

Stopień zadowolenia z wykonywanej pracy oraz jakość życia zawodowego pracowników zakładów opieki paliatywnej

The degree of job satisfaction and the quality of working life of the staff in palliative care wards

Irena Mickiewicz¹, Elżbieta Krajewska-Kuśak², Kornelia Kędziora-Kornatowska³, Katarzyna Roślan⁴

¹Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Paliatywnej w Suwałkach

²Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

³Katedra i Klinika Geriatrii, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁴Klinika Onkologii Dziecięcej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Streszczenie

Wprowadzenie: Osoby wykonujące zawody, których istotą jest praca z ludźmi, bliskie i częste kontakty z nimi oraz niesienie im pomocy, może dotykać zespół wypalenia zawodowego.

Celem pracy jest ocena stopnia zadowolenia z wykonywanej pracy, jakości życia zawodowego oraz stopnia wypalenia zawodowego personelu pracującego w zakładach opieki paliatywnej w województwie podlaskim.

Materiał i metody: Badaniem objęto 103 pracowników zakładów opieki paliatywnej. Wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy dotyczący oceny zadowolenia z pracy, obejmujący także 16 aspektów pracy wyodrębnionych przez SHRM oraz kwestionariusze Q-LES-Q SF i MBI.

Wyniki: Pracownicy zakładów opieki paliatywnej najczęściej samodzielnie wybierali zawód (87,4%) i z reguły (85,2%) byli zadowoleni ze swojej pracy. Spośród badanych 44% uważało, że pracodawca w dużym stopniu odpowiada za poczucie zadowolenia z pracy. Obecne miejsce pracy innym poleciłoby 57,3%, z otrzymywanego wynagrodzenia było zadowolonych 38,6% respondentów. Pozytywnie swoje relacje ze współpracownikami oceniło 97,2%, z pacjentem 100%, z rodzinami chorych 83,1%, a z przełożonymi 93,9% osób. Miejsce pracy na inne w Polsce zamieniłoby 21%, a za granicą 8,9% badanych. Za główne czynniki przyczyniające się do ewentualnej zmiany obecnego miejsca pracy uznano likwidację miejsca pracy (50%) i niskie zarobki (35,2%). Za główny czynnik mający wpływ na duże zadowolenie uznano dobre stosunki z kolegami (93,9%). Średni poziom wypalenia zawodowego był najwyższy w aspekcie poziomu utraty osiągnięć osobistych (29,8), a najniższy w aspekcie poziomu depersonalizacji (4,5).

Wnioski: Personel zakładów opieki paliatywnej był zadowolony z wykonywanej pracy, miał małe trudności z jej wykonywaniem, rozwiązywaniem problemów i podejmowaniem decyzji dotyczących pracy. Za czynnik mający największy wpływ na powyższe uznano relacje z przełożonymi. W samoocenie, relacje ze współpracownikami, przełożonymi i członkami rodzin chorych oceniono w większości jako raczej dobre, natomiast z chorymi jako bardzo dobre. W grupie pracowników zakładów opieki paliatywnej zaobserwowano wszystkie trzy czynniki wypalenia zawodowego. Najbardziej narażoną na wypalenie zawodowe grupą byli pracownicy z ponad 11-letnim stażem pracy w hospicjum oraz posiadający wyższe wykształcenie pielęgniarskie. Respondencie byli raczej zadowoleni ze swojego życia, przy czym niższa ocena jakości życia dotyczyła osób z wykształceniem wyższym pielęgniarskim i kobiet, a wyższa mężczyzn i osób w wieku 20–30 lat.

Słowa kluczowe: praca, zadowolenie, wypalenie zawodowe, personel hospicjum.

Abstract

Introduction: Professions, in which the essence is to work with people, close and frequent contacts with them and to deliver them with assistance, can touch the burnout syndrome.

Aim of the study: To assess the degree of job satisfaction, the quality of working life and the burnout of the staff in palliative care wards in Podlaskie province.

Material and methods: The study group included 103 workers of palliative care wards. We used a questionnaire survey to measure job satisfaction, including the 16 aspects of work identified by SHRM and questionnaires: the Q-LES-Q SF and MBI.

Results: The workers chose hospice profession most often (87.4%) by an independent decision rule (85.2%) were satisfied with their, and 44% of the respondents believed that the employer is largely responsible for the sense of job satisfaction. The current place of work would recommend (57.3%) and (38.6%) were satisfied from the salary. Almost all (97.2%) assessed positive relations with colleagues, with patients (100%), with the families of patients (83.1%), and with the superiors (93.9%). Nearly 21% of the respondents did not change the current place of work in Poland and 8.9% of them abroad. The main factors contributing to a possible change in the current job was the liquidation of the workplace (50%) and low wages (35.2%). The main factor causing a high level of satisfaction was a good relationship with colleagues (93.9%). The average level of burnout was the highest level of loss in terms of personal achievement (29.8) and lowest level of depersonalization (4.5).

Conclusions: The workers of palliative care wards was satisfied with the job, had little difficulty in its implementation, problem-solving and decision-making job. The factor having the greatest impact on these relationships was with his superiors. The self-esteem, your relationships with colleagues, superiors and family members in the majority of patients rated as rather good, but with patients as very good. In the group of hospice workers, there were three factors of burnout. Most vulnerable to burn out group of former employees with over 11 years experience in palliative care wards and university education. Employees were more satisfied with their lives. The lower assessment of quality of life for people concerned with higher education and women, and higher for men and those aged 20-30 years.

Key words: job, satisfaction, burnout, hospice staff.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak, Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej,
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 7A, 15-096 Białystok,
tel. +48 85 748 55 28, e-mail: elzbieta.krajewska@wp.pl

W literaturze przedmiotu, za Muraczyńska [1], znajdują się doniesienia potwierdzające, że praca z pacjentami o niepomyślnym rokowaniu tworzy specyficzne problemy zawodowe. Z jednej strony bowiem długa choroba pacjenta i pozostawanie pod stałą opieką personelu medycznego sprzyja nawiązywaniu przyjaznych relacji, a ich zerwanie bywa dotkliwie odczuwane przez personel opiekujący się chorym, a z drugiej, wyzwała wśród personelu postawy dystansujące wobec człowieka umierającego i śmierci [1].

W opinii Whitfield [cyt. za 1] najbardziej obciążające np. dla pielęgniarek są przyjazne relacje z pacjentem w ich wieku, ponieważ z chwilą, gdy pacjent umiera, niejednokrotnie obwiniają się one za jego śmierć, odczuwają lęk przed własną śmiercią lub nawet popadają w depresję. Autorka [cyt. za 1] wykazała, że 61,5% badanych przez nią pielęgniarek miało trudności z poradzeniem sobie ze swoimi uczuciami związanymi z odejściem pacjenta, ponieważ odczuwanie silnych więzi emocjonalnych w relacjach pacjent/rodzina–opiekun wiąże się bardzo często z wysoce osobistą naturą stosunków między nimi. Ponadto, specyficzny charakter pracy w opiece paliatywnej (np. stały kontakt z nieuleczalną chorobą, cierpieniem i śmiercią, wymóg ciągłego dysponowania kontrolowaną czujnością, presja związana z nadmiernymi oczekiwaniami otoczenia w stosunku do personelu, który w opinii społeczeń-

stwa powinien być wrażliwy na wiele sytuacji, pacjenci w różnych stadiach choroby, a także emocjonalna identyfikacja z pacjentem, rozczarowanie związane z bezsilnością medycyny, szczególnie wobec chorób nowotworowych) z reguły zwiększa prawdopodobieństwo poczucia braku sensu i celowości pracy [cyt. za 1].

W opinii Dudka [2] w pracy można doświadczyć dwóch rodzajów stresu: chronicznego oraz traumatycznego. O rozwoju zaburzeń po stresie traumatycznym (zespół stresu pourazowego; *posttraumatic stress disorder* – PTSD) wspomniano po raz pierwszy w 1980 r., początkowo obejmując nim głównie psychiczne aspekty stresu pourazowego, a potem rozszerzając o liczne zaburzenia somatyczne (np. choroby układu krążenia) [2]. Uważa się, że PTSD jest przewlekłą reakcją na stres wynikający z niezwykle obciążających, traumatycznych dla psychiki przeżyć, prowadzącą do dekompensacji wydzielania wewnętrznego, głównie osi podwzgórze–przysadka–nadnercza. O rozwoju PTSD decyduje splot czynników występujących w trzech okresach:

- przedtraumatycznym – obejmującym dwie grupy czynników: cechy, które ukształtowały się u jednostki, zanim znalazła się ona w traumatycznej sytuacji i które predysponują ją do specyficznego reagowania i oceniania zjawisk zachodzących w jej otoczeniu, oraz stan, w jakim jednostka znajdowała się, zanim zaczęła doświadczać traumy,

- traumy – czasie, w którym zdarzenie traumatyczne trwa i w sposób ciągły oddziałuje na jednostkę; o sile i rodzaju doznań jednostki w tym czasie decyduje charakter zdarzenia traumatycznego, jego fizyczne parametry i psychologiczne znaczenie, a o funkcji zdarzenia w rozwoju PTSD – nie tyle jego obiektywna charakterystyka, co jego subiektywny odbiór, reprezentacje poznawcze zdarzenia, jakie powstają w umyśle jednostki,
- potraumatycznym – zaczynającym się w momencie, kiedy zdarzenie traumatyczne przestało realnie istnieć, ale nadal istnieje w umyśle, w świadomości jednostki; jest to okres, w którym zachodzą naprzemiennie natrętnie wspomnienia, próby przetworzenia informacji, których źródłem jest zdarzenie traumatyczne, zasymilowanie ich z posiadanymi strukturami poznawczymi; o sile emocji doświadczanej w tej fazie decydują cechy jednostki: poziom emocji w trakcie traumy, strategie zaradcze, jakie mogą być skierowane na obniżanie emocji lub na rozwiązanie zadania, oraz kontekst społeczny, w jakim funkcjonuje jednostka [2, 3].

W tym miejscu warto podkreślić, że osoby wykonujące zawody, których istotą jest praca z ludźmi, bliskie i częste kontakty z nimi oraz niesienie im pomocy, może dotyczyć zespół wypalenia zawodowego [4–9]. Charakterystyczna organizacja i warunki wykonywania ich pracy, stres jej towarzyszący, związany z bliskim kontaktem z osobą chorą, niepełnosprawną, w zderzeniu z zarobkami niepozwalającymi na niezależność finansową oraz wywołującymi brak poczucia bezpieczeństwa, przy jednoczesnej niewielkiej możliwości awansu i rozwoju, wcześniej czy później mogą spowodować rozczarowanie i utratę wiary w słuszność idei wykonywanego zawodu [4–9].

Celem badania była ocena stopnia zadowolenia z wykonywanej pracy, jakości życia zawodowego oraz stopnia wypalenia zawodowego personelu pracującego w zakładach opieki paliatywnej w województwie podlaskim.

MATERIAŁ I METODY

Badania przeprowadzono w 2010 r., po uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej nr R-I-002/62/2010 Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Uczestniczyło w nich 103 pracowników zakładów opieki paliatywnej. Ogółem rozdano 150 ankiet, zwrótnie otrzymano 103 z nich.

W badaniu wykorzystano autorski kwestionariusz ankietowy oceny zadowolenia z pracy, standaryzowany kwestionariusz oceny jakości życia zawodowego, radości i zadowolenia (*Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire – Short Form*

– *Q-LES-Q SF*) – *Ogólna aktywność i Praca* [10], oraz standaryzowany kwestionariusz wypalenia zawodowego (*Maslach Burnout Inventory – MBI*), w polskiej adaptacji Pasikowskiego [11].

Kwestionariusz oceny zadowolenia z pracy składał się z części metryczkowej i części zasadniczej. Część metryczkowa zawierała 7 pytań o: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, posiadane specjalizacje, staż pracy w zawodzie ogółem i staż pracy w hospicjum. Część zasadnicza składała się z 17 pytań, w tym o: motywy wyboru obecnego zawodu, zadowolenie z aktualnie wykonywanej pracy, ocenę, w jakim stopniu za poczucie zadowolenia z pracy odpowiada pracodawca, ewentualne polecenie obecnego miejsca pracy komuś z rodziny lub bliskim znajomym, zadowolenie z wynagrodzenia, o to, czy w ciągu ostatniego roku wynagrodzenie respondenta zostało podwyższone, o ocenę relacji ze współpracownikami, relacji z pacjentami, relacji z rodzinami pacjentów, relacji z przełożonymi, o ewentualną chęć zmiany aktualnej pracy na inną w Polsce lub za granicą, o chęć pracy w aktualnym miejscu pracy za 10 lat, o ocenę szans na znalezienie innego niż obecne miejsce pracy oraz o ewentualne czynniki, jakie przyczyniłyby się do zmiany miejsca pracy. Ostatnie pytanie zawierało 16 aspektów pracy wyodrębnionych z czynników w największym stopniu wpływających na zadowolenie z pracy, wskazanych przez uczestników badania przeprowadzonego przez Amerykańskie Stowarzyszenie Zarządzania Kadrami (*Society for Human Resources Management – SHRM*)/USA Today [12, 13]. Do czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy, ujętych w badaniu SHRM, zaliczono: stabilność zatrudnienia, świadczenia pozapłacowe, komunikację między pracownikami a kierownictwem oraz innymi grupami zawodowymi, elastyczność w godzeniu spraw zawodowych z rodzinnymi, wynagrodzenie, możliwość awansu, możliwość rozwoju, treść pracy, uznanie przełożonych, dobre stosunki z bezpośrednim przełożonym, autonomię i niezależność w podejmowaniu decyzji, kulturę firmy, bezpieczeństwo w pracy, szkolenia, znaczenie pracy oraz dobre stosunki z kolegami. Na skali oddziaływania tych elementów wyodrębniono: niezadowolenie, neutralność, zadowolenie oraz duże zadowolenie [12, 13].

Kwestionariusz oceny jakości życia: zawodowego, radości i zadowolenia (*Q-LES-Q-SF*) – *Ogólna aktywność* (część I), zawodowego, radości i zadowolenia (*Q-LES-Q-Praca*) – *Praca* (część II) według Endicotta [10] to narzędzie służące do pomiaru zadowolenia i satysfakcji z życia pacjentów. Składa się z dwóch części: I zawierającej 16 pytań *Ogólna aktywność* i II zawierającej 13 pytań *Praca*. Kwestionariusz był wypełniany samodzielnie przez badanych, którzy zaznaczali odpowiedzi na każde pytanie na 5-punk-

towej skali: 1 punkt – bardzo niezadowolony, 2 punkty – niezadowolony, 3 punkty – ani zadowolony, ani niezadowolony, 4 punkty – zadowolony, 5 punktów – bardzo zadowolony. I część kwestionariusza oceniała 7 ostatnich dni poprzedzających badanie w wybranym aspekcie życia. Pytanie nr 15 dotyczyło zadowolenia z ewentualnie przyjmowanych leków. Ankietowany mógł pominąć to pytanie w przypadku, gdy w tym czasie nie przyjmował żadnych leków. Punktacja Q-LES-QSF polegała na podsumowaniu tylko pierwszych 14 pozycji w celu uzyskania łącznej punktacji surowej. Ostatnie dwa elementy nie były włączane do całkowitej punktacji, ale oceniane oddzielnie. Surowa suma punktów wahała się od 14 do 70. Łączny wynik przekształcano w maksymalny procent przy użyciu wzoru: suma surowych punktów – minimalny wynik dzielony przez maksymalną możliwą liczbę punktów zminusowaną o wynik minimalny. Na podstawie odpowiedniej tabeli przekształcano całkowitą sumę punktów w % maksymalnych punktów. W części I im uzyskana punktacja była niższa, tym większe było niezadowolenie badanego, w części II – im niższe były uzyskane wyniki, tym większa była trudność w wykonywaniu pracy, rozwiązywaniu problemów, podejmowaniu decyzji dotyczących pracy itp. [10].

Kwestionariusz wypalenia zawodowego MBI Ch. Maslach [11, 14] składa się z 22 stwierdzeń, które określają sytuacje oraz towarzyszące im uczucia. Badany określał, jak często dotyczyły go sytuacje ujęte w danym stwierdzeniu, korzystając z 7-stopniowej skali: 0 – nigdy, 1 – kilka razy w roku, 2 – raz w miesiącu, 3 – kilka razy w miesiącu, 4 – raz w tygodniu, 5 – kilka razy w tygodniu, 6 – codziennie. Pozwoliło to ocenić stopień wypalenia w trzech wymiarach: *wyczerpanie emocjonalne* (EEX) – 9 stwierdzeń, pytania nr 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20; *depersonalizacja* (DEP) – 5 stwierdzeń, pytania nr 5, 10, 11, 15, 22; oraz *utrata poczucia dokonania osobistych* (PAR) – 8 stwierdzeń, pytania nr 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Podskale obliczano oddzielnie, poprzez sumowanie wyników uzyskanych dla poszczególnych wymiarów: I *depersonalizacja* – kategorie: wysokie (≥ 13), umiarkowane (7–12), niskie (0–6); II *wyczerpanie emocjonalne* – kategorie: wysokie (≥ 27), umiarkowane (17–26), niskie (0–16); III *poczucie braku osobistych osiągnięć* – kategorie: wysokie (0–31), umiarkowane (32–38), niskie (≥ 39). Kwantytatywne (mierzone miarą ilościową) zagrożenie wypaleniem wynika z sumy odpowiedzi twierdzących w skali I i II oraz odpowiedzi przeczących w skali III. W skalach EEX i DEP im wyższe są wyniki, tym bardziej nasilony jest poziom wypalenia zawodowego, w skali PAR im niższy jest wynik, tym wyższy wskaźnik wypalenia zawodowego [11, 14].

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej, w której dla cech mierzalnych wyliczono średnią

arytmetyczną, odchylenie standardowe, a dla cech jakościowych ich rozkład ilościowo-procentowy. Do analiz statystycznych dotyczących porównań rozkładów odpowiedzi na poszczególne pytania pomiędzy analizowanymi grupami zastosowano test zgodności χ^2 . W obliczeniach przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako znamiennej statystycznie. Obliczenia dokonano, wykorzystując pakiet statystyczny SPSS.

WYNIKI

Badaniem objęto grupę 103 członków personelu medycznego pracującego w zakładach opieki paliatywnej, w tym 54% osób z wykształceniem wyższym i 46% osób z wykształceniem średnim. Spośród ankietowanych 87,4% stanowiły kobiety, a 12,6% mężczyźni. Było tam 47,6% osób w wieku poniżej 40 lat i 52,4% powyżej 40 lat. Staż pracy w zawodzie kształtował się następująco: 23,3% osób pracowało krócej niż 6 lat, 30,1% osób od 6 do 10 lat, natomiast 46,6% dłużej niż 15 lat. W zakładach opieki paliatywnej największa liczba badanych (62,1%) pracowała krócej niż 6 lat, kolejni od 6 do 10 lat (27,2%) oraz więcej niż 10 lat (10,7%). Mieszkańcami miast było 78,6%, a wsi 21,4% osób.

Na początku badania zapytano respondentów o przyczynę wyboru obecnego zawodu. Zdecydowana większość (87,4%) badanych stwierdziła, że zawód wybrała sama, z własnej woli. W przypadku 6,3% osób o powyższym wyborze zdecydowali rodzice lub znajomi, a w 3,2% spowodowały to inne sytuacje życiowe. Obecny zawód 1% ankietowanych wybrał w związku z niedostaniem się na wymarzone studia. Problem z jednoznacznym określeniem motywacji miało 2,1% badanych. Między udzielanymi odpowiedziami stwierdzono istotne statystycznie różnice ($p < 0,001$).

Pytanie drugie dotyczyło samooceny stopnia zadowolenia z wykonywanej pracy. Wśród respondentów dominowała opinia (85,2%), że są zadowoleni z wykonywanej pracy. Niezadowolonych było 8,9% badanych, a 5,9% nie wyraziło opinii w powyższej kwestii. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między odpowiedziami ($p < 0,001$).

W pytaniu trzecim poproszono o ocenę obecnej pracy. Badani deklarowali, że praca daje im poczucie wykonywania odpowiedzialnej pracy (29,8%), jest zgodna z ich wykształceniem (25,6%), pozwala na pełne wykorzystanie umiejętności zawodowych (13%), jest interesująca (12,6%), daje pewność zatrudnienia i poczucie stabilizacji (11,2%) oraz że jest to praca wymarzona (5,6%). Jedynie 1,9% respondentów uważało, iż wykonuje ją, bo nie ma innej propozycji, a 0,5% nie miało w tej kwestii zdania. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między odpowiedziami ($p = 0,001$).

Pytanie czwarte dotyczyło opinii, w jakim stopniu pracodawca jest odpowiedzialny za poczucie zadowolenia z pracy. Najczęściej odpowiedzią (44%) było stwierdzenie, że pracodawca w dużym stopniu odpowiada za poczucie zadowolenia z pracy. Odmiennej opinii wyraziło 28% badanych i jednocześnie tyle samo (28%) miało problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi na powyższe pytanie. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między odpowiedziami ($p < 0,001$).

W pytaniu piątym poproszono badanych o określenie, czy poleciliby swoje miejsce pracy komuś ze swojej rodziny lub bliskim znajomym. Zdecydowana większość pracowników zakładów opieki paliatywnej (57,3%) stwierdziła, że raczej poleciliby obecne miejsce swojej pracy bliskim osobom. Odmiennej zdania było 33,7% respondentów. Jednoznacznej opinii nie wyraziło 9% badanych. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między odpowiedziami ($p < 0,001$).

Pytanie szóste dotyczyło stopnia zadowolenia z otrzymywanego wynagrodzenia. Większość respondentów (57,4%) oceniła, że nie jest zadowolona ze swojego wynagrodzenia, ale jednocześnie 38,6% osób odpowiedziało, że jest to raczej stawka satysfakcjonująca. Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało 4% osób. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między odpowiedziami ($p < 0,001$).

Kolejne pytanie dotyczyło podwyższenia wynagrodzenia w ostatnim roku. Badani w przeważającej części (75,3%) stwierdzili, że ich wynagrodzenie w ciągu ostatniego roku nie uległo zmianie, natomiast 19,7% osób potwierdziło, iż otrzymało podwyżkę. Jednoznacznej odpowiedzi nie dało 5% ankietowanych. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między odpowiedziami ($p < 0,001$).

Odpowiadając na pytanie ósme, respondenci oceniali swoje relacje ze współpracownikami. Najwięcej osób (59,4%) uważało, że relacje te są raczej dobre. Stosunkowo duży odsetek osób (37,6%) określił je wręcz jako bardzo dobre. Zdania w tej kwestii nie wyraziło 3% badanych.

Pytanie dziewiąte dotyczyło oceny relacji z pacjentami. Ponad połowa (50,5%) ankietowanych stwierdziła, że są one bardzo dobre, a pozostali (49,5%), że raczej dobre.

Pytanie dziesiąte miało na celu ocenę relacji respondentów z rodzinami pacjentów. Za raczej dobre określiło je 65,7%, za bardzo dobre 30,4%, a problem z jednoznacznością odpowiedzi miało 2,9% badanych.

W pytaniu jedenastym ankietowani oceniali relację z przełożonymi. Najwięcej osób (76,5%) uważało, że relacje te są raczej dobre. Jako bardzo dobre oceniło je 17,4% badanych, a 6,1% nie wyraziło opinii w tej kwestii.

Pytanie dwunaste dotyczyło ewentualnej zmiany aktualnej pracy na inną w Polsce, a trzynaste na inną za granicą. Obecnie wykonywaną pracę na inną w Polsce zamieniłoby 20,6% pracowników zakładów opieki paliatywnej, a na pracę za granicą – 8,9% z nich. Nie zamieniłoby miejsca pracy na inną na terenie Polski 55,9%, a na inną za granicą 80,3% badanych. Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało 22,6% osób odnośnie do zmiany pracy w Polsce i 10,8% za granicą.

Pytanie czternaste badało opinię respondentów na temat chęci pracy w aktualnym miejscu za 10 lat. Najwięcej osób (52,4%) stwierdziło, że raczej chciałoby pracować w tym samym miejscu. Odmienne zdanie wyraziło 12,8% ankietowanych i jednocześnie ponad połowa (52,4%) nie potrafiła zająć określonego stanowiska w tej sprawie.

Pytanie piętnaste związane było z samooceną przez ankietowanych własnych szans na znalezienie innego miejsca pracy. Badani w większości (33,6%) nie zadeklarowali określonego stanowiska, 36,7% osób oszacowało swoje szanse jako dobre, przeciwnego zdania było 29,7% osób. Stwierdzono istotne statystycznie różnice między odpowiedziami ($p < 0,001$).

Pytanie szesnaste dotyczyło czynników, które mogłyby być powodem zmiany obecnej pracy. Pracownicy zakładów opieki paliatywnej w większości zaliczali do nich wyłącznie likwidację miejsca pracy (50%). Z innych przyczyn wymieniali: niskie zarobki (35,2%), wygaśnięcie umowy (21,6%), brak możliwości rozwoju (18,2%), redukcję etatów (17%), sytuację rodzinną (14,8%), niekorzystne warunki pracy (13,7%), konflikt z pracodawcą (12,5%) i konflikt z kolegami z pracy (6,9%). Problem z udzieleniem jednoznacznej odpowiedzi miało 13,5% badanych.

Pytanie siedemnaste oceniało reakcje emocjonalne związane z wykonywaną pracą zawodową. Zdaniem respondentów zadowolenie z wykonywanej pracy mogłyby powodować takie czynniki, jak: możliwość pomagania innym (94,9%), dobre stosunki z kolegami (93,9%), poczucie, że wykonywana praca ma sens (91%), dobre stosunki z bezpośrednim przełożonym (76,7%), zadowolające świadczenie socjalne (70,5%), dobra organizacja pracy (63,3%), bezpieczeństwo w pracy (58,6%), odpowiednie wynagrodzenie (57,6%), możliwość godzenia spraw zawodowych z rodzinnymi (54,7%), możliwość kontaktu z ludźmi (54,7%), autonomia i niezależność w podejmowaniu decyzji (54,2%), kultura firmy (52%), możliwość rozwoju zawodowego (50%), poczucie pewności zatrudnienia (49%), uznanie przełożonych (47,8%) oraz poszanowanie przez społeczeństwo (47,5%). Największe niezadowolenie wywoływałyby natomiast: brak odpowiedniego wynagrodzenia (21,2%), trudność pozyskania pracy (17,2%), konieczność pracy zmianowej (16,8%),

brak możliwości awansu (15,3%), brak zadawalających świadczeń socjalnych (13,7%), brak poszanowania wykonywanego zawodu przez społeczeństwo (10,1%), brak dobrej organizacji pracy (8,1%), brak poczucia możliwości zatrudnienia (7,2%) oraz złe kontakty z kolegami (6,2%). Za najbardziej neutralne czynniki wpływające na reakcje emocjonalne związane z wykonywaną pracą ankietowani uznali: możliwość łatwego awansu (42,9%), łatwość uzyskania pracy w zawodzie (33,2%), możliwość wykonywania pracy zmianowej (32,7%), uznanie przełożonych (26,3%), kulturę firmy (23,3%), autonomię i niezależność w pracy (21,9%), dobre stosunki z bezpośrednimi przełożonymi (21,2%) oraz możliwość rozwoju zawodowego (20,4%).

Analiza wyników kwestionariusza oceny jakości życia zawodowego, radości i zadowolenia (Q-LES-Q SF) *Ogólna aktywność* pozwoliła na stwierdzenie, że badani byli raczej zadowoleni z jakości swojego życia (64,1%). Analiza rozkładu danych z uwzględnieniem płci pracowników wskazała na większe zadowolenie z życia mężczyzn (72,8%) niż kobiet (62,7%). Wykazano istotne statystycznie różnice między wyżej wymienionymi grupami ($p = 0,015$). Stwierdzono także, że miejsce zamieszkania badanych nie miało większego wpływu na ocenę przez nich jakości życia zawodowego, radości i zadowolenia (brak istotnych statystycznie różnic) oraz że osoby z wykształceniem wyższym pielęgniarskim miały niższą ocenę jakości życia (53,4%) od pozostałego personelu. Wyniki te potwierdziły się również przy porównaniu z innymi pracownikami z wyższym wykształceniem (66%). Zanotowano istotne statystycznie różnice między badanymi z wykształceniem wyższym pielęgniarskim a badanymi z wykształceniem licencjackim ($p = 0,041$). Najwyższą oceną jakości życia charakteryzowali się pracownicy hospicjum między 20. a 30. rokiem życia (71,7%). Wykazano istotne statystycznie różnice między badanymi w wieku 20–30 lat a 31–40 lat ($p = 0,03$). W powyższym nie wystąpiły większe różnice przy uwzględnieniu ogólnego stażu pracy (brak istotnych statystycznie różnic między analizowanymi grupami). Podczas analizy oceny wartości życia stwierdzono też, że personel medyczny pracujący w zakładach opieki paliatywnej dłużej niż 11 lat ma niższą ocenę jakości życia (55,7%) od pozostałych badanych. Szczegółowe dane przedstawiono w tab. 1.

Analiza wyników kwestionariusza oceny jakości życia zawodowego, radości i zadowolenia Q-LES-Q-Praca pozwoliła na stwierdzenie, że badani byli raczej zadowoleni z jakości życia związanego z wykonywaną pracą (76,4%). Respondenci oceniali jakość życia związaną z pracą wyżej niż jakość życia związaną z ogólną aktywnością (64,1%). Analiza rozkładu danych z uwzględnieniem płci pracowników wskazuje na brak różnic w ocenie jakości życia

zawodowego związanej z płcią badanych. Nie zanotowano istotnych statystycznie różnic. Miejsce zamieszkania ankietowanych nie miało większego wpływu na ocenę ich jakości życia zawodowego (brak istotnych statystycznie różnic). Przeanalizowano także zależność oceny jakości życia zawodowego przy uwzględnieniu wykształcenia pracowników hospicjum, wieku badanych, ogólnego stażu pracy oraz stażu pracy w hospicjum. Nie wykazano zależności występującej między wyżej wymienionymi zmiennymi i nie zanotowano istotnych statystycznie różnic między badanymi grupami. Szczegółowe wyniki zamieszczono w tab. 2.

Uzyskane wyniki pozwalają na stwierdzenie, że w badanej grupie pracowników zakładów opieki paliatywnej istniały wszystkie trzy czynniki wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne (EEX), utrata poczucia dokonań osobistych (PAR) oraz depersonalizacja (DEP). Większość respondentów (69%) wykazała niski stopień depersonalizacji, ale u prawie co 7. osoby (15%) stwierdzano umiarkowany stopień depersonalizacji. Analiza danych dotyczących wyczerpania emocjonalnego pozwoliła na stwierdzenie, że w większości (69%) badane pielęgniarki wykazały niski poziom wyczerpania emocjonalnego, jednakże co 4. z nich (22%) umiarkowany poziom wyczerpania emocjonalnego. Połowa pracowników (50%) wykazywała wysokie poczucie utraty dokonań osobistych. Szczegółowo powyższe dane przedstawiono w tab. 3.

W dalszej kolejności przeanalizowano średnie wartości DEP, EEX, PAR w podziale na wiek, wykształcenie, staż pracy oraz staż pracy w zakładach opieki paliatywnej. Stwierdzono, że w badanej grupie pracowników nie występowały statystycznie istotne zależności między wiekiem respondentów a stopniem wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji czy uczuciem utraty dokonań osobistych (tab. 4.).

Wykazano pewną istotną statystycznie zależność między wykształceniem a wyczerpaniem emocjonalnym. Największe średnie wartości EFX (20,1) – stopień umiarkowany, oraz DEP (7,5) – stopień umiarkowany, dotyczyły personelu z wykształceniem wyższym pielęgniarskim. Wykazano także istotne statystycznie różnice w powyższej kwestii między personelem z wyższym wykształceniem pielęgniarskim a personelem po ukończeniu studium medycznego, zarówno w przypadku EEX ($p < 0,046$), jak i DEP ($p < 0,036$). Pozostałe dane zawiera tab. 5.

Analizując średnie wartości EEX, DEP oraz PAR w korelacji ze stażem pracy personelu hospicyjnego, nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic między poszczególnymi grupami badanych. Średni wynik dla zmiennej *utrata poczucia dokonań osobistych* (PAR) wynoszący 29,8 sugeruje, że grupa pracowni-

Tabela 1. Ocena jakości życia – kwestionariusz Q-LES-QSF, Ogólna aktywność

Zmienne		N	Średnia (%)	SD	p
płeć	mężczyzna	13	72,8	7,8	0,015
	kobieta	86	62,7	14,2	
miejsce zamieszkania	wieś	20	63,9	16,4	NS
	miasto	79	64,1	13,4	
wykształcenie	liceum medyczne	16	59,7	19,5	0,041*
	studium medyczne	28	66,1	8,4	
	licencjat	23	67,9	13,6	
	wyższe pielęgniarские	11	53,4	19,9	
	inne wyższe	21	66,0	8,3	
	razem	99	64,1	14,0	
wiek	20–30 lat	16	71,1	14,7	0,03*
	31–40 lat	31	60,5	16,6	
	41–50 lat	33	65,3	8,3	
	51–60 lat	19	61,8	15,1	
	razem	99	64,1	14,0	
staż pracy	1–5 lat	23	65,1	19,6	NS
	6–10 lat	16	67,2	11,3	
	11–15 lat	13	62,6	12,3	
	16–20 lat	9	60,3	10,2	
	21–30 lat	25	61,7	12,7	
	powyżej 30 lat	13	67,0	11,7	
	razem	99	64,1	14,0	
staż pracy w hospicjum	1–5 lat	61	64,4	14,5	NS
	6–10 lat	28	66,3	10,3	
	powyżej 11 lat	10	55,7	17,6	
	razem	99	64,1	14,0	

ków zakładów opieki paliatywnej, traktowana całościowo, osiągnęła wysoką wartość tej cechy (29,8), natomiast dla pozostałych cech średnie wartości były niskie. Więcej danych zawiera tab. 4.

Analiza uzyskanych wyników ujawniła pewną zależność pomiędzy długością stażu pracy a wartościami wyczerpania emocjonalnego (EEX) i uczucia braku osiągnięć osobistych (PAR). Największe średnie wartości EEX (22) występowały u osób pracujących w zakładach opieki paliatywnej powyżej 11 lat – jedynie pracownicy z takim stażem uzyskali umiarkowaną wartość tej cechy. Podobnie w przypadku PAR, personel pracujący powyżej 11 lat charakteryzował się najniższą średnią wartością (25,3), co w przypadku PAR świadczyło o większym poczuciu braku osiągnięć osobistych. W przypadku cechy DEP pracownicy ze stażem większym niż 11 lat uzyskali jako jedyni średnią wartość cechy odpowiadającą umiarkowanemu stopniu depersonalizacji. Pozostali pracownicy charakteryzowali się niskim stopniem depersonalizacji. Wykazano istotne statystycznie różnice pomiędzy personelem mającym staż 1–5 lat i 6–10 lat a osobami ze stażem

powyżej 11 lat. Szczegółowe dane przedstawiono w tab. 7.

DYSKUSJA

Stres w środowisku pracy, za Wilczek-Różycka [15], jej niedoskonała organizacja i specyfika, kontakty interpersonalne wiążące się nie tylko z pomocą choremu, lecz także z terapeutycznym oddziaływaniem na stan psychiczny chorego, mogą doprowadzać do negatywnych skutków u pracowników ochrony zdrowia. Koszty bliskiej interakcji i konfrontacji z cierpieniem, ze śmiercią oraz z przewlekłym stresem mogą się pojawić szczególnie wtedy, kiedy lekarz i pielęgniarka nie są w stanie radzić sobie z własnymi negatywnymi emocjami, zmęczeniem i obciążeniem [15].

Nabiera to szczególnego znaczenia, zważywszy na fakt, że praca, za Pines [16], odgrywa coraz większą rolę w życiu współczesnego człowieka, gdyż jest on coraz bardziej skłonny czerpać z niej poczucie sensu swojej egzystencji. Powyższe dowartościowa-

Tabela 2. Ocena jakości życia – kwestionariusz Q-LES-Q – Praca

Zmienne		N	Średnia (%)	SD	p
płeć	mężczyzna	13	77,4	7,7	NS
	kobieta	87	76,3	10,5	
miejsce zamieszkania	wieś	20	77,8	7,6	NS
	miasto	80	76,1	10,7	
wykształcenie	liceum medyczne	17	82,0	8,4	NS
	studium medyczne	28	73,8	9,6	
	licencjat	23	77,5	10,1	
	wyższe pielęgniarskie	11	76,9	9,6	
	inne wyższe	21	74,0	11,3	
	razem	100	76,4	10,2	
wiek	20–30 lat	16	75,6	8,2	NS
	31–40 lat	31	76,9	9,9	
	41–50 lat	33	76,1	12,0	
	51–60 lat	20	76,9	9,3	
	razem	100	76,4	10,2	
staż pracy	1–5 lat	23	77,5	9,8	NS
	6–10 lat	16	74,4	11,3	
	11–15 lat	13	75,1	7,8	
	16–20 lat	9	73,9	9,7	
	21–30 lat	25	77,5	10,7	
	powyżej 30 lat	14	77,7	11,5	
	razem	100	76,4	10,2	
staż pracy w hospicjum	1–5 lat	61	77,5	10,5	NS
	6–10 lat	28	74,2	9,8	
	powyżej 11 lat	11	76,0	8,9	
	razem	100	76,4	10,2	

Tabela 3. Cechy zespołu wypalenia zawodowego wśród pracowników hospicjum

Poziom badanej cechy	Pracownicy hospicjum	
	N	%
Depersonalizacja (DEP)		
niska	77	77
umiarkowana	15	15
wysoka	8	8
Wyczerpanie emocjonalne (EEX)		
niskie	69	69
umiarkowane	22	22
wysokie	9	9
Utrata poczucia dokonań osobistych (PAR)		
niska	25	25
umiarkowana	25	25
wysoka	50	50

nie pracy wydaje się zjawiskiem korzystnym, jednakże ma też swoje ujemne skutki, gdy sukces zawodowy staje się wartością nadrzędną, przysławiającą wszystkie inne oraz gdy stres spowodowany

pracą zawodową doprowadza do zjawiska określonego mianem wypalenia [16].

Satysfakcja z pracy jest swoistą funkcją porównania wkładanych w nią zasobów danego pracownika a jej wynikami, którymi mogą być: awans, dodatkowa premia lub pochwała ze strony pracodawcy bądź innych osób, które oceniają jego pracę. Według Schulza i Schulza [17] na poziom zadowolenia z pracy wpływają takie czynniki, jak: wynagrodzenie, awans, nadzór, natura pracy, właściwości współpracowników, osiągnięcia, niezależność, uznanie i warunki pracy. Zdaniem autorów [17] pracownicy oceniający warunki pracy jako negatywne są mniej zaangażowani w wykonywane zadania, a realizujący się zawodowo i odczuwający satysfakcję – dokładniejsi w wykonywaniu powierzonych im zadań, a jednocześnie bardziej staranne wykonywanie pracy ma wpływ na poziom satysfakcji.

Badanie *Satysfakcja z pracy 2009* [18], przeprowadzone już po raz czwarty przez Interaktywny Instytut Badań Rynkowych (IIBR) oraz portal rekrutacyjny Pracuj.pl., wykazało, że 63% Polaków deklaroowało ogólne zadowolenie z aktualnego miejsca

Tabela 4. Zależności między wiekiem personelu hospicyjnego a średnimi wartościami zmiennych: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, utrata poczucia dokonań osobistych

Zmienna	Wiek	N	Średnia	SD	p
wyczerpanie emocjonalne	20–30 lat	16	12,3	9,0	NS
	31–40 lat	31	14,2	9,3	
	41–50 lat	33	14,0	8,5	
	51–60 lat	20	13,4	10,9	
	razem	100	13,7	9,2	
depersonalizacja	20–30 lat	16	5,8	6,3	NS
	31–40 lat	31	4,2	4,9	
	41–50 lat	33	4,8	4,6	
	51–60 lat	20	3,3	3,8	
	razem	100	4,5	4,8	
utrata poczucia dokonań osobistych	20–30 lat	16	33,4	8,3	NS
	31–40 lat	31	28,4	10,0	
	41–50 lat	33	29,2	11,2	
	51–60 lat	20	30,3	13,9	
	razem	100	29,8	11,0	

Tabela 5. Zależności między wykształceniem personelu hospicyjnego a średnimi wartościami zmiennych: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, utrata poczucia dokonań osobistych

Zmienna	Wykształcenie	N	Średnia	SD	p
wyczerpanie emocjonalne	liceum medyczne	17	14,7	10,0	< 0,046*
	studium medyczne	28	10,9	8,3	
	licencjat	23	13,8	8,2	
	wyższe pielęgniarские	11	20,1	10,3	
	inne wyższe	21	13,0	9,4	
	razem	100	13,7	9,2	
depersonalizacja	liceum medyczne	17	3,8	3,4	< 0,036*
	studium medyczne	28	3,0	3,8	
	licencjat	23	5,3	6,6	
	wyższe pielęgniarские	11	7,5	4,5	
	inne wyższe	21	4,6	4,5	
	razem	100	4,5	4,8	
utrata poczucia dokonań osobistych	liceum medyczne	17	29,6	10,9	NS
	studium medyczne	28	26,9	12,5	
	licencjat	23	30,9	10,5	
	wyższe pielęgniarские	11	33,5	8,8	
	inne wyższe	21	30,7	10,8	
	razem	100	29,8	11,0	

zatrudnienia, chociaż poziom satysfakcji Polaków z pracy na przestrzeni ostatnich kilku lat uległ zmianie. W porównaniu np. z październikiem 2005 r. odsetek osób zadowolonych z obecnego miejsca pracy spadł o ponad 10%. Zaledwie 14,5% respondentów wierzyło, że w tym roku ich pozycja na rynku pracy polepszy się, a co 3. badany (35%) uważał, że jego sytuacja ulegnie pogorszeniu. Mniejszy odsetek respondentów, w porównaniu z badaniem z 2007 r.,

dobrze oceniał swoje szanse na znalezienie innego miejsca zatrudnienia. W pracy zawodowej najistotniejsze było dla Polaków wynagrodzenie (97% respondentów) oraz stabilność zatrudnienia (96%). Ważną kwestią okazała się również atmosfera w pracy – dobre relacje ze współpracownikami (93%) oraz z bezpośrednim przełożonym (91%). Liczyły się także możliwości rozwoju zawodowego (88%) czy awansu (83%). Najmniejszą wagę przywią-

Tabela 6. Zależności między stażem pracy personelu hospicyjnego a średnimi wartościami zmiennych: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, utrata poczucia dokonań osobistych

Zmienna	Staż pracy	N	Średnia	SD	p
wyczerpanie emocjonalne	1–5 lat	23	12,2	9,2	NS
	6–10 lat	16	11,9	8,7	
	11–15 lat	13	15,8	10,0	
	16–20 lat	9	16,9	8,9	
	21–30 lat	25	15,2	10,2	
	powyżej 30 lat	14	11,4	7,5	
	razem	100	13,7	9,2	
depersonalizacja	1–5 lat	23	5,1	5,8	NS
	6–10 lat	16	5,0	4,6	
	11–15 lat	13	5,0	6,2	
	16–20 lat	9	3,7	5,2	
	21–30 lat	25	5,0	4,1	
	powyżej 30 lat	14	2,0	2,4	
	razem	100	4,5	4,8	
utrata poczucia dokonań osobistych	1–5 lat	23	32,5	8,5	NS
	6–10 lat	16	31,6	9,6	
	11–15 lat	13	26,7	12,2	
	16–20 lat	9	29,0	12,9	
	21–30 lat	25	29,7	10,4	
	powyżej 30 lat	14	27,0	14,8	
	razem	100	29,8	11,0	

Tabela 7. Korelacja między stażem pracy w hospicjum personelu hospicyjnego a średnimi wartościami zmiennych: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, utrata poczucia dokonań osobistych

Zmienna	Staż pracy w hospicjum	N	Średnia	SD	p
wyczerpanie emocjonalne	1–5 lat*	61	13,1	8,8	< 0,008*
	6–10 lat**	28	11,7	7,4	
	powyżej 11 lat*,**	11	22,0	11,7	
	razem	100	13,7	9,2	
depersonalizacja	1–5 lat	61	4,3	4,7	NS
	6–10 lat	28	3,6	3,6	
	powyżej 11 lat	11	7,6	7,2	
utrata poczucia dokonań osobistych	razem	100	4,5	4,8	< 0,035*
	1–5 lat*	61	32,1	9,3	
	6–10 lat	28	26,7	12,9	
	powyżej 11 lat*	11	25,3	12,2	
	Razem	100	29,8	11,0	

zywano natomiast do inicjatyw charytatywnych, w jakie angażuje się pracodawca (36%) [18].

Według badania przeprowadzonego przez CBOS w 2009 r., na liczącej 1096 osób reprezentatywnej próbie losowej dorosłych Polaków [19], aż 78% pracujących Polaków było zadowolonych ze swojej pracy. To znacznie więcej niż w latach 90., gdy pracę doceniało nieco ponad 60% ankietowanych. Polacy cenili pracę przede wszystkim za to, że ma sens,

jest ciekawa i wymaga doskonalenia umiejętności. Rzadziej wskazywali na wynagrodzenie – 40% uważało, że praca przynosi dobre zarobki, 35% było przeciwnego zdania. Zasadniczo, pracownikom instytucji publicznych bardziej podobała się ich praca, a mniej zarobki, a zatrudnionym w firmach prywatnych – odwrotnie, częściej doceniali zarobki, a rzadziej inne aspekty. Zatrudnieni deklarowali, że najważniejsze jest dla nich to, czy praca jest intere-

sująca, oraz to, czy daje poczucie sensu wykonywanych działań. Mniej istotne, zdaniem ankietowanych, były zarobki, możliwość wykorzystywania kwalifikacji oraz warunki do ich doskonalenia, a także poczucie pewności zatrudnienia. Połowa pracujących byłaby gotowa zmienić pracę na niezgodną z posiadanymi kwalifikacjami, gdyby przynosiła wynagrodzenie wyższe od obecnego. Częściej też niż kiedyś Polacy zmieniali pracę. Dotyczyło to zwłaszcza młodych osób, a z grup zawodowych – pracowników usług i robotników. Zmienić pracę zamierzało 16%, z czego połowa chciałaby to zrobić jak najszybciej. Motywami powyższego były najczęściej: ogólny brak satysfakcji z pracy, niemożność wykorzystania umiejętności, przekonanie, że praca nie jest interesująca, a także poczucie, że wykonywane zadania są bezsensowne [19].

Badanie opinii publicznej z 2011 r., na liczącej 1002 osoby reprezentatywnej próbie losowej dorosłych mieszkańców Polski [20], pozwoliło na stwierdzenie, iż zdecydowana większość badanych Polaków zgadzała się ze stwierdzeniami, że warto być pracowitym (95%), że każdą pracę należy wykonywać z sercem, nawet jeśli nie jest specjalnie znacząca (95%), że pracowitość to konieczny warunek do osiągnięcia sukcesów w życiu (92%) oraz że praca nadaje sens naszej egzystencji (92%). Co najmniej połowa respondentów (50–56%) zdecydowanie podzielała powyższe opinie, a tylko nieliczni (4–8%) nie zgadzali się z nimi. W nieco mniejszym stopniu Polacy byli przekonani, że dobre wykonywanie obowiązków wcześniej czy później przyniesie nagrodę lub sukces (86%) oraz że praca to moralny obowiązek człowieka wobec siebie i innych ludzi (85%) – mniej więcej 2/5 (odpowiednio: 37% i 40%) nie ma co do tego wątpliwości. Ponad połowa ankietowanych (53%, w tym 9% w sposób zdecydowany) nie zgadzała się ze stwierdzeniem, że w pracę nie warto się zbytnio angażować, jeśli nie przynosi ona odpowiednich korzyści. Blisko 3/4 badanych (71%) było zdania, że praca to przede wszystkim sposób na zdobycie pieniędzy. Według tych osób nikt nie pracowałby, gdyby nie musiał. Natomiast prawie połowa respondentów (47%) w mniejszym lub większym stopniu zgadzała się ze stwierdzeniem, że praca nie musi sprawiać satysfakcji, a najważniejszą jej cechą są odpowiednie korzyści materialne [20].

W obecnym badaniu pracownicy zakładów opieki paliatywnej najczęściej (87,4%) wybierali swój zawód, ponieważ sami o tym zadecydowali, z reguły (85,2%) byli zadowoleni ze swojej pracy i w większości (29,8%) uważali, iż ich obecna praca daje poczucie wykonywania odpowiedzialnej pracy oraz jest zgodna z wykształceniem (25,6%). Najwięcej badanych (44%) uważało, że za ich poczucie zadowolenia z pracy w dużym stopniu odpowiada pracodawca. Swoje obecne miejsce pracy innym poleci-

łoby 57,3%, a z otrzymywanego wynagrodzenia było zadowolonych 38,6% badanych. Pozytywnie swoje relacje ze współpracownikami oceniło 97,2%, z pacjentem 100%, z rodzinami chorych 83,1% i z przełożonymi 93,9% respondentów tej grupy. Obecne miejsce pracy na inne w Polsce zamieniłoby 20,6%, a za granicą 8,9% badanych. Za główne czynniki mogące się przyczynić do zmiany obecnego miejsca pracy badani uznali likwidację miejsca pracy (50%) lub niskie zarobki (35,2%). Głównym czynnikiem związanym z wykonywaniem pracy zawodowej, a wywołującym u badanych duże zadowolenie były dobre stosunki z kolegami (93,9%). Analiza danych z kwestionariusza Q-LES-Q pozwoliła na stwierdzenie, że badani są zadowoleni z wykonywanej pracy. Uzyskane wyniki wskazują także na małe trudności w wykonywaniu pracy, rozwiązywaniu problemów i podejmowaniu decyzji dotyczących pracy.

Dokonując przeglądu badań nad osobami, które poświęciły większość lub część swojego życia opiece nad człowiekiem umierającym, Muraczyńska [1] wykazała, iż pielęgnowanie pacjentów z niepomyślnym rokowaniem stwarza w ich grupie specyficzne problemy zawodowe. Długa choroba pacjenta i jego pozostawanie pod stałą opieką personelu medycznego z jednej strony sprzyja nawiązywaniu przyjaznych relacji, których zerwanie przez śmierć bywa dotkliwie odczuwane przez personel opiekujący się chorym, a z drugiej wyzwała postawy dystansujące pielęgniarki wobec człowieka umierającego i śmierci [1].

Powyższe wyniki potwierdziły także badania przytaczane przez Sauders [21], przeprowadzone w jednym z amerykańskich szpitali. Ich przedmiotem był czas reakcji pielęgniarek na dzwonek chorego, które wykazały, iż pielęgniarki najdłużej zwlekały z pójściem do najcięższych chorych [21].

Zadaniem pracowników ochrony zdrowia jest utrzymanie pacjenta przy życiu, w związku z czym bardzo często śmierć podopiecznego jest w naturalny sposób przeżywana przez lekarza i pielęgniarki jako swoistego rodzaju porażka. Porażka osobista, ale także porażka medycyny jako nauki, która w przypadku wielu chorób pozostaje nadal bezradna.

Wzorek [22] w swoich badaniach zajęła się oceną czynników wywołujących stres i doprowadzających do zespołu wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice, tj. oddziale intensywnej terapii, neurologii oraz w przychodniach. Śmierć pacjenta była stresującą sytuacją dla 70% pielęgniarek z oddziałów intensywnej terapii, 34% z oddziałów neurologii i 22% dla pracujących w przychodniach [22].

W opinii Whitfield [23] z chwilą, gdy pacjent umiera, bardzo często zdarza się, iż pielęgniarki

obwiniają się za jego śmierć, odczuwają lęk przed własną śmiercią, wpadają w depresję, a 61,5% z nich ma trudności z poradzeniem sobie ze swoimi uczuciami związanymi z odejściem pacjenta.

Badanie Dors i Pietruk [24], dotyczące 60 pielęgniarek pracujących na oddziałach kardiologii, neurochirurgii i hematologii, wykazało, że śmierć pacjenta jest sytuacją stresującą dla personelu medycznego. W tej kwestii „zdecydowanie tak” podało ponad 60% personelu oddziałów hematologii i onkologii oraz 50% oddziałów neurochirurgii i kardiologii. Podobna liczba respondentów opowiedziała się za wariantem „raczej tak”: 40% personelu medycznego oddziałów hematologii i onkologii, 45% neurochirurgii oraz 50% kardiologicznego, a tylko 5% badanych z oddziału neurochirurgii opowiedziało się za stwierdzeniem „raczej nie” [24].

Vachon [25] prowadziła badania dotyczące stresu u personelu medycznego hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej. Szczególną uwagę poświęciła w nich czynnikowi wpływającym na rozwój zespołu wypalenia zawodowego. Autorka stwierdziła, że stres, który towarzyszy pracy w zespołach opieki paliatywnej, w znacznym stopniu wynika ze spraw organizacyjnych i układów między personelem, chociaż ważną rolę odgrywają również czynniki osobowościowe. Zespół wypalenia zawodowego obejmuje płaszczyznę oddziaływania między potrzebą osoby a poświęceniem się pracy. Na występowanie zespołu wypalenia wpływa również stopniowa utrata podejścia idealistycznego do pracy, utrata energii i celu doświadczana przez osoby na skutek nowych warunków pracy [25].

Finlay [26] oceniała poziom stresu u 49 dyrektorów medycznych i 36 przełożonych pielęgniarek hospicjów, którzy od lat byli zawodowo włączeni w opiekę nad chorymi w terminalnym okresie choroby. Autorka wykazała, że w badanej grupie w przeważającym odsetku (60%) znacznego stopnia stres wynikał z obowiązków administracyjnych. W przypadku dyrektorów medycznych hospicjów praca z pacjentem była źródłem stresu dla 37%, praca z rodzinami dla 41%. W przypadku przełożonych pielęgniarek hospicjów, praca z pacjentem była źródłem stresu dla 22%, praca z rodzinami dla 31%. Powszechnie występowały objawy związane ze stresem (bezsensowność i nastroje depresyjne częściej niż dwa razy w tygodniu – podawane przez 52% i 38% dyrektorów medycznych i 48% i 22% pielęgniarek przełożonych). Do myśli samobójczych przyznało się 3% pielęgniarek przełożonych i aż 16% dyrektorów medycznych. Obawy przed zespołem wypalenia zawodowego (korelujące z zaburzeniami snu w postaci bezsenności i wczesnego budzenia się, które należy uznać za wczesne wykładniki zespołu wypalenia) podało 22% pielęgniarek przełożonych i 29% dyrektorów medycz-

nych. Grupy wsparcia funkcjonujące na terenie hospicjów uznały, że 43% dyrektorów medycznych i 51% pielęgniarek przełożonych wymaga wsparcia i w ich opinii pomoc ta była bardzo skuteczna. Pełne zadowolenie z powodu pracy w hospicjum deklarowało 43% dyrektorów medycznych i 53% pielęgniarek przełożonych, a swój poziom satysfakcji z pracy w hospicjum jako częściowy uznało 31% dyrektorów i 36% pielęgniarek przełożonych [26].

Badania Whippen i Cannelossa [27], przeprowadzone na grupie 598 lekarzy onkologów w USA, wykazały, iż 56% z nich przyznawało się do uczucia wypalenia zawodowego o różnym stopniu nasilenia, od poczucia frustracji i niepowodzenia (56%) do depresji (34%) i nudy (18%). Wypalenie zawodowe miało niekorzystny wpływ zarówno na ich życie osobiste, jak i towarzyskie. Do czynników, które sprzyjały rozwojowi zespołu wypalenia, zaliczano zbyt krótki czas poświęcany sobie i na wypoczynek (57%), ciągły kontakt z nieuleczalnie chorymi (53%), a także frustrację spowodowaną osiągnięciem bardzo ograniczonego sukcesu (45%). Częstość występowania zespołu wypalenia zawodowego pozostawała w ścisłym związku z czasem poświęconym bezpośredniej pracy z pacjentem [27].

Olley [28] w swoim opracowaniu, obejmującym 104 pielęgniarki, 83 lekarzy, 21 farmaceutów, 10 pracowników socjalnych i 42 pomocy pielęgniarskich, stwierdził, że najwyższy stopień wypalenia zawodowego wykazywały pielęgniarki [28].

W literaturze przedmiotu [29–32] podkreśla się, że pełnienie przez pielęgniarki funkcji zawodowych wiąże się ze stałym funkcjonowaniem w sytuacjach trudnych i koniecznością natychmiastowego radzenia sobie z nimi, z ustawicznym kontaktem z drugim człowiekiem i zaangażowaniem emocjonalnym w jego problemy, z posiadaniem odpowiednich kwalifikacji zawodowych oraz stałym ich podwyższaniem.

Na specyfikę zawodu pielęgniarki według Knyplla [33] wpływają także m.in.: codzienny kontakt z chorobą i osobami nią dotkniętymi (pacjent, jego rodzina i przyjaciele), wymóg stałej czujności, zhierarchizowany układ zależności zawodowej (nisko postrzegany status zawodowy pielęgniarki), stałe obciążenie psychiczne i problemy współpracy w zespole terapeutycznym.

W piśmiennictwie [33–35] do grupy pielęgniarek najbardziej narażonych na wypalenie zawodowe zalicza się osoby pracujące w tzw. medycynie zabiegowej oraz na oddziałach pediatrycznych, psychiatrycznych i onkologicznych.

Cronin-Stubs i wsp. [cyt. za 14], prowadząc badania w grupie 296 pielęgniarek, wykazali, że zespół wypalenia zawodowego korelował u nich ze zwiększoną częstością zażywania środków uspokajających, dążeniem do zmniejszenia liczby godzin bez-

pośredniego kontaktu z pacjentami, poczuciem braku wsparcia społecznego i niekorzystnej organizacji miejsca pracy.

Constable i wsp. [cyt. za 14], analizując cechy zespołu wypalenia zawodowego 310 pielęgniarek, zauważyli korelację z ich niską samodzielnością zawodową, presją pracy i brakiem wsparcia ze strony przełożonych.

W badaniach autorów niniejszej pracy ocena wypalenia zawodowego przeprowadzona za pomocą kwestionariusza Maslach, oceniającym trzy wymiary emocjonalnego wyczerpania, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonania osobistych, pozwoliła na wykazanie, że średni poziom wypalenia zawodowego w grupie pracowników zakładów opieki paliatywnej był najwyższy w aspekcie poziomu utraty osiągnięć osobistych (29,8), a najniższy w aspekcie poziomu depersonalizacji (4,5).

Na zakończenie warto jeszcze raz podkreślić, że celem opieki sprawowanej w hospicjach, za Krukowski i wsp. [36], jest osiągnięcie jak najlepszej jakości życia przebywających w nich pacjentów. Istotne w tym aspekcie wydają się także stale rosnące oczekiwania pacjentów i duża konkurencja, które wymuszają na placówkach ochrony zdrowia ciągłą pracę na rzecz jakości oferowanych usług.

Poznając oczekiwania pacjenta, jak uważa Palczewska [37], dajemy mu do zrozumienia, że chcemy się o niego troszczyć, co sprawia, że pacjent jest zadowolony, a wsparcie społeczne, którego w ten sposób doświadcza, w istotny sposób ogranicza konsekwencje choroby oraz stanowi cenne źródło zasobów.

Warto pamiętać, że w opiece nad chorymi terminalnie istnieje bezwzględna potrzeba umiejętności doskonałej obserwacji. Należy bowiem dostrzegać wszystkie potrzeby rodziny pacjenta i samego chorego, również te niesygnalizowane werbalnie. Bliski kontakt z ludzkim cierpieniem, z umiarem przewartościowują osobiste reakcje i dążenia zarówno chorego, jego rodziny, jak i personelu opiekującego się chorym. Nie wolno również zapomnieć, że przyczyn cierpienia chorych w terminalnej fazie chorób nieuleczalnych jest wiele i odczuwanie każdej z nich wzmacnia następne. Każdy człowiek jest inny, odmiennie przeżywa swoją chorobę i umieranie, ale też każdy jest całością biologiczno-psychiczno-duchowo-socjalną.

Analiza uzyskanych wyników zdaje się potwierdzać opinię Muraczyńskiej [1], że pojawia się potrzeba tworzenia programów, które byłyby przedmiotem powszechnego nauczania na studiach medycznych, omawiających problemy umierania, śmierci, straty, smutku, osierocenia i zmian, jakie zachodzą w rodzinie osób nieuleczalnie chorych, oraz naukę sposobów radzenia sobie z emocjami, które mogą się ujawniać w konfrontacji ze śmiercią.

Potwierdza także sugestie de Walden-Gałuszko [38], aby badania jakości życia pacjentów terminalnych rozszerzyć także o badania jakości życia rodzin i bezpośrednich opiekunów pacjentów, ponieważ te problemy są ściśle ze sobą powiązane. Obniżona jakość życia opiekunów, ich trudności przystosowania się do stresu ciężkiej choroby bliskiego człowieka rzutują m.in. na wzajemne kontakty, jakość opieki, a pośrednio na jakość życia.

WNIOSKI

1. Personel zakładów opieki paliatywnej był zadowolony z wykonywanej pracy, miał małe trudności z jej wykonywaniem, rozwiązywaniem problemów i podejmowaniem decyzji dotyczących pracy.
2. Za czynnik mający największy wpływ na zadowolenie z pracy uznano relacje z przełożonymi. W samoocenie, swoje relacje ze współpracownikami, przełożonymi i członkami rodzin chorych oceniono w większości jako raczej dobre, natomiast z chorymi jako bardzo dobre.
3. W grupie pracowników zakładów opieki paliatywnej stwierdzono wszystkie trzy czynniki wypalenia zawodowego.
4. Najbardziej narażoną na wypalenie zawodowe grupą byli pracownicy z ponad 11-letnim stażem pracy w hospicjum oraz posiadający wyższe wykształcenie pielęgniarskie.
5. Pracownicy byli raczej zadowoleni ze swojego życia, przy czym niższa ocena jakości życia dotyczyła osób z wykształceniem wyższym pielęgniarskim i kobiet, a wyższa mężczyzn i osób w wieku 20–30 lat.

PIŚMIENNICTWO

1. Muraczyńska B. Problemy zawodowe pielęgniarek w opiece paliatywnej – wybrane zagadnienia. *Ann UMCS Sect I* 2001; 15: 201-206.
2. Dudek B. Stres traumatyczny związany z pracą – skutki, czynniki ryzyka, zapobieganie. *Bezpieczeństwo Pracy* 2002; 12: 2-4.
3. Mg Pearn J. Traumatic Stress Disorders: a classification with implications for prevention and management. *Mil Med* 2000; 165: 434.
4. Demeronti E, Bakker AB, Nachreiner F i wsp. A model of burnout and life satisfaction among nurses. *J Adv Nurs* 2000; 32: 454-464.
5. Gmitrowicz A, Lewandowska A. Zespół wypalenia zawodowego wśród terapeutów a zachowania suicydalne pacjentów. *Suicydol* 2006; 1: 41-46.
6. Maslach Ch. *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, Prentice Hall, New York 1982.
7. Maslach C, Schanfeldi WB, Leiter MP. Job burnout. *Ann Rev Psychol* 2001; 52: 397-422.
8. Sęk H. Poznawcze i kompetencyjne uwarunkowania wypalenia w pracy z chorymi. *Post Psychiatr Neurol* 2005; 14: 93-98.
9. Siemiński M, Nitka-Siemińska A, Nyka WM. Zespół wypalenia. *For Med Rodz* 2007; 1: 45-49.

10. Endicott J, Nee J, Harrison W i wsp. Quality of life enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A New Measure. *Psychopharmacol Bull* 1993; 29: 321-326.
11. Pasikowski T. Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. W: *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Sęk H (red.). PWN, Warszawa 2000; 13-31: 135-148.
12. Essen G van, Meihuizen HE, Peters F. Arbeid in zorg en welzijn: Integrerend OSA-rapport 2001, Den Haag.
13. Kunecka D, Kamińska M, Karakiewicz B. Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Badanie wstępne. *Probl Pielęg* 2007; 15: 192-196.
14. Fengler J. Pomaganie męczy – wypalenie w pracy zawodowej. Przekład: Pietruszewski K. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2000; 1-207.
15. Wilczek-Różyńska E, Rzepka I. Zespół wypalenia zawodowego versus empatia w środowisku studentów pielęgniarstwa i medycyny. *Zdr Publ* 2006; 116: 61-64.
16. Pines AM. Wypalenie w perspektywie egzystencjalnej. W: *Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie*. Sęk H (red.). Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2000; 32-57.
17. Schulz DP, Schulz SE. Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2002.
18. <http://interaktywnie.com/biznes/newsy/raporty-i-badania/polacy-a-satysfakcja-z-pracy-315>, data pobrania 18.07.2011
19. Raport CBOS, BS/156/2009: Zadowolenie z pracy i mobilność zawodowa, Warszawa 2009; 1-13.
20. Raport z badań CBOS 2009 BS/38/2011: Stosunek Polaków do pracy i pracowitości, Warszawa 2011; 1-8.
21. Saunders C. Hospicjum Św. Krzysztofa. W: *Sens choroby, sens śmierci, sens życia*. Bortnowska H (red.). Znak, Kraków 1993; 266-299.
22. Wzorek A. Porównanie przyczyn stresu wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach o różnej specyfice. *Studia Medyczne* 2008; 11: 33-37.
23. Whitfield S. A Descriptive Study of Student Nurses Ward Experiences with Dying Patients and Their Attitudes Towards Them, MSc Thesis, University of Manchester; 1979.
24. Dors J, Pietruk K. Śmierć pacjenta jako sytuacja dla personelu medycznego. W: *W drodze do brzegu życia*. Krajewska-Kułak E, Łukaszuk C (red.). MKDruk, Białystok 2009; 7: 453-465.
25. Vachon MLS. Staff stress in hospice/palliative care: a review. *Paliat Med* 1995; 9: 91-122.
26. Finlay IG. Sources of stress in hospice medical directors and matrons. *Paliat Med* 1990; 4: 5-9.
27. Whippen DA, Canneloss GP. Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey 1000 oncologists. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1916-1920.
28. Olley BO. A comparative study of burnout syndrome among health professionals in a Nigerian teaching hospital. *Afr J Med Sci* 2003; 32: 297-302.
29. Lambert VA. Workplace stressors, ways of coping and dermatographic characteristics as predictors of physical and mental health of Japanese hospital nurses. *Int J Nurs Stud* 2004; 41: 85-97.
30. Modzelewska T, Kulik TB. Zachowanie prozdrowotne pielęgniarek a zespół wypalenia zawodowego. *Pielęg Położ* 2002; 10: 8-10.
31. Orzechowska A, Talarowska M, Drozda R i wsp. Zespół wypalenia zawodowego u lekarzy i pielęgniarek. *Pol Merk Lek* 2008; 25: 507-509.
32. Rak A, Gawel G, Kowal A. Syndrom wypalenia zawodowego u pielęgniarek. *Sztuka Leczenia* 2000; 6: 71-76.
33. Knypl K. Wypalenie zawodowe. *Miesięcznik STOMOZ. Stowarzyszenie Menadżerów Opieki Zdrowotnej* 2001; 9: 53-55.
34. Gillespie BM, Kermode S. How do perioperative nurses cope with stress? *Contemp Nurse* 2003; 16: 20-29.
35. Gillespie M, Melby V. Burnout among nursing staff in accident and emergency and acute medicine: a comparative study. *J Clin Nurs* 2003; 16: 842-851.
36. Krukowski J, Kretowicz K, Gaworska-Krzemińska A. Ocena jakości opieki w hospicjum stacjonarnym. *Probl Pielęg* 2010; 18: 299-303.
37. Palczewska A. Jakość usług medycznych w opiece paliatywnej. *Probl Pielęg* 2008; 16: 186-191.
38. De Walden-Gałuszko K, Majkowicz M. Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i w praktyce. *AM Gdańsk, Gdańsk* 2000; 1-87.