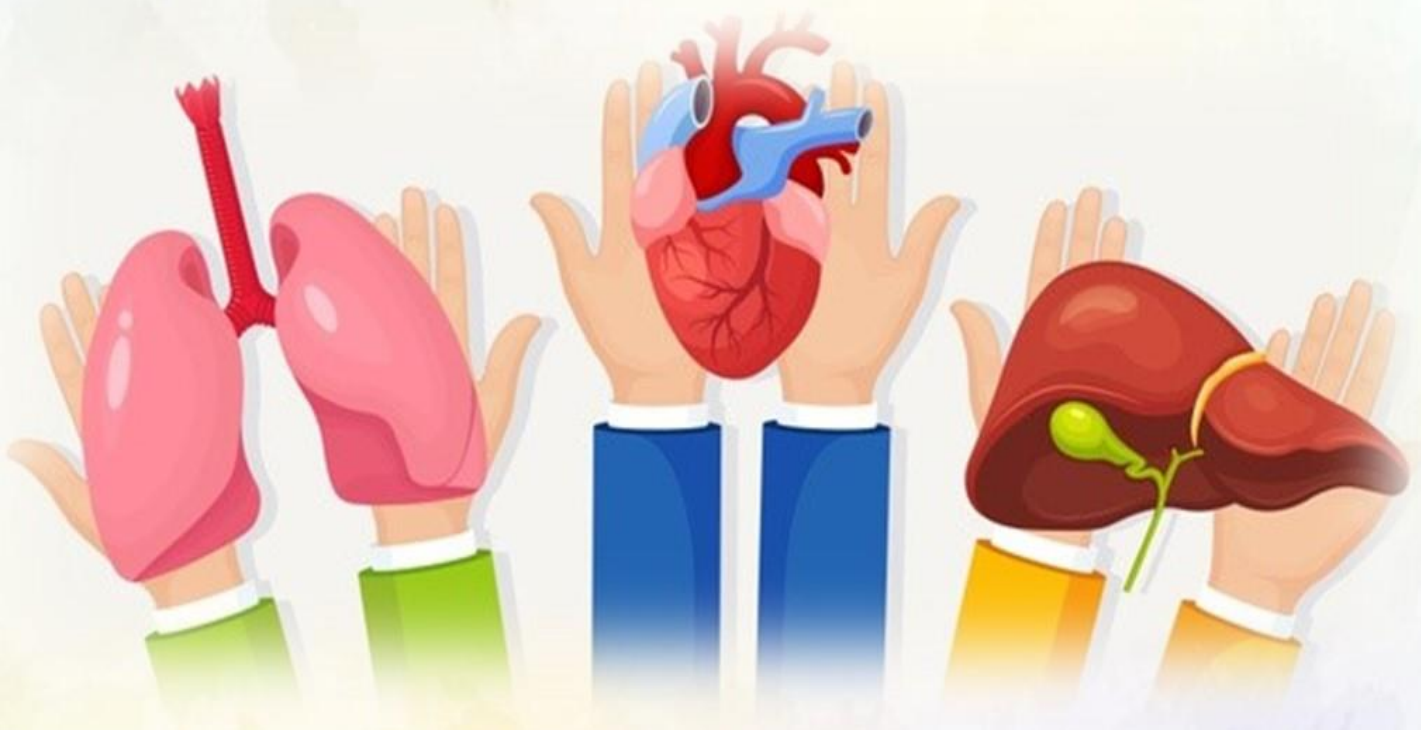


# **STRES I WYPALENIE ZAWODOWE U CZŁONKÓW ZESPOŁU TRANSPLANTACYJNEGO**

*Dr n. o zdr. Paweł Piszcz*

*Dr n. med. Anna Ślifirczyk*

*Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak*





**STRES I WYPALENIE ZAWODOWE  
U CZŁONKÓW ZESPOŁU  
TRANSPLANTACYJNEGO**



Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



# **STRES I WYPALENIE ZAWODOWE U CZŁONKÓW ZESPOŁU TRANSPLANTACYJNEGO**

Dr n. o zdr. Paweł Piszcz  
Dr n. med. Anna Ślifirczyk  
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Białystok 2021

## **Recenzenci monografii**

**Prof. dr hab. n. med. Jolanta Małyszko**

Katedra i Klinika Nefrologii, Dializoterapii i Chorób Wewnętrznych  
Warszawski Uniwersytet Medyczny

**Dr hab. n. o zdr. Dorota Talarska**

Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej  
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ISBN – 978-83-960390-8-8

Wydanie I

Białystok 2021

Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy doktorskiej  
dr n. o zdr. Pawła Piszczaka.

Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów  
naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.

Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk:

"Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

*Najlepszą bronią przeciwko stresowi  
jest umiejętność wyboru jednej myśli ponad inną*  
William James





## WYKAZ AUTORÓW

**Dr n. o zdr. Paweł Piszcz**

Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

**Dr n. med. Anna Ślifirczyk**

Zakład Ratownictwa Medycznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Państwowa Szkoła Wyższa im. Papieża Jana Pawła II w Białej Podlaskiej

**Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kulak**

Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku



## WYKAZ SKRÓTÓW

|              |   |
|--------------|---|
| <b>ACZ</b>   | angażowanie się w czynności zastępcze   |
| <b>APPS</b>  | <i>Assessment of Personal and Professional Satisfaction</i><br>Ocena poziomu satysfakcji osobistej i zawodowej                          |
| <b>APS</b>   | <i>Assessment of Professional Stressors</i><br>Ocena zawodowych czynników stresu  |
| <b>AVEM</b>  | <i>Arbeitsbezogenes Verhaltens und Erlebensmuster</i><br>Kwestionariusz do badania indywidualnych wzorców zachowań i przeżyć            |
| <b>BMT</b>   | <i>Bone Marrow Transplant</i><br>przeszczep szpiku kostnego   |
| <b>BMTU</b>  | <i>Bone Marrow Transplant Unit</i><br>jednostka transplantacji szpiku kostnego  |
| <b>BSI</b>   | <i>Brief System Inventory</i><br>Test oceny zaburzeń psychicznych   |
| <b>CECS</b>  | <i>Courtauld Emotional Control Scale</i><br>Skala Kontroli Emocji   |
| <b>CESDS</b> | <i>Centers for Epidemiological Studies Depression Scale</i><br>Centra badania skali depresji w badaniach epidemiologicznych             |
| <b>CISS</b>  | <i>The Coping Inventory for Stressful Situations</i><br>Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych                           |
| <b>CORE</b>  | <i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation</i><br>Wyniki kliniczne w rutynowej ocenie   |
| <b>DEP</b>   | poziom depersonalizacji   |
| <b>DMI</b>   | <i>Defense Mechanism Inventory</i><br>Zasoby mechanizmów obronnych  |
| <b>DSM</b>   | <i>Diagnostic and statistical manual of mental disorders</i><br>Diagnostyczny i statystyczny podręcznik zaburzeń psychicznych           |
| <b>EEX</b>   | poziom wyczerpania emocjonalnego  |
| <b>EPJSI</b> | <i>Emergency Physicians Job Satisfaction Instrument</i><br>Narzędzie do pomiaru satysfakcji zawodowej pracowników pogotowia ratunkowego |
| <b>FAS</b>   | <i>Familly Affluence Scale</i><br>Skala rodzinnych wpływów  |

## WYKAZ SKRÓTÓW

|                |   |
|----------------|---|
| <b>GADS</b>    | <i>Goldberg's Anxiety and Depression Scales</i><br>Skale pomiaru niepokoju i depresji Goldberga   |
| <b>GAS</b>     | <i>general adaptation syndrom</i><br>Ogólny zespół adaptacyjny  |
| <b>GHQ-12</b>  | <i>General Health Questionnaire-12</i><br>Ogólna ankieta zdrowotna 12   |
| <b>GSES</b>    | <i>Generalized Self-Efficacy Scale</i><br>Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności  |
| <b>GSI</b>     | <i>Global Severity Index</i><br>Globalny wskaźnik zagrożenia  |
| <b>HCT</b>     | <i>Hematopoietic Cell Transplantation</i><br>Przeszczep komórek krwiotwórczych  |
| <b>ICD-10</b>  | <i>International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems</i><br>Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 |
| <b>KJCQ</b>    | <i>Karasek's Job Content Questionnaire</i><br>Ankieta zadowolenia z pracy Karaska   |
| <b>LAS</b>     | <i>local adaptacion syndrom</i><br>lokalny zespół adaptacyjny   |
| <b>LBQ</b>     | <i>Link Burnout Questionnaire</i><br><i>Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego</i>   |
| <b>MBI</b>     | <i>Maslach Burnout Index</i><br>Wskaźnik wypalenia zawodowego Maslach   |
| <b>NA</b>      | <i>not applicable</i><br>nie dotyczy  |
| <b>NR</b>      | <i>not reported</i><br>nie zgłoszony  |
| <b>OAIIT</b>   | Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii  |
| <b>OM</b>      | <i>Outcome Measure</i><br>Miara wyniku  |
| <b>P&amp;A</b> | <i>Pines and Aronson</i><br>Pines i Aronson [nazwiska autorów opracowań na temat wypalenia zawodowego]  |

## WYKAZ SKRÓTÓW

|               |  |
|---------------|--|
| <b>PAR</b>    | poziom utraty poczucia osiągnięć osobistych  |
| <b>PKT</b>    | poszukiwanie kontaktów towarzyskich  |
| <b>PMS</b>    | <i>Profile of Mood States</i><br>Profil stanów nastroju  |
| <b>PSSM</b>   | <i>Psychological State of Stress Measures</i><br>Test pomiaru stresu i stanu psychologicznego                |
| <b>PTDS</b>   | <i>posttraumatic stress disorder</i><br>Zespół stresu pourazowego  |
| <b>RDAS</b>   | <i>Revised Dyadic Adjustment Scale</i><br>Poprawiona skala regulacji relacji między dwiema osobami           |
| <b>SAPS</b>   | <i>Simplified Acute Physiology Scale</i><br>Uproszczona skala oceny ostrych zaburzeń funkcji fizjologicznych |
| <b>SCI</b>    | <i>Surgeon Coping Inventory</i><br>Sposoby radzenia sobie z problemami przez chirurga                        |
| <b>SERI</b>   | <i>Siebert's Effort-Reward Imbalance</i><br>Brak równowagi między wysiłkiem i nagrodą Sieberta               |
| <b>SPSK 1</b> | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1   |
| <b>SPSK 4</b> | Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4   |
| <b>SRPHS</b>  | <i>Self-reported Physical Health Scale</i><br>Własna skala zdrowia fizycznego                                |
| <b>SRRS</b>   | <i>Social Readjustment Rating Scale</i><br><i>Skala Holmesa i Rahe'a</i>                                     |
| <b>SSE</b>    | styl skoncentrowany na emocjach  |
| <b>SSS</b>    | <i>Spousal Support Survey</i><br>Test wsparcia małżeńskiego  |
| <b>SSU</b>    | styl skoncentrowany na unikaniu  |
| <b>SSZ</b>    | styl skoncentrowany na zadaniu   |
| <b>SWLS</b>   | <i>Satisfaction with Life Scale</i><br>Skala Satysfakcji z Życia   |
| <b>T.O.</b>   | <i>Their Own Questionnaire</i><br>Ankieta własna   |

|              |  |
|--------------|--|
| <b>TCQ</b>   | <i>The Coping Questionnaire</i><br>Ankieta dotycząca rozwiązywania problemów                       |
| <b>UE</b>    | Unia Europejska  |
| <b>USA</b>   | <i>United States of America</i><br>Stany Zjednoczone Ameryki                                       |
| <b>WHO</b>   | <i>World Health Organization</i><br>Światowa Organizacja Zdrowia                                   |
| <b>WJS</b>   | <i>Warr's Job Satisfaction</i><br>Satysfakcja zawodowa Warra                                       |
| <b>WOCCQ</b> | <i>Working Conditions and Control Questionnaire</i><br>Ankieta dotycząca warunków i kontroli pracy |

**SPIS TREŚCI**

|   |     |
|---|-----|
| <b>Wstęp</b>  | 15  |
| <b>Pojęcie stresu i jego rodzaje</b>  | 17  |
| <b>Stres w pracy</b>  | 21  |
| <b>Źródła stresu charakterystyczne dla zawodu lekarza i pielęgniarki</b>                          | 24  |
| <b>Podstawy pracy zespołu transplantacyjnego</b>  | 28  |
| <b>Syndrom wypalenia zawodowego - wprowadzenie</b>  | 30  |
| <b>Wypalenie zawodowe - definicje i pojęcia</b>   | 34  |
| <b>Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego</b>  | 54  |
| <b>Wypalenie zawodowe a zaburzenia psychiczne</b>   | 60  |
| <b>Wypalenie zawodowe u lekarzy i pielęgniarek</b>  | 62  |
| <b>Podstawy zapobiegania i postępowania terapeutyczno – profilaktycznego</b>                      | 73  |
| <b>Założenia i cel pracy</b>  | 77  |
| <b>Metody zastosowane w pracy</b>   | 80  |
| <b>Charakterystyka badanej zbiorowości</b>  | 92  |
| <b>Ocena warunków pracy</b>   | 96  |
| <b>Poziom zadowolenia z życia (SWLS) badanych osób</b>  | 109 |
| <b>Poziom wypalenia zawodowego</b>  | 111 |
| <b>Poziom stresu (SRRS)</b>   | 114 |
| <b>Kontrola emocji (CECS)</b>   | 115 |
| <b>Sposoby radzenia sobie ze stresem (CISS)</b>   | 117 |
| <b>Poczucie własnej skuteczności (GSES)</b>   | 120 |
| <b>Skala zamożności rodziny (FAS)</b>   | 121 |
| <b>Wpływ wybranych czynników na ocenę psychometryczną pracowników zespołów transplantacyjnych</b> | 123 |
| <b>Poziom wypalenia zawodowego a inne miary psychometryczne</b>                                   | 142 |
| <b>Dyskusja</b>   | 148 |
| <b>Podsumowanie wyników</b>   | 164 |
| <b>Wnioski i postulaty</b>  | 168 |
| <b>Piśmiennictwo</b>  | 170 |





## WSTĘP

*Stres jest stanem dynamicznym, w którym dana jednostka ma do czynienia z okazją, z ograniczeniem lub z żądaniem, mającym związek z tym, czego pragnie i co uważa zarazem za niepewne i ważne.*  
(Stephen P. Robbins)

Stres w pracy jest dla wielu codziennością, choć niewiele osób potrafi podejść do niego świadomie i nie dać się opanować irracjonalizmom, do których powstawania się przyczynia. Ważne jest, by na każde zdarzenie mogące wywoływać stres spojrzeć z odpowiedniej perspektywy, ocenić właściwie jego prawdziwe zagrożenie, a następnie wybrać jedną z metod poradzenia sobie z nim [1].

Niezależnie od rodzaju sytuacji powinno się minimalizować czynnik stresu, ponieważ w dużym stopniu wpływa on na pracę jednostki i całego zespołu. Uświadomienie sobie własnej reakcji stresowej oraz opisanie jej charakterystycznych cech pozwala natomiast na dobór środków pomocnych w jej zneutralizowaniu [1].

Stres zawodowy, to brak wzajemnego dostosowania się między pracownikiem, a jego środowiskiem pracy, będący wynikiem zmęczenia, nadmiernego obciążenia psychofizycznego, podejmowania wielu trudnych decyzji oraz działania pod presją czasu i terminów [2].

W badaniu Eurobarometru Komisji Europejskiej stwierdzono, że 53% pracowników uważało stres doświadczany w miejscu pracy za główne zagrożenie dla bezpieczeństwa pracy i zdrowia, a 27% pracowników wskazało, że praca spowodowała lub pogłębiła, w ciągu ostatnich 12. miesięcy, ich „stres, depresję, niepokój” [3].

Na stres związany z pracą narażeni są wszyscy pracownicy, ale są grupy szczególnego ryzyka, w tym: osoby młode, w podeszłym wieku, o krótkim stażu pracy w danej firmie, podejmujące swoje pierwsze zatrudnienie, osoby, których predyspozycje, wiedza, umiejętności i doświadczenie zawodowe są niewielkie lub niedostosowane do wykonywanych obowiązków, osoby wrażliwe i osoby dominujące, dążące do osiągnięć, rywalizujące, działające w pośpiechu, niecierpliwie oraz osoby doświadczające problemów i trudności poza pracą [4].

W wyniku przewlekłego stresu mogą rozwijać się liczne patologie somatyczne (w tym choroba niedokrwienne mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu, zaburzenia układu trawiennego, dolegliwości układu mięśniowo - szkieletowego, zaburzenia

depresyjne, nerwicowe, zaburzenia snu) oraz zmniejszenie odporności immunologicznej, prowadzące do powstania chorób wirusowych, bakteryjnych, degeneracyjnych, a także nowotworowych [5].

Przewlekły stres może doprowadzić także do zespołu przewlekłego zmęczenia i tzw. wypalenia zawodowego [6].

Zespół wypalenia zawodowego rozwija się w wyniku interakcji między środowiskiem pracy (wysokie wymagania, mały wpływ, małe wsparcia), a indywidualnymi cechami osobowości (biologiczna podatność na stres połączona z umiejętnościami budowania relacji społecznych i tworzeniu wspomagającego środowiska, z tolerancją na frustrację i możliwościami poznawczymi) [6].

Członkowie zespołów transplantacyjnych wykonują pracę, która wiąże się z ogromną odpowiedzialnością i stresem. Kontakt z osobami oczekującymi na przeszczepienie i jednocześnie z rodzinami potencjalnych zmarłych dawców nie jest dla tych osób łatwy i obciąża ich psychicznie. Poza tym już sama gotowość do pracy przez całą dobę, tydzień, przez cały czas, kosztuje dużo wyrzeczeń, także osobistych. Jest to praca ciekawa, ale jednocześnie bardzo emocjonująca, niosąca za sobą ryzyko wypalenia zawodowego. Pamiętać należy, że zespół wypalenia zawodowego uwarunkowany jest nie tylko wykonywanym zawodem, poziomem stresu w miejscu pracy, ale także różnicami indywidualnymi, w tym czynnikami osobowości [7].

## POJĘCIE STRESU I JEGO RODZAJE

*Stres jest jak kajdanki, tyle że noszone w sercu.*

*Helmut Qualtinger*

Stres jest pojęciem tak powszechnym, że trudno wyobrazić sobie bez niego codzienne funkcjonowanie człowieka, a wręcz można stwierdzić, że jest on obecny nieustannie w życiu każdego człowieka, ponieważ niemal każdy, na pewnym etapie swojego życia, doznał lub dozna uczucia „zestresowania” [8, 9].

Stres jest bardzo często utożsamiany z odczuwaniem lęku, gniewu, niepokoju, a więc emocjami wywołanymi określoną sytuacją, w której jednostka odczuwa silne zagrożenie lub została czegoś pozbawiona. Odbierany jest jako stan, którego należy unikać, ponieważ powoduje nieprzyjemne emocje. Pomimo tego, że odczucie to jest powszechnie obecne, nie oddaje ono w pełni istoty stresu, który polega na przystosowawczym charakterze reakcji organizmu. Wiele nauk zajmujących się problemem stresu, tj. medycyna, socjologia, psychologia, ekonomia, nauki pedagogiczne, ma problemy z jednoznaczną definicją pojęcia stresu, zaburzeń zachowania, czy też powstawania różnego rodzaju chorób stresopochodnych lub psychosomatycznych [8].

### **Stres biologiczny wg koncepcji H. Selyego**

Pojęcie stresu wprowadzone zostało w obszar badań nad człowiekiem, w latach 30. XX wieku, przez Selyego - słynnego kanadyjskiego endokrynologa, według którego stres to stan organizmu objawiający się zespołem ogólnej adaptacji, składającym się ze wszystkich niespecyficznych zmian, wywołanych działaniem różnorodnych przyczyn. Uważał on, że życie bez stresu to śmierć, a mobilizacja organizmu wywołana stresem - to forma przystosowania się i sprostania nowym wymaganiom [9, 10].

Stres może być również szansą na rozwój działań osobistych zmierzających do wykorzystania już posiadanych i rozwijania nowszych, skuteczniejszych metod zaradczych [8].

Taka reakcja organizmu, pod postacią uaktywniania energii potrzebnej do pokonania różnorodnych przeszkód, barier i wymagań, bez względu na to, czy towarzyszą jej przykre, czy przyjemne odczucia, nazywana jest stresem lub dystresem [8, 11].

Bez względu na to, jakie wymagania stoją przed organizmem, uruchamiany jest ten sam wzorzec reakcji – swoista i w znacznym stopniu nieświadoma odpowiedź, będąca przystosowaniem organizmu do wydatkowania większej ilości energii [8, 11].

Zdarzają się również takie sytuacje, w których poziom mobilizacji organizmu jest zbyt intensywny i zamiast pomagać w pokonywaniu zadań, wręcz utrudnia właściwe zachowanie człowieka i bardzo często może być dla niego również szkodliwy. Stres zaczyna obciążać mechanizmy samoregulacji i trwając przez długi czas doprowadza do zaburzeń na poziomie fizjologicznym [8].

Uważa się, że funkcją stresu jest umożliwienie jednostce takich przekształceń w jej relacjach z otoczeniem, aby sytuacja przestała powodować napięcie, bowiem to właśnie wzrost napięcia jest pierwszym sygnałem stresu [8].

Selye, w swojej koncepcji stresu biologicznego pojęcie to definiuje jako stan, który przejawia się swoistym zespołem, w skład którego wchodzi wszystkie nieswoiste zmiany w układzie biologicznym, będące sumą wszystkich różnorodnych procesów przystosowawczych, zachodzących w określonym czasie w organizmie [9]. Jako przykład stresorów wymienia się nie tylko bodźce fizyczne takie jak: hałas, wysoka temperatura, zimno, ale również zjawiska biofizyczne, tj. zatrucia, infekcje, urazy mechaniczne oraz zjawiska o charakterze psychologicznym: radość, cierpienie, napięcie emocjonalne [11, 12]. Przedstawia się również stres jako proces dynamiczny przebiegający w trzech stadiach [9, 11, 12, 13]:

- ✓ Reakcji alarmowej - w czasie, której następuje aktywacja mechanizmów obronnych ustroju oraz pobudzenie struktur układu hormonalnego i nerwowego; gdy działa mechanizm nazwany „lokalnym zespołem adaptacyjnym” (*LAS – local adaptacion syndrom*).
- ✓ Odporności - polega na wystąpieniu „ogólnego syndromu adaptacyjnego” (*GAS – general adaptation syndrom*), tzn. takiego działania organizmu, mającego na celu neutralizację, lokalizację i likwidację czynnika zagrażającego czyli stresora.
- ✓ Wyczerpania - pojawia się, jako wynik niepowodzenia prób podjętych przez organizm w celu zaadoptowania się do nowych wymagań i sytuacji. Najbardziej charakterystyczną cechą tego stadium jest uogólnione pobudzenie organizmu prowadzące do załamania mechanizmów adaptacyjnych ustroju.

Mobilizacja organizmu jest mechanizmem o charakterze autonomicznym, na co składa się szeroki zakres zmian biochemicznych i reakcji nerwowych, a za pośrednictwem

tego wzorca reakcji dochodzi do krótko- lub długotrwałych zmian w stanie zdrowia jednostki i zakłóceń w jej działaniu [14].

Stres jest zjawiskiem bardzo złożonym i wspomniane reakcje somatyczne i fizjologiczne ukazują zaledwie jeden z aspektów tego zjawiska. Stresory niosące cierpienie i dezintegrację psychiczną określane są pojęciem „zły stres” (*badstress*) i „dystres” (*distress*), natomiast motywujące człowieka do osiągnięć życiowych i wysiłku - pojęciem „dobrego stresu” (*goodstress*) lub „eustresu” (*eustress*) [9, 15].

Stres, jak już wspomniano, jest nieuchronny i niekoniecznie zawsze szkodliwy. Dalszy wątek dotyczyć będzie psychologicznych koncepcji stresu opisanych w kolejnych rozdziałach.

### **Stres psychologiczny wg transakcyjnej teorii stresu R. Lazarusa**

Stres psychologiczny różni się pod wieloma względami od stresu w ujęciu biologicznym. Richard S. Lazarus, profesor psychologii na Uniwersytecie Kalifornijskim w Berkeley (USA) zauważył, że istotą zjawiska stresu psychologicznego u człowieka, w przeciwieństwie do stresów charakterystycznych dla zwierząt, jest zdolność antycypacji, czyli planowania oraz przewidywania przyszłych zdarzeń [16].

Stres psychologiczny jest szczególnym rodzajem relacji między otoczeniem, a człowiekiem. Wspomniane otoczenie jest oceniane, jako nadwyrężające i zagrażające dobru człowieka. Podkreśla się (transakcyjna teoria stresu), że nie tylko otoczenie wpływa na osobę (jak w związku bodziec-reakcja), lecz także osoba oddziałuje na otoczenie [13, 16].

Określając stres psychologiczny, jako stan organizmu wywołany działaniem czynników wewnętrznych, Lazarus interesował się najbardziej różnicami indywidualnymi w radzeniu sobie ze stresem oraz różnorodnością zagrożeń. Podstawowym mechanizmem psychologicznym, odpowiedzialnym za różnice indywidualne jest ocena poznawcza zagrożenia, która jest rozumiana jako mechanizm oceniający i interpretujący zdarzenia [15].

Przyjmując założenie, że emocje są rezultatem aktywności poznawczej wyróżnia się dwa rodzaje oceny poznawczej: pierwotną i wtórną [13, 15].

**Ocena pierwotna** - jest procesem oceniającym, czy docierający do mózgu bodziec jest stresorem bądź nie. Bodźce pozytywne, nieszkodliwe lub obojętne - można oceniać jako niezagrażające. Jeśli natomiast dana sytuacja została oceniona jako stresor - powstający stan napięcia wywołuje określone procesy psychofizyczne i stany emocjonalne [13, 15].

Wyróżnia się trzy rodzaje stresorów [13, 15]:

- ✓ krzywda lub strata - kategoria ta odnosi się do powstałej już szkody lub urazu, np. w przypadku śmierci bliskiej osoby, utraty poczucia sensu życia;
- ✓ zagrożenie - może odnosić się do takich samych przeszkód, ale które nie miały jeszcze miejsca, tzn. nie wystąpiły a są prawdopodobne;
- ✓ wyzwanie - wskazuje na ocenę własnych możliwości opanowania stresowej sytuacji.

Stres psychologiczny odnosi się również do konfliktów międzyludzkich, które według oceny danej osoby przekraczają i wyczerpują jej możliwości. Pierwotna ocena poznawcza decyduje o rodzaju reakcji emocjonalnej na inną transakcję. Mogą na nią także oddziaływać zmiany w relacji człowiek - otoczenie, a działa to na zasadzie sprzężenia zwrotnego co zostało nazwane „poznawczym przewartościowaniem” [13, 15].

**Ocena wtórna** – to możliwość wartościowania zasobów radzenia sobie ze stresem. Umiejętność radzenia sobie ze stresem może przybierać dwie formy działań:

- ✓ służących zwalczaniu stresu, gdzie cechą wspólną jest ich efektywność, tzn. że za ich pomocą osiąga się uprzednie cele, mimo działania stresu;
- ✓ o charakterze obronnym, gdzie cechą wspólną reakcji obronnych przed stresem jest ich mała skuteczność. Formy tych reakcji mogą być różne, począwszy od ucieczki i wycofania, poprzez agresję, aż do różnych czynności polegających na nadawaniu rzeczywistości nowego znaczenia [13, 15].

Kluczową właściwością stresu psychologicznego, różnicującą ją od stresu biologicznego, jest jego powiązanie z szeregiem czynności poznawczych jednostki. Zgodnie z koncepcją Lazarusa, o stresie psychologicznym mówimy, gdy jednostka uzna interakcję między sobą, a środowiskiem za zagrażającą. Musi więc dojść do dysproporcji pomiędzy wymaganiami środowiska, a możliwościami ich spełnienia [15, 16].

## STRES W PRACY

*Rzeczywistość jest wiodącą przyczyną stresu wśród tych,  
którzy pozostają z nią w kontakcie.*

*Jane Wagner*

Pracą w kontekście zjawiska społecznego, zajmuje się wiele dyscyplin naukowych tworząc odrębne jej definicje.

Pracę można np. zdefiniować, jako każdą celową czynność prowadzącą do zaspokojenia dowolnych potrzeb ludzkich, posiadającą społeczną doniosłość oraz zapewniającą określoną pozycję w społeczeństwie jednostkom i grupom, które ją wykonują [17].

Z kolei pracą zawodową nazywa się wykonywanie stale lub systematycznie czynności, które opierają się na określonych kwalifikacjach oraz stanowiąc podstawę utrzymania i pozycji społecznej jednostki [18]. W ujęciu szerszym na pracę zawodową składają się nie tylko czynności zawodowe, ale także warunki sanitarno-higieniczne, lokalowe, wyposażenie zakładu pracy w odpowiednią ilość i jakość zasobów rzeczowych, ludzkich oraz organizacja i środowisko pracy [18].

Środowisko pracy, wg Dobrowolskiej, obejmuje przede wszystkim zbiorowość pracowników wykonujących ten sam zawód (zakład pracy), powiązanych z daną jednostką stosunkami formalnymi lub nieformalnymi oraz ludzi, z którymi dana jednostka styka się z tytułu swojej pracy zawodowej, a zwłaszcza z tych z którymi bezpośrednio pracuje (pacjenci, ich rodzina). W tym ujęciu środowiskiem pracy jest np. szpital [18, 19].

Zainteresowanie pracą przez psychologów istnieje i rozwija się od dawna, równoległe z rozwojem innych nauk. Przedmiotem badań psychologii pracy jest subiektywny kształt procesów psychicznych, mających decydujący wpływ na funkcjonowanie człowieka w środowisku pracy (wśród warunków, zadań i innych ludzi realizujących określone cele) [14].

Zajmująca się od wielu lat problematyką człowieka w środowisku pracy Kamey zauważa, że bez znajomości takich zjawisk jak: „co i jak postrzega pracownik”, „jak dokonuje ocen”, „jakie podejmuje decyzje”, „jak działa”, trudno jest przewidzieć i zrozumieć jego zachowania [14].

W badaniach nad higieną i profilaktyką zdrowotną w miejscu pracy, zwłaszcza w psychologii pracy, ważną rolę odgrywa pojęcie stresu. Celem takich badań było wykazanie jakie czynniki i które stanowiska pracy są najbardziej zagrażające dla zdrowia pracowników. Analizie poddano w nich relacje zachodzące między zadaniem i warunkami w pracy, a funkcjonowaniem jednostki w pracy zawodowej [14].

W koncepcji Copera i Marshalla, dotyczącej modelu rozwoju zmian patologicznych u człowieka, można znaleźć pięć podstawowych źródeł stresu w pracy powiązanych związane [19, 20]:

- ✓ ze strukturą organizacyjną i klimatem pracy (uczestnictwo w podejmowaniu decyzji i organizacji pracy, komunikacja, zaufanie w obrębie pracy);
- ✓ z rozwojem kariery (awansowanie niezgodne z możliwościami i kompetencjami, niepewność pracy, utrudnienia w realizacji ambicji);
- ✓ z pełnieniem ról w pracy (poziom odpowiedzialności, konflikt ról, niejednoznaczność ról);
- ✓ z interpersonalnym stosunkiem z podwładnymi, zwierzchnikami, czy kolegami;


oraz

- ✓ właściwe tylko dla pracy, takie jak przeciążenie lub niedociążenie pracą, praca zmianowa, presja czasowa, praca monotypowa, właściwości materialne środowiska pracy.

Autorzy tej koncepcji uznali za oczywiste i nie budzące wątpliwości założenie, że warunki pracy są głównymi czynnikami stresu. Przyczyny stresu wchodzi w ich opinii interakcje z cechami indywidualnymi pracownika, np. wzorem zachowania, lękiem, cechami osobowości, stylami radzenia sobie, wykształceniem i doświadczeniami osobistymi. Zachodzące interakcje powodują u pracownika niezdrowe zachowania, typu zwiększone ilości spożywanego alkoholu, nadmierne palenie papierosów, obniżony nastój, co prowadzi do pogorszenia stanu zdrowia w aspekcie fizycznym i psychicznym. Na poziomie organizacji wzajemne oddziaływanie czynników psychospołecznych na zdrowie pracownika objawia się pogorszeniem jakości pracy, popełnianiem błędów, rotacją pracowników [19, 20].

Wszystkie z wymienionych wcześniej czynników mogą stać się stresorami, niezależnie od jej rodzaju dlatego nazywane są stresorami niespecyficznymi. Jednak każdy zawód posiada swoją odmienność, a co za tym idzie inną grupę stresorów, charakterystycznych tylko dla tego zawodu lub dla grupy zawodów pokrewnych. W literaturze przedmiotu zagrożenia zawodowe najczęściej rozpytywane są na trzech poziomach – inżynierskim (zakłada, że stres wynika ze





szkodliwych właściwości środowiska pracy), fizjologicznym (informuje, że stres jest reakcją pracownika na zagrażające lub szkodliwe środowisko pracy) i psychologicznym (określane jest jako interakcja, zachodząca między środowiskiem pracy a pracownikiem) [20].

## ŹRÓDŁA STRESU CHARAKTERYSTYCZNE DLA ZAWODU LEKARZA I PIEŁĘGNIARKI

*Jeśli naprawdę chcesz uciec od rzeczy,  
które Cię zadręczają, to czego potrzebujesz  
to nie znaleźć się w innym miejscu, ale być inną osobą.  
Seneka*

Ze specyfiki zawodów lekarza i pielęgniarki wynika, iż natężenie stresu w ich pracy jest ogromne. Uzależnione jest to jednak od miejsca pracy, zajmowanego stanowiska w strukturze organizacyjnej i specyfiki placówki, jednak podstawowe źródła stresu występują w pracy niezależnie od wymienionych wcześniej uwarunkowań pokrewnych [21].

Przyczyny stresu zawodowego występują w przypadku [19, 21]:

- ✓ pracy wymagającej dużego zaangażowania i ogromnej odpowiedzialności koniecznej do wykonania zadania,
- ✓ braku swobodnego wyboru sposobu realizacji, prowadzącego do wzrostu napięcia, oraz zaburzeń w realizacji potrzeby wpływu, kontroli i samorealizacji,
- ✓ wysokiego poziomu wymagań, wymuszającego zaangażowania wszystkich możliwości psychofizycznych jednostki oraz angażującego cały czas lekarza i pielęgniarkę, co prowadzi do szybkiego wyczerpania w sferze fizycznej i psychicznej, radykalnie zmniejszając możliwości rozwiązywania sytuacji trudnych,
- ✓ poczucia braku kontroli nad wykonywanym zadaniem, wywołanego przez duże tempo pracy i obciążenie fizyczne lekarza i pielęgniarki oraz wynikającego z tego wyczerpania fizycznego, wpływającego na układ immunologiczny i prowadzącego do zaburzeń w sferze somatycznej,
- ✓ niewłaściwych relacji interpersonalnych w pracy sprzyjających zablokowaniu komunikacji między członkami grupy, co powoduje wzrost rywalizacji i agresji wewnątrz zespołu.

Funkcjonowanie w takich warunkach przez dłuższy czas prowadzi do wystąpienia wyczerpania psychofizycznego i rozwoju syndromu wypalenia zawodowego [21].

Kolejny element obecny w pracy lekarza i pielęgniarki sprzyjający pojawieniu się

stresu, to duża presja czasu. Związane jest to z faktem, iż większość czynności i zabiegów lekarskich, czy pielęgniacyjnych, musi być wykonywana w ściśle określonych porach. Dotyczy to między innymi: wlewów kroplowych, podawania leków, premedykacji, sytuacji gdy stężenie określonych substancji leczniczych w organizmie chorego musi być utrzymane na stałym poziomie. Wysokie obciążenie emocjonalne związane z rosnącym obciążeniem pracą w wymiarze jakościowym i ilościowym oraz narażeniem na choroby zakaźne (istniejące i nowo powstające), codzienna konfrontacja z cierpieniem pacjenta i jego rodziną przy niskim wsparciu społecznym prowadzą do powstawania wśród pielęgniarek wielu reakcji stresowych [19, 22, 23].

Powyższe czynniki zakłócają normalny tok pracy i szybko doprowadzają do wystąpienia zmęczenia i spadku efektywności pracy [19, 22, 23].

Kolejne czynniki występujące niemal codziennie w pracy lekarza i pielęgniarki, to dzwoniące telefony, wystąpienie nagłych komplikacji, włączające się alarmy aparatury medycznej, konieczność podejmowania działań na rzecz pacjentów w stanie zagrożenia życia, co wymaga podjęcia natychmiastowych i sprawnych działań. Wszystkie wymienione zakłócenia, prowadzą do postępującego zmęczenia i zwiększenia podatności na stres. Także tłumienie emocji, w celu obniżenia ekspresji emocjonalnej, np. ze względu na warunki pracy, jest czynnikiem wysoce stresogennym wśród pielęgniarek [19, 22, 23].

Strukturalność pracy lekarza i pielęgniarki jest złożona i trudna, ponieważ jest to praca o charakterze wielozadaniowym. W jej skład wchodzi między innymi [23]:

- ✓ konieczność posiadania dużej sprawności manualnej, pomocnej przy wykonywaniu czynności zabiegowych i pielęgniacyjnych;
- ✓ prowadzenie dokumentacji medycznej;
- ✓ obsługa sprzętu i urządzeń medycznych;
- ✓ zbieranie wywiadów o stanie zdrowia;
- ✓ edukacja prozdrowotna pacjentów i ich rodzin;
- ✓ promocja zdrowia.

Każdy z tych elementów wymaga różnych zdolności, umiejętności i predyspozycji. Powyższe czynności i wymagania, których oczekuje się od personelu w ciągu dyżuru nieustannie przeplatają się ze sobą prowadząc do szybkiego zmęczenia i znużenia. Towarzyszy temu również stałe obciążenie odpowiedzialnością za zdrowie i życie innych ludzi [19, 23].

W pracy pielęgniarki lub lekarza często występują sytuacje związane z poczuciem braku kontroli. Dzieje się tak np. kiedy mamy do czynienia z pacjentem nieprzytomnym i nie ma możliwości kontaktu z nim. W takich sytuacjach większość decyzji jest podejmowana

pod presją czasu i jeśli dołączą się do tego konflikty w grupie personelu medycznego, w krótkim czasie dochodzi do poczucia utraty kontroli, zaburzając dobre samopoczucie i prowadząc do wyczerpania emocjonalnego [11, 23].

Warto również zwrócić uwagę na pielęgniarki i lekarzy z krótkim stażem pracy. Często mają oni poczucie niepewności, związane z brakiem umiejętności wykonywania pewnych czynności. Niepewność ta wynikająca z wątpliwości co do własnych kompetencji jest głównym stresorem mogącym prowadzić do wypalenia zawodowego [23].

Od lekarza i pielęgniarki wymaga się także umiejętności nawiązywania kontaktu oraz prawidłowej komunikacji. Relacje te są bardzo trudne, gdyż dotyczą ludzi chorych, niepełnosprawnych i cierpiących. Pacjenci skupieni są na własnym zdrowiu i pogrążeni we własnych problemach. Dodatkowo osoby takie bywają drażliwe, roszczeniowe, a bardzo często przez to i mało rozmowne. W wyniku tego wśród personelu może dochodzić do zniechęcenia, niedowartościowania i poczucia niespełnionych oczekiwań [24].

Zawód lekarza i pielęgniarki nie jest jedynym, w którym dochodzi do zaburzeń rytmu całodobowego, natomiast w żadnym innym zawodzie nie wymaga się stanu, aż tak pełnej gotowości i sprawności niezależnie od pory dnia i nocy. Ponadto zmienność w pracy, stałe podnoszenie kwalifikacji zawodowych, praca na małych przestrzeniach, w pozbawionych klimatyzacji pomieszczeniach, przy sztucznym oświetleniu, w powietrzu zanieczyszczonym oparami środków dezynfekcyjnych i leków, prowadzi do szybkiego wyczerpania psychofizycznych rezerw organizmu. Wśród wielu czynników zawodowych wpływających na odczuwanie stresu przez pielęgniarki i lekarzy można wymienić także występowanie konfliktu roli, brak wsparcia ze strony kolegów/koleżanek, niski poziom autonomii (pielęgniarki), niską kontrolę nad swoją pracą, rotację pomiędzy jednostkami szpitala, a także zachowania agresywne ze strony współpracowników i pacjentów. Dodatkowo stres potęguje codzienny kontakt z pacjentami ciężko chorymi, śmiercią oraz umieraniem [11, 19, 24].

Oddziaływanie długotrwałego stresu prowadzi do dysfunkcji w sferze fizycznej (np. zaburzenia żołądkowo-jelitowe, dolegliwości mięśniowo-szkieletowe, osłabienie układu odpornościowego, zwiększona podatność na występowanie nowotworów i urazów, wypadki w pracy), psychicznej i behawioralnej pielęgniarek i lekarzy (zaburzenia snu, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu i narkotyków oraz nieobecność w pracy).

Uważa się także, że zawód lekarza i pielęgniarki są narażeni na działanie stresu, którego

źródłem jest drugi człowiek, pozostający z nimi w relacjach wymagających dużego napięcia emocjonalnego, ale równocześnie wysokiej sprawności umysłowej. W połączeniu z dużym wysiłkiem fizycznym wywołuje to stres, a to zagraża ich zdrowiu [24].

## PODSTAWY PRACY ZESPOŁU TRANSPLANTACYJNEGO

*Zasad numer jeden – nie zadręczaj się małymi rzeczami.*

*Zasada numer dwa – wszystkie rzeczy są małe.*

*Robert Eliot*

Zespół transplantacyjny, to grupa wielu osób, która bierze udział podczas procesu pobierania i przeszczepiania narządów. W związku z rozwojem medycyny transplantacyjnej społeczeństwo ma coraz większe oczekiwania wobec personelu medycznego wchodzącego w skład tego zespołu.

Bardzo ważną i niezbędną w procesie pozyskiwania i przeszczepiania narządów osobą jest koordynator transplantacyjny. Do jego zadań należy między innymi [25, 26]: jednoczesna opieka nad dawcą i biorcą, identyfikacja zmarłych dawców organów, autoryzacja pobrania, prowadzenie rozmów z rodzinami dawców, wsparcie udzielone rodzinie zmarłego dawcy, przekazanie rodzinie niezbędnych informacji, które w tej trudnej sytuacji są szczególnie potrzebne, sporządzanie niezbędnej dokumentacji potrzebnej w procesie transplantacji, prowadzenie edukację personelu oraz społeczności na temat dawstwa narządów oraz współpraca z „Poltransplantem” i z zespołem OAiIT, który uczestniczy w opiece nad dawcą.

Koordynator transplantacji po zgłoszeniu potencjalnego dawcy konsultuje informacje zebrane na jego temat z zespołem transplantacyjnym (pobierającym i przeszczepiającym dany narząd) [30]. Po tym podejmowana jest decyzja o ewentualnej kwalifikacji dawcy pod względem pobrania narządów do przeszczepu. Ocena kliniczna potencjalnego dawcy dotyczy ustalenia dokładnej przyczyny śmierci, dokonania stwierdzenia, wykluczenia oraz wysunięcia podejrzenia śmierci mózgu, zapoznania się z przebiegiem choroby oraz chorobami przebytymi, wykluczenia występowania: przeciwwskazań bezwzględnych i względnych, uzależnienia od narkotyków, a także wykonania niezbędnych badań wykluczających ryzyko pobrania i przeszczepiania. Każda z ekip transplantacyjnych od momentu przyjęcia zgłoszenia dawcy od dyżurnego koordynatora Poltransplantu ma około godzinę czasu na podjęcie decyzji o akceptacji narządu do transplantacji na podstawie indywidualnych kryteriów doboru dawcy. W przypadku rezygnacji jednej ekipy koordynator Poltransplantu dzwoni do kolejnych. Praca koordynatora transplantacji wiąże się z ogromną odpowiedzialnością. Wymaga stałej dyspozycyjności, noszenia zawsze przy sobie telefonu, radzenia sobie w trudnych sytuacjach,

rozwiązywania na bieżąco pojawiających się problemów przy jednoczesnym utrzymywaniu dobrych relacji personalnych ze wszystkim osobami zaangażowanymi w procedurze pobierania i przeszczepiania narządów [30].

Niestety cały czas zespół transplantacyjny pracuje pod presją, musi być dyspozycyjny, ma niestandardowe godziny pracy, pilnuje, aby organ się nie „zmarnował” i musi wykonywać szybko procedury związane z donacją [25, 26]. Wszyscy członkowie w zespole transplantacyjnym muszą pełnić swoje funkcje odpowiedzialnie, bowiem od jakości ich pracy zależy życie biorcy. Zabiegi przeszczepiania narządów nie byłyby możliwe bez Interdyscyplinarnej współpracy lekarzy i pielęgniarek wielu specjalności: m.in. anestezyjologicznej, intensywnej terapii, chirurgii, pielęgniarek operacyjnych, pielęgniarek oddziału transplantacyjnego, czyli grupy osób pozostających w stałej gotowości do ratowania życia oraz opieki nad rodzinami dawców [27]. Od członków zespołu transplantologicznego oczekuje się całodobowej gotowości do pracy. W zespole transplantacyjnym wyczerpujące jest poczucie odpowiedzialności za ludzkie życie. Osoby te stale borykają się z dramatem śmierci dawcy organów, bowiem uratowanie komuś życia, przywrócenie mu zdrowia wiąże się niestety ze śmiercią drugiej osoby. Dramatem zespołu jest sytuacja, gdy przeszczepiony narząd nie podejmuje funkcji. Praca wówczas nie daje satysfakcji, tylko rozczarowanie. Powyższe wiąże się z zaburzeniami snu i rozstrojeniem rytmu okołodobowego [28]. Zespół powinien mieć czas na skupienie i zadbanie o wszystkie szczegóły, dlatego budowanie takiej grupy wymaga wielu lat pracy, dobrego zarządzania i zaangażowania wielu osób w ten proces [29].

Proces transplantacji jest wieloetapowy i wymaga wykwalifikowanego personelu współdziałającego ze sobą, jego odpowiednich kwalifikacji nabywanych w toku kształcenia i doświadczenia zawodowego oraz odporności na stres, empatii oraz gotowości rozmowy z rodziną dawcy [30, 31]. Działania tego zespołu (wielokierunkowe, profesjonalne, wymagające specjalistycznej wiedzy oraz odpowiedniego sprzętu) od momentu stwierdzenia śmierci do chwili pobrania narządów, prowadzą do utrzymania funkcji organów po przeszczepieniu. Umożliwiają również polepszenie ich czynności, która jest zaburzona procesami patofizjologicznymi towarzyszącymi chorobie czy umieraniu [27, 32].

Opieka nad dawcą i biorcą stanowi priorytet procesu do momentu pobrania i przeszczepienia narządu. Jest to bardzo trudne i odpowiedzialne zadanie, przed jakim stoją wszyscy członkowie zespołu biorący udział przy przeszczepianiu narządów [27, 32]. W związku z tym do kompetencji członków zespołu transplantacyjnego powinny należeć także umiejętności psychologiczne i komunikacyjne [27].

**SYNDROM WYPALENIA ZAWODOWEGO – WPROWADZENIE**

*Pamiętaj, że stres nie bierze się z tego co dzieje się w twoim życiu.*

*Bierze się on z tego co sądzisz, że dzieje się w twoim życiu.*

*(Andrew Bernstein)*

W literaturze psychologicznej, problem stresu i wypalenia zawodowego podejmowany był od lat 70. XX wieku, a samo określenie „wypalenie się” (*burnout*), mimo że metaforyczne, oddaje bardzo trafnie istotę wyczerpania sił doświadczanego przez jednostkę na skutek występujących w pracy silnie stresujących warunków [33].

Powyższe pojęcie zostało wprowadzone do języka naukowego we wczesnych latach 70. w USA (równoległe i niezależnie od siebie), przez psychiatrę Herberta Freudenbergera oraz psychologa społecznego Christinę Maslach [33].

Freudenberger, który obserwował wolontariuszy pracujących z młodocianymi narkomanami zauważył u nich zniechęcenie do dalszej działalności charytatywnej oraz wyczerpanie sił po upływie roku od rozpoczęcia pracy, co nazwał „wypalaniem się”. Dalsze badania dotyczące tego zjawiska kontynuował już w ramach swojej praktyki psychiatrycznej, koncentrując się na analizach klinicznych i wypracowaniu specyficznych form pomocy psychologicznej [23, 34]. Również inni badacze podjęli później podobny kierunek badań [35, 36].

W tym samym czasie na Uniwersytecie Berkeley, Christina Maslach wraz ze swoimi współpracownikami zaczęła analizować negatywne objawy, które występowały u pracowników zawodów społecznych [37]. Osoby reprezentujące profesje polegające na niesieniu pomocy innym (m.in. lekarze, pielęgniarki, nauczyciele, wychowawcy, policjanci i pracownicy społeczni), analizując własne doświadczenia w środowisku pracy, zwracały uwagę na emocjonalne wyczerpanie, zanik uczuciowości oraz negatywne postawy w postrzeganiu siebie i innych. Zjawisko to Maslach nazwała terminem „wypalenie się”, a okoliczności zainteresowania tym syndromem wpłynęły na dalsze analizy tego problemu [37].

Maslach swoimi spostrzeżeniami zainteresowała również innych psychologów społecznych z wielu krajów i opracowała narzędzia do pomiaru wypalenia – MBI (*Maslach Burnout Inventory*), uwzględniając przy tym głównie strukturę i dynamikę tego



zjawiska, a na tym narzędziu zostały oparte badania międzynarodowe. Istotną kwestią rozwoju problemu wypalenia było to, że przebiegał on niezależnie od szerokiego nurtu badań nad stresem zawodowym, koncentrującego się na stresie wynikającym ze środowiska pracy związanego z przemysłem, a nie z zawodami społecznymi [38, 39].

Podstaw teoretycznych do analizy przeciążenia pojawiającego się w zawodach społecznych (w kategoriach stresu) dostarczyła interakcyjna analiza stresu wypracowana przez Lazarusa i współpracowników [40-44]. Stres społeczny ujmowany jest tu jako dynamiczna sekwencja powiązanych procesów, interpretacji i wartościowania stresorów (ocena pierwotna) oraz oceny własnych kompetencji i zasobów (ocena wtórna), jak również powtórnej oceny skuteczności sposobów zmagania się z obciążeniami występującymi w miejscu pracy, często wymagającej bliskich kontaktów i troski o dobro człowieka [33, 45].

Zostało to wykorzystane m.in. w teoriach dopasowania, w których na gruncie psychologii pracy podkreśla się, jak ważne jest dopasowanie do potrzeb człowieka zarówno obiektywnych elementów środowiska, jak i subiektywnych, obejmujących sferę spostrzegania pracy i siebie. W konsekwencji, co jest podkreślane przez zwolenników interakcjonizmu, zwiększa się wydajność pracy, zmniejsza absencja oraz podnosi się satysfakcja z pracy i życia [46-50]. Natomiast brak lub niedostateczne dopasowanie prowadzi do stresu psychologicznego, a tym samym do wypalenia zawodowego [51].

Schaufeli i Enzmann poddali analizie opisywane w literaturze światowej przyczyny oraz uwarunkowania dynamicznej progresji stresu zawodowego oraz wypalenia i wyodrębnione czynniki uporządkowali w kilka grup. Wyróżnili np. rolę wzrostu zatrudnienia w zawodach społecznych, niekorzystnych warunków zatrudniania, niewłaściwych strategii zaradczych, stopnia motywacji jednostki [50, 52]. Analiza zatrudnienia w USA wskazuje jednak, że liczba pielęgniarek, nauczycieli i pracowników socjalnych rośnie najszybciej pomimo tego, że są to zawody o dużym ryzyku wypalenia zawodowego [50, 53].

W ostatnich latach obserwuje się w życiu społecznym wzrastającą koncentrację jednostki na sobie (autokreację, wyizolowanie, anonimowość) przy równoczesnym zmniejszaniu znaczenia rodziny i sąsiedztwa. Połączenie tego zjawiska z problemami środowiska pracy, w którym pracownikowi stawia się coraz wyższe wymagania (w odniesieniu do jego umiejętności, kompetencji, wydolności, dyspozycyjności i jakości wykonywanych usług), może skutkować nasilaniem się stresu oraz wypalenia zawodowego [54].

Również Lasch zauważył że, dodając do tego zjawiska poczucie zagrożenia i nadmierną koncentrację na sobie (narcyzm) pozostają one w związku z mniejszymi umiejętnościami radzenia sobie z frustracją i napięciem [55, 56].

Wypalenie zawodowe może wynikać nie tylko z nierealistycznych oczekiwań pracowników wobec podejmowanej pracy, sposobu pełnienia ról zawodowych, czy możliwości osiągnięcia pozycji społecznej poprzez wykonywaną pracę, ale również z upadku prestiżu wielu tradycyjnych zawodów społecznych [57].

Podobne spostrzeżenia zaobserwowała Tucholska, szczególnie w odniesieniu do niedoświadczonych pracowników. Twierdzi ona, że realia pracy (pełne reguły, normy i sztywnych ramowych terminów) czynią rzeczywistość zawodową rozbieżną od wyobrażeń/przekonań o niezależności i samodzielności pracownika, co bardzo często bywa stresogenne. Dołączając do tego jeszcze zwątpienie i rozczarowanie, które mogą nasilać niechęć i postrzeganie pracy jako wyzwania dającego szansę na pełną samorealizację, powoduje to w konsekwencji narastanie problemu. Niestety bowiem codzienność w pracy łączy się najczęściej z wykonywaniem rutynowych czynności [58].

Tucholska twierdzi ponadto, że frustrację mogą powodować również niespełnione oczekiwania co do życzliwych i otwartych relacji pomiędzy współpracownikami [50, 52, 53]. Bardzo często młody pracownik zakłada, że relacje i współpraca z pacjentami będą pełne zrozumienia i życzliwości. Doświadczenie natomiast pokazuje, że większość podopiecznych zachowuje się zupełnie inaczej, co powoduje rozczarowanie i wyczerpanie sił. Poza tym osoba podejmująca zatrudnienie może ciężko odbierać rywalizację, konkurencyjność, czy też brak ufności i życzliwości z którymi styka się w miejscu pracy. W związku z powyższym bardzo ważne jest kształtowanie realistycznych oczekiwań w nastawieniu zawodowym oraz potrzeba wprowadzenia czasu na adaptację do roli zawodowej w środowisku pracy (w atmosferze zrozumienia oraz wsparcia), a nie kontroli i rywalizacji [58].

Podobnej opinii są również Schaufeli i Enzmann, którzy wskazują ponadto, że wypalenie może być spowodowane mało korzystnymi warunkami zatrudniania np. oferowaniem pracy tylko na część etatu - co skutkuje wzrostem liczby pracowników rozczarowanych [50, 52, 53].

Także zwiększone obciążenie oraz brak zapewnienia bezpieczeństwa i pewności co do dalszego zatrudnienia prowadzą do zniechęcenia, poczucia wyczerpania i spadku satysfakcji

z wykonywanej pracy. Tucholska twierdzi ponadto, że wśród wszystkich wymienionych czynników cztery są specyficzne tylko dla wypalenia i wymienia [58]:

- ✓ rozwój sektora społecznego;
- ✓ wzrost obciążeń psychicznych;
- ✓ upadek prestiżu zawodowego;
- ✓ nierealistyczne przeświadczenia zawodowe.

Pozostałe czynniki, takie jak łatwość diagnozowania swoich problemów jako stres, niekorzystne warunki zatrudnienia, czy wzrost indywidualizacji w społeczeństwie raczej nasilają tylko stres, a pośrednio wpływają na wypalenie się [58].

W podsumowaniu powyższych rozważań można stwierdzić, że grupa zawodowa lekarzy i pielęgniarek jest szczególnie narażona na stres i wypalenie. Pełnione przez nich role polegają w głównej mierze na bliskim kontakcie interpersonalnym, wymagają troski i zaangażowania osobistego oraz odpowiedzialnego kontaktowania się z pacjentem i jego rodziną. Są oni zatem przedstawicielami zawodów społecznych, w których przypadku bliska, zaangażowana interakcja z drugim człowiekiem stanowi istotę profesjonalnego działania i warunkuje w danym zawodzie rozwój i sukces, co zostało zauważone przez Maslach, Schaufeli i Leitera [50, 59].

## WYPALENIE ZAWODOWE - DEFINICJE I POJĘCIA

*Przyjęcie właściwej postawy może przemienić negatywny stres w pozytywny*

*Hans Selye*

Maslach, autorka wielu publikacji na temat wypalenia zawodowego, wypracowała wraz ze współpracownikami definicję terminu „wypalenia zawodowego”, która mówi, że jest to „*zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób*” [39, 60].

Wyczerpanie emocjonalne według Christiny Maslach odnosi się do poczucia danej osoby, nadmiernej obciążona emocjonalnego, gdy jej zasoby emocji zostały w wyraźnym stopniu pomniejszone. Charakteryzuje się przemęczeniem, utratą naturalnej energii, brakiem zapału do działania, brakiem radości z życia, impulsywnością i zwiększoną drażliwością. Powodem wyczerpania emocjonalnego jest nadmiar obowiązków oraz konflikty w pracy. Elementem wyczerpania emocjonalnego jest depersonalizacja, traktowana jako mechanizm obronny przed angażowaniem się w relacje [61].

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem bardzo niekorzystnym, a walka z nim wymaga stosowania skutecznych metod rozpoznawania oraz pomiaru jego poziomu i powinna się toczyć na dwóch płaszczyznach - indywidualnej i systemowej [33, 61].

Badając objawy występujące u osób z zespołem wypalenia, Maslach wzięła pod uwagę relacje pomiędzy udzielającymi pomocy oraz otrzymującymi ją oraz stosunek pierwszej grupy do samych siebie. Ten międzyludzki aspekt uznała za najważniejszy dla własnej koncepcji wypalenia. Jako pierwsza zwróciła uwagę na następujące objawy [33, 60]:

- zmęczenie emocjonalne i fizyczne (powstałe najczęściej na skutek intensywnego przeżywania problemów innych osób),
- cynizm
- negatywny stosunek do innych ludzi (wynikający z reakcji obronnej przed zmęczeniem)
- poczucie niespełnienia w roli zawodowej (objawiające się frustracją).

Freudenberger z kolei, zjawisko wypalenia zawodowego (mające podłoże społeczno-psychologiczne), zdefiniował jako obniżenie poziomu energii u pracownika, powstające na

skutek przytłoczenia problemami innych osób [33, 34]. Zaobserwował on, że stan ten dotyczy głównie ludzi, którzy wchodzą w relacje interpersonalne (w ramach pracy zawodowej) i nacechowane są one dużym ładunkiem emocjonalnym. Do objawów tych autor zaliczył [33, 34]:

- poczucie fizycznego i psychicznego wyczerpania,
- nadmierną skłonność do irytacji,
- niecierpliwość,
- podejrzliwość,
- izolowanie się
- tłumienie uczuć,
- znudzenie i cynizm,
- postawę wyższości i nieomyślności z jednoczesnym poczuciem niedoceniań,
- zakłócenia orientacji
- zaburzenia psychosomatyczne.

Cherniss wypalenie zawodowe określił zaś jako proces, w którym zachodzą negatywne zmiany postaw i zachowań pod wpływem napięcia wywołanego pracą, kiedy to wymagania stawiane w miejscu zatrudnienia wyczerpują i przekraczają możliwości indywidualnych zasobów [50, 57].

Podobnie Edelwich i Brodsky, próbując opisać syndrom wypalenia zawodowego, nazwali go progresywną utratą idealizmu, energii i celu w pracy, doświadczaną przez ludzi w zawodach związanych z pomaganiem jako skutek ich pracy [35, 50].

Inną definicję wypalenia zawodowego podali Emener, Luck i Gohs, określając ten zespół jako stan fizycznego i psychicznego wyczerpania powstający w wyniku działania długotrwałych negatywnych uczuć, które rozwijają się zarówno w pracy, jak i również w obrazie własnym człowieka [62, 63].

Natomiast według Shirom do objawów syndromu wypalenia zawodowego należą: fizyczne zmęczenie, wyczerpanie emocjonalne i znużenie poznawcze [64].

Niektórzy autorzy wyróżniają ponadto [33, 65]:

- ✓ aktywne wypalenie - wywołane przez aspekty instytucjonalne, a także zewnętrzne wydarzenia oraz warunki pracy - stawianie zbyt wielu wymagań;
- ✓ bierne wypalenie - ujawniające się w postaci wewnętrznych reakcji na uprzednio wymienione przyczyny, spowodowane zbyt małą odpornością i ograniczonymi możliwościami radzenia sobie w sytuacjach trudnych.

Często wypalenie pozostaje w ścisłej zależności od siły obciążeń i podatności na ich wpływ [65].

Wypalenie, nazywane jest też czasami „syndromem wyczerpania” i opisywane jest jako powoli zaczynający się lub ujawniający się nagle stan wyczerpania cielesnego, duchowego lub uczuciowego. Występuje najczęściej w życiu zawodowym, w czasie wolnym od pracy, w kręgu przyjaciół, w związku partnerskim czy w rodzinie i bardzo często powiązany z awersją, mdłościami oraz myślami o ucieczce. Ponadto stan ten poprzedzony jest charakterystycznym, długotrwałym przerostem wymagań bez odpowiedniego środka równoważącego [66, 67].

Według Pines, problem wypalenia zawodowego nie wywodzi się z teorii psychologicznej, lecz wyłonił się jako problem społeczny, który jest pochodną trudnych, stresujących warunków pracy konkretnych osób. Podkreśla ona również, że wśród badaczy wypalenia zawodowego nie ma zupełnej zgodności co do definicji, a co związane jest ze złożonością tego zjawiska, problemami metodologicznymi związanymi z konstrukcją narzędzi pomiarowych oraz nie do końca określonym zakresem symptomów tego procesu. Powoduje to trudności określenia granic między wypaleniem zawodowym a stresem, zmęczeniem, alienacją oraz depresją, czy kryzysem egzystencjalnym [39, 68].

Pines dodaje ponadto, że specyficzną cechą odróżniającą wypalenie od pozostałych pojęć jest fakt, iż stanowi ono zawsze końcowy proces stopniowej utraty złudzeń (rozczarowania) co do możliwości odnalezienia sensu życia w pracy zawodowej. Z reguły występuje tylko u osób mających duże oczekiwania, które pracują często z ludźmi, przez długi czas, w sytuacjach emocjonalnie obciążających. Kolejna ważna różnica polega na tym, że wypalenie zawodowe jest problemem o wiele bardziej specyficznym, w przeciwieństwie do stresu i zmęczenia, które mogą zdarzyć się każdemu i być wynikiem niezliczonych sytuacji np. konfliktów, utraty pracy, choroby czy problemów w życiu osobistym [68].

Lazarus rozróżnia trzy typy stresu [39, 69]:

- ✓ układowy - związany z zaburzeniami w układach tkankowych;
- ✓ psychologiczny - związany z czynnikami poznawczymi prowadzącymi do oceny zagrożenia;
- ✓ społeczny - związany z zakłóceniem jednostki społecznej lub systemu społecznego.

Zmęczenie fizyczne natomiast, według Pines, charakteryzuje się tym, że po odpoczynku można od razu dojść do siebie. W przypadku wypalenia zawodowego natomiast tego rezultatu nie można tak szybko uzyskać. Zwraca ona również uwagę

na to, że zmęczenie fizyczne można zaliczyć do doznań pozytywnych, natomiast wyczerpanie fizyczne w wypaleniu, to odczucie bardzo różniące się od „normalnego” fizycznego zmęczenia [39, 68].

Wypalenie zawodowe jest zjawiskiem charakterystycznym dla ludzi pracujących przez długi czas w sytuacjach emocjonalnie obciążających, podczas gdy depresja, alienacja, czy kryzys egzystencjalny są doświadczeniami całościowymi i ogólnymi, mającymi wpływ na wszystkie aspekty życia danej osoby [68].

Według klasyfikacji zaburzeń psychicznych DSM III depresja jest nastrojem dysforycznym, czyli utratą zainteresowania wszystkimi zajęciami oraz zanikiem czerpania z nich przyjemności. Nastrój dysforyczny określa się natomiast jako przygnębienie, smutek, chandrę, rozpacz itd. W odróżnieniu od wypalenia zawodowego depresja przenika wszystko. Alienacja jest tymczasem ogólnym doświadczeniem u ludzi, którzy nigdy nie oczekiwali od swojej pracy niczego innego poza zapłatą [68], a kryzys egzystencjalny to uczucie, że nie można się spodziewać niczego dobrego i nie ma się po co żyć [50, 70, 71].

Podsumowując próbę definiowania wypalenia zawodowego można posłużyć się myślą Pines która zauważyła, że chociaż przedstawione określenia wypalenia zawodowego różnią się między sobą pod paroma względami, to jednak we wszystkich spotykanych w literaturze naukowej definicjach wypalenie jest rozpatrywane jako stan zmęczenia i wyczerpania emocjonalnego, którego końcowym wynikiem jest stopniowy proces utraty złudzeń (rozczarowania) [33, 68].

Autorka dodaje ponadto, że dla Freudenbergera proces ten jest spowodowany przez niepowodzenie w realizacji zamierzonego i pożądanego celu, w przeciwieństwie do Maslach, która za główną przyczynę tego zjawiska uznaje „pracę z ludźmi”, a sama jest zwolenniczką opinii, jakoby wypalenie zawodowe było spowodowane przez długotrwałe zaangażowanie się w sytuacje obciążające pod względem emocjonalnym [33, 68].

W celu wskazania najodpowiedniejszej koncepcji podejścia do problemu wypalenia dla grupy zawodowej lekarzy i pielęgniarek, można skłaniać się do definicji wypalenia zawodowego w ujęciu wielowymiarowym Maslach, gdyż wyakcentowanie doświadczanego przez jednostkę stresu w aspekcie społecznych uwarunkowań, pozwala odróżnić wypalenie od innych, związanych z pracą zawodową, przykrych doświadczeń i stresów. Ponadto przemawia za tym jej uniwersalność, szerokie podejście oraz specyfika tych grup pracowniczych [38, 72].

Wypalenie zawodowe Maslach nazywa „*utratą troski o człowieka*”, gdyż wiąże się ono z profesjami, które zajmują się pomocą innym osobom. Ponadto jego objawy łączą się



w pewnego rodzaju dehumanizację w podejściu do innego człowieka. Cechą wspólną wszystkich grup zawodowych jest nieustanny kontakt z drugim człowiekiem, obraz pacjenta, potrzebującego pomocy oraz będącego w trudnej sytuacji, wymagającego szczególnej troski i uwagi oraz konieczność dużego zaangażowania się i poświęcenia, radzenia sobie z obciążeniem, przeżyciami i sytuacją chorych [73, 74].

Maslach i współpracownicy dostrzegli wypalenie zawodowe zarówno jako problem zawodowy, jak i kliniczny, dlatego rozpatrują go w trzech niezależnych wymiarach [33, 39, 61, 75, 77]:

- ✓ **Wyczerpanie emocjonalne** - odnosi się do uczucia nadwyrężenia emocjonalnego, wyczerpaniem zasobów emocjonalnych, pozbawienia zasobów emocjonalnych danej osoby, poczucia nadmiernego zmęczenia, oraz potrzebą zwiększonego wysiłku do pełnienia ról zawodowych. Głównymi źródłami są nadmiar obowiązków oraz konflikty w pracy. W płaszczyźnie psychologicznej zaobserwować można rozluźnienie więzi emocjonalnych z podopiecznymi, co bardzo często przybiera formę utraty przywiązania i bliskości.
- ✓ **Depersonalizacja** – odnosi się do negatywnych i bezdusznych reakcji na innych, co ostatecznie często wiąże się z utratą idealizmu i możliwością przerodzenia w dehumanizację, alienację innych, apersonalną postawę wobec innych. Zazwyczaj rozwija się w odpowiedzi na wyczerpanie emocjonalne i na początku stanowi element ochronny - bufor. To zaburzenia postrzegania samego siebie (problem ok. 20% społeczeństwa). Towarzyszy jej „poczucie obcości” wobec własnego ciała i otoczenia. Osoba cierpiąca z jej powodu odnosi wrażenie, że jest jedynie obserwatorem swojego własnego życia (jakby oglądała siebie z boku). Przejawia się negatywizmem, dystansem do ludzi, cynizmem. Relacje interpersonalne stają się bezosobowe i tracą podmiotowy charakter.
- ✓ **Obniżenie poczucia osiągnięć osobistych/obniżone zadowolenie z osiągnięć zawodowych** – odnosi się do pogorszenia poczucia kompetencji i produktywności w pracy. Związane jest to z depresją i niezdolnością radzenia sobie z wymogami pracy i może się nasilać, gdy brakuje wsparcia społecznego oraz możliwości rozwoju zawodowego. Przejawia się spadkiem wydajności w pracy i poczuciem braku kompetencji. Taki stan może wywołać stany depresyjne i trudności w radzeniu sobie z wymaganiami zawodowymi oraz stresem. W przypadku braku wsparcia z zewnątrz oraz braku samorozwoju, podnoszenia swoich kompetencji stan będzie się pogłębiał i w późniejszym czasie wymagał większego zaangażowania jednostki w odzyskanie



równowagi.

Sytuację dodatkowo może pogarszać nieodpowiednie wsparcie ze strony otoczenia, a także zaniedbanie podnoszenia kompetencji i profesjonalizmu przez jednostkę. Stan tzw. „apatyzacji zawodowej” łączy się z poczuciem bezsensu i postawą rezygnacji. Pracownik taki może zaobserwować u siebie wzrost poczucia nieadekwatności i braku umiejętności potrzebnych do niesienia pomocy innym, a w rezultacie może dojść do fałszywego przekonania o własnej nieprzydatności [39, 77].

W badaniach przeprowadzonych przez Maslach przełomowe okazało się opublikowanie oryginalnej koncepcji traktującej zjawisko wypalenia zawodowego w płaszczyźnie wielowymiarowej. To właśnie ona uporządkowała jego obraz kliniczny, uwypuklając genezę i dynamikę tego problemu. Stwierdziła również, że zespół *burnout* dotyczy w szczególności osób intensywnie zaangażowanych w problemy (natury psychologicznej, społecznej i fizycznej) innych ludzi [50, 72].

Maslach, doszła ponadto do wniosków, że np. niskie morale pracowników, absencja chorobowa, czy obniżenie jakości usług zdrowotnych i opieki społecznej, jest konsekwencją procesu destrukcyjnego wywołanego wypaleniem zawodowym. Czynniki takie jak pobudzenie emocjonalne lub nadmierny przewlekły stres uznaje ona za bardzo obciążające doznania dla każdego człowieka, niejednokrotnie odbierające możliwość wykonywania pracy [39, 72].

Wypracowanie trójskładnikowego modelu wypalenia zawodowego przebiegało w dwóch fazach i związane było z wieloletnimi badaniami eksploracyjnymi prowadzonymi przez Maslach i jej współpracowników. Pierwsza z faz obejmowała zbieranie danych za pomocą wywiadu oraz obserwacji, druga natomiast charakteryzowała się obszernymi badaniami psychometrycznymi, w których wykorzystano serię kwestionariuszowych metod samoopisu [33, 50, 76].

Maslach pracując nad wielowymiarowym modelem wypalenia zawodowego, poruszyła również bardzo ważną kwestię wzajemnych współzależności, a na podstawie zebranych danych empirycznych opowiedziała się za sekwencyjnym rozwojem symptomów wypalenia [50, 77]. Podczas współpracy z Leiterem opracowała model obrazujący kolejność pojawiania się poszczególnych komponentów wypalenia. Wynika z niego, że wypalenie zawodowe jest następstwem nadmiernego obciążenia pracą zawodową i charakteryzuje się stopniowym przebiegiem z jednoczesnym potęgowaniem symptomów. Rozpoczyna się objawami emocjonalnego wyczerpania, które w sytuacji braku właściwych zachowań zaradczych

prowadzą do nadmiernego dystansowania się do trudnych spraw zawodowych oraz ich depersonalizacji. W ostatniej fazie następuje brak satysfakcji zawodowej [50, 78].

Bardzo istotnym wkładem w problematykę wypalenia jest wypracowanie technik dystansowania się osób pomagających wobec problemów pacjentów. Są one traktowane jako warunek zmagania się ze stresem emocjonalnym, co skutkuje szansą na zapewnienie pacjentowi odpowiedniej opieki. Dystansowanie to może zachodzić podczas bezpośredniego kontaktu z pacjentem, poprzez następujące techniki dystansowania [39, 50, 72]:

- ✓ etykietowanie i używanie profesjonalnego żargonu - polegające na używaniu terminów uprzedmiotawiających i ma na celu oddzielanie własnych uczuć od problemów innych osób;
- ✓ poczucie humoru i obracanie wszystkiego w żart - technika pozwalająca na redukcję i kontrolę doświadczanych emocji;
- ✓ wycofanie się – polegające na zminimalizowaniu zaangażowania oraz wyzwających stres kontaktów z innymi osobami;
- ✓ intelektualizacja - przedstawianie zdarzenia w ogólnych, a przez to w mniej osobistych kategoriach;
- ✓ izolowanie sytuacji - wyodrębnienie obszaru zawodowego i osobistego.

Dystansowanie się poprzez wymienione wyżej techniki umożliwia osobom pracującym z pacjentami redukcję pobudzenia emocjonalnego, a tym samym próbę radzenia sobie ze stresem zawodowym. Należy jednak zwrócić uwagę na to, że stosowanie ich przez dłuższy czas doprowadza do obojętności wobec innych oraz ich problemów i może przyczynić się w konsekwencji do apersonalnej postawy wobec nich, co w ocenie Maslach jest symptomem erozji profesjonalizmu [72].

Bardzo istotną zmianą podejścia Christiny Maslach i współpracowników do problemu wypalenia zawodowego jest analizowanie go w szerszej płaszczyźnie zawodowej [50, 75]. Aktywność zawodowa została umieszczona na kontinuum, na którego jednym krańcu jest „zaangażowanie”, na drugim zaś „wypalenie” [50, 75].

Autorka uwzględnia trzy takie wymiary, analogicznie jak w przypadku wypalenia. Tak więc, według Maslach i Goldberg, zaangażowanie wyraża się [75]:

- ✓ energią - w przeciwieństwie do wyczerpania;
- ✓ współpracą - przeciwstawianą dystansowaniu się i cynizmowi;
- ✓ przekonaniem o własnej skuteczności - w przeciwieństwie do przekonania o braku osiągnięć zawodowych i nieefektywności działań.

Wiele badań na temat zespołu wypalenia zawodowego wskazuje na liniową zależność pomiędzy warunkami pracy, a wynikami w testach ujmujących poziom wypalenia. Nasilenie konfliktów powiązane jest z widocznym wzrostem wyczerpania emocjonalnego, natomiast ich brak, bądź osłabione nasilenie jest dobrym predyktorem braku wyczerpania. Do podobnych relacji dochodzi również pomiędzy takimi cechami, jak wsparcie i wzajemna pomoc z doskonaleniem swoich umiejętności zawodowych, a także z możliwościami wpływania na podejmowane w pracy decyzje [39, 50, 75].

Według wspomnianych autorek, wypalenie zawodowe jest wynikiem niedopasowania, jakim „przesączone” jest współczesne życie zawodowe. Jest to związane z nadmiernym obciążeniem w pracy, nieodpowiednim wynagrodzeniem, brakiem kontroli i podejmowania decyzji co do pełnionych ról oraz brakiem sprawiedliwości i doświadczaniem konfliktów wartości [75].

Wymienione w modelu formy niedopasowania można scharakteryzować w następujący sposób [33, 50, 79]:

- ✓ **Zbyt duże obciążenie pracą** – ma miejsce, gdy pracownikowi przydziela się zbyt wiele zadań w tym samym czasie lub są to zadania złożone i obciążające oraz gdy nie ma odpowiednich warunków do ich wykonania. Taka sytuacja może prowadzić w konsekwencji do przewlekłego przemęczenia, co uniemożliwia odzyskanie sił i powrót do równowagi.
- ✓ **Brak kontroli i współdecydowania** - występuje, gdy pracownikowi odbiera się możliwość samodzielnego dokonywania wyborów i rozwiązywania problemów, które związane są z wykonywaną pracą. Ponadto jego działania ograniczane są poprzez nadzór przełożonych lub narzucenie odgórnych zasad. Może prowadzić to do poczucia niesprawiedliwości, które stanowi kolejną formę niedopasowania.
- ✓ **Brak sprawiedliwości** - występuje, gdy nie ma wyraźnie określonych reguł, norm i zasad funkcjonowania struktur organizacyjnych. Niesprawiedliwość ponadto potęgowana jest brakiem możliwości obrony, dochodzenia własnych racji oraz obiektywnej oceny sytuacji. W konsekwencji powoduje to narastanie poczucia krzywdy u pracownika.
- ✓ **Rozpad wspólnoty** - występuje, gdy w grupie współpracowników istnieją powtarzające się konflikty, które nawarstwiają się, powodując pojawienie się między nimi takich uczuć, jak wrogość czy brak zaufania. Powyższa sytuacja może

być szczególnie niekorzystna, gdy praca wykonywana jest zespołowo i powinna być oparta na zaufaniu i szczerości.

- ✓ **Konflikt wartości** - występuje wówczas, gdy dochodzi do niezgodności pomiędzy wymaganiami stawianymi w pracy, a osobistymi standardami jednostki. Sytuacja taka ma miejsce, gdy pracownik nakłaniany jest do nieetycznych działań, bądź zachowań, doświadcza rozbieżności między wzniosłym przesłaniem, a stosowaną na co dzień praktyką, czy jest zmuszany do wykonywania zadań, niezgodnych z jego kwalifikacjami.
- ✓ **Niedostateczne wynagrodzenie** - oznacza nie tylko niską zapłatę za wykonaną pracę, ale ma również szerszy wymiar. Można tu wymienić takie formy, jak np.: brak uznania, pochwały, niski prestiż wykonywanego zawodu, deprecjonowanie znaczenia wykonanego zadania, jak również samego pracownika. Szeroko rozumiane niedostateczne wynagrodzenie staje się w konsekwencji przyczyną niezadowolenia oraz frustracji i zwiększa poczucie niedopasowania.

Wymienione obszary niedopasowania nie występują samodzielnie, w izolacji od pozostałych, lecz mogą na siebie wzajemnie wpływać - wzmacniać lub osłabiać znaczenie poszczególnych form niedopasowania bądź nakładać się na siebie [79].

Zaproponowany przez Maslach i współpracowników model wypalenia zawodowego jest powszechnie stosowany w badaniu problemu wypalenia zawodowego. Należy podkreślić wkład badaczy w wyjaśnienie przyczyn, struktury i dynamiki oraz opracowanie teorii wypalenia, która nawiązuje do interakcyjnej koncepcji stresu, szczególnie zaś do koncepcji dopasowania pomiędzy jednostką i pracą. Warto też dodać, że autorzy ci zwracają uwagę na przyczyny wypalenia zawodowego, których należy szukać w czynnikach indywidualnych, organizacyjnych i strukturalnych [39, 79].

Autorką egzystencjalnego modelu wypalenia jest Pines, która za zasadniczą przyczynę wypalenia uważa potrzebę poszukiwania sensu życia. Jest ono potężną siłą będącą sposobem radzenia sobie z udręką spowodowaną przez świadomość kruchości i śmiertelności ludzkiego istnienia [50, 68]. Z kolei w przekonaniu Beckera największym utrapieniem dla ludzi jest myśl o śmierci i strach przed nią. Aby uniknąć i zaprzeczyć śmierci, człowiek musi czuć się bohaterem, wiedzieć, że jego życie ma sens, niepodważalne znaczenie, że liczy się w wyższym „kosmicznym” porządku rzeczy [80].

Sens życia jest potrzebą cechującą dorosłego człowieka. Bez jego zaspokojenia nie może on prawidłowo funkcjonować, ani maksymalnie zmobilizować wszystkich swoich

zdolności. Jego brak uniemożliwia również rozwój osobowości poprzez niemożność utworzenia własnej, abstrakcyjnej koncepcji życia, w której człowiek może się pozytywnie spełniać do końca istnienia [50, 81].

Pines i współpracownicy definiują wypalenie jako „*stan fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania, wywołany długotrwałym zaangażowaniem w sytuacji zbytnio obciążające emocjonalnie*” [33, 50, 82]. Fizyczne wyczerpanie łączy się nierozdzielnie ze spadkiem sił, poczuciem nieustannego zmęczenia oraz słabości. Bardzo często towarzyszą jemu również dolegliwości psychiczne, somatyczne oraz fizyczne. Wyczerpanie emocjonalne natomiast to uczucie bezradności, osaczenia albo zablokowania. Z kolei wyczerpanie psychiczne przejawia się negatywnymi postawami wobec siebie, pracy i własnego życia [82].

Główne założenie modelu motywacyjnego przedstawionego przez Pines głosi, że tylko osoby o wysokim poziomie motywacji mogą się wypalić. Osoba bez takiej początkowej motywacji może doświadczać stresu, alienacji, depresji, kryzysu egzystencjalnego lub zmęczenia, ale nie wypalenia [33, 50, 82].

Zdaniem Pines, religia w porównaniu z pracą, udziela bardziej przekonującej odpowiedzi na pytania egzystencjalne [68]. Ludzie, którzy próbują znaleźć sens istnienia poprzez pracę częściej ulegają wypaleniu w porównaniu z osobami, które sens ten czerpią z wiary. Autorka zjawisko tak częstego występowania wypalenia zawodowego w obecnych czasach tłumaczy sekularyzacją społeczeństwa [68].

Zgodnie z modelem egzystencjalnym wypalenia zawodowego pracownicy o wyniosłym poziomie motywacji rozpoczynają pracę ze wzniosłymi celami oraz dużymi nadziejami dotyczącymi tego, co ma im zapewnić praca. Niektóre z tych motywów są powszechne i wspólne dla większości ludzi, inne są specyficzne dla określonego zawodu, jeszcze inne są osobiste i stanowią swoistą cechę indywidualnego pracownika. Do motywów tych zalicza się [33, 50, 68]:

- ✓ Powszechne motywy pracy, które obejmują cele i oczekiwania, takie jak: mieć istotny wpływ, odnieść sukces i być docenianym.
- ✓ Motywy pracy, które są specyficzne dla danego zawodu tworzą „profil”, który charakteryzuje ludzi w pewnej określonej dziedzinie pracy zawodowej.
- ✓ Osobiste motywy pracy oparte są na zinternalizowanym, „romantycznym obrazie” pracy, dla którego modelem może być jakaś znacząca osoba, postać z książki czy filmu lub jakieś ważne wydarzenie.

Z literatury przedmiotu wynika ponadto, że największe ryzyko występowania wypalenia obserwuje się u osób, które podjęły się zadań związanych z pomaganiem z konieczności, bez profesjonalnego przygotowania [50, 68].

Spełnianie oczekiwań i osiąganie celów u osób z wysokim poziomem motywacji może zachodzić we wspierającym środowisku pracy, czyli takim które posiada maksimum pozytywnych cech, umożliwia profesjonalistom osiągnięcie ich celów przez zapewnienie niezbędnej autonomii, środków i wsparcia, przyczynia się do odnoszenia sukcesów oraz dostarcza poczucia egzystencjalnego znaczenia, co z kolei wzmacnia pierwotną motywację do pracy [50, 68].

Z drugiej strony natomiast przeciążenie, naciski przy podejmowaniu ważnych decyzji, rozbieżne wymagania i przerost zakresu obowiązków wywołują w nich poczucie, że nigdy nie będą mieć istotnego wpływu ani nie odniosą zamierzonego sukcesu [50, 68].

W wyniku długotrwałego borykania się z negatywnymi cechami pracy dochodzi do subiektywnego doświadczenia porażki. Osoby wiążące swoją wartość z rezultatami własnego działania i starające się uzyskać ze swojej pracy poczucie egzystencjalnego znaczenia, porażkę traktują jako druzgocące doświadczenie co stanowi potężny czynnik sprzyjający wystąpieniu wypalenia [50, 68].

Według Burisch, często powtarzające się niepowodzenia mogą prowadzić do różnorodnych konsekwencji. Ulega bowiem zmianie konfiguracja motywów, a niektóre z nich (np. efektywne pomaganie ludziom) zostają przytłumione lub zneutralizowane przez silne motywy unikania. Dochodzi do zmniejszania się takich wartości jak aspiracje zawodowe czy ogólnej zdolności realizacji własnych celów [33, 83].

Czynnikiem decydującym o tym, czy osoby o wysokim poziomie motywacji osiągną sukces, czy też będą miały poczucie porażki i wypalą się, jest w głównej mierze sposób postrzegania środowiska pracy [33, 50]. Z jednej strony pracownicy mogą mieć poczucie sukcesu nawet w stresującym otoczeniu, z drugiej natomiast mogą uważać, że zawiedli, pomimo że znajdują się w otoczeniu wspierającym. Przypadki takie należą do wyjątków ponieważ w większości to warunki środowiskowe przesądzają o tym, czy osoby o wysokim poziomie motywacji wypalą się, czy będą miały poczucie własnej skuteczności w pracy [33, 50].

Pines zauważa ponadto, że różnice indywidualne w poziomie wypalenia zawodowego można wyjaśnić różnicami pomiędzy indywidualnymi cechami i oczekiwaniami. Osoby, które



rozpoczynają pracę w wybranym zawodzie, im bardziej nierealistyczne stawiają sobie cele i oczekiwania, tym większe prawdopodobieństwo jest, że doprowadzą one takiego pracownika do porażki, a w konsekwencji również do wypalenia zawodowego. Autorka podkreśla również to, że środowisko pracy w realnym życiu nie jest nigdy tylko wspierające, bądź wyłącznie stresujące [50, 63, 68].

Kwestią bardzo istotną przy zapobieganiu wypaleniu jest znalezienie elementów korzystnych dla pracownika w jego środowisku pracy. Warto podkreślić, że wypala nie tyle sama praca, co brak oczekiwanego spełnienia zawodowego [50, 84].

Patrząc na zjawisko wypalenia zawodowego w sposób egzystencjalny można zauważyć, że ma ono rezultat zarówno praktyczny, jak i teoretyczny. Na poziomie praktycznym, dzięki zwróceniu uwagi na to, jak ważne jest czerpanie z pracy poczucia znaczenia, może prowadzić do podejmowania wysiłków na rzecz zapobiegania wypaleniu oraz radzenia sobie z nim, gdy już wystąpi. Na poziomie teoretycznym natomiast egzystencjalne ujęcie wypalenia stanowi inspirację do podejmowania dalszych badań dotyczących tego problemu [33, 50, 84].

Golembiewski i współpracownicy opracowali model środowiskowy wypalenia zawodowego, nazwany wielofazowym „podstępny procesem” [63, 85, 86]. Tłumaczą oni, że wynikać może on ze zbyt dużej liczby zadań i obowiązków, niejasności ról oraz braku autonomii czy wsparcia jak również pomocy ze strony innych. Według nich wypalenie zawodowe przejawia się takimi objawami, jak [63, 85, 86]:

- ✓ zaburzenia, zarówno fizjologiczne, jak i psychiczne, przy jednoczesnym wzroście konsumpcji używek i leków;
- ✓ obniżenie jakości wykonywanych zadań i spadek wydajności pracy.

Autorzy ci, jako główne następstwa (obok zaburzeń snu i apetytu) dostrzegli także depresję oraz lęk pracownika [50, 86, 87]. Z jednej strony praca w przeciążających warunkach prowadzi do spadku jego ogólnej kondycji, a z drugiej do zmniejszenia wydajności i pogorszenia jakości pracy zawodowej. Potwierdzili to w badaniach empirycznych, gdzie ustalili siłę związków między elementami strukturalnymi przyjętego modelu. Wykazali, że trudne warunki pracy pozostają w bardzo istotnej relacji z wypaleniem i nieco mniejszej z symptomami zaburzeń oraz z jakością świadczonych usług [50, 86, 87].

Golembiewski wraz ze swoimi współpracownikami przyjęli również, że najpierw pojawia się depersonalizacja, potem sukcesywnie dochodzi utrata satysfakcji zawodowej, a dopiero na końcu występują objawy wyczerpania emocjonalnego. Przedstawili to poprzez

określenie ośmiu kolejnych faz (co obrazuje Tabela I), posługując się w niej symbolami wysokiego i niskiego nasilenia każdego z tych symptomów, w następujących po sobie wspomnianych fazach wypalenia [50].

Tabela I. Ośmiofazowy model wypalenia zawodowego Golembiewskiego

| Wymiary wypalenia       | Fazy wypalenia |    |     |    |    |    |     |      |
|-------------------------|----------------|----|-----|----|----|----|-----|------|
|                         | I              | II | III | IV | V  | VI | VII | VIII |
| Depersonalizacja        | Lo             | Hi | Lo  | Hi | Lo | Hi | Lo  | Hi   |
| Utrata zaangażowania    | Lo             | Lo | Hi  | Hi | Lo | Lo | Hi  | Hi   |
| Wyczerpanie emocjonalne | Lo             | Lo | Lo  | Lo | Hi | Hi | Hi  | Hi   |

Legenda: Lo – Low, niski poziom danego wymiaru wypalenia, Hi – High, wysoki poziom danego wymiaru wypalenia

Źródło: [87]

W fazach początkowych dochodzi do przechodzenia z niskiego do wysokiego nasilenia objawów, które najpierw związane są z depersonalizacją, a następnie utratą satysfakcji zawodowej i nieco później z wyczerpaniem emocjonalnym. W fazach środkowych - niższe i wyższe nasilenia występują dla poszczególnych symptomów wypalenia w sposób nieregularny. Dopiero w fazach końcowych pojawia się wyższe nasilenie wszystkich objawów [50, 87].

Poczyniono również obserwacje dynamiczności tego zjawiska biorąc pod uwagę chroniczny lub ostry przebieg czynników wypalenia. Chroniczny przebieg jest zależny od stopniowo pogarszających się warunków pracy, powodując narastanie symptomów, natomiast ostry występuje w sytuacjach nagłych [33, 86, 87].

Edelwich i Brodsky wypracowali, na podstawie wieloletniej praktyki, koncepcję wypalenia zawodowego, która była skutkiem narastania rozczarowania pracą zawodową. Obserwacje i doświadczenia skłoniły ich do zdefiniowania wypalenia zawodowego jako: „stopniowej utraty idealizmu, energii i celów, które występują u osób wykonujących zawody skoncentrowane na niesieniu pomocy, na skutek niesprzyjających warunków pracy” [35, 39, 50].



Autorzy podkreślają główną rolę czynników środowiskowych w powstawaniu tego zaburzenia i, uwzględniając specyfikę zawodów społecznych, zwracają uwagę na następujące czynniki wywołujące stres i wypalenie [35, 50]:

- ✓ brak jasnych kryteriów umożliwiających ocenę rezultatów pracy;
- ✓ niskie płace;
- ✓ niski status społeczny tych zawodów;
- ✓ duże obciążenie pracą;
- ✓ niski prestiż zawodowy;
- ✓ brak możliwości zrobienia kariery zawodowej;
- ✓ niedostateczne wsparcie instytucjonalne.

Doszli także do wniosku, że poddawanie pracownika długotrwałemu działaniu wspomnianych stresorów, może powodować utrudnienie pełnienia ról zawodowych, przy wymaganiu coraz to większej mobilizacji, co skutkować może ostatecznie syndromem wypalenia zawodowego. Wyodrębnili także cztery fazy sukcesywnie narastającego rozczarowania [35, 50]:

- ✓ Entuzjazm – który w początkowym okresie rozwoju kariery zawodowej pracownika przejawia się idealizmem, licznymi planami oraz zamierzeniami związanymi z pracą zawodową. Ma niewielkie szanse na realizację, pomimo dużego zaangażowania i ciężkiej pracy.
- ✓ Stagnacja - następuje po fazie pierwszej, jako tzw. „zawieszenie broni”, kiedy początkowy zapał opada po konfrontacji z rzeczywistością i doznanych pierwszych rozczarowaniach.
- ✓ Frustracja – jest opisywana jako kolejne rozczarowania zawodowe oraz odczuwanie niezaspokojenia potrzeb, niska płaca czy brak dostatecznego wsparcia i pomocy ze strony instytucji.
- ✓ Apatia - jako rezultat rozczarowań i frustracji, który prowadzić może do tendencji wykluczenia u pracownika, wycofywania się z aktywności zawodowej, narastania niechęci do wchodzenia w bezpośrednie relacje ze współpracownikami i wykonywania obowiązków.

Edelwich i Brodsky zauważyli ponadto potrzebę wyodrębnienia jeszcze jednej fazy, zwanej fazą interwencji. Podkreślali także, że pomoc jest tym trudniejsza, im bardziej zaawansowany jest rozwój wypalenia [35].

Należy zwrócić uwagę, że autorzy ci, przy rozpatrywaniu przyczyn wypalenia, zwrócili szczególną uwagę na trudne warunki pracy, a nie czynniki podmiotowe [35].

Cherniss określa wypalenie, jako proces przebiegający w kilku fazach, który rozpoczyna się poczuciem rozczarowania i utraty przez jednostkę oczekiwań związanych z pracą zawodową i przebiega następująco [33, 50, 57]:

- ✓ napięcia - występowanie sprzeczności między zasobami jednostki a wymaganiami, jakie są jej stawiane w pracy;
- ✓ przeciążenia - charakteryzują się emocjonalnymi napięciami oraz poczuciem zmęczenia i wyczerpania;
- ✓ zachowanie defensywne i wypalenie - występują tutaj liczne zmiany postaw i zachowań z wyraźną tendencją do traktowania innych osób w sposób chłodny i mechaniczny oraz ze skłonnością do cynicznego zaabsorbowania własnymi potrzebami.

Autor zwrócił również uwagę na istotną rolę strategii zaradczych w procesie wypalenia zawodowego. Podkreślił, że wymagania stawiane w pracy, jak i brak skutecznego radzenia sobie ze stresem, są czynnikami o szczególnym znaczeniu w etiologii wypalenia zawodowego. Na podstawie przeprowadzonych badań ustalił obecność nasilonego rozczarowania wśród młodych pracowników zawodów społecznych. Zwrócił również uwagę, że w ich opinii przyczyną takiego stanu była sytuacja zastana w pracy, która odbiegała od ich oczekiwań i wyobrażeń. Doprowadziło to w konsekwencji do psychologicznego wycofania się (zarówno z kontaktów ze współpracownikami jak i z podopiecznymi), a więc do wypalania się [33, 50, 57].

Opracowany przez Chernissa model wypalenia zawodowego braku kompetencji bazuje na doznawanym przez jednostkę stresie zawodowym [50, 57]. Jest on pochodną warunków pracy oraz sytuacji psychospołecznej pracownika. Ten stan dyskomfortu i napięcia, który występuje w środowisku pracy modyfikowany jest zaradczyimi zachowaniami, a uruchomienie aktywnych i efektywnych zachowań przyczyniać może się do powrotu do równowagi i spadku napięcia. Wykorzystanie defensywnych i nieodpowiednich, strategii zaradczych potęguje stan nierównowagi i dyskomfortu jednostki. Stres, niezmodyfikowany adekwatnymi zachowaniami zaradczyimi, prowadzić może do względnie trwałej zmiany postaw, które charakteryzują zespół wypalenia i utraty sił [50, 57].

Cherniss, analizując skutki stresu zawodowego u młodych pracowników koncentrował

się na negatywnej pętli, stworzonej przez: stres, defensywne zachowania i wypalenie się. W drugim etapie badań zwrócił uwagę na istotną rolę działań zaradczych, które miały prowadzić do rozwiązywania problemów w pracy. W związku z powyższym doszedł do wniosku, że w dłuższej perspektywie działania te umacniają przekonanie o skuteczności własnego postępowania, co skutkuje zapobieganiem wypaleniu zawodowemu [74, 88].

Autor wyodrębnił wiele sygnałów ostrzegawczych dla wypalenia, które przedstawił w następujących grupach [50, 89]:

- ✓ spadek energii, który objawiał się następującymi cechami: wyczerpanie fizyczne, utrata masy ciała i apetytu, ból głowy, bezsenność, a również częste sięganie po używki;
- ✓ obniżenie aspiracji i odczuwanie obaw przed pójściem do pracy, spadek zainteresowań, niepewność i zniechęcenie;
- ✓ wzrost bezradności, gniewu, winy i odpowiedzialności, poczucie porażki oraz zawodu wobec siebie, obojętność, tendencje do izolacji i wycofanie;
- ✓ emocjonalny dystans przejawiający się spadkiem pozytywnych uczuć wobec pacjentów, przesuwanie terminów spotkań i skracanie czasu bezpośredniego kontaktu z osobami, którym się pomaga, utrata idealizmu, prowadząca do cynizmu, tendencje do pełnienia służby „zgodnie z przepisami” i wyraźnego wzrostu interesowności;
- ✓ wyobcowanie w środowisku pracy, przybierające formy unikania kontaktów z kolegami i wymiany doświadczeń zawodowych oraz narastanie konfliktów zarówno w domu jak i w pracy.

Według Chernissa [89] szczególnie znaczące były ustalenia Halla, które dotyczyły następstw braku sukcesów w pracy, powodując na ogół „psychologiczne wycofanie się z tych obszarów, w których jednostka doświadcza porażki”[90]. Wycofanie, z kolei według Halla, może przyjmować następujące formy [50, 90]:

- ✓ emocjonalnego dystansowania się, apatii i spadku zainteresowań, obniżenia własnych standardów;
- ✓ wzrostu znaczenia materialnych gratyfikacji i deprecjonowania wartości duchowych;
- ✓ zwiększenia postawy obronnej przez usztywnienie mechanizmów obronnych;
- ✓ opuszczenia instytucji;
- ✓ zatargów z instytucją.

Poglądy Halla były dla Chernissa potwierdzeniem przekonania o znaczącej roli

poczucia sukcesu i kompetencji w przeciwdziałaniu wypaleniu i zwróciły jego uwagę na koncepcję własnej skuteczności (*self-efficacy*) [89]. Jest ona definiowana przez Bandurę jako „przekonanie człowieka o możliwości kontrolowania zdarzeń, które dotyczącego życia i możliwości skutecznego oddziaływania na sytuacje życiowe” [50, 74, 91].

Można przyjąć zatem, że Cherniss skuteczność w zawodach społecznych warunkował wszystkimi rodzajami umiejętności: specyficznymi dla danej profesji, kompetencjami społecznymi i sprawnościami organizacyjnymi. Jego wyniki badań pokazują, że kandydaci do pracy w zawodach społecznych są w różnym stopniu przygotowani do stawianych przed nimi zadań. Zaobserwował on bardzo duże niedostatki w zakresie umiejętności organizacyjnych. Postulował potrzebę zwracania uwagi na wszystkie trzy obszary oraz uwzględnienie ich wpływu na powstawanie stresu oraz przeciążenia zawodowego. Bardzo duże znaczenie w epidemiologii wypalenia przypisał *self-efficacy*, natomiast w pewnym stopniu minimalizował rolę czynników środowiskowych [74, 88, 89].

Schaufeli i Enzmann, przy opracowaniu własnej definicji wypalenia zawodowego, wzięli pod uwagę, to że wypalenie zawodowe jest bardzo złożonym zjawiskiem, które można analizować na płaszczyźnie jednostkowej, organizacyjnej, interpersonalnej i społecznej [50, 52].

Przyjęli oni, że „wypalenie jest przewlekłym, negatywnym stanem psychicznym, wywołanym pracą zawodową, pojawiającym się u ludzi w »normie«, które początkowo charakteryzuje poczucie wyczerpania, a następnie zniechęcenie, zmniejszenie skuteczności działań, obniżenie motywacji oraz negatywne postawy i zachowania utrudniające przystosowanie w pracy. Symptomy te rozwijają się stopniowo i przez dłuższy okres mogą być niedostrzegane przez jednostkę. Stan ten jest spowodowany brakiem zgodności między aspiracjami zawodowymi a rzeczywistymi warunkami w pracy. Wypalenie ma często charakter samowzmacniającego się procesu, o czym decydują nieadekwatne strategie radzenia sobie” [33, 49, 55].

Zgodnie z tą definicją, wypalenie narasta stopniowo, a objawami tego zaburzenia mogą być wyczerpanie i towarzyszące mu następujące symptomy: zniechęcenie, obniżenie motywacji, spadek poczucia skuteczności działania oraz negatywne postawy utrudniające przystosowanie do warunków pracy [33, 49, 52].

Schaufeli i Enzmann są zdania, że napięcie, które wynika z rozbieżności pomiędzy oczekiwaniami jednostki, a możliwością realizacji planów zawodowych w trudnych

warunkach pracy wpływa w istotny sposób na wypalenie. Podjęli więc próbę podsumowania wiedzy o najistotniejszych czynnikach wyjaśniających naturę tego zjawiska i wytypowali najważniejsze, wzajemnie wzmacniające się czynniki [33, 49, 52]:

- ✓ Silna motywacja - wypalenie zawodowe częściej rozwija się u osób ambitnych, z silną motywacją, o wysokich aspiracjach, którym towarzyszy entuzjazm i zaangażowanie, a czego potwierdzeniem jest trafne sformułowanie Pines, że: „*aby wypalić się, najpierw trzeba płonąć*” [72]. Za grupę z największym ryzykiem wystąpienia wypalenia zawodowego przyjęto pracowników dążących do osiągnięcia zamierzonych celów i u których wyczerpanie sił pracą zawodową jest bardzo prawdopodobne [52].
- ✓ Trudne warunki pracy - negatywne realia codziennego życia zawodowego niekorzystnie wpływają na pracownika ambitnego oraz z silną motywacją do działania. Ponadto mogą przyczyniać się do odczuwania przez niego frustracji, zmęczenia, wyczerpania i zniechęcenia. Powyższa opinia znajduje również potwierdzenie u innych badaczy, np. u Maslach i współpracowników, którzy budują swoją ogólną teorię wypalenia na relacji dopasowania między osobą a pracą [92].
- ✓ Nieskuteczne strategie zaradcze - skutki działań, które prowadzą do korzystnych następstw zarówno dla jednostki (dobre samopoczucie, zdrowie, wzrost samooceny), jak i dla instytucji (większa wydajność pracy, dobra jakość usług), można uznać za element zapobiegawczy wypaleniu zawodowemu [84]. W praktyce często występuje zjawisko przeciwne, czyli nieskuteczne strategie zaradcze, które prowadzić mogą do pojawienia się negatywnych konsekwencji, zarówno w wymiarze jednostkowym, jak i organizacyjnym.

W przedstawionym modelu Schaufelego i Enzmanna autorzy ci koncentrują się na roli motywacji i trudnych warunków pracy, jako głównych czynnikach wzmagających stres. Przy nieefektywnych strategiach zaradczych powoduje to powstawanie wypalenia zawodowego. Natomiast przy stosowaniu efektywnych strategii zaradczych nie tylko nie dochodzi do tego wypalenia, ale następują również pozytywne osiągnięcia w pracy. Należy podkreślić, że takie podejście integruje dorobek naukowy w zakresie wypalenia [39, 50, 52].

Opracowany przez Sęk, model poznawczo - kompetencyjny nawiązuje do transakcyjnej teorii stresu Lazarusa. Decydującą rolę odgrywają w nim czynniki środowiskowe, czyli stresory oraz procesy subiektywnej oceny stresorów i własnych zasobów [50, 93]:

- ✓ Ocena pierwotna dotyczy codziennych obciążeń i stresujących wydarzeń związanych z pracą zawodową (mogą być one oceniane jako wyzwanie, strata/uszkodzenie, zagrożenie). Ponadto mogą one mieć charakter korzystny lub niekorzystny i są podstawą do uruchomienia procesów radzenia sobie, które mogą być ukierunkowane na emocje lub rozwiązanie problemu.
- ✓ Ocena wtórna ma na celu określenie posiadanych umiejętności zaradczych i kompetencji społecznych. Stanowi podstawę do kształtowania się poczucia własnej skuteczności, która wpływa na zapobieganie wypaleniu oraz w znaczący sposób decyduje o sposobie postrzegania kolejnych stresorów w pracy zawodowej.

Sęk [93] uważa, że na proces powstawania wypalenia zawodowego mają wpływ nieracjonalne przekonania, wynikające z czteroczynnikowego modelu kontroli Bryanta, a będące kombinacją dwóch wymiarów: „doświadczenia pozytywne vs negatywne” i „kontrola pierwotna (otoczenia) vs kontrola wtórna (własnych cech i procesów)” [94].

Autorka wyróżnia procesy kontroli typu [33, 93]:

- ✓ utrzymywanie - ocena pozytywna i kontrola otoczenia;
- ✓ unikanie - ocena negatywna i kontrola otoczenia;
- ✓ doznawanie - ocena pozytywna i samokontrola;
- ✓ zmaganie - ocena negatywna i samokontrola.

Należy przypuszczać, że te rodzaje kontroli, które bazują na ocenie pozytywnej będą sprzyjały radzeniu sobie z trudnościami, w przeciwieństwie do kontroli typu unikania, która może szczególnie nasilać stres i wypalenie [50, 93].

Do specyficznych stresorów należy zaliczyć przede wszystkim te wszystkie, które wynikają bezpośrednio z pełnionej roli zawodowej pielęgniarki i lekarza. Stresory niespecyficzne są pochodną braków organizacyjnych i działania czynników makrospołecznych, które wynikają z reform i kryzysów systemu opieki zdrowotnej [33, 39, 93]. Sytuacje stresowe oraz wymagania zawodowe są oceniane na trzy sposoby, jako: wyzwanie, zagrożenie lub strata [93].

Na proces adaptacji do stresu zawodowego mogą wpływać czynniki ryzyka:

- ✓ podmiotowe (tj. poczucie bezradności, rodzaj kontroli, braki rozwojowe w zakresie autonomii, nieprawidłowa motywacja zawodowa)
- ✓ środowiskowe (tj. stan transformacji i dezorganizacji społecznej, deficyty materialne czy brak wsparcia), które w konsekwencji nasilają prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia zawodowego [33, 93].

W przeciwieństwie to czynników ryzyka wymienionych powyżej rozróżnia się także zasoby [93]:

- ✓ podmiotowe (tj. pozytywne kompetencje zawodowe, poczucie sprawstwa, zdolność radzenia sobie z trudnościami, przychylne elementy kontroli)
- ✓ środowiskowe (tj. sprzyjający klimat organizacyjny, doradztwo antywypaleniowe czy wsparcie społeczne).

Zasoby, działające w czasie adaptacji do przewlekłego stresu, przeciwdziałają ryzyku wystąpienia wypalenia zawodowego [93].

*Za przyczynę wypalenia uznaje się, zatem „czynniki środowiskowe, tj. stres zawodowy i cechy podmiotu, a zwłaszcza mechanizmy zmagania się ze stresem, dla których to mechanizmów głównym mediatorem jest poczucie własnej skuteczności zawodowej. Niski poziom kompetencji zaradczych wywala typową dla wypalania się obronę pod postacią depersonalizowania i obniżania zaangażowania zawodowego, co w konsekwencji pogarsza efekty w pracy zawodowej i powoduje obniżenie poczucia dokonań osobistych w realizacji ważnych i wartościowych dla jednostki celów życiowych” [33, 50, 95].*

W podsumowaniu warto zaznaczyć, że model społeczno-poznawczy odgrywa dużą rolę w formułowaniu sposobów działania i metod zapobiegających powstawaniu wypalenia zawodowego.



**UWARUNKOWANIA I MECHANIZMY WYPALENIA ZAWODOWEGO**

*Daj swojemu stresowi skrzydła i pozwól mu odlecieć.*

*Terri Guillemets*

Problem wypalenia zawodowego dotyczy głównie zawodów społecznych, w których bardzo ważną rolę pełni bliski kontakt interpersonalny. Aby ten kontakt był zadowalający dla obu stron, konieczne jest zaangażowanie i emocjonalne dostrojenie pracownika do potrzebującej osoby. Efektywność uwarunkowana jest tutaj harmonijnie układającymi się relacjami międzyludzkimi zarówno w płaszczyźnie poziomej (w grupie współpracowników), jak i pionowej (kierownictwo instytucji) [39, 50, 79].

Do najważniejszych wymagań stawianych pracownikom należą m.in.: uważne słuchanie, komunikowanie się i negocjowanie, empatia, okazywanie zainteresowania, cierpliwość, wsparcie, umiejętność rozwiązywania problemów, kultura osobista i dyskrecja. Sprostanie tym wymaganiom stanowi jedno z głównych źródeł emocjonalnego obciążenia będącego istotnym ogniwem wypalenia zawodowego [39, 50, 79].

Przyjmuje się, że powstawanie zespołu wypalenia spowodowane jest przede wszystkim warunkami pracy oraz cechami osobowości pracownika, a w zakresie warunków pracy najczęściej wymienia się [39, 50, 79]:

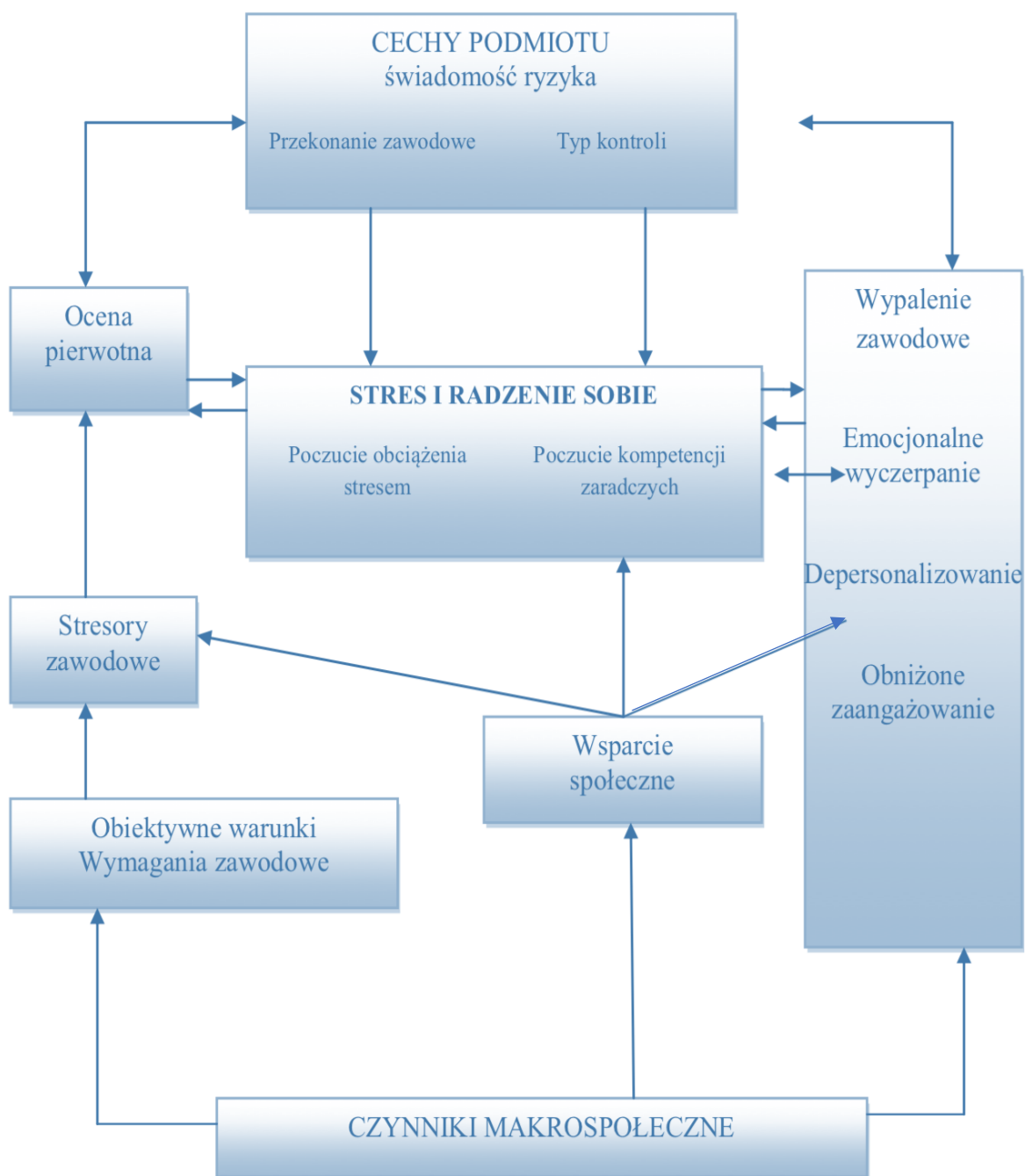
- ✓ stopień zaangażowania psychicznego potrzebnego do wykonywania pracy;
- ✓ nadmierny poziom odpowiedzialności za wykonywane zadania;
- ✓ wysoki poziom wymagań angażujący umiejętności pracownika, co w konsekwencji zmniejsza jego odporność i sprawność w trudnych sytuacjach;
- ✓ duże tempo pracy oraz fizyczne obciążenie;
- ✓ autokratyczny styl zarządzania instytucją, skoncentrowany na kontroli;
- ✓ nieodpowiednie relacje interpersonalne w pracy, w tym głównie zablokowanie porozumiewania się.

Do cech osobowości mających wpływ na powstawanie zespołu wypalenia należą zwłaszcza [50, 79]:

- ✓ niedojrzała osobowość,
- ✓ niska samoocena,
- ✓ bierność i niepewność w obcowaniu z ludźmi
- ✓ wycofywanie się z kontaktów i zależność od innych.



Tak skonstruowana osobowość powoduje, że relacje z innymi ludźmi są powierzchowne i niepełne oraz brak jest informacji zwrotnych o poziomie wykonania zadań zawodowych. Wzmaga to w konsekwencji napięcie i niepokój. Czasem zdarzają się osobowości o cechach całkowicie przeciwnych do wyżej wymienionych. Prospektywne ujęcie algorytmu stresu i wypalenia zostało przedstawione na Rycinie 1.



Rycina 1. Prospektywne ujęcie algorytmu stresu i wypalenia Źródło: [95]

Różne niekorzystne konfiguracje cech osobowości powodują opisywane przez psychologów, trzy typy zachowań pracownika sprzyjających wypaleniu zawodowemu [33, 50, 96]:

- ✓ nadmierne poświęcanie się pracy i nieprzywiązywanie uwagi do należytego wypoczynku, jako wyraz uczynienia pracy nadrzędną wartością;
- ✓ nadmierne poświęcanie się pracy, jako kompensacja niezadowolającego życia osobistego;
- ✓ nadmierne poświęcanie się pracy, jako wyraz przekonania, że jest się jedyną osobą kompetentną i niezastąpioną.

Biorąc pod uwagę inne cechy osobowości uważa się, że bardziej podatne na wypalenie są osoby, u których dochodzi do silnego pobudzenia, nawet pod wpływem stosunkowo słabych bodźców, które żywo i intensywnie reagują na stymulację ze strony otoczenia [33, 50, 96].

W badaniach nad wypaleniem zawodowym można dostrzec obecnie pojawienie się nowej perspektywy. Wynika ona z poznawczego podejścia do budowy i funkcjonowania osobowości człowieka. Struktury poznawcze kształtują się stosunkowo późno i łatwiej poddają się modyfikacji za pomocą metod psychoterapeutycznych, co otwiera nowe możliwości terapii, autoterapii i profilaktyki wypalenia psychicznego [33, 50, 96].

Wśród uwarunkowań sprzyjających wystąpieniu wypaleniu zawodowemu wymienia się także to samo miejsce wykonywania pracy i zamieszkania osoby pomagającej. Jednostka taka jest o każdej porze osiągalna i może kontynuować swój dyżur, nawet w czasie wolnym od pracy co skutkuje tym, że nie opuszcza ona całkowicie pola psychicznego zaabsorbowania i przebywa w nim ciągle, praktycznie aż do zaśnięcia [65].

Na podobne zagrożenie wypaleniem zawodowym narażone są osoby pracujące w zawodach medycznych i razem zamieszkujące. Stres związany z taką sytuacją ujawnia się w przewlekłym gniewie, depresji, myśleniu o samobójstwie, w epizodach osłabienia poznawczego i cynizmie [97].

Wypalenie zawodowe pozostaje w wyraźnym związku z niezadowoleniem z pracy [98], ale również z nadużywaniem alkoholu i zażywaniem narkotyków, z poszukiwaniem innego zajęcia, z liczbą zachorowań i niedbalstwem w pracy, jak również z przyjmowaniem środków uspokajających, a także z negatywnym stosunkiem do liczby godzin bezpośredniego kontaktu z pacjentami i do wsparcia ze strony kolegów i partnerów [33, 99].

Rozpiętość i dynamikę zjawiska określanego dzisiaj jako wypalenie wyrażają trafnie doniesienia Chernissa, który określa to jako: „*ogromny opór przed codziennym pójściem do pracy, uczucie zawodu wobec samego siebie, złość i niechęć, poczucie winy, brak odwagi i obojętność, negatywizm, izolacja i wycofanie się, codzienne uczucie zmęczenia i wyczerpania, częste spoglądanie na zegarek, wielkie zmęczenie po pracy, utrata pozytywnych uczuć w stosunku do klientów, wzrost tendencji do pełnienia »służby zgodnie z przepisami«*, *zakłócenia snu, unikanie dyskusji z kolegami na temat pracy, zajmowanie się samym sobą, większe przyzwolenie na środki kontrolujące zachowanie (na przykład trankwilizatory), częste przeziębienia i grypy, częste bóle głowy i dolegliwości przewodu pokarmowego, nieustępliwość w myśleniu i niechęć do zmian, nieufność i paranoidalne wyobrażenia, ekscesywne zażywanie narkotyków, problemy małżeńskie i rodzinne, oraz częsta nieobecność w miejscu pracy*” [33, 50, 57, 67].

Wypalenie zawodowe jest zespołem symptomów, które mogą uwidaczniać się w specyficzny sposób i przybierać różną intensywność. Część tych objawów może pozostawać jako nieświadoma oznaka problemu. Człowiek wykorzystuje mnóstwo mechanizmów obronnych, np. tłumaczenie sobie i otoczeniu, że ulega osłabieniu lub ma kłopoty rodzinne, nie przyjmując jednocześnie do wiadomości, że tak naprawdę padł ofiarą wypalenia zawodowego [50, 100].

Reakcją na pojawienie się takiego stanu może być także poczucie winy, co jest interpretowane jako efekt własnego złego funkcjonowania, braku należytego oddania, czy niekompetencji itp. Postawa taka jest wynikiem przeceniania znaczenia czynników osobowościowych, a nie niedoceniań wpływów środowiska [50, 100].

Znaczącą rolę dla dynamiki stresu i sposobów radzenia sobie z nim odgrywają procesy subiektywnej oceny stresorów i własnych zasobów [101]. Są one ujmowane jako poznawcze i behawioralne próby sprostania zagrożeniom. Radzenie sobie jest wypadkową interakcji wymogów sytuacyjnych. Działania te mogą być ukierunkowane na emocje lub na rozwiązanie problemu. Przybierają więc różne formy aktywności, w których wykorzystuje się zasoby indywidualne oraz społeczne i są one modyfikowane przez wiele czynników tkwiących w człowieku i środowisku, w którym przebywa [101].

Łosiak, analizując stres doświadczany przez różne osoby, stwierdził, że jest on uwarunkowany przez indywidualne cechy osobowości, co z kolei skutkuje powstawaniem u nich wypalenia zawodowego oraz jego następstw [95, 96].

Czynnikami kluczowymi dla rozwoju wypalenia zawodowego jest doświadczenie

niepowodzenia oraz powstanie przeświadczenia o niemożności efektywnego radzenia sobie z trudnościami w życiu zawodowym. Podobne do tego przeżycia jest doświadczenie niezgodności lub sprzeczności pomiędzy oczekiwaniami zawodowymi, a realiami zawodu. Zestawienie marzeń z rzeczywistością może skończyć się rozczarowaniem, utratą złudzeń lub frustracją w realizacji ideału zawodowego co bezpośrednio przyczynia się do syndromu wypalenia zawodowego [39, 61].

Zakładając, że wypalenie zawodowe powstaje w warunkach chronicznego stresu można stwierdzić, że istotną rolę odgrywają kompetencje przejawiane w kontaktach interpersonalnych. Należy zatem uznać, że wypalenie jest w istotny sposób powiązane z poczuciem własnej skuteczności. Człowiek, który nie wierzy w swoją wydolność, jest słaby i rzadko odnosi sukcesy [66, 104].

Zdaniem Jackson i Schulera warunki organizacyjne w sposób znaczący podnoszą ryzyko wypalenia u personelu [105]. Autorzy ci oparli się na założeniu, że pracownik, który ma warunki do bycia samosterowanym oraz posiada zdolność wpływania na swoje otoczenie, odbiera je jako nagradzające. Kiedy jednak warunki nie pozwalają na kontrolowanie otoczenia, ludzie odbierają to otoczenie jako nieprzychylnie i nieprzewidywalne [105].

Pines zauważyła natomiast, że wielu autorów uznaje osiągnięcie celów zawodowych za ważne antidotum dla wypalenia [84]. Akcentuje ona poglądy tych, którzy uważają, iż ważniejsze jest poczucie sensu w wykonywaniu zawodu oraz podkreślają, że bardzo trudno uzyskać i utrzymać jest poczucie sensu własnej pracy, jeżeli w jej toku zabraknie znaczących osiągnięć [84].

Osoby skłonne do wypalenia w zawodach społecznych (wskutek sztywnych i zhierarchizowanych przekonań) mogą być nie dość racjonalne i refleksyjne [101]. Charakteryzować ich będzie wysoki perfekcjonizm, niska autonomia oraz tolerancja dla odmienności, nieakceptowanie dwuznaczności i zasady prawdopodobieństwa. W ich myśleniu mogą pojawić się irracjonalne, bardzo skrajne i kategoryczne przekonania minimalizujące szansę na sukces, zwiększające prawdopodobieństwo niepowodzenia i doznawania negatywnych uczuć. Człowieka zdolnego do swobodnej, autonomicznej konfrontacji z trudnościami cechuje małe nasilenie nieracjonalnych przekonań. Ponadto towarzyszy mu refleksyjność i dominowanie pozytywnych doświadczeń [101].

Wypalenie zawodowe jest powszechnie występującym problemem w zawodach nastawionych na pomoc ludziom. Członkowie takich profesji są narażeni na to ryzyko z powodu emocjonalnego zaangażowania w wykonywaną pracę. Wypalenie zawodowe

kojarzone bywa ze zwiększonym obciążeniem, nieobecnością i skracaniem czasu pracy, osłabieniem empatii i cyniczną postawą wobec podopiecznych oraz z rozważaniami na temat zmiany pracy. Ponadto związane jest ono z silną motywacją u osób o ambitnych celach [50, 52, 67].

Pracownik z pozytywnymi doświadczeniami zdolny jest do zwiększonej motywacji i skuteczniej poradzi sobie z rozwiązywaniem codziennych problemów [106]. Ponadto zdobędzie się on na utrzymanie właściwego tonu emocjonalnego, poczucia kompetencji w codziennych przedsięwzięciach oraz unikania przedłużających się okresów negatywnego nastroju, pomimo występowania stresujących warunków [106].

Chociaż znane są kwestie, dotyczące wypalenia zawodowego, takie jak uwarunkowania, mechanizmy i przyczyny powstawania to wciąż jest to problem niedostatecznie poznany i zweryfikowany, dlatego temat ten musi być nadal traktowany jako otwarty.

**WYPALENIE ZAWODOWE A ZABURZENIA PSYCHICZNE**

*Najwspanialszą bronią jaką mamy przeciw stresowi  
jest zdolność do wybrania jednej myśli zamiast innej.*

*William James*

Zgodnie ze stanowiskiem Anczewskiej, Świtaja i Roszczyńskiej otwartą kwestią pozostaje pytanie o odrębność zespołu wypalenia i rodzaj związków z innymi stanami i zaburzeniami psychicznymi. Przedmiotem sporu jest zwłaszcza różnicowanie wypalenia i stresu zawodowego, depresji, obniżonej satysfakcji zawodowej oraz zespołu przewlekłego zmęczenia [39, 107].

Obecny stan badań nie pozwala jednak na jednoznaczne rozstrzygnięcie tej kwestii [50, 52, 107-111]. Wydaje się, że są to odrębne jednostki, ponieważ wypalenie jest długotrwałym procesem, powstającym na skutek działania stresu zawodowego, przy równoległym załamaniu zdolności adaptacyjnych. Wymiar emocjonalnego wyczerpania został wysoko zestawiony ze stresem, jednak depersonalizacja i obniżone poczucie dokonań osobistych nie są wymieniane wśród typowych reakcji stresowych. Wykazują one tylko niewielką lub umiarkowaną zależność ze stresem. Ponadto wypalenie łączy się z pierwotną motywacją i oczekiwaniami związanymi z pracą, natomiast stresu możemy doświadczać, niezależnie od poziomu motywacji [50, 52, 107-111].

Z jednej strony wypalenie jest przewlekłą i wielowymiarową reakcją na stres, z drugiej natomiast syndrom wypalenia może występować również w depresji [107-111]. Podobnie jak w przypadku stresu, silną korelację z depresją wykazuje emocjonalne wyczerpanie, a znacznie słabszą pozostałe dwa wymiary. Może to świadczyć o pokrewnych, lecz odrębnych stanach. Im silniej wyrażone są objawy zespołu wypalenia, tym większe podobieństwo do symptomatologii depresyjnej. Możliwe jest również, że czynniki osobowościowe sprzyjają obu stanom. Zasadnicza różnica między nimi polega jednak na tym, że depresja przenika wszystkie sfery życia, natomiast wypalenie jest ograniczone do kontekstu zawodowego. Objawy zespołu chronicznego zmęczenia bywają podobne, jak w przypadku wypalenia, jednak w ich obrazie klinicznym dominują dolegliwości fizyczne, a psychiczne jedynie im towarzyszą. Tak jak w poprzednio wspomnianych stanach podobieństwo z wypaleniem odnosi się głównie do emocjonalnego wyczerpania, pozostałe dwa wymiary w zespole przewlekłego zmęczenia nie występują [107-111].

Wypalenie zawodowe, a zwłaszcza wymiar osobistego zaangażowania, należy odróżnić od pierwotnego braku zaangażowania zawodowego, gdyż oba stany mogą być podobne w swych zewnętrznych przejawach. Według Sęk wiedza o wypaleniu może czasem stanowić „swoiście nadbudowaną poznawczą konstrukcję obronną dla pierwotnego braku zaangażowania w zawodzie”. Uważa się, że wypalenie może rozwinąć się tylko u osób z pierwotnie wysokim poziomem motywacji [101].

Przez długi okres trwały dyskusje dotyczące kwestii włączenia zespołu wypalenia do międzynarodowych klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych. Wiesmuller i współautorzy postulowali włączenie zespołu wypalenia do grupy zaburzeń występujących pod postacią somatyczną (*Somato-Form Disorders*) [112].

W klasyfikacji DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) znajduje się bowiem kategoria dotycząca zjawisk, które nie spełniają kryterium zaburzeń psychicznych, wymagają jednak uwagi i leczenia. Opisuje ona problemy zawodowe: brak satysfakcji z wykonywanej pracy i niepewność dotyczącą wyboru kariery (V 62.20) [112, 113, 114].

Dziś już wiadomo, że wypalenie zawodowe zostało wpisane do ICD-10, pod symbolem Z73.0, gdzie umieszczono je wśród „czynników wpływających na stan zdrowia i kontakt z usługami zdrowotnymi” [114, 115].

## WYPALENIE ZAWODOWE U LEKARZY I PIELEŃNIAREK

*W okresach wielkiego stresu lub przeciwności losu,  
najlepiej pozostać zajęтым aby przemienić swoją złość  
i energię w coś pozytywnego.*

*Lee Iacocca*

Wypalenie zawodowe u lekarzy i pielęgniarek to syndrom reakcji stresowych, który występuje w odmienny sposób w zależności od środowiska pracy. Dużą rolę odgrywają tutaj wygórowane oczekiwania co do wykonywanego zawodu, ale również specyfika samej pracy, która może przyczyniać się do powstania wypalenia zawodowego [93, 116].

Czynnikiem, który przyczynia się do wypalenia zawodowego wśród personelu lekarskiego i pielęgniarskiego jest specyfika warunków pracy. Najogólniej lekarzy i pielęgniarki można podzielić na zatrudnionych na stanowiskach zabiegowych (np. chirurgia, ginekologia, okulistyka i neurochirurgia), niezabiegowych (np. interna, neurologia i psychiatria) i podstawowej opieki zdrowotnej [39, 67, 116].

Zdaniem Karaska, z punktu widzenia stresu oraz jego konsekwencji zdrowotnych, kluczowe znaczenie mają dwie dymensje pracy - kontrola i wymagania (rozumiane przede wszystkim jako wymagania ilościowe, a także takie, które wynikają z wewnętrznych sprzeczności tkwiących w roli za-wodowej -tzw. konflikt roli). Podjęcie próby weryfikacji tego modelu przez Widerszal-Bazyl miało pozwolić ocenić wpływ wymagań i kontroli na zdrowie pracowników, a więc poniekąd też na syndrom wypalenia zawodowego [39, 67, 116].

Wyniki innych badaczy, za van der Doefem i Maesa'em, potwierdziły związek wymagań stawianych w pracy z niektórymi wymiarami wypalenia zawodowego [39, 67, 116]. Z kolei badania de Jonge'a i wsp., poświadczyły sensowność metodologiczną grupowego badania pracowników pod kątem cech pracy. Wynika to z porównania przez nich mocy predyktywnej modeli opartych na założeniach Karaska (wpływ kontroli, wymagań i ich interakcji na zmienne zależne). Okazuje się bowiem, że pomiar grupowy jest trafniejszy [39, 67, 116].

W Tabeli II przedstawiono poziomy referencyjne dla trzech wymiarów wypalenia zawodowego w różnych grupach zawodowych.



Tabela II. Poziomy referencyjne dla poszczególnych grup pracowników trzech wymiarów wypalenia zawodowego, które zawiera podręcznik dotyczący stosowania narzędzia pomiaru tego wypalenia MBI

| Poziomy referencyjne wymiarów wypalenia                  | Badane grupy zawodowe     |  |                              | Badane grupy zawodowe łącznie |
|--|---------------------------|--|------------------------------|-------------------------------|
|  | Pracownicy służby zdrowia | Pracownicy psychiatrycznej opieki zdrowotnej | Pracownicy służb społecznych |                               |
| <b>Poziom wyczerpania emocjonalnego (EEX)</b>            |                           |  |                              |                               |
| Wysoki   | 27 lub powyżej            | 21 lub powyżej                               | 28 lub powyżej               | 27 lub                        |
| Średni   | 19-26                     | 14-20  | 17-27                        | 17-26                         |
| Niski  | 18 lub poniżej            | 13 lub poniżej                               | 16 lub poniżej               | 16 lub poniżej                |
| <b>Poziom depersonalizacji (DEP)</b>                     |                           |  |                              |                               |
| Wysoki   | 10 lub powyżej            | 8 lub powyżej                                | 11 lub powyżej               | 13 lub                        |
| Średni   | 6-9                       | 5-7  | 6-10                         | 7-12                          |
| Niski  | 5 lub poniżej             | 4 lub poniżej                                | 5 lub poniżej                | 6 lub poniżej                 |
| <b>Poziom utraty poczucia osiągnięć osobistych (PAR)</b> |                           |  |                              |                               |
| Wysoki   | 33 lub poniżej            | 28 lub poniżej                               | 29 lub poniżej               | 31 lub poniżej                |
| Średni   | 39-34                     | 33-29  | 36-30                        | 38-32                         |
| Niski  | 40 lub powyżej            | 34 lub powyżej                               | 37 lub powyżej               | 39 lub                        |

Źródło: [117]

Wysoki prestiż zawodowy lekarzy skutkuje również wysokimi wymaganiami nie tylko zawodowymi, ale również i moralnymi, a według opinii społecznej wymaga (oprócz fachowego przygotowania) określonych umiejętności i predyspozycji osobowościowych [116].

Rola zawodowa lekarza wyznaczona jest przez wzorce i normatywy, a na sposób wykonywania tej roli ma wpływ wiele czynników osobistych jak również społeczne oczekiwania. Pełnienie tej roli jest uwarunkowane złożonym układem czynników [50, 118]:

- ✓ biopsychogennymi elementami jednostki;
- ✓ wzorem osobowym;
- ✓ strukturą grupy;
- ✓ stopniem identyfikacji lekarza ze swoim zawodem.

W odniesieniu do ról pełnionych przez lekarzy można wyróżnić następujące elementy [50, 118]:

- ✓ oczekiwania, prawa i obowiązki (np. w relacji z pacjentem, grupą zawodową lekarzy);
- ✓ pozycję społeczną;
- ✓ zachowania lekarza.

Umiejętność rozpoznawania objawów chorób, stawianie słusznej diagnozy, skuteczne leczenie ale również i działania profilaktyczne są głównymi oczekiwaniami stawianymi przedstawicielom tej grupy zawodowej. W związku z powyższym do obowiązków i praw lekarza przynależnych z racji pełnionej roli należy zaliczyć [50, 118]:

- ✓ wykorzystanie umiejętności leczenia chorób;
- ✓ samodzielne podejmowanie decyzji;
- ✓ wydawanie orzeczeń lekarskich.

Prestiż tego zawodu i wynikający z niego autorytet opierają się w głównej mierze na odpowiedzialności za swoje działania. Styl pracy lekarza zależy nie tylko od jego specjalizacji zawodowej, lecz również od jego osobowości, indywidualnych preferencji oraz warunków organizacyjnych i środowiskowych, w których przyszło mu działać. Z kolei specyfika pracy lekarza zatrudnionego w szpitalu jest zależna od oddziału, stanowiska oraz innych czynników występujących w tej placówce i jest odmienna od wykonywania tego zawodu poza środowiskiem szpitalnym, np. w poradniach [33, 50, 118].

W przypadku roli zawodowej lekarza może wystąpić konflikt zarówno w obrębie samej roli (wymogi zawodowe a osobowość), jak i niezgodność tej roli z innymi funkcjami, wynikającymi z uwarunkowań życiowych [33, 118].

Zawód ten w społeczeństwie bywa utożsamiany ze swoistego rodzaju misją służby człowiekowi (niesieniem pomocy, ulgi w cierpieniu, przywracaniem zdrowia), dlatego też cieszy się tak dużym uznaniem społecznym [50, 119]. Jednym z głównych motywów wyboru tej profesji jest potrzeba sukcesu, którą można argumentować następującymi przyczynami: chęć otrzymania wyższej pensji, osiągnięcie wyższej pozycji poprzez uzyskanie dobrych wyników, zdobycie prestiżu i w konsekwencji możliwość wywierania większego wpływu na otoczenie itp. Zdecydowana większość osób dąży do tego poprzez zdobycie odpowiedniego zawodu, który im to umożliwi. Samo zdanie egzaminu na wymarzony kierunek studiów może stanowić sukces, ponieważ istotą motywacji do jego osiągnięcia jest według zwięzłej definicji McClellanda i współpracowników „konfrontacja z pewną normą” [50, 119].

Podniesienie prestiżu jest również cechą charakterystyczną dla innych zawodów społecznych. Zdaniem Kadushina, motywem podjęcia pracy w zawodach związanych z pomaganiem innym osobom jest chęć pracy z ludźmi i wywieranie na nich istotnego wpływu, co zostało określone przez niego jako „*etyka poświęcenia*”. Dodaje również, że uwznioślenie motywów pomagania ludziom sprawia, że pracy tej nie uważa się już po prostu za zawód, lecz raczej za powołanie [50, 120].

Popierają tę tezę również Freudenberger i Richelson, twierdząc, że „*osoba udzielająca pomocy przychodzi do swego zawodu z wyobrażeniami dotyczącymi (...) możliwości wpływania na życie ludzi*” [33, 121, 122], a Harrison dodatkowo tę silną motywację czynienia dobra uzupełnia o kwestię: „*a czasami z innymi ludźmi*” [123].

Pines, Aronson i Kafry, oprócz powszechnych motywów pracy, wskazują także na specyficzne dla omawianych zawodów cele i oczekiwania. Wymieniają tutaj takie wartości jak: istotność wpływu, odnoszenie sukcesów, docenianie przez inne osoby oraz cieszenie się prestiżem i wysokim poziomem uznania za wykonywaną pracę. W związku z powyższym argumentem przy wyborze zawodu może być wspólne dla grupy ludzi, ale też występujące i osobiste motywy, oparte na zinternalizowanym „romantycznym obrazie” danej pracy [50, 124].

Lekarze wybierając zawód, szukają w swojej pracy poczucia sensu życia, spełnienia oraz realizacji siebie jako człowieka. Ciągłe dążenie do rozwoju i realizacja tego dążenia jest, według psychologii humanistycznej, opisywane jako najsilniejsze pragnieniem człowieka, dostarczające mu najintensywniejszej radości oraz najtrwalszego poczucia szczęścia [125].

Jak już wspomniano wcześniej lekarze stanowią grupę szczególnie narażoną na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego. Związane jest to z ich charakterem pracy, której nieodłącznym elementem jest bardzo bliski kontakt z człowiekiem (zarówno w sensie fizycznym, jak i przede wszystkim psychicznym i emocjonalnym). Niektórzy badacze prezentują pogląd sugerujący, że decydującą rolę odgrywa motywacja, podobnie jak w procesie wypalenia początkowa iskra [63, 67].

Harrison na przykład stwierdza, że „*praktycznie wszyscy początkujący są w pewnym sensie rozpaleni motywacją*” [123], a Farber dochodzi do wniosku, że „*wysoki poziom zaangażowania w pracę często uważa się za warunek wstępny wypalenia. „Z upływem czasu dochodzi poczucie niespełnienia, brak realizacji założonych celów życiowych, czy trudności w realizacji tych celów, zbyt wygórowane oczekiwania, brak poczucia kontroli - wszystko to może doprowadzić do pesymizmu, bezradności i wypalenia*” [101, 126].

Lekarz, aby móc dobrze prowadzić powierzonego pacjenta, musi wejść z nim w swoisty kontakt [50, 127]. Wytworzona więź stanowi fundament, na którym opiera się cały system opieki medycznej. Jest to interakcja, w której zarówno lekarz, jak i pacjent odgrywają określone role i mają przypisany ściśle ustalony zakres odpowiedzialności. Na powstanie tego szczególnego układu wpływ ma wiele czynników, wśród których największe znaczenie ma podłoże psychiczne. Działania podejmowane przez lekarza mają służyć szeroko pojętemu dobru pacjenta. Z każdym chorym powinien nawiązać on szczególny, osobisty kontakt, który powinien wyrażać się troską oraz zainteresowaniem o jego stan. Pacjent powinien być postrzegany jako jednostka ludzka, nie zaś jako przypadek chorobowy [50, 127].

Stworzenia szczególnego rodzaju więzi domaga się relacja pomiędzy psychiatrą, a pacjentem chorym psychicznie [50, 128]. Zależność ta bywa źródłem dużego obciążenia psychicznego tej grupy zawodowej. Psychiatra nie ma możliwości skorzystania z narzędzi diagnostycznych, którymi mógłby się posłużyć, a w relacji tej daje tylko i wyłącznie siebie [50, 128]. Pacjenci przeżywają ponadto trudności związane z radzeniem sobie z aktualnymi sprawami w ich życiu, które tłumaczą swoją chorobą lub nieprzychylnością innych ludzi. Trudności takie mogą dotyczyć konfliktów małżeńskich, rodzinnych, w miejscu pracy, zagrożeń zawodowych oraz wynikających z utrzymania związków towarzyskich [50, 129].

Zadaniem każdego lekarza jest pomoc choremu w jego cierpieniu. Leczenie przynoszące ulgę pacjentowi, określane jako oddziaływanie (psycho)terapeutyczne, musi być dostosowane do każdego pacjenta indywidualnie, w przeciwnym razie nie odniesie oczekiwanego skutku [50, 129].

Niepokój i obciążenie wśród lekarzy może być związane z obawami o losy chorego, ponieważ wraca on do środowiska, z którego nie znikły przyczyny jego choroby [50, 130].

W związku z powyższym problem wypalenia zawodowego wśród lekarzy jest zjawiskiem dużej wagi, wymagającej zainteresowania i badań, zwłaszcza w obecnych czasach wielkiego postępu technicznego, automatyzacji i dehumanizacji.

Z dostępnej literatury dotyczącej omawianego problemu wybrano najistotniejsze wątki, które zamieszczono w tej pracy [39]. Udowodniono, że gdy zwiększa się liczba kontaktów z osobami chorymi - znacznie wzrasta również prawdopodobieństwo wystąpienia syndromu wypalenia zawodowego [131-135].

Nie można zapominać, że środowisko, w którym pracują lekarze nacechowane jest silnym zaangażowaniem emocjonalnym w relacje z odbiorcami opieki, a to z kolei prowadzić może do wykształcenia się negatywnych postaw wobec odbiorców [50, 133, 134, 135].

Próbując radzić sobie z wyczerpaniem, profesjonaliści dystansują się emocjonalnie, ale jednocześnie wykształca się u nich negatywna postawa wobec własnych osiągnięć zawodowych [50, 133, 134, 135].

Roter i Hall udowodnili, że zachowanie, jakie pacjent przejawia wobec lekarza, jest reakcją zwrotną na postawę lekarza w stosunku do pacjenta. Tak więc negatywna i pełna dystansu postawa wypalonego zawodowo lekarza wzmacnia nie tylko odczuwane przez pacjenta poczucie bycia nękanym, lecz także rzeczywiste zachowania roszczeniowe [33, 136].

Bardzo często ludzie oceniają swoje relacje z innymi w kategoriach nagród, kosztów, inwestycji i zysków, oczekując, że będą one proporcjonalne do inwestycji i zysków drugiej, pozostającej w tej relacji osoby [50, 137, 138]. W przeciwieństwie do większości relacji związek pomiędzy lekarzem, a pacjentem jest komplementarny (lekarz daje pomoc, pacjent ją przyjmuje). Wkraczają oni więc w współzależności z zupełnie różnych pozycji, dlatego trudno jest ustanowić równorzędny związek pomiędzy nimi [136].

Jedną z główniejszych metod przeciwdziałania syndromowi wypalenia emocjonalnego jest prewencja wobec samego siebie [39, 138]. Poznanie własnych reakcji emocjonalnych powinno stanowić główne zadanie w walce z tym problemem. Wycofywanie się z relacji emocjonalnych z pacjentem prowadzi bowiem do braku zaangażowania, wzajemności i braku nagradzających wzmocnień ze strony pacjenta. Natomiast unikanie pacjentów pod hasłem „oszczędzania się” - bardzo szybko prowadzi do znudzenia, a niekiedy nadmiernej koncentracji na własnych problemach [39, 138]. Z drugiej strony natomiast postawa przesadnego zaangażowania wynikającego np. z identyfikacji z pacjentem wytwarza nadmierne obciążenie emocjonalne i w konsekwencji emocjonalne wyjałowienie [132]. Umiejętność dokonywania wglądu we własne problemy emocjonalne wymaga pracy i samopoznania. Nie jest łatwo zachować właściwe proporcje bliskości i zaangażowania, a zarazem dystansu i asertywności wobec swoich pacjentów [50, 138]. Kemper wyznaczył dziesięć ról, w które uciekają zbyt obciążeni lekarze [50, 65]:

- ✓ unikanie spotkań z pacjentem;
- ✓ pozbawianie wartości własnych działań („bez sensu”);
- ✓ wykonywanie swojej pracy w pośpiechu;
- ✓ chowanie się za lekarstwa i instrumenty;
- ✓ niecierpliwość i oskarżanie pacjentów o brak współpracy;
- ✓ prorocze obiecywanie powrotu do zdrowia;

- ✓ przecenianie szans leczenia;
- ✓ niedocenywanie szans na wyzdrowienie;
- ✓ wykonywanie tylko tego, co konieczne, nierozmawianie z pacjentem;
- ✓ aranżowanie pięknej sceny rodzinnej.

Problem wypalenia wpływa nie tylko na pracę zawodową, ale również na inne płaszczyzny życia, w tym również rodzinną. Niepowodzenia życiowe, konflikty oraz dramatyczne sytuacje, związane z funkcjonowaniem zawodowym, często mogą prowadzić do tragicznego zakończenia [50, 65].

Reimer i Freisfeld zapytali lekarzy pracujących w szpitalach oraz ich pacjentów o postawy wobec problemu samobójstw [50, 139]. Przyczyną, którą lekarze wymieniali jako powód ewentualnego odebrania sobie życia, była nieuleczalna choroba. Pozwoliło to wysunąć wniosek, że społeczeństwo bardziej surowo ocenia samobójstwa lekarzy, a we własnym mniemaniu są oni zdani wyłącznie na siebie [50, 139]. Bartusis wykazał ponadto, że lekarki ze specjalnością psychiatryczną są szczególnie podatne na substancje psychoaktywne, a także częściej występują wśród nich samobójstwa i rozwody. Według Moore związane jest to z pełnią rolą społeczną, która wywołuje liczne konflikty [65].

Czynnik płci potwierdzili również Grossi i wsp., wykazując jej związek z wysokim wypaleniem zawodowym i z nadmiarem pracy, wysokim poziomem lęków, wyczerpaniem życiowym, brakiem wsparcia społecznego i niewystarczającego czasu przeznaczanego na sen, co może prowadzić w konsekwencji do depresji [39, 67, 140].

Z przedstawionych rozważań wynika że, problem wypalenia jest znaczący, a działania profilaktyczne powinny mieć na celu zapewnienie zdrowia i dobrostanu psychicznego nie tylko członkom zawodów medycznych, lecz także pośrednio całemu społeczeństwu [50].

Również grupa zawodowa pielęgniarek znajduje się w centrum zainteresowania badaczy.

Pielęgniarka sprawuje opiekę medyczną nad pacjentem, jest uprawniona do wykonywania działań wynikających z jej roli zawodowej, wykonuje samodzielne działania w zakresie diagnostyki i leczenia, towarzyszy człowiekowi w zdrowiu, chorobie, niepełnej sprawności oraz pomaga w kształtowaniu umiejętności samoopiekuńczych. Zajmuje się także szeroko rozumianą edukacją zdrowotną i promocją zdrowia. Pielęgniarka jest kompetentnym profesjonalistą w podejmowaniu decyzji, dotyczących pielęgnowania i organizowania opieki pielęgniarskiej na wszystkich szczeblach systemu ochrony zdrowia.



Ponadto jej wiedza i umiejętności kwalifikują ją do współdziałania w zespole interdyscyplinarnym, w tym również w zespole transplantacyjnym [67, 86, 141].

Profesjonalizacja zawodu pielęgniarskiego wiąże się ze zwiększeniem stopnia odpowiedzialności za wykonywane zadania, ale wymaga również coraz wyższego poziomu wiedzy i kwalifikacji. Od pielęgniarki wymaga się [50]:

- ✓ zdolności współpracy z innymi ludźmi;
- ✓ umiejętności nawiązywania kontaktów;
- ✓ prawidłowej komunikacji.

Są to warunki konieczne nie tylko do uzyskania od pacjenta informacji na temat jego historii choroby i informacji potrzebnych w procesie leczenia, ale również stanowią jeden z podstawowych elementów terapii. Oprócz odpowiednich predyspozycji praca pielęgniarki wymaga wysokich kwalifikacji zawodowych, zdrowotnych oraz społeczno-moralnych. Realizuje ona wiele funkcji w tym m.in.: opiekuńczą, wychowawczą czy profilaktyczną [50, 142]. W trakcie swojej pracy pielęgniarka rozmawia z chorym o wielu sprawach, w tym również bardzo intymnych, dlatego w zawodzie tym normy etyczne mają szczególne znaczenie, gdyż [50, 118]:

- ✓ przedmiotem pracy pielęgniarki jest człowiek zagrożony chorobą, chory lub powracający do zdrowia,
- ✓ pacjenci z pełnym zaufaniem powierzają najbardziej intymne sprawy pielęgniarkom;
- ✓ pielęgniarka towarzyszy pacjentowi w różnych momentach jego życia,
- ✓ błędy pielęgniarki lub nieprzestrzeganie norm etycznych mogą spowodować poważne następstwa i stanowić zagrożenie zdrowia i życia pacjenta,
- ✓ pielęgniarka w swej pracy ma do dyspozycji takie środki, które użyte niewłaściwie mogą stać się niebezpieczne.

Chcąc prześledzić motywy wyboru zawodu pielęgniarki należy odnieść się do wcześniej opisanych rozważań dotyczących motywacji wyboru zawodu lekarza. Jest to również zawód zaliczany do społecznych i można przypisać mu motywację określoną terminem „etyka poświęcenia” [50, 118].

Praca pielęgniarki postrzegana jest jako służba człowiekowi, która może być w zależności od stanu zdrowia źródłem zadowolenia lub zniechęcenia, energii lub poczucia obciążenia, satysfakcji lub jej braku. Biorąc pod uwagę wielozadaniowy charakter pracy pielęgniarki należy mieć na uwadze, że każdy rodzaj czynności wymaga rozmaitych zdolności, umiejętności i predyspozycji [50, 144].

Z przeprowadzonych badań wyodrębniono negatywnie oceniane cechy zawodu pielęgniarki. Są to [50, 144]:

- ✓ zmianowość, praca w nocy, nieregularny tryb życia, kontakt z brudem, wydzielinami itp.
- ✓ obciążenia psychiczne np. w trakcie podawania leków i wykonywania zabiegów.
- ✓ brak warunków uniemożliwiających proces leczenia.
- ✓ niskie zarobki w stosunku do wymagań zawodu i wysiłku wkładanego w jego wykonanie.
- ✓ niski status zawodowy, w tym również brak uznania społecznego.
- ✓ zła współpraca zespołu leczącego i problemy wynikające z hierarchii zawodowej.
- ✓ zła współpraca z pacjentem i jego rodziną.

Troska o pacjenta powoduje, że pielęgniarki płacą wysoką cenę w postaci obciążenia psychicznego. Problemy etyczne związane z opieką nad pacjentem, jego rodziną, czy opiekunami powodują osiągnięcie wysokiego poziom stresu i doświadczenie moralnego dystresu [50, 145]. Badacze zwracają szczególną uwagę na możliwość powstania problemów emocjonalnych w pracy z uwzględnieniem personelu oddziałów psychiatrycznych. Zapobieganie im na wczesnym etapie wpłynie na relacje lekarz - pielęgniarka – pacjent, a ostatecznie również znajdzie odzwierciedlenie w całej opiece zdrowotnej [146].

Obciążenia w pracy personelu medycznego oraz związane z tym ryzyko wypalenia wynikają nie tylko z odpowiedzialności za pacjenta, ale również ze stawianych im wymogów, które odnoszą się do moralnych aspektów życia i poczucia kontroli. Pomimo tego, że nikt nie ma możliwości ingerować w prywatne życie osób, które cieszą się zaufaniem społecznym, to jednak pacjentom przysługuje prawo do ochrony przed przedstawicielami tych zawodów, którzy nie spełniają wymagań moralnych. W związku z tym personel musi być zarówno ofiarny, prawdomówny, jak i godny zaufania [33, 50, 147].

Podsumowując warto zwrócić uwagę na fakt, że praca pielęgniarki i lekarza wiąże się przede wszystkim ze stałym funkcjonowaniem w sytuacjach trudnych, stresujących i koniecznością natychmiastowego radzenia sobie z nimi. Dodatkowym obciążeniem jest to, że osoby te są zaangażowane emocjonalnie w problemy pacjentów. Przedstawiciele tych zawodów muszą posiadać również odpowiednie kwalifikacje zawodowe oraz stale je podwyższać. Wszystkie te czynniki przekładają się ostatecznie na możliwość rozwoju zespołu wypalenia zawodowego [50, 148, 149, 150].

W Tabeli III przedstawiono porównania badań w zakresie wypalenia zawodowego wśród lekarzy w Europie i Ameryce.



Tabela III. Porównanie badań w zakresie wypalenia zawodowego wśród lekarzy UE/USA

| Źródło badań                            | Specjalność lekarska           | Kraj pochodzenia populacji badawczej | Użyte narzędzia badawcze                         |
|---|--------------------------------|--------------------------------------|--|
| Hall i wsp., 1992 [151]                 | Medycyna ratunkowa             | USA                                  | P&A  |
| Lloyd i wsp., 1994 [152]                | Medycyna ratunkowa             | Kanada                               | MBI, RDAS, EPJS, T.O.                            |
| Fields i wsp., 1995 [153]               | Intensywna opieka pediatryczna | USA                                  | P&A, T.O.  |
| Guntupalli i Fromm, 1996 [154]          | Intensywna opieka              | USA                                  | MBI, T.O.  |
| Ramirez <i>i wsp.</i> , 1996 [155]      | Gastroenterologia              | Wielka Brytania                      | MBI, T.O., GHQ-12                                |
|   | Chirurgia                      |                                      |  |
|   | Radiologia                     |                                      |  |
|   | Onkologia                      |                                      |  |
| Campbell <i>i wsp.</i> , 2001 [156]     | Chirurgia                      | USA                                  | MBI  |
| Gabbe <i>i wsp.</i> , 2002 [157]        | Medycyna rozrodu               | USA                                  | MBI, APS, APPS, SSS                              |
| Sargent <i>i wsp.</i> , 2004 [158]      | Ortopedia                      | USA                                  | MBI, RDAS, GHQ-12                                |
| Nyssen <i>i wsp.</i> , 2003 [159]       | Anestezjologia                 | Belgia                               | T.O., PSSM-A, WOCCQ, SRPHS                       |
| Nyssen i Hansez, 2008 [160]             | Anestezjologia                 | Belgia                               | NA lub NR  |
| Bertges Yost <i>i wsp.</i> , 1995 [161] | Transplantologia               | USA                                  | MBI, T.O., SCI                                   |
| Johns i Ossoff, 2005 [162]              | Otolaryngologia                | USA                                  | MBI, APS, APPS, SSS                              |
| Golub <i>i wsp.</i> , 2007 [163]        | Otolaryngologia                | USA                                  | MBI, T.O.  |
| Garelick <i>i wsp.</i> , 2007 [164]     | Wszystkie specjalności         | Wielka Brytania                      | MBI, Clube-OM, CLUBE-A, CORE-workplace, BSI, GSI |
| Raggio i Malacarne, 2007 [165]          | Intensywna terapia             | Włochy                               | MBI, PMS, DMI                                    |
| Magnavita <i>i wsp.</i> , 2008 [166]    | Radiologia                     | Włochy                               | MBI, T.O., GHQ-12, KJCS, SERI, WJS, GADS         |
| Sharma <i>i wsp.</i> , 2008 [167]       | Chirurgia jelita grubego       | Wielka Brytania                      | MBI, T.O., GHQ-12, TCQ                           |
| Embriaco <i>i wsp.</i> , 2007 [168]     | Intensywna terapia             | Włochy                               | MBI, T.O., SAPSII, CESDS                         |

Badania nad zespołem wypalenia zawodowego przeprowadzone w szpitalach norweskich pokazały, że lekarze za najlepszą współpracę uważali taką, w której mogą zaznaczyć swoją dominację nad pozostałym personelem. Pielęgniarki natomiast jako najważniejszy czynnik uważają pełnienie roli partnera w zespole przy czym partnerstwo oznacza dla nich posiadanie i uznanie ich praw na równym poziomie z prawami lekarza [50, 169].

Obecnie pozycja pielęgniarki w zespole terapeutycznym zmieniła się diametralnie, gdyż coraz częściej staje się ona partnerem lekarza i profesjonalistą w swoim zawodzie. W pracy zespołowej w szpitalu wspólnie oznacza lepiej. Zarówno pielęgniarki, jak i lekarze, nie dzieląc się uwagami, czy obserwacjami, nie wykorzystują swojego potencjału. Wśród czynników wpływających na jakość pracy wymienia się m.in. brak wsparcia przełożonych, niewłaściwe relacje interpersonalne ze współpracownikami, brak porozumienia, jak również popełniane błędy w procesie terapeutycznym [50, 170].

W tematyce badań nad wypaleniem zawodowym, literatura skandynawska wydaje się być obszerniejsza niż pozostałych krajów Europy [39, 171]. Od 1970 roku zostało opublikowanych ponad 5500 badań i książek na ten temat, a liczba prac systematycznie rośnie [172].

## PODSTAWY ZAPOBIEGANIA I POSTĘPOWANIA TERAPEUTYCZNO – PROFILAKTYCZNEGO

*Nie zmieniając biegu wypadków możesz zmienić swoje nastawienie do nich,  
a tak naprawdę tylko o to chodzi.*

*Nisargadatta Maharaj*

Sama świadomość istnienia wypalenia nie działa zapobiegawczo. Niestety usunięcie wielu czynników powodujących wypalenie przekracza możliwości pracowników i potencjalnie musiałoby wiązać się z głębokimi zmianami systemowymi (np. podwyższenie zarobków, zmiana statusu społecznego itp.).

Zarówno leczeniem, jak i profesjonalnym zapobieganiem zespołowi wypalenia zawodowego zajmują się wykwalifikowani psycholodzy. W krajach zachodnich popularne są warsztaty radzenia sobie z wypaleniem. Wykorzystują one m.in. techniki radzenia sobie ze stresem, metody organizacji wolnego czasu, techniki relaksacyjne, treningi umiejętności społecznych, zmiany postaw. Warsztaty te najczęściej prowadzone są z udziałem osób niewypalonych lub z różnych środowisk zawodowych [50, 173], niestety w Polsce nie są jeszcze rozpowszechnione.

W prewencji zespołu wypalenia zawodowego lekarze zarówno w swoim postępowaniu, jak i w organizacji pracy osób im podległych powinni zwrócić uwagę na [174]:

- ✓ dobre wsparcie społeczne wszystkich pracowników;
- ✓ twórcze podejście do pracy, aby nie była ona wykonywana rutynowo;
- ✓ unikanie postaw rywalizacyjnych;
- ✓ realistyczne ocenianie możliwości swoich i personelu;
- ✓ unikanie sytuacji, w której pracownik jest tylko bezdusznym wykonawcą poleceń;
- ✓ oddzielanie spraw zawodowych od osobistych.

Zapobieganie wypaleniu zawodowemu pracowników medycznych jest problemem złożonym. Zastosowanie prostych jednokierunkowych rozwiązań nie przyniesie pożądaných efektów. Działania profilaktyczne muszą być wielokierunkowe i obejmować różne sfery życia. Tylko takie działania mogą przynieść ze sobą nadzieję powodzenia. Przedstawione w literaturze sposoby zapobiegania zespołowi wypalenia się zawodowego są próbą usystematyzowania elementów profilaktyki związanych z prezentowanym zagadnieniem [50, 174].

Trudno powiedzieć jaka liczba osób personelu jest właściwa. Pracownik musi bowiem mieć czas dla pacjenta. Nie może spraw dotyczących pacjenta załatwiać „w locie”. Musi mieć zapewniony tzw. komfort czasu, jaki jego zdaniem powinien poświęcić pacjentowi. Nie może on jednak kolidować z pozostałymi obowiązkami, ponieważ może to rodzić niepotrzebne napięcia i obawy przed niewykonaniem określonych zadań. Dobór liczby pacjentów przypadających na jednego pracownika powinien być określony w oparciu o stan kondycję fizyczną, psychiczną, jak również wiek chorego [50, 175]. Nie można zapominać, że człowiek jest istotą społeczną, stąd też jego rola polegająca na wchodzenie w różne relacje z drugim człowiekiem. By wypełnić swą zawodową misję, musi dysponować czasem na działanie. Skracanie tego czasu, w skutek zwiększania liczby pacjentów, jest jednym z podstawowych czynników rodzących stres wśród pracowników zawodów medycznych [175].

W zakresie działań profilaktycznych należy zwrócić również uwagę na rotacyjną zmianę personelu i wypoczynek bierny, który sprowadza się do „oderwania się”, na krótką chwilę od tego, co się robi. Pozwala nabrać dystansu i zyskać nowe spojrzenie na otaczające nas problemy. Przerwa na kawę lub rozmowa mogą być np. motorem „ładującym” akumulatory energii [176].

Najbardziej efektywną formą działań profilaktycznych może być zmiana rodzaju pracy, stanowiska pracy (w obrębie tego samego zawodu) lub oddziału w ramach wyuczonej specjalizacji. Przerwy na wytchnienie winny być równie uważnie planowane jak praca. Wpływają one bezpośrednio na samopoczucie pracownika w miejscu pracy i pośrednio na jego zdrowie [176].

Należy zwracać również baczną uwagę na przestrzeganie norm czasu pracy. Wszelkie próby wydłużania czasu spędzanego w pracy mogą skutkować zmęczeniem i obniżeniem samopoczucia, co w konsekwencji wpływa negatywnie na postawy wobec pacjentów. Można stwierdzić, że jakość pracy wykonywanej przez pracowników medycznych jest odwrotnie proporcjonalna do czasu poświęconego na jej zrealizowanie [176].

Praca powinna być traktowana jak drugi dom - pomieszczenia socjalne w pracy powinny chociaż w części go przypominać. Rośliny doniczkowe na parapecie, obraz na ścianie, serweta na stole mogą w sposób bezpośredni wpływać na samopoczucie pracownika [177].

Bardzo ważnym aspektem działań profilaktycznych w pracy jest ochrona przed hałasem. Hałas działa na ludzką psychikę w sposób niedostrzegalny powodując brak koncentracji, zdenerwowanie i pobudzenie psychoruchowe. W placówkach medycznych

urządzenia wywołujące hałas powinny być instalowane z dala od miejsc pracy personelu medycznego [177].

Na uwagę zasługuje także prawidłowe oświetlenie miejsca pracy (światłem naturalnym, jak i sztucznym), kontrolowanie temperatury, czystość i porządek. Odpowiednio przygotowane miejsce pracy pozwoli bowiem w sposób efektywny funkcjonować pracownikowi na stanowisku pracy [177].

Udział w formalnych i nieformalnych spotkaniach również daje okazję do odreagowania, stwarza szansę wymiany spostrzeżeń oraz pomaga w pokonywaniu sytuacji stresowych w pracy. Ważnym czynnikiem jest także oparcie społeczne w grupie pracowników lub kolegów [50, 177].

Również wymiana poglądów i opinii oraz wyrażanie i analizowanie uczuć może służyć porównaniu zachowań innych z zachowaniami własnymi, co skutkuje wspólnym Rozwiązywaniem problemów jednostki. Na tej podstawie opracowuje się algorytmy postępowania eliminujących czynniki stresogenne w miejscu pracy. Warunkiem podstawowym powyżej opisanego działania jest zaangażowanie całej grupy w celu rozwiązania problemu. Dobre efekty osiąga się także poprzez uczestnictwo w profesjonalnych grupach samopomocy, pragmatycznie ukierunkowanych na wymogi swoich członków [50, 177].

Kolejnym ważnym elementem jest nauka umiejętności interpersonalnych, która polega na sprawnym i fachowym kontaktowaniu się z pacjentem. Ćwiczenia te powinny być prowadzone przez psychologa, ale mogą także być realizowane np. z przyjacielem, którego zadanie będzie polegało na ocenie i korygowaniu zachowań pracownika. Należy jednak wtedy jasno i precyzyjnie ustalić cel i zakres działań związany z treningiem [177].

Nieodzownym elementem działań profilaktycznych jest regeneracja psychofizyczna organizmu, a zakres tych czynności powinien być indywidualnie dobrany do jednostki. Efektem tych działań będzie spokój wewnętrzny i poprawa samopoczucia. Jako przykłady działań regeneracyjnych najczęściej wymienia się [50, 177]:

- ✓ słuchanie muzyki, a potem ponowne rozmyślanie o przeżytym dniu;
- ✓ „ucieczkę” do przyjaciół
- ✓ wyjście do miasta;
- ✓ retrospekcję miłych wspomnień;
- ✓ długi spacer;
- ✓ pisanie dziennika, traktując to jako formę autorefleksji;
- ✓ czytanie ulubionej literatury;

- ✓ wyszukiwanie działań praktycznych, np. majsterkowanie, praca w ogródku;
- ✓ uprawianie hobby;
- ✓ uprawianie sportu.

Okazuje się, że uzyskanie dobrego samopoczucia poprzez odzyskanie sił witalnych i równowagi psychicznej nie musi wymagać dużych zabiegów profilaktycznych, a wystarczą jedynie proste i niekrępujące czynności życiowe [177].

W obecnych czasach odpoczynek to sztuka zapomniana, o czym świadczy natężenie stresów w życiu oraz wysoki stopień podświadomych i ukrytych napięć. Brak możliwości rozładowania zdenerwowania doprowadza do spadku wydajności organizmu oraz zmniejsza stopień jego koordynacji [177].

Najczęściej wykorzystywanymi technikami relaksacyjnymi są [177]:

- ✓ Fizjologiczna potrzeba snu, która umożliwia usunięcia napięć zarówno z ciała, jak i umysłu.
- ✓ Zaplanowane ćwiczenia relaksacyjne, które można uznać za świadomy odpoczynek. Dzięki przemyślanym i coraz bardziej złożonym ćwiczeniom, można uwolnić umysł i mięśnie od stresów dnia codziennego.
- ✓ Ćwiczenie oddechu, ponieważ wywoływane przez stres ataki złości często są związane z hiperwentylacją. Objawy takie, jak np.: częste połykanie śliny, ziewanie, wzdychanie czy powstrzymywanie oddechu mogą świadczyć o nieprawidłowościach oddechowych. W tym celu należy opanować i stosować ćwiczenia oddechowe, których zakres powinien dotyczyć m.in.: kontroli oddychania, ćwiczeń oddechowych o charakterze dynamicznym, ćwiczeń oddechowych o charakterze uspokajającym oraz przyjmowania pozycji efektywnego oddychania.

## ZAŁOŻENIA I CEL PRACY

*Odnalezienie pozytywnych stron życia  
nie zawiera więcej czasu niż odnalezienie tych złych*

*Jimmy Buffett*

We współczesnym świecie działalność zawodowa człowieka ma ogromne znaczenie stając się czynnikiem, który z jednej strony przyspiesza rozwój jednostki w zakresie jej sprawności i wiedzy, a z drugiej także jego osobowości. W związku z tym w ostatnich latach zaczęto także coraz bardziej interesować się problematyką zagrożeń występujących w miejscu pracy zespołów terapeutycznych oraz ich profilaktyką [178].

Zagadnienia związane z bezpieczeństwem i ujemnymi skutkami pracy były już znane w starożytności. Hipokrates (460-377 p.n.e) zauważył m.in., że „*istnieje sporo rzemiosł i sztuk, które sprowadzają na ludzi zajmujących się nimi wiele plag i cierpień*” [178].

„Twórca” współczesnej medycyny pracy, Romazzino (1633 - 1714), dokonał usystematyzowania problemów zdrowotnych i przedstawił charakterystyczne objawy wielu chorób zawodowych, przy czym zawody medyczne umieścił na drugim (po górnictwie) miejscu pod względem zagrożenia zawodowego w pracy [178].

Rosnące wymagania i oczekiwania stawiane przed pracownikami ochrony zdrowia w sytuacjach zagrożenia życia, konfrontacji ze śmiercią, dokonywania wyborów w zakresie terapii, w prowadzeniu trudnych rozmów itp. stanowią ogromne napięcie i wyczerpanie emocjonalne [179].

W codziennej pracy członkowie zespołu terapeutycznego są narażeni na stres spowodowany ciężkimi dyżurami, odpowiedzialnością za podejmowane decyzje (odnośnie życia i śmierci), obawą przed popełnieniem pomyłki, obcowaniem z pacjentami umierającymi i ich cierpiącymi rodzinami, pozostawanie w centrum zainteresowania mediów i społeczeństwa itp. [179].

Przyjazne miejsce pracy to także efekt poprawnych stosunków między pracownikami, który powinien być oparty na wzajemnym zaufaniu i wsparciu, a także współdziałaniu pracodawców i pracowników, celem systematycznego rozpoznawania oraz eliminowania zagrożeń [180].

Istotnym elementem, który wpływa na jakość świadczonej pracy, zdrowie pracowników oraz pracodawcy są ściśle związane z wykonywanym zawodem czynniki psychospołeczne.

WHO określa za zagrożenia psychospołeczne interakcje zachodzące „*pomiędzy treścią pracy, organizacją systemami zarządzania, warunkami środowiska pracy a kompetencjami potrzebami i indywidualnymi właściwościami pracownika*” [180].

### Cel badań

Celem badań była ocena w grupie pracowników zespołu transplantacyjnego:

- ✓ problemów z jakimi borykają się członkowie zespołów transplantacyjnych;
- ✓ występowania zespołu wypalenia sił u członków zespołów transplantacyjnych;
- ✓ umiejętności radzenia sobie ze stresem;
- ✓ stopnia radzenia sobie w sytuacjach kryzysowych;
- ✓ wiedzy członków zespołów transplantacyjnych w zakresie metod łagodzących stres;
- ✓ zapotrzebowania zespołów transplantacyjnych w zakresie profilaktyki zespołu wypalenia zawodowego.

### Hipotezy badawcze

1. Członkowie zespołów transplantacyjnych są osobami raczej zadowolonymi ze swojego życia, przy czym wpływ na satysfakcję z życia ma staż pracy, wiek badanych i wykonywany zawód.
2. Członkowie zespołów transplantacyjnych prezentują wysoki poziom stresu, zależny od stażu pracy, wieku badanych i wykonywanego zawodu.
3. Członków zespołów transplantacyjnych charakteryzuje niskie przekonanie co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami, zależne od stażu pracy, wieku badanych i wykonywanego zawodu.
4. Członkowie zespołów transplantacyjnych posiadają wysoką ocenę własnej skuteczności, zależną od wykonywanego zawodu, stażu pracy i wieku.
5. Członków zespołów transplantacyjnych charakteryzuje wysoki poziom wypalenia zawodowego, zależny od wykonywanego zawodu, stażu pracy i wieku, poziomu negatywnych emocji, oceny własnej skuteczności i sposobu radzenia w sytuacjach trudnych.
6. Członkowie zespołów transplantacyjnych znają metody eliminowania stresu, w sytuacjach stresowych, ale rzadko w rozwiązywaniu problemów korzystają z pomocy specjalistów.



### **Aspekt praktyczny**

Wyniki przeprowadzonych badań pozwoliły ocenić ryzyko narażenia członków zespołów transplantacyjnych na zespół wypalenia sił w pracy oraz ich umiejętności radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych, a zapotrzebowaniem na edukację w zakresie umiejętności łagodzenia stresu.

## METODY ZASTOSOWANE W PRACY

*To ty wywierasz największy wpływ na swoje życie.*

*Bądź dla siebie mądrą inspiracją*

*Maya Phillips*

Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgody:

- ✓ Komisji Bioetycznej R-I-002/309/2018 Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku;
- ✓ Dyrekcji Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej;
- ✓ Dyrekcji Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Chełmie;
- ✓ Dyrekcji Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 1 w Lublinie;
- ✓ Dyrekcji Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego nr 4 w Lublinie.

Badaniem objęto 157 osób - członków zespołów transplantacyjnych działających na terenie województwa lubelskiego, w tym z takich ośrodków jak Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii), Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie (Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii), Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 w Lublinie (Klinika Hematoonkologii i Transplantacji Szpiku) oraz Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 4 w Lublinie (Klinika Chirurgii Ogólnej, Transplantacyjnej i Leczenia Żywnieniowego).

Zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem zestawu kwestionariuszy:

- ✓ Autorskiego kwestionariusza;
- ✓ Skali Satysfakcji z Życia (SWLS - *Satisfaction with Life Scale*),
- ✓ Skali Oceny Zamożności Rodziny FAS ( *Familly Affluence Scale*);
- ✓ Skali Holmesa i Rahe 'a (SRRS - *Social Readjustment Rating Scale*);
- ✓ Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego (LBQ - *Link Burnout Questionnaire*),
- ✓ Skali Kontroli Emocji (CECS - *Courtauld Emotional Control Scale*);
- ✓ Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS - *The Coping Inventory for Stressful Situations*)
- ✓ Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES - *Generalized Self-Efficacy Scale*).

## Omówienie zastosowanych narzędzi

### Autorski kwestionariusz

Kwestionariusz składa się z dwóch części (30 pytań):

- ✓ I część zawiera pytania o płeć, wiek, miejsce zamieszkania, wykształcenie, wykonywany zawód i staż pracy w zespole transplantacyjnym.
- ✓ II część zawiera pytania o traktowanie swojej pracy jako stresującej, o zadowolenie z wykonywanej pracy, o czynniki według respondentów najbardziej obciążające w pracy w zespole transplantacyjnym, o to czy uważają że nie osiągnięcie niczego więcej w swojej pracy, czy wręcz przeciwnie, czy i gdzie szukają pomocy w przypadku problemów zawodowych, czy korzystali kiedykolwiek z pomocy psychologa/psychiatry, czy radzą sobie ze stawianymi przed sobą zadaniami, czy zastanawiali się kiedykolwiek nad zmianą pracy, czy doświadczali wsparcia ze strony współpracowników/przełożonych, czy mają dobre relacje z osobami, które spotykają w pracy, czy wracają myślami do sytuacji związanymi z wykonywaną pracą, czy uważają, że charakter pracy stał się dla nich obojętny, czy po dniu pracy czują się wyczerpanymi/osłabionymi, czy widzą korzyści wynikające z wykonywanej pracy, czy uważają, że ich wynagrodzenie jest adekwatne do wykonywanej pracy, czy nadal odczuwają satysfakcję z wykonywanej pracy, czy czują się zmęczonymi, wstając rano i myśląc o kolejnym dniu pracy, czy mają kłopoty z bezsennością, czy czują się/czuli się kiedyś wypalonymi zawodowo, czy według nich istnieje zależność między wypaleniem zawodowym, a stażem pracy, czy ponownie wybraliby swój zawód i pracę jako członka zespołu transplantacyjnego oraz czy stosują i jakie techniki eliminujące stres.

### Skala Oceny Zamożności Rodziny (FAS - Family Affluence Scale)

Skala rodzinnych wpływów zawiera pytania dotyczące posiadania przez rodzinę komputera, samochodu osobowego i własnego pokoju do wyłącznego użytku przez dziecko oraz częstotści wyjazdów na wypoczynek w ciągu ostatniego roku [181].

Łącznie można w skali FAS zgromadzić od 0 do 9 punktów, przy czym:

- ✓ 0-4 pkt. oznacza niski poziom skali zasobów materialnych rodziny (FAS);

- ✓ 5-7 pkt. to średni poziom FAS;
- ✓ 8-9 pkt. oznacza wysoki poziom FAS.

Współczynniki rzetelności Cronbacha wynosi 0,643 [182].

Skala Satysfakcji z Życia  
(SWLS - Satisfaction with Life Scale)  
w polskiej Juczyńskiego, wersja dla innych profesjonalistów, niebędących psychologami

Na skalę składa się pięć stwierdzeń, w których badany będzie oceniał w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia, gdzie [183]:

- ✓ 1 - oznacza - 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;
- ✓ 7 - całkowicie zgadzam się.

Uzyskane oceny były zsumowane, a uzyskany ogólny wynik oznaczał stopień satysfakcji z własnego życia, której zakres mógł mieścić się w granicach od 5 do 35 punktów - im wyższy, tym większe poczucie satysfakcji z życia [183]:

- ✓ 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 ze swojego życia;
- ✓ 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.

W interpretacji wyniku stosowano się także do właściwości charakteryzujących skalę stenową (Tabela IV), a wyniki w granicach [183]:

- ✓ 1 - 4 stena traktowano jako niskie;
- ✓ 7-10 stena jako wysokie;
- ✓ 5 i 6 stena jako przeciętne.

Wskaźnik rzetelności (*alfa* Cronbacha) SWLS wynosi 0,81, a stałości skali - 0,86.

Tabela IV. Charakterystyka skali stenowej w SLWS

| Punkty<br>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   |

Źródło: [178]

Skala Holmesa i Rahe'a  
(*SRRS - Social Readjustment Rating Scale*)

Skalę opublikowano w roku 1967 (Holmes i Rahe), jako skalę ponownego przystosowania społecznego (*The Social Readjustment Rating Scale*) [184].

Autorzy wyróżnili zdarzenia życiowe sprawiające trudności przystosowawcze i nazwali je „stresowymi wydarzeniami życiowymi”.

Skala obejmuje 43. sytuacje negatywne (np. śmierć współmałżonka, rozwód, zwolnienie z pracy) i pozytywne (np. ślub, narodziny dziecka w rodzinie, czy osiągnięcia osobiste). Każde ze zdarzeń ma przypisaną wartość od 11 do 100 punktów, a poziom stresu stanowi ich sumę (Tabela V).

Uważa się, że [184]:

- ✓ 150 - 199 jednostek stresu - to 37% szansa choroby w ciągu kolejnych 2 lat;
- ✓ 200 - 299 jednostek stresu - 51% szansa choroby;
- ✓ ponad 300 jednostek stresu - 79% szansa choroby.

Tabela V. Punktacja stresowych wydarzeń życiowych [184].

|           | Zdarzenie                        | Punkty |
|-----------|----------------------------------|--------|
| <b>1.</b> | Śmierć współmałżonka             | 100    |
| <b>2.</b> | Rozwód                           | 73     |
| <b>3.</b> | Separacja małżeńska              | 65     |
| <b>4.</b> | Pobyty w więzieniu               | 63     |
| <b>5.</b> | Śmierć bliskiego członka rodziny | 63     |
| <b>6.</b> | Zranienie ciała lub choroba      | 53     |

|     |  |    |
|-----|--|----|
| 7.  | Zawarcie małżeństwa  | 50 |
| 8.  | Zwolnienie z pracy   | 47 |
| 9.  | Pogodzenie się ze skłóconym małżonkiem                       | 45 |
| 10. | Przejsie na rentę lub emeryturę                              | 45 |
| 11. | Choroba w rodzinie   | 44 |
| 12. | Ciąża  | 40 |
| 13. | Kłopoty w pożyciu seksualnym                                 | 39 |
| 14. | Powiększenie rodziny   | 39 |
| 15. | Rozpoczynanie nowej pracy zawodowej                          | 39 |
| 16. | Zmiany w dochodach finansowych                               | 38 |
| 17. | Śmierć bliskiego przyjaciela                                 | 37 |
| 18. | Zmiana zawodu  | 36 |
| 19. | Wzrost konfliktów małżeńskich                                | 35 |
| 20. | Hipoteka ponad 10.000 dolarów                                | 31 |
| 21. | Wiadomość o konieczności zwrotu większego długu lub pożyczki | 30 |
| 22. | Zmiana stopnia odpowiedzialności w życiu zawodowym           | 29 |
| 23. | Opuszczenie przez dzieci domu rodzinnego                     | 29 |
| 24. | Kłótnie i starcia z krewnymi współmałżonka                   | 29 |
| 25. | Wzmożenie wysiłku dla wykonania jakiegoś zadania             | 28 |
| 26. | Początek lub zakończenie pracy zawodowej współmałżonka       | 26 |
| 27. | Rozpoczęcie lub zakończenie nauki szkolnej                   | 26 |
| 28. | Zmiany standardu, poziomu życia                              | 25 |
| 29. | Zmiany osobistych nawyków i przyzwyczajzeń                   | 24 |
| 30. | Starcia z szefem   | 23 |
| 31. | Zmiany warunków pracy lub najbliższego otoczenia             | 20 |
| 32. | Zmiana mieszkania  | 20 |
| 33. | Zmiana szkoły  | 20 |
| 34. | Zmiana w spędzaniu wolnego czasu                             | 19 |
| 35. | Zmiany w praktykach religijnych                              | 19 |
| 36. | Zmiany w nawykach życia towarzyskiego                        | 18 |
| 37. | Hipoteka lub zaciąganie długu poniżej 10.000 dolarów         | 17 |
| 38. | Zmiana nawyków snu   | 16 |
| 39. | Zmiana częstości spotkań rodzinnych                          | 15 |
| 40. | Zmiana nawyków żywieniowych                                  | 15 |
| 41. | Urlop  | 13 |
| 42. | Święta Bożego Narodzenia                                     | 12 |
| 43. | Małe naruszenie przepisów prawnych                           | 11 |

Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego  
(*LBQ - Link Burnout Questionnaire*)

LBQ to polska adaptacja włoskiego kwestionariusza *Link Burnout Questionnaire* autorstwa Massimo Santinello, przeznaczona do pomiaru wypalenia zawodowego u osób pracujących w zawodach związanych z pomaganiem innym ludziom i nauczaniem [185].

Kwestionariusz składa się z 24 pozycji, które opisują odczucia osoby badanej dotyczące jej pracy zawodowej.

Badany udziela odpowiedzi na skali 6-stopniowej, której kolejne punkty odnoszą się do częstości, z jaką pojawiają się poszczególne odczucia, w zakresie czterech aspektów wypalenia zawodowego [185]:

- ✓ wyczerpanie psychofizyczne (wymiar dotyczący oceny własnych zasobów psychofizycznych) – w zakresie od „wyczerpanie, zmęczenie, poczucie napięcia, znajdowania się „pod presją” do „bycie pełnym energii i bycie aktywnym” ( $\alpha=0,85$ );
- ✓ brak zaangażowania w relacje z klientami (wymiar opisujący jakość relacji z klientami) – w zakresie od „przedmiotowe traktowanie, obojętność, dystans, w pewnych sytuacjach wrogość” do „indywidualne podejście do klienta, zaangażowanie” ( $\alpha=0,84$ );
- ✓ poczucie braku skuteczności zawodowej (wymiar odnoszący się do oceny własnych kompetencji zawodowych) – w zakresie od „poczucia skuteczności w pracy, efektywności w realizacji poszczególnych celów zawodowych” do „poczucia braku rezultatów w pracy i braku skuteczności” ( $\alpha= 0,61$ );
- ✓ rozczarowanie (wymiar oczekiwań egzystencjalnych) – dotyczy oczekiwań egzystencjalnych, motywacji, jakimi kierują się osoby wybierające zawody związane z pomaganiem innym ludziom, traktujący swoją pracę jako misję, w której niosą pomoc innym, a siebie widzą jako osobę czyniącą dobro. W przypadku skonfrontowania swojej wizji i oczekiwań z rzeczywistością może u nich dojść do silnego rozczarowania – ocena w zakresie od „czerpania satysfakcji, entuzjazmu, pasji z wykonywanej pracy” do „rozczarowania, braku entuzjazmu” ( $\alpha= 0,85$ ).

Osoba badana udziela odpowiedzi na 6. stopniowej skali, której kolejne punkty odnoszą się do częstości, z jaką pojawiają się odczucia (np. codziennie, nigdy, rzadko, raz lub więcej razy w miesiącu, kilka razy w tygodniu, mniej więcej co tydzień). Kwestionariusz ma normy dla 5 grup zawodowych [185].

Steny [185]:

- ✓ 1–3. są interpretowane jako wyniki niskie (wskazujące na brak objawów);
- ✓ 4–7. jako przeciętne (wskazujące na możliwość występowania problemów);
- ✓ 8–10. wskazują na wysoki poziom wypalenia.

Skala Kontroli Emocji  
(*CECS - Courtauld Emotional Control Scale*)

CECS składa się z trzech podskal, z których każda zawiera siedem stwierdzeń dotyczących sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku [183].

Służy do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych. Istotą badania stanowi określenie, w jakim stopniu jednostka jest subiektywnie przekonana o umiejętności kontrolowania swoich reakcji w sytuacji doświadczania określonych emocji negatywnych [183].

Sumując wyniki wszystkich trzech podskal, ustala się ogólny wskaźnik kontroli emocji. Ogólny wskaźnik kontroli emocji mieści się w granicach 21-84 punktów. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji [183].

Współczynnik *alfa* Cronbacha wynosi: dla kontroli gniewu 0,80, depresji 0,77, lęku 0,78 oraz dla łącznego wskaźnika kontroli emocji 0,87 [183].

Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych  
(*CISS - The Coping Inventory for Stressful Situations*)

Kwestionariusz CISS (*Coping Inventory for Stressful Situations*) N.S. Endlera, J.D.A. Parkera służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. W badaniu wykorzystano polską adaptację przygotowaną przez Szczepaniaka, Wrześniewskiego oraz Strelau [186, 187].

Polska wersja składa się z 48. stwierdzeń opisujących zachowania (*score item points*), z których 16 jest testem na orientację (*test oriented copy*), 16 testem na emocje (*emotion orientem copy*) i 16 testem na unikanie (*avoidance oriented copy*).

Autorzy kwestionariusza wskazują na występowanie różnych, osobniczo zależnych stylów radzenia sobie ze stresem. Narzędzie to bada trzy style radzenia sobie ze stresem [186, 187]:

- ✓ Styl skoncentrowany na zadaniu - zadaniowy (SSZ) - polega na podejmowaniu zadań, zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji trudnych.

Pytania: 1, 2, 6, 10, 15, 21, 24, 26, 27, 36, 39, 41, 42, 43, 46, 47.

- ✓ Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) - jest charakterystyczny dla osób koncentrujących uwagę, w sytuacjach stresowych, na sobie i na własnych emocjach, często wpadające w złość, mające poczucie winy, przygnębione.



Pytania: 5, 7, 8, 13, 14, 16, 17, 19, 22, 25, 28, 30, 33, 34, 38, 45.

- ✓ Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) - polega na wystrzeganiu się myślenia o sytuacjach trudnych powodujących niepokój, może przybierać formę angażowania się w czynności zastępcze (ACZ), np: oglądanie telewizji, objadanie się - pytania: 3, 9, 11, 12, 18, 20, 23, 32, 40, 44, 48 lub poszukiwania kontaktów towarzyskich (PKT) - Pytania: 4, 29, 31, 35, 37.

Częstość występowania u siebie poszczególnych stwierdzeń opisujących zachowania badany oceniał w skali pięciopunktowej: 1 - nigdy, 2 - bardzo rzadko, 3 - czasami, 4 - często i 5 - bardzo często. Badane osoby mogą uzyskać w każdym z nich od 16 do 80 punktów.

Otrzymane wyniki przedstawia się także w skali stenowej i wyniki [186, 187]:

- ✓ z przedziału 5-6 stenów traktuje się jako przeciętne;
- ✓ z przedziału 7-10 stenów - jako wysokie;
- ✓ z przedziału 1-4 stenów - niskie.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności  
(*GSES - Generalized Self-Efficacy Scale*)

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności *GSES* złożona jest z 10 stwierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika i mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Jest przeznaczona do badania osób dorosłych, zdrowych i chorych [183].

Poczucie własnej skuteczności pozwala przewidywać intencje i działania w różnych obszarach ludzkiej aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych. Rzetelność - współczynnik *alfa* Cronbacha wynosił 0,85 [183].

Spostrzeganie własnej skuteczności jest wyznacznikiem zamiarów i działań w różnych obszarach zachowań zdrowotnych, bowiem zarówno zamiar zaangażowania się w określone działania zdrowotne, jak i aktualne zachowanie są pozytywnie powiązane z przekonaniem dotyczącym własnej skuteczności. 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 [183].

Badany zaznacza wybrane przez siebie odpowiedzi i na każde pytanie są do wyboru cztery możliwości: nie - 1; raczej nie - 2; raczej tak - 3 i 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.

Ogólny wskaźnik, po przekształceniu na jednostki standaryzowane (Tabela VI), podlega interpretacji stosownie do właściwości charakteryzujących skalę stenową.

Tabela VI. Normy polskie

| 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   |

Źródło: [183].

Wyniki w granicach [183]:

- ✓ 1 - 4 stena przyjęto traktować jako wyniki niskie;
- ✓ 5 i 6 stena traktuje się jako przeciętne;
- ✓ 7 - 10 stena jako wysokie, co odpowiada obszarowi ok. 33% wyników najniższych i tyle samo najwyższych w skali.

### Analiza statystyczna

Analiza statystyczna została przeprowadzona we współpracy z dr Markiem Sobolewskim z Zakładu Metod Ilościowych w Ekonomii Wydziału Zarządzania i Marketingu Politechniki Rzeszowskiej.

Analizę uzyskanych wyników przeprowadzono stosując wybrane metody opisu danych i wnioskowania statystycznego.

Testy statystyczne służą do oceny, czy zależności i relacje zaobserwowane w próbie są efektem ogólniejszej prawidłowości panującej w całej populacji czy tylko przypadkowym rezultatem. Wynikiem testu statystycznego jest tzw. prawdopodobieństwo testowe ( $p$ ), którego niskie wartości świadczą o istotności statystycznej rozważanej zależności.

Przyjmuje się przy tym najczęściej następujące reguły:

- ✓ gdy  $p \geq 0,05$  mówimy o braku podstaw do odrzucenia hipotezy zerowej, co oznacza, że testowana różnica, zależność, efekt nie jest znamieny statystycznie;
- ✓ gdy  $p < 0,05$  mówimy o statystycznie istotnej zależności (oznaczamy ten fakt za pomocą \*);
- ✓ gdy  $p < 0,01$  to wysoce istotna zależność (\*\*);
- ✓ gdy  $p < 0,001$  to bardzo wysoko istotna statystycznie zależność (\*\*\*).

Niektórzy autorzy rekomendują przyjęcie bardziej liberalnego kryterium uznawania danego wyniku za istotny statystycznie, poprzez zastąpienie warunku  $p < 0,05$  warunkiem:  $p < 0,10$ . Podejście takie wydaje się uzasadnione w przypadku niewielkiej liczności próby, gdy uzyskanie rezultatu istotnego statystycznie jest relatywnie mniej prawdopodobne [188, 189].

Opisu rozkładu wartości miar psychometrycznych dokonano za pomocą wybranych statystyk opisowych pokazujących przeciętny poziom danej miary i jej rozrzut w badanej zbiorowości [190, 191]:

- ✓ 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;
- ✓ centyl 25. i 75. – liczby określające poziom, poniżej (powyżej) którego znajduje się co czwarty (25%) najniższych (najwyższych) pomiarów.

W pracy, w analizie danych, zastosowano także [190, 191]:

- ✓ Test Manna-Whitneya będący nieparametryczną alternatywą testu  $t$  dla prób niezależnych i służy oceny różnic w przeciętnym poziomie cechy liczbowej w dwóch populacjach. W przeciwieństwie do testu  $t$  test Manna-Whitneya nie wymaga spełnienia założeń: o normalności rozkładu w każdej grupie jak również o tzw.

jednorodności wariancji. Co więcej, test Manna-Whitneya może być też wyliczany jako tzw. test dokładny, czyli pozwala na rzetelne porównanie danych nawet z bardzo małych próbek. Moc omawianego testu jest zbliżona do mocy testu  $t$ , co przy mniejszej restrykcyjności założeń, czyni go atrakcyjną alternatywą testu  $t$ . Liczbowym wynikiem testu jest prawdopodobieństwo testowe  $p$ , którego niskie wartości pozwalają uznać za istotną statystycznie różnicę pomiędzy poziomem cechy liczbowej w dwóch porównywanych grupach.

- ✓ Test Kruskala-Wallisa służący do porównywania rozkładu cechy liczbowej (lub zmierzonej przynajmniej na skali porządkowej) w kilku grupach. Jest to tak zwany test nieparametryczny, nie wymaga więc spełnienia restrykcyjnych założeń, które występują w parametrycznych testach analizy wariancji. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego  $p$  pozwalają stwierdzić, iż czynnik grupujący różnicuje przeciętny poziom rozważanej cechy liczbowej.
- ✓ Test niezależności chi-kwadrat będący najpopularniejszym testem statystycznym służącym do badania zależności między dwiema cechami zmierzonymi na skali nominalnej. W teście tym stawiana jest hipoteza zerowa, że wystąpienie wariantu jednej cechy nie zależy od wariantu przyjmowanego dla drugiej cechy (cechy są niezależne). W hipotezie alternatywnej zakładane jest, iż cechy są ze sobą powiązane. Niskie wartości prawdopodobieństwa testowego  $p$  pozwalają hipotezę zerową odrzucić i wnioskować o istnieniu zależności w całej populacji pomiędzy dwiema rozważanymi cechami.
- ✓ Współczynnik korelacji rang Spearmana służy do badania zależności pomiędzy dwiema cechami liczbowymi i jest wskaźnikiem przyjmującym wartości z przedziału  $-1$  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:

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

## CHARAKTERYSTYKA BADANEJ ZBIOROWOŚCI

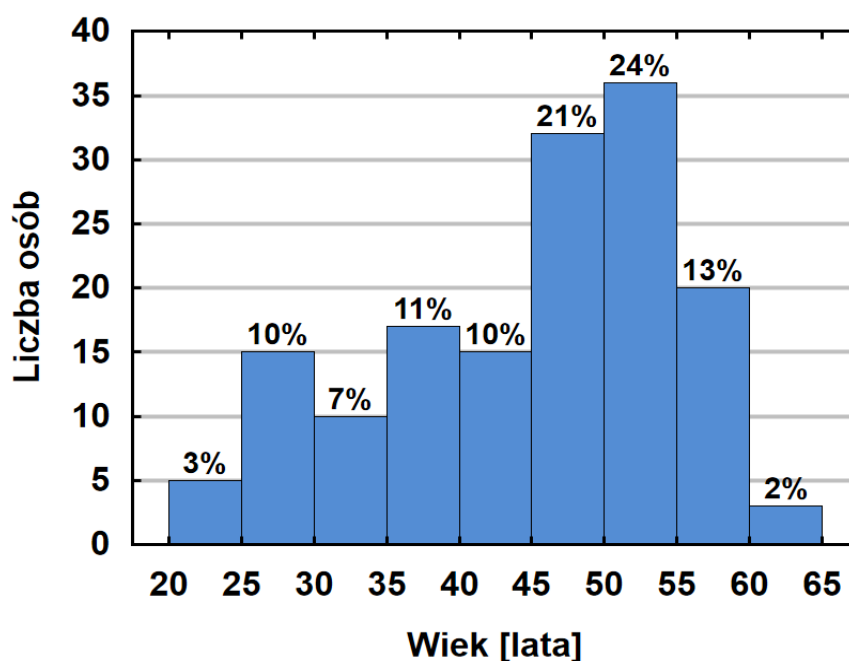
Badanie przeprowadzono wśród 157 osób pracujących w zespołach transplantacyjnych. Ankietowani pracownicy zatrudnieni byli w czterech ośrodkach: Lublin (2 szpitale), Chełm oraz Biała Podlaska (Tabela VII).

Tabela VII. Miejsce zatrudnienia osób pracujących w zespołach transplantacyjnych

| Ośrodek        | Liczność | Procent |
|----------------|----------|---------|
| Lublin SPSK 1  | 15       | 9,6%    |
| Lublin SPSK 4  | 35       | 22,3%   |
| Chełm          | 37       | 23,6%   |
| Biała Podlaska | 70       | 44,6%   |

Zdecydowaną większość respondentów (80,9% - 127 osób), stanowiły kobiety, co prawdopodobnie wynika z faktu, iż dominującą grupą zawodową w zespołach transplantacyjnych są pielęgniarki. Mężczyźni stanowili jedynie 19,1% (30 osób).

Wiek ankietowanych osób mieścił się w przedziale 24-61 lat. Średnia wieku ankietowanych pracowników medycznych wyniosła ponad 45,6 lat (Me-48; S-10,0). Wiek respondentów w formie rozkładu procentowego w kategoriach 5-letnich ilustruje Rycina 2.

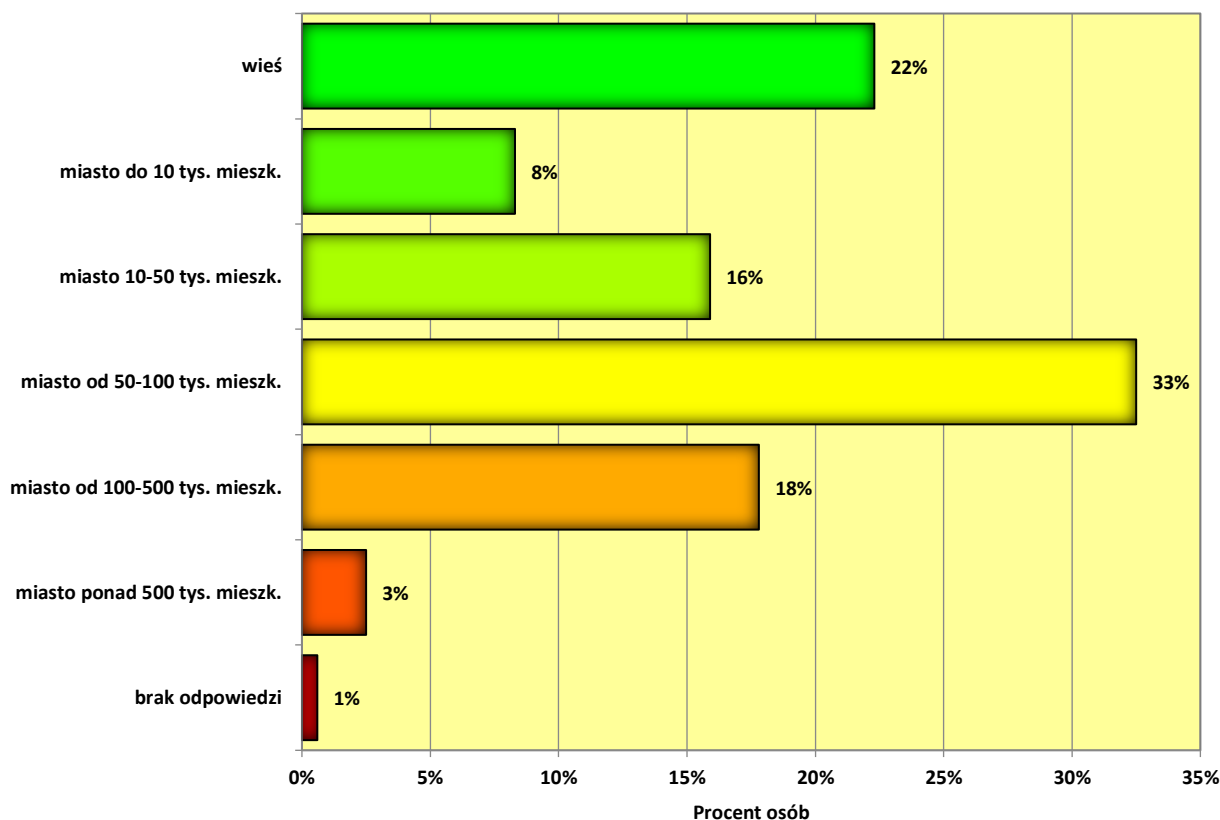


Rycina 2. Wiek respondentów w formie rozkładu procentowego w kategoriach 5-letnich

Co trzeci respondent (51 osób – 32,5%) to mieszkaniec średniej wielkości miasta (50-100 tys.). Spory odsetek ankietowanych osób pochodziło ze wsi (22,3% - 35 osób), a najmniej liczni byli mieszkańcy dużych miast, powyżej 500 tys. mieszkańców (2,5 – 4 osoby). Wyniki prezentuje Tabela VIII i Rycina 3.

Tabela VIII. Miejsce zamieszkania respondentów

| Miejsce zamieszkania           | Liczność | Procent |
|--------------------------------|----------|---------|
| wieś                           | 35       | 22,3%   |
| miasto do 10 tys. mieszk.      | 13       | 8,3%    |
| miasto 10-50 tys. mieszk.      | 25       | 15,9%   |
| miasto od 50-100 tys. mieszk.  | 51       | 32,5%   |
| miasto od 100-500 tys. mieszk. | 28       | 17,8%   |
| miasto ponad 500 tys. mieszk.  | 4        | 2,5%    |
| brak odpowiedzi                | 1        | 0,6%    |



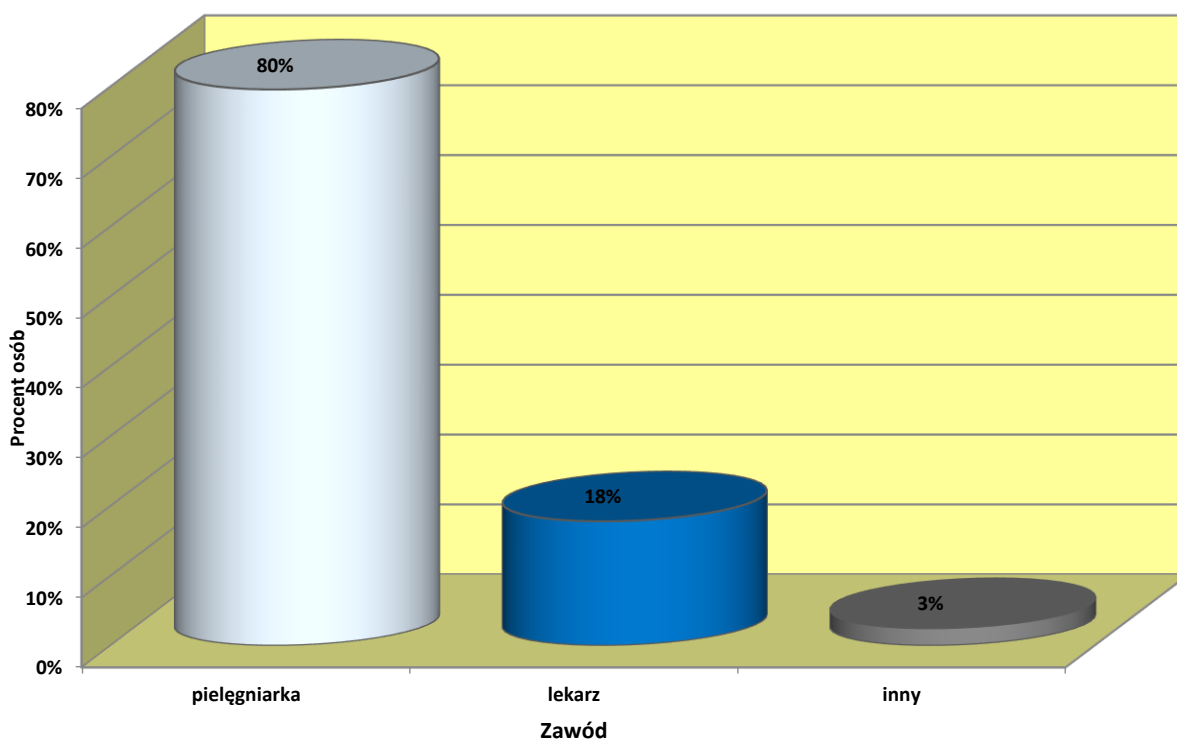
Rycina 3. Miejsce zamieszkania respondentów

Większość ankietowanych osób posiadała wykształcenie wyższe – 71,3% (Tabela IX).

Tabela IX. Wykształcenie respondentów

| Wykształcenie | Liczność | Procent |
|---------------|----------|---------|
| średnie       | 44       | 28,0%   |
| wyższe        | 112      | 71,3%   |
| inne          | 1        | 0,6%    |

Wśród respondentów 79,6% (125 osób) personelu stanowiły pielęgniarki. Pozostałe dane obrazuje Rycina 4.



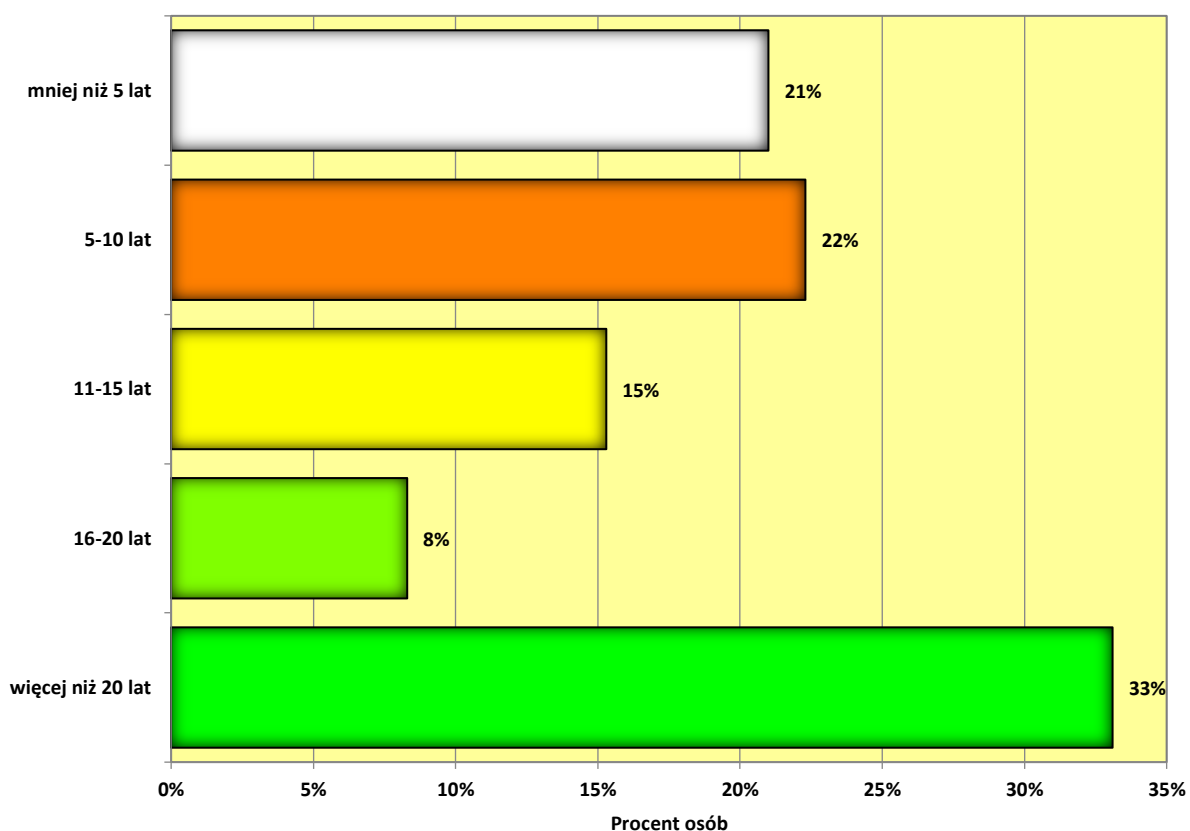
Rycina 4. Zawody respondentów

Co trzeci ankietowany (33,1% - 52 osoby) pracował w zespole transplantacyjnym ponad 20 lat. Co piąta osoba (21% - 33 osoby) posiadała najniższy staż pracy, czyli do lat pięciu. Pozostałe dane obrazuje Tabela X i Rycina 5.



Tabela X. Staż pracy w zespole transplantacyjnym

| Staż pracy w zespole transplantacyjnym | Liczność | Procent |
|--|----------|---------|
| mniej niż 5 lat                        | 33       | 21,0%   |
| 5-10 lat                               | 35       | 22,3%   |
| 11-15 lat                              | 24       | 15,3%   |
| 16-20 lat                              | 13       | 8,3%    |
| więcej niż 20 lat                      | 52       | 33,1%   |



Rycina 5. Staż pracy w zespole transplantacyjnym

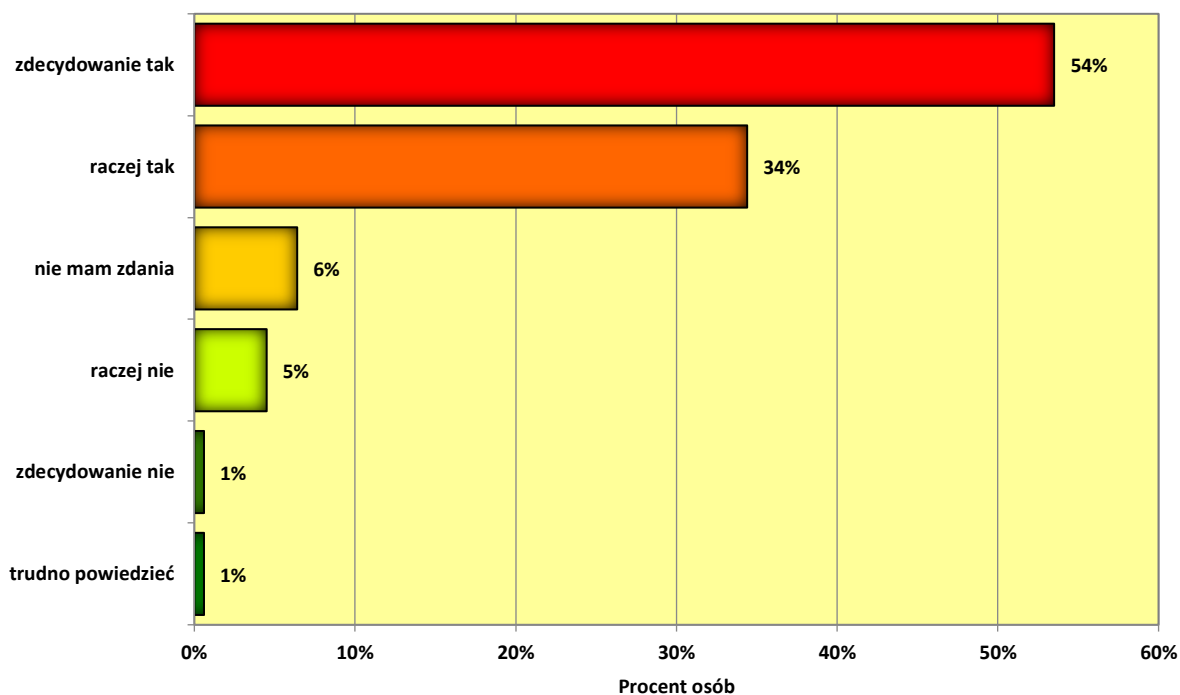
## OCENA WARUNKÓW PRACY

W kolejnej części badania ankietowani pracownicy zespołów transplantacyjnych oceniali różne aspekty wykonywanej pracy.

Zdecydowana większość respondentów (53,5% - 84 osoby) uważała, że ich praca jest stresująca. Pozostałe wyniki obrazuje Tabela XI i Rycina 6.

Tabela XI. Opinie badanej zbiorowości na temat stresogenności ich pracy

| Czy praca jest stresująca? | Liczność | Procent |
|----------------------------|----------|---------|
| zdecydowanie tak           | 84       | 53,5%   |
| raczej tak                 | 54       | 34,4%   |
| nie mam zdania             | 10       | 6,4%    |
| raczej nie                 | 7        | 4,5%    |
| zdecydowanie nie           | 1        | 0,6%    |
| trudno powiedzieć          | 1        | 0,6%    |

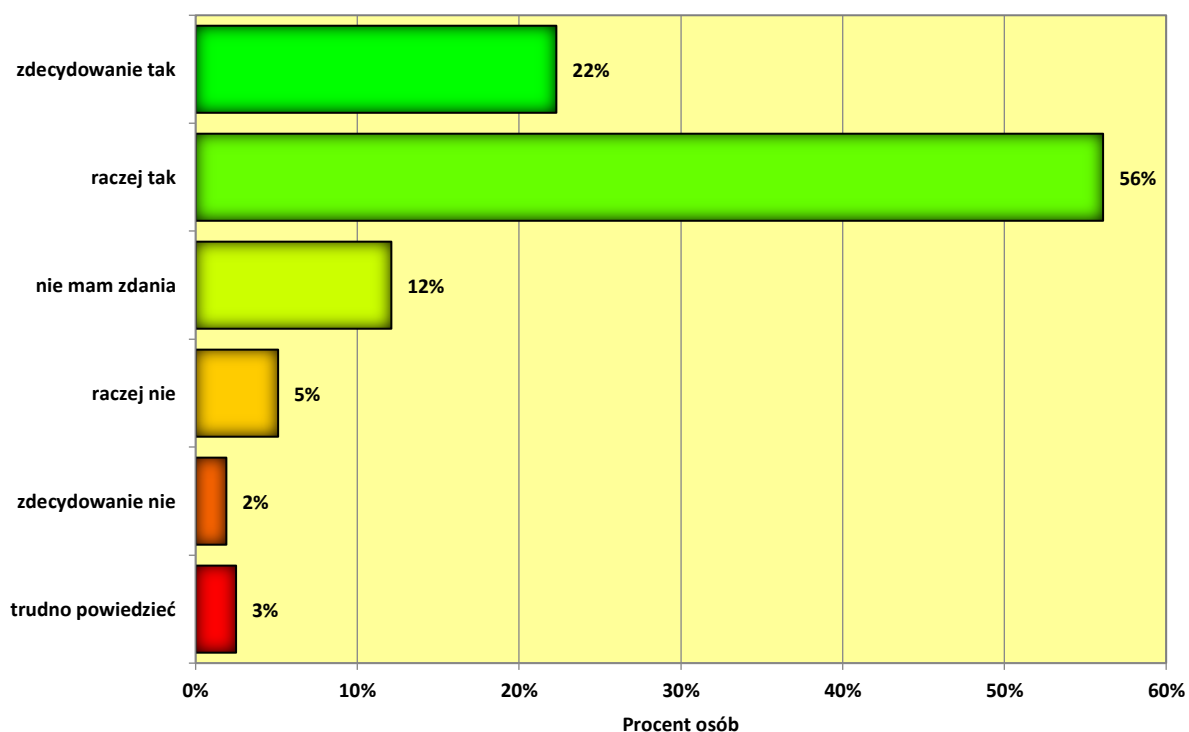


Rycina 6. Opinie badanych na temat stresogenności ich pracy

Jednak mimo stresogenności praca w zespole transplantacyjnym dostarczała też dużo satysfakcji, o czym świadczy fakt, iż 78,4% ankietowanych osób deklaruowało większe, bądź mniejsze zadowolenie z pracy (Tabela XII i Rycina 7).

Tabela XII. Deklaracja zadowolenia z pracy przez respondentów

| Zadowolenie z pracy | Liczność | Procent |
|---------------------|----------|---------|
| zdecydowanie tak    | 35       | 22,3%   |
| raczej tak          | 88       | 56,1%   |
| nie mam zdania      | 19       | 12,1%   |
| raczej nie          | 8        | 5,1%    |
| zdecydowanie nie    | 3        | 1,9%    |
| trudno powiedzieć   | 4        | 2,5%    |



Rycina 7. Deklaracja zadowolenia z pracy w badanej zbiorowości

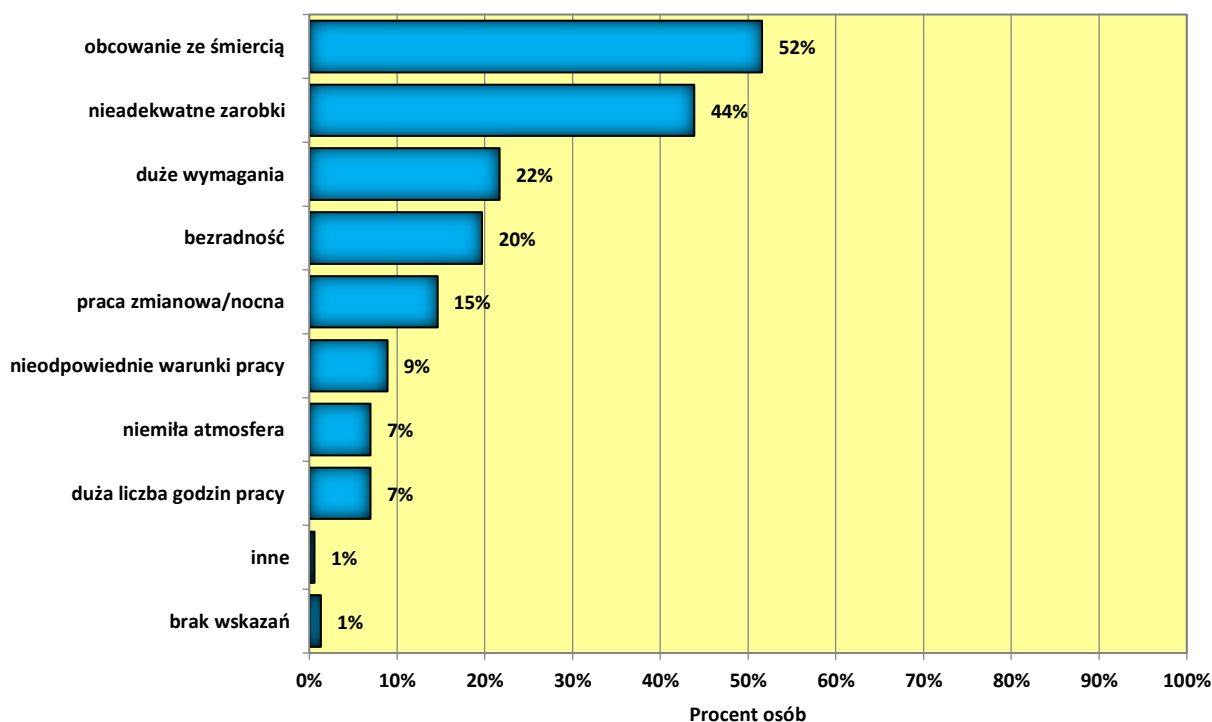
Respondenci poproszeni o wskazanie głównych trudności w wykonywanej pracy, na pierwszym miejscu sygnalizowali fakt nieustannego obcowania ze śmiercią (51,6%

- 81 osób), zaś na drugim - zbyt niskiego wynagrodzenia (43,9% - 69 osób). Pozostałe dane zawiera Tabela XIII i Rycina 8.

Tabela XIII. Trudności w pracy w zespole transplantacyjnym w opinii badanych

| Trudności w pracy w zespole transplantacyjnym | Liczność | Procent <sup>1)</sup> |
|---|----------|-----------------------|
| obcowanie ze śmiercią                         | 81       | 51,6%                 |
| nieadekwatne zarobki                          | 69       | 43,9%                 |
| duże wymagania                                | 34       | 21,7%                 |
| bezzadność                                    | 31       | 19,7%                 |
| praca zmianowa/nocna                          | 23       | 14,6%                 |
| nieodpowiednie warunki pracy                  | 14       | 8,9%                  |
| niemiła atmosfera                             | 11       | 7,0%                  |
| duża liczba godzin pracy                      | 11       | 7,0%                  |
| inne  | 1        | 0,6%                  |
| brak wskazań                                  | 2        | 1,3%                  |

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



Rycina 8. Trudności w pracy w zespole transplantacyjnym w badanej zbiorowości

Niepokojący wydaje się być fakt, iż respondenci nie widzieli możliwości rozwoju w pracy – tę odpowiedź wybrała niemal połowa ankietowanych (46,5%- 73 osoby). Wyniki ilustruje Tabela XIV.

Tabela XIV. Ocena perspektyw rozwoju w pracy w badanej zbiorowości

| <b>Możliwość rozwoju w pracy</b> | <b>Liczność</b> | <b>Procent</b> |
|----------------------------------|-----------------|----------------|
| tak                              | 36              | 22,9%          |
| nie                              | 73              | 46,5%          |
| nie wiem                         | 48              | 30,6%          |

W przypadku występowania problemów zawodowych, 42% ankietowanych szukało pomocy u innych osób, a pozostali (58% - 91 osób) nie czynili tego.

Z pomocy psychologa korzystało jedynie 12,7% (20 osób) ankietowanych pracowników zespołów transplantacyjnych. Nie czyniło tego 86% (135 osób), a 1,3% (2 osoby) stwierdziło, że nie pamięta, czy taka konieczność miała kiedykolwiek miejsce.

Najczęściej w rozwiązywaniu problemów zawodowych poszukiwano pomocy u współpracowników i przełożonych (26,8% - 42 osoby), a najrzadziej u psychologa (1,3% - 2 osoby). Wyniki obrazują Tabela XV i Rycina 9.

Tabela XV. Preferowane źródła pomocy w przypadku występowania problemów zawodowych

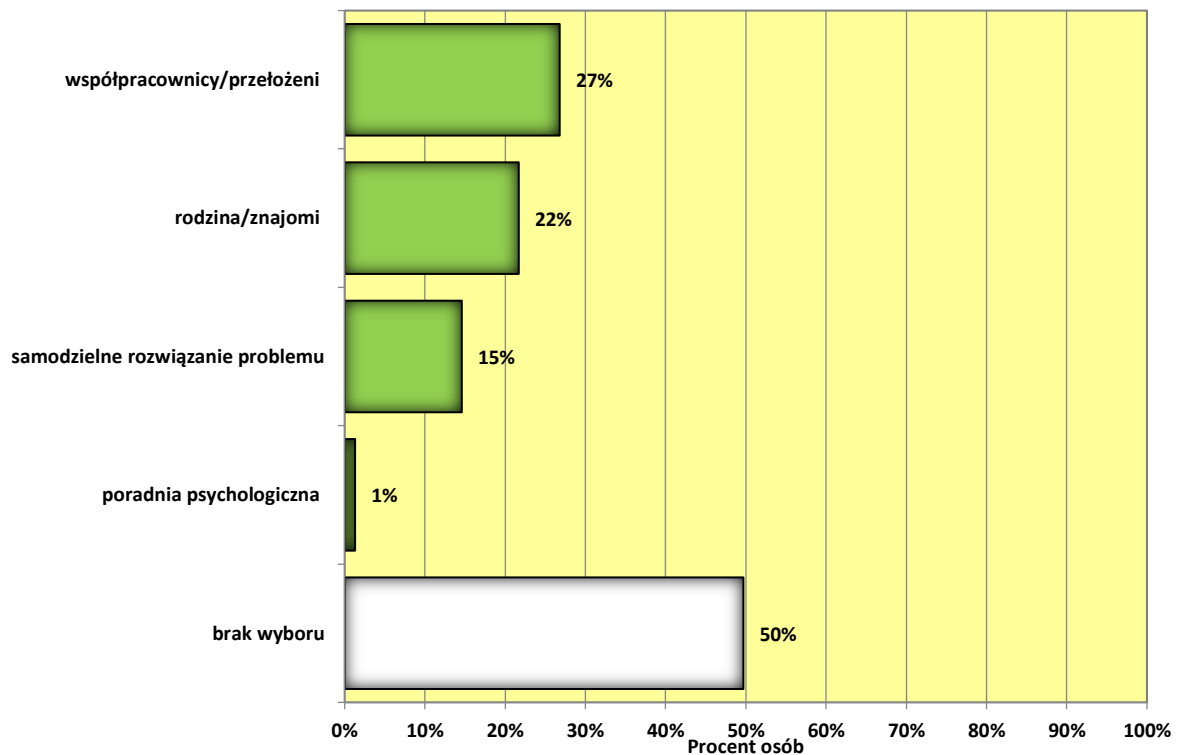
| <b>Poszukiwanie pomocy w przypadku problemów zawodowych</b> | <b>Liczność</b> | <b>Procent<sup>1)</sup></b> |
|---|-----------------|-----------------------------|
| <b>współpracownicy/przełożeni</b>                           | <b>42</b>       | <b>26,8%</b>                |
| rodzina/znajomi   | 34              | 21,7%                       |
| samodzielne rozwiązanie problemu                            | 23              | 14,6%                       |
| poradnia psychologiczna                                     | 2               | 1,3%                        |
| brak wyboru   | 78              | 49,7%                       |

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

Ponad połowa osób (54,1% - 85 osób) nie odczuwała potrzeby zmiany pracy, ale niewiele mniej, bo 43,9% (69 osób) ankietowanych chętnie poszukiwało by nowego miejsca zatrudnienia. Problem z jednoznaczną deklaracją w tej kwestii miały 3 osoby (1,9%).

Respondenci najczęściej (59 osób – 37,6%) twierdzili, że uzyskują wsparcie ze strony kolegów i przełożonych. Jednocześnie jednak, 26,1% (41 osób) uważało, iż takiego wsparcia nie odczuwa, a aż 36,3% (57 osób), że ma go tylko czasami.

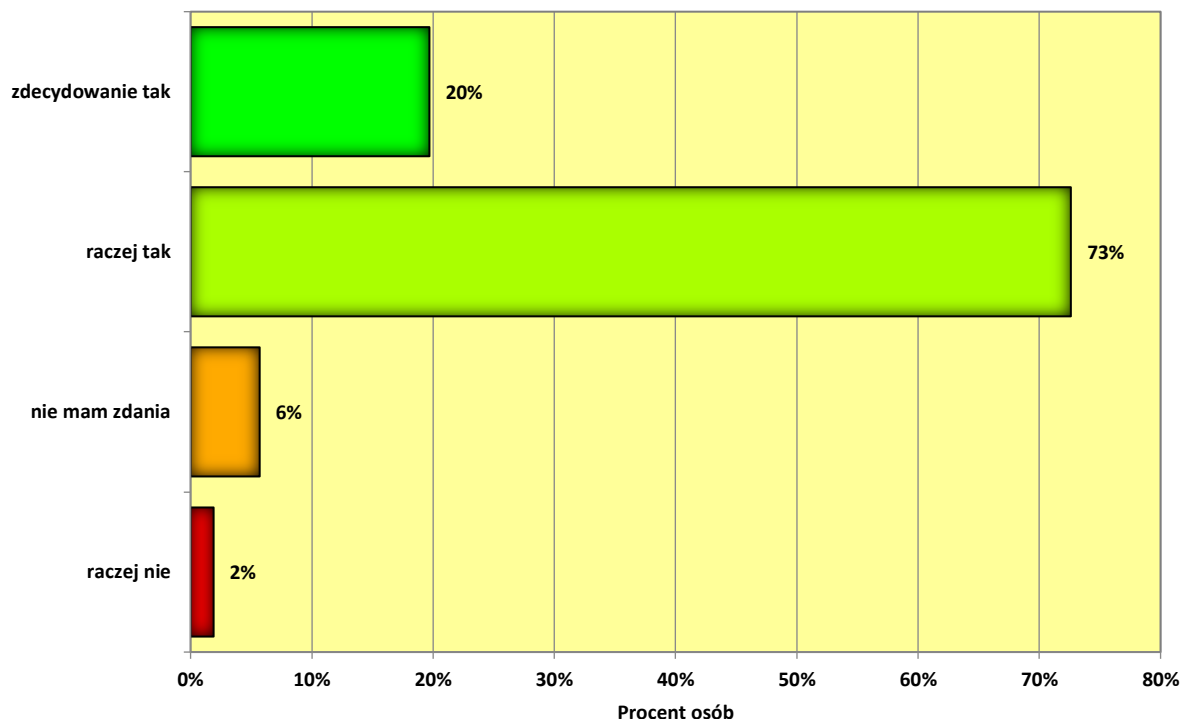
Zdecydowana większość ankietowanych pracowników nie miała problemów z rozwiązywaniem zadań realizowanych w pracy – odpowiedź twierdzącą na takie pytanie wskazało ponad 92,3%% wszystkich respondentów. Wyniki obrazują Tabela XVI i Rycina 10.



Rycina 9. Preferowane w badanej zbiorowości źródła pomocy w przypadku występowania problemów zawodowych

Tabela XVI. Opinie badanej zbiorowości na temat problemów z rozwiązywaniem zadań realizowanych w pracy

| Rozwiązywanie zadań stawianych w pracy | Liczność | Procent |
|--|----------|---------|
| zdecydowanie daje radę                 | 31       | 19,7%   |
| raczej daje radę                       | 114      | 72,6%   |
| nie mam zdania                         | 9        | 5,7%    |
| nie dają rady                          | 3        | 1,9%    |



Rycina 10. Opinie badanej zbiorowości na temat problemów z rozwiązywaniem zadań realizowanych w pracy

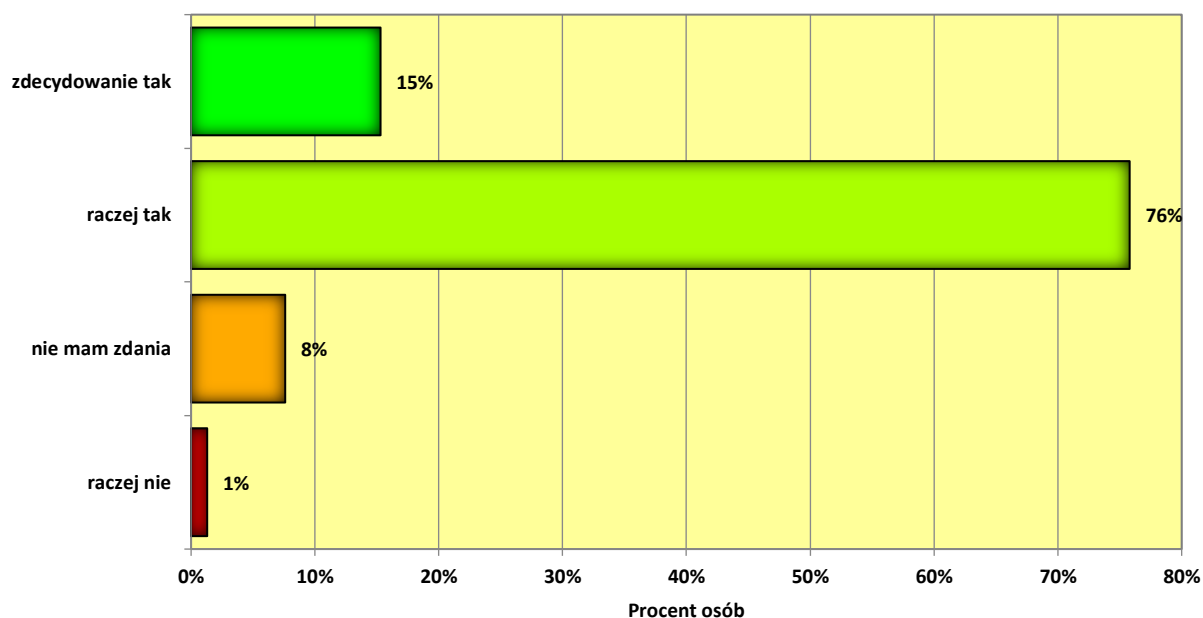
Relacje międzyludzkie w pracy w zespołach transplantacyjnych oceniane były jako co najmniej dobre – tego zdania było ponad 91,1% wszystkich ankietowanych osób. Pozostałe wyniki zawiera Tabela XVII i Rycina 11.

Praca w zespole transplantacyjnych powoduje, iż nawet po zakończeniu dyżuru myśli się o niej – tak uważało 83,4% badanych. Pozostałe wskazania zawiera Tabela XVIII i Rycina 12.

Tabela XVII. Ocena relacji międzyludzkich w pracy w badanej zbiorowości

| Dobre relacje międzyludzkie w pracy | Liczność | Procent |
|-------------------------------------|----------|---------|
| zdecydowanie tak                    | 24       | 15,3%   |
| raczej tak                          | 119      | 75,8%   |
| nie mam zdania                      | 12       | 7,6%    |
| raczej nie                          | 2        | 1,3%    |

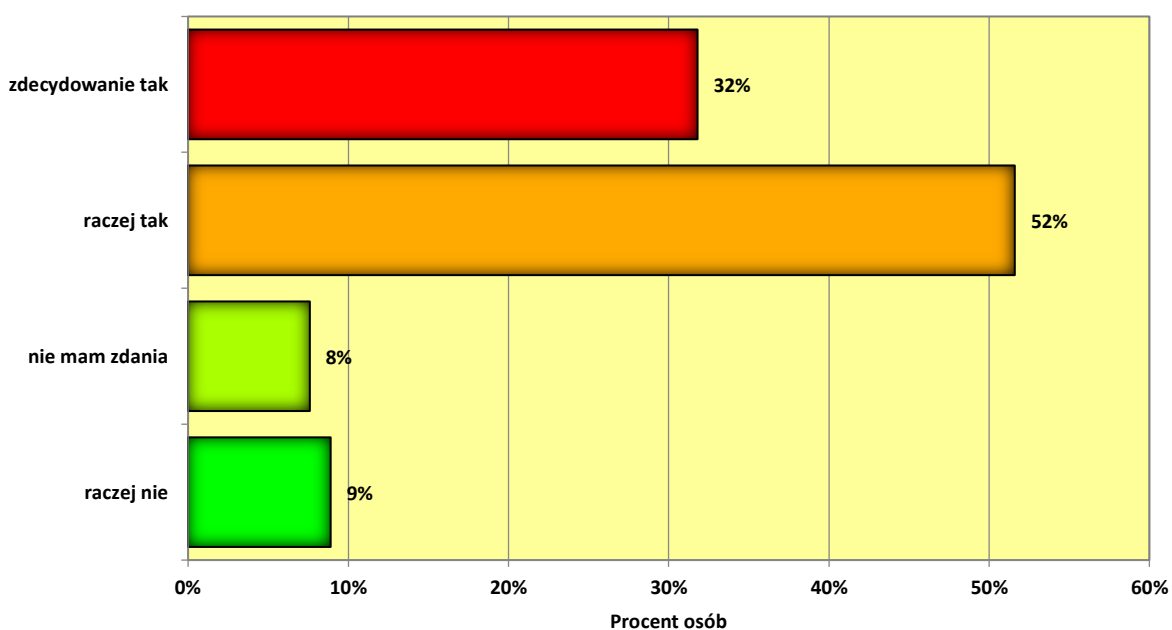
## OCENA WARUNKÓW PRACY



Rycina 11. Ocena relacji międzyludzkich w pracy przez respondentów

Tabela XVIII. Częstość rozmyślenia o pracy po jej zakończeniu w badanej zbiorowości

| Rozmyślanie o pracy | Licznosc | Procent |
|---------------------|----------|---------|
| zdecydowanie tak    | 50       | 31,8%   |
| raczej tak          | 81       | 51,6%   |
| nie mam zdania      | 12       | 7,6%    |
| raczej nie          | 14       | 8,9%    |



Rycina 12. Częstość rozmyślenia o pracy po jej zakończeniu przez badanych

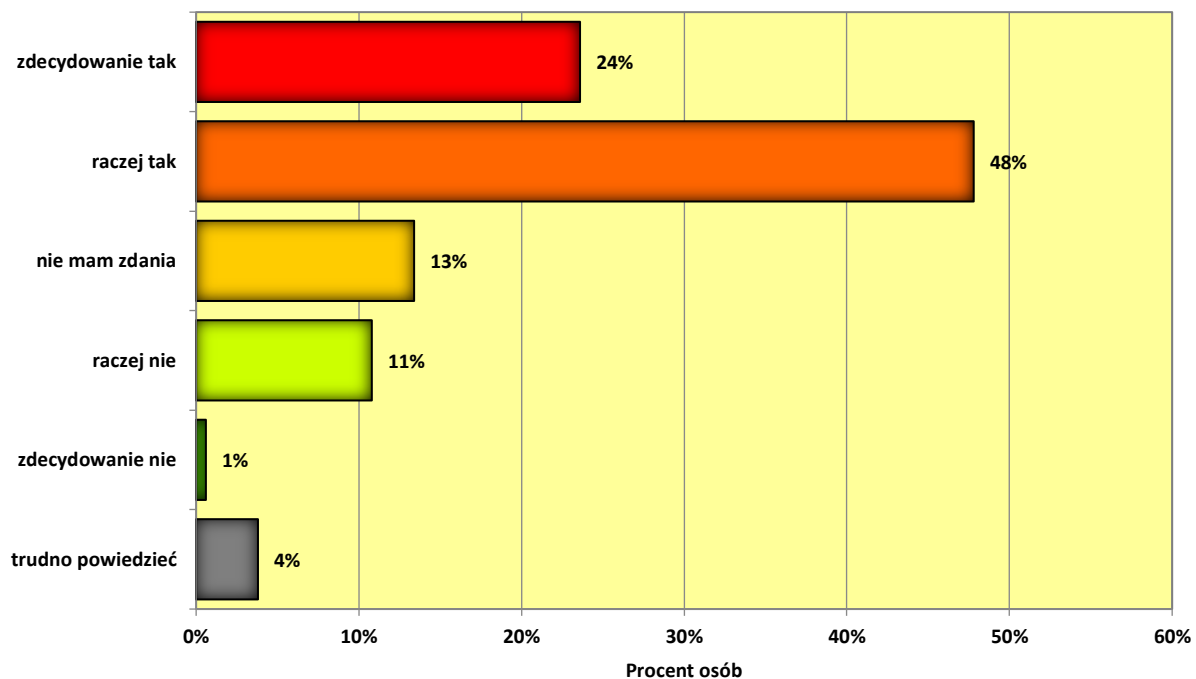


Ankietowane osoby generalnie (78,3% - 123 osoby) nie wykazywały obojętności wobec dość wyjątkowego charakteru swojej pracy. Taką postawę przejawiało 7 osób (4,5%), a 27 respondentów (17,2%) miało problem z deklaracją w tej kwestii.

Po pracy większość respondentów czuła się wyczerpana (71,4%), chociaż odpowiedzi zdecydowanie twierdzących nie było aż tak dużo - nieco poniżej jednej czwartej wszystkich ankietowanych (23,6% - 37 osób). Pozostałe wskazania zawierają Tabela XIX i Rycina 13.

Tabela XIX. Deklaracja poczucia wyczerpania po pracy w badanej zbiorowości

| Wyczerpanie po pracy | Liczność | Procent |
|----------------------|----------|---------|
| zdecydowanie tak     | 37       | 23,6%   |
| raczej tak           | 75       | 47,8%   |
| nie mam zdania       | 21       | 13,4%   |
| raczej nie           | 17       | 10,8%   |
| zdecydowanie nie     | 1        | 0,6%    |
| trudno powiedzieć    | 6        | 3,8%    |



Rycina 13. Deklaracja poczucia wyczerpania po pracy przez badanych

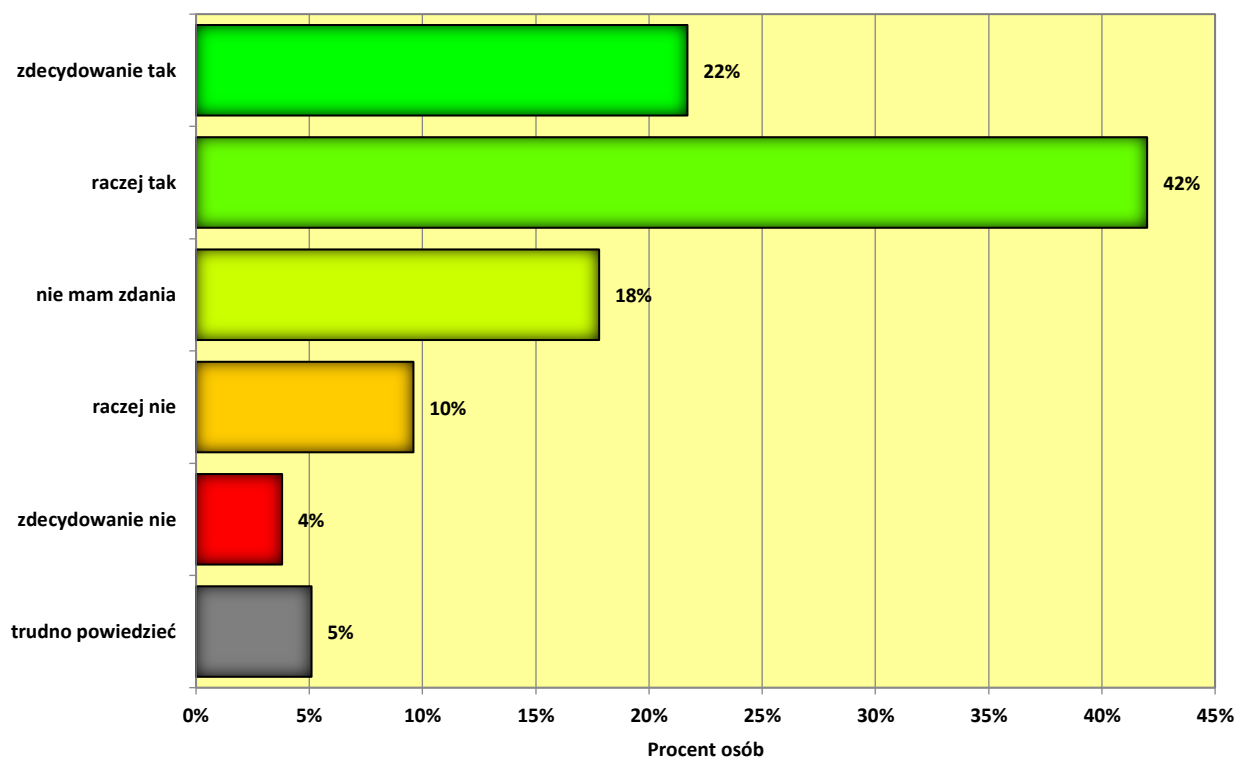
Ankietowane osoby generalnie widziały korzyści (dla społeczeństwa) z wykonywanej pracy (63,7% - 34 osoby). Jednakże problem z jednoznaczna deklaracją w tej kwestii miało aż 22,9% badanych (36 osób). Wyniki obrazuje Tabela XX Rycina 14.

Najwięcej, bo 88,5% (139 osób) ankietowanych uważało, że ich wynagrodzenie jest zbyt niskie w stosunku do wykonywanej pracy. Odmienną opinię wyraziło 7% (11 osób) badanych, a problem z odpowiedzią miało 4,5% (7 osób) z nich.

Mniej więcej dwie trzecie ankietowanych osób – 67,5% (106 osób) odczuwało satysfakcję z wykonywanej pracy. Nie miało jej 7,6% (12 osób) badanych, a 24,8% (39 osób) miało problem z odpowiedzią.

Tabela XX. Poczucie korzyści płynących z wykonywanej pracy w badanej zbiorowości

| Korzyści z wykonywanej pracy | Liczność | Procent |
|------------------------------|----------|---------|
| zdecydowanie tak             | 34       | 21,7%   |
| raczej tak                   | 66       | 42,0%   |
| nie mam zdania               | 36       | 22,9%   |
| raczej nie                   | 15       | 9,6%    |
| zdecydowanie nie             | 6        | 3,8%    |

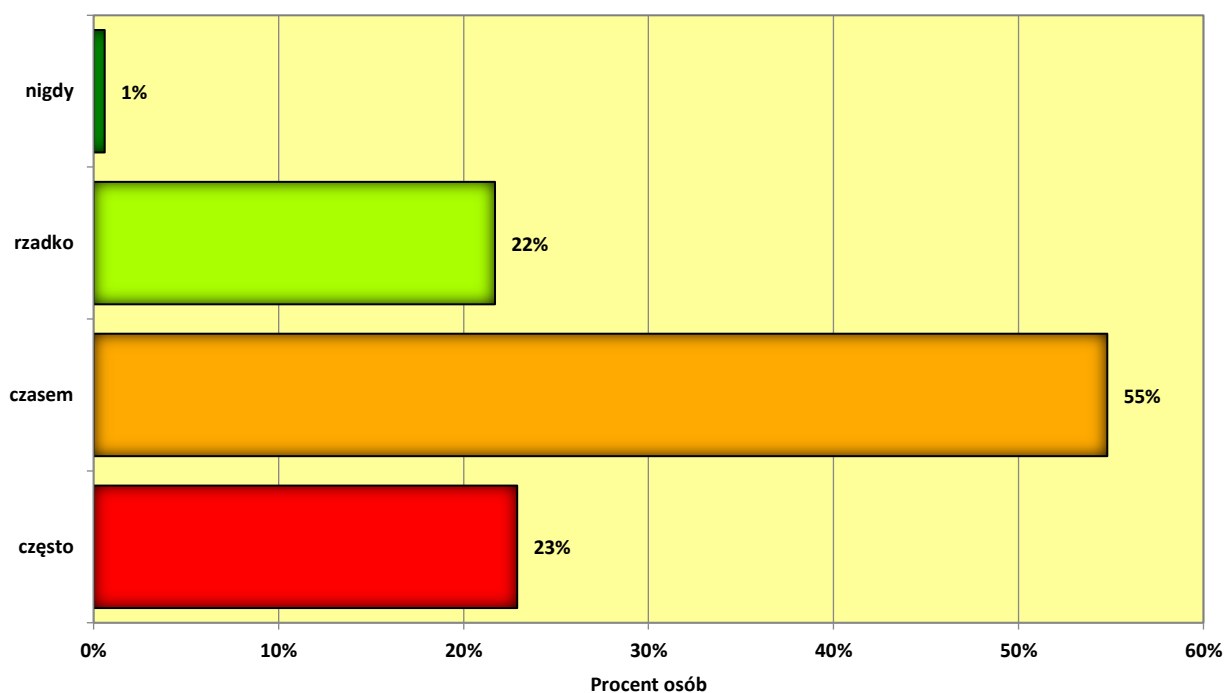


Rycina 14. Poczucie korzyści płynących z wykonywanej pracy przez badanych

Zmęczenie przed kolejnym dniem pracy odczuwane było często mniej więcej przez co piątą osobę (22,9%-36 osób), zaś sporadycznie ponad połowę (54,8%-86 osoby). Jedynie jedna osoba (0,6%) szła zwykle do pracy bez poczucia zmęczenia. Wszystkie wyniki obrazuje Tabela XXI i Rycina 15.

Tabela XXI. Odczuwanie zmęczenia rano przed kolejnym dniem pracy w badanej zbiorowości

| Zmęczenie rano, przed kolejnym dniem pracy | Liczność | Procent |
|--|----------|---------|
| nigdy                                      | 1        | 0,6%    |
| rzadko                                     | 34       | 21,7%   |
| czasem                                     | 86       | 54,8%   |
| często                                     | 36       | 22,9%   |



Rycina 15. Odczuwanie zmęczenia rano przed kolejnym dniem pracy przez badanych

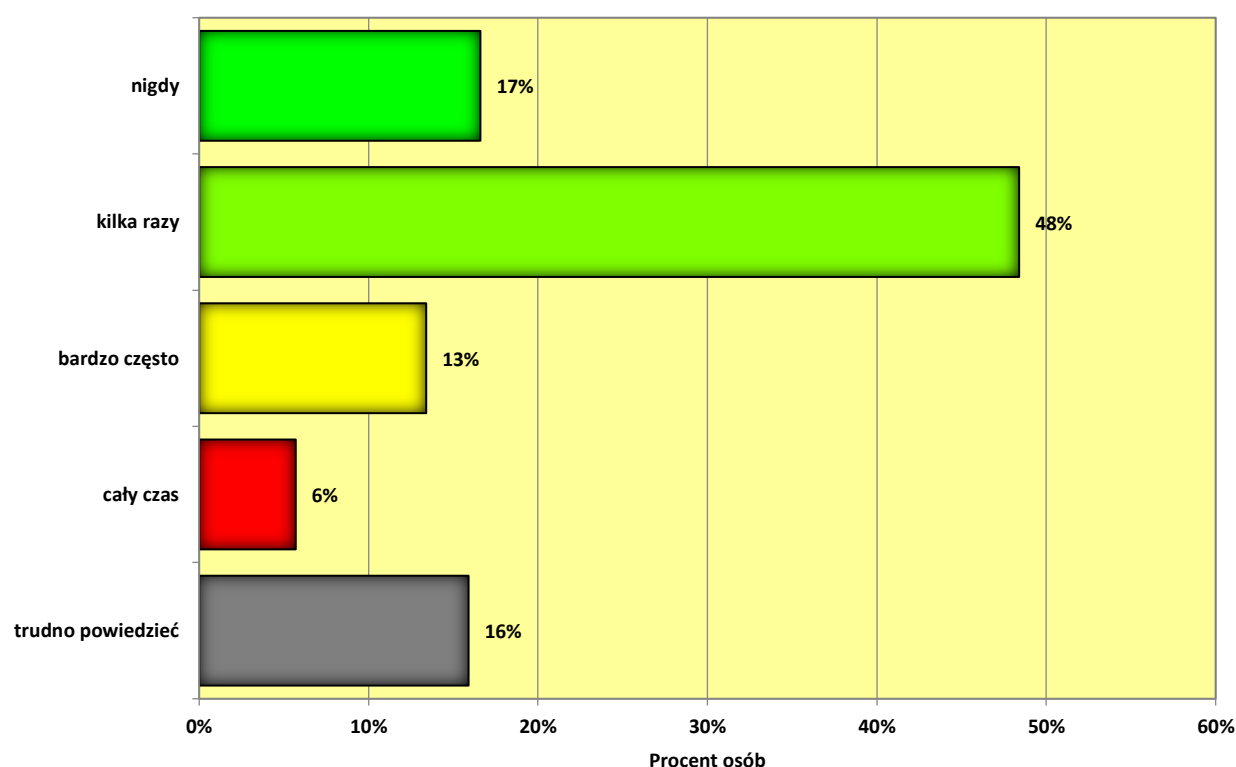
Kłopoty ze snem dotyczyły nieco ponad jednej czwartej ankietowanych osób (44 osoby – 28%). Problemów takich nie miało nigdy 45,2% (71 osób), a 26,8% (42 osoby) odczuwało je czasami.

Poczucie wypalenia zawodowego miała większość ankietowanych pracowników zespołów transplantacyjnych, w tym cały czas – 5,7% (9 badanych), kilka razy – 48,4% (76 osób) lub bardzo często – 13,4% - 21 osób. Mniej więcej jedna szósta wszystkich

respondentów (16,6% - 26 osób) nie miała nigdy poczucia wypalenia zawodowego. Wyniki obrazuje Tabela XXII i Rycina 16.

Tabela XXII. Poczucie wypalenia zawodowego u badanych

| Odczucie wypalenia zawodowego | Liczność | Procent |
|-------------------------------|----------|---------|
| nigdy                         | 26       | 16,6%   |
| kilka razy                    | 76       | 48,4%   |
| bardzo często                 | 21       | 13,4%   |
| cały czas                     | 9        | 5,7%    |
| trudno powiedzieć             | 25       | 15,9%   |



Rycina 16. Poczucie wypalenia zawodowego w badanej zbiorowości

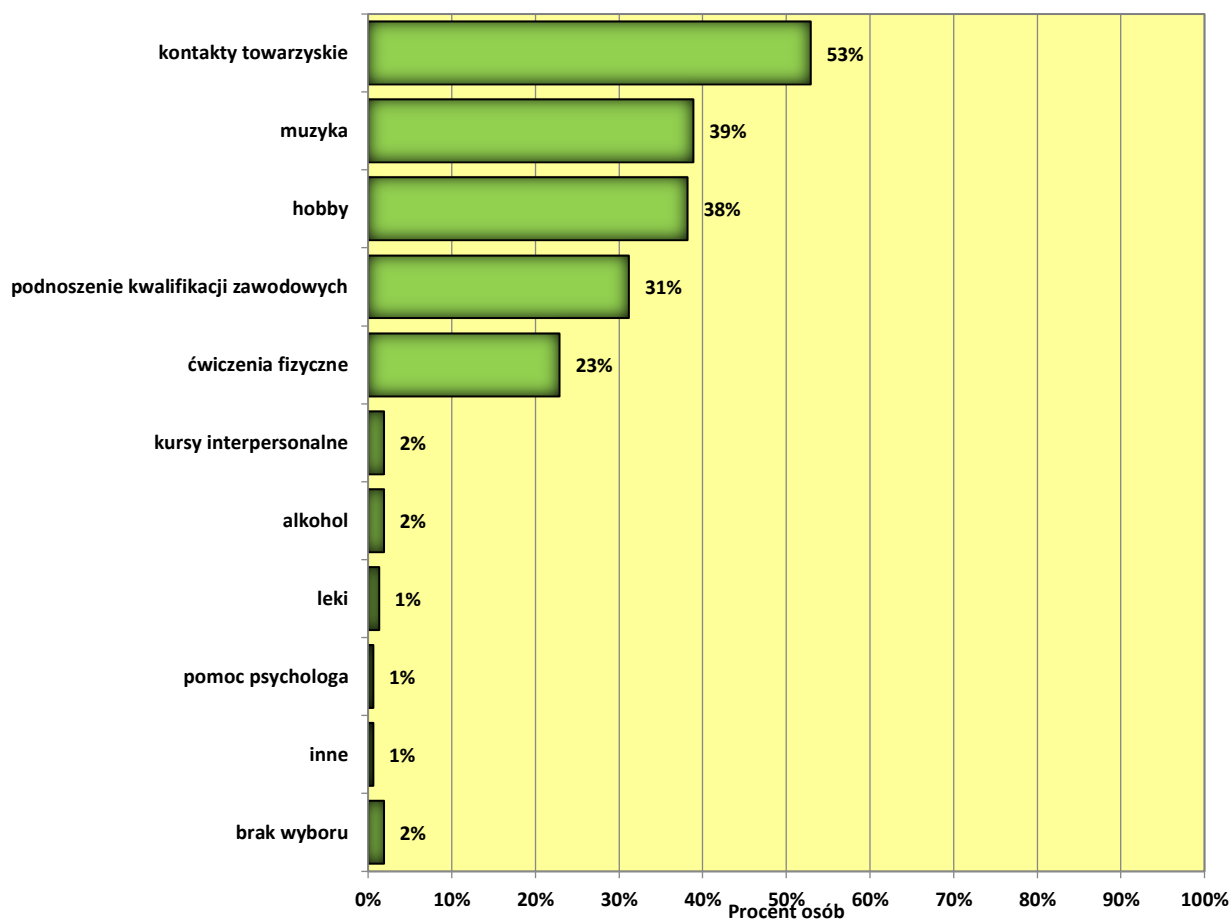
W opinii większości ankietowanych osób, czynnikiem powodującym nasilenie poczucia wypalenia zawodowego jest staż pracy (61,8% - 97 osób). Odmienną opinię wyraziło 25,5% (40 osób), a pozostałe 12,7% (20 osób) było w tej kwestii niezdecydowanych.

Dwie trzecie ankietowanych osób (66,2%-104 osoby) wybrało by ponownie ten sam zawód, gdyby mogły jeszcze raz zdecydować o swojej karierze zawodowej. Mniej więcej co

szósta osoba (17,8% - 28 osób) wybrałaby inną pracę, a 15,9% (25 osób) było w tej kwestii niezdecydowanych.

Ponad połowa respondentów (51% - 80 osób) również ponownie wybrałaby pracę w zespole transplantacyjnym. Jedynie co piąta osoba (19,1% - 30 osób) zdecydowanie odrzucała taką możliwość, a 29,9% (47 osób) nie wiedziało jakby postąpiło.

Ostatnie zestawienie w tej części badania dotyczyło sposobu eliminowania stresu wynikającego z charakteru pracy zawodowej. Większość ankietowanych stosowała właściwe sposoby radzenia sobie ze stresem – ponad połowa prowadziła aktywne życie towarzyskie (52,9% - 83 osoby), więcej niż co trzecia osoba słuchała muzyki (38,9% - 61 osób) lub oddawała się swojemu hobby (38,2% - 60 osób), a mniej więcej co trzecia osoba (31,2% - 49 osób) starała się podnosić swoje kwalifikacje zawodowe, prawdopodobnie w celu uniknięcia stresu związanego z obowiązkami w pracy w przyszłości. Pozostałe sposoby zawiera Rycina 17 i Tabela XXIII.



Rycina 17. Sposoby eliminowania stresu w badanej zbiorowości

Tabela XXIII. Sposoby eliminowania stresu przez badanych

| <b>Sposoby eliminowania stresu</b>  | <b>Liczność</b> | <b>Procent<sup>1)</sup></b> |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------------------|
| kontakty towarzyskie                | 83              | 52,9%                       |
| muzyka                              | 61              | 38,9%                       |
| hobby                               | 60              | 38,2%                       |
| podnoszenie kwalifikacji zawodowych | 49              | 31,2%                       |
| ćwiczenia fizyczne                  | 36              | 22,9%                       |
| kursy interpersonalne               | 3               | 1,9%                        |
| alkohol                             | 3               | 1,9%                        |
| leki                                | 2               | 1,3%                        |
| pomoc psychologa                    | 1               | 0,6%                        |
| inne                                | 1               | 0,6%                        |
| brak odpowiedzi                     | 3               | 1,9%                        |

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

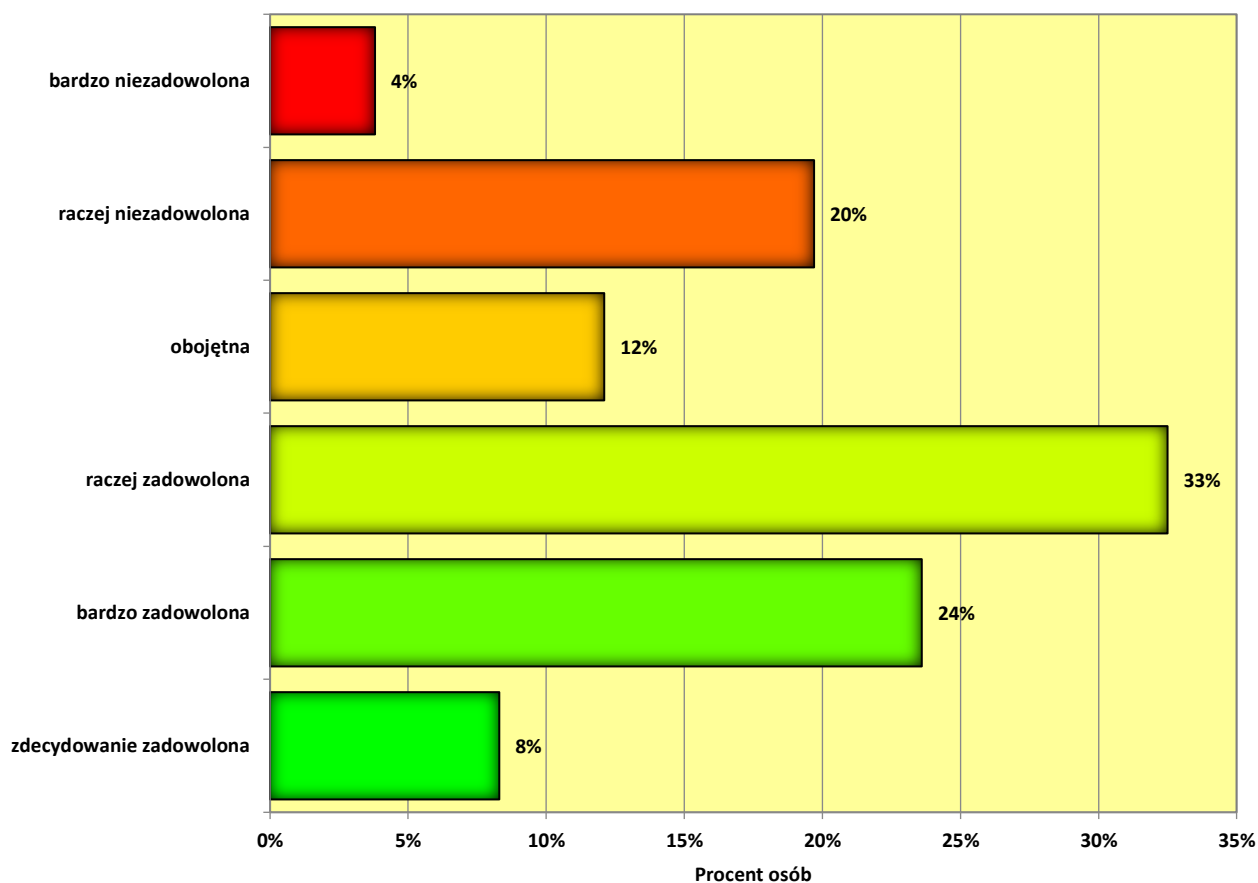
## POZIOM ZADOWOLENIA Z ŻYCIA (SWLS)

Poziom zadowolenia z życia badano za pomocą skali SWLS. Możliwy zakres wartości uzyskanych ze skali to 5-35 pkt, przy czym wyższe liczby odpowiadają większemu zadowoleniu z życia.

Wartości punktowe skali SWLS przekształcano także do 7. stopniowej skali przymiotnikowej.

Jak widać, z zestawienia w tabeli XXIV, średnia ocena zadowolenia z życia w badanej grupie była dość wysoka. Przeciętny poziom miary SWLS wynosił 23,2 pkt, co jest relatywnie wysoką wartością i oznacza iż obecni respondenci to osoby raczej zadowolone ze swojego życia.

Po przekształceniu miary SWLS do skali przymiotnikowej okazało się, że większość osób – w sumie ponad 60% jest (w różnym stopniu) zadowolona z życia. Osób niezadowolonych było nieco ponad 20%. Wyniki obrazuje Rycina 18 i Tabela XXIV.



Rycina 18. Ocena poziomu satysfakcji z życia u respondentów

Tabela XXIV. Ocena poziomu satysfakcji z życia w badanej zbiorowości

| <b>Punktowa miara zadowolenia z życia (SWLS)</b>       |    |     |                 |                 |     |     |
|--|----|-----|-----------------|-----------------|-----|-----|
| $\bar{x}$  | Me | s   | c <sub>25</sub> | c <sub>75</sub> | min | max |
| 23,2   | 23 | 5,1 | 20              | 27              | 12  | 35  |
| <b>Przymiotnikowa miara zadowolenia z życia (SWLS)</b> |    |     |                 |                 |     |     |
|  |    |     | <b>Liczność</b> | <b>Procent</b>  |     |     |
| bardzo niezadowolona                                   |    |     | 6               | 3,8%            |     |     |
| raczej niezadowolona                                   |    |     | 31              | 19,7%           |     |     |
| obojętna   |    |     | 19              | 12,1%           |     |     |
| raczej zadowolona                                      |    |     | 51              | 32,5%           |     |     |
| bardzo zadowolona                                      |    |     | 37              | 23,6%           |     |     |
| zdecydowanie zadowolona                                |    |     | 13              | 8,3%            |     |     |



## POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO (LBQ)

Poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie oceniano za pomocą kwestionariusza LBQ. Kwestionariusz składa się z 24 pytań dotyczących różnych kwestii związanych ze stosunkiem ankietowanej osoby do wykonywanej pracy zawodowej – część z tych stwierdzeń ma charakter negatywny, część pozytywny.

Odpowiedzi na każde z pytań dotyczyły częstości występowania pewnych stanów psychicznych i były oceniana na 6. stopniowej skali przymiotnikowej. Na podstawie udzielonych odpowiedzi, kodowanych od 1 do 6 pkt wyliczane są wartości czterech miar wypalenia zawodowego:

- ✓ rozczarowanie;
- ✓ brak skuteczności zawodowej;
- ✓ brak zaangażowania w relacje z klientami;
- ✓ wyczerpanie psychofizyczne.

Każda z wyżej wymienionych miar miała charakter pejoratywny – im wyższe wartości tym większy poziom wypalenia zawodowego. Zakres wartości dla każdej z miar wynosił od 6 do 36 pkt. Wartość minimalna (6 pkt) oznaczała idealnie pozytywny stosunek do pracy zawodowej w analizowanym wymiarze, zaś wartość maksymalna (36 pkt) stosunek całkowicie negatywny.

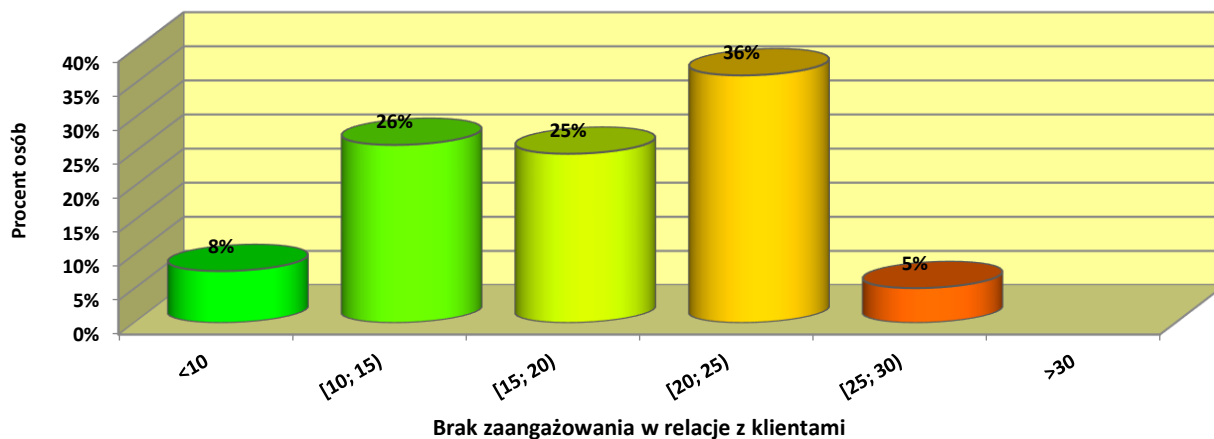
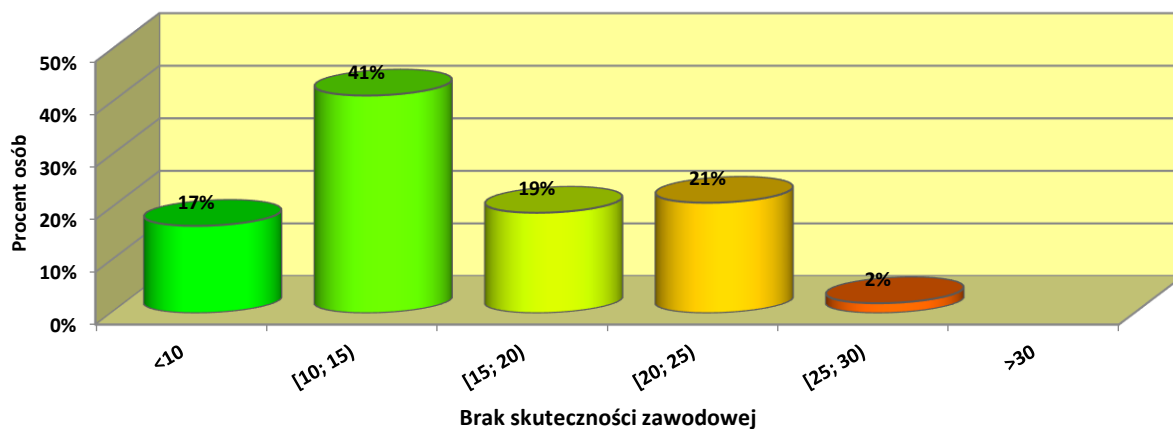
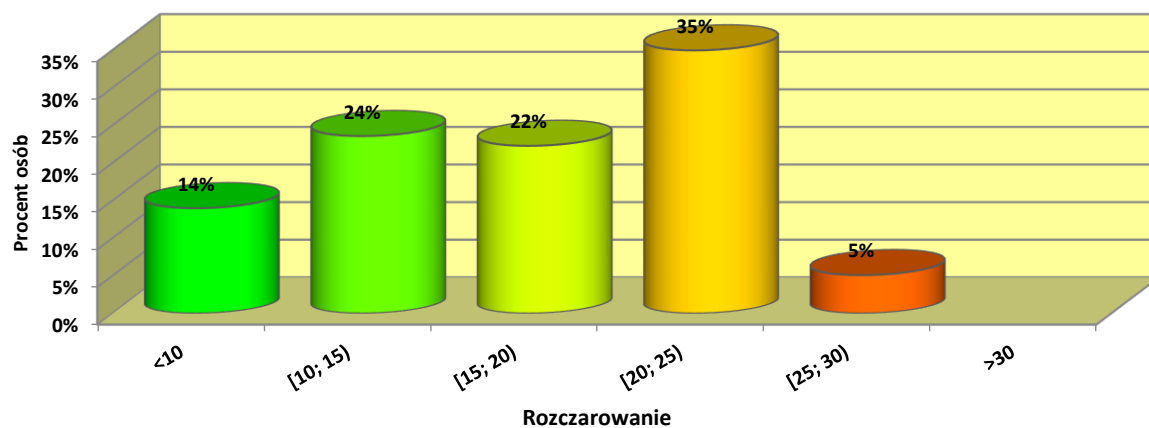
Jak widać z poniższego zestawienia statystyk opisowych, poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie był relatywnie niski, biorąc pod uwagę możliwy zakres wartości skali od 6 do 36 pkt. Najsilniej uwidocznilo się wyczerpanie psychofizyczne (średnio rzecz biorąc ocena na poziomie 18,2 pkt), zaś najmniej - brak skuteczności zawodowej (średnia ocena to 14,4 pkt). Wyniki obrazuje Tabela XXV i Rycina 19.

Tabel XXV. Ocena wypalenia zawodowego za pomocą kwestionariusza LBQ w badanej zbiorowości

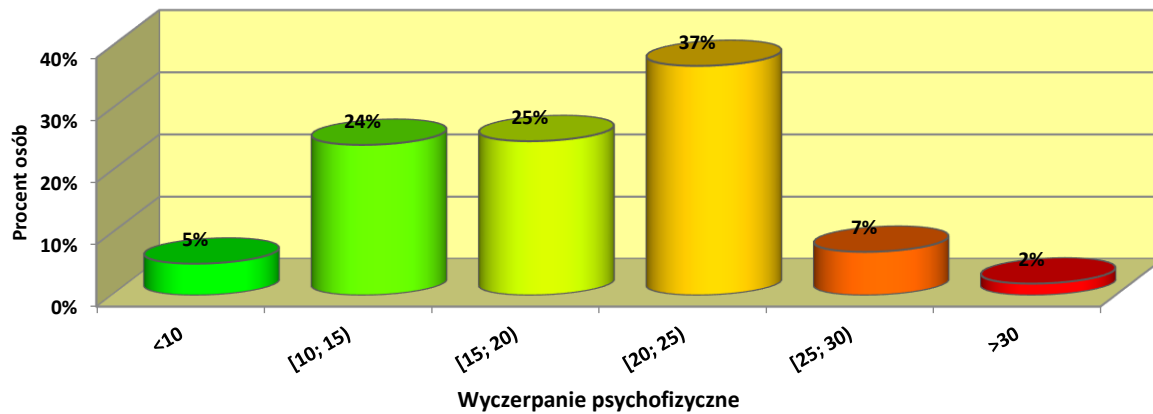
| Wypalenie zawodowe (LBQ)                  | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | <i>c</i> <sub>25</sub> | <i>c</i> <sub>75</sub> | min | max |
|---|-----------|----|----------|------------------------|------------------------|-----|-----|
| rozczarowanie                             | 16,6      | 17 | 5,9      | 12                     | 21                     | 6   | 29  |
| brak skuteczności zawodowej               | 14,4      | 13 | 5,0      | 11                     | 19                     | 6   | 26  |
| brak zaangażowania w relacje z pacjentami | 17,2      | 18 | 5,0      | 13                     | 21                     | 6   | 28  |
| wyczerpanie psychofizyczne                | 18,2      | 19 | 5,3      | 14                     | 22                     | 7   | 33  |

## POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO (LBQ)

Na wykresach wchodzących w skład Ryciny 19 pokazano rozkład miar LBQ w przedziałach o rozpiętości 5. pkt.



## POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO (LBQ)



Rycina 19. Ocena wypalenia zawodowego za pomocą kwestionariusza LBQ u respondentów

## POZIOM STRESU (SRRS)

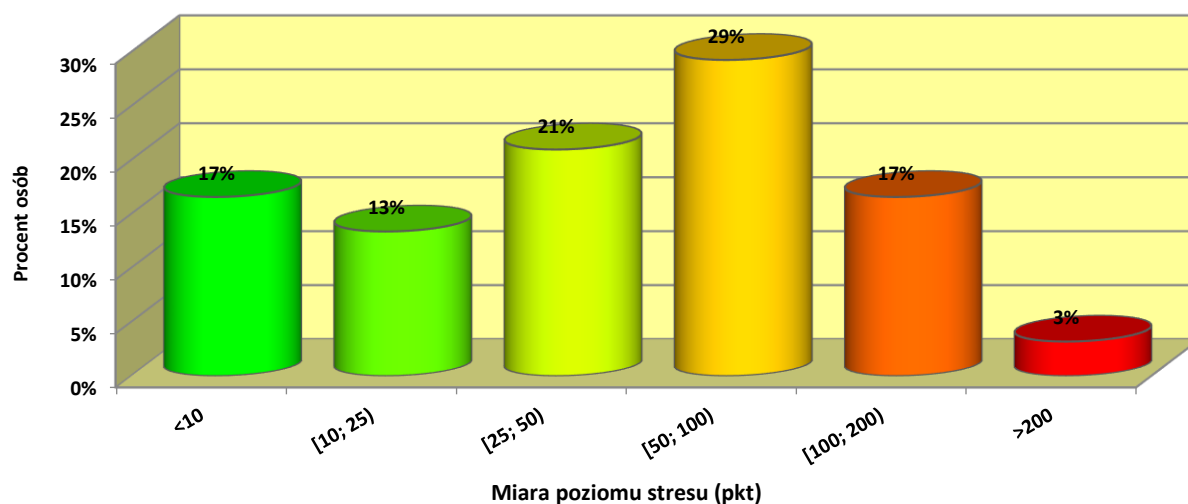
Na podstawie odpowiedzi udzielanych w kwestionariuszu SRRS dokonano oceny poziomu stresu, wywołanego różnymi, najczęściej nieoczekiwanymi lub nietypowymi zdarzeniami życiowymi.

Średnie punktowa ocena stresu wynosiła ok. 59,3 pkt (mediana była nieco niższa, bo wynosiła 47 pkt). Jak się okazało poziom stresu ankietowanych osób nie był wysoki, ponieważ aż 95% z nich zostało sklasyfikowanych jako osoby o niskim poziomie stresu według kwestionariusza SRRS. Wyniki obrazuje Tabela XXVI.

Tabela XXVI. Ocena poziomu stresu w grupie badanych

| Miara poziomu stresu (pkt)  |    |          |                        |                        |     |     |
|-----------------------------|----|----------|------------------------|------------------------|-----|-----|
| $\bar{x}$                   | Me | <i>s</i> | <i>c</i> <sub>25</sub> | <i>c</i> <sub>75</sub> | min | max |
| 59,3                        | 47 | 55,2     | 20                     | 79                     | 0   | 336 |
| Klasyfikacja poziomu stresu |    |          |                        |                        |     |     |
|                             |    |          | Liczność               | Procent                |     |     |
| niski                       |    |          | 149                    | 94,9%                  |     |     |
| średni                      |    |          | 3                      | 1,9%                   |     |     |
| wysoki                      |    |          | 4                      | 2,5%                   |     |     |
| bardzo wysoki               |    |          | 1                      | 0,6%                   |     |     |

Na Rycinie 20 pokazano rozkład wartości punktowych SRRS, podzielonych na przedziały punktowe o narastającej długości.



Rycina 20. Ocena poziomu stresu w badanej zbiorowości

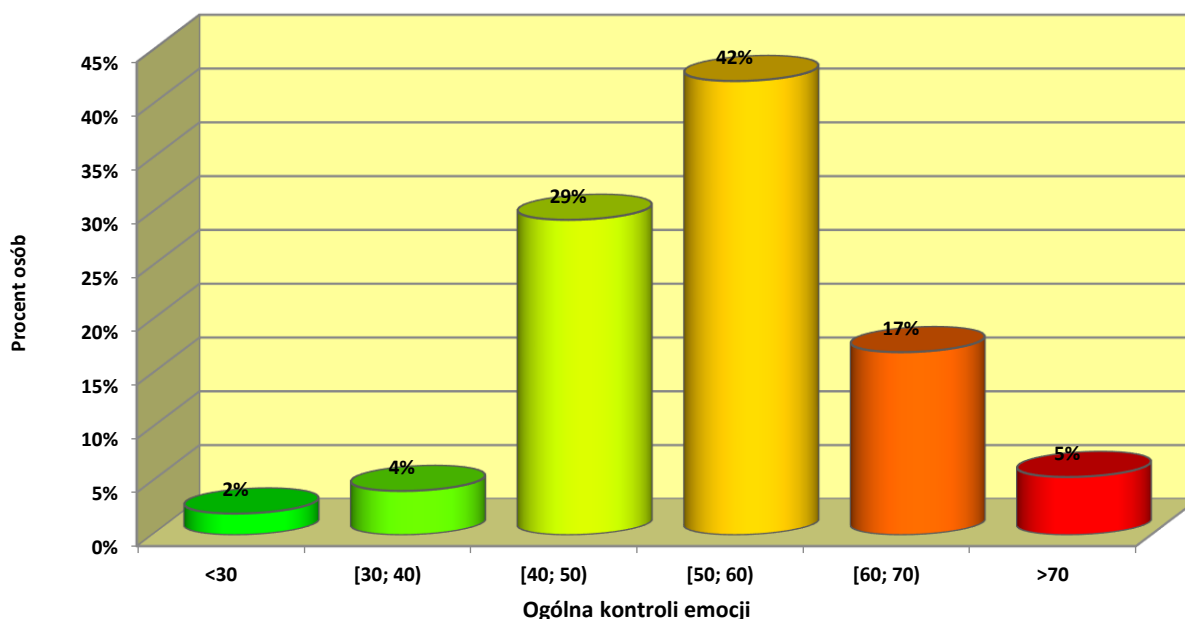
## KONTROLA EMOCJI (CECS)

Kwestionariusz CECS składał się z trzech podskal, z których każda zawierała siedem stwierdzeń dotyczących sposobu ujawniania gniewu, depresji i lęku. Służy on do pomiaru subiektywnej kontroli gniewu, lęku i depresji w sytuacjach trudnych.

Sumując wyniki wszystkich trzech podskal, ustala się ogólny wskaźnik kontroli emocji. Istotą badania stanowi określenie, w jakim stopniu jednostka jest subiektywnie przekonana o umiejętności kontrolowania swoich reakcji w sytuacji doświadczania określonych emocji negatywnych.

Szczegółowe czynniki kontroli emocji mieszczą się w zakresie 7-28 pkt, zaś ogólny wskaźnik kontroli emocji mieści się w granicach 21-84 punktów. Im wyższy wynik, tym większe tłumienie negatywnych emocji.

W badanej grupie poziom tłumienia negatywnych emocji jest na przeciętnym poziomie, biorąc pod uwagę możliwy zakres punktowy poszczególnych miar, przy czym największe tłumienie negatywnych emocji dotyczyło depresji oraz lęku (po śr.  $18,1 \pm 18$  pkt.) Widać to dobrze na wykresie, na którym pokazano rozkład sumarycznej miary kontroli emocji (Rycina 21). Wyniki obrazuje także Tabela XXVII.



Rycina 21. Poziom tłumienia negatywnych emocji oceniany za pomocą skali CECS w grupie badanej

Tabela XXVII. Poziom tłumienia negatywnych emocji oceniany za pomocą skali CECS w badanej zbiorowości

| <b>Skala kontroli emocji (CECS)</b> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | <i>c</i> <sub>25</sub> | <i>c</i> <sub>75</sub> | min | max |
|-------------------------------------|-----------|----|----------|------------------------|------------------------|-----|-----|
| tłumienie gniewu                    | 16,6      | 17 | 4,4      | 13                     | 19                     | 7   | 28  |
| tłumienie depresji                  | 18,1      | 18 | 3,9      | 16                     | 21                     | 7   | 28  |
| tłumienie lęku                      | 18,1      | 18 | 3,7      | 16                     | 20                     | 7   | 28  |
| ogólna kontroli emocji              | 52,8      | 52 | 9,9      | 47                     | 58                     | 25  | 79  |

## SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM (CISS)

Kwestionariusz CISS służy do badania stylów radzenia sobie ze stresem. Składa się z 48 szczegółowych pytań, na które odpowiedzi punktowane są w skali od 1 do 5. Wartość 1 pkt odpowiada brakowi pewnych zachowań, a wartość 5 pkt bardzo częstemu zachowaniu określonego typu.

Na podstawie szczegółowych odpowiedzi wyznacza się oceny stosowania trzech stylów radzenia sobie ze stresem:

- ✓ Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) – polegający na podejmowaniu zadań, zmierzających do rozwiązania problemu poprzez poznawcze przekształcenie lub próby zmiany sytuacji trudnych.
- ✓ Styl skoncentrowany na emocjach (SSE) - 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 skoncentrowany na unikaniu (SSU) - polegający na wystrzeganiu się myślenia o sytuacjach trudnych powodujących niepokój. Styl unikowy może dodatkowo przybierać dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ), np. oglądanie telewizji, objadanie się lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

Każdy sposób radzenia sobie ze stresem wyznaczany jest na podstawie odpowiedzi na 16. pytań składowych, tak więc badane osoby mogą uzyskać w każdym z nich od 16 do 80 punktów.

Im wyższa jest wartość punktowa tym ankietowana osoba w większym stopniu wykorzystuje dany styl radzenia sobie ze stresem w swoim życiu. Zakres punktowy dla ACZ wynosi od 8 do 40 pkt, zaś dla PKT od 5 do 25 pkt.

W literaturze opublikowano normy dla poszczególnych stylów radzenia sobie ze stresem, tak więc czasem dodatkowo podaje się wyniki po sklasyfikowaniu ich do 3-stopniowej skali przymiotnikowej.

Analizując wyniki z kwestionariusza CISS widać, że dla podstawowych trzech sposobów radzenia sobie z emocjami występują dość wyraźne różnice pomiędzy stylem zadaniowym, a dwoma pozostałymi. Osoby pracujące w zespołach transplantacyjnych w sytuacjach stresowych były bardziej ukierunkowane na zadaniowość, niż na emocje czy unikanie (Tabela XXVIII).

W kolejnej zbiorczej tabeli XXIX i na rycinie 22 przedstawiono klasyfikację poziomów wykorzystywania danej strategii radzenia sobie ze stresem.

Chociaż wartości punktowe wskazywały nieco inną hierarchię, wyniki kategoryzacji sugerują najczęstsze korzystanie ze stylu unikowego (poziom wysoki 28,6% badanych), a dopiero potem zadaniowego (poziom wysoki 26,6%).

Rozbieżności wynikają z faktu, iż dla miar SSZ, SSE i SSU stosuje się odmienne zasady kategoryzacji do skali przymiotnikowej.

Tabela XXVIII. Ocena sposobów radzenia sobie ze stresem w badanej zbiorowości na podstawie kwestionariusza CISS

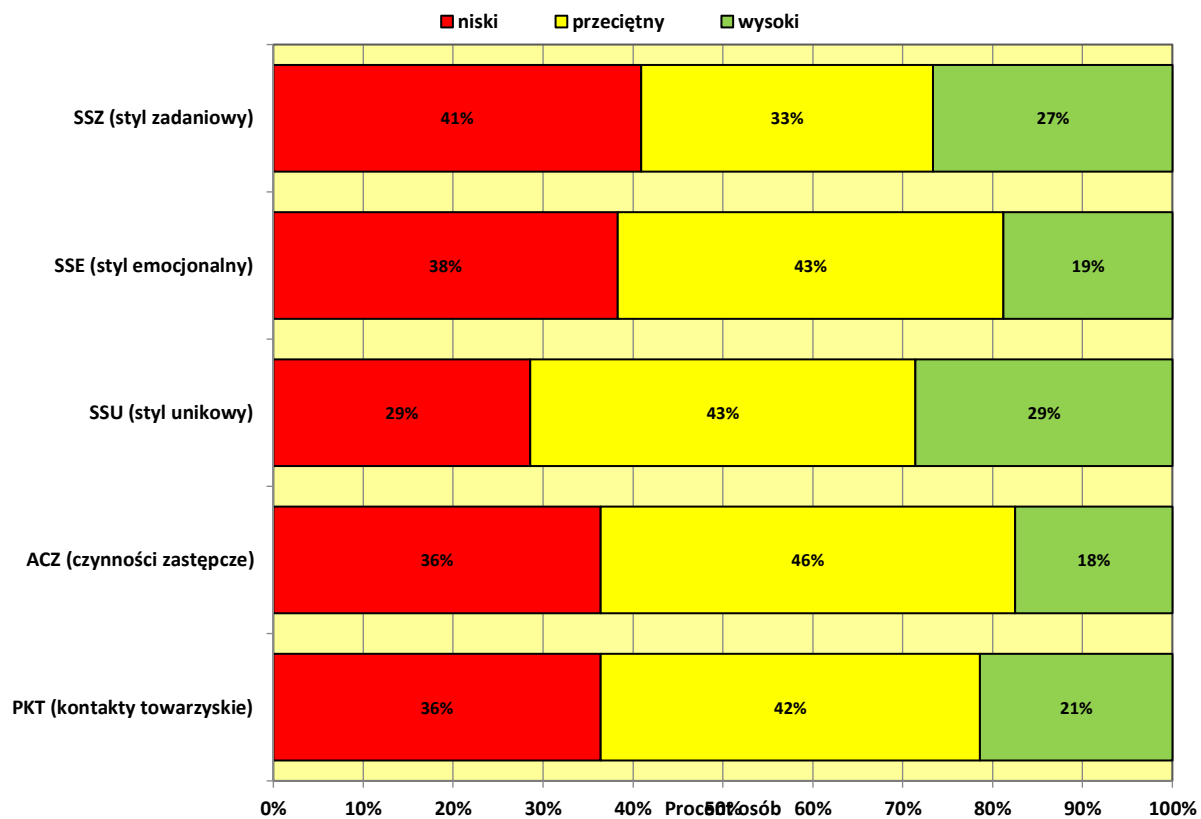
| Sposoby radzenia sobie ze stresem      | $\bar{x}$ | Me | s    | c <sub>25</sub> | c <sub>75</sub> | min | max |
|--|-----------|----|------|-----------------|-----------------|-----|-----|
| SSZ<br>styl zadaniowy (16-80 pkt)      | 54,5      | 56 | 10,9 | 48              | 62              | 30  | 77  |
| SSE<br>styl emocjonalny (16-80 pkt)    | 42,2      | 42 | 10,7 | 35              | 49              | 17  | 65  |
| SSU<br>styl unikowy (16-80 pkt)        | 42,8      | 42 | 8,8  | 37              | 48              | 17  | 65  |
| ACZ<br>czynności zastępcze (8-40 pkt)  | 17,0      | 17 | 4,9  | 13              | 20              | 7   | 30  |
| PKT<br>kontakty towarzyskie (5-25 pkt) | 15,7      | 16 | 3,7  | 13              | 18              | 6   | 24  |

Tabela XXIX. Klasyfikacja poziomów wykorzystywania danej strategii radzenia sobie ze stresem w badanej grupie

| Sposoby radzenia sobie ze stresem | Poziom wykorzystania danej strategii |              |            |              |           |              |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|
|                                   | niski                                |              | przeciętny |              | wysoki    |              |
| SSZ<br>(styl zadaniowy)           | <b>64</b>                            | <b>40,8%</b> | 51         | 32,5%        | 42        | 26,6%        |
| SSE<br>(styl emocjonalny)         | 60                                   | 38,2%        | 67         | 42,7%        | 30        | 19,1%        |
| SSU (styl unikowy)                | 45                                   | 28,7%        | 67         | 42,7%        | <b>45</b> | <b>28,7%</b> |
| ACZ (czynności zastępcze)         | 57                                   | 36,3%        | <b>72</b>  | <b>45,9%</b> | 28        | 17,8%        |
| PKT (kontakty towarzyskie)        | 57                                   | 36,3%        | 66         | 42,0%        | 34        | 21,7%        |



## SPOSOBY RADZENIA SOBIE ZE STRESEM (CISS)



Rycina 22. Klasyfikacja poziomów wykorzystywania danej strategii radzenia sobie ze stresem w badanej grupie

## POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI (GSES)

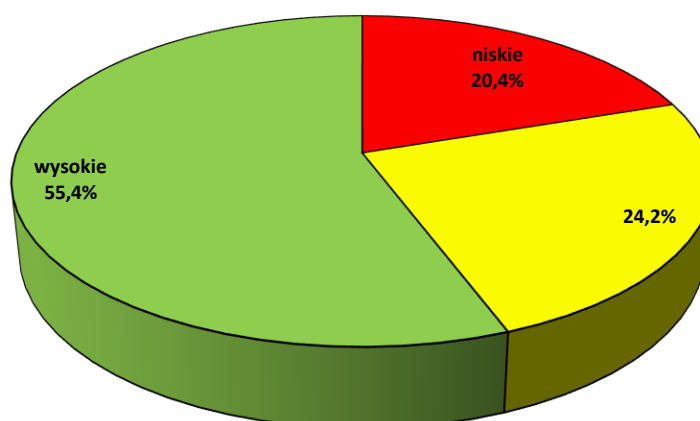
Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności *GSES* złożona jest z 10. stwierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika i mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami.

Średnia ocena poziomu skuteczności w badanej zbiorowości wyniosła ok. 29 pkt, co jest wartością dość wysoką, biorąc pod uwagę możliwe do uzyskania wyniki, które obejmują przedział od 10 do 40 pkt. Im wyższy jest bowiem wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności.

Po dokonaniu kategoryzacji według zaproponowanych w literaturze norm (przeciętny poziom skuteczności, to co najmniej 25. pkt, a wysoki co najmniej 30. pkt), ponad połowa ankietowanych (55,4%) została zaklasyfikowana jako osoby posiadające wysoką ocenę własnej skuteczności. Oceny niskie dotyczyły mniej niż jednej piątej ankietowanych osób (20,4%). Wyniki zawiera Tabela XXX i Rycina 23.

Tabela XXX. Ocena poziomu skuteczności w badanej zbiorowości

| Ocena własnej skuteczności (pkt)     |    |     |                 |                 |         |     |
|--------------------------------------|----|-----|-----------------|-----------------|---------|-----|
| $\bar{x}$                            | Me | s   | c <sub>25</sub> | c <sub>75</sub> | min     | max |
| 28,7                                 | 30 | 4,9 | 26              | 31              | 14      | 40  |
| Poziom poczucia własnej skuteczności |    |     |                 | Liczność        | Procent |     |
| niskie                               |    |     |                 | 32              | 20,4%   |     |
| przeciętne                           |    |     |                 | 38              | 24,2%   |     |
| wysokie                              |    |     |                 | 87              | 55,4%   |     |

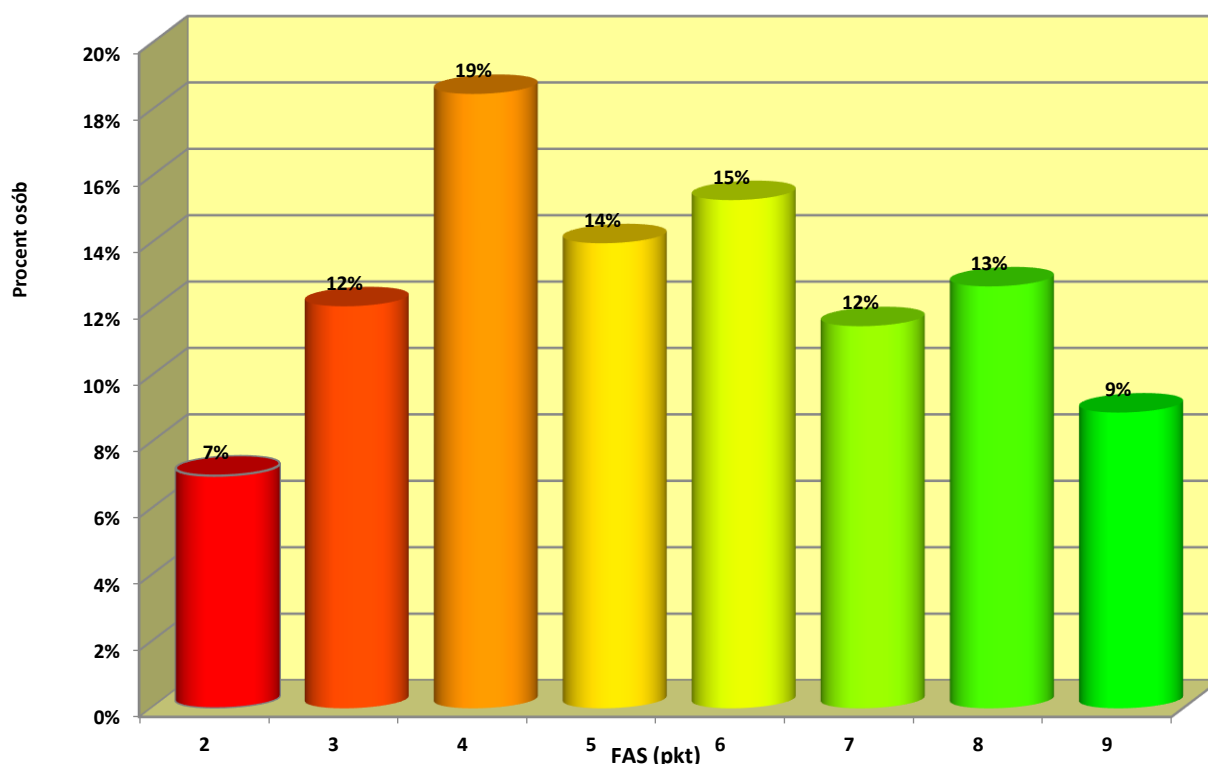


Rycina 23. Ocena poziomu skuteczności w badanej zbiorowości

## SKALA ZAMOŻNOŚCI RODZINY (FAS)

Za pomocą kwestionariusza FAS zbadano także sytuację materialną badanej zbiorowości. Ankieta FAS składa się z czterech pytań, a miara sumaryczna oceny sytuacji materialnej przyjmuje wartości od 0 do 9 pkt. Dokonuje się także kategoryzacji tej miary do 3. stopniowej skali przymiotnikowej.

Na poniższym wykresie pokazano dokładny rozkład skali punktowej oceny sytuacji materialnej rodziny – jak widać, rozkład ten jest bardzo równomierny. Trudno na tej podstawie mówić o jakiejś jednoznacznie dobrej, czy złej sytuacji materialnej rodzin ankietowanych pracowników. Wyniki obrazuje Rycina 24.

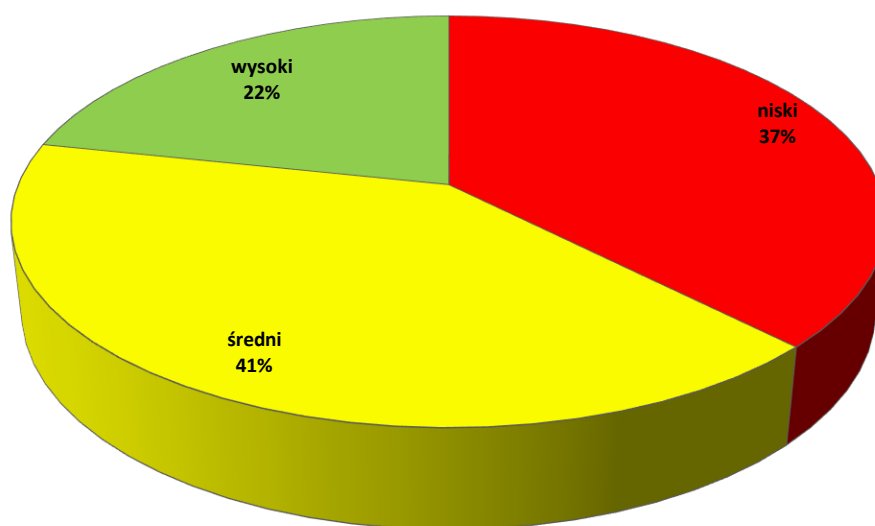


Rycina 24. Rozkład skali punktowej oceny sytuacji materialnej rodziny w badanej grupie

Po kategoryzacji do trójstopniowej skali przymiotnikowej okazało się, iż – zgodnie z oczekiwaniami – dominowała kategoria osób o średnim statusie materialnym, choć dość liczna jest też kategoria osób z oceną niską. Do kategorii osób o dobrej sytuacji materialnej należała mniej więcej piąta część ankietowanych pracowników. Wyniki przedstawiono w Tabeli XXXI i na Rycinie 25.

Tabela XXXI. Ocena poziomu zasobów materialnych rodziny

| Poziom zasobów materialnych rodziny (FAS) | Liczność | Procent |
|---|----------|---------|
| niski                                     | 59       | 37,6%   |
| średni                                    | 64       | 40,8%   |
| wysoki                                    | 34       | 21,7%   |



Rycina 25. Poziom zasobów materialnych rodziny

## WPLYW WYBRANYCH CZYNNIKÓW NA OCENĘ PSYCHOMETRYCZNĄ PRACOWNIKÓW ZESPOŁÓW TRANSPLANTACYJNYCH

W tej części zbadano wpływ wybranych czynników społecznych i zawodowych na kondycję psychiczną członków zespołów transplantacyjnych. Rozważano zarówno liczbowe wartości miar psychometrycznych, jak i ich przymiotnikowe kategoryzacje.

W pierwszym przypadku analiza polegała na zestawieniu w porównywanych grupach wartości podstawowych statystyk opisowych (średnia, mediana, odchylenie standardowe), zaś dla zmiennych nominalnych, prezentowano procentowy rozkład ich wartości w tabelach kontyngencji.

Aby ocenić istotność różnic pomiędzy porównywanymi grupami zastosowano odpowiednie testy statystyczne. W szczególności, liczbowy bądź porządkowy charakter miary psychometrycznych determinował wybór testu Manna-Whitneya (dla porównań dwóch grup) lub testu Kruskala-Wallisa dla porównań większej liczby grup.

Nadmienić należy, że w celu zapewnienia wiarygodności prowadzonym analizom dokonano łączenia wariantów niektórych z rozważanych czynników – na przykład, staż pracy rozważano w podziale na trzy grupy.

W przypadku porównywania grup zawodowych, osoby wskazujące odpowiedź „inny” włączono do grupy pielęgniarek.

### Staż pracy

W tym punkcie dokonano porównania poziomu miar psychometrycznych w zależności od stażu pracy. Analizy dokonano w podziale na trzy grupy: osób pracujących do 10. lat, od 11-20 lat i ponad 20. lat.

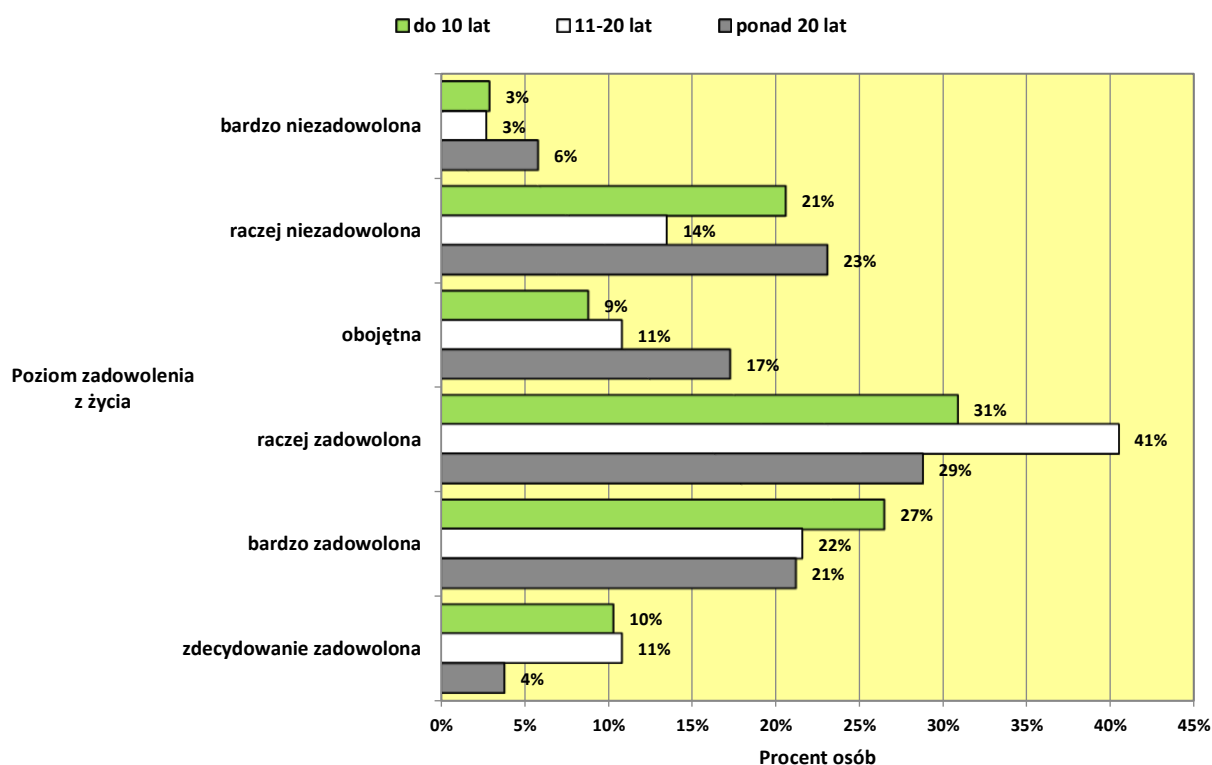
W przypadku porównywania trzech lub większej ilości grup, istotność różnic pomiędzy nimi w rozkładzie miar psychometrycznych oceniano za pomocą testu Kruskala-Wallisa, zaś dla dwóch grup – testu Manna-Whitneya.

Poziom zadowolenia z życia mierzony za pomocą kwestionariusza SWLS wykazywał pewne – zbliżone do istotnego statystycznie (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p$  poniżej 0,10) – zróżnicowanie. Najmniejszym poziomem zadowolenia z życia charakteryzowały się osoby pracujące najdłużej, co obrazuje Tabela XXXII.

Tabela XXXII. Porównanie poziomu zadowolenia z życia w zależności od stażu pracy – skala punktowa

| Poziom zadowolenia z życia | Staż pracy w zespole transplantacyjnym |      |          |           |    |          |              |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|--|------|----------|-----------|----|----------|--------------|----|----------|----------|
|                            | do 10 lat                              |      |          | 11-20 lat |    |          | ponad 20 lat |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$                              | Me   | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$    | Me | <i>s</i> |          |
| <b>SWLS</b>                | 23,6                                   | 23,5 | 5,0      | 24,2      | 25 | 5,4      | 22,0         | 21 | 4,9      | 0,0947   |

Po przekształceniu skali punktowej do przymiotnikowej zależności nie były już istotne statystycznie (prawdopodobnie dlatego, że grupując wartości traci się znaczną część informacji). Tym niemniej nadal widocznym był mniejszy udział osób o wysokim poziomie zadowolenia z życia w grupie osób o najdłuższym stażu pracy. Wyniki zostały przedstawione na Rycinie 26 i w Tabeli XXXIII.



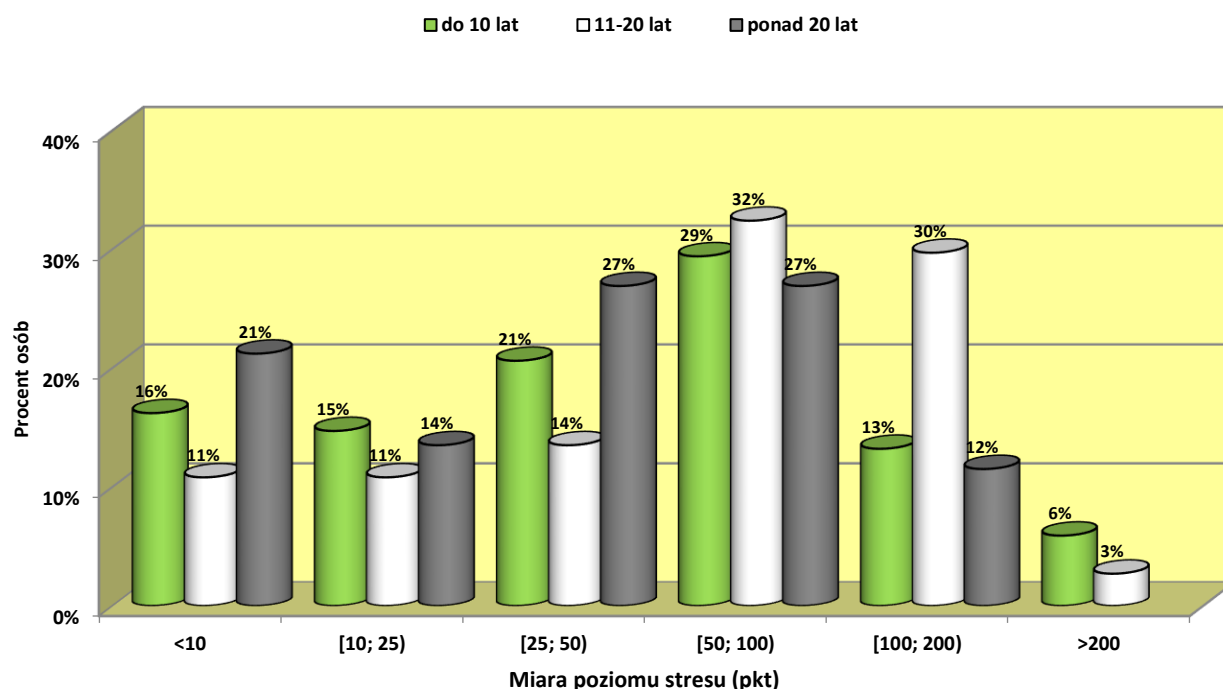
Rycina 26. Porównanie poziomu zadowolenia z życia w zależności od stażu pracy

Tabela XXXIII. Porównanie poziomu zadowolenia z życia w zależności od stażu pracy – skala przymiotnikowa

| Poziom zadowolenia z życia | Staż pracy w zespole transplantacyjnym<br>( $p = 0,1631$ ) |            |              | Razem |
|----------------------------|--|------------|--------------|-------|
|                            | do 10 lat  | 11-20 lat  | ponad 20 lat |       |
| bardzo niezadowolona       | 2 (2,9%)   | 1 (2,7%)   | 3 (5,8%)     | 6     |
| raczej niezadowolona       | 14 (20,6%)   | 5 (13,5%)  | 12 (23,1%)   | 31    |
| obojętna                   | 6 (8,8%)   | 4 (10,8%)  | 9 (17,3%)    | 19    |
| raczej zadowolona          | 21 (30,9%)   | 15 (40,5%) | 15 (28,8%)   | 51    |
| bardzo zadowolona          | 18 (26,5%)   | 8 (21,6%)  | 11 (21,2%)   | 37    |
| zdecydowanie zadowolona    | 7 (10,3%)  | 4 (10,8%)  | 2 (3,8%)     | 13    |
| Razem                      | 68   | 37         | 52           | 157   |

Poziom stresu związanego z różnymi zdarzeniami życiowymi był znamienne zróżnicowany ze względu na staż pracy ( $p = 0,0235^*$ ). Najwyższym poziomem stresu, według kwestionariusza SSRS, charakteryzowały się osoby pracujące od 11-20 lat.

Nie zamieszczano wyników klasyfikacji poziomu stresu, bowiem jak wynika z wcześniejszych zestawień, niemal wszystkie osoby są klasyfikowane do grupy o niskim poziomie stresu. Wyniki przedstawiono na Rycinie 27 i w Tabeli XXXIV.



Rycina 27. Porównie poziomu stresu w zależności od stażu pracy

Tabela XXXIV. Porównanie poziomu stresu w zależności od stażu pracy – skala punktowa

| Poziom stresu     | Staż pracy w zespole transplantacyjnym |    |          |           |    |          |              |      |          | <i>p</i> |
|-------------------|--|----|----------|-----------|----|----------|--------------|------|----------|----------|
|                   | do 10 lat                              |    |          | 11-20 lat |    |          | ponad 20 lat |      |          |          |
|                   | $\bar{x}$                              | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$    | Me   | <i>s</i> |          |
| <b>SSRS (pkt)</b> | 60,5                                   | 47 | 58,0     | 77,1      | 67 | 63,7     | 45,1         | 37,5 | 39,9     | 0,0235*  |

Nie stwierdzono statystycznie istotnych powiązań poziomu wypalenia zawodowego ze stażem pracy w zespole transplantacyjnym. Przeciętna wartość punktowa miar LBQ była nieco wyższa w grupie osób o najdłuższym stażu, ale wynik testu Kruskala-Wallisa (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* przekracza nie tylko 0,05, ale także 0,10) nie pozwala uznać tych różnic za znamienne statystycznie co przedstawia Tabela XXXV.

Tabela XXXV. Porównie poziomu wypalenia zawodowego w zależności od stażu pracy

| Wypalenie zawodowe (LBQ)     | Staż pracy w zespole transplantacyjnym |      |          |           |    |          |              |      |          | <i>p</i> |
|------------------------------|--|------|----------|-----------|----|----------|--------------|------|----------|----------|
|                              | do 10 lat                              |      |          | 11-20 lat |    |          | ponad 20 lat |      |          |          |
|                              | $\bar{x}$                              | Me   | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>S</i> | $\bar{x}$    | Me   | <i>s</i> |          |
| Rozczarowanie                | 15,8                                   | 16,5 | 6,2      | 16,4      | 17 | 5,7      | 17,8         | 18,5 | 5,6      | 0,1999   |
| Brak skuteczności zawodowej  | 14,1                                   | 13   | 4,9      | 14,8      | 14 | 5,1      | 14,7         | 13,5 | 5,1      | 0,6551   |
| Brak zaangażowania w relacje | 16,6                                   | 17   | 5,3      | 17,0      | 18 | 4,6      | 18,1         | 19,5 | 4,9      | 0,1974   |
| Wyczerpanie psychofizyczne   | 17,3                                   | 17,5 | 5,4      | 19,3      | 20 | 4,9      | 18,7         | 18   | 5,5      | 0,1902   |

Staż pracy nie różnicował także siły kontrolowania negatywnych emocji co obrazuje Tabela XXXVI.

Również samoocena skuteczności dokonana przez ankietowane osoby nie zależała w żadnym stopniu od ich stażu pracy. Widać to zarówno na podstawie poniższego zestawienia dla wartości punktowych GSES (średnie się niemal identyczne w porównywanych grupach, wartość prawdopodobieństwa testowego *p* jest równa niemal 1, co odzwierciedla „idealny” brak zależności), jak i porównania wyników klasyfikacji poziomu skuteczności, który został zawarty w kolejnej tabeli (z uwagi na małą liczbę wyodrębnionych poziomów, do oceny istotności



różnic pomiędzy grupami wykorzystano test niezależności chi-kwadrat, otrzymując wartość znacznie przewyższającą 0,05). Wyniki przedstawiono w Tabeli XXXVII i Tabeli XXXVIII.

Tabela XXXVI. Porównanie siły kontrolowania negatywnych emocji w zależności od stażu pracy

| Skala kontroli emocji (CECS) | Staż pracy w zespole transplantacyjnym |    |          |           |    |          |              |    |          | <i>p</i> |
|------------------------------|--|----|----------|-----------|----|----------|--------------|----|----------|----------|
|                              | do 10 lat                              |    |          | 11-20 lat |    |          | ponad 20 lat |    |          |          |
|                              | $\bar{x}$                              | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$    | Me | <i>s</i> |          |
| Tłumienie gniewu             | 16,2                                   | 17 | 4,0      | 17,7      | 18 | 4,6      | 16,3         | 17 | 4,9      | 0,1415   |
| Tłumienie depresji           | 17,8                                   | 18 | 3,5      | 18,7      | 18 | 4,0      | 18,1         | 18 | 4,4      | 0,6644   |
| Tłumienie lęku               | 17,5                                   | 17 | 3,2      | 19,2      | 18 | 3,9      | 18,2         | 18 | 4,1      | 0,2856   |
| Ogólna kontroli emocji       | 51,4                                   | 52 | 8,9      | 55,6      | 55 | 9,5      | 52,6         | 53 | 11,2     | 0,2379   |

Tabela XXXVII. Porównanie samooceny skuteczności dokonanej przez ankietowanych do stażu pracy – skala punktowa

| GSES                       | Staż pracy w zespole transplantacyjnym |    |          |           |    |          |              |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|--|----|----------|-----------|----|----------|--------------|----|----------|----------|
|                            | do 10 lat                              |    |          | 11-20 lat |    |          | ponad 20 lat |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$                              | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$    | Me | <i>s</i> |          |
| Ocena własnej skuteczności | 28,4                                   | 30 | 4,9      | 28,7      | 30 | 6,1      | 29,0         | 30 | 4,1      | 0,9741   |

Tabela XXXVIII. Porównanie samooceny skuteczności dokonanej przez ankietowanych do stażu pracy – skala przymiotnikowa

| Poziom poczucia własnej skuteczności | Staż pracy w zespole transplantacyjnym ( <i>p</i> = 0,3821) |            |              | <b>Razem</b> |
|--------------------------------------|---|------------|--------------|--------------|
|                                      | do 10 lat   | 11-20 lat  | ponad 20 lat |              |
| niskie                               | 16 (23,5%)  | 9 (24,3%)  | 6 (11,8%)    | 31           |
| przeciętne                           | 15 (22,1%)  | 7 (18,9%)  | 16 (31,4%)   | 38           |
| wysokie                              | 37 (54,4%)  | 21 (56,8%) | 29 (56,9%)   | 87           |
| <b>Razem</b>                         | <b>68</b>   | <b>37</b>  | <b>51</b>    | <b>156</b>   |

## Wykształcenie

Dokonano porównania wartości miar psychometrycznych ankietowanych pracowników zespołów transplantacyjnych z wykształceniem średnim i wyższym.

Nie wykazano statystycznie istotnych różnic w poziomie zadowolenia z życia osób z wykształceniem średnim i wyższym (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p = 0,1178$ ) co obrazuje Tabela XXXIX i Tabela XL.

Tabela XXXIX. Porównanie poziomu zadowolenia z życia do wykształcenia – skala punktowa

| Poziom zadowolenia z życia | Wykształcenie |    |          |           |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|---------------|----|----------|-----------|----|----------|----------|
|                            | średnie       |    |          | wyższe    |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$     | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| SWLS                       | 22,2          | 21 | 4,7      | 23,6      | 24 | 5,2      | 0,1178   |

Również po sklasyfikowaniu osób według 7. stopniowej skali przymiotnikowej zadowolenia z życia nie było podstaw do stwierdzenia wpływu wykształcenia na uzyskane oceny.

Tabela XL. Porównanie poziomu zadowolenia z życia do wykształcenia – skala przymiotnikowa

| Poziom zadowolenia z życia | Wykształcenie ( $p = 0,1629$ ) |            | Razem |
|----------------------------|--------------------------------|------------|-------|
|                            | Średnie                        | wyższe     |       |
| bardzo niezadowolona       | 3 (6,8%)                       | 3 (2,7%)   | 6     |
| raczej niezadowolona       | 8 (18,2%)                      | 23 (20,4%) | 31    |
| obojętna                   | 7 (15,9%)                      | 12 (10,6%) | 19    |
| raczej zadowolona          | 17 (38,6%)                     | 34 (30,1%) | 51    |
| bardzo zadowolona          | 6 (13,6%)                      | 31 (27,4%) | 37    |
| zdecydowanie zadowolona    | 3 (6,8%)                       | 10 (8,8%)  | 13    |
| Razem                      | 44                             | 113        | 157   |

Nie stwierdzono także znamienych różnic w punktowej ocenie stresu (według kwestionariusza SSRS) pomiędzy osobami o różnym poziomie wykształcenia (Tabela XLI).

Tabela XLI. Porównanie poziomu doświadczanego stresu do wykształcenia – skala punktowa

| SRRS                       | Wykształcenie |    |          |           |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|---------------|----|----------|-----------|----|----------|----------|
|                            | średnie       |    |          | wyższe    |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$     | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Miara poziomu stresu (pkt) | 53,5          | 38 | 59,4     | 61,6      | 58 | 53,6     | 0,2199   |

Jak widać z kolejnego zestawienia, również poziom wypalenia zawodowego nie zależał w statystycznie istotny sposób od wykształcenia ankietowanych osób (Tabela XLII).

Tabela XLII. Porównanie poziomu wypalenia zawodowego do wykształcenia

| Wypalenie zawodowe (LBQ)     | Wykształcenie |      |          |           |    |          | <i>p</i> |
|------------------------------|---------------|------|----------|-----------|----|----------|----------|
|                              | średnie       |      |          | wyższe    |    |          |          |
|                              | $\bar{x}$     | Me   | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Rozczarowanie                | 17,5          | 18,5 | 5,6      | 16,2      | 17 | 6,0      | 0,3024   |
| Brak skuteczności zawodowej  | 14,8          | 13   | 5,2      | 14,3      | 13 | 4,9      | 0,5896   |
| Brak zaangażowania w relacje | 17,4          | 19   | 4,9      | 17,1      | 18 | 5,0      | 0,7658   |
| Wyczerpanie psychofizyczne   | 18,7          | 19   | 5,0      | 18,0      | 19 | 5,5      | 0,6444   |

Nieco wyższym natężeniem negatywnych emocji charakteryzowała się grupa osób z wykształceniem średnim (55,6 vs. 51,8 pkt), przy czym zależność ta była jedynie zbliżona do poziomu istotności statystycznej (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p = 0,0651$ ).

Zależność uwidaczniała się jedynie dla sumarycznej miary kontroli negatywnych emocji, chociaż oczywiście widoczna była także dla jej poszczególnych składowych, tyle że dopiero po skumulowaniu wyniku stała się zbliżona do znamiennej statystycznie. Wyniki przedstawiono w Tabeli XLIII.

Nie było niemal żadnych różnic w przeciętnym poziomie punktowych miar samooceny własnej skuteczności.

Tabela XLIII. Porównanie kontroli negatywnych emocji do wykształcenia

| Skala kontroli emocji (CECS) | Wykształcenie |      |          |           |    |          | <i>p</i> |
|------------------------------|---------------|------|----------|-----------|----|----------|----------|
|                              | średnie       |      |          | Wyższe    |    |          |          |
|                              | $\bar{x}$     | Me   | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Tłumienie gniewu             | 17,3          | 17,5 | 4,5      | 16,3      | 17 | 4,4      | 0,2133   |
| Tłumienie depresji           | 19,0          | 18,5 | 3,7      | 17,8      | 18 | 3,9      | 0,1435   |
| Tłumienie lęku               | 19,2          | 18   | 4,1      | 17,7      | 18 | 3,5      | 0,1917   |
| Ogólna kontroli emocji       | 55,6          | 54,5 | 10,4     | 51,8      | 52 | 9,5      | 0,0651   |

Również wyniki klasyfikacji do 3-stopniowej skali przymiotnikowej były niemal identyczne wśród osób z wykształceniem średnim i wyższym co przedstawiają Tabela XLIV i Tabela XLV.

Tabela XLIV. Porównanie samooceny własnej skuteczności do wykształcenia – skala punktowa

| GSES                       | Wykształcenie |    |          |           |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|---------------|----|----------|-----------|----|----------|----------|
|                            | średnie       |    |          | Wyższe    |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$     | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Ocena własnej skuteczności | 28,7          | 30 | 4,1      | 28,7      | 30 | 5,2      | 0,6927   |

Tabela XLV. Porównanie samooceny własnej skuteczności do wykształcenia – skala przymiotnikowa

| Poziom poczucia własnej skuteczności | Wykształcenie ( <i>p</i> = 0,2541) |            | Razem |
|--------------------------------------|------------------------------------|------------|-------|
|                                      | średnie                            | Wyższe     |       |
| niskie                               | 6 (14,0%)                          | 25 (22,1%) | 31    |
| przeciętne                           | 14 (32,6%)                         | 24 (21,2%) | 38    |
| wysokie                              | 23 (53,5%)                         | 64 (56,6%) | 87    |
| Razem                                | 43                                 | 113        | 156   |

### Zawód

Dokonano porównania charakterystyki psychometrycznych lekarzy i pielęgniarek, pracujących w zespołach transplantacyjnych.

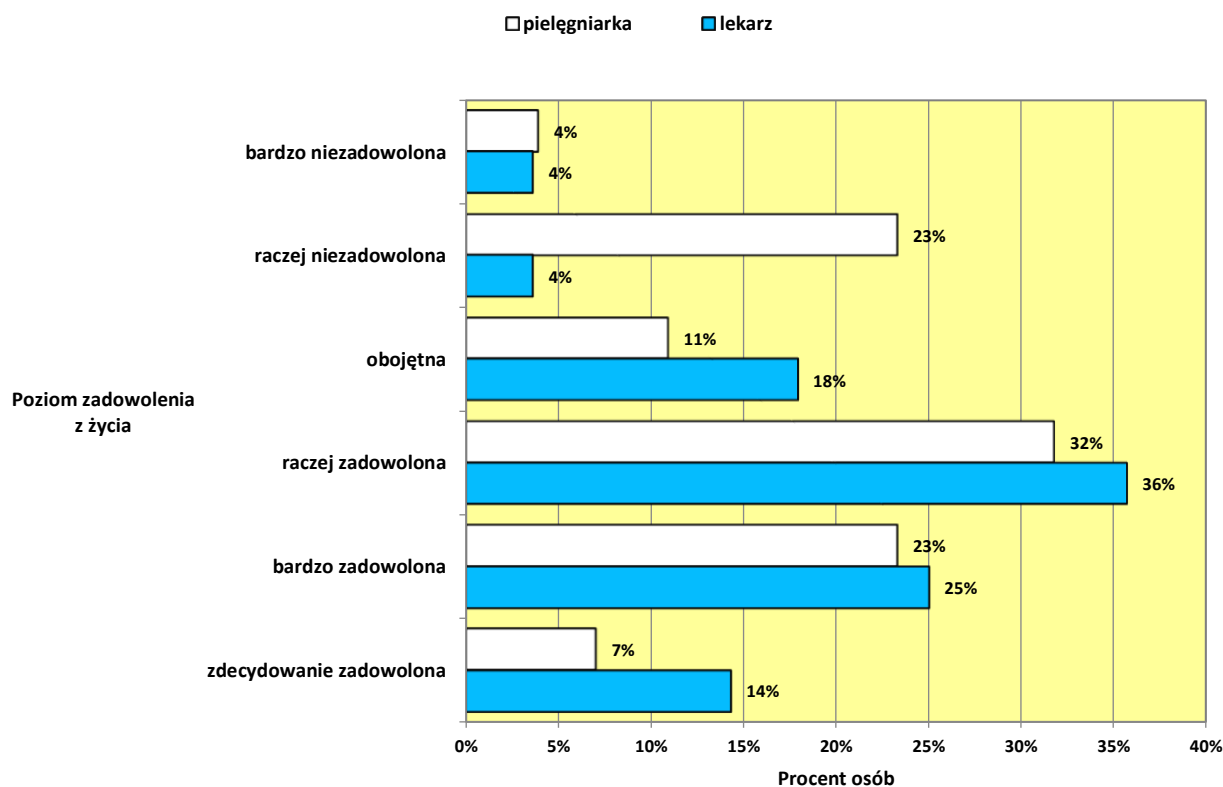
W zakresie zadowolenia z życia nie można mówić o statystycznie istotnych różnicach pomiędzy tymi dwoma grupami, choć w badanej zbiorowości nieco wyższą wartością punktową miary SWLS charakteryzowali się lekarze (24,4 vs. 22,9 pkt).

Nie ma jednak podstaw do uogólnienia tego wyniku, wobec wartości prawdopodobieństwa testowego  $p$  dość znacznie przekraczającej 0,05. Wyniki prezentuje Tabela XLVI.

Tabela XLVI. Porównanie poziomu zadowolenia z życia do zawodu – skala punktowa

| Poziom zadowolenia z życia | Zawód        |    |     |           |    |     | $p$    |
|----------------------------|--------------|----|-----|-----------|----|-----|--------|
|                            | pielęgniarka |    |     | Lekarz    |    |     |        |
|                            | $\bar{x}$    | Me | $s$ | $\bar{x}$ | Me | $s$ |        |
| SWLS                       | 22,9         | 23 | 5,1 | 24,4      | 24 | 5,1 | 0,1621 |

Wyniki klasyfikacji według poziomu życia dają podobne wnioski, choć również niewiążące (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p > 0,05$ ) - Rycina 28 i Tabela XLVII.



Rycina 28. Porównanie poziomu zadowolenia z życia do zawodu

Tabela XLVII. Porównanie poziomu zadowolenia z życia do zawodu – skala przymiotnikowa

| Poziom zadowolenia z życia | Zawód ( $p = 0,1043$ ) |            | Razem |
|----------------------------|------------------------|------------|-------|
|                            | pielęgniarka           | Lekarz     |       |
| bardzo niezadowolona       | 5 (3,9%)               | 1 (3,6%)   | 6     |
| raczej niezadowolona       | 30 (23,3%)             | 1 (3,6%)   | 31    |
| obojętna                   | 14 (10,9%)             | 5 (17,9%)  | 19    |
| raczej zadowolona          | 41 (31,8%)             | 10 (35,7%) | 51    |
| bardzo zadowolona          | 30 (23,3%)             | 7 (25,0%)  | 37    |
| zdecydowanie zadowolona    | 9 (7,0%)               | 4 (14,3%)  | 13    |
| Razem                      | 129                    | 28         | 157   |

Poziom stresu był podobny w obu grupach zawodowych, co przedstawia Tabela XLVIII.

Tabela XLVIII. Porównanie poziomu doświadczanego stresu do zawodu – skala punktowa

| SRRS                       | Zawód        |    |      |           |      |      | $p$    |
|----------------------------|--------------|----|------|-----------|------|------|--------|
|                            | pielęgniarka |    |      | lekarz    |      |      |        |
|                            | $\bar{x}$    | Me | $s$  | $\bar{x}$ | Me   | $s$  |        |
| Miara poziomu stresu (pkt) | 61,6         | 53 | 57,0 | 48,9      | 38,5 | 45,3 | 0,3249 |

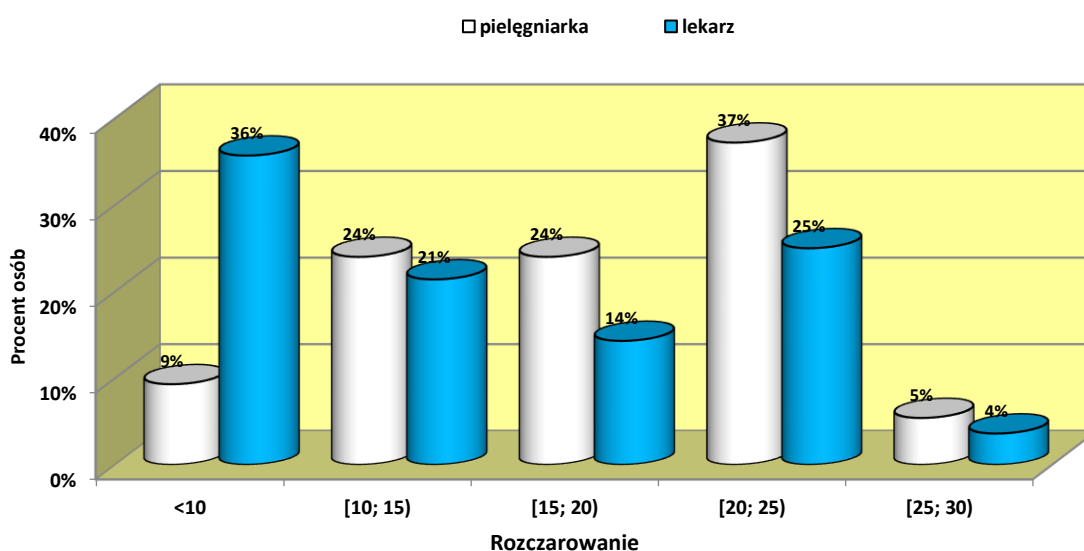
Bardziej wyraziste zależności dotyczyły poziomu wypalenia zawodowego, który był dość wyraźnie wyższy w grupie pielęgniarek. Stwierdzenie to dotyczyło zwłaszcza kategorii „rozczerwanie”, a w następnej kolejności „braku zaangażowania w relacje” i w nieco mniejszym stopniu „wyczerpania psychofizycznego”. Wybrane zależności przedstawiono w Tabeli XLIX, na Rycinie 29 oraz Rycinie 30.

Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w poziomie kontroli emocji pomiędzy grupą pielęgniarek i lekarzy co przedstawia Tabela L.

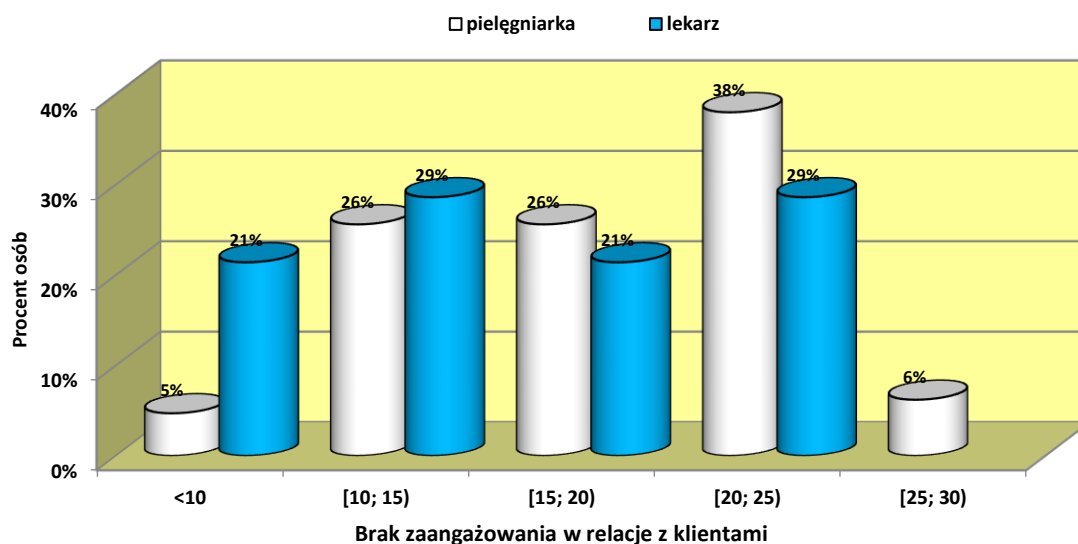
Nieco większą oceną własnej skuteczności charakteryzowali się lekarze i była to, przy porównywaniu miary punktowej GSES, zależność znamienne statystycznie (średnio rzecz biorąc 28,2 pkt wśród pielęgniarki vs. 31,1 pkt wśród lekarzy).

Tabela XLIX. Porównanie poziomu wypalenia zawodowego do wykonywanego zawodu

| Wypalenie zawodowe (LBQ)     | Zawód        |    |     |           |      |     | p        |
|------------------------------|--------------|----|-----|-----------|------|-----|----------|
|                              | pielęgniarka |    |     | Lekarz    |      |     |          |
|                              | $\bar{x}$    | Me | s   | $\bar{x}$ | Me   | s   |          |
| Rozczarowanie                | 17,3         | 18 | 5,6 | 13,6      | 11   | 6,4 | 0,0024** |
| Brak skuteczności zawodowej  | 14,6         | 13 | 5,0 | 13,6      | 13   | 4,9 | 0,3409   |
| Brak zaangażowania w relacje | 17,6         | 19 | 4,9 | 15,1      | 14,5 | 4,9 | 0,0239*  |
| Wyczerpanie psychofizyczne   | 18,6         | 19 | 5,0 | 16,7      | 16,5 | 6,3 | 0,0894   |



Rycina 29. Porównanie poziomu wypalenia zawodowego (rozczarowanie) do zawodu

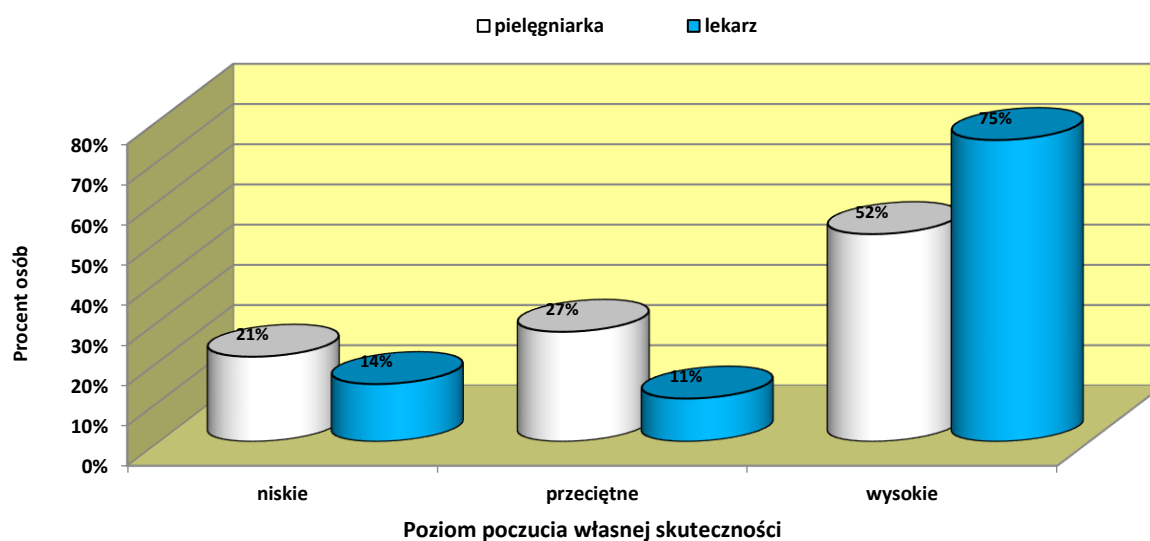


Rycina 30. Porównanie poziomu wypalenia zawodowego (brak zaangażowania w relacje z klientami) do wykonywanego zawodu

Tabela L. Porównanie poziomu kontroli emocji do wykonywanego zawodu

| Skala kontroli emocji (CECS) | Zawód        |      |          |           |    |          | <i>p</i> |
|------------------------------|--------------|------|----------|-----------|----|----------|----------|
|                              | pielęgniarka |      |          | Lekarz    |    |          |          |
|                              | $\bar{x}$    | Me   | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Tłumienie gniewu             | 16,9         | 17   | 4,4      | 15,1      | 17 | 4,4      | 0,1172   |
| Tłumienie depresji           | 18,3         | 18   | 4,0      | 17,1      | 18 | 3,5      | 0,3375   |
| Tłumienie lęku               | 18,3         | 18   | 3,8      | 17,5      | 17 | 3,5      | 0,3633   |
| Ogólna kontroli emocji       | 53,5         | 52,5 | 10,0     | 49,7      | 51 | 8,9      | 0,1540   |

Po sklasyfikowaniu do trzech grup, różnica w ich rozkładzie procentowym była także dość wyraźna, choć jedynie zbliżona do poziomu istotności statystycznej (wartość prawdopodobieństwa testowego *p* nieznacznie powyżej 0,05). Wyniki przedstawia Rycina 31 oraz Tabela LI i Tabela LII



Rycina 31. Porównanie poziomu oceny własnej skuteczności do wykonywanego zawodu

Tabela LI. Porównanie poziomu oceny własnej skuteczności do wykonywanego zawodu – skala punktowa

| GSES                       | Zawód        |    |          |           |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|--------------|----|----------|-----------|----|----------|----------|
|                            | pielęgniarka |    |          | lekarz    |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$    | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Ocena własnej skuteczności | 28,2         | 30 | 4,6      | 31,1      | 30 | 5,6      | 0,0174*  |



Tabela LII. Porównanie poziomu oceny własnej skuteczności do wykonywanego zawodu – skala przymiotnikowa

| Poziom poczucia własnej skuteczności | Zawód ( $p = 0,0670$ ) |            | Razem |
|--------------------------------------|------------------------|------------|-------|
|                                      | pielęgniarka           | Lekarz     |       |
| niskie                               | 27 (21,1%)             | 4 (14,3%)  | 31    |
| przeciętne                           | 35 (27,3%)             | 3 (10,7%)  | 38    |
| wysokie                              | 66 (51,6%)             | 21 (75,0%) | 87    |
| Razem                                | 128                    | 28         | 156   |

### Ośrodki / szpitale

Dokonano porównania profili psychometrycznych pracowników zespołów transplantacyjnych osób z różnych szpitali. Pewna niewielka, zbliżona do poziomu istotności statystycznej, różnica pojawiła się w zakresie zadowolenia z życia (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p = 0,0779$ ). Wyższe wartości SWLS cechowały pracowników szpitala w Chełmie i SPSK 4 w Lublinie co przedstawia Tabela LIII i Tabela LIV.

Tabela LIII. Porównanie poziomu zadowolenia z życia wśród pracowników z różnych szpitali – skala punktowa

| Poziom zadowolenia z życia | Ośrodek        |     |           |     |               |     |               |     | $p$    |
|----------------------------|----------------|-----|-----------|-----|---------------|-----|---------------|-----|--------|
|                            | Biała Podlaska |     | Chełm     |     | SPSK 1 Lublin |     | SPSK 4 Lublin |     |        |
|                            | $\bar{x}$      | $s$ | $\bar{x}$ | $s$ | $\bar{x}$     | $s$ | $\bar{x}$     | $s$ |        |
| SWLS                       | 22,4           | 5,2 | 24,3      | 4,5 | 22,1          | 5,3 | 24,1          | 5,3 | 0,0779 |

Tabela LIV. Porównanie poziomu zadowolenia z życia wśród pracowników z różnych szpitali – skala przymiotnikowa

| Poziom zadowolenia z życia | Ośrodek ( $p = 0,1147$ ) |            |               |               | Razem |
|----------------------------|--------------------------|------------|---------------|---------------|-------|
|                            | Biała Podlaska           | Chełm      | SPSK 1 Lublin | SPSK 4 Lublin |       |
| bardzo niezadowolona       | 2 (2,9%)                 | 0 (0,0%)   | 1 (6,7%)      | 3 (8,6%)      | 6     |
| raczej niezadowolona       | 18 (25,7%)               | 7 (18,9%)  | 5 (33,3%)     | 1 (2,9%)      | 31    |
| obojętna                   | 12 (17,1%)               | 1 (2,7%)   | 1 (6,7%)      | 5 (14,3%)     | 19    |
| raczej zadowolona          | 20 (28,6%)               | 14 (37,8%) | 4 (26,7%)     | 13 (37,1%)    | 51    |
| bardzo zadowolona          | 12 (17,1%)               | 13 (35,1%) | 3 (20,0%)     | 9 (25,7%)     | 37    |
| zdecydowanie zadowolona    | 6 (8,6%)                 | 2 (5,4%)   | 1 (6,7%)      | 4 (11,4%)     | 13    |
| Razem                      | 70                       | 37         | 15            | 35            | 157   |

Nie stwierdzono znamiennej różnicy w poziomie stresu ankietowanych osób z różnych ośrodków co wynika z Tabeli LV.

Tabela LV. Porównanie poziomu stresu ankietowanych z różnych szpitali – skala punktowa

| SSRS                       | Ośrodek        |          |           |          |               |          |               |          | <i>p</i> |
|----------------------------|----------------|----------|-----------|----------|---------------|----------|---------------|----------|----------|
|                            | Biała Podlaska |          | Chełm     |          | SPSK 1 Lublin |          | SPSK 4 Lublin |          |          |
|                            | $\bar{x}$      | <i>s</i> | $\bar{x}$ | <i>S</i> | $\bar{x}$     | <i>s</i> | $\bar{x}$     | <i>s</i> |          |
| Miara poziomu stresu (pkt) | 63,2           | 59,2     | 51,1      | 44,7     | 55,5          | 51,0     | 61,8          | 59,7     | 0,8896   |

Poziom wypalenia zawodowego różnił się jedynie dla kategorii „wyczerpanie psychofizyczne”, gdzie uzyskano wartość prawdopodobieństwa testowego  $p = 0,0777$ . Negatywnie na tle pozostałych grup wyróżniała się kondycja psychiczna osób ze szpitala SPSK 1 w Lublinie. Wyniki prezentuje Tabela LVI.

Tabela LVI. Porównanie poziomu wypalenia zawodowego wśród pracowników z różnych szpitali

| Wypalenie zawodowe (LBQ)     | Ośrodek        |          |           |          |               |          |               |          | <i>p</i> |
|------------------------------|----------------|----------|-----------|----------|---------------|----------|---------------|----------|----------|
|                              | Biała Podlaska |          | Chełm     |          | SPSK 1 Lublin |          | SPSK 4 Lublin |          |          |
|                              | $\bar{x}$      | <i>s</i> | $\bar{x}$ | <i>s</i> | $\bar{x}$     | <i>s</i> | $\bar{x}$     | <i>s</i> |          |
| Rozczarowanie                | 17,3           | 5,3      | 15,7      | 5,4      | 17,3          | 6,4      | 15,9          | 7,2      | 0,4635   |
| Brak skuteczności zawodowej  | 14,8           | 5,2      | 13,3      | 4,3      | 15,5          | 4,3      | 14,5          | 5,4      | 0,3855   |
| Brak zaangażowania w relacje | 17,8           | 4,8      | 17,0      | 4,9      | 17,5          | 5,6      | 16,0          | 5,2      | 0,3705   |
| Wyczerpanie psychofizyczne   | 18,8           | 5,1      | 16,7      | 4,8      | 20,7          | 6,0      | 17,6          | 5,6      | 0,0777   |

Natomiast poziom tłumienia negatywnych emocji był znacznie wyższy w grupie pracowników z Białej Podlaskiej i Chełma. Różnice te uwidacznily się dla kategorii „tłumienie gniewu” oraz miary sumarycznej co przedstawia Tabela LVII.

Znamienne różnice pomiędzy szpitalami wystąpiły też w kwestii samooceny własnej skuteczności.

Jak wynika z poniższych zestawień, wyższe wyniki uzyskano w szpitalach w Białej Podlaskiej i Chełmie niż w szpitalach lubelskich – Tabela LVIII, Tabela LIX oraz Rycina 32.

Tabela LVII. Porównanie poziomu kontroli emocji wśród pracowników z różnych szpitali

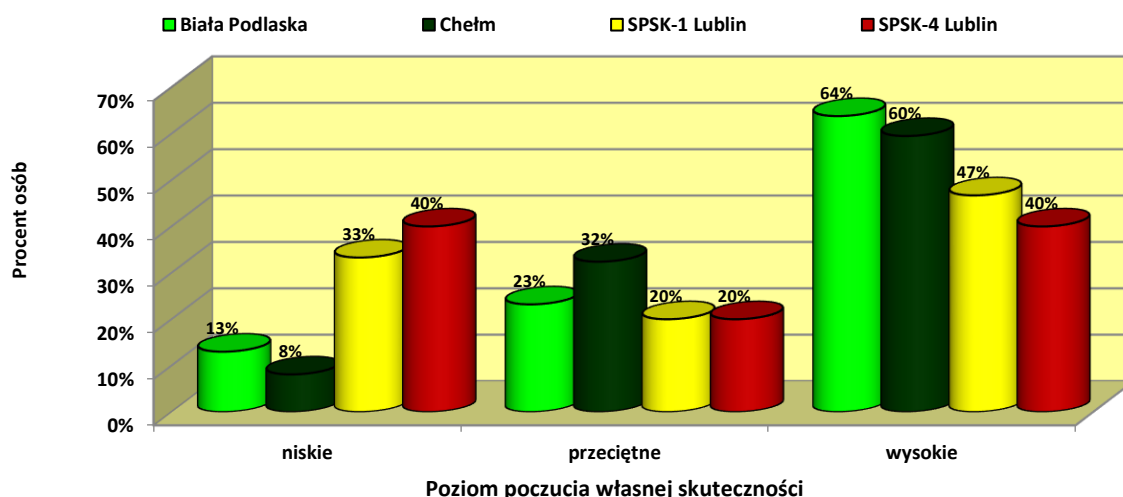
| Skala kontroli emocji (CECS) | Ośrodek        |          |           |          |               |          |               |          | <i>p</i> |
|------------------------------|----------------|----------|-----------|----------|---------------|----------|---------------|----------|----------|
|                              | Biała Podlaska |          | Chełm     |          | SPSK 1 Lublin |          | SPSK 4 Lublin |          |          |
|                              | $\bar{x}$      | <i>s</i> | $\bar{x}$ | <i>S</i> | $\bar{x}$     | <i>s</i> | $\bar{x}$     | <i>s</i> |          |
| Tłumienie gniewu             | 17,6           | 4,4      | 16,4      | 3,8      | 15,5          | 4,1      | 15,3          | 5,0      | 0,0337*  |
| Tłumienie depresji           | 18,7           | 3,8      | 18,2      | 4,4      | 17,2          | 4,1      | 17,3          | 3,5      | 0,2550   |
| Tłumienie lęku               | 18,3           | 3,6      | 18,8      | 4,0      | 17,1          | 3,6      | 17,6          | 3,6      | 0,3857   |
| Ogólna kontroli emocji       | 54,6           | 9,7      | 53,4      | 10,6     | 49,9          | 9,7      | 50,2          | 9,0      | 0,0445*  |

Tabela LVIII. Porównanie poziomu oceny własnej skuteczności wśród pracowników z różnych szpitali – skala punktowa

| GSES                       | Ośrodek        |          |           |          |               |          |               |          | <i>p</i> |
|----------------------------|----------------|----------|-----------|----------|---------------|----------|---------------|----------|----------|
|                            | Biała Podlaska |          | Chełm     |          | SPSK 1 Lublin |          | SPSK 4 Lublin |          |          |
|                            | $\bar{x}$      | <i>s</i> | $\bar{x}$ | <i>s</i> | $\bar{x}$     | <i>s</i> | $\bar{x}$     | <i>s</i> |          |
| Ocena własnej skuteczności | 29,4           | 3,8      | 29,6      | 4,1      | 26,3          | 5,4      | 27,3          | 6,8      | 0,0301*  |

Tabela LIX. Porównanie poziomu oceny własnej skuteczności wśród pracowników z różnych szpitali – skala przymiotnikowa

| Poziom poczucia własnej skuteczności | Ośrodek ( <i>p</i> = 0,0101*) |            |               |               | Razem |
|--------------------------------------|-------------------------------|------------|---------------|---------------|-------|
|                                      | Biała Podlaska                | Chełm      | SPSK 1 Lublin | SPSK 4 Lublin |       |
| Niskie                               | 9 (13,0%)                     | 3 (8,1%)   | 5 (33,3%)     | 14 (40,0%)    | 31    |
| Przeciętne                           | 16 (23,2%)                    | 12 (32,4%) | 3 (20,0%)     | 7 (20,0%)     | 38    |
| Wysokie                              | 44 (63,8%)                    | 22 (59,5%) | 7 (46,7%)     | 14 (40,0%)    | 87    |
| Razem                                | 69                            | 37         | 15            | 35            | 156   |



Rycina 32. Porównanie poziomu oceny własnej skuteczności wśród pracowników z różnych szpitali

## Wiek

Ostatnim z rozważanych czynników, dla których analizowano wpływ na kondycję psychiczną ankietowanych osób, był wiek (w podziale na trzy grupy wiekowe).

Poziom zadowolenia z życia nie zależał w znamiennej statystycznie sposób od wieku. Różnice w porównywanych grupach wiekowych średniej wartości SWLS, jak i klasyfikacji w skali przymiotnikowej były niewielkie, co przedstawiono w Tabeli LX oraz Tabeli LXI.

Również poziom stresu nie zależał w znamiennej statystycznie sposób od wieku – średnie wartości miary SSRS nie różniły się pomiędzy grupami wiekowymi więcej niż o kilka punktów, co obrazuje Tabela LXII.

Co ciekawe, także i poziom wypalenia zawodowego nie był niemalże w ogóle różnicowany przez wiek ankietowanych osób. W każdym razie różnice pomiędzy grupami nie były istotne statystycznie, a więc mogły być tylko kwestią przypadkowych odchyleń, o czym świadczą wyniki w Tabeli LXIII.

Pewne znamienne statystycznie różnice uwidoczniły się dla kontroli negatywnych emocji. W szczególności, poziom tłumienia lęku i ogólnie poziom tłumienia negatywnych emocji był wyższy w najstarszej grupie wiekowej, co przedstawia Tabela LXIV oraz Rycina 33.

Statystycznie istotnych zależności od wieku nie stwierdzono natomiast w kwestii samooceny własnej skuteczności.

Zarówno wartość średnia punktowej miary GSES, jak i procentowy rozkład poczucia skuteczności nie wykazywały znamiennej różnicowości względem wieku, co przedstawiają wyniki w Tabeli LXV oraz Tabeli LXVI.

Tabela LX. Porównanie poziomu zadowolenia z życia do wieku pracowników – skala punktowa

| Poziom zadowolenia z życia | Wiek [lata] |    |          |           |    |          |           |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|-------------|----|----------|-----------|----|----------|-----------|----|----------|----------|
|                            | <40         |    |          | 40-49     |    |          | ≥50       |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$   | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| SWLS                       | 24,1        | 25 | 5,1      | 23,1      | 23 | 5,2      | 22,8      | 23 | 5,1      | 0,4323   |

Tabela LXI. Porównanie poziomu zadowolenia z życia do wieku pracowników – skala przymiotnikowa

| Poziom zadowolenia z życia | Wiek [lata] ( <i>p</i> = 0,4058) |            |            | Razem |
|----------------------------|----------------------------------|------------|------------|-------|
|                            | <40                              | 40-49      | ≥50        |       |
| bardzo niezadowolona       | 1 (2,3%)                         | 2 (4,5%)   | 3 (4,5%)   | 6     |
| raczej niezadowolona       | 7 (16,3%)                        | 10 (22,7%) | 13 (19,7%) | 30    |
| obojętna                   | 4 (9,3%)                         | 4 (9,1%)   | 9 (13,6%)  | 17    |
| raczej zadowolona          | 14 (32,6%)                       | 15 (34,1%) | 21 (31,8%) | 50    |
| bardzo zadowolona          | 12 (27,9%)                       | 9 (20,5%)  | 16 (24,2%) | 37    |
| zdecydowanie zadowolona    | 5 (11,6%)                        | 4 (9,1%)   | 4 (6,1%)   | 13    |
| <b>Razem</b>               | 43                               | 44         | 66         | 153   |

Tabela LXII. Porównanie poziomu doświadczanego stresu do wieku pracowników – skala punktowa

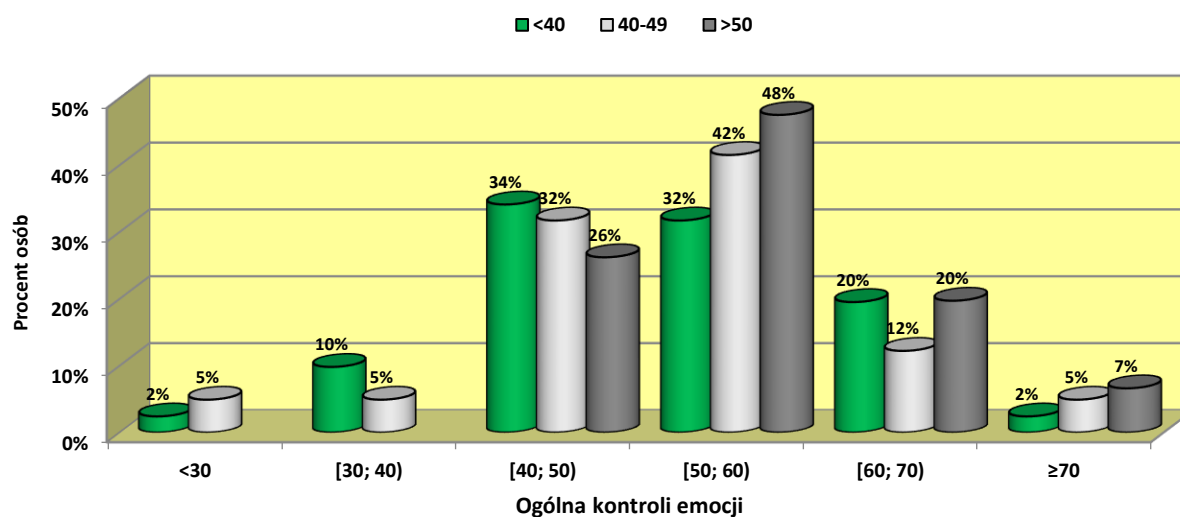
| SRRS                       | Wiek [lata] |    |          |           |    |          |           |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|-------------|----|----------|-----------|----|----------|-----------|----|----------|----------|
|                            | <40         |    |          | 40-49     |    |          | ≥50       |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$   | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>S</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Miara poziomu stresu (pkt) | 65,5        | 58 | 60,5     | 57,7      | 61 | 42,5     | 57,8      | 43 | 60,3     | 0,5785   |

Tabela LXIII. Porównanie poziomu wypalenia zawodowego do wieku pracowników

| Wypalenie zawodowe (LBQ)     | Wiek [lata] |    |          |           |    |          |           |      |          | <i>p</i> |
|------------------------------|-------------|----|----------|-----------|----|----------|-----------|------|----------|----------|
|                              | <40         |    |          | 40-49     |    |          | ≥50       |      |          |          |
|                              | $\bar{x}$   | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me   | <i>S</i> |          |
| Rozczarowanie                | 15,9        | 15 | 6,2      | 17,4      | 18 | 5,2      | 16,6      | 17   | 6,1      | 0,5804   |
| Brak skuteczności zawodowej  | 14,0        | 13 | 4,5      | 14,9      | 13 | 5,2      | 14,5      | 14   | 5,2      | 0,7369   |
| Brak zaangażowania w relacje | 17,2        | 18 | 5,2      | 17,9      | 19 | 4,4      | 16,6      | 16,5 | 5,2      | 0,4104   |
| Wyczerpanie psychofizyczne   | 17,9        | 19 | 5,5      | 19,4      | 20 | 4,8      | 17,5      | 18   | 5,4      | 0,1423   |

Tabela LXIV. Porównanie poziomu kontroli emocji do wieku pracowników

| Skala kontroli emocji (CECS) | Wiek [lata] |    |          |           |    |          |           |    |          | <i>p</i> |
|------------------------------|-------------|----|----------|-----------|----|----------|-----------|----|----------|----------|
|                              | <40         |    |          | 40-49     |    |          | ≥50       |    |          |          |
|                              | $\bar{x}$   | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Tłumienie gniewu             | 16,0        | 16 | 4,3      | 16,3      | 17 | 4,6      | 17,0      | 18 | 4,5      | 0,4786   |
| Tłumienie depresji           | 17,5        | 17 | 4,4      | 17,4      | 17 | 3,7      | 18,8      | 19 | 3,6      | 0,0960   |
| Tłumienie lęku               | 17,0        | 17 | 3,6      | 17,5      | 17 | 3,9      | 19,1      | 18 | 3,4      | 0,0170*  |
| Ogólna kontroli emocji       | 50,5        | 50 | 10,6     | 51,2      | 51 | 10,3     | 55,0      | 55 | 8,7      | 0,0418*  |



Rycina 33. Porównanie poziomu kontroli emocji do wieku pracowników

Tabela LXV. Porównanie oceny własnej skuteczności do wieku pracowników – skala punktowa

| GSES                       | Wiek [lata] |    |          |           |    |          |           |    |          | <i>p</i> |
|----------------------------|-------------|----|----------|-----------|----|----------|-----------|----|----------|----------|
|                            | <40         |    |          | 40-49     |    |          | ≥50       |    |          |          |
|                            | $\bar{x}$   | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> | $\bar{x}$ | Me | <i>s</i> |          |
| Ocena własnej skuteczności | 27,5        | 29 | 4,8      | 28,8      | 30 | 4,7      | 29,2      | 30 | 5,1      | 0,3681   |

Tabela LXVI. Porównanie oceny własnej skuteczności do wieku pracowników – skala przymiotnikowa

| Poziom poczucia własnej skuteczności | Wiek [lata] ( <i>p</i> = 0,2859) |            |            | <b>Razem</b> |
|--------------------------------------|----------------------------------|------------|------------|--------------|
|                                      | <40                              | 40-49      | ≥50        |              |
| Niskie                               | 13 (30,2%)                       | 5 (11,4%)  | 13 (20,0%) | 31           |
| Przeciętne                           | 9 (20,9%)                        | 13 (29,5%) | 15 (23,1%) | 37           |
| Wysokie                              | 21 (48,8%)                       | 26 (59,1%) | 37 (56,9%) | 84           |
| Razem                                | 43                               | 44         | 65         | 152          |

## POZIOM WYPALENIA ZAWODOWEGO A INNE MIARY PSYCHOMETRYCZNE

W tej części zbadano zależności pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego, a innymi miarami psychometrycznymi.

Celem analizy było stwierdzenie, czy poziom wypalenia zawodowego wpływa na funkcjonowanie w codziennym życiu, czyli zadowolenia z życia, poziom tłumienia emocji, czy ocenę własnej skuteczności w rozwiązywaniu problemów życiowych. Oczywiście trudno tu jednoznacznie ustalić, co jest skutkiem, a co przyczyną. Zarówno wysokie wypalenie zawodowe może powodować niską ocenę innych aspektów życia jak – *vice versa* – zła kondycja psychiczna w codziennym życiu może powodować złe nastawienie do pracy.

Do analizy wykorzystano współczynnik korelacji rang Spearmana. Wybrane wyniki ilustrowano za pomocą wykresów rozrzutu.

W pierwszej kolejności zbadano relacje pomiędzy zadowoleniem z życia a wypaleniem zawodowym (Tabela LXVII). Stwierdzono występowanie statystycznie istotnych korelacji (wartość prawdopodobieństwa testowego  $p < 0,05$ ), choć o niewielkiej sile ( $R$  dla miar cząstkowych LBQ nie przekraczało do co wartości bezwzględnej 0,20, jedynie dla miary sumarycznej współczynnik korelacji z SWLS wynosił -0,30).

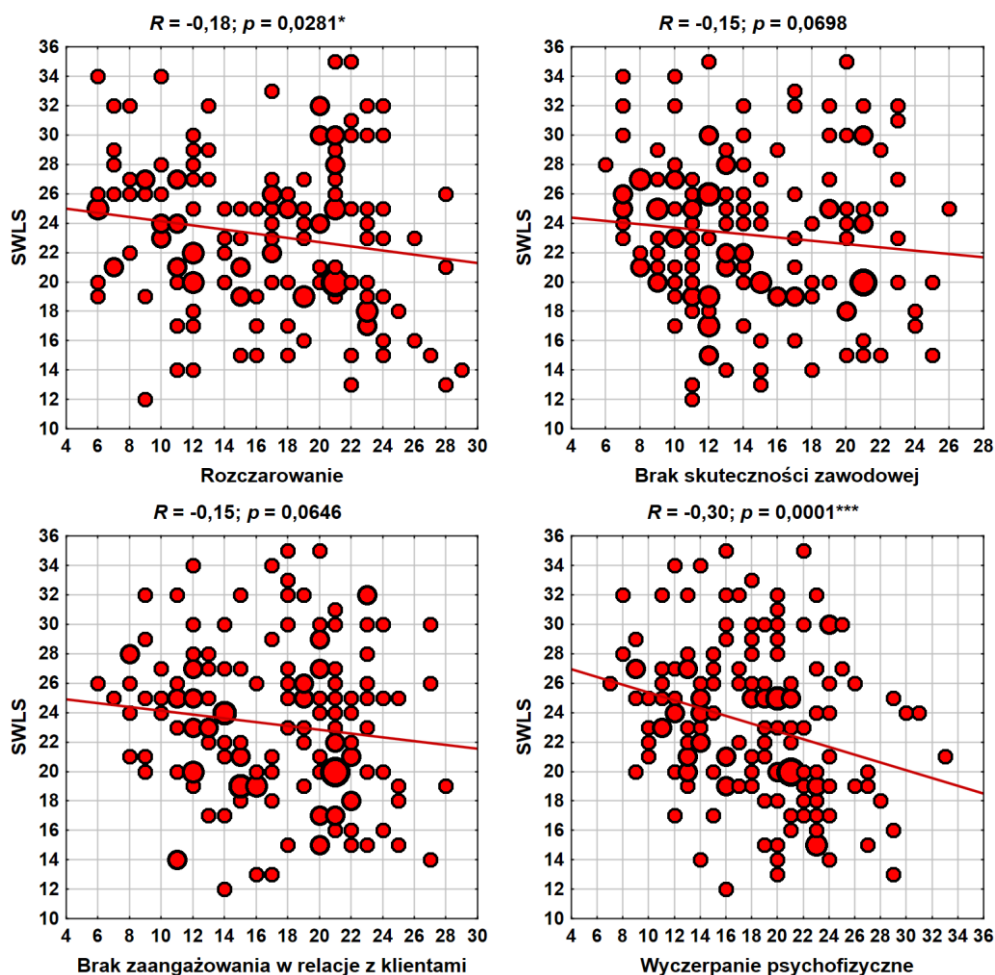
Ujemny znak współczynników korelacji jest zrozumiałe – wraz ze wzrostem poziomu wypalenia zawodowego, poziom zadowolenia z życia spadał. Jak już wspomniano, korelacje te nie są silne, co jest zrozumiałe, bowiem na zadowolenie z życia wpływa szereg indywidualnych cech, które nie są powiązane z wypaleniem zawodowym. Tym niemniej, pozostaje faktem, że złe relacje w pracy przekładały się w pewnym stopniu na ogólną kondycję psychiczną ankietowanych osób.

Tabela LXVII. Porównanie relacji pomiędzy zadowoleniem z życia a wypaleniem zawodowym

| LBQ                                      | Poziom zadowolenia z życia (SWLS) |
|--|-----------------------------------|
| Rozczarowanie                            | -0,18 ( $p = 0,0281^*$ )          |
| Brak skuteczności zawodowej              | -0,15 ( $p = 0,0698$ )            |
| Brak zaangażowania w relacje z klientami | -0,15 ( $p = 0,0646$ )            |
| Wyczerpanie psychofizyczne               | -0,30 ( $p = 0,0001^{***}$ )      |



Na wykresach rozrzutu pokazano graficzną wizualizację rozważanych zależności (Rycina 34).



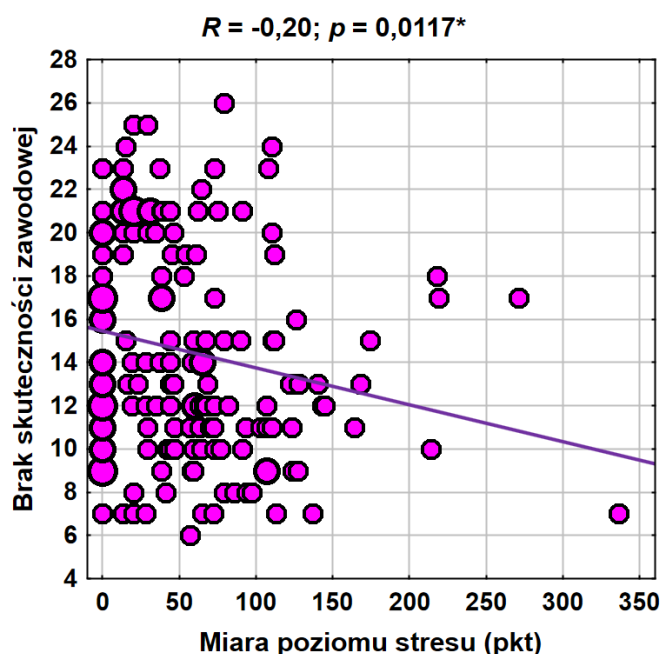
Rycina 34. Graficzny rozkład zależności pomiędzy poziomem zadowolenia z życia a wybranymi elementami wypalenia zawodowego

Miary SSSR nie były w sposób znamiennej statystycznie powiązane z większością składowych LBQ. Jedynie dla oceny braku skuteczności zawodowej występowała bardzo słaba, ujemna korelacji z miarą SRRS. Z tym, że ujemny znak współczynnika korelacji jest tu trudny do interpretacji – być może osoby mające „prawdziwe” trudności życiowe, znajdujące swoje odzwierciedlenie w wysokiej wartości SRRS przywiązywały mniej wagi do spraw zawodowych, stąd też nieco niższe poczucie braku skuteczności zawodowej. Ponieważ korelacja jest bardzo słaba i występuje tylko dla jednej składowej LBQ można też uznać ją za wynik przypadkowy (choć wartość prawdopodobieństwa testowego  $p$  sugeruje, że jest inaczej). Wyniki przedstawiono w Tabeli LXVIII.

Tabela LXVIII. Porównanie relacji pomiędzy poziomem doświadczanego stresu a wypaleniem zawodowym

| LBQ                                      | Miara poziomu stresu (SRRS) |
|--|-----------------------------|
| Rozczarowanie                            | -0,10 ( $p = 0,2194$ )      |
| Brak skuteczności zawodowej              | -0,20 ( $p = 0,0117^*$ )    |
| Brak zaangażowania w relacje z klientami | 0,06 ( $p = 0,4916$ )       |
| Wyczerpanie psychofizyczne               | 0,00 ( $p = 0,9670$ )       |

Jak widać na poniższym wykresie rozrzutu, omawiana korelacja ma dość niewielką siłę. Pomocnicza prosta – tzw. prosta regresji – obrazuje poziom przeciętnej oceny braku skuteczności zawodowej względem poziomu stresu. Widoczne jest bardzo duże rozproszenie punktów obrazujących pomiary dla konkretnych osób względem prostej regresji, co jest tożsame z niewielką siłą zależności – Rycina 35.



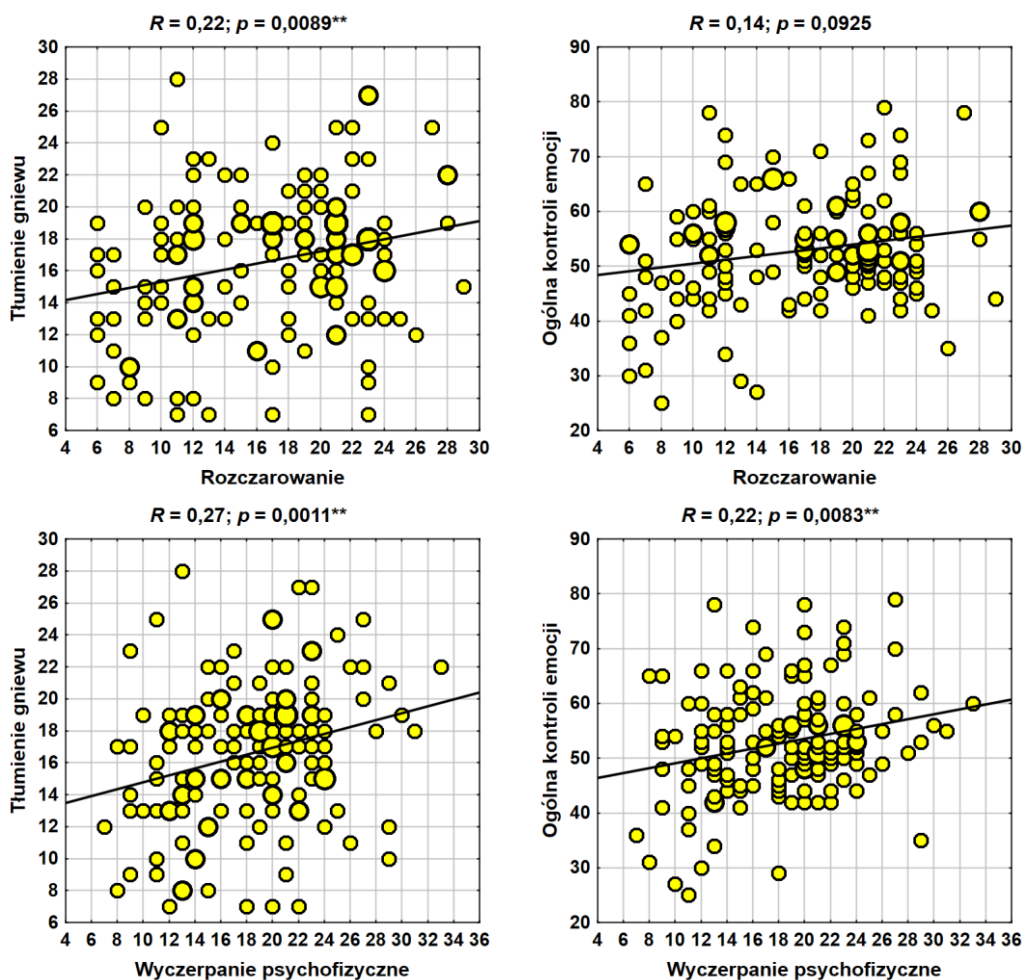
Rycina 35. Rozkład zależności pomiędzy poziomem stresu a brakiem skuteczności zawodowej

Nieco silniejsze i logicznie ukierunkowane korelacje występowały pomiędzy miarami LBQ, a miarami CECS. Korelacje te były dodatnie, co oznacza, że osoby o wyższym poziomie wypalenia zawodowego miały też większe natężenie negatywnych emocji. W szczególności, wyczerpanie psychofizyczne pracą było skorelowane z koniecznością tłumienia gniewu – to jest najsilniejszą z istotnych statystycznie korelacji ( $R = 0,27$ ).

Wszystkie istotne statystycznie korelacje, lub do takowych zbliżone, zilustrowano na wykresach rozrzutu (Rycina 36) oraz w Tabeli LXIX.

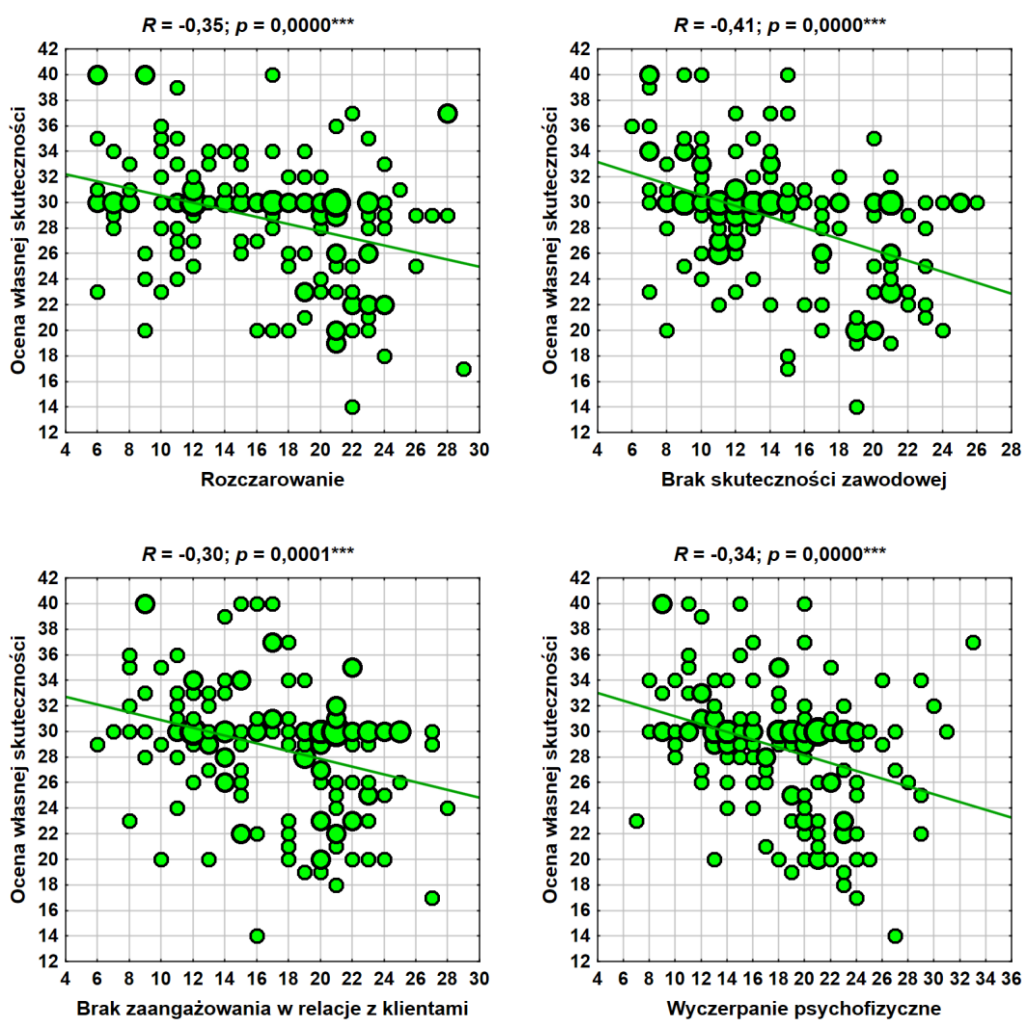
Tabela LXIX. Porównanie korelacji pomiędzy kontrolą emocji a wypaleniem zawodowym

| LBQ                                      | CECS                                  |                                     |                              |                                       |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
|  | Tłumienie gniewu                      | Tłumienie depresji                  | Tłumienie lęku               | Ogólna kontroli emocji                |
| Rozczarowanie                            | <b>0,22</b><br>( <i>p</i> = 0,0089**) | 0,08<br>( <i>p</i> = 0,3491)        | 0,04<br>( <i>p</i> = 0,6289) | <b>0,14</b><br>( <i>p</i> = 0,0925)   |
| Brak skuteczności zawodowej              | 0,13<br>( <i>p</i> = 0,1042)          | 0,05<br>( <i>p</i> = 0,5667)        | 0,00<br>( <i>p</i> = 0,9914) | 0,09<br>( <i>p</i> = 0,2853)          |
| Brak zaangażowania w relacje z klientami | 0,09<br>( <i>p</i> = 0,2746)          | -0,05<br>( <i>p</i> = 0,5412)       | 0,02<br>( <i>p</i> = 0,8182) | 0,02<br>( <i>p</i> = 0,7646)          |
| Wyczerpanie psychofizyczne               | <b>0,27</b><br>( <i>p</i> = 0,0011**) | <b>0,16</b><br>( <i>p</i> = 0,0571) | 0,11<br>( <i>p</i> = 0,1980) | <b>0,22</b><br>( <i>p</i> = 0,0083**) |



Rycina 36. Graficzny rozkład zależności pomiędzy wybranymi elementami skali CECS a składowymi wypalenia zawodowego

Na wykresach rozrzutu (Rycina 37) widoczne są proste regresji, które obrazują przeciętny poziom oceny skuteczności względem miar wypalenia zawodowego. Jak widać, można mówić o pewnej tendencji dla całej populacji – grupa osób mająca wyższy poziom wypalenia zawodowego gorzej oceniała swoją skuteczność według miar GSES. Natomiast dla konkretnych osób przewidywania samooceny skuteczności względem poziomu wypalenia były mniej dokładne, bowiem punktu na wykresie rozrzutu są dość mocno rozproszone wokół prostej regresji.



Rycina 37. Graficzny rozkład zależności pomiędzy oceną własnej skuteczności a wybranymi elementami wypalenia zawodowego

Im był wyższy poziom wypalenia zawodowego, tym była niższa ocena własnej skuteczności. Korelacje te były nieco silniejsze niż rozważane dotąd zależności – wartości współczynników korelacji były co do wartości bezwzględnej nawet na poziomie 0,40 co obrazuje Tabela LXX.

Tabela LXX. Porównanie relacji pomiędzy oceną własnej skuteczności a wypaleniem zawodowym

| <b>LBQ</b>                                      | <b>Ocena własnej skuteczności (GSES)</b> |
|---|--|
| <b>Rozczarowanie</b>                            | -0,35 ( $p = 0,0000^{***}$ )             |
| <b>Brak skuteczności zawodowej</b>              | -0,41 ( $p = 0,0000^{***}$ )             |
| <b>Brak zaangażowania w relacje z klientami</b> | -0,30 ( $p = 0,0001^{***}$ )             |
| <b>Wyczerpanie psychofizyczne</b>               | -0,34 ( $p = 0,0000^{***}$ )             |

## DYSKUSJA

*Całkowita wolność od stresu to śmierć,  
gdyż stres obecny jest w każdym ludzkim działaniu*

*Hans Selye*

W drugiej połowie XX wieku intensywny rozwój nauk medycznych doprowadził do upowszechnienia leczenia schyłkowej niewydolności narządów poprzez wykonanie przeszczepów [192].

Rozwój transplantologii był możliwy m.in. w związku z poznaniem antygenów zgodności tkankowej; mechanizmów odpowiedzi immunologicznej oraz sposobów rozpoznawania i leczenia procesu odrzucania przeszczepu, a dzięki tym osiągnięciom przeszczepianie narządów stało się bezpieczną i skuteczną metodą leczenia [192].

Transplantacja (z łac. *transplantare* – przesadzać) to „zabieg przeniesienia komórek (np. szpiku), tkanek (np. skóry) lub narządów (np. serca, nerek, wątroby) w obrębie jednego organizmu lub między dwoma organizmami” [193].

Szacuje się, iż na świecie żyje już ponad milion ludzi z przeszczepionym narządem. Ponad 90% przeszczepianych narządów pochodzi od osób zmarłych. W tej liczbie ponad 90% to narządy, które pobrane zostały od zmarłych według kryteriów śmierci mózgu. Pozostałe narządy do przeszczepienia pozyskiwane są od zmarłych w mechanizmie nieodwracalnego zatrzymania krążenia oraz od dawców żywych [194].

W Polsce każdego roku przeszczepia się ok. 1500 narządów pobranych od ok. 600. dawców z rozpoznąną śmiercią mózgu oraz około 50. nerek i 20. fragmentów wątroby pozyskanych od żywych dawców [195].

W roku 2019 do biura koordynacji Poltransplantu wpłynęło 639. zgłoszeń potencjalnych zmarłych dawców narządów [196].

„W 504 przypadkach (79%) doszło do pobrania narządów, w 135 (21%) nie było pobrania, w 76 przypadkach (11,9%) odstąpiono od pobrania z powodu braku autoryzacji pobrania, w 59 przypadkach (9,2%) do pobrania nie doszło z powodów medycznych. Liczba zgłoszonych do Poltransplantu w 2019 roku potencjalnych zmarłych dawców narządów nie różniła się od tej dotyczącej 2018 roku, a nieco wyższa, o sześciu, była liczba dawców rzeczywistych” [196].

„Wartość wskaźnika donacji dla całej Polski wyniosła 13,1 dawców na 1 mln mieszkańców. W 2019 roku wskaźnik ten był najwyższy w województwie zachodniopomorskim i wyniósł 27,5 dawców na 1 milion mieszkańców, w województwach: lubelskim, łódzkim, mazowieckim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim odnotowano wyraźny wzrost aktywności w zakresie pozyskiwania narządów od zmarłych, zaś w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i podkarpackim nastąpił spadek tej aktywności. Najniższy w kraju wskaźnik dawstwa odnotowano w województwie podkarpackim (1,9 dawców na 1 milion mieszkańców)” [196].

„Aktywność donacyjna skutkowałą możliwością przeszczepienia 1557 narządów od dawców zmarłych. Liczba przeszczepień była wyższa (o 6,2%) niż w roku poprzednim”. W 2019 roku obserwowano zwiększoną liczbę przeszczepień nerek (907), nerek i trzustek (21), wątrób (331) oraz płuc (57) i nie co zmniejszoną liczbę przeszczepień serca (142) [196]. „Równocześnie w 2019 roku do Centralnego Rejestru Sprzeciwów wpłynęło 2212 zgłoszeń sprzeciwu, o 213 mniej niż w roku poprzednim. Na dzień 31 grudnia 2019 roku w bazie zarejestrowanych jest 36120 zgłoszeń sprzeciwów” [196].

„W 2019 r. liczba najaktywniejszych szpitali, z których zgłoszono 10. lub więcej rzeczywistych dawców narządów wyniosła 12. Największy wzrost aktywności zanotowano w SP Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Szczecinie (obecny lider), w Wojewódzkim Szpitalu Zespolonym w Elblągu, w Samodzielnym Publicznym Centralnym Szpitalu Klinicznym WUM w Warszawie, w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym w Białymstoku i w Państwowym Szpitalu Klinicznym nr 2 im. H. Świącickiego w Poznaniu (...) „Najwyższy wskaźnik pobrań wielonarządowych był w województwach: podkarpackim i świętokrzyskim-100% (...). W województwie opolskim wskaźnik pobrań wielonarządowych wyniósł 94%, w pomorskim 81%, w warmińsko-mazurskim 80%” [196].

Powyższe wskazuje na istotne obciążenie zespołów transplantacyjnych oraz na fakt, iż transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne to jedne z najtrudniejszych dziedzin współczesnej medycyny, wymagającej dyspozycyjności i umiejętności pracy zespołowej.

Zabiegów transplantacyjnych nie można by było przeprowadzić, bez współpracy lekarzy, pielęgniarek o różnych specjalnościach (np. takich jak anestezjologia, intensywne terapia, chirurgia, choroby wewnętrzne, choroby zakaźne, kardiologia, kardiochirurgia, neurologia, urologia, pielęgniarstwo operacyjne), diagnostów laboratoryjnych, immunologów, biotechnologów, psychologów, prawników i koordynatorów transplantacyjnych [197].



W interdyscyplinarnym zespole transplantacyjnym najczęściej przy pacjencie są pielęgniarki transplantacyjne, które monitorują jego stan, mają także możliwość obserwacji zachowania i reakcji emocjonalnych rodziny w stosunku do pacjenta i innych osób w szpitalu. Krewni pacjentów często zwracają się do nich z pytaniami i wątpliwościami chętniej, niż do lekarzy [197].

W zespole transplantacyjnym jest tzw. koordynator transplantacyjny, a od kiedy zaczęto przeszczepiać narządy, była to osoba która zajmowała się organizacją procesu transplantacyjnego, nie zawsze mająca wykształcenie medyczne i często wykonująca swoje obowiązki na zasadzie wolontariatu [198]. Opiekuje się on i dawcą i biorcą. Pierwszym koordynatorem transplantacyjnym była Celia Wight, pielęgniarka ze szpitala w Cambridge, a tę funkcję powierzył jej sir Roy Calne (pionier transplantologii światowej), pod koniec lat 70. XX wieku. Na początku lat 80. XX wieku w Hiszpanii, jako pierwszym kraju, wprowadzono system oparty na koordynatorach lokalnych. W Polsce w wieku ośrodkach transplantacyjnych, które powstawały w latach 80. XX wieku, nikt nie sprawował funkcji koordynatora transplantacyjnego i dopiero po kilku latach, wzorem modelu hiszpańskiego, w kilku szpitalach postanowiono wprowadzić taki etat. Ponieważ działania te zaczęły przynosić pozytywne efekty (np. zwiększenie dostępu do transplantacji, skrócenie okresu oczekiwania na przeszczep), zostały wsparte utworzeniem w roku 1996 Poltransplantu [198].

„31 grudnia 2019 roku. funkcję koordynatora pobierania i przeszczepiania narządów w Polsce pełniło łącznie 338. osób, w tym: 301. szpitalnych koordynatorów pobierania narządów od zmarłych dawców, 27. regionalnych koordynatorów pobierania i przeszczepiania narządów, 10. koordynatorów centralnych w biurze Poltransplantu” [196].

Obecnym badaniem objęto 157 osób pracujących w zespołach transplantacyjnych, zatrudnionych w czterech ośrodkach: Lublin (2 szpitale), Chełm oraz Biała Podlaska, o średniej wieku 45,6 lat, z wykształceniem wyższym (71,3%), w większości kobiety (80,9%) i pielęgniarki (79,6%). Co trzeci ankietowany (33,1%) pracował w zespole transplantacyjnym ponad 20 lat.

„W roku 2019, wśród 301. koordynatorów szpitalnych było 193. lekarzy, 104. pielęgniarek/pielęgniarzy i 4. osoby z innym profilem wykształcenia (ratownik medyczny, psycholog, położna, analityk medyczny)” [196]. Jak wskazują sondaże, w Polsce zaufanie do pielęgniarek jest wyższe niż do lekarzy [199, 200, 201].



Badanie CBOS przeprowadzone metodą wywiadów bezpośrednich wspomaganym komputerowo (CAPI) w dniach 3–10 października 2019 roku na liczącej 965 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski wykazało, że największym społecznym uznaniem cieszył się zawód strażaka (94% deklaracji dużego poważania społecznego), a na drugim miejscu znalazła się pielęgniarka (89% deklaracji dużego szacunku). Kolejne trzy pozycje zajęły zawody o bardzo odmiennej specyfice - robotnik wykwalifikowany i górnik (po 84% deklaracji) i profesor uniwersytetu (83%). Na dalszych wysokich pozycjach w rankingu prestiżu zawodów znaleźli się: lekarz, nauczyciel oraz inżynier pracujący w fabryce (76-80% deklaracji dużego poważania) [200]. Generalnie wszystkie te zawody można zaliczyć do grup wysokiego ryzyka wypalenia zawodowego.

Pierwszą i na razie jedyną pracą doktorską w Polsce traktującą o wypaleniu zawodowym w przedmiocie pracy, jest dysertacja pani dr n. med. Aleksandry Woderskiej - pełniącej obecnie funkcję koordynatora transplantacyjnego w Klinice Transplantologii i Chirurgii Ogólnej szpitala UMK w Toruniu pt: *„Wypalenie zawodowe oraz zachowania i przeżycia związane z pracą zespołów transplantacyjnych”* [202]. Problematyka tej rozprawy dotyczyła wypalenia zawodowego oraz zachowań i przeżyć związanych z pracą członków zespołów transplantacyjnych. W pracy autorka stwierdziła *„Niniejsza praca stanowi częściową charakterystykę tej wyjątkowej profesji z perspektywy radzenia sobie z problemami zawodowymi, a także zawiera informacje dotyczące prognozowania efektywności pracy, co wydaje się być wysoce istotne ze względu na znaczenie społeczne działań podejmowanych przez koordynatorów”*. Celem pracy była ocena *„komponentów wypalenia zawodowego oraz skal, typów zachowań i przeżyć związanych z pracą koordynatorów transplantacyjnych, wskazanie tych, które mają związek z podejmowaną działalnością transplantacyjną oraz stwierdzenie, czy istnieją różnice w poziomach komponentów wypalenia oraz skalach i typach zachowań i przeżyć wśród koordynatorów sklasyfikowanych pod względem wybranych zmiennych”*. Badaniem objęła 119. polskich oraz 26. zagranicznych koordynatorów transplantacyjnych i wykazała, że istnieją różnice w poziomach komponentów wypalenia zawodowego, skalach oraz typach zachowań i przeżyć wśród koordynatorów klasyfikowanych pod względem wybranych zmiennych, w tym wykonywany zawód i płeć oraz poziom aktywności donacyjnej. Stwierdziła również, że polscy koordynatorzy nie różnili się istotnie pod względem parametrów wypalenia i częstości występowania typów AVEM (*Arbeitsbesorgenes Verhalten und Erlebenmuster* - Kwestionariusz do badania wzorców

indywidualnych wzorców zachowań i przeżyć) od koordynatorów w pozostałych krajach Unii Europejskiej, jednakże wykazywali istotne różnice pod względem zachowań i przeżyć w porównaniu z ogólnopolskim personelem medycznym. Generalnie w pracy stwierdzono, że polscy koordynatorzy transplantacyjni wykazywali niski stopień wypalenia zawodowego, jednakże niemal połowa z nich reprezentowała ryzykowne typy zachowań i przeżyć w sytuacjach zawodowych. Poza tym w województwach, w których zaobserwowano najgorsze rezultaty zatrudnienia koordynatorów szpitalnych, istotnie częściej prezentowali oni typ wypalony, wykazujący wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego i jednocześnie niższe subiektywne znaczenie pracy [202].

Zagraniczne publikacje naukowe również donoszą o wynikach badań w zakresie tematu. Za przykład mogą posłużyć badania Molassiotis i Haberman, w których oceniano stopień wypalenia zawodowego i zadowolenia z pracy u pielęgniarek zajmujących się przeszczepem szpiku. Zbadano częstość występowania zespołu wypalenia zawodowego i psychopatologii w związku z istnieniem nieformalnego programu wsparcia psychospołecznego dla potrzeb pracowników. Uczestniczyło w nim czterdzieści pielęgniarek. Nie stwierdzono, aby wsparcie społeczne miało wpływ na wypalenie, psychopatologię lub satysfakcję z pracy. Obecność depresji, niskie osobiste osiągnięcia i niezadowolenie z płac było zmiennymi przewidującymi wysokie wyczerpanie emocjonalne, jeden z głównych składników wypalenia zawodowego [203].

Yilmaz i współpracownicy natomiast - stwierdzili, że personel medyczny pracujący w jednostkach transplantacji szpiku kostnego (BMT- *Bone Marrow Transplant*) jest bardziej narażony na ryzyko wypalenia zawodowego. Przedstawiono także krytyczną ocenę stopnia wypalenia personelu medycznego pracującego w jednostce transplantacji szpiku kostnego po seminariach psychoedukacyjnych. Wyniki tego badania wskazują, że wypalenie zawodowe wśród pracowników ochrony zdrowia może zostać ograniczone poprzez seminaria psychoedukacyjne [204].

W badaniu Jesse i współpracowników, dotyczącym 218 chirurgów transplantologów, zobrazowano rozpowszechnienie wypalenia zawodowego oraz zbadano jego organizacyjne i interpersonalne przyczyny. Wyniki pokazały, że niesprzyjające środowiska z niewielką kontrolą decyzyjną i wysokimi wymaganiami związanymi z pracą przyczyniają się do rozwoju wypalenia u transplantologów. Wspomniano także o konsekwencjach interwencji mających na celu zapobieganie wypaleniu u tych osób [205].

Analiza wypalenia zawodowego w próbie chirurgów prowadzona była także przez Bertges Yost i wsp. [206]. Stwierdzono kilka znaczących predyktorów wyczerpania emocjonalnego, które obejmowały zakwestionowanie wyboru zawodowego, rezygnację z aktywności i postrzeganie siebie, jako osoby mającej ograniczoną kontrolę nad dostarczaniem usług medycznych. Ci, którzy uważali siebie za osoby posiadające większą zdolność kontrolowania dostarczania usług medycznych i którzy czuli się bardziej doceniani przez pacjentów, mieli niższy poziom depersonalizacji oraz rzadziej kwestionowali swój wybór zawodowy. Chirurgi o wysokich osiągnięciach osobistych doświadczyli większych możliwości rozwoju zawodowego, postrzegali swoją instytucję jako wspierającą, byli bardziej doceniani przez pacjentów i rzadziej kwestionowali swoją karierę. Zalecenia dotyczące zmniejszenia wypalenia obejmowałyby większe wsparcie instytucjonalne i większe możliwości rozwoju zawodowego. Strategie radzenia sobie z umiarkowanym stresem i wypaleniem również są korzystne i powinny obejmować priorytetyzowanie celów odzwierciedlających zarówno wartości zawodowe, jak i osobiste [206].

Jeszcze kilka lat temu transplantologia, jako nowa gałąź chirurgii, była postrzegana jako pionierska, wymagająca ekstremalnego obszernego szkolenia i zarezerwowana dla kilku wybranych członków. W dzisiejszych czasach sytuacja jest inna. Santangelo i wsp. w swoim artykule starali się zrozumieć prawdziwe powody, dla których młodzi włoscy chirurdzy unikają operacji przeszczepów. Okazało się, iż było to związane z "syndromem wypalenia zawodowego", który dotyka co najmniej jednego chirurga po przeszczepie przynajmniej raz w życiu. Oprócz tych rozważań przyczyną, która przede wszystkim wpływała na podejście do transplantacji, była konieczność ciągłej dostępności, związanej z nieprzewidywalnymi dawstwami narządów, a co w znacznym stopniu wpływało na życie lekarzy w wolnym czasie [207].

W obecnym badaniu, aż 53,5% respondentów uważała swoją pracę za stresującą. Niepokojący jest fakt, iż aż 46,5% respondentów nie widziało możliwości rozwoju w pracy. Mimo to dwie trzecie ankietowanych osób (66,2%) wybrałoby ponownie ten sam zawód, a 51% ponownie pracę w zespole transplantacyjnym.

Badanie Neumann i wsp. w znacznym stopniu przyczyniło się do przekrojowej ilustracji wypalenia zawodowego i moralnego cierpienia w obrębie różnych specjalistów w dziedzinie zdrowia HCT (*Hematopoietic Cell Transplantation*), wśród specjalistów od transplantacji komórek hematopoetycznych i pomiędzy nimi [208]. Wypalenie zawodowe i moralny niepokój

wystąpiły w grupach zawodowych HCT, jednak stopień ich występowania i związane z nim zmienne przyczyniające się do ich występowania różniły się znacznie w obrębie i pomiędzy grupami. Dane z tego badania mogą być użyte do podkreślenia możliwych do zidentyfikowania czynników przyczyniających się do wypalenia i moralnego niepokoju w profesjonalnych podgrupach. Ponieważ tworzenie zdrowych środowisk pracy jest coraz bardziej podkreślane w celu poprawy jakości opieki i obniżenia kosztów, wyniki te powinny zostać wykorzystane przez dycydentów HCT w celu opracowania interwencji, które łagodzą stres związany z pracą [208].

Warto pamiętać, że wypalenie zawodowe chirurga obniża jakość życia lekarzy. Celem badania Bartholomew i wsp. było zastosowanie znormalizowanej interpretacji ciężkiego wypalenia chirurgów, w celu analizy zmian wrodzonych w obrębie specjalizacji chirurgicznych. Z uzyskanych danych wynika, iż jedynie około 3% chirurgów cierpiało na skrajne formy wypalenia zwane "zespołem wypalenia zawodowego". Wydaje się jednak, iż specjalności chirurgiczne mogą mieć znacząco różne wskaźniki wypalenia zawodowego, w związku z tym, aby zrozumieć nieodłączne różnice w dążeniu do lepszego zrozumienia metod poprawy wypalenia chirurgów, przyszłe badania wypalenia zawodowego powinny być ukierunkowane na poziom i rodzaj specjalizacji [209].

Jednostki przeszczepu szpiku kostnego (BMT) są stresującymi środowiskami pracy, w których dochodzi do rozwoju podwyższonego poziomu niepokoju i wypalenia personelu. Morrison i wsp. przeprowadzili badanie jakościowe, które miało na celu lepsze zrozumienie opieki pielęgniarek w kontekście ich praktyki klinicznej w pediatrycznej jednostce BMT. Powyższe pozwoliło badaczom zainterweniować i zapewnić odpowiednie wsparcie tej subspecializacji pielęgniarek [210].

Ze względu na charakter zawodu, pielęgniarki są narażone na duże ryzyko wypalenia zawodowego. W przeszłości wielu badaczy badało wypalenie u pielęgniarek, jednakże raporty z badań oceniających wypalenie pielęgniarek/koordynatorów transplantacji wątroby i nerek są rzadkością. Uczynił to w swoim badaniu Kim, w którym wzięło udział 14. Koordynatorów ds. transplantacji wątroby i nerki z dużego centrum transplantacji wielonarządowej w regionie południowo-wschodnim USA. Koordynatorzy - pielęgniarki transplantacyjne, cechowały się średnim poziomem wypalenia oraz średnim poziomem wtórnego stresu pourazowego. Stwierdzono także statystycznie istotną zależność pomiędzy poziomem wykształcenia koordynatorów pielęgniarki transplantacyjnej a poziomem wypalenia zawodowego, co sugeruje, że poziom wykształcenia może wpływać na wypalenie [211].

W literaturze podkreśla się, że zespół transplantacyjny styka się z dramatem śmierci dawcy organów oraz z licznymi dylematami moralno-etycznymi, w tym czy uratowanie komuś życia, przywrócenie mu zdrowia musi wiązać się ze śmiercią drugiej osoby, czy przeszczepiony narząd podejmie funkcję [212].

Obecnie ankietowani za główne trudności w wykonywanej pracy, na pierwszym miejscu uznali fakt nieustannego obcowania ze śmiercią (51,6%), a na drugim - zbyt niskiego wynagrodzenia (43,9%). Niemiłą atmosferę w pracy wskazało jedynie 7% badanych.

Zdaniem Whitfield [213] z chwilą, gdy pacjent umiera, bardzo często się zdarza, iż pielęgniarka obwinia się za jego śmierć, odczuwa lęk przed własną śmiercią, wpada w depresję, a 61,5% z nich ma trudności w poradzeniu sobie ze swoimi uczuciami związanymi z odejściem pacjenta. Podobnie w badaniach Dors i Pietruk [214] obejmujących 60. pielęgniarek stwierdzono, iż śmierć pacjenta jest sytuacją bardzo stresującą dla personelu medycznego.

Rozwój wypalenia zawodowego warunkują z jednej strony czynniki środowiskowe (specyficzne stresory, charakterystyczne dla wykonywanego zawodu i roli zawodowej oraz niespecyficzne, powiązane z brakami organizacyjnymi oraz czynnikami makrospołecznymi), a z drugiej cechy indywidualne jednostki (podatność na stres i mechanizmy radzenia sobie ze stresem) [215, 216].

W obecnym badaniu ankietowane osoby generalnie, bo aż 63,7% z nich, widziały korzyści (dla społeczeństwa) z wykonywanej pracy, a 67,5% odczuwało z tego satysfakcję. Jednocześnie zmęczenie przed kolejnym dniem pracy było często odczuwane mniej więcej przez co piątą osobę (22,9%), a kłopoty ze snem dotyczyły nieco ponad jednej czwartej ankietowanych osób (28%). Respondenci w większości (83,4%) deklarowali także, że praca w zespole transplantacyjnych powoduje, że nawet po jej zakończeniu myśli się o niej, a 71,4% po pracy czuła się wyczerpana. Jednakże generalnie średnia ocena zadowolenia z życia w badanej grupie była dość wysoka, a przeciętny poziom miary SWLS wynosił 23,2 pkt (osoby raczej zadowolone ze swojego życia). Po przekształceniu miary SWLS do skali przymiotnikowej okazało się, że niezadowolonych z życia było nieco ponad 20%.

Problemy ze snem deklarowało także 17%, a budzenie się w nocy 23% instrumentariuszek w badaniu Ramuszewicz i wsp. [217].

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę, że od tzw. oceny pierwotnej (sposobu oceny przez daną jednostkę dotyczących jej sytuacji stresowych oraz stawianych przed nią

wymagań zawodowych), a także oceny wtórnej (zdolności oszacowania własnych umiejętności zaradczych oraz kompetencji społecznych), ewidentnie zależy dobór metod radzenia sobie z trudną sytuacją zawodową [218, 219]. Dopiero na podstawie oceny skuteczności podjętych przez jednostkę działań kształtuje się jej poczucie własnej skuteczności, co ma bezpośredni wpływ na zapobieganie wypaleniu zawodowemu [218].

To właśnie od poczucia własnej skuteczności zależne są kolejne oceny jednostki bowiem, gdy np. będzie prezentowała poczucie niskiej skuteczności - nie będzie potrafiła zrealizować swojego ideału zawodowego.

Analiza wyników własnych, po dokonaniu kategoryzacji według zaproponowanych w literaturze norm (przeciętny poziom skuteczności, to co najmniej 25. pkt, a wysoki co najmniej 30. pkt), wykazała, że ponad połowa ankietowanych (55,4%) została zaklasyfikowana jako osoby posiadające wysoką ocenę własnej skuteczności. Oceny niskie dotyczyły mniej niż jednej piątej ankietowanych osób (20,4%). Samoocena skuteczności dokonana przez ankietowane osoby nie zależała w żadnym stopniu od ich stażu pracy i wykształcenia. Wykazano natomiast nieco większą ocenę własnej skuteczności w grupie lekarzy (średnio rzecz biorąc 28,2 pkt wśród pielęgniarki vs. 31,1 pkt wśród lekarzy) oraz pomiędzy szpitalami – najwyższe stwierdzono w Białej Podlaskiej, a najniższe w SPSK 1 Lublin.

W opinii Sęk, przyczyną wypalenia jest nie przewlekły stres, a raczej brak jego modyfikacji przez własną aktywność zaradczą pracownika [215].

Zdaniem Bilskiego i Sykutery głównymi czynnikami stresującymi w środowisku pracy pielęgniarek jest brak kryteriów oceny pracy, konieczność udzielania wsparcia psychicznego pacjentom oraz ich rodzinom, brak wsparcia ze strony przełożonych i współpracowników, nieodpowiednie warunki pracy, mały udział w decyzjach podejmowanych w miejscu pracy, konieczność pracy zmianowej, mało elastyczne godziny zatrudnienia, bezustanny kontakt ze stanami nagłymi i ostrymi, ze śmiercią, monotoność dyżurów, praca w pośpiechu, niski prestiż zawodowy, przepracowanie, problemy etyczno-moralne, poczucie odpowiedzialności za chorych oraz utraty zdrowia i przemijania życia [220].

W badaniu własnym, w ocenie poziomu stresu, zastosowano kwestionariusz SRRS i stwierdzono, że średnia uzyskanych punktów wynosiła 59,3 pkt. (mediana 47 pkt), co świadczyło o niewysokim poziomie stresu ankietowanych (95% z nich zostało sklasyfikowanych jako osoby o niskim poziomie stresu).



Według Lazarusa rodzaj przeżywanych emocji oraz sposób reagowania na stres mają poważny wpływ na zdrowie psychiczne i fizyczne danej jednostki [221]. Z kolei Doliński uważa kontrolę (samokontrolę) emocji, za stałą właściwość osobowości, polegającą „na sterowaniu własnymi reakcjami w taki sposób, aby ich przebieg był zgodny z osobistymi standardami podmiotu lub pozostawał w zgodności z akceptowanymi przez podmiot standardami społecznymi” [222]. Nadmiernie hamowane i długo utrzymujące się negatywne emocje mogą prowadzić bowiem do zaburzeń nerwicowych oraz chorób psychosomatycznych [222].

W badaniu Kalandyk i współpracowników, w którym wzięło udział 570 pielęgniarek, stwierdzono, że wraz ze wzrostem poziomu zadowolenia z pracy dochodziło do obniżenia się poziomu negatywnych emocji. Pielęgniarki najbardziej tłumiły lęk ( $18,2 \pm 18$ ), i depresję ( $18,1 \pm 18$ ), nieco rzadziej gniew ( $17,3 \pm 17$ ) [223]. Z kolei w badaniu Nyklewicza i Krajewskiej-Kułak, z udziałem 100, pielęgniarek wykazano, że większość z nich stosowała tłumienie, jako sposób radzenia sobie z silnymi emocjami. Gniew tłumiony był przez nie w stopniu średnim i wysokim przez 69% osób, depresja przez 72%, a lęk przez 76% [224].

W badanej obecnie grupie poziom tłumienia negatywnych emocji był na przeciętnym poziomie, przy czym największe tłumienie negatywnych emocji dotyczyło depresji oraz lęku (po śr.  $18,1 \pm 18$  pkt.).

Według Dudka [225] pracownicy w środowisku mogą doświadczyć stresu chronicznego oraz traumatycznego. O stresie traumatycznym (PTDS - *posttraumatic stress disorder*) po raz pierwszy wspomniano w roku 1980. Początkowo pojmowano go jako psychiczne aspekty stresu pourazowego, a potem rozszerzono o liczne zaburzenia somatyczne (np. choroby układu krążenia). PTDS uważany się za przewlekłą reakcją na stres, co wynika z traumatycznych, obciążających, psychikę przeżyć i w konsekwencji dekompensację wydzielania wewnętrznego (głównie osi podwzgórze-przysadka-nadnercza). O jego powstaniu decyduje komponenta czynników pojawiających się w trzech okresach [225, 226]:

- ✓ przedtraumatycznym – który obejmuje dwie grupy czynników: cechy jakie ukształtowały się u danej osoby zanim jeszcze znalazła się w traumatycznej sytuacji, a które predysponują ją do specyficznego reagowania oraz oceniania zjawisk jakie zachodzą w jej otoczeniu oraz stan, w jakim jednostka znajdowała się przed doświadczeniem traumy;
- ✓ traumy - w którym już trwa zdarzenie traumatyczne, w sposób ciągły oddziałuje na jednostkę; w tym okresie o sile oraz rodzaju doznań danej jednostki decyduje

charakter zdarzenia traumatycznego, a także jego psychologiczne i fizyczne parametry, zaś o funkcji zdarzenia w rozwoju PTSD decyduje nie tylko jego obiektywna charakterystyka, ale także subiektywny odbiór i poznawcze reprezentacje zdarzenia, powstające w umyśle jednostki;

- ✓ potraumatycznym – który zaczyna się w momencie, gdy zdarzenie traumatyczne przestało już realnie istnieć, chociaż nadal funkcjonuje w umyśle, w świadomości jednostki. W tym okresie zachodzą naprzemiennie - natrętnie wspomnienia, z próbami przetworzenia informacji (ich źródłem jest zdarzenie traumatyczne) oraz z „zasymilowaniem” ich z posiadanymi strukturami poznawczymi. O sile emocji jakie są doświadczane w tej fazie decydują przede wszystkim cechy jednostki, takie jak: poziom emocji w trakcie traumas, stosowane strategie zaradcze (skierowane na obniżanie emocji lub na rozwiązanie zadania) i kontekst społeczny, w jakim dana jednostka funkcjonuje.

Szacuje się, że stres zajmuje drugie miejsce wśród problemów związanych z pracą zawodową i doświadczany jest w 27. państwach europejskich przez 22% pracowników [227].

W literaturze wyróżnia się kilka stałych typów zachowań oraz przeżyć związanych z pracą [227, 228]:

- ✓ typ G (zdrowy) – o wysokim zaangażowaniu, ze zdolnościami do dystansowania się oraz ofensywnych strategii rozwiązywania problemów, najbardziej pożądanym ze względu na efektywność pracy i zachowanie zdrowia psychicznego;
- ✓ typ S (oszczędnościowy) - z przeciętnymi ambicjami zawodowymi, o stosunkowo niskim poziomie motywacji, ale jednocześnie o wyraźnej skłonności do dystansowania się wobec pracy, a także wysokim stopniu zadowolenia z pracy, nawet w sytuacjach niskich lub przeciętnych osiągnięć;
- ✓ typ A (ryzyka) – „pracoholik”, człowiek uzależniony od pracy, przypisujący jej bardzo wysokie znaczenie subiektywne, nadmiernie obciążony, z wyraźną tendencją do wzmożonego zaangażowania w problemy kariery zawodowej, ale przy jednocześnie niskiej odporności psychicznej;
- ✓ typ B („wypalony”) - o zmniejszonej odporności na stres, bardzo niskim subiektywnym znaczeniu pracy, ograniczonej zdolności do dystansowania się, ekstremalnie niskich znaczeniach równowagi wewnętrznej oraz tendencji do rezygnacji w sytuacjach trudnych.



W badaniu Jachimowicz-Wołoszynek i wsp. w grupie 106. pielęgniarek, dominował typ A (nadmiernie obciążony) i typ B (wypalony). Aż 41% respondentek cechował bardzo niski poziom ambicji zawodowych, subiektywnego znaczenia pracy, a także tendencja do rezygnacji w sytuacjach trudnych i obniżona umiejętność dystansowania się od problemów [228].

Warto przypomnieć, iż wypalenie zawodowe rozwija się bardzo wolno, jest procesem fazowym, a to powoduje, iż bardzo często nie jest zauważane przez pracownika oraz jego otoczenie, a potem ujawnia się nagle, od razu z dużą siłą [219].

Edelwich i Brodsky wyodrębnili kilka etapów rozwoju wypalenia zawodowego [218]:

- ✓ Entuzjazm – charakteryzujący się ogromną motywacją, swoistym idealizmem oraz nierealistycznymi przekonaniem zawodowymi. W tym etapie jednostka silnie identyfikuje się z osobami na rzecz których pracuje i w związku z tym nadmiernie zużywa swoją energię.
- ✓ Stagnacja – będąca konfrontacją z rzeczywistością oraz doznany rozczarowaniami, które zmniejszają początkowy zapał do pracy, a jednostka dochodzi do przekonania, że być może przesadnie pojmowała swoją rolę zawodową, a jej praca za bardzo pochłania jej energię.
- ✓ Frustracja - rozwijająca się w wyniku kolejnych rozczarowań zawodowych, z narastającym poczuciem bezradności, niezadowolenia w związku z niezaspokojeniem potrzeb i pragnień. Jednostka zaczyna zastanawiać się nad sensem swojej pracy oraz wartością wykonywanego zawodu.
- ✓ Apatia - gdy jednostka, w związku z rozczarowaniami i odczuwaną frustracją, zaczyna się izolować (niechętnie wchodząc w bezpośrednie relacje interpersonalne), ograniczać swoją aktywność fizyczną, psychiczną i zawodową (nieefektywnie wykonywać swoje obowiązki zawodowe), zaczyna w jej działaniach dominować obojętność i cynizm (do innych osób i ich problemów).
- ✓ Interwencja - przy założeniu, że jednostka która doświadczyła wypalenia, będzie w stanie uświadamiać sobie to, co się z nią dzieje i podjąć stosowne działania.

Wypalenie zawodowe wśród 369 pielęgniarek badał Jesse i współpracownicy. To badanie było pierwszym, w którym ilościowo oceniono wypalenie w dużej reprezentatywnej próbie pielęgniarek transplantologicznych. Pielęgniarki transplantacyjne, mimo że czują się wyczerpane lub nadmiernie wyczerpane przez swoją pracę, nie dystansują się ani nie stają się obojętne wobec swoich pacjentów. Badanie dostarczyło mocnych dowodów

na występowanie wypalenia u pielęgniarek transplantacyjnych oraz możliwości ukierunkowanych i potencjalnie bardzo skutecznych interwencji mających na celu ograniczenie wypalenia zawodowego [229].

W samoocenie, poczucie wypalenia zawodowego miała większość ankietowanych pracowników zespołów transplantacyjnych, w tym cały czas – 5,7% badanych, kilka razy – 48,4% lub bardzo często – 13,4%. Jedynie mniej więcej jedna szósta wszystkich respondentów (16,6%) nie miała nigdy poczucia wypalenia zawodowego. Po zastosowaniu kwestionariusza LBQ okazało się, że poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie był relatywnie niski. Najsilniej uwidoczniło się wyczerpanie psychofizyczne (średnio na poziomie 18,2 pkt), zaś najmniej - brak skuteczności zawodowej (średnia na poziomie 14,4 pkt). Rozczarowanie klasowało się na średnim poziomie 16,6 pkt., a brak zaangażowania w relacje z pacjentami – na poziomie 17,2 pkt.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że wypalenie zawodowe w zbiorowości pielęgniarek, w porównaniu z innymi grupami zawodowymi, występuje na większą skalę. Ramuszewicz i wsp. w badaniu, w którym objęto 80. pielęgniarek instrumentariuszek ze szpitali białostockich wykazali, że 17% respondentek miało poczucie wypalenia zawodowego, a jednocześnie 42% twierdziło, że są zestresowane [217]. Także w badaniach Lewandowskiej i Litwin, którymi objęły 100 pielęgniarek pracujących w województwie podkarpackim na podstawie ich subiektywnej samooceny wykazano, że 39% ogółu badanych określiła siebie jako wypalonych zawodowo, a 35% jako zagrożonych tym zjawiskiem [230].

W obecnym badaniu, w samoocenie, większość ankietowanych osób (61,8%) stwierdziła, że czynnikiem powodującym nasilenie poczucia wypalenia zawodowego jest staż pracy.

Niestety w literaturze przedmiotu podkreśla się, że im bardziej zaawansowany jest proces wypalenia u danej osoby, to tym trudniejsza staje się dla niej pomoc [218, 231].

W obecnym badaniu jednak zdecydowana większość ankietowanych pracowników, bo aż 92,3% twierdziło, iż nie ma problemów z rozwiązywaniem zadań realizowanych w pracy.

Uważa się, że działania prewencyjne wobec wypalenia zawodowego muszą odbywać się na kilku poziomach [231, 232, 233]:

- ✓ Indywidualnym – wykorzystując osobiste zasoby jednostki do zapobiegania negatywnym skutkom stresu (strategie sprzyjające samopoznaniu pracownika –

wykorzystanie narzędzi pomiarowych do wykrywania objawów wypalenia, poprzez bierne i czynne poszerzanie wiedzy dotyczącej technik samoobserwacji, samooceny kontroli stresu oraz uczenie redukowania skutków stresu – poprzez promowanie zdrowego stylu życia, różnych technik relaksacji, technik poznawczo-behawioralnych).

- ✓ Indywidualno-instytucjonalnym - mającym na celu zwiększenie odporności pracownika na stresory związane z wykonywaną pracą, rozwijanie u pracownika skutecznych strategii radzenia sobie z problemami zawodowymi oraz negatywnymi emocjami, udzielania w miejscu pracy wsparcia emocjonalnego, instrumentacyjnego i informacyjnego, ułatwienie dostępności do terapii dla osób zagrożonych wypaleniem zawodowym oraz już wypalonych.
- ✓ Instytucjonalnym - zapewnienie wsparcia społecznego (odpowiedni klimat społeczny w środowisku pracy, tworzenie przez współpracowników atmosfery koleżeństwa, życzliwości, szacunku, uznania, pomoc nowym pracownikom w adaptacji zawodowej, omawianie wspólne problemów opiekuńczych, wymiana doświadczeń zawodowych).

W badaniu Ramuszewicz i wsp., 63% instrumentariuszek zadeklarowało znajomość technik radzenia sobie ze stresem, ale jedynie 35% z nich stosowało techniki rozładowania nadmiernego napięcia emocjonalnego [217]. Grochowska i wsp., badając grupę 101 pielęgniarek, stwierdzili, że najczęściej (58,4%) ze stresem w pracy zawodowej radziły sobie one próbując opanować zaistniałą stresującą sytuację. Następnie podejmowały próby koncentracji na problemie, próbując go rozwiązać (51,5%), robiły to co uznały za słuszne (43,6%), starały się planować lub kontrolować sytuację (32,7%), analizować problem przed rozpoczęciem działania przypadku (30,7%), poszukiwać wsparcia u rodziny (23,8%) lub sposobu na rozładowanie emocji (10,9%), albo poszukiwać wsparcia emocjonalnego i nie myśleć o problemie [234].

W badaniach własnych za sposoby radzenia sobie ze stresem ponad połowa uznała aktywne życie towarzyskie (52,9%), słuchanie muzyki (38,9%) lub oddawanie się swojemu hobby (38,2%). Mniej więcej co trzecia osoba (31,2%) starała się podnosić swoje kwalifikacje zawodowe w celu uniknięcia stresu związanego z obowiązkami w pracy w przyszłości.

Za najlepsze środki do walki ze stresem pielęgniarki, z badania Ramuszewicz i wsp., uważały: pozytywne myślenie, wsparcie społeczne, aktywność fizyczną, wypoczynek oraz aktywne życie towarzyskie [217]. W literaturze są jednak prace, jak np. badanie Grochowskiej i wsp., gdzie badane przyznały się iż w celu radzenia sobie z sytuacjami

trudnymi muszą nawet sięgać po substancje psychoaktywne. Pielęgniarki z tego badania także częściej wybierały strategie oparte na aktywnym radzeniu sobie, na planowaniu lub poszukiwaniu wsparcia emocjonalnego i instrumentalnego, na zwrocie ku religii oraz akceptacji lub pozytywnym przewartościowaniu [234]. Na średnim poziomie uklasował się wybór strategii opartej na zajmowaniu się czymś innym, a poniżej średniego poziomu - wybór strategii opartych na: wyładowaniu, zaprzestaniu działań, zaprzeczaniu, obwinianiu siebie i poczuciu humoru [234].

Analizując w badaniu własnym wyniki punktowe uzyskane za pomocą kwestionariusza CISS stwierdzono, że dla podstawowych trzech sposobów radzenia sobie z emocjami występowały dość wyraźne różnice pomiędzy stylem zadaniowym, a dwoma pozostałymi. Osoby pracujące w zespołach transplantacyjnych w sytuacjach stresowych były bardziej ukierunkowane na zadaniowość, niż na emocje czy unikanie. Jednakże chociaż wartości punktowe wskazywały nieco inną hierarchię, to wyniki kategoryzacji sugerują najczęstsze korzystanie ze stylu unikowego (poziom wysoki 28,6% badanych), a dopiero potem zadaniowego (poziom wysoki (26,6%). Prawdopodobnie rozbieżności te mogą wynikać z faktu, iż dla miar „styl zadaniowy”, „styl emocjonalny” i „styl unikowy” stosuje się odmienne zasady kategoryzacji do skali przymiotnikowej.

Sugeruje się przeprowadzanie wśród pracowników anonimowych, regularnych badań, dzięki którym można oszacować problem stresu i ryzyko zagrożenia wypaleniem zawodowym oraz polepszyć środowiskowe warunki pracy [232, 233]. W badaniach Grochowskiej i wsp. dotyczących grupy 101 pielęgniarek, wsparcia przełożonych/kolegów w sytuacjach trudnych poszukiwało 39,6% osób [234].

Najwięcej respondentów z obecnego badania najczęściej (37,6%) twierdziło, że uzyskują wsparcie ze strony kolegów i przełożonych. Jednocześnie jednak 26,1% uważało, iż takiego wsparcia nie odczuwa, a aż 36,3%, że ma go tylko czasami. W przypadku występowania problemów zawodowych, 42% ankietowanych szukało pomocy u innych osób, a pozostałe 58% nie czynili tego w ogóle. Najczęściej w rozwiązywaniu problemów zawodowych badani poszukiwali pomocy u współpracowników i przełożonych (26,8%), a najrzadziej u psychologa (12,7% pracowników zespołów transplantacyjnych).

Wilczek-Różycka z kolei podkreśla, że miejsce pracy jest z reguły niedoceniane w kwestii zapobiegania zespołowi wypalenia, a podejmowane działania profilaktyczne oparte są najczęściej na strategiach indywidualnych. W jej opinii nie jest to prawidłowe, ponieważ

pracownik nie jest w stanie sam skontrolować wszystkich czynników stresujących w środowisku pracy, na tyle aby móc uchronić się przed ich szkodliwymi wpływami [218].

Profilaktyka wypalenia zawodowego powinna być realizowana już na etapie kształcenia zawodowego i trwać przez cały okres kariery zawodowej [219].

Uważa się, że proces tzw. prewencyjnego zarządzania stresem powinien składać się z trzech etapów (trzech poziomów prewencji) [235]:

- ✓ I stopnia - usuwanie potencjalnych źródeł stresu;
- ✓ II stopnia - modyfikacja reakcji jednostki na pojawiające się sytuacje stresowe;
- ✓ III stopnia - obniżenie poziomu negatywnych skutków stresu, jaki pojawił się w wyniku niewystarczającej kontroli na dwóch pierwszych etapach.

Programy profilaktyczne ukierunkowane na jednostkę mogą wykorzystywać strategie związane z czynnikami [235]:

- ✓ psychologicznymi - realistyczna/rzeczywista ocena własnych możliwości i aspiracji;
- ✓ fizycznymi lub fizjologicznymi - odpowiednia dieta, ćwiczenia fizyczne itp.;
- ✓ związanymi ze zmianą zachowania - wykorzystanie relaksacji, uprawianie sportu, odpoczynku na świeżym powietrzu itp.;
- ✓ związanymi ze zmianą środowiska pracy.

W programach ukierunkowanych na organizację wyróżnić można strategie związane ze zmianą charakterystyki [235]:

- ✓ organizacji, w tym systemu szkoleń, komunikacji, nagradzania, itp.;
- ✓ ról, w tym wzrost autonomii pracowników, zmniejszenie ich obciążenia itp.;
- ✓ zadań - dostosowanie ich do preferencji pracownika.

Zdaniem Potockiej analiza zagrożeń zawodowych nadal przysparza wiele trudności, a przecież zgodnie ze współczesnym modelem ochrony zdrowia pracowników, w ramach rozpoznawania, monitorowania i próby eliminowania zagrożeń zawodowych, powinno się także uwzględnić psychospołeczne zagrożenia obecne w środowisku pracy medyków [236].

## PODSUMOWANIE WYNIKÓW

1. Ponad 60% badanych stwierdziło, że jest (w różnym stopniu) zadowolona z życia, a jedynie nieco ponad 20% osób było z niego niezadowolonych.
2. Najmniejszym poziomem zadowolenia z życia charakteryzowały się osoby pracujące najdłużej.
3. Wyższe wartości w zakresie zadowolenia z życia cechowały pracowników szpitala w Chełmie i SPSK 4 w Lublinie.
4. Nieco wyższą satysfakcją z życia charakteryzowali się lekarze (24,4 vs. 22,9 pkt) oraz pracownicy Szpitala w Chełmie i SPSK 4 w Lublinie.
5. Wraz ze spadkiem poziomu zadowolenia z życia, wzrastał poziom wypalenia zawodowego.
6. Mimo stresogenności, praca w zespole transplantacyjnym dostarczała badanym dużo satysfakcji, o czym świadczy fakt, iż 78,4% ankietowanych osób deklarowało większe bądź mniejsze zadowolenia z pracy.
7. Za główne trudności w wykonywanej pracy badani uważali fakt nieustannego obcowania ze śmiercią (51,6%) oraz zbyt niskie wynagrodzenie (43,9%).
8. Zdecydowana większość ankietowanych pracowników (92,3%) nie miała problemów z rozwiązywaniem zadań realizowanych w pracy.
9. W przypadku występowania problemów zawodowych, 42% ankietowanych szukało pomocy u innych osób, najczęściej u współpracowników i przełożonych (26,8%), a aż 58% badanych nie szukało pomocy w ogóle.
10. Według 83,4% badanych praca w zespole transplantacyjnym powoduje, iż nawet po jej zakończeniu myśli się o niej
11. Po pracy aż 71,4% respondentów czuło się wyczerpanymi.
12. Ponad połowa osób (54,1%) nie odczuwała potrzeby zmiany pracy, ale niewiele mniej, bo 43,9% ankietowanych chętnie poszukałaby nowego miejsca zatrudnienia.
13. Dwie trzecie ankietowanych osób (66,2%) wybrałoby ponownie ten sam zawód, gdyby mogły jeszcze raz zdecydować o swojej karierze zawodowej, ale mniej więcej co szósta osoba (17,8%) wybrałaby inną pracę.
14. Ponad połowa respondentów (51%) ponownie wybrałaby ponownie pracę w zespole transplantacyjnym, a jedynie co piąta osoba (19,1%) zdecydowanie odrzucała taką możliwość.

15. Poczucie wypalenia zawodowego miała większość ankietowanych pracowników zespołów transplantacyjnych, w tym cały czas (5,7%), kilka razy (48,4%) lub bardzo często (13,4%). Mniej więcej jedna szóstka wszystkich respondentów (16,6%) nie miała nigdy takiego poczucia.
16. Poziom stresu ankietowanych osób nie był wysoki ponieważ, aż 95% z nich zostało sklasyfikowanych jako osoby o niskim poziomie stresu. Osoby pracujące w zespołach transplantacyjnych w sytuacjach stresowych były bardziej ukierunkowane na unikanie (28,6% badanych), niż zadaniowość (26,6% badanych).
17. Najwyższym poziomem stresu charakteryzowały się osoby pracujące od 11-20 lat.
18. Nie stwierdzono znamiennych statystycznie różnic w poziomie stresu ankietowanych osób z różnych ośrodków.
19. Większość ankietowanych jako sposoby radzenia sobie ze stresem stosowała aktywne życie towarzyskie (52,9%), słuchała muzyki (38,9%), oddawała się swojemu hobby (38,2%) lub starała się podnosić swoje kwalifikacje zawodowe (31,2%).
20. Ponad połowa ankietowanych (55,4%) została zaklasyfikowana jako osoby posiadające wysoką ocenę własnej skuteczności. Oceny niskie dotyczyły mniej niż jednej piątej ankietowanych osób (20,4%).
21. Samoocena skuteczności dokonana przez ankietowane osoby nie zależała w żadnym stopniu od ich stażu pracy, ale nieco większą oceną własnej skuteczności charakteryzowali się lekarze.
22. Generalnie poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie był relatywnie niski, przy czym najsilniej uwidoczniło się wyczerpanie psychofizyczne, zaś najmniej - brak skuteczności zawodowej.
23. Nie stwierdzono statystycznie istotnych powiązań poziomu wypalenia zawodowego ze stażem pracy w zespole transplantacyjnym.
24. Jedynie dla oceny braku skuteczności zawodowej występowała bardzo słaba, ujemna korelacja z wypaleniem zawodowym.
25. Poziom wypalenia zawodowego był wyraźnie wyższy w grupie pielęgniarek, niż lekarzy, zwłaszcza w kategorii „rozczarowanie”, a w następnej kolejności w kategoriach „brak zaangażowania w relacje” i w nieco mniejszym stopniu „wyczerpanie psychofizyczne”.



26. Poziom wypalenia zawodowego pomiędzy pracownikami różnych placówek różnił się jedynie dla kategorii „wyczerpanie psychofizyczne”, gdzie negatywnie na tle pozostałych grup wyróżnia się kondycja psychiczna osób ze szpitala SPSK 1 w Lublinie.
27. Poziom tłumienia negatywnych emocji był znamienne wyższy w grupie pracowników z Białej Podlaskiej i Chełma, zwłaszcza w kategorii „tłumienie gniewu”.
28. Nieco wyższym natężeniem negatywnych emocji charakteryzowała się grupa osób z wykształceniem średnim (55,6 vs. 51,8 pkt), przy czym zależność ta była jedynie zbliżona do poziomu istotności statystycznej,
29. Poziom tłumienia lęku i ogólnie poziom tłumienia negatywnych emocji był wyższy w najstarszej grupie wiekowej i u osób o wyższym poziomie wypalenia zawodowego.
30. Pewne znamienne statystycznie różnice uwidoczniły się dla kontroli negatywnych emocji - w szczególności, poziom tłumienia lęku i ogólnie poziom tłumienia negatywnych emocji był wyższy w najstarszej grupie wiekowej.
31. Znamienne różnice pomiędzy szpitalami wystąpiły też w kwestii samooceny własnej skuteczności - wyższe wyniki uzyskano w szpitalach w Białej Podlaskiej i Chełmie, niż w szpitalach lubelskich.
32. W kwestii samooceny własnej skuteczności nie stwierdzono statystycznie istotnych zależności od wieku badanych.
33. Nieco większą oceną własnej skuteczności charakteryzowali się lekarze i była to, przy porównywaniu miary punktowej GSES, zależność znamienna statystycznie (średnio rzecz biorąc 28,2 pkt wśród pielęgniarki vs. 31,1 pkt wśród lekarzy).
34. Poziom zadowolenia z życia, stresu oraz wypalenia zawodowego nie zależał w znamienny statystycznie sposób od wieku respondentów.
35. Osoby o wyższym poziomie wypalenia zawodowego miały też większe natężenie negatywnych emocji, a w szczególności wyczerpanie psychofizyczne pracą było skorelowane z koniecznością tłumienia gniewu.
36. Im wyższy był poziom wypalenia zawodowego, tym niższa była ocena własnej skuteczności.
37. Nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w poziomie kontroli emocji pomiędzy grupą pielęgniarek i lekarzy.



38. Nie było statystycznie istotnych różnic w poziomie zadowolenia z życia, wypalenia zawodowego oraz ocenie stresu pomiędzy osobami o różnym poziomie wykształcenia.

## WNIOSKI I POSTULATY

Na podstawie analizy uzyskanych wyników i w odpowiedzi na postawione hipotezy skonstruowano siedem wniosków:

- ✓ Pierwszy - jako odpowiedź na hipotezę 1
- ✓ Drugi - jako odpowiedź na hipotezę 2
- ✓ Trzeci - jako odpowiedź na hipotezę 3
- ✓ Czwarty - jako odpowiedź na hipotezę 4
- ✓ Piąty i szósty - jako odpowiedź na hipotezę 5
- ✓ Siódmy - jako odpowiedź na hipotezę 6

### Wnioski

1. Średnia ocena zadowolenia z życia w badanej grupie była dość wysoka, a na jej poziom miał wpływ staż pracy, wykonywany zawód i miejsce pracy, a nie wpływały zaś wiek i wykształcenie.
2. Większość badanych prezentowała niski poziom stresu, który zależał od stażu pracy, a nie miały na niego wpływu wykształcenie, wykonywany zawód, miejsce pracy i wiek.
3. Respondenci prezentowali przeciętny poziom siły kontrolowania negatywnych emocji (w największym w zakresie dla depresji oraz lęku), który różnicowało wykształcenie, miejsce pracy, wiek, a nie wpływały na nią staż pracy i wykonywany zawód.
4. Członkowie zespołów transplantacyjnych posiadali wysoką ocenę własnej skuteczności, na którą wpływ miały miejsce pracy i wykonywany zawód, nie wpływały zaś staż pracy, wiek i wykształcenie.
5. Poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie był relatywnie niski, najsilniejszy w kategorii „wyczerpanie psychofizyczne” i najslabszy w kategorii „brak skuteczności zawodowej”.
6. Na poziom wypalenia zawodowego członków zespołów transplantacyjnych istotnie statystyczny wpływ miały ich satysfakcja z życia, poziom negatywnych emocji, ocena własnej skuteczności, wykonywany zawód i miejsce pracy, a nie wpływał na niego poziom stresu, staż pracy w zespole transplantacyjnym, wykształcenie i wiek.

7. Większość ankietowanych stosowała właściwe sposoby radzenia sobie ze stresem, korzystając ze stylu unikowego i zadaniowego, ale w rozwiązywaniu problemów bardzo rzadko korzystała z pomocy psychologa.

## Postulaty

Analiza uzyskanych wyników związanych z oceną stopnia wypalenia zawodowego wykazała wprawdzie iż był on relatywnie niski, jednakże wartości punktowe poszczególnych miar mieściły się w zakresie od 6-7 do 29-33 oraz poczucie wypalenia zawodowego u większości ankietowanych, myślenie o pracy po jej zakończeniu, czy poczucie wyczerpania po pracy, sugerują konieczność wprowadzenia działań profilaktycznych w badanych placówkach.

Wydaje się, że powinno się wdrożyć w placówkach respondentów działania sprzyjające:

- ✓ systematycznemu monitorowaniu potencjalnych stresorów oraz stanu zdrowia psychicznego pracowników;
- ✓ sukcesywnemu usuwaniu/modyfikowaniu stresorów;
- ✓ poprawie wzajemnych relacji pracowników;
- ✓ zapobieganiu nawarstwianiu się konfliktów w pracy;
- ✓ wprowadzeniu korzystnego planu pracy na poszczególnych stanowiskach;
- ✓ jasnemu określanie obowiązków zawodowych;
- ✓ wprowadzeniu sprawiedliwych zasad zarządzania;
- ✓ wdrożeniu adekwatnego do wkładu pracy systemu nagradzania;
- ✓ wprowadzeniu dodatkowych dni wolnych od pracy albo przerw w pracy umożliwiających regenerację sił;
- ✓ włączeniu pracowników w planowanie ich rozwoju zawodowego;
- ✓ stwarzaniu pracownikom możliwości udziału w szkoleniach wewnętrznych i zewnętrznych na temat stresu, wypalenia zawodowego i ich pokonywania.

## PIŚMIENNICTWO

1. Stres w pracy - jak radzić sobie ze stresem w pracy, <https://enel.pl/enelzdrowie/zdrowie-w-pracy/stres-w-pracy-jak-radzic-sobie-ze-stresem-w-pracy>, data pobrania 05.05.2021.
2. Jurgilewicz O.: Stres i stresory w pracy wpływające na poczucie bezpieczeństwa pracownika, *Modern Management Review*, 2017, 24 (4/2017), 59-71.
3. Flash Eurobarometer 398, Working Conditions, 2014, [http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl\\_398\\_sum\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/flash/fl_398_sum_en.pdf), data pobrania 05.05.2021
4. Kucharska A., Stres w miejscu pracy - ocena ryzyka zawodowego krok po kroku, 2018, <https://www.portalbhp.pl/bhp-dla-pocztakujacych/stres-w-miejscu-pracy-ocena-ryzyka-zawodowego-krok-po-kroku-4837.html>, data pobrania 05.05.2021.
5. Czynniki psychospołeczne w środowisku pracy i związane z nimi ryzyko zawodowe, Materiał na posiedzenie Rady Ochrony Pracy, Warszawa, 2014 <http://rop.sejm.gov.pl/uploads/neoidee/4/material77.pdf>, data pobrania 05.05.2021.
6. Kraczkla M.: Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas Zarządzanie*, 2013, 14(2), 69-81.
7. Goss P., „Dziewczyny w maskach” – praca pielęgniarek operacyjnych, 2018, <https://everethnews.pl/newsy/dziewczyny-w-maskach-praca-piellegniarek-operacyjnych/>, data pobrania 05.05.2021.
8. Ogińska-Bulik N., Kaflik-Pieróg M., Stres zawodowy w służbach ratowniczych, WSHE, Łódź, 2006.
9. Olejnik K., Olejnik S., Stres psychologiczny. Przyczyny, reakcje organizmu, skutki i osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem. Skrypt, Cykl szkoleniowy realizowany w ramach projektu pn. „Wdrożenie strategii szkoleniowej”, <http://www publikacje.edu.pl/pdf/12179.pdf>, data pobrania 05.05.2021.
10. Selye H., Stres życia, PIW, Warszawa, 1960.
11. Przybek – Mita J., Podraza K., Czynniki stresogenne w pielęgniarskim środowisku pracy a wypalenie i kondycja zdrowotna pielęgniarek/pielęgniarzy, Podkarpacki Instytut Książki i Marketingu, Rzeszów, 2015.
12. Selye H., Stres okiełznany, PIW, Warszawa, 1977.
13. Pieniążek I., Stres i radzenie sobie ze stresem, 2014, <http://www.zol-krakow.pl/dok/>

2014 -10-23\_szkol-spec\_STRES\_I\_RADZENIE\_SOBIE\_ZE\_STRES EM.pdf, data pobrania 05.05.2021.

14. Brzeska H.: Czynniki związane ze stresem zawodowym pielęgniarek oddziałowych, *Antidotum*, 1998, 9, 63-93.
15. Terelak J. F., *Psychologia stresu*, Wydawnictwo Branta, Bydgoszcz, 2001.
16. Lazarus R. S., *Paradygmat stresu i radzenia sobie*, Nowiny psychologiczne, 3-4, PTP, Warszawa, 1986.
17. Szczepańska J., *Jak pracuje człowiek?*, PIW, Warszawa, 1981.
18. Dobrowolska D., *Praca w życiu człowieka*, Instytut Wydawniczy CRZZ, Warszawa, 1980.
19. Tartas M., Derewicz G., Walkiewicz M., Budziński W.: Źródła stresu zawodowego w pracy pielęgniarek zatrudnionych w oddziałach o dużym obciążeniu fizycznym i psychicznym – hospicjum oraz chirurgii ogólnej, *Annales Academiae Medicae Gedanensis*, 2009, 39, 145–153.
20. Cooper C. L., Marshall J.: Źródła stresu w pracy kierowniczej i umysłowej [w]: *Stres w pracy*. Cooper C.L., Payne R. (red.):, PWN, Warszawa, 1987.
21. Wojciechowska J.: Syndrom wypalenia zawodowego, *Nowiny psychologiczne*, 1990, 5-6, 83-91.
22. Basińska, B., Wilczek-Rużyczka E.: Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych, *Przegląd Psychologiczny*, 2011, 54(1), 99-113.
23. Noworol Cz.: Zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na zmiany [w]: *Stres pracy zmianowej*. Iskra-Golec I. (red.):, Universitas, Kraków, 1998.
24. Iskra-Golec I., *Stres pracy zmianowej*, Universitas, Kraków, 1998.
25. Górniak M., Chojnacka-Kowalewska G.: Stres pielęgniarki w opiece nad pacjentem w terminalnym okresie choroby nowotworowej, *Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu*, 2018, 1(3), 63-80.
26. Narodowy Program Rozwoju medycyny transplantacyjnej Polgraft na lata 2010 – 2014, Warszawa, 2010, [http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma\\_struktura/docs/program\\_polgraft\\_27052010.pdf](http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/program_polgraft_27052010.pdf), data pobrania 05.05.2021.
27. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B., Krajewska-Kułak E., *Transplantologia i pielęgniarstwo transplantacyjne*, PZWL, Warszawa, 2016.

28. Jendretzki A., Mędrzycka-Dąbrowska W., Liberek A., Chamienia A., Postawy personelu medycznego Szpitala Specjalistycznego św. Wojciecha w Gdańsku wobec transplantacji narządów. XII Kongres Polskiego Towarzystwa Transplantacyjnego, Gdańsk, Forum Nefrologiczne, 2015, 8(sup. A), A1–A11:119.
29. Sieradzka A., Tajemnice transplantacji, PWN, Warszawa, 2017.
30. Milecka A.: Problemy związane z koordynacją pobierania i przeszczepiania narządów i tkanek, Forum Nefrologiczne 2010, 3(2), 95-100.
31. Milaniak I., Dębska G.: Wykorzystanie modelu pielęgniarstwa Virginii Henderson w opiece nad potencjalnym dawcą narządów ze śmiercią mózgu, Problemy Pielęgniarstwa, 2017, 25(4), 276-283.
32. Bohatyrewicz R., Żukowski M.: Śmierć mózgu. Opieka nad dawcą narządów [w:] Anestezjologia i intensywne terapie. Klinika i pielęgniarstwo. Wołowicka L. (red.):, PZWL, Warszawa, 2007, 283–288.
33. Wilczek-Rużyczka E., Wypalenie zawodowe pracowników medycznych, Wolters Kluwer Polska, Kraków 2014.
34. Freudenberger H. J.: Staff burn-out, Journal of Social Issues, 1974, 30, 159-165.
35. Edelwich J., Brodsky A., Burn-out: Stages of disillusionment in the helping professionals, Human Science Press, New York, 1980.
36. Farber B. A.: Introduction: A critical perspective on burnout [w:] Stress and burnout in the human service professions. Farber B.A. (red.):, Pergamon Press, New York, 1983, 1-22.
37. Maslach C.: Burned-out, Human Behavior, 1976, 5, 16-22.
38. Schaufeli W., Maslach C., Marek T., Professional burnout: Recent developments in theory and research, Taylor & Francis, Washington DC, 1993.
39. Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju, Przegląd Psychologiczny, 2001, 44, 3, 301-317.
40. Lazarus R.S.: Thoughts on the relations between emotion and cognition, American Psychologist, 1982, 36, 1019-1024.
41. Lazarus R.S.: Paradygmat stresu i radzenia sobie, Nowiny Psychologiczne, 1986, 3-4, 2-39.
42. Lazarus R. S., Emotion and Adaptation, Oxford University Press, New York, 1991.
43. Lazarus R. S.: Coping theory and research. Past, present and future, Psychosomatic Medicine, 1993, 55, 234-247.

44. Lazarus R. S., From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks, *Annual Review Psychological*, 1993, 44, 1-21.
45. Sęk H.: Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Społeczne i podmiotowe uwarunkowania [w:] *Edukacja wobec zmiany społecznej*. Brzeziński J., Witkowski L. (red.):, Edytor, Poznań-Toruń, 1994, 325-343.
46. Campbell J.P., Dunnette M.D., Lawler E.E., Weick K.E., *Managerial Behavior, Performance, and Effectiveness*, McGraw-Hill, New York, 1970.
47. Caplan R. D.: Person-environment fit: Past, present, and future [w:] *Stress Research*. Cooper C.L. (red.):, Wiley, New York, 1983, 35-78.
48. Cox T., Ferguson E.: Individual differences, stress and coping [w:] *Personality and stress*. Cooper C. L., Payne R. (red.): John Wiley and Sons, Chichester, 1991, 7-30.
49. Fay D., Sonnentag S., Frese M.: Stressors, Innovation, and Personal initiative [w:] *Theories of Organizational Stress*. Cooper C.L. (red.):, Oxford University Press, New York, 1998, 170-189.
50. Wilczek-Rużyczka E., Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek, *Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2008*.
51. Bańka A.: Psychologia organizacji [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Strelau J. (red.):, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2000, 281-320.
52. Schaufeli W., Enzmann D., *The burnout companion to study and practice: A Critical Analysis*, Taylor & Francis, London, 1998.
53. Rifkin J., *The End of Work*, Tracher/Putnan, New York, 1995.
54. Paoli P., *Second European survey on the work environment 1995*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, Loughlinstown House, 1997.
55. Lasch C., *The Culture of Narcissism: American Life in an Age Diminishing Returns*, Norton, New York, 1979.
56. Wilczek-Rużyczka E., Wypalenie zawodowe, 2015, <https://www.mp.pl/komunikacja/lekarz-lekarz/117854,wypalenie-zawodowe>, data pobrania 05.05.2021.
57. Cherniss C., *Professional burnout in the human organizations*, Praeger, New York, 1980.
58. Tucholska S., Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska

- i jego osobowościowych uwarunkowań, Wydawnictwo KUL, Lublin, 2003.
59. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P.: Job burnout, *Annual Review of Psychology*, 2001, 52, 397-422.
  60. Maslach C.: Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej [w:] Wypalenie zawodowe - przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. H. Sęk (red.):, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
  61. Maslach C.: What have we learned about burnout and health?, *Psychology & Health*, 2001, 16, 607-611.
  62. Emener W. G., Luck R.S., Gohs F. X.: A theoretical investigation of the construct burnout, *Journal of Rehabilitation Administration*, 1982, 6, 188-196.
  63. Kraczkla M.: Wypalenie zawodowe jako efekt długotrwałego stresu, *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Humanitas. Zarządzanie*, 2013, 2, 69-81.
  64. Shirom A.: Burnout in Work Organizations [w:] *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. Cooper C.L., Robertson I. (red.):, John Wiley and Sons Chichester, 1989, 25-48.
  65. Fengler J., Pomaganie męczy, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2000
  66. Burisch M., Das Burnout-Syndrom. Theorie der innren Erschöpfung, Springer, Berlin, 1989.
  67. Gramlewicz M.: Zjawisko wypalenia zawodowego wśród pracowników zajmujących się pracą socjalną, *Społeczeństwo i Edukacja. Międzynarodowe Studia Humanistyczne*, 2012, 1, 449-465.
  68. Pines A. M.: Wypalenie - w perspektywie egzystencjalnej [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Sęk H. (red.):, PWN, Warszawa, 2007, 32-57.
  69. Monat A., Lazarus R.S., *Stress and Coping*, Columbia University Press, New York, 1985.
  70. Maddi S.: The existential neurosis, *Journal of Abnormal Psychology*, 1967, 72, 311-325.
  71. Maddi S.: The Search for Meaning [w:] *The Nebraska Symposium on Motivation*. Arnold W., Page M. (red.):, University of Nebraska Press, Lincoln, 1970, 137-186.
  72. Maslach C.: Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon.[w:] *Job stress and burnout*. Paine W.S. (red.):, Sage, Beverly Hills, CA, 1982, 29-40.



73. Maslach C.: Wypalenie się, utrata troski o człowieka [w:] Psychologia i życie. Zimbardo P. G., Ruch F. L. (red.):, PWN, Warszawa, 1998, 623-628.
74. Dłużewska M., Rozprawa doktorska pt.: Przyczyny i konsekwencje procesu wypalenia zawodowego pielęgniarek zatrudnionych w obszarze działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu, Poznań, 2010.
75. Maslach C., Goldberg J.: Prevention of burnout: New perspectives, *Applied & Preventive Psychology*, 1998, 7, 63-74.
76. Maslach C., *Burnout: The cost of caring*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ, 1982.
77. Maslach C.: Burnout. A multidimensional perspective [w:] Professional burnout. Recent developments in theory and research. Schaufeli W.B., Maslach C., Marek T. (red.):, Taylor & Francis, Washington DC, 1993, 19-32.
78. Maslach C., Leiter M. P., *The truth about Burnout. How organizations cause personal stress and what to do about it*, Jossey-Bass, San Francisco, CA, 1997.
79. Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju, *Przegląd Psychologiczny*, 2001, 3, 301-317.
80. Becker E., *The Denial of Death*, Free Press, New York, 1973.
81. Obuchowski K., *Psychologia dążeń ludzkich*, PWN, Warszawa, 1965.
82. Pines A. M., Aronson E., *Career burnout: Causes and cures*, Free Press, New York, 1988.
83. Burisch M.: W poszukiwaniu teorii - przemyślenia na temat natury i etiologii wypalenia [w:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Sęk H. (red.):, PWN, Warszawa, 2007, 58-82.
84. Pines A.M.: Burnout: An existential perspective [w:] Professional burnout. Recent developments in theory and research. Schaufeli W. B., Maslach C., Marek T. (red.):, Taylor & Francis, Washington, DC, 1993, 33-51.
85. Golembiewski R. T., Munzenrider R. F., Stevenson J.G., *Stress in organizations: Toward a phase model of burnout*, Praeger, New York, 1986.
86. Golembiewski R. T., Scherb K., Boudreau R. A.: Burnout in cross-national settings: Generic and model-specific perspectives [w:] Professional burnout. Recent developments in theory and research. Schaufeli W. B., Maslach C., Marek T. (red.):, Taylor & Francis, Washington, DC, 1993, 217-236.
87. Golembiewski R. T., Munzenrider R. F., *Phases of burnout: developments in concepts and applications*, Praeger, New York, 1988.

88. Cherniss C.: Role of Professional Self-Efficacy in the Etiology and Amelioration of Burnout [w:] Professional burnout. Recent developments in theory and research. Schaufeli W. B., Maslach C., Marek T. (red.):, Taylor & Francis, Washington, DC, 1993, 135-149.
89. Cherniss C.: Natural recovery from burnout: Results from a 10-year follow-up study, *Journal of Health and Human Resources Administration*, 1990, 13, 132-154.
90. Hall D.T., *Careers in organization*, Goodyear, Pacific Palisades, CA, 1996.
91. Bandura A.: Human agency in social cognitive theory, *American Psychologist*, 1989, 44, 1175.
92. Maslach C.: A Multidimensional Theory of Burnout [w:] *Theories in Organizational Stress*. Cooper C.L. (red.):, Oxford University Press, New York, 1998, 68-85.
93. Sęk H.: Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005, 14(2), 93-98.
94. Bryant F.B.: A four-factor model of perceived control: avoiding, coping, obtaining and savoring, *Journal of Personality*, 1989, 57, 773-797.
95. Sęk H.: Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Sęk H. (red.):, PWN, Warszawa, 2007, 95.
96. Formański J., *Psychologia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1998.
97. Hillhouse J., Adler C., Waltres D.: A simple model of stress, burnout and symptomatology in medical residents: a longitudinal study, *Psychology, Health & Medicine*, 2000, 5, 1, 63-73.
98. Rafferty J.P., Lemkau J.P., Purdy R.R., Rudisill J.R.: Validity of the Maslach Burnout Inventory for family practice physicians, *Journal of Clinical Psychology*, 1986, 42, 488-492.
99. Cronin-Stubbs D., Rooks C.: The stress, social support, and burnout of critical care nurses, *Heart and Lung*, 1985, 14, 31-39.
100. Wilczek-Rużyczka E.: Radzenie sobie ze stresem a syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2002, 1-2, 168-181.
101. Sęk H.: Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Sęk H. (red.):, PWN, Warszawa, 2007, 83-112.

102. Łosiak W., *Natura stresu. Spojrzenie z perspektywy ewolucyjnej*, Wydawnictwo UJ, Kraków, 2007.
103. Łosiak W., *Psychologia emocji*, Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne, Warszawa, 2007
104. Chirkowska-Smolak T.: Organizacyjne czynniki wypalenia zawodowego, *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 2009, 71(4), 257-272.
105. Jackson S. E., Schuler R. S.: Preventing employee burnout, *Personnel*, 1983, 2, 58-68.
106. Elliot T., Shewchuk R., Hagglund K., Rybarczyk B., Harkins S.: Occupational burnout, tolerance for stress, and coping among nurses in rehabilitation units, *Rehabilitation Psychology*, 1996, 41(4), 267-284.
107. Anczewska M., Świtaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe, *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005, 14(2), 67-77.
108. Bakker A. B., Schaufeli W. B., Demerouti E., Janssen P. P. M., Van Der Hulst R.: Using equity theory to examine the difference between burnout and depression, *Anxiety Stress Coping*, 2000, 13(3), 247-268.
109. Lacovides A., Fountoulakis K. N., Kaprinis St., Kaprinis G.: The relationship between job stress, burnout and clinical depression, *Journal of Affective Disorders*, 2003, 75, 209-221.
110. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P.: Job burnout, *Annual Review of Psychology*, 2001, 52, 397-422.
111. Maslach C.: Multidimensional theory of burnout [w:] *Theories of organizational stress*. Cooper C. L. (red.):, Oxford University Press, New York, 1998, 68-85.
112. Wiesmuller G. A., Ebel H., Hornberg C., Kwan O., Friel J.: Are syndromes in environmental medicine variants of somatoform disorders?, *Medical Hypotheses*, 2003, 61(4), 419-430.
113. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)*, fourth edition, American Psychiatric Association, Washington, 1994.
114. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, UWM Vesalius, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Kraków-Warszawa, 2000.

115. Koc J.: Praktycy kontra psychologdy: wypalenie zawodowe to choroba czy wymówka dla leniwych?, 2014, <https://www.pulshr.pl/zarzadzanie/praktycy-kontra-psychologdy-wypalenie-zawodowe-to-choroba-czy-wymowka-dla-leniwych>, 18227, data pobrania: 05.05.2021.
116. Widerszal-Bazyl M., Stres w pracy a zdrowie, czyli o próbach weryfikacji modelu Roberta Karaska oraz modelu: wymagania - kontrola – wsparcie, Centralny Instytut Ochrony Pracy - Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa, 2003.
117. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P., Maslach Burnout Inventory Manual. Third Edition, Consulting Psychologists Press, California, 1997.
118. Tobiasz-Adamczyk B., Bajka Marmon G., Wybrane elementy socjologii zawodów medycznych, Collegium Medicum UJ, Kraków, 1996.
119. McClelland D. C., Atkinson J. W., Clark R. A., Lowell E. L., The achievement motives, Appleton Century Crofts, New York, 1953.
120. Kadushin A., Child Welfare Semices, Macmillan, New York, 1974.
121. Freudenberger H. J., Richelson G., Burnout: The high cost of high achievement, Doubleday, Garden City, New York, 1980.
122. Friedman R.: Making family therapy easier for the therapist: burnout prevention, Family Process, 1985, 24, 543.
123. Harrison D. H.: A social competence model of burnout [w:] Stress and burnout in the human service professions. Farber B. A. (red.):, Pergamon Press, New York, 1983, 31.
124. Pines A., Aronson E., Kafry D., Burnout: From Tedium to Personal Growth, Free Press, New York, 1981.
125. Grzywak-Kaczyńska M., Trud rozwoju, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa, 1988.
126. Farber B. A.: Introduction: A critical perspective on burnout [w:] Stress and burnout in the human professions. Farber B. A. (red.):, Pergamon Press, New York, 1983, 9.
127. Wiener J.M., Medycyna behawioralna, Urban & Partner, Wrocław, 1996.
128. Jankowski K., Od psychiatrii biologicznej do humanistycznej, J. Santorski&Co Agencja Wydawnicza, Warszawa, 1994.
129. Czabała J. C., Czynniki leczące w psychoterapii, PWN, Warszawa, 2000.
130. Jarosz M., Psychologia lekarska, PZWL, Warszawa, 1978.
131. Koeske G. E, Koeske R. D.: Work load and burnout: Can social support and perceived accomplishment help?, Social Work, 1988, 243-248.

132. Lewiston N. J., Conley J., Blessing-Moore J.: Measurement of hypothetical burnout cysticfibrosis caregivers, *Acta Paediatrica Scandinavica*, 1981, 70, 935-939.
133. Savicki V., Cooley E.: The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals, *Journal of Counseling and Development*, 1987, 65, 249-251.
134. Rodgers J. C., Dodson S. C.: Burnout in occupational therapists, *American Journal of Occupational Therapy*, 1988, 42, 787-792.
135. Maslach C., Pines A.: The burnout syndrome in the day care setting, *Child Care Quarterly*, 1977, 6, 100-113.
136. Roter D. L., Hall J. A.: Health education theory: an application to the process of patient-provider communication, *Health Education Research*, 1991, 6, 185-193.
137. Adams J. S.: Inequity in social exchange, *Advances in Experimental Social Psychology*, 1965, 2, 267-299.
138. Walster E., Walster G. W., Berscheid E., *Equity: theory and research*, Allyn & Bacon, Boston, MA, 1978.
139. Reimer C., Freisfeld A.: Einstellungen und emotionale Reaktionen von Ärzten gegenüber, *Therapiewoche*, 1984, 34, 3514-3520.
140. Grossi G., Perski A., Evengard B., Blomkvist V., Orth-Gomer K.: Physiological correlates of burnout among women, *Journal of Psychosomatic Research*, 2003, 55, 309-316.
141. Ciechaniewicz W., *Pielęgniarstwo – ćwiczenia*, PZWL, Warszawa, 2001.
142. Burian J., Gugata B.: Stres w pracy pielęgniarek i sposoby radzenia sobie z nim, *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 2003, 3, 69-75.
143. Wilczek-Rużyczka E.: Wypalenie zawodowe a poziom empatii u pielęgniarek, *Sztuka Leczenia*, 2003, 1, 91-95.
144. Beisert M.: Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Sęk H. (red.);, PWN, Warszawa, 2007, 182-215.
145. Meltzer L. S., Huckabay L. M.: Critical care nurses perceptions of futile care and its effect on burnout, *American Journal of Critical Care*, 2004, 13 (3), 202-208.
146. Grassi L., Magnani K.: Psychiatric morbidity and burnout in the medical profession and Italian study of general practitioners and hospital physicians, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2000, 69/6, 329-334.

147. Dunn H. P., Etyka dla lekarzy, pielęgniarek i pacjentów, Wydawnictwo Biblos, Tarnów, 1997.
148. Lambert V. A.: Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses, *International Journal of Nursing Studies*, 2004, 41, 85-97.
149. Modzelewska T., Kulik T. B.: Zachowanie prozdrowotne pielęgniarek a zespół wypalenia zawodowego, *Pielęgniarka i Położna*, 2002,10, 8-10.
150. Gawęł G., Rak A., Kowal A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek a sposoby radzenia sobie w sytuacjach stresowych, *Międzynarodowa Konferencja Naukowa: Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka*, Kraków, 2000, 121.
151. Hall K. N., Wakeman M. A., Levy R. C., Khoury J.: Factors associated with career longevity in residency-trained emergency physicians. *Annals of Emergency Medicine*, 1992, 21, 291-297.
152. Lloyd S., Streiner D., Shannon S.: Burnout, depression, life and job satisfaction among Canadian emergency physicians, *Journal of Emergency Medicine*, 1994, 12, 559-565.
153. Fields A. I., Cuerton T. T., Brasseux C. O., Getson P. R., Thompson A. E., Orłowski J. P., Youngner S. J.: Physician burnout in pediatric critical care medicine, *Critical Care Medicine*, 1995, 23, 1425-1429.
154. Guntupalli K. K., Fromm R. E. Jr: Burnout in the internist-intensivist, *Intensive Care Medicine*, 1996, 22, 625-630.
155. Ramirez A. J., Graham J., Richards M. A., Cull A., Gregory W. M.: Mental health of hospital consultants: the effects of stress and satisfaction at work, *Lancet*, 1996, 347, 724-728.
156. Campbell D. A. Jr, Sonnad S. S., Eckhäuser F.E., Campbell K. K., Greenfield L. J.: Burnout among American surgeons, *Surgery*, 2001, 130, 696-705.
157. Gabbe S. G., Melville J., Mandel L., Walker E.: Burnout in chairs of obstetrics and gynecology: diagnosis, treatment, and prevention, *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186, 601-612.
158. Sargent M. C., Sotile W., Sotile M. O., Rubash H., Barrack R. L.: Stress and coping among orthopaedic surgery residents and faculty, *Journal of Bone and Joint Surgery-American Volume*, 2004, 86-A,1579-1586.

159. Nyssen A. S., Hansez I., Baele P., Lamy M., De Keyser V.: Occupational stress and burnout in anaesthesia, *British Journal of Anaesthesia*, 2003, 90, 333-337.
160. Nyssen A. S., Hansez I.: Stress and burnout in anaesthesia, *Current Opinion in Anesthesiology*, 2008, 21, 406-411.
161. Bertges Yost W., Eshelman A., Raoufi M., Abouljoud M. S.: A national study of burnout among American transplant surgeons, *Transplantation Proceedings*, 2005, 37, 1399–1401.
162. Johns M. M. 3rd, Ossoff R. H.: Burnout in academic chairs of otolaryngology: head and neck surgery, *Laryngoscope*, 2005, 115, 2056-2061.
163. Golub J. S., Weiss P. S., Ramesh A. K., Ossoff R. H., Johns M. M. 3rd: Burnout in residents of otolaryngology-head and neck surgery: a national inquiry into the health of residency training, *Academic Medicine*, 2007, 82, 596-601.
164. Garelick A. I., Gross S. R., Richardson I., von der Tann M., Bland J., Hale R.: Which doctors and with what problems contact a specialist service for doctors? A cross sectional investigation, *BMC Medicine*, 2007, 5, 26.
165. Raggio B., Malacarne P.: Burnout in intensive care unit, *Minerva Anestesiologica*, 2007, 73, 195-200.
166. Magnavita N., Fileni A., Magnavita G., Mammi F., Mirk P., Roccia K., Bergamaschi A.: Work stress in radiologists: a pilot study, *La radiologia medica*, 2008, 113, 329-346.
167. Sharma A., Sharp D. M., Walker L. G., Monson J. R.: Stress and burnout in colorectal and vascular surgical consultants working in the UK National Health Service, *Psychooncology*, 2008, 17(6), 570-576.
168. Embriaco N., Azoulay E., Barrau K., Kentish N., Pochard F., Loundou A., Papazian L.: High level of burnout in intensivists: prevalence and associated factors, *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 2007, 175, 686-692.
169. Krogstad U., Hofoss D., Hjortdahl P.: Doctor and nurse perception of inter professional co-operation in hospitals, *International Journal for Quality in Health Care*, 2004, 16(6), 491-497.
170. Martens M. L.: A Comparison of stress factors in home and inpatient hospice nurses, *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 2009, 11, 144-153.

171. Hasselhorn H. M., Mueller B. H., Tackenberg P.: Investigating premature departure from the nursing professions in Europe - the European NEXT-Study [w:] Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Hasselhorn H. M., Mueller B. H., Tackenberg P. (red.);, SALTSA, Sztokholm, 2003, 9-18.
172. Hallsten L., Bellaagh K., Gustavsson K.: Utbranning i Sverige - en populationsstudie (Burning - out in Sweden - a population study), Arbetslivsinstitutet, Stockholm, 2002, 1-72.
173. Pines A., Aronson E., Kaffry D.: Burnout: causes and cures, Free Press, New York, 1988.
174. Sęk H., Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie, PWN, Warszawa, 2000.
175. Hauk P., Uspokój się. Jak radzić sobie z frustracją i złością, Książka i wiedza Warszawa, 1994.
176. Knyp I. K.: Stres zawodowy a zagrożenia zdrowotne, Antidotum, 2000, 11.
177. Kirst A., Jak przezwyciężyć stres, Oficyna Wydawnicza Del-ta, Warszawa, 2000.
178. Marcinkowski J. T. (red.), Higiena. Profilaktyka w zawodach medycznych. Wybrane zagadnienia, Akademia Medyczna im K. Marcinkowskiego, Poznań, 2002, 15-243.
179. Jakubaszko J. (red.), Ratownik medyczny, Górnicze Wydawnictwo Medyczne, Wrocław, 2007, 1-3.
180. Makarska J., Sosada K., Zurawiński W., i wsp., Wpływ sytuacji rodzinnej na tolerancje stresu wśród ratownictwa medycznego, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, 2004,14, 10-14.
181. Von Rueden U., Gosch A., Rajmil L., Bisegger C., Ravens-Sieberer U.: Socioeconomic determinants of health related quality of life in childhood and adolescence: results from a European study, Journal of Epidemiology and Community Health, 2006, 60, 130-135.
182. Stalmach M., Jodkowska M., Tabak I., Oblacińska A.: Optymizm życiowy 13-latków w Polsce w kontekście samooceny zdrowia oraz wybranych cech rodziny, Developmental Period Medicine, 2013, 17, 4, 324-333.
183. Juczyński Z., Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2009, 128-136.
184. Holmes T. H., Rahe R. H.: The social readjustment rating scale, Journal of Psychosomatic Research, 1967, 11, 2, 213-221.



185. Jaworowska A., Kwestionariusz wypalenia zawodowego Massimo Santinello. Polska normalizacja, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2014.
186. Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K.: Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem, *Przegląd Psychologiczny*, 1996, 39, 187–210.
187. Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P., Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS, Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2005.
188. Sokołowski A.: Estymacja i testowanie hipotez [w:] *STATISTICA w badaniach naukowych i nauczaniu statystyki*, StatSoft Polska, Kraków, 2010, 25-60.
189. Francuz P., Mackiewicz R., Liczby nie wiedzą skąd pochodzą. Przewodnik po metodologii i statystyce, Wydawnictwo KUL, Lublin, 2007, 245-275.
190. Aczel A.D., *Statystyka w zarządzaniu*, PWN, Warszawa, 2000, 757-766.
191. Hydzik P., Sobolewski M., Komputerowa analiza danych społeczno-gospodarczych, Oficyna Wydawnicza Politechniki Rzeszowskiej, Rzeszów, 2007, 89.
192. Informacja o wynikach kontroli organizacji i finansowania systemu przeszczepiania narządów, tkanek i komórek, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa, 2011, 1-92.
193. Encyklopedia PWN, <https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/transplantacja;3988774.html> data pobrania 05.05.2021.
194. Pączek L., Znaczenie medycyny transplantacyjnej w systemie ochrony zdrowia w Polsce. Potrzeba finansowania Programu Rozwoju tej specjalności „Polgraft”, Konferencja Przeszczepianie Narządów i Szpiku. Potrzeby i możliwości, 2007, 2-8.
195. Program Wieloletni na lata 2011–2020 „Narodowy Program Rozwoju Medycyny Transplantacyjnej” <http://www.poltransplant.pl/Download/nprmt2017.pdf>, data pobrania 05.05.2021.
196. *Biuletyn Informacyjny Poltransplant*, 2020, 1(29), 1-151.
197. Siennicka K. M., Marczewski K.: Pielęgniarki wobec problemu transplantacji, *Aspekty zdrowia i choroby*, 2018, 3,1, 55–83.
198. Pawlitko S.: Zawód: koordynator transplantacyjny, *Medycyna i pasje*, 2009, 12, 22-26.
199. Cierpka L., Durlik M. (red.), *Transplantologia kliniczna: zasady ogólne*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań, 2015.

200. Omyła-Rudzka M.; które zawody uważamy, Komunikat CBOS, 2019, 157, 1-11.
201. Rowiński W., Wałaszewski J., Pączek L. (red.), *Transplantologia kliniczna*, PZWL, Warszawa, 2004
202. Wypalenie zawodowe oraz zachowania i przeżycia związane z pracą zespołów transplantacyjnych [https://nauka-polska.pl/#/profile/research?id=279851&\\_k=e234fo](https://nauka-polska.pl/#/profile/research?id=279851&_k=e234fo)  
data pobrania 05.05.2021.
203. Molassiotis A., Haberman M.: Evaluation of burnout and job satisfaction in marrow transplant nurses, *Cancer Nursing*, 1996, 19(5), 360-367.
204. Yilmaz A., Soykan A., Ayaz T., Kale E. I., Gürman G., Kumbasar H.: Burnout at a bone marrow transplantation unit in Turkey: effects of interactive psychoeducational seminars, *Turkish Journal of Medical Sciences*, 2009, 39(6), 933-939.
205. Jesse M. T., Abouljoud M., Eshelman A.: Determinants of burnout among transplant surgeons: a national survey in the United States, *American Journal of Transplantation*, 2015, 15(3), 772-778.
206. Bertges Y., Eshelman A., Raoufi M., Abouljoud M. S.: A national study of burnout among American transplant surgeons. *Transplantation Proceedings*, 2005, 37(2), 1399-1401
207. Santangelo M., Ferrara A., Grassia S., Spiezia S., Zuccaro M., Caggiano M., Renda A.: Transplantation and Young Surgeons in Italy, *Transplantation Proceedings*, 2006, 38(4), 1201-1202.
208. Neumann J. L., Mau L. W., Virani S., Denzen E. M., Boyle D. A., Boyle N. J., Burns L. J.: Burnout, Moral Distress, Work-Life Balance, and Career Satisfaction among Hematopoietic Cell Transplantation Professionals, *Biology of Blood and Marrow Transplantation*, 2018, 24(4), 849-860.
209. Bartholomew A. J., Houk A. K., Pulcrano M., Shara N. M., Kwagyan J., Jackson P. G., Sosin M.: Meta-Analysis of Surgeon Burnout Syndrome and Specialty Differences, *Journal of Surgical Education*, 2018, 75(5), 1256-1263.
210. Morrison C. F., Morris E. J.: The Practices and Meanings of Care for Nurses Working on a Pediatric Bone Marrow Transplant Unit, *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 2017, 34(3), 214-221.

211. Kim S.: Compassion fatigue in liver and kidney transplant nurse coordinators: a descriptive research study, *Progress in Transplantation*, 2013, 23(4), 329-335.
212. Marcinkowska U., Joško J., Ciszewska P., Kulig M., Wojniak E., Wesołowski B.: Wybrane aspekty codziennego funkcjonowania osób po przeszczepie serca, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2010, 91(2), 263-267.
213. Whitfield S. A.: Descriptive study of student nurses ward experiences with dying patients and their attitudes towards them, Unpublished MSC Thesis, University of Manchester, 1979.
214. Dors J., Pietruk K.: Śmierć pacjenta jako sytuacja dla personelu medycznego [w:] *W drodze do brzegu życia*. Krajewska-Kułak E., Łukaszuk C. (red.); MKDruk, Białystok, 2009, 7, 453-465.
215. Sęk H.: Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej [w:] *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Sęk H. (red.); Wydawnictwo naukowe PWN, Warszawa, 2009, 83-112.
216. Ogińska-Bulik N., *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych*, Centrum doradztwa i Informacji Difin sp. z o. o., Warszawa, 2006, 72-82.
217. Ramuszewicz M., Krajewska-Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C., Kułak W.: Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych, *Chirurgia Polska*, 2005, 7(4), 244–251.
218. Wilczek-Różycka E., *Wypalenie zawodowe a empatia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, 2008.
219. Wyderka M., Kowlaska H, Szlag E.: Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2009, 265-275.
220. Bilski B., Sykutera L.: Uwarunkowania obciążeń układu ruchu i ich konsekwencje zdrowotne wśród pielęgniarek czterech poznańskich szpitali, *Medycyna Pracy*, 2004, 55, 411-416.
221. Pervin L. A., *Psychologia osobowości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2002.
222. Doliński D.: Mechanizmy wzbudzania emocji [w:] *Psychologia. Podręcznik akademicki*. Strelau J. (red.); Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2006, 2, 322.

223. Kalandyk H., Krajewska-Kułak E., Guty E.: Ability to control emotions of nurses in relation to their jobs, *Journal of Education, Health and Sport*, 2017, 7(3), 86-96.
224. Nyklewicz W., Krajewska-Kułak E.: Śmierć a emocje pielęgniarek – doniesienie wstępne, *Problemy Pielęgniarstwa*, 2008, 16, 248-254.
225. Dudek B.: Stres traumatyczny związany z pracą - skutki, czynniki ryzyka, zapobieganie, *Bezpieczeństwo Pracy*, 2002, 12, 2-4.
226. Pearn J.: Traumatic Stress Disorders: a classification with implications for prevention and management, *Military Medicine*, 2000, 165(6), 434-440.
227. Basińska M. A., Andruszkiewicz A.: Strategie radzenia sobie ze stresem zawodowym przez pielęgniarki a ich zachowania i przeżycia związane z pracą, *Polskie Forum Psychologiczne*, 2010, 15(2), 169-192.
228. Jachimowicz-Wołoszynek D., Jakubowska M., Leźnicka M.: Analiza zachowań i przeżyć związanych z pracą na przykładzie pielęgniarek, *Problemy Higieny i Epidemiologii*, 2011, 92(4), 725-732.
229. Jesse M. T., Abouljoud M. S., Hogan K., Eshelman A.: Burnout in transplant nurses, *Progress in Transplantation*, 2015, 25(3), 196-202.
230. Lewandowska A., Litwin B.: Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki, *Annales Academiae Medicae Stetinensis*, 2009, 55(3), 86–89.
231. Rogala-Pawelczyk G., Walenciuk R., Pielęgniarka i położna – zawody ryzyka, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2007, 12, 6-7.
232. Formański J.: Zapobieganie wypaleniu, *Magazyn Pielęgniarki i Położnej*, 2009, 10, 4-5.
233. Anczewska M., Roszczyńska J., Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorymi, *Instytut Psychiatrii i Neurologii*, Warszawa, 2004.
234. Grochowska A., Bodys-Cupak I., Kurus M.: Sposoby radzenia sobie z trudnościami przez pielęgniarki pracujące na oddziałach pediatrycznych, *Pielęgniarstwo Polskie*, 2017, 1(63), 97-104.
235. Bilka E.: profilaktyka wypalenia zawodowego, *Niebieska Linia*, 2008, 5, <http://www.niebieskalinia.pl/pismo/rocznik-2008/153-czasopismo/artykuly-nl/461>  
6- profilaktyka-wypalenia-zawodowego, data pobrania 05.05.2021.
236. Potocka A.: Narzędzia kwestionariuszowe stosowane w diagnozie psychospołecznych zagrożeń zawodowych – przegląd metod, *Medycyna Praktyczna*, 2012, 63, 237-250.



ISBN – 978-83-960390-8-8