

**Gdański Uniwersytet Medyczny**  
**Wydział Nauk o Zdrowiu z Oddziałem Pielęgniarstwa**  
**i Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej**

Agnieszka Falba

**Zespół wypalenia zawodowego wśród personelu**  
**medycznego oddziałów chirurgicznych.**

Rozprawa doktorska

Katedra Psychologii

Zakład Badań nad Jakością Życia

Promotor: prof. dr hab. n. med. Mikołaj Majkiewicz

Gdańsk 2015

Wstęp.....	5
<b>ROZDZIAŁ 1. Problematyka zespołu wypalenia zawodowego.....</b>	<b>8</b>
1.1. Rys historyczny zespołu wypalenia zawodowego .....	8
1.2. Pojęcie zespołu wypalenia zawodowego .....	9
1.3. Przyczyny zespołu wypalenia zawodowego.....	21
1.3.1. Czynniki indywidualne .....	28
1.3.2. Czynniki interpersonalne .....	29
1.3.3. Czynniki organizacyjne .....	31
1.4. Symptomy zespołu wypalenia zawodowego .....	33
<b>ROZDZIAŁ 2. Zespół wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek.38</b>	<b>38</b>
2.1. Specyfika pracy lekarza – chirurga i pielęgniarki chirurgicznej/operacyjnej.....	38
2.2. Czynniki stresogenne w pracy lekarzy i pielęgniarek na oddziałach chirurgicznych .....	41
2.3. Badania naukowe dotyczące zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek w Polsce i na świecie .....	45
<b>ROZDZIAŁ 3. Metodologia badań własnych.....</b>	<b>50</b>
3.1. Cel badań i jego znaczenie .....	50
3.2. Model badań własnych.....	51
3.3. Hipotezy badawcze .....	52
3.4. Zmienne i ich wskaźniki.....	57
3.5. Narzędzia badawcze .....	60
3.5.1. Autorski kwestionariusz .....	60
3.5.2. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach - Maslach Burnout Inventory (MBI) .....	60
3.5.3. Kwestionariusz - Wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą (AVEM).....	62

3.6.	Omówienie badanej grupy .....	64
3.7.	Organizacja i przebieg badań .....	68
3.8.	Zastosowane procedury statystyczne.....	69
<b>ROZDZIAŁ 4. Wyniki badań i ich analiza .....</b>		<b>72</b>
4.1.	Weryfikacja hipotez .....	72
4.1.1.	Struktura wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych .....	72
4.1.2.	Wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i satysfakcja zawodowa wśród personelu medycznego oddziałów chirurgicznych .....	73
4.1.3.	Związek pomiędzy zmiennymi a występowaniem zespołu wypalenia zawodowego .....	77
4.1.4.	Obszary osobowości (wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą) personelu medycznego oddziałów chirurgii.....	99
4.1.5.	Związek pomiędzy strukturami zespołu wypalenia zawodowego i typami wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą.....	111
4.1.6.	Związek pomiędzy strukturami zespołu wypalenia zawodowego a sferami osobowości .....	114
4.1.7.	Związek pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym, depersonalizacją, satysfakcją zawodową i ogólnym wskaźnikiem wypalenia zawodowego ze skalami obszaru zachowań i przeżyć w sytuacjach zadaniowych .....	123
<b>ROZDZIAŁ 5. Omówienie wyników i podsumowanie .....</b>		<b>148</b>
<b>ROZDZIAŁ 6. Dyskusja i wnioski.....</b>		<b>154</b>
6.1.	Dyskusja .....	154
6.2.	Wnioski.....	163
Streszczenie .....		164
Summary .....		166
Piśmiennictwo .....		168
Spis tabel .....		187

<b>Spis rysunków .....</b>	<b>188</b>
<b>Spis rycin .....</b>	<b>189</b>
<b>Aneks .....</b>	<b>191</b>

## Wstęp

Funkcjonowanie człowieka w otoczeniu społecznym oraz jego przystosowanie może przybierać różne formy. Obserwując współczesnego człowieka, który żyje w dobie szybkiego rozwoju cywilizacji można zauważyć, że jest ono bardzo złożone (Zaborowski, 1980). Do sytuacji, które warunkują indywidualne funkcjonowanie jednostki oraz jej przystosowanie społeczne zalicza się sytuację pracy zawodowej, która zorganizowana w systemie społecznym, stanowi jedną z najważniejszych form aktywności ludzi (Karney, 1998; Kirenko, 2007). To właśnie praca odgrywa coraz to większą rolę w życiu każdego człowieka, ponieważ jest on coraz bardziej podatny na wydobywanie z niej poczucia sensu swojej koegzystencji (Pines, 2000). Praca zapewnia przede wszystkim kontakt z ludźmi, umożliwia zdobywanie różnych doświadczeń, określa tożsamość jednostki, zmusza do kontaktu z rzeczywistością i skłania do zachowań społecznych. Pamiętać przy tym należy, że praca oprócz pozytywnych aspektów, przejawiać również może negatywną postać, taką jak napięcie, sytuacje trudne i stresowe. Bezustanny stres w pracy oraz wyczerpanie fizyczne i psychiczne mogą powodować brak motywacji, bezsilność, rezygnację, zubożenie a nawet chorobę. Dane Światowej Organizacji Zdrowia dowodzą, iż dla znacznej części osób praca nie przynosi zadowolenia. Sposób funkcjonowania w środowisku zawodowym stanowi zagrożenie zdrowotne dla osób pracujących (Ogińska-Bulik, 2006). Aktualnie wśród definicji stresu w literaturze dominuje stanowisko pokrewne, ujmujące stres jako relacje między człowiekiem a otoczeniem, którą osoba ocenia jako przekraczającą swoje możliwości i zagrażającą dla jej dobrostanu (Lazarus, Folkman, 1984). Przyczyny przeżywania stresu są bardzo różne oraz zależne od indywidualnych właściwości jednostek. Rozpatrując sytuację pracy zawodowej może to być wykonywany zawód, konieczność wchodzenia w relacje z innymi, podejmowanie decyzji czy też brak satysfakcjonującej gratyfikacji.

Praca lekarza i pielęgniarki jako funkcja świadczeń społecznych jest narażona na działanie różnych czynników stresogennych związanych z ochroną i ratowaniem życia ludzkiego. Niepokojącym następstwem stresu mogącym pojawić się w pracy jest „zespół wypalenia zawodowego”, w konsekwencji prowadząc do wielu negatywnych skutków nie tylko dla jednostki, której dotyczy ten zespół, ale także dla osób, które są podmiotem leczenia, czy opieki ze strony lekarzy, czy pielęgniarek - pacjentów.

Niniejsza rozprawa poświęcona została tematowi „zespołu wypalenia zawodowego wśród personelu medycznego oddziałów chirurgicznych”. Praca obejmuje wstęp, pięć rozdziałów i streszczenie. Struktura i problematyka poszczególnych rozdziałów wyodrębniają dwie podstawowe części: teoretyczną i empiryczną.

W rozdziale 1. przedstawiono zasadnicze kwestie związane z problematyką i historią zespołu wypalenia zawodowego. Przedstawiono informacje dotyczące pojęcia zespołu wypalenia zawodowego, jego przyczyn uwzględniając podstawowe trzy czynniki (indywidualne, interpersonalne, organizacyjne). Opisano wszelkie symptomy zespołu wypalenia zawodowego, sposoby radzenia sobie z nim oraz ogólny zarys zespołu wypalenia zawodowego w służbie zdrowia.

Rozdział 2. poświęcono informacjom na temat zespołowego charakteru pracy pielęgniarek i lekarzy na oddziałach chirurgicznych. Podjęto próbę usystematyzowania podstawowych pojęć i funkcji pracy zabiegowej oraz zdefiniowania jakości pracy i jej wymiarów. Dodatkowo zaprezentowano kwestie ściśle związane z powyższymi procesami, a mianowicie: jakość życia zawodowego oraz syndrom burnout, jako skutek nieprawidłowości w fizycznym i psychospołecznym środowisku pracy. Zwrócono również uwagę na czynniki stresogenne zarówno w pracy lekarzy jak i pielęgniarek na oddziałach chirurgicznych oraz ich specyfikę pracy. Przedstawiono także badania naukowe dotyczące zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek w Polsce i na świecie.

Treść rozdziału 3. dotyczy metod badań własnych. Przedłożono w nim cele i hipotezy badawcze, będące podstawą dla przeprowadzonej analizy zgromadzonego materiału. W rozdziale tym przedstawiono również opisy: materiału badawczego, zastosowanych narzędzi badawczych, metod statystycznych i charakterystykę procedury badawczej, uwzględniając etapy prezentacji wyników.

Treścią rozdziału 4. są wyniki analiz własnych, które zreferowano w oparciu o stosowane metody statystyczne. Odnoszą się one do czynników doświadczeń i aktywności osób w trzech sferach funkcjonowania. Wyodrębnione obszary to: zaangażowanie zawodowe, kondycja intelektualna i sposoby radzenia sobie w warunkach uciążliwych - trudnych oraz emocjonalny stosunek do pracy.

Zaprezentowano również empiryczną analizę wypalenia zawodowego w trzech aspektach, tj. wypalenia osobistego, związanego z pracą, oraz wypalenia w kontaktach z pacjentami. Zbadano także związki analizowanych czynników i syndromu wypalenia zawodowego (w każdym z trzech aspektów), co pozwoliło na diagnozę poszczególnych obszarów funkcjonowania zawodowego w procesie jakości pracy.

Rozdział 5. poświęcono dyskusji, którą objęto konkluzje z badań polskich i światowych – w kontekście zgromadzonej literatury, dotyczące czynników (zarówno indywidualnych, jak i organizacyjnych) wywierających wpływ na jakość pracy personelu medycznego oddziałów chirurgicznych, a także ich związku z syndromem wypalenia zawodowego. Rozdział zakończono prezentacją wniosków z przeprowadzonych badań własnych.

Niniejszą rozprawę zbilansowano streszczeniem pracy, zbiorem literatury przedmiotu wykorzystanym w opracowaniu, spisem tabel, rysunków i rycin oraz aneksem zawierającym: kserokopię Uchwały Komisji Bioetycznej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego oraz kwestionariusze ankiet wykorzystane do badań.

## **ROZDZIAŁ 1. Problematyka zespołu wypalenia zawodowego**

### **1.1. Rys historyczny zespołu wypalenia zawodowego**

W literaturze poświęconej zjawisku zespołu wypalenia zawodowego jako jedne z pierwszych wspomina się opowiadanie z 1961 roku autora powieści psychologicznych Grahama Greene'a – „A Burn-Out Case” („Przypadek wypalenia zawodowego”), w którym bohater - zmęczony pracą, światowej sławy architekt, doświadczając symptomów charakterystycznych dla zespołu wypalenia zawodowego, podejmuje całkowitą zmianę swojego dotychczasowego trybu życia, porzucając swoją pracę i zamieszkując w afrykańskim buszu (Schaufeli, Enzmann, 1998).

Inną ilustracją wyjściową i moim zdaniem najlepiej uzasadnioną, przypadku zjawiska wypalenia zawodowego w literaturze przedmiotu jest analiza, trwającego niedługo, wypalenia pielęgniarki oddziału psychiatrycznego zamieszczona w artykule Schwartz i Will w 1953 roku. Na skutek pełnych napięcia wydarzeń w pracy i działania różnorodnych stresorów zaczęła odczuwać zmęczenie, bezsilność psychiczną i fizyczną, sceptyczność wobec pacjentów oraz brak radości z wykonywanych zadań. Opisane w artykule odczucia współcześnie traktuje się jako fundamentalne dla zespołu wypalenia zawodowego, dlatego warto pamiętać tę historię (Schwartz, Will, 1953).

Obecnie uważa się, że proces wypalenia zawodowego nie obejmuje wszystkich grup zawodowych. Pojęcie wypalenia stosuje się przede wszystkim do opisanie objawów występujących u osób sprawujących funkcje, w których bliski kontakt interpersonalny, wymagający pełnego zaangażowania, a także cech osobowości profesjonalisty, stanowią zasadnicze fundamenty działalności zawodowej, decydującej o sukcesach i poziomie jej wykonywania (Tokarz, Nęcka, 1997).

Modelowy a zarazem literacki opis ludzi stopniowo tracących energię i motywację do pracy, zniechęconych, zmęczonych, a nawet porzucających swój zawód powstawały niezależnie od siebie. Termin wypalenia funkcjonował już wcześniej w gwarze językowej niektórych środowisk zawodowych (Sęk, 2007). Fakt, że nazwa zaczerpnięta została z języka kolokwialnego i ma charakter symboliczny, przyczynił się między innymi do sceptycyzmu wielu profesjonalistów, jak również oskarżeń o nienaukowość koncepcji. Niektórzy wręcz wysmiewali



termin wypalenia jako „psychologię pop” (Anczewska, Witaj, Roszczyńska, 2005; Maslach, 2001). Jednakże samo pojęcie wypalenia zawodowego nie pojawiło się jako sztuczny twór. Odzwierciedla ono przede wszystkim eskalujący od lat problem społeczny, którego stosowne określenie powstało bardzo spontanicznie (Sęk, 2007). Lekceważenie nowo powstałej idei spowodowało częściowe odsunięcie uwagi od tego dość znamienego problemu. W pewnych grupach zawodowych, stał się on wręcz zagadnieniem zakazanym. W wielu zawodach nie wypadało po prostu powiedzieć: „Wypaliłam się i nie chcę już pomagać innym ludziom”. Posługiwanie się w pewnych profesjach tym pojęciem sygnalizowałoby aprobatę faktu, że profesjonaliści postępują niekiedy sprzecznie z przyjętymi normami, czyli "amatorsko". W następstwie tego, rutynowo zaprzeczano występowaniu wyczerpania zawodowego, bądź zarzucano je jednostkom o jednoznacznie anormatywnej psychice (Anczewska, Witaj, Roszczyńska, 2005).

## **1.2. Pojęcie zespołu wypalenia zawodowego**

Zespół wypalenia zawodowego jest jednym z tych zjawisk, które nie doczekały się jednoznacznej definicji na gruncie nauk psychologicznych. Można się spotkać z wieloma teoriami wyjaśniającymi jego przyczynę, opisującymi jego przebieg oraz konsekwencję (Burisch, 2002). W dialekcie polskim pojawiają się dwa podstawowe i ogólne określenia dla angielskiego terminu burnout „wypalanie się” i „wypalenie”. Określenie „wypalenie zawodowe” wykorzystujemy mówiąc o procesie, o poglądzie, albo o zarysie teoretycznym, natomiast termin „wypalanie się” stosujemy, gdy aspekt znaczeniowy sygnalizuje proces psychiczny oraz intensywnie przeobrażające się zachowania (Sęk, 2000).

Dotychczasowe badania sugerują, że sam syndrom wypalenia zawodowego jest jednym z fundamentalnych czynników odpowiedzialnych przede wszystkim za niski temperament pracowników, bumelanctwo – beczynność, a także, że jest zasadniczym powodem niskiej jakości świadczonych usług (Bilska, 2004; Płotka, Golec, Cześniakiewicz, 2000). Aktualny zasób wiedzy w tym zakresie nie pozwala na sztywne stosowanie tylko jednego terminu.

Mówiąc już od wielu lat o „wypaleniu”, wiodący polski psychiatra, A. Kępiński, stwierdził, że proces ten dotyka najczęściej osób o przesadnych ambicjach. Zalecał,

by zaciekawienie psychiką drugiego człowieka zastąpić wygórowane i nierealne oczekiwania. Przystał, że takie postępowanie może uniemożliwić rozwój procesu wypalenia zawodowego (Orwid, 2002).

Jednym ze środowisk zawodowych, który miałby być szczególnie narażony na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego, jak dowodzi literatura, są osoby związane ze służbą zdrowia. Już w 1963 r. poddawano do wiadomości w środowiskach lekarzy i pielęgniarek komunikaty o tzw. „zdytansowanej (zobiektywizowanej) trosce” (detached concern). Określenie to, opisywało taką postawę, która charakteryzuje współczucie dla pacjenta i troskę o niego, uwzględniając przy tym również postawę obojętności emocjonalnej w stosunku do problemów zdrowotnych pacjenta (Lief, Fox, 1963; Wichowicz, Rys, 2003). Lief i Fox (1963) uważali, że już na etapie kształcenia, powinno się wprowadzić warsztaty łączenia dwóch skrajnych umiejętności – empatię wobec chorego i alienację w odniesieniu do jego choroby, co można przyjąć za jedną z pierwszych prób przeciwdziałania procesowi wypalenia zawodowego.

Psycholog M. Burisch uważa, że wypalenie jest ogólną nazwą dla pewnych błędnie zdefiniowanych typów kryzysu. Wypalenie jego zdaniem jest rozmytym zbiorem symptomów lub rozmytym zbiorem ludzi ujawniających te symptomy. Jednakże w obu przypadkach mamy do czynienia ze zbiorami, które częściowo się pokrywają. W definicji wypalenia sformułowanej przez Burischa, ludzie którzy znajdują się w stanie prototypowego procesu wypalenia, wykazują do pewnego stopnia jedną lub więcej (a zwykle wszystkie) cech, które proponuje tymczasowo uznać za symptomy kluczowe, chociaż brak im precyzji (Burisch, 2002). Przedstawił model analizy procesów wypalenia, koncentrujący się na utracie poczucia autonomii w wykonywanym zawodzie, a co się z tym wiąże zaburzonych epizodach działania. Teoria ta to próba opisanie i wyjaśniania wypalenia przy użyciu terminów teorii działania. Podstawą analizy są epizody działania, których zaburzenie powoduje utrudnienie osiągnięcia celu, udaremnienie motywu, niewystarczającą nagrodę oraz nieoczekiwane negatywne efekty uboczne (Burisch za Sęk, 2000).

Kolejnym, bardzo istotnym pojęciem, wpisanym w problematykę już od 1970 r. przez amerykańskiego psychologa P. G. Zimbardo, odnoszącym się bezpośrednio do zagadnienia wypalenia, jest „obronna dehumanizacja” (dehumanisation in self-

defense). Miała ona oznaczać „proces zabezpieczenia siebie przed paraliżującymi emocjami, poprzez oddziaływanie na innych ludzi, bardziej jak na przedmioty, niż na osoby”. „Obronna dehumanizacja” została zainicjowana eksperymentem więziennym przeprowadzonym w tamtych latach w piwnicach Wydziału Psychologii Uniwersytetu Stanforda zainscenizowanego jako więzienie, w którym zamknięto 24 zdrowych psychicznie studentów wybranych spośród ochotników, jacy zgłosili się do wzięcia udziału w eksperymencie. Podzielono ich losowo na dwie grupy: więźniów i strażników. Eksperyment miał pokazać znaczenie wpływu sytuacji społecznej na zachowanie jednostki. Uczestnicy eksperymentu zaczęli wcielać się w przypisane im role. Strażnicy - postępowali brutalnie i sadystycznie w stosunku do więźniów, pojawiły się zachowania patologiczne. W nocy z piątego na szóstego dnia eksperymentu więźniowie wznieśli bunt. Następnego dnia prowadzący zdecydowali się zakończyć przewidziany na czternaście dni eksperyment ze względu na obawę utraty kontroli nad sytuacją. Eksperyment został udokumentowany na filmie „Cicha Furia” Philipa Zimbardo, który ukazał się w Polsce w lutym 2007 roku (Zimbardo, 1969; Nitka-Siemińska, Rys, Siemiński, 2004).

Analizując jedne z pierwszych definicji stanu wyczerpania emocjonalnego i psychicznego, określonego jako wypalenie zawodowe, zaproponowanego w latach siedemdziesiątych przez Herberta Freudenbergera - amerykańskiego analityka – psychiatrę, proces ten określony został jako skomasowanie kilku symptomów: długo utrzymującego się emocjonalnego przemęczenia, „demoralizacji - odczłowieczenia osób, z którymi współpracuje, niezadowolenia z pracy zawodowej, spadku temperamentu i kreatywności oraz przewlekłego zmęczenia fizycznego. Na podstawie badań prowadzonych w grupie idealistycznie nastawionych młodych ludzi opiekujących się osobami uzależnionymi od narkotyków, autor stwierdził, że jest to „stan wyczerpania spowodowany nadmiernymi żądaniami stawianymi przez środowisko i samą osobę” (Freudenberger, 1974). Pomimo asertywności i ekspansywności, nie udawało się im osiągnąć zamierzonych celów w pracy z klientami. Wśród badanych obserwowano psychofizyczne symptomy w postaci zniechęcenia, znużenia, zmęczenia, zmiennych nastrojów, bólów głowy itp. Rozpoznawano u nich sukcesywną i dość szybką utratę energii oraz regresyjne zaangażowanie w pracę. Odnoszono wrażenie, że wolontariusze otrzymywali zbyt mało nagród w stosunku do wkładanego w pracę wysiłku. W bestsellerowej książce

Bournout: „The High Cost of High Achievement” Freudenberger użył określenia wypalenie, rozumiejąc je jako stan zmęczenia – frustracji. Początkowo skupiał uwagę na wyczerpaniu emocjonalnym ludzi, których praca polegała na udzielaniu pomocy (psychoterapeuci, duchowni, lekarze i pielęgniarki, pracownicy pomocy społecznej, nauczyciele, menedżerowie) (Freudenberger, 1974). Freudenberger uznał proces wypalenia jako zjawisko typowe dla profesji, których idea jest praca z ludźmi. Na pierwszy plan wysuwał, iż do procesu wypalenia dochodzi przede u osób, u których praca jest powszechnie i obiektywnie bardzo odpowiedzialna (Maslach, 1976; Sęk, 2006). Można wnioskować, że było to preludium prac badawczych na temat zespołu wypalenia zawodowego.

Zjawisko wypalenia zawodowego, jak donosi literatura wynika również z przeżywania przez dłuższy czas nasilonego stresu lub z braku zadowalających wyników z długoterminowych działań. Według H. Freudenbergera i G. Northa, amerykańskich psychoanalityków zajmujących się problemami w zawodach społecznych, definicja wypalenia zawodowego wygląda następująco: „wypalenie zawodowe to stan, który krystalizuje się powoli, przez dłuższy okres przeżywania ciągłego stresu i zaangażowania całej energii życiowej i który w końcowym efekcie wywiera negatywny wpływ na motywację, przekonania i zachowanie” (Freudenberger, North, 2002; Litzke, Schuh, 2007;). Obydwaj autorzy stwierdzają, iż jednostkami szczególnie narażonymi są osoby, które w pełnieniu roli zawodowej lub społecznej charakteryzują się ogromną aktywnością, i które świadczą czynności ściśle z nią związane. Osoby takie obciążają siebie coraz większą ilością obowiązków, przez co wzrastają ich aspiracje. Z upływem czasu, osoba taka zaczyna pogrążyć się, a w konsekwencji doprowadza się do wypalenia zawodowego. Godzi się na coraz więcej obowiązków, kuszona licznymi pochwałami i nagrodami. Syndrom wypalenia autorzy opisali i podzielili na dwanaście etapów (Freudenberger, North, 2002) :

Etap 1. Presja notorycznego przekonywania siebie i innych o własnej wartości.

Etap 2. Wzrost aktywności w pracy.

Etap 3. Obojętność wobec własnych potrzeb.

Etap 4. Dezorganizacja współzależności potrzeb wewnętrznych z zewnętrznymi wymogami.

Etap 5. Przewartościowanie. Postrzeganie zostaje stłumione a światopogląd znacząco osłabiony

Etap 6. Aby móc wieść dalej życie, jednostka powinna wprowadzić w życie proces wyparcia w konfrontacji z ujawniającymi się trudnościami.

Etap 7. Zachodzi bezwarunkowe wycofanie się. Uprzedzenie do społeczeństwa.

Etap 8. Wyraźne i rażące zmiany w zachowaniu. Odcięcie się.

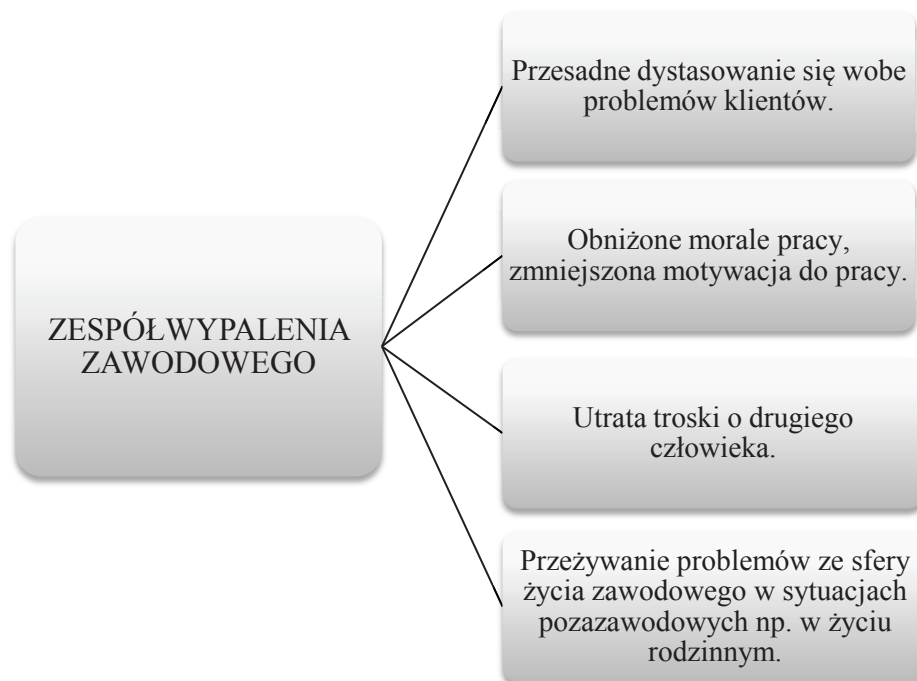
Etap 9. Utracenie świadomości, że ma się indywidualne morale, charakter, temperament.

Etap 10. Osamotnienie wewnętrzne. Napady fobii i paniki.

Etap 11. Ogólny nastrój wskazuje na depresję. Rozpacz, bezsilność, obniżenie nastroju.

Etap 12. Wypalenie pełnoobjawowe (Freudenberger, North, 2002).

Największy wkład w badania nad wypaleniem zawodowym ma Christine Maslach (1976), psycholog społeczny z Kalifornijskiego Uniwersytetu w Berkeley, która niezależnie od H. Freudenbergera oraz innych psychologów opisała zespół wypalenia. Przeprowadziła ona wraz z Susan Jackson, swoją współpracownicą, szczegółowe badania nad reprezentantami zawodów ukierunkowanych na ludzi - związanych ze świadczeniem usług społecznych, z pomaganiem innym. Dokonała analizy takich zawodów jak: nauczyciel, lekarz, pielęgniarka, psycholog, terapeuta, pracownik socjalny a także policjant. Zasygnalizowała, że praktyka i wiedza oraz opisywane przez nich wszelkie objawy dają się usystematyzować i tworzą wymiary, które można empirycznie zweryfikować (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Bakker, Demeront, Schaufeli, 2002). Według czołowej prekursorki definicji wypalenia, syndrom ten obejmuje wiele reakcji, które przedstawiono na rysunku.



Rys. 1. Reakcje, jakie obejmuje zespół wypalenia zawodowego - opracowanie własne

Autorka stwierdziła, iż wcześniej rzadko uznawano istnienie procesu wypalenia. W niektórych profesjach stanowił on temat tabu, gdyż próbę zainteresowania się nim domniemano za współmierny z potwierdzeniem, że czasami „profesjonaliści mogą postępować (i rzeczywiście postępują) nieprofesjonalnie”. Zaledwie po zamieszczonych pierwszych doniesieniach na ten temat, doszło do zmiany poglądu. Zaobserwowano, że w pewnej grupie osób występują podobne objawy psychologiczno - psychopatologiczne. Do grupy tej zaliczano przedstawicieli różnych zawodów, mających jedną podstawową cechę wspólną, a mianowicie angażowali się w pracę z ludźmi, pomaganiem oraz wspieraniem. Badania na ten temat, pojawiły się nie wcześniej jak w latach osiemdziesiątych XX wieku (Emener, Luck, Gohs, 1982; Schaufeli, Enzmann, Girault za Sęk 2006; Weber, Jaekel-Reinhard, 2000). Pamiętać należy jednak, iż dynamika powstawania procesu wypalenia zawodowego postępuje zwykle według pewnego uogólnionego schematu, który przedstawiono poniżej.



Rys. 2. Dynamika powstawania zespołu wypalenia zawodowego - opracowania własne

Analizując ową dynamikę powstawania omawianego zespołu stwierdzamy, że jako pierwsze, pod wpływem stresującej pracy, powstaje wyczerpanie emocjonalne – odnoszące się do poczucia danej osoby, nadmiernie obciążonej emocjonalnie, której pokłady emocji zostały w znacznym stopniu zminimalizowane. Próbą ochrony przed skutkami wyczerpania jest wytwarzanie przez osoby mechanizmów obronnych przez co dochodzi do depersonalizacji - negatywnego, bezdusznego lub zbyt obojętnego reagowania na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług z jej strony. Ze względu na charakter pracy, wymagającej zaangażowania w interakcję z pacjentem, a zarazem na skutek depersonalizacji i reakcji pacjenta w końcowym stadium obniża się poczucie kompetencji i osiągnięć w pracy zawodowej. Według prekursorki badań nad wypaleniem jest to najczęstszy i zarazem najprostszy mechanizm powstawania syndromu wypalenia zawodowego (Emener, Luck, Gohs, 1982). Definicja Maslach nie wyczerpuje wszystkich aspektów tegoż zespołu, pomija m.in.: cechy indywidualne pracowników, które również pośredniczą w powstawaniu zjawiska depersonalizacji. Do badań zaczęła wykorzystywać skonstruowane przez siebie i swoją współpracowniczkę Susan Jackson specjalne kwestionariusze m.in. tzw. Skalę Maslach Burnout Inventory (MBI), którą do dzisiaj najchętniej posługują się osoby badające zjawisko wypalenia, także, w Polsce (Weber, Jaekel-Reinhard, 2000; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). Reasumując, definicja według Maslach została

przygotowana na podstawie kilku lat badań eksploracyjnych, obejmujących wywiady, ankiety, eksperymenty oraz obserwacje osób pracujących w zawodach „ukierunkowanych na ludzi”, prowadzonych w warunkach naturalnych (Leiter, Maslach, 2004).

W tym samym czasie opisane zostało wypalenie również w szerszym kontekście przez Gołembiewskiego i Chernissa objaśniające istotę zarządzania i organizacji pracy w procesach wypalania się. Wypalenie zawodowe ich zdaniem było poważnym problemem, który dotyczył wielu specjalistów zajmujących się niesieniem pomocy ludziom. Symptomy wypalenia obejmowały częstą zmianę pracy, absencję, obniżoną wydajność i problemy psychologiczne (Gołembiewski, Munzenrider, 1984,1990; Gołembiewski, Munzenrider, Stevenson, 1986).

Niejednokrotnie udowodniono metodą naukową, że problem wypalenia dotyczy osób zawodowo trudniących się udzielaniem pomocy (Tselebis, Moulou, Ilias, 2001). Dotyczy więc tych dyscyplin, których meritum jest praca z ludźmi, a zatem znacząco lekarzy i pielęgniarek. Mogą oni bowiem zetknąć się z mechanizmem wypalenia na dwóch obszarach: pierwszym dotyczącym ich samych lub też ich najbliższych współpracowników, drugim dotyczącym rodziny i jej najbliższych, osób którym świadczona jest opieka. (Wichowicz, Nitka – Siemińska, Rys, Siemiński, 2004).

Nie dysponujemy jeszcze do tej pory kompleksowymi regułami dowodzącymi, że dana osoba jest już „wypalona zawodowo” albo, że jeszcze do tego nie doszło. Istnieje jednak możliwość oceny stopnia nasilenia objawów, zawierających się w zakresie od dobrego samopoczucia - błogostanu do stanu kompletnego wypalenia (Siemiński, Nitka-Siemińska, Nyka, 2007).

Według późniejszych definicji, wspólnego autorstwa H. Freudenbergera i G. Richelсона, wywodzących się z 1980 r., wypalenie prezentuje się jako „stan zmęczenia czy frustracji wynikający z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi życia lub związkowi, co nie przyniosło oczekiwanej nagrody”, innymi słowy – zjawisko to powstaje na skutek niepomysłności w realizacji zamierzonego, ważnego i wyczekiwanego celu (Freudenberger, Richelson,1980; Korcz, 2006).



Wspólnym mianownikiem zespołu wypalenia według B. Perlman i A. Hartman analizujących ponad 48 definicji jest rozumienie wypalenia, jako reakcji na przewlekły stres emocjonalny. Wyodrębnione przez tych autorów trzy komponenty zespołu to wyczerpanie emocjonalne i/lub fizyczne, obniżona wydajność w pracy i nadmierna depersonalizacja (Perlman, Hartman, 1982).

A. Pines i E. Aronson przedstawiają opcjonalne wytłumaczenie oparte na stwierdzeniu, że wypalenie jest etapem fizycznego, emocjonalnego i psychicznego wyczerpania spowodowanym długotrwałym zaangażowaniem w sytuacje, które są ciężące pod względem emocjonalnym. Tu proces wypalenia ma charakter wzajemny i egzystencjonalny, ponieważ jest rezultatem porażki w dążeniu do sensu życia w pracy (Pines, 1993, 2000; Burisch za Sęk, 2000). Ayali Pines ujmuje wypalenie jednowymiarowo, jako konsekwencje utraty egzystencjonalnego znaczenia pracy (Sęk, 2000).

Ciekawym wydaje się zastosowanie psychologicznej teorii równości w celu interpretacji zjawiska wypalenia przez P. Buunk i W. Schaufeli. Koncepcja tego modelu zakłada, że ludzie poszukują wzajemności w relacjach i oceniają je w kategoriach kosztów, zysków i nagród. Nierówności, które mogą sprzyjać wypaleniu dotyczą relacji pracownika z osobami dla których świadczą usługi oraz z instytucją zatrudniającą. Model teorii równości, szeroko stosowany w badaniach pomógł zrozumieć i przewidywać proces wypalania się (Schaufeli, Enzmann, 1998).

Zakresem używanego pojęcia oraz liczbą wyróżnianych wymiarów różnią się kolejne przytoczone definicje wypalenia. Niektóre ujmują wypalenie dynamicznie. W. Schaufeli wraz z D. Enzmann zaproponowali definicję wypalenia jako uporczywego, negatywnego stanu związanego z pracą, występującego u osób ogólnie zdrowych (Schaufeli, Enzmann, 1998). Wyróżnia się on przede wszystkim bezsilnością, z którą współuczestniczy dyskomfort psychiczny i fizyczny, subiektywne wrażenie zmniejszonej skuteczności, zredukowana motywacja oraz zaburzone postawy i zachowania w pracy. Stan ten przybiera na znaczeniu etapowo i jest rezultatem dysharmonii między zamysłami a uwarunkowaniami zawodu. Często jest to proces samonapędzający się z pobudek nieprawidłowych strategii radzenia sobie (Anczewska, Witaj, Roszczyńska, 2005).

Próbie zdefiniowania procesu wypalenia zawodowego na gruncie europejskim podjęli naukowcy z Kopenhagi pod kierunkiem prof. Tage S. Kristensena. Duńska koncepcja stanowi, że głównymi powodami pojawienia się syndromu burnout są zmęczenie i wyczerpanie, które mogą pojawić się w każdej sferze ludzkiej działalności (Kristensen, 2005). Naukowcy wyodrębnili trzy komponenty charakteryzujące ten stan: wypalenie osobiste, określane jako „odczuwane przez daną osobę fizyczne i psychiczne zmęczenie i wyczerpanie”; wypalenie związane z pracą, definiowane jako „fizyczne i psychiczne zmęczenie czy wyczerpanie odczuwane przez daną osobę przy wykonywaniu pracy” oraz wypalenie w kontaktach z klientami (związane z klientami), które stanowi „fizyczne i psychiczne zmęczenie czy wyczerpanie odczuwane przez daną osobę przy kontaktach z klientami” (Kristensen, Borritz, 2001).

Na zakończenie przytoczono definicję psychologa społecznego E. Aronson który opisuje burn-out jako „usposobienie często występujące u ludzi, którzy pracują z innymi, i którzy w swych kontaktach z pacjentami, przełożonymi lub kolegami są stroną dającą. Wyróżnił trzy rodzaje wyczerpania: fizyczne, emocjonalne i psychiczne, które składają się na proces wypalenia zawodowego. Niebezpieczeństwo procesu polega na tym, iż wypalenie pojawia się nagle, w sposób zauważalny i łatwy do zdiagnozowania, ale przebiega powoli, stopniowo, tak że pierwsze objawy można uznać za przejaw osłabienia, przepracowania itp. Dla wypalenia zawodowego kluczowym jest jego trwały charakter, co odróżnia go od przejściowych dolegliwości (Aronson, 2000; Aronson, Pines, Kafry, 1983).

W Polsce badania nad wypaleniem zawodowym zapoczątkowała w latach 90-tych H. Sęk z Uniwersytetu Adama Mickiewicza w Poznaniu, wraz z zespołem współpracowników (Pyżalski, 2002). Definiuje ona wypalenie jako zbiór symptomów powstających u osób wykonujących zawody, w których pełen zaangażowania kontakt interpersonalny i cechy osobowości profesjonalisty, stanowią podstawowe instrumenty czynności zawodowych, decydujące o poziomie wykonania zawodu, o sukcesach i niepowodzeniach zawodowych. Wywiązując się ze swoich obowiązków zawodowych, wykonuje się czynności, w których działa przewlekłe specyficzny stres psychiczny, wynikający z natury danej profesji. Wskutek tego stresu i dodatkowych trudności oraz w sytuacji odroczonej gratyfikacji może dojść do wyczerpania psychofizycznego, zwłaszcza emocjonalnego, obronnego

dystansowania się zawodowego (depersonalizowania) i obniżonego zaangażowania oraz satysfakcji zawodowej (Sęk, 2000, 2002; Pyżalski, 2002; Sapilak, Kurpas, Steciwko, 2006).

Z prezentowanych definicji wynika, że terminem wypalenia ujmowany jest stan cechujący się zubożeniem i wyczerpaniem, ujawniający się u osób przenikliwie zajmujących się innymi, wkładających w pracę tak wiele energii, że nie mają już chęci i pobudek do utrzymania swojej pracy z dotychczasową dynamicznością (Buchka, Hackenberg, 1987).

Podsumowując wszelkie definicje wypalenia zawodowego stworzono schemat, który pomoże usystematyzować uzyskaną dotychczas wiedzę na temat opisywanego zagadnienia.

<b>Autor</b>	<b>Rok</b>	<b>Treść (opis)</b>
H. J. Freudenberger	1974	pojęcie wypalenia (burn-out)- stan wyczerpania
Ch. Maslach	1976	wielowymiarowy syndrom: – wyczerpanie emocjonalne – depersonalizacja – obniżenie jakości wykonywanej pracy
C. Cherniss	1980	konsekwencja nadmiernych wymagań otoczenia pracy, proces, w którym zachowania i nastawienia jednostki nabierają coraz bardziej negatywnego charakteru, a unikowe strategie radzenia sobie ze stresem, nasilają jego skutki
J. Edelwich, A. Brodsky	1980	stopniowa utrata iluzji, celów, energii i ideałów w konfrontacji z warunkami, w jakich osoby wykonują swój zawód
B. Perlman i A. Hartman	1982	wypalenie jako reakcja na przewlekły stres emocjonalny, objawiająca się przez wyczerpanie emocjonalne i fizyczne, depersonalizację oraz obniżoną produktywność
E. Aronson	1983	„stan psychiczny występujący u ludzi pracujących z innymi”. Charakteryzuje się m. in.: człowiek czuje się ogólnie dość kiepsko, jest wyczerpany emocjonalnie, fizycznie i psychicznie, ma świadomość bezsilności i braku nadziei, jest nieusatysfakcjonowany pracą i niezadowolony z życia
Brill	1984	powiązany z pracą, dysforyczny i dysfunkcyjny, nie będący patologią, stan doświadczany przez jednostkę, funkcjonującą w niekorzystnych warunkach w tej sytuacji pracy; jednostka nie jest w stanie powrócić do funkcjonowania w optymalnym, poprzednim stanie bez pomocy z zewnątrz bądź przeobrażeń środowiska zewnętrznego
M. Burisch	1984	wypalenie jest globalną nazwą dla pewnych myląco sprecyzowanych rodzajów kryzysu, jest niejednoznacznym zasobem objawów lub niejasnym zespołem ludzi przejawiających te symptomy
D. Etzion	1987	proces powolnej i ukrytej erozji psychicznej, u podłoża której leżą tzw. niewielkie stresory, niewykrywalne a niszczące
Pines i E. Aronson	1988	stan fizycznego, emocjonalnego oraz psychicznego wyczerpania powstałego w wyniku długotrwałego pozostawania pod wpływem sytuacji wymagających zaangażowania emocjonalnego
W. Schaufeli i D. Enzmann	1998	wypalenie zawodowe jako długotrwały, destrukcyjny stan związany z pracą, uzewnętrzniający się u osób relatywnie zdrowych
H. Sęk	2004	wypalenie jako zespół objawów pojawiających się u osób wykonujących zawody, w których bliski, pełen zaangażowania kontakt interpersonalny i cechy osobowości profesjonalisty, stanowią podstawowe instrumenty czynności zawodowych, decydujące o poziomie wykonania zawodu, o sukcesach i niepowodzeniach zawodowych

Opracowanie własne na podstawie literatury (Freudenberger, 2004; Maslach, 1976; Perlman, Hartman, 1982; Schaufeli, Enzmann, 1998; Aronson i In., 1983; Sapilak i In., 2006; Pines I in., 1988; Brill, 1984; Cherniss, 1980; Edelwich, Brodsky, 1980; Etzion, 1987; Burish, 1984, H. Sęk, 2004)

### 1.3. Przyczyny zespołu wypalenia zawodowego

Zespół wypalenia zawodowego często rozwija się w wyniku niekorzystnie skompensowanych obopólnych wpływów między tym, do czego otaczający świat zobowiązuje i czego oczekuje, a predyspozycjami jednostki do tolerancji obciążeń (Wojdak-Piątkowska, 2007). Ponieważ wypalenie jest procesem powolnym, na początku niedostrzegalnym a czasem nawet błędnie interpretowanym, można określić je jako wygaśnięcie motywacji do dalszego działania i osiągnięcia jak najlepszych rezultatów w pracy.

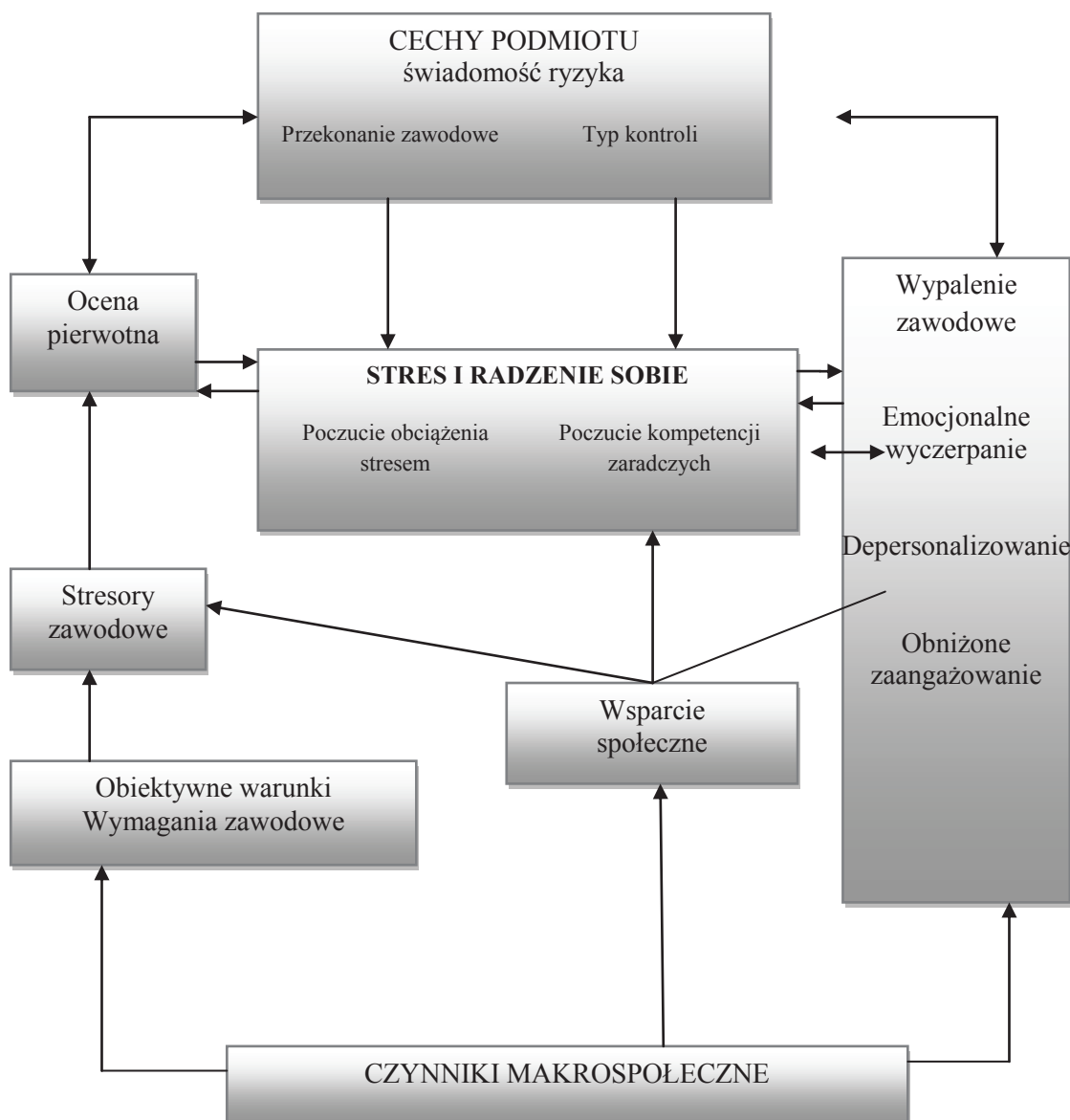
R. Schuman i F.W. Kaslow jako jedni z pierwszych autorów opisali symptomy ostrzegawcze, które ich zdaniem poprzedzają rozpoczęcie procesu wypalenia zawodowego. Do grupy tych symptomów zaliczyli m.in.: niechęć towarzyszącą uczęszczaniu do pracy, bezustanne uskarżania się na przepracowanie, poczucie wykluczenia od świata, utrata zapału, eskalującą liczbę niewłaściwych wzajemnych przeniesień w relacjach z pacjentami, przewrażliwienie, brak opanowania w relacjach z domownikami oraz nagminne choroby bez wyraźnych przyczyn i myśli o ucieczce (Janczewska, Roszczyńska, 2004).

Literatura dowodzi, iż niektórzy uważają, że syndrom wypalenia zawodowego nie może stać się ich udziałem, ponieważ w pełni kontrolują swoje życie i swoją pracę. W praktyce niestety okazuje się inaczej. Nawet osoby które są w pełni uświadomione o zagrożeniach, jakie niesie ze sobą proces wypalenia, są na nie narażone. Okazuje się, że presję na pojawienie się owego syndromu wywierają w podobny sposób aspekty zależne, jak i niezależne od jednostki, czego m.in. dowiodły badania Christiny Maslach, która stwierdziła, że nie jest to problem samych osób, ale otoczenia społecznego, w którym pracują. System i proceder miejsca pracy nadają sposób, w jaki ludzie ze sobą współuczestniczą i jak realizują swoją pracę (Maslach, Leiter, 2011). Wnioskować zatem można, że koszty wypalenia ponosi nie tylko jednostka, ale również organizacja, która postrzega pracowników wyłącznie przez pryzmat uzyskiwanych z nich korzyści. Z wywiadów przeprowadzonych przez Christinę Maslach wynikało, że oferowanie świadczeń lub zagwarantowanie opieki jest bardzo zasadniczym i frapującym zawodem, a wyczerpanie emocjonalne nie jest banalną reakcją na przemęczenie taką pracą. Warto zauważyć, że pojęcie wyczerpania antycypuje poprzedzający stan wysokiej

fascynacji czy przeforsowania, a nie stan niskiej ekscytacji czy niedociążenia. Eksperymentalny materiał poglądowy Maslach dostarczył argumentów do rozpatrywania wypalenia zawodowego jako trójwymiarowy model, który zawiera w sobie element pojedynczego wymiaru (wyczerpanie emocjonalne) oraz dwa inne wymiary, czyli depersonalizację (reakcję na innych) i obniżone poczucie dokonań osobistych (reakcję na siebie). Jeśli źródłem wypalenia jest niezdolność profesjonalistów do wytworzenia poczucia kompetencji i własnej skuteczności (Pines, Aronson, Kafry, 2001; Pines, Maslach, 1978), to dzieje się tak dlatego, że poczucie własnej skuteczności i kompetencji daje profesjonalistom poczucie sensu egzystencji (jeśli moja praca ma znaczenie, to i ja mam znaczenie). Nadmierne obciążenie pracą, brak wsparcia ze strony administracji oraz biurokratyczne ograniczenia są stresujące nie tylko dlatego, że nie pozwalają profesjonalistom wykorzystywać ich umiejętności w sposób umożliwiający osiągnięcie zamierzonych celów – głębszą przyczyną jest fakt, iż stresory te wywołują wśród pracowników poczucie, że to co robią jest bez znaczenia. Ponadto niewykorzystywanie kompetencji uniemożliwia pracownikom doświadczenie poczucia znaczenia ich pracy (Pines, 2000). Zdaniem Pines, osoba, którą Christine Maslach uznaje jako osobę ulegającą wypaleniu, nadmiernie angażuje się emocjonalnie, ponieważ nie patrzy na pracę jedynie jak na sposób zarobkowania, lecz chce mieć wpływ na ludzi, z którymi pracuje, chce, aby jej praca miała znaczenie w ich życiu, chce być kimś znaczącym. Wymagania emocjonalne narzucane przez ludzi stają się przyczyną wypalenia, gdy są przytłaczające, gdy nie można na nie reagować w sposób zadowalający – wtedy prowadzą do subiektywnego doświadczenia porażki. Dla osoby, która spodziewa się znaleźć sens życia w pracy (nadmiernie angażuje się emocjonalnie), porażka ta staje się druzgocąca i stanowi główną przyczynę wypalenia (Pines, 2000; Pines, Aronson, Kafry, 1988, 2001; Pines, Maslach, 1978).

Jednym z kluczowych czynników dla postępu wypalenia jest uogólnione doświadczenie fiaska i powstanie przekonania o bezsilności efektywnego radzenia sobie z trudnościami, opresjami, nieporozumieniami i rezygnacją w życiu zawodowym. Stres, jak pisze H. Selye (1965, 1982) to szablonowy efekt wszelkich oczekiwań wobec organizmu. Stres przeżywać może każdy, ale wypalenia doświadczają tylko osoby, które przystępując do pracy mają wysokie ambicje, ogromne oczekiwania, silną podstawę motywacyjną oraz osoby, które oczekują

poczucia istoty z pracy. Bez mobilizacji na początku kariery, osoba, może odczuć stres związany z wykonywania profesji a nie wypalenia. W dyferencji od stresu, wypalenie pojawia się wśród specjalności (zawodów) opierających się na pracy z ludźmi. Jest to rezultat postulatów emocjonalnych, które są wynikiem interakcji z ludźmi. Stres nie musi być czynnikiem sprawczym wypalenia zawodowego (Selye, 1982). Sprzeczność aspiracji z realnością często zostaje sfinalizowane doświadczeniem uznanym również za kluczowe w powstawaniu wypalenia, jest nim rozczarowanie rzeczywistością i utrata złudzeń (Burish, 1989; Storlie, 1979). Wypalenie jest tym samym, nie tyle bezpretensjonalną konsekwencją przewlekłego stresu, co stresu pracy nieudostkonalonego własną aktywnością zaradczą. Opinia o niskiej skuteczności jest szczególnym rodzajem utraty poczucia kontroli (Farber, 1983; Sęk, 1992, 1994). Dla wypalenia doświadczenie to jest ujmowane wielopłaszczyznowo przez autorów przeciwstawnych modeli teoretycznych. Burisch (1989) ujmuje to jako utratę autonomii, Pines (1993) – poczuciem utraty sensu życia, a Cherniss (1990), sądzi, że jego usposobienie jest współmierne do wypracowanej bezsilności. W poznawczym modelu wyjaśniającym czynniki wpływające na wypalenie, trzeba przewidzieć również miejsce dla wsparcia społecznego. Wiadomo, że wsparcie może działać bezpośrednio na poziom stresorów, a co za tym idzie poziom wypalenia. W odniesieniu do tej sytuacji najczęściej badano spostrzegane wsparcie społeczne i generalnie stwierdzono, iż pełni ono pozytywną rolę przez zapobieganie powstawaniu nasilenia się wypalenia zawodowego (Pines, 1993; Etzion, 1984; Sęk, 1996). Autorzy wyjaśniający wypalenie zawodowe stwierdzają, iż proces wsparcia jest na tyle kluczowym, że należy go rozpatrywać w definiowanych modelach wypalenia (Buunk, Schaufeli, 1993). Na podstawie dotychczasowych rozważań zaproponowany został prospektywny algorytm stresu i wypalenia, schematycznie przedstawiony na rysunku.



Rys. 3. Algorytm stresu i wypalenia w ujęciu prospektywnym (Sęk, 2004).

Reasumując przegląd literatury pozwala stwierdzić, iż ukształtowanie zespołu wypalenia zawodowego jest uwarunkowane przyczynami niezadowolenia z pracy, rodzajami stresorów i uwarunkowań m.in. organizacyjnych a także makrospołecznych, a przede wszystkim cechami podmiotowymi (Sęk, 2004).

Na wypalenie zawodowe pracownika mają również wpływ przyczyny, które można sklasyfikować jako zewnętrzne i wewnętrzne. Przyczyny zewnętrzne to nic innego jak nagminne zmiany specyfiki i standardów pracy, niewspółmierny zakres zadań, zasadnicze polecenia przełożonych, symboliczne zarobki, brak zezwolenia na uczestniczenie w podejmowaniu decyzji, a w szczególności brak kontroli nad



warunkami pracy, niskie szanse awansowania, pozorne kontakty z innymi pracownikami, brak jasności standardów, brak akceptacji społecznej, bezskuteczny przepływ informacji oraz schematyzm przy długim wykonywaniu tego samego rodzaju pracy. Pobudki wewnętrzne, związane są głównie z osobowością pracownika i określonymi predyspozycjami. Głównie dotyczy to ludzi znacząco żądnych uznania, energicznych, pełnych temperamentu, mających dużą potrzebę osiągnięć i współzawodnictwa, wiele egzekwujących od siebie, jak i od innych. Osoby takie mają na początku swej pracy zawodowej ambitne cele i wzniosłe wymagania wobec swojej pracy, utożsamiają się z nią, oraz czerpią z niej satysfakcję i poczucie sensu życia (Borys, Majkiewicz, 2006).

Literatura pozwala również wskazać sześć kluczowych przyczyn wypalenia zawodowego, będących konsekwencją warunków, w jakich funkcjonuje większość pracowników, a mianowicie:

- niewspółmierne obowiązki w pracy,
- niezaradność w prowadzeniu kontroli nad wykonywaną pracą,
- nieodpowiednie rekompensata w stosunku do wkładu pracy,
- konflikty i niepoprawność atmosfery w pracy,
- brak obiektywności w miejscu pracy,
- sprzeczność wartości (Maslach, Leiter, 2011).

Presja wywierana na produktywność pracowników, prowadzi do zwiększania zadań. Co gorsza, niezmienna skłonność do minimalizowania liczby pracowników prowadzi, pomimo wzrastającej ilości obowiązków do zmniejszenia ilości personelu. Niewspółmierne obciążenie obowiązkami nie pomaga w nawiązywaniu przyjaznych relacji z innymi ludźmi, tak w miejscu pracy, jak i poza nim, nie przyczynia się do budowy długotrwałych więzi z klientami, opartych na wzajemnym zrozumieniu i lojalności oraz nie ułatwia także podnoszenia jakości pracy. Niedobór wycucia kontroli nad pracą oddziałuje zniechęcająco do uzewnętrzniania temperamentu. W wielu organizacjach obligują bezwzględne procedury, które w znacznym stopniu hamują swobodę postępowania pracowników odnośnie do decyzyjności i metod świadczenia przydzielonych im ról. Nadzór i całkowity monitoring rezultatów pracy to demonstrowanie braku zaufania do ludzi i podobnie jak przepracowanie, nie

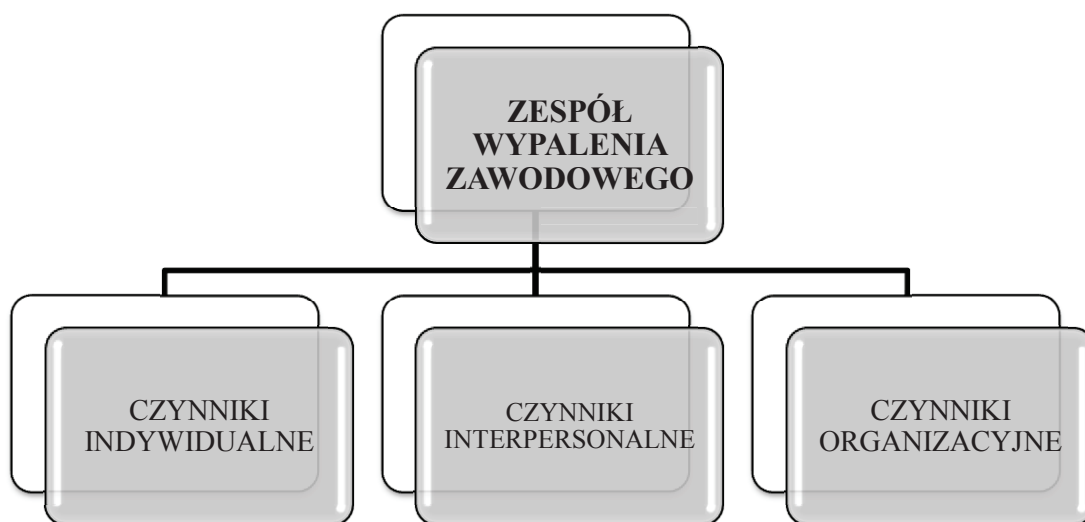
wyzwała innowacyjnych pomysłów. Nie trzeba nikogo przekonywać o motywującej roli płac. Niedostateczne wynagradzanie z pewnością nie wzbudza w pracownikach entuzjazmu i energii do pracy, nie motywuje do podnoszenia kwalifikacji, podejmowania dodatkowego wysiłku w celu lepszego i sprawniejszego wykonywania zadań. Kontrakty na czas określony, zagrożenie utratą pracy, zamrożenie płac to czynniki, które również w poważnym stopniu przyczyniają się do zniechęcenia i stopniowego „wypalania się” pracowników, zwłaszcza w tych organizacjach, które opierają swoją strategię konkurencji na stałym obniżaniu kosztów (Delbridge, 2007).

Również jednym z wielu czynników wypalenia zawodowego jest ogólnie rozumiana niesprawiedliwość, przejawiająca się chociażby brakiem szacunku między pracownikami, nierównomiernym obciążeniem pracą, niejasnymi kryteriami lub ich brakiem, analizując nagradzanie oraz karanie - mało precyzyjnymi zasadami rozpatrywania skarg i zażaleń itp. Poczucie ogólnej nieuczciwości wywołuje bezradność i zniechęcenie, prowadzące niejednokrotnie do ograniczenia mobilizacji i efektywności pracowników, którzy czują się źle traktowani. Konieczność wykonywania pracy bardzo nisko wynagradzanej, wpływa zniechęcająco i frustrująco na personel, zwłaszcza na jednostki utalentowane i kreatywne, skutkując, w stosunkowo krótkim okresie, pojawieniem się pierwszych symptomów wypalenia zawodowego. Warto również wspomnieć, iż z reguły czynniki służące wypaleniu można również podzielić na wynikające z warunków, tj. będące następstwem istoty samej pracy i organizacji instytucji zatrudniającej, oraz subiektywne, tj. wynikające z temperamentu i ambicji osoby badanej (Maslach, 1994). Większość uczonych uważa, że czynniki wynikające z warunków pracy pozwalają lepiej prognozować wypalenie, niemniej jednak analiza porównawcza względnego udziału obu rodzajów czynników jest niejednoznaczna (Anczewska, Witaj, Roszczyńska, 2005; Deary, Watson, Hogstone, 2003).

Poczucie niesprawiedliwości wywołuje frustrację i zniechęcenie, prowadzące niejednokrotnie do spadku motywacji i efektywności pracowników, którzy czują się źle traktowani. Kolejnym istotnym czynnikiem rzutującym na proces wypalenia zawodowego jest konflikt wartości. Zaostrzająca się konkurencja na rynku, której towarzyszy stała presja na uzyskiwanie coraz lepszych wyników, sprawia, że niejednokrotnie pracownicy nakłaniani są do działań pozostających w sprzeczności

z ich systemem wartości. Konieczność wykonywania tego typu pracy, dodatkowo bardzo nisko wynagradzanej, wpływa zniechęcająco i frustrująco na personel, zwłaszcza na jednostki utalentowane i kreatywne, skutkując ujawnianiem się pierwszych symptomów wypalenia zawodowego (Borys, Majkiewicz, 2006; Bilka, 2004).

O wypaleniu zawodowym decydują różne czynniki. Jak przedstawiono już wcześniej wyodrębnia się kilka takich grup. Analiza doniesień w literaturze prowadzi do konkluzji, iż nie ma jednej uniwersalnej koncepcji na temat przyczyn wypalenia zawodowego. Proces ten rozwija się w wyniku interakcji między środowiskiem pracy (wysokie wymagania - małe wsparcie) a indywidualnymi cechami osobowymi (podatność na stres w połączeniu z cechami temperamentu, umiejętnościami społecznymi w tworzeniu relacji społecznych z tolerancją na frustrację, z możliwościami poznawczymi) (Bilka, 2004). Ponieważ czynniki interpersonalne, czynniki związane z organizacją pracy, czynniki indywidualne czy czynniki środowiskowe (zewnętrzne) są grupami bardzo istotnymi, dlatego też postanowiono przyrzeć się im bardziej szczegółowo.



Rys. 4. Czynniki wpływające na zespół wypalenia zawodowego - opracowanie własne

### 1.3.1. Czynniki indywidualne

Czynniki indywidualne związane są przede wszystkim z osobowością pracownika określonymi jego predyspozycjami. Głównie dotyczy to ludzi z ambicjami, temperamentem, energicznych, mających duży niedosyt osiągnięć i współzawodnictwa, wiele oczekujących zarówno od siebie samych, jak i od innych. Jednostki takie, mają nie tylko ambitne cele zawodowe, ale również wzniosłe aspiracje w stosunku do swojej pracy, identyfikując się z nią oraz czerpiąc z niej satysfakcje i poczucie sensu (Borys, Majkiewicz, 2006). Można wyróżnić osobowości i postawy, które są zagrożone wypaleniem zawodowym i w grupie ryzyka znajdują się osobowości cechujące się niedojrzałością, niską samooceną, biernością i niepewnością w obcowaniu z ludźmi, wycofywaniem się z kontaktów oraz zależne od innych. W tej grupie czynników priorytetowym jest pojęcie empatii - współodczuwania. Omawiane utożsamianie ujawnia się w sytuacjach międzyludzkich, zaczynając już od nieustannych rozmów, przez konsultacje, aż do terapii, nauczania czy kształtowania dorosłych. Czynniki indywidualne rozumiane są jako niska samoocena i niepewność, niskie poczucie własnej wartości, trudności z opanowaniem własnych emocji, problemy w życiu osobistym, a także nieumiejętność radzenia sobie w sytuacjach trudnych czy niski poziom kompetencji zaradczych.

Według H. Sęk i zespołu, do zależnych uwarunkowań wypalenia należą dyspozycje osobowościowe pozwalające na sklasyfikowanie sytuacji w stopniach zagrożenia, mechanizmy unikania trudności i irracjonalne przekonania zawodowe. Stanowczo działają takie uwarunkowania jak: globalne odczucie własnej skuteczności zapobiegawczej i obserwacyjna kontrola bazująca na korzystnych doświadczeniach, ukierunkowana na zmianę we własnej osobie (Sęk, 2005).

Reasumując warto przedstawić czynniki dotyczące płaszczyzny indywidualnej wyszczególnione przez Tucholską (2003), sklasyfikowane do pięciu grup, a mianowicie: emocjonalnych, poznawczych, fizycznych, behawioralnych oraz mobilizujących.

EMOCJONALNE	POZNAWCZE	FIZYCZNE	BEHAWIORALNE	MOBILIZUJĄCE
Depresyjność	Nieporadność	Złe	Impulsywność	Utrata marzeń,
Płaczliwość	Bezsilność	samopoczucie	Zmiana apetytu	motywacji,
Niestabilność	Poczucie	Przewlekłe	Nieumiejętność	gorliwości
emocjonalna	osaczenia	zmęczenie	wypoczynku	
Gwałtowność	Poczucie	Bóle głowy,	Łatwość ulegania	Poczucie zawodu,
Spadek kontroli	porażki	mięśni	wypadkom	rozczarowania
Nie pewność	Niska	Zaburzenia snu	Odkładanie spraw	
	samoocena	Zmiany wagi	Uzalenie się nad	
Wzrost obaw	Koncentracja na	Zaburzenia cyklu	sobą	
	sobie	miesiączkowego	Częstsze spożycie	
	Poczucie winy	Problemy	używek i leków	
	Myśli	gastryczne		
	samobójcze	Owrodzenia		
	Zaburzenia	Zaburzenia		
	pamięci	kardiologiczne		
	Zaburzenia	(w tym HA)		
	koncentracji	Nawracające		
	Sztywność	infekcje		
	myślenia	Nowotwory		
	Problemy z			
	podjęciem			
	decyzji			

Rys. 4. Klasyfikacja czynników indywidualnych - opracowanie wg literatury (Tucholska, 2003).

### 1.3.2. Czynniki interpersonalne

Wymienić tu należałoby wszelkie problemy jednostki w odniesieniu do nawiązywania i utrzymywania właściwych kontaktów interpersonalnych.

W efektywnej instytucji praktycy mają wpływ na jej politykę, wykonują swoje obowiązki rzetelnie, są otwarci na każde wyzwanie, jednocześnie pozostają w dobrych stosunkach z innymi pracownikami – wszystko to, daje im właśnie poczucie sukcesu. Powodzenie to, dostarcza zaś poczucia egzystencjonalnego znaczenia, a to z kolei wzmacnia mobilizację do pracy (Pines, 1998, 2000). Oczywiście, może mieć miejsce sytuacja odwrotna, a mianowicie silnie motywowani profesjonaliści mogą wchodzić w stresujące środowisko pracy. Porażka, brak

sukcesu i odpowiedzialności za nie zapewnienie wystarczającej pomocy ludziom, na rzecz których pracują, jest ogromnie stresujące. Nieziszczone aspiracje i pragnienia, decydując o poczuciu porażki, doprowadzają do wypalenia. W początkowym etapie procesu wypalenia, słabnie również mobilizacja do pracy. Rezultatem może być rezygnacja z pracy i zmiana zawodu. Według Pines egzystencjalny schemat wypalenia jest absurdem, ponieważ w realnym życiu, środowisko pracy nigdy nie jest wyłącznie wspierające czy wyłącznie stresujące – stanowi ono raczej złożoną kombinację (Pines, 1978; Selye, 1982).

Podsumowując warto przedstawić czynniki dotyczące płaszczyzny interpersonalnej wyszczególnione przez Tucholską (2003), sklasyfikowane do czterech grup, a mianowicie: emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych oraz mobilizujących.

<b>EMOCJONALNE</b>	<b>POZNAWCZE</b>	<b>BEHAVIORALNE</b>	<b>MOBILIZUJĄCE</b>
Nadmierna wrażliwość	Ironia wobec podopiecznych	Niegrzeczność wobec podopiecznych	Zniechęcenie
Niecierpliwość	Konserwatywne postrzeganie podopiecznych	Odosobnienie społeczne	Utrata zainteresowań
Emocjonalny chłód	Spadek empatii	Rezygnacja	Obojętność wobec spraw podopiecznych
Wzrost impertynencji	Klasyfikowanie podopiecznych	Konflikty w pracy, w domu, w małżeństwie	Przedmiotowe traktowanie innych
	Bezwzględność	Uprzedzenie się do podopiecznych	Wzrost interesowności
	Wrogość		
	Podejrzliwość	Podejrzliwość	
	Nasilenie mechanizmu projekcji	Szufladkowanie	
		Uszczypliwość	
		Niechęć do pomocy podopiecznym	
		Automatyzm zachowania	
		Zrywanie więzi ze współpracownikami	

Rys. 5. Klasyfikacja czynników interpersonalnych - opracowanie wg literatury (Tucholska, 2003).

### 1.3.3. Czynniki organizacyjne

Przez czynniki organizacyjne rozumie się przede wszystkim niewłaściwy system zarządzania. Autokratyczny styl kierowania nie jest korzystnym sposobem, tłumi samodzielność i skoncentrowany jest na kontroli, co powszechnie powoduje u ludzi uczucie lęku i niepewności. Minimalizuje również poczucie własnej kontroli, potrzebę fachowości i bezpieczeństwa u podwładnych. Uwarunkowania organizacyjne obejmują także niski status zawodowy w hierarchii społecznej, niskie płace nieadekwatne do wysiłku, złe warunki lokalowe i materialne miejsca pracy, jak również niewłaściwą komunikację między członkami zespołu i przełożonymi, co często powoduje blokowanie informacji zwrotnej powodując wzrost rywalizacji i agresji.

Do grupy czynników środowiskowych, można zaliczyć przemiany społeczne oraz związane z nimi zjawiska, takie jak: atrakcyjne warunki pracy, zmiany w dotychczasowych sposobach pracy i umiejscowieniu organizacyjnym, niedostatek personelu, a także bezrobocie. Od środowiska pracy bardzo często uzależnione jest osiągnięcie sukcesu – jeśli będzie ono wspierające, obecne będą w nim cechy pozytywne, a brak będzie negatywnych, to wspomogą realizację celów i oczekiwań, a tym samym umożliwi sukces i związane z nim znaczenie egzystencjalne. Interesującym wydaje się, że stresujące środowisko pracy, która daje poczucie sukcesu i znaczenia, nie będzie prowadziła do wypalenia. Wynika to z faktu, iż najważniejszą cechą całego modelu jest interakcja, a subiektywny komponent środowiska jest właśnie wynikiem interakcji między jednostką i jej cechami indywidualnymi a światem obiektywnym. Podsumowując Pines jest autorką tezy, że zasadniczą przyczyną wypalenia tkwi w potrzebie sensu życia. Ujmuje wypalenie jednowymiarowo, jako konsekwencję utraty egzystencjonalnego znaczenia pracy. Dowodzi, że takie pojmowanie wypalenia, nauczy nas odróżniać je od pokrewnych pojęć, mianowicie: od stresu, alienacji, depresji, nerwicy egzystencjalnej czy od zmęczenia. Podkreśla, że wypalenie jest zjawiskiem bardzo specyficznym. Stres i zmęczenie zdarzają się każdemu i mogą być wynikiem wielu sytuacji, podczas gdy wypalenie występuje tylko u tych, którzy rozpoczęli pracę zawodową z oczekiwaniem, że ta da im poczucie sensu życia oraz dla osób, które pracują z innymi ludźmi (są to sytuacje obciążające emocjonalnie) (Pines, 2000; Pines, Aronson, Kaffry, 1988). Stres zawodowy i cechy podmiotu wyzwalają typową dla

wypalenia obronę, pod postacią depersonalizowania i obniżania zaangażowania zawodowego. Konsekwencją takiego postępowania są pogarszające się efekty pracy zawodowej i dochodzi do obniżenia poczucia osiągnięć osobistych w realizacji ważnych dla jednostki celów życiowych (Sęk, 2007).

W tym aspekcie również warto podsumować przedstawiając czynniki dotyczące płaszczyzny organizacyjnej wyszczególnione przez Tucholską (2003), sklasyfikowane do czterech grup, a mianowicie: emocjonalnych, poznawczych, behawioralnych oraz mobilizujących.

<b>EMOCJONALNE</b>	<b>POZNAWCZE</b>	<b>BEHAWIORALNE</b>	<b>MOBILIZACYJNE</b>
Utrata zadowolenia z wykonywanej pracy zawodowej	Lekceważenie Brak poczucia bezpieczeństwa w stosunku do współpracowników i władz zwierzchnich	Ograniczenie dynamiczności działań Spadek jakości pracy Zmiana pracy Nieobecności Niechęć do nowości Wzrost wypadkowości Nasilenie legalizmu Skracanie czasu pracy Skracanie czasu kontaktu z podopiecznymi	Minimalizacja motywacji do pracy Niechęć podjęcia pracy Spadek inicjatywy Zmniejszenie zadowolenia z pracy

Rys. 6. Klasyfikacja czynników organizacyjnych - opracowanie wg literatury (Tucholska, 2003).



#### **1.4. Symptomy zespołu wypalenia zawodowego**

Wypalenie zawodowe nie ujawnia się momentalnie, jest złożonym procesem, wykazującym nagromadzenie się wielu symptomów, komunikujących o nasilających się przeciwnościach. Identyfikowane objawy dzielono na emocjonalne, poznawcze, fizyczne i behawioralne oraz związane z mobilizacją (Schaufeli, Enzmann, 1998).

W rozpoznawaniu poziomu wypalenia zawodowego wartościowa jest klasyfikacja zaproponowana przez Freudenbergera i Northa (1985) i rozszerzona przez dwóch niemieckich autorów: Litzke i Schuh w której zidentyfikowanych zostało dwanaście stadiów tego syndromu (Freudenberger, Northa, 1985; Litzke, Schuh, 2007):

I stadium – tworzy się obowiązek bezustannego udowadniania sobie własnej wartości, której towarzyszy podejmowanie wyczerpujących zadań, stawianie sobie wyższych ambicji i brak aprobaty dla własnych słabości i ograniczeń;

II stadium - brak aprobaty własnych ograniczeń, skutkuje jeszcze większą aktywnością w wykonywaniu obowiązków, aby potwierdzić własną wartość; nie dopuszcza się myśli o odrzuceniu niektórych zadań, traktując to jako stratę czasu;

III stadium - własne ambicje przestają być ważne, toteż albo są lekceważone, albo się z nich rezygnuje, często sięga się natomiast pożywki: alkohol, papierosy, kawę, tabletki nasenne lub narkotyki;

IV stadium - zachwiana zostaje równowaga pomiędzy wewnętrznymi potrzebami a wymaganiami otoczenia; występuje znaczący spadek energii, który stopniowo prowadzi do wyczerpania na wszystkich trzech płaszczyznach; trudności ze skupieniem powodują niedociągnięcia i uchybienia w pracy chociażby w sytuacji, gdy nie występuje wyczerpanie nadmierną ilością obowiązków;

V stadium - następuje przewartościowanie priorytetów i zmiana ich kolejności, dotychczasowe cele życiowe są tłumione i nieistotne; ograniczane lub marginalizowane są wszelkie kontakty społeczne; zmysł postrzegania zostaje w znacznym stopniu osłabiony;

VI stadium - pojawia się odizolowanie od całego świata, jego wartość jest kwestionowana, dominuje postawa charakteryzująca się ironią, brakiem akceptacji i samokontroli; nierzadko dochodzi do wrogości, a nawet agresji w stosunku do otoczenia; znacząco spada efektywność pracy, zaczynają się pojawiać różnego rodzaju dolegliwości fizyczne;

VII stadium - dochodzi docelowo do wycofania i całkowitej alienacji oraz zautomatyzowania własnych działań; otoczenie postrzega się jako nieprzychylnie, sceptyczne; traci się nadzieję i nie dostrzega żadnych perspektyw mogących zmienić istniejącą sytuację, dlatego m.in. ucieka się od teraźniejszości i pogrąża się w alkoholizm, lekomanię lub narkomanie;

VIII stadium - występują istotne i dające się zaobserwować zmiany w zachowaniu; proces izolacji i alienacji ulega dalszemu pogłębieniu; pojawiają się reakcje paranoidalne; każdy przejaw wsparcia ze strony środowiska, nawet najbliższego, traktowany jest jako atak;

IX stadium - następuje utrata własnej tożsamości i pojawia się przeświadczenie, że przestało się być autonomiczną jednostką z określoną osobowością; wszystkie działania wykonywane są w sposób automatyczny;

X stadium - dominuje uczucie pustki, rezygnacji, zniechęcenia i całkowitego zwątpienia; coraz częściej pojawiają różnego rodzaju fobie, lęk przed ludźmi i skupiskami ludzkimi oraz niekontrolowane ataki paniki;

XI stadium - uintensywniają się początkowo omówione, negatywne objawy, a dodatkowo ukazuje się doznanie emocjonalnego bólu i rozpacz; dominuje zmęczenie, rezygnacja i depresja, której towarzyszą myśli samobójcze;

XII stadium - następuje całkowite wyczerpanie fizyczne, emocjonalne i psychiczne, co określa się jako wypalenie pełnoobjawowe; w bardzo istotnym stopniu wzrasta podatność na wszelkiego rodzaju infekcje oraz choroby układu krążenia (zawały, udary, wylewy), pokarmowego itp. (Litzke, Schuh, 2007; Freudenberg, North, 1985).

Godzi się przypuszczać, że do procesu wypalenia dochodzi nie tylko wtedy, gdy zaistnieją wszystkie typy objawów. Funkcjonuje kontrowersyjna sprzeczność

między indywidualnymi predyspozycjami a nasileniem się odrębnych symptomów wypalenia. Wyróżnione przez Fenglera dziesięć etapów wypalenia zawodowego przedstawiono na schemacie (Fengler, 2001).



Rys.7. Dziesięć etapów wypalenia się wg. Fenglera (2001) - opracowanie własne

Analizując powyższy schemat etapów jakie zachodzą podczas powstania zespołu wypalenia zawodowego należy podkreślić iż całkowite wypalenie przejawiać się może m.in. obwinianie siebie, ucieczką, cynicznością, reakcjami psychosomatycznymi, absencją w pracy, sztywnym trzymaniem się przepisów, nieprzemyślaną decyzją o rezygnacji z pracy, w skrajnych przypadkach nawet samobójstwem (Fazelzadeh, Mehdizadeh, Sahraeeian, 2008).

Pomiędzy obiema omówionymi klasyfikacjami istnieją daleko idące podobieństwa, zwłaszcza jeśli chodzi o ostatni etap, czyli pełnoobjawowe wypalenie.

Freudenberger i Richelson (1980) opisują osoby skłonne do wypalenia. Charakterystyczne dla tych osób, według ich teorii, początkowo są dobre intencje, naiwność, poświęcenie siebie by osiągnąć pożądany cel (Freudenberger, Richelson, 1980). Zdaniem Pines dobre wyobrażenie o sobie jest reakcją, gdzie wysiłek wkładany w pracę przynosi efekty, które mają znaczenie, a zatem samemu też ma się

uznanie. Osoby te oczekują, iż sukces odniesiony w pracy nada im egzystencjonalnego znaczenia (sensu życia) przez co poświęcają się, natomiast czują się wypalone, kiedy uważają, że zawiodły (Pines, 2000).

W definicji wypalenia sformułowanej przez Burischa, ludzie którzy doświadczają procesu wypalenia, wykazują jedną lub więcej (a zwykle wszystkie) cech, które można sklasyfikować do symptomów kluczowych, mimo iż brak im precyzji. Objawy te, według autora to: dynamiczność lub bezsilność; bezradność, depresja i zmęczenie; niepokój wewnętrzny; obniżona samoocena, zniechęcenie; niepoprawne relacje społeczne; konstruktywne pragnienie dokonania zmian (Selye, 1982).

Maslach przedstawiając charakterystyczne objawy – symptomy wypalenia wymienia trzy jego etapy:

I etap, symptomy zwane alarmowymi: poczucie niepokoju, napięcie emocjonalne, bezsenność, bóle głowy, nieustępujące objawy przeziębienia

II etap, następuje, gdy opisane wyżej objawy trwają dłużej oraz pojawiają się wybuchy złości, cyniczna postawa wobec klientów czy pacjentów i bezmyślne wykonywanie obowiązków

III etap występuje, gdy wyżej wymienione objawy występują chronicznie, rozwijają się fizyczne, psychosomatyczne symptomy (nadciśnienie tętnicze, owrzodzenie żołądka i dwunastnicy), stany depresyjne; na tym etapie występują również kryzysy małżeńskie i rodzinne; III etap jest skrajnym stadium zawodowego wypalenia (Maslach, 1994).

Na zakończenie warto przytoczyć obrazowy opis procesu wypalenia jaki zaproponowali psychologowie z American Psychology Association, którzy wyróżnili w nim pięć klasycznych etapów (Terelak, 1999), określając je obrazowo jako:

1. miesiąc miodowy (honeymoon) - okres fascynacji pracą i pełny satysfakcji z osiągnięć zawodowych, charakteryzujący się energią i optymizmem oraz entuzjazmem;

2. przebudzenie (awaking) – pracownik wysuwa wnioski, że hipotetyczna ocena pracy jest nierealistyczna, zaczyna pracować coraz więcej i często podejmując ryzyko, stara się, by ten idealistyczny obraz nie uległ zburzeniu;

3. szorstkość (brownout) - w tym okresie realizacja obowiązków zawodowych wymusza więcej trudu, pojawiają się nieprzyjemności w relacjach społecznych zarówno z kolegami w pracy, jak i z klientami;

4. wyczerpanie pełno objawowe (full scale burnout) - przepełnione wyczerpaniem fizycznym i psychicznym, ujawniają się stany pesymistyczne, poczucie pustki i samotności, chęć wyzwolenia się, ucieczki z pracy;

5. odradzanie się (phoenix phenomenon) - etap gojenia "ran" powstałych w następstwie wypalenia zawodowego (Bilska, 2004).

## **ROZDZIAŁ 2. Zespół wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek**

### **2.1. Specyfika pracy lekarza – chirurga i pielęgniarki chirurgicznej/operacyjnej**

Praca lekarza i pielęgniarki jako zawodów usług społecznych jest narażony na działanie różnych silnych czynników stresogennych związanych przede wszystkim z ochroną i ratowaniem życia. Jedną z najgroźniejszych konsekwencji stresu w pracy jest zespół wypalenia zawodowego, prowadzący do przedmiotowego traktowania podopiecznych, a nawet porzucenia zawodu. Personel medyczny, podczas pracy leczniczo-pielęgnacyjnej, może przejawiać mniejszą lub większą inicjatywę i aktywność. Problem aktywności poruszony został już m.in. w teorii J. Rottera jako uogólnionego przekonania człowieka o swojej kontroli wewnętrznej nad otoczeniem lub zewnętrznej kontroli znajdującej się poza nim (Fazelzadeh, Mehdizadeh, Sahraeeian, 2008). Lekarzy i pielęgniarki usiłują samodzielnie i indywidualnie stwarzać należyte warunki i okoliczności sprzyjające efektywnej pracy (Terelak, 1999).

Charakter zawodów medycznych, opierający się na organizacji i warunkach wykonywania pracy, oraz towarzyszący jej stres w konfrontacji z niskimi zarobkami oraz brakiem poczucia bezpieczeństwa, przy niskiej perspektywie awansu i rozwoju, powodują zniechęcenie i utratę wiary w poprawność zamierzonego celu (Kwiatkowska, Krajewska-Kułak, Panka, 2003; Płotka, Golec, Cześnikiewicz, 2000; Gliszczyńska, 1983; Makowska, 1996; Demeronti., Bakker, Nachreiner i wsp., 2000).

W literaturze analizy zespołu wypalenia zawodowego wśród pracowników medycznych zwraca się głównie uwagę na uniwersalne przyczyny tego zespołu, a mianowicie: brak powodzenia zawodowego powodujący zwątpienie, dużą liczbę i różnorodność interakcji dotyczących problemów pacjentów, potrzebę zachowania profesjonalnego wizerunku kosztem skrywania niepokoju i bezsilności. Można znaleźć też czynniki związane ze specyfiką polskich pracowników medycznych (średni personel): obniżenie statusu społecznego zawodów medycznych, „niepewna przyszłość” wynikająca ze stanu nieustannych zmian i restrukturyzacji placówek medycznych. Podsumowując rozważania prowadzą do konkluzji, iż nie ma jednej uniwersalnej koncepcji na temat przyczyn wypalenia zawodowego w służbie zdrowia - wśród personelu medycznego. Proces wypalenia

zawodowego jest wynikiem konfrontacji środowiska pracy (wysokie wymagania, mały wpływ, małe wsparcie) z indywidualnymi cechami osobowymi (biologiczna podatność na stres w połączeniu z cechami temperamentu, umiejętnościami społecznymi w budowaniu relacji społecznych i tworzeniu wspomagającego środowiska, z tolerancją na frustrację, z możliwościami poznawczymi) (Gmitrowicz, Lewandowska, 2006; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Sęk, 2005; Siemiński, Nitka-Siemińska, Nyka, 2007; Narumoto, Nakamura, Kitabayashi, 2008).

O ważności zawodu lekarza i pielęgniarki nie trzeba nikogo przekonywać, ponieważ jest to spowodowane tym, iż pomagają w osiągnięciu i utrzymaniu specyficznej i podstawowej dla człowieka wartości jaką jest zdrowie (Balint, 1955). Pielęgniarki i lekarze pracują w złożonej strukturze organizacyjnej. Stanowią oni część zasobów ludzkich zakładu opieki zdrowotnej. Ich profesjonalne przygotowanie do udzielania świadczeń zdrowotnych wpływa na jakość leczenia i profilaktykę, mimo iż zawody te mogą być różnie pojmowane (Dudek, 1992).

Zawód pielęgniarki może wykonywać osoba posiadająca określone kwalifikacje, zdobywane w trakcie kształcenia zawodowego i mająca prawo wykonywania zawodu. Zasady i warunki jego wykonywania z całym szeregiem świadczeń zdrowotnych, które może pielęgniarka realizować, zostały uregulowane w podstawowym akcie prawnym – w ustawie o zawodach pielęgniarki i położnej (1996). Jest to samodzielny zawód z grupy specjalistów do spraw zdrowia. Pielęgniarka sprawuje opiekę medyczną nad pacjentem, asystuje lekarzowi w czasie zabiegów, operacji, realizuje zlecenia lekarskie w postępowaniu diagnostycznym i leczniczym. Zajmuje się także szeroko rozumianą edukacją zdrowotną i promocją zdrowia.

Lekarz, wykonuje swoje obowiązki, przede wszystkim, poprzez profesjonalne leczenie chorych posiadając przy tym odpowiednie kwalifikacje i wykształcenie. W Polsce zawód lekarza reguluje ustawa o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 roku.

Od pielęgniarek i lekarzy oczekuje się dużego zasobu wiedzy oraz praktycznego jej zastosowania w stosunku do osób wymagających opieki. W celu utrzymania swych kwalifikacji, na wysokim poziomie, zarówno lekarze jak i pielęgniarki muszą stale poszerzać swoją wiedzę, m.in. poprzez szkolenie specjalistyczne

z interesujących ich dziedzin, czy też kursy kwalifikacyjne, specjalistyczne, a także wymianę doświadczeń (Rozporządzenia Ministra Zdrowia, 2003, 2007).

Pełnienie przez pielęgniarki i lekarzy funkcji zawodowych, wiąże się przede wszystkim ze stałym funkcjonowaniem w sytuacjach trudnych, stresujących i koniecznością natychmiastowego radzenia sobie z nimi, z ustawicznym kontaktem z drugim człowiekiem i zaangażowaniem emocjonalnym w jego problemy, a także z posiadaniem odpowiednich kwalifikacji zawodowych oraz stałym ich podwyższaniem ([Lambert, 2004; Modzelewska, Kulik, 2002; Rak, Gawęł, Kowal, 2000).

Literatura dowodzi, że w procesie wykonywania usługi, liczy się przede wszystkim intensywność zaangażowania osobowości pracowników zatrudnionych w świadczeniu usług (Kapała, 2001). Pacjenci coraz częściej zwracają uwagę właśnie na elementy „dodane” do usługi, do których można zaliczyć serdeczność, dyspozycyjność pracowników (w tym właśnie lekarzy i pielęgniarek), łatwość w nawiązywaniu kontaktu słownego, empatię czy też wsparcie psychiczne i udzielanie wyczerpujących informacji (Jaracz, 2001).

Praca lekarza-chirurga oraz pielęgniarki chirurgicznej należy do trudnych, jest złożona i ma wielozadaniowy charakter (Kamińska-Tymińska, Smorawska, Nowak, Nawrocka, 2005; Kliś, 2002; Andruszkiewicz, 2005; Brzeska, 1998; Wiklak, Lenartowicz, Luzyńczyk, Diduch, 1997). Personel oddziałów chirurgicznych pracuje również pod presją czasu. Często pojawiają się sytuacje nieprzewidywalne, których konsekwencją są postępujące zmęczenie i spadek efektywności pracy oraz obniżenie komfortu psychicznego (Wiklak i In., 1997; Płotka, Golec, Czernikiewicz, 2000). Dodatkowo wiele problemów stwarzają również stosunki z współpracownikami, pacjentami i ich rodzinami (Kliś, 2002; Brzeska, 1998; Muraczyńska, 2000). Wynikiem charakteru pracy na oddziale chirurgicznym jest zakłócony rytm całodobowy, co może nieść za sobą ujemne skutki zarówno zdrowotne jak i emocjonalne. Praca na tych oddziałach, może być również źródłem zagrożenia dla zdrowia, gdyż podczas wykonywania różnych czynności chirurdzy i pielęgniarki chirurgiczne mają bezpośredni kontakt z materiałem zakaźnym (krew, wydzieliny, wydaliny (Płotka, Golec, Czernikiewicz, 2000; Kalinowska, 2003). Warto również zwrócić uwagę, iż w rodzimych warunkach realizowanie świadczeń pielęgniarskich



związane jest z niskim prestiżem społecznym zawodu, małą możliwością awansu oraz niską satysfakcją materialną (Kamińska-Tymińska, Smorawska, Nowak, Nawrocka, 2005; Korzeniewska, 1999).

## **2.2. Czynniki stresogenne w pracy lekarzy i pielęgniarek na oddziałach chirurgicznych**

Stres który nie motywuje i nie mobilizuje do działania ale jest czynnikiem destrukcyjnym, przekraczającym możliwości adaptacyjne i przekracza możliwości przystosowawcze jednostki, może powodować zakłócenia w funkcjonowaniu, zachowaniu oraz samopoczuciu oraz może prowadzić do wystąpienia ogólnego wyczerpania a tym samym do wypalenia zawodowego (Fengler, 2001). Literatura dowodzi, że stres, a co za tym idzie, czynniki go wywołujące są nieodłączną częścią ludzkiego życia i jest wpisany w każdą pracę zawodową, zaś jego całkowite wyeliminowanie nie jest ani możliwe, ani rozwojowe. Warto dlatego zastanowić się i poszukać czynników, które ochronią jednostkę przed jego zbyt dużą kumulacją i intensywnością. Czynnikiem tymi są przede wszystkim zasoby osobiste jednostki, które mogą działać zarówno przed wystąpieniem danego czynnika stresogenego, w trakcie trwania sytuacji stresowej oraz po jej ustąpieniu (Sęk, 2003).

Stres w środowisku pracy, jej niedoskonała organizacja i specyfika, kontakty interpersonalne, wiążące się nie tylko z pomocą choremu, ale również z terapeutycznym oddziaływaniem na stan psychiczny chorego, mogą doprowadzić w rezultacie do negatywnych skutków u samych pracowników ochrony zdrowia. Koszty bliskiej interakcji i konfrontacji z cierpieniem, ze śmiercią oraz z przewlekłym stresem, mogą pojawić się szczególnie wówczas, gdy lekarz i pielęgniarka nie są w stanie radzić sobie z własnymi negatywnymi emocjami, zmęczeniem i obciążeniem a także stresem. Doprowadza to uogólniając do wyczerpania emocjonalnego. Proces ten rozpoczyna się od obrony poprzez dystansowanie, traktowanie pacjentów coraz bardziej przedmiotowo przez co w konsekwencji dochodzi do zjawiska jakim jest depersonalizacja oraz pojawienia się braku satysfakcji zawodowej i utraty zaangażowania, czyli konsekwencji związanych bezpośrednio z syndromem wypalenia zawodowego. Jak wiadomo zawody medyczne, a przede wszystkim lekarza i pielęgniarki są szczególnie

i można je odczytać w kategoriach powołania, zaś jego wykonywanie wiąże się z dużym obciążeniem psychiczno-emocjonalnym i fizycznym. Wśród lekarzy i pielęgniarek szczególne miejsce, ze względu na charakter swojej specjalizacji zajmują ci, którzy pracują na oddziałach zabiegowych związanych z chirurgią. W swojej pracy doświadczają oni nie tylko „typowych” stresorów związanych z obciążeniem obowiązkami, relacjami pomiędzy personelem, warunkami pracy, ale także mają oni do czynienia ze specyficznymi stresorami. Pracownicy służby zdrowia bez wątpienia narażeni są na działanie stresorów o charakterze chronicznym jak i traumatycznym, związanym ze śmiercią. W ostatnich czasach do tej grupy dołączają również stresory związane z samą reformą opieki zdrowotnej, akcjami protestacyjnymi czy też emigracją. Wobec czego personel medyczny musi zmierzyć się również z powszechnymi, negatywnymi opiniami społeczeństwa na temat tych grup zawodowych (Ogińska-Bulik, Kaflik – Pieróg, 2006).

Analiza literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, że zgodnie z jednym z modeli, czynniki stresowe (stresory zawodowe) powstają przede wszystkim na bazie obiektywnych warunków pracy oraz wymagań zawodowych. Stresory zawodowe są zatem związane z cechami organizacji oraz oczekiwaniami ze strony współpracowników, przełożonych, osób na rzecz których jednostka pracuje. Na taki stres nakłada się – ten stres, który powstaje w wyniku konfrontacji przekonań zawodowych z realnymi warunkami (Sęk, 1992).

Charakterystykę źródeł stresu można przedstawić w dwojaki sposób, poprzez przedstawienie najczęściej spotykanych stresorów (Brzeska, 1998; Gugąła, 2003; Gutowska, 2007; Nyklewicz, 2001) oraz poprzez tworzenie rozbudowanych klasyfikacji czynników stresogennych (Gugąła, 2003; Siemińska, Dawid, 1997; Sutherland, Cooper, 1993). Na tej podstawie można wyróżnić następujące rodzaje stresorów występujących w pracy lekarzy i pielęgniarek. Najogólniej można je podzielić na te, które są związane z pracą (organizacja, presja czasu, płace itp.), z relacjami między - osobowymi (między personelem oraz między personelem a pacjentami i ich rodzinami) oraz te związane ze społecznymi, indywidualnymi oraz emocjonalnymi konsekwencjami pracy (rywalizacja, brak wsparcia). Nie można zapomnieć o dodaniu do tej listy stresu związanego z nagłymi, traumatycznymi wypadkami, wymagającymi od tej grupy zawodowej natychmiastowej mobilizacji, pełnego zaangażowania, a nawet narażenia własnego zdrowia i życia na

niebezpieczeństwo. Źródłem stresu również mogą być wymagania stawiane przez środowisko, konieczność nieustannego szkolenia się oraz podnoszenia kwalifikacji (Salmon, 2002).

Należy zwrócić uwagę na specyficzne stresory występujące wśród lekarzy i pielęgniarek pracujących z pacjentami wymagającymi operacji, zarówno planowanej jak i nagłej (przebywającymi w oddziale chirurgicznym). Stresory te wynikają w dużej mierze ze specyficznych wymagań pacjentów poddawanych zabiegom chirurgicznym. Na podstawie literatury oraz własnych obserwacji, doświadczeń i analiz można wymienić następujące stresory:

- kontakt z pacjentem i jego rodzina skutkujący przejęciem częściowej odpowiedzialności za stan zdrowia, powodzenie zabiegu operacyjnego a także funkcjonowanie po operacji,

- frustracja i poczucie żalu w sytuacji niepowodzenia zabiegu, śmierci bądź wystąpienia powikłań po zabiegu

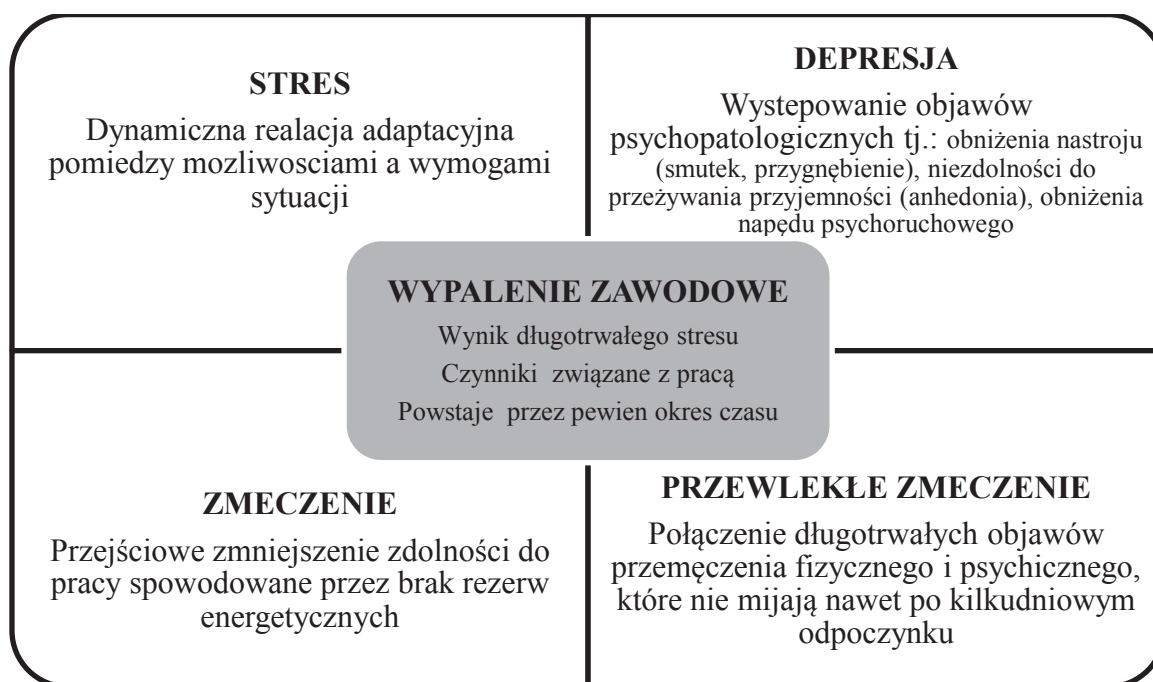
- współtowarzyszenie w umieraniu i żałobie

- brak wsparcia instytucjonalnego jak i poza instytucjonalnego

- kierowanie się wyrozumiałością i troską o powierzonego ich opiece chorego oraz zachowanie pewnego dystansu emocjonalnego do jego problemów zdrowotnych (Bakker, Demeronti, Schaufeli, 2002; Bauer, Hainer, Kachele i wsp., 2002; Toppinen-Tanner, Ojajarwi, Vaananen i wsp., 2005; Vahey, Akinen, Sloane i wsp., 2004).

Otwartym pozostaje jednak jeszcze pytanie o odrębność zespołu wypalenia i rodzaj związków z innymi stanami i zaburzeniami psychicznymi. Przedmiotem kontrowersji jest różnicowanie wypalenia i stresu zawodowego, depresji, obniżonej satysfakcji zawodowej oraz zespołu przewlekłego zmęczenia (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Maslach, 1998; Bakker i in., 2000; Iacovides i in., 2003). Dotychczasowe badania nie pozwalają na jednoznaczne rozstrzygnięcie tej kwestii (Maslach, 2000).

W poniższym schemacie poddano dokładnej identyfikacji zespół wypalenia zawodowego, by odróżnić go, od innych procesów chorobowych, takich jak stres, zmęczenie, długotrwałe zmęczenie oraz depresja.



Rys. 9. Relacje pomiędzy wypaleniem zawodowym a innymi negatywnymi stanami emocjonalnymi. - opracowanie własne na podstawie wybranych źródeł (Maslach, 2003; Keidel, 2002; Raiger, 2005; Leone I In., 2007; Joinson, 1992; Figley, 1995; Aiken, Clarke, Sloane, 2001; Rourke, 2007; Garfield, Spring, Ober, 1995; Vachon, 2002; Iacovides i In., 1999; Brenninkmeijer, VanYperen, Buunk, 2001).

Adekwatnie jak w przypadku stresu, dość silną zależność z depresją wykazuje emocjonalne wyczerpanie, znacznie słabszą pozostałe dwa obszary. Silniej wyrażone objawy zespołu wypalenia, zwiększają podobieństwo do symptomatologii depresyjnej. Prawdopodobnie, czynniki osobowościowe sprzyjają obu stanom (Iacovides i in., 2003). Podstawowa i najważniejsza różnica między nimi, polega na przenikaniu depresji we wszystkie sfery życia, zaś proces wypalenia ogranicza się zaledwie do kontekstu zawodowego, gdzie funkcjonowanie w pozostałych obszarach życia pozostaje na zbliżonym poziomie (Bakker i in., 2000). Symptomy przewlekłego zmęczenia, w stereotypie klinicznym, przeważają w dolegliwości fizyczne, a psychiczne im towarzyszą. Analogicznie, podobieństwo z wypaleniem odnosi się istotnie do emocjonalnego wyczerpania, a pozostałe dwa obszary

w zespole przewlekłego zmęczenia nie występują (Raiger, 2005; Leone i in., 2007; Joinson, 1992; Figley, 1995; Aiken i in., 2001; Rourke, 2007; Garfield i in., 1995).

### **2.3. Badania naukowe dotyczące zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek w Polsce i na świecie**

Zespół wypalenia zawodowego demonstruje się brakiem odczuwania radości i zadowolenia z pracy, a także z całokształtu swego życia, brakiem zaradności, zanikiem chęci działania, rozwojem pustki wewnętrznej. Badania pielęgniarek ujawniły objawy syndromu, który metaforycznie był określony jako syndrom „bezsilnego pomocnika” (Schmidbauer, 1977). Wypaleniem, według Burischa (2006), zajmuje się także teoria kryzysu, teoria frustracji i wyuczonej bezradności, psychosomatyka, a także psychologia konfliktu. Autor pogrupował podejścia do badań nad wypaleniem, zgodnie z ich poziomem abstrakcji lub ogólności. Wyróżnił cztery poziomy:

**1-utrata autonomii.** Proces wypalenia rozpoczyna się poprzez utratę najważniejszego, centralnego aspektu autonomii, lub przy utracie autonomii obejmującej wiele aspektów. Mechanizm ten, wynikać może również z wewnętrznych konfliktów typu: dążenie – unikanie lub unikanie – unikanie. Osoby wypalone są w pułapce, albo są zablokowane (jeśli nie umieją obejść tej blokady, to również znajdują się w pułapce). Burisch przyjmuje, że utrata autonomii stanowi podstawowy czynnik przyczynowy w wypaleniu. Większość lub wszystkie objawy wypalenia można interpretować jako bezpośrednie efekty utraty autonomii, albo jako próby niedopuszczenia do dalszego jej ograniczenia - odzyskania, skompensowania lub zmniejszenia subiektywnego wpływu jej utraty.

**2-czynniki środowiskowe i predyspozycje osobowościowe.** Badania dowodzą obecność cech negatywnych w środowiskach ludzi wypalonych, mogą to być m.in.: konflikt ról, nadmierna biurokracja czy niejasność ról. Szczególne predyspozycje według autora są warunkiem koniecznym aby uruchomić pełny proces wypalenia (oprócz utraty autonomii).

**3-indywidualne studia przypadków.** Omówienie czy opisanie wielu różnych przypadków przyczyniłoby się do pełnej charakterystyki syndromu wypalenia

zawodowego. Ponadto historie przypadków, które opisują zarówno interwencje jak i ich konsekwencje, mogą dostarczyć wskazówek na temat tego, co przynosi skutki, a co jest nieskuteczne w próbach pomagania ludziom wypalonym.

**4-indywidualne działania.** Burisch, będący zwolennikiem podejścia idiograficznego, jest przekonany, że w badaniu zjawisk takich jak wypalenie, należy przechodzić na wyższe poziomy analizy i dokonywać uogólnień dopiero po dokładnym zrozumieniu indywidualnego przypadku (Burisch, 1984, 1989, 2000).

Stres w środowisku pracy oraz jego konsekwencje dla jednostki i jej otoczenia są przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin. Zaobserwowano i zbadano syndrom wypalenia zawodowego (Maslach, 1994; Rongińska, Gaida, 2001), który jednak nie wyczerpuje problematyki pełnego funkcjonowania pracownika. Wiele badań dowodzi, iż osobowość jest najprawdopodobniej najbardziej znaczącym źródłem procesu wypalenia zawodowego, niż sama natura wykonywanej pracy (Sęk, 2004; Papadatou, Anagnostopoulos, Monos, 1994). Badacze rozpoczęli zgłębiać swe zainteresowania na tematy dotyczące stwierdzenia istnienia korzystnych i niekorzystnych dla zdrowia stylów zachowania człowieka oraz w jaki sposób człowiek, może ustosunkować się do wymagań zawodowych, i jakie zachowania podejmuje w wyniku indywidualnej oceny i przeżywania sytuacji zawodowych (Rongińska, Gaida, 2001).

Przeprowadzone przez Płotkę i współpracowników (Płotka, Pitek, Makara-Studzińska, 1998) badania pielęgniarek wykazały, że do najbardziej obciążających i stresujących zadań należały m.in. zagrożenie bezpieczeństwa osobistego, niska satysfakcja z wyników pracy, ograniczone możliwości pomagania chorym oraz niskie wynagrodzenie. Siemińska i Dawid (1997) na podstawie przeprowadzonych wśród lekarzy badań stwierdzili, że do czynników stresujących w ich pracy należały: problemy w diagnozowaniu, śmierć pacjenta oraz ciężkie stany leczonych. Ponadto, z literatury przedmiotu wynika, że na wypalenie zawodowe bardziej podatne są osoby o mniejszej odporności psychicznej (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001) oraz niskim poczuciu własnej wartości (Demeronti, Bakker, Nachreiner i wsp., 2000).

W 1999 w pracy J. Żbikowskiej badaniom w kierunku wypalenia zawodowego poddani zostali lekarze i pielęgniarki. Niedoceniali oni możliwości ryzyka wystąpienia zagrożenia wypaleniem, uważali, że posiadają metody radzenia sobie

z tym problemem takie jak: hobby, używki, rozwój duchowy. Autorka doszła do zaskakującego wniosku, że ryzyko wypalenia nie było powiązane ze sposobami radzenia sobie (Janczewska, Roszczyńska, 2004).

Badania nad zespołem wypalenia zawodowego przeprowadzone w 15 norweskich szpitalach pokazały, że lekarzy cieszy taka współpraca, w której mogą zaznaczyć swoją dominację nad pozostałym personelem. Natomiast pielęgniarki za satysfakcjonującą współpracę uważają taką, w której pełnią rolę partnera w zespole. Partnerstwo oznacza dla nich posiadanie i uznanie praw pielęgniarki na równym poziomie z prawami lekarza (Krogstad, Hofoss, Hjortdahl, 2004). Warto zauważyć, że oxfordzka definicja współpracy traktuje ją jako akt wzajemnej pracy dwóch lub większej liczby osób uznających siebie nawzajem za partnerów (Sundin-Huard, 2001). Dla współczesnego pielęgniarstwa niezmiernie ważne jest stworzenie modelu współpracy, opartego na współdziałaniu obu tych profesji. Do tej pory dominacja lekarza nad pielęgniarką zdaniem wielu autorów była spowodowana brakiem jej wiary we własne siły i możliwości oraz lekarską nieznaną kompetencją i wiedzą pielęgniarskiej na temat rozpoznanej choroby, postępowania w ostrych stanach (Joudrey, Gough, 1999). 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 z współpracownikami, brak porozumienia, jak również popełniane błędy w procesie terapeutycznym (Martens, 2009). Takie stereotypy wynosi się już ze szkół i uczelni medycznych, a przekonania o słuszności swej postawy, nabiera się już po pierwszych dniach praktyki szpitalnej. Wspólnym celem pozostaje dobro pacjenta, którego w samotnym działaniu nie uda się osiągnąć, dlatego współpraca jest konieczna. Każdy członek zespołu ma własny obszar działań. Nikt inny poza nim nie posiada bardziej szczegółowej wiedzy i kompetencji w danej dziedzinie. Wzajemna współpraca polega przede wszystkim na wymianie informacji na temat efektów działania w swoim obszarze pracy, co może stanowić punkt wyjścia do tworzenia planu dalszego leczenia. Aby odnieść sukces, współczesne organizacje potrzebują pełnego zaangażowania wszystkich

pracowników tworzących zespół w tym głównie lekarzy i pielęgniarek (Joudrey, Gough, 1999; Sundin-Huard, 2001; Martens, 2009).

Literatura skandynawska wydaje się być obszerniejsza w tematyce i badaniach nad wypaleniem zawodowym, niż pozostałych krajów Europy. Badania Duńskiego Instytutu Medycyny Pracy wskazują, że Skandynawia po raz kolejny próbuje zmierzyć się z trudnymi problemami. Można stwierdzić, że badania i rozważania teoretyczne nad wypaleniem rozwinęły się w 1970 roku do testowania hipotez badań propektywnych. Powszechnie uważa się, że wypalenie zawodowe jest zjawiskiem złożonym, związkiem przyczynowym wieloczynnikowym. Identyfikacja czynników stresogennych (np. środowiska pracy, wymagań w życiu prywatnym itd.), które indukują ten proces, stało się głównym celem badań wypalenia. O tym, z jaką intensywnością prowadzone są badania nad wypaleniem, świadczą zestawienia danych (Psychological Abstracts, Medline, Resources In Education/ ERIC, National Union Catalog - Library of Congress), jak i specjalistyczne opracowania bibliograficzne. W krajach Unii Europejskiej przeprowadzono również badania pod nazwą Projekt NEXT, które finansowane przez Unię Europejską (QLK6-CT-2001-00475), przeprowadzono na temat przedwczesnego odchodzenia z zawodu pielęgniarek, na skutek wypalenia zawodowego. Badania realizowano w dziesięciu krajach: Belgii, Finlandii, Francji, Holandii, Niemczech, Polsce, Słowacji, Szwecji, Wielkiej Brytanii i Włoszech. W projekcie uczestniczyło 39 898 pielęgniarek z Europy, w tym 4354 z Polski. Koordynatorzy projektu Hans-Martin Hasselhorn i Bernd Hans Muller z Uniwersytetu w Wuppertalu w Niemczech, wyciągnęli wnioski, że kraje Europy odczuwają braki na stanowiskach pielęgniarskich a sytuacja ta może ulec pogorszeniu w związku ze zmianami demograficznymi przewidywanymi w ciągu dwudziestu lub trzydziestu lat (Hasselhorn, Mueller, Tackenberg, 2003; Kuemmerling, Hasselhorn, Tackenberg, 2003).

W badaniach przeprowadzonych w Stanach Zjednoczonych oraz niektórych krajach Europy Zachodniej udało się wyodrębnić wiele czynników wpływających na pojawienie się i dynamikę rozwoju wypalenia zawodowego wśród lekarzy pierwszego kontaktu. Czynniki, które wpływają na wypalenie zawodowe są: płeć, wysokość wynagrodzeń; obciążenie pracą (rozumiane jako długość czasu spędzonego w pracy oraz liczba przyjętych pacjentów); wzrastająca ilość papierkowej roboty; stosunek pacjentów do lekarzy; nadmierne wyobrażenie



o możliwościach nowoczesnej medycyny oraz pojawianie się częstych postaw roszczeniowych; praca na terenach wiejskich (Henzel–Korzeniowska, 2004).

Reasumując, pozytywnym aspektem, jest fakt, iż od 1970 roku zostało opublikowanych ponad 5500 badań i książek na temat wypalenia zawodowego (Hallsten, Bellaagh, Gustavsson, 2002; Schaufeli, Enzmann, 1998) i liczba prac systematycznie rośnie.

## **ROZDZIAŁ 3. Metodologia badań własnych**

### **3.1. Cel badań i jego znaczenie**

Głównym celem badania jest analiza wypalenia zawodowego i jego kontekstu psychospołecznego i osobowościowego wśród lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach chirurgicznych.

Na podstawie tak sformułowanego celu głównego, wyodrębniono następujące cele szczegółowe:

1. Prezentacja i ocena syndromu wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek w aspekcie wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej oraz ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego,

2. Prezentacja związku zmiennych socjodemograficznych na występowanie objawów zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek i lekarzy oddziałów chirurgicznych,

3. Interpretacja czynników mających związek z procesem zespołu wypalenia zawodowego,

4. Przedstawienie związku pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a wybranymi czynnikami indywidualnym, interpersonalnymi i organizacyjnymi występującymi w środowisku pracy,

5. Zaprezentowanie wzajemnych relacji pomiędzy czynnikami indywidualnymi, interpersonalnymi i organizacyjnymi a występowaniem wypalenia zawodowego,

6. Identyfikacja i interpretacja indywidualnych zasobów lekarzy i pielęgniarek w zakresie radzenia sobie z sytuacjami zawodowymi,

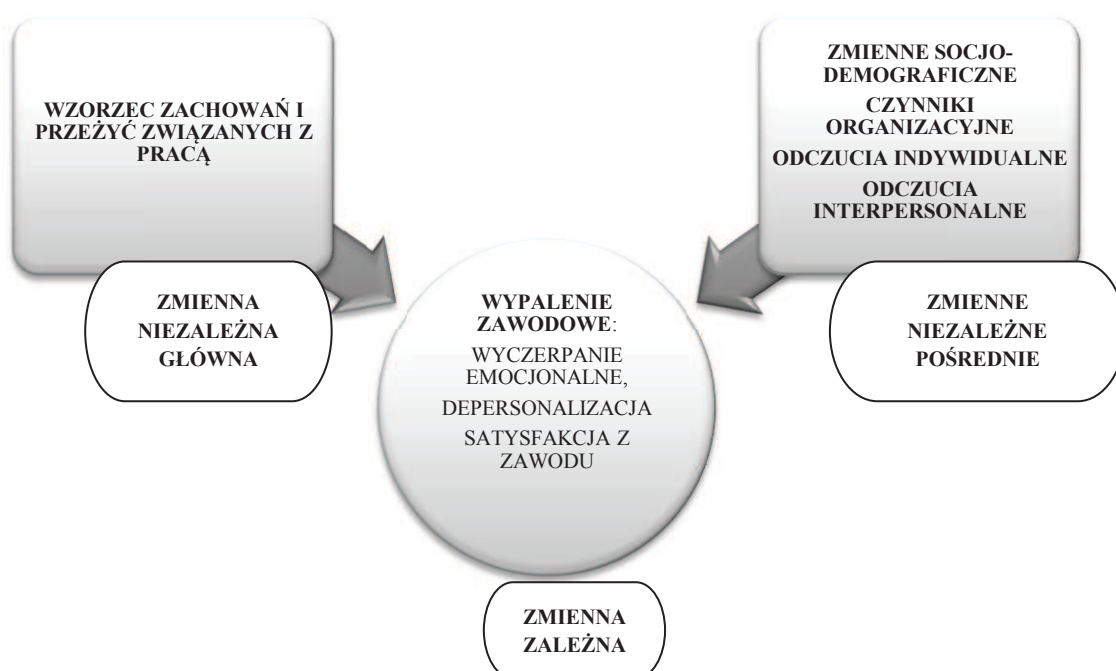
7. Przedstawienie związku pomiędzy zmiennymi socjodemograficznymi a skalami, sferami i typami osobowości lekarzy i pielęgniarek na oddziałach chirurgii,

8. Omówienie wzajemnych relacji pomiędzy strukturami wypalenia zawodowego a indywidualnymi zasobami personelu medycznego na oddziałach chirurgii.

### 3.2. Model badań własnych

Wyniki dotychczasowych opublikowanych badań, omówienie szczegółowe w części teoretycznej pracy, wskazują na złożoność zjawiska zespołu wypalenia zawodowego. W oparciu o przeanalizowaną literaturę opracowano model badania (ryc.2) uwzględniając wpływ zmiennych osobowościowych, socjo-demograficznych oraz organizacyjnych na występowanie zespołu wypalenia zawodowego. Zmienne uwzględnione w modelu badań zostały uporządkowane ze względu na zakładany kierunek wzajemnych oddziaływań.

Głównym kryterium porządkowania poszczególnych zmiennych było odniesienie do aktualnej sytuacji życiowej lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych. Główna zmienna zależna odnosi się bezpośrednio do kluczowego zagadnienia poruszanego w pracy czyli zespołu wypalenia zawodowego. Za zmienną niezależną uznano tę, która zgodnie z literaturą może pojawić się jako dany wzorzec zachowań i przeżyć związanych z pracą w zakresie którego jednostka nie ma możliwości dokonania zmian. Pozostałe analizowane w badaniu zmienne niezależne zaliczono do zmiennych pośrednich. Należą do nich czynniki organizacyjne, odczucia indywidualne, odczucia interpersonalne oraz zmienne socjo-demograficzne.



Rys. 10. Model badań własnych - opracowanie własne.

### **3.3. Hipotezy badawcze**

W odniesieniu do zaproponowanego modelu badań własnych, zarysowanych celów, przedstawionych przesłanek teoretycznych i empirycznych, sformułowano następujące hipotezy.

#### **Hipoteza 1<sub>0</sub>**

Hipoteza główna pracy stanowi, iż wśród personelu medycznego (pielęgniarek i lekarzy) oddziałów chirurgicznych występuje zespół wypalenia zawodowego.

#### **Uzasadnienie hipotezy**

Wyniki dotychczasowych badań wykazują występowanie objawów psychicznych i somatycznych charakterystycznych dla zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek (Płotka, Pitek, Makara-Studzińska, 1998; Vahey, Akinen, Sloane i wsp., 2004). Emocje towarzyszące kontaktom zawodowym z ludźmi, wymagającymi interwencji chirurgicznej, mogą być przyczyną bardzo burzliwych, czasem wręcz obezwładniających napięć emocjonalnych. Mogą one spowodować, iż osoby początkowo zaangażowane w swoją pracę czują się emocjonalnie wyczerpane, przemęczone, bezsilne. Wypalenie powiązane jest z pracą w zawodach, w których pracownik ma ciągły kontakt z ludźmi i pojawia się zaangażowanie emocjonalne w ich problemy. Te kryteria spełniają m.in. personel medyczny oddziałów chirurgicznych (Okła, Steuden, 1999).

#### **Hipoteza 1**

Poziomu ogólnego wskaźnika zespołu wypalenia zawodowego oraz poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i satysfakcji z zawodu różni się między pielęgniarkami a lekarzami

#### **Uzasadnienie hipotezy:**

Z literatury przedmiotu wynika, że proces wypalenia zawodowego częściej dotyka osób o mniejszej odporności psychicznej (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Schaufeli, Enzmann, 1998) oraz niskim poczuciu własnej wartości (Demerouti, Bakker, Nachreiner i wsp., 2000). Większość wyników badań wskazuje, że zespół wypalenia zawodowego osiąga większy stopień nasilenia u pielęgniarek

w porównaniu z lekarzami. Grupa badanych pielęgniarek uzyskuje gorsze wyniki w poszczególnych wymiarach wypalenia zawodowego (Siemińska, Dawid, 1997; Płotka, Pitek, Makara-Studzińska, 1998; Orzechowska i In., 2008).

## **Hipoteza 2**

Poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek, pracujących na oddziałach chirurgii, ma związek z czynnikami socjodemograficznymi, odczuciami indywidualnymi, odczuciami interpersonalnymi oraz czynnikami organizacyjnymi.

### **Uzasadnienie hipotezy:**

W znacznej części badań nie stwierdza się żadnych istotnych związków między zmiennymi demograficznymi a wskaźnikami wypalenia (Leiter, Harvie, 1996). Wypalenie jest bardziej prawdopodobne, gdy odczucia indywidualne czy też interpersonalne nie pasują do jednego lub więcej czynników sytuacyjnych w środowisku pracy (Maslach, Leiter, 1997).

### **Hipoteza 2.1**

Struktury wypalenia zawodowego oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek mają związek z czynnikami socjodemograficznymi.

### **Hipoteza 2.2**

Struktury wypalenia zawodowego oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego mają związek z odczuciami subiektywnymi.

### **Hipoteza 2.3**

Struktury wypalenia zawodowego oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego mają związek z odczuciami interpersonalnymi.

### **Hipoteza 2.4**

Struktury wypalenia zawodowego oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego mają związek z czynnikami organizacyjnymi.

### **Hipoteza 3**

Istnieje różnica w obszarach osobowości między lekarzami a pielęgniarkami pracującymi na oddziałach chirurgii.

#### **Uzasadnienie hipotezy:**

Diagnostyka indywidualnych zasobów jednostki dotyczących pracy pozwala na ustalenie strategii zwalczania problemów oraz wyznaczenie kierunków działań prewencyjnych i korekcyjnych. Wypalenie jest bardziej prawdopodobne, gdy istnieje "poważna rozbieżność pomiędzy charakterem pracy i charakterem osoby, która ją wykonuje (Maslach, Leiter, 1997). Ze względu na szeroki zarys obszarów osobowości hipotezę podzielono na hipotezy częściowe.

#### **Hipoteza 3.1**

Istnieje różnica sfer osobowości: zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy pomiędzy pielęgniarkami a lekarzami oddziałów chirurgicznych.

#### **Hipoteza 3.2**

Istnieje różnica obszaru zachowań i przeżyć w sytuacjach zadaniowych pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami pracującymi na oddziałach chirurgicznych.

#### **Hipoteza 3.3**

Istnieje różnica w typach zachowań pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami pracującymi na oddziałach chirurgii.

### **Hipoteza 4**

Poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii mają związek z typami wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą.

#### **Uzasadnienie hipotezy:**

Maslach zauważa, że cechy takie jak: niskie poczucie własnej wartości, brak pewności siebie, brak uznania, potrzeba autonomii, niecierpliwość, brak tolerancji oraz empatii, predysponują do pojawienia się zespołu wypalenia zawodowego (Maslach, 2003). Inni autorzy postulują, że ekstremalna sumienność, perfekcjonizm

i oddanie zwiększają prawdopodobieństwo tendencji do negatywnych emocji i hamowania społecznego (Keidel , 2002; Denollet, 2005; Oginska-Bulik, 2006).

#### **Hipoteza 4.1**

Wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, satysfakcja zawodowa oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależą od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

#### **Hipoteza 4.2**

Wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, satysfakcja zawodowa oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależą od obszaru zachowań i przeżyć w sytuacjach zadaniowych.

#### **Hipoteza 4.3**

Wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, satysfakcja zawodowa oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależą od typów zachowań i przeżyć związanych z pracą.

#### **Uzasadnienie hipotez**

Wpływ czynników osobowościowych był rzadziej badany niż wpływ czynników sytuacyjnych, jednak pewne zależności opisywane są w literaturze konsekwentnie. Na przebieg zespołu wypalenia się znacząco podatne są osoby o niskim poziomie wytrzymałości psychicznej (hardiness) (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Schaufeli, Enzmann, 1998). Osoby odporne psychicznie cechuje skłonność do silnego angażowania się w to, co robią, otwartość na zmiany, interpretowanie wydarzeń stresujących jako wyzwań oraz poczucie kontroli nad wydarzeniami i własnym życiem (Heszen-Niejodek, 2000).

#### **Hipoteza 5**

Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego, wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz satysfakcja z zawodu lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

### **Hipoteza 5.1**

Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

### **Hipoteza 5.2**

Wyczerpanie emocjonalne personelu medycznego oddziałów chirurgicznych zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

### **Hipoteza 5.3**

Depersonalizacja badanej populacji zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

### **Hipoteza 5.4**

Satysfakcja zawodowa lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

## **Hipoteza 6**

Wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, satysfakcja zawodowa oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależą od skali osobowości.

### **Hipoteza 6.1**

Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego ma związek ze skalami osobowości.

### **Hipoteza 6.2**

Wyczerpanie emocjonalne ma związek ze skalami osobowości wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą.

### **Hipoteza 6.3**

Depersonalizacja ma związek ze skalami osobowości wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą.

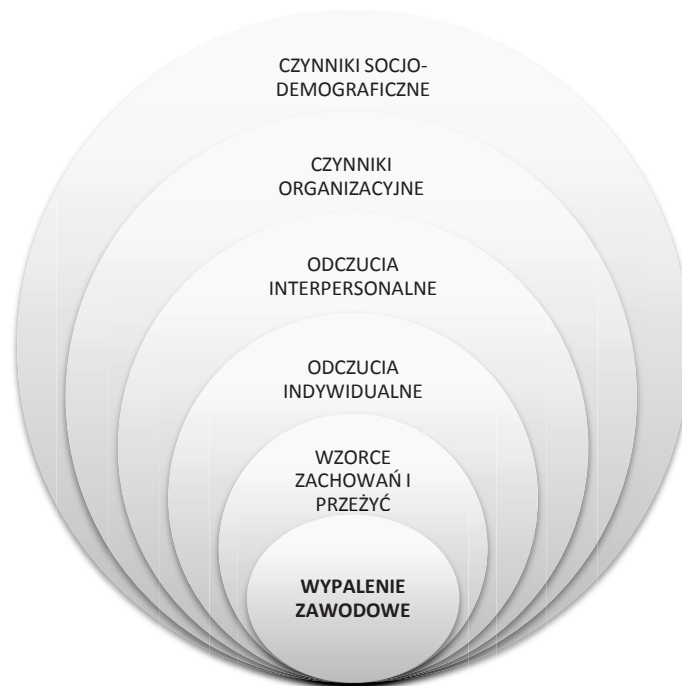


### Hipoteza 6.4

Satysfakcja zawodowa ma związek ze skalami osobowości wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą

#### 3.4. Zmienne i ich wskaźniki

W modelu badań własnych (rysunek 11) uwzględniono zależności pomiędzy zmienną zależną (wypalenie zawodowe-szczegółowo jego trzy struktury: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja oraz satysfakcja zawodowa oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego) i zmienną niezależną główną (wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą), zmiennymi niezależnymi pośrednimi (czynniki organizacyjne, odczucia indywidualne i interpersonalne oraz zmienne socjo-demograficzne).



Rys. 11. Czynniki mające wpływ na wypalenie zawodowe - opracowanie własne.

W tabelach 1-2 przedstawiono zmienne tworzące model i przygotowanie całego procesu badawczego. Zmienne niezależne i zależne zostały szczegółowo omówione przy opisie metod badawczych.

Tabl. 1. Zmienne zależna i jej wskaźniki

L.p. Zmienna	Wskaźniki
<p>WYPALENIE ZAWODOWE:</p> <p>Wyczerpanie emocjonalne</p> <p>Depersonalizacja</p> <p>Satysfakcja zawodowa</p> <p>Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego</p>	<p>Pytania 1-9</p> <p>Pytania 10-14</p> <p>Pytania 15-20</p>

Źródło: opracowania własne oraz Fengler J. (2000)

Zmienne niezależne to wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą, w których wyodrębniono skale: zaangażowanie zawodowe (w tym sfery subiektywne znaczenie pracy, ambicje zawodowe, gotowość do wydatków energetycznych, dążenie do perfekcji i zdolność dystansowania się), odporność psychiczna i strategię zwalczania sytuacji problemowych ( w tym sfery: tendencja do rezygnacji w sytuacji porażki, ofensywna strategii rozwiązywania problemów, wewnętrzny spokój i równowaga), oraz emocjonalny stosunek do pracy (w tym sfery: poczucie sukcesu w zawodzie, zadowolenie z życia, poczucie wsparcia społecznego) oraz cztery typy zachowań i przeżyć związanych z pracą: typ G – zdrowy, typ S – oszczędnościowy, typ A – ryzyka nadmiernie obciążonego oraz typ B – wypalony.

Tabl. 2. Zmienne niezależne i ich wskaźniki

L.p. Zmienna	Wskaźniki
NIEZALEŻNA GŁÓWNA: Wzorzec zachowań i przeżyć związanych z pracą	Wynik na 5-stopniowej skali testu AVEM
NIEZALEŻNE POŚREDNIE: ODCZUCIA INDYWIDUALNE Motywacja do pracy Przekonanie, że wiele zależy ode mnie Angażowanie się w pracę Wiara we własne możliwości Zaniedbywanie rozwoju zawodowego ODCZUCIA INTERPERSONALNE Konfliktowość w pracy Problemy z zasypianiem Wykonywanie pracy na czas Zdenerwowanie na pozór błahymi sprawami Dolegliwości bólowe Zniechęcenie i lęk Przygnębienie Zmęczenie Trudności z koncentracją Zmiany nastroju Dolegliwości bólowe brzuch i kręgosłupa CZYNNIKI ORGANIZACYJNE: Przeciążenie obowiązkami Czas i środki ZMIENNE SOCJODEMOGRAFICZNE Wiek  Zawód Stan cywilny Wykształcenie Warunki mieszkaniowe  Warunki finansowe  System pracy  Praca ponad wymiar godzin Częstość podejmowania pracy w nadgodzinach  Aprobata pracy Miła atmosfera w pracy Chęć uczęszczania do pracy Zadawalająca współpraca z przełożonym	Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali  Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali  Wynik na 10-stopniowej skali Wynik na 10-stopniowej skali  Sklassyfikowany w 3 grupach: I gr. – 23-35r.ż., II gr. -36-45r.ż., III gr. -46-63r.ż. Lekarze, pielęgniarki I gr.- panna/kawaler, II gr. mężatka/żonaty 2 wartości: 1. wyższe, 2. średnie 3 wartości: 1. bardzo dobre, 2. dobre., 3. wystarczające 3 wartości: 1. bardzo dobre, 2. dobre, 3. na poziomie podstawowych potrzeb 3 wartości: 1. 8-godzinny, 2. 12-godzinny, 3. 24 godzinny Tak lub nie 3 wartości: 1. często, 2. sporadycznie, 3. rzadko Tak lub nie Tak lub nie Tak lub nie Tak lub nie

Źródło: opracowanie własne

Zmienne niezależne pośrednie to zmienne socjodemograficzne: płeć, grupa, wiek, stan cywilny, wykształcenie, warunki mieszkaniowe i finansowe, system pracy, praca w nadgodzinach i jej częstość, aprobata pracy, atmosfera w pracy, chęć

uczęszczania do pracy oraz współpraca z bezpośrednim przełożonym a także odczucia indywidualne, odczucia interpersonalne oraz czynniki organizacyjne.

### **3.5. Narzędzia badawcze**

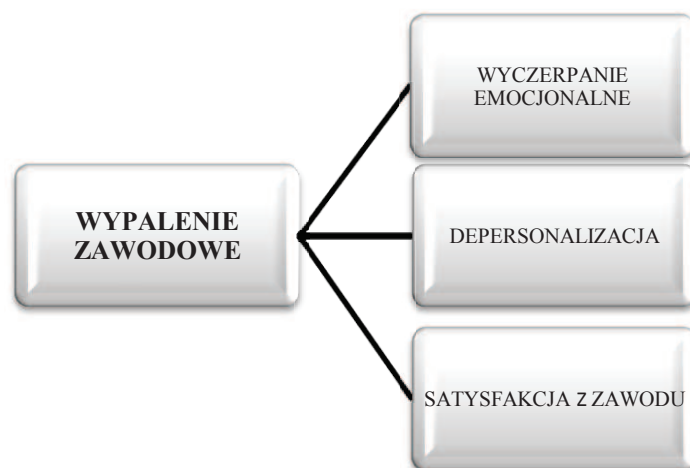
#### **3.5.1. Autorski kwestionariusz**

Autorski kwestionariusz składa się z 22 pytań zarówno zamkniętych jak i otwartych. Kwestionariusz przeznaczony był dla personelu medycznego oddziałów chirurgicznych; wersje dla lekarzy i dla pielęgniarek były takie same. Kwestionariusz można podzielić na sześć części. Początkowa dotyczyła danych socjo - demograficznych: płci, rodzaju wykonywanej pracy, wieku, stanu cywilnego. Druga część – sytuacji zawodowej i materialnej: stażu pracy, wykształcenia, warunków mieszkaniowych i finansowych, systemu pracy, pracy w nadgodzinach i jej częstotliwości. W trzeciej części podjęto próbę określenia ogólnego stosunku do pracy: aprobaty, atmosfery, chęci uczęszczania oraz współpracy z bezpośrednim przełożonym. Trzy ostatnie części zawierały pytania dotyczące wybranych losowo przyczyn jakie mogą mieć wpływ na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego i tak czwarta dotyczyła odczuć indywidualnych: motywacji, przekonań, angażowania, wiary we własne możliwości, zaniedbywania rozwoju zawodowego; piąta – odczuć interpersonalnych: konfliktowości, problemów z zaśnięciem lub budzeniem się w nocy, problemów z wykonywaniem pracy na czas, uczucia zdenerwowania , występowania dolegliwości bólowych głowy, uczucia zniechęcenia i lęku wychodząc do pracy, uczucia przygnębienia, zmęczenia, trudności z koncentracją i skupieniem, gwałtownych i częstych zmian nastrojów oraz częstego występowania dolegliwości bólowych brzucha i kręgosłupa. Ostatnia szоста część odnosiła się do czynników organizacyjnych: przeciążenia nadmierną ilością obowiązków oraz niedostosowania czasu i środków do zleconych zadań.

#### **3.5.2. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach - Maslach Burnout Inventory (MBI)**

Narzędzie Maslach Burnout Inventory (MBI) – Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach - zostało opracowane przez Maslach i Jackson w 1981 roku. Do pomiaru wypalenia zawodowego w badaniu użyto polską adaptację

kwestionariusza autorstwa T. Pasikowskiego (2000), który pozwala określić trzy elementy zespołu wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację oraz obniżone poczucie dokonań osobistych (satisfakcję zawodową) (rys.12). Pod względem własności psychometrycznych jest to najczęściej używane i bardzo wartościowe narzędzie służące badaniu wypalenia zawodowego. Uzyskane współczynniki rzetelności alfa Cronbacha wynoszą od 0.55 do 0.7925 i są porównywalne do tych, jakie uzyskano w oryginalnych badaniach Maslach i Jackson. Łącznie kwestionariusz składa się z 22 pozycji podzielonych na trzy nierówne grupy, z których każda dotyczy jednego z elementów zespołu wypalenia. Podskala wyczerpania emocjonalnego składa się z 9 pozycji, depersonalizacji z 5, obniżonego poczucia dokonań osobistych z 8 pozycji (Pasikowski, 2000). Pozycje testowe w podskalach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji są sformułowane negatywnie, a w podskali obniżonego poczucia dokonań osobistych – pozytywnie. Wyniki oblicza się więc oddzielnie dla każdej z podskal. O poziomie wypalenia mówią twierdzące wyniki w strukturach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji oraz negujące wyniki w strukturze obniżonego poczucia dokonań osobistych (Okła, Steuden, 1999). Według autorów, Maslach Burnout Inventory może być używane wśród grup zawodowych, których praca polega na specyficznych kontaktach z ludźmi (Maslach, Schaufeli, 1998). Własności psychometryczne MBI są obiecujące, jednak nie całkowicie bezsporne.



Rys. 12. Struktury wypalenia zawodowego wg. Maslach – zmienna zależna - opracowanie własne

### **3.5.3. Kwestionariusz - Wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą (AVEM)**

Do oceny zachowań i przeżyć w pracy zastosowano skalę AVEM – Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster – U. Schaarschmidta i A. Fischera, pracowników Instytutu Psychologii Uniwersytetu Poczdamskiego, która została adaptowana do warunków polskich przez T. Rongińską (Rongińska, Gaida, 2003). Ze względu na fakt małej znajomości tej metody w Polsce zostanie ona szerzej zaprezentowana. Kwestionariusz składa się z 66 twierdzeń, każde z nich oceniane jest przez osobę badaną w skali 5-stopniowej pod względem trafności w stosunku do swoich przeżyć, odczuć, czy doświadczeń. Jest to na rzędzie o wysokiej rzetelności (dla skal wersji polskiej zgodność wewnętrzną mierzona alfa Cronbacha wynosiła od 0,71 do 0,84, a metodą połówkową Spearmana - Browna od 0,70 do 0,83). Normalizacji dokonano na grupie 616 Polaków reprezentujących zawody związane z pracą z ludźmi. Wyniki są obliczane za pomocą programu komputerowego (autorzy testu nie zamieszczają papierowych kluczy do obliczenia wyników w swoim podręczniku), oblicza on od razu wartości dla typów zachowań w pracy: G, S, A i B, które razem dają wartość jeden. Im wyższy ułamek, tym większa tendencja do funkcjonowania zgodnie z danym typem zachowania (Rongińska, Gaida, 2003). Autorzy testu starali się opisać sposób, w jaki jednostka ustosunkowuje się do wymagań zawodowych oraz rodzaj podejmowanych zachowań w wyniku indywidualnej oceny i przeżywania tych sytuacji. Celem narzędzia jest przede wszystkim ustalenie sposobu zachowania człowieka w jego środowisku pracy z punktu widzenia radzenia sobie z problemami zawodowymi. Kwestionariusz określa przeżycia i zachowania badanych osób w trzech sferach funkcjonowania, wyodrębnionych za pomocą analizy czynnikowej: zaangażowanie zawodowe, odporność psychiczna i strategie zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalny stosunek do pracy. Poszczególne skale i badane sfery osobowości ilustruje zamieszczona poniżej tabela 3.

Tabl. 3. Skale i badane sfery osobowości

ZAANGAŻOWANIE ZAWODOWE	1.	<b>Subiektywne znaczenie pracy (BA)</b>	Pozycja pracy w życiu osobistym (przykład zadania: Podstawową treścią mojego życia jest praca)
	2.	<b>Ambicje zawodowe (BE)</b>	Dążenie do awansu zawodowego (przykład zadania: W moim zawodzie chciałabym osiągnąć lepsze wyniki niż większość moich znajomych)
	3.	<b>Gotowość do wydatków energetycznych – angażowanie się (VB)</b>	Gotowość do poświęcenia swoich sił w wykonanie zadania zawodowego (przykład zadania: Pracuje do pełnego wyczerpania, jeśli tego wymagają okoliczności)
	4.	<b>Dążenie do perfekcji (PS)</b>	Akcent na sumienność i jakość w wykonywaniu swoich obowiązków (przykład zadania: Moja praca zawsze musi być wykonana bezbłędnie i bez zarzutu)
	5.	<b>Zdolność do dystansowania się (DF)</b>	Umiejętność psychicznego odpoczynku od pracy (przykład zadania: Zapominam o pracy po jej zakończeniu).
PSYCHICZNA I STRATEGIE ZWALCZANIA SYTUACJI PROBLEMOWYCH	6.	<b>Tendencja do rezygnacji w sytuacji porażki (RT)</b>	Skłonność do pogodzenia się z niepowodzeniem i łatwego wycofania się (przykład zadania: Jeśli nie osiągam sukcesu, łatwo wycofuję się)
	7.	<b>Ofensywna strategia rozwiązywania problemów (OP)</b>	Aktywna i optymistyczna postawa wobec występujących problemów i zadań (przykład zadania: Według mnie trudności są po to, aby je przezwyciężyć)
	8.	<b>Wewnętrzny spokój i równowaga (IR)</b>	Doświadczenie psychicznej stabilności i wewnętrznej równowagi (przykład zadania: Trudno wyprowadzić mnie z równowagi)
EMOCJONALNY STOSUNEK DO PRACY	9.	<b>Poczucie sukcesu w zawodzie (EE)</b>	Zadowolenie z osiągnięć zawodowych (przykład zadania: Dotychczas w mojej pracy zawodowej osiągałam sukcesy).
	10.	<b>Zadowolenie z życia (LZ)</b>	Zadowolenie z całokształtu życia z uwzględnieniem życia zawodowego (przykład zadania: Mogę być zadowolona z dotychczasowego mojego życia)
	11.	<b>Poczucie wsparcia społecznego (SU)</b>	Ufność w poparcie ze strony bliskich ludzi, poczucie dobrobytu społecznego (przykład zadania: Mój partner przejawia zrozumienie dla mojej pracy)

Źródło - Rongińska, Gaida, (2003)

Konstelacja oddzielnych skal kwestionariusza wykazuje istnienie czterech względnie stałych typów zachowań i przeżyć związanych z pracą:

– typ G – typ zdrowy, zaangażowany, zdolny do dystansowania się i ofensywnych strategii rozwiązywania problemów. Równowaga wewnętrzna oraz zdolność do zachowania dystansu w stosunku do problemów związanych z pracą sprawiają, iż ten typ zachowań jest interpretowany w teście, jako najbardziej pożądany ze względu na efektywność pracy i zachowanie zdrowia psychicznego (Rongińska, Gaida, 2003);

– typ S – typ oszczędnościowy, o przeciętnych ambicjach zawodowych i stosunkowo niskim poziomie motywacji, ale jednocześnie wyraźnej skłonności do dystansowania się wobec pracy. Charakterystyczny dla tego typu jest wysoki stopień

zadowolenia z pracy nawet w sytuacji niskich lub przeciętnych osiągnięć (Rongińska, Gaida, 2003);

– typ A – typ ryzyka, nadmiernie obciążony, przypisujący pracy bardzo wysokie znaczenie subiektywne, o wyraźnej tendencji do wzmożonego zaangażowania w problemy kariery zawodowej, przy jednocześnie niskiej odporności psychicznej. Typ zachowań A jest znany w świadomości potocznej, jako „pracoholik”, człowiek uzależniony od pracy (Friedman, Rosenman, 1974)

– typ B – typ „wypalony” o bardzo niskim subiektywnym znaczeniu pracy, zmniejszonej odporności na stres przy jednocześnie ograniczonej zdolności do dystansowania się, tendencji do rezygnacji w sytuacjach trudnych, ekstremalnie niskich znaczeniach równowagi wewnętrznej (Rongińska, Gaida, 2003).

### **3.6. Omówienie badanej grupy**

Badania wykonano w okresie od października 2012r. do kwietnia 2013r. w Oddziałach Chirurgii dwóch szpitali: Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz Pomorskiego Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku po uprzednim uzyskaniu zgody dyrekcji. Grupą badaną byli pracownicy w. w. placówek.

Kryteria włączenia:

- wyrażenie zgody na badanie,
- praca w oddziale chirurgicznym
- wykonywanie zawodu lekarza lub pielęgniarki

Kryteria wyłączenia:

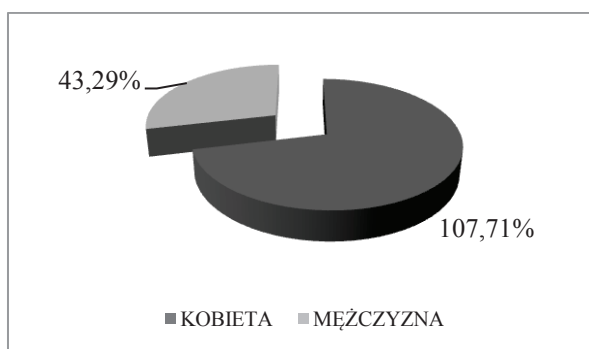
- brak zgody na badanie
- praca w innym oddziale
- wykonywanie innego zawodu (rehabilitant, salowa, sekretarka medyczna)



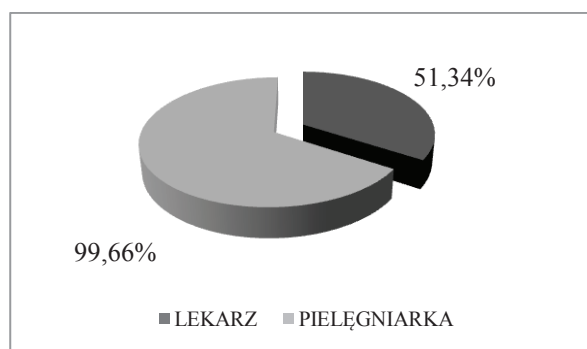
W badaniu wzięło udział 150 osób. Źródłem danych wykorzystanych w badaniu są odpowiedzi personelu pielęgniarskiego i lekarskiego z oddziałów chirurgicznych, udzielone za pomocą kwestionariusza pytań (aneks).

Poniżej przedstawiono wykresy kołowe (1-14) wraz z procentowymi wskaźnikami struktury, przedstawiającymi jaki jest procentowy udział osób z rozważaną cechą w całej badanej grupie.

1) Płeć

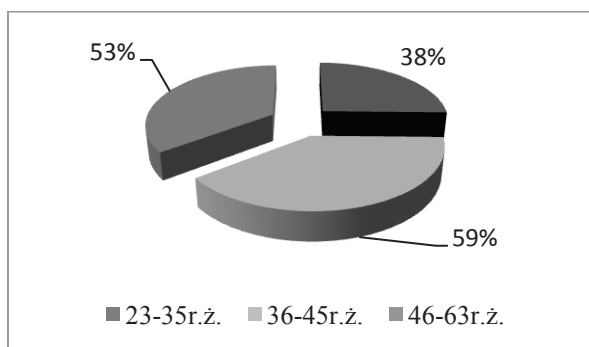


2) Grupa

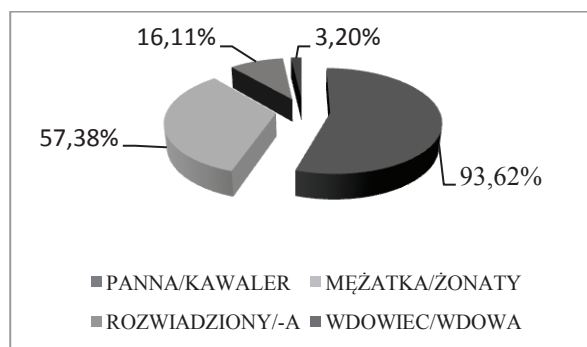


Opracowania własne

3) Wiek

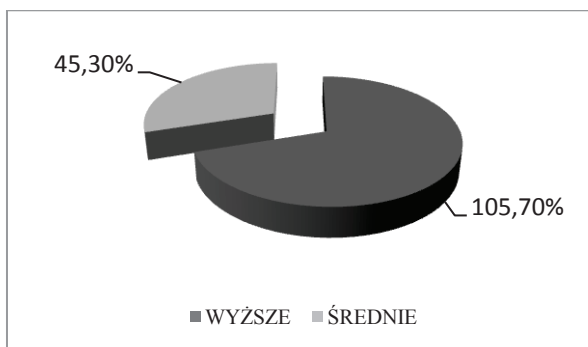


4) Stan cywilny

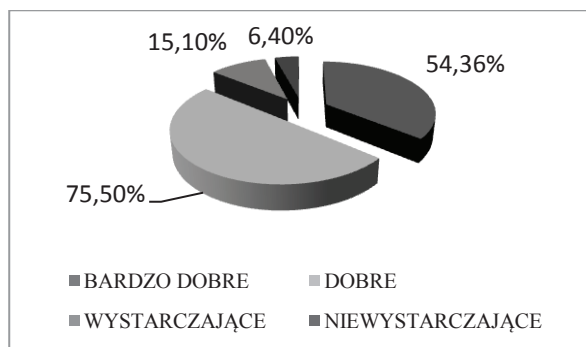


Opracowanie własne

### 5) Wykształcenie

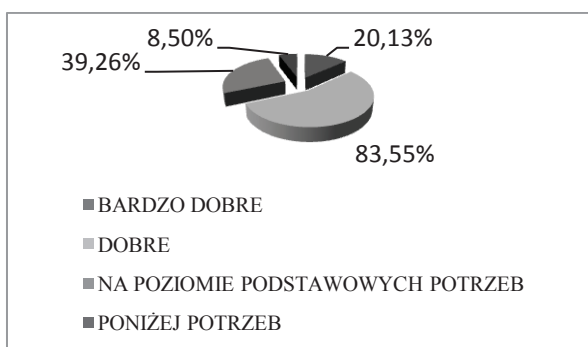


### 6) Warunki mieszkaniowe

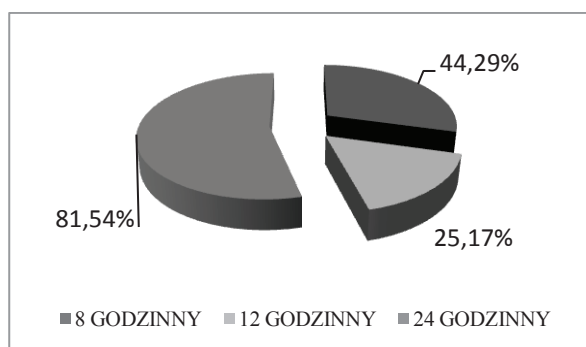


Opracowania własne

### 7) Warunki finansowe

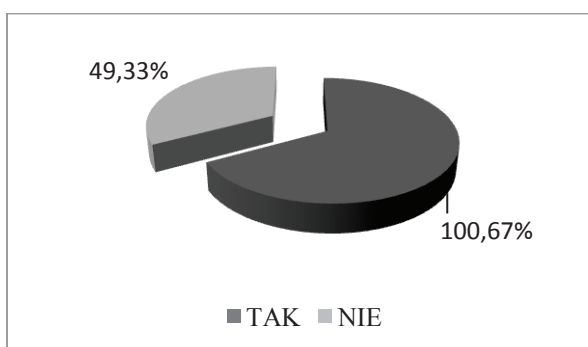


### 8) System pracy

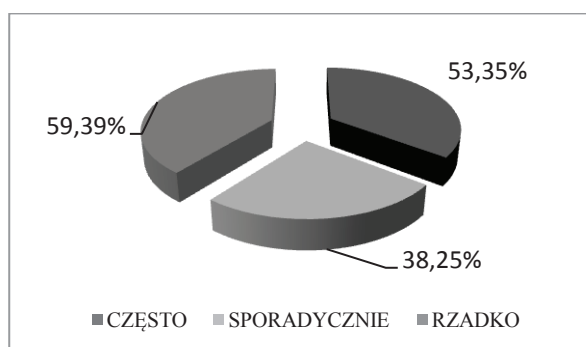


Opracowania własne

### 9) Praca w nadgodzinach

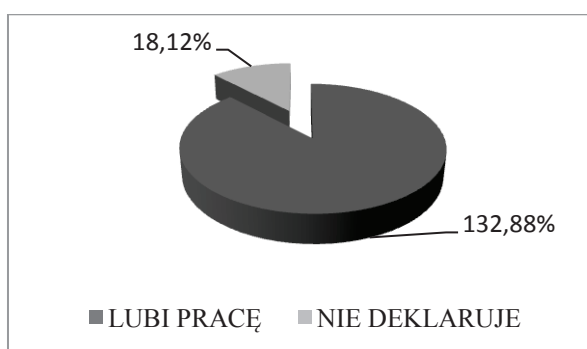


### 10) Częstość podejmowania pracy w nadgodzinach

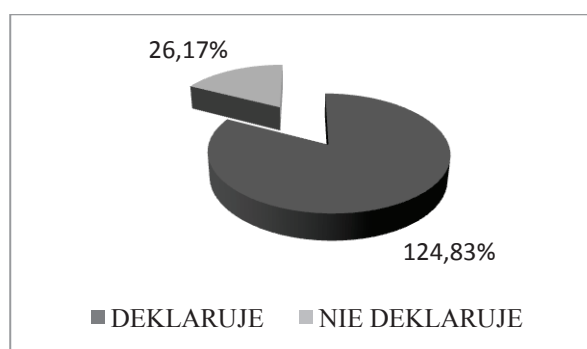


Opracowania własne

### 11) Aprobata pracy

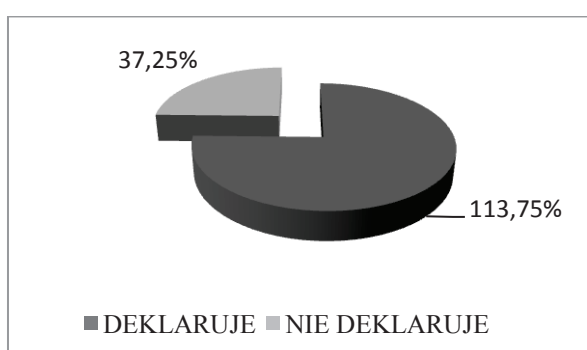


### 12) Miła i życzliwa atmosfera w pracy

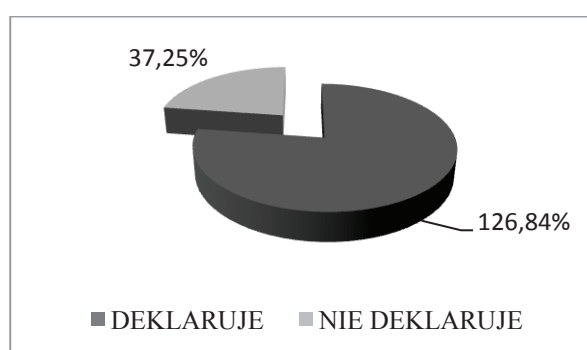


Opracowania własne

### 13) Chęć uczęszczania do pracy



### 14) Zadawalająca współpraca z przełożonym



Opracowania własne

Przeważającą część badanych stanowią kobiety (N=107,71%) zaś pozostałą - mężczyźni N=43,29%. W badaniach wzięły udział dwie grupy zawodowe lekarze N=51,34% oraz pielęgniarki N=99,66%. Ze względu na potrzeby analizy statystycznej podzielono respondentów na trzy grupy wiekowe: I gr. osoby między 23 a 35 rokiem życia – 38% badanych, II gr. między 35-45 r.ż. – 59% osób i gr. III w wieku 45 a 63 r.ż.- 53% ankietowanych. Większość respondentów N=93,62% pozostaje w wolnym związku, natomiast 57,38% osób w związku małżeńskim. Ze względu na strukturę osób biorących udział w badaniu wykształcenie respondentów podzielono na dwie grupy: z wykształceniem wyższym 105,70% ankietowanych oraz średnim 45,30% osób. Badane osoby najczęściej pracują w systemie 24 godzinnym (N=81,54%), zdecydowanie rzadziej w trybie jednozmianowym (N=44,29%) a część również w trybie dwuzmianowym (N=25,17%). Pracę w nadgodzinach zgłosiło 100,67% osób spośród całej grupy. Analizując częstość podejmowania pracy w nadgodzinach 53,35% osoby określiło jako często, 38,25% – sporadycznie

a bardzo rzadko 59,39% osób. Respondenci oceniają swoje warunki mieszkaniowe jako bardzo dobre (N=54,36%) lub dobre (N=75,50%) oraz na poziomie podstawowych potrzeb (N=21,14%). Analizując charakterystykę warunków finansowych zaledwie 20,13% ankietowanych określiła je jako bardzo dobre, 83,55% badanych jako dobre a 47,31% jako podstawowe. 132,88% badanych oświadcza iż lubi swoją pracę, a zaledwie 18,12% nie deklaruje jej aprobaty. Miła i życzliwa atmosfera w pracy panuje u 124,83% badanych, zaś u pozostałych 26,17% respondentów brak jest pozytywnej opinii na temat panującego „klimatu”. 113,75% respondentów oświadczyła chęć uczęszczania do pracy, natomiast pozostali (37,25%) tej chęci nie przejawili. Współpraca zawodowa z bezpośrednim przełożonym układa się dobrze u 126,84% badanych, zaś 24,16% ankietowanych jest z niej nieusatysfakcjonowanych.

### **3.7. Organizacja i przebieg badań**

Przed podjęciem działań związanych z procedurą zbierania materiału badawczego, stanowiącego podstawę analizy empirycznej niniejszego opracowania, wystąpiono do Komisji Bioetycznej przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym w Gdańsku, celem zaopiniowania wniosku, umożliwiającego przeprowadzenie badań. Do wniosku dołączono m.in. proponowany kwestionariusz ankiety, stanowiący narzędzie badawcze. Uchwałą nr NKBBN/500/2012-2013 z dnia 11.02.2013r. Komisja wyraziła zgodę „na prowadzenie badań w zakresie przedstawionym we wniosku, gdyż są to badania poznawcze, nie stanowiące istotnego zagrożenia dla zdrowia badanych osób”.

Rozpoczynając prace badawczą zapoznano się z literaturą przedmiotu jednocześnie opracowując teoretyczne podstawy badań własnych. Kolejnym krokiem był dobór metody oraz sporządzenie narzędzia badawczego – kwestionariusza ankiety. Badania prowadzono w okresie od października 2012r. do kwietnia 2013r. w Oddziałach Chirurgii dwóch szpitali: Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz Pomorskiego Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku.

Udział osób uczestniczących w badaniu był dobrowolny. Osoby badane kwalifikujące się do udziału w badaniu zapoznano z celem i procedurą badania.

Badanie każdej osoby: pielęgniarki czy lekarza odbywało się indywidualnie. Czas wypełnienia ankiety nie przekraczał 30 minut. Po zakończeniu badania w zależności od zgłaszanych potrzeb przekazywano informację dotyczącą uzyskanych wyników.

### **3.8. Zastosowane procedury statystyczne**

Pierwotny materiał badawczy obejmował wyniki obserwacji ankietowych u 150 osób. Wyniki ankietowania zostały (bez modyfikacji) przesłane do postaci elektronicznej i przeprowadzono podsumowanie i kategoryzację wyników. Wiele odpowiedzi pytań uległo scaleniu i uszczegółowieniu. Pytania otwarte skategoryzowano do kilku odpowiedzi. W procesie scalania i agregacji odpowiedzi kierowano się merytoryczną wartością stanowiska ankietowanego i numerycznymi ograniczeniami procedur statystycznych. Wstępny projekt operacjonalizacji procesu ankietowania postawiono bardzo szeroko i na tym etapie zawężono go do postawionych tez badawczych.

W odniesieniu do zmiennych ilościowych przeprowadzono analizę rozkładu zmiennych przy pomocy testu Kołmogorowa - Smirnowa. Postawiona hipoteza statystyczna o normalności rozkładów cech ilościowych została niemal we wszystkich przypadkach odrzucona (na poziomie istotności równym 0,05) i dlatego zdecydowano się na podejście nieparametryczne.

Analizą statystyczną objęto analizę opisową i decyzyjną. Analizą opisową rozpatrywano prezentacje graficzne i liczbowe otrzymanych wyników. Na wykresach skrzynkowych (boxplot) zaprezentowano wartości kwartyli (Q25, Q50, Q75), wartości krytyczne dla pomiarów odstających. W tablicach z danymi liczbowymi zawarto pięć nieparametrycznych charakterystyk Tukeya (minimum, kwartył 25%, mediana, kwartył 75% i maksimum) i dodatkowo średnią, odchylenie standardowe i liczbę pomiarów.

W opisie charakterystyk jakościowych stosowano tablice kontyngencji z zaznaczeniem odpowiedniego udziału procentowego i ilościowego. Wartości procentowe występowania analizowanych zjawisk zaznaczono na wykresach mozaikowych. Starano się gruntownie i przejrzysto udokumentować wnioski

wynikające z analizy otrzymanych wyników ankietowych i dlatego omawiane zagadnienie ilustrowane było nie tylko tablicą, ale i mniej lub bardziej szczegółowym wykresem.

W zakresie statystycznej analizy decyzyjnej stosowano testy statystyczne. Decyzja o różnicy innych miar położenia była podejmowana na bazie testu Wilcoxon. Analiza porównawcza rozkładów trzech i większej liczby zmiennych jakościowych była przeprowadzona przy pomocy testu Kruskala Wallisa. W zakresie tablic wielodzzielczych o wymiarze 2x2 testowana jest równość częstości przy pomocy dokładnego testu Fishera (Fisher exact test), a w przypadku tablic o większym rozmiarze przy pomocy testu chi kwadrat.

Jako regułę przyjęto, by przy każdej decyzji zaznaczyć nazwę stosowanego testu, przy pomocy którego weryfikowano postawioną hipotezę będącą podstawą decyzji i poziom istotności odpowiadający błędowi pierwszego rodzaju dla tej hipotezy.

Związki dwóch zmiennych ilościowych były w każdym przypadku przedstawione graficznie w postaci wykresu skrzynkowego (boxplot) i wykresu punktowego (scatterplot). Przydziały wyznaczające grupy w których prezentowano charakterystyki nieparametryczne były wyznaczone na bazie kwantyli. Na wykresach zaznaczono dodatkowo liczbę pomiarów w grupach podziału. Wykres punktowy, który jest zawsze prezentowany łącznie z wykresem skrzynkowym został wzbogacony o linię regresji. W opisie został podany wzór linii regresji, współczynnik korelacji Pearsona. W każdym przypadku (dla każdej analizowanej pary zmiennych ilościowych) przeprowadzony został test zerowania się współczynnika korelacji. Test oparto na własnościach rozkładu t-Studenta i wynik testowania w postaci wartości krytycznej (wraz z liczbą stopni swobody) i granicznym poziomem istotności (p-value) został zamieszczony tylko w przypadkach, w których hipoteza o zerowaniu się współczynnika została odrzucona (na poziomie 0,05).

W opracowaniu wyników skupiono się na wynikach, które potwierdzają postawione hipotezy badawcze i w związku z tym wiele wyników nie zostało zamieszczonych. Część z nich została przeniesiona do aneksów.

Jako graniczny poziom przyjęto  $p = 0,05$ . W przypadku poziomu istotności mniejszego od 0,001 pisano zawsze  $p < 0,001$ . Jeśli poziom istotności był poniżej 0,05 to podejmowano decyzję o istotności różnicy częstości w badanych podgrupach.

Obliczenia zostały wykonane z użyciem środowiska obliczeń statystycznych R 3.1.1. (Altman, 2001; Core Team, 2012).

## ROZDZIAŁ 4. Wyniki badań i ich analiza.

Wyniki analizy statystycznej zostały przedstawiono w powiązaniu z hipotezami badawczymi. Wyniki analiz dodatkowych zastały przedstawione jako uzupełnienie analiz statystycznych przy odpowiednich hipotezach statystycznych.

### 4.1. Weryfikacja hipotez

#### 4.1.1. Struktura wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych.

##### Hipoteza 1<sub>a</sub>

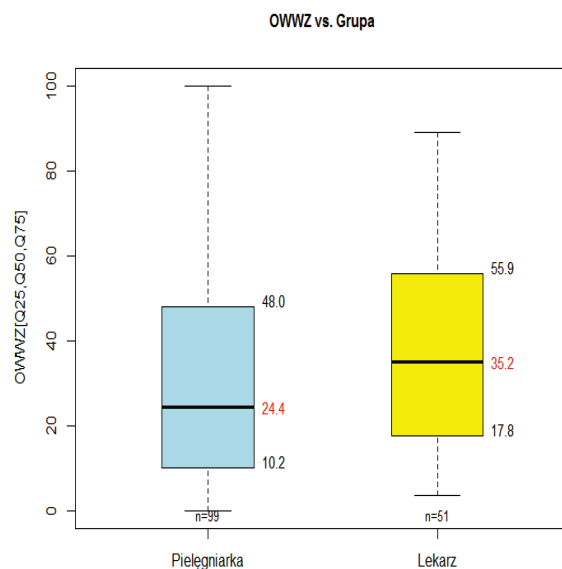
**Poziomu ogólnego wskaźnika zespołu wypalenia zawodowego różni się między pielęgniarzkami a lekarzami**

W celu weryfikacji hipotezy 1<sub>a</sub> porównano wyniki kwestionariusza Maslach dotyczących poziomu ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego w grupie lekarzy i pielęgniarek. Aby określić w jaki sposób pomiar różnicuje wyniki wykorzystano test kolejności par Wilcoxona.

Z analizy statystycznej wyników uzyskanych w badaniach ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego wynikają poniższe różnice.

Wśród lekarzy uzyskano statystycznie istotnie wyższe wartości ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego w porównaniu do grupy pielęgniarek ( $p < 0,05$ )

Q50=35,2 dla lekarzy; Q50=24,4 dla pielęgniarek



Rycina 1.1. Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek



W tabeli 1.1 przedstawiono wyniki wykorzystane do weryfikacji hipotezy.

Tabl. 1.1. Wyniki ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego

OGÓLNY WSKAŹNIK WYPALENIA ZAWODOWEGO		N	ŚR.	Odch.std.	Min	Q1	MEDIANA	Q3	Max
GRUPA*	LEKARZE	51	38.30	23.76	3.70	17.04	35.19	55.93	88.89
	PIELĘGNIARKI	99	30.87	25.05	0.00	9.26	24.44	48.15	100.00

\* – Test Wilcoxon,  $p < 0,05$

Opracowanie własne

**W związku z tym, iż u lekarzy ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego jest statystycznie istotnie wyższy niż u pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgii, hipotezę 1<sub>a</sub> można przyjąć całkowicie.**

#### **4.1.2. Wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja i satysfakcja zawodowa wśród personelu medycznego oddziałów chirurgicznych.**

##### **Hipoteza 1<sub>b</sub>**

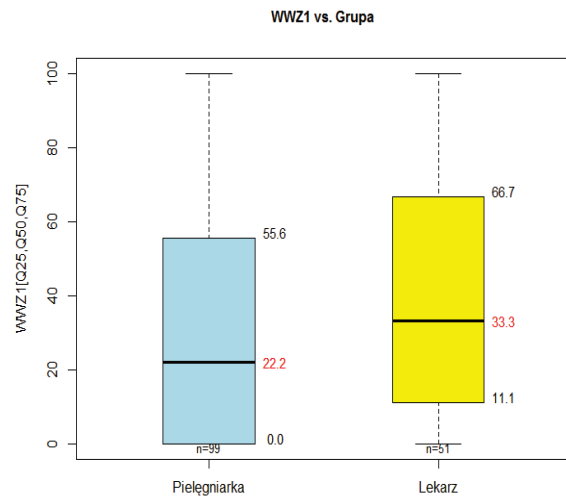
**Poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz satysfakcji zawodowej różni się między pielęgniarkami a lekarzami**

W celu weryfikacji hipotezy 1<sub>b</sub>, porównano wyniki testu MBI w grupie lekarzy i pielęgniarek. Aby określić, w jaki sposób pomiar różnicuje wyniki, wykorzystano test kolejności par Wilcoxon dla każdej ze struktur.

Z analizy statystycznej wyników uzyskanych w badaniach, w każdej ze struktur: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i satysfakcji zawodowej wynikają poniższe różnice.

## Wyczerpanie emocjonalne

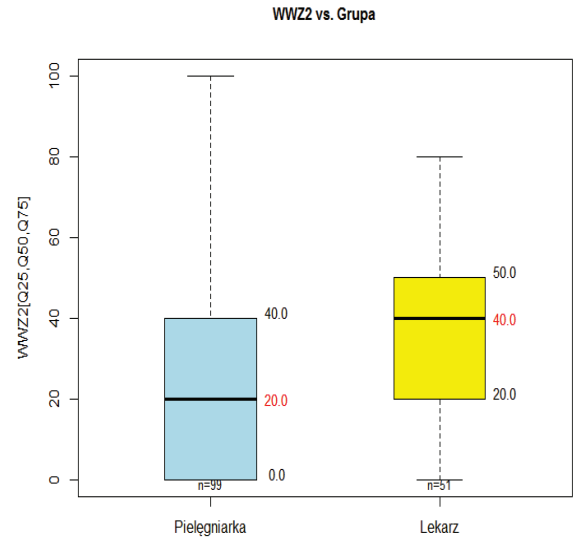
Stwierdzono, że poziom wyczerpania emocjonalnego jest istotnie statystycznie wyższe u lekarzy, a niżeli u pielęgniarek. ( $p < 0,05$ ).



Rycina 1.2. Wyczerpanie emocjonalne wśród lekarzy i pielęgniarek.

## Depersonalizacja

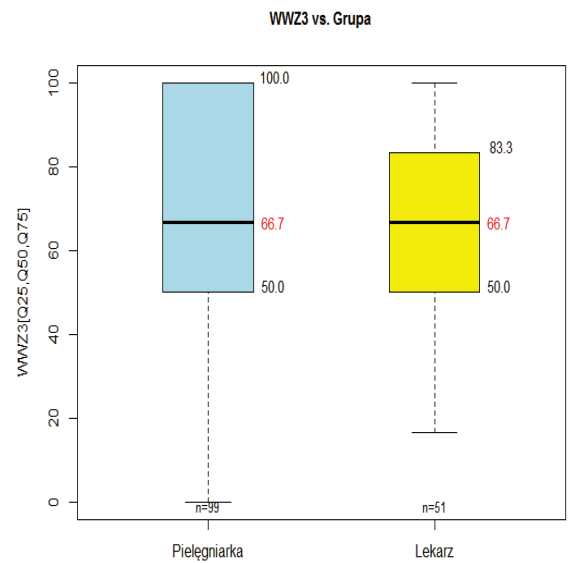
Poziom depersonalizacji jest statystycznie istotnie wyższy u lekarzy niż pielęgniarek. ( $p < 0,05$ ).



Rycina 1.3. Depersonalizacja wśród lekarzy i pielęgniarek

## Satysfakcja zawodowa

Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy poziomu satysfakcji z zawodu w grupie lekarzy i pielęgniarek (Test Wilcoxona,  $W = 2123.00$ ,  $p\text{-value} = 0.052$ ).



Rycina 1.4. Satysfakcja zawodowa wśród lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgicznych

Podsumowanie wyników, w odniesieniu do hipotezy 1<sub>b</sub>, mówiącej o tym, iż istnieje różnica poziomu wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i satysfakcji zawodowej pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami oddziałów chirurgicznych zamieszczono w tabeli 1.2.

Tabl. 1.2. Wyniki wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i satysfakcji zawodowej

WYCZERPANIE EMOCJONALNE		N	ŚR.	Odch.std.	Min	Q1	MEDIANA	Q3	Max
GRUPA*	LEKARZE	51	41.18	32.98	0.00	11.11	33.33	66.67	100.00
	PIELĘGNIARKI	99	32.44	32.09	0.00	0.00	22.22	55.56	100.00
DEPERSONALIZACJA		N	ŚR.	Odch.std.	Min	Q1	MEDIANA	Q3	Max
GRUPA*	LEKARZE	51	34.51	29.14	0.00	20.00	40.00	60.00	100.00
	PIELĘGNIARKI	99	27.68	30.60	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
SATYSFAKCJA ZAWODOWA		N	ŚR.	Odch.std.	Min	Q1	MEDIANA	Q3	Max
GRUPA	LEKARZE	51	60.78	26.21	0.00	50.00	66.67	83.33	100.00
	PIELĘGNIARKI	99	67.51	30.34	0.00	50.00	66.67	100.00	100.00

\* – Test Wilcoxon,  $p < 0,05$

Opracowanie własne

**Podsumowując, w związku z tym, iż poziom wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji jest zróżnicowany u lekarzy i pielęgniarek tzn.: lekarze wykazują statystycznie istotnie wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji niż pielęgniarki, a satysfakcja zawodowa nie różni się w tej grupie hipotezę 1<sub>b</sub> można przyjąć częściowo.**

#### **4.1.3. Związek pomiędzy zmiennymi a występowaniem zespołu wypalenia zawodowego**

##### **Hipoteza 2**

**Poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgii ma związek z czynnikami socjodemograficznymi, odczuciami indywidualnymi, odczuciami interpersonalnymi oraz czynnikami organizacyjnymi.**

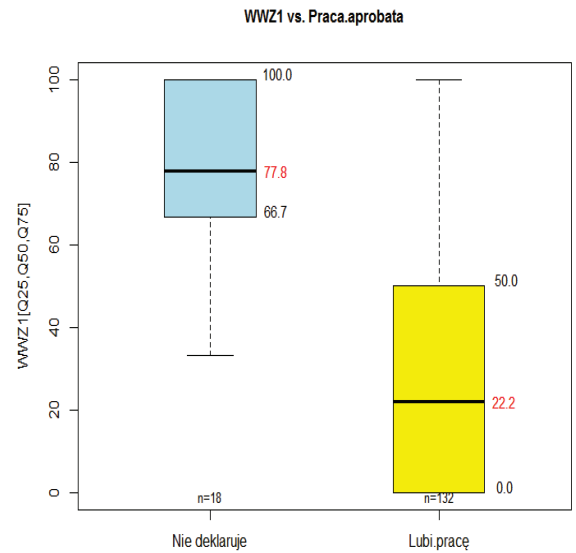
W celu weryfikacji hipotezy 2 porównano wyniki testu MBI ze wszystkimi zmiennymi pośrednimi. Aby określić w jaki sposób pomiar różnicuje wyniki, wykorzystano test kolejności par Wilcoxon dla każdej ze struktur oraz test Kruskala-Wallisa, porównujący rozkład zmiennej dla liczby prób powyżej dwóch. W tabelach 2.1., 2.2., 2.3., i 2.4. przedstawiono opisowe charakterystyki statystyczne (liczebność, średnią, odchylenie standardowe, minimum, pierwszy kwartył, medianę, trzeci kwartył, maksimum) wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i satysfakcji zawodowej oraz ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej.

##### **Hipoteza 2.1**

**Struktury wypalenia zawodowego oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek mają związek z czynnikami socjodemograficznymi**

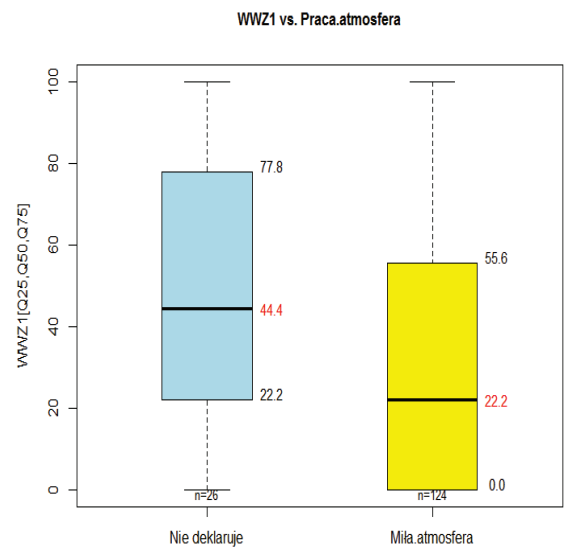
Z analizy statystycznej wyników uzyskanych w badaniach w grupie wynikają poniższe różnice.

Poziom wyczerpania emocjonalnego jest statystycznie istotnie wyższy u badanych, którzy zadeklarowali brak aprobaty swojej pracy, w porównaniu do badanych którzy ją lubią (Test Wilcoxona,  $W = 353.50$ ,  $p < 0.001$ )



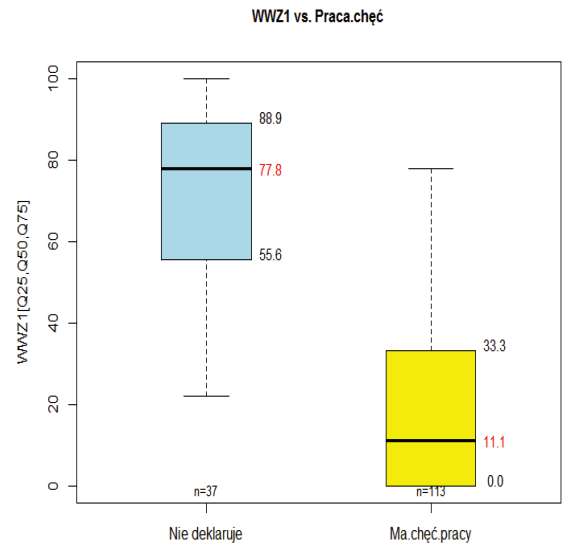
Rycina 2.1. Aprobata pracy a wyczerpanie emocjonalne

Poziom wyczerpania emocjonalnego jest statystycznie istotnie wyższy u badanych, którzy oświadczyli, iż w pracy nie panuje miła atmosfera, w stosunku do grupy, w której ta atmosfera jest miła (Test Wilcoxona,  $W = 1140.50$ ,  $p < 0.018$ )



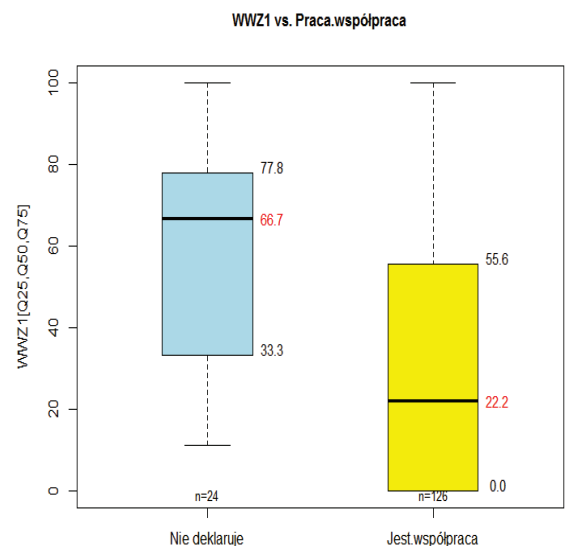
Rycina 2.2. Atmosfera w pracy a wyczerpanie emocjonalne

Statystycznie istotnie wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego wykazano u osób, które zgłaszają brak chęci uczęszczania do pracy, w porównaniu do tych, którzy ją deklamują (Test Wilcoxona,  $W = 540.50$ ,  $p < 0.001$ )



Rycina 2.3. Chęć uczęszczania do pracy a wyczerpanie emocjonalne

Statystycznie istotnie wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego zaobserwowano u respondentów anonsujących brak współpracy z przełożonym, niż ją poświadczających (Test Wilcoxona,  $W = 741.50$ ,  $p < 0.001$ )

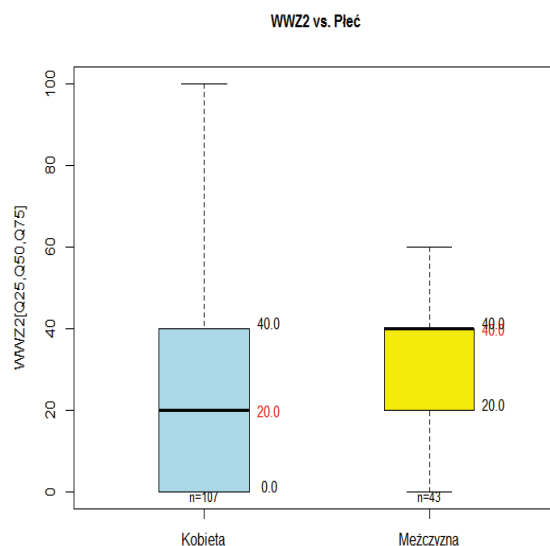


Rycina 2.4. Współpraca z przełożonym a wyczerpanie emocjonalne

Poziom wyczerpania emocjonalnego jest porównywalny (nie ma różnic statystycznie istotnych) w grupach płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, warunków mieszkaniowych oraz finansowych, systemu pracy, deklarowania bądź nie (w tym także oceny nasilenia) pracy ponad godzinowy wymiar.

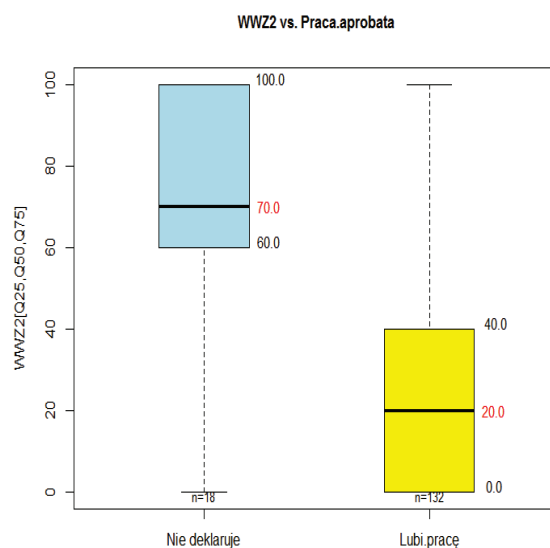
Charakteryzując poziom depersonalizacji w aspektach struktury socjo-demograficznej, stwierdzono kilka czynników wpływających statystycznie istotnie na wyższy jej poziom.

Stwierdzono statystycznie istotnie wyższy poziom depersonalizacji w grupie badanych mężczyzn a niżeli kobiet (Jednostronny test Wilcoxon,  $W = 1879.50$ ,  $p < 0.035$ )



Rycina 2.5. Płeć a depersonalizacja

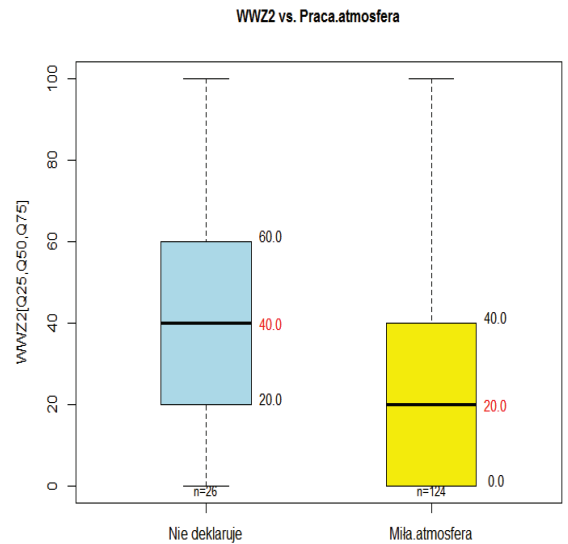
Statystycznie istotnie wyższy poziom depersonalizacji stwierdzono w grupie osób deklarujących brak aprobaty pracy, w porównaniu do badanych oświadczających iż ją lubi (Test Wilcoxon,  $W = 380.50$ ,  $p < 0.001$ )



Rycina 2.6. Aprobata pracy a depersonalizacja

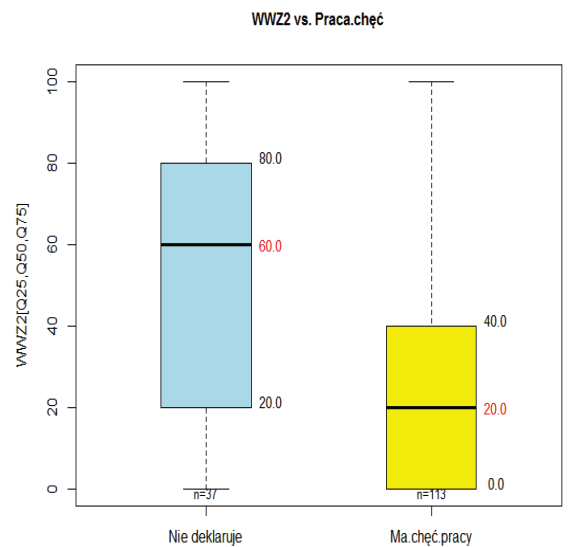


Poprzez brak określenia atmosfery w pracy jako miłej przez respondentów, wykazano u nich statystycznie istotnie wyższy poziom depersonalizacji, w porównaniu z osobami deklarującymi atmosferę w pracy jako miłą (Test Wilcoxona,  $W = 1035.50$ ,  $p < 0.003$ )



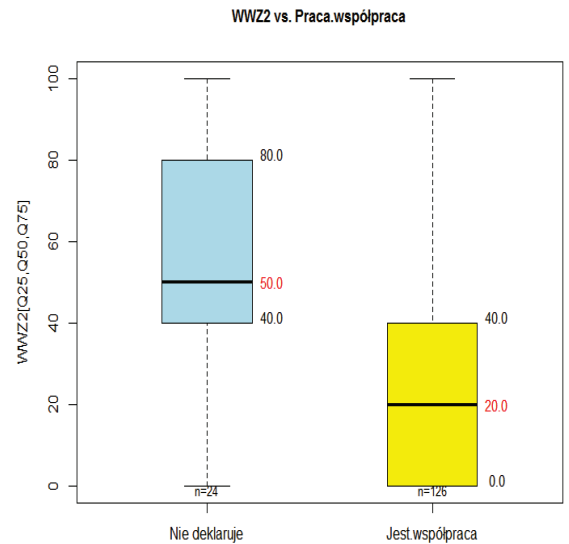
Rycina 2.7. Atmosfera w pracy a depersonalizacja

Analizą badań, potwierdzono statystycznie istotnie wyższy poziom depersonalizacji wśród pracowników, którzy deklarowali brak chęci uczęszczania do pracy w stosunku do informujących o gotowości do pracy (w aspekcie dobrej woli) (Test Wilcoxona,  $W = 1065.50$ ,  $p < 0.001$ )



Rycina 2.8. Chęć uczęszczania do pracy a depersonalizacja

Statystycznie istotnie wyższy poziom depersonalizacji wykazano w grupie badanych deklarujących brak zadowolenia z współpracy z bezpośrednim przełożonym, w porównaniu do osób określających współpracę jako zadowalającą (Test Wilcoxona,  $W = 741.00$ ,  $p < 0.001$ )



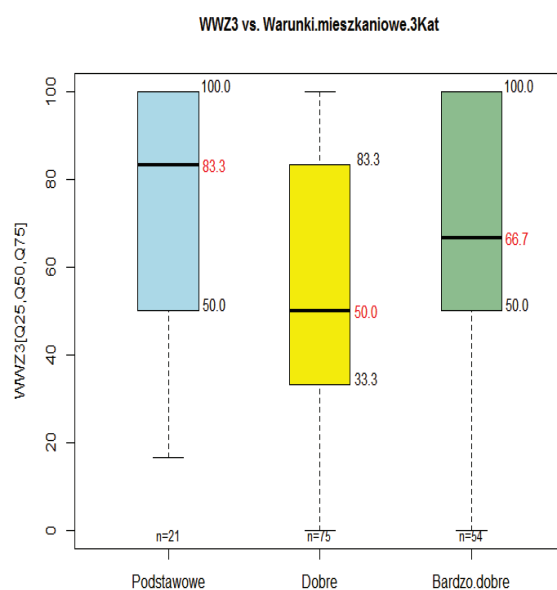
Rycina 2.9. Współpraca z przełożonym a depersonalizacja

Poziom depersonalizacji jest porównywalny (nie ma różnic statystycznie istotnych) w grupach wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, warunków mieszkaniowych i finansowych, systemie pracy oraz deklarowania bądź nie (w tym także oceny nasilenia) pracy ponad godzinowy wymiar.

Charakteryzując satysfakcję zawodową stwierdzono, że jest ona statystycznie istotnie różna m.in. w grupach warunków mieszkaniowych oraz systemie pracy.

Poziom satysfakcji zawodowej różni się w grupach warunków mieszkaniowych

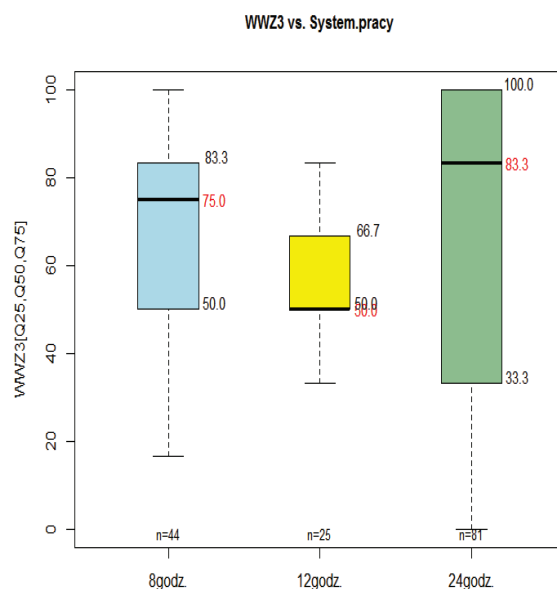
W kategorii podstawowych warunków mieszkaniowych, zaobserwowano największe wartości statystyczne satysfakcji zawodowej, a wraz z lepszą opinią o warunkach: dobre, bardzo dobre - wartości są niższe. (Kruskal-Wallis rank sum test:,  $KW[2] = 7.06$ ,  $p\text{-value} = 0.029$ )



Rycina 2.10. Warunki mieszkaniowe a satysfakcja z zawodu

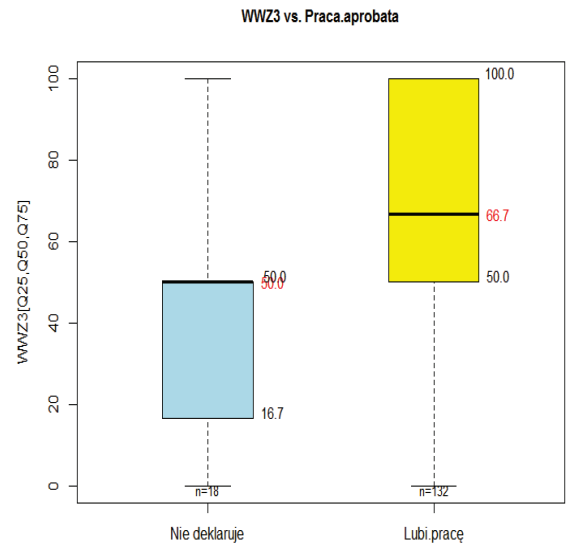
Poziom satysfakcji zawodowej jest statystycznie istotnie różny w grupach systemu pracy

Badani pracujący w systemie 8-godzinnym uzyskują najwyższe wartości statystyczne poziomu satysfakcji zawodowej, natomiast im dłuższy system pracy – wartości statystyczne maleją ( $KW[2] = 6.28$ ,  $p\text{-value} = 0.043$ )



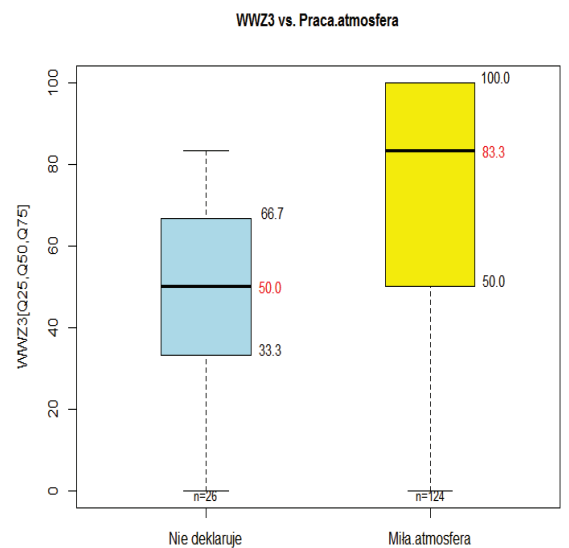
Rycina 2.11. System pracy a satysfakcja zawodowa

Statystycznie istotnie wyższy poziom satysfakcji zawodowej charakteryzują się osoby deklarujące aprobatę swojej pracy, niż osoby zaprzeczające twierdzenie – „lubię swoją pracę” (Test Wilcoxona,  $W = 1672.50$ ,  $p < 0.004$ )



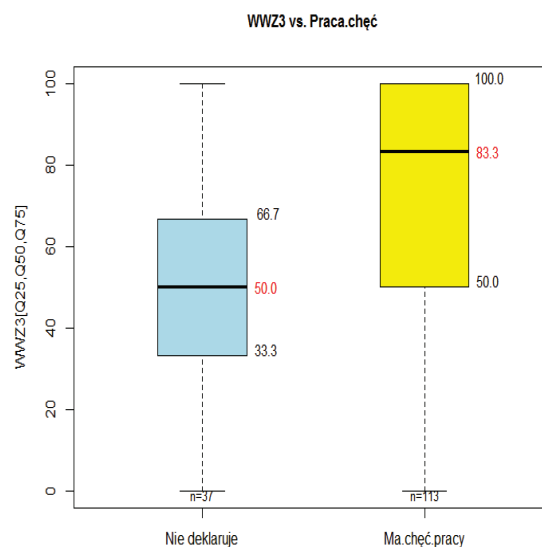
Rycina 2.12. Aprobata a satysfakcja zawodowa

W grupie, deklarującej miłą atmosferę w pracy stwierdzono statystycznie istotnie wyższy poziom satysfakcji z zawodu, a niżeli w grupie oponującej życzliwość w pracy (Test Wilcoxona,  $W = 2250.50$ ,  $p < 0.001$ )



Rycina 2.13. Atmosfera a satysfakcja zawodowa

Wśród pracowników, informujących o gotowości do pracy (w aspekcie dobrej woli, chęci) stwierdzono statystycznie istotnie wyższy poziom satysfakcji z zawodu, w stosunku do grupy deklarującej brak chęci uczęszczania do pracy (Test Wilcoxona,  $W = 3133.00$ ,  $p < 0.001$ )



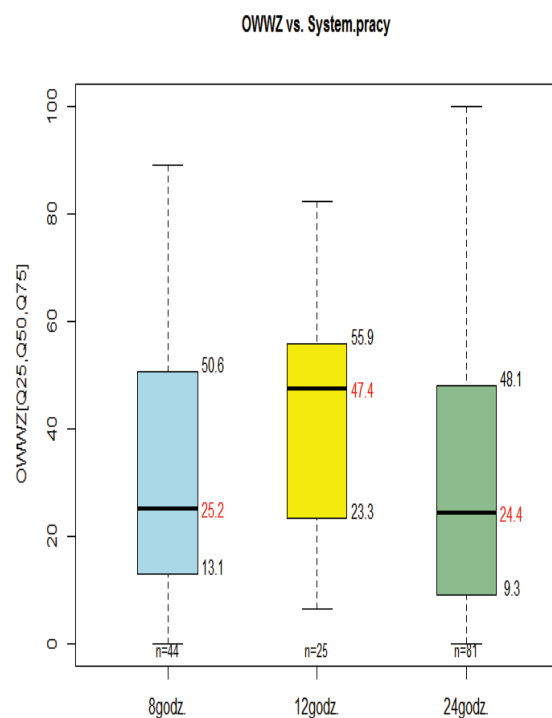
Rycina 2.14. Chęć uczęszczania do pracy a satysfakcja zawodowa

Poziom satysfakcji zawodowej jest porównywalny w rozkładzie pozostałych czynników, m.in. w grupach: płci, wieku, wykształcenia, stanu cywilnego, warunków finansowych, podejmowania pracy w nadgodzinach, w tym także określenia częstości jej podejmowania oraz współpracy z bezpośrednim przełożonym.

Charakteryzując ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego również stwierdzono różnice, statystycznie istotne w rozkładzie niektórych czynników socjo-demograficznych.

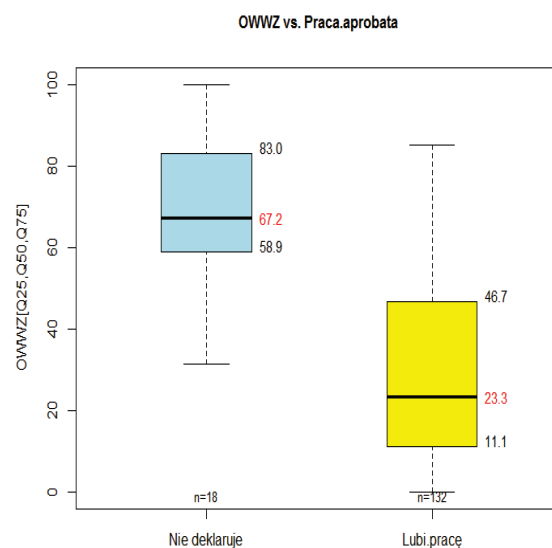
Stwierdzono, że ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego jest statystycznie istotnie różny w rozkładzie systemu pracy

Wśród badanych pracujących w systemie 12 godzinnym wykazano statystycznie istotnie wyższe wartości ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego, w porównaniu z osobami, które zadeklarowały prace w systemie 8 godzinnym oraz 24 godzinnym, gdzie wartości są niższe (Kruskal-Wallis rank sum test:,  $KW[2]= 6.06$ ,  $p\text{-value} = 0.048$ )



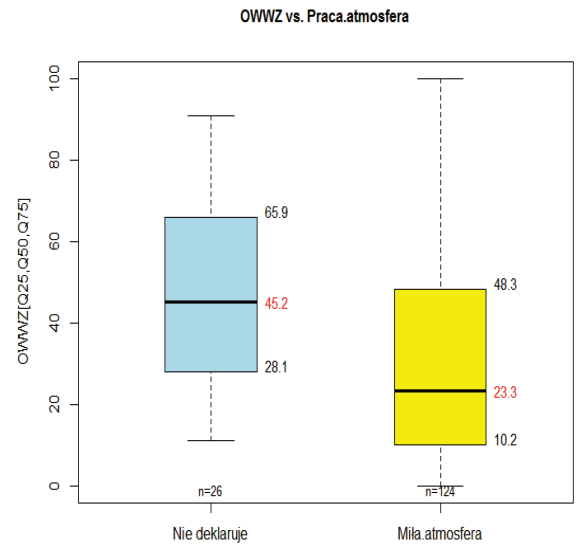
Rycina 2.15. System pracy a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego

Statystycznie istotnie wyższy wskaźnik wypalenia zawodowego stwierdzono w grupie badanych, negujących aprobatę pracy niż respektujących ją (Test Wilcoxona,  $W = 310.50$ ,  $p < 0.001$ )



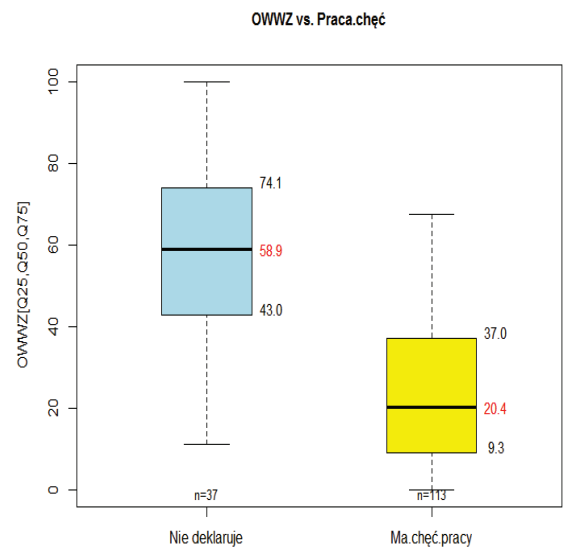
Rycina 2.16. Aprobatą pracy a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego

Wśród respondentów kwestionujących miłą i życzliwą atmosferę, wykazano statystycznie istotnie wyższy ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego w stosunku do oceniających charakter pracy pozytywnie (Test Wilcoxona,  $W = 938.00$ ,  $p < 0.001$ )



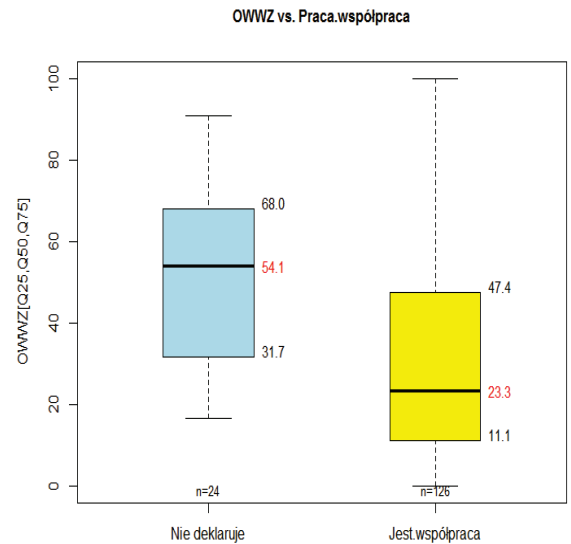
Rycina 2.17. Atmosfera w pracy a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego

Statystycznie istotnie wyższy ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego stwierdzono wśród osób wzbraniających się chętnemu uczęszczaniu do pracy w porównaniu z osobami znajdującymi w tym przyjemność (Test Wilcoxona,  $W = 592.50$ ,  $p < 0.001$ )



Rycina 2.18. Chęć uczęszczania do pracy a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego

Stwierdzono statystycznie istotnie wyższy ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego w grupie badanych powątpiewających w zadowalającą współpracę z przełożonym w porównaniu z a grupą określającą współpracę w aspekcie pozytywnym (Test Wilcoxona,  $W = 746.50$ ,  $p < 0.001$ )



Rycina 2.19. Współpraca z przełożonym a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego

Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego jest porównywalny (nie ma różnic statystycznie istotnych) w rozkładach pozostałych czynników socjodemograficznych, m.in.: płci, wieku, stanu cywilnego, wykształcenia, warunków finansowych i mieszkaniowych oraz deklaracji wypracowywania nadgodzin w pracy oraz częstości jej podejmowania.

Podsumowanie wyników weryfikowanych w odniesieniu do hipotezy 2, mówiącej o wpływie czynników socjodemograficznych na poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej, a także na ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego znajdują się w tabelach 2.1. – 2.4.



Tabl. 2.1. Opisowe charakterystyki statystyczne zmiennej - wyczerpanie emocjonalne z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej

WYCZERPANIE EMOCJONALNE		N	ŚR.	Odch.std.	Min	Q1	MEDIANA	Q3	Max
PLEĆ	KOBIETA	107	33.85	32.14	0.00	0.00	22.22	55.56	100.00
	MEŻCZYZNA	43	39.28	33.63	0.00	11.11	33.33	66.67	100.00
GRUPA*	LEKARZE	51	41.18	32.98	0.00	11.11	33.33	66.67	100.00
	PIEŁĘGNIARKI	99	32.44	32.09	0.00	0.00	22.22	55.56	100.00
WIEK	23-35	38	37.43	29.39	0.00	11.11	33.33	66.67	88.89
	35-45	59	30.13	32.43	0.00	0.00	22.22	55.56	100.00
	45-63	53	39.83	34.55	0.00	11.11	33.33	77.78	100.00
STAN CYWILNY	MEŻATKA/ ŻONATY	93	36.56	33.92	0.00	5.56	22.22	66.67	100.00
	PANNA/ KAWALER	57	33.53	30.39	0.00	11.11	22.22	55.56	100.00
WYKSZT.	ŚREDNIE	45	36.79	34.88	0.00	0.00	33.33	66.67	100.00
	WYŻSZE	105	34.81	31.66	0.00	11.11	22.22	66.67	100.00
WARUNKI MIESZK.	PODSTAWOWE	21	36.51	37.87	0.00	0.00	22.22	72.22	100.00
	DOBRE	75	37.19	30.43	0.00	11.11	33.33	66.67	100.00
	BARDZO DOBRE	54	32.51	33.64	0.00	0.00	22.22	55.56	100.00
WARUNKI FINANSOWE	BARDZO DOBRE	20	26.67	26.59	0.00	2.78	16.67	50.00	77.78
	DOBRE	83	35.61	33.23	0.00	11.11	22.22	66.67	100.00
	PODSTAWOWE	47	38.77	33.56	0.00	11.11	33.33	66.67	100.00
SYSTEM PRACY	8 GODZ.	44	35.86	34.21	0.00	11.11	22.22	63.89	100.00
	12 GODZ.	25	44.00	31.51	0.00	16.67	44.44	66.67	100.00
	24 GODZ.	81	32.51	31.86	0.00	0.00	22.22	61.11	100.00
PRACA PONAD WYMIAR GODZIN	TAK	100	38.22	33.21	0.00	11.11	33.33	66.67	100.00
	NIE DEKLARUJĄ	50	29.78	30.73	0.00	0.00	22.22	47.22	100.00
PRACA PONAD WYMIAR GODZIN	CZĘSTO	53	40.88	33.39	0.00	11.11	33.33	72.22	100.00
	SPORADYCZN.	38	33.04	32.83	0.00	0.00	22.22	58.33	100.00
	BARDZO RZADKO	59	32.02	31.5	0.00	0.00	22.22	55.56	100.00
LUBIĘ PRACĘ***	LUBI PRACĘ	132	30.05	29.47	0.00	0.00	22.22	52.78	100.00
	NIE DEKLARUJE	18	74.69	27.16	0.00	63.89	77.78	100.00	100.00
MIŁA ATMOSFERA**	MIŁA	124	32.71	32.13	0.00	0.00	22.22	55.56	100.00
	ATMOSFERA NIE DEKLARUJE	26	48.29	32.04	0.00	22.22	44.44	77.78	100.00
CHEĆ CHODZENIA DO PRACY***	MA CHEĆ	113	24.39	26.43	0.00	0.00	11.11	33.33	100.00
	NIE DEKLARUJE	37	69.07	25.81	0.00	55.56	77.78	88.89	100.00
WSPÓLPR. Z PRZEŁOŻ.***	NIE DEKLARUJE	24	59.26	28.31	11.11	33.33	66.67	77.78	100.00
	WSPÓLPRACUJE	126	30.86	31.39	0.00	0.00	22.22	55.56	100.00

\* – Test Wilcoxon,  $p < 0,05$ , \*\* - Test Wilcoxon,  $p < 0,01$ , \*\*\* - Test Wilcoxon,  $p < 0,001$ ,

Opracowania własne

Tabl. 2.2. Opisowe charakterystyki statystyczne zmiennej - depersonalizacja z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej

DEPERSONALIZACJA		N	ŚR.	Odch.std.	Min	Q1	MEDIANA	Q3	Max
PLEĆ*	KOBIETA	107	28.04	30.82	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	MEŹCZYŻNA	43	34.88	28.32	0.00	20.00	40.00	40.00	100.00
GRUPA*	LEKARZE	51	34.51	29.14	0.00	20.00	40.00	60.00	100.00
	PIEŁĘGNIARKI	99	27.68	30.60	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
WIEK	23-35	38	32.63	30.99	0.00	0.00	20.00	60.00	100.00
	35-45	59	26.78	30.54	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	45-63	53	31.7	29.47	0.00	10.00	20.00	40.00	100.00
STAN CYWILNY	MEŻATKA/ ŻONATY	93	31.83	30.11	0.00	0.00	20.00	50.00	100.00
	PANNA/ KAWALER	57	27.02	30.35	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
WYKSZT.	ŚREDNIE	45	28.44	30.00	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	WYŻSZE	105	30.67	30.39	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
WARUNKI MIESZK.	PODSTAWOWE	21	41.9	32.81	0.00	20.00	40.00	60.00	100.00
	DOBRE	75	28.8	29.82	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	BARDZO DOBRE	54	27.04	29.11	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
WARUNKI FINANSOWE	BARDZO DOBRE	20	22.00	20.42	0.00	0.00	20.00	40.00	60.00
	DOBRE	83	26.99	29.87	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	PODSTAWOWE	47	38.72	32.68	0.00	20.00	20.00	60.00	100.00
SYSTEM PRACY	8 GODZ.	44	31.36	30.92	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	12 GODZ.	25	37.6	29.62	0.00	20.00	40.00	60.00	100.00
	24 GODZ.	81	26.91	29.86	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
PRACA PONAD WYMIAR GODZIN	TAK	100	32.40	30.72	0.00	0.00	20.00	60.00	100.00
	NIE DEKLARUJĄ	50	25.20	28.80	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
PRACA PONAD WYMIAR GODZIN	CZĘSTO	53	35.47	30.29	0.00	20.00	20.00	60.00	100.00
	SPORADYCZN.	38	28.42	30.36	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	BARDZO RZADKO	59	26.1	29.77	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
LUBIĘ PRACĘ***	LUBI PRACĘ	132	24.85	26.17	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	NIE DEKLARUJE	18	67.78	31.54	0.00	55.00	70.00	100.00	100.00
MIŁA ATMOSFERA***	MIŁA	124	27.10	29.65	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	ATMOSFERA NIE DEKLARUJE	26	43.85	29.40	0.00	20.00	40.00	60.00	100.00
CHEĆ CHODZENIA DO PRACY***	MA CHEĆ	113	23.01	25.67	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00
	NIE DEKLARUJE	37	51.35	33.18	0.00	20.00	60.00	80.00	100.00
WSPÓLPR. Z PRZEŁOŻ.***	NIE DEKLARUJE	24	55.00	33.49	0.00	40.00	50.00	80.00	100.00
	WSPÓLPRACUJE	126	25.24	27.15	0.00	0.00	20.00	40.00	100.00

\* – Test Wilcoxona,  $p < 0,05$  , \*\*\* - Test Wilcoxona,  $p < 0,001$

Opracowania własne

Tabl. 2.3. Opisowe charakterystyki statystyczne zmiennej – satysfakcja zawodowa z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej

SATYSFAKCJA ZAWODOWA		N	ŚR.	Odch.std.	Min	Q1	MEDIANA	Q3	Max
PLEĆ	KOBIETA	107	66.36	30.37	0.00	50.00	66.67	100.00	100.00
	MEŻCZYZNA	43	62.40	25.74	16.67	50.00	66.67	83.33	100.00
GRUPA	LEKARZE	51	60.78	26.21	0.00	50.00	66.67	83.33	100.00
	PIEŁĘGNIARKI	99	67.51	30.34	0.00	50.00	66.67	100.00	100.00
WIEK	23-35	38	62.28	31.4	0.00	33.33	66.67	100.00	100.00
	35-45	59	64.41	31.02	0.00	50.00	66.67	100.00	100.00
	45-63	53	68.24	25.16	16.67	50.00	83.33	83.33	100.00
STAN CYWILNY	MEŻATKA/ ŻONATY	93	63.26	31.52	0.00	33.33	66.67	91.67	100.00
	PANNA/ KAWALER	57	68.42	24.54	16.67	50.00	66.67	91.67	100.00
WYKSZT.	ŚREDNIE	45	62.22	32.45	0.00	33.33	66.67	100.00	100.00
	WYŻSZE	105	66.51	27.59	0.00	50.00	66.67	83.33	100.00
WARUNKI MIESZK.#	PODSTAWOWE	21	74.6	27.19	16.67	50.00	83.33	100.00	100.00
	DOBRE	75	59.11	30.05	0.00	33.33	50.00	83.33	100.00
	BARDZO DOBRE	54	70.06	26.97	0.00	50.00	66.67	100.00	100.00
WARUNKI FINANSOWE	BARDZO DOBRE	20	69.17	16.47	50.00	50.00	66.67	83.33	100.00
	DOBRE	83	63.45	31.07	0.00	33.33	66.67	100.00	100.00
	PODSTAWOWE	47	66.67	29.90	0.00	50.00	66.67	100.00	100.00
SYSTEM PRACY#	8 GODZ.	44	69.32	23.83	16.67	50.00	75.00	83.33	100.00
	12 GODZ.	25	52.67	24.85	0.00	41.67	50.00	66.67	100.00
	24 GODZ.	81	66.87	32.00	0.00	33.33	83.33	100.00	100.00
PRACA PONAD WYMIAR GODZIN	TAK	100	63.83	27.93	0.00	50.00	66.67	83.33	100.00
	NIE DEKLARUJĄ	50	68.00	31.38	0.00	45.83	75.00	100.00	100.00
PRACA PONAD WYMIAR GODZIN	CZĘSTO	53	61.32	26.71	0.00	50.00	66.67	83.33	100.00
	SPORADYCZN.	38	64.47	28.26	0.00	50.00	66.67	87.5	100.00
	BARDZO RZADKO	59	69.21	31.53	0.00	50.00	83.33	100.00	100.00
LUBIĘ PRACĘ***	LUBI PRACĘ	132	67.93	27.83	0.00	50.00	66.67	100.00	100.00
	NIE DEKLARUJE	18	45.37	31.21	0.00	16.67	50.00	54.17	100.00
MIŁA ATMOSFERA***	MIŁA	124	68.41	29.51	0.00	50.00	83.33	100.00	100.00
	ATMOSFERA NIE DEKLARUJE	26	50.00	21.60	0.00	33.33	50.00	66.67	83.33
CHEĆ CHODZENIA DO PRACY***	MA CHEĆ	113	71.53	26.97	0.00	50.00	83.33	100.00	100.00
	NIE DEKLARUJE	37	45.95	27.05	0.00	33.33	50.00	66.67	100.00
WSPÓLPR. Z PRZEŁOŻ.	NIE DEKLARUJE	24	59.72	24.04	16.67	37.50	50.00	83.33	100.00
	WSPÓLPRACUJE	126	66.27	29.92	0.00	50.00	66.67	100.00	100.00

\* – Test Wilcoxon,  $p < 0,05$ , \*\*\* - Test Wilcoxon,  $p < 0,001$ , # – Test Kruskala-Wallisa,  $p < 0,05$

Opracowania własne

Tabl. 2.4. Opisowe charakterystyki statystyczne zmiennej – ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej

OGÓLNY WSKAŹNIK WYPALENIE ZAWODOWEGO		N	ŚR.	Odch.std.	Min	Q1	MEDIANA	Q3	Max
PŁEĆ	KOBIETA	107	31.84	24.73	0.00	11.11	25.93	48.52	100.00
	MĘŻCZYŻNA	43	37.25	24.82	3.70	17.04	31.85	55.93	88.89
GRUPA*	LEKARZE	51	38.30	23.76	3.70	17.04	35.19	55.93	88.89
	PIEŁĘGNIARKI	99	30.87	25.05	0.00	9.26	24.44	48.15	100.00
WIEK	23-35	38	35.93	26.03	0.00	10.65	31.85	58.61	85.19
	35-45	59	30.83	25.14	0.00	9.26	23.33	48.15	100.00
	45-63	53	34.43	23.68	3.70	17.04	27.04	52.22	90.74
STAN CYWILNY	MĘŻATKA/ ŻONATY	93	35.04	25.91	0.00	12.22	27.04	55.56	100.00
	PANNA/ KAWALER	57	30.71	22.81	0.00	11.11	27.04	45.19	88.89
WYKSZT.	ŚREDNIE	45	34.34	25.46	0.00	11.67	28.89	55.19	100.00
	WYŻSZE	105	32.99	24.61	0.00	11.67	26.30	52.22	90.74
WARUNKI MIESZK.	PODSTAWOWE	21	34.6	27.61	0.00	9.44	28.15	62.59	88.89
	DOBRE	75	35.62	23.91	0.00	16.67	31.48	52.22	90.74
	BARDZO DOBRE	54	29.83	24.93	0.00	9.26	22.96	47.87	100.00
WARUNKI FINANSOWE	BARDZO DOBRE	20	26.5	17.11	6.67	11.11	25.74	41.02	55.93
	DOBRE	83	33.05	25.42	0.00	12.22	25.19	49.26	100.00
	PODSTAWOWE	47	36.94	26.16	0.00	15.93	31.48	61.11	90.74
SYSTEM PRACY#	8 GODZ.	44	32.63	24.72	0.00	12.69	25.19	52.87	88.89
	12 GODZ.	25	42.98	21.9	6.67	21.85	47.41	59.26	82.22
	24 GODZ.	81	30.85	25.24	0.00	8.33	24.44	48.33	100.00
PRACA PONAD WYMIAR GODZIN	TAK	100	35.60	25.62	0.00	14.54	27.59	55.74	100.00
	NIE DEKLARUJĄ	50	28.99	22.65	0.00	6.67	25.19	47.87	85.19
PRACA PONAD WYMIAR GODZIN	CZĘSTO	53	38.34	25.01	5.56	16.85	28.15	60.37	88.89
	SPORADYCZN.	38	32.33	25.54	0.00	11.11	26.48	45.28	100.00
	BARDZO RZADKO	59	29.64	23.76	0.00	6.67	24.44	47.78	90.74
LUBIĘ PRACĘ***	LUBI PRACĘ	132	28.99	21.61	0.00	11.11	23.33	47.04	85.19
	NIE DEKLARUJE	18	65.70	23.08	6.67	55.65	67.22	84.44	100.00
MIŁA ATMOSFERA***	MIŁA ATMOSFERA	124	30.46	24.17	0.00	9.72	23.33	48.43	100.00
	NIE DEKLARUJE	26	47.38	23.32	11.11	27.69	45.19	66.76	90.74
CHĘĆ CHODZENIA DO PRACY***	MA CHĘĆ	113	25.29	19.81	0.00	9.26	20.37	37.78	85.19
	NIE DEKLARUJE	37	58.16	22.06	11.11	41.48	58.89	74.44	100.00
WSPÓLPR. Z PRZEŁOŻ.***	NIE DEKLARUJE	24	51.51	22.49	16.67	29.91	54.07	68.61	90.74
	WSPÓLPRACUJE	126	29.94	23.76	0.00	10.65	23.33	47.50	100.00

\* – Test Wilcoxon,  $p < 0,05$ , \*\*\* - Test Wilcoxon,  $p < 0,001$ , # – Test Kruskala-Wallisa,  $p < 0,05$

Opracowania własne

**Podsumowując wpływ czynników socjodemograficznych na poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej oraz ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego, hipotezę 2 należy przyjąć częściowo.**

## **Hipoteza 2.2.**

### **Struktury wypalenia zawodowego oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego mają związek z odczuciami indywidualnymi**

W celu weryfikacji hipotezy 2.2 wykorzystano współczynnik korelacji Pearsona oraz jego istotność przy pomocy rozkładu testu Studenta.

Porównano wyniki testu MBI z wynikami odczuć indywidualnych. Wykazano że:

- poziom ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego pozostaje w związku z motywacją do pracy; przekonaniem, że wiele zależy ode mnie samego/samej; angażowaniem się w pracę oraz wiarą we własne możliwości – wartości tych odczuć ujemnie korelują z poziomem ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego. Stwierdzono brak zależności jedynie zaniedbywania rozwoju zawodowego z poziomem ogólnego wskaźnika wypalenia;

- stwierdzono brak zależności poziomu wyczerpania emocjonalnego jedynie z zaniedbywaniem rozwoju zawodowego, natomiast pozostałe odczucia indywidualne, pozostają w związku w sposób istotny statystycznie z poziomem tego obszaru wypalenia;

- stwierdzano związek (istotny statystycznie) poziomu depersonalizacji z silną motywacją do pracy, przekonaniem że wiele zależy ode mnie, angażowaniem w pracę oraz wiarą we własne możliwości. Brak zależności wykazano tylko pomiędzy depersonalizacją a zaniedbywaniem rozwoju zawodowego;

- analizując zależność odczuć indywidualnych i satysfakcji zawodowej, stwierdzono brak związku jedynie między zaniedbywaniem rozwoju zawodowego a satysfakcją z zawodu.

**Reasumując, hipotezę 2.2, mówiącą o zależności struktur wypalenia zawodowego i ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego z odczuciami indywidualnymi została potwierdzona częściowo.**

### **Hipoteza 2.3**

#### **Struktury wypalenia zawodowego oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego mają związek z odczuciami interpersonalnymi**

W celu weryfikacji hipotezy 2.3 wykorzystano współczynnik korelacji Pearsona i jego istotność przy pomocy rozkładu testu Studenta. Porównano wyniki testu MBI i odczucia interpersonalne. Wykazano że:

- ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego ma związek z wszystkimi wymienionymi odczuciami interpersonalnymi, tzn.: konfliktowością, problemami ze snem, wykonywaniem pracy na czas, poddenerwowaniem błahymi sprawami, bólami głowy, zniechęceniem i lękiem, przygnębieniem, zmęczeniem, trudnościami z koncentracją, gwałtownymi zmianami nastroju oraz bólami brzucha i kręgosłupa;

- poziom wyczerpania emocjonalnego ma również związek ze wszystkimi odczuciami interpersonalnymi

- analizując zależność pomiędzy odczuciami interpersonalnymi a poziomem depersonalizacji, stwierdzono brak zależności jedynie między problemem z wykonywania pracy na czas, z pozostałymi natomiast stwierdzono istotne zależności;

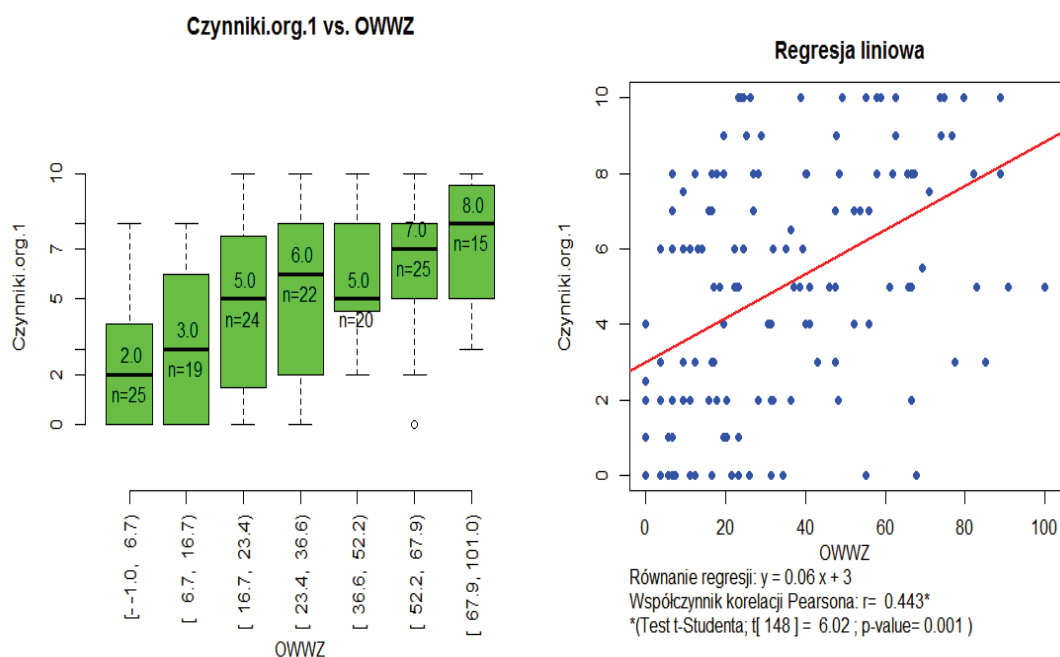
- weryfikując związek odczuć interpersonalnych z satysfakcją zawodową stwierdzono brak zależności trzech odczuć: konfliktowości lub nerwowości, częstych bólów głowy oraz bólów brzucha i kręgosłupa.

**Podsumowując, hipoteza 2.3, mówiąca o związku ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego oraz jego trzech struktur z odczuciami interpersonalnymi, została potwierdzona częściowo.**

## Hipoteza 2.4

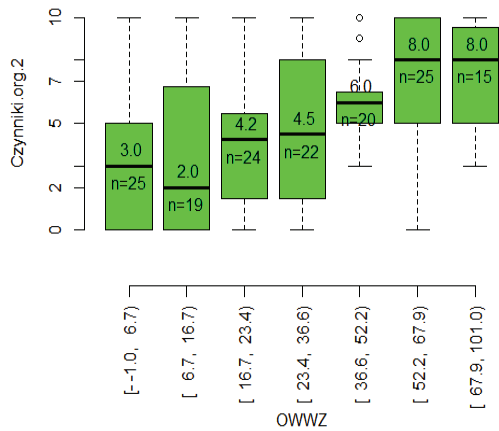
### Struktury wypalenia zawodowego oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego mają związek z czynnikami organizacyjnymi

W celu weryfikacji hipotezy 2.4 porównano wyniki testów zespołu wypalenia zawodowego - MBI oraz pytań kwestionariusza, dotyczących czynników organizacyjnych, wpływających na zespół wypalenia zawodowego. Do oceny związku wykorzystano współczynnik korelacji Pearsona i jego istotność przy pomocy rozkładu testu Studenta.

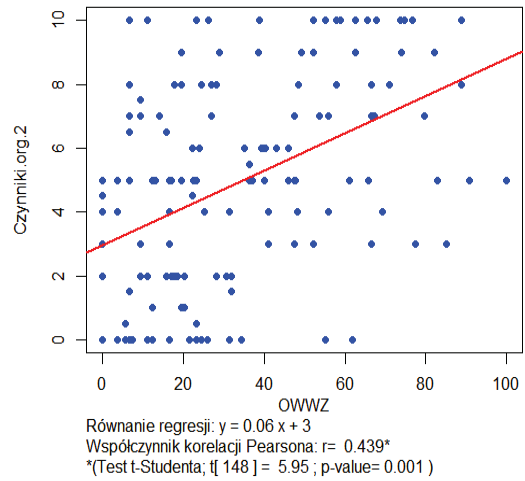


Stwierdzono zależność między ogólnym wskaźnikiem wypalenia zawodowego a przeciążeniem nadmierną ilością obowiązków. Im więcej obowiązków, tym ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego wyższy.

Czynniki.org.2 vs. OWWZ

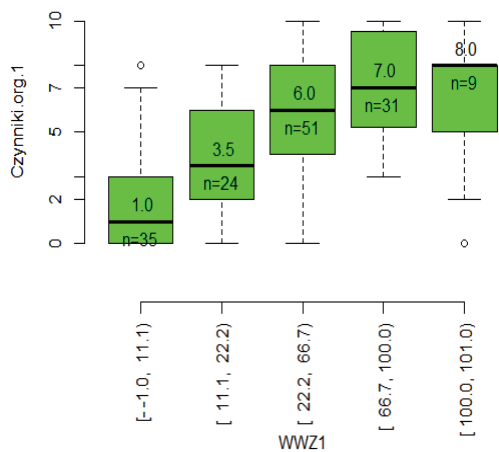


Regresja liniowa

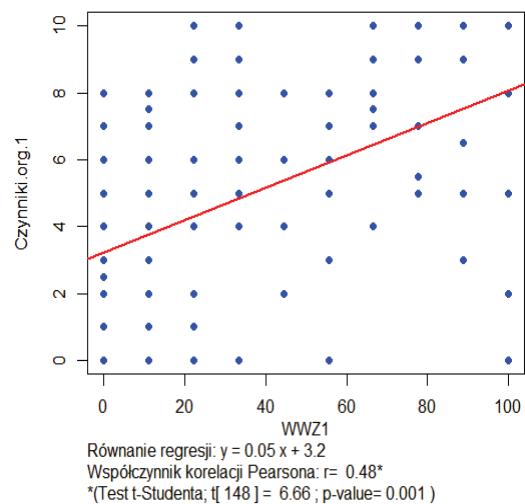


Istnieje istotna zależność między ogólnym wskaźnikiem wypalenia a niedostosowaniem czasu i środków do zleconych zadań. Wskaźnik wypalenia jest tym wyższy, im wyżej oceniony był czynnik organizacyjny – niedostosowania czasu i środków do zleconych zadań.

Czynniki.org.1 vs. WWZ1

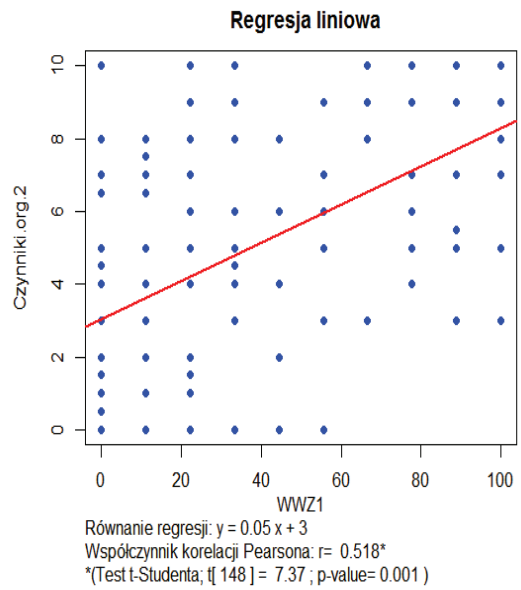
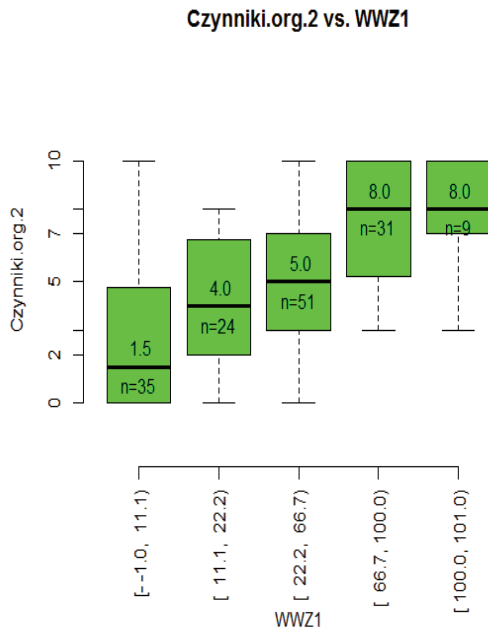


Regresja liniowa

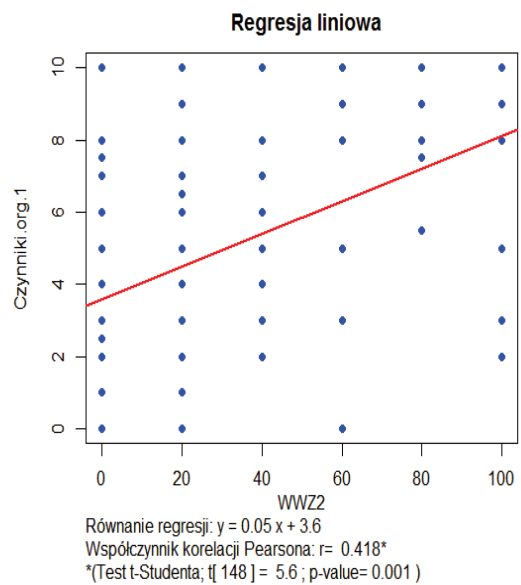
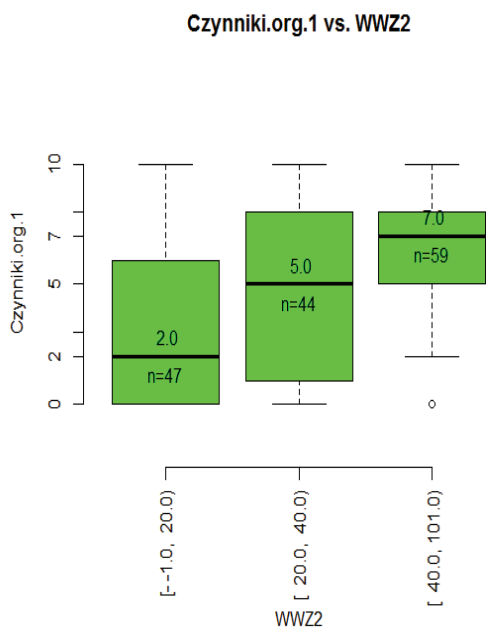


Poziom wyczerpania emocjonalnego ma związek z czynnikiem organizacyjnym – przeciążenie ilością pracy. Poziom wyczerpania jest wyższy im większe przeciążenie ilością obowiązków.

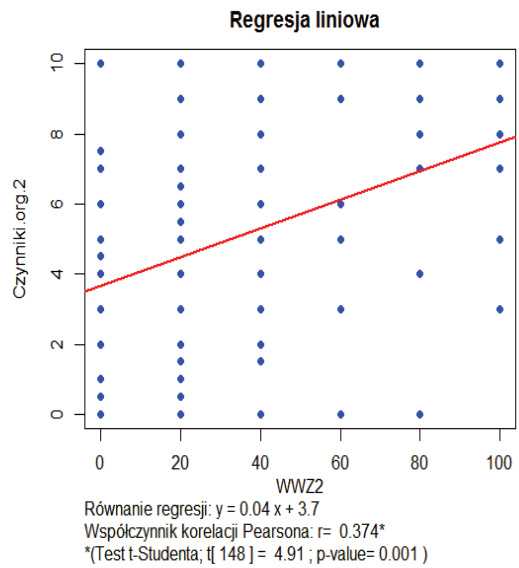
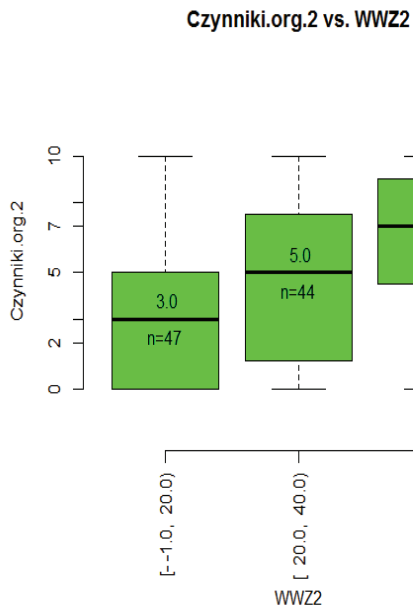




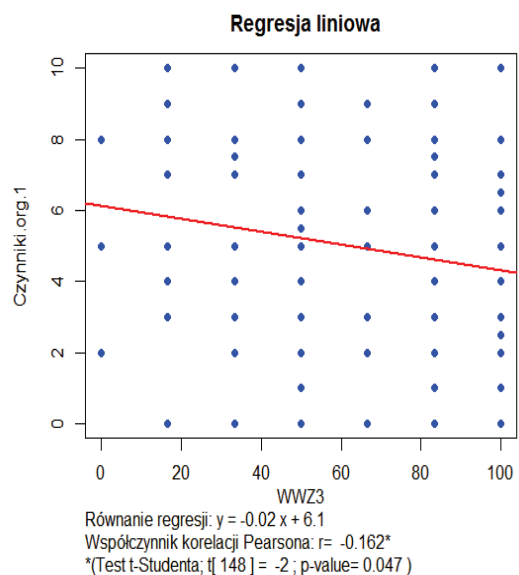
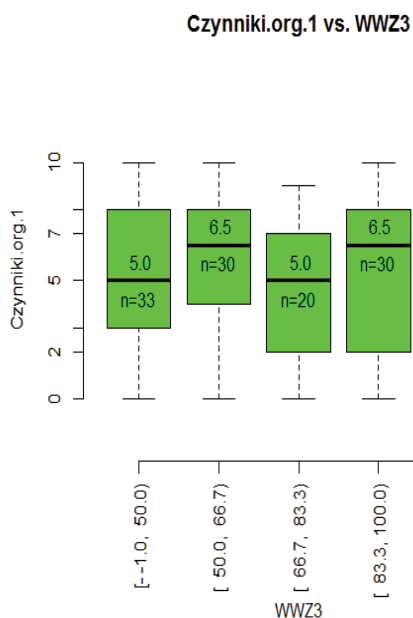
Stwierdzono zależność poziomu wyczerania emocjonalnego również z niedostosowaniem czasu i środków do zleconych zadań. Im niedostosowanie wyżej oceniane tym poziom wyczerania emocjonalnego wyższy.



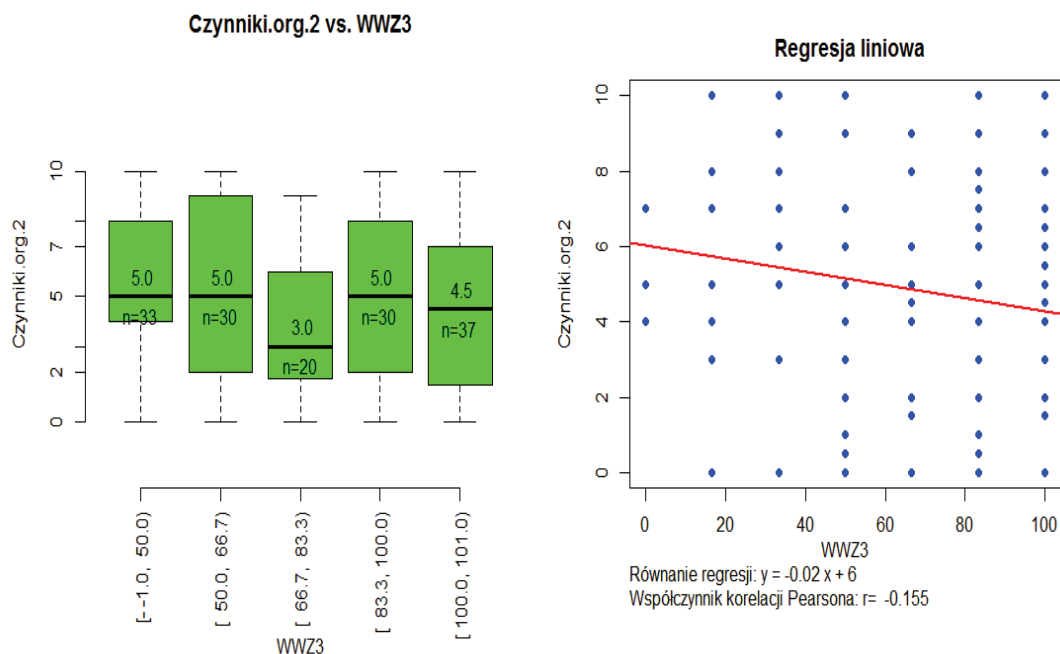
Poziom depersonalizacji zależy od zmiennej - przeciążenie obowiązkami. Wyższy poziom depersonalizacji im wyższe przeciążenie.



Poziom depersonalizacji zależy również od czynnika organizacyjnego – niedostosowanie czasu i środków do zleconych zadań. Jest ona tym wyższa, im wyżej oceniane niedostosowanie czasu i środków.



Stwierdzono koincydencję pomiędzy poziomem satysfakcji z zawodu a przeciążeniem pracą. Poziom satysfakcji zawodowej niższy, im wyższe przeciążenie obowiązkami.



Stwierdzono brak związku satysfakcji zawodowej z niedostosowaniem czasu i środków do zleconych zadań.

Podsumowując, hipoteza 2.4, mówiąca o związkach pomiędzy trzema strukturami wypalenia zawodowego oraz ogólnym wskaźnikiem a czynnikami organizacyjnymi została częściowo potwierdzona.

#### 4.1.4. Obszary osobowości (wzorce zachowań i przeżyć związanych z pracą) personelu medycznego oddziałów chirurgii.

##### Hipoteza 3

Istnieje różnica osobowości personelu medycznego – między lekarzami a pielęgniarkami na oddziałach chirurgii.

W celu weryfikacji hipotezy 3 porównano wyniki sfer osobowości (zaangażowanie zawodowe, odporność psychiczna i strategie zwalczania sytuacji problemowych, emocjonalny stosunek do pracy), skal (subiektywnego znaczenia pracy, ambicji zawodowych, gotowości do wydatków energetycznych, dążenia do perfekcji, zdolności do dystansowania się, tendencji do rezygnacji w sytuacji porażki, ofensywnej strategii rozwiązywania problemów, wewnętrznego spokoju

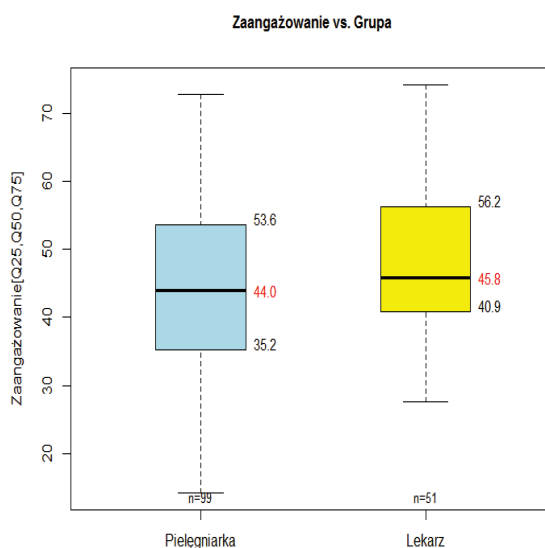
i równowagi, poczucia sukcesu w zawodzie, zadowolenia z życia oraz poczucia wsparcia społecznego) oraz typów osobowości (zdrowego, oszczędnościowego, ryzyka nadmiernie obciążonego oraz „wypalonego”). W celu określenia, w jaki sposób pomiar różnicuje wyniki wykorzystano test kolejności Wilcoxon.

### Hipoteza 3.1

**Istnieje różnica sfer osobowości: zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy pomiędzy pielęgniarkami a lekarzami oddziałów chirurgicznych.**

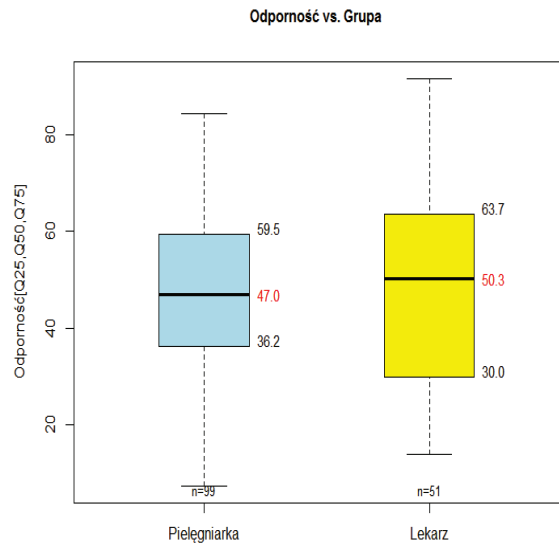
Z porównania wyników uzyskanych w badaniach wynikają poniższe różnice.

Nie stwierdzono różnicy poziomu zaangażowania zawodowego w rozkładzie grup (Test Wilcoxon,  $W = 2865.50$ ,  $p\text{-value} = 0.088$ )



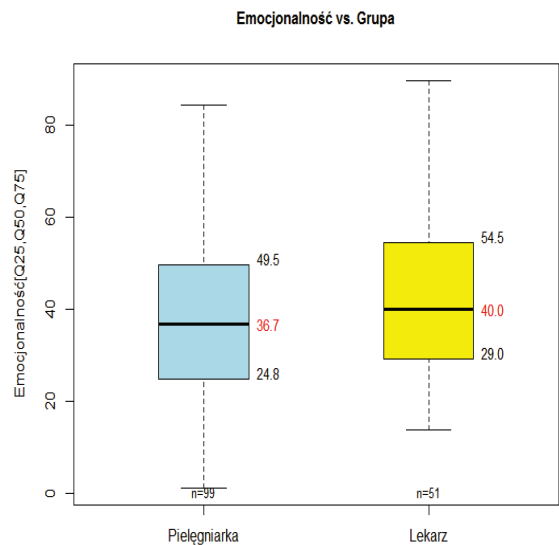
Rycina 3.1. Poziom zmiennej „zaangażowanie zawodowe” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Nie stwierdzono różnicy odporności psychicznej oraz strategii zwalczania sytuacji problemowych w rozkładach grupy (Test Wilcoxona,  $W = 2718.50$ ,  $p\text{-value} = 0.221$ )



Rycina 3.2. Poziom zmiennej „odporność psychiczna” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Nie stwierdzono różnicy poziomu emocjonalnego stosunku do pracy w rozkładzie grup (Test Wilcoxona,  $W = 2831.00$ ,  $p\text{-value} = 0.112$ )



Rycina 3.3. Poziom zmiennej „emocjonalny stosunek do pracy” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Podsumowanie wyników weryfikowanych w odniesieniu do hipotezy 3.1, mówiącej o tym, iż istnieją różnice w sferach osobowości między grupą lekarzy a grupą pielęgniarek znajduje się w poniższej tabeli.

Tabl. 3.1. Opisowe charakterystyki statystyczne sfer osobowości

<b>SFERY OSOBOWOŚCI</b>	<b>Grupa</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Q25</b>	<b>Q50</b>	<b>Q75</b>	<b>Max</b>
<b>ZAANGAŻOWANIE ZAWODOWE</b>	Lekarz	51	47.43	12.12	12.00	40.60	45.80	56.20	74.20
	Pielęgniarka	99	44.84	13.61	14.20	34.80	44.00	53.80	93.00
<b>ODPORNOŚĆ PSYCHICZNA</b>	Lekarz	51	49.10	21.34	14.00	28.00	50.33	64.33	91.67
	Pielęgniarka	99	45.97	17.82	7.33	36.00	47.00	60.00	97.00
<b>EMOCJONALNY STOSUNEK DO PRACY</b>	Lekarz	51	42.04	17.73	13.67	29.00	40.00	54.67	89.67
	Pielęgniarka	99	38.42	18.29	1.00	24.33	36.67	49.67	96.67

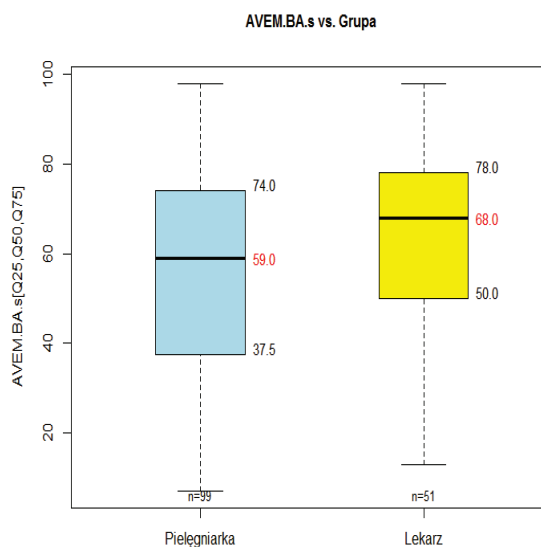
**Podsumowując, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic poszczególnych sfer osobowości pomiędzy grupą lekarzy a grupą pielęgniarek.**

### **Hipoteza 3.2**

**Istnieje różnica obszaru zachowań i przeżyć w sytuacjach zadaniowych pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami pracującymi na oddziałach chirurgicznych.**

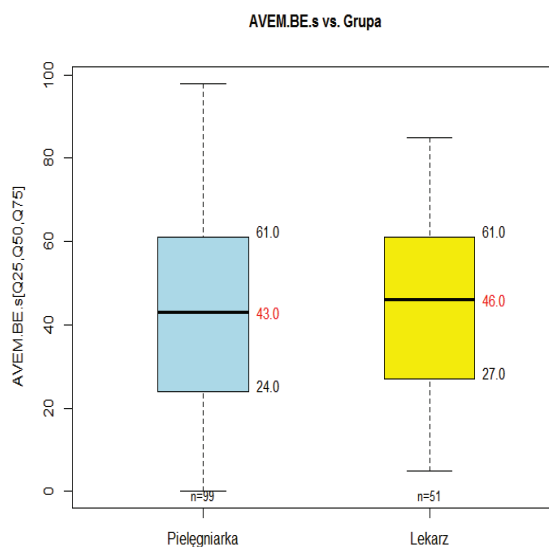
Z porównania wyników uzyskanych w badaniach wynikają poniższe różnice.

Stwierdzono statystycznie istotnie wyższą subiektywną ocenę pracy w grupie lekarzy, w porównaniu do badanej grupy pielęgniarek (Test Wilcoxon,  $W = 3062.50$ ,  $p < 0.032$ )



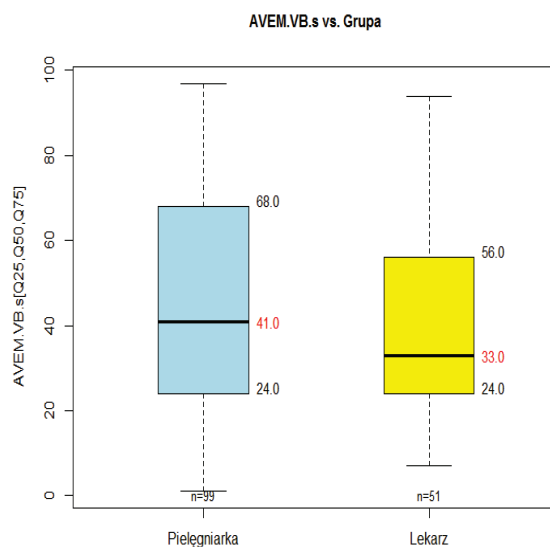
Rycina 3.4. Poziom zmiennej „subiektywne zaniechanie pracy” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Nie stwierdzono różnicy poziomu ambicji zawodowej w rozkładzie grupy (Test Wilcoxon,  $W = 2510.50$ ,  $p\text{-value} = 0.478$ )



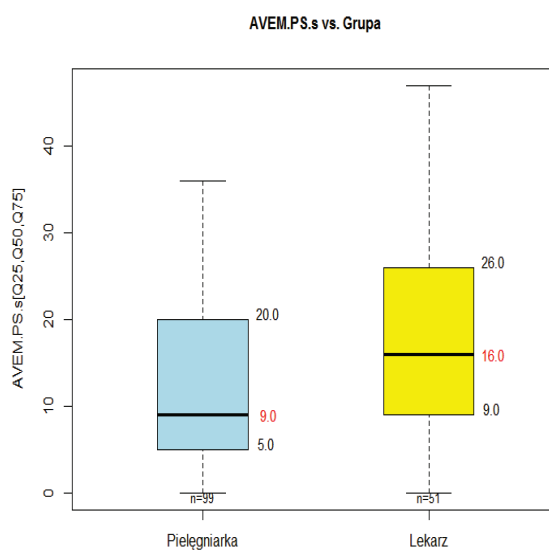
Rycina 3.5. Poziom zmiennej „ambicje zawodowe” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Nie stwierdzono różnicy wartości gotowości do wydatków energetycznych w rozkładach grup (Test Wilcoxon,  $W = 2381.00$ ,  $p\text{-value} = 0.284$ )



Rycina 3.6. Poziom zmiennej „Gotowość do wydatków energetycznych-angażowania się” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

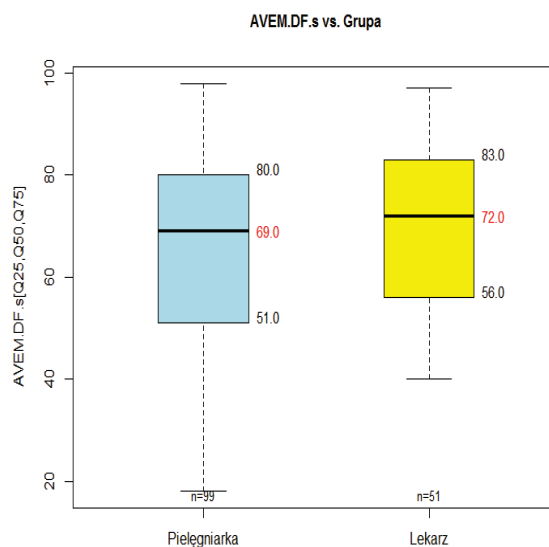
Stwierdzono istotnie wyższy poziom dążenia do perfekcji w grupie lekarzy niż pielęgniarek (Test Wilcoxon,  $W = 3121.50$ ,  $p < 0.017$ )



Rycina 3.7. Poziom zmiennej „dążenie do perfekcji” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

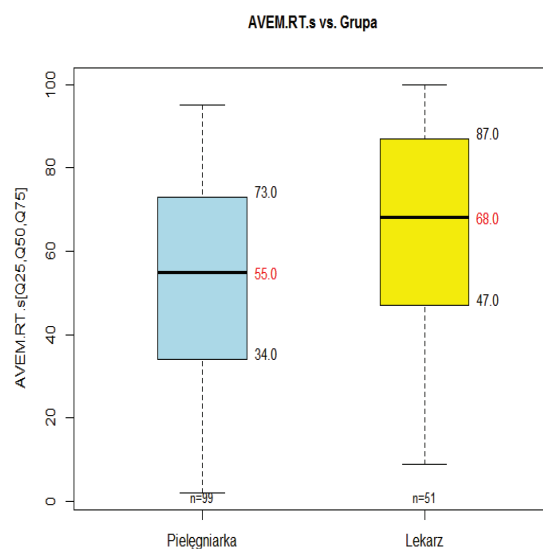


Nie stwierdzono różnicy poziomu zdolności do dystansowania się w rozkładach grupy (Test Wilcoxona,  $W = 2742.00$ ,  $p\text{-value} = 0.193$ )



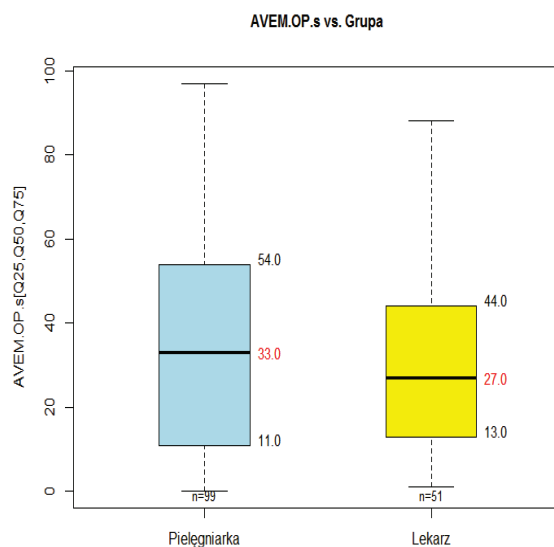
Rycina 3.8. Poziom zmiennej „zdolność do dystansowania się” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Poziom tendencji do rezygnacji w sytuacji porażki jest istotnie wyższy w grupie lekarzy w porównaniu z grupą pielęgniarek (Test Wilcoxona,  $W = 3252.50$ ,  $p < 0.004$ )



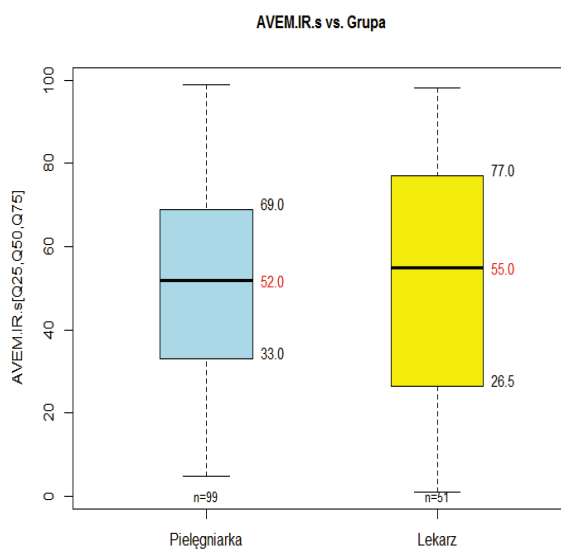
Rycina 3.9. Poziom zmiennej „tendencje do rezygnacji w sytuacji porażki” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Nie stwierdzono istotnej różnicy wartości ofensywnej strategii rozwiązywania problemów pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami (Test Wilcoxon,  $W = 2392.00$ ,  $p\text{-value} = 0.299$ )



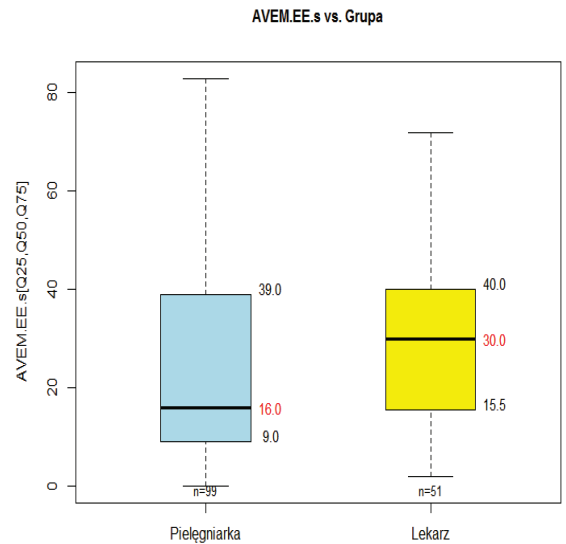
Rycina 3.10. Poziom zmiennej „ofensywna strategia rozwiązywania problemów” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Nie stwierdzono istotnej różnicy poziomu wewnętrznego spokoju i równowagi porównując grupę lekarzy z grupą pielęgniarek (Test Wilcoxon,  $W = 2640.50$ ,  $p\text{-value} = 0.322$ )



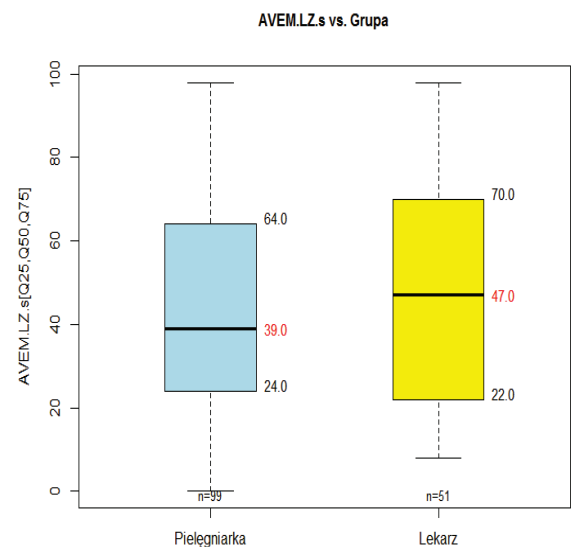
Rycina 3.11. Poziom zmiennej „wewnętrzny spokój i równowaga” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Statystycznie istotnie wyższe poczucie sukcesu w zawodzie wykazano w grupie lekarzy w porównaniu z grupą pielęgniarek (Test Wilcoxon,  $W = 3178.50$ ,  $p < 0.009$ )



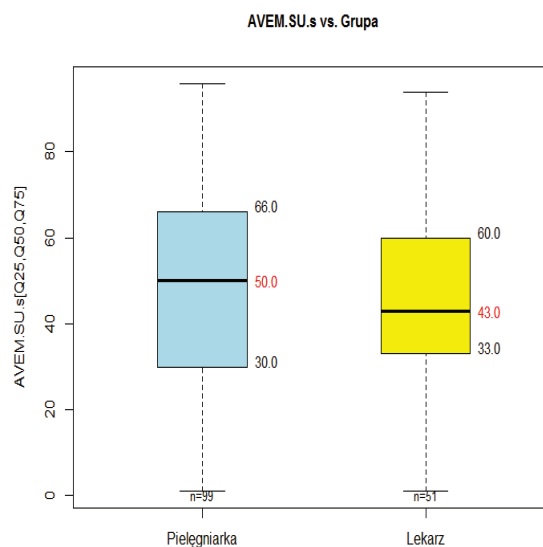
Rycina 3.12. Poziom zmiennej „poczucie sukcesu w zawodzie” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Nie stwierdzono istotnej różnicy wartości zadowolenia z życia w rozkładzie grupy (Test Wilcoxon,  $W = 2582.00$ ,  $p\text{-value} = 0.410$ )



Rycina 3.13. Poziom zmiennej „zadowolenie z życia” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Brak jest istotnych różnic poziomu poczucia sukcesu w zawodzie pomiędzy grupą lekarzy a grupą pielęgniarek (Test Wilcozona,  $W = 2562.00$ ,  $p\text{-value} = 0.441$ )



Rycina 3.14. Poziom zmiennej „poczucie sukcesu w zawodzie” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Podsumowanie wyników weryfikowanych w odniesieniu do hipotezy 3.2 przedstawia poniższa tabela. Można wnioskować, iż różnica między lekarzami a pielęgniarkami nastąpiła w dwóch skalach osobowości: tendencji do rezygnacji w sytuacji porażki oraz poczuciu sukcesu w zawodzie, natomiast w pozostałych skalach nie stwierdzono istotnie statystycznie różnic.

Tabl. 3.2. Opisowe charakterystyki statystyczne skal osobowości

TYP OSOBOWOŚCI	GRUPA	N	Mean	SD	Min	Q25	Q50	Q75	Max
BA*	Lekarz	51	62.63	19.32	13.00	50.00	68.00	78.00	98.00
	Pielegniarka	99	54.95	21.97	7.00	34.00	59.00	74.00	98.00
BE	Lekarz	51	43.63	20.53	5.00	27.00	46.00	61.00	85.00
	Pielegniarka	99	44.17	24.60	0.00	24.00	43.00	61.00	98.00
PS*	Lekarz	51	20.45	17.74	0.00	9.00	16.00	28.00	61.00
	Pielegniarka	99	14.75	16.77	0.00	4.00	9.00	20.00	84.00
DF	Lekarz	51	68.22	17.49	1.00	56.00	72.00	85.00	97.00
	Pielegniarka	99	65.26	18.92	18.00	51.00	69.00	80.00	98.00
RT*	Lekarz	51	65.94	25.80	9.00	44.00	68.00	87.00	100.00
	Pielegniarka	99	54.40	24.26	2.00	34.00	55.00	73.00	95.00
OP	Lekarz	51	29.90	22.15	1.00	13.00	27.00	44.00	88.00
	Pielegniarka	99	33.47	25.53	0.00	11.00	33.00	54.00	97.00
IR	Lekarz	51	51.47	28.18	1.00	24.00	55.00	81.00	98.00
	Pielegniarka	99	50.03	25.55	5.00	33.00	52.00	69.00	99.00
EE*	Lekarz	51	31.49	21.15	2.00	15.00	30.00	40.00	89.00
	Pielegniarka	99	23.62	19.73	0.00	9.00	16.00	39.00	96.00
LZ	Lekarz	51	46.27	25.68	8.00	20.00	47.00	70.00	98.00
	Pielegniarka	99	43.90	24.19	0.00	24.00	39.00	64.00	98.00
SU	Lekarz	51	48.35	21.76	1.00	33.00	43.00	60.00	94.00
	Pielegniarka	99	47.74	23.85	1.00	30.00	50.00	66.00	96.00

Podsumowując, hipoteza 3.2, mówiąca o różnicy skal osobowości między grupą lekarzy a grupą pielęgniarek została częściowo odrzucona.

### Hipoteza 3.3

Istnieje różnica w typach zachowań pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami pracującymi na oddziałach chirurgii.

U około połowy - 47,47% lekarzy i 52,94% pielęgniarek wykazano predyspozycje osobowościowe typu wypalonego - typu B, 31,31% lekarzy i 27,47% pielęgniarek znajdowało się w grupie typu oszczędnościowego - typ S. Zaledwie 18,18% lekarzy i 17,65% pielęgniarek należało do zdrowego typu zachowań - typu G, natomiast 3,03% lekarzy i 1,96% pielęgniarek do typu A – ryzyka nadmiernego obciążenia.



Rycina 3.15. Poziom zmiennej „typy zachowań i przeżyć” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Zestawienie uzyskanych zależności przedstawia tabela 3.3.

Tabl. 3.3. Procentowa charakterystyka typów zachowań i przeżyć.

Grupa	Typ G	Typ S	Typ A	Typ B
Pielęgniarka	18 (18.18%)	31 (31.31%)	3 (3.03%)	47 (47.47%)
Lekarz	9 (17.65%)	14 (27.45%)	1 (1.96%)	27 (52.94%)

Podsumowując, hipoteza 3.3, mówiąca o różnicy w typach osobowości u lekarzy i pielęgniarek została przyjęta częściowo.

#### 4.1.5. Związek pomiędzy strukturami zespołu wypalenia zawodowego i typami wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą.

##### Hipoteza 4.

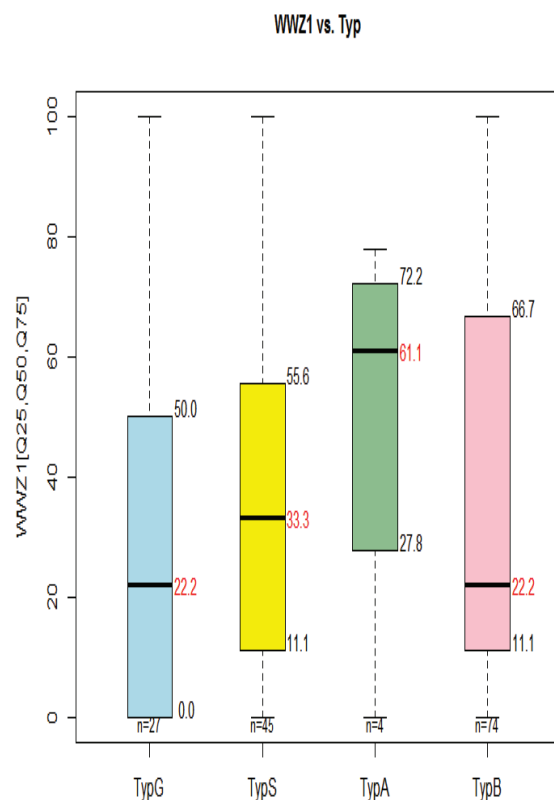
Poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz satysfakcji zawodowej lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii ma związek z wzorcami zachowań i przeżyć związanych z pracą.

W celu weryfikacji hipotezy 4 porównano wyniki testu MBI oraz testu AVEM. Aby określić w jaki sposób pomiar różnicuje wyniki wykorzystano test kolejności par Wilcoxona.

- Brak różnicy poziomu wyczerpania emocjonalnego w grupach typów zachowań (Kruskal-Wallis rank sum test., KW[ 3]= 2.22, p-value = 0.528)

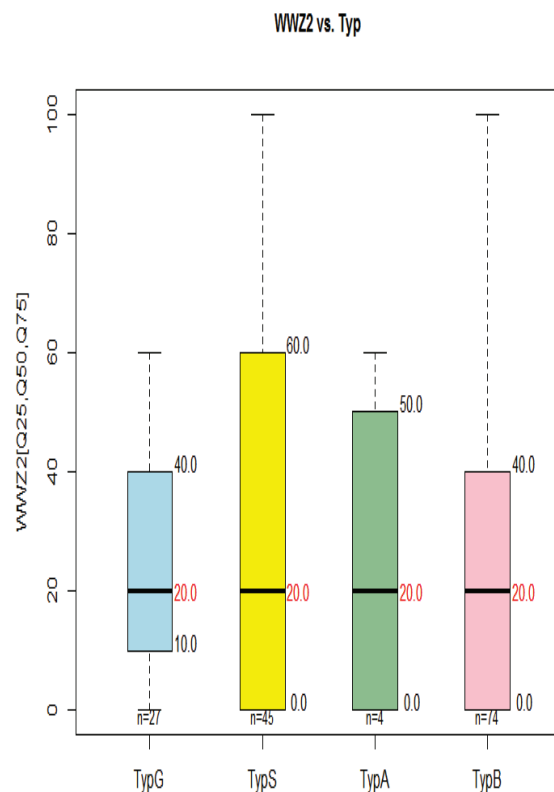
- Nie stwierdzono różnicy pomiędzy typem G a typem S (Test Wilcoxona, W = 513.50, p-value = 0.134) oraz typem B a typem G (Test Wilcoxona, W = 1154.00, p-value = 0.114) oraz typem B a typem S (Test Wilcoxona, W = 1684.50, p-value = 0.457)

- Nie ma dostatecznej liczby danych do podjęcia decyzji o różnicy poziomu wyczerpania emocjonalnego w rozkładzie typu A a typu G, typu A a typu B oraz między typem A a typem S



Rycina 4.1. Wyczerpanie emocjonalne a typy zachowań

- Nie stwierdzono różnicy wartości depersonalizacji w grupach typów (Kruskal-Wallis rank sum test:, KW[ 3]= 0.37, p-value = 0.946)
- Nie stwierdzono różnicy w rozkładach między typem G a typem S (Test Wilcoxona, W = 568.00, p-value = 0.317); typem B a typem G (Test Wilcoxona, W = 1060.00, p-value = 0.314); typem B a typem S (Test Wilcoxona, W = 1657.50, p-value = 0.483)
- Nie ma dostatecznej liczby danych do podjęcia decyzji dotyczącej różnicy w rozkładach typu A a typu S oraz typu A a typu G



Rycina 4.2. Depersonalizacja a typy zachowań

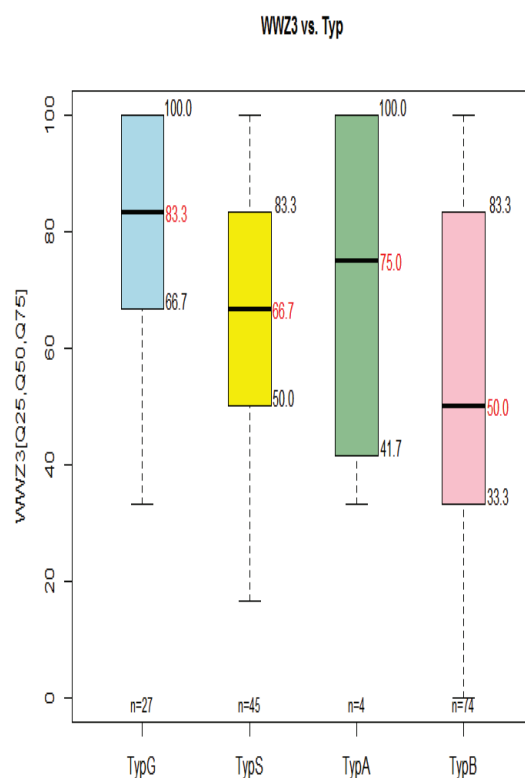


- Nie stwierdzono różnicy poziomów satysfakcji zawodowej w rozkładach w grupach typów zachowań (Kruskal-Wallis rank sum test:,  $KW[3] = 7.05$ ,  $p\text{-value} = 0.070$ )

- Rozkłady są statystycznie istotnie różne w rozkładzie grup typu G a typu S (jednostronny test Wilcoxon,  $W = 757.50$ ,  $p < 0.037$ ) oraz typów B i G

- Nie ma dostatecznej liczby danych do podjęcia decyzji wystąpienia różnicy satysfakcji zawodowej w rozkładzie typu A a typu G oraz typu A a typu S

- Nie stwierdzono różnicy w rozkładach typu B a typu S (Test Wilcoxon,  $W = 1499.00$ ,  $p\text{-value} = 0.177$ )



Rycina 4.3. Satysfakcja zawodowa a typy zachowań

Wartości statystyk opisowych w poszczególnych pomiarach przedstawiono zbiorczo w tabeli 4.1.

Tabl. 4.1. Opisowe charakterystyki statystyczne struktur wypalenia zawodowego a typów osobowości

<b>STRUKTURY WYPALENIA</b>	<b>TYPY OSOBOWOŚCI</b>	<b>N</b>	<b>Mean</b>	<b>SD</b>	<b>Min</b>	<b>Q25</b>	<b>Q50</b>	<b>Q75</b>	<b>Max</b>
<b>WYCZERPANIE EMOCJONALNE</b>	TypG	27	28.81	32.36	0	00.00	22.22	55.56	100.00
	TypS	45	34.81	30.30	0	11.11	33.33	55.56	100.00
	TypA	4	50.00	34.55	00.00	13.89	61.11	75.00	77.78
	TypB	74	37.39	33.99	00.00	11.11	22.22	69.44	100.00
<b>DEPERSONALIZACJA</b>	TypG	27	25.93	26.50	00.00	00.00	20.00	40.00	100.00
	TypS	45	31.56	32.05	00.00	00.00	20.00	60.00	100.00
	TypA	4	25.00	30.00	00.00	00.00	20.00	55.00	60.00
	TypB	74	30.81	30.73	00.00	00.00	20.00	40.00	100.00
<b>SATYSFAKCJA ZAWODOWA</b>	TypG	27	77.78	22.17	16.67	66.67	83.33	100.0	100.00
	TypS	45	65.56	28.29	00.00	50.00	66.67	83.33	100.00
	TypA	4	70.83	34.36	33.33	37.50	75.00	100.0	100.00
	TypB	74	60.14	30.57	00.00	33.33	50.00	83.33	100.00

Podsumowując hipotezę 4, mówiącą o tym, że istnieje różnica poziomu wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz satysfakcji zawodowej w typach osobowości została odrzucona.

#### 4.1.6. Związek pomiędzy strukturami zespołu wypalenia zawodowego a sferami osobowości.

##### Hipoteza 5

Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego oraz poziomy wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i satysfakcji z zawodu lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależą od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

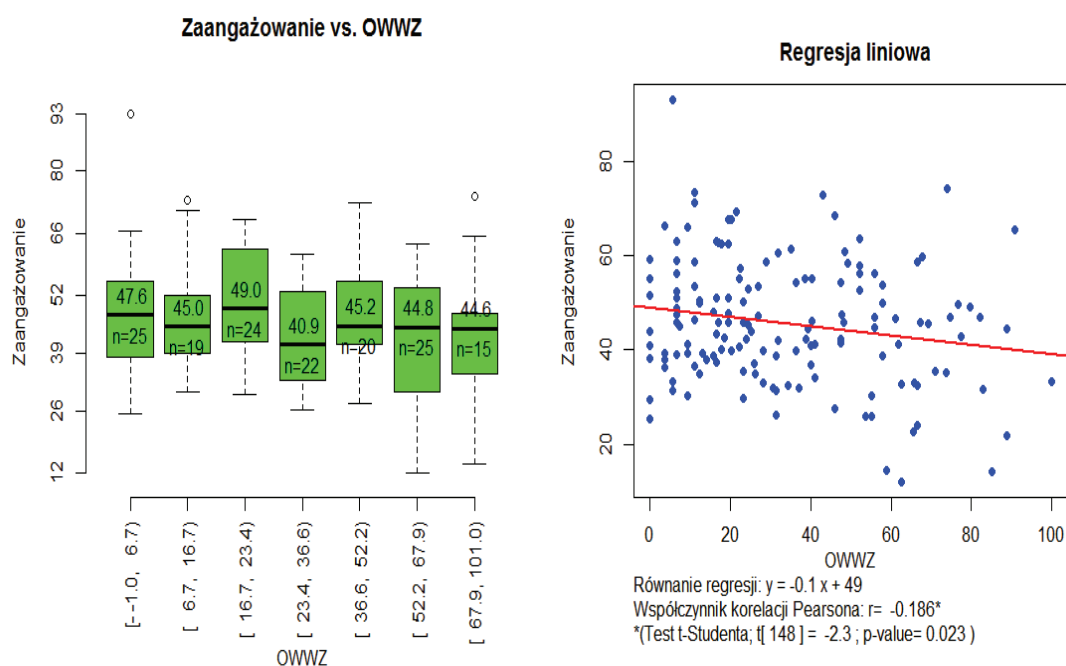
W celu weryfikacji hipotezy 5 porównano wyniki testów zespołu wypalenia zawodowego - MBI oraz testu wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą - AVEM. Do porównania wykorzystano współczynnik korelacji Pearsona oraz test Studenta.

Ze względu na szczegółową analizę poszczególnych struktur wypalenia, z każdą ze sfer osobowości, przedstawiono wyniki z podziałem na hipotezy szczegółowe.

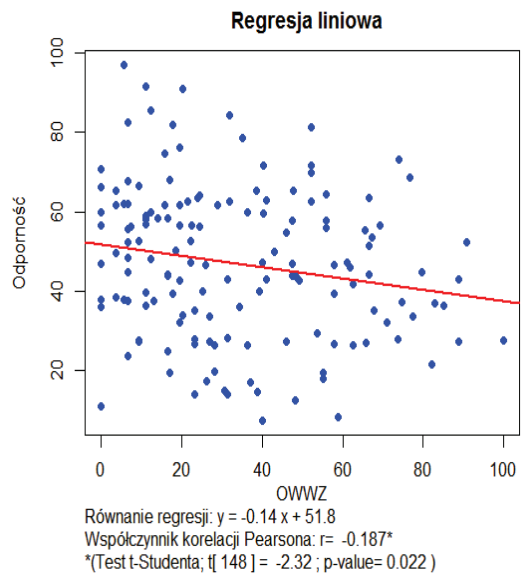
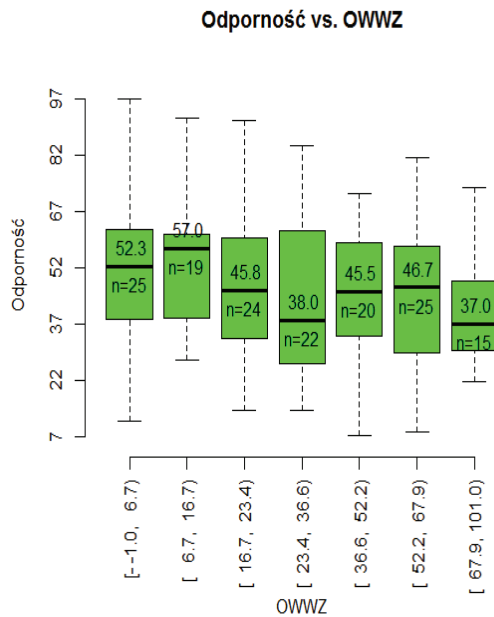
### Hipoteza 5.1

**Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.**

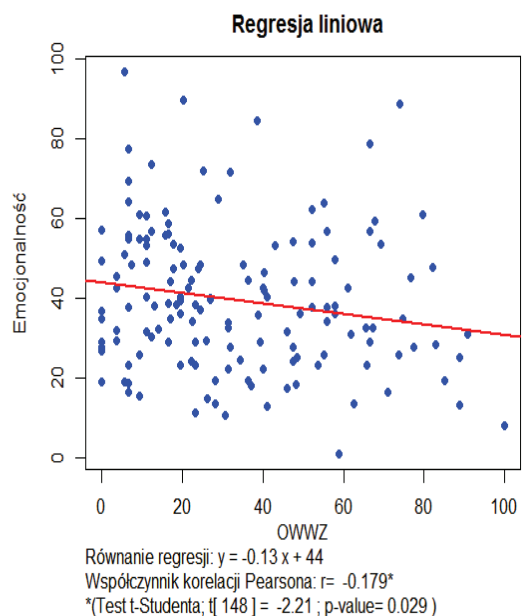
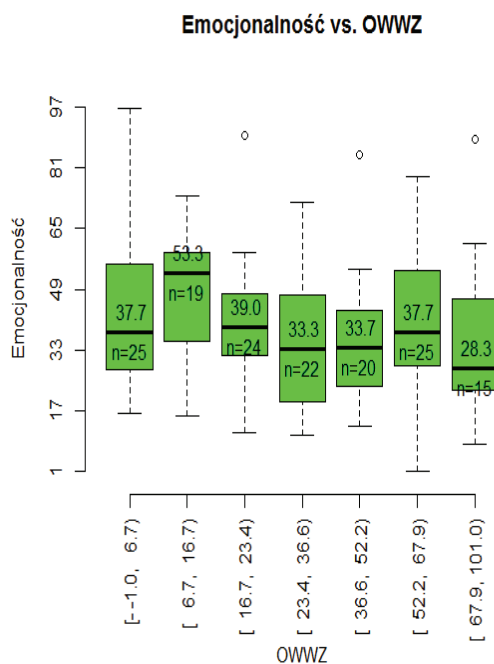
Z analizy wyników uzyskanych w badaniach wynikają poniższe różnice.



Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego w badanej grupie jest zależny od zaangażowania zawodowego. Wskaźnik wypalenia jest niższy u badanych z wyższym zaangażowaniem zawodowym



Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego w badanej grupie jest zależny od odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych. Wskaźnik wypalenia zawodowego jest niższy u badanych z wyższą odpornością psychiczną.



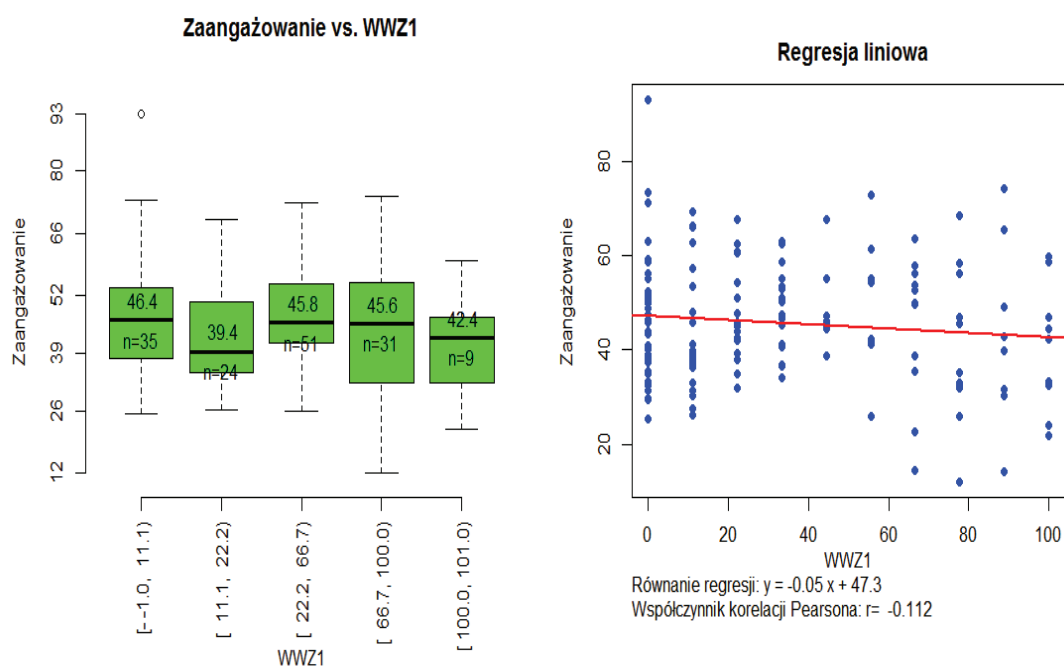
Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego w badanej grupie jest zależny od emocjonalnego stosunku do pracy. Wskaźnik wypalenia jest niższy u badanych wykazujących wyższy emocjonalny stosunek do pracy.

W związku z powyższym, wykazano niższy wskaźnik wypalenia zawodowego w grupie badanych z wyższym zaangażowaniem zawodowym, wyższym poziomem odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz wyższym wskaźnikiem emocjonalnego stosunku do pracy.

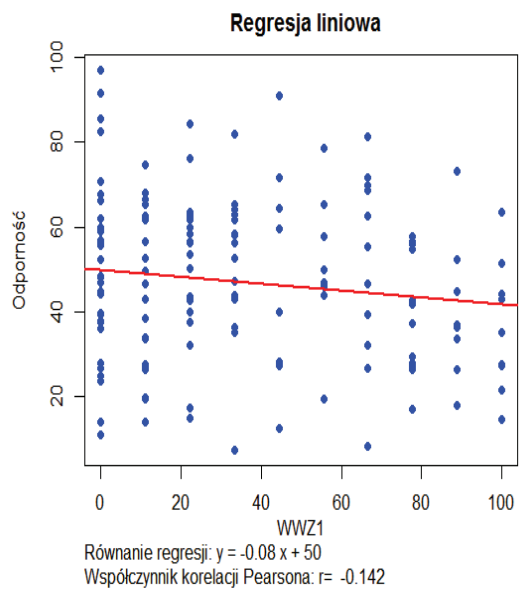
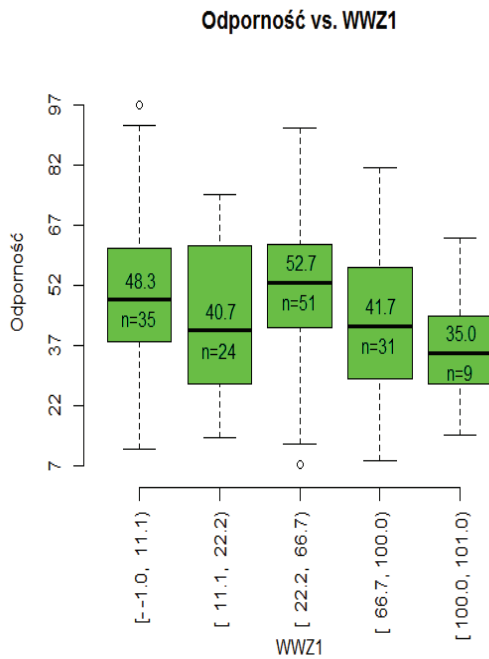
## Hipoteza 5.2

Wyczerpanie emocjonalne lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

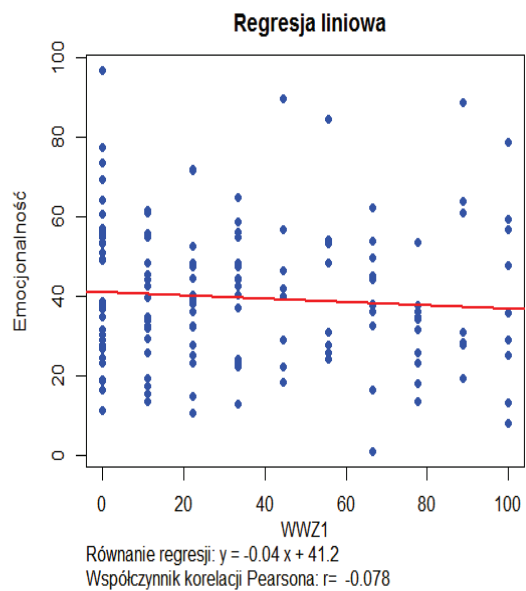
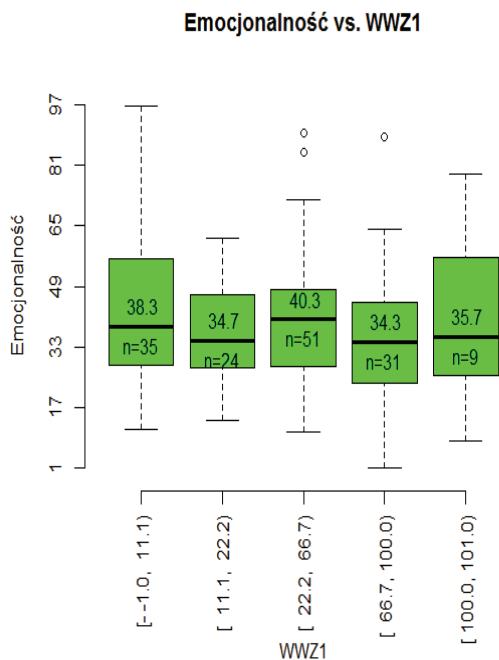
Z analizy wyników uzyskanych w badaniach wynikają poniższe różnice.



Analizując wpływ zaangażowania zawodowego na wyczerpanie emocjonalne, nie zaobserwowano zależności.



Analizując wpływ odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych na wyczerpanie emocjonalne nie zaobserwowano zależności.



Analizując wpływ emocjonalnego stosunku do pracy na wyczerpanie emocjonalne nie zaobserwowano zależności.

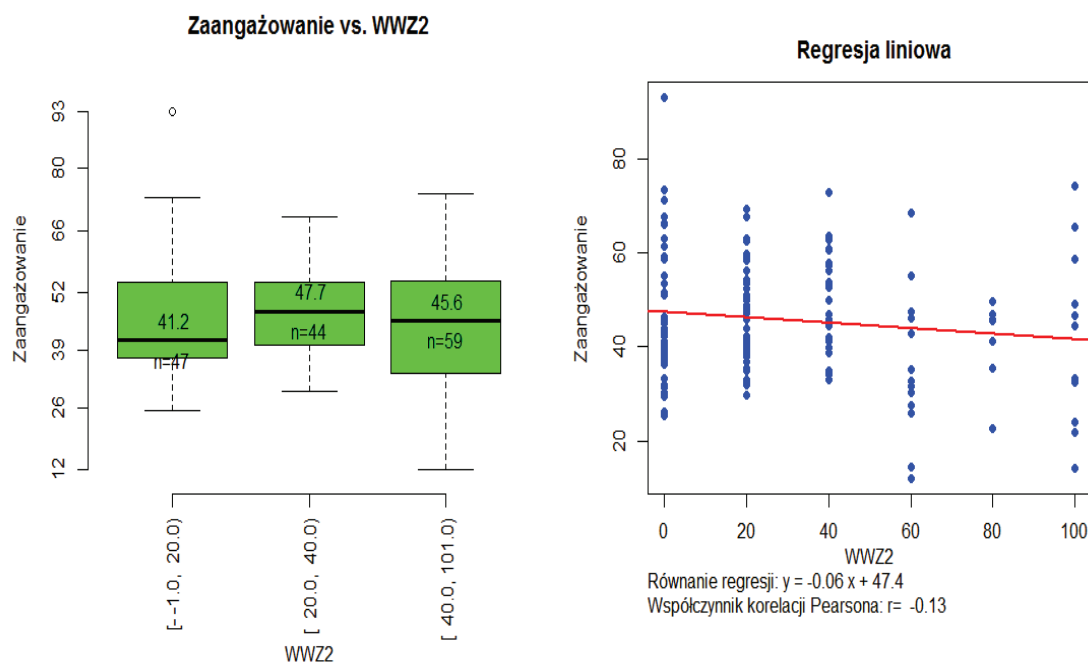
**Zaangażowanie zawodowe, odporność psychiczna i strategia zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalny stosunek do pracy nie mają związku (statystycznie istotnego) na występowanie wyczerpania emocjonalnego. Hipoteza 5.2 została więc odrzucona.**

### Hipoteza 5.3

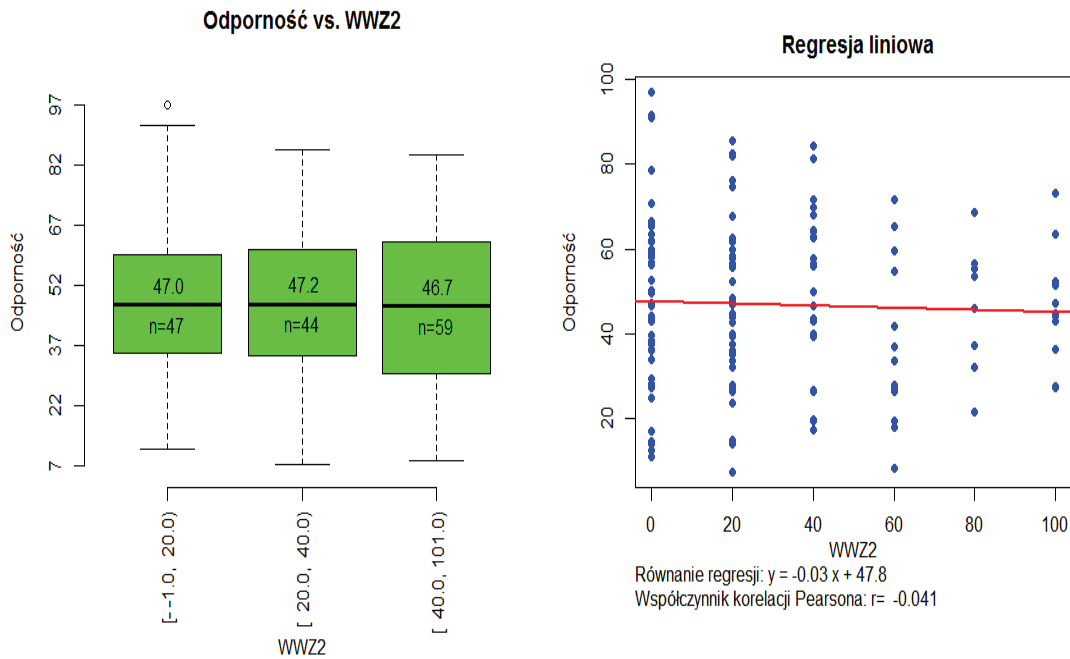
**Depersonalizacja lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.**

Analiza badań pozwala stwierdzić brak korelacji depersonalizacji z trzema indywidualnymi zasobami radzenia sobie z sytuacjami zawodowymi czyli z zaangażowaniem zawodowym, odpornością psychiczną i strategią zwalczania sytuacji problemowych oraz z emocjonalnym stosunkiem do pracy.

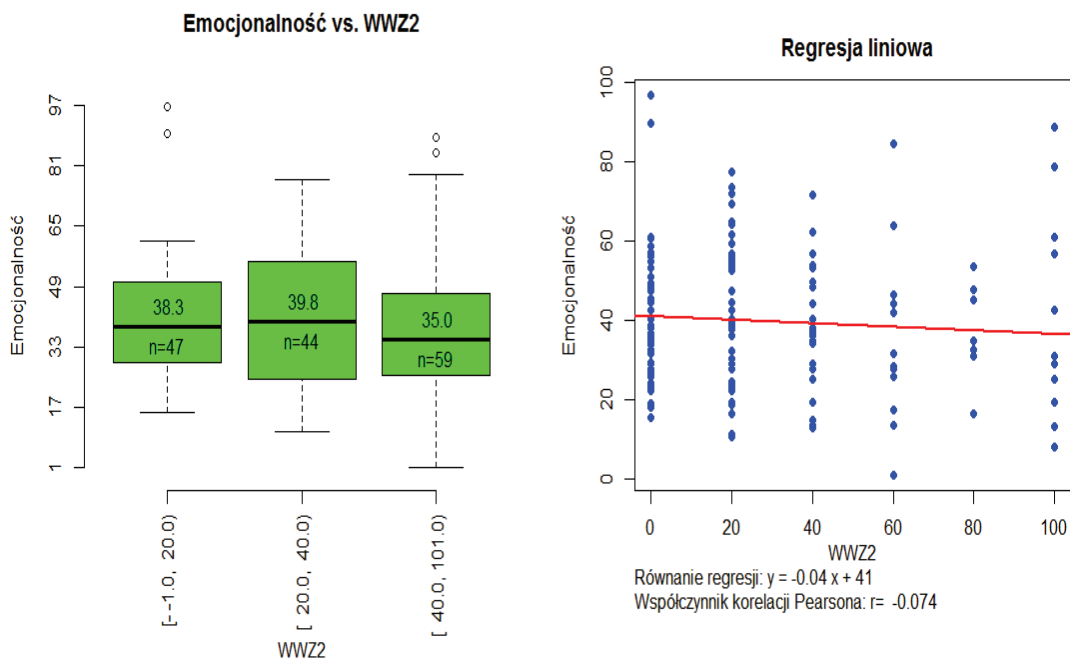
Zestawienie wyników analizy przedstawiają się następująco.



Brak jest związku pomiędzy depersonalizacją a zaangażowaniem zawodowym.



Nie stwierdzono zależności pomiędzy depersonalizacją a odpornością psychiczną i strategią zwalczania sytuacji problemowych.



Stwierdzono brak związku pomiędzy depersonalizacją a emocjonalnym stosunkiem do pracy.

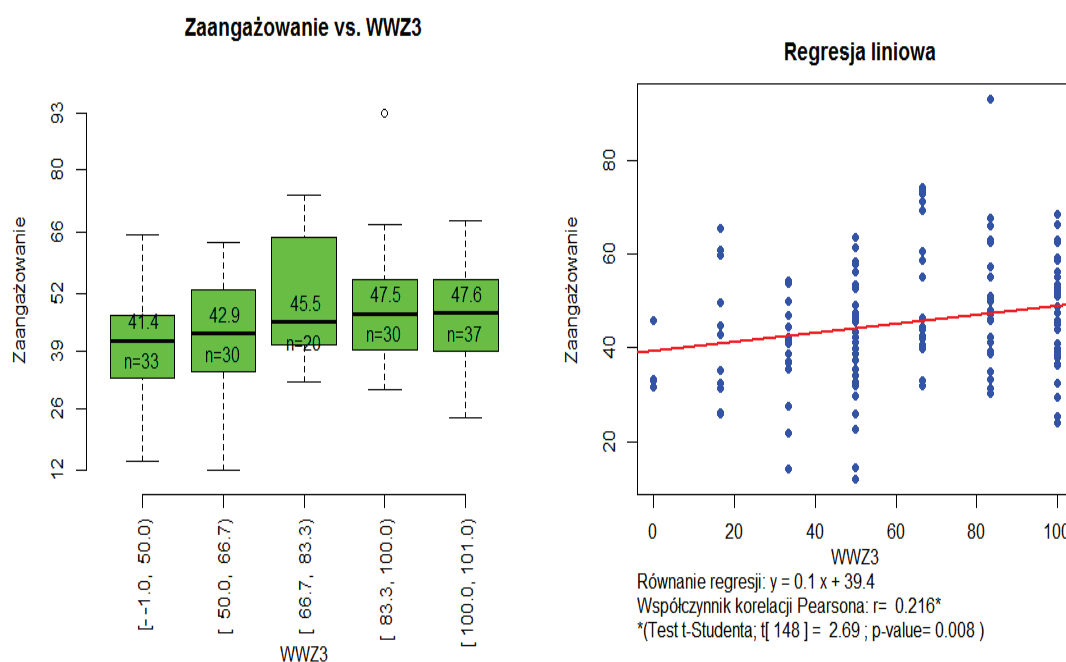


W związku z tym, iż poziom depersonalizacji nie koreluje statystycznie istotnie z żadną ze sfer osobowości, hipotezę 5.3 odrzucono.

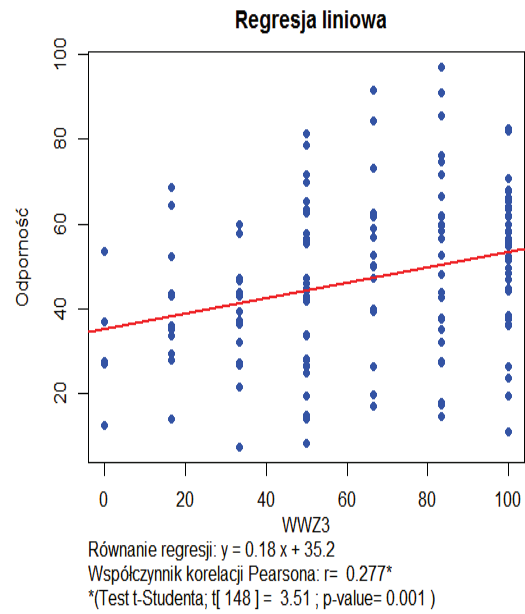
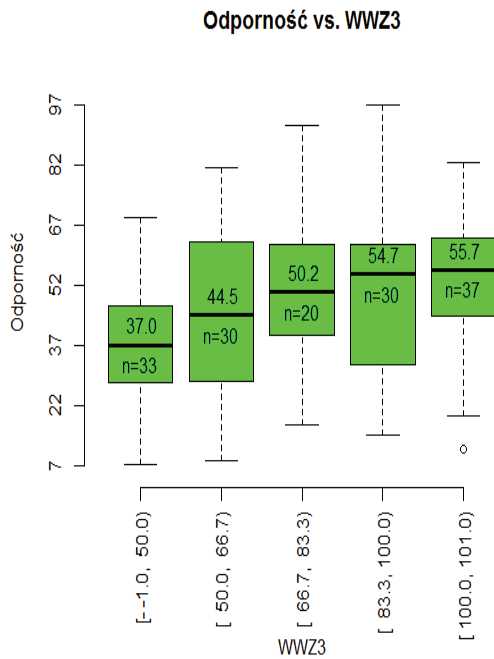
#### Hipoteza 5.4

Satysfakcja z zawodu lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależy od zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

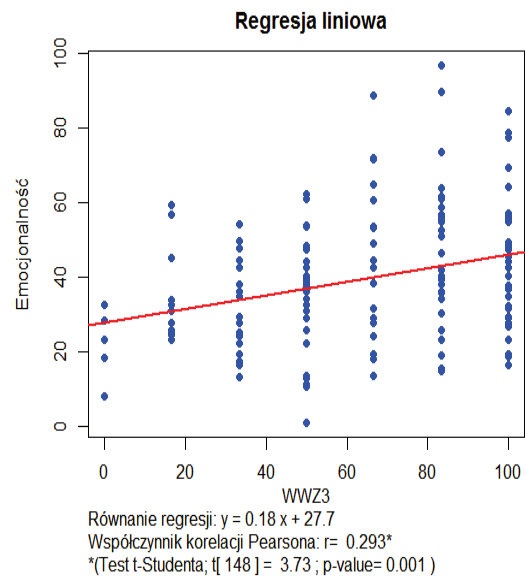
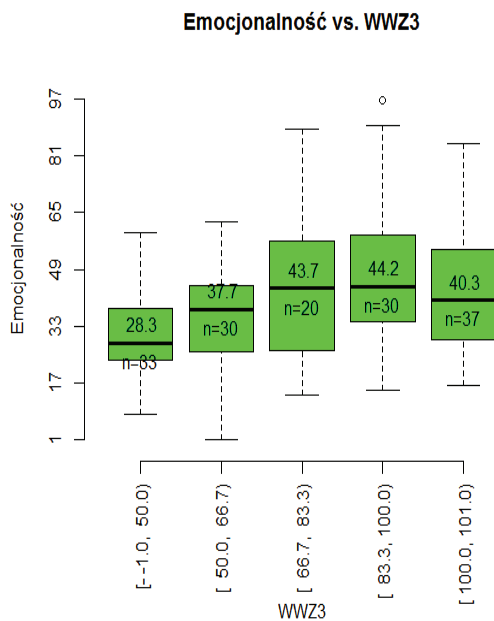
Z porównania wyników uzyskanych w badaniu satysfakcji zawodowej z trzema sferami osobowości wynikają poniższe zależności.



Analizując badania, wskazano wyraźny trend wyższej satysfakcji z zawodu, im wyższe zaangażowanie zawodowe.



Weryfikując wyniki wskazano również wyraźny trend wyższej satysfakcji z zawodu, im wyższa odporność psychiczna i strategia zwalczania sytuacji problemowych.



Wykazano zależność satysfakcji z zawodu od emocjonalnego stosunku do pracy. Zaobserwowano trend wyższej satysfakcji zawodowej im wyższy emocjonalny stosunek do pracy.

**W związku z powyższym, iż stwierdzono zależność wszystkich trzech sfer osobowości z satysfakcją zawodową, hipotezę 5.4 można potwierdzić całkowicie.**

**Podsumowując, uzyskane wyniki wskazują na brak zależności pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym i depersonalizacją a trzema sferami osobowości, natomiast ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego oraz satysfakcja z zawodu mają związek z badanymi sferami osobowościowymi. Hipotezę 5 można przyjąć częściowo.**

**4.1.7. Związek pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym, depersonalizacją, satysfakcją zawodową i ogólnym wskaźnikiem wypalenia zawodowego ze skalami obszaru zachowań i przeżyć w sytuacjach zadaniowych**

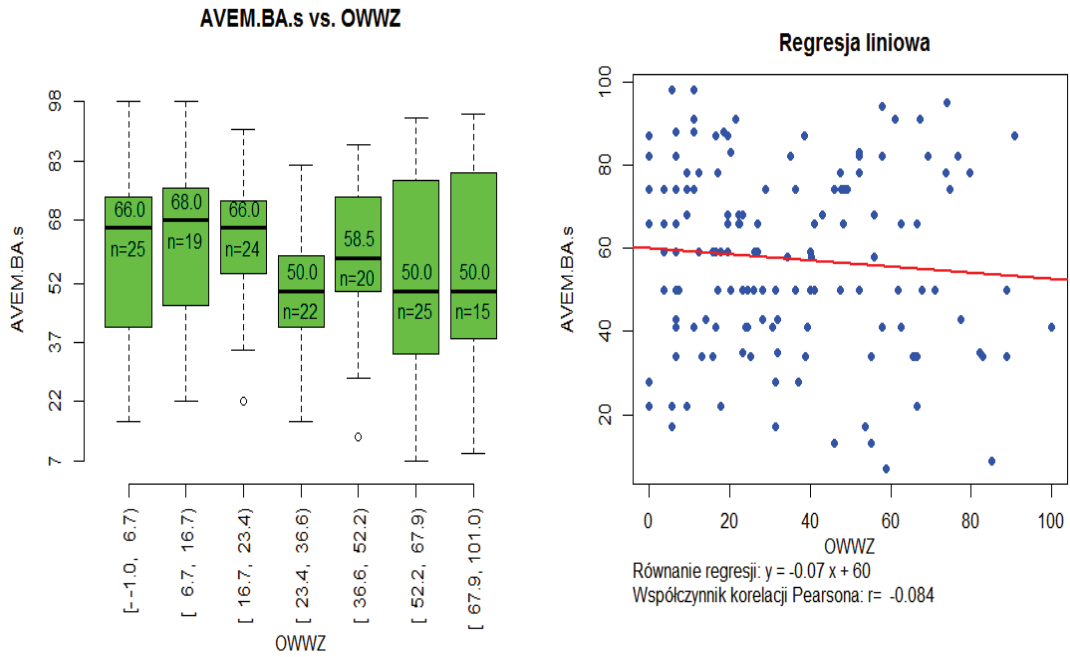
#### **Hipoteza 6**

**Poziom wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, satysfakcji zawodowej oraz ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii zależą od skal osobowości**

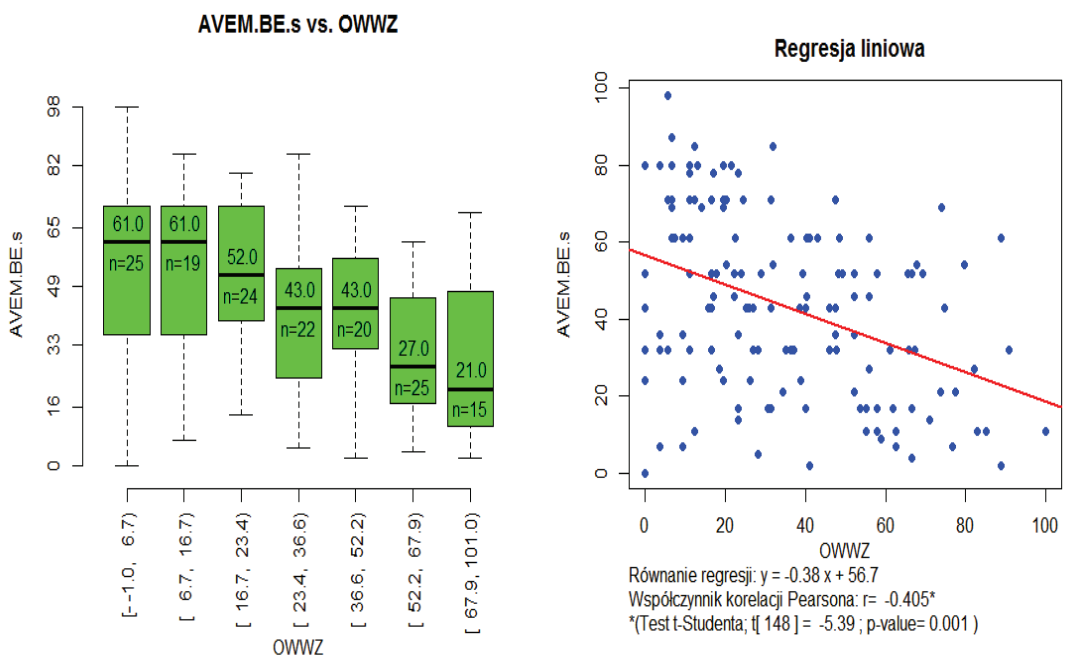
##### **Hipoteza 6.1**

**Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego ma związek ze skalami osobowości**

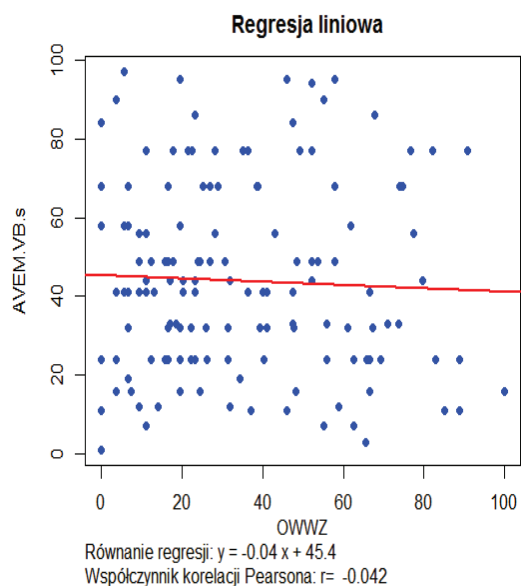
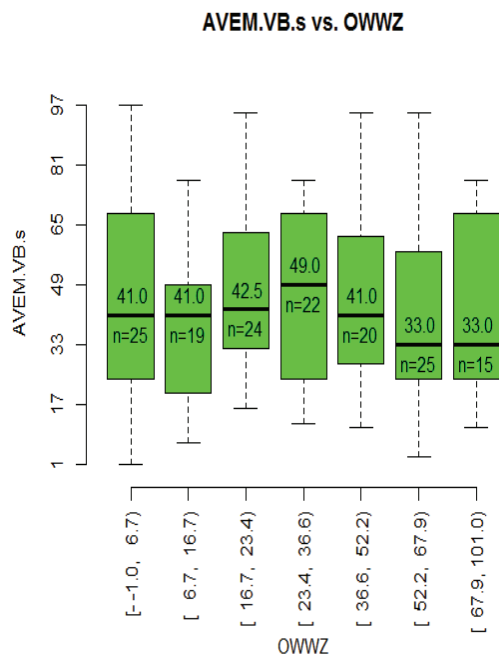
Z porównania wyników uzyskanych w badaniach ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego w 11 skalach wynikają poniższe różnice.



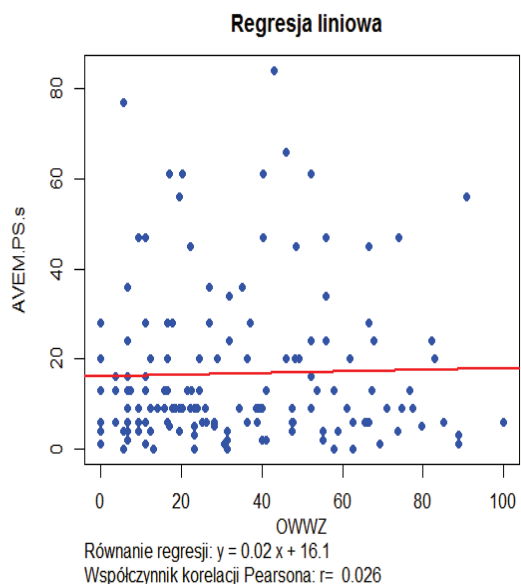
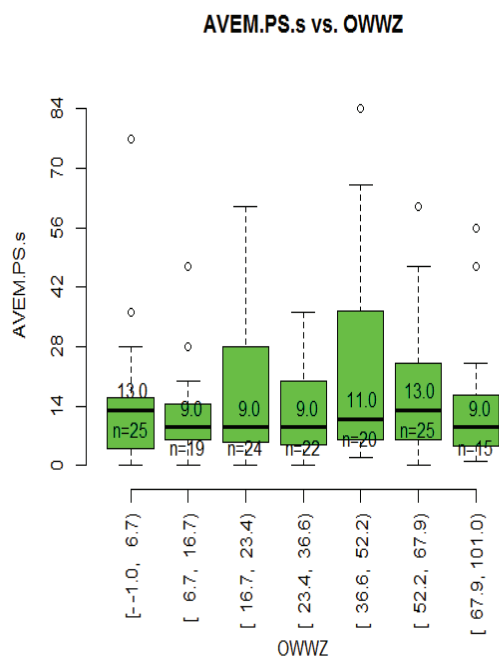
Analiza danych pozwala wnioskować brak zależności ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego od subiektywnego znaczenia pracy.



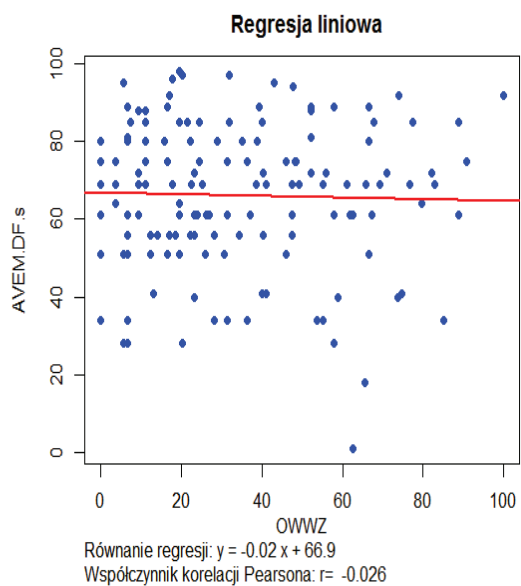
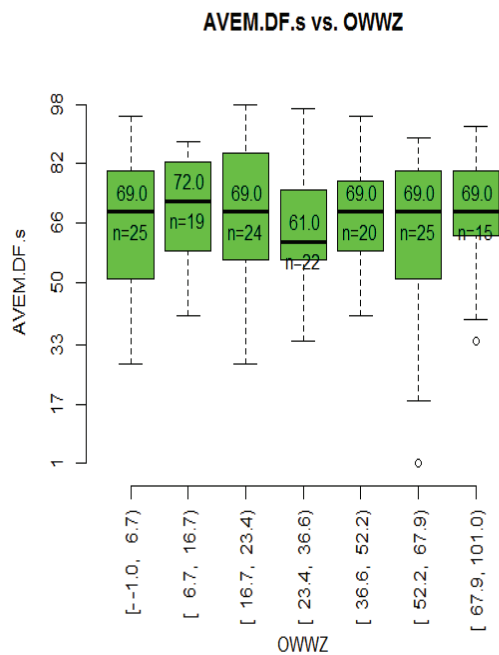
Wnioskować można, że ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego wśród badanej grupy, wzrasta gdy ambicje zawodowe osiągają niższe wartości i odwrotnie, im wyższe ambicje zawodowe, tym niższy wskaźnik wypalenia zawodowego.



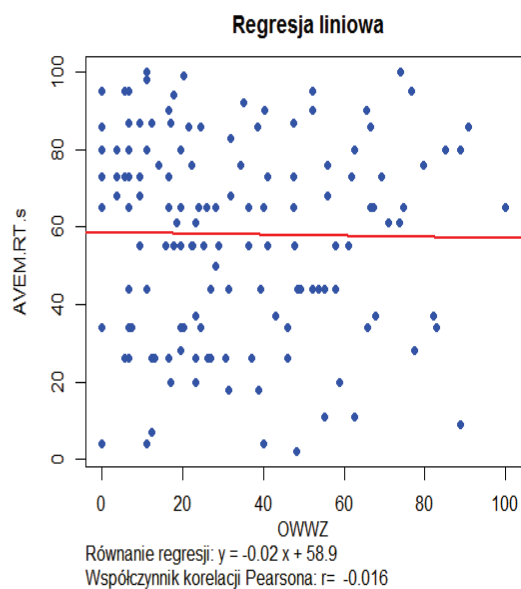
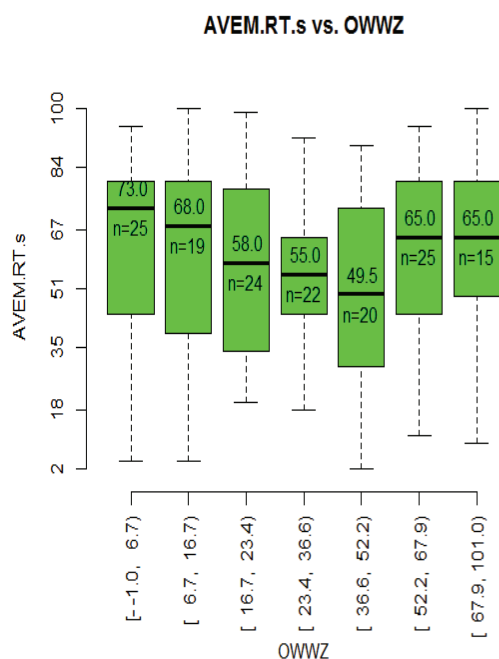
Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego nie ma związku z gotowością do wydatków energetycznych - angażowania się.



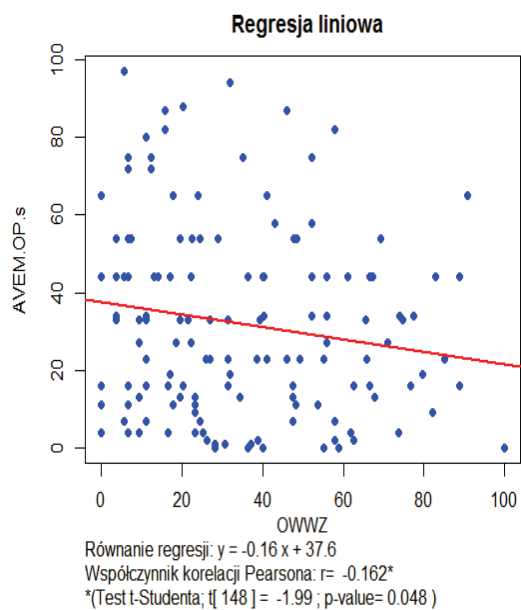
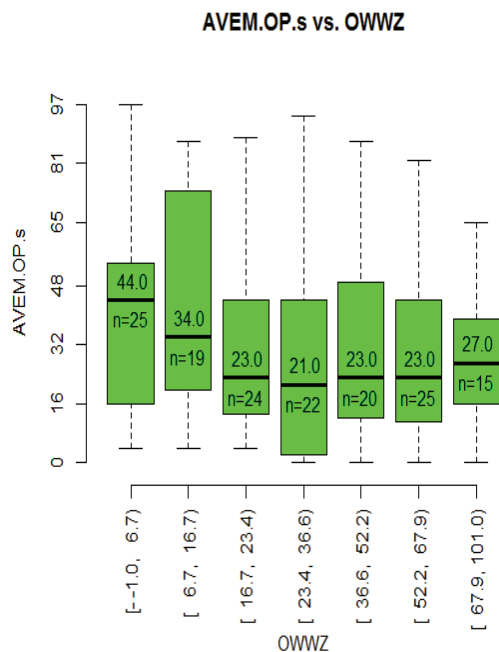
Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego respondentów nie zależy również od sfery dążenia do perfekcji.



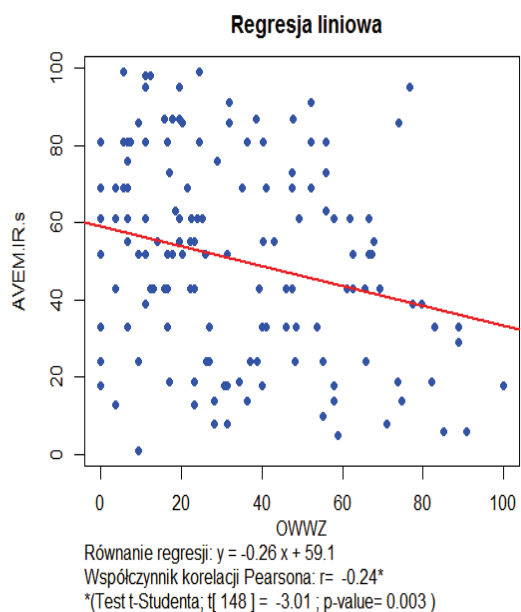
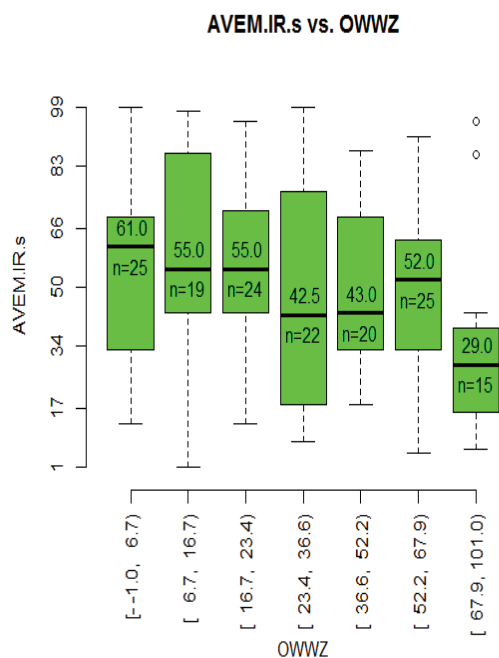
Brak jest zależności wskaźnika wypalenia zawodowego od zdolności do dystansowania się.



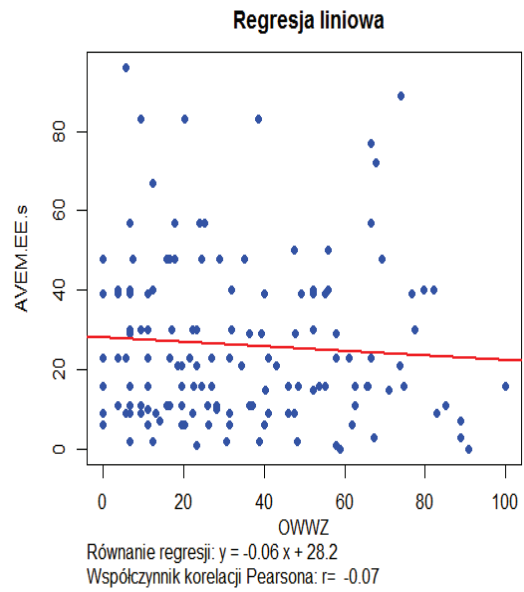
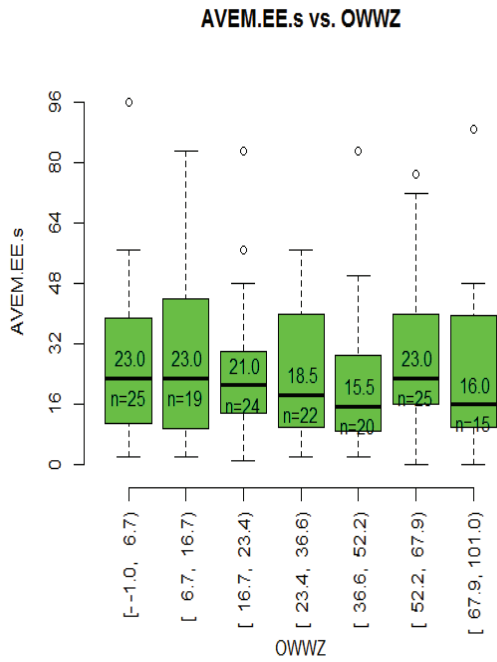
Sfera - tendencji do rezygnacji w sytuacji porażki również nie ma związku z ogólnym wskaźnikiem wypalenia zawodowego.



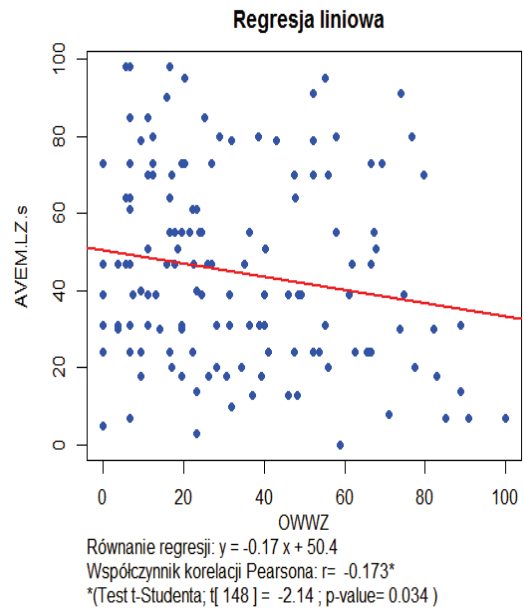
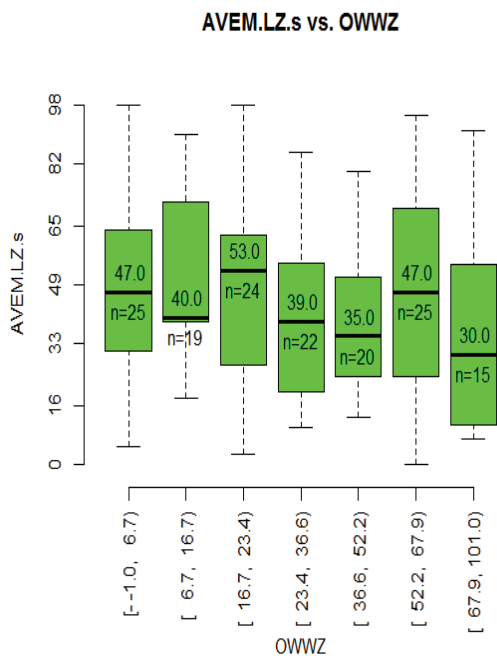
Wyższy wskaźnik wypalenia zawodowego zaobserwowano u badanych z niższą ofensywną strategią rozwiązywania problemów.



Wskazano na wyraźny trend wyższego wskaźnika wypalenia zawodowego u badanych z niskim poczuciem wewnętrznego spokoju i równowagi.

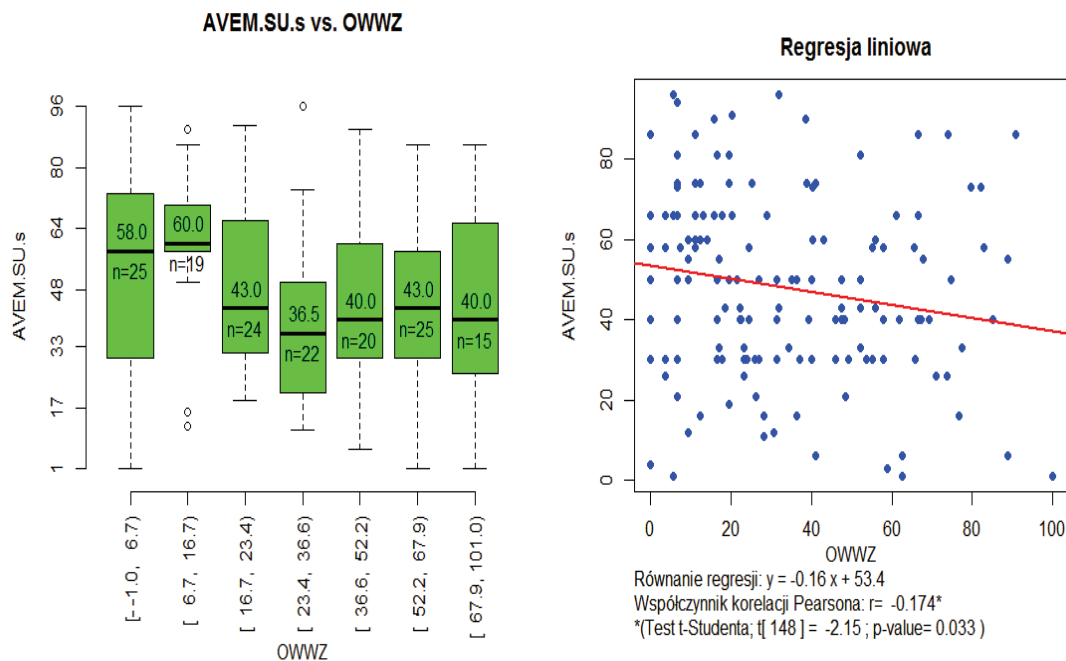


Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego nie ma związku z poczuciem sukcesu w zawodzie.



Analiza badań, pozwala wnioskować, iż ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego zależy od sfery dotyczącej zadowolenia z życia. Im mniejsze zadowolenie, tym wskaźnik wypalenia zawodowego wyższy.





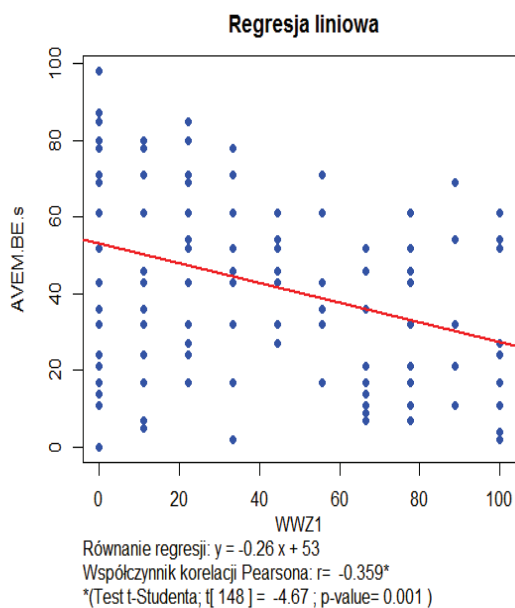
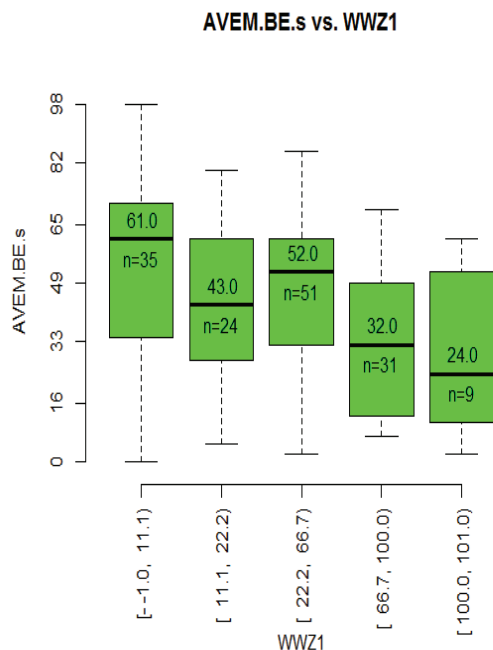
Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego jest niższy w badanej grupie im wyższe jest poczucie wsparcia społecznego.

**Podsumowując wyniki, można wnioskować, iż ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego ma związek (statystycznie istotny) z: ambicjami zawodowymi badanych, ofensywną strategią rozwiązywania problemów, poczuciem wewnętrznego spokoju i równowagi, zadowoleniem z życia oraz wsparciem społecznym.**

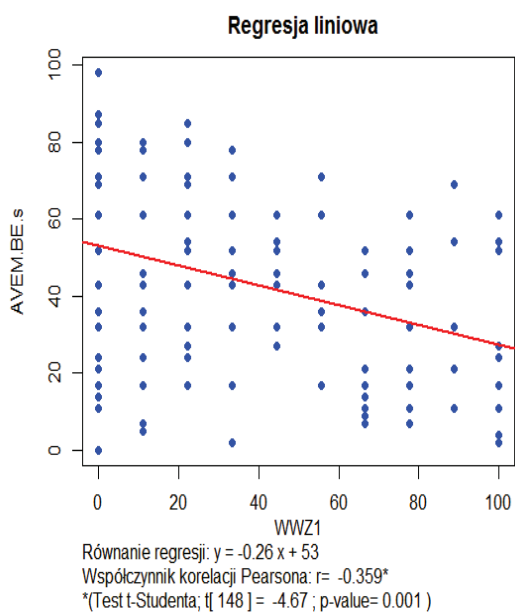
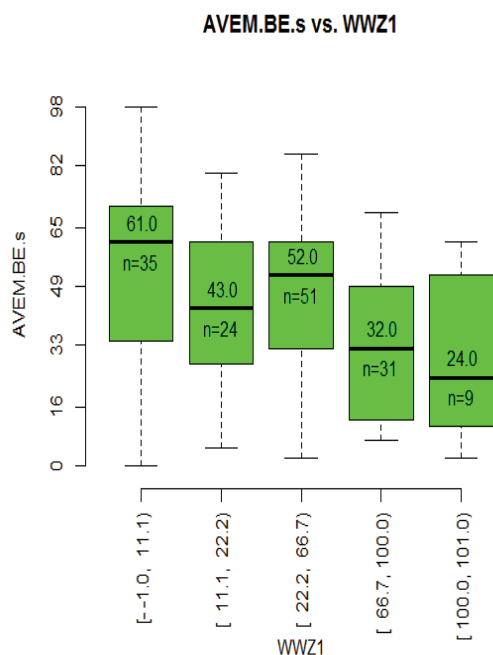
### Hipoteza 6.2

**Wyczerpanie emocjonalne ma związek ze skalami osobowości wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą**

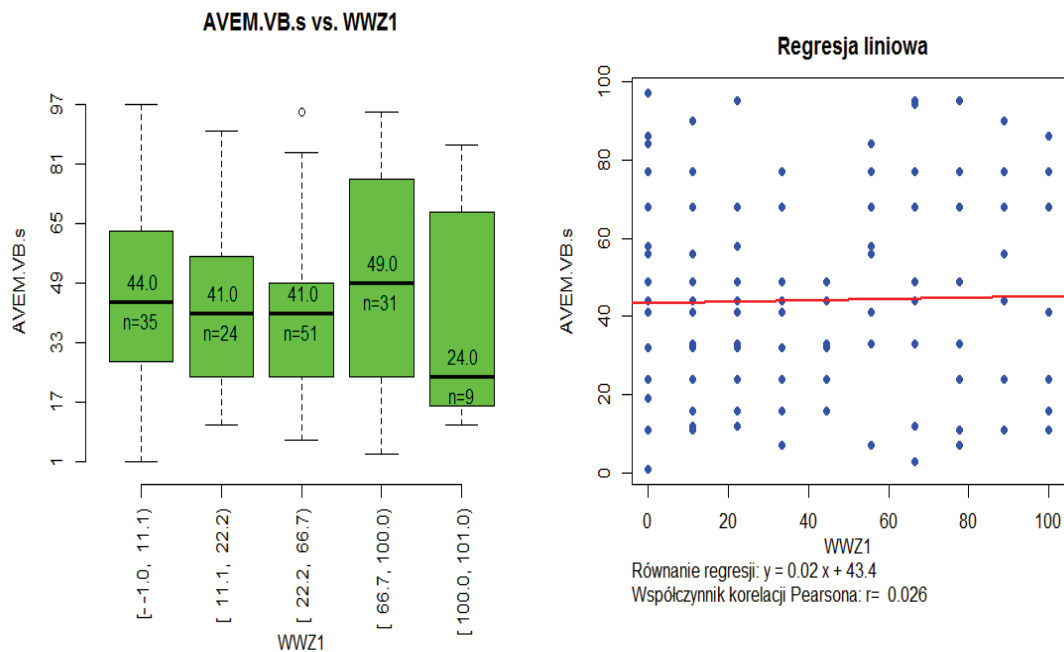
W celu weryfikacji hipotezy 6.2 sprawdzono, czy istnieją istotne zależności pomiędzy strukturą wyczerpania emocjonalnego a 11 skalami osobowości. Stwierdzono występowanie następujących zależności.



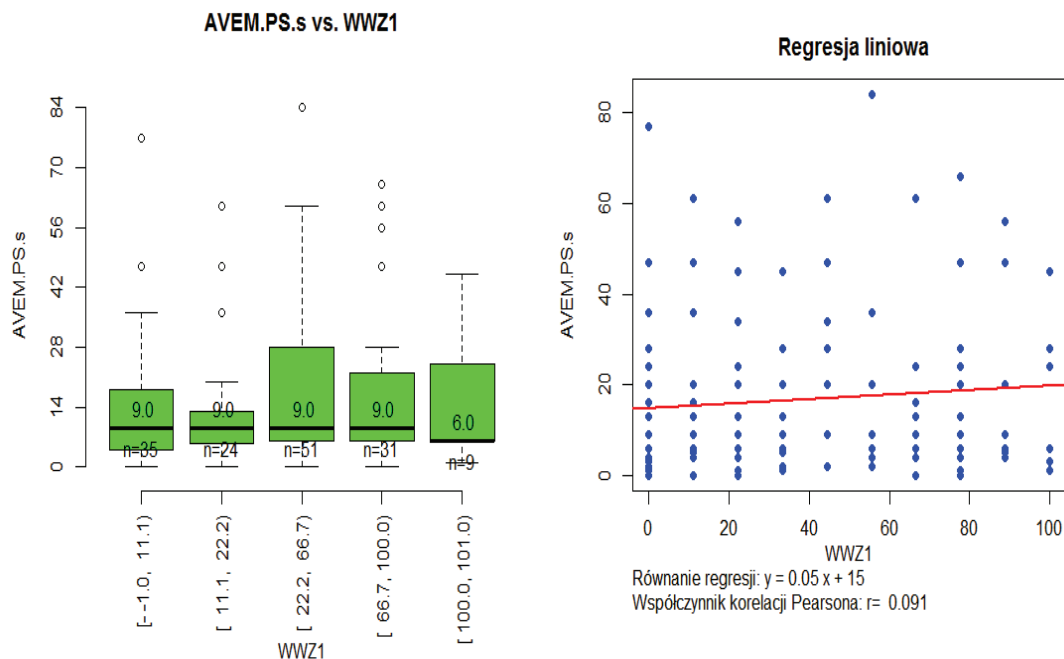
Stwierdzono, że ankietowani wysoko oceniający subiektywne znaczenie pracy osiągają niższe wyczerpanie emocjonalne pracą.



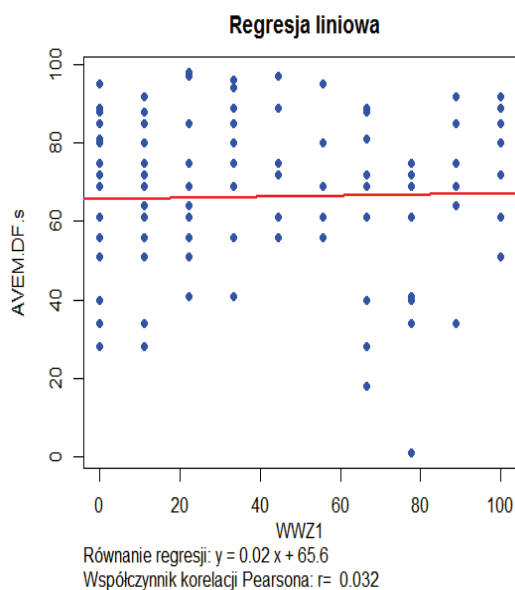
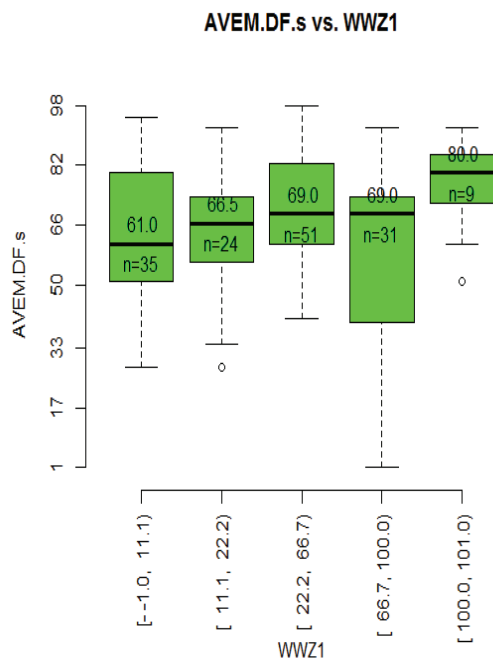
Zaobserwowano zależność, pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym a ambicjami zawodowymi. Respondenci deklarujący wysokie ambicje zawodowe, osiągnęli niższe wyczerpanie emocjonalne.



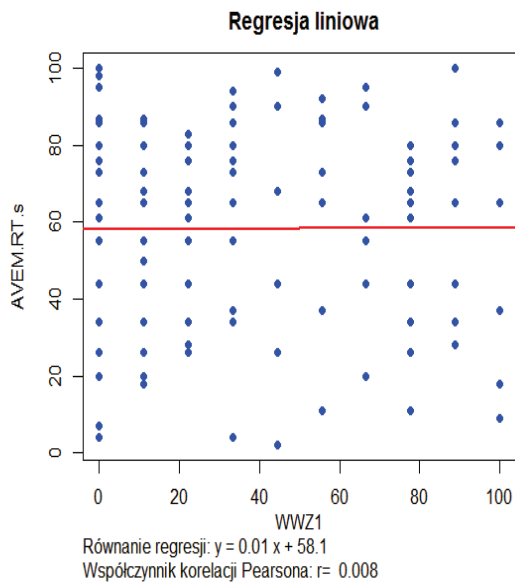
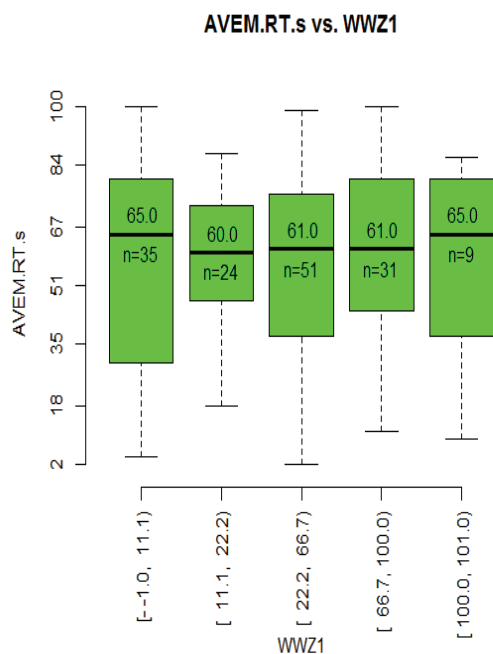
W badanej grupie lekarzy i pielęgniarek nie wykazano zależności pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym a gotowość do wydatków energetycznych – angażowanie się.



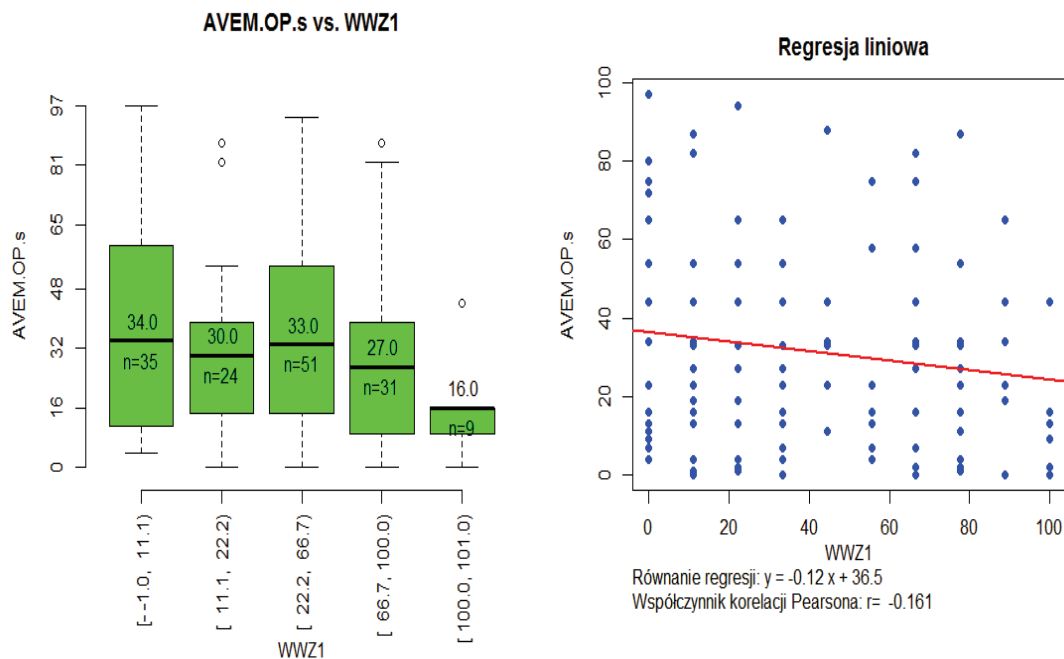
Nie wykazano związku pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym a dążeniem do perfekcji.



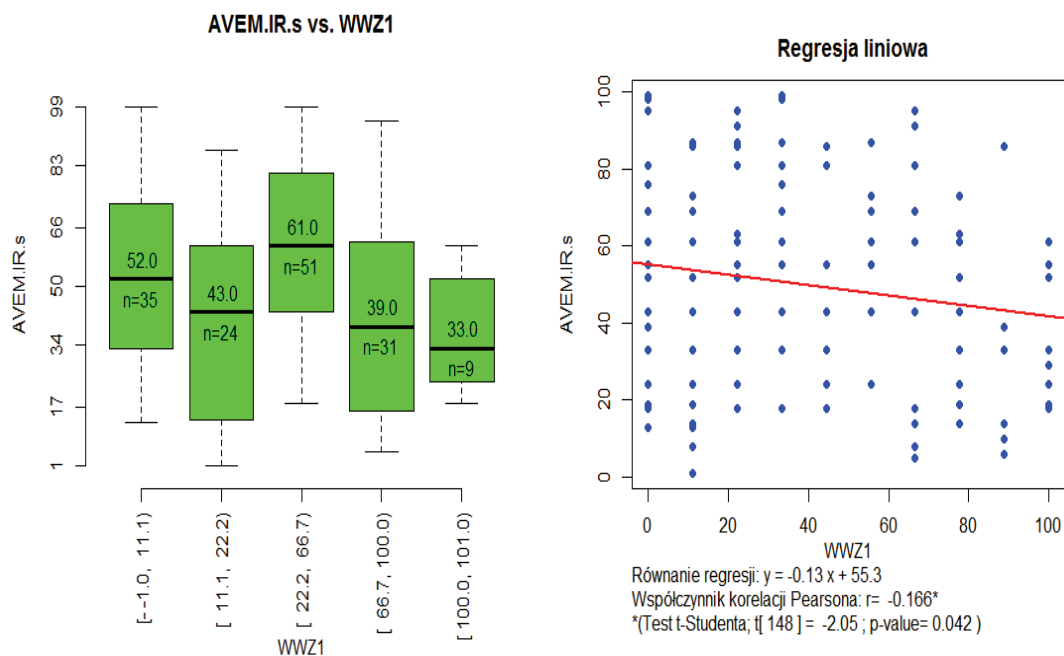
W badaniach wykazano brak związku pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym a zdolnością do dystansowania się.



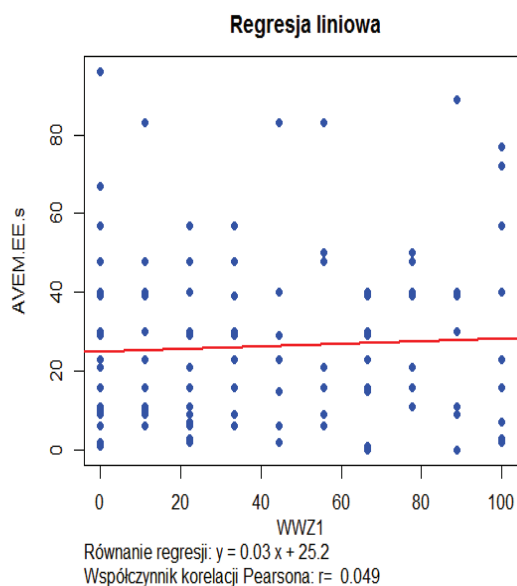
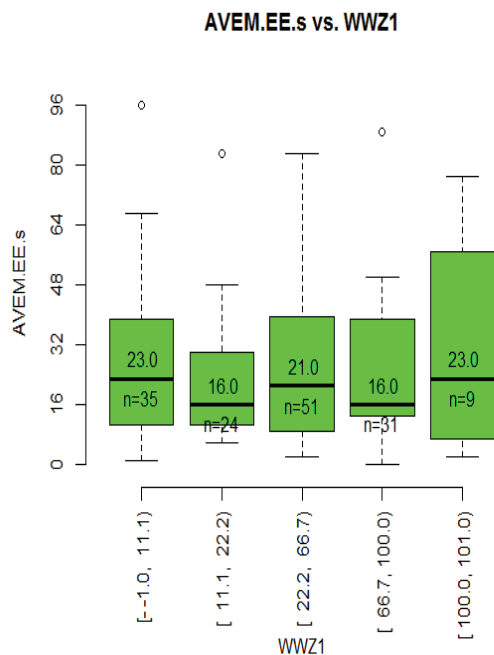
Poprzez weryfikację wyników wskazano, brak zależności pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym a tendencją do rezygnacji w sytuacji porażki.



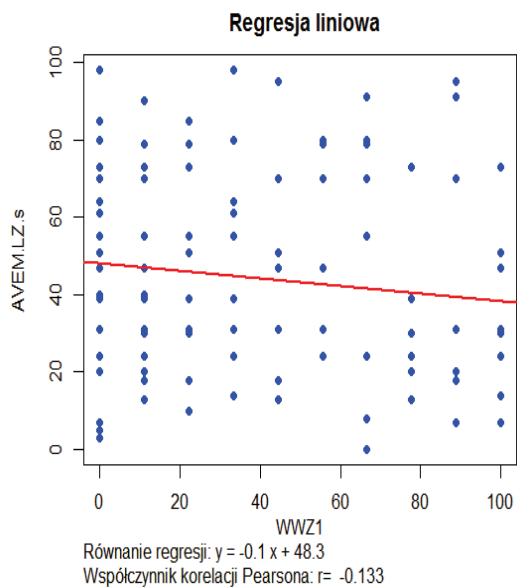
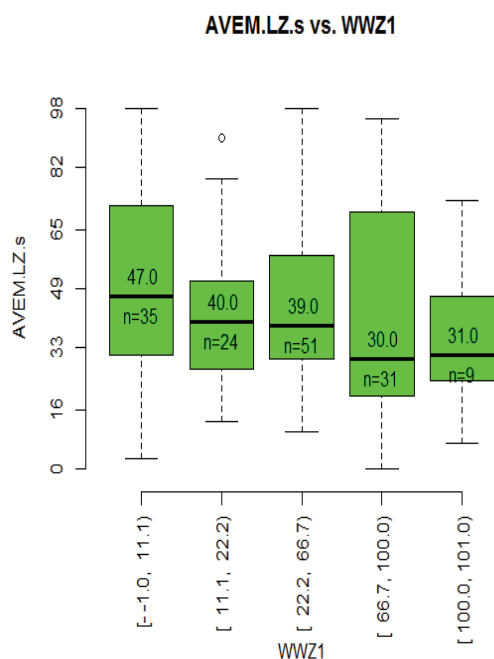
Dowodniono, że wyczerpanie emocjonalne pielęgniarek i lekarzy nie ma związku z ofensywną strategią rozwiązywania problemów.



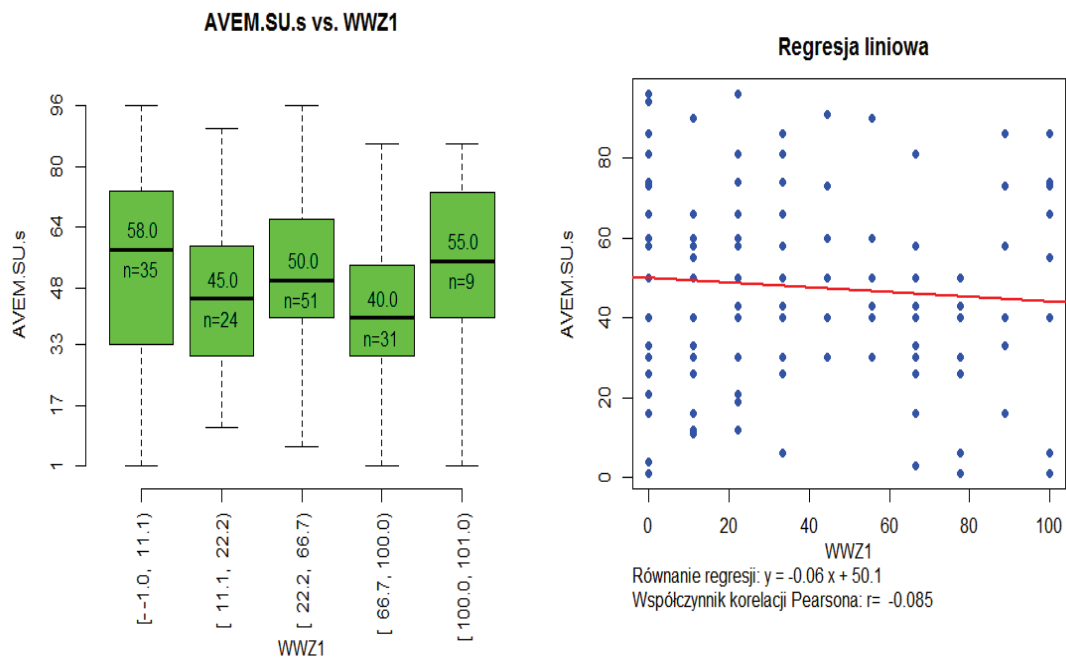
Wśród badanego personelu medycznego wykazano iż, wyczerpanie emocjonalne ma związek (statystycznie istotny) z wewnętrznym spokojem i równowagą. Wyczerpanie jest niższe u ankietowanych deklarujących wyższy poziom wewnętrznego spokoju i równowagi



Nie wykazano jakiegokolwiek związku, poczucia sukcesu w zawodzie na fakt występowania wyczerpania emocjonalnego.



Nie wykazano, również zależności pomiędzy zadowoleniem z życia a wyczerpaniem emocjonalnym.



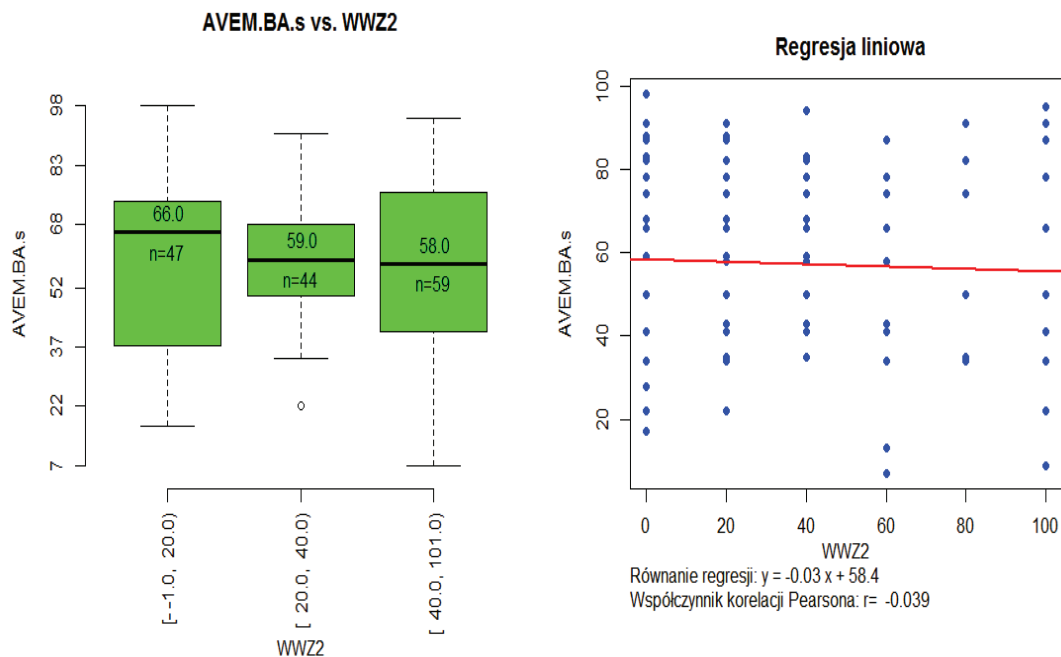
Brak jest zależności poczucia wsparcia społecznego ze strukturą wyczerpania emocjonalnego.

**Podsumowując, hipoteza 6.2, mówiąca o związku pomiędzy wyczerpaniem emocjonalnym a skalami wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą została potwierdzona jedynie częściowo. Jedynie subiektywne znaczenie pracy, ambicje zawodowe i wewnętrzny spokój i równowaga miały związek z wyczerpaniem emocjonalnym.**

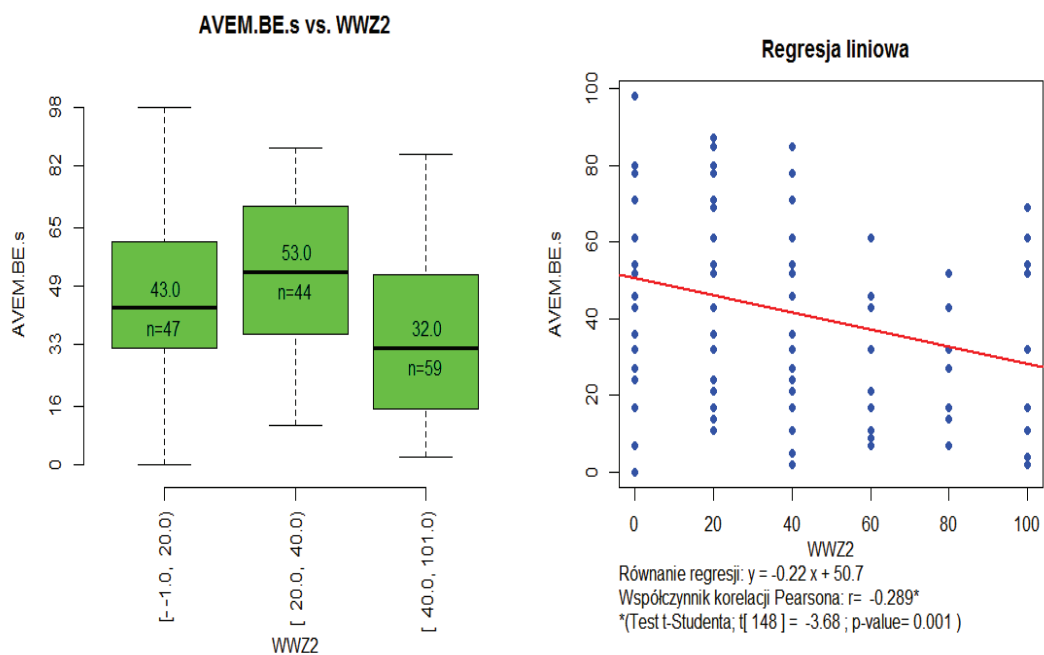
### Hipoteza 6.3

**Depersonalizacja ma związek ze skalami osobowości wzorców zachowań i przeżyć związanych z pracą.**

Poniżej przedstawiono weryfikację uzyskanych wyników.

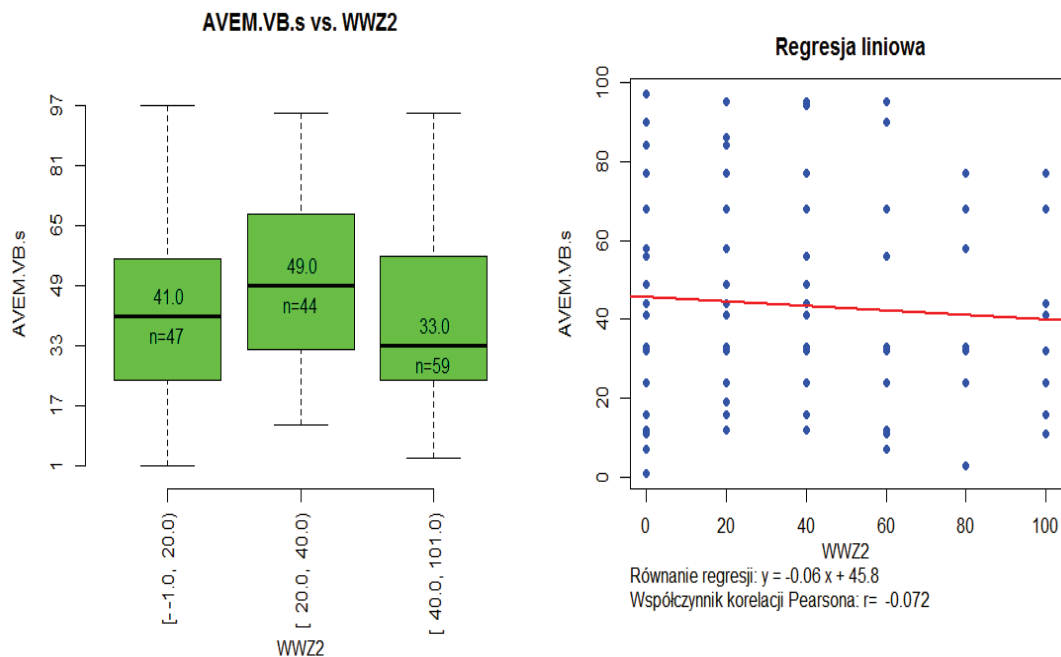


Nie wykazano zależności depersonalizacji a subiektywnego znaczenia pracy.

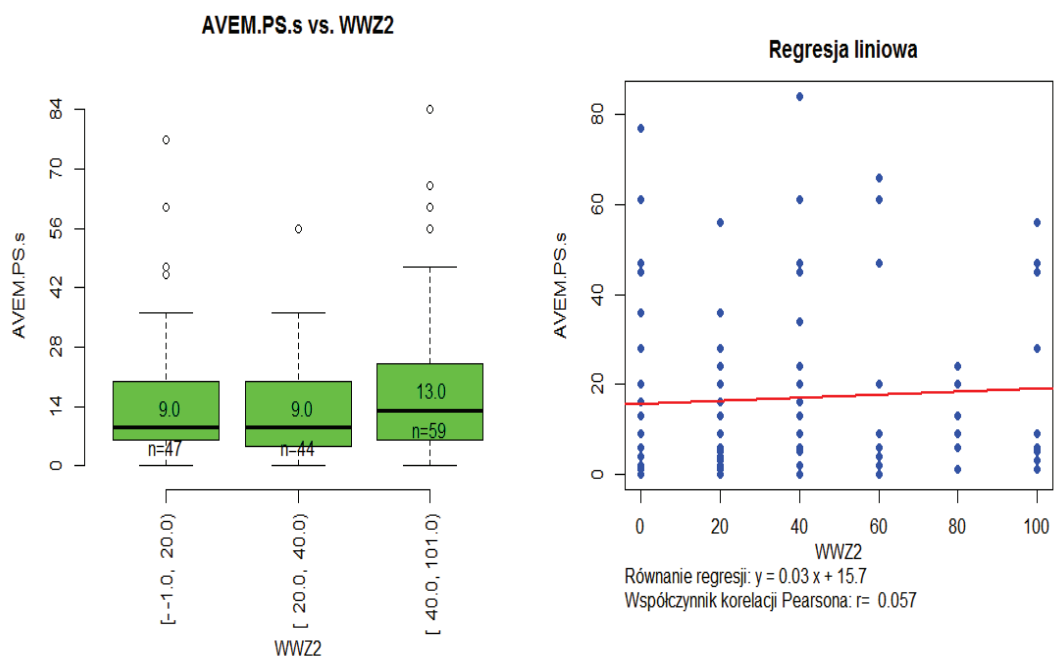


Wśród respondentów zaobserwowano związek ambicji zawodowych z depersonalizacją. Osoby o wyższych ambicjach wykazywały niższą depersonalizację.

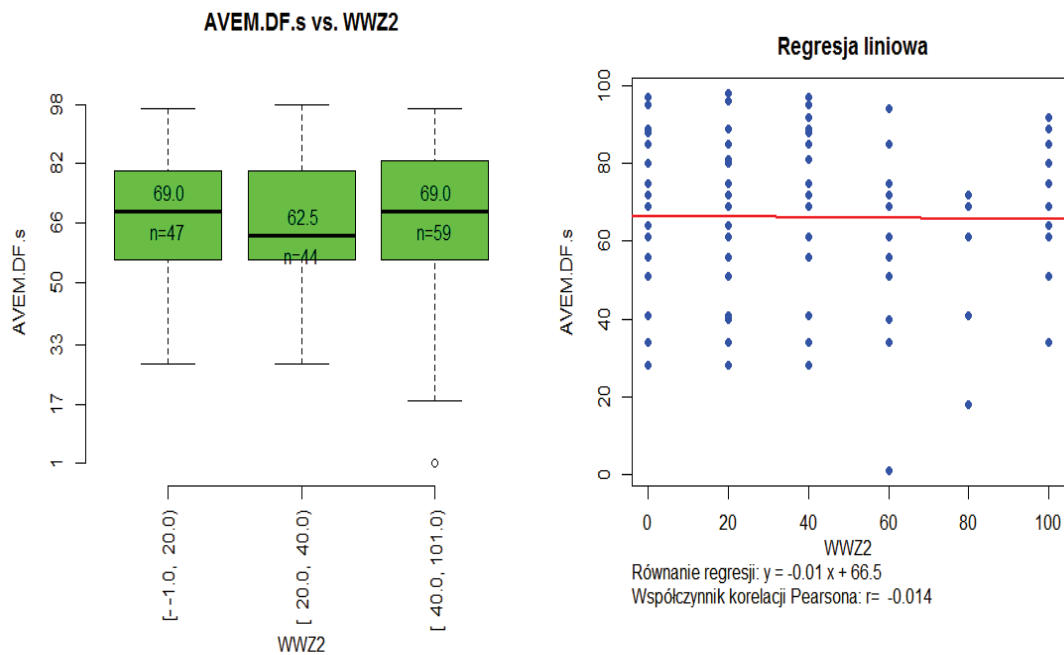




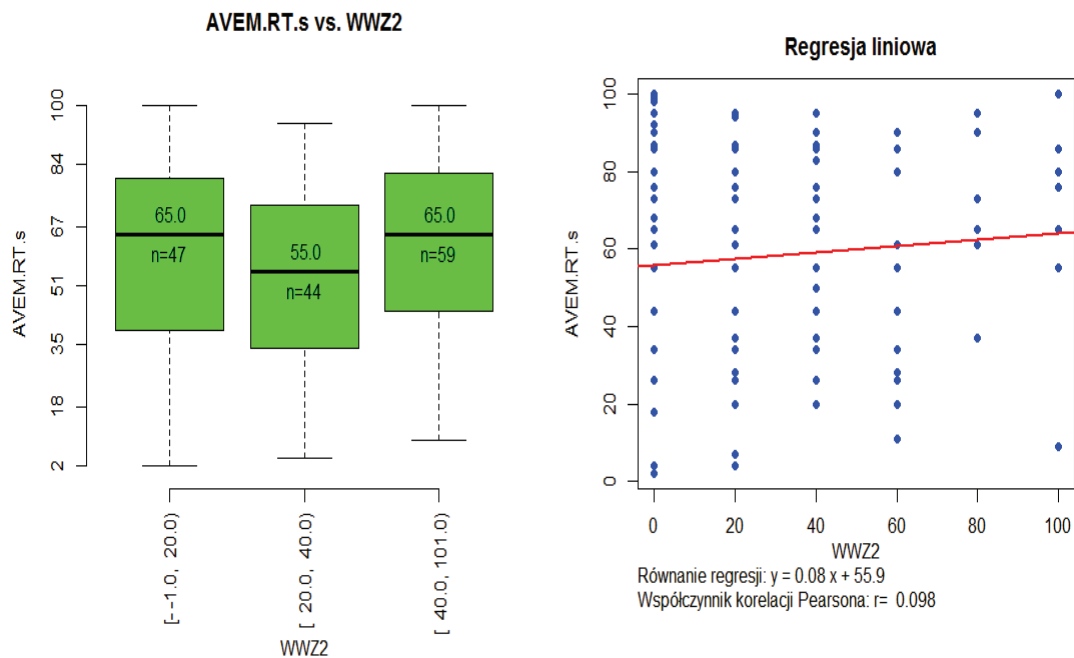
Stwierdzono brak związku gotowości do wydatków energetycznych – angażowania się z depersonalizacją.



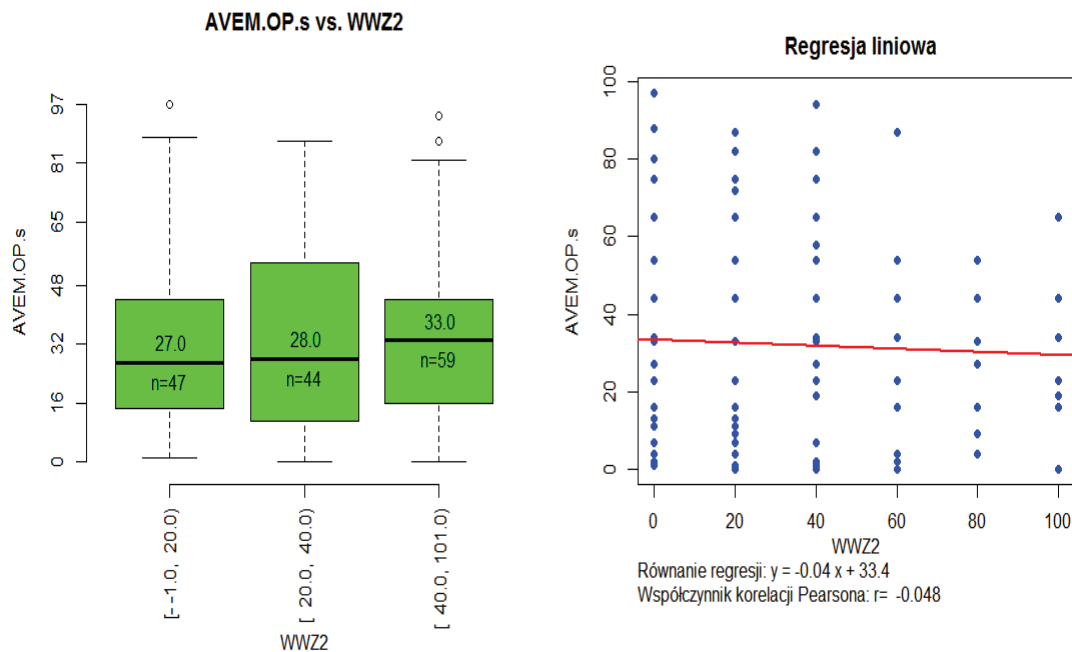
Stwierdzono brak zależności pomiędzy dążeniem do perfekcji a depersonalizacją badanych.



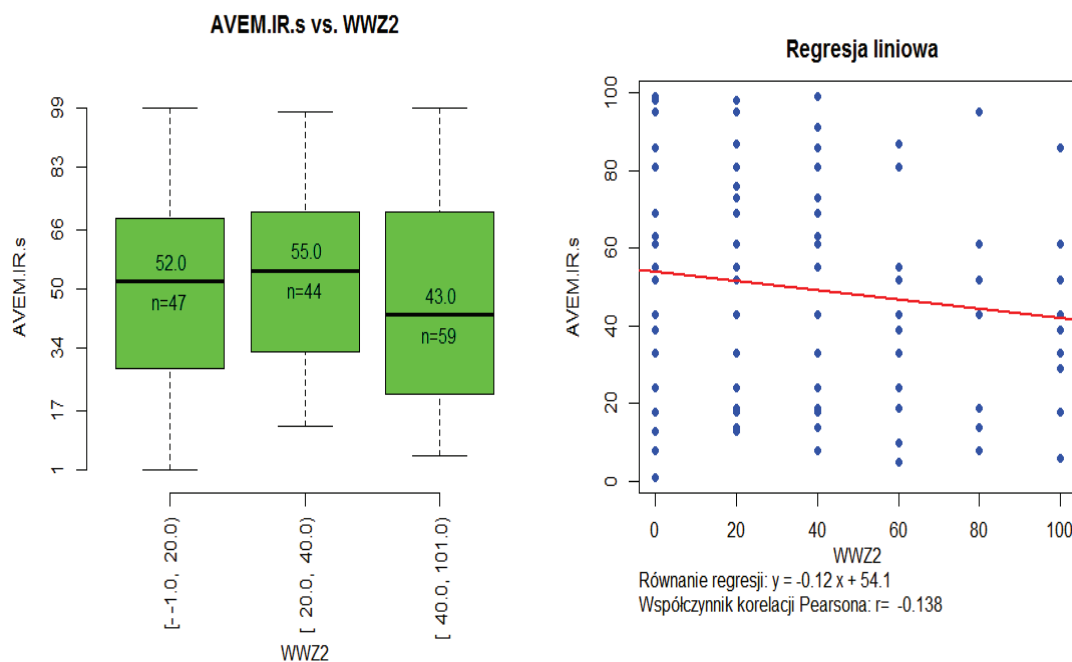
Zdolność do dystansowania się, również nie ma związku z depersonalizacją.



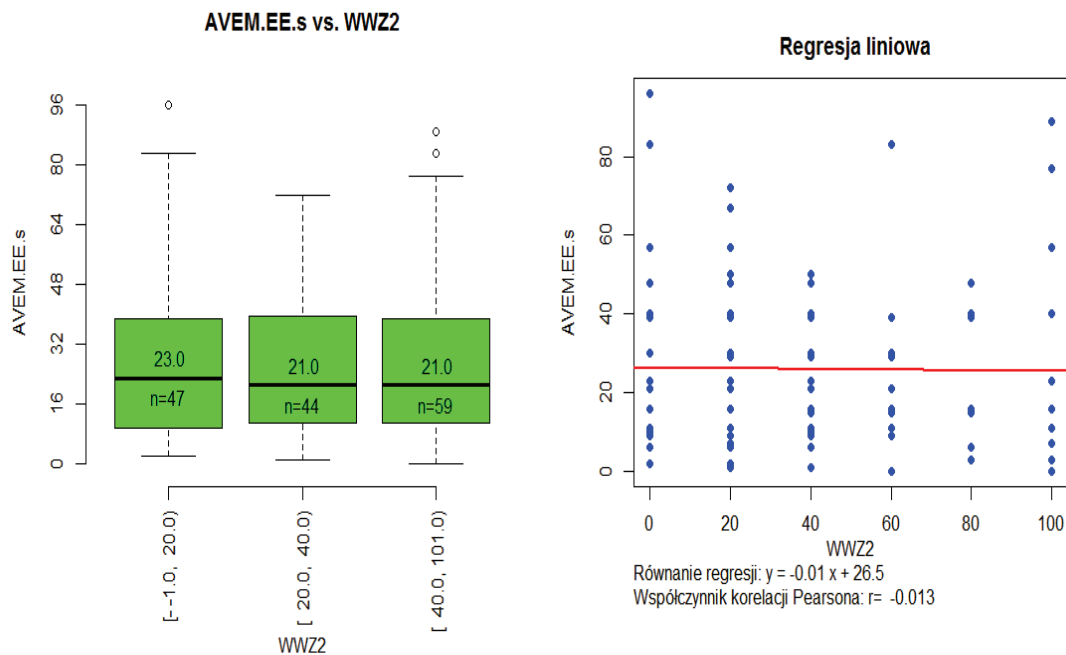
Brak jest zależności pomiędzy depersonalizacją a tendencją do rezygnacji w sytuacji porażki.



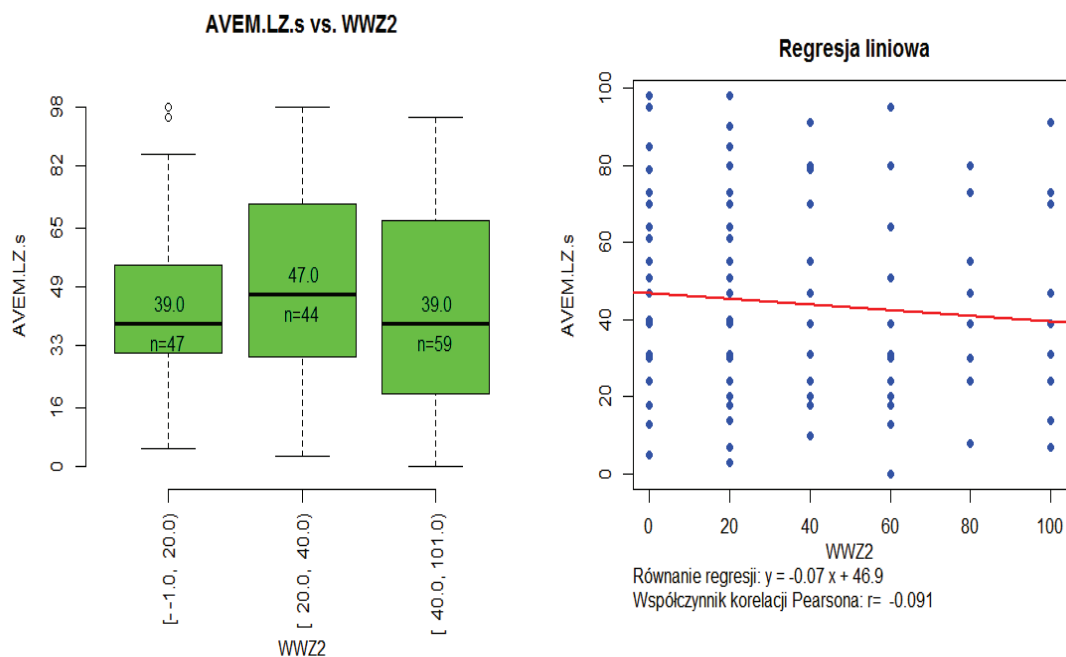
Nie stwierdzono zależności depersonalizacji z ofensywną strategią rozwiązywania problemów.



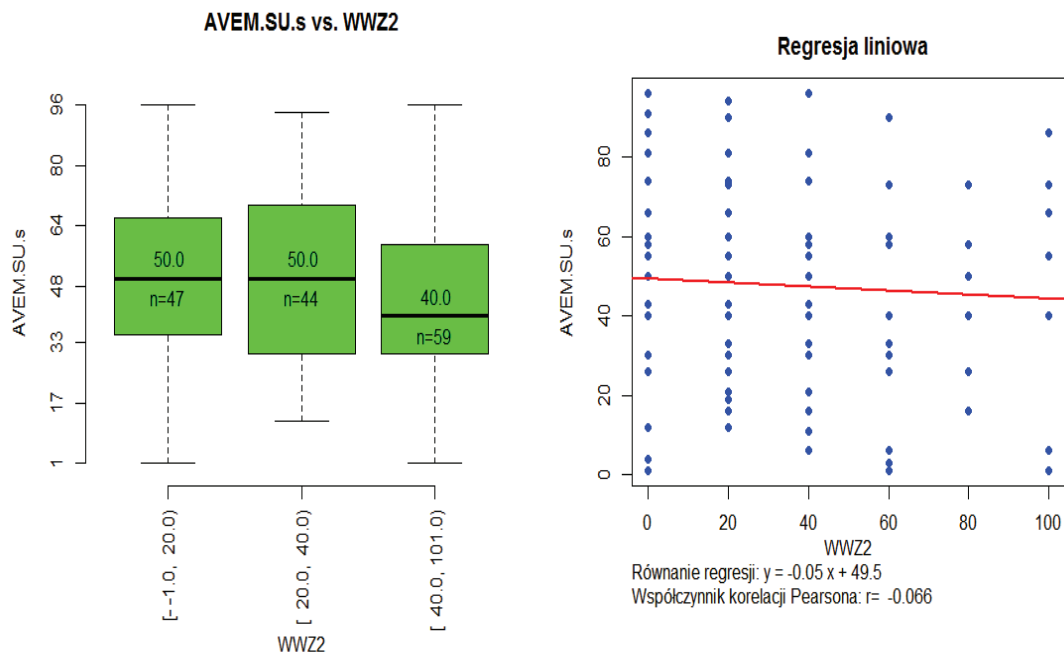
Nie stwierdzono związku depersonalizacji z wewnętrznym spokojem i równowagą.



Brak jest zależności pomiędzy depersonalizacją a poczucia sukcesu w zawodzie.



Nie stwierdzono zależności depersonalizacji z zadowoleniem z życia.



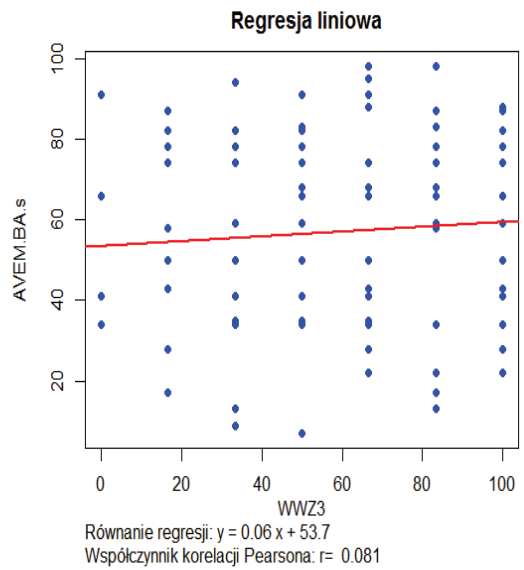
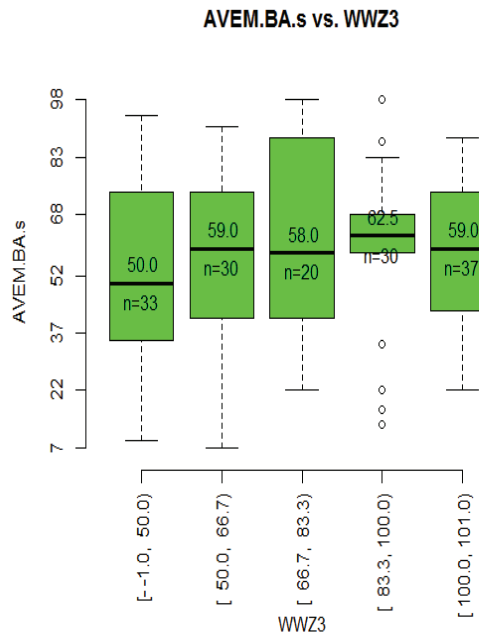
Brak jest związku między depersonalizacją a poczuciem wsparcia społecznego.

**Podsumowując, hipoteza 6.3, mówiąca o związku depersonalizacji ze skalami wzorca zachowań i przeżyć związanych z pracą została odrzucona. Zaledwie jedna skala - subiektywne znaczenie pracy miała związek z depersonalizacją.**

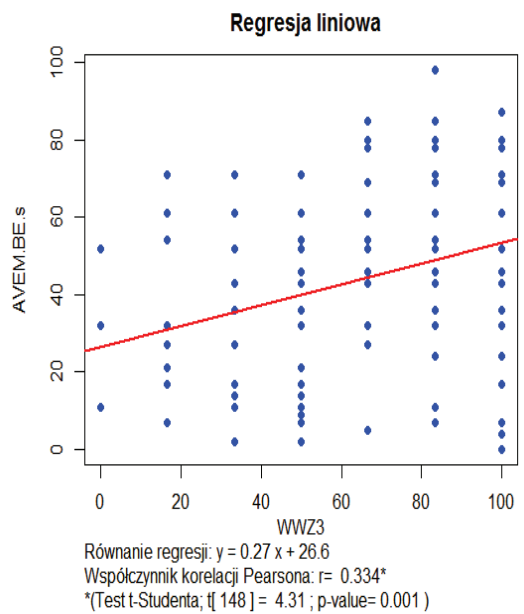
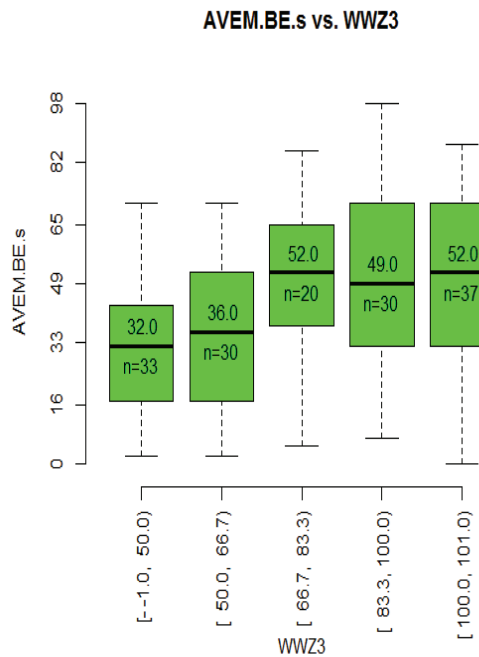
#### **Hipoteza 6.4**

**Satysfakcja zawodowa ma związek ze skalami osobowościowymi wzorców zachowań i przeżyć związanych z pracą**

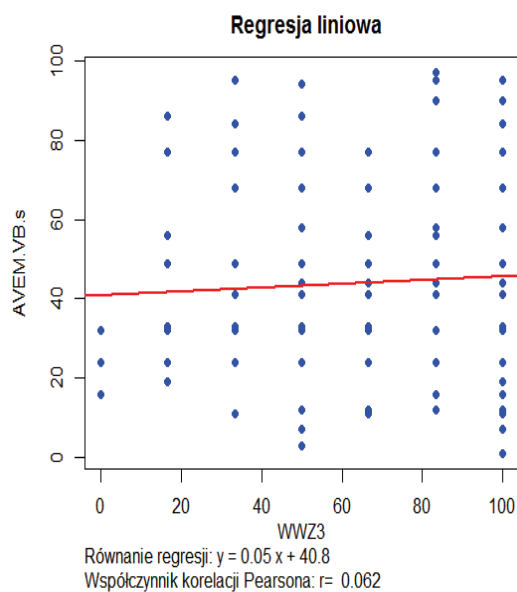
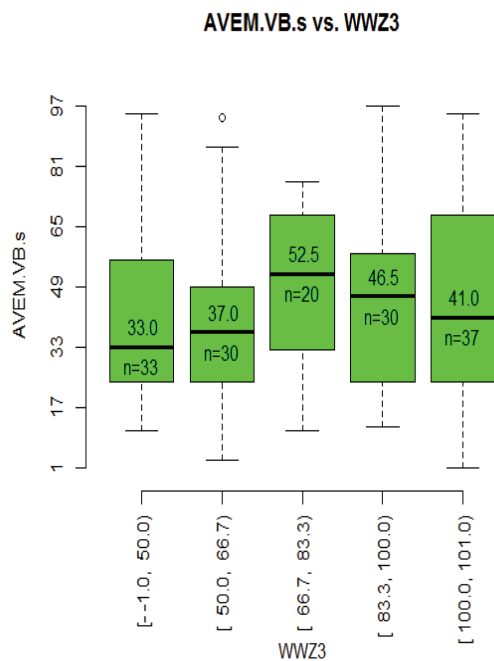
W celu weryfikacji powyższej hipotezy sprawdzono, czy istnieją istotne zależności pomiędzy satysfakcją zawodową a skalami osobowości. Zestawienie uzyskanych zależności przedstawiono poniżej.



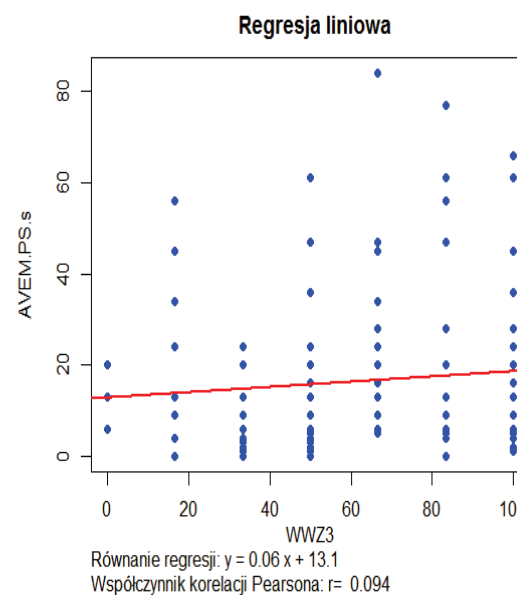
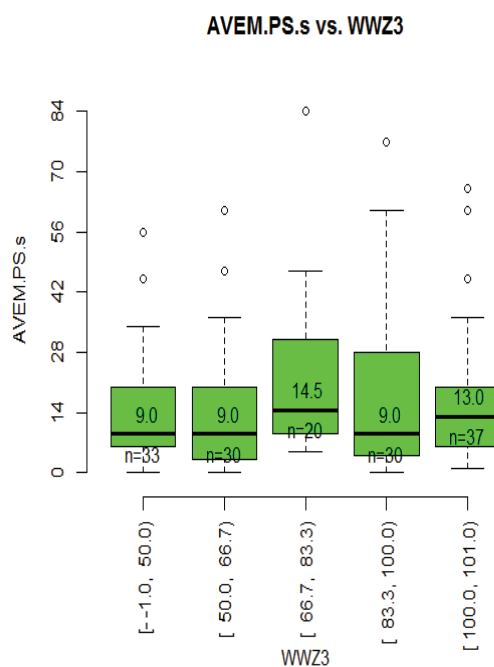
Stwierdzono brak zależności satysfakcji zawodowej z subiektywnym znaczeniem pracy.



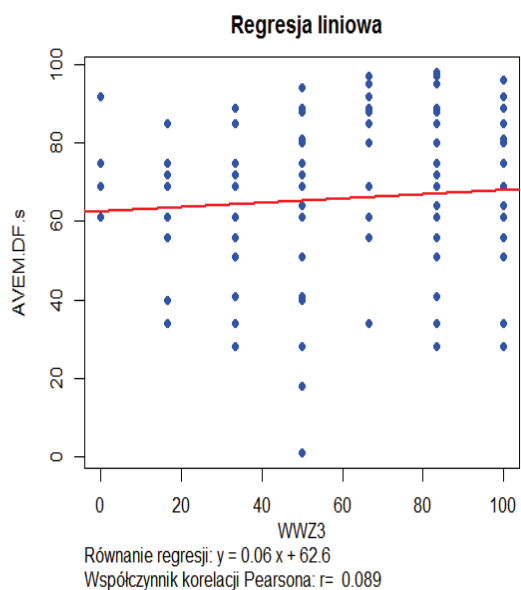
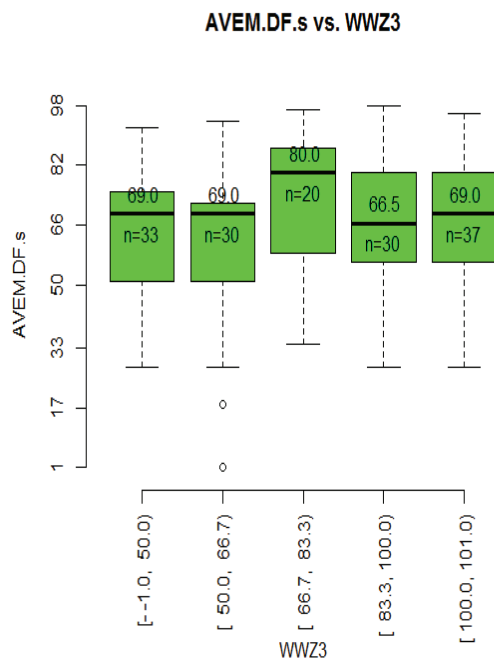
Wykazano związek pomiędzy satysfakcją zawodową a ambicjami zawodowymi. Obserwujemy, że satysfakcja zawodowa jest wyższa im wyższe są ambicje zawodowe.



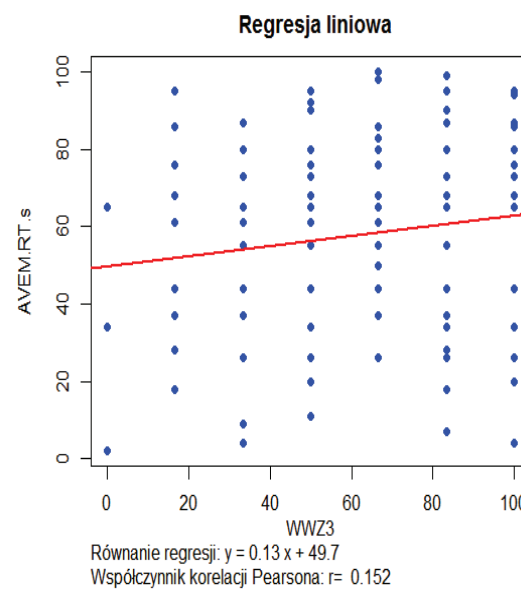
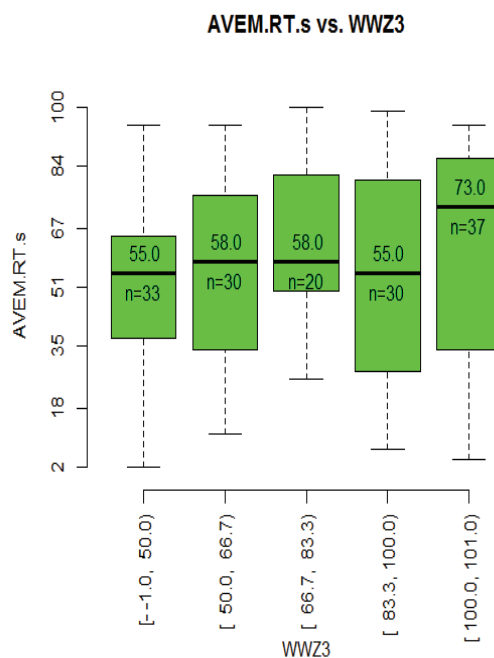
Przeprowadzając porównania, nie stwierdzono zależności satysfakcji z gotowością do wydatków energetycznych – angażowania się.



Stwierdzono brak zależności satysfakcji zawodowej z dążeniem do perfekcji.

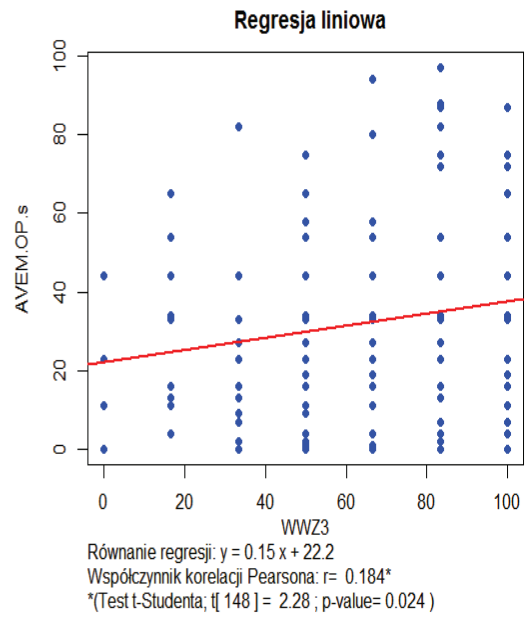
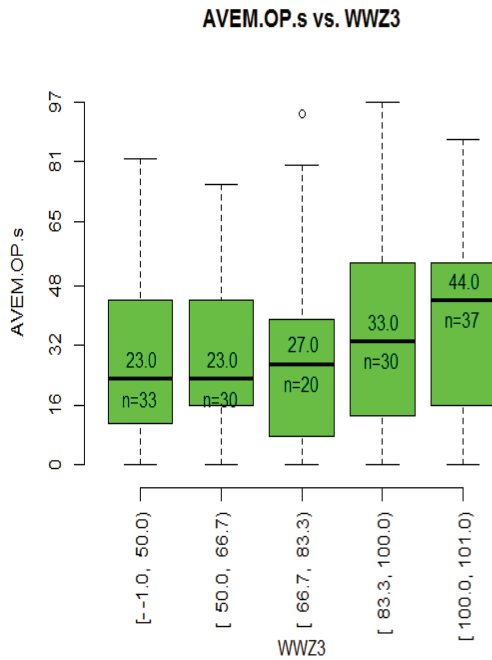


Brak jest związku satysfakcji zawodowej ze skalą osobowości - zdolność do dystansowania się.

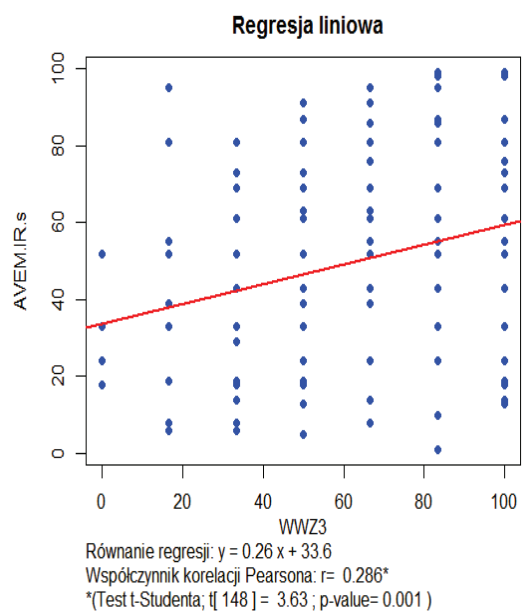
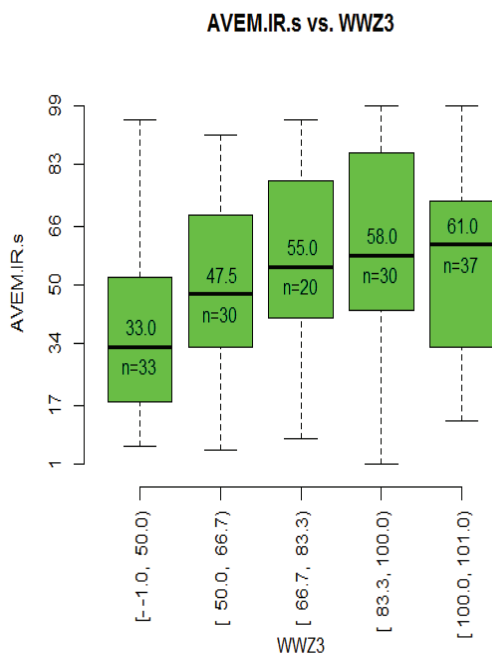


Nie stwierdzono zależności pomiędzy satysfakcją z zawodu a tendencją do rezygnacji w sytuacji porażki.

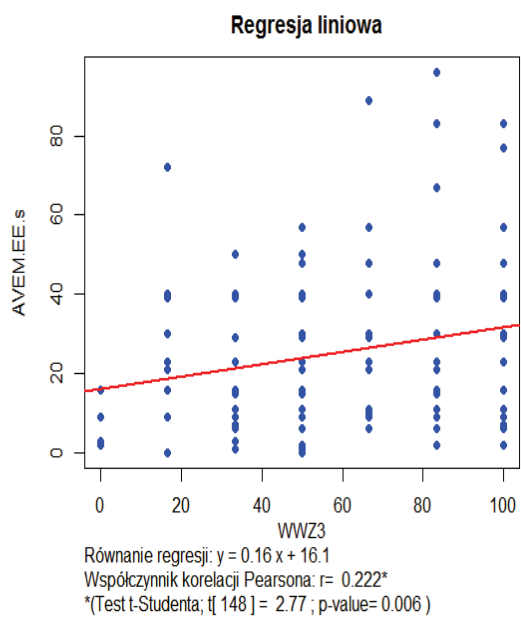
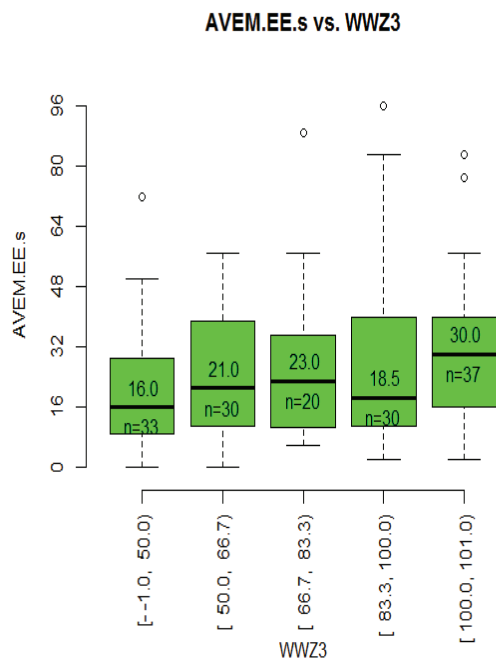




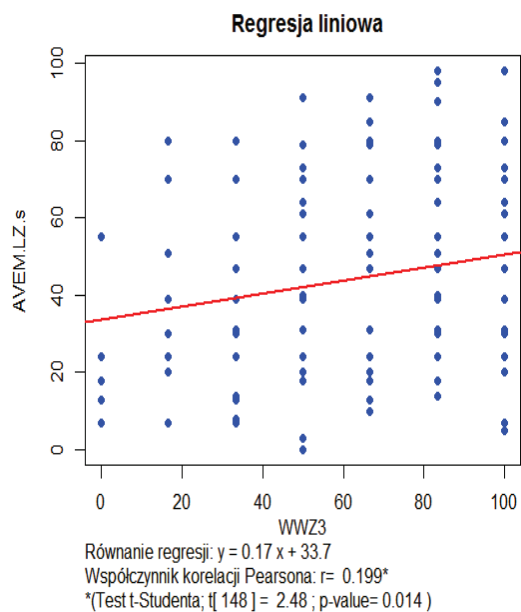
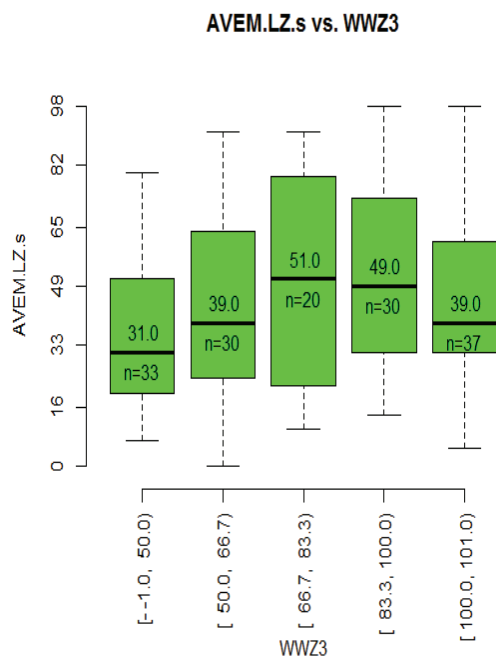
Poprzez analizę zależności, wykazano związek pomiędzy satysfakcją zawodową a strategią rozwiązywania problemów. Satysfakcja z zawodu wzrasta wraz ze wzrostem strategii rozwiązywania problemów.



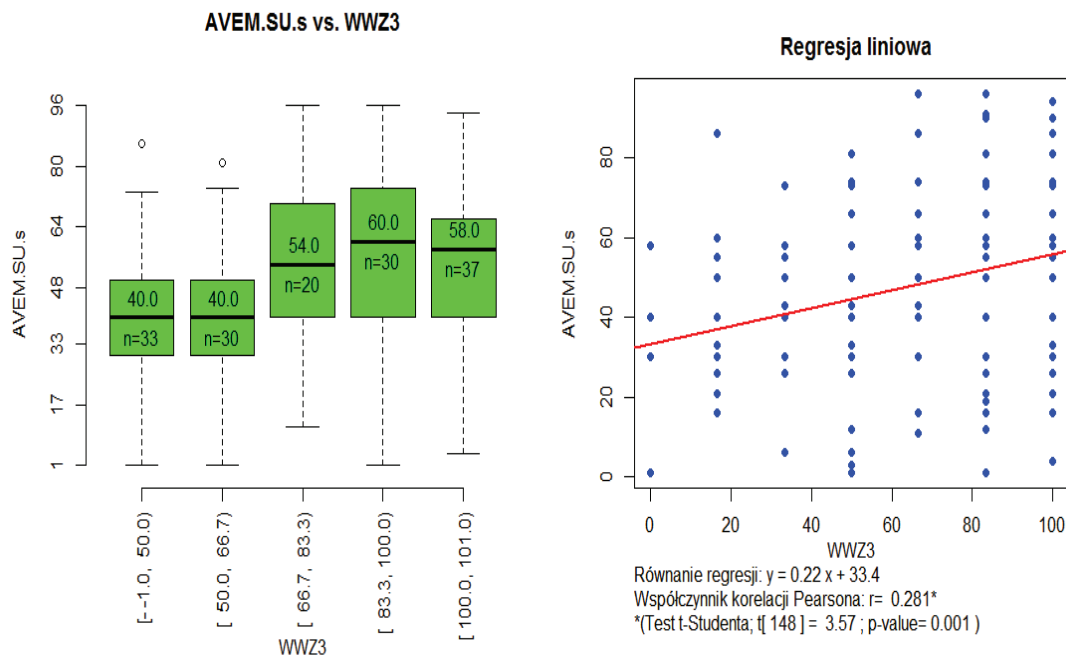
Wykazano również zależność satysfakcji z wewnętrznym spokojem i równowagą. Większa satysfakcja z zawodu im większy wewnętrzny spokój i równowaga.



Stwierdzono związek pomiędzy satysfakcją z zawodu a poczuciem sukcesu w zawodzie. Wyższa satysfakcja z zawodu im wyższe poczucie sukcesu.



Wykazano związek między satysfakcją zawodową a zadowoleniem z życia. Większa satysfakcja z zawodu im większe zadowolenie z życia.



Wykazano zależność między satysfakcją zawodową a poczuciem wsparcia społecznego. Większa satysfakcja z zawodu im większe poczucie wsparcia społecznego.

**Podsumowując, hipoteza 6.4, mówiąca o tym że istnieje związek pomiędzy satysfakcją zawodową a skalami osobowości została częściowo potwierdzona.**

## **ROZDZIAŁ 5. Omówienie wyników i podsumowanie**

Prezentację uzyskanych danych rozpoczyna porównanie średnich w skalach Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego opracowanego przez Christinę Maslach z podziałem na grupy: lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach chirurgicznych. W przeprowadzonych badaniach wykazano wyższy poziom ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego wśród lekarzy w porównaniu z pielęgniarkami. Wskaźnik wyczerpania emocjonalnego - stanu zmęczenia fizycznego i psychicznego, będącego konsekwencją poniesionych kosztów bezpośredniej relacji i konfrontacji z cierpieniem, ze śmiercią oraz z przewlekłym stresem stwierdzono również wyższy w grupie lekarzy. Pielęgniarki, mimo iż deklarowały niską ocenę swojego zawodu, poziom wyczerpania emocjonalnego miały niższy. Stwierdzono, iż grupa lekarzy częściej niż pielęgniarki, broniąc się przed negatywnymi emocjami, zmęczeniem i obciążeniem - dystansuje się, traktując pacjentów coraz bardziej przedmiotowo, przez co dochodzi do zjawiska jakim jest depersonalizacja. Na podstawie analizy wyników stwierdzono brak statystycznie istotnych różnic w poziomie satysfakcji zawodowej, która określona została na wysokim poziomie u obydwu grup.

W celu sprawdzenia zależności między wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi, charakteryzującymi grupę badanych pielęgniarek i lekarzy, a zespołem wypalenia zawodowego, porównano wyniki za pomocą współczynnika korelacji Persony we wszystkich skalach Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego dla całej badanej grupy ze względu na wybrane zmienne. Porównanie wyników w trzech głównych wymiarach wypalenia zawodowego oraz jego globalnym wskaźnikiem, w grupie badanego personelu medycznego ze zmiennymi socjodemograficznymi ujawniło kilka istotnych różnic między nimi. Na wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji, a tym samym niższą satysfakcję wśród personelu miały wpływ brak aprobaty swojej pracy, brak miłej atmosfery, brak chęci uczęszczania do pracy, a także brak współpracy z przełożonym. Wnioskować można, że zarówno lekarze jak i pielęgniarki jeśli wykonują swój zawód chętnie, dobrze czują się w swoim środowisku pracy – do pracy „nie idą, bo muszą”, ale chcą oraz nie mają zastrzeżeń, co do współpracy ze swoim bezpośrednim przełożonym – ich poziom wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji będzie zawsze na niskim poziomie, natomiast satysfakcja

z wykonywanych obowiązków będzie wzrastała. Zaskakującym wynikiem jest, że na poziom depersonalizacji ma wpływ płeć. Dane empiryczne przemawiają wyraźnie za tym, że w grupie badanych, mężczyźni doświadczają w znacząco większym stopniu wyższy poziom depersonalizacji – rozumiane jako nasilenie postaw negatywnych w stosunku do pacjenta niż kobiety. Zasadnym, wydawałoby się założenie, że występowanie i nasilenie satysfakcji zawodowej jest związane z warunkami mieszkaniowymi badanych oraz ich systemu pracy. Czy tak jest faktycznie? Dane wykazują, że badani, deklarujący swoje warunki mieszkaniowe jako podstawowe, są bardziej usatysfakcjonowani z wykonywanej pracy niż osoby mające warunki mieszkaniowe dobre czy też bardzo dobre. Omawiając system pracy, oczywistym wydaje się fakt, że praca od poniedziałku do piątku w systemie 8 –godzinnym, pozwala na zaplanowanie sobie odpoczynku w weekend, częstszy kontakt z rodziną, co daje wyższy poziom satysfakcji. Wraz ze wzrostem długości czasu pracy (system 12-godzin czy 24-godzinny) wskaźnik zadowolenia z wykonywanej pracy malał. Ciekawym zjawiskiem jest wpływ systemu pracy na ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego. Stwierdzono, na podstawie badań, że poziom zespołu wypalenia zawodowego osiąga najwyższe wartości w systemie pracy 12 godzinnej. Wydawałoby się, iż najtrudniej pracuje się w systemie 24 godzinnym, ale wśród personelu oddziałów chirurgicznych, można domniemać, że wpływ na ten stan może mieć specyfika pracy danego typu oddziału.

W zakresie zależności czynników indywidualnych wystąpiła prawidłowość, która w sposób istotny, charakteryzuje wpływ wszystkich czynników indywidualnych, z wyjątkiem odczucia zaniedbywania rozwoju zawodowego na poziom ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego oraz wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz satysfakcji zawodowej. Im silniejsza motywacja do pracy, zaangażowanie, wiara we własne możliwości czy przekonanie, że wiele zależy ode mnie, tym poziom wyczerpania, depersonalizacji i wskaźnika wypalenia są niższe, zaś poziom satysfakcji z zawodu wyższy.

Wszystkie analizowane czynniki interpersonalne miały istotny statystycznie wpływ na poziom ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego oraz poziom wyczerpania emocjonalnego. Stwierdzono podobne tendencje wzrostu wartości ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego oraz wyczerpania, gdy czynniki interpersonalne były silniej odczuwane tzn.: im większe objawy konfliktowości,

problemy ze snem, problemy z wykonywaniem pracy na czas, zdenerwowanie błahymi sprawami, częstsze bóle głowy, brzucha i kręgosłupa, większe zniechęcenie i lęk, zmęczenie, trudności z koncentracją i gwałtowniejsze zmiany nastroju. Przy próbie wyjaśnienia zależności poziomu depersonalizacji z czynnikami interpersonalnymi, zauważono jedynie brak istotnego wpływu problemu w wykonywaniu pracy na czas, na poziom depersonalizacji, rozumianej jako reakcję na innych, obniżonego poczucia dokonań osobistych czyli reakcję na samego siebie. Pozostałe czynniki interpersonalne – siła ich odczuwania, w sposób istotny wpływają na wzrost wartości obojętności, która może prowadzić do personalnej postawy wobec innych i dehumanizacji. Omawiając satysfakcję zawodową, stwierdzono związek w postaci odwrotnej zależności (ujemnej korelacji) pomiędzy ośmioma odczuciami interpersonalnymi, a poziomem satysfakcji. Im mniejszy problem z zaśnięciem, z wykonywaniem pracy na czas, zdenerwowanie nieistotnymi sprawami, zniechęcenie i lęki, przygnębienie, zmęczenie, trudności z koncentracją oraz gwałtowne zmiany nastroju odczuwane słabiej lub wcale, tym poziom satysfakcji z wykonywanego zawodu wzrastał. Jedynie konfliktowość i odczuwanie dolegliwości bólowych głowy, brzucha i kręgosłupa nie miały istotnego związku z poziomem zadowolenia z pracy.

Bardzo ważnymi predyktorami wypalenia są warunki pracy. W wynikach badań własnych wskazano, na znaczącą rolę w pojawieniu się symptomów wypalenia powodowanych czynnikami organizacyjnymi, m.in.: nadmiernym obciążeniem pracą oraz dużą liczbą zadań. Uzyskane wyniki pozwalają stwierdzić, że wśród zmiennych organizacyjnych, o wskaźniku wypalenia zawodowego wraz z jego trzema wymiarami, przesądzają nadmierne przeciążenie pracą oraz niedostosowanie środków i czasu do warunków w pracy. Im wyższa subiektywna ocena tych czynników, tym wyczerpanie emocjonalne i depersonalizacja wyższe, natomiast poziom satysfakcji z pracy niższy. Odstępstwem od tego, jest niedostosowanie czasu i środków w stosunku do zadowolenia z pracy. Zawód lekarza i pielęgniarki pracujących na oddziałach chirurgicznych ma swoje ryzyko – zaostrenie stanu zdrowia pacjenta, powikłania podczas operacji, usterki sprzętu medycznego czy też błędy w systemach komputerowych zmuszają do pozostania w pracy aż do wykonania wszystkich niezbędnych czynności.

Obok pojedynczych cech osobowości, zwrócono uwagę na zależność wypalenia zawodowego od współdziałania czynników, grupowanych w bardziej ogólnej strukturze. W tym celu podjęto badania, by określić osobowości personelu medycznego pracującego w oddziałach chirurgii z podziałem na lekarzy i pielęgniarki. Nie stwierdzono istotnych różnic w sferach osobowości pomiędzy obydwoma grupami. Wykazano zbliżone wartości w sferach zaangażowania zawodowego, odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz emocjonalnego stosunku do pracy.

Analizując obszary zachowań i przeżyć związanych z pracą za pomocą poszczególnych 11 skal stwierdzono kilka interesujących różnic między personelem lekarskim a pielęgniarskim. Dla grupy lekarzy praca zawodowa stanowi dużo większą wartość, niż dla pielęgniarek, przejawia się to m.in.: poprzez nadmierne dążenie do perfekcji. Przeżywane sytuacje porażki, częściej u lekarzy niż pielęgniarek, hamują czynną postawę wobec wyzwań. Pomimo to, wśród lekarzy stwierdzono dużo większe poczucie zadowolenia z osiągnięć w zawodzie, a niżeli u pielęgniarek. Nie stwierdzono natomiast istotnych różnic w grupach, odnośnie pozostałych siedmiu skal. Na podobnym poziomie, zarówno u lekarzy jak i pielęgniarek kształtowały się średni poziom ambicji zawodowych, skuteczne dystansowanie się od sytuacji zawodowych, w celu rozwiązywania problemów badani zastosują raczej strategie ofensywne. Zazwyczaj towarzyszy im poczucie wewnętrznej równowagi, w większości są zadowoleni z całokształtu życia z uwzględnieniem życia zawodowego oraz mają poczucie wsparcia społecznego

Większość ludzi nie wykazuje specyficznego wzorca zachowań i doświadczeń, który dałby się przyporządkować do jednego z typów wyróżnionych w kwestionariuszu AVEM. W grupie badanych, którzy posiadają zdeterminowane strategie radzenia sobie z obciążeniami psychicznymi, wystąpiły wszystkie typy zachowań, przy czym największy procent z nich to typ B – czyli wypalony, natomiast nie stwierdzono różnicy wystąpienia określonych typów pomiędzy lekarzami a pielęgniarkami. Osoby należące do tej grupy cechują się średnimi ambicjami zawodowymi, niskimi poziomami dążenia do perfekcji i angażowania się oraz trudnościami w dystansowaniu się wobec spraw zawodowych. W efekcie osoby przynależące do typu B wykazują niskie zadowolenie z osiągnięć zawodowych. Mniejszy odsetek badanych stanowi typ S – oszczędnościowy, który nie oczekuje

stałego potwierdzenia sukcesu w zawodzie, a źródłem ogólnego zadowolenia z życia mogą mieć dla niego sytuacje nie związane z pracą. Trzecim w kolejności, co do częstości występowania, jest typ G – zdrowy. Osoby reprezentujące ten wzór zachowań stawiają sobie ambitne cele realnie oceniając przy tym swoje możliwości w kontekście podejmowanych zadań. Grupę tę cechuje dość duży poziom równowagi wewnętrznej. Najmniejszy odsetek stanowi typ A – nadmiernie obciążony, który cechuje perfekcyjne nastawienie do pracy, przypisywanie jej ogromnego znaczenia przy jednoczesnym niskim wsparciu społecznym i trudnościach w dystansowaniu się wobec spraw zawodowych.

Następny krok w analizie danych - ustalono powiązania strukturalne między całkowitym wypaleniem zawodowym i jego trzema wymiarami (emocjonalnym wyczerpaniem, depersonalizacją i poczuciem satysfakcji zawodowej) a wzorcami osobowości. W wynikach całej grupy wykazano istotną statystycznie współzależność między wskaźnikiem całkowitego wypalenia, a wszystkimi trzema sferami osobowościowymi. Lekarze i pielęgniarki, z obniżonym zespołem wypalenia zawodowego, charakteryzują się wyższym zaangażowaniem zawodowym, wyższym poziomem odporności psychicznej i strategii zwalczania sytuacji problemowych oraz wyższym wskaźnikiem emocjonalnego stosunku do pracy. Analizując nasilenie zespołu wypalenia zawodowego w płaszczyznach: emocjonalnej i depersonalizacji, a sfer osobowościowych, stwierdzono brak ich istotnego wpływu, brak zależności. Natomiast stwierdzono zależności między wymiarem satysfakcji zawodowej, a sferami osobowości. Tę współzależność interpretowano w ten sposób, iż zadowolenie z pracy łączy się i jest tym wyższe, im niższe zaangażowanie zawodowe, odporność psychiczna oraz niższy emocjonalny stosunek do wykonywanej pracy.

Ze względu na brak istotnych zależności wypalenia zawodowego i jego trzech płaszczyzn ze sferami osobowości, podjęto próbę analizy poszczególnych aspektów przeżyć i zachowań w pracy badanych. Poprzez analizę współzależności pomiędzy wypaleniem zawodowym i trzema wymiarami wypalenia zawodowego, a skalami osobowości wskazano, że najsilniejsze związki zachodzą między ogólnym wskaźnikiem wypalenia zawodowego, wyczerpaniem emocjonalnym, depersonalizacją oraz odwrotna zależność satysfakcji zawodowej z ambicjami zawodowymi. Im niższe ambicje zawodowe wśród badanych, tym wskaźnik



wypalenia oraz poziom wyczerpania emocjonalnego oraz depersonalizacji wyższe. Odwrotnie sytuacja kształtuje się z poziomem satysfakcji z zawodu, im ambicje wyższe tym i zadowolenie z pracy większe. Emocjonalne wyczerpanie - kluczowy aspekt wypalenia charakteryzował się niską subiektywną oceną pracy i niskim wewnętrznym spokojem i równowagą, co wpływało silnie na wysoki poziom emocjonalnego wyczerpania. Wyniki badań pozwalają określić jedynie jedną zależność pomiędzy poziomem depersonalizacji a wzorcami osobowości. Przeciętne ambicje zawodowe spośród wszystkich badanych sfer i skal osobowości istotnie wpłynęły na depersonalizację, a dokładnie na jej wyższy poziom. Analizując ostatnią ze struktur procesu wypalenia zawodowego – satysfakcję zawodową wysunięto następujące wnioski. Na wyższy poziom satysfakcji z zawodu, wśród personelu medycznego pracującego na oddziałach chirurgicznych, miały wyższe ambicje zawodowe, poczucie sukcesu w zawodzie, odpowiednio wysoki poziom równowagi wewnętrznej, zadowolenie z życia, ofensywne podejmowanie rozwiązywania problemów oraz wysokie poczucie wsparcia społecznego. Nie zaobserwowano istotnego statystycznie wpływu pozostałych skal na zadowolenie z pracy. Podkreślić należy, iż wszystkie trzy sfery osobowości i zachowań związanych z pracą w sposób istotny wpływają na poziom usatysfakcjonowania z pracy. Badani w większości charakteryzowali się wyższym zaangażowaniem w pracę, większą odpornością psychiczną i wysokim emocjonalnym stosunkiem do pracy, przez co ich satysfakcja z zawodu również klasyfikowała się na wysokim poziomie.

## **ROZDZIAŁ 6. Dyskusja i wnioski**

### **6.1. Dyskusja**

Zespół wypalenia zawodowego dotyczący przede wszystkim osób zatrudnionych w zawodach wymagających emocjonalnego i bliskiego kontaktu z drugim człowiekiem, opisywany jest w literaturze medycznej od ponad dwudziestu lat. Zmiany takie jak rosnące wymagania oraz zwiększające się tempo pracy sprawiają, że pracownicy coraz częściej są narażeni na stres zawodowy, a co za tym idzie również wypalenie zawodowe. Badania dowodzą, iż wypalenie zawodowe występuje na większą skalę w grupie pielęgniarek, w porównaniu z innymi grupami zawodowymi (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Schaufeli, Greenglass, 2001; Leiter, Harvie, 1996). Potwierdzają to między innymi obserwacje Olleya prowadzone w grupie pielęgniarek, lekarzy, farmaceutów, pracowników socjalnych oraz pomocy pielęgniarskich (Olley, 2003). Spostrzeżenia powyższe znalazły również potwierdzenie w badaniach Ramuszewicz i wsp., gdzie 1/3 respondentek - pielęgniarek określiła siebie jako wypalone zawodowo (Ramuszewicz, Krajewska - Kułak, Rolka, Łukaszuk, 2004-2005). Badania własne natomiast nie potwierdzają powyższych danych i wskazują na istotnie wyższy poziom wypalenia wśród personelu medycznego. Na podstawie subiektywnej samooceny personelu medycznego, aż 69,17% ogółu badanej populacji określiła siebie jako wypalonych zawodowo, zaś wyższy ogólny wskaźnik wypalenia oraz poziomy jego wszystkich trzech sfer wykazano, inaczej niż w omawianych wynikach badań, w grupie lekarzy, a nie w grupie pielęgniarek.

W znacznej części badań nie stwierdza się żadnych istotnych związków między zmiennymi demograficznymi a wskaźnikami wypalenia (Pokorski, Ogińska, Pokorska, Hasselhorn, 2005). Bardziej szczegółowa analiza literatury przedmiotu, pozwoliła jednak odnotować jednostkowy wpływ niektórych z tych czynników na pojawienie się symptomów wypalenia zawodowego.

Według Christiny Maslach cechy osobowościowe oraz demograficzne są przyczynami drugoplanowymi pojawienia się syndromu wypalenia zawodowego, natomiast najbardziej niebezpiecznymi jej zdaniem są te, które są związane bezpośrednio ze środowiskiem pracy tj.: czynniki fizyczne oraz psychospołeczne środowiska zawodowego (Toscano, Ponterdolph, 1998).

Dotychczasowe doniesienia dowodzą, iż u osób młodszych nieco częściej obserwowano wyższe wskaźniki wypalenia zawodowego, co nie pokrywa się z wynikami własnymi, a co może mieć związek bądź z bolesną konfrontacją marzeń i oczekiwań z rzeczywistością, bądź z brakiem doświadczenia zawodowego. Nie da się wykluczyć, że wypaleni zawodowo pracownicy po prostu wcześniej porzucają zawód, zaś w grupie osób starszych pozostają ci, którzy po prostu potrafili wykształcić u siebie odpowiednie mechanizmy adaptacyjne.

Częściowo sprzeczne są również wyniki badań, co do związku wypalenia z płcią (Hallsten, Josephson, Torgen, 2005; Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001; Schaufeli, Greenglass, 2001). W ich większości, to kobiety uzyskują wyższe wyniki w skali emocjonalnego wyczerpania, a mężczyźni w skali depersonalizacji. Przeciwnieństwem są wyniki przeprowadzonych badań własnych, gdzie wyższy poziom ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego stwierdzono w grupie mężczyzn oraz potwierdzono jedynie związek płci z obszarem depersonalizacji. Mężczyźni stanowili statystycznie większą grupę, niż kobiety, która dystansuje się i traktuje pacjentów bardziej przedmiotowo.

Niektóre analizy dowodzą, iż osoby samotne (panna/kawaler) mają wyższe wskaźniki wypalenia zawodowego niż żyjące w związkach. W przeprowadzonych badaniach własnych jednak nie zaobserwowano takich zależności.

Również nieco wyższy poziom wypalenia zawodowego obserwuje się często u osób z wyższym wykształceniem (Hallsten, Josephson, Torgen, 2005), co także nie potwierdza wyników własnych. W badaniach własnych wykształcenie nie wpływało istotnie ani na ogólny poziom wypalenia zawodowego, ani na poziomy jego trzech obszarów. Przypuszczać można, że osoby lepiej wykształcone, mają większe oczekiwania i zajmują stanowiska wiążące się z większą odpowiedzialnością, jednak nie jest to czynnik predysponujący (Hallsten, Josephson, Torgen, 2005).

Badania własne potwierdzają, udowodniony w literaturze, negatywny wpływ pracy zmianowej, który okazuje się dużym obciążeniem powodującym obniżenie jakości życia osobistego i zawodowego (Pokorski, Ogińska, Pokorska, Hasselhorn, 2005; Perek, Kózka, Twarduś, 2007). Między innymi badania Hoffman i Scotta wykazały, iż nieregularny czas pracy, a przede wszystkim 12 -godzinny system jest czynnikiem predysponującym do rozwoju tego syndromu, a nawet określony został

jako czynnik stresogenny (Kishi, Kitahara, Masuchi, Kasai, 2002), co potwierdzają wyniki badań własnych oraz wyniki innych badaczy m.in. Noworola (Brooks, Anderson, 2004).

Omawiając współzależność zespołu wypalenia zawodowego i czynników indywidualnych, interpersonalnych i organizacyjnych uzyskano potwierdzenie wyników własnych w badaniach prowadzonych m.in. przez Duquette i WSP (1994). Potwierdzają one, że konflikt roli, presja czasu, brak satysfakcji z pracy oraz zbyt silne zaangażowanie emocjonalne są skorelowane z wypaleniem zawodowym (Duquette, Sandhu, Beaudet, 1994). Do podobnych wniosków doprowadziły również badawcze poszukiwania Kristensena i wsp. (Kristensen, Borritz, Villadsen, Christensen, 2005) oraz Hasselhorn z współpracownikami (Hasselhorn, Tackenberg, Peter, 2004). Silne zaangażowanie emocjonalne wskazuje też często na przyczynę wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek, sprawujących opiekę w instytucjach medycznych Północnej Karoliny. Szwedzkie badania potwierdzają, iż owy zespół wypalenia zawodowego związany jest z wyczerpaniem emocjonalnym, cynizmem oraz niską wydajnością (Meltzer, Missak Huckabay, 2004). Warto przytoczyć, iż już Maslach i Jackson w swoich badaniach dowiodły, na co również wskazują wyniki własne, iż poziom wypalenia rośnie wraz z liczbą przypadających zadań i obowiązków, ponieważ zwiększa się przez to subiektywnie odczuwane wyczerpanie emocjonalne. Brak możliwości kontrolowania otoczenia, brak wpływu na proces leczenia, pielęgnacji, spadek możliwości decydowania sprzyjają wypaleniu zawodowemu. Im bardziej wyidealizowane przekonanie o sposobie wykonywania roli pielęgniarki czy lekarza, tym większe jego ryzyko (Grzywna, Cieślik, 2003; Hoffman, Scott, 2003; Noworol, 1998; Maslach, Jackson, 1985). Przeprowadzone przez Płotkę i wsp. (1998) badania wśród pielęgniarek wykazały, że do najbardziej obciążających i stresujących zadań należały m.in.: małe zadowolenie z wyników pracy, ograniczone możliwości pomagania chorym oraz niskie wynagrodzenie. Siemińska i Dawid (1997) na podstawie przeprowadzonych wśród lekarzy badań stwierdzili, że do czynników stresujących w ich pracy należały: problemy w diagnozowaniu, śmierć pacjenta oraz ciężkie stany leczonych osób. Ponadto, z literatury przedmiotu wynika, że na owo wypalenie zawodowe w większym stopniu są podatne osoby o mniejszej odporności psychicznej (Hallsten, Josephson, Torgen, 2005), niskim poczuciu własnej wartości (Siemińska, Dawid, 1997) oraz

niższym poziomie subiektywnej oceny swojej pracy. Na to wskazują badania własne, gdzie pielęgniarki uzyskały statystycznie niższe niż lekarze wymienione wyżej czynniki. Duńska badaczka M. Borritz (2006) dowodzi, iż na pojawienie się symptomów wypalenia zawodowego największy wpływ wywierają: zbyt duże obciążenie pracą, wymagania emocjonalne, konflikty roli oraz brak lub niewielka możliwość rozwoju zawodowego, co odzwierciedlają również wyniki badań własnych. Gorsza strategia rozwiązywania problemów - konfliktów w pracy, brak wewnętrznego spokoju oraz niskie poczucie sukcesu w zawodzie, istotnie wpływały na występowanie zespołu wypalenia zawodowego (Demeronti, Bakker, Nachreiner i wsp., 2000). Badania Sęk wykazały, iż dużą rolę w rozwoju syndromu odgrywają czynniki wynikające ze specyfiki pracy, obciążenia psychicznego, braku właściwych warunków do leczenia, niskich zarobków, niskiego statusu zawodowego, złej współpracy z pozostałymi członkami zespołu terapeutycznego oraz z pacjentem i jego rodziną (Demeronti, Bakker, Nachreiner i wsp., 2000). Według innych badaczy m.in.: Lambert (2004), Greenglass (2002) i Burke oraz Gillespie (2003) i Kermonde czynnikami stresogennymi - przyczyniającymi się do powstania procesu wypalenia w pracy są obciążenie pracą i zła jej organizacja, duża liczba podopiecznych, wyczerpanie emocjonalne, brak wsparcia i porozumienia ze współpracownikami co w dużym stopniu pokrywa się z doniesieniami przeprowadzonych badań własnych (Greenglass, Burke, 2002; Gillespie, Kermonde, 2003). Uzyskano wyniki wskazujące na istotny wpływ wsparcia społecznego na poziom wypalenia zawodowego. Kolejnym czynnikiem, bardzo często poddawany analizie w literaturze, jest wsparcie - ze strony przełożonych, kolegów z pracy czy innych osób (Schaufeli, Greenglass, 2001; Janssen, Schaufeli, Houkes, 1999; Coffey, Coleman, 2001). Wsparcie, zwłaszcza od przełożonych, jest negatywnie skorelowane z wypaleniem zawodowym - potwierdzają to, jak wspomniano, zarówno wyniki własne, jak też dowodzi to literatura przedmiotu. Jednakże siła omawianych związków w poszczególnych badaniach często jest niewielka. Niektórzy autorzy m.in. Leiter sugerują, że wymagania stawiane w pracy są silniej związane z emocjonalnym wyczerpaniem, a zasoby badany łączą się głównie z depersonalizacją i poczuciem dokonania osobistych. Jednak wyniki badań nie zawsze są pod tym względem jednoznaczne (Halbesleben, Buckley, 2004). Jako bardzo istotny czynnik, wymieniany podczas realizacji zadań zawodowych, jest także panująca atmosfera w zespole (Ślusarska, Zarzycka, Dobrowolska, 2007). Jej

pozytywny wymiar wpływa niewątpliwie na efektywność i skuteczność działań, a tym samym na jakość pracy zespołu. Tezy te znalazły potwierdzenie w otrzymanych wynikach przeprowadzonych badań.

Ostatnimi czynnikami mającymi istotny wpływ na zespół wypalenia zawodowego, jakie porównano z literaturą, są odczucia (subiektywne, obiektywne, indywidualne oraz interpersonalne). Przeprowadzone badania wśród lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgii wybranych dwóch szpitali w Gdańsku potwierdzają za Kaslow i Schumanem (Fengler, 2000), że sygnałami ostrzegawczymi wskazującymi na zjawisko wypalenia są między innymi: brak chęci do pracy; niechęć wychodzenia do niej; negatywne postawy wobec klientów (pacjentów); brak cierpliwości, drażliwość, poirytowanie oraz częste choroby.

Praca zawodowa, gdy jest satysfakcjonująca, nabiera głębszego sensu, wywiera wpływ na kształtowanie się psychiki, a także oddziałuje na rozwój osobowości i ogólny bieg życia.

Aby zrozumieć kontekst czynników wpływających na wypalenie zawodowe w pracy odwołano się do badań cech osobowości - wzorców zachowań związanych z pracą. Zastosowano do tego celu kwestionariusz AVEM, którego celem jest przede wszystkim ustalenie sposobu zachowania człowieka w jego środowisku pracy, z punktu widzenia radzenia sobie z problemami zawodowymi. Kwestionariusz pozwolił określić przeżycia i zachowania badanych osób w trzech sferach funkcjonowania. Autorzy testu starali się opisać stosunek jednostki do wymagań zawodowych oraz rodzaj podejmowanych zachowań w wyniku indywidualnej oceny i przeżywania tych sytuacji (Rongińska, Gaida, 2001).

Wyniki testu AVEM, dla całej badanej grupy, są zróżnicowane i tylko analiza rozkładu typów wzorców zachowań w pracy dla poszczególnych obszarów pozwoliła ujawnić wewnętrzne zróżnicowanie. Podając analizie zgromadzoną literaturę przedmiotu i wyniki doniesień naukowych, zaobserwowano niepokojący fakt, iż w aspekcie przeżyć związanych z pracą, zarówno pielęgniarki jak i lekarze mają zaniżone (w porównaniu z ogólnopolską próbą kobiet i mężczyzn w zakresie zaangażowania zawodowego) poczucie sukcesu zawodowego oraz niższy poziom zadowolenia z życia (Wysokiński i wsp., 2009; Andruszkiewicz, 2007). Osiągają natomiast porównywalny, aczkolwiek również niski, poziom w odniesieniu do

satysfakcji z życia pielęgniarek i lekarzy w innych krajach (Makary i wsp., 2006). Matthews i MacDonald-Rencz (2007) uważają, że potrzeba zdrowego i przyjaznego środowiska pracy w instytucjach medycznych oraz efektywna współpraca w zespole, to czynniki bezdyskusyjne dla prawidłowego funkcjonowania. Otrzymane wyniki własne są bardzo zbliżone do badań prowadzonych przez Andruszkiewicz i Basińską (2008), gdzie również obserwujemy zachowania osób zgodnie z typem oszczędnościowym (typ S) i wypalonym (typ B). Według wielu autorów, lekarze i pielęgniarki powinni przyjmować postawę niezaangażowania emocjonalnego i obojętności (Bakker, Demeronti, Schaufeli, 2002; Bauer, Hainer, Kachele i wsp., 2003; Toppinen-Tanner, Ojajarwi, Vaananen i wsp., 2005; Vahey, Akinen, Sloane i wsp., 2004), co należy traktować z dużą ostrożnością. Nadmierny dystans emocjonalny i nadmierna obojętność może nieść zagrożenie, jeśli chodzi o efektywność leczenia, a empatię, o charakterze natury emocjonalnej, można zastąpić chociażby empatycznym rozumieniem pacjenta. Omawiając wpływ czynników osobowościowych należy wspomnieć, że był on rzadziej badany niż wpływ czynników sytuacyjnych. Pewne zależności, opisywane są w literaturze dość konsekwentnie. Na procesy wypalania się zawodowego bardziej podatne są osoby o niskim poziomie tak zwanej odporności psychicznej (hardiness) (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001), co uzyskano również w badaniach własnych. Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego wzrastał u osób z niską odpornością psychiczną. Badani respondenci wykazali się niskim zaangażowaniem się w to, co się robi, wykonuje; małą otwartością na zmiany, nie interpretowali wydarzeń stresujących jako wyzwań oraz wykazywali się niskim poczuciem kontroli nad wydarzeniami i własnym życiem (Heszen-Niejodek, 2000). Wskaźniki wypalenia zawodowego, jak dowodzi literatura, są zwykle wyższe u osób z zewnętrznym umiejscowieniem źródła kontroli, radzących sobie ze stresem w sposób bierny (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001). Według koncepcji Pines i Aronson (2000) wypalenie zawodowe jest związane z długotrwałym zaangażowaniem w sytuacje, które obciążają pod względem emocjonalnym (Anczewska, 2006). Przeprowadzone badania własne wykazały, że zarówno pielęgniarki jak i lekarze, istotnie nie potrafią zachować niezaangażowanego optymizmu w kontakcie z pacjentem, dlatego można stwierdzić, że brak odcięcia się od problemów pacjenta wpływa niekorzystnie na proces zawodowego wypalania się. W ostatnich latach potrzebą stało się opracowanie spójnych modeli teoretycznych,

służących wyjaśnieniu ogromnej ilości nagromadzonych danych empirycznych, które pozwolą na wyznaczenie przyszłych kierunków badań. Nowe, szersze ujęcie teoretyczne wypalenia zawodowego sformułowała Maslach (1998), gdzie szczególną rolę w tej koncepcji odegrało „zaangażowanie zawodowe”, jako przeciwieństwo wypalenia zawodowego. Zaangażowanie cechuje się energią, współpracą oraz przekonaniem o własnej skuteczności, i to właśnie te wymiary mają być przeciwnymi biegunami wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych. Aktywność zawodowa natomiast, tworzy tu swoiste kontinuum, którego przeciwstawne końce, stanowią wypalenie zawodowe i zaangażowanie. To podejście ma znaczenie praktyczne dla interwencji terapeutycznych, mniej wagi przywiązuje się do strategii zapobiegających wypaleniu zawodowemu - promuje się natomiast, zaangażowanie zawodowe (Tucholska, 2001). Maslach (1998) dopatrywała się źródeł wypalenia zawodowego nie tylko w obciążeniu psychicznym, wynikającym z interpersonalnych wymogów pracy, ale szerzej w niedopasowaniu między pracownikiem a pracą w sześciu następujących obszarach: obciążenie pracą, kontrolą, wynagrodzeniem, poczuciem wspólnoty, sprawiedliwością i wartością. Wypalenie zawodowe jest więc pochodną nadmiernego obciążenia w pracy, braku możliwości kontroli i podejmowania decyzji odnośnie pełnionych ról, niedostatecznego wynagrodzenia, rozpadu wspólnoty, braku sprawiedliwości i konfliktów wartości (Tucholska, 2001). Analizę tę można odnieść do wyników jakie uzyskano w badaniach własnych, że brak zadowolenia z życia, brak poczucia wsparcia, brak ogólnego zaangażowania zawodowego istotnie predysponowały do wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego. Pines (2001) zainspirowana logoteorią Frankla, stwierdziła, że wypalenie zawodowe występuje wtedy, „gdy ludzie próbują znaleźć sens swego życia w pracy i mają poczucie, że zawiedli”. Zasadniczą przyczyną wypalenia zawodowego, ma być jej zdaniem, „niepowodzenie w egzystencjalnym poszukiwaniu sensu” (Pines, 2000; Pines, Yanai, 2001). Nie uzyskano jednak takich wyników w analizie badań własnych. Omawiając źródła wypalenia zawodowego, badacze Mac Neil i Maslach upatrują się go w trudnych i szkodliwych warunkach, wynikających z charakteru pracy oraz w osobowościowych predyspozycjach jednostki (Gaweł, Rak, Kowal, 2000). Ważnym czynnikiem podwyższającym poziom wypalenia zawodowego, jest także niskie poczucie skuteczności zawodowej, które wzmacnia wyczerpanie emocjonalne, obniżając poczucie osiągnięć osobistych,



co pośrednio przyczynia się do wzrostu depersonalizacji (Kamińska-Tymińska, Morawska, Nowak, Nawrocka, 2005). Poddając dyskusji wszelkie wymiary sfer osobowości, bardzo optymistycznym jest wynik badania własnego, dotyczącego zaangażowania personelu pielęgniarskiego i lekarskiego oddziałów chirurgii. Okazało się, że przez cały czas wykonywania zawodu personel medyczny podnosi swoje kompetencje i doszkała się. Jest to grupa zawodowa, która dba o swój warsztat pracy, a zdobywana przez nich wiedza podnosi ich poczucie kompetencji, pozwala jeszcze lepiej pracować z pacjentem, co daje efekty w polepszeniu jakości jego życia, a u badanych respondentów daje to poczucie dokonań osobistych. Według definicji Maslach, nie dochodzi u większości z nich do trzeciego wymiaru wypalenia zawodowego, czyli poczucia braku satysfakcji zawodowej, co uzyskano również w wynikach własnych. Oznacza to, iż zarówno wysokie zaangażowanie zawodowe, jak i wysoka odporność psychiczna i duża emocjonalność w stosunku do pracy, podnoszą poczucie i poziom satysfakcji zawodowej. Związek ten, pomiędzy sferami osobowości związanymi z pracą warunkującymi efektywność pracy, a procesem wypalenia zawodowego wykazali również Visser i wsp. (2003) w swoich badaniach dotyczących stresu, satysfakcji i wypalenia zawodowego w grupie duńskich lekarzy. Otrzymane przez nich wyniki wskazują bezpośrednio na związek między wysokim poziomem stresu i satysfakcji zawodowej, a zespołem wypalenia zawodowego. Natomiast Kliś i Kossewska (1998) ustaliły w badaniach, że istnieje wysoka korelacja pomiędzy cechami osobowości a symptomami wypalenia zawodowego.

Reasumując wypalenie zawodowe to problem, który może nieść za sobą poważne skutki zdrowotne. Kryzys w pracy może mieć przeniesienie się na problemy w życiu rodzinnym, może stać się również koniecznością zmiany miejsca pracy, a nawet zawodu. Niestety nie ma szybkich i prostych rozwiązań, jeśli chodzi o proces wypalenia zawodowego. Każde rozwiązanie powinno uwzględnić specyfikę pracy, sytuację domową, indywidualne predyspozycje i preferencje jednostki, jak również angażować tych, którzy decydują o warunkach i rozwiązaniach organizacyjnych pracy. Zapobieganie procesowi wypalenia się pracowników medycznych jest również problemem złożonym. Zastosowanie prostych jednokierunkowych rozwiązań nie przyniesie pożądanych efektów (Płotka, Golec, Cześnikiewicz, 2000). Aspekt profilaktycznych działań musi być zatem wielokierunkowy i musi obejmować różne sfery życia człowieka oraz niewątpliwie,

powinien opierać się na gruntownie przemyślanych i kompleksowych rozwiązaniach. Poza tym, konieczne jest również odpowiednie przygotowanie i doskonalenie zawodowe, połączone z opanowaniem niezbędnych kompetencji zaradczych oraz aktywno – pozytywnych strategii radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej. W owej profilaktyce można wykorzystywać między innymi:

- edukację w zakresie radzenia sobie ze stresem w środowisku pielęgniarów i lekarzy, np. treningi zwiększania odporności na stres, asertywności czy umiejętności interpersonalnych i społecznych (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001);

- czynne uczestnictwo w integracyjnych spotkaniach nieformalnych, mających na celu chociażby poprawę kontaktów interpersonalnych (Bartkowiak, 2002);

- indywidualną weryfikację celów, ustalenie priorytetów we własnej pracy, wyćwiczenie pewnego stopnia autonomii, co może przyczynić się do zapewnienia poczucia swobody w działaniu (Litzke, Schuh, 2007);

- doskonalenie zawodowe (Tomaszewska, Cieśla, Czerniak, Dykowska, 2008);

- rozpowszechnianie wiedzy na temat przyczyn, objawów, skutków wypalenia zawodowego (Tomaszewska, Cieśla, Czerniak, Dykowska, 2008) i sposobów zapobiegania oraz poprawa psychospołecznych warunków środowiska pracy (Borritz, 2006).

Podsumowując, istnieje dziś wiele propozycji psychoedukacyjnych i terapeutycznych, mających na celu przeciwdziałanie pojawieniu się zespołu wypalenia zawodowego, bądź pomoc w sytuacji, gdy zjawisko to już się pojawiło. Sposoby radzenia sobie z jego symptomami proponują zarówno praktycy, bazując na swoich doświadczeniach i obserwacjach, jak i teoretycy, opierając je na gruncie koncepcji teoretycznych.

## 6.2. Wnioski

Na podstawie analizy statystycznej zebranego materiału badawczego oraz otrzymanych wyników badań, sformułowano następujące wnioski:

1. Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego oraz poziom wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji jest statystycznie istotnie wyższy wśród lekarzy niż pielęgniarek. Natomiast satysfakcja z wykonywanego zawodu nie różni się w tych grupach.
2. Zależności pomiędzy zespołem wypalenia zawodowego a czynnikami socjodemograficznymi są nieliczne.
3. Wykazano silny związek ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego wraz z jego trzema obszarami z odczuciami indywidualnymi, interpersonalnymi oraz z czynnikami organizacyjnymi.
4. Wykazano współzależność pomiędzy wypaleniem zawodowym a właściwościami osobowościowymi. Wyższy poziom wypalenia zawodowego stwierdzano u osób, które wykazywały małe zaangażowanie zawodowe, niską odporność psychiczną i niski emocjonalny stosunek do pracy.
5. Wyniki badań pozwalają na wysunięcie sugestii mających na celu zapobieganie wypaleniu zawodowemu już na etapie przygotowywania do zawodu lekarzy i pielęgniarek, poprzez umieszczanie w programach nauczania treści o przyczynach wypalenia zawodowego, a w szczególności nabywanie kompetencji zaradczych i strategii radzenia sobie w sytuacjach trudnych związanych z pracą.

## **Streszczenie**

### **Wprowadzenie**

Praca odgrywa coraz to większą rolę w życiu każdego człowieka. Zapewnia ona przede wszystkim kontakt z ludźmi, umożliwia zdobywanie różnych doświadczeń, określa tożsamość jednostki oraz zmusza do kontaktu z rzeczywistością i skłania do zachowań społecznych. Pamiętać przy tym należy, że praca oprócz pozytywnych aspektów, przejawiać również może negatywną postać taką jak napięcie, sytuacje trudne i stresowe. Praca lekarza i pielęgniarki jako zawodów usług społecznych jest narażony na działanie różnych czynników stresogennych związanych z ochroną i ratowaniem życia ludzkiego. Jednym z najgroźniejszych skutków owego stresu w pracy jest „zespół wypalenia zawodowego”, mogący w konsekwencji prowadzić do przedmiotowego traktowania podopiecznych a nawet porzucenia zawodu.

Głównym celem badania była analiza wypalenia zawodowego i jego kontekstu psychospołecznego i osobowościowego wśród lekarzy i pielęgniarek zatrudnionych na oddziałach chirurgicznych.

### **Osoby badane**

Badanie zostało wykonane wśród 150 osób: pielęgniarek i lekarzy oddziałów chirurgicznych dwóch szpitali: Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego oraz Pomorskiego Centrum Traumatologii im. M. Kopernika w Gdańsku.

### **Procedura badania**

Udział osób uczestniczących w badaniu był dobrowolny. Osoby badane kwalifikujące się do udziału w badaniu zostały zapoznane z celem i procedurą badania. Badanie każdej osoby: pielęgniarki czy lekarza odbywało się indywidualnie. Czas wypełnienia ankiety nie przekraczał 30 minut. Po zakończeniu badania w zależności od zgłaszanych potrzeb przekazywano informację dotyczącą uzyskanych wyników.

### **Zastosowane narzędzie**

Wszystkie osoby z grupy badanej zostały poproszone o wypełnienie: autorskiego kwestionariusza, kwestionariusza wypalenia zawodowego - Maslach Burnout Inventory (MBI) oraz kwestionariusza Wzorca Zachowań i Przeżyć Związanych

z Pracą – (AVEM). Cały kwestionariusz został skonstruowany tak, aby poznać zespół wypalenia zawodowego w wybranej grupie badawczej. Główne problemy poruszane w kwestionariuszu to przyczyny wypalenia, jego struktura oraz wzorce zachowań związane z wykonywaną pracą.

### **Wnioski**

Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego oraz poziom wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji jest statystycznie istotnie wyższy wśród lekarzy niż pielęgniarek. Zależności pomiędzy zespołem wypalenia zawodowego a czynnikami socjodemograficznymi są nieliczne. Wykazano związek ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego wraz z jego obszarami z odczuciami indywidualnymi, interpersonalnymi, jak również z czynnikami organizacyjnymi. Wykazano również współzależność pomiędzy wypaleniem zawodowym a właściwościami osobowościowymi. Wyższy poziom wypalenia zawodowego stwierdzano u osób, które wykazywały małe zaangażowanie zawodowe, niską odporność psychiczną i niski emocjonalny stosunek do pracy.

## **Summary**

### **Introduction**

Work plays an increasing role in the life of every human being, because it is becoming more and more inclined to derive a sense of meaning of his or her lives. Employment, primarily provides contact with people, makes it possible to gain a variety of experiences, determines the identity of the individual, enforces contact with reality and leads to social behaviour. It should be remembered that the work in addition to the positive aspects, might also have a negative side such as tensed, strained, difficult and stressful situations. Being employed as a doctor or nurse of social services sector exposes individual to various stress factors related to the protection and rescue of human life. One of the most dangerous effects of stress factors at work is the “professional burnout syndrome” which consequently might lead to instrumental treatment of the patients or even to abandonment of the profession. The main objective of the study was to analyse profession burnout and psychosocial and personality context among doctors and nurses employed on surgical ward.

### **Subjects**

The survey was carried out among 150 people: nurses and doctors working at surgical wards of two hospitals: the University Clinical Centre and the Pomeranian Traumatology Centre Copernicus in Gdansk.

### **Procedure**

The participation in survey was voluntary. Eligible individuals were familiarized with the purpose and the procedure of the survey. The study of each person: doctor or nurse was done individually. Time to complete the survey did not exceed 30 minutes. After the survey, depending on the individual request, information concerning the survey results was given.

### **Used Tools**

All survey participants were asked to complete copyright questionnaire – professional burnout questionnaire - Maslach Burnout Inventory (MBI) and Work Related Behavior and Experience Pattern questionnaire – (AVEM). The whole questionnaire was designed to recognize professional burnout in selected research

group. The main issues addressed in the questionnaire were: causes of professional burnout, its structure and patterns of behaviour associated with their work.

### **Conclusion**

The overall rate of professional burnout and emotional exhaustion level and depersonalization is statistically significantly higher among doctors than nurses. The relationships between vocational burnout syndrome and socio-demographic factors are scarce. The ratio of professional burnout syndrome and its areas has been associated with individual and interpersonal feelings as well as with organizational factors. Correlations between burnout syndrome and personality characteristics could also be noticed. A higher level of burnout syndrome was found among participants with small professional involvement, low mental toughness and low emotional attitude towards work.

## **Piśmiennictwo**

Aiken L. H., Clarke S. P., Sloane D. M., et al.: Nurses' reports on hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001; 20(3):43-53

Altman D. G.: *Practical Statistics for medical Research*, 2nd. ed. Chapman & Hall/CRC, Boca Raton, Florida 2001

Anczewska M.: Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej. *Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa* 2006:7-23,37-40

Anczewska M., Witaj P., Roszczyńska J.: Wypalenie zawodowe. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 2005; 14 (2): 67-77

Andruszkiewicz A.: Poziom poczucia koherencji a typy zachowań związane z pracą w grupie pielęgniarek. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005, 19,1, 58-62

Andruszkiewicz A., Basińska M.A. Inteligencja emocjonalna pielęgniarek a typy zachowań i przeżyć w pracy. W: Wrona-Polańska H. (Red.), *Zdrowie Stres Choroba w wymiarze psychologicznym*. Impuls, Kraków 2008; 75-85

Andruszkiewicz A.: Typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007, 15, (2, 3), 159-161

Antonovsky A.: *Health, stress and coping*. San Francisco 1977, C. A: Jossey-Bass

Aronson E.: *Człowiek – istota społeczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000

Aronson E., Pines A. M., Kafry D.: Ausgebrannt. *Psychologie Heute*, 1983, 10, 21-27

Bakker A., Demerouti E., Schaufeli W.: Validation of the Maslach burnout inventory – general survey: an internet study. *Anxiety, Stress and Coping*, 2002, 15, 245-260

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

Balint M.: The doctor, his patient and the illness. *Lancet* 1955, 1, 683-685



Bartkowiak G.: Stres i wypalenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia w świetle wyników badań. Przewodnik Menedżera Zdrowia 2002, 4, 19

Bauer J., Hainer S., Kachele H. i wsp.: The burn-out syndrome and restoring mental health working place. Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 2003, 5, 213-222

Bernstein A.: Trudni współpracownicy, GWP, Gdańsk 2008

Bilska E.: Jak Feniks z popiołów czyli syndrom wypalenia zawodowego. Niebieska Linia, nr 4, 2004

Borys B., Majkowicz M.: Psychologia w medycynie, Wydawnictwo AMG, Gdańsk, 2006, 195

Borritz M.: Burnout In Human Service Work – Causes and Consequences. PhD Thesis 2006, 11, [www.ami.dk/upload/ MB-phd.pdf](http://www.ami.dk/upload/MB-phd.pdf). odczyt: 26.09.2013.

Brenninkmeijer V., VanYperen N. W., Buunk B. P.: Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature? Personality Individ Diff. 2001; 30(5):873-880

Brill P. L.: The need for an operational definition of burnout. Family and Community Health, 1984, 6, 12-24

Brooks B.A., Anderson M.A.: Nursing Work Life in Acute Care. Journal of Nursing Care Quality 2004, 19 (3), 274-275

Brown C.: Low morale and burnout; is the solution to teach a values-based spiritual approach. Complement Ther Nurs Midwifery 2003; 9: 57-61

Brzeska H.: Czynniki związane ze stresem zawodowym pielęgniarek oddziałowych. Antidotum 1998, 7, 9, 63

Buchka M., Hackenberg J.: Das Burn out Syndrom bei Mitarbeitern in der Behindertenhilfe. Ursachen – Formen- Hilfen, Verlag Modernes Lernen, Dortmund 1987

Buunk P. B., Schaufeli W. B.: Burnout: A Perspective from Social Comparison Theory. W: Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research.

Schaufeli W.B., Maslach C., Marek T. (red.), Washington, 1993, DC, Taylor&Francis, 53-66

Burisch, M.: A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences. *Work and Stress* 2002, 16, 1–17

Burish M.: Approaches to personality inventory construction, “*American Psychologist*”, 1984, 39, 214-227

Burish M.: *Das Burnout – Syndrom. Theorie der inneren Erschoepfung.* Heidelberg, Springer Verlag 1989

Burisch M.: W poszukiwaniu teorii - przemyslenia na temat natury i etiologii wypalenia, W: Sęk H. ( red.): *Wypalenie zawodowe - przyczyny, mechanizmy, zapobieganie.* Wyd. Nauk PWN, Warszawa 2000, 58-82

Cherniss C.: Long – term consequences of burnout: An exploratory study, *Journal of Organizational Behavior* 1990, 13, 1-11

Cherniss C.: *Staff Burnout. Job Stress in Human Service,* Beverly Hills 1980, Sage

Cole J.: An ounce of prevention beats burnout. *HR Focus* 1999; 76 (6): 1-3

Coffey M, Coleman M.: The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *J Adv Nurs* 2001; 34 (3): 397-407

Core Team R.: *A Language and Environment for Statistical Computing.* Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria 2012, ISBN 3-900051-07-0, <http://www.R-project.org>

Cottrell S.: Occupational stress and job satisfaction in mental health nursing: focused interventions through evidence-based assessment. *J Psychiatr Mental Health Nurs* 2001; 8:157-164

Deary I., Watson R., Hogstone R.: A longitudinal cohort study of burnout and attrition in nursing students. *Journal of Advanced Nursing*, 2003; 43(1), 71-81

Delbridge R.: HRM and Contemporary manufacturing [w:] The Oxford University Press Handbook of Human Resource Management, eds P. Boxall, J. Purcell, P. Wright, Oxford University Press, Oxford, 2007

Demerouti E., Bakker A.B., Nachreiner F.: A model of burnout and life satisfaction amongst nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 2000; 32(2), 454-464

Denollet J.: DS14: standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and Type D personality. *Psychosom Med.* 2005;67(1):89-97

Duquette A., Sandhu. K., Beaudet L.: Factors Related to Nursing Burnout: A Review of Empirical Knowledge. *Issues in Mental Health Nursing* 1994, 15, 337-358.

Dudek B.: *Psychiczne obciążenia pracą. Pomiary, czynniki warunkujące, skutki.* Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1992

Edelwich J., Brodsky A.: *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions.* New York 1980: Human Sciences Press

Emener WG., Luck RS., Gohs FX.: A theoretical investigation of the construct burnout, *Jurnal of Rehabilitation Administration*, 1982, 6, (4), 188 – 197

Etzion D.: Burning out in management: A comparison of women and men in matched organizational positions. *Israel Social Science Research Journal* 1987, 5(1&2), 147-163

Farber B.: *Introduction: A critical Perspective on Burnout.* W: *Stress and Burnout in the Human Service Professions*, Farber B. (red.), New York 1983, Pergamon Press, 1-22

Farrington A.: Strategies for reducing stress and burnout in nursing. *Br J Nurs* 1997; 6: 44-49

Fazelzadeh A., Mehdizadeh A., Sahraeeian A.: Burnout in hospital nurses: a comparison of internal, surgery, psychiatry and burns wards. *International Nursing Review*, 2008; 55, 62–67

Fengler J.: Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej, GWP, Gdańsk 2001, 90-94

Figley C. R.: Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley C. R. (ed). *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder*. New York, NY: Routledge; 1995:1-20

Freudenberger H.J.: Staff Burn-Out, *Journal of Social Issues* 1974, vol. 30, issue 1, 1-7

Freudenberger H.J., North G.: Burn out bei Frauen, über das Gefühl des Ausgebranntseins, *Wyd. 9, M. Fischer, Frankfurt* 2002, 100-160

Freudenberger H.J., North G.: *Women's Burnout. How to Spot It, How to Reverse It and How to Prevent It*, Doubleday, New York 1985

Freudenberger H.J., Richelson G.: *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, NY: Doubleday, 1980, 114-184

Friedman. M., Rosenman R. H.: *Type A behavior and your heart*. New York 1974, Knopf

Gaweł 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

Garfield C., Spring C., Ober D.: *Sometimes My Heart Goes Numb: Love and Caregiving in a Time of AIDS*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1995

Gilbert M., Evans K.: *Superwizja w psychoterapii*, GWP, Gdańsk 2004

Gillespie B. M., Kermode S.: How do perioperative nurses cope with stress? *Contemp Nurse* 2003; 16: 20–29

Gillespie B. M., Melby V.: Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *J Clin Nurs*. 2003; 16: 842–851

Gliszczyńska X.: *Człowiek jako przedmiot życia społecznego*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1983

Gmitrowicz A., Lewandowska A.: Zespół wypalenia zawodowego wśród terapeutów a zachowania suicydalne pacjentów. *Suicydol.*, 2006, 1, 41-46

Gołembiewski R. T., Munzenrider R. F.: Active and passive reactions to psychological burnout. *Journal of Health and Human Resources Administration*, 1984, 1(Winter), 264-289

Gołembiewski R. T., Munzenrider R. F.: Phases of burnout; modes and social support: Contributions to explaining differences in physical symptoms. *Journal of Managerial Issues* 1990, 2(2), 176-183

Gołembiewski R. T., Munzenrider R. F., Stevenson J. G.: *Stress in organizations*. New York 1986: Praeger

Greenglass ER, Burke RJ.: Hospital restructuring and burnout. *J Health Hum Serv Adm.* 2002; 25: 89–114

Grzesiuk L.: *Psychoterapia*, PWN, Warszawa 1994

Grzywna T., Cieślik A.: Praca pielęgniarki w oddziale psychiatrycznym zamkniętym a zespół wypalenia zawodowego. *Ann. UMCS Sect. D*, 2003, 58, Suppl. 13, 86

Gugała B.: Stres w pracy pielęgniarek. *Pielęgniarka i Położna* 2003, 1, 18-20

Gutowska R.: *Lekarze – specjalność zabiegowa*. W. Terelak J. (red.) *Stres zawodowy*. Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Warszawa 2007, 156-163

Halbesleben JRB, Buckley MR.: Burnout in organizational life. *Journal of Management* 2004; 30 (6): 859-879

Hallsten L., Bellaagh K., Gustavsson K.: *Utbränning i Sverige – en populationsstudie [Burning - out in Sweden - a population study]*. Stockholm: Arbetslivsinstitutet; 2002: 1-72

Hallsten L., Josephson M., Torgen M.: *Performance - Based Self – Esteem: A Driving Force in Burnout Processes and Its Assessment*. National Institute for Working Life, Stockholm, Sweden 2005, 3

Hasselhorn H. M., Mueller B. H., Tackenberg P.: Investigating premature departure from the nursing professions in Europe – the European NEXT-Study. W: Hasselhorn H.M., Mueller B.H., Tackenberg P. (red.) Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Sztokholm: SALTSA, 2003, 9-18

Hasselhorn H. M., Tackenberg P., Peter R.: Effort - Reward Imbalance among Nurses in Stable Countries and in Countries in Transition. *International Journal of Occupational and Environmental Health* 2004, 10, 4, 407

Henzel-Korzeniowska A.: Lekarz rodzinny - pismo lekarzy opieki zdrowotnej. Nr 2, 2004

Heszen-Niejodek I.: Psychologia zdrowia. W: Strelau J., red. Psychologia, T. Gdańskie Wyd. Psychologiczne; Gdańsk 2000: 456-464

Hoffman A.J., Scott L.D.: Role stress and career satisfaction among registered nurses by work shift patterns. *J. Nurs. Adm.* 2003, 33, 337–342

Iacovides A., Fountoulakis K. N., Kaprinis St., Kaprinis G.: The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *J Affect Disord* 2003; 75: 209-221

Iacovides A., Fountoulakis K. N., Moysidou C., Ierodiakonou C.: Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout? *Int J Psychiatry Med* . 1999;29(4): 421-43

Ilhan M.N., Durukan E., Taner E.: Burnout and its correlates among nursing staff: questionnaire survey. *Journal of Advanced Nursing*, 2008; 61(1), 100–106

James R., Gilliland B.: Strategie interwencji kryzysowej, Wydawnictwo PARPA, Warszawa 2004

Janczewska M., Roszczyńska J.: Jak uniknąć objawów wypalenia w pracy z chorymi. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa, 2004, 17-18, 20-21

Janczur B.: Prewencja syndromu wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek (raport z realizacji programu na terenie ZOZ Sucha Beskidzka). *Antidotum* 1995; 4 (4): 43-46

Janssen PPM, Schaufeli WB, Houkes I.: Work-related and individual determinants of the three burnout dimensions. *Work Stress* 1999; 13 (1): 74-86

Jaracz K.: Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji, *Pielęgniarstwo Polskie* 2001, nr 12, s. 219-226

Joinson C.: Coping with compassion fatigue. *Nursing*. 1992; 22(4):116-120

Joudrey R., Gough J.: Caring and curing revisited: student nurses perceptions of nurses and physicians ethical stances, *Journal of Advanced Nursing* 1999, no. 29, 154-162

Kalinowska E.: Pielęgniarka jako naturalny rzecznik praw pacjenta. *Lęk i Depresja* 2003, 8, 1, 554-559

Kamińska-Tymińska S., Smorawska B., Nowak A., Nawrocka A.: Wypalenie zawodowe konsekwencją stresu u pielęgniarek anestezyjologicznych. W: IV Zjazd: *Pielęgniarstwo w anestezyjologii i intensywnej opiece: wymogi i oczekiwania a realia*. Poznań, 2005, 126-144

Kapała W.: Organizacja pracy a jakość usług medycznych, *Antidotum* 2001, nr 4, 17

Karney J.: Człowiek i praca. Międzynarodowa Szkoła Menadżerów, Warszawa 1998

Keidel G. C.: Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am J Hosp Palliat Med*. 2002; 19(3):200-205

Kirenko J., Wsparcie społeczne osób niepełnosprawnych w aktywizacji zawodowej. W: Rutkowska E. (red.), *Pracownik z niepełnosprawnością*. Lublin: Norbertinum 2007, 71-81

Kishi R., Kitahara T., Masuchi A., Kasai S.: Work – related Reproductive, Musculoskeletal and Mental Disorders among Working Women – History, Current Issues and Future Research Directions. *Industrial Health* 2002, 40, 101-112, 106

Kiszczak S.: Zespół wypalenia zawodowego wśród pracowników medycznych. *Elementy profilaktyki*. *Zdrowie Publiczne* 2002; 112 (1): 106-111

- Kliś M.: Rola empatii w sztuce uzdrawiania. *Sztuka Leczenia* 2002, 8, 3, 109-117
- Kliś M., Kossewska J.: Cechy osobowości nauczycieli a syndrom wypalenia zawodowego. *Psychologia Wychowawcza* 1998, 2, 125-140
- Knyppl K.: Wypalenie zawodowe. *Miesięcznik STOMOZ, Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej* 2001; 9: 53–55
- Korcz I.: Zespół wypalenia zawodowego. *Edukacja antywypaleniowa W: Kształcenie zawodowe w teorii i praktyce edukacyjnej. T. 2 / red. A. Kuztelak, A. Zduniak - Poznań : Wydaw. Wyższej Szkoły Bezpieczeństwa, 2006, 79-92*
- Korzeniewska J.: Zawód: pielęgniarka. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 1999, 10, 8-10
- Kostera M., *Zarządzanie personelem, PWE, Warszawa 2010*
- Kristensen T. S. et al.: The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout. *Work & Stress*, 19 (3), 2005, 196-197
- Kristensen T.S., Borritz M.: Copenhagen Burnout Inventory: Normative Data from a Representative Danish Population on Personal Burnout, Work Burnout and Client Burnout. National Institute of Occupational Health, Copenhagen, Denmark, 2001
- Kristensen T. S., Borritz M., Villadsen E., Christensen K. B.: The Copenhagen Burnout Inventory: A New Tool for the Assessment of Burnout. *Work & Stress*, 2005, 19 (3), 192-207
- 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, vol. 16, no. 6, 491-497
- Kuemmerling A., Hasselhorn H. M., Tackenberg P.: Psychometric properties of the scales used in the NEXT-Study. W: Hasselhorn H.M., Mueller B.H., Tackenberg P. (red.) Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. Sztokholm: SALTSA, 2003, 237-258



Kwiatkowska A., Krajewska-Kułak E., Panka W.: Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie. Lublin 2003

Lambert V. A.: Workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud.* 2004;41: 85–97

Lancashire S., Haddock G., Tarrier N., Butterworth C. A., Baguley I.: Training community psychiatric nurses in Psychosocial Interventions in serious mental illness: The Thorn Nurse Initiative. *Clinician* 1997; 12: 45-48

Lazarus R. S., Folkman S. *Stress, Appraisal and Coping.* Springer Publishing: New York 1984

Leiter M. P., Harvie P.: Burnout among mental health workers: a review and a research agenda. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42 (2): 90-101

Leiter M. P., Maslach C.: Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In Perrewe P. L., Ganster D. C. (Eds.), *Research in occupational stress and well-being*, 2004, Vol. 3, 91-134

Leone S. S., Huibers M. J. H., Knottnerus J. A., Kant I. J.: Similarities, overlap and differences between burnout and prolonged fatigue in the working population. *QJM* . 2007;100(10): 617-627

Lief H.I., Fox R.C.: Training for „Detached Concern“ in medical students [W:] *The psychological basis of medical practise.* Ed. H.I. Lief. New York, 196, 1-35

Litzke S.M., Schuh H.: *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe,* Wyd. GWP, Gdańsk 2007, 167-176

Makary M., Sexton J., Freischlag J., Holzmueller C., Millman E., Rowen L., Pronovost P.: Operating Room Teamwork Among Physicians and Nurses: Teamwork in the Eye of the Beholder. *Journal of the American College of Surgeons* 2006, 202, 5, 746-752

Makowska Z.: Indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem. Uwarunkowania strategii stosowanych w związku z pracą oraz ocena ich skuteczności. *Promocja Zdrowia*, 1996, 8-9

Martens M. L.: A Comparison of Stress Factors in Home and Inpatient Hospice Nurses, *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 2009, no. 11, 144

Maslach C.: A multidimensional theory of burnout. W: Cooper CL, red. *Theories of organizational stress*. New York: Oxford University Press; 1998: 68-85

Maslach C.: Burnout. *Hum Behav.* 1976, 5:16-22

Maslach C.: *Burnout: The Cost of Caring*. Cambridge, MA: Malor Books; 2003

Maslach C., Jackson S.E.: The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 1985,12,837-851

Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P.: *Maslach Burnout Inventory Manual*. Third Edition. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press; 1996

Maslach C., Leiter M.: Prawda o wypaleniu zawodowym, *Wydawnictwo Naukowe PWN*, Warszawa 2011,27-33, 35–36

Maslach C., Leiter M. P.: *The Truth about Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About it*. San Francisco, CA: Jossey-Bass; 1997

Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter MP.: Job burnout. *Annu Rev Psychol* 2001, 52:397- 422

Maslach C.: What have we learned about burnout and health? *Psychology and Health* 2001;16: 607-611

Maslach C.: Wypalenie się: utrata troski o człowieka [w:] Zimbardo P. G., Ruch F. L. *Psychologia i życie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994

Maslach C.: Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H., red. *Wypalenie zawodowe - przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Warszawa: Wyd. Nauk. PWN; 2000: 13-30

Matthews S., MacDonald-Rencz S.: Health Workplaces and Teamwork for Healthcare Workers Need Public Engagement. *Healthcare Papers* 2007, 7 (Sp), 52-57

Meltzer L.S., Missak Huckabay L.: Critical Care Nurses Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *American Journal of Critical Care* 2004, 13, 3, 205

Modzelewska T., Kulik T. B.: Zachowanie prozdrowotne pielęgniarek a zespół wypalenia zawodowego. *Pielęgniarka i Położna* 2002; 10: 8–10

Muraczyńska B.: Źródła i nasilenie stresu zawodowego pielęgniarek w pracy z człowiekiem umierającym. *Annales UMCS* , 2000, 34, 165-168

Narumoto J., Nakamura K., Kitabayashi Y.: Relationships among burnout, coping style and personality: Study of Japanese professional caregivers for elderly. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2008; 62: 174–176

Nitka–Siemińska A., Rys D., Siemiński M.: Zespół wypalenia zawodowego w praktyce lekarskiej, *Standardy Med.* 2004, 6, 663-670

Noworol Cz.: Zespół wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na zmiany. W: Iskra-Golec J., Costa G., Folkard S., Marek T., Pokorski J., Smith L (red.). *Stres pracy zmianowej.* Universitas, Kraków 1998

Nyklewicz W.: W pracy stres, w domu nie lepiej. *Magazyn Pielęgniarki i Położnej* 2001, 10, 11-13

Ogińska-Bulik N., Kaflik - Pieróg M.: *Stres zawodowych w służbach ratowniczych.* Wydawnictwo Wyższej Szkoły Humanistyczno-Ekonomicznej, Łódź 2006

Oginska-Bulik N.: Occupational stress and its consequences in healthcare professionals: the role of type D personality. *Int J Occup Med Environ Health.* 2006;19(2): 113-122

Ogińska-Bulik N.: *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła, Konsekwencje, Zapobieganie.* Difin, Warszawa 2006

Okła W., Steuden S.: Strukturalne i dynamiczne aspekty zespołu wypalenia w zawodach wspierających. *Roczniki Psychologiczne*, 1999, t. II, 5-17

Olley B. O.: A comparative study of burnout syndrome among health professionals in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Med Sci.* 2003; 32: 297–302

Orwid M.: Antoni Kępiński – w trzydziestolecie śmierci. *Psychiatr. Pol.* 2002, 363-365

Orzechowska A., Talarowska M., Drozda R., Mirowska D., Florkowski A., Zboralski K., Gałecki P.: Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. *Pol. Mercuriusz Lek.* 2008; 25 (150), 507-509

Otrębska-Popiołek K.: Człowiek w sytuacji pomocy, Uniwersytet Śląski, Katowice 1991

Papadatou D., Anagnostopoulos F., Monos D.: Factors contributing to the development of burnout in oncology nursing. *British Journal of Medical Psychology* 1994, 67 (2), 187-199

Perek M., Kózka M., Twarduś K.: Trudne sytuacje w pracy pielęgniarek pediatrycznych i sposoby radzenia sobie z nimi. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007, 15, (4), 228

Perlman B., Hartman E. A.: Burnout: Summary and Future Research. *Human Relations* 1982, 35, 283-305

Pasikowski T.: Polska adaptacja Maslach Burnout Inventory, [w:] H. Sęk (red.),

Wypalenie zawodowe. Przyczyny. Mechanizmy. Zapobieganie, PWN, Warszawa 2000, 135–148

Pines A., Aronson E., Kaffry D.: *Career Burnout: Causes and Cures*, New York 1988, Free Press

Pines A.: Burnout: An Existential Perspective. W: *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Schaufeli W.B., Maslach C., Marek T. (red.), Washington, 1993, DC, Taylor&Francis, 33-52

Pines A.: Treating career burnout: a psychodynamic existential perspective. *J Clin Psychol.* 2000 May; 56(5): 633-642

Pines, A. M., Aronson, E., Kafry D.: *Ausgebrannt. Vom Überdruß zur Selbstentfaltung*; Klett-Cotta 2001, 259

Pines A., Maslach C.: Characteristics of staff burnout in mental health settings, "Hospital and Community Psychiatry" 29, 1978, 233-237

Pines A. M. Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej. W: Sęk H, red. Wypalenie zawodowe: przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: Wyd. Nauk PWN; 2000, 32-57

Pines A. M., Yanai O. Y.: Unconscious determinants of career choice and burnout: theoretical model and counseling strategy. *J Employment Couns* 2001; 38: 170-184

Płotka A., Golec D., Cześnikiewicz A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia*, 2000; 55, 7(45), D, 229-237

Płotka A., Pitek A., Makara-Studzińska M.: Stres a zespół wypalenia zawodowego. *Pielęgniarstwo*, 1998, 5, 40-46

Pokorski J., Ogińska H., Pokorska J., Hasselhorn H.M.: Praca zmianowa w pielęgniarstwie i jej spostrzegana uciążliwość w wybranych krajach europejskich. [W:] *Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle czyli raport z badań europejskiego projektu NEXT. Materiały konferencyjne 2005*, 27

Pyżalski J.: Wypalenie zawodowe a zdrowie i zachowania zdrowotne pedagogów placówek resocjalizacyjnych. *Medycyna Pracy*, 2002; 53, 6, 495-499

Raiger J.: Applying a cultural lens to the concept of burnout. *J Transcult Nurs.* 2005;16(1):71-76

Rak A., Gawęł G., Kowal A.: Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Sztuka Leczenia* 2000; 6: 71–76

Ramuszewicz M., Krajewska -Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C., Kułak W.: Problem wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek operacyjnych. *Chir. Pol.* 2005, 7, 4, 244–251

Ramuszewicz M., Krajewska -Kułak E., Rolka H., Łukaszuk C.: Próba oceny wiedzy na temat zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek bloku operacyjnego. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 2004, 3 (8), 25–30

Reihold B.B.: *Toksyczna praca*, Dom Wydawniczy Rebis, Poznań 1998

Rongińska T., Gaida W. A.: Strategie radzenia sobie z obciążeniem psychicznym w pracy zawodowej. Uniwersytet Zielonogórski, Zielona Góra 2003, 3-12

Rourke M. T.: Compassion fatigue in pediatric palliative care providers. *Pediatr Clin North Am.* 2007; 54(5): 631-644

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2003 r. w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (Dz. U. nr 197, poz. 1923)

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2007 r. w sprawie wykazu dziedzin pielęgniarstwa oraz dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia, w których może być prowadzona specjalizacja i kursy kwalifikacyjne, oraz ramowych programów specjalizacji dla pielęgniarek i położnych (Dz.U. nr 102, poz. 708)

Salmon P.: Psychologia w medycynie. GWP, Gdańsk 2002

Sapilak B.J., Kurpas D., Steciwko A.: Wypalenie zawodowe personelu medycznego – problem wciąż aktualny. Metody oceny i przeciwdziałania w ramach oddziałów dializacyjnych, *Problemy Lekarskie* 2006; 45, 3, 81–83

Schaufeli W., Enzmann D.: The burnout companion to study and practice: A Critical Analysis. London: Taylor & Francis, 1998, 1-220

Schaufeli W., Enzmann D., Girault N.: Przegląd metod pomiaru wypalenia zawodowego [W:] Sek H. (red.), Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. PWN, Warszawa 2006, 113 – 135

Schaufeli W., Greenglass E.: Introduction to special issue on burnout and health. *Psychol Health* 2001; 16: 501-510

Schmidbauer W.: Die hilflosen Helfer. Reinbeck 1977: Rowolt

Schwartz M. S., Will G. T.: Low morale and mutual withdrawal on a mental hospital ward. *Psychiatry*, 1953,16: 337-353

Selye H.: History and Present Status of the Stress Concept. W: Handbook of Stress, Goldberger L., Breznitz S. (red.), New York 1982, Free Press, 7-20

Sęk H.: Perceived Social Support and Competence in Coping with Stress and Teacher Burnout. W: Reading in Health and Preventive Psychology, Sęk H. (red.) Poznań 1992, Domke K. Publishing House, 1-11,123-137

Sęk H.. Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. Postępy Psychiatrii i Neurologii 2005; 14 (2): 93-98

Sęk H.: Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej [W:] Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie pod red. Sęk H., Warszawa, 2006, 83–113

Sęk H.: Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia. W: Juczyński Z., Ogiński-Bulik N. (red.) Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Łódź 2003, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 17-32

Sęk H.: Wypalenie zawodowe - przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2000, 10

Sęk H.: Wypalenie zawodowe- przyczyny, mechanizmy, zapobieganie, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004, 93, 149-167

Sęk H.: Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007

Sęk H.: Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Społeczne i podmiotowe uwarunkowania. W: Edukacja wobec zmiany społecznej, Brzeziński J., Witkowski L. (red.) Poznań –Toruń 1994, EDYTOR, 325-343

Siemińska M., Dawid G.: Stres zawodowy lekarzy. Przegląd lekarski 1997, 7-8, 54,59, 529-532

Siemiński M., Nitka-Siemińska A., Nyka W.M.: Zespół wypalenia. For. Med. Rodz., 2007, 1, 45-49

Storlie F.: Burnout: the Elaboration of a Concept. W: Burnout in the Nursing Profession, Mc Connel E. A. (red.), Toronto 1979, Mosby Company, 81-85

Sundin-Huard D.: Subject position theory – its application to understanding collaboration (and confrontation) in critical care, *Journal of Advanced Nursing* 2001, no. 34, 376-382

Sutherland V. J., Cooper C. L.: Identifying distress among general practitioners predictor of psychological ill – health and job dissatisfaction. *Social Science of Medicine* 1993, 5, 575-581

Szmagalski J. (red.): *Superwizja pracy socjalnej. Zastosowania i dylematy*, IRSS, Warszawa 2011

Ślusarska B., Zarzycka D., Dobrowolska B.: Postrzeganie tożsamości zawodowej przez pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007, 15 (2, 3), 147

Taormina R. J., Law C. M.: Approaches to preventing burnout: the effects of personal stress management and organizational socialization. *J Nurs Management* 2000; 8: 89-99

Terelak J. F.: *Psychologia menedżera*. Warszawa 1999, 230

Tokarz A., Nęcka E.: *Psychologia poznawcza w Polsce: Koncepcje, analizy, badania*. Instytut Psychologii PAN; Warszawa 1997

Tomaszewska M., Cieśla D., Czerniak J., Dykowska G. (2008) Możliwość doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość. *Problemy Pielęgniarstwa*, 16 (1, 2), 40-47

Toppinen-Tanner S., Ojajarwi A., Vaananen A. i wsp.: Burnout as a predictor of medically – certified sick – leave absences and their diagnosed causes. *Behav. Med.*, 2005, 1, 18-27

Toscano P., Ponterdolph M.: The Personality to Buffer Burnout. *Nursing Management* 1998, 29(8), 32

Tselebis A., Moulou A., Ilias I.: Burnout versus depression and sense of coherence: Study of Greek nursing staff. *Nurs Health Sci* 2001 Jun, 3 (2), 69 – 71

Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. *Przeł. Psychol* 2001; 44 (3): 301-317



Tucholska S.: Wypalenie zawodowe u nauczycieli : psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań. Katolicki Uniwersytet Lubelski. Wydział Nauk Społecznych. Lublin 2003, 264

Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej – Dz.U. nr 174, poz. 1039 uchwalona w dniu 15.07.2012r.

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, Art.1

Vachon M.: Staff stress and burnout. In: Berger AM, Portenoy RK, Weissman DE, (eds). Principles and Practice of Palliative Care and Supportive Oncology. 2nd ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2002

Vahey D.C., Akinen L.H., Sloane D.M. i wsp.: Nurse burnout and patient satisfaction. Med. Care, 2004, supl. 2, 57-66

Visser M., Smets E., Oort F., Haes H.: Stress, satisfaction and burnout among Dutch medical specialists. CMAJ, 2003;168(3): 271–275

Weber A., Jaekel-Reinhard A.: Burnout syndrome: a disease of modern societies?, Occup. Med. Lond. 2000 Sep;50(7):512-517

Wegscheider-Cruse S., Higby K., Klontz T., Rainer A.: Rekonstrukcja Rodziny, Wydawnictwo IPZ PTP, Warszawa 2000

Wichowicz H., Nitka – Sieminska A., Rys D., Sieminski M.: Zespół wypalenia zawodowego w praktyce lekarskiej, Standardy Med. 2004, 6, 663-670

Wichowicz H., Rys D.: Wstępna ocena występowania zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek psychiatrycznych zatrudnionych w szpitalach Gdańska. Ann. Acad. Med. Gedan., 2003, 33, 231-242

Wiklak B., Lenartowicz D., Luzyńczyk S., Diduch J.: Personel pielęgniarski oddziałów anestezjologicznych szpitali wielospecjalistycznych wobec czynników stresogennych. Pielęgniarstwo Polskie 1997, 7, 39-48

Winstanley J., White E.: Clinical supervision: models, measures and best practice. Nurse Researcher 2003; 10 (4): 7-38

Wojdak-Piątkowska M.: Stres, łobbing wypalenie zawodowe, GWP Gdańsk, 2007, 169

Wysokiński M. i wsp.: Satysfakcja z życia polskich pielęgniarek. Problemy Pielęgniarstwa 2009, 17(3), 172

Zaborowski Z., Z pogranicza psychologii społecznej i psychologii osobowości, Warszawa, PWN; 1980

Zimbardo PG: The human choice: individuality, reason and order versus deindividuation, impulse and chaos. W: Nebraska Symposium on Motivation, Arnold WJ, Levine D (Eds.), Lincoln 1969, 17: 237-307

## **Spis tabel**

Tabl. 1. Zmienne zależna i jej wskaźniki

Tabl. 2. Zmienne niezależne i ich wskaźniki

Tabl. 3. Skale i badane sfery osobowości

Tabl. 1.1. Wyniki ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego

Tabl. 1.2. Wyniki wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i satysfakcji zawodowej

Tabl. 2.1. Opisowe charakterystyki statystyczne zmiennej - wyczerpanie emocjonalne z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej

Tabl. 2.2. Opisowe charakterystyki statystyczne zmiennej - depersonalizacja z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej

Tabl. 2.3. Opisowe charakterystyki statystyczne zmiennej – satysfakcja zawodowa z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej

Tabl. 2.4. Opisowe charakterystyki statystyczne zmiennej – ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego z uwzględnieniem struktury socjodemograficznej

Tabl. 3.1. Opisowe charakterystyki statystyczne sfer osobowości

Tabl. 3.2. Opisowe charakterystyki statystyczne skal osobowości

Tabl. 3.3. Procentowa charakterystyka typów zachowań i przeżyć.

Tabl. 4.1. Opisowe charakterystyki statystyczne struktur wypalenia zawodowego a typów osobowości

## **Spis rysunków**

Rys. 1. Reakcje, jakie obejmuje zespół wypalenia zawodowego - opracowanie własne

Rys. 2. Dynamika powstawania zespołu wypalenia zawodowego - opracowania własne

Rys. 3. Algorytm stresu i wypalenia w ujęciu prospektywnym (Sęk, 2004).

Rys. 4. Czynniki wpływające na zespół wypalenia zawodowego - opracowanie własne

Rys. 5. Klasyfikacja czynników indywidualnych - opracowanie wg literatury (Tucholska, 2003).

Rys. 6. Klasyfikacja czynników interpersonalnych - opracowanie wg literatury (Tucholska, 2003).

Rys. 7. Klasyfikacja czynników organizacyjnych - opracowanie wg literatury (Tucholska, 2003).

Rys.8. Dziesięć etapów wypalenia się wg. Fenglera (2001) - opracowanie własne

Rys. 9. Relacje pomiędzy wypaleniem zawodowym a innymi negatywnymi stanami emocjonalnymi - opracowanie własne na podstawie wybranych źródeł

Rys. 10. Model badań własnych - opracowanie własne

Rys. 11. Czynniki mające wpływ na wypalenie zawodowe - opracowanie własne

Rys. 12. Struktury wypalenia zawodowego wg. Maslach – zmienna zależna - opracowanie własne

## **Spis rycin**

- Ryc. 1.1. Ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek.
- Ryc. 1.2. Wyczerpanie emocjonalne wśród lekarzy i pielęgniarek.
- Ryc. 1.3. Depersonalizacja wśród lekarzy i pielęgniarek
- Ryc. 1.4. Satysfakcja zawodowa wśród lekarzy i pielęgniarek oddziałów chirurgicznych
- Ryc. 2.1. Aprobata pracy a wyczerpanie emocjonalne
- Ryc. 2.2. Atmosfera w pracy a wyczerpanie emocjonalne
- Ryc. 2.3. Chęć uczęszczania do pracy a wyczerpanie emocjonalne
- Ryc. 2.4. Współpraca z przełożonym a wyczerpanie emocjonalne
- Ryc. 2.5. Płeć a depersonalizacja
- Ryc. 2.6. Aprobata pracy a depersonalizacja
- Ryc. 2.7. Atmosfera w pracy a depersonalizacja
- Ryc. 2.8. Chęć uczęszczania do pracy a depersonalizacja
- Ryc. 2.9. Współpraca z przełożonym a depersonalizacja
- Ryc. 2.10. Warunki mieszkaniowe a satysfakcja z zawodu
- Ryc. 2.11. System pracy a satysfakcja zawodowa
- Ryc. 2.12. Aprobata a satysfakcja zawodowa
- Ryc. 2.13. Atmosfera a satysfakcja zawodowa
- Ryc. 2.14. Chęć uczęszczania do pracy a satysfakcja zawodowa
- Ryc. 2.15. System pracy a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego
- Ryc. 2.16. Aprobata pracy a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego
- Ryc. 2.17. Atmosfera w pracy a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego

Ryc. 2.18. Chęć uczęszczania do pracy a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego

Ryc. 2.19. Współpraca z przełożonym a ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego

Ryc. 3.1. Zaangażowanie zawodowe

Ryc. 3.2. Odporność psychiczna

Ryc. 3.3. Emocjonalny stosunek do pracy

Ryc. 3.4. Subiektywne znaczenie pracy

Ryc. 3.5. Ambicje zawodowe

Ryc. 3.6. Gotowość do wydatków energetycznych-angażowania się

Ryc. 3.7. Poziom zmiennej „dążenie do perfekcji” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Ryc. 3.8. Poziom zmiennej „zdolność do dystansowania się” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Ryc. 3.9. Poziom zmiennej „tendencje do rezygnacji w sytuacji porażki” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Ryc. 3.10. Poziom zmiennej „ofensywna strategia rozwiązywania problemów” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Ryc. 3.11. Poziom zmiennej „wewnętrzny spokój i równowaga” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Ryc. 3.12. Poziom zmiennej „poczucie sukcesu w zawodzie” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Ryc. 3.13. Poziom zmiennej „zadowolenie z życia” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Ryc. 3.14. Poziom zmiennej „poczucie sukcesu w zawodzie” w grupie pielęgniarek i lekarzy.

Ryc. 4.1. Wyczerpanie emocjonalne a typy zachowań

Ryc. 4.2. Depersonalizacja a typy zachowań

Ryc. 4.3. Satysfakcja zawodowa a typy zachowań

**NIEZALEŻNA KOMISJA BIOETYCZNA DO SPRAW BADAŃ NAUKOWYCH  
PRZY GDAŃSKIM UNIWERSYTECIE MEDYCZNYM**  
80-210 Gdańsk, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a  
telefax 58/349-10-11 - sekretariat, tel. 58/349-12-60 - przewodniczący

NKBBN/500/2012-2013

Gdańsk, 2013-02-11

Pan  
Prof. dr hab. Mikołaj Majkowiak  
Kierownik Zakładu Badań  
nad Jakością Życia  
Gdański Uniwersytet Medyczny

W odpowiedzi na zgłoszenie badań z dnia 28.11.2012 r. na temat: „Zespół wypalenia» wśród personelu medycznego w oddziałach chirurgii” (praca na stopień doktora nauk medycznych mgr Agnieszki Falba, planowana do przeprowadzenia we współpracy z Pomorskim Centrum Traumatologii) - Niezależna Komisja Bioetyczna do Spraw Badań Naukowych przy Gdańskim Uniwersytecie Medycznym na posiedzeniu w dniu 11 grudnia 2012 roku zapoznana się z wyżej wymienionym projektem pracy i – po uzupełnieniu ww. wniosku zgodnie z zaleceniem Komisji (w dniu 7.02.2013 r.) - wyraża zgodę na jej prowadzenie w zakresie przedstawionym we wniosku, gdyż są to badania poznawczo, nie stanowiące istotnego zagrożenia dla zdrowia badanych osób.

GDAŃSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY  
NIEZALEŻNA KOMISJA BIOETYCZNA  
DO SPRAW BADAŃ NAUKOWYCH  
80-210 Gdańsk, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3A  
telefax 58 349 10 11

PRZEWODNICZĄCY  
Mikołaj Majkowiak  
Kierownik Zakładu Badań  
nad Jakością Życia  
  
Prof. dr hab. med. Stefan Kaszeta

## **Autorski Kwestionariusz**

Szanowni Państwo !

Wśród personelu medycznego zatrudniani są profesjonalści, a istotą ich zawodu, jest praca z ludźmi wymagająca zaangażowania emocjonalnego. Wiąże się to z możliwością wystąpienia zjawiska wypalenia zawodowego. Celem badań jest uzyskanie informacji czy wśród pielęgniarek i lekarzy pracujących na oddziałach chirurgicznych występuje zespół wypalenia zawodowego. Prosząc o wzięcie udziału w badaniu, zapewniam jednocześnie pełną anonimowość. Po zapoznaniu się z treścią kwestionariusza proszę o zakreślenie krzyżykiem wybranych odpowiedzi, wpisanie własnych w wyznaczonym polu lub zakreślenie krzyżykiem nasilenia odczuć w skali od 0-10.

Z wyrazami szacunku  
Mgr Agnieszka Falba  
Doktorantka  
Zakład Badań nad Jakością Życia  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Gdański Uniwersytet Medyczny

1. Płeć: K  M

2. Rodzaj wykonywanej pracy:

Pielęgniarka

Lekarz

3. Wiek w latach .....

4. Stan cywilny:

Panna /Kawaler

Mężatka /Żonaty

Rozwiedziona/Rozwiedziony

Wdowa/Wdowiec



Związek wolny

Dzieci  (ile?).....

5. Staż pracy w zawodzie (w latach).....

6. Staż pracy na oddziale chirurgii (w latach).....

7. Wcześniejsze stanowisko pracy (jeżeli takie było):

- Gdzie?.....

- Ile lat.....

8. Wykształcenie:

Średnie zawodowe

Wyższe zawodowe (licencjat)

Wyższe

Specjalizacja

9. Warunki mieszkaniowe:

Bardzo dobre

Dobre

Wystarczające

Niewystarczające

10. Warunki finansowe:

a) Bardzo dobre

b) Dobre

c) Na poziomie podstawowych potrzeb

d) Poniżej potrzeb

11. W jakim systemie pracujesz?:

a) 8 godzinnym

b) 12 godzinnym

c) 24 godzinnym

12. Czy zdarza się, że pracujesz ponad wymiar godzin pracy? TAK  NIE



5. Zaniedbywanie rozwoju zawodowego

---

0 10

21. Pani/Pana odczucia INTERPERSONALNE

1. Koledzy z pracy zwracają w ostatnim czasie uwagę, że jest Pani/Pan konfliktowy lub nerwowy

---

0 10

2. Mam problemy z zaśnięciem lub budzę się często w nocy bez wyraźnej przyczyny

---

0 10

3. Mam problemy z wykonywaniem pracy na czas, pomimo nie zwiększania się ilości obowiązków w ostatnim czasie

---

0 10

4. Denerwują mnie na pozór nieistotne, błahe rzeczy, takie, które do niedawna były mi obojętne

---

0 10

5. W ostatnim czasie odczuwam częstsze niż zwykle bóle głowy

---

0 10

6. Wychodząc z domu do pracy odczuwam zniechęcenie lub lęk

---

0 10

7. Ostatnio czuję się przygnębiona/-y, nie cieszą mnie rzeczy, które jeszcze nie dawno sprawiały mi radość

---

0 10

8. Czuje się wciąż zmęczona/-y

---

0

10

9. Zauważyłam/ -em u siebie ostatnio trudności z koncentracją, skupieniem się na zadaniach do zrealizowania

---

0

10

10. Zauważyłam/ -em u siebie, w ostatnim czasie, gwałtowne i częste zmiany nastroju

---

0

10

11. Często (2-3 razy w tygodniu) odczuwam bóle brzucha lub bóle kręgosłupa

---

0

10

22. Czynniki ORGANIZACYJNE

1. przeciążeniem nadmierną ilością obowiązków

---

0

10

2. niedostosowaniem czasu i środków do zleconych zadań

---

0

10

## Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego CH. MASLACH

### CZĘŚĆ I

Proszę zaznaczyć właściwe odpowiedzi w pytaniach od 1 do 22.

1. Przez moją pracę czuję się emocjonalnie wyczerpany  Tak  Nie
2. Na koniec dnia pracy czuję się zużyty  Tak  Nie
3. Wstając rano, czuję się już zmęczony, kiedy widzę przed sobą nowy dzień pracy  Tak  Nie
4. Bardzo mnie wyczerpuje całodzienna praca z ludźmi  Tak  Nie
5. Przez moją pracę czuję się wypalony  Tak  Nie
6. Przez moją pracę czuję się sfrustrowany  Tak  Nie
7. Mam wrażenie, że zbyt ciężko pracuję  Tak  Nie
8. Za bardzo mnie stresuje praca w bezpośrednim kontakcie z ludźmi  Tak  Nie
9. Mam wrażenie, że osiągnąłem granicę mojej mądrości  Tak  Nie
10. Mam wrażenie, że traktuję niektórych klientów, jakby byli przedmiotami  Tak  Nie
11. Stałem się obojętny wobec ludzi, odkąd wykonuję tę pracę  Tak  Nie
12. Obawiam się, że moja praca czyni mnie mniej współczującym  Tak  Nie
13. W rzeczywistości nie interesuje mnie, co się stanie z niektórymi klientami  Tak  Nie
14. Mam wrażenie, że niektórzy klienci i ich krewni sądzą, iż to ja ponoszę odpowiedzialność za ich problemy  Tak  Nie
15. Łatwo mogę zrozumieć, co moi klienci myślą na określone tematy  Tak  Nie
16. Udaje mi się skutecznie rozwiązywać problemy moich klientów  Tak  Nie

17. Mam wrażenie, że poprzez moja pracę pozytywnie wpływam na życie  Tak  Nie
18. Czuję w sobie duże pokłady energii  Tak  Nie
19. Z łatwością przychodzi mi wytworzenie luźnej atmosfery  Tak  Nie
20. Czuję się ożywiony, kiedy ściśle współpracuję z moimi klientami  Tak  Nie
21. W mojej pracy osiągnąłem wiele znaczących celów  Tak  Nie
22. W mojej pracy traktuję problemy emocjonalne bardzo spokojnie  Tak  Nie

## CZEŚĆ II

23. Niektóre osoby twierdzą, że wysokość wynagrodzenia za pracę jest nieistotna- pracują nie dla pieniędzy. Czy może Pan (Pani) to samo powiedzieć o sobie?

**(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź)**

- a) tak- najważniejsza jest satysfakcja z pracy
- b) raczej tak- wysokość zarobków jest mniej istotna niż ogólne zadowolenie z pracy
- c) nie mam na ten temat określonego zdania
- d) raczej nie- wysokość wynagrodzenia nie jest mi obojętna
- e) nie- uważam, że praca powinna być odpowiednio wynagradzana

24. Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź:

- a) jestem przekonany(a), że moje wynagrodzenie nie jest adekwatne do wykonywanej przeze mnie pracy (jest zbyt niskie)
- b) uważam, że moje wynagrodzenie za pracę jest adekwatne do rodzaju pracy, jaką wykonuję
- c) myślę, że jestem wynagradzany za pracę wysoko



## Wzorzec zachowań i przeżyć związanych z pracą

K.U. Scharschmid: & A. W. Fischer

Wersja polska: T. Rongifala & W. Cielka

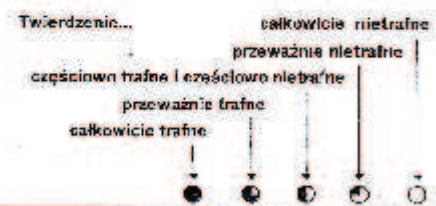
Nazwisko: ..... Imię: ..... Płeć:  K  M  
 Zawód: ..... Wykształcenie: ..... Wiek: .....

Prosimy o określenie swojego typowego sposobu zachowania się, nastawienia oraz swoich przyzwyczajeń związanych przede wszystkim z Państwa pracą zawodową. W tym celu prosimy o uważne przeczytanie każdego z poniższych twierdzeń i podjęcie decyzji, w jakim stopniu określone twierdzenie osobście odnosi się do Państwa.

Wybraną odpowiedź należy zaznaczyć krzyżykiem: np.



**Uwaga:**  
 Całkiem czarne kółko oznacza, że w pełni zgadzają się Państwo z danym twierdzeniem. Natomiast puste kółko, ze twierdzenie w ogóle nie odnosi się do Państwa.



- |   |                                  |                       |                       |                       |                       |
|---|----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Podstawową treścią mojego życia jest praca. ....   | <input checked="" type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. W moim zawodzie chciałabym/chciałbym osiągnąć lepsze wyniki, niż większość moich znajomych. .... | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Pracuję do pełnego wyczerpania, jeśli tego wymagają okoliczności. ....                           | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Moja praca zawsze musi być wykonana bezbłędnie i bez zarzutu. ....                               | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Zapominam o pracy po jej skończeniu. ....  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Jeśli nie osiągam sukcesu, to szybko rezygnuję. ....   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Według mnie trudności są po to, by je przozwycężyć. ....   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Trudno wyprowadzić mnie z równowagi. ....  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Dotychczas w mojej pracy zawodowej osiągałam/om sukcesy. ....                                    | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Mogę być zadowolona/y z mojego dotychczasowego życia. ....                                      | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Mój partner/partnerka (lub inna bliska osoba) przejawia zrozumienie dla mojej pracy. ....       | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Moja praca oznacza dla mnie wszystko. ....  | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Kariera zawodowa ma dla mnie niewielkie znaczenie. ....   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. W czasie pracy nie oszczędzam się. ....   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Raczej kilkakrotnie sprawdzę wykonaną pracę, niż oddam błędne wyniki. ....                      | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Nawet w czasie wolnym od pracy absorbują mnie problemy zawodowe. ....                           | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Żle sobie radzę z niepowodzeniami. ....   | <input type="radio"/>            | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- |   |                       |                       |                       |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 18. Jeżeli coś mi się nie udaje, to mówię sobie: „A właśnie, że spróbuję jeszcze raz.”  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Jestem niespokojnym człowiekiem.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. W dotychczasowym życiu zawodowym osiągnąłem więcej sukcesów, niż porażek.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Ogólnie mówiąc jestem szczęśliwa/y i zadowolona/y.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Moja rodzina mało interesuje się moimi sprawami zawodowymi.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Byłabym/byłbym szczęśliwa/y i bez mojej pracy.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Jeśli chodzi o pracę zawodową, uważam się za osobę ambitną.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Chyba więcej pracuję, niż to jest potrzebne.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Moją ambicją jest nie popełniać błędów w pracy.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 27. Po pracy łatwo potrafię się wyłączyć.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Niepowodzenia w pracy łatwo mnie zniechęcają.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Niepowodzenia nie zwalają mnie z nóg, lecz skłaniają do jeszcze większego wysiłku.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Wydaje mi się, że jestem dość gwałtowna/y.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Na razie nie miałam/łem żadnych prawdziwych sukcesów zawodowych.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Mam wszelkie podatki optymistycznie patrzeć w przyszłość.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Życzyłabym/życzyłbym sobie ze strony partnera/partnerki (lub innej bliskiej osoby) większego zainteresowania moimi zawodowymi problemami i zadaniami. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Praca jest mi potrzebna jak powietrze do oddychania.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Dążę do osiągnięcia wyższych celów zawodowych niż większość innych.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Jestem skłonna/y pracować ponad siły.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Niezależnie od tego, co robię, zawsze musi to być doskonałe.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Czas wolny jest czasem wolnym i wtedy nawet przez moment nie myślę o pracy.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Jeśli w pracy nie osiągam sukcesów, jestem przygnębiona/y.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Jestem pewna/y, że sprostatam wyzwaniom życia.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. Myślę, że w moim otoczeniu jestem ostoją spokoju.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. Jak dotąd w mojej karierze zawodowej prawie wszystko mi się udało.  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. W żaden sposób nie mogę narzekać na moje życie.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. Moja rodzina zawsze mnie wspiera.   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |



45. Nie mogę sobie wyobrazić, jakbym żyła/żył bez pracy. ....
46. Mam wiekle plany dotyczące mojej zawodowej przyszłości. ....
47. Porządek mojego dnia cechuje chroniczny brak czasu. ....
48. Dla mnie praca jest skończona tylko wtedy, kiedy jestem całkowicie zadowolona/y z jej wyniku. ....
49. Problemy związane z pracą zaprzęają mnie właściwie przez cały dzień. ....
50. Łatwo upadam na duchu, jeśli mimo wysiłku nie osiągam sukcesu. ....
51. Niepowodzenia potrafią dodać mi nowych sił. ....
52. Potrafię zachować się spokojnie i z rozwagą prawie we wszystkich sytuacjach. ....
53. Moje dotychczasowe życie charakteryzują się zawodowymi sukcesami. ....
54. Niektórymi stronami życia jestem dość męczarowana/y. ....
55. Niekiedy życzyłabym/życzyłbym sobie, żeby ludzie z mojego otoczenia bardziej mnie wspierali. ....
56. W życiu istnieją sprawy ważniejsze od pracy. ....
57. Sukces w pracy zawodowej jest dla mnie ważnym celem życiowym. ....
58. W pracę angażuję się bardzo silnie. ....
59. Jest mi nieprzyjemnie, gdy muszę oddać pracę, którą można by jeszcze poprawić. ....
60. Moje myśli prawie zawsze zajęte są pracą. ....
61. Jeśli mi się coś nie udało, czuję się zniechęcon/a/y. ....
62. Jeśli mi się coś nie udaje, jestem zawzięta/y i tym bardziej się staram. ....
63. Stres i podniecenie w moim otoczeniu nie wyprowadzają mnie z równowagi. ....
64. Moje sukcesy zawodowe są widoczne. ....
65. Niewiele jest tak szczęśliwych ludzi, jak ja. ....
66. Kiedy potrzebuję rady i pomocy, zawsze ktoś jest koło mnie. ....

Dziękujemy Państwu za udział w badaniu!!!