

Katarzyna Kwiecień-Jaguś^{1, 2}, Maria Wujtecicz¹, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska^{1, 2}, Aleksandra Gaworska-Krzemińska³

¹Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Gdański Uniwersytet Medyczny

O bciążenie pracą a satysfakcja zawodowa pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii w placówkach ochrony zdrowia noszących miano Szpitali Magnesów (*Magnet Hospital*)

Workload and job satisfaction among intensive care nurses in the medical centers called Magnet Hospitals

Źródła finansowania: dotacja Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego dla Młodych Naukowców.

STRESZCZENIE

Potrzeba istnienia oddziałów intensywnej terapii wraz z wysoko wykwalifikowanym personelem medycznym jest niezbędna w prawidłowym funkcjonowaniu każdej placówki medycznej. Zmiany demograficzne, a także postęp technologiczny, który pozwala na wydłużenie średniej długości życia, sprawiają, że liczba pacjentów hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii z roku na rok wzrasta. Wszelkie obecne braki personelu pielęgniarskiego w Polsce i na świecie stanowią ważny problem legislacyjny. Coraz gorsze warunki pracy, niezadawalające płace, jak również brak pewności rozwoju zawodowego są jednym z głównych powodów migracji. Praca personelu pielęgniarskiego jest jedną z najtrudniejszych o dużym poziomie odpowiedzialności. Jej nieodzownym elementem jest znaczny poziom poczucia obciążenia i zmęczenia. Przekłada się to na subiektywny odbiór warunków pracy, w tym ocenę poziomu satysfakcji zawodowej.

Coraz więcej krajów, dążąc do poprawy sytuacji w zakresie zatrzymania *exodusu* personelu pielęgniarskiego do krajów bardziej rozwiniętych, tworzy „przyjazne środowiska pracy”. Środowiska te są udziałem Szpitali Magnesów.

Celem pracy była krytyczna analiza problemu obciążenia pracą i jego wpływu na poziom satysfakcji zawodowej personelu pielęgniarskiego oddziałów intensywnej terapii. W pracy przeanalizowano piśmiennictwo krajowe i zagraniczne dotyczące obciążenia pracą, środowiska pracy oddziału intensywnej terapii, a także zasady funkcjonowania Szpitali Magnesów.

Problemy Pielęgniarstwa 2012; 20 (4): 529–534

Słowa kluczowe: oddział intensywnej terapii, obciążenie pracą zawodową, satysfakcja zawodowa, organizacja i administracja szpitala

ABSTRACT

The need for intensive care services and high educated, trained intensive care nurses professionals has grown substantially. These factors have been fundamentals for the proper hospital functioning. Demographic changes mainly ageing of the population as well as medical-technologic progress, cause that amount of intensive care patients seems to increase progressively each year. The national and global nursing shortage have been very important issues of health policy. Changes in work environment as well as wages reduction and uncertain career in nursing profession have been one of the main reason of job migration. Nursing profession is one of the most difficult and responsible. Workload and fatigue among intensive care nurses have been persistent problems associate with job satisfaction. To prevent nursing exodus many countries have aspired to create a positive work environments. These elements have been associated with Magnet Hospitals. This paper provides a critical review of nursing workload and job satisfaction problem among intensive care nurses. It contains a review of Polish and foreign bibliography on such issues as workload, job satisfaction and Magnet Hospital attributes.

Nursing Topics 2012; 20 (4): 529–534

Key words: intensive care (ICU) work environment, nursing workload, job satisfaction, hospital organization and administration

Adres do korespondencji: mgr Katarzyna Kwiecień-Jaguś, Klinika Anestezjologii i Intensywnej Terapii Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. M. Smoluchowskiego 17, 80–214 Gdańsk, tel.: 58 349 32 70, e-mail: kasiad124@gumed.edu.pl

Wstęp

Wszechobecne braki personelu pielęgniarskiego w Polsce i na świecie stanowią ważny problem legislacyjny podejmowany przez kolejne partie rządzące oraz organizacje zdrowia publicznego. Dotychczasowe strategie zatrzymania *exodusu* personelu medycznego do krajów bardziej rozwiniętych wydają się być nieskuteczne. Coraz gorsze warunki pracy, niezadowalające płace, jak również brak pewności rozwoju zawodowego są jednym z głównych powodów migracji. Zdaniem prezes Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych zaledwie od maja do listopada 2004 roku około 1,5 tys. pielęgniarek poprosiło o wystawienie dokumentów potwierdzających ich staż i kwalifikacje. Już od dłuższego czasu Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych alarmuje, że z powodu braku napływu młodej kadry, starzenia się obecnej będziemy mieli do czynienia z załamaniem rynku usług pielęgnacyjno-opiekuńczych [1, 2]. Literatura naukowa coraz szerzej opisuje bezpośrednie przypadki zagrożenia zdrowia i życia pacjentów spowodowane niedoborem personelu pielęgniarskiego [3, 4].

Praca personelu pielęgniarskiego jest jedną z najtrudniejszych o dużym poziomie odpowiedzialności. Wiąże się ona nie tylko z ratowaniem zdrowia i życia ludzkiego. Niejednokrotnie wymaga stałej i pełnej dyspozycyjności, radzenia sobie na stanowisku pracy z dyktamentami natury etycznej oraz niedoskonałościami organizacji pracy. Nieodzownym elementem pracy personelu pielęgniarskiego jest znaczne obciążenie pracą, niejednokrotnie powiązane z funkcjonowaniem pośród ludzi chorych i cierpiących. Wymienione czynniki mają znaczący wpływ na subiektywny odbiór warunków pracy, a w konsekwencji poziom poczucia satysfakcji zawodowej [5].

W ostatnim czasie na skutek wieloletnich starań Międzynarodowej Rady Pielęgniarek (ICN, *International Council of Nurses*) powstało wiele prac naukowych wskazujących na bezpośredni związek elementów środowiska pracy z wynikami leczenia, obecnością zdarzeń niepożądanych, czasem pobytu pacjentów w szpitalu, odejściem pielęgniarek od zawodu. Coraz więcej krajów, dążąc do poprawy sytuacji w tym zakresie, tworzy „przyjazne środowiska pracy”. Takie środowiska są udziałem „Szpitali Magnesów” (*Magnet Hospitals*). Placówki noszące miano Szpitali Magnesów odznaczają się nie tylko bezpiecznym i przyjaznym środowiskiem pracy, ale również wysoko wykwalifikowaną kadrą medyczną. Ma to bezpośredni wpływ na zmniejszenie liczby przypadków „wypalenia zawodowego”, zwiększenie poziomu odczuwanej satysfakcji zawodowej, a w związku na wysoką jakość świadczonych usług pielęgniarskich [6].

Celem pracy była krytyczna analiza problemu obciążenia pracą i jego wpływu na poziom satysfakcji zawodowej personelu pielęgniarskiego oddziałów in-

tensywnej terapii. W pracy przeanalizowano piśmiennictwo krajowe i zagraniczne. Analizie poddano literaturę naukową z dostępnych baz elektronicznych: Medline (PubMed, OVID, EBSCO), Scopus oraz Embase. W poszukiwaniu literatury użyto następujących terminów: *intensive care (ICU) work environment, nursing workload, job satisfaction, Magnet Hospital, hospital organization and administration*. Wyodrębniono przeszło 10 000 artykułów spełniających postawione kryteria. Znaczną część prac odrzucono, ponieważ nie mieściły się w zakresie tematycznym opisywanego badania. Autorzy przeanalizowali 27 prac krajowych i zagranicznych, włączając materiały zjazdowe, artykuły przeglądowe, prace badawcze, rozdziały w książce.

Środowisko pracy oddziału intensywnej terapii

Potrzeba istnienia oddziałów intensywnej terapii, podobnie jak posiadanie wysoko wykwalifikowanego personelu medycznego, są niezbędne w prawidłowym funkcjonowaniu każdej placówki medycznej. Jak wskazują statystyki liczba pacjentów hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii z roku na rok wzrasta. Ma to związek nie tylko ze zmianami demograficznymi i starzeniem się populacji, ale również z postępem technologicznym, który pozwala na wydłużenie średniej długości życia [7, 8]. Większość pacjentów hospitalizowanych na oddziale intensywnej terapii znajduje się w stanie bezpośredniego zagrożenia życia [9]. Chorzy ci wymagają niejednokrotnie przedłużonej sztucznej wentylacji z użyciem respiratora, infuzji leków wazoaktywnych, antybiotyków, czy diuretyków. Udział lekarza w procesie leczenia jest niepodważalny. Należy jednak pamiętać, że większość czynności przy łóżku pacjenta jest wykonywanych przez personel pielęgniarski [10]. Wzrost zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską może potęgować poczucie obciążenia i zmęczenia pracą.

Niestety, wzmożone zapotrzebowanie na świadczenia oddziałów intensywnej terapii jest nieproporcjonalne w stosunku do rzeczywistej liczby łóżek dostępnych na oddziałach. W większości krajów europejskich liczba ta stanowi około 8–10% ogólnej liczby łóżek szpitalnych [11]. W Polsce wartość tę reguluje Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 27.02.1998 roku. Zgodnie z wytycznymi liczba łóżek na oddziale intensywnej terapii nie powinna przekraczać 2–5% ogólnej liczby łóżek w szpitalu [12]. Niezależnie od rodzaju placówki medycznej elementem wspólnym każdego z oddziałów intensywnej terapii jest środowisko pracy. Zdaniem wielu badaczy jest ono głównym źródłem czynników stresogennych natury fizycznej, psychicznej, a także organizacyjnej. Pośród najczęściej wymienianych czynników na oddziale intensywnej terapii są złe

oświetlenie, hałas, duża liczba specjalistycznego sprzętu medycznego, zbyt mała przestrzeń, duża śmiertelność pacjentów, zakłócenia w komunikacji międzypersonalnej, presja i konieczność szybkiego podejmowania decyzji [13]. Wiele z powyższych uwarunkowań znajduje swe potwierdzenie w projektach krajowych. Rogala-Pawelczyk do grupy czynników wpływających na poziom zmniejszonej satysfakcji z pracy dodała kolejny wskaźnik w postaci niewystarczającej liczby personelu pielęgniarskiego [14].

Opisywane składowe środowiska oddziału intensywnej terapii nie zostały w pełni wyczerpane. Ogólnoświatowe braki w zakresie wykształconego personelu medycznego rozpoczęły dyskusję dotyczącą problemów obciążenia pracą w grupie personelu pielęgniarskiego.

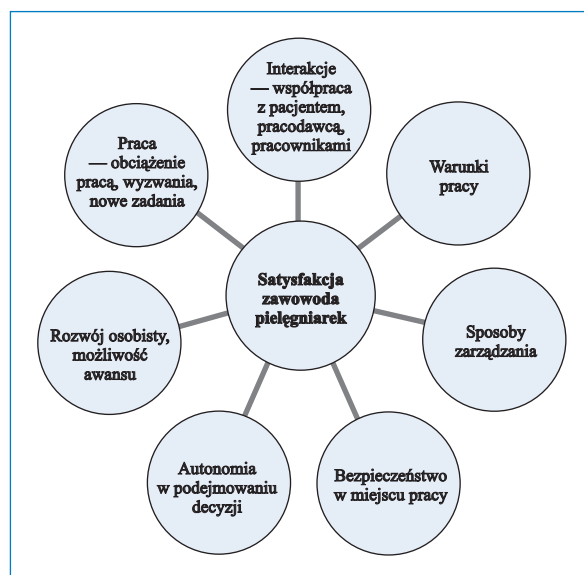
Obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego

Istnieje wiele definicji opisujących obciążenie pracą personelu pielęgniarskiego (*nursing workload*). Każda z nich ujmuje odmienne cechy charakterystyczne dla obciążenia. Część naukowców jest zdania, że termin ten powinien odnosić się do „całości pracy” wykonywanej przez pielęgniarki na rzecz pacjenta. Pozostałe definicje traktują obciążenie pracą w kategorii jej natężenia lub nakładu. Oba terminy stosowane są zamiennie zarówno przez czołowe organizacje pielęgniarskie, jak i praktyków [15].

Pierwszego pomiaru obciążenia pracą personelu pielęgniarskiego na oddziałach intensywnej terapii dokonano w 1970 roku. Kolejne metody tworzone na przestrzeni kilku dekad pozwalały na obiektywną ocenę stanu ciężkości pacjentów, poziomu zapotrzebowania na opiekę pielęgniarską, nakładu pracy personelu pielęgniarskiego, a także właściwego poziomu zarządzania zasobami ludzkimi. W miarę postępu metod diagnostyczno-terapeutycznych doskonalono i tworzono coraz to nowe narzędzia badawcze, w tym skale *Therapeutic Intervention Scoring System 57* (TISS 57) wraz z późniejszą zmianą na TISS 28, OMEGA, *Time Oriented Score System* (TOSS), *Nine Equivalents of Nursing Manpower Use Score* (NEMS), *Nursing Activities Score* (NAS) [16]. Wspomniane narzędzia, mimo szerokiego zastosowania, wykazują wiele ograniczeń. Odnoszą się głównie do pomiaru natężenia pracy lub czynności wykonywanych w określonym przedziale czasu, nie wyczerpując problemu, jakim jest obciążenie pracą na oddziale intensywnej terapii. Z tego względu coraz więcej badaczy korzysta z metod bardziej eksperymentalnych, pozwalających na oszacowanie obciążenia fizycznego oraz psychicznego (zmęczenia) [16–18].

Satysfakcja zawodowa

Satysfakcja zawodowa jest tematem będącym ciągle w szerokim kręgu zainteresowania zarówno pośród pra-



Rycina 1. Wyznaczniki satysfakcji zawodowej personelu pielęgniarskiego (opracowanie własne na podstawie [19])

Figure 1. Sources of nurses' job satisfaction (study based on [19])

cowników organizacji ochrony zdrowia, jak i osób zajmujących się badaniem tego zjawiska.

Tradycyjny model opisujący satysfakcję zawodową odnosi się do odczuć (pozytywnych lub negatywnych) doznawanych w związku z wykonywaną pracą. Niemniej jednak to, co czyni naszą pracę satysfakcjonującą lub mniej zadowalającą nie wynika tylko i wyłącznie z natury wykonywanej pracy. W dużej mierze zależy od poziomu oczekiwań osobistych pracownika dotyczących wykonywanej pracy [19].

Piramida potrzeb Masłowa (1954 r.) po raz pierwszy uszeregowała ludzkie potrzeby od najbardziej podstawowych fizjologicznych po potrzeby wyższego rzędu, w tym: bezpieczeństwa, miłości, akceptacji oraz samodoskonalenia. Bazując zatem na dokonaniach Masłowa, Kuchlen i Wolf [za: 19] interpretują satysfakcję zawodową jako potrzebę samorealizacji i spełnienia w życiu zawodowym. W opozycji do podejścia tradycyjnego badacze Herzberg i Mausner sformułowali teorię dwuskładnikową satysfakcji zawodowej. Naukowcy byli zdania, że zarówno poczucie satysfakcji zawodowej, jak i dysatisfakcji są dwoma zupełnie oddzielnymi, nie wpływającymi na siebie zjawiskami. Elementami składowymi każdego z nich są składowe wewnętrzne (motywacja pracownika) oraz zewnętrzne (wynagrodzenie, polityka firmy, kontakty interpersonalne z pracownikami i pracodawcą) [19].

Kolejne badania skupiały swoją uwagę na uszeregowaniu poszczególnych komponentów satysfakcji zawodowej personelu pielęgniarskiego (ryc. 1) i badaniu ich wpływu na produktywność pracowników.

Dotychczasowe badania poziomu satysfakcji personelu pielęgniarskiego prowadzone w różnych krajach Europy, jak również w Stanach Zjednoczonych, są sprzeczne. Wieloośrodkowe badania prowadzone w latach 1998–1999 pozwoliły oszacować stopień niezadowolenia oraz poczucie satysfakcji zawodowej wśród personelu pielęgniarskiego w Stanach Zjednoczonych, Szkocji, Wielkiej Brytanii oraz Niemczech i Kanadzie. Analiza porównawcza zebranego materiału wskazywała, że wbrew ogólnemu pogładowi najwyższy poziom dysfakcji z pracy zgłaszały pielęgniarki w: Stanach Zjednoczonych (41%), Szkocji (38%), Wielkiej Brytanii (36%), Kanadzie (33%) oraz Niemczech (17%). Przeszło 1/3 badanych w Wielkiej Brytanii i Szkocji deklarowała odejście z pracy lub zmianę miejsca zatrudnienia w przeciągu 12 miesięcy od daty zakończenia badania. Najwyższy poziom zadowolenia związany z szybką możliwością rozwoju zawodowego oraz awansu deklarowali respondenci Niemiec (61%), największą zaś satysfakcję zawodową (z tytułu zarobków) wykazywały pielęgniarki ze Stanów Zjednoczonych (57%) i Kanady (69%) [20].

Magnet Hospital – pracodawca przyjazny pracownikowi

Pojęcie „Szpitali Magnesów”/Magnet Hospital po raz pierwszy wykorzystano w 1980 roku w Stanach Zjednoczonych w celu przybliżenia cech placówek ochrony zdrowia biorących udział w migracji personelu pielęgniarskiego. Co więcej, późniejsze badania wskazały, że placówki te odznaczały się wysoką jakością usług pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Poszczególne cechy Szpitali Magnesów skategoryzowano w kilkanaście podgrup:

- administracja (style zarządzania, komunikacja, przywództwo, kultura organizacji, kompetencje pracowników, kompetencje personelu pielęgniarskiego oraz możliwości rozwoju);
- profesjonalna praktyka (włączając jakość opieki nad pacjentem, wykształcenie a także nauczanie, obraz pielęgniarstwa);
- rozwój zawodowy (włączając program zorientowany na nowych pracowników, wsparcie dla osób kształcących się, wsparcie rozwoju kariery zawodowej, a także rozwój kariery zawodowej) [21].

Program tworzenia Szpitali Magnesów zyskał największą popularność w latach 90. XX wieku. W wyniku szeroko zakrojonych akcji edukacyjnych popularyzujących profesjonalne podejście do pielęgniarstwa oraz rozwój dziedziny jako nauki, przeszło 344 szpitale w 44 Stanach uzyskały certyfikaty Szpitali Magnesów. Specjalnie utworzona Komisja Akredytacyjna Szpitali Magnesów (*The American Nurses Credentialing Center's Magnet Hospital*) miała za zadanie rozpoznawać placówki odznaczające się wsparciem pielęgniarstwa jako

profesji [21]. Dzięki licznym badaniom na przestrzeni kilkunastu lat udowodniono, że funkcjonowanie Szpitali Magnesów poparte jest lepszą jakością opieki [22], niższym wskaźnikiem śmiertelności pacjentów [23], wyższym poziomem satysfakcji ze świadczonych usług medycznych [23]. Szpitale Magnesów jako pierwsze zainicjowały tak zwane. „przyjazne środowiska pracy” (*positive work environments*), zmniejszając tym samym liczbę wypadków skażeń ostrym narzędziem w pracy [24], a zwiększając poziom poczucia satysfakcji zawodowej, redukując syndrom wypalenia zawodowego wśród personelu pielęgniarskiego [25] i popularyzując profesję pielęgniarską.

W 2008 roku zatwierdzono nowy program Szpitali Magnesów, w wyniku czego 14 istniejących wyznaczników magnetyzmu zawarto w pięciu głównych kategoriach:

- przywództwo,
- wsparcie strukturalne,
- profesjonalna praktyka,
- wiedza, innowacje, postęp,
- empiryczne pomiary jakości/wyników [26].

Przygotowanie placówki do procesu akredytacji polega na przygotowaniu teoretycznym oraz praktycznym w celu udowodnienia źródeł magnetyzmu. Wszystkie komponenty magnetyzmu mają swe źródło w tworzeniu pozytywnych warunków pracy. Ma to znaczący wpływ na poziom odczuwanej satysfakcji zawodowej wśród personelu pielęgniarskiego [21].

Nowoczesny trend tworzenia Szpitali Magnesów nie został całkowicie przeniesiony na terytorium Europy. Z najnowszych doniesień naukowych wynika, że mimo braku procesu certyfikacji Szpitali Magnesów, coraz więcej placówek europejskich „nosi” znamiona magnetyzmu [21].

Środowisko pracy, obciążenie pracą a poziom satysfakcji zawodowej wśród personelu pielęgniarskiego oddziałów intensywnej terapii

Zdaniem większości badaczy satysfakcja zawodowa jest jednym z głównych determinantów decydujących o zmianie zatrudnienia lub pozostaniu w dotychczasowym środowisku pracy [19]. Badania przeprowadzone w 2004 roku wykazały istnienie zależności między tworzeniem pozytywnych środowisk pracy (Szpitali Magnesów) a poziomem satysfakcji zawodowej wśród personelu pielęgniarskiego. W odniesieniu do powyższych doniesień, satysfakcję zawodową należy postrzegać przez pryzmat czynników ekonomicznych, strukturalnych oraz psychologicznych [27]. Pośród wszystkich zmiennych wyznaczających poziom satysfakcji zawodowej, środowisko pracy jest jedną z najczęściej wymienianych. W kontekście dotychczasowych badań naukowych, znamienne dla środowiska pracy są: poczucie autonomii, konflikt ról, niejasności w procesie realizacji funkcji zawodowych, a także poziom poczucia obciążenia pracą [19, 27].

Tabela 1. Ranking poszczególnych oddziałów szpitalnych w zależności od warunków pracy, poczucia satysfakcji zawodowej oraz jakości świadczonych usług pielęgniarzkich

Table 1. Rankings on professional job satisfaction/working condition, global job satisfaction and nurse-assessed quality of care by grouped clinical units

Ranking poszczególnych oddziałów szpitalnych

Oddział szpitalny	Satysfakcja zawodowa wynikająca z warunków pracy (EOM)	Poziom satysfakcji zawodowej (GJS)	Jakość opieki
Ambulatoryjny oddział szpitalny	1	1	1
Onkologia	2	4	4
Oddział neonatologiczny	3	2	2
Oddziały specjalności chirurgicznych	4	3	7
Ortopedia	5	11	14
Oddział ratunkowy	6	8	6
Intensywna terapia	7	6	5
Ambulatoryjna opieka chirurgiczna	9	9	3
Chirurgiczny oddział intensywnej terapii	10	14	10
Chirurgia ogólna	11	10	15
Chirurgiczny oddział Intensywnego nadzoru	12	13	8
Oddziały intensywnego nadzoru np. neurochirurgiczny, kardiochirurgiczny	13	12	9
Oddział położniczy	14	5	13
Blok operacyjny, wybudzeniowy	15	15	12

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w 2004 roku w grupie 2990 pielęgniarek z 206 oddziałów o różnej specjalności z 8 szpitali magnesów pozwoliły na uszeregowanie poszczególnych oddziałów w zależności od środowiska pracy na najzdrowsze oraz niezdrowe. Grupa reprezentująca stanowiła pielęgniarce szpitali akademickich oraz klinicznych. Materiał zebrano na bazie kilku wystandaryzowanych skal, w tym: *Essential of Magnetism* (EOM), *Global Job Satisfaction Scale* (GJS), *Nurse-Assessed Quality of Care* (QC).

Skala EOM służy ocenie ośmiu procesów niezbędnych w tworzeniu pozytywnego środowiska pracy, w tym współpracy z pielęgniarkami, współpracy z lekarzami, wsparcia ze strony menadżerów pielęgniarstwa, autonomii, samodzielnego podejmowania decyzji, wsparcia w procesie kształcenia oraz liczby personelu w czasie zmiany roboczej. Kolejna skala, GJS służy ocenie wszystkich aspektów pracy: osobistych, zawodowych, jak również potrzeb wynikających z hierarchii Masłowa (płaca, środowisko pracy, grafik). Respondenci na wybrane pytania odpowiadali w skali od 0 do 10 (0 — bardzo źle, 5 — jestem usatysfakcjonowana, 10 — je-

stem zachwycona). Trzecie narzędzie określa poziom jakości opieki pielęgniarzkiej świadczonej przez pielęgniarki. Respondentki oceniały poziom świadczonych przez siebie usług pielęgniarzkich w skali od 0 do 10, gdzie 0 — bardzo niski, 5 — bezpieczny, ale bez znaczącej jakości, 10 — bardzo wysoka jakość [27]. Drugim etapem badań było stworzenie listy rankingowej poszczególnych oddziałów w skali 1–15. Liczbie 1 przyporządkowano bardzo wysoki poziom warunków pracy oraz poziomu odczuwanej satysfakcji zawodowej. Miejsce 15 na liście świadczy o bardzo niskim poziomie zadowolenia z pracy, jakości opieki pielęgniarzkiej oraz warunków pracy.

Wspomniane badania wskazały znaczące różnice w ocenie środowiska pracy oraz poziomu odczuwanej satysfakcji zawodowej pomiędzy poszczególnymi oddziałami szpitalnymi. W tabeli 1 przedstawiono ranking poszczególnych oddziałów w zależności od poziomu mierzonych cech. Oddziałami o najwyższym stopniu świadczonej opieki pielęgniarzkiej, warunków pracy i satysfakcji zawodowej były ambulatoryjne oddziały szpitalne. Równie wysoki poziom zanotowano na oddzia-

łach neonatologicznych. Zdaniem badanych najgorsze warunki pracy panują na salach operacyjnych, pooperacyjnych i oddziałach intensywnego nadzoru, w tym intensywnej terapii. Pielęgniarki zmian dziennych (w systemie 8- lub 12-godzinnym) wykazują znacznie wyższy poziom satysfakcji w porównaniu z pielęgniarkami pracującymi w systemie nocnym. Prowadzone badania wykazały istnienie zależności między doświadczeniem zawodowym a poziomem odczuwanej satysfakcji zawodowej. Pielęgniarki z doświadczeniem do 5 lat i powyżej 30 lat znacznie lepiej oceniały warunki pracy oraz poziom satysfakcji zawodowej w stosunku do personelu pielęgniarskiego między 5–15 lat [27].

Podsumowanie

Środowisko pracy ma niepodważalny wpływ na poziom odczuwanej satysfakcji zawodowej i poczucie obciążenia pracą. Szpitale Magnesy mimo procesów wspierających tworzenie pozytywnych warunków pracy również napotykają na problemy nieodpowiednich warunków pracy, niskiego poziomu satysfakcji zawodowej oraz jakości świadczonych usług. Ocena warunków pracy przez personel pielęgniarski wynika przede wszystkim ze specyfiki oddziału. Może ona znacząco rzutować na poziom świadczonej opieki pielęgniarskiej, stąd niezbędne są dalsze badania z tego zakresu.

Piśmiennictwo

- Dang D., Johntagen M.E., Pronovost P.J., Jenckes M.W., Bass E.B. Postoperative complications: Does intensive care unit staff nursing make a difference? *Heart Lung* 2002; 31: 219–227.
- Leśniowska J. Problemy migracji polskiej kadry medycznej. *Polityka Społeczna* 2005; 4: 18–22.
- Tarnow-Mordi W.O., Hau C., Warden A., Shearer A.J. Hospital mortality in relation to staff workload: a 4-year study in n adult intensive care unit. *Lancet* 2000; 356: 185–189.
- Kiekkas P., Sakkelaropoulos G.C., Brokalaki H., Manolis E., Samios A., Skartsani CH., Baltopolus G.I., Association Between Nursing Workload and Mortality of Intensive Care Unit Patients. *J. Nurs. Scholarship* 2008; 40: 385–390.
- Kuлагowska E. Wpływ organizacji pracy na pracę personelu pielęgniarskiego. W: *Partnerstwo w medycynie pracy*. Szyszmar E., Kowal E. (red.). Wydawnictwo Zielona Góra 2003: 81–93.
- Kiliańska D. Środowisko pracy pielęgniarek a wyniki leczenia pacjentów. W: *VI Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Rola Pielęgniarki naczelnej i oddziałowej w profilaktyce zwalczania zakażeń szpitalnych*. Warszawa, 12–13 maja 2009: 1–3.
- Parker A., Wyatt R., Ridley S. Intensive care services; a crisis of increasing expressed demand. *Anesth* 1998; 53: 113–120.
- Bion J.F., Bennet D. Epidemiology of intensive care medicine: supply versus demand. *Br. Med. Bull.* 1999; 5: 2–11.
- Nestorowicz A. Uwagi w sprawie stanu anestezjologii i intensywnej terapii w kraju. *Nowa Med.* 1997; 4: 2–5.
- Aitkenhead A. R., Smith G. (red.). *Anestezjologia*. Tom 2 i 1. Oficyna Wydawnicza Atena, Poznań 1996: 317–381.
- Morgan G.E., Mikihaill MS. *Postanesthesia Care in Clinical Anesthesiology*. The McGraw-Hill Companies. 2006 (cited 28th of November 2011). Available from: <http://www.accessmedicine.com/content.aspx?aID=895850>.
- Polanest. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Polityki Społecznej z dnia 27.02.1998 w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. W sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej. <http://www.polanest.webd.pl/pliki/rozporz.html>; data pobrania 25.08.2011.
- Alameddine M., Dainty K.N., Deber R., W. Sibbald. The intensive care unit work environment: Current challenges and recommendations for the future. *Journal of Critical Care* 2009; 24: 243–248.
- Rogala-Pawelczyk G. Zespół wypalenia zawodowego na pielęgniarskich stanowiskach pracy w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii. W: *IV Zjazd Polskiego Towarzystwa Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki pielęgniarek w anestezjologii*. Pielęgniarstwo w anestezjologii i intensywnej opiece – wymogi i oczekiwania a realia. Wyd. Polskie Towarzystwo Pielęgniarek Anestezjologicznych i Intensywnej Opieki, Poznań 2005: 33–39.
- Morris R., Manceela P.N., Scott A., Pearl T., Hyde A. Reconsidering the conceptualization of nursing workload: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2007; 57: 463–471.
- Guccione A., Morena A. Pezzi A., Lapichino G. The assesment of nursing workload. *Minevra Anestesiologica* 2004; 70: 411–416.
- Irimagawa S., Imamiya S. Industrial hygienic study on nursing activities investigation on heart rate and energy expenditure of cranial nerves nerves and ICU ward nurses. *Kitasato Arch. Of Exp. Med.* 1993; 65: 91–98.
- Irimagawa S., Imamiya S. Industrial Hygienic study of nursing activities comparison of energy expenditure between pedometer and holter electrocardiograph. *Kitasato Arch. Of Exp. Med.* 1993; 65: 99–105.
- Hong Lu., While A., Barriball L. Job satisfaction among nurses: a literature review. *International Journal of Nursing Studies* 2004; 42: 211–227.
- Aiken, L., Clarke, S., Sloane, D. i wsp. Nurses' reports on hospital care in 7ve countries. *Health Affairs* 2001; 20: 43–53.
- Chen Y.M., Johantgen M. Magnet Hospital attributes in European hospitals: A multilevel model of job satisfaction. *International Journal of Nursing Studies* 2010; 47: 1001–1012.
- Schmalenberg, C., Kramer, M. Essentials of a productive nurse work environment. *Nursing Research* 2008; 57: 2–13.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Lake, E.T., Sochalski, J., Weber, A.L. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Medical Care* 1999; 37: 760–772.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Klocinski, J.L. Hospital nurses' occupational exposure to blood: prospective, retrospective, and institutional reports. *American Journal of Public Health* 1997a; 87: 103–107.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M. Effects of organizational innovations in AIDS care on burnout among urban hospital nurses. *Work and Occupations* 1997; 24: 453–477.
- Wolf, G., Triolo, P., Ponte, P.R. Magnet Recognition Program: the next generation. *Journal of Nursing Administration* 2008; 38: 200–204.
- Schmalenberg, C., Kramer, M., 2008. Clinical Units with the healthiest work environments. *Critical Care Nurse* 2008; 28: 65–77.