp. [108] za cechę odznaczającą dobrą pielęgniarkę uznali odpowiedzialność (23,5% uczennic i 21,8% uczniów). Innymi wymienianymi cechami były:

schludny wygląd i czystość, opiekuńczość, pracowitość, uczciwość, szacunek i przestrzeganie zasad. W opinii badanych przez Siwek i Nowak-Starz [51] współczesna pielęgniarka to osoba, która rzetelnie i dokładnie wykonuje swoje obowiązki zawodowe (po 42% kobiet i mężczyzn). Respondenci uznali także, że istotne znaczenie w postrzeganiu współczesnej pielęgniarki ma jej gotowość do systematycznego zwiększania wiedzy (po 33% kobiet i mężczyzn), a tym samym profesjonalizmu zawodowego. Ponad 30% kobiet oraz 40% mężczyzn w wieku powyżej 60. lat uważało pielęgniarkę, jako osobę moralnie odpowiedzialną za zdrowie i życie pacjentów. Duży odsetek kobiet (97%), jak i mężczyzn (90%), postrzegało pielęgniarkę w roli edukatora i promotora zdrowia oraz jako osobę uprawnioną do rozpoznawania problemów pielęgnacyjnych pacjenta, a także do planowania i realizowania opieki pielęgnacyjnej (93% ogółu badanych) [51]. Koralewicz i wsp. [24] badaniem objęli 542. studentów pielęgniarstwa z całej Polski. Okazało się, że studenci za „typową” polską pielęgniarkę uznali kobietę korpulentną (36,3%) i z zadbaną fryzurą i makijażem (36,3%), chociaż jednocześnie 31,9% badanych twierdziło, że to osoba raczej nie dbająca o wygląd zewnętrzny. Inna grupa widziała „typową” polską pielęgniarkę jako szczupłą kobietę, z ładną fryzurą i makijażem (23,8%). Jeszcze inni twierdzili, że to szczupła kobieta, ale jednak nie dbająca o wygląd zewnętrzny (7,9%). Większość (60,5%) studentów uznała, że pielęgniarka to kobieta w średnim wieku, a jedynie 0,9% wyobrażała sobie typową pielęgniarkę, jako młodą kobietę. Pielęgniarka powinna charakteryzować się schludnością, mieć czysty, wyprasowany mundurek, zadbane dłonie, ładną fryzurę i delikatny makijaż oraz być uśmiechnięta, elegancka, wysportowana, wypoczęta i wyspana. Poza tym powinna być empatyczna i cierpliwa [24]. Salomon [123] potwierdziła, że w opinii pielęgniarek takie cnoty, jak: sumienność (68,7%), odpowiedzialność (62,5%), dobroć (60%), życzliwość (57,5%), sprawiedliwość (50%), pomagają im w realizacji zawodowej, w podejmowaniu właściwych decyzji etycznych, pozwalają lepiej współdziałać z chorym i w zespole terapeutycznym.

W przeprowadzonym badaniu, podobnie jak we wspomnianych powyższej pracach, większość ankietowanych w związku z wykonywaniem zawodu pielęgniarki, także podkreślało znaczenie empatii, cierpliwości, dobroci, sumienności, odpowiedzialności, chęć niesienia pomocy, posiadanie silnej psychiki oraz pracowitość. Na schludność uwagę zwróciło jedynie 1,5% badanych, czyli znacznie mniej niż w badaniu Koralewicz i wsp. [24], gdzie studenci za „typową” polską pielęgniarkę uznali kobietę korpulentną (36,3%) i z zadbaną fryzurą i makijażem (36,3%), chociaż jednocześnie 31,9% badanych twierdziło, że to osoba raczej nie dbająca o wygląd zewnętrzny. Inna grupa widziała „typową” polską

pielęgniarką jako szczupłą kobietę, z ładną fryzurą i makijażem (23,8%). Jeszcze inni twierdzili, że to szczupła kobieta, ale jednak nie dbająca o wygląd zewnętrzny (7,9%). Większość (60,5%) studentów uznała, że pielęgniarka to kobieta w średnim wieku, a jedynie 0,9% wyobrażała sobie typową pielęgniarkę, jako młodą kobietę. Pielęgniarka powinna charakteryzować się schludnością, mieć czysty, wyprasowany mundurek, zadbane dłonie, ładną fryzurę i delikatny makijaż oraz być uśmiechnięta, elegancka, wysportowana, wypoczęta i wyspana [24].

Niepokojące są wyniki badań Dziubak i Motyki [124] wskazujące, że w kolejnych latach studiów pielęgniarskich pierwszego stopnia globalny wizerunek zawodu pielęgniarki w ocenie studentów stawał się bardziej negatywny. Najbardziej pozytywny wizerunek zawodu pielęgniarki prezentowały studentki rozpoczynające studia pielęgniarskie, a w trakcie studiów stawał się on coraz bardziej negatywny. W literaturze przedmiotu także podkreśla się liczne uciążliwości towarzyszące wykonywaniu zawodów medycznych oraz możliwości pojawienia się negatywnych następstw w postaci wyczerpywania się sił psychofizycznych w trakcie opieki nad pacjentem i jego leczenia. W konsekwencji w skrajnych przypadkach może rozwinąć się wypalenie zawodowe lub zmęczenie współczuciem [125, 126]. W związku tym niebagatelną rolę odgrywa poziom satysfakcji z życia. Zadowolenie z życia, za Shin i Johnson [127], uznaje się jako „ogólną ocenę jakości życia odniesioną do wybranych przez siebie kryteriów”. Warto pamiętać, że na subiektywne dobre samopoczucie składają się trzy komponenty: satysfakcja z życia, pozytywne uczucia i brak uczuć negatywnych [64]. Wróbel i Finogenow [128] uważają, że zadowolenie z życia, jako nastawienie wobec własnego życia, obejmuje dwa aspekty:

- poznawczy (ang. cognitive aspect – contentment level) – satysfakcję z życia,
- afektywny (ang. Affective aspect – hedonic level) - dobrostan emocjonalny.

Sirgy [129] z kolei twierdzi, że poziom ogólnej satysfakcji zależy od zadowolenia człowieka z różnych sfer życia, takich jak: zdrowie, rodzina, praca, przyjaciele, materialny standard. Zdaniem Kadushin [cyt. za 4] osoby wybierające zawód z powodu chęci pomocy innym, wyznające „etykę poświęcenia”, nie uważają swojej pracy tylko jako zawodu, ale także jako powołanie. Mają oczekiwanie, że w pracy będą odnosiły sukcesy. Jednak to, czy ich oczekiwania się spełnią, zależy jest w dużej mierze od otoczenia. Niestety niespełnienie tych oczekiwań może być czynnikiem sprzyjającym rozwojowi syndromu wypalenia zawodowego [cyt. za 4].

Generalnie do pełnienia roli pielęgniarki niezbędna jest motywacja i satysfakcja z wykonywanej pracy. Praca jest bowiem częścią życia i może mieć wpływ pozytywny, ale

także może być źródłem dyskomfortu, co bardzo istotnie rzutuje na sferę życia prywatnego. Zadowolenie z pracy i życia pielęgniarek jest również ważne dlatego, że determinuje jakość świadczonych przez nich usług, jakość opieki. W opinii Lu i wsp. [130] brak prawidłowej satysfakcji z pracy, może spowodować konsekwencje dla całego systemu ochrony zdrowia. w badaniu Borowskiej i wsp. [111] poproszono ankietowanych o określenie odczuwanej satysfakcji z pracy w zawodzie w skali 10. punktowej. Najwyższą satysfakcję (poziom oceny od 8-10 punktów) prezentowało 41,5% badanych pielęgniarek, satysfakcję na poziomie 5-7 punktów - 47,0% badanych, na poziomie 1-4 - 11,5%. Jedna czwarta badanej grupy (25%) odczuwała niedocenie ich pracy, a zdecydowanie niedocenione - 5% badanych [111]. Ostrowicka i wsp. [100], w grupie 200 pielęgniarek/pielęgniarzy wykazali, że większość osób określała siebie jako zadowolonych ze swojego życia (91% respondentów). Kupcewicz i wsp. [131] badaniem objęli grupę 110 pielęgniarek i oceniali ich satysfakcję z życia przy pomocy kwestionariusza SWLS. Ogólny wskaźnik zadowolenia z życia pielęgniarek wynosił 21 ± 5 pkt. Stwierdzono, że 35,45% wykazywało poziom satysfakcji z życia przeciętny i tyle samowysoki. Wykazano istotny statystycznie wpływ na poziom satysfakcji z życia takich czynników jak: stan cywilny, wykształcenie, sytuacja materialna, relacje ze współpracownikami oraz relacje z przełożonymi. z kolei wiek, miejsce zamieszkania, forma zatrudnienia, liczba lat pracy i system pracy nie oddziaływały istotnie na poczucie satysfakcji z życia pielęgniarek [131]. W badaniach prowadzonych przez Kunecką [132] w grupie 1261 pielęgniarek i pielęgniarzy zatrudnionych w szczecińskich szpitalach wywnioskowano, że na niezadowolenie pielęgniarek w znacznym stopniu miały wpływ czynniki wywodzące się ze środowiska pracy. Wysokiński i wsp. [133] badaniem objęli grupę 891 pielęgniarek czynnych zawodowo zamieszkałych w Polsce na terenie województw: mazowieckiego, kujawsko-pomorskiego i lubelskiego. Średnia wartość satysfakcji z życia wynosiła 19,6. Nie wykazano istotnych statystycznie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania badanych (wyższy u osób zamieszkujących miasto - 19,7, niż u osób mieszkających na wsi — 19,4), płcią (wyższy u kobiet -19,6 w porównaniu z grupą mężczyzn - 19,5), stażem (największy wykazują osoby pracujące w zawodzie co najmniej 30 lat — średnia 20,3, a najmniejszy zaś osoby z najkrótszym stażem zawodowym, czyli poniżej 5 lat — średnia 18,7) oraz miejscem pracy (największą średnią wartość punktową z satysfakcji z życia wykazali ankietowani zatrudnieni w przychodniach - 20) i wykształceniem (najwyższy u osób posiadających wyższe wykształcenie niezwiązane z pielęgniarstwem i wynosił 20,6) a średnim poziomem satysfakcji z życia. Zależność taka występowała w przypadku stanu cywilnego respondentek oraz województwa, w którym mieszkały ankietowane. Najwyższe poczucie satysfakcji

z życia, wykazywały osoby mieszkające w województwie kujawsko-pomorskim (20,1), następnie w lubelskim (19,9) i na końcu w mazowieckim (19) [133]. W przypadku pielęgniarek amerykańskich średnia ocena wartości satysfakcji z życia oceniana była na 4,6 lub 4,9 w 7. punktowej skali Likerta [134,135]. W literaturze [136], podaje się, że brak satysfakcji z wykonywanej pracy deklaruje nawet około 50% pielęgniarek w Polsce, 41% w Stanach Zjednoczonych, 38% w Szkocji, 36% w Anglii, 33% w Kanadzie i 17% w Niemczech. Badania przeprowadzone przez Aiken i wsp. [137] w grupie 33 659 pielęgniarek w 488 różnych szpitalach, aż w 12 krajach europejskich pozwoliły na stwierdzenie, że znaczny odsetek pielęgniarek (11–56%) był niezadowolony ze swojej pracy, a od 19 do 49% brało pod uwagę odejście z niej. Także Dall'ora i wsp. [138] potwierdzili, że 26% pielęgniarek z 12 krajów europejskich było niezadowolonych ze swojej pracy. Jakubowska i wsp. [139] przeprowadziła badania wśród 419 czynnych zawodowo pielęgniarek/pielęgniarzy zatrudnionych w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Okazało się, że osoby z wyższym wykształceniem częściej niż badani ze średnim wykształceniem deklarowały wyższy poziom poczucia zadowolenia z dotychczasowego życia. Wyższy poziom satysfakcji z życia wykazywały także osoby w wieku średnim z przedziału wiekowego 35–44 lata. w grupie osób charakteryzujących się umiarkowanym zrównoważeniem o tendencjach ekstrawertycznych poczucie satysfakcji z życia było istotnie wyższe niż w grupie osób o umiarkowanym zrównoważeniem i tendencjach ambiwertycznych [139]. W grupie 200 pielęgniarek badanej przez Pilch i wsp. [140] wykazano, że średnia punktów dla systemu tradycyjnego pracy wynosiła 4,06, a w grupie *primary nursing* - 4,4. Dziąbek i wsp. [141] badanie przeprowadzili wśród 50 pielęgniarek i położnych i stwierdzili, że miejsce pracy istotnie wpływało na poczucie satysfakcji życiowej. Najwyższy poziom satysfakcji życiowej występował wśród osób pracujących w szpitalu publicznym vs osób pracujących w szpitalu niepublicznym (odpowiednio średnia rang wyniosła 29,07 i 15,65). Im dłuższy był staż pracy, tym przeciętnie niższe wartości na skali SWLS. Najwyższy poziom satysfakcji życiowej (44,5) dotyczył osób zamieszkujących miasto do 100 tys. mieszkańców, następnie wśród osób zamieszkujących wieś (27,6), a najniższy u zamieszkujących małe miasto (4,5). Najwyższa średnia rang SWLS występowała u panien (41,0), potem u mężatek (25,5), a najniższa u rozwiedzionych (15,2) [141].

W przeprowadzonym badaniu osoby studiujące na studiach magisterskich wykazywały, średnio rzecz biorąc, nieco większy poziom satysfakcji z życia. Wpływ wykształcenia na poziom satysfakcji z życia dostrzegli także Kupcewicz i wsp. [131], bowiem

wykazali istotny statystycznie wpływ na poziom satysfakcji z życia takich czynników jak wykształcenie, stan cywilny, sytuacja materialna, relacje ze współpracownikami oraz relacje z przełożonymi. Z kolei wiek, miejsce zamieszkania, forma zatrudnienia, liczba lat pracy i system pracy nie oddziaływały istotnie na poczucie satysfakcji z życia pielęgniarek [131].

Satysfakcja z wykonywania zawodu jest ważną składową ogólną satysfakcji z życia, bowiem jej brak powoduje niezadowolenie, demotywację, niechęć oraz frustrację, co może wpływać na powstanie wypalenia zawodowego [142, 143, 144, 145].

W tym aspekcie znaczenia nabiera fakt, czy w wyborze zawodu jest właściwa motywacja kierująca kandydatami, ich pozytywne przeobrażenia w trakcie procesu przygotowania zawodowego oraz umiejętne połączenie motywów osobistych z motywami społecznymi [146, 147].

W badaniu Sobczak [90] wykazano, że na poszczególne wymiary wypalenia zawodowego wpływają motywy wyboru zawodu. Osoby, które wybrały zawód pielęgniarski z powodu chęci pomocy innym ludziom, w stosunku do tych badanych, którzy wskazywali na inne motywy wyboru, osiągały niskie wyniki z zakresu depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych. Osoby, które swój zawód wybrały z powodu braku innych możliwości osiągnęły średni wynik w zakresie podskali emocjonalne wyczerpanie na poziomie wysokim. Osoby, które wybrały pielęgniarstwo ze względu na możliwość samodzielnego działania, cechowały się wyższym poziomem depersonalizacji niż te, które zdecydowały się uprawiać tę profesję z innych powodów [90]. Z kolei w badaniach Beisert [148] osoby mające niższe poczucie kompetencji wykazywały wyższy poziom wypalenia zawodowego, a w badaniach Buławskiej [149] wyższy poziom poczucia braku kontroli.

Powyższe znalazło odzwierciedlenie w badaniach własnych, ponieważ osoby odczuwające większą satysfakcję z życia nieco częściej wskazywały jako przyczynę wyboru kierunku studiów zgodność z zainteresowaniami i wynikami w nauce, a w następnej kolejności prestiż uczelni, zawodu i chęć podnoszenia wiedzy. Z kolei rodzinne powiązania medyczne nie wpływały na satysfakcję z życia studentów pielęgniarstwa, podobnie jak miejsce zamieszkania w czasie studiów i wykształcenie rodziców.

Powszechnie wiadomo, że sprawowanie funkcji zawodowych przez pracowników medycznych jest ściśle powiązane z okazywaniem współczucia oraz zainteresowania, stąd personel medyczny powinien być wiarygodny, profesjonalny oraz życzliwy. W związku z tym znaczenia nabiera posiadanie lub nie zdolności empatii. Empatia to umiejętność „wejścia” w emocjonalną sytuację drugiego człowieka, pozwalająca choremu poczuć się

zrozumianym oraz akceptowanym, zapewnia poczucie bezpiecznej bliskości [99]. W literaturze [150] podkreśla się, że od studentów kierunków medycznych oraz pracowników ochrony zdrowia wymaga się wysokiej kompetencji zawodowej i odpowiednich cech charakteru, w tym między innymi zdolności empatii. W opinii Kuduk [151] profesjonalizm w zawodzie i empatia powinny być widoczne od pierwszego kontaktu pielęgniarki z pacjentem. Cederbaum i Klusaritz [152] oraz Mikkonen i wsp. [153] w swoich badaniach stwierdzili, że empatyczni nauczyciele przygotowujący do zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza mają korzystny wpływ na proces kształcenia przyszłej kadry pielęgniarskiej. Profesjonalny poziom komunikacji, „z naciskiem” na empatię skutkowałam lepszymi wynikami u studentów, a w przyszłości prowadzi do zmniejszenia liczby błędów klinicznych, zwiększa satysfakcję oraz zmniejsza ryzyko, a także poprawia wartości moralne oraz podnosi poziom współodczuwania wobec pacjentów [153, 152].

W badaniach własnych poziom rozumienia empatycznego był powiązany z większą satysfakcją z życia, zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi, samooceną, stosowaniem w sytuacjach stresowych stylu zadaniowego i wyższą skutecznością. Widać, że wraz ze wzrostem poziomu ogólnej kontroli emocji spadał poziom asertywności, a także zdolności komunikacyjne.

W literaturze [154, 155, 156] podkreśla się powiązanie empatii z takimi cechami charakteru jak: cierpliwość, przywiązanie, otwartość, ciepło, a także zrozumienie. Studia medyczne pozytywnie wpływają na zdolność werbalnego okazywania empatii, a także na umiejętność psychologicznej pomocy drugiej osobie. Stawarz i wsp. [157] badaniami objęli 208 studentek położnictwa. Analiza wyników badań pozwoliła na stwierdzenie, że empatia w badanej grupie studentek w największym stopniu była wyrażona w zakresie podatności na emocjonalne zarażenie, rozumieniu uczuć osób nieznanych i dalekich oraz w tendencji do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych. W mniejszym stopniu zaś w zakresie ekstremalnej wrażliwości emocjonalnej, tendencji do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie lub negatywnie przeżywanymi przez innych oraz gotowości do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy. Nie stwierdzono istotnego związku pomiędzy poziomem empatii w poszczególnych zakresach a wiekiem, jednak w grupie studentek z miasta, w porównaniu ze studentkami ze wsi, empatia nieznacznie bardziej wyrażała się w rozumieniu uczuć osób nieznanych i dalekich oraz tendencji do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych. Ankietowane studentki studiów licencjackich wyrażały nieznacznie bardziej nasiloną empatię w zakresie podatności na emocjonalne zarażenie, ekstremalnej wrażliwość emocjonalnej, tendencji do wzruszania się

doświadczeniami emocjonalnymi pozytywnie przeżywanymi przez innych, tendencji do współczucia i sympatycznego odnoszenia się do innych oraz gotowości do zawierania kontaktów z osobami potrzebującymi pomocy. Studentki trzeciego roku w istotnie większym stopniu, w porównaniu z osobami studiującymi na drugim i pierwszym roku, wyrażały empatię w zakresie ekstremalnej wrażliwości emocjonalnej oraz tendencji do wzruszania się doświadczeniami emocjonalnymi negatywnymi przeżywanymi przez innych [157]. Z analizy badań Motyki [150] realizowanych w grupie 40 studentów pierwszego roku studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo oraz 40 studentów z pierwszego roku studiów magisterskich, na tym samym kierunku (po pełnym cyklu szkolenia w zakresie psychologii) wynika, że poziom empatii był wyższy u studentów rozpoczynających naukę, aniżeli u studentów studiów magisterskich (różnica nie była istotna statystycznie). W badaniu Marciniak i wsp. [158] wzięły udział 102 losowo wybrane, aktywne zawodowo pielęgniarki. Charakteryzował je dosyć wysoki ogólny poziom empatii – na poziomie 60,4% punktów możliwych do zdobycia. Najwyższy wynik dotyczył poświęcenia się dla innych (72,2%) oraz sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych (72%). Nieco gorzej prezentowały się - wczuwanie się w stany i przeżycia innych (63,7%), wrażliwość na przeżycia innych (60,2%) oraz współodczuwanie z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych (59,8%). Wyniki badań Krajewskiej-Kułak i wsp. [72], Dziubak i wsp. [77] oraz Turczyńskiej i wsp. [159] wskazują, że empatia która opiera się na trosce o innych ludzi jest istotnym podłożem prospołecznej motywacji do wyboru tego zawodu - im więcej jest motywów skłaniających daną osobę do wyboru kierunku pielęgniarstwo, tym wyższy jej poziom empatii. Wykazano, że wyższy poziom empatii dotyczył studentów, którzy samodzielnie podjęli decyzję o wyborze studiów w porównaniu z badanymi, którzy wybrali ten kierunek, ponieważ zostali namówieni przez znajomych/rodzinę, chcieli kontynuować tradycję rodzinną lub nie dostali się na inny kierunek [72]. Rachubińska i wsp. [99] także stwierdzili, że poziom empatii był istotnie wyższy u osób, którzy świadomie wybrali kierunek studiów oraz zadowolonych z wybranego kierunku niż u respondentów, którzy wybrali pielęgniarstwo z poczucia pewności zatrudnienia i tych którzy nie byli zadowoleni z tego wyboru. Janicka i wsp. [96] podkreślają, że w pracy pielęgniarki opanowanie w trudnych sytuacjach i empatia traktowane są jako zasoby oddziałujące na relacje pielęgniarka-pacjent. Motyka i Motyka [160] badaniem objęły 120 pielęgniarek, w tym 60 pracujących na oddziałach psychiatrycznych i 60 pracujących na oddziałach i wykazały, że pielęgniarki zatrudnione w oddziale psychiatrycznym cechowały się zbliżonymi wskaźnikami empatii w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi z chorymi somatycznie. Badania Cybulskiej i wsp [161]

w grupie 199 pielęgniarek wykazały, że tylko nieliczna grupa pielęgniarek miała wysoki poziom empatii (14,0%), która zależała od zmiennych socjodemograficznych (wiek, miejsce zamieszkania) oraz czynników wyboru zawodu. Pawelczyk i wsp. [162] w grupie studentów kierunku lekarskiego, stwierdzili, że studentki cechowały się wyższym niż studenci poziomem empatii, silniejszym przywiązaniem do wartości religijnych oraz słabszą postawą ekonomiczną. Podobne obserwacje poczynili także Kliszcz i wsp. [163,164], którzy w swoich badaniach stwierdzili, że studentki są istotnie bardziej empatyczne niż studenci, ale także wykazał, poziom empatii obniżał się u nich w trakcie trwania studiów, a nie wykazywał różnic w przypadku mężczyzn.

Także w obecnym badaniu, podobnie jak w badaniach Stawarz i wsp. [157] oraz Motyki [160] osoby ze studiów I stopnia cechowały się większym rozumieniem empatycznym niż ze studiów II stopnia. Również poziom rozumienia empatycznego nie zależał w sposób statystycznie istotny od występowania rodzinnych powiązań medycznych, co potwierdzają badania Krajewskiej-Kułak i wsp. [72]. Wykazano w nich bowiem, że wyższy poziom empatii dotyczył studentów, którzy samodzielnie podjęli decyzję o wyborze studiów w porównaniu z badanymi, którzy wybrali ten kierunek, ponieważ zostali namówieni przez znajomych/rodzinę, chcieli kontynuować tradycję rodzinną lub nie dostali się na inny kierunek [72]. Badania własne wykazały brak wpływu miejsca zamieszkania w czasie studiów i wykształcenia rodziców na poziom rozumienia empatycznego, co było przeciwnie do wyników badań Cybulskiej i wsp. [161], którzy stwierdzili wpływ na poziom empatii zmiennych socjodemograficznych (wiek, miejsce zamieszkania).

Turczyńska i wsp. [159] badali zależność pomiędzy empatią a motywami wyboru studiów medycznych i wykazali, że wraz ze wzrostem znaczenia motywu „studia medyczne były zawsze moim marzeniem” i „możliwość niesienia pomocy cierpiącym”, wzrastał poziom empatii badanych. Badanie przeprowadzone wśród 237 studentek licencjatu pielęgniarstwa przez Krajewską-Kułak i wsp. [72]. Najwyższy poziom empatii wykazywali studenci III roku i wynosił on średnio $70,5 \pm 8,3$. Zależności te były istotnie statystycznie między poszczególnymi latami studiów. Istotnie statystycznie były także różnice w poziomie empatii pomiędzy studentkami, które samodzielnie zdecydowały o wyborze kierunku studiów a osobami, które studiują pielęgniarstwo, ponieważ nie dostały się na inny kierunek, oraz pomiędzy studentkami, które podjęły studia licencjackie na kierunku pielęgniarstwo w wyniku namowy kolegów, koleżanek lub rodziny a osobami, które studiują pielęgniarstwo, ponieważ nie dostały się na inny kierunek. Powyższe zdaniem autorów potwierdza konieczność podejmowania działań, aby na kierunek pielęgniarstwa dostawały się osoby

pragnące pracować w tym zawodzie, a nie te, które nie dostały się na inne kierunki lub zostały do tego namówione przez kolegów, koleżanki lub rodzinę [72].

Z powyższym korelują wyniki obecnego badania, które wykazały, że wyższy poziom rozumienia empatycznego był w statystycznie istotny sposób powiązany z większym uwzględnianiem przy wyborze kierunku studiów zgodności z zainteresowaniami, wynikami w nauce oraz chęcią podnoszenia wiedzy.

Jedną z istotnych cech pracowników ochrony zdrowia, w tym pielęgniarek, powinna być asertywność, czyli umiejętność dzięki której ludzie otwarcie wyrażają swoje myśli, uczucia i przekonania, nie lekceważąc uczuć i poglądów swoich rozmówców oraz respektowanie praw własnych i innych ludzi, wzajemny szacunek [165]. Zachowanie asertywne pozwala bowiem obronić swoje interesy, ale bez krzywdzenia drugiej osoby, z zachowaniem szacunku dla jej osobistej godności, bez naruszenia jej psychologicznego terytorium. Zachowania asertywne, za Motyka i Motyka [160] pozwalają komunikować innym swoje uczucia i potrzeby w sposób jasny, rzeczowy i jednocześnie stawiać im konieczne wymagania. Nie można zapominać, że sytuacja choroby może wywołać u pacjentów regresyjne reakcje oraz często nierealistyczne oczekiwania, na które personel medyczny powinien odpowiadać w stosowny, lecz nieagresywny sposób [160].

W przypadku pielęgniarek zachowania asertywne sprzyjają dobrym relacjom międzyludzkim, zarówno w zespole, jak i w odniesieniu do podmiotu opieki oraz chronią przed wypaleniem w pracy zawodowej [165].

Przedmiotem badań Drażby i Gotlib [166] była ocena kompetencji asertywnego rozwiązywania problemów w grupie 153 czynnych zawodowo położnych. W grupie 127 położnych wyniki oscylowały w maksymalnym przedziale punktowym od 19 do 25 punktów. Dwie położne uzyskały najniższą punktację (7-12 punktów), a reszta uplasowała się w średniej granicy punktowej (13-18 punktów). Analiza wyników wykazała wysoki poziom ważnej umiejętności społecznej, jaką jest asertywność (83%) i to, że badane przyjmują postawę asertywną w sytuacjach konfliktowych i wymagających konfrontacji. Nie zauważono zależności asertywności od wieku, płci, stażu pracy oraz stanu cywilnego [166]. Motyka i Motyka [160] stwierdzili, że zarówno pielęgniarki opiekujące się pacjentami chorymi psychicznie jak i pielęgniarki chorymi somatycznie prezentowały zbliżony poziom asertywności. w badaniu Yurtsal i Ózdemir [167] 52% położnych stosowało asertywność do wzmacniania relacji w pracy i życiu codziennym. Najwyższym stopniem asertywności odznaczały się położne w przedziale wiekowym 20-29 lat (62,5%). Stwierdzono, że u kobiet samotnych poziom asertywności uplasował się w granicach 70%, znacznie wyższym niż

wśród mężatek, z kolei położne posiadające dzieci, były mniej asertywne (47%) od tych, które ich nie miały (65,4%) [167].

W obecnym badaniu osoby, których rodzice mieli wykształcenie zawodowe relatywnie częściej charakteryzowały się słabą stanowczością. Poziom asertywności był także w bardzo niewielkim stopniu powiązany jedynie z nieco większym wpływem na wybór kierunku studiów zgodności z zainteresowaniami i chęci podnoszenia wiedzy. Niestety nie ma możliwości odniesienia wyników własnych do innych autorów z powodu braku podobnych badań.

Kolejną cechą jaką powinna posiadać pielęgniarka oraz podstawą obecnej i przyszłej praktyki pielęgniarskiej, jest za Kosicką i Ksykiewicz-Dorota [168] umiejętność podejmowania decyzji. Jest ona wymaganiem wyboru określonego postępowania pielęgniarskiego spośród innych dostępnych rozwiązań. Autorki [168] dokonały analizy piśmiennictwa i wyróżniły następujące modele podejmowania decyzji pielęgniarskich:

- analityczny – logiczny, świadomy, planowany proces zawierający serię zorganizowanych kroków mogących być opisanymi przez podejmującego decyzje;
- przetwarzania informacji - proces hipotetyczno-dedukcyjny wyznaczający problemy pacjenta z wykorzystaniem diagnostycznego rozumowania;
- model proceduralny - decyzje podejmuje się zgodnie z przyjętymi regułami, procedurami, przepisami, czyli z ustalonym porządkiem instytucjonalnym;
- model intuicyjny - wiąże się z natychmiastowym, bezpośrednim zrozumieniem kluczowych elementów sytuacji;
- model analityczno-intuicyjny- różne formy procesu poznawczego mogą być uporządkowane na dwóch biegunach, mogą poruszać się po analityczno-intuicyjnym kontinuum, w wyniku czego proces decydowania może być w większym lub mniejszym stopniu ukierunkowany intuicyjnie lub analitycznie.

Pielęgniarki są jedną z grup zawodowych w pracy której istotne znaczenie mają także kompetencje społeczne. Codzienny, stały kontakt z pacjentem wymusza na pielęgniarkach stały rozwój zarówno kompetencji zawodowych, jak i kompetencji miękkich, w tym głównie społecznych. Kompetencje społeczne wpływają bowiem na dostosowanie opieki do indywidualnych potrzeb pacjenta, uzależnionych od jego sytuacji. Do kompetencji społecznych, za Szmit [169] zalicza się budowanie relacji, dzielenie się wiedzą i doświadczeniem, identyfikowanie się z firmą, komunikatywność, rozwiązywanie konfliktów, współpracę w zespole/firmie oraz wywieranie wpływu.

Deręgowska [170] podkreśla, że ze względu na właściwą współpracę w samym zespole leczącym i opiekującym się pacjentem jakość komunikacji klinicznej jest niezmiernie ważna, a umiejętność komunikowania się personelu medycznego pomiędzy sobą ma wpływ na jakość współpracy z chorym, a w konsekwencji na przebieg i rezultatów całego procesu terapeutycznego. w tym kontekście znaczenia nabiera komunikacja terapeutyczna stanowiąc integralny element wspomagający proces leczniczy. Nie jest samodzielną metodą terapeutyczną, ale stanowi element psychoterapii wspierającej. Jej podstawowym celem jest mobilizacja psychicznych możliwości pacjenta oraz uruchomienie zasobów i strategii obronnych w trudnym okresie choroby i leczenia. Rozmowa z chorym jest bowiem jednym z najtrudniejszych zadań, przed jakim stają lekarze, pielęgniarki i bliscy osób chorych. „Współczesna pielęgniarka nie może być profesjonalistką bez zdolności właściwego przekazywania swojej wiedzy i bez dobrej umiejętności odpowiedniej interpretacji wiadomości przekazywanych jej przez pacjenta. Niewiele jest jednak publikacji, które całościowo ujmują komunikację w praktyce pielęgniarskiej. Nawiązanie kontaktu z osobą chorą nie jest łatwe, dlatego sprawnego komunikowania powinno się nauczać już w podczas studiów. Znajomość komunikacji werbalnej i niewerbalnej pozwala pielęgniarce lepiej zrozumieć pacjenta i jego potrzeby, pacjent zaś ma zagwarantowane poczucie bezpieczeństwa i nie odczuwa negatywnych emocji wynikających z poczucia niezrozumienia [171].

Niestety z badań wynika, że umiejętność komunikowania się polskiej pielęgniarki wymaga poprawy [za 172, 173, 174]. Grzesiuk [175] w komunikacji interpersonalnej za kryterium podziału uznała punkt koncentracji podczas interakcji i wyodrębniła styl partnerski i niepartnerski komunikacji oraz a trzy kategorie osób. Pierwsza - osoby mające wzgląd przede wszystkim na siebie, druga – jednostki koncentrujące się zwykle na osobie partnera, trzecia -osoby skoncentrowane podczas interakcji zarówno na własnej osobie, jak też na osobie partnera [175]. Hall [176] w badaniu nad zależnością sfery przestrzennej między dwiema osobami w procesie komunikowania w zależności od tego, z kim wchodzi się w relacje, wyodrębnił cztery przestrzenie proksemiczne. Za najważniejszą uznał sferę określaną jako intymna (faza bliższa – kontakt bezpośredni dotykowy, do 14 cm , faza dalsza – 14–45 cm). Każdy człowiek broni jej, a przekroczyć ją mogą tylko ci, którzy są bliscy emocjonalnie: partnerzy, rodzice, dzieci, przyjaciele, krewni czy domowe zwierzęta. Dystans indywidualny (faza bliższa – 45–75 cm, faza dalsza – 75–120 cm), dystans społeczny (faza bliższa – 1,2–2,1 m, faza dalsza – 2,1–3,6 m) oraz dystans publiczny (faza bliższa 3,6–7,5 m i faza dalsza – powyżej 7,5 m – zarezerwowany dla ważnych osobistości [176]. Pielęgniarka, która świadczy profesjonalnie opiekę, powinna mieć tego również świadomość.

W badaniach własnych wykazano iż zdolności komunikacyjne i organizacyjne były powiązane w dość wyraźny sposób z kilkoma innymi aspektami osobowości. Dobre zdolności organizacyjne i komunikacyjne były także powiązane, z większą satysfakcją z życia oraz poczuciem własnej skuteczności a także częstszym stosowaniem stylu rozwiązywania problemów opartego na zadaniowości, a rzadszym stosowaniem stylu opartego na emocjach.

Smarżewska [177] przeprowadziła badanie w grupie 60. pielęgniarek zatrudnionych w szpitalu publicznym. Większość badanych (63%) uważało, iż kompetencje społeczne w zawodzie pielęgniarki są bardzo ważne, za te najbardziej istotne zostały uznane: praca zespołowa (93,3%), komunikatywność (88,3%) i orientacja na pacjenta (76,7%) [177]. Sobczak i wsp. [178] badali poziom asertywności i typów zachowań 456 pielęgniarek i wykazały wysoki poziom tego elementu komunikacji interpersonalnej, bowiem 70% z nich posiadał tę cechę. Właściwy sposób porozumiewania się jest konieczny dla realizacji potrzeb fizjologicznych, samorealizacji, tożsamości i bezpieczeństwa, w związku z tym można go uznać za kluczową umiejętność w życiu. Relacje zachodzące pomiędzy członkami grupy zespalażą ważne informacje, które wykorzystuje się np. w procesie opieki nad pacjentem, w tym modelu holistycznej opieki nad chorym [172]. Celem pracy Lato-Pawłowskiej i Hoffmann-Aulich [179] było ukazanie najczęściej stosowanych przez pielęgniarki stylów komunikacyjnych w relacjach z osobami po 60. roku życia objętymi hospitalizacją. Okazało się, że przy wykonywaniu czynności zabiegowych pielęgniarki stosowały styl partnerski w stosunku do osób najmniej wymagających opieki w I i II stopniu kategoryzacji. z kolei styl niepartnerski (egocentryczny w tym infantylizujący, nakazujący, lekceważący, napastliwy) stosowały w relacji z pacjentem zależnym od opieki pielęgniarskiej w III stopniu kategoryzacji. Natomiast podczas wykonywania czynności opiekuńczych stosowały styl komunikacji niepartnerski [178].

W obecnym badaniu poziom zdolności organizacyjnych był wyższy wśród studentów studiów I stopnia i u osób, których rodzice mieli wykształcenie wyższe. z kolei zdolności komunikacyjne były nieco większe w przypadku posiadania osób związanych z medycyną w najbliższej rodzinie lub dalszej, aniżeli wśród osób nie mających w ogóle takich powiązań. Osoby mieszkające na stacji lub akademiku cechowały się nieco niższymi zdolnościami komunikacyjnymi. Niestety nie ma możliwości odniesienia wyników własnych do innych autorów z powodu braku podobnych badań.

Jak już wspomniano istotą wzajemnej współpracy pomiędzy ludźmi jest sposób w jaki się komunikują. W przypadku, gdy jedna ze stron nie potrafi zaakceptować odmiennego myślenia lub działania drugiej osoby i nie potrafi dojść do kompromisu, najczęściej dochodzi

do konfliktu. Pielęgniarka, niezależnie od miejsca pracy powinna umieć porozumiewać się z drugą osobą. Niestety występowanie sytuacji konfliktowych w zespole pielęgniarskim jest nieuniknionym i naturalnym elementem pracy [180]. Nie można zapominać, że otwartość w relacjach pomiędzy współpracownikami rodzi korzystne efekty [181, 182]. Organizacja pracy z zachowaniem warunków „psychologicznego klimatu” sprzyja bowiem obniżeniu poziomu wyczerpania emocjonalnego, stresu zawodowego oraz rotacji zawodowej w zawodach wykonujących pracę emocjonalną [182]. Konflikt według Griffina [183] jest to brak zgody pomiędzy osobami, grupami lub organizacjami, który ma charakter osobisty lub jest powiązany z pracą zawodową i przejawia się w różny sposób: od konkurowania, poprzez agresję, aż do wycofania. Badania Wawros i Mroczkowskiej [184] wykonane na grupie 50 pielęgniarek, potwierdziły istnienie tego problemu, bowiem większość badanych (70%) odpowiedziała, że konflikty występują zarówno w zespole pielęgniarek pracujących w systemie rannym, jak i zmianowym.

Reetz-Wasielewska i wsp. [180] przebadła 112 losowo wybranych osób pracujących na stanowisku pielęgniarki/pielęgniarskiego w grudziądzkim szpitalu. Zdecydowana większość badanych (68,7%) potwierdziła występowanie konfliktów w zespole pielęgniarskim. Najczęściej występującym był konflikt w relacji: pielęgniarka–zespół pielęgniarski - (50,9%), pomiędzy pielęgniarką z dłuższym stażem pracy a pielęgniarką o krótszym stażu pracy (16,1%), w relacji zespół pielęgniarski–pielęgniarka oddziałowa (11,6%), 9,8% - nieporozumienia w relacji pielęgniarka–pielęgniarka oddziałowa, a 6,3% - że konflikt w relacji pielęgniarka z dodatkowymi kwalifikacjami–pielęgniarka bez dodatkowych kwalifikacji. Najczęstszą reakcją na sytuacje konfliktowe była reakcja negocjacyjna (61,6%), a następnie asertywna (20,5%) lub uległa (14,3%), a nawet agresywna (3,6%). Aż 38,4% badanych twierdziło, że występowanie konfliktu nie miało wpływu na atmosferę w zespole pielęgniarskim. Według 23,2% występowanie konfliktu miało negatywny wpływ na atmosferę wśród współpracowników, a 7,1% odpowiedziało, że konflikt raczej pozytywnie oddziałuje na atmosferę w zespole [180]. Z kolei analiza wypowiedzi 250 pracowników, w tym 91% pielęgniarek, z badania Nowakowskiej i Rasińskiej [185] wykazała, że najczęstszą przyczyną występowania konfliktów były złe relacje interpersonalne w zespole. Natomiast w Grecji badania Kaitelidou i wsp. [186] wśród 286 pracowników greckich szpitali potwierdziły, że główną przyczynę konfliktów w ich zespole stanowiły różnice w edukacji, powodujące problemy komunikacyjne (59,1%). Najczęściej stosowaną metodą rozwiązywania konfliktów okazało się unikanie problemu, ale jednocześnie stwierdzono, że jest to sposób nieskuteczny, w rozwiązywaniu konfliktu [186].

W powyższym aspekcie nie można zapominać, że zasadnicze pola funkcjonowania większości ludzi to obszary pracy zawodowej i życia rodzinnego i między nimi można oczekiwać silnych interferencji [187]. Z badania Baki [188] w których wzięło udział 567 pielęgniarek wynika, że konflikty praca–rodzina i rodzina–praca nie korelowały ze zmiennymi demograficznymi – wiekiem i stażem pracy. Konflikt praca–rodzina dodatkowo wiązał się z liczbą godzin poświęconych na pracę zawodową, natomiast konflikt rodzina–praca był tym silniejszy, im większa była liczba posiadanych dzieci. Poza tym konflikty praca–rodzina i rodzina–praca negatywnie wiązały się ze zdrowiem [188].

W obecnym badaniu nie wykazano statystycznie istotnej różnicy pomiędzy osobami ze studiów I oraz II stopnia jeśli chodzi o ocenę konfliktowości osobowości. Także rodzinne powiązania medyczne ani miejsce zamieszkania podczas studiów nie były czynnikami różnicującymi poziom konfliktowości. Niestety nie ma możliwości odniesienia wyników własnych do innych autorów z powodu braku podobnych badań.

Warto także poruszyć problem samooceny, która spełnia wiele istotnych funkcji w życiu człowieka - zabezpiecza przed negatywnymi wydarzeniami z życia, wpływa pozytywnie na zachowanie zdrowia psychicznego, przyczynia się do występowania zachowań adaptacyjnych w sferze międzyludzkiej, wpływa na integrację informacji na temat „Ja” [189]. Samoocena to trwała skłonność do wartościowania samego siebie w pozytywny lub negatywny sposób [189]. Wzrasta w trakcie dorosłości, obniża się w końcowym okresie życia [190]. Dzięki samoocenie jest się w stanie „wyodrębnić samego siebie ze środowiska oraz zdefiniować własną istotę” - tzw. poznawczy aspekt poczucia własnej wartości [191]. W literaturze [192, 189, 193] samoocenę różnicuje się na samoocenę globalną (ogólna ocena własnej osoby) oraz specyficzną (ocena własnej osoby w poszczególnych dziedzinach życia) oraz na jawną (dostępną świadomości i stanowiącą przekonanie na temat własnej wartości, mierzona przy pomocy słownych deklaracji osoby) i ukrytą (nieświadomą, automatyczną, przejawiającą się spontanicznymi reakcjami na bodźce związane z osobą, wynikającą z wartościowości obiektów skojarzonych z jednostką). Osoby z wysoką samooceną charakteryzują się tym, że „uważają się za jednostki zadowolone z siebie, ze swoich czynów i osiągniętych wyników i posiadają przekonanie o posiadaniu poważania wśród innych ludzi”. Uważa się, że zbyt wysoka samoocena może mieć negatywny wpływ na psychiczne funkcjonowanie jednostki i powodować występowanie zachowań ryzykownych. Takie osoby są przekonane o własnych zdolnościach i umiejętnościach, podkreślają własne zalety, przejawiają większą pewność siebie. Lepiej są motywowane lękiem przed porażką niż potrzebą gloryfikacji. Jest wyraźnie pozytywna, niezmienna i konkretna [192, 193]. Z kolei

osoby z niską samooceną cechuje brak pewności co do własnych sił, brak zadowolenia z własnej osoby i dokonań, przekonanie o swojej niskiej pozycji w grupie społecznej. Skoncentrowane są na kompensowaniu własnych braków i próbują ukrywać ewentualne wady. Cechuje się chwiejnością, niestabilnością oraz niespójnością, ale także jest bardziej plastyczna i skłonna do zmian w przypadku pojawienia się nowych informacji [194]. „U osób z wysokim poczuciem własnej wartości przeważają głównie cechy pozytywne, z kolei u osób mających niską samoocenę występują cechy nie tylko negatywne, ale i także pozytywne. Zaniżona samoocena jest bardziej ambiwalentna lub neutralna, niż całkowicie negatywna, ponieważ ludzie charakteryzujący się tym typem są raczej niepewni własnej wartościowości aniżeli są przekonani o swojej bezwartościowości” [189].

Na podstawie wyników w badaniach własnych wykazano że lepsza samoocena była mocno skorelowana z poczuciem asertywności ($r_s = -0,50$), zdolnościami komunikacyjnymi i organizacyjnymi (-0,37 i -0,49), poczuciem skuteczności (-0,40) czy satysfakcją z życia (-0,27).

Nie można zapominać, że od pielęgniarki wymaga się nie tylko wiedzy i umiejętności, ale refleksyjności oraz świadomości siebie - mocnych i słabych stron, poznawania potrzeb człowieka, twórczej wyobraźni oraz gotowości do świadczenia różnorodnej pomocy [121].

Ogólny wskaźnik samooceny dla całej grupy ankietowanych z badania Popow i wsp. [195] kształtował się wysoko - średnia wartość skali samooceny SES M. Rosenberga wynosiła 31,4 pkt. w przypadku 50% badanych wartości mieściły się w zakresie od 29 do 35 punktów.

W badaniach własnych osoby ze studiów II stopnia miały średnią wartość miary samooceny (61,3 pkt.) w odniesieniu do studentów i stopnia (58,4 pkt), jednocześnie w obu grupach była to samoocena zaniżona. Powyższe było odmienne do wyników uzyskanych przez Popow i wsp. [195], gdzie ogólny wskaźnik samooceny dla całej grupy ankietowanych z badania kształtował się wysoko - średnia wartość skali samooceny SES Rosenberga wynosiła 31,4 pkt, a w przypadku 50% badanych wartości mieściły się w zakresie od 29 do 35 punktów.

Praca w służbie zdrowia jest źródłem obciążenia psychicznego o wielu przyczynach. Jedną z nich są oczekiwania pacjentów dotyczące określonych reakcji emocjonalnych pracowników w trakcie wykonywania procedur medycznych. Spełnianie oczekiwań emocjonalnych pacjentów oraz członków zespołu terapeutycznego wymaga od pracownika medycznego wysiłku psychicznego, mogącego rodzić negatywne następstwa. Badania

wykazują związki pracy emocjonalnej z narastającym zmęczeniem, wypalaniem się zawodowym, występowaniem problemów psychosomatycznych, absentowaniem oraz utratą satysfakcji z wykonywanej pracy. Szacuje się, że 27% pielęgniarek pracujących w Irlandii Północnej, bez względu na to czy pracują w szpitalu, czy środowiskowo, uważało że oczekiwania emocjonalne pacjenta kierowane wobec nich są źródłem ich stresu na średnim lub wysokim poziomie [196]. Warto podkreślić, że pojawienie się sytuacji stresowej sprzyja rozwojowi silnego napięcia emocjonalnego, zależnego od indywidualnej odporności psychicznej i emocjonalnej. Potwierdzono, że „powierzchniowe strategie regulacji emocji zwiększają obciążenie emocjonalne, natomiast głębokie podnoszą jakość wykonywanej pracy. Udawanie nieodczuwanych emocji może być predykatorem obciążenia emocjonalnego i braku zadowolenia pracą, a także problemów psychosomatycznych. Także wyczerpywanie się emocjonalne zależy może od częstości tłumienia emocji negatywnych i udawania pozytywnych” [197, 198, 199]. Pielęgniarki są jedną z grup zawodowych ewidentnie narażonym na stres [200, 201, 202] i obciążonym ryzykiem wypalenia zawodowego [202, 203]. Źródła stresu mogą być różne [202, 203, 204]:

- wynikające z miejsca pracy i jej warunków (przeciążenie obowiązkami, zmienność, niska płaca, chaos organizacyjny, niewystarczająca liczba pracowników, narażenie na działanie czynników potencjalnie szkodliwych dla zdrowia fizycznego i psychicznego);
- związane z relacjami ze współpracownikami (relacje interpersonalne, atmosfera w zespole terapeutycznym, konflikty w zespole);
- wynikające z kontaktu z pacjentem i jego rodziną (problemy pacjenta i jego rodziny wynikające z choroby, zbyt duża liczba pacjentów wymagających indywidualnej pomocy i stałego wsparcia, narażenie na poważne choroby zakaźne, praca z pacjentami agresywnymi, pobudzonymi, rojącymi niekorzystne i umierającymi).

Kwiecień-Jaguś i wsp. [205] wykazali, że spośród wielu czynników stresogennych w miejscu pracy personelu pielęgniarskiego największe źródło stanowiły: śmierć, obciążenie pracą zawodową, konflikt na linii pielęgniarka–lekarz, a także wątpliwości co do stosowanej terapii diagnostycznej.

Parker i Endler [206] uważają, że człowiek w sytuacji stresowej podejmuje działania zaradcze będące wynikiem interakcji między cechami sytuacji a specyficznym dla danej osoby stylem radzenia sobie. Działania te mogą przybierać styl skoncentrowany na zadaniu, na emocjach lub na unikaniu [206]. Umiejętność radzenia sobie ze stresem poprzez wykorzystanie odpowiednich strategii uznaje się za istotny warunek zdrowia psychicznego

[207] i powinna to być cecha każdej pielęgniarki. W piśmiennictwie [208, 209] podkreśla się, że mniej skuteczne w radzeniu sobie ze stresem, a w efekcie bardziej narażone np. na wypalenie, są osoby młodsze i o krótszym stażu pracy. W innych pracach [210] wykazano większe trudności w radzeniu sobie i związanymi z tym problemami zdrowotnymi u pracowników starszych i dłużej pracujących.

Kwak i wsp. [211] dokonali przeglądu polskich czasopism naukowych (m.in. *Problemy Pielęgniarstwa*, *Pielęgniarstwo Polskie*, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*). Stwierdzili, że liczba opublikowanych wyników badań dotyczących zagadnienia stresu i radzenia sobie z nim przez pielęgniarki jest stosunkowo niewielka [211]. Janicka i wsp. [96] analizowali wyniki uzyskane od 137 pielęgniarek. Okazało się, że skłonność ryzyka narażenia na stres korelowała istotnie statystycznie z elastycznością w radzeniu sobie ze stresem oraz wszystkimi jej wymiarami (repertuarem strategii, zmiennością strategii oraz refleksyjnością) na poziomie niskim. z kolei empatia i impulsywność nie pełniły roli predykcyjnej [96].

W opinii Uren i Graham [212] nieefektywne sposoby radzenia sobie sprzyjają akumulacji stresu, co z kolei wpływa istotnie na personel medyczny oraz jego umiejętności zawodowe. Z kolei wg Kato [213] konstruktywne sposoby radzenia sobie w sytuacjach trudnych obejmujące aktywny wysiłek w polepszeniu relacji międzyludzkich stanowiących źródło stresu mogą powodować obniżenie poziomu stresu psychicznego. Nyklewicz i Krajewska-Kułak [214] w grupie czynnych zawodowo licencjonowanych pielęgniarek, studentek II stopnia, wykazali deficyt umiejętności w radzeniu sobie w sytuacjach trudnych przy występowaniu silnych negatywnych emocji podczas rozmyślanii o śmierci. Głównym mechanizmem radzenia sobie w przypadku negatywnych emocji było ich tłumienie wpływające na wzrastanie napięcia emocjonalnego oraz pogorszenie stanu zdrowia [214]. w badaniu Marciniak i wsp. [158] najczęstszym sposobem radzenia sobie w sytuacji trudnej przez badane pielęgniarki była koncentracja na problemie (59,4%). w mniejszym stopniu ankietowani stosowali przemianę (53,6%), ucieczkę (47%), wzorowanie się na innych (46,3%), kontrolowanie emocji (45,6%) oraz obwinianie siebie (42,9%). Najrzadszymi sposobami była rezygnacja (39,3%) oraz odreagowanie (37,3%). Osoby o wykształceniu wyższym magisterskim oraz wyższym licencjackim stosowały metodę kontrolowania emocji zdecydowanie częściej w porównaniu z respondentami z wykształceniem średnim [158]. Kwiecień-Jaguś i wsp. [205] rozdali 200 kwestionariuszy wśród pielęgniarek zatrudnionych na różnych oddziałach szpitalnych i stwierdzili, że w sytuacjach stresowych personel pielęgniarski najczęściej wykorzystywał aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem,

wsparcie społeczne, pozytywne przewartościowanie, rozwiązywanie problemów poprzez planowanie oraz akceptację problemów. Wraz ze wzrostem wieku częstsze stawało się radzenie sobie ze stresem w formie wsparcia społecznego, wsparcia instrumentalnego oraz uciekania do spraw duchowych. Osoby wolne, w porównaniu z respondentami będącymi w związku małżeńskim, istotnie częściej jako sposobu radzenia sobie ze stresem używały wsparcia społecznego oraz spokoju wewnętrznego. Respondenci zamieszkujący miasto istotnie częściej radzili sobie ze stresem poprzez planowanie, a zamieszkujące środowiska miejskie zdecydowanie częściej - poprzez wewnętrzny spokój, dawanie upustu emocjom, planowanie oraz poprzez żartowanie. Personel pielęgniarski oddziału anestezjologii i intensywnej terapii statystycznie częściej jako sposób radzenia sobie w sytuacji stresowej wykorzystywał technikę wewnętrznego spokoju, a z oddziałów chirurgii - technikę redukcji stresu w formie wewnętrznego spokoju oraz dawania upustu emocjom [205]. Lemska i wsp. [215], w dobie pandemii COVID-19, badaniem objęli 201 pielęgniarek i pielęgniarzy z całej Polski. Okazało się, że dominującym stylem radzenia sobie ze stresem wśród respondentów był styl aktywnego radzenia sobie oraz że raz z wiekiem badanych wzrastała częstość wyboru stylu aktywnego radzenia sobie w sytuacji stresowej [215]. Podobne badania przeprowadzili Cichońska i wsp. [216] wśród 105 pielęgniarek. Prawie wszyscy ankietowani odczuwali stres w pracy w związku z epidemią COVID-19, przy czym bardzo często odczuwało - 37,1% badanych, często 35,2% lub zawsze 8,6%. Sposobem radzenia sobie z napięciem i stresem w czasie pandemii badani najczęściej była rozmowa z zaufaną osobą (47,6%), aktywne zmęczenie się (48,6%), sen 37,1%, pójście na zakupy - 28,6%, 6,7% czytanie książek, 19,1% - wyjście do kina lub teatru, jedzenie - 19,1%, sięganie po używki - 11,43%. Istotnie częściej stres w pracy w związku z pandemią odczuwały osoby starsze, mieszkające w mieście, z długoletnim stażem pracy oraz pracujące w SOR [216]. Z kolei Brudek i wsp. [217] badaniami objęli 106 pielęgniarek pracujących na oddziałach psychiatrycznych i stwierdzili potwierdzenie predykcyjnej roli wrażliwości sensorycznej, stylu zadaniowego i stylu emocjonalnego w zakresie wypalenia zawodowego. W przypadku stylu unikowego oraz pozostałych pięciu cech temperamentu nie było podstaw do uznania tych zmiennych za predyktory wypalenia zawodowego. W opinii autorów, wyniki ich badań sugerują, że w pomocy psychologicznej czy terapeutycznej świadczonej pielęgniarkom psychiatrycznym w większym stopniu należy koncentrować się na wzmacnianiu czynnego zaangażowania się w rozwiązywanie problemów zawodowych aniżeli na uświadamianiu szkodliwości unikowych tendencji w obszarze radzenia sobie. W związku z tym ważne wydaje się kształtowanie umiejętności świadomego przeżywania emocji negatywnych,

ujawniających się w kontakcie z pacjentem psychiatrycznym [217]. Marcysiak i wsp. [218] przebadali 94 pielęgniarek i 6 pielęgniarzy i wykazali, że średnia wyników w skali wyczerpania emocjonalnego wyniosła $23,8 \pm 7,11$, depersonalizacji $10,56 \pm 3,86$, a osobistego zaangażowania — $27,26 \pm 5,46$. Osoby preferujące radzenie sobie skoncentrowane na problemie, charakteryzowały dużą odpornością na wypalenie zawodowe. Wyniki ujemnie korelowały z wyczerpaniem emocjonalnym, a dodatkowo z osobistym zaangażowaniem. Wyniki w skali radzenia sobie skoncentrowanego na emocjach dodatkowo korelowały z wyczerpaniem emocjonalnym oraz depersonalizacją, a wyniki w skali radzenia sobie skoncentrowanego na unikaniu dodatkowo z osobistym zaangażowaniem [218]. Żuralska i wsp. [219] objęły badaniem 71 pielęgniarek, w tym 23,9% pracujących w niestacjonarnym hospicjum i 76,1% w stacjonarnym hospicjum. Okazało się, że badane częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu i poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w sytuacji trudnej ($5,88 \pm 1,51$ vs $5,13 \pm 1,65$) niż styl skoncentrowany na unikaniu i emocjach ($4,38 \pm 1,84$ vs $4,94 \pm 1,83$). Typ hospicjum, w którym pracowały pielęgniarki ani poziom wykształcenia, nie różnicowały istotnie statystycznie stylu radzenia sobie w sytuacji stresowej. Wykazano jednak, że pielęgniarki z wykształceniem wyższym licencyjnym i magisterskim w porównaniu do pielęgniarek z wykształceniem średnim, częściej w sytuacjach trudnych stosowały poszukiwanie kontaktów towarzyskich ($5,64 \pm 1,28$ vs $5,52 \pm 2,08$ vs $4,69 \pm 1,39$). Pielęgniarki, które ukończyły specjalizację z dziedziny opieki paliatywnej, w porównaniu do pozostałych grup badanych częściej stosowały w sytuacji trudnej styl skoncentrowany na unikaniu. Uzyskane wyniki wykazały ujemną korelację między stażem pracy w hospicjum a stylem skoncentrowanym na zadaniu oraz dodatnią korelację między stażem pracy a stylem skoncentrowanym na unikaniu. Pielęgniarki charakteryzujące się krótszym stażem pracy w hospicjum, w porównaniu do badanych z dłuższym stażem pracy, częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu. z kolei pielęgniarki z dłuższym stażem pracy w hospicjum częściej stosowały styl skoncentrowany na unikaniu [219]. Kaźmierczak i wsp. [220] do badania włączyli 174 osoby personelu pielęgniarstwa. Najczęstszą strategią radzenia sobie ze stresem było „aktywne radzenie sobie”. Pracownicy medyczni w wieku powyżej 50. lat istotnie częściej stosowali strategię „obwinianie siebie”, z kolei staż pracy (16–20 lat) istotnie częściej warunkował wybór strategii „poszukiwanie wsparcia emocjonalnego” i „obwinianie siebie”. Satysfakcja z pracy zawodowej istotnie częściej dotyczyła wyboru strategii „pozytywne przewartościowanie” i „poszukiwanie wsparcia instrumentalnego”. Brak współpracy w zespole terapeutycznym istotnie częściej warunkował wybór strategii „zajmowanie się czymś innym” [220]. Grochowska i wsp. [221] badaniem objęły 101

pielęgniarek pracujących w oddziałach dziecięcych. Pielęgniarki dosyć często (64,4%) spotykały się z trudnościami w pracy, w tym 16,4% codziennie. Najczęściej radziły sobie ze stresem próbując opanować sytuację (58,4%), próbując rozwiązać problem (51,5%), robiąc to, co badane uważały za słuszne (43,6%). Najczęściej wybierały strategie oparte na: aktywnym radzeniu sobie, planowaniu, poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, zwrocie ku religii, akceptacji lub pozytywnym przewartościowaniu. Na średnim poziomie był wybór strategii opartej na zajmowaniu się czymś innym. Poniżej średniego poziomu był wybór strategii opartych na: wyładowaniu, obwinianiu siebie, zaprzestaniu działań, zaprzeczaniu, poczuciu humoru lub zażywaniu substancji psychoaktywnych [221]. Siemianowska i wsp. [222] przeprowadzili badania wśród pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach zabiegowych. Respondenci w największym stopniu stosowali takie strategie radzenia sobie ze stresem jak: aktywne radzenie sobie, planowanie, zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój. w najmniejszym stopniu: zaprzeczanie, poczucie humoru, zaprzestanie działań, oraz zażywanie substancji psychoaktywnych [222]. Podobne wyniki uzyskano w badaniu Piernikowskiej i Podsiadły [223], gdzie badaniami objęto grupę 70 pielęgniarek i pielęgniarzy pracujących na oddziałach zachowawczych i zabiegowych. Najczęściej stosowane przez badanych strategie radzenia sobie ze stresem to przede wszystkim aktywne radzenie sobie, dalej planowanie, zajmowanie się czymś innym, poszukiwanie wsparcia emocjonalnego oraz pozytywne przewartościowanie i rozwój. W najmniejszym stopniu respondenci stosowali takie strategie jak: zwrot ku religii, poczucie humoru, zaprzeczanie, zaprzestanie działań oraz zażywanie substancji psychoaktywnych. Wykształcenie pielęgniarek/pięgniarzy miało istotny wpływ na stosowanie strategii takich jak poczucie humoru i zajmowanie się czymś innym. Ankietowani z tytułem magistra częściej stosowali strategię poczucia humoru, a posiadający tytuł licencjata pielęgniarstwa - strategię w postaci zajmowania się czymś innym [223]. Śniegocka i Śniegocki [224] w swoich badaniach wykazała korelację pomiędzy strategią radzenia sobie ze stresem a wiekiem i wykształceniem respondentów. Osoby posiadające wyższe wykształcenie częściej stosowały strategie aktywnego radzenia sobie oraz strategie planowania. Wiek miał wpływ na częstość stosowania strategii poczucie humoru oraz unikanie działań konkurencyjnych. Respondenci poniżej 40 roku życia częściej koncentrowali się na problemie oraz zachowaniach unikowych, a po 40 roku życia częściej wybierali strategię poprzez zwrot ku religii [224]. W badaniu Markiewicz i Humeniuk [225] wzięło udział 71 studentów kierunku pielęgniarstwo i położnictwo. Pomimo, że najwyższy wynik badani osiągnęli w stylu skoncentrowanym na emocjach, to jednak analiza wariacji

w schemacie wewnątrzgrupowym wykazała, że badani w podobnym stopniu preferowali poszczególne style radzenia sobie ze stresem oraz że mężczyźni nie różnili się od kobiet pod względem stylu radzenia sobie ze stresem. Na powyższe nie miał także wpływu wiek ankietowanych. Pod względem stylu radzenia sobie ze stresem osoby studiujące pielęgniarstwo nie różniły się od osób studiujących położnictwo [225].

W tym miejscu warto przytoczyć za Lampert i wsp. [226], że personel pielęgniarstwa pracujący w Korei, zdecydowanie częściej w minimalizowaniu stresu wykorzystywał pozytywne przewartościowanie, pielęgniarki w Japonii - wewnętrzny spokój oraz kontrolę, a pielęgniarki amerykańskie- wykorzystują aktywne rozwiązywanie problemu poprzez planowanie oraz obracanie trudnej sytuacji w żart.

W przeprowadzonych badaniach sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych oparty na racjonalnym, zadaniowym podejściu, cechował nieco częściej osoby ze studiów I stopnia. Jest to podobny wynik, jaki uzyskali Żuralska i wsp. [219] wykazując, że badane przez nich pielęgniarki zatrudnione w hospicjum częściej stosowały styl skoncentrowany na zadaniu i poszukiwaniu kontaktów towarzyskich w sytuacji trudnej ($5,88 \pm 1,51$ vs $5,13 \pm 1,65$) niż styl skoncentrowany na unikaniu i emocjach ($4,38 \pm 1,84$ vs $4,94 \pm 1,83$). Badania własne wykazały także, że powiązania medyczne w rodzinie nie wpływały natomiast na częstość stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych. Również sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych nie był powiązany z miejscem zamieszkania badanych w czasie studiów. Z kolei częstość stosowania poszczególnych strategii radzenia sobie w sytuacjach stresowych była w niewielkim stopniu powiązana z czynnikami wpływającymi na wybór kierunku studiów. Niestety brak publikacji analizujących podobne parametry uniemożliwia odniesienie wyników własnych do uzyskanych przez innych autorów.

W opinii Ogińskiej-Bulik [227] na efektywniejsze radzenie sobie z własnymi uczuciami, zmniejszenie poziomu stresu oraz utrzymanie stanu zdrowia wpływa zwiększenie zdolności empatycznych wśród pracowników ochrony zdrowia. Potwierdziły to badania Marciniak i wsp. [158] w których wykazano szereg korelacji pomiędzy sposobami radzenia sobie a poziomem empatii. Osoby częściej stosujące metodę radzenia sobie w sytuacji trudnej na drodze przemian, charakteryzował wyższy ogólny poziom empatii oraz tendencji empatycznych (sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych), współodczuwania przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwości na przeżycia innych oraz gotowości poświęcania się dla innych. Badani o wyższym poziomie wrażliwości częściej stosowali obwinianie siebie. Korelacje dodatnie odnotowano również w przypadku koncentracji na problemie oraz ogólnego poziomu empatii, sympatyzowania z innymi doznań

i wrażliwości na przeżycia innych, ucieczki oraz gotowości poświęcenia się dla innych, wzorowania się na innych oraz ogólnego poziomu empatii, a także kontrolowania emocji oraz ogólnego poziomu empatii i wrażliwości na przeżycia innych. Ankietowani stosujący rezygnację jako metodę radzenia sobie w sytuacji trudnej charakteryzował niższy poziom sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych oraz wczuwania się w stany i przeżycia innych. Osoby częściej stosujące metodę odreagowania cechował niższy poziom wczuwania się w sytuacje innych [158]. Także w opinii Kurowskiej oraz Zuzy-Witkowskiej [118] istnieje związek pomiędzy empatią a wyczerpaniem emocjonalnym, bowiem silne zaangażowanie wywiera wpływ na wystąpienie wypalenia zawodowego. Muraczyńska [228] natomiast podkreśla znaczenie konieczności nauki łączenia współczucia i emocjonalnego zaangażowania z postawą zdystansowaną, jak również zapobiegania zbyt dużemu wczuwaniu się w sytuację chorego, a Ogińska -Bulik [227] wskazuje na potrzebę wprowadzenia wśród personelu medycznego treningu empatii oraz sposobów radzenia sobie ze stresem.

W obecnym badaniu wykazano, że sposób postępowania w sytuacjach stresowych oparty na zadaniowości był pozytywnie powiązany z empatią, co potwierdzają badania innych autorów. w badania Marciniak i wsp. [158] wykazano np. szereg korelacji pomiędzy sposobami radzenia sobie a poziomem empatii. Osoby częściej stosujące metodę radzenia sobie w sytuacji trudnej na drodze przemian, charakteryzował wyższy ogólny poziom empatii oraz tendencji empatycznych (sympatyzowania z innymi przeżyć przyjemnych i przykrych), współodczuwania przeżyć przyjemnych i przykrych, wrażliwości na przeżycia innych oraz gotowości poświęcania się dla innych [158]. Łukasik [229] zauważa, że „przekonanie o posiadaniu zdolności do mobilizowania zasobów poznawczych i wyznaczania kierunków działania potrzebnych do sprostania określonym wymaganiom sytuacyjnym we współdziałaniu z innymi członkami zespołu”.

Sposób postępowania w sytuacjach stresowych oparty na zadaniowości był pozytywnie powiązany z empatią względu na profesję, znaczenie ma poczucie własnej skuteczności, czyli za Łukasik [229] „przekonanie o posiadaniu zdolności do mobilizowania zasobów poznawczych i wyznaczania kierunków działania potrzebnych do sprostania określonym wymaganiom sytuacyjnym we współdziałaniu z innymi członkami zespołu”.

Znalazło to potwierdzenie w obecnym badaniu bowiem sposób postępowania w sytuacjach stresowych oparty na zadaniowości był pozytywnie powiązany z empatią

Bandura [230] wskazuje cztery podstawowe źródła informacji służące budowaniu własnej skuteczności – sukces w wykonaniu zadań, doświadczenie zastępcze, perswazje słowne oraz pobudzenie emocjonalne. Na decyzje o podjęciu określonego działania lub jego

odrzuconiu, w zależności od przewidywanych skutków, istotny wpływ ma poczucie własnej skuteczności, różniące się u ludzi pod względem myślenia, odczuwania i działania [64]. W literaturze [64,227] podkreśla się, że „wraz ze wzrostem przekonania, że jest się w stanie rozwiązać określony problem, wzrasta poziom motywacji do podejmowania kroków w celu jego rozwiązania”. Poczucie własnej skuteczności oddziałuje także na zachowania w sposób pośredni, poprzez wpływ na wybór celów. Uważa się, że im poziom poczucia własnej skuteczności jest silniejszy, tym stawia się sobie ambitniejsze cele oraz, że im wyższy poziom poczucia własnej skuteczności, tym więcej spostrzeganych zysków, a mniej strat wynikających z wyboru danego zachowania [64, 227].

Andruszkiewicz i wsp. [231] potwierdzili wcześniejsze doniesienia, że praca w zawodzie pielęgniarki jest odczuwana jako stresująca. Wykazali także wprost proporcjonalną zależność pomiędzy poczuciem własnej skuteczności, a globalnym zadowoleniem z pracy, zadowoleniem z samej pracy, z organizacji, globalnym zdrowiem psychicznym, zadowoleniem i spokojem umysłu, radzeniem sobie i radzeniem sobie przez kontrolę, a zależność odwrotnie proporcjonalną z prężnością badanych i ich poczuciem spokoju i energii [231]. W badaniu Wojcieszek i wsp. [232] uczestniczyło 211 pielęgniarek i 5 pielęgniarzy. Największą grupę spośród ankietowanych stanowiły osoby posiadające wysokie poczucie własnej skuteczności (60,6%). Jego niski poziom prezentowało tylko 1,9% badanych [232]. Żuralska i wsp. [233] objęły badaniem 71 pielęgniarek, w tym 23,9% pracujących w niestacjonarnym hospicjum i 76,1% w stacjonarnym hospicjum. Ponad 60% badanych charakteryzowało się wysokim poczuciem własnej skuteczności, co zdaniem autorów „może świadczyć o wysokim subiektywnym przekonaniu o pełnieniu szczególnej roli (konieczności tolerancji, odpowiedzialności, zrozumienia innych) w sytuacjach dramatycznych dla chorego i jego rodziny”. Wysokie subiektywne przekonanie o własnych zasobach aktywizowało intencje i konstruktywne działania skoncentrowane na rozwiązaniu problemu. z kolei typ hospicjum, w którym pracowały pielęgniarki nie różnicował ogólnego wskaźnika poczucia skuteczności [233].

Podobne zależności zaobserwowali Żuralska i Postrożny [234] w grupie 332 zawodowo czynnych zawodowo studentów studiów medycznych, w tym studentek kierunku pielęgniarstwa, studentek położnictwa studiów licencjackich tzw. pomostowych oraz studentów kierunku ratownictwa medycznego, studiów licencjackich. W grupie 206 pielęgniarek, 22 osoby uzyskały niskie wyniki poczucia własnej skuteczności (1–4 stena, 98 osób wykazały przeciętne poczucia własnej skuteczności (5–6 stena), a 86 - osób wysokie (7–10 stena). W grupie 69 położnych, 28 badanych wykazywało niskie poczucie własnej

skuteczności, 24 osoby – przeciętne, a 17 badanych - wysokie poczucia własnej skuteczności. w grupie 57 ratowników medycznych, 6 badanych uzyskało niskie poczucie własnej skuteczności, 24 osoby - przeciętne, a 27 badanych - wysokie [234]. Natomiast w badaniu Popow i wsp. [195] średnia wartość ogólnego wskaźnika poczucia własnej skuteczności dla całej grupy wynosiła $30,72 \pm 4,05$, co kwalifikowało ankietowanych do grupy o wysokim poczuciu własnej skuteczności. Wśród badanych przez Raźnikiewicz [92] dominowało wysokie poczucie uogólnionej własnej skuteczności (52,9%), przeciętny poziom wykazało 40,3% osób, a niski tylko 6,8% studentów.

W obecnym badaniu w grupie studentów przeważało wysokie poczucie własnej skuteczności, co było zbliżone do wyników uzyskanych przez Raźnikiewicz [Raźnikiewicz], Żuralską i Postrożny [234], czy Wojcieszek i wsp. [232]. Obecnie znamienne statystycznie różnice występowały w poczuciu własnej skuteczności, które było najwyższe wśród osób mających osoby związane z medycyną w najbliższej rodzinie, a najniższe wśród osób nie mających żadnych rodzinnych powiązań medycznych. Nieco lepszą samoocenę własnej skuteczności niż pozostali ankietowani wykazywali także badani, których rodzice mieli wykształcenie wyższe. z drugiej strony nieco wyższą samoocenę miały studenci których rodzice posiadali wykształcenie zawodowym vs średnie. Powyższe nie zależało natomiast od miejsca zamieszkania w czasie studiów. Osoby cechujące się lepszą samooceną własnej skuteczności nieco częściej przy wyborze kierunku studiów zwracali uwagę na zgodność zainteresowania i podnoszenie wiedzy. Niestety brak publikacji analizujących podobne parametry uniemożliwia odniesienie wyników własnych do uzyskanych przez innych autorów.

Warto podkreślić, że Dąbrowska-Chołostiakow i Kocbach [235], że poza kompetencjami społecznymi, które jak już wspomniano odgrywają znaczącą rolę w poczuciu satysfakcji z wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza, ważnym aspektem jest doświadczanie emocji oraz sposób ich wyrażania. Emocje, za Maruszewski [236] rozumiane są jako subiektywne stany psychiczne, uruchamiające priorytet dla związanego z daną emocją programu działania. Ich odczuwaniu towarzyszą zwykle „zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz specyficzne zachowania” [236]. Parkinson [237] emocje opisuje także jako „stany intencjonalne, co oznacza, że dotyczą jakiegoś obiektu oraz że istnieje związek pomiędzy odczuwającą emocję osobą a obiektem”. w piśmiennictwie [236, 238, 239] zwraca się uwagę, 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” oraz że „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”.

Pielęgniarka w wielu sytuacjach leczniczych musi „pracować” z emocjami pacjentów i ich rodzin [240]. Także Huynh i wsp. [241] podkreślają, że zawody medyczne należą do grupy profesji wymagających od personelu umiejętności tzw. „zamierzonego kierowania przeżywanymi emocjami”. Z kolei wysiłek psychiczny podejmowany przez człowieka w celu utrzymywania doświadczanych i okazywanych uczuć w określonych ramach i dostosowania ich do oczekiwań sytuacji występujących w pracy zawodowej wyraża pojęcie pracy emocjonalnej (*emotional labour*) [241]. Warto podkreślić, że regulacja emocji może zachodzić na poziomie powierzchniowym (ekspresja emocjonalna) oraz głębokim (doświadczane emocje) [242]. Powierzchniowa praca emocjonalna polega na okazywaniu emocji w zachowaniu (głos, mimika, postawa ciała) bez związku z aktualnie odczuwanymi uczuciami i służy temu szereg strategii: „pozorowanie emocji, tłumienie i ukrywanie uczuć odczuwanych lub celowe nasilenie ich ekspresji”. Głęboka praca emocjonalna polega na modyfikowaniu emocji, bezpośrednio po zetknięciu się z sytuacją je wywołującą, jak i później, w trakcie kolejnych minut, godzin i dni [242]. Rybakiewicz [243] podkreśla, że w sytuacji doświadczania emocji negatywnych ważne jest określenie wskaźnika kontroli emocji, oznaczającego subiektywne przekonanie jednostki dotyczące umiejętności kontrolowania swoich reakcji. Kontrolowanie nie oznacza jednak, że „jednostka stara się reagować za każdym razem tak samo, w określony, zawsze pozytywny sposób”. Za prawdziwą kontrolę uważa się „możliwość wyboru reakcji uczuciowych i zależy ona od zdolności podejmowania decyzji oraz przekonania co do słuszności wyboru” [243]. Grandey [242] zauważa, że personel medyczny znajduje się pod wpływem specyficznych czynników o charakterze interpersonalnym, które mogą być predyktorami wypalenia zawodowego. „Pacjenci i ich rodziny nierzadko ujawniają złość, rozczarowanie lub smutek w związku z brakiem efektów rozpoczętego leczenia, celowo lub mimowolnie wymagając na pracowniku szpitala lub przychodni zdrowia określonych zachowań. Zarazem oczekują wyrazów wsparcia emocjonalnego, syntonii, uspokojenia oraz oznak maksymalnego zaangażowania”. Wspomniane, przeciwstawne sytuacje zmuszają pielęgniarkę „do kumulowania w sobie odbieranych emocji, tłumienia emocji odczuwanych i udawania lub wzbudzania w sobie emocji oczekiwanych” [241]. Warto pamiętać, że udawanie emocji nie sprzyja wspólnemu podejmowaniu decyzji i osiągnięciu porozumienia z pacjentem, a obrona przed

doświadczaniem stresu w kontakcie z emocjami pacjenta powodować może emocjonalne oddalenie się od niego [240]. Skorupska-Król i wsp. [112] podkreślają, że emocje, które towarzyszą wykonywaniu zawodu pielęgniarki, obniżają poczucie satysfakcji z wykonywanej pracy i negatywnie wpływają na jakość świadczonej opieki.

Dąbrowska-Chołostiakow i Kocbach [235] wykazały w grupie zawodowo czynnych pielęgniarek i pielęgniarzy, że ogólna skala kontroli emocjonalnej mieściła się w przedziale od 26 do 75 (min. 21, maks. 84). Średni poziom skali wynosił $52,61 \pm 9,54$ z medianą 53. Poziom kontroli emocjonalnej dla 50% mieścił się w przedziale od 46 do 58, a dla 80% respondentów w przedziale od 40 do 62. Najwyższy poziom tłumienia emocji obserwowano wśród pracowników hospicjum stacjonarnego, ze szczególnie wysokim wskaźnikiem tłumienia lęku, a w grupie pracowników hospicjum domowego - mniejszy stopień tłumienia emocji [235]. Z kolei w badaniu przeprowadzonym przez Marciniak i wsp. [158] 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 stosowały efektywne metody radzenia sobie. Sygit [244] wykazała, że osoby z dłuższym stażem pracy w zawodzie pielęgniarki/pielęgniarsza prezentowały aktywną postawę w sytuacji pojawiających się w pracy trudności i nabywały umiejętności dostosowywania działań zaradczych do konkretnych sytuacji problemowych. Dziąbek i wsp. [245] przeprowadzili badanie wśród 50 pielęgniarek oraz położnych i stwierdzić, że wykształcenie nie wpływało w sposób istotny statystycznie na poziom kontroli emocji mierzony skalą CECS. Suma rang u osób z wykształceniem średnim wynosiła - 634,5; a z wykształceniem wyższym - 640,5. Średnia rang o wartości 27,6 występowała u osób z wykształceniem średnim, a 23 - u osób z wykształceniem wyższym. Nie wykazano także wpływu stanu cywilnego i liczby posiadanych na ogólny wskaźnik kontroli emocji [245]. W badaniu Kalandyk i wsp. [245] udział wzięło 570 pielęgniarek. Średnia punktowa ocena poziomu lęku wyniosła - 18,2, depresji - 18,1 pkt., zaś gniewu - 17,3 pkt. Wykazano nieliczne istotne statystycznie zależności pomiędzy oceną subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych, a poziomem zadowolenia z wybranych aspektów pracy pielęgniarki. Zachodziła jedynie korelacja pomiędzy poczuciem a pewnością zatrudnienia i poziomem depresji, pomiędzy godzeniem pracy i spraw rodzinnych i poziomem depresji, a oceną relacji z kolegami i poczuciem lęku. Analiza porównawcza poziomu gniewu, depresji, czy lęku nie potwierdziła znamienych statystycznie różnic pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w szpitalach powiatowych, wojewódzkich i POZ. Wykazano związek pomiędzy zadowoleniem z pracy,

a poziomem gniewu, depresji i lęku - wraz ze wzrostem poziomu zadowolenia z pracy spadał poziom negatywnych emocji. Najsilniejsza korelacja dotyczyła poczucia pewności zatrudnienia i poziomu depresji oraz godzenia pracy i spraw rodzinnych i poziomu depresji i oceny relacji z kolegami i poczucia lęku. Nie stwierdzono w powyższym różnic pomiędzy pielęgniarkami pracującymi w szpitalach (powiatowych, czy wojewódzkich) i POZ [245].

W obecnym badaniu poziom kontroli emocji nie zależał od rodzaju studiów, a jedynie tłumienie gniewu było minimalnie wyższe wśród osób ze studiów II stopnia. Niezależnie od miejsca zamieszkania w czasie studiów, studenci wykazywali zbliżony poziom tłumienia negatywnych emocji. Także rodzinne powiązania medyczne i wykształcenie rodziców nie wpływały w żaden sposób na kontrolę emocji ankietowanych studentów pielęgniarstwa.. Niższy poziom negatywnych emocji (w szczególności depresji) wpływał jedynie na nieco większe znaczenie dwóch kryteriów: zgodności kierunku z zainteresowania i chęci podnoszenia wiedzy. Niestety brak publikacji analizujących podobne parametry w grupie studentów uniemożliwia odniesienie wyników własnych do uzyskanych przez innych autorów.

7. WNIOSKI

1. Badani studenci kierunku pielęgniarstwo mieli w większości powiązania ze środowiskiem medycznym, byli zadowoleni z wyboru kierunku studiów i nie rozważali jego zmiany.
2. Większość badanych studentów studia na kierunku pielęgniarstwo wybrało zgodnie z własnymi zainteresowaniami.
3. W opinii większości respondentów osoba wykonująca zawód pielęgniarki powinna mieć tzw. powołanie, być empatyczna, cierpliwa, dobra, pracowita, sumienna i odpowiedzialna.
4. Ankietowani w większości byli bardzo zadowoleni z życia, w radzeniu ze stresem preferowali styl skoncentrowany na zadaniu, posiadali wysoki poziom własnej skuteczności, poziom kontroli negatywnych emocji, empatii i asertywności, w normie poziom konfliktowości, ale niski poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych oraz zaniżoną samoocenę.
5. Rodzinne powiązania medyczne nie wpływały na satysfakcję z życia studentów pielęgniarstwa, częstość stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, konfliktowość osobowości i samoocenę, natomiast wpływały na poczucie własnej skuteczności, poziom asertywności i zdolności komunikacyjne.
6. Motyw wyboru kierunku pielęgniarstwa jako kierunku miał wpływ na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości, samoocenę.
7. Istniały korelacje pomiędzy prezentowaną satysfakcją z życia studentów, stosowaniem poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciem własnej skuteczności, kontrolą emocji, poziomem rozumienia empatycznego, poziomem asertywności, zdolnościami komunikacyjnymi, konfliktowością osobowości i samooceną istnieją wzajemne korelacje.

8. STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

Warunkiem satysfakcji z wykonywanej pracy jest niewątpliwie zapobieganie negatywnym skutkom stresu i radzenie sobie z nimi. Można stosować różne mechanizmy pozwalające na przetrwanie stresu, zminimalizowanie lub uniknięcie go oraz na zmianę danej sytuacji na mniej stresorodną. Takie działania powinny być już podejmowane w trakcie studiów na kierunkach medycznych, np. nauka sposobów radzenia sobie z emocjami ujawniającymi się w sytuacjach trudnych, umiejętności komunikowania się, wyrażania swoich uczuć w zespole, w kontakcie z pacjentem i jego rodziną.

Celem pracy była ocena predyspozycji studentów kierunków medycznych do wykonywania przyszłego zawodu i radzenia sobie z emocjami ujawniającymi się w sytuacjach trudnych.

Celami szczegółowymi były:

1. Czy badani studenci kierunku pielęgniarstwo mieli powiązania rodzinne ze środowiskiem medycznym?
2. Czy badani studenci byli zadowoleni z wyboru kierunku studiów i czy rozważają jego zmianę?
3. Jakie argumenty przeważały za podjęciem studiów na kierunku pielęgniarstwo?
4. Kto zdaniem badanych powinien wykonywać zawód pielęgniarstwa?
5. Jaki poziom satysfakcji z życia, sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych, własnej skuteczności, kontroli negatywnych emocji, poziom empatii, poziom asertywności, poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, konfliktowej osobowości, samooceny
6. Czy rodzinne powiązania medyczne wpływały na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości, samoocenę?
7. Czy motyw wyboru pielęgniarstwa jako kierunku studiów wpływał na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości, samoocenę?

8. Czy istniały korelacje pomiędzy prezentowaną satysfakcją z życia studentów, stosowaniem poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciem własnej skuteczności, kontrolą emocji, poziomem rozumienia empatycznego, poziomem asertywności, zdolnościami komunikacyjnymi, konfliktowością osobowości i samooceną?

Badanie wykonano metodą sondażu diagnostycznego, w grupie 675 studentów kierunku pielęgniarstwo z wykorzystaniem ankiety autorstwa własnego oraz narzędzi standaryzowanych: Kwestionariusz Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi, Skala Satysfakcji z Życia, Test asertywności, Test stylu podejmowania decyzji, Test oceny zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych, Test oceny konfliktowej osobowości, Test samooceny własnej osoby, Kwestionariusz, Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności, Skala kontroli emocji.

Na podstawie przeprowadzonych badań wyciągnięto następujące wnioski:

1. Badani studenci kierunku pielęgniarstwo mieli w większości powiązania ze środowiskiem medycznym, byli zadowoleni z wyboru kierunku studiów i nie rozważali jego zmiany.
2. Większość badanych studentów studia na kierunku pielęgniarstwo wybrało zgodnie z własnymi zainteresowaniami.
3. W opinii większości respondentów osoba wykonująca zawód pielęgniarki powinna mieć tzw. powołanie, być empatyczna, cierpliwa, dobra, pracowita, sumienna i odpowiedzialna.
4. Ankietowani w większości byli bardzo zadowoleni z życia, w radzeniu ze stresem preferowali styl skoncentrowany na zadaniu, posiadali wysoki poziom własnej skuteczności, poziom kontroli negatywnych emocji, empatii i asertywności, w normie poziom konfliktowości, ale niski poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych oraz zaniżoną samoocenę.
5. Rodzinne powiązania medyczne nie wpływały na satysfakcję z życia studentów pielęgniarstwa, częstość stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, konfliktowość osobowości i samoocenę, natomiast wpływały na poczucie własnej skuteczności, poziom asertywności i zdolności komunikacyjne.
6. Motyw wyboru kierunku pielęgniarstwa jako kierunku miał wpływ na satysfakcję z życia studentów, stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciu własnej

skuteczności, na kontrolę emocji, poziom rozumienia empatycznego, poziom asertywności, zdolności komunikacyjne, konfliktowości osobowości, samoocenę.

7. Istniały korelacje pomiędzy prezentowaną satysfakcją z życia studentów, stosowaniem poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych, poczuciem własnej skuteczności, kontrolą emocji, poziomem rozumienia empatycznego, poziomem asertywności, zdolnościami komunikacyjnymi, konfliktowością osobowości i samooceną istnieją wzajemne korelacje.

9. STRESZCZENIE W JĘZYKU ANGIELSKIM

A prerequisite for job satisfaction is undoubtedly the prevention and coping with the negative effects of stress. Various mechanisms can be used to survive stress, to minimize or avoid it, and to change a given situation to a less stressful one. Such measures should already be taken during medical studies, such as learning how to cope with emotions revealed in difficult situations, communication skills, expressing one's feelings in a team, in contact with the patient and his family.

The purpose of the study was to assess the predisposition of medical students for their future profession and to cope with emotions revealed in difficult situations.

The specific objectives were:

1. Did the surveyed nursing students have family ties to the medical community?
2. Were the surveyed students satisfied with their choice of major and would they consider changing it?
3. What arguments prevailed in favor of studying nursing?
4. Who, in the opinion of the respondents, should practice the profession of nursing?
5. What level of satisfaction with life, the way of coping with stressful situations, self-efficacy, control of negative emotions, level of empathy, level of assertiveness, level of communication and organizational skills, conflict personality, self-esteem
6. Did family medical connections affect students' life satisfaction, use of particular strategies in stressful situations, sense of self-efficacy, emotion control, level of empathic understanding, level of assertiveness, communication skills, personality conflictiveness, self-esteem?
7. Did the motive for choosing nursing as a major affect students' life satisfaction, use of particular strategies in stressful situations, sense of self-efficacy, emotion control, level of empathic understanding, level of assertiveness, communication skills, personality conflictiveness, self-esteem?
8. Were there correlations between students' presented life satisfaction, use of particular strategies in stressful situations, sense of self-efficacy, control of emotions, level of empathic understanding, level of assertiveness, communication skills, personality conflictiveness and self-esteem?

The study was carried out by a diagnostic survey method, in a group of 675 nursing students using a self-administered questionnaire and standardized tools: Empathic Understanding of Other People Questionnaire, Satisfaction with Life Scale, Assertiveness Test, Decision-Making Style Test, Communication and Organizational Skills Assessment Test, Conflict Personality Assessment Test, Self-Esteem Test, Questionnaire, Generalized Self-Efficacy Scale, Emotional Control Scale.

Based on the study, the following conclusions were drawn:

1. The surveyed nursing students mostly had ties to the medical community, were satisfied with their choice of major and did not consider changing it.
2. Most of the surveyed students chose to study nursing according to their interests.
3. In the opinion of most of the respondents, a person in the nursing profession should have the so-called vocation, be empathetic, patient, good, hardworking, conscientious and responsible.
4. The respondents were mostly very satisfied with their lives, in dealing with stress they preferred a task-focused style, had a high level of self-efficacy, a level of control of negative emotions, empathy and assertiveness, a normal level of conflictiveness, but a low level of communication and organizational skills and an underrated self-esteem.
5. Family medical connections did not affect nursing students' life satisfaction, frequency of use of particular strategies in stressful situations, emotion control, level of empathic understanding, personality conflictiveness and self-esteem, while they did affect self-efficacy, level of assertiveness and communication skills.
6. The motive for choosing nursing as a major influenced students' life satisfaction, use of particular strategies in stressful situations, self-efficacy, emotion control, level of empathic understanding, level of assertiveness, communication skills, personality conflictiveness, and self-esteem.
7. There were correlations between the students' life satisfaction presented, the use of individual strategies in stressful situations, self-efficacy, emotion control, the level of empathic understanding, the level of assertiveness, communication skills, personality conflictiveness and self-esteem there are mutual correlations.

10. WYKAZ PIŚMIENICTWA

1. Metis Ośrodek Doskonalenia Nauczycieli. Informacje o programach edukacyjnych [Internet]. Katowice: Metis; [dostęp: 2025 sty 03]. Dostępne na: <http://www.metis.pl/content/view/204/32/>
2. Jasiewicz-Czerwińska M. Decyzje młodzieży dotyczącej własnej przyszłości (uwarunkowania psychospołeczne). Warszawa: Oficyna Wydawnicza Wydziału Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego; 1997.
3. Lelińska K. Znaczenie socjologicznych teorii wyboru zawodu w pracy doradcy zawodowego. W: Bednarczyk H, Figurski J, Żurek M, red. Pedagogika pracy: doradztwo zawodowe. Warszawa, Radom: Wyższa Szkoła Pedagogiczna ZNP w Warszawie, Instytut Technologii Eksploatacji w Radomiu; 2004. s. 114–123.
4. Skłodowski H. Psychologiczna problematyka doradztwa zawodowego: materiały do studiowania. Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego; 1999.
5. Pervin LA, Oliver P. Osobowość: teoria i badania. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2002.
6. Timoszyk-Tomczak C. Strategie konstruowania własnej przyszłości. Szczecin: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego; 2003.
7. Wołk Z. Poradnictwo zawodowe w edukacji młodzieży. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego; 2006.
8. Cudowska A. Orientacje życiowe współczesnych studentów. Białystok: Trans Humana; 1997.
9. Mac-Czarnik L. Procesy poznawcze w planowaniu własnego życia u młodzieży: badania rozwojowe osób w wieku od 12 do 25 lat. Rzeszów: Wydawnictwo WSP; 2000.
10. Augustynek A. Wstęp do psychologii. Warszawa: Wydawnictwo Difin; 2009.
11. Śmieja M, Orzechowski J. Inteligencja emocjonalna: fakty, mity, kontrowersje. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2008.
12. Mayer JD, Salovey P. Czym jest inteligencja emocjonalna? W: Salovey P, Sluyter DJ, red. Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna. Poznań: Wydawnictwo Rebis; 1999. s. 34.
13. Goleman D. Inteligencja emocjonalna. Poznań: Wydawnictwo Media Rodzina; 1997.

14. Kocowski T. Aktywność twórcza człowieka: filogeneza, funkcje, uwarunkowania. Kraków: Uniwersytet Jagielloński; 1985.
15. Matczak A. Style poznawcze. Warszawa: Wydawnictwo PWN; 2001.
16. Nęcka E. Twórczość. W: Strelau J, red. Psychologia. Podręcznik akademicki. Tom 2. Psychologia ogólna. Gdańsk: GWP; 2001.
17. Popek S. Człowiek – jednostka twórcza. Lublin: Wydawnictwo UMCS; 2001.
18. Rachalska W. Model orientacji zawodowej w wyższej uczelni (na przykładzie wyższych szkół pedagogicznych). Częstochowa: Wyższa Szkoła Pedagogiczna; 1993.
19. Parzęcki R. Plany edukacyjno-zawodowe młodzieży w stadium eksploracji: zamierzenia, wybory, realia. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2004.
20. Cieśliski M. o zarządzaniu słów kilka. Gorzów Wielkopolski: Wyższa Szkoła Biznesu; 2001.
21. Guichard J, Huteau M. Psychologia orientacji i poradnictwa zawodowego. Kraków: Wydawnictwo Impuls; 2005.
22. Parzęcki R. Poradnictwo zawodowe w warunkach zróżnicowanego życia społecznego i zawodowego młodzieży i dorosłych. W: Baraniak B, red. Współczesne problemy poradnictwa i edukacji zawodowej. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych; 2007. s. 15.
23. Parzęcki R, Smela K, Zawadzki B. Orientacja i poradnictwo zawodowe. Radom: Instytut Technologii Eksploatacji; 1995.
24. Koralewicz D, Kuriata-Kościelniak EI, Mróz S. Opinia studentów pielęgniarstwa na temat wizerunku zawodowego pielęgniarek w Polsce. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2017;7(4):285–292.
25. Motyka M. Rola aktywnego słuchania w komunikacji terapeutycznej z pacjentem. *Probl Pielęg.* 2011;19(2):259–265.
26. Poznańska S. Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem. W: Zahradniczek K, red. *Pielęgniarstwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. s. 41, 49.
27. Osińska K. Twórcza obecność chorych. Warszawa: WAW; 1980.
28. Dobrowolska B. Wizerunek pielęgniarki XXI wieku. *Sztuka Pielęgowania*. 2012;4(4):10.
29. Pietrzak M. Pielęgniarstwo jako zawód uprawiany w przyszłości - opinia młodzieży klas maturalnych. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(7):125–140.

30. Kapała W, Chudziński S, Rycza S. Oczekiwania pacjentów hospitalizowanych na oddziałach zabiegowych wobec personelu pielęgniarskiego. *Pielęgniarstwo Chirurgii Angiologicznej*. 2008;2(1):12–18.
31. Malik M, Marcinowicz L, Zarzycka D, Foley M, Windak A, Buczkowski K, Chłabcz S. Zawód pielęgniarki w opinii studentów medycyny. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2009;3(28):23–30.
32. Maksymowicz A. Zagadnienia zawodowe pielęgniarstwa na tle historycznym. *Podręcznik dla średnich szkół pielęgniarstwa*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 1977.
33. Kołodziej A. Czynniki określające status społeczny pielęgniarek. *Hygeia Public Health*. 2014;49(1):69–74.
34. Devereux G, Weiner F. The Occupational Status of Nurses. *American Sociological Review*. 1950;15(5):628–634.
35. Grabska K, Stefańska W. Sylwetka zawodowa pielęgniarki w opinii pacjentów. *Problemy Pielęgniarstwa*. 2009;17(1):8–12.
36. Kózka M. Regulacje prawne wykonywania zawodu pielęgniarki. W: Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarskie*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008. s. 48–57.
37. Tomaszewska M. Pielęgniarstwo współczesne a tradycyjne. *Mag Piel Położn*. 2008; 1–2:8–10.
38. Ciechaniewicz W. Dawca i biorca pielęgnowania. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. *Podstawy pielęgniarstwa. Tom I: Założenia teoretyczne*. Lublin: Czelej; 2004. s. 24–36.
39. Zahradniczek K. Uwarunkowania prawne i etyczne opieki pielęgniarskiej świadczonej chorym leczonym chirurgicznie. W: Walewska E, red. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006. s. 76–82.
40. Górajek-Jóźwik J. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Zahradniczek K, red. *Pielęgniarstwo*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004. s. 27–38.
41. Górajek-Jóźwik J. Pielęgnowanie. Wybrane wzory pielęgnowania. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. *Podstawy pielęgniarstwa. Tom I: Założenia teoretyczne*. Lublin: Czelej; 2004. s. 47–56.
42. Kwadrans E. Mój pacjent — moja pielęgniarka. *Mag Piel Położn*. 2001;1:28–29.

43. Żychowska R. Wizerunek polskiej pielęgniarki i położnej w mediach publicznych i prywatnych oraz w prasie zawodowej. W: Materiały z międzynarodowej konferencji „Wizerunek pielęgniarki i położnej na tle nowych wyzwań w pielęgniarstwie polskim i europejskim”; 12–13 maja 2009; Warszawa. Warszawa: Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych; 2009. s. 37–47.
44. Franek G, Kulik H, Ferdyn M. Zainteresowanie zawodem pielęgniarki wśród młodzieży szkół licealnych. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2012;4(20):423–430.
45. Goss P. Wizerunek pielęgniarki w polskich mediach i kulturze [Internet]. Evereth News. Dostępne na: <https://everethnews.pl/newsy/wizerunek-pielegniarki-w-polskich-mediach-i-kulturze/> [dostęp: 25.02.2020].
46. Sykut A, Dobrowolska M. Media elektroniczne i ich wpływ na kreowanie wizerunku zawodowego pielęgniarek według opinii pracujących przedstawicieli tej profesji. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2016;3(61):347–352.
47. Wydra V. Wizerunek pielęgniarek w oczach społeczeństwa [Internet]. *Pielęgniarki Cyfrowe*. Dostępne na: <https://www.pielegniarkicyfrowe.pl/2020/01/14/wizerunek-pielegniarek-w-oczach-spoeczenstwa-2/> [dostęp: 15.11.2024].
48. Machul M, Chrzan-Rodak A, Bieniak M, Bąk J, Chałdaś-Majdańska J, Dobrowolska B. Wizerunek pielęgniarek i pielęgniarstwa w Polsce w mediach oraz w opinii różnych grup społecznych. Systematyczny przegląd piśmiennictwa naukowego z lat 2010–2017. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2018;1(62):44–49.
49. Jakubowska K, Sykut A. Actions improving the image of a nurse in electronic media. Opinion of students at medical courses. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2017;3(60):42–50.
50. Stachoń K, Rybka M. Pielęgniarstwo jako zawód zaufania publicznego w opinii pacjentów. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*. 2016;4(1):26–31.
51. Siwek M, Nowak-Starz G. Współczesny wizerunek pielęgniarstwa w opinii społeczeństwa. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2017;3(65):487–500.
52. Moczydłowska A, Krajewska-Kułak E, Kózka M, Bielski K, Kulesza-Brończyk B, Tołoczko H. Ocena oczekiwań chorego wobec szpitala. *Hygeia Public Health*. 2013;49(3):584–595.
53. Strzelecka A, Nowak-Starz G. Subiektywna ocena pacjentów dotycząca postawy personelu medycznego podstawowej opieki zdrowotnej w świetle satysfakcji z usług medycznych. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2015;3(23):380–385.
54. Siwek M, Chmiel I, Dzierga K. Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez społeczeństwo z województwa małopolskiego. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2012;4(42):73–78.

55. Kołpa M, Jurkiewicz B, Sobyra A. Wizerunek pielęgniarki oraz czynniki determinujące zadowolenie z opieki pielęgniarskiej na oddziale chirurgii jednego dnia. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Anestezjologiczne*. 2016;3:146–151.
56. Gardawski J, Gilejko L, Siewierski J, Towalski R. *Socjologia gospodarki*. Warszawa: Difin; 2006.
57. Centrum Badania Opinii Społecznej. Prestiż zawodów [Internet]. Warszawa: CBOS; 2009 [dostęp: 18.11.2024]. Dostępne na: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2009/K_008_09.PDF.
58. Centrum Badania Opinii Społecznej. Raport na temat prestiżu zawodów w Polsce [Internet]. Warszawa: CBOS; 2013 [dostęp: 18.11.2023]. Dostępne na: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2013/K_164_13.PDF.
59. Centrum Badania Opinii Społecznej. Prestiż zawodów w Polsce 2019 [Internet]. Warszawa: CBOS; 2019. Dostępne na: https://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2019/K_157_19.PDF.
60. Nowy ranking poważanych zawodów – nauczyciele na 11. miejscu na 40 wskazanych profesji [Internet]. *Głos Nauczycielski*. Dostępne na: <https://glos.pl/nowy-ranking-powazanych-zawodow-nauczyciele-na-11-miejscu-na-40-wskazanych-profesji>.
61. Węgliński A. Opracowanie kwestionariusza rozumienia empatycznego innych ludzi. *Zdrowie Psychiczne*. 1983;4:13–21.
62. Węgliński A. Poziom empatii a zachowanie na koloniach resocjalizacyjnych dzieci z rodzin zagrożonych demoralizacją. *Kwartalnik Pedagogiczny*. 1984;1:111–120.
63. Węgliński A. Trafność Kwestionariusza Rozumienia Empatycznego Innych Ludzi (KRE). W: Rżewska I, red. *Techniki kwestionariuszowe w diagnostyce psychologicznej. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: PZWL; 1987. s. 165.
64. Juczyński Z. *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2011.
65. Grębski M. Jak wytrzymać z ludźmi. Warszawa: WSiP; 2009. s. 1–120.
66. Bielak B. Jak pomóc uczniom w wyborze zawodu. Warszawa: WSiP; 2009. s. 1–88.
67. Strelau J, Jaworowska A, Wrześniewski K, Szczepaniak P. *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS: Podręcznik do polskiej normalizacji*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2005.
68. Kenrick D, Neuberg S, Cialdini R. *Psychologia społeczna*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2002.

69. Gołąb A. Normy moralne a gotowość do udzielania pomocy innym. W: Osobowość a społeczne zachowanie się ludzi. Warszawa: Książka i Wiedza; 1980. s. 229–284.
70. Dobińska Ż. Historia i etos zawodu pielęgniarki w Polsce. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu*. 2014;39(2):172–175.
71. Gąsiorowski J, Radlińska I, Odej M, Kładna A. Postawy i motywacje studentów i roku Wydziału Lekarskiego PAM do nauki zawodu lekarza (część I). *Zdr Publ*. 2008;118(2):182–186.
72. Krajewska-Kułak E, Van Damme-Ostapowicz K, Bielemuk A, Penar-Zadarko B, Rozwadowska E, Lewko J, et al. Samoocena postrzegania zawodu pielęgniarki oraz zdolności rozumienia empatycznego innych ludzi przez studentów pielęgniarstwa. *Probl Pielęg*. 2010;1(1):1–10.
73. Kropiwnicka E, Orzechowska A, Cholewska M, Krajewska-Kułak E. Determinanty wyboru zawodu, poziom aspiracji oraz plany na przyszłość studentów kierunku lekarskiego i pielęgniarstwa Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. *Probl Pielęg*. 2011;19(1):70–80.
74. Leoniuk K, Lemska M, Nowakowska H. Wyobrażenia studentów pielęgniarstwa na temat zawodu i pracy w systemie opieki zdrowotnej. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska*. 2005;60 Suppl 16(3):256–259.
75. Tęcza B. Motywacja wyboru zawodu pielęgniarki w aspekcie powołania i altruizmu. *Pielęg Pol*. 2003;2(16):170–174.
76. Leoniuk K. Wyobrażenia studentów dotyczące przyszłego zawodu w kontekście kształcenia w AMG. *Ann Acad Med Gedan*. 2004;34:191–201.
77. Dziubak M, Motyka M. Motywy wyboru zawodu pielęgniarki i ich uwarunkowania – badania studentów kierunku pielęgniarstwa Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. *Probl Pielęg*. 2013;21(3):281–289.
78. Reykowski J. Motywacja, postawy prospołeczne a osobowość. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1986.
79. Reykowski J, Kochańska G. Szkice z teorii osobowości. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Wiedza Powszechna; 1980.
80. Skorny Z. Mechanizmy regulacyjne ludzkiego działania. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe; 1989.
81. Szuster A. w poszukiwaniu źródeł i uwarunkowań ludzkiego altruizmu. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 2005.

82. Łobocki M. Altruizm a wychowanie. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej; 1998.
83. Aleksiejczuk A. Motywy wyboru kierunku studiów medycznych w województwie podlaskim. *Med Ogólna Nauki Zdrow.* 2015;21(4):428–434.
84. Cisińska A, Cisińska G. Motywy wyboru studiów pielęgniarских na przykładzie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Probl Pielęg.* 2014;22(4):433–438.
85. Waszkiewicz L, Zatońska K, Einhorn J, Połtyn-Zaradna K, Gawęł-Dąbrowska D. Motywacje wyboru studiów medycznych na przykładzie studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu. *Hygeia Public Health.* 2012;47(2):223–226.
86. Smoleń M, Kędra E. Motywy wyboru kształcenia na kierunku pielęgniarstwo w opinii studentów Państwowej Medycznej Wyższej Szkoły Zawodowej w Opolu. *Pielęg Pol.* 2018;2(68):141–151.
87. Bińkowska-Bury M, Marć M, Sobolewski M. Orientacja życiowa a czynniki motywujące młodzież do podejmowania kształcenia w zawodzie pielęgniarki w oparciu o badania studentów kierunku pielęgniarstwa Uniwersytetu Rzeszowskiego. *Przeł Med Uniwersytetu Rzeszowskiego.* 2005;2:149–155.
88. Goniak J. Współczesne szanse i zagrożenia polskiego pielęgniarstwa [praca licencjacka]. Warszawa: WUM; 2007.
89. Lemiecha A, Leończuk-Gruba A. Nursing – why? Students’ motives for choosing nursing as a field of education. *Pielęg XXI w.* 2020;19(1):13–19.
90. Sobczak M. Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek. *Probl Pielęg.* 2010;18(2):207–211.
91. Kapała W, Lesińska-Sawicka M. Pasjonujący zawód. *Mag Pielęg Położ.* 2011;3:22–3.
92. Raźnikiewicz K. Motywacja studentów do kształcenia na kierunku pielęgniarstwo [praca magisterska]. Kraków: Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2023.
93. Messineo L, Allegra M, Seta L. Self-reported motivation for choosing nursing studies: a self-determination theory perspective. *BMC Med Educ.* 2019;19:192.
94. Kim Y, Mok SY, Seidel T. Parental influences on immigrant students’ achievement-related motivation and achievement: a meta-analysis. *Educ Res Rev.* 2020;30:100327.
95. Wojtasik B. Warsztat doradcy zawodu: aspekty psychologiczno-pedagogiczne. Warszawa: Wydawnictwo Szkolne PWN; 1997.

96. Janicka MJ, Basińska MA, Sołtys M. Wybrane cechy osobowości pielęgniarek a elastyczność w radzeniu sobie ze stresem – moderacyjna rola wieku i stażu pracy. *Med Pr.* 2020;71(4):451–459.
97. Kacperczyk K, (dyrektor Centrum Współpracy Międzynarodowej SGH w Warszawie). Uniwersytety Europejskie - jak działają, kogo kształcą? [dostęp:18.11.2024.]. Dostęp na: <https://www.polskieradio.pl/10/10332/artykul/3237136,uniwersytety-europejskie-jak-dzialaja-kogo-ksztalca>
98. Tomaszewska K, Sopol K. Professional stress and job satisfaction of nurses working in infectious diseases wards during the SARS-CoV-2 pandemic. *J Educ Health Sport.* 2022;12(12):166–172.
99. Rachubińska K, Stanisławska M, Wieder-Huszla S, Grabowicz A, Grochans E. Motywy oraz satysfakcja z wyboru studiów na kierunku pielęgniarstwo jako determinanty poziomu empatii u studentów pielęgniarstwa. *Pielęg Zdrow Publ.* 2017;7(3):207–212.
100. Ostrowicka M, Walceka-Zielecka B, Olejniczak D. Czynniki motywujące i satysfakcja z pracy pielęgniarek w wybranych placówkach publicznej i prywatnej służby zdrowia. *Zdrow Publ Zarządz.* 2013;11(2):191–209.
101. Walas L, Fidecki W, Wysokiński M, Sadurska A, Adamska-Kuźmicka I, Czekirda M. Czynniki wpływające na zadowolenie z pracy pielęgniarek w opinii studentów pielęgniarstwa. *Acta Sci Acad Ostroviensis.* 2008;31:57–61.
102. Sadowski R. Czynniki wpływające na wybór studiów. Warszawa; 2019. Dostępne na: <https://biznes.new-seria.pl/biuro-prasowe/edukacja/czynniki-wplywajace-na,b1341706904>. Data dostępu: 08.01.2025.
103. Kurczewska U, Jasińska M, Orszulak-Michalak D. Motywy wyboru studiów farmaceutycznych na przykładzie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. *Farm Wspólcz.* 2008;1:64–68.
104. Smoleń E, Cipora E. Wpływ wybranych czynników na wybór kierunku studiów i plany zawodowe studentów ratownictwa medycznego. *Med Og Nauk Zdr.* 2015;21(1):33–38.
105. Bajcar B, Borkowska A, Czerw A, Gąsiorowska A. Satysfakcja z pracy w zawodach z misją społeczną. Psychologiczne uwarunkowania. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2011.
106. Poznańska S. Pielęgniarka w opiece nad zdrowiem. W: Zahradniczek K, red. *Pielęgniarstwo.* Warszawa: PZWL; 2004. s. 47–48.

107. Bukowska-Piestrzyńska A. Marketing usług zdrowotnych: od budowania wizerunku do zadowolenia klientów. Warszawa: CeDeWu; 2007. s. 49–72.
108. Mędrzycka-Dąbrowska W, Bąkowska G, Kwiecień-Jaguś K, Gaworska-Krzemińska A. Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez młodzież szkół ponadgimnazjalnych jako wybór przyszłego zawodu – doniesienia wstępne. *Probl Pielęg.* 2012;20(2):192–200.
109. Włodarczyk D, Tobolska B. Wizerunek zawodu pielęgniarki z perspektywy lekarzy, pacjentów i pielęgniarek. *Med Pr.* 2011;62(3):269–279.
110. Głowacka M, Michalski P. Pielęgniarstwo i pielęgniarki w opinii innych pracowników ochrony zdrowia na przykładzie Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 w Bydgoszczy. *Probl Pielęg.* 2012;20(2):143–151.
111. Borowska P, Doroszkiewicz H, Łukaszuk C. Czynniki wpływające na poziom prestiżu zawodowego pielęgniarek. W: Lewsko J, Łukaszuk CR, Krajewska-Kułak E, red. *Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Rok 2020 rokiem pielęgniarstwa.* Białystok: Uniwersytet Medyczny w Białymstoku; 2020. s. 285-301.
112. Skorupska-Król A, Szabla A, Bодys-Cupak I. Opinie pielęgniarek na temat czynników stresogennych związanych z ich środowiskiem pracy. *Pielęgniarstwo XXI w.* 2014;1:23-26.
113. Sykut A, Massalska K, Dobrowolska B. Elementy wizerunku zawodowego pielęgniarek w mediach elektronicznych oraz ich konteksty. *Opinia pielęgniarek aktywnych zawodowo. Pielęgniarstwo XXI w.* 2016;1(54):43-49.
114. Sykut A, Jakubowska K. Działania poprawiające wizerunek pielęgniarki w mediach elektronicznych. *Opinia młodzieży studiującej na kierunkach medycznych. Pielęgniarstwo XXI w.* 2017;60(3):46-50.
115. Głowacka M, Mejsner M, Humańska M. Wykształcenie a status społeczny pielęgniarki. *Pielęgniarstwo XXI w.* 2012;3(40):71-74.
116. Wójcik D. Motywy wyboru szkoły i zawodu. *Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych* [Internet]. 1998;6(6). Dostępne na: http://www.mirekw.com/zdrowie/prace/motywy_wyb.html [dostęp 25 lutego 2020].
117. Dziubak M, Motyka M. Wybrane czynniki warunkujące motywację wyboru studiów pielęgniarskich. *Problemy Pielęgniarstwa.* 2014;22(2):136-141.
118. Kurowska K, Zuza-Witkowska A. Empatia a wypalenie zawodowe u pielęgniarek onkologicznych. *Now Lek.* 2011;80(4):277-282.
119. Coulehan J, Platt F, Egener B, et al. “Let me see if i have this right”: words that help build empathy. *Ann Intern Med.* 2001;135(3):221-227.

120. Williams B, Boyle M, Fielder C. Empathic attitudes of undergraduate paramedic and nursing students toward four medical conditions: a three-year longitudinal study. *Nurse Educ Today*. 2015;35:14-18.
121. Poznańska S. Pielęgniarstwo i jego istota. W: Ślusarska B, Zarzycka D, Zahradniczek K, red. *Podstawy pielęgniarstwa*. T. 1. Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2004. s. 25-31.
122. Sochocka L. Postrzeganie zawodu pielęgniarki/pielęgniara przez studentów kierunku pielęgniarstwo na kolejnych etapach kształcenia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne*. 2014;4(2):109-116.
123. Salomon J. Wartości i cnoty etyczne pielęgniarki i ich znaczenie w pracy zawodowej. *Onkologia Polska*. 2005;8:177-180.
124. Dziubak M, Motyka M. Postrzeganie zawodu pielęgniarki przez studentki pielęgniarstwa w okresie kształcenia na studiach licencjackich. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2019;2(72):185-191.
125. Dębska G, Pasek M, Wilczek-Rużyczka E. Obciążenie psychiczne i wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w różnych specjalnościach zawodowych. *Hygeia Public Health*. 2014;49:113-119.
126. Jainson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992;22:116-121.
127. Shin DC, Johnson DM. Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social Indicators Research*. 1978;5(1-4):475-492.
128. Wróbel M, Finogenow M. Emocje i motywacja. W: Bielawska-Batorowicz E, red. *Człowiek i ludzie*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne; 2012. s. 52-89.
129. Sirgy MJ. Materialism and quality of life. *Social Indicators Research*. 1998;43(3):227-260.
130. Lu H, Zhao Y, While A. Job satisfaction among hospital nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2019;94:21-31.
131. Kupcewicz E, Szczypiński W, Kędzia A. Satysfakcja z życia w kontekście życia zawodowego pielęgniarek. *Piel Zdr Publ*. 2018;8(1):27-32.
132. Kunecka D. Satysfakcja pracownika a jakość usług medycznych. *Probl Hig Epidemiol*. 2010;91(3):451-457.
133. Wysokiński M, Fidecki W, Walas L, Ślusarz R, Sienkiewicz Z, Sadurska A, Kachaniuk H. Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. *Probl. Pielęgniarstwa*. 2009;17(3):167-172.

134. Nemcek MA. Registered nurses' self-nurturance and life and career satisfaction. *AAOHN J.* 2007;55(8):305–310.
135. Nemcek MA, James GD. Relationships among the nurse work environment, self-nurturance and life satisfaction. *J Adv Nurs.* 2007;59(3):240–247.
136. Tzeng HM. The influence of nurses' working motivation and job satisfaction on intention to quit: an empirical investigation in Taiwan. *Int J Nurs Stud.* 2002;39(8):867–878.
137. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, et al. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):143–153.
138. Dall'Ora C, et al. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries. *BMJ Open.* 2015;5(9):1-7.
139. Jakubowska A, Żuralska R, Mziray M. Ocena satysfakcji z życia w grupie zawodowej pielęgniarek/pielęgniarek Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz ratowników/ratowniczek medycznych województwa pomorskiego. *Piel Zdrowie Publiczne.* 2017;7(4):279–284.
140. Pilch D, Sienkiewicz M, Grochans E, Stanisławska M. Analiza porównawcza satysfakcji z pracy i życia pielęgniarek pracujących w systemie tradycyjnym i Primary Nursing. *Pielęgniarstwo XXI wieku.* 2015;4(53):24–27.
141. Dziąbek E, Dziuk U, Bieniek J, Brończyk-Puzoń A, Bieniek J, Kowolik B. Poczucie optymizmu a kontrola emocji w wybranej grupie pielęgniarek i położnych, członkiń Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej. *Ann Acad Med Siles.* 2013;67(6):367–373.
142. Kowalczyk K, Zdańska A, Krajewska-Kułak E, i wsp. Stres w pracy pielęgniarek jako czynnik ryzyka wypalenia zawodowego. *Probl Pielęg.* 2011;19(3):307–314.
143. Modzelewska T, Kulik TB. Stres zawodowy jako nieodłączny element zawodów profesjonalnego pomagania: Sposoby radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek. *Ann UMCS.* 2003;58(Supl 13):311–315.
144. Dębska G, Cepuch G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w podstawowej opiece zdrowotnej. *Probl Pielęg.* 2008;16(3):273–279.
145. Tartas M, Derewicz G. Wypalenie zawodowe u pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym: hospicjum oraz chirurgii ogólnej. *Fam Med Prim Care Rev.* 2008;10:713–717.

146. Franus E, Graczyk W, Świdzińska B. Psychologia poradnictwa zawodowego. Kraków: Uniwersytet Jagielloński — Instytut Psychologii; 1982.
147. Reykowski J, Kochańska G. Szkice z teorii osobowości. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Wiedza Powszechna; 1980.
148. Beisert M. Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W: Sęk H, red. Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2004. s. 182–216.
149. Buławska K, Kołacz J, Lenartowicz H. Poczucie kontroli jako prawdopodobny czynnik aktywności zawodowej pielęgniarek. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2005;1/2(10/11):63–67.
150. Motyka M. Empatia a studia pielęgniarskie. *Sztuka Leczenia*. 2006;1–2:33–38.
151. Kuduk M. Traktować ludzi jak ludzi. *Mag Pielęg Położ*. 2006;3.
152. Cederbaum J, Klusaritz H. Clinical instruction: Using the strengths-based approach with nursing students. *J Nurs Educ*. 2009;48(8):422–428.
153. Mikkonen K, Kyngäs H, Käreäinen M. Nursing students' experiences of the empathy of their teachers: a qualitative study. *Adv Health Sci Educ*. 2015;20:669–682.
154. Batson CD, Ahmad N, Stocks EL. Korzyści i problemy związane z altruizmem wzbudzonym przez empatię. W: Miller AG, red. *Dobro i zło*. Kraków: WAM; 2008. s. 447–474.
155. Eisenberg N. Empatia i współczucie. W: Lewis M, Haviland-Jones JM, red. *Psychologia emocji*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne; 2005. s. 849–859.
156. Kaźmierczak M. Empatia jako czynnik podnoszący jakość komunikacji interpersonalnej. W: Płopa M, red. *Człowiek u progu trzeciego tysiąclecia. Zagrożenia i wyzwania*. Elbląg: Wyd. Elbląskiej Uczelni Humanistyczno-Ekonomicznej; 2005. s. 561–571.
157. Stawarz B, Lewicka M, Sulima M, Krucoń A, Pyć M. Ocena poziomu empatii studentek kierunku położnictwo. W: *Pielęgniarstwo na rzecz milenijnych celów rozwoju*. Kraków: Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego; 2014. s. 127–136.
158. Marciniak A, Ślusarska BJ, Nowicki G. Zdolności empatyczne oraz sposoby radzenia sobie pielęgniarek z trudnościami w opiece nad pacjentami onkologicznymi. *Medycyna Paliatywna*. 2015;7(3):161–167. Turczyńska K, Książopolska-Zaporowska A, Hebanowski M, Komorowska-Szczepańska W. Empatia i motywy wyboru studiów

- medycznych jako przykład wskaźników pomocnych w ocenie predyspozycji kandydatów do zawodu lekarza. *Pol Mercuriusz Lek.* 2003;81:243–247.
159. Turczyńska K, Księżopolska-Zaporowska A, Hebanowski M, Komorowska-Szczepańska W. Empatia i motywy wyboru studiów medycznych jako przykład wskaźników pomocnych w ocenie predyspozycji kandydatów do zawodu lekarza. *Pol Mercuriusz Lek.* 2003;81:243–247.
 160. Motyka H, Motyka K. Empatia i asertywność pielęgniarek w opiece nad pacjentami chorymi psychicznie i w opiece nad pacjentami chorymi somatycznie. *Pielęgniarstwo XXI wieku.* 2015;20–23.
 161. Cybulska AM, Atówko S, Cwiertnia J, Grochans E. Identyfikacja czynników wpływających na empatię pielęgniarek. *Pielęgniarstwo w opiece długoterminowej.* 2020;5(2):119–130.
 162. Pawełczyk A, Pawełczyk T, Bielecki J. Związek płci z preferowaną specjalizacją medyczną oraz wybranymi cechami osobowości studentów wydziału lekarskiego. *Pol Mercuriusz Lek.* 2007;137:363–366.
 163. Kliszcz J, Hebanowski M. Badania nad empatią lekarzy i studentów medycyny. *Pol Mercuriusz Lek.* 2001;62:154–157.
 164. Kliszcz J, Hebanowski M, Rembowski J. Poziom i dynamika empatii studentów i i VI roku Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Gdańsku. *Pol Tyg Lek.* 1996; 1–5:55–58.
 165. Ptaszek B. Asertywność – sztuka bycia z sobą i innymi. *Nasze Sprawy.* 2015;3(253):24–26.
 166. Drażba D, Gotlib J. Ocena kompetencji asertywnego rozwiązywania problemów wśród położnych zatrudnionych w wybranych szpitalach na terenie województw: mazowieckiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego i lubelskiego. *Współczesne Pielęgniarstwo i Ochrona Zdrowia.* 2018;7(3):55–60.
 167. Yurtsal BZ, Özdemir I. Assertiveness and problem solving in midwives. *Iran Nurs Midwifery Res.* 2015;20:M7–654.
 168. Kosicka B, Ksykiewicz-Dorota A. Pielęgniarskie modele podejmowania decyzji. *Probl Pielęg.* 2008;16(3):299–303.
 169. Szmit D. Zarządzanie kompetencjami pracowniczymi w aspekcie rozwoju organizacji. *Zesz Nauk Politechn Częstochowskiej.* 2018;29:17–29.

170. Deręgowska J. Profesjonalna komunikacja w opiece zdrowotnej jako element wsparcia pracowników zawodów medycznych i pacjentów – oczekiwania i potrzeby. *Studia Edukacyjne*. 2015;35:349–366.
171. Kwiatkowska A, Krajewska-Kułak E, Panek W. Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Lublin: Wyd. Czelej; 2003.
172. Radecka I, Łopacińska I, Kopański Z, Brukwicka E, Lishchynskyy Y, Rowiński J. *Journal of Clinical Healthcare*. 2014;4:6–9.
173. Nęcki Z. Komunikacja międzyludzka. Kraków: Wydawnictwo Antykwa; 2000.
174. Leathers DG. Komunikacja niewerbalna. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2007.
175. Grzesiuk L, Trzebińska H. Jak ludzie porozumiewają się między sobą. Warszawa: Nasza Księgarnia; 1978.
176. Hall ET. Ukryty wymiar. Warszawa: PIW; 1976.
177. Smarżewska D. Znaczenie kompetencji społecznych w zawodzie pielęgniarki – wyniki badań własnych. *Akademia Zarządzania*. 2019;3(2):48–60.
178. Sobczak M, Andruszkiewicz A, Banaszekiewicz M. Komu może przynieść korzyść asertywność pielęgniarki? *Pielęg XXI wieku*. 2012;2(39):49–52.
179. Lato-Pawłowska MS, Hoffmann-Aulich JB. Styl komunikacji interpersonalnej stosowany w relacji między pielęgniarką a hospitalizowanym pacjentem w wieku senioralnym. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2019;3(73):277–284.
180. Reetz-Wasielewska AE, Kretowicz K, Zarzeczna-Baran M. Konflikt w zespole pielęgniarstwie. *Probl Pielęg*. 2016;24(2):125–130.
181. Grandey A, Foo SC, Groth M, et al. Free to be you and me: a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *J Occup Health Psychol*. 2012;17(1):1–14.
182. Liang HY, Tang FI, Wang TF, et al. Nurse characteristics, leadership, safety climate, emotional labour and intention to stay for nurses: a structural equation modelling approach. *J Adv Nurs*. 2016;72(12):3068–3080.
183. Griffin RW, Moorhead G. *Organizational Behavior: Managing People and Organizations*. 12th ed. Boston: Cengage Learning; 2016.
184. Wawros K, Mroczkowska R. Analiza stresu związanego z wykonywaniem obowiązków zawodowych przez pielęgniarki anestezjologiczne. *Pielęgniarstwo Specjalistyczne*. 2014;1(4):164–171.
185. Nowakowska I, Rasińska R. Konflikty organizacyjne oraz ich przyczyny w podmiotach leczniczych. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2014;1(43):12–14.

186. Kaitelidou D, Kontogianni A, Galanis P, et al. Conflict management and job satisfaction in paediatric hospitals in Greece. *J Nurs Manag.* 2012;20:571–578.
187. Lachowska B. *Praca i rodzina. Konflikt czy synergia?* Lublin: Wydawnictwo KUL; 2012.
188. Baka Ł. Zależności między konfliktami praca–rodzina i rodzina–praca a zdrowiem pielęgniarek – Buforujący efekt wsparcia społecznego. *Medycyna Pracy.* 2013;64(6):775–784.
189. Wojciszke B. *Psychologia społeczna.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2015.
190. Oleś PK. *Wprowadzenie do psychologii osobowości.* Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2009.
191. Biernat R. Troska o poczucie własnej wartości dzieci w rzeczywistości szkolnej – wymiar teoretyczny i praktyczne implikacje. *Społeczeństwo, Edukacja, Język.* 2016;4:150–167.
192. Jędrzejewska A. Samoocena dziecka – źródła i komunikaty weryfikujące. *Zbliżenia Cywilizacyjne.* 2016;4(1):144–161.
193. Szpitalak M, Polczyk R. *Samoocena. Geneza, struktura, funkcje i metody pomiaru.* Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2015.
194. Niemczyk E. Przewidywanie efektywności własnych działań u osób z wysoką i niską samooceną w zadaniach o różnym stopniu kontrolowalności. *Pol Forum Psychol.* 2009;14(1):110–125.
195. Popow A, Cierzniaowska K, Kozłowska E, Domeracka E. Czynniki stresogenne w grupie pielęgniarek operacyjnych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne.* 2018;2:56–63.
196. McGrath A, Reid A, Boore J. Occupational stress in nursing. *Int J Nurs Stud.* 2003;40:555–565.
197. Glomb T, Tews M. Emotional labor: a conceptualization and scale development. *J Vocat Behav.* 2004;64:1–23.
198. Hülshager U, Schewe A. On the costs and benefits of emotional labor: a meta-analysis of three decades of research. *J Occup Health Psychol.* 2011;16:361–389.
199. Hülshager U, Lang J, Maier G. Emotional labor, strain, and performance: Testing reciprocal relationships in a longitudinal panel study. *J Occup Health Psychol.* 2010;15(4):505–521.

200. Burgess L, Irvine F, Wallymahmed A. Personality, stress and coping in intensive care nurses: a descriptive exploratory study. *Nurs Crit Care*. 2010;15(3):129–140.
201. Admi H, Eilon-Moshe Y. Do hospital shift charge nurses from different cultures experience similar stress: An international cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016;63:48–57.
202. Gathel R. The importance of the profession of nursing in health care: Current and future issues. *J Appl Biobehav Res*. 2018;23(1):21–27.
203. Lewandowska A, Litwin B. Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. *Rocz Pom Akad Med Szczec*. 2009;55(3):86–89.
204. Perek M, Kózka M, Twarduś K. Difficult situations and ways of managing them in paediatric nurses' practice. *Nurs Probl / Problemy Pielęgniarstwa*. 2007;15(4):223–228.
205. Kwiecień-Jaguś K, Mędrzycka-Dąbrowska W, Małecka-Dubiela A. Źródła stresu zawodowego a sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresogennych pielęgniarek pracujących na wybranych oddziałach szpitalnych – doniesienia wstępne. *Pomeranian J Life Sci*. 2018;64(3):53–60.
206. Parker J, Endler N. Coping with coping assessment: a critical review. *Eur J Pers*. 1992;6(5):321–344.
207. Liu Z. a perceived stress mediating model study about problem-focused styles of coping in university students affect mental health. *Chin J Clin Psych*. 2008;16:170–172.
208. Brewer EW, Shapard L. Employee burnout: a meta-analysis of the relationship between age or years of experience. *Hum Res Dev*. 2004;3(2):102–123.
209. Qu HY, Wang CM. Study on the relationships between nurses' job burnout and subjective well-being. *Chin Nurs Res*. 2015;2:61–66.
210. Gould DD, Watson SL, Price SR, Valliant PM. The relationship between burnout and coping in adult and young offender center correctional officers: an exploratory investigation. *Psychol Serv*. 2013;10(1):37–47.
211. Kwak M, Zaczyk I, Wilczek-Różyńska E. Stres i style radzenia sobie z nim przez polskie pielęgniarki – metaanaliza badań. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*. 2018;24(2):120–125.
212. Uren SA, Graham TM. Subjective experiences of coping among caregivers in palliative care. *Online J Issues Nurs*. 2013;18(1):1–24.

213. Kato T. Coping with interpersonal stress and psychological distress at work: comparison of hospital nurses and salespeople. *Psychol Res Behav Manag.* 2014;7:31–36.
214. Nyklewicz W, Krajewska-Kułał E. Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienia wstępne. *Probl Pielęg.* 2008;16:248–254.
215. Lemska ME, Kretowicz K, Ronkowska J. Analiza strategii radzenia sobie ze stresem wśród pielęgniarek zaangażowanych w pracę oddziałów zakaźnych w dobie pandemii COVID-19. *Acta Elbing.* 2023;50(1):39–44.
216. Cichońska M, Stawiarska M, Michalska A, Cichońska K, Maciąg D, Borek M. Radzenie sobie ze stresem przez pielęgniarki w czasie epidemii COVID-19. *Forum Zakażeń.* 2022;13(4):121–128.
217. Brudek P, Steuden St, Furmanek M, Ciuła G. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska Lublin-Polonia.* 2018;31(2):287–299.
218. Marcysiak M, Dąbrowska O, Marcysiak M. Wypalenie zawodowe a radzenie sobie ze stresem pielęgniarek. *Probl Pielęg.* 2014;22(3):312–318.
219. Żuralska R, Majkowicz M, Gaworska-Krzemińska A. Psychologiczna ocena stylów radzenia sobie ze stresem a cechy osobowości studentów Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. *Probl Pielęg.* 2012;20(2):240–246.
220. Kaźmierczak M, Gebuza G, Gierszewska M, Mieczkowska E, Dombrowska-Pali A, Kłosowska M. Stres związany z pracą pielęgniarek i położnych oraz style radzenia sobie ze stresem. *Pol Przegl Nauk o Zdrowiu.* 2019;61(4):295–311.
221. Grochowska A., Bodys-Cupak I., Korus M.: Sposoby radzenia sobie z trudnościami przez pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych. *Pielęgniarstwo Polskie,* 2017, 1(63), 97-104.
222. Siemianowska T., Podsiadły D., Ślusarz R. Reakcje na sytuacje stresowe w opinii pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach zachowawczych. *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu,* 2018, 3(4), 9-23.
223. Piernikowska A., Podsiadły D. Strategie radzenia sobie ze stresem w opinii pielęgniarek *Innow Pielęgniarstwie Nauk Zdr.* 2019;1(4):50–68.
224. Śniegocka M., Śniegocki M.: Analiza sposobów odpowiedzi na stres zawodowy wśród pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2014;22 (4): 503-510 .
225. Markiewicz R., Humeniuk E. Styl radzenia sobie ze stresem wśród studentów kierunków medycznych, neuropsychiatria. *Przegląd Kliniczny,* 2014, 6(1), 42-47.

226. Lambert V, Lambert CE, Itano J, Inouye J, Kim S, Kuniviktikul W, et al. Crosscultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *Int J Nurs Stud* 2004;41:671-84.
227. Ogińska-Bulik N. Emotional intelligence in the workplace: exploring its effects on occupational stress and health outcomes in human service workers. *Int J Occup Med Environ Health* 2005; 18: 167-175.
228. Muraczyńska B. Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece paliatywnej – wybrane zagadnienia. *Ann UMCS Sect i* 2001; 15: 201-206.
229. Łukasik I.M. Poczucie własnej skuteczności we współpracy z grupą. Wydawnictwo Uniwersytetu M. Curie-Skłodowskiej, Lublin, 2013.
230. Bandura A. Teoria społecznego uczenia się. PWN, Warszawa, 2007.
231. Andruszkiewicz A., Banaszekiewicz M., Felsmann M., Marzec A., Kielbratowska B., Kocięcka A. Poczucie własnej skuteczności a wybrane zmienne związane z funkcjonowaniem zawodowym w grupie pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19 (2): 143–147.
232. Wojcieszek A, Nawalana A, Majda A. Poczucie optymizmu oraz własnej skuteczności małopolskich pielęgniarek korzystających z kształcenia podyplomowego, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2019, 2(72), 141-147.
233. Żuralska R, Mziray M, Postrożny D, Domagała P. Poczucie własnej skuteczności a style radzenia sobie z sytuacją trudną u pielęgniarek pracujących z chorym umierającym, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie, Część II*, 2014, 15(12), 131-141.
234. Żuralska R, Postrożny D. Psychologiczna ocena poczucia własnej skuteczności u czynnych zawodowo studentów studiów medycznych. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*. 2012;13(11):23–30.
235. Dąbrowska-Chołostiakow KM, Kocbach T. 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. *Palliat Med Pract*. 2018;12(2):97–105.
236. Maruszewski T, Doliński D, Łukaszewski W, Marszał-Wiśniewska M. Emocje i motywacja. In: Strelau J, Doliński D, eds. *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Tom 1. Gdańsk: GWP; 2008. p. 511–649.
237. Parkinson B, Dolman A. Emocje i motywacja. Poznań: Zys i S-ka; 1995. p. 16–17.
238. Oatley K, Jenkins J. Zrozumieć emocje. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2003: 131.

239. Kofta M. Samokontrola a emocje. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 1979.
240. Załuski M, Makara-Studzińska M. Kompetencje emocjonalne w pracy pielęgnacyjno-leczniczej, *Problemy Pielęgniarstwa* 2018; 26 (1): 58–63.
241. Huynh T, Alderson M, Thompson M. Emotional labor underlying caring: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*. 2008; 64:195-208.
242. Grandey A. Emotional regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. *J Occup. Health Psychol*. 2000;5:95-110.
243. Rybakiewicz J. (red.): Człowiek i psychologia. PPU „Park”, Bielsko Biała 2004.
244. Sygit E. Długoletni staż zawodowy pielęgniarek – droga ku wypaleniu zawodowemu? *Ann Acad Med Stetin*. 2009;55: 83–89.
245. Dziąbek E, Dziuk U, Bieniek J, Brończyk-Puzoń A, Kowolik B, Borgosz J. Ocena satysfakcji życiowej w wybranej grupie pielęgniarek i położnych członków Beskidzkiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej — doniesienie wstępne. *Problemy Pielęgniarstwa* 2015; 23 (3): 279–284.
246. Kalandyk H, Krajewska-Kułak E, Guty E. Umiejętność kontroli emocji przez pielęgniarki w zależności od ich miejsca pracy. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(3):86-96.

11. WYKAZ TABEL

Tabela 1. Stopień satysfakcji z własnego życia.	36
Tabela 2. GSES:średnie, odchylenia standardowe oraz współczynniki mocy dyskryminacyjnej (N=496).	41
Tabela 3. GSES:średnie wartości poczucia własnej skuteczności grup klinicznych.....	42
Tabela 4. GSES: średnie wartości poczucia własnej skuteczność grup klinicznych.	42
Tabela 5. Płeć respondentów.	44
Tabela 6. Specyfika studiów respondentów.....	44
Tabela 7. Wiek respondentów.....	45
Tabela 8. Miejsce zamieszkania respondentów.	45
Tabela 9. Sytuacja materialna respondentów.....	46
Tabela 10. Wykształcenie rodziców badanych.	46
Tabela 11. Miejsce zamieszkania w trakcie studiów.	47
Tabela 12. Rodzinne powiązania badanych ze środowiskiem medycznym.	49
Tabela 13. Członek rodziny pracujący w zawodzie medycznym.	49
Tabela 14. Zawód medyczny wykonywany przez członka rodziny badanych.	50
Tabela 15. Deklaracja podjęcia upagnionego kierunku studiów.	51
Tabela 16. Rozważanie przez badanych możliwości dodatkowego studiowania na innym kierunku.	51
Tabela 17. Rozważanie przez badanych zmiany kierunku studiów.	51
Tabela 18. Czynniki decydujące o wyborze kierunku studiów ¹	52
Tabela 19. Czynniki determinujące wybór kierunku studiów.	53
Tabela 20. Opinie respondentów na temat tego, kto może wykonywać zawód medyczny.	54
Tabela 21. Skojarzenia badanych związane z pracą pielęgniarki ¹	54
Tabela 22. Cechy jakie powinna posiadać pielęgniarka w opinii badanych ¹	55
Tabela 23. Satysfakcja z życia a poziom studiów.....	57
Tabela 24. Sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych a poziom studiów.....	57
Tabela 25. Poczucie własnej skuteczności a poziom studiów.	58
Tabela 26. Poziom kontroli emocji a poziom studiów.	58
Tabela 27. Poziom rozumienia empatycznego i asertywności a poziom studiów.....	59
Tabela 28. Poziom zdolności organizacyjnych i komunikacyjnych a poziom studiów.	59
Tabela 29. Ocena konfliktowej osobowości a poziom studiów.....	60

Tabela 30. Miara samooceny a poziom studiów.....	61
Tabela 31. Satysfakcja z życia a rodzinne powiązania medyczne.	62
Tabela 32. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na częstość stosowania poszczególnych strategii w sytuacjach stresowych.	62
Tabela 33. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na poczucie własnej skuteczności.	63
Tabela 34. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na kontrolę emocji.	63
Tabela 35. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na poziom empatii.....	64
Tabela 36. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na poziom asertywności.....	64
Tabela 37. Wpływ rodzinnych powiązań medycznych na zdolności organizacyjne i komunikacyjne.....	65
Tabela 38. Rodzinne powiązania medyczne a cechy konfliktowej osobowości.	66
Tabela 39. Rodzinne powiązania medyczne a poziom samooceny.	66
Tabela 40. Miejsce zamieszkania a poziom satysfakcji z życia.	67
Tabela 41. Miejsce zamieszkania a sposób radzenia sobie w sytuacjach stresowych.....	68
Tabela 42. Miejsce zamieszkania a poczucie własnej skuteczności.....	68
Tabela 43. Miejsce zamieszkania a sposób kontroli emocji (CECS).	69
Tabela 44. Miejsce zamieszkania a poziom empatii i asertywności (KRE).	69
Tabela 45. Miejsce zamieszkania a zdolności organizacyjne i komunikacyjne.	70
Tabela 46. Miejsce zamieszkania a stopień konfliktowej osobowości.....	71
Tabela 47. Miejsce zamieszkania a miara samooceny.....	71
Tabela 48. Wykształcenia rodziców a poziom satysfakcji z życia studentów.....	72
Tabela 49. Wykształcenie rodziców a sposob radzenia ze stresem(CISS).....	73
Tabela 50. Wykształcenie rodziców a poczucie własnej skuteczności studentów (PWS).	73
Tabela 51. Wykształcenie rodziców a kontrola emocji (CECS).....	74
Tabela 52. Wykształcenie rodziców a poziom empatii.	74
Tabela 53. Wykształcenie rodziców a poziom asertywności studentów.	74
Tabela 54. Wykształcenie rodziców a zdolności organizacyjne i komunikacyjne.....	75
Tabela 55. Wykształcenie rodziców a cechy osoby konfliktowej.	76
Tabela 56. Wykształcenie rodziców a miara samooceny.	76
Tabela 57. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a satysfakcja z życia.	77
Tabela 58. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a strategia radzenia sobie w sytuacjach stresowych.	79

Tabela 59. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a samoocena własnej skuteczności.	80
Tabela 60. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a zdolność tłumienia negatywnych emocji.	81
Tabela 61. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a poziom empatii.	83
Tabela 62. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a poziom asertywności.....	84
Tabela 63. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a poziom zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych.....	85
Tabela 64. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a miara stopnia konfliktowości.....	86
Tabela 65. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a miara samooceny.....	87
Tabela 66. Satysfakcja z Życia (SWLS) a pozostałe pomiary.....	89
Tabela 67. Sposób postępowania w sytuacjach stresowych a pozostałe miary.....	90
Tabela 68. Poczucie skuteczności a pozostałe miary.....	91
Tabela 69. Tłumienie negatywnych emocji a pozostałe miary.....	93
Tabela 70. Poziom rozumienia empatycznego a pozostałe miary.....	94
Tabela 71. Poziom asertywności a pozostałe miary.....	96
Tabela 72. Zdolności komunikacyjne i organizacyjne a pozostałe miary.....	97
Tabela 73. Konfliktowa osobowość a pozostałe miary.....	99
Tabela 74. Miara samooceny a pozostałe miary.....	100

12. WYKAZ RYCIN

Rysunek 1. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwa a satysfakcja z życia	78
Rysunek 2. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a ocena własnej skuteczności.....	81
Rysunek 3. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a zdolność tłumienia negatywnych emocji.	82
Rysunek 4. Czynniki wpływające na wybór studiów na kierunku pielęgniarstwo a poziom empatii.	83
Rysunek 5. Satysfakcja z życia (SWLS) a pozostałe miary.	89
Rysunek 6. Sposób postępowania w sytuacjach stresowych a pozostałe miary.....	91
Rysunek 7. Poczucie skuteczności a pozostałe miary.	92
Rysunek 8. Tłumienie negatywnych emocji a pozostałe miary.....	94
Rysunek 9. Poziom rozumienia empatycznego a pozostałe miary.	95
Rysunek 10. Poziom asertywności a pozostałe miary.	97
Rysunek 11. Zdolności komunikacyjne i organizacyjne a pozostałe miary.	98
Rysunek 12. Konfliktowa osobowość a pozostałe miary.	100
Rysunek 13. Miara samooceny a pozostałe miary.....	101

13. ANEKS

13.1. Zgoda Komisji Bioetycznej

KOMISJA BIOETYCZNA
PRZY UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM W BIAŁYMSTOKU
ul. Jana Kilińskiego 1
15-089 Białystok
tel. 85 748 54 07
komisjabioetyczna@umb.edu.pl

Białystok, 18.04.2024 r.

Rekomendacja nr: APK.002.251.2024

Komisja Bioetyczna przy Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku po zapoznaniu się z wnioskiem dotyczącym projektu badawczego nieinterwencyjnego pt.: „*Ocena predyspozycji studentów pielęgniarstwa do wykonywania przyszłego zawodu*” kierowanego przez mgr Bogumiłę Kraszyńską pozytywnie rekomenduje badanie na podstawie ankiet w ww. projekcie.

Planowany okres realizacji od 18.04.2024 r. do XII.2025 r.

Przewodnicząca Komisji Bioetycznej przy UMB

prof. dr hab. Otylia Kowal-Bielecka



13.2. Kwestionariusz ankietowy

13.2.1. Kwestionariusz autorstwa własnego



Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

Zakład Podstawowej Opieki Medycznej
15-054 Białystok, ul. Mieszka i 4 B
Tel: 85 686 54 14, E-mail: zpoz@umb.edu.pl
Kierownik: Dr hab. n. o zdr. Jolanta Lewko

Niniejsza ankieta stanowi element badawczy pracy naukowej pt. „Ocena predyspozycji studentów pielęgniarstwa do wykonywania przyszłego zawodu”

Ankieta ma ona charakter anonimowy. Wszystkie uzyskane w trakcie badania dane zostaną uogólnione i wykorzystane w opracowaniu zbiorowym.

Prosimy odpowiedzieć na pytania załączone w kwestionariuszu zakreślając znak „X” w wolnych kwadratach „□”, znajdujących się przy każdym z możliwych wariantów odpowiedzi lub wpisać właściwą odpowiedź w wykropkowane miejsca.

Dziękuję za udział i pomoc w badaniach

CZĘŚĆ I – OGÓLNA

1. Płeć: K M

2. Wiek:lat

3. Wykształcenie:

kierunek studiów: rok studiów:

studia: I stopnia II stopnia jednolite,

4. Miejsce zamieszkania:

miasto wojewódzkie duże miasto pow. 200 tys.

średnie miasto 50-200 tys. małe miasto do 50 tys. wieś

5. Sytuacja materialna:

bardzo dobra

dobra

przeciętna

raczej zła

zła

nie potrafię ocenić

6. Wykształcenie rodziców:

- pełne wyższe medyczne pełne wyższe niemedyczne
- licencjat
- średnie
- zawodowe
- nie wiem

7. Studiuję (proszę wybrać jedną odpowiedź):

- w miejscu stałego zamieszkania
- niedaleko miejscowości, w której mieszkam na stałe - dojeżdżam do uczelni
- poza miejscem stałego zamieszkania - mieszkam w domu studenta
- poza miejscem stałego zamieszkania - mieszkam na stacji

8. Proszę podać, czy macie Państwo rodzinne powiązania ze środowiskiem medycznym:

- Nie
- Tak:
 - matka, zawód
 - ojciec zawód
 - brat, zawód
 - siostra, zawód
 - babcia, zawód
 - dziadek, zawód
 - dalsza rodzina/krewni, zawód.....

13.2.2. Ocena motywacji

1. Czy wybraliście upragniony kierunek studiów?

- tak
- nie
- trudno powiedzieć

2. Czy przed podjęciem decyzji o wyborze kierunku studiów, na którym obecnie Państwo studiujecie, rozważaliście studiowanie na innym kierunku?

- tak, jakim.....
- nie
- trudno powiedzieć

3. Czy gdybyście mogli Państwo zmienić kierunek studiów to zmienilibyście go:?

- tak, na jaki.....
dlaczego.....
- nie,dlaczego.....
- trudno powiedzieć

4. Czym kierowaliście się Państwo wybierając obecny kierunek studiów?

- systemem życiowych wartości
- własnymi zainteresowaniami
- prestiżem uczelni
- pozycją uczelni w rankingami
- tym, że łatwo się na niego dostać
- wybrałam/em tę uczelnię, która była najbliższej
- tradycją rodzinną
- opinią rodziców
- opinią kolegów
- poszedłem tam, gdzie moi koledzy/koleżanki
- poszedłem tam, gdzie studiuje moje rodzeństwo
- poszedłem tam, gdzie studiowali moi rodzice
- możliwością wyjazdu za granicę po ukończeniu studiów
- chęcią zdobycia zawodu dającego w przyszłości dobrą pracę w kraju
- nie dostałam/em się do innej uczelni, jakiej
- nie dostałem się na inny kierunek studiów, jaki.....
- wybrałem tę uczelnię, aby uniknąć powołania do wojska
- inne, jakie
- trudno powiedzieć

5. W jakim stopniu poniższe czynniki wpłynęły na wybór przez Państwa kierunku studiów? Proszę wstawić znak X przy każdym czynniku, który ma takie znaczenie.

	czynnik				
	najważniejszy	ważny	jeden z wielu	mało znaczący	nie ma żadnego znaczenia
zgodność kierunku studiów z zainteresowaniami					
bardzo dobre wyniki w nauce, osiągnięcia szkolne					
wybór jest konsekwencją wcześniejszego profilu nauki					
modny kierunek studiów					
stałe podnoszenie wiedzy					
duże zapotrzebowanie na tę grupę zawodową					
prestż społeczny zawodu					
perspektywy rozwojowe - kariera					
wysokość zarobków					
zwiększenie szans na znalezienie pracy w kraju					
zwiększenie szans na znalezienie pracy za granicą					
renoma i prestiż wybranej uczelni					
namowa kolegów, rodziny					
było mi obojętne co studiuję					
inne, (napisz jakie):					

6. Kto Państwa zdaniem może wykonywać zawód medyczny:

- każdy
- osoba z powołaniem
- inna osoba, jaka.....
- trudno powiedzieć

7. Z czym kojarzy się Państwu praca w wybranym zawodzie:

- z byciem potrzebną/ym
- ze schludnym wyglądem
- z dobrocią
- ze stykaniem się z cierpieniem
- z czystą pracą
- z prestiżem
- z wysoką pozycją społeczną
- z dobrą płacą
- z niską płacą
- inne, jakie
- trudno powiedzieć

8. Proszę wymienić 3 cechy, jakie powinny charakteryzować osobę pracującą w wybranym przez Państwo zawodzie:

- 1
- 2
- 3

13.2.3. Skala satysfakcji z życia SWLS

Proszę, przeczytać uważnie każde zdanie, a następnie wskazać w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz z tym zdaniem przez wstawienie X przy właściwym, dla każdego pytania, wariacie możliwych odpowiedzi. Twoje oceny powinny wyrażać to, co rzeczywiście sadzisz, to znaczy odzwierciedlać Twoje osobiste uczucia i przekonania związane z treścią każdego zdania. Na zakończenie postaraj się sprawdzić czy nie pominąłeś któregoś ze zdań.

	Zgadzam się całkowicie	Zgadzam się	Raczej się zgadzam	Ani się zgadzam, ani się nie zgadzam	Raczej się nie zgadzam	Nie zgadzam się	Całkowicie się nie zgadzam
Pod bardzo wieloma względami moje życie jest bliskie ideału							
Mam doskonałe warunki życia							
Jestem zadowolony/a ze swojego życia							
Jak na razie, zrealizowałem ważne rzeczy, które chciałem wykonać w trakcie mojego życia							
Jeśli miałbym przeżyć życie jeszcze raz, nie zmieniłbym prawie niczego							

13.2 4. Kwestionariusz rozumienia empatycznego innych ludzi

Proszę, przeczytać uważnie każde zdanie, a następnie wskazać w jakim stopniu zgadzasz się lub nie zgadzasz z tym zdaniem przez wstawienie X przy właściwym, dla każdego pytania, wariacie możliwych odpowiedzi. Twoje oceny powinny wyrażać to, co rzeczywiście sadzisz, to znaczy odzwierciedlać Twoje osobiste uczucia i przekonania związane z treścią każdego zdania. Na zakończenie postaraj się sprawdzić czy nie pominąłeś któregoś ze zdań.

Nr.	Pytanie	Tak	Raczej tak	Raczej nie	Nie
1	Rozpacz innych ludzi pozostaje we mnie bardzo długo				
2	W każdym geście drugiego człowieka szukam prawdy o jego zachowaniu				
3	Był czas, że cierpiałem widząc cierpienie innych ludzi				
4	W życiu dążę do tego, by być komuś bliskim jak nikt dotąd				
5	Cierpienie innych ludzi wymaga ode mnie współczucia i troski				
6	Lubię współczucie innych kiedy jestem chory i sam umiem współczuć				
7.	Czuje niepokój, gdy widzę obok niespokojne twarze				
8.	Po to by widzieć ciepło w oczach innych ludzi warto się trudzić				
9.	Umiem pomóc, gdy ktoś chce podzielić się ze mną własnym cierpieniem				
10.	Chętnie zaczynam rozmowę z dawnymi przyjaciółmi szkolnymi				
11.	Gdy ktoś mi wyrządzi krzywdę, staram się przede wszystkim zrozumieć jego postępowanie				
12.	Gdy mam komuś powiedzieć coś przykrego, zastanawiam się zwykle jak to może na niego podziałać				
13.	Ludzie zadumani irytują mnie najbardziej				
14.	Przeraża mnie, gdy widzę ludzi obojętnych w stosunku do innych				
15.	Wiedza o przeżyciach innych ludzi pomaga mi w rozwiązywaniu własnych problemów				
16.	Wśród innych ludzi szukam tak samo czujących i myślących jak ja				

17.	Umiem przeżywać wraz z innymi ludźmi ich radości i smutki				
18.	Pomagam ludziom, którzy są w nieszczęściu				
19.	Wzruszam się nieszczęściem innych ludzi				
20.	Patrzanie na chore dzieci jest dla mnie męczarnią				
21.	Inni lubią mnie za to, że staram się ich zrozumieć				
22.	Jestem wrażliwy na ludzki ból				
23.	Gdy widzę na ulicy żebraka to lubię mu pomóc				
24.	Często jestem w sytuacji gdy inni ludzie mówią mi o swoich kłopotach				
25.	Zdarza mi się odgadywać myśli moich znajomych				
26.	Podjąłbym się pracy z ludźmi kalekimi				
27.	Unikani sytuacji, w których muszę wysłuchiwać innych ludzi				
28.	Z twarzy drugiego człowieka nie staram się nic wyczytać				
29.	Staram się unikać spotkań z ludźmi niesprawnymi				
30.	Zwykle mam się na baczności przed ludźmi, którzy są dla mnie bardziej uprzejmi niż można się tego spodziewać				
31.	Poznanie przeżyć innych ludzi dostarcza mi wiele wzruszeń				
32.	To, że u innych widzę radość czy trwogę, wpływa na moje zachowanie				
33.	Dostrzegać cierpienie innych ludzi to mało, to musi boleć choć przez chwilę				

13.2.5. Test asertywności

Proszę, przeczytać uważnie każde zdanie, a następnie wskazać w jakim stopniu zgadza się Pani/Pan z tym zdaniem przez wstawienie X przy właściwym, dla każdego pytania wariancie odpowiedzi: A lub B. Oceny powinny wyrażać to, co rzeczywiście się sądzi, to znaczy odzwierciedlać osobiste uczucia i przekonania związane z treścią każdego zdania.

Numer pytania	Odpowiedź własna	Wariant odpowiedzi	Pytanie
1		A	Zdarza mi się czasem kupić jakąś rzecz, na którą nie mam ochoty, gdyż trudno mi odmówić sprzedawcy.
		B	Zawsze wiem, co mam kupić i nie ulegam namowom sprzedawcy.
2		A	Nie waham się przed zwróceniem towaru do sklepu, jeśli towar ten jest wadliwy lub nieużyteczny
		B	Wolę dać sobie spokój ze zwracaniem wadliwego towaru do sklepu
3		A	Jeżeli ktoś głośno rozmawia w trakcie filmu lub szeleści popcornem, proszę go, by był cicho
		B	Nie zwracam uwagi, kiedy ktoś zachowuje się zbyt głośno w kinie
4		A	Gdy ktoś pali papierosa obok mnie, potrafię mu o tym powiedzieć.
		B	Palenie to prywatna sprawa tej osoby, więc nie wtrącam się.
5		A	Jeżeli ktoś wypycha się przede mną w kolejkę, zwracam mu uwagę.
		B	Nie reaguję na takie zachowanie.
6		A	Zwykle czekam, aż ten, kto pożyczył coś ode mnie, sam sobie o tym przypomni.
		B	Jeśli ktoś pożyczył ode mnie jakąś rzecz i od dłuższego czasu zalega z oddaniem, wspominam mu o tym
7		A	Odnoszę wrażenie, że inni ludzie wykorzystują mnie.
		B	Nigdy nie daję się wykorzystywać innym lub sobą rządzić.
8		A	Nigdy nie odmawiam prośbom przyjaciół, nawet jeśli jest mi to nie na rękę
		B	Potrafię odmówić spełnienia prośby, gdy jest to dla mnie bardzo uciążliwe
9		A	Jeśli ktoś zachowuje się wobec mnie w sposób niesprawiedliwy lub krzywdzący, zwykle zwracam mu na to uwagę
		B	Gdy ktoś zachowuje się wobec mnie w sposób niesprawiedliwy lub krzywdzący, wolę siedzieć cicho, żeby się bardziej nie

			narazić.
10		A	Ciężko mi rozpocząć rozmowę z obcą osobą.
		B	Nie mam problemów z nawiązywaniem kontaktów.
11		A	Nie mam trudności z podtrzymywaniem rozmowy w sytuacji towarzyskiej.
		B	Często nie wiem, o czym rozmawiać w towarzystwie.
12		A	Nie sprawia mi trudności utrzymywanie kontaktu wzrokowego z osobą, z którą rozmawiam.
		B	Podczas rozmowy nie lubię patrzeć ludziom w oczy.
13		A	Gdy ktoś mnie chwali, czuję się zażenowany i nie wiem, jak się zachować.
		B	Nie tracę głowy, gdy jestem chwalony.
14		A	Na ogół nie chwaleb swoich znajomych i przyjaciół.
		B	Zdarza się, że chwaleb swoich znajomych i przyjaciół.
15		A	Nie mam trudności w rzeczowej i szczerzej krytyce swoich znajomych i przyjaciół
		B	Nie potrafię skrytykować moich znajomych lub przyjaciół, nawet jeśli na to zasługują.
16		A	Nie wzbraniam się przed poproszeniem swoich znajomych o przysługę lub pomoc
		B	Prośenie znajomych o pomoc jest dla mnie zazwyczaj bardzo trudne i kłopotliwe.
17		A	Jestem otwarty i szczerzy, zarówno w wyrażaniu pozytywnych, ciepłych uczuć, jak i złości oraz niezadowolenia.
		B	Jestem osobą skrytą i nie okazuję swoich uczuć.
18		A	Unikam pewnych ludzi, miejsc lub sytuacji z obawy przed własnym zakłopotaniem.
		B	Nie czuję się skrępowany w większości sytuacji życiowych.
19		A	Często dzielę się swoimi osobistymi przemyśleniami i uwagami z innymi osobami.
		B	To, co myślę, przeważnie chowam dla siebie.
20		A	Gdy mam odmienne zdanie niż osoba, którą szanuję, rezygnuję z wyrażania swojego stanowiska.
		B	Nigdy nie wzbraniam się przed przedstawieniem swoich poglądów, nawet jeśli nie spodobają się ważnej dla mnie osobie.
21		A	Mam trudności z zabieraniem głosu w dyskusji w większej grupie osób.

		B	Nie mam problemów z zabieraniem głosu na licznych forum.
22		A	Zdarza się, że kończę zadania za inne osoby.
		B	Zwykle staram się nie wyręczać ludzi z tego, co sami powinni zrobić.
23		A	Czasem zmuszam krzykiem innych do zrobienia tego, czego chcę.
		B	Nigdy nie posługuję się krzykiem, aby zmusić ludzi do zrobienia czegoś, na czym mi zależy.
24		A	Kończę sprzeczkę, gdy widzę, że druga osoba ma jej dosyć.
		B	Bywam tak zaciętrzewiony, że nie potrafię w porę zakończyć sprzeczki.
25		A	Gdy jestem zły i zdenerwowany, używam wyzwisk i niecenzuralnych wyrazów.
		B	Nawet gdy jestem bardzo zły i zdenerwowany, unikam wyzwisk i wulgaryzmów.
26		A	Zwykle jestem nastawiony krytycznie wobec cudzych pomysłów i opinii.
		B	Zazwyczaj wiele cudzych pomysłów i opinii wzbudza moje uznanie i aprobatę.

13.2.6. Test stylu podejmowania decyzji

1. Co bardziej bierzesz pod uwagę u ludzi?

- ich prawa
- ich uczucia

2. Masz skłonność

- bardziej cenić logikę niż uczucia?
- emocje cenić bardziej niż logikę?

3. Która z wypowiedzi jest dla Ciebie największym komplementem?

- ten człowiek jest zawsze rozsądny,
- ten człowiek ma prawdziwe uczucia.

4. Co jest dla Ciebie większym błędem?

- przejawiać zbyt wiele ciepła,
- być niedostatecznie ciepłym.

5. Jakiego przywódcę (nauczyciela, lidera grupy rówieśniczej) cenisz?

- zawsze dokładnego,
- zawsze uprzejmego.

6. Co zdarza się częściej?

- twoimi uczuciami rządzi rozum,
- pozwalasz swojemu rozumowi podążać za uczuciem?

7. Co sprawia, że silniej odczuwasz dyskomfort?

- bycie nierozsądnym,
- bycie obojętnym.

13.2.7. Test oceny zdolności komunikacyjnych i organizacyjnych

Proszę, przeczytać uważnie każde zdanie, a następnie wskazać w jakim stopniu zgadza się lub nie Pani/Pan z tym zdaniem, przez wstawienie X przy właściwym, dla każdego pytania, wariantcie możliwych odpowiedzi. Oceny powinny wyrażać to, co rzeczywiście sady się, to znaczy odzwierciedlać osobiste uczucia i przekonania związane z treścią każdego zdania.

Lp.	ZAGADNIENIE	TAK	NIE
1	Czy masz dużo przyjaciół, z którymi utrzymujesz kontakty?		
2	Czy często udaje ci się przekonać przyjaciół do swojego zdania?		
3	Czy długo czujesz się źle, kiedy przyczyną takiego samopoczucia był ktokolwiek z twoich przyjaciół?		
4	Czy masz poczucie, że nie wiesz, o co chodzi, kiedy jesteś krytykowany?		
5	Czy odczuwasz potrzebę poszerzenia kręgu swoich przyjaciół?		
6	Czy pociąga cię praca wolontariusza?		
7	Czy jest prawdą, że wolisz zajmować się konkretną czynnością (np. czytać książki, majsterkować itp.) niż uczestniczyć w kontaktach towarzyskich?		
8	Czy jeśli coś stoi na przeszkodzie w realizacji twoich planów, z łatwością od nich odstępujesz?		
9	Czy łatwo nawiązujesz kontakty z ludźmi, którzy są od ciebie znacznie starsi?		
10	Czy lubisz ze swoimi przyjaciółmi organizować różne przyjęcia lub zabawy?		
11	Czy z trudnością wchodzisz w nowe towarzystwo?		
12	Czy lubisz odkładać na później swoje sprawy, które mógłbyś załatwić dzisiaj?		
13	Czy łatwo nawiązujesz kontakty z nieznanymi?		
14	Czy starasz się przekonać przyjaciół do swego zdania?		
15	Czy trudno jest ci przyzwyczaić się do nowego otoczenia?		
16	Czy jest prawdą, że nigdy nie miałeś konfliktu ze swoim nauczycielem (kolegą) z powodu niewypełnienia obowiązku lub polecenia?		
17	Czy dążysz do tego, by w dogodnej sytuacji zapoznać się i porozmawiać z nieznanym człowiekiem?		
18	Czy w podejmowaniu ważnych spraw często przejmujesz inicjatywę?		

19	Czy często drażnią cię koledzy z otoczenia i chciałbyś побыć chwilę sam?		
20	Czy jest prawdą, że w nowej sytuacji czujesz się nieswojo?		
21	Czy lubisz stale przebywać wśród ludzi?		
22	Czy czujesz rozdrażnienie, kiedy nie możesz dokończyć danej sprawy?		
23	Czy odczuwasz zakłopotanie, treść, kiedy musisz wykazać inicjatywę w poznawaniu nieznanego osoby?		
24	Czy jest prawdą, że często unikasz kontaktów z przyjaciółmi?		
25	Czy lubisz brać udział w grach zespołowych?		
26	Czy często przejawiasz inicjatywę w rozwiązywaniu problemów dotyczących twoich przyjaciół?		
27	Czy jest prawdą, że czujesz się nieswojo w nowym nieznanym otoczeniu?		
28	Czy jest prawdą, że rzadko dochodzisz swoich praw?		
29	Czy uważasz, że z trudem przychodzi ci ożywienie dyskusji w nieznanym towarzystwie?		
30	Czy brałeś udział w pracach społecznych na rzecz szkoły, klasy, grupy?		
31	Czy dążysz do ograniczenia kręgu swoich znajomych i przyjaciół?		
32	Czy jest prawdą, że nie bronisz swojego zdania, jeśli od razu nie było ono przyjęte przez ogół?		
33	Czy czujesz się skrępowany w nieznanym otoczeniu ludzi?		
34	Czy z przyjemnością spędzasz czas ze swoimi przyjaciółmi?		
35	Czy jest prawdą, że czujesz się swobodnie, kiedy musisz wygłaszać mowę przed dużym audytorium?		
36	Czy często spóźniasz się na spotkania lub na lekcje?		
37	Czy jest prawdą, że masz dużo przyjaciół?		
38	Czy często jesteś w centrum uwagi swoich przyjaciół?		
39	Czy często zmuszasz się do rozmowy z mało znaną osobą?		
40	Czy jest prawdą, że źle się czujesz w dużej grupie swoich przyjaciół?		

13.2.8. Test oceny konfliktowej osobowości

Proszę zakreślić kółkiem wybraną odpowiedź A, B lub C

1. Wyobraź sobie, że jedziesz dowolnym środkiem transportu. Nagle zaczyna się sprzeczka pomiędzy dwojgiem pasażerów. Co robisz w takiej sytuacji?

- A. nie wtrącasz się do dyskusji
- B. wtrącasz się do dyskusji i bierzesz w obronę mającego rację
- C. po prostu wtrącasz się do sporu.

2. Czy poddajesz krytyce współrozmówcę, kiedy popełnia błędy?

- A. nie
- B. tak, w zależności od osobistego szacunku dla współrozmówcy
- C. zawsze krytykuję za błędy.

3. Twój nauczyciel przedstawia plan wyjazdu na wycieczkę szkolną. Według ciebie jest on mało efektywny. Czy proponujesz własną wizję?

- A. jeśli inni mnie poprą, to tak
- B. proponuję własną
- C. nie, gdyż zdaję sobie sprawę, że może być to źle przyjęte.

4. Czy lubisz sprzeczać się i kłócić ze swoimi kolegami?

- A. tylko z tymi, którzy się nie obrażają i nie zmieniają naszych zażyłych stosunków
- B. tak, ale tylko w wyjątkowych sytuacjach
- C. sprzeczam się z błahej przyczyny.

5. Ktoś próbuje ominąć kolejkę w sklepie. Co robisz?

- A. bierzesz z niego przykład
- B. prosisz grzecznie o przestrzeganie porządku
- C. otwarcie wypowiadasz swoją krytykę.

6. Rozpatrywany projekt twojego kolegi posiada wiele śmiałych rozwiązań, ale i błędów. Wiesz, że twoja opinia może być jednak decydująca. Co robisz?

- A. wypowiadasz się na temat pozytywów i negatywów projektu
- B. przedstawiasz tylko same pozytywy projektu
- C. rozpoczynasz od krytyki, argumentując, że błędy w projekcie są niedopuszczalne.

7. Kolega mówi o kryzysie ekonomicznym i braku pieniędzy. Kupuje jednak drogie towary. Co robisz w takiej sytuacji?

- A. jeśli to daje mu zadowolenie, uznajesz to za zasadne
- B. mówisz mu, że te rzeczy są zbędne i za drogie
- C. otwarcie krytykujesz jego zachowanie.

8. Spotykasz uczniów, którzy palą papierosy w niedozwolonym miejscu. Jak reagujesz?

- A. myślisz sobie „Po co mam sobie psuć nastrój i zwracać im uwagę?”
- B. zwracasz im uwagę
- C. gdyby to było u ciebie w domu, na pewno byś się z nimi pokłócił.

9. W sklepie zauważyłeś, że sprzedawca cię oszukał. Co robisz?

- A. prosisz o sprawdzenie towaru z paragonem
- B. zwracam uwagę, że moja należność jest zaniżona
- C. doprowadzasz do skandalu.

10. Przychodzisz do fryzjera. Fryzjer prowadzi długą dyskusję na zapleczu. Ty masz mało czasu. Co robisz w takiej sytuacji?

- A. niecierpliwisz się, ale nie prosisz o pośpiech, gdyż może to negatywnie wpłynąć na to, jaką fryzurę zrobi ci fryzjer
- B. szukasz sposobu, aby poskarżyć się na niego u kierownika
- C. wyładowujesz swoje emocje na praktykantce, która właśnie robi porządki w zakładzie.

11. Posprzeczałeś się ze swoim młodszym bratem. Uznałeś po chwili, że to on miał rację. Czy przyznajesz się do popełnionego błędu?

- A. trudno powiedzieć
- B. tak, to rozsądny sposób
- C. oczywiście, że nie – jaki będziesz miał w przyszłości autorytet, jeśli ukorzysz się przed młodszym?

13.2.9. Test samooceny własnej osoby

Proszę, przeczytać uważnie każde zdanie, a następnie wskazać w jakim stopniu zgadzacie się lub nie Państwo z tym zdaniem, przez wstawienie X przy właściwym, dla każdego pytania, wariacie możliwych odpowiedzi. Oceny powinny wyrażać to, co rzeczywiście sady się, to znaczy odzwierciedlać osobiste uczucia i przekonania związane z treścią każdego zdania.

L.p	Pytanie	bardzo często	często	czasami	rzadko	nigdy
1	Chciałbym, aby moi przyjaciele wciąż mnie wspierali.					
2	Ciągle odczuwam niepokój, czy moje działania wykonałem prawidłowo					
3	Niepokoje się o swoją przyszłość.					
4	Większość kolegów nienawidzi mnie.					
5	Mam mniej inicjatywy niż inni.					
6	Denerwuję się swoim stanem psychicznym.					
7	Boję się wyjść na głupca.					
8	Wygląd zewnętrzny innych jest o wiele lepszy niż mój.					
9	Boję się występować publicznie, kiedy mam coś powiedzieć.					
10	Często popełniam błędy.					
11	Nie umiem ładnie i poprawnie mówić.					
12	Nie wierzę we własne siły.					
13	Nie chcę, aby moje działania były lepsze od działań innych					
14	Jestem zbyt skromny.					
15	Nie mam celu w życiu.					

16	Wielu ma złe zdanie o mnie.					
17	Nie mam nikogo, z kim mógłbym podzielić się myślami.					
18	Ludzie za wiele oczekują ode mnie.					
19	Ludzie zazwyczaj nie interesują się moimi osiągnięciami.					
20	Łatwo się peszę.					
21	Czuję, że wielu nie rozumie mnie.					
22	Czuję się zagrożony.					
23	Często denerwuję się niepotrzebnie.					
24	Czuję się źle, kiedy wchodzę do sali pełnej ludzi.					
25	Czuję się skrępowany.					
26	Czuję, że ludzie mówią o mnie za moimi plecami.					
27	Jestem przekonany, że innym wiedzie się lepiej.					
28	Mam poczucie winy, że przynoszę pecha innym ludziom.					
29	Denerwuje mnie, kiedy zaczynam się zastanawiać nad tym, jaki stosunek mają do mnie inni.					
30	Nie jestem towarzyski.					
31	W sporach odzywam się tylko wtedy, kiedy wiem, że mam rację.					
52	Wciąż myślę o tym, czego oczekują ode mnie inni					

13.2.10. Kwestionariusz CISS

Wstaw znak X w odpowiedniej kolumnie, pod cyframi od 1-5 przy każdym stwierdzeniu. Określ w ten sposób, jak bardzo angażujesz się w te czynności, gdy znajdujesz się w trudnej, przykrej, stresującej sytuacji związanej z chorobą skóry twojego dziecka.

- 1 - nigdy
- 2 - bardzo rzadko
- 3 - czasami
- 4 - często
- 5 - bardzo często

L.p.	Treść twierdzenia	1	2	3	4	5
1.	Lepiej planuję swój czas					
2.	Koncentruję się na problemie i zastanawiam się, jak mogę go rozwiązać					
3.	Myślę o czasach gdy było mi lepiej					
4.	Staram się przebywać z innymi ludźmi					
5.	Oskarżam się o zwleknięcie					
6.	Robię to, co uważam za najlepsze					
7.	Jestem skupiony na swoich dolegliwościach fizycznych					
8.	Winie siebie, że wpadłem w taką sytuację					
9.	Włóczę się po sklepach					
10.	Ustalę, co w danej sytuacji jest najważniejsze					
11.	Staram się zasnąć					
12.	Objadam się ulubioną potrawą					
13.	Niepokoję się, że sobie nie poradzę					
14.	Staję się bardzo napięty					
15.	Myślę jak rozwiązałem podobny problem w przeszłości					
16.	Wmawiam sobie, że to w rzeczywistości nie dzieje się mnie					
17.	Winie siebie, że zbyt tym się przejmuję					
18.	Idę coś zjeść na mieście					
19.	Staję się bardzo przygnębiony					

20.	Kupuję coś sobie					
21.	Wyznaczam sobie kierunek działania i postępuję zgodnie z nim					
22.	Obwiniam się za to, że nie wiem co robić					
23.	Idę się bawić					
24.	Staram się zrozumieć sytuację					
25.	„Zastygam w bezruchu' ' i nie wiem co robić					
26.	Podejmuję natychmiast właściwe działania					
27.	Analizuję sytuację i uczę się na własnych błędach					
28.	Żałuję, że nie mogę zmienić tego, co się stało lub tego, co odczułem w związku z tym					
29.	Odwiedzam przyjaciela					
30.	Martwię się, jak sobie z tym poradzę					
31.	Spędzam czas z bliską osobą					
32.	Wychodzę na spacer					
33.	Wmawiam sobie, że to się więcej nie powtórzy					
34.	Skupiam się na swoich ogólnych brakach					
35.	Rozmawiam z kimś, kogo rady sobie cenię					
36.	Analizuję problem zanim zacznę działać					
37.	Dzwonię do kolegi lub do koleżanki					
38.	Wpadam w złość					
39.	Zmieniam kolejność spraw do załatwienia					
40.	Oglądam film					
41.	Dążę do kontrolowania sytuacji					
42.	Podejmuję dodatkowy wysiłek, aby załatwić sprawę					
43.	Podchodzę do problemu z różnych stron					
44.	„ Robię sobie wolne", by uciec od problemu					
45.	Wyładowuję się na innych					
46.	Wykorzystuję sytuację, aby udowodnić, że potrafię tego dokonać					
47.	Staram się tak zorganizować sprawy, aby zapanować nad sytuacją					
48.	Oglądam telewizję					

13.2.11. Wersja polska GSES, R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń odnoszących się do różnych cech osobistych. Po przeczytaniu każdego stwierdzenia należy zdecydować, czy w stosunku do siebie są one prawdziwe czy fałszywe.

	Problem	Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak
1	Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, Jeśli tylko wystarczająco się postaram				
2	Nawet, gdy ktoś mi się sprzeciwia jestem w stanie znaleźć sposób na osiągnięcie tego czego chce				
3	Z łatwością potrafię trzymać się swoich celów i je osiągać				
4	Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z nieoczekiwanymi zdarzeniami				
5	Dzięki swojej pomysłowości i zaradności wiem jak sobie porazić z nieprzewidywanymi sytuacjami				
6	Jestem w stanie rozwiązać większość problemów, jeśli tylko włożę w to odpowiednio dużo wysiłku				
7	Kiedy zmagam się z przeciwnościami, jestem w stanie zachować spokój, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie				
8	Kiedy zmagam się z jakimś problemem, to zazwyczaj jestem w stanie znaleźć kilka sposobów jego rozwiązania				
9	Gdy mam kłopoty, to zazwyczaj jestem w stanie wymyślić sposób, jak z nich wyjść				
10	Zazwyczaj jestem w stanie poradzić sobie z tym, co mnie spotyka				

13.2.12. Skala Kontroli Emocji, CECS - *Courtauld Emotional Control Scale*

Wczuwając się w stan opisany w trzech poniższych zdaniach, należy w każdej z siedmiu odpowiedzi zaznaczyć, wstawiając znak X w krateczce pod odpowiednią cyfrę odzwierciadlającą Państwa zachowanie

		prawie nigdy 1	2	3	prawie zawsze 4
Kiedy jestem rozgniewany (bardzo poirytowany), to:					
1	jestem cicho				
2	okazuję to				
3	tlumię gniew				
4	mówię to co czuję				
5	unikam robienia scen				
6	tlumię swoje uczucia				
7	ukrywam swoje zirytowanie				
Kiedy czuję się nieszczęśliwy (przygnębiony), to:					
1	robię coś, aby to zmienić				
2	ukrywam swoje przygnębienie				
3	robię dobrą minę do zlej gry				
4	jestem cicho				
5	pokazuję innym co czuję				
6	tlumię swoje uczucia				
7	tlumie swoje przygnębienie				
Kiedy jestem przestraszony (zatrwożony), to:					
1	pokazuje innym co czuję				
2	jestem cicho				
3	nic na ten temat nie mówię				
4	opowiadam innym wszystko na ten temat				
5	mówię to co czuję				
6	tlumię swój strach				
7	tlumię swoje uczucia				

Proszę jeszcze raz sprawdzić, czy zostały udzielone odpowiedzi na wszystkie pytania.

Dziękuję za wypełnienie ankiety