

WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD PERSONELU INTENSYWNEJ OPIEKI MEDYCZNEJ

Barbara Mróz
Instytut Psychologii
Uniwersytet Wrocławski
Wrocław

Agnieszka Turkiewicz
Wydział Nauk o Zdrowiu
Akademia Medyczna
Wrocław

Sylwester Mordarski
Katedra i Klinika Anestezjologii
i Intensywnej Terapii
Wrocław

BURNOUT IN THE INTENSIVE MEDICAL CARE STAFF

Summary. This paper aims at an analysis of the phenomenon of burnout and its psychological manifestations in a group of anesthesiologists and intensive care nurses compared to a group of those doctors and nurses who do not work in intensive care units. In order to verify the questions and hypotheses proposed, a well-known research tool has been applied, which is often quoted in psychology, i.e. the Burnout Inventory by Maslach *MBI*.

Our study has proved that the anesthesiologists show a very high level of burnout whereas a level of burnout in doctors of other specialities oscillates within a low result. An analysis of the results in the group of intensive care nurses has pointed out the occurrence of the burnout syndrome yet only regarding the emotional burnout, however it has been significantly higher in the group of nurses of other specialities. In order to understand the nature of the phenomenon, it is necessary to carry out further research, including an analysis of the reasons for the work-related stress and the factors conditioning and protecting against the occurrence of the phenomenon.

Wprowadzenie

Doświadczanie przez człowieka zawodowo zaangażowanego takich stanów, jak zniechęcenie, wyczerpanie sił psychicznych, czy też chęć wycofania się z zawodowej aktywności jest najczęściej następstwem długotrwałego stresu.

Adres do korespondencji: Barbara Mróz, e-mail, b.mroz@psychologia.uni.wroc.pl

Jako pierwsza w latach 70. XX wieku Maslach, amerykańska psycholog społeczna, przeprowadziła szereg badań i analiz w obrębie grupy prezentującej zawody związane z niesieniem pomocy innym ludziom i dowiodła, że emocjonalne wyczerpanie, negatywne postawy w postrzeganiu swoich podopiecznych czy też obojętność, jakie zgłaszają te osoby, zdaje się spełniać znamiona nowego syndromu do tej pory nieanalizowanego, syndromu wypalenia zawodowego (Maslach, 1976).

W nurcie badawczym zaproponowanym przez Maslach powstało w Polsce kilka prac. Biela twierdził, że problem stresu powstaje wówczas, kiedy człowiek spostrzega jakąś sytuację, zjawisko lub obiekt jako zagrażający jego życiu, zdrowiu czy integracji psychospołecznej (Biela, 1990). Sęk, promotor badań nad wypaleniem zawodowym, zajmując się tym problemem na szeroką skalę konstatowała, że różnice pojawiające się w różnych grupach zajmujących się służbami społecznymi wynikają ze stopnia zaangażowania w pracę i z charakteru czynności zawodowych (Sęk, 1996).

Z kolei Tucholska zwróciła uwagę zarówno na aspekty lęku i przeżywania sytuacji stresowej sprzyjającej wypaleniu zawodowemu u nauczycieli, jak i na element pozytywny w stresie, to jest na satysfakcję z zawodu (Tucholska, 1999). Człowiek wypalony zawodowo ponosi koszty emocjonalne na skutek zaangażowania się w pracę na rzecz drugiego człowieka, ale również może czerpać z tego satysfakcję.

Do ważnej pracy podejmującej zagadnienie stresu, a zatem w jakiejś części i wypalenia zawodowego należą badania Ogińskiej-Bulik (2006), choć trzeba podkreślić, że analizowała ona przede wszystkim stres u pracowników służb mundurowych. Analizowała ona nasilenie stresu doświadczanego w miejscu pracy, jego konsekwencje, a także posiadane zasoby osobiste i społeczne oraz strategie radzenia sobie ze stresem w różnych grupach zawodowych. Odczuwalny stres w pracy wiąże się z wypaleniem zawodowym przejawiającym się w postaci emocjonalnego wyczerpania i depersonalizacji. Jednak, jak stwierdza sama Ogińska-Bulik: „czynniki stresu wyjaśniają poziom wypalenia zawodowego w 19%, natomiast czynniki osobowościowe w 44%” (Ogińska-Bulik, 2006, s. 263; por. Tucholska, 2009).

Do zawodów o wysokim ryzyku wypalenia zawodowego należą zawody społeczne, takie jak zawód lekarza, pielęgniarki czy nauczyciela, gdyż ich działanie wymaga bezpośredniego kontaktu z ludźmi. Ostatnie lata przyniosły nasilenie wskaźników stresu, będącego wynikiem wzrostu obciążeń psychicznych w pracy, a także pewną gotowość w ujawnianiu stanów psychicznych u pracowników z sektora opieki medycznej (Sobczak, 2010).

Wysokie kompetencje zawodowe jakie wymagane są w przypadku lekarzy i pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej opieki medycznej, duża samodzielność w podejmowaniu decyzji (w przypadku lekarzy), a także znaczenie jakie sami lekarze i pielęgniarki anestetyczne przypisują uprawianiu swojego zawodu sprawiają, że jest on postrzegany jako wymagający coraz to większego wysiłku (por. Wilczek-Rużyczka, 2003; 2008). Jeśli dodać do tego trudne zawodowe relacje interpersonalne (problemy komunikacyjne czy postawy rywalizacyjne), często obciążenie związane ze złą organizacją pracy oraz pracę z osobami potrzebującymi pomocy (pacjenci), to otrzymany obraz staje się złożony i potencjalnie nasycony niebezpieczeństwem pojawienia się syndromu wypalenia zawodowego.

Wypalenie zawodowe jest rezultatem długotrwałego lub powtarzającego się obciążenia w wyniku długoletniej intensywnej pracy dla innych ludzi, a także uświadomienia sobie, że pomagający zużyli całkowicie swoje siły i nie są w stanie oraz nie mogą dać więcej pomocy ludziom. Syndrom wypalenia zawodowego nie pojawia się nagle. Kaslow i Schulman (1987) zaobserwowali wiele sygnałów ostrzegawczych, które mogą być także dostrzegane przez samą osobę trudniącą się zawodowym pomaganiem innym. Należą do nich: niechęć towarzysząca wychodzeniu do pracy, ciągłe skargi na odczuwany brak chęci do pracy, bądź przepracowanie, poczucie izolacji od świata, odbieranie życia jako ciężkiego i ponurego, wzrastająca ilość negatywnych wzajemnych przeniesień w kontaktach z innymi ludźmi (pacjentami), poirytowanie, negacja, drażliwość i brak cierpliwości w domu, dolegliwości o charakterze psychosomatycznym, myśli o ucieczce i samobójstwie.

Wypalenie zawodowe pozostaje według wielu badaczy w wyraźnym związku z nadużywaniem alkoholu, przyjmowaniem środków uspokajających, zażywaniem narkotyków (Constable, Russell, 1986). Birmingham i Ward, badając lekarki skonstatawali, że wśród lekarek anestezjologów średnia usiłowanych samobójstw jest wyższa niż przeciętna w społeczeństwie i wyższa niż wśród pozostałych lekarzy (Birmingham, Ward, 1985).

Z badań nad wypaleniem zawodowym personelu medycznego wynika, że lekarze i pielęgniarki są grupą szczególnie narażoną na stres zawodowy. Obcowanie z ludzkim cierpieniem, śmiercią, a także sam tryb pracy (dyżury, praca zmianowa) mogą powodować znaczne obciążenie psychiczne. Potwierdzają to badania wykonywane w różnych krajach: Fenglera w Niemczech (2001), Moraisa i in. w Portugalii (2006), Lindforsa w Finlandii (2006) czy Potter w Australii (2006).

Jednak jak zauważa Arana, przedstawiciele zawodów medycznych sami także unikają poszukiwania wsparcia (np. psychologicznego) i odrzucają propozycje pomocy. Co świadczyć może o nie zawsze świadomych dużych oczekiwaniach wobec siebie, jako tych, którzy mogą dawać, a nie mogą brać (Arana, 1982). Oczywiście charakter takiej postawy i jej uwarunkowania mogą mieć różne przyczyny i motywy (por. Muszalska, Krajnik, Rogiewicz, 2007; Sobczak, 2010).

Badania Kempera (1990) wskazują na liczne metody rozwiązywania problemów podejmowane przez lekarzy będących pod wpływem długotrwałego stresu zawodowego. Najczęściej lekarze uciekają w różne schematy postępowania: unikają spotkań z pacjentami, deprecjonują własne działania („moja praca nie ma sensu”), wykonują swoją pracę w pośpiechu, zasłaniają się (chowają) za narzędzia pracy (leki, oprzyrządowanie medyczne, technikę medyczną), są niecierpliwi i oskarżają pacjentów o brak współpracy (werbalizując to pacjentom lub myśląc o nich w taki sposób), obiecują pochnię powrót do zdrowia pacjentom i ich rodzinom, przeceniają szanse leczenia, nie doceniają szans na wyzdrowienie, wykonują przy pacjencie tylko to, co niezbędne, bez informowania go, aranżują „sceny rodzinne” mające na celu ukryć prawdziwy stan pacjenta, nadużywają alkoholu, środków farmaceutycznych (Kemper, 1990).

Problem wypalenia zawodowego w grupie lekarzy i pielęgniarek jest problemem poważnym i społecznie istotnym. Dotyczy grupy zawodowej, która często zgłasza brak satysfakcji życiowej, jest narażona na choroby somatyczne i problemy z dobrym funkcjonowaniem, a sama ma za zadanie opiekować się osobami chorymi. Dodatkowym

problemem, który może zasadniczo wpływać na występowanie zjawiska wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek jest nie najlepsza organizacja pracy w służbie zdrowia, która może generować sytuacje i zdarzenia wzmacniające zjawisko wyczerpania pracą (Mróz, 2007).

Celem prezentowanych w artykule badań jest analiza zjawiska wypalenia zawodowego oraz jego psychologicznych przejawów w grupie lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych w porównaniu z grupą lekarzy i pielęgniarek niepracujących na oddziałach intensywnej terapii.

Podstawowym problemem badawczym jest ustalenie, czy w badanej grupie lekarzy i pielęgniarek występuje zespół wypalenia zawodowego jako konsekwencja stresu związanego z ich działalnością zawodową. Definicję wypalenia zawodowego przyjęto za autorką zastosowanej w niniejszej pracy teorii i metody badawczej Maslach, która określa wypalenie zawodowe jako syndrom emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji i obniżenia zadowolenia z osiągnięć zawodowych, które może wystąpić u osób wykonujących zawody oparte na kontaktach z innymi ludźmi (Maslach, 1993; 1996).

W związku z powyższym oraz na podstawie zaprezentowanych wcześniej badań nad wypaleniem zawodowym, sformułowano następujące hipotezy.

H1: Praca wykonywana przez badanych lekarzy i pielęgniarki skutkuje syndromem wypalenia zawodowego, które będzie najsilniejsze w grupie lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych. Hipoteza pierwsza zakłada, że jednym z możliwych skutków stresu związanego z pracą w grupie lekarzy i pielęgniarek anestezjologicznych jest występujący zespół wypalenia. Wybór tej hipotezy uzasadniają wyniki dotychczasowych badań (Ulrich, 1989; Fengler, 2001; Lederer, 2005).

H2: Istnieją specyficzne wymiary wypalenia zawodowego charakterystycznego dla innych specjalności lekarskich (anestezjologów i pozostałych lekarzy pracujących w szpitalach).

H3: Istnieją specyficzne wymiary wypalenia zawodowego charakterystycznego dla innych specjalności pielęgniarskich (anestezjologicznych i pozostałych pielęgniarek pracujących w szpitalach).

H4: Istnieją specyficzne wymiary wypalenia zawodowego związane ze stażem pracy badanych lekarzy i pielęgniarek, polegające na odwrotnej zależności między czasem pracy a poziomem wypalenia zawodowego. Wybór hipotezy zakładającej istnienie związku pomiędzy długością stażu pracy zawodowej i płcią a poziomem wypalenia zawodowego badanych osób uzasadniają wyniki dotychczasowych badań (Sęk, 2000; Tucholska, 2009).

Metoda

Próba osób badanych. W niniejszych badaniach docelowa populacja generalna liczyła 300 osób, z czego przebadano 34 osoby metodą losowania prostego indywidualnego. Utworzono model populacji – przyjęto, że częstości względne (procenty) różnych cech w populacji powinny być w analogiczny sposób reprezentowane w próbie. Próba losowa w tym przypadku stanowi wycinek populacji generalnej, reprezentujący wszystkie jej właściwości, metoda doboru była związana z estymacją parametrów populacji (średnich). Próba była losowana przy wykorzystaniu operatu losowego. Opra-

cowano bazę danych w pakiecie statystycznym SPSS (14.0) (por. Pasikowski, 2000). Struktura procentowa dobranej próby nie różniła się istotnie statystycznie od populacji generalnej ze względu na wiek, płeć, wykształcenie, specjalizację zawodową.

Uzasadnienie wielkości próby było następujące: minimalną wielkość próby ustalono, zakładając, że celem badania jest m.in. estymacja przedziału ufności dla wartości przeciętnych pewnych cech psychologicznych, o których wiadomo, że charakteryzują się rozkładem normalnym. Wielkość próby ustalono tak, ażeby o parametrach móc wnioskować z prawdopodobieństwem $1 - \alpha = 0,99$, z błędem oszacowania nieprzekraczającym pół odchylenia standardowego. Przy obliczaniu minimalnej wielkości próby skorzystano z poniższego wzoru, przyjmując, że standaryzowana wariancja dowolnej cechy psychologicznej wynosi 1, podobnie jak odchylenie standardowe (zatem połowa odchylenia standardowego wynosi 0,5). Tak więc przyjęto, że:

Współczynnik ufności $1 - \alpha = 0,99$

$s^2 = 1$ – standaryzowana wariancja zmiennej

$s = 1$ – odchylenie standardowe zmiennej

$d = s/2$ – maksymalny dopuszczalny błąd oszacowania średniej

$t = 2,797$ – wartość odczytana z tablic dystrybuanty rozkładu normalnego dla współczynnika ufności $1 - \alpha = 0,99$

$$n = \frac{t_{\alpha}^2 * s^2}{d^2} = \frac{2,797^2 * 1^2}{0,5^2} = 31,3$$

Tak więc na podstawie powyższych obliczeń przyjęto, że liczebność próby badawczej powinna liczyć nie mniej niż 32 osoby, przebadano losowo – 34 anestezjologów. Próba była próbą reprezentatywną ze względu na rozkład wieku, płci, wykształcenia, specjalizacji zawodowej i spełniała kryterium reprezentatywności swojego środowiska, co sprawdzono testami istotności różnic.

Do oceny prób niezależnych wykorzystano jednoczynnikową analizę wariancji ANOVA, a dla prób zależnych – test t . Za poziom istotności przyjęto $p \geq 0,05$. Tabela 1 prezentuje badane grupy z podziałem na specjalności zawodowe i płeć.

Tabela 1. Badane grupy z podziałem na specjalności zawodowe i płeć ($N = 129$)

Badani	Liczba badanych N	Płeć	
		Kobiety	Mężczyźni
Lekarze anestezjododzy	34	19	15
Lekarze innych specjalności	32	28	4
Pielęgniarki anestezjologiczne	31	30	1
Pielęgniarki inne	32	32	0
Ogółem	129	109	20

Źródło: Wszystkie prezentowane dane w tabelach pochodzą z badań własnych

Badania zostały przeprowadzone w grupie lekarzy anestezjologów, dermatologów i okulistów oraz wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach intensywnej terapii, dermatologicznych i okulistycznych. Wszystkie badane osoby pracowały w państwowej służbie zdrowia, rekrutowały się z tych samych jednostek organizacyjnych, stąd możliwe było ich porównanie. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. W tabeli 2 przedstawiono liczebność badanych grup z uwzględnieniem stażu pracy.

Tabela 2. Badane grupy z podziałem na staż pracy ($N = 129$)

Badani	Liczba badanych N	Staż pracy (w latach)		
		Grupa A (1-13)	Grupa B (14-28)	Grupa C (29-43)
Lekarze	66	35	23	8
Pielęgniarki	63	15	38	10
Ogółem	129	50	61	18

Staż pracy badanych podzielono na trzy etapy: A – staż pracy od 1 roku do 13 lat, B – staż pracy od 14 do 28 lat i C – staż pracy od 29 do 43 lat. Uczyniono tak zgodnie z zasadami współczesnej statystyki, gdzie przyjmuje się, że: „najlepiej, jeśli liczba przedziałów klasowych (interwałów), waha się od 10 do 15” (Francuz, Mackiewicz, 2007, s. 108-109 i 110-117). Zaproponowany przez nas podział spełnia to kryterium. Autorzy podręcznika do statystyki ponadto podają też, że im więcej przedziałów się utworzy, tym trudniej będzie analizować przetworzony w ten sposób zbiór danych. I odwrotnie, im będzie ich mniej (np. tylko dwa), tym więcej utracimy informacji na jego temat. Sugerują także odwołać się do doświadczenia badań w danej dziedzinie, a te w tym przypadku są jednoznaczne: badanymi były osoby o stażu pracy krótkim (początkowym), przeciętnym (średnim) i znacznym (zaawansowanym), w sumie staż pracy obejmował 43 lata i 40 lat życia. W zawodzie lekarza specjalisty ma to dodatkowe uzasadnienie, gdyż inne jest doświadczenie w pracy na początku jej trwania, w wieku średnim czy późnej dojrzałości. Ma to związek tak ze sprawnością fizyczną lekarzy, jak i intelektualną. Wielu psychologów zajmujących się dużymi przekrojowo grupami stosuje podobne podziały (Pasikowski, 2000; Mróz, 2007; Tucholska, 2009).

W grupie lekarzy panuje równowaga jeśli chodzi o liczbę pracowników z najmłodszym i średnim stażem pracy, w grupie pielęgniarek większość pracowników to osoby o średnim stażu pracy. To też jest zgodne z klasycznym rozkładem.

Badaniem objęto: 34 lekarzy anestezjologów (LA) oraz 14 lekarzy dermatologów i 18 lekarzy okulistów, którzy stanowili grupę lekarzy innej specjalności (LI) oraz 31 pielęgniarek anestezjologicznych (PA), a także 12 pielęgniarek dermatologicznych i 20 pielęgniarek okulistycznych, stanowiących grupę pielęgniarek innych (PI). Ogółem zbadano 129 osób.

Wiek badanych lekarzy wahał się w przedziale od 27 do 67 lat, natomiast badanych pielęgniarek od 23 do 56 lat. Średnia wieku lekarzy wynosiła 47,5 lat, średnia wieku pielęgniarek wynosiła 39,5 lat.

W celu porównania poziomu wypalenia zawodowego wśród lekarzy i pielęgniarek, osoby badane podzielono na cztery grupy: grupa I (LA) – lekarze anesteziolodzy, grupa II (PA) – pielęgniarki anesteziologiczne, grupa III (LI) – lekarze innych specjalności (dermatolodzy, okuliści) oraz grupa IV (PI) – pielęgniarki innych specjalności (dermatologiczne, okulistyczne).

Pomiar. Celem zweryfikowania hipotez zastosowano Kwestionariusz wypalenia zawodowego Maslach *MBI* (*Maslach Burnout Inventory*). Kwestionariusz Maslach, pomimo że ma na świecie bogatą literaturę, w Polsce stosowany jest dopiero od lat 90. XX wieku (Sęk, Tucholska, Ogińska-Bulik), jest najbardziej znanym i najczęściej używanym narzędziem na świecie do badania wypalenia zawodowego. Na podstawie indexu *Dissertation Abstract International* szacuje się, że w latach 1976-1996 Kwestionariusz wypalenia zawodowego opracowany przez Maslach został wykorzystany w 91% badań publikowanych w tym okresie (Schaufeli, Enzmann, 1998).

Kwestionariusz *MBI* ocenia poziom wypalenia zawodowego w trzech skalach, takich jak: obniżenie zadowolenia z osiągnięć (ZO), wyczerpanie emocjonalne (EW), depersonalizacja (DP).

1. Obniżenie zadowolenia z osiągnięć (ZO) – skala zbudowana jest z 8 itemów, które mierzą subiektywną ocenę własnej pracy, jej efektów, ocenę skuteczności radzenia sobie z problemami z pacjentami i satysfakcję z niej płynącą.
2. Wyczerpanie emocjonalne (EW) – skale tworzy 9 itemów, które mierzą subiektywną ocenę zasobów emocjonalnych i kondycji, takich jak: poczucie ogólnego zmęczenia, brak energii do pracy i działania w ogóle, zwiększona nerwowość.
3. Depersonalizacja (DP) – skala składa się z 5 itemów i mierzy specyficzny, instrumentalny stosunek do pacjentów. Wyraża się on dystansem, nieraz cynicznymi reakcjami werbalnymi itp. (Maslach, 1976; Maslach, Jackson, Leiter, 1996).

Każde twierdzenie jest oceniane na skali siedmiostopniowej ze względu na częstotliwość występowania u badanego odczuć czy symptomów, które ujmuje kwestionariusz. W wyniku badania otrzymuje się trzy wskaźniki liczbowe, które są sumą punktów w skalach wyodrębnionych przez Maslach (1976). Dla obliczenia wyników obniżenia zadowolenia z osiągnięć zawodowych zastosowano za Sęk procedurę odwrócenia wyników w celu umożliwienia porównywania uśrednionych wyników w pozostałych podskalach oraz obliczenia wyniku ogólnego wypalenia zawodowego (Sęk, 1996). Trzeba podkreślić, że wprowadzony przez Sęk skrót CW jako symbol ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego jest w Polsce powszechnie stosowany (Sęk, 1996; Pasikowski, 2000 – ośrodek poznański; Tucholska, 1999; 2009 – ośrodek lubelski; Wilczek-Rużyczka, 2008 – ośrodek krakowski; Sobczak, 2010 – ośrodek gdański; Mróz, 2010 (w druku) – ośrodek wrocławski).

Współczynniki rzetelności kwestionariusza *MBI* wyznaczone metodą wewnętrznej zgodności w próbie normalizacyjnej wynoszą odpowiednio: wyczerpanie emocjonalne $\alpha = 0,90$, depersonalizacja $\alpha = 0,70$, obniżenie zadowolenia z osiągnięć $\alpha = 0,81$ (Maslachi i in., 1996).

Estymacja rzetelności polskiej wersji kwestionariusza *MBI* dokonana przez Sęk (1996) w grupie nauczycieli i pielęgniarek, skutkowałą następującymi wynikami: wyczerpanie emocjonalne $\alpha = 0,79$, depersonalizacja $\alpha = 0,44$, obniżenie zadowolenia

z osiągnięć $\alpha = 0,73$, dla ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego $\alpha = 0,84$. Pasikowski (2000) dokonał oceny rzetelności testu na grupie nauczycieli i pielęgniarek ($N = 257$), gdzie uzyskał wyniki w zakresie skal: wyczerpanie emocjonalne $\alpha = 0,85$, depersonalizacja $\alpha = 0,59$, obniżenie zadowolenia z osiągnięć $\alpha = 0,76$.

Wyniki

W tabeli 3 przedstawiono analizę poziomu wypalenia zawodowego, porównując grupę lekarzy anestezyjologów (LA) z grupą pielęgniarek anestezyjologicznych (PA).

Tabela 3. Porównanie średnich wyników, istotność różnic między wynikami w *MBI* w grupie lekarzy anestezyjologów (LA) i pielęgniarek anestezyjologicznych (PA)

<i>MBI</i>	Lekarze anestezyjolodzy (LA)		Pielęgniarki anestezyjologiczne (PA)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ZO – obniżenie zadowolenia z osiągnięć zawodowych	15,76	8,03	12,00	7,12	1,97
EW – emocjonalne wyczerpanie	27,18	8,71	18,87	8,83	3,78***
DP – depersonalizacja	8,79	5,84	4,26	4,37	3,56***
CW – ogólny wskaźnik wypalenia zawodowego	51,74	16,70	35,23	16,60	3,96***

*** $p < 0,001$

W tabeli 3 dokonano porównania poziomu wypalenia zawodowego w grupie lekarzy i pielęgniarek anestezyjologicznych. Analiza statystyczna wskazuje, że wariancje w grupach są niemal w każdym przypadku jednorodne, co oznacza, że wpływ czynników zakłócających pomiar w każdej grupie był taki sam. Różnice istotne statystycznie wystąpiły w przypadku czynnika wypalenia emocjonalnego na poziomie istotności 0,0001 oraz czynnika depersonalizacji na poziomie istotności 0,001. Istotny okazał się także wynik ogólnego wskaźnika wypalenia zawodowego na poziomie istotności 0,0001. Lekarze anestezyjolodzy uzyskali istotnie wyższe wyniki we wszystkich tych czynnikach w porównaniu z pielęgniarkami tej specjalności. Wskazuje to na wyższy poziom ogólnego wypalenia zawodowego w grupie lekarzy anestezyjologów (CW = 51,74) w porównaniu z pielęgniarkami anestezyjologicznymi (CW = 35,23). Wyższe wyniki w zakresie czynnika emocjonalnego wyczerpania (lekarze: EW = 27,18; pielęgniarki: EW = 18,87) oznaczają, że lekarze w większym stopniu czują się emocjonalnie wyeksploatowani i zmęczeni pracą w porównaniu z pielęgniarkami. Przejawiać się to może również brakiem energii do działania oraz zwiększoną drażliwością. Wyższy wynik w podskali depersonalizacji (lekarze: DP = 8,79; pielęgniarki: DP = 4,26) wskazuje, że lekarze w większym stopniu, niż pielęgniarki, mogą się dystansować od swoich pacjentów, czyniąc kontakty z nimi bardziej bezosobowymi.

W tabeli 4 zaprezentowano wyniki, jakie uzyskali wszyscy badani lekarze w poszczególnych podskalach jak i w ogólnym wyniku testu badającego wypalenie zawodowe.

Tabela 4. Porównanie średnich wyników, istotność różnic między wynikami w *MBI* w grupie lekarzy anesteziologów (LA) i lekarzy innych specjalności (LI)

<i>MBI</i>	Lekarze anesteziolodzy (LA)		Lekarze innych specjalności (LI)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ZO	15,76	8,03	14,53	9,23	0,58
EW	27,18	8,71	20,31	10,52	2,89**
DP	8,79	5,84	6,59	6,55	1,44
CW	51,74	16,70	41,44	22,09	2,14*

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Porównanie poziomu wypalenia zawodowego w grupie lekarzy anesteziologów (LA) z lekarzami innych specjalności (LI) wskazuje, że ogólny wynik wypalenia zawodowego (lekarze anesteziolodzy: CW = 51,74; lekarze innych specjalności: CW = 41,44) jest istotny na poziomie 0,05. Podobnie lekarze anesteziolodzy uzyskali wyższy wynik w zakresie czynnika emocjonalnego wyczerpania (EW = 27,18) w porównaniu z lekarzami innych specjalności (EW = 20,31) na poziomie istotności 0,005. Wynik taki wskazuje, że lekarze anesteziolodzy w większym stopniu czują się emocjonalnie zmęczeni i wyeksploatowani w wyniku stresu związanego z wykonywaną pracą niż lekarze specjalności niezwiązanych z intensywną opieką nad chorymi.

W Tabeli 5 dokonano porównania poziomu wypalenia zawodowego w poszczególnych skalach w grupie pielęgniarek anesteziologicznych i pielęgniarek innych specjalności.

Tabela 5. Porównanie średnich wyników, istotność różnic między wynikami w *MBI* w grupie pielęgniarek anesteziologicznych (PA) i pielęgniarek innych specjalności (PI)

<i>MBI</i>	Pielęgniarki anesteziologiczne (PA)		Pielęgniarki innych specjalności (PI)		<i>t</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ZO	12,00	7,12	12,30	10,18	-0,13
EW	18,87	8,83	25,03	11,32	-2,35*
DP	4,26	4,37	5,53	6,83	-0,87
CW	35,23	16,60	42,87	22,53	-1,49

* $p < 0,05$

Porównanie poziomu wypalenia zawodowego pomiędzy pielęgniarkami anestezyjologicznymi (PA) a pielęgniarkami pracującymi na innych oddziałach (PI) wskazuje, że poziom emocjonalnego wyczerpania jest wyższy w grupie pielęgniarek nieanestezyjologicznych (pielęgniarki nieanestezyjologiczne: EW = 25,03; pielęgniarki anestezyjologiczne: EW = 18,87), na poziomie istotności 0,022. Wynik ten jest odwrotny od oczekiwanego, gdyż wskazuje, że to pielęgniarki anestezyjologiczne są w mniejszym stopniu emocjonalnie wyczerpane stresem związanym z opieką nad pacjentami w intensywnej opiece w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi na oddziałach nieintensywnej opieki medycznej.

Ważnym było porównanie wskaźnika wypalenia zawodowego i jego występowania na tle stażu pracy badanych. Tabela 6 pokazuje wyniki wszystkich badanych lekarzy i staż zawodowy, a także ujmuje zależności między tymi obszarami.

Tabela 6. Poziom wypalenia zawodowego w grupie wszystkich badanych lekarzy w zależności od stażu pracy

<i>MBI</i>	Grupa I (1-13 lat)		Grupa II (14-28 lat)		Grupa III (29-43 lat)		<i>F</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ZO	18,77	7,98	11,65	7,21	9,50	8,37	8,25***
EW	24,74	11,03	22,78	8,72	23,00	10,98	0,28
DP	9,11	6,10	6,30	6,16	5,75	6,48	1,92
CW	52,63	20,13	40,74	17,64	38,25	20,17	3,52*

* $p < 0,05$; *** $p < 0,01$

Analiza statystyczna pokazuje różnice istotne statystycznie, które wystąpiły w skali zadowolenia z osiągnięć zawodowych na poziomie 0,001 oraz w wyniku ogólnego wypalenia zawodowego na poziomie 0,036. W przypadku skali obniżenia zadowolenia z osiągnięć zawodowych analiza pokazała, że grupa I, czyli osoby pracujące w zawodzie od 1 roku do 13 lat uzyskała istotnie wyższe wyniki (ZO = 18,77) niż pozostałe grupy, w których umieszczono osoby pracujące dłużej, odpowiednio grupa II – od 14 do 28 lat (ZO = 11,65) i grupa III – od 29 do 43 lat (ZO = 9,50). Wynik taki sugeruje, że im dłużej dana osoba pracuje w tym zawodzie, to nabywa coraz większego doświadczenia i kompetencji w pomaganiu chorym, co może chronić, to ją przed zjawiskiem wypalenia zawodowego. W przypadku wyniku ogólnego wypalenia zawodowego grupa I uzyskała istotnie wyższe wyniki (CW = 52,63) niż grupa II (CW = 40,74) i grupa III (CW = 38,25), co wskazuje na większe nasilenie zespołu wypalenia zawodowego wśród lekarzy krótko pracujących w zawodzie.

W tabeli 7 przedstawiono analizę porównawczą ogólnego poziomu wypalenia zawodowego oraz wyników w poszczególnych podskalach w grupie wszystkich badanych pielęgniarek, biorąc pod uwagę staż pracy w zawodzie.

Tabela 7. Poziom wypalenia zawodowego w grupie wszystkich badanych pielęgniarek w zależności od stażu pracy

<i>MBI</i>	Grupa I (1-13 lat)		Grupa II (14-28 lat)		Grupa III (29-43 lat)		<i>F</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
ZO	12,60	7,49	12,61	8,94	9,56	10,14	0,46
EW	21,40	8,49	21,72	10,73	23,78	13,53	0,16
DP	6,33	4,64	5,03	6,35	2,20	3,85	1,64
CW	40,33	18,23	39,33	20,79	35,78	21,45	0,15

Analiza statystyczna korelacji pomiędzy stażem pracy a poziomem wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek nie wykazała wyników istotnych statystycznie.

Dyskusja

Hipoteza H1 mówiąca, że praca wykonywana przez lekarzy anestezjologów i pielęgniarki anestezjologiczne skutkuje syndromem wypalenia zawodowego, uzyskała potwierdzenie. Zaprezentowane badania w pełni ten syndrom potwierdzają (tabele 3, 4 i 5). Warto w tym miejscu przytoczyć wyniki badań uzyskanych przez Ogińską-Bulik, w których autorka, badając konsekwencje stresu zawodowego analizowała go w sposób przekrojowy, w różnych grupach pracowniczych, i w obrębie różnych wymiarów psychologicznych. Wyższy ogólny poziom stresu zawodowego badany metodą *MBI* Maslach został ustalony na poziomie 49,04 i różnicuje on niższy poziom 40,89 wartością $t = -7,14$ $p < 0001$ (Ogińska-Bulik, 2006, s. 140). W tym świetle stwierdzić należy, że badani przez nas lekarze anestezjolodzy wykazują bardzo wysoki poziom ogólnego wypalenia zawodowego (CW = 51,74), natomiast poziom wyczerpania pracą w grupie lekarzy innych specjalności oscyluje w granicach wyniku niskiego (CW = 41,44). W skali emocjonalnego wyczerpania, której wynik w niniejszym badaniu uzyskał istotność statystyczną, zarówno lekarze anestezjolodzy, jak i lekarze innych specjalności wykazują wysoki poziom emocjonalnego zmęczenia stresem zawodowym (EW: LA = 27,18; LI = 20,31).

Analiza wyników w grupie pielęgniarek wskazuje na występowanie syndromu wypalenia zawodowego jedynie w aspekcie emocjonalnego wyczerpania pracą (EW: PA = 18,87; PI = 25,03; wskazuje także na wyższy poziom wypalenia w badaniach Ogińskiej-Bulik: EW = 19,27), z tym, że jest on istotnie wyższy w grupie pielęgniarek innych specjalności.

Analizując z kolei wyniki badania poziomu wypalenia zawodowego u osób z wyższym wykształceniem (nauczycieli), przeprowadzone przez Tucholską (2003) oraz badania lekarzy anestezjologów i lekarzy innych specjalności dokonane przez nas należy stwierdzić, że uzyskane wyniki wyraźnie wskazują na wyższy poziom ogólnego wypalenia zawodowego w grupie lekarzy anestezjologów (CW = 51,74) w porównaniu z nauczycielami (CW = 42,00). Podobna prawidłowość występuje w zakresie emocjo-

nalnego wyczerpania pracą, lekarze anesteziolodzy uzyskują wynik 27,18, a nauczyciele 21,07. Lekarze innych specjalności uzyskują wyniki podobne do nauczycieli we wszystkich skalach kwestionariusza *MBI* (por. Tucholska, 2003, s. 134).

Analogicznie, kiedy porównano wyniki naszych badań uzyskanych przez pielęgniarki z rezultatami prac Pasikowskiego okazało się, że pielęgniarki innych specjalności przejawiają wyższy poziom emocjonalnego wyczerpania pracą ($EW = 25,03$) w porównaniu z pielęgniarkami anesteziologicznymi ($EW = 18,87$), jak również z badaną przez Pasikowskiego grupą pielęgniarek ($EW = 19,94$) tą samą metodą (Pasikowski, 1996, s. 31).

Postawiona w naszych badaniach hipoteza H2 uzyskała potwierdzenie w obrazie uzyskanych wyników. Zakładano w niej istnienie specyficznych elementów wypalenia zawodowego, charakterystycznego dla poszczególnych specjalności lekarskich (anesteziologów i pozostałych lekarzy pracujących w szpitalach). Lekarze anesteziolodzy wykazali wyższy poziom wypalenia zawodowego niż lekarze innych specjalności w zakresie ogólnego wyniku ($p \leq 0,05$) oraz istotny statystycznie wynik w skali emocjonalnego wyczerpania ($p \leq 0,005$). Może to wskazywać na wyższy poziom poczucia emocjonalnego obciążenia związanego z towarzyszeniem chorym, którzy w sposób bardzo bezpośredni zagrożeni są utratą życia. Taki wniosek zgodny jest z wcześniejszym paradygmatem koncepcji Maslach, w którym nawiązywała ona do interakcyjnej koncepcji stresu, opierając się na paradygmacie relacji dawca – biorca (pracownik – klient, lekarz – pacjent). Podobnie interpretują to: Lazarus (1986; 1999) i Heszten-Niejodek (1997), Wilczek-Rużyczka (2003; 2008) czy Sobczak (2010), pisząc o specyfice stylu radzenia sobie z sytuacją stresową, związaną z charakterystyką jednostki i jej indywidualnym zróżnicowaniem.

Odmienne od założonych (H3) wyniki uzyskano, analizując porównawczo grupy pielęgniarek. Postawiona hipoteza H3 zakładała, że istnieją specyficzne elementy wypalenia zawodowego, charakterystycznego dla grupy pielęgniarek anesteziologicznych i pozostałych pielęgniarek pracujących w szpitalach. Istotny statystycznie wynik uzyskano w skali emocjonalnego wyczerpania, ale wyższy wynik uzyskały pielęgniarki innych specjalności w porównaniu z pielęgniarkami anesteziologicznymi. Oznacza to, że pielęgniarki innych specjalności przejawiają wyczerpanie emocjonalnych zasobów, czują się zmęczone i rozdrażnione, a także nie widzą możliwości odnowienia swoich emocjonalnych sił w większym stopniu niż pielęgniarki anesteziologiczne. Biorąc pod uwagę najnowszy paradygmat koncepcji Maslach, gdzie stres zawodowy jest traktowany jako wynik interakcji pomiędzy osobą a pracą zawodową należy uwzględnić również takie czynniki wpływające na wystąpienie syndromu wypalenia zawodowego, jak konflikty w pracy czy zła jej organizacja (m.in. nadmiar obowiązków). Poza tym wśród pielęgniarek okulistycznych były także takie, które oprócz pracy na oddziale uczestniczyły również w asyście podczas operacji. W związku z tym należałoby dokonać dalszych badań tych grup zawodowych w celu dookreślenia, co konkretnie ten stres wywołuje.

Ciekawych informacji dostarcza analiza poziomu wypalenia zawodowego w zależności od stażu pracy. Wyniki potwierdzają hipotezę H4, w której założono, że istnieją specyficzne elementy wypalenia zawodowego charakterystycznego dla stażu pracy

badanych lekarzy i pielęgniarek. Badania wykazały, że poziom wypalenia zawodowego spada wraz ze stażem pracy. Im dłuższy jest staż pracy, tym mniejsze wypalenie zawodowe przejawiają badani zarówno w ogólnym wyniku, jak i w skalach: obniżenia zadowolenia z osiągnięć zawodowych i depersonalizacja. Może to wskazywać na wypracowanie mechanizmów obronnych i skuteczniejszych strategii radzenia sobie ze stresem zawodowym u osób pracujących dłużej z osobami chorymi w porównaniu z tymi, którzy pracują krócej. Świadczy to o znaczeniu doświadczenia osobistego w radzeniu sobie z napięciem wynikającym z pracy medycznej oraz w wypracowaniu postawy „zobiektywizowanej troski”, polegającej na dbałości o dobro pacjenta z jednoczesnym dystansowaniem się od problemów zawodowych po to, aby skutecznie pomagać. Wzrastający wynik w skali osiągnięć zawodowych wskazuje również na ważny udział poczucia własnych kompetencji zawodowych oraz ich posiadania w przeciwdziałaniu zjawisku wypalenia. Podobnie zjawisko to widzi Tucholska (2003). Wynik taki może również wskazywać na występowanie depersonalizacji jako mechanizmu obronnego, chroniącego przed nadmiernym emocjonalnym zaangażowaniem się w problemy i sytuację osób chorych. Maslach wymienia techniki dystansowania się, które stanowią ochronę przed wystąpieniem wypalenia, ale podkreśla, że przesadne i długotrwałe ich stosowanie może doprowadzić do nadmiernego dystansu i obojętności wobec pacjentów. Wydaje się, że depersonalizacja pacjentów przez młodych pracowników może wynikać z lęku przed nadmiernym zaangażowaniem się w problemy zawodowe, a przez to przed wypaleniem się w pracy z osobami chorymi.

Wnioski

Przeprowadzone badania i analizy przedstawiają zależności poziomu wypalenia zawodowego od specjalności i stażu pracy personelu medycznego. Badanie i analiza dotyczyły grupy lekarzy anestezjologów i pielęgniarek anestezjologicznych, które ze względu na specyfikę swojej pracy (m.in. realne zagrożenie życia pacjentów, dylematy natury etycznej, większą nieprzewidywalność skutków działań personelu medycznego) wydają się być bardziej obciążeni stresem wynikającym z pracy niż lekarze i pielęgniarki innych specjalności (dermatologicznych i okulistycznych). Autorzy oparli swoje badania i analizy na teorii i metodzie badawczej Maslach, która w swojej koncepcji wykorzystuje interakcyjną koncepcję stresu.

Przeprowadzone badania wykazały, że lekarze anestezjolodzy przejawiają bardzo wysoki poziom wypalenia zawodowego, natomiast poziom wyczerpania pracą w grupie lekarzy innych specjalności oscylował w granicach wyniku niskiego. Analiza wyników w grupie pielęgniarek wskazywała występowanie syndromu wypalenia zawodowego jedynie w aspekcie emocjonalnego wyczerpania pracą, był on jednak istotnie wyższy w grupie pielęgniarek innych specjalności. Dla głębszego poznania istoty opisywanego zjawiska konieczne są dalsze badania, polegające między innymi na analizie przyczyn stresu związanego z pracą oraz czynników warunkujących i zabezpieczających przed wystąpieniem tego zjawiska. Autorzy niniejszego artykułu są w trakcie przeprowadzania dalszych badań mających ustalić rolę wymienionych wyżej czynników w tej grupie badanych. W tym świetle praktyczna aplikacja zaprezentowanych badań wydaje się mieć dodatkowe uzasadnienie.

Literatura cytowana

- Arana, G.W. (1982). The impaired physician: A medical and social dilemma. *General Hospital Psychiatry*, 4(2), 147-153.
- Biela, A. (1990). Stres życia i pracy w Polsce lat osiemdziesiątych. W: A. Biela (red.) *Stres w pracy zawodowej. Wybrane zagadnienia* (s. 17-33). Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Birmingham, P.K., Ward, R.J. (1985). A high-risk suicide group; the at involved in litigation. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1225-1231.
- Constable, J.F., Russell, D.W. (1986). The effect of social support and the work environment upon burnout among nurses. *Journal of Human Stress*, 12(1), 20-26.
- Fengler, J. (2001). *Pomaganie mężczyz. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Francuz, P., Mackiewicz, R. (2007). *Liczby nie wiedzą, skąd pochodzą. Przewodnik po metodologii i statystyce*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Heszen-Niejodek, I. (1997). Styl radzenia sobie ze stresem: fakty i kontrowersje. *Czasopismo Psychologiczne*, 1, 7-22.
- Kaslow, F.W., Schulman, N. (1987). How to be sane and happy as a family therapist or the reciprocal impact of family therapy teaching and practice and therapists personal lives and mental health. *Journal of Psychotherapy & The Family*, 3(2), 79-96.
- Kemper, J. (1990). *Alternde und ihre jüngeren Helfer*. München: Ernst Reinhard Verlag.
- Lazarus, R.S. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 3-4, 2-39.
- Lazarus, R.S. (1999). Ocena poznawcza. W: P. Ekman, R.J. Davidson (red.) *Natura emocji. Podstawowe zagadnienia* (s. 183-190). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lederer, W., Kinzl, J.F., Trefalt, E., Traweger, C., Benzer, A. (2005). Significance of working conditions on burnout in anesthetists. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 50, 1, 58-63.
- Lindfors, P.M., Nurmi, K.E., Meretoja, O.A., Luukkonen, R.A., Viljanen, A.M., Leino, T.J., Harma, M.I. (2006). On-call stress among Finnish anaesthetists. *Anaesthesia*, 61(9), 856-866.
- Maslach, Ch. (1976). Burned-out. *Human Behavior*, 5, 16-22.
- Maslach, Ch. (1993). Burnout. A multidimensional perspective. W: W.B. Schaufeli, Ch. Maslach, T. Marek (red.) *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (s. 19-32). Washington, DC: Taylor & Francis.
- Maslach, Ch., Jackson, S., Leiter, M. (1996). *The Maslach Burnout Inventory*. 2nd.edn. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Morais, A., Maia, P., Azevedo, A., Amaral, C., Tavares, J. (2006). Stress and burnout among Portuguese anaesthesiologists. *European Journal of Anaesthesiology*, 23, 5, 433-439.
- Mróz, B. (2007). Health and environment protection as a value in a group of head nurses. *Polish Journal of Environmental Studies*, 16(5A), 362-368.

- Mróz, B. (w druku). *Poczucie jakości życia i przystosowanie a dobro wspólne*.
- Muszalska, M., Krajnik, M., Rogiewicz, M. (2007). Does the palliative medicine specialist cope better with stress an anaesthetist, surgeon or general practitioner? A study on job-related experience and behaviour patterns. *Advances in Palliative Medicine*, 6, 69-74.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Źródła – konsekwencje – zapobieganie*. Warszawa: Difin.
- Pasikowski, T. (1996). Charakterystyka próby i metody badawcze wykorzystywane w badaniu wypalenia zawodowego. W: H. Sęk (red.) *Wypalenie zawodowe: psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania* (s. 27-40). Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke.
- Pasikowski, T. (2000). Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. W: H. Sęk (red.) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie* (s. 135-148). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Potter, C. (2006). To what extent do nurses and physicians working within the emergency department experience burnout: A review of the literature. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 9, 57-64.
- Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998). *The burnout companion to study and practice: A Critical Analysis*. London: Taylor and Francis.
- Sęk, H. (1996). *Wypalenie zawodowe. Psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke.
- Sęk, H. (2000). Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Uwarunkowania i możliwości zapobiegania. W: H. Sęk (red.) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie* (s. 149-167). Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Sobczak, M. (2010). Motywy wyboru zawodu a wypalenie zawodowe pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18(2), 207-211.
- Tucholska, S. (1999). Stres i satysfakcja w zawodzie nauczyciela. *Roczniki Nauk Społecznych*, 27(2), 51-61.
- Tucholska, S. (2003). *Wypalenie zawodowe nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Tucholska, S. (2009). *Wypalenie zawodowe nauczycieli. Psychologiczna analiza zjawiska i jego osobowościowych uwarunkowań*. Wydanie II poprawione. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Ulrich, A. (1989). *Krebsstation Belastungen der Helfer*. Frankfurt: Peter Jany Verlag.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2003). Poziom empatii a aktywność komunikowania u pielęgniarek. *Problemy Pielęgniarstwa*, 1-2, 74-77.
- Wilczek-Rużyczka, E. (2008). *Wypalenie zawodowe a empatia u lekarzy i pielęgniarek*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.