Studia z psychologii w KUL. Tom 15
red.: P. Francuz, W. Otrębski
Lublin: Wyd. KUL 2008, s.81–112

Małgorzata Maria Kulik
Katedra Psychologii Rehabilitacji
Instytut Psychologii
Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

CIERPIENIE, KTÓRE PRZERASTA CZYLI O WYPALENIU LEKARZY PRACUJĄCYCH Z LUDŹMI PRZEWLEKLE CHORYMI

1. Wprowadzenie

Praca zawodowa człowieka związana jest nie tylko z pozytywnymi doświadczeniami takimi jak np. samorealizacja, rozwój osobisty, poprawa statusu społeczno-ekonomicznego, ale także z doświadczeniami negatywnymi. Wśród tych ostatnich na pierwszym miejscu można wymienić doświadczenie stresu zawodowego. Nie jest to stres, który motywuje i mobilizuje do działania, ale jest on czynnikiem destrukcyjnym, przekraczającym możliwości adaptacyjne jednostki. Doświadczany przez jednostkę w pracy warunkowany jest instytucjonalnie, relacjami ze współpracownikami, charakterem samej pracy, a także kontaktami z klientami (Fengler 2001). W sytuacji, gdy stres przekracza możliwości przystosowawcze jednostki, powodując tym samym zakłócenia w jej funkcjonowaniu, zachowaniu oraz samopoczuciu, może prowadzić do wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego.

Zespół wypalenia zawodowego jest jednym z tych zjawisk, które nie doczekały się jednoznacznej definicji na gruncie nauk psychologicznych. Można spotkać się z wieloma teoriami próbującymi wyjaśnić jego przyczyny, opisać przebieg oraz konsekwencje (Burisch 2002, 2006; Maslach 1998, 2001, 2006; Pines 2001, 2006; Sęk 1996, 2006).

W teoriach tych podkreśla się, że stres jest nieodłączną częścią ludzkiego życia i jest on także wpisany w pracę zawodową, zaś jego całkowite wyeliminowanie nie jest możliwe ani rozwojowe. Tym samym warto postawić sobie pytanie o czynniki, które chronią jednostkę przed jego zbytnią kumulacją i

intensywnością. Czynnikami tymi są zasoby osobiste jednostki, które mogą działać zarówno przed wystąpieniem czynnika stresowego, w trakcie trwania sytuacji stresowej oraz po jej ustąpieniu (Sęk 2003).

Wśród zasobów osobistych, które umożliwiają jednostce radzenie sobie ze stresem doświadczanym w pracy zawodowej wymienia się m.in. poczucie koherencji, poczucie własnej skuteczności, doświadczane wsparcie społeczne, dyspozycyjny optymizm, poczucie własnej wartości czy inteligencję emocjonalną (Bishop 2000, Cieślak-Klonowicz 2006, Ogińska-Bulik 2006, Poprawa 2001). Istotne są także indywidualne strategie radzenia sobie ze stresem. Wydaje się, że zasoby, które jednostka wykorzystuje do radzenia sobie ze stresem mogą zależeć od rodzaju wykonywanej przez nią pracy.

Jak wiadomo zawód lekarza jest szczególny i można go odczytywać w kategoriach powołania, zaś jego wykonywanie wiąże się z dużym obciążeniem psychicznym oraz fizycznym. Wśród lekarzy szczególne miejsce ze względu na charakter swojej specjalizacji zajmują ci, którzy pracują z osobami przewlekle chorymi między innymi neurolodzy, kardiolodzy, ortopedzi, endokrynolodzy, nefrolodzy czy geriatrzy. W swojej pracy doświadczają oni nie tylko „typowych" stresów związanych z obciążeniem obowiązkami, relacjami pomiędzy personelem, warunkami pracy *etc*., ale także mają oni do czynienia ze specyficznymi stresorami. Są one związane ze szczególną, długotrwałą relacją z pacjentem przewlekle chorym, ale także ze specyfiką schorzeń, którymi się zajmują, a które w większości mają charakter postępujący, nieuleczalny i prowadzący do wcześniejszej śmierci.

Tym samym lekarze pracujący z osobami przewlekle chorymi są narażeni na występowanie długotrwałego i silnego stresu, którego konsekwencją może być zespół wypalenia zawodowego. Wypalony lekarz nie jest w stanie skutecznie realizować swoich obowiązków zawodowych. Jego kontakt z pacjentem jest powierzchowny, a relacje ze współpracownikami przedmiotowe.

Warto, zatem zastanowić się i odpowiedzieć na pytanie:

Czy i w jaki sposób zasoby osobiste, tj. poczucie własnej skuteczności – czyli przekonanie, że jest się zdolnym do wykonania określonego działania lub zachowania (Bandura 1977) – wpływają na występowanie zespołu wypalenia zawodowego u tej grupy zawodowej. Odpowiedź na to pytanie jest teoretycznym celem niniejszego opracowania. Celem praktycznym zaś jest wskazanie tych obszarów, na bazie których można konstruować skuteczne programy profilaktyki wypalenia zawodowego dla tej grupy zawodowej.

2. Teoretyczne podstawy badań własnych

Wypalenie zawodowe

Stres jest wpisany w życie człowieka, jest czymś całkowicie naturalnym, zaś jego całkowite wyeliminowanie jest nie tylko niemożliwe, ale wręcz szkodliwe. Można zauważyć, iż stres pojawia się nie tylko w codziennym funkcjonowaniu w środowisku rodzinnym czy przyjacielskim, ale przede wszystkim czynniki stresowe występują w miejscu pracy (Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg 2006).

Wielu badaczy podejmuje tematykę stresu psychologicznego koncentrując się na takich zagadnieniach jak psychologiczne mechanizmy powstawania stresu, jego konsekwencje oraz sposoby radzenia sobie z nim. Jednocześnie niektórzy z naukowców łączą bezpośrednio stres z miejscem pracy lub wykonywanym zawodem (Dudek 2003; Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg 2006; Oniszczenko 1998; Terelak 2001, 2007; Tucholska 1996, 2003).

Wśród teoretycznych modeli stresu zawodowego można odnaleźć takie, które odwołują się do klasycznej teorii Lazarusa i Folkman, a tym samym traktują stres zawodowy jako proces/interakcję (Fąfrowicz, Marek 1999; van Harrison 1987; Heszen, Sęk 2007; Kahn, Byosiere 1992; Lazarus 1986; Oniszczenko 1998; Terelak 1995, 2007). Stres jest wynikiem oceny poznawczej danej sytuacji dokonanej przez jednostkę i pojawia się gdy uzna ona, że dana sytuacja jest dla niej zagrażająca, destrukcyjna lub stanowiąca poważne wyzwanie. Na przeciwnym biegunie zaś można usytuować modele, które ograniczają się jedynie do opisywania czynników determinujących poziom stresu (de Jonga, Dormann 2003; Hobfoll 2006; Karasek 1979). Te modele nie tłumaczą mechanizmu powstawania stresu, traktując go w sposób statyczny, a tym samym nie umożliwiają pełnego opisu tego zjawiska.

Stres incydentalny lub o umiarkowanym natężeniu nie musi być zjawiskiem negatywnym, a wręcz przeciwnie może mieć charakter przystosowawczy, mobilizować do działania i podejmowania wysiłku. Często jednak stres przekracza natężenie pozwalające uznać go za czynnik pozytywny i zaczyna wywierać niekorzystny wpływ na funkcjonowanie jednostki. Pozostawanie przez dłuższy czas w sytuacji trudnej, przekraczającej możliwości adaptacyjne może powodować mniej lub bardziej odległe konsekwencje w postaci zakłóceń w funkcjonowaniu, dezorganizacji zachowania, pogorszeniu samopoczucia czy zaburzeń zdrowotnych. W sytuacji pracy zawodowej, gdy jednostka narażona jest na chroniczne działanie stresu może dojść do pojawienia się zespołu wypalenia zawodowego.

Termin wypalenie (*burnout*) został po raz pierwszy użyty przez amerykańskiego psychiatrę Freudenbergera w 1974 roku w artykule dotyczącym

pracy w ośrodku dla osób uzależnionych od narkotyków (za: Anczewska 2006, s. 19).

Od początku definicja wypalenia zawodowego, jego zakres oraz ewentualne sposoby przeciwdziałania budziły wiele kontrowersji. Do tej pory powstało kilka modeli teoretycznych całościowo ujmujących to zjawisko. Do najbardziej znanych można zaliczyć: podejście egzystencjalne Pines (2001, 2006), perspektywę wielowymiarową Maslach (1998, 2001, 2006), model nawiązujący do teorii Lazarusa i Folkman opracowany przez Sęk (1996, 2006) oraz model wypalenia w oparciu o teorię działania autorstwa Burisch (2002, 2006).

W swoim opracowaniu skupię się na teorii Maslach (1982, 1994, 1998, 2001, 2006), Sęk (1996, 2006) oraz Steuden i Okły (1998a, 1998b, 1999). Koncepcja Maslach była inspiracją do skonstruowania teorii wypalenia zawodowego Steuden i Okły (1998a, 1998b, 1999), która z kolei stanowi teoretyczną podstawę prezentowanych poniżej wyników badań własnych. Szersze wyjaśnienia koncepcji H. Sęk (1996, 2006) prowadzą do przybliżenia czytelnikowi, w jaki sposób zasoby osobiste jednostki, takie jak np. poczucie własnej skuteczności mogą być związane z doświadczaniem przez nią stresu.

Wybór koncepcji Steuden i Okły (1998a, 1998b, 1999) związany jest z jej kompleksowością, innowacyjnością oraz z całościowym ujęciem mechanizmu wypalenia zawodowego, a także z rzetelnym i trafnym narzędziem badawczym, które zostało skonstruowane na jego podstawie.

Maslach (2001) definiuje wypalenie jako „zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób" (za: Pines 2006, s. 35). Jednocześnie zakłada, iż wypalenie jest jednym z krańców *continuum* aktywności zawodowej, przeciwnym krańcem jest natomiast zaangażowanie (Maslach 1998, 2001).

W swoich początkowych pracach Maslach (1982, 1994, 1998) prezentowała stanowisko, iż główną przyczyną wypalenia zawodowego jest obciążenie psychiczne wynikające z relacji interpersonalnych w miejscu pracy. Obecnie uważa ona, iż za wypalenie odpowiada ogólnie pojęte niedopasowanie człowieka do wykonywanej przez niego pracy, brak poczucia kontroli, możliwości podejmowania decyzji, konflikt ról oraz wartości (Anczewska 2006; Tucholska 2001, 2008).

Na podstawie badań empirycznych Maslach (1998, 2001) uznała, iż wypalenia zawodowego nie można opisywać jednowymiarowo. Empiryczny materiał dowodowy skłonił ją do stworzenia wielowymiarowej koncepcji wypalenia zawodowego (Maslach 1998, 2001). Model ten składa się z trzech wzajemnie się uzupełniających wymiarów: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji, którą można traktować jako reakcję na innych oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, czyli reakcji na samego siebie. Wyczerpanie

emocjonalne jest wynikiem zbyt częstych, intensywnych kontaktów z drugim człowiekiem lub zmęczenia psychicznego. Przejawia się ono irytacją, drażliwością, obniżeniem nastroju oraz dolegliwościami somatycznymi. Wyczerpanie emocjonalne jest „furtką" do depersonalizacji (utrzymywanie formalnych kontaktów międzyludzkich, a nawet przedmiotowe traktowanie drugiego człowieka) oraz obniżenia potrzeby osobistych sukcesów.

Trójwymiarowy model Maslach (2001) jest w chwili obecnej uznawany za jeden z najlepszych modeli teoretycznych i jest on bardzo często wykorzystywany w badaniach. Należy zauważyć, iż Maslach jest przeciwniczką odnoszenia zjawiska wypalenia zawodowego do osób pracujących w innych zawodach niż te wymagające intensywnych kontaktów z drugim człowiekiem (2006).

W oparciu o teorię Maslach (1982, 1994, 1998, 2001) oraz badania empiryczne przeprowadzone wśród licznej grupy osób z tzw. zawodów wspierających (nauczyciele, lekarze, pielęgniarki, policjanci, pracownicy socjalni) Steuden i Okła (1998b, 1999) zaproponowały własną koncepcję wypalenia zawodowego[1]. Wyodrębniły one pięć czynników wchodzących w skład tego zespołu, przy czym zawarły wśród nich także te uwzględnione przez Maslach. Do opisanych Okłę i Steuden (1999) czynników należą: obniżenie kontroli emocjonalnej, utrata podmiotowego zaangażowania, obniżenie efektywności działania, zawężenie kontaktów interpersonalnych oraz zmęczenie fizyczne. „Czynnik pierwszy i drugi są czynnikami utraty zdolności emocjonalnego radzenia sobie z zadaniami i utraty podmiotowości w podejmowanych działaniach", zaś trzy pozostałe czynniki dotyczą „obszaru zawężenia się możliwości skutecznego radzenia sobie z zadaniami pomocnymi, niewiary w swoje możliwości i poczucia zmęczenia fizycznego" (Steuden, Okła 1999, s. 11).

Opierając się na wyodrębnionych czynnikach można zaprezentować dynamikę zespołu wypalenia zawodowego. Jeżeli jednostka nie poradzi sobie z trudną (zadaniową) sytuacją mogą pojawić się u niej objawy zmęczenia fizycznego. W tej sytuacji obserwuje się spadek motywacji czego następstwem jest unikanie kontaktów towarzyskich, które mogłyby pełnić także funkcję wspierającą i uzupełniającą siły motywacyjne do dalszej pracy. Jednostka ma wrażenie, że nie radzi sobie ze stawianymi wymaganiami, może zaprzeczać swoim kompetencjom i tracić zaangażowanie podmiotowe oraz emocjonalne. Utrata podmiotowego zaangażowania skutkuje brakiem sprawczości i podmiotowości. W efekcie osoba traci kontrolę emocjonalną.

Osoba wyczerpana emocjonalnie, mimo iż wykazuje zdolności radzenia sobie z sytuacją trudną, nie osiąga satysfakcji, jest zniechęcona, niezadowolona, odczuwa wewnętrzne napięcie, a także często towarzyszą jej pesymistycz-

[1] Steuden i Okła używają określenia – wypalenie sił. Zdaniem Autorki niniejszego opracowania, można – dla potrzeb tego artykułu – ujednolicić nazewnictwo i zastąpić ten termin terminem wypełnienie zawodowe.

ne myśli. Te reakcje emocjonalne mogą prowadzić do unikania kontaktu psychicznego z ludźmi, braku empatii oraz rezygnacji z odpowiedzialności. Skutkiem tak rozumianej depersonalizacji może być doświadczenie poczucia obcości wobec innych oraz samotności (Steuden, Okła 1998b).

Stopniowa utrata sprawności do skutecznego działania i rozwiązywania problemów, a także trudności w relacjach z innymi, na które może nakładać się postępujące zmęczenie fizyczne, prowadzą do zachowań agresywnych bądź ucieczkowych (Steuden, Okła 1998b). Zaburzenia przystosowania mogą przyjąć także formę uzależnienia od substancji psychoaktywnych lub innych zachowań o charakterze destrukcyjnym.

Jednostka, której dotknęło wypalenie zawodowe przejawia mniejszą aktywność zarówno na polu zawodowym, jak i społecznym. Autorki powyższego modelu wypalenia zawodowego zakładają, że pewne cechy osobowości np. lęk, nieufność, nadmierna ambicja mogą przyczyniać się do tego, że dana osoba będzie w grupie podwyższonego ryzyka związanego z możliwością wypalenia zawodowego (Steuden, Okła 1998b, 1999). Ważnym czynnikiem ryzyka i dynamiki zespołu wypalenia jest też specyficzna jakość zmiennych motywacyjnych oraz kompetencyjnych. Steuden i Okła (1998b, 1999) zakładają, iż wypalenie dotyka osób związanych z działaniami pomocowymi, przy czym osoba wspierająca może być profesjonalistą (lekarz, psycholog itp.), bądź amatorem (rodzina, przyjaciel), zaś jej motywacja może wynikać z wyboru lub konieczności. Grupą najmniej narażoną na wypalenie zawodowe są profesjonaliści pomagający z wyboru, zaś najbardziej zagrożoną osoby bez profesjonalnego przygotowania wspierające z konieczności.

Koncepcja Steuden i Okły (1998a, 1998b, 1999) w sposób klarowny łączy strukturalne i dynamiczne aspekty zespołu wypalenia, znajduje potwierdzenie w badaniach empirycznych, a także otwiera ciekawe perspektywy badawcze.

W nawiązaniu do teorii Maslach (1982, 1994, 1998, 2001) i łącząc ją z poznawczo-transakcyjną koncepcją stresu Lazarusa (1986), Sęk (1994, 1996, 1997, 2006) stworzyła teorię stresu i wypalenia zawodowego. Odwołując się do Lazarusa uznała ona, iż „decydującą rolę dla dynamiki procesów stresu i radzenia sobie odgrywają procesy subiektywnej oceny stresorów i własnych zasobów" (Sęk 2006, s. 85). Jednocześnie jej zdaniem dla rozwoju wypalenia zawodowego kluczowe są zgeneralizowane i powtarzalne niepowodzenia, których doznaje jednostka zmagająca się ze stresem doświadczanym w pracy zawodowej.

Wypalenie zawodowe jest tu wyjaśniane nie jako bezpośrednia reakcja na chroniczny stres, ale jako wynik długotrwałego nieradzenia sobie w trudnej i obciążającej sytuacji. Jednostka stopniowo traci kontrolę w układzie: własne oczekiwania (ideały, cele) – wymagania otoczenia (realne warunki pracy, cele stawiane przez inne podmioty, oczekiwania) (Sęk 1992, 1994).

W poznawczym modelu wyjaśniającym powstawanie zespołu wypalenia zawodowego muszą występować czynniki stresujące, które jednostka poddaje ocenie pierwotnej oraz czynniki, które wpływają modyfikująco na ocenę wtórną. Istotne są także same cechy podmiotu.

Zgodnie z modelem Sęk (2006) czynniki stresowe (stresory zawodowe) powstają na bazie obiektywnych warunków pracy oraz wymagań zawodowych. Stresory zawodowe są zatem związane z cechami organizacji oraz oczekiwaniami zarówno ze strony współpracowników, przełożonych jak i osób, na rzecz których jednostka pracuje. Na ten stres nakłada się stres powstający w wyniku konfrontacji przekonań zawodowych jednostki z realnymi warunkami. Uważa ona, iż wypalenie zawodowe dotyczy tylko osób pracujących w tzw. zawodach usług społecznych, dodatkowym źródłem stresu jest stres interakcji społecznej oraz osobistego zaangażowania (Sęk 1992, 1994).

Tak powstająca sytuacja stresowa jest oceniania w mechanizmie oceny pierwotnej przez jednostkę. Jednostka może uznać zaistniałą sytuację za wyzwanie, zagrożenie lub stratę. Próbuje ona sobie radzić z sytuacją przy pomocy dostępnych jej strategii zaradczych. Strategie te powstają na bazie poczucia własnej skuteczności oraz wsparcia społecznego. W ich tworzeniu istotny jest także posiadany przez jednostkę typ kontroli.

Dokonywana przez jednostkę ocena wtórna powoduje, iż sytuacja jest uznawana za rozwiązaną, czyli za taką, w której poradziła sobie ona z doświadczanym stresem zawodowym lub też za sytuację nierozwiązaną, czyli taką, w której nadal występuje stres. Powtarzające się doświadczenie braku skuteczności uniemożliwia rozwój zasobów odpornościowych i naraża jednostkę na wystąpienie poczucia bezradności zawodowej (Sęk 2006). Przy braku pomocy zewnętrznej jednostka narażona jest na wystąpienie zespołu wypalenia zawodowego.

W zaprezentowanym modelu uznaje się, że poczucie kompetencji zaradczych i poczucie własnej skuteczności jest bezpośrednim modyfikatorem wpływającym na poziom wypalenia zawodowego. Warto dodać, iż główną przyczyną wypalenia zawodowego są posiadane przez jednostkę strategie radzenia sobie ze stresem. Niski poziom kompetencji zaradczych wyzwala typową dla wypalenia zawodowego obronę w postaci depersonalizowania oraz obniżenia zaangażowania zawodowego. Konsekwencją jest pogorszenie efektywności w pracy oraz spadek poczucia osiągnięć osobistych. Wypalenie zawodowe zaczyna przypominać samonakręcajacą się spiralę.

Na podstawie bogatej literatury przedmiotu można stwierdzić, iż wypalenie odnosi się do emocjonalnych, fizycznych, poznawczych oraz behawioralnych aspektów funkcjonowania człowieka (Schaufeli, Enzmann 2006). Sęk (2006) odwołując się do Maslach twierdzi, iż główne objawy wypalenia zawodowego można ująć w trzy kategorie: wyczerpanie emocjonalne i psychofizyczne, depersonalizowanie podmiotów interakcji zawodowej połączone z

cynizmem oraz obniżona satysfakcja zawodowa, która może prowadzić do poczucia bezsensu i rezygnacji.

Jedną z bardziej wyczerpujących klasyfikacji objawów stworzył Aronson (1983 – za: Litzke, Schuh 2007, s. 168). Uznał on, iż główną cechą wypalenia jest wyczerpanie przejawiające się w trzech sferach: wyczerpanie fizyczne, wyczerpanie emocjonalne oraz wyczerpanie psychiczne.

Do objawów wyczerpania fizycznego należą: brak energii, chroniczne zmęczenie, osłabienie, podatność na wypadki, napięcie mięśniowe, zmiana nawyków dotyczących snu, jedzenia, odpoczynku, zwiększona podatność na choroby i infekcje, szczególnie dotyczące dróg oddechowych i serca, częste sięganie po używki w celu poprawienia samopoczucia fizycznego.

Objawy wyczerpania emocjonalnego to w szczególności: uczucie przygnębienia, rozczarowania, porażki, bezradności, beznadziejności i braku perspektyw, tendencja do płaczu, dysfunkcje mechanizmów kontroli emocji, poczucie pustki emocjonalnej i rozpaczy, uczucie osamotnienia, zniechęcenia, ogólny brak chęci do działania, apatia.

Wyczerpanie psychiczne przejawia się natomiast w: negatywnym nastawieniu do siebie, pracy, życia, utracie szacunku do samego siebie i innych czy poczucia własnej wartości.

Zdaniem Autorki opracowania, istotne są także objawy występujące w sferze behawioralnej, a wśród nich: zerwanie/ograniczenie kontaktów z rodziną, przyjaciółmi, współpracownikami, wykształcenie postawy dezawuującej wobec klientów, tendencja do zachowań ryzykownych i ucieczkowych (hazard, używki *etc*.) oraz rezygnacja z konstruktywnego spędzania czasu wolnego.

Wypalenie zawodowe najczęściej dotyka osoby pracujące w zawodach usług społecznych – personel medyczny, ratowniczy, nauczycieli, psychologów, policjantów, żołnierzy *etc*. Niektórzy autorzy (Cherniss 1993; Maslach 1994, 1998, 2006; Sęk 1994, 1996, 2006) twierdzą nawet, iż wypalenie zawodowe można odnosić tylko do osób pracujących w tych zawodach. Jest to związane z tym, iż wypalenie zawodowe powstaje w warunkach przewlekłego stresu, w którym istotną rolę odgrywają kompetencje przejawiane w kontaktach interpersonalnych.

Syndrom wypalenia zawodowego bardzo często dotyka osób, które posiadają określone cechy osobowości lub też posiadają określone schematy poznawcze. Wśród cech osobowości, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia zawodowego, oczywiście przy spełnieniu innych warunków, na pierwszym miejscu jest perfekcjonizm (Litzke, Schuh 2007). Do innych cech, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia wypalenia zawodowego można zaliczyć: niski poziom poczucia koherencji (Mroziak 1997), wysoki poziom neurotyczności (Maslach 2001) oraz niski poziom odporności psychicznej (Heszen-Niejodek 2000).

Badania Sęk (1994, 2006) wykazują, iż osoby skłonne do wypalenia zawodowego, w skutek sztywnych i zhierarchizowanych przekonań, które prezentują w każdej sytuacji, tworzą specyficzne schematy poznawcze. Należą do nich między innymi takie przekonania jak: „należy być kompetentnym w każdej dziedzinie", „powinno się bardzo angażować w problemy innych ludzi" czy „należy być zawsze lubianym i szanowanym przez wszystkich".

Zaprezentowane teorie wypalenia zawodowego wskazują na to, iż jest ono procesem, który można przedstawić na *continuum* od przeżywania i doświadczania stresu związanego z pracą zawodową do pełnoobjawowego wypalenia zawodowego.

Poczucie własnej skuteczności

Jeżeli nie jest możliwą do osiągnięcia sytuacja, w której wyeliminujemy doświadczanie stresu zawodowego przez pracowników, to niezmiennie istotne jest zwrócenie uwagi na te czynniki, które mogą modyfikować jego negatywne konsekwencje. Do tych czynników niewątpliwie można zaliczyć zasoby, które jednostka włącza w proces radzenia sobie ze stresem.

Termin „zasoby" nie doczekał się w psychologii jednoznacznej definicji (Sęk 2003). Według Lazarusa i Folkman (1984) obejmuje on te wszystkie elementy, które jednostka włącza w proces radzenia sobie ze stresem. Należą do nich: zdrowie i energia, pozytywne przekonania, zdolność rozwiązywania problemów oraz zdolności społeczne. Warto dodać, iż istotnymi zasobami w walce ze stresem są indywidualne cechy jednostki (Poprawa 2001).

Poczucie własnej skuteczności jest tym konstruktem teoretycznym, któremu w psychologii zdrowia przypisuje się szczególne znaczenie. Jeżeli będziemy utożsamiać je z kontrolą behawioralną, to zauważymy, że jest to jeden z zasadniczych mechanizmów samoregulacji ludzkiego zachowania.

Według Bandury (1977) poczucie własnej skuteczności to przekonanie, że jest się zdolnym do wykonania określonego działania lub zachowania. Nie jest ono tożsame z oczekiwaniami dotyczącymi wyniku. Można je opisać poprzez trzy czynniki: poziom, ogólność i siłę. Jak zauważa Poprawa (2001) poczucie własnej skuteczności wpływa na wybór takiego, a nie innego działania, wysiłek jaki w nie włożymy oraz wytrwałość podczas jego wykonywania. Jednocześnie poczucie to jest związane z jakością i siłą procesów emocjonalnych, jakich doświadczamy zarówno podczas planowania, jak i wykonywania danego działania.

Schwarzer (1997) uważa, iż poczucie własnej skuteczności jest ogólną dyspozycją człowieka, która jest nabywana i modyfikowana w biegu jego życia. Poczucie skuteczności może być nabywane poprzez:

- bezpośrednie/doskonalące doświadczenie – im częściej człowiek podejmuje się danej aktywności i osiąga zamierzone rezultaty/sukces, tym posiada on wyższe poczucie własnej skuteczności;
- pośrednie/ zastępcze doświadczenie – człowiek tworzy poczucie własnej skuteczności poprzez porównywanie swoich działań z działaniami innych ludzi;
- werbalną perswazję/symboliczne doświadczenie – wewnętrzne przekonanie o możliwości odniesienia sukcesu wzmocnione zewnętrzną perswazją sprzyja kształtowaniu się poczucia własnej skuteczności.

Schwarzer (1997) twierdzi ponadto, że poczucie własnej skuteczności jest niezmiernie istotne w zapobieganiu konsekwencjom zdrowotnym stresu. W zaproponowanym przez siebie modelu podkreśla on, iż poczucie skuteczności jest bardzo ważne w przewidywaniu, planowaniu i podejmowaniu działań zapobiegawczych, modyfikacji szkodliwych/destrukcyjnych nawyków oraz w podtrzymywaniu zachowań korzystnych dla zdrowia. W swoich badaniach (Schwarzer, Fuchs 1996) zauważył, iż wysokie poczucie własnej skuteczności występujące u osób z wysokim poziomem stresu powoduje, iż osoby te rzadziej niż inne w celu rozładowania nagromadzonego napięcia stosują używki, cierpią na uzależnienia oraz chętniej podejmują się aktywności fizycznej i kontroli wagi ciała.

W przeciwieństwie do Bandury (1977) Schwarzer (1997) twierdzi, iż poczucie własnej skuteczności można ujmować dynamicznie. Takie podejście łączy się z procesualnym podejściem do kształtowania zachowań zdrowotnych (Heszen, Sęk 2007). Można wyróżnić trzy fazy, w których poczucie własnej skuteczności jest jakościowo inne. Fazy te to: inicjowanie działania, utrzymanie działania oraz powrót do działania po rezygnacji z jego ukończenia (Heszen, Sęk 2007).

Cherniss (1993) uważa, iż to poczucie własnej skuteczności, jest tym czynnikiem, który najbardziej wpływa na doświadczanie przez jednostkę wypalenia zawodowego. Jednocześnie twierdzi on, że teorie poczucia własnej skuteczności odnoszą się do konkretnego kontekstu występującego w zawodach usług społecznych, dlatego też należy ustalić rodzaj sytuacji, w których ta kompetencja zaradcza jest istotna. Wyróżnił on trzy obszary, w których poczucie własnej skuteczności jest niezwykle istotne. Należą do nich:

- sytuacje zadaniowe, np. przekazywanie wiedzy odnośnie choroby pacjentowi przez lekarza;
- sytuacje interpersonalne, np. rozmowa nauczyciela z uczniem;
- sytuacje organizacyjne, np. organizacja grupy wsparcia dla pacjentów.

Warto zwrócić uwagę na rolę poczucia własnej skuteczności w sytuacji stresującej.

Przekonanie odnośnie własnej skuteczności w stresującej sytuacji wpływa na ocenę i na wybór intencji działania (Juczyński 1998). Cherniss (1980 – za:

Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg 2007) zauważył, iż nawet bardzo stresująca praca nie paraliżuje osób o wysokim poziomie własnej skuteczności, a wręcz przeciwnie mobilizuje je do szukania nowych rozwiązań, przekształcania istniejących warunków oraz znajdowania sposobów przystosowania się. Wypalenia można, więc uniknąć, jeżeli osiąga się ważne cele zawodowe. W swoich późniejszych badaniach Cherniss (1993) stwierdził, że osoby o niskim poczuciu własnej skuteczności w sytuacjach trudnych reagują apatią, rozczarowaniem oraz cynizmem. Jednakże niskie poczucie własnej skuteczności może nie prowadzić do wypalenia zawodowego, o ile w organizacji będą występowały czynniki minimalizujące stosowanie nieskutecznych strategii zaradczych.

Przekonanie o własnej skuteczności zmniejsza też poczucie, iż praca wywołuje bardzo silny stres. Świadczą o tym chociażby wyniki badań przeprowadzonych przez Beiserta (2006) wśród pielęgniarek, Dudka i Koniarka (2004) wykonane na grupie strażaków z jednostek interwencyjnych oraz Ogińskiej-Bulik (2003) przeprowadzone wśród policjantów.

Przedstawione powyżej zasoby osobiste mogą pomóc jednostce w procesie radzenia sobie ze stresem doświadczanym w pracy zawodowej. Mogą one funkcjonować zarówno przed wystąpieniem stresora, w trakcie jego trwania, jak i po jego ustąpieniu. Można przypuszczać, że to dzięki posiadanym przez jednostkę zasobom udaje jej się bardziej efektywnie i skutecznie radzić sobie ze stresem przeżywanym w pracy zawodowej, a tym samym nie dopuścić do rozwinięcia się pełnoobjawowego zespołu wypalenia zawodowego.

Źródła stresu w pracy lekarzy

Dotychczas prowadzone badania dotyczące aktywności zawodowej lekarzy wskazują na szczególną specyfikę tej grupy zawodowej. O ważności ich zawodu nie warto nikogo przekonywać, a jak zauważa Dudek (1986) jest to spowodowane tym, iż pomagają oni w osiągnięciu i utrzymywaniu specyficznej i podstawowej dla człowieka wartości, jaką jest zdrowie. Już w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku sformułowano tezę, że w procesie leczenia ważnym czynnikiem jest sam lekarz (Balint 1955).

Pracownicy służby zdrowia bez wątpienia narażeni są na działanie stresorów, zarówno o charakterze chronicznym, jak i traumatycznym związanym głównie ze śmiercią pacjentów. W ostatnich czasach dołączają do tej grupy także stresory związane z reformą opieki zdrowotnej, akcjami protestacyjnymi czy emigracją. Jak zauważają Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg (2006) personel medyczny musi się także zmierzyć z powszechnymi, negatywnymi opiniami społeczeństwa na temat tej grupy zawodowej.

Ponieważ liczba badań dotyczących czynników stresowych występujących tylko i wyłącznie w pracy lekarzy jest bardzo niewielka (badacze kon-

centrowali się głównie na pracy zawodowej pielęgniarek lub personelu opieki psychiatrycznej), to przedstawione poniżej dotychczasowe badania mają charakter bardziej ogólny i odnoszą się do pracy zawodowej osób związanych z ochroną zdrowia w ogóle.

Charakterystyki źródeł stresu pracowników opieki zdrowotnej dokonuje się na dwa, komplementarne sposoby. Po pierwsze poprzez zestawienie najczęściej występujących stresorów (Anczewska 2006; Brzeska 1998; Gugała 2003; Gutowska 2007; Kopeć, Orchowska, Pogonowska 2007; Nyklewicz 2001), zaś po drugie poprzez tworzenie, przeważnie rozbudowanych, klasyfikacji czynników stresogennych (Dudek 1992; Gugała 2003; Siemińska, Dawid 1997; Sutherland, Cooper 1993).

Na podstawie powyższych charakterystyk można wyróżnić następujące rodzaje stresorów występujących w pracy lekarzy i innego personelu medycznego: Najogólniej można je podzielić na te, które są związane z pracą jako taką (organizacja, presja czasu, płace, warunki lokalowe *etc*.), z relacjami międzyosobowymi (pomiędzy personelem oraz pomiędzy personelem a pacjentami i ich rodzinami) oraz te związane ze społecznymi, indywidualnymi oraz emocjonalnymi konsekwencjami pracy (rywalizacja, samotność, brak wsparcia). Zdaniem Autorki tego opracowania należy do tej listy dodać także stres związany z nagłymi, traumatycznymi wypadkami, które wymagają od lekarzy natychmiastowej mobilizacji i pełnego zaangażowania, narażeniem własnego zdrowia i życia na niebezpieczeństwo. Źródłem stresu mogą być także wymagania stawiane przez środowisko, konieczność nieustanego szkolenia się i podnoszenia kwalifikacji.

Należy zwrócić uwagę na specyficzne stresory występujące w pracy lekarzy zajmujących się głównie osobami przewlekle chorymi. Stresory te wynikają w dużej mierze ze specyficznych wymagań osób przewlekle chorych, zaś te są wynikiem cech wpisanych w chorobę przewlekłą. Na podstawie literatury i własnych analiz Autorki można wymienić następujące stresory:

- długotrwały kontakt z pacjentem i jego rodziną skutkujący przejęciem częściowej odpowiedzialności za stan jego zdrowia i funkcjonowania, połączony np. z koniecznością nauczenia pacjenta jak może się rozwijać pomimo choroby (Bonino 2008), czy – jak odzyskać kontrolę nad własnym życiem (Salmon 2002);
- współtowarzyszenie w nieuleczalnej chorobie, a często także w umieraniu i żałobie;
- frustracja i poczucie żalu towarzyszące niewyleczeniu pacjenta, a tym samym brakowi sukcesu w pracy zawodowej;
- brak wystarczających funduszy na nowoczesną terapię czy diagnostykę.

Stres występujący w pracy lekarza zajmującego się osobami przewlekle chorymi jest wynikiem relacji lekarz – pacjent, a także wymagań stawianych przez środowisko (organizację i jej poszczególnych członków). Dlatego też

podjęto się badań dotyczących zasobów osobistych lekarzy pracujących z osobami przewlekle chorymi a stopniem ich wypalenia zawodowego.

3. Metodologia badań własnych

Problem badawczy oraz hipotezy

W literaturze przedmiotu można znaleźć informacje wskazujące na to, iż istnieje związek pomiędzy posiadanymi przez jednostkę zasobami, a sposobem doświadczania przez nią stresu (Janczewska 2006; Bishop 2000; Juczyński, Ogińska-Bulik 2003; Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg 2006; Poprawa 2001; Ratajczak 1994; Sęk 2003; Tucholska 2003). Wychodząc z założenia, że stres doświadczany nie incydentalnie, przekraczający swój przystosowawczy charakter, wywiera niekorzystny wpływ na funkcjonowanie jednostki, można wyróżnić dwa rodzaje reakcji na stres: bezpośrednie i odległe następstwa w postaci zaburzeń w funkcjonowaniu oraz chorób psychosomatycznych. Odległą psychologiczną reakcją na stres jest zespół wypalenia zawodowego, który jest charakterystyczny dla ludzi pracujących w zawodach silnie obciążających, wymagających maksymalnego zaangażowania posiadanych zasobów oraz częstego kontaktu z innymi (zawody pomocowe, służby społeczne).

Konsekwencją stresu zawodowego może być wypalenie zawodowe rozumiane jako wyniki niezgodności pomiędzy wymaganiami stawianymi człowiekowi przez środowisko, a posiadanymi przez niego zasobami. W tym założeniu istotne jest podkreślenie faktu, że zasoby obejmują wszystkie potencjały jednostki – inteligencję, kompetencje, system wartości, doświadczane wsparcie, warunki materialne czy odporność. W związku z przyjętymi założeniami sformułowane zostało pytanie badawcze, które brzmi następująco:

Jaki jest związek poczucia własnej skuteczności ze stopniem wypalenia zawodowego u lekarzy pracujących z osobami przewlekle chorymi oraz jego zróżnicowanie ze względu na realizowaną specjalizację?

Odpowiedź na to pytanie będzie możliwa po udzieleniu odpowiedzi na następujące pytania wchodzące w skład problematyki szczegółowej:

- Jaki jest poziom wypalenia zawodowego u badanych lekarzy i jego zróżnicowanie ze względu na specjalizację?
- Jak badani oceniają poziom własnej skuteczności i jakie jest jego zróżnicowanie ze względu na specjalizację?
- Czy specjalizacja różnicuje lekarzy pod względem poziomu wypalenia zawodowego oraz poczucia własnej skuteczności?
- Czy związek pomiędzy stopniem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności jest istotny statystycznie?

– Czy specjalizacja różnicuje związek pomiędzy stopniem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności u badanych lekarzy ?

Tak ujęty problem badawczy pozwala na sformułowanie następujących hipotez:

***H_1*:** Poziom wypalenia zawodowego lekarzy pracujących z osobami przewlekle chorymi jest wyższy niż przeciętny.

Podstawą do postawienia takiej hipotezy są dane z literatury wskazujące na to, że osoby pracujące w tzw. zawodach usług społecznych mają wyższy niż przedstawiciele innych zawodów poziom wypalenia zawodowego (Anczewska 2006, Dierendock 2006, Gutowska 2007, Ogińska-Bulik 2006, Tucholska 2003).

***H_2*:** Specjalizacja realizowana przez lekarzy różnicuje poziom ich wypalenia zawodowego.

Takie przypuszczenie jest uzasadnione w kontekście pojedynczych badań prowadzonych wśród lekarzy różnych specjalizacji np. zabiegowych (Gutowska 2007) czy psychiatrów (Anczewska 2006). Warto, zatem w jednych badaniach porównać lekarzy pracujących w tym samym środowisku, ale realizujących różne specjalizacje.

***H_3*:** Specjalizacja realizowana przez lekarzy różnicuje poziom ich poczucia własnej skuteczności.

W dostępnej literaturze nie ma danych dotyczących zróżnicowania poziomu własnej skuteczności ze względu na specjalizację. Jednakże można spotkać badania (Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg 2006) wskazujące na to, że w ramach szeroko rozumianej profesji (służby ratownicze) istnieją różnice w poziomie własnej skuteczności pomiędzy np. policjantami a ratownikami medycznymi.

***H_4*:** Związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności jest zróżnicowany ze względu na specjalizację.

Podstawą do postawienia takiej hipotezy są dane z literatury wskazujące na to, że poziom własnej skuteczności może mieć wpływ na stopień odczuwanego wypalenia zawodowego (Dudek, Konarek 2004; Juczyński 1998; Ogińska-Bulik 2006; Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg 2006; Poprawa 2001; Schwarzer, Fuchs 1996).

W dostępnej literaturze nie ma danych dotyczących zróżnicowania poziomu własnej skuteczności ze względu na specjalizację (np. lekarzy, czy nauczycieli). Jednakże można spotkać badania (Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg 2006) wskazujące na to, że w ramach szeroko rozumianej profesji (służby ratownicze) istnieją różnice w poziomie własnej skuteczności pomiędzy np. policjantami a ratownikami medycznymi.

Opis badanej grupy

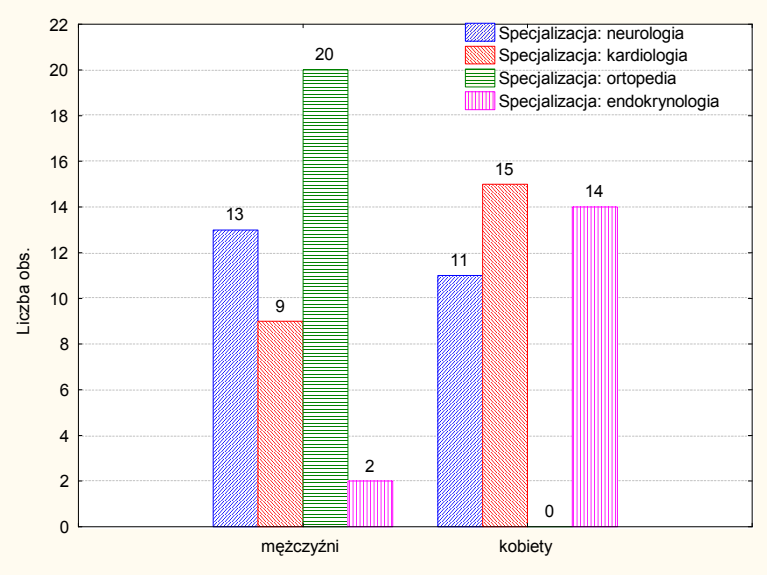
W celu zweryfikowania hipotez badawczych przebadano 84 lekarzy realizujących 4 specjalizacje (z neurologii, kardiologii, ortopedii oraz endokrynologii) (tab. 1). Poniżej przedstawiono szczegółową charakterystykę badanej grupy. Należy zaznaczyć, iż badania miały jedynie charakter pilotażowy i mogą być wstępem do zakrojonego na szerszą skalę programu badawczego.

Tab. 1. Liczebność (*f*) oraz procent (*P*) lekarzy ze względu na specjalizację

Specjalizacja lekarska	**Liczebność (*f*)**	**Procent (*P*)**
Neurologia	24	28,57
Kardiologia	24	28,57
Ortopedia	20	23,81
Endokrynologia	16	19,05
Razem	84	100,00

Przebadano 40 kobiet (48%) oraz 44 mężczyzn (52%). Badani lekarze realizowali 4 specjalizacje, których wspólną cechą jest praca z ludźmi przewlekle chorymi. Grupy nie są równoliczne (tab. 1), co uwzględniono podczas analiz statystycznych. 28,57% badanych jest neurologami tyle samo kardiologami, 23,81% pracuje jako ortopedzi, zaś 19,05 jest endokrynologami.

Ponad połowa neurologów to mężczyźni (54%), zaś większość kardiologów (63%) to kobiety. Specjalizację z ortopedii wśród badanych realizują wyłącznie mężczyźni (100%). Natomiast wśród endokrynologów przeważają kobiety (88% badanych) (wykres 1).



Wykres 1. Podział badanych ze względu na specjalizację i płeć

Badanych oprócz płci i realizowanej specjalizacji różnicuje także wiek (tab. 2). Wśród badanych 43% stanowią osoby w wieku 40-50 lat. Po 29% należy do przedziałów wiekowych: poniżej 40 lat oraz powyżej 50 lat.

Tab. 2. Podział badanych ze względu na wiek

Wiek badanych osób	***P***
50 lat i powyżej	29
40-50 lat	43
40 lat i poniżej	28
Razem	100

P – procent

Zastosowane metody badawcze

W badaniach wykorzystane zostały następujące metody: *Skala Wypalenia Sił* (*SWS*) pozwalająca na pomiar poziomu wypalenia zawodowego oraz *Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności* (*GSES*) mierząca siłę ogólnego przekonania jednostki, co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami.

Skala Wypalenia Sił została opracowana przez Steuden i Okłę (1998a, 1998b, 1999). Autorki odwołują się do własnej koncepcji wypalenia zawodowego (Steuden, Okła 1999). Skala składa się z 66 zdań twierdzących, które tworzą 5 czynników:

- Czynnik I – Obniżenie kontroli emocjonalnej (OK) – 22 twierdzenia,
- Czynnik II – Utrata podmiotowego zaangażowania (UP) – 15 twierdzeń,
- Czynnik III – Obniżenie efektywności działania (OE) – 12 twierdzeń,
- Czynnik IV – Zawężenie kontaktów interpersonalnych (ZK) – 10 twierdzeń,
- Czynnik V – Zmęczenie fizyczne (ZF) – 7 twierdzeń.

Wspólne ujęcie czynnika I oraz II pozwala na ocenę stopnia, w jakim jednostka utraciła zdolność emocjonalnego radzenia sobie z sytuacją związaną z pracą zawodową. Jednocześnie możemy dowiedzieć się, w jakim stopniu odczuwa ona brak własnej podmiotowości w podejmowaniu działań związanych z jej pracą. Czynnik III opisuje brak zadowolenia z podejmowanych działań oraz brak wymiernych wysiłków podejmowanych przez jednostkę. Dwa ostatnie czynniki pozwalają na ocenę, w jaki sposób praca zawodowa wpływa na ogólne funkcjonowanie jednostki. Czynnik IV wskazuje na utratę ochoty do inicjowania i podejmowania kontaktów z innymi ludźmi, zaś czynnik V opisuje stopień zmęczenia fizycznego.

Badani ustosunkowują się do każdego z podanych twierdzeń zaznaczają odpowiedź na pięciostopniowej skali. Najwyższa ocena na skali, odpowiada kategorii odpowiedzi TAK, ma wartość 5 punktów i tym samym oznacza maksymalne nasilenie stanu negatywnego, zaś ocena 1 (NIE) wskazuje na to, że sytuacja (stan) opisywany danym twierdzeniem nie występuje u osoby badanej. Metoda przeznaczona jest do badania osób dorosłych, które są aktywne zawodowo. Badanie kwestionariuszem może być przeprowadzone indywidualnie lub grupowo. Obliczenie wyników surowych następuje poprzez zsumowanie punktów w ramach każdej ze skali. Wynik ogólny jest sumą punktów ze wszystkich 5 skal i mieści się w granicach od 66 do 330. Jako jedyny nie posiada on norm i w jego opisie korzysta się z wyniku surowego, przy czym średnia teoretyczna wynosi 132, a odchylenie standardowe 8. Dla reszty wyników surowych (skale I-V) istnieje możliwość ich odniesienia do norm stenowych.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (*GSES*) odnosi się do koncepcji oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności zaproponowanej przez Bandurę (1977). Spostrzegana skuteczność może odnosić się do specyficznych obszarów aktywności i wyrażać ogólne przekonanie dotyczące własnych kompetencji, czy możliwości.

GSES została opracowana przez Schwarzera i Jerusalama w 1992 roku (Juczyński 2001). Jej pierwsza wersja była w języku niemieckim, zaś w 1993 roku przetłumaczono ją na język angielski. Jej polska wersja pojawiła się w

1997 roku (Schwarzer 1997). Składa się ona z 10 twierdzeń wchodzących w skład jednego czynnika. Osoba badana zaznacza wybrane przez siebie odpowiedzi na czterostopniowej skali, gdzie odpowiedzi NIE przypisywana jest wartość 1 punktu, zaś odpowiedzi TAK – 4 punkty. Suma wszystkich punktów daje – ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności[2].

Metoda przeznaczona jest do badania osób dorosłych, zarówno zdrowych jak i chorych. Badanie kwestionariuszem może być przeprowadzone indywidualnie lub grupowo. Wyniki surowe oblicza się poprzez zsumowanie punktów zaznaczonych w kwestionariuszu przez osobę badaną. Mieszczą się one w granicach od 10 do 40. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności.

Wyniki można odnieść do norm wyrażonych w skali stenowej. Należy podkreślić, iż uzyskany wynik badania należy porównywać z wynikami średnimi próbki normalizacyjnej lub odpowiedniej grupy klinicznej[3] (Juczyński 2001).

Organizacja badań

Badania zostały przeprowadzone w okresie od listopada 2007 do lutego 2008 roku na terenie miasta Lublina. Większość badań przeprowadzono indywidualnie w bezpośrednim kontakcie z osobą badaną na terenie jej miejsca pracy (szpital lub przychodnia przyszpitalna). Część kwestionariuszy została rozdana psychologom lub ordynatorom pracującym na poszczególnych oddziałach i za ich pośrednictwem przekazana badanym lekarzom, którzy spełniali kryteria doboru grupy badawczej.

4. Wyniki badań własnych

Zróżnicowanie poziomu wypalenia zawodowego u badanych lekarzy

Średni ogólny wynik uzyskany przez wszystkich badanych w *Skali Wypalenia Sił* wynosi M_o = 138. Mieści się w granicach przeciętnych i jest nieznacznie wyższy od średniej teoretycznej dla tej skali (tab. 3). Na podstawie

[2] W przeciwieństwie do skal przeznaczonych do pomiaru poczucia skuteczności w specyficznych sytuacjach skala *GSES* mierzy siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami.

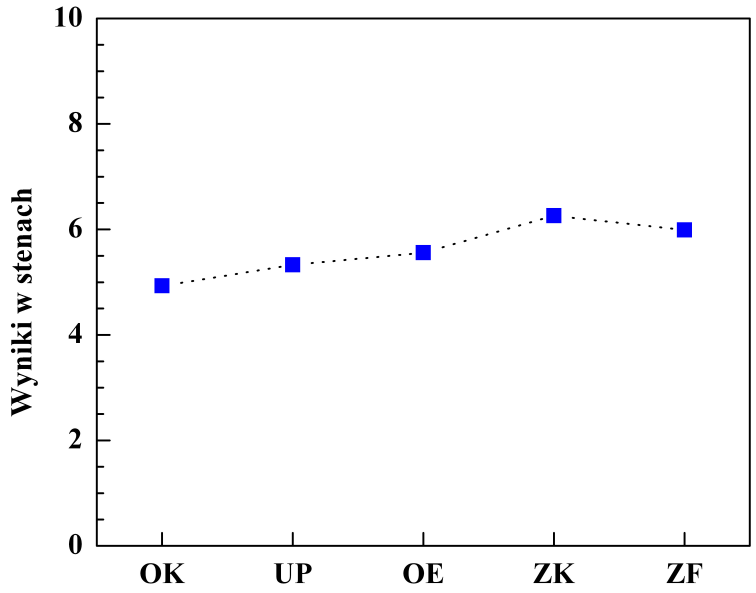
[3] Wyróżniono 7 grup klinicznych. Są to: diabetycy, pacjenci dializowani, mężczyźni po zawale, kobiety z rozpoznaniem migreny, kobiety w ciąży powikłanej, kobiety w okresie menopauzy, kobiety po mastektomii.

wyniku ogólnego można stwierdzić, że badani lekarze nie doświadczają znacznego wypalenia zawodowego.

Tab. 3. Wynik ogólny w *Skali Wypalenia Sił* dla wszystkich badanych

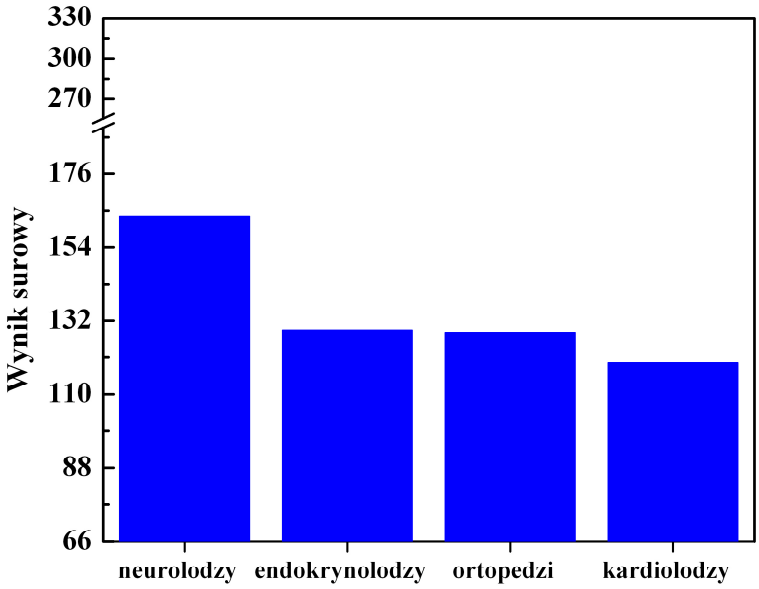
Średni uzyskany wynik ogólny w *SWS*	**Średnia teoretyczna w skali *SWS***
138	132

Wyniki dla całej grupy w poszczególnych podskalach *SWS* mieszczą się w granicach przeciętnych: 4-6 sten. W skali OK badani uzyskali 4,93 stena, UP – 5,33, OE – 5,56, ZK – 6,26, zaś w skali ZF – 5,99 stena. Najwyższe wyniki, nieznacznie wyższe od przeciętnych, badani uzyskali w skali ZK, zaś najniższe w skali OK. Upoważnia to do stwierdzenia, iż badaną grupę charakteryzuje zawężenie kontaktów interpersonalnych, wycofywanie się z relacji społecznych, a także niechęć do zawierania nowych znajomości. Może to być związane ze zmęczeniem fizycznym. Lekarze potrafią kontrolować swoje emocje wobec pacjentów, czy kolegów z pracy, a także nie mają trudności z wchodzeniem w pozytywne relacje interpersonalne z pacjentami (wykres 2).



Wykres 2. Wyniki w podskalach *Skali Wypalenia Sił* dla wszystkich badanych

Porównanie wyniku ogólnego w *SWS* uzyskanego przez poszczególne podgrupy badanych lekarzy pozwala stwierdzić, że jedynie neurolodzy prezentują wyższy niż przeciętna stopień wypalenia sił (WO = 163,42). Wyniki uzyskane przez pozostałe podgrupy mieszczą się w granicach przeciętnych i wynoszą: dla endokrynologów *M* = 129,25, dla ortopedów *M* = 128,55, zaś dla kardiologów *M* = 119,42 (wykres 3). Warto zauważyć, że neurologów cechuje znaczne zmęczenie wykonywaną pracą, zaś ich działania są mniej efektywne. Mogą mieć oni także trudności w relacjach interpersonalnych zarówno z pacjentami, jak i z personelem.



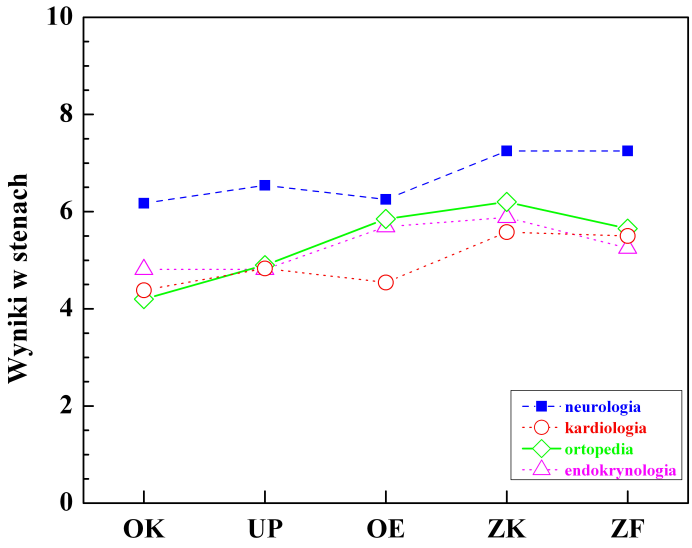
Wykres 3. Wynik ogólny w *Skali Wypalenia Sił* z uwzględnieniem podgrup wyróżnionych ze względu na specjalizację

Tab. 4. Porównanie istotności różnic (*p*) pomiędzy wynikami ogólnymi w *SWS* w poszczególnych podgrupach badanych lekarzy

SWS	**A-B**	**A-C**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**
	p	***p***	***p***	***p***	***p***	***p***
WO	0,004	0,052	0,073	0,907	0,928	1,000

A – Neurolodzy, B – Kardiolodzy, C – Ortopedzi, D – Endokrynolodzy

Można stwierdzić, że różnica w wyniku ogólnym uzyskanym przez neurologów w porównaniu z kardiologami jest istotna statystycznie (tab. 4). Neurolodzy są bardziej wypaleni zawodowo.



Wykres 4. Średnie dla poszczególnych skal *SWS* w podgrupach wyróżnionych ze względu na specjalizację

Analiza wyników uzyskanych w poszczególnych podskalach *SWS* przez podgrupy badanych lekarzy pozwala stwierdzić, iż najwyższe wyniki we wszystkich skalach osiągnęli neurolodzy (OK = 6,17; UP = 6,54; OE = 6,25; ZK = 7,25; ZF = 7,27), zaś najniższe wyniki w skali OK (4,20) – ortopedzi, w skali UP (4,81) – endokrynolodzy, w skali OE (4,54) oraz w skali ZK (5,58) – kardiolodzy, natomiast w skali ZF (5,25) – endokrynolodzy (wykres 4).

Neurologów cechuje wyższe niż przeciętne obniżenie kontroli emocjonalnej, utrata podmiotowego zaangażowania, obniżenie efektywności działania, zawężenie kontaktów interpersonalnych oraz zmęczenie fizyczne. Spośród badanych lekarzy ortopedzi są podgrupą, która najlepiej radzi sobie z kontrolowaniem własnych emocji. Endokrynolodzy natomiast są najbardziej zaangażowani w zadania, które wykonują, a także najmniej zmęczeni fizycznie. Kardiolodzy posiadają najlepsze relacje interpersonalne, a także nie mają trudności z wchodzeniem w nowe związki o charakterze przyjacielskim.

Tab. 5. Porównanie istotności różnic (*p*) pomiędzy wynikami w podskalach *SWS* w poszczególnych podgrupach badanych lekarzy

Podskale *SWS*	**A-B** *p*	**A-C** *p*	**A-D** *p*	**B-C** *p*	**B-D** *p*	**C-D** *p*
OK	0,058	0,042	0,319	0,995	0,946	0,879
UP	0,031	0,058	0,062	1,000	1,000	0,999
OE	0,070	0,947	0,888	0,280	0,456	0,997
ZK	0,030	0,678	0,061	0,879	0,572	0,994
ZF	0,064	0,135	0,056	0,997	0,989	0,961

A – Neurolodzy, B – Kardiolodzy, C – Ortopedzi, D – Endokrynolodzy

Można zauważyć, iż istnieje istotna statystycznie różnica pomiędzy neurologami oraz kardiologami w podskalach OK oraz ZK (tab. 5). Oznacza to, że neurolodzy utracili w istotnie wyższym niż kardiolodzy stopniu przedmiotowe zaangażowanie wykonywaną pracą oraz zawęzili kontakty interpersonalne ($p \leq 0,05$).

Wykazano też, że istnieje statystycznie istotna różnica pomiędzy neurologami, a ortopedami w zakresie obniżenia kontroli (tab. 5). Neurolodzy w sytuacjach stresowych związanych z pracą mają zdecydowanie większe niż ortopedzi trudności z adekwatnym reagowaniem oraz kontrolą swoich emocji ($p \leq 0,05$).

Zróżnicowanie poziomu własnej skuteczności u badanych

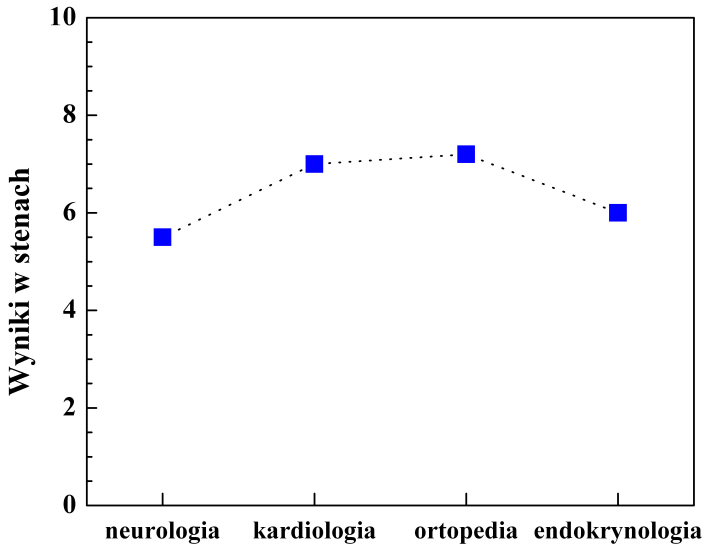
Średni wynik ogólny uzyskany przez wszystkich badanych w skali *GSES* wynosi $M = 6,43$ i jest on nieznacznie wyższy niż przeciętny (tab. 6). Badani lekarze posiadają poczucie skuteczności oraz są przekonani o tym, że są kompetentni, a ich wiedza pozwala na poradzenie sobie z wymaganiami jakie stawia przed nimi praca zawodowa. Sadzą oni ponadto, że ich działania przynoszą zamierzony skutek.

Tab. 6. Średnia (*M*) i odchylenie standardowe (*SD*) wyników w *GSES* dla całej grupy badanych

Skala GSES	***M***	***SD***
	6,43	2,52

Analizując rozkład wyników w podgrupach wyróżnionych ze względu na specjalizację zauważono, że najwyższy wynik w skali *GSES* uzyskali ortope-

dzi (M = 7,20), zaś najniższy neurolodzy (M = 5,50). Wyniki kardiologów i endokrynologów wynoszą odpowiednio: M = 7,0 oraz M = 6,0 (wykres 5).



Wykres 5. Wyniki uzyskane w *GSES* z uwzględnieniem podgrup wyróżnionych ze względu na specjalizację

Nie stwierdza się istotnych statystycznie różnic w wyniku uzyskanym w *GSES* przez poszczególne podgrupy badanych lekarzy wyróżnione ze względu na realizowaną specjalizację (tab. 7).

Tab. 7. Porównanie istotności różnic (p) wyników w *GSES* w poszczególnych podgrupach wyróżnionych ze względu na specjalizację

	A-B	**A-C**	**A-D**	**B-C**	**B-D**	**C-D**
	p	***p***	***p***	***p***	***p***	***p***
GSES	0,224	0,165	0,940	0,995	0,663	0,551

A – Neurolodzy, B – Kardiolodzy, C – Ortopedzi, D – Endokrynolodzy

Związki pomiędzy wypaleniem zawodowym a poczuciem własnej skuteczności w badanej grupie

Analizując wartości korelacji i ich istotności dla skal *SWS* oraz *GSES* można stwierdzić, iż w całej grupie oraz w podgrupach wyróżnionych ze względu na płeć (kobiety, mężczyźni) istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy stopniem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności (tab. 8).

Tab. 8. Współzależności pomiędzy wynikami ogólnymi w *SWS* oraz *GSES* dla całej grupy i podgrup według płci

	Wynik ogólny *SWS*		
GSES	Cała grupa	Kobiety	Mężczyźni
	-0,80***	-0,79***	-0,83***

* $p \leq 0{,}05$; ** $p \leq 0{,}01$; *** $p \leq 0{,}001$

Najsilniejszy związek istnieje pomiędzy stopniem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności w podgrupie mężczyzn, nieco słabszy jest on dla całej grupy, zaś najsłabszy dla podgrupy kobiet. Należy zaznaczyć, że wszystkie powyższe korelacje można określić jako wysokie lub bardzo wysokie (tab. 9). Wypalenie zawodowe badanych jest odwrotnie proporcjonalne do posiadanego przez nich poczucia własnej skuteczności.

Na podstawie wyników ogólnych ze skal *SWS* oraz *GSES* można stwierdzić, iż w każdej podgrupie badanych wyróżnionych ze względu na realizowaną specjalizację istnieje istotny statystycznie związek pomiędzy stopniem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności (tab. 9).

Tab. 9. Współzależności pomiędzy wynikami ogólnymi w *SWS* oraz *GSES* w podgrupach wyróżnionych ze względu na specjalizację

	Wynik ogólny *SWS*			
GSES	Neurolodzy	Kardiolodzy	Ortopedzi	Endokrynolodzy
	-0,71***	-0,82***	-0,89***	-0,84***

* $p \leq 0{,}05$; ** $p \leq 0{,}01$; *** $p \leq 0{,}001$

Najsilniejsza korelacja istnieje pomiędzy stopniem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności w podgrupie ortopedów, nieco niższa w podgrupach endokrynologów oraz kardiologów, zaś najsłabsza w podgrupie neurologów (tab. 9). Większość powyższych korelacji można określić jako wysokie lub bardzo wysokie.

Wypalenie zawodowe w badanych podgrupach wyróżnionych ze względu na realizowaną specjalizację jest odwrotnie proporcjonalne do poczucia własnej skuteczności.

Wszystkie podskale *Skali Wypalenia Sił*, z wyjątkiem ZK, korelują w sposób istotny statystycznie z wynikiem w *Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności* (tab. 10). Najsilniejsza korelacja ujemna, przy poziomie istotności $p \leq 0{,}001$, zachodzi pomiędzy skalą OK a *GSES*. Osoby, które mają mniejsze poczucie własnej skuteczności, mają większe trudności z kontrolowaniem swoich emocji i reagowaniem w sposób adekwatny do zaistniałej sytuacji. Bardzo mocna korelacja ujemna, przy poziomie istotności $p \leq 0{,}05$, zachodzi pomiędzy skalą OE a *Skalą Uogólnionej Własnej Skuteczności*. Zatem ci badani, którzy nisko oceniają poczucie własnej skuteczności, mają poczucie obniżenia efektywności własnych działań.

Tab. 10. Współzależności pomiędzy podskalami *SWS* a *GSES* w całej grupie

Skale *SWS*	***GSES***
OK	-0,65***
UP	-0,53**
OE	-0,46*
ZK	-0,08
ZF	-0,44*

$p \leq 0{,}05$; ** $p \leq 0{,}01$; *** $p \leq 0{,}001$

Można zauważyć, że pomiędzy zdecydowaną większością skal służących do opisu wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności w każdej z 4 badanych podgrup zachodzą istotne statystycznie związki (tab. 11).

W podgrupie neurologów poczucie własnej skuteczności najsilniej koreluje z obniżeniem kontroli emocjonalnej ($p \leq 0{,}001$). Lekarze przekonani o tym, że ich działania nie przynoszą skutku i nie poprawiają stan pacjentów, mają mniejszą skłonność do kontrolowania swoich emocji w sytuacjach stresowych. W tej podgrupie, w przeciwieństwie do kardiologów, ortopedów i endokrynologów, nie stwierdzono zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a zawężeniem kontaktów emocjonalnych.

W podgrupie kardiologów poczucie własnej skuteczności najsilniej koreluje z obniżeniem efektywności działania ($p \leq 0{,}001$). Lekarze nie są zadowoleni z podejmowanych działań oraz uważają, że brakuje im wymiernych wyników wysiłków jakie podejmują. Nieco mniejszy związek zauważono pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a obniżeniem kontroli emocjonalnej.

W podgrupie ortopedów poczucie własnej skuteczności ma najsilniejszy związek z obniżeniem kontroli emocjonalnej ($p \leq 0{,}001$) oraz z zawężeniem kontaktów interpersonalnych ($p \leq 0{,}001$). Podobną zależność stwierdza się w podgrupie endokrynologów.

Poczucie własnej skuteczności ma najsilniejszy wpływ na obniżenie kontroli emocjonalnej. Brak poczucia sukcesu przekłada się na frustrację, zwiększa stres, zaś w konsekwencji prowadzi do niekontrolowanych wybuchów negatywnych emocji takich jak złość, gniew czy poczucie winy.

Tab. 11. Współzależności pomiędzy podskalami *SWS* a *GSES* w podgrupach wyróżnionych ze względu na specjalizację

Skale *SWS*	**Specjalizacja**			
	Neurolodzy	**Kardiolodzy**	**Ortopedzi**	**Endokrynolodzy**
	GSES	***GSES***	***GSES***	***GSES***
OK	-0,65***	-0,67***	-0,79***	-0,77***
UP	-0,53**	-0,51*	-0,58**	-0,69**
OE	-0,46*	-0,76***	-0,45*	-0,82***
ZK	-0,08	-0,57**	-0,70***	-0,77***
ZF	-0,44*	-0,52**	-0,66**	-0,73**

* $p \leq 0{,}05$; ** $p \leq 0{,}01$; *** $p \leq 0{,}001$

5. Wnioski z badań

Przeprowadzone badania miały na celu wyjaśnienie jak zasoby posiadane przez jednostkę wpływają na doświadczanie i przeżywanie przez nią stresu w miejscu pracy, stresu, rozumianego jako wypalenie zawodowe. Przeprowadzone badania empiryczne pozwalają na pozytywną weryfikację wszystkich hipotez badawczych z wyjątkiem H_1:

- Specjalizacja realizowana przez lekarzy różnicuje poziom ich wypalenia zawodowego.
- Specjalizacja realizowana przez lekarzy różnicuje poziom ich poczucia własnej skuteczności.
- Istnieje związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a poczuciem własnej skuteczności i jest on zróżnicowany ze względu na specjalizację.

Zauważono, że podgrupą najbardziej wypaloną są neurolodzy, zaś najmniej ortopedzi. Ponadto osoby, które posiadają wysokie poczucie własnej skuteczności są mniej wypalone zawodowo.

Zawód lekarza związany jest ze szczególnym rodzajem odpowiedzialności, stawia też pracownika przed coraz to nowymi wyzwaniami i trudnościami. Szczególnie trudna jest praca tych lekarzy, którzy nie mogą liczyć na sukces rozumiany jako wyzdrowienie pacjenta. Z taką sytuacją mają do czynienia lekarze pracujący z osobami przewlekle chorymi. Przeprowadzone badania wskazały na to, że w sytuacji, gdy nie mają oni odpowiednich zasobów wewnętrznych, są grupą narażoną na wypalenie zawodowe. Konsekwencje tego stanu są zauważalne zarówno w ich miejscu pracy, w relacjach z kolegami, pacjentami, w sposobie wykonywania obowiązków, ale także w ich życiu osobistym czy funkcjonowaniu psychicznym. Istotne jest zadbanie o to, aby osoby, które pracują w tak trudnych warunkach miały zapewniony optymalny rodzaj wsparcia, zarówno instytucjonalnego jak i pozainstytucjonalnego. Ważna też może okazać się pomoc w ustaleniu hierarchii wartości i zrozumieniu, czym jest sukces w pracy lekarza. Czy należy go utożsamiać tylko z wyleczeniem pacjenta, a może także z zapewnieniem mu odpowiedniej jakości życia?

BIBLIOGRAFIA

Anczewska M. (2006). *Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii.

Balint M. (1955). The doctor, his pacient and the illness. *Lancet*, 1, 683-688.

Bandura A. (1977). *Social learning theory*. Engelwood Cliffs: Prentice Hall.

Bańka A. (1990). *U źródeł psychopatologii pracy*. Poznań: Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej.

Bishop G. (2000). *Psychologia zdrowia*. Wrocław: Astrum.

Beisert B. (2006). Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 182-216). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Bonino S. (2008). *Tysiące nici mnie tu wiążą. Jak żyć z chorobą.* Warszawa: Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej.

Brzeska H. (1998). Czynniki związane ze stresem zawodowym pielęgniarek oddziałowych. *Antidotum*, 9, 63-95.

Burisch M. (2002). A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experience. *Work & Stress*, 16 (1), 1-17.

Burisch M. (2006). *W poszukiwaniu teorii – przemyślenia na temat natury i etiologii wypalenia.* W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 58-83). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Cherniss C. (1993). Role of professional self – efficacy In the etiology and amelioration in burnout. W: W. B. Schaufeli, Ch. Maslach, T. Marek

(red.), *Professional burnout: Recent developments in the theory and research* (s. 135-150). Washington: Tayor & Francis.

Cieślak R., Klonowicz T. (2006). Wsparcie społeczne a stres pracy i bezrobocie. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 152-170). Warszawa: PWN.

De Jonge J., Dormann Ch. (2003). The DISC Model: Demand – Induced Strain Compensation Mechanisms in Job Stress. W: M. F. Dollard, A. H. Winefield, (red.), *Occupational Stress in the Service Professions* (s. 43-74). London: Taylor and Francis.

Dierendock D. (2006) Wypalenie zawodowe lekarzy z perspektywy teorii równości. W: H. Sęk, R. Cieślak (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie* (s. 168-182). Warszawa: PWN.

Dudek B. (1992). *Psychiczne obciążenie pracą. Pomiar, czynniki warunkujące, skutki.* Łódź: Instytut Medycyny Pracy.

Dudek B. (2003). *Zaburzenie po stresie traumatycznym*. Gdańsk: GWP.

Dudek B., Koniarek J. (2004). Osobowościowe uwarunkowania rozwoju po stresie traumatycznym. W: J. Strelau (red.), *Osobowość a ekstremalny stres* (s. 183-193). Gdańsk: GWP.

Dudek B., Wichowski A., Komanek J., Nowacki H., Kołdońska K., Myślińska M. (1986). *Analiza czynników psychologicznych determinujących obciążenie pracą fachowych pracowników medycznych*. Łódź: Instytut Medycyny Pracy.

Fąfrowicz M., Marek T. (1999). Werońska koncepcja źródeł stresu. W: J. Terelak (red.), *Źródła stresu*: *Teoria i badania* (s. 13-22). Warszawa: Wydawnictwo ATK.

Fengeler J. (2000). *Pomaganie męczy. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk: GWP.

Gałuszka A. (2005). *Człowiek przewlekle chory – aspekty psychoegzystencjalne*. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

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

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

Heszen-Niejodek I. (2000). Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. W: J. Strelau (red.), *Psychologia. T. 3* (s. 465-492). Gdańsk: Wydawnictwo GWP.

Heszen I., Sęk H. (2007). *Psychologia zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Hobfoll S. (2006). *Stres, kultura i społeczeństwo: psychologia i filozofia stresu*. Gdańsk: GWP.

Juczyński Z. (1999). *Kwestionariusz Wspracia Społecznego (F-SozU K-22) Fydrich i in*. Wersja eksperymentalna, niepublikowana.

Juczyński Z. (2001). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP.

Kahn R. L., Byosiere Ph. (1992). Stress in organization. W: M. Dunnette, L. Hough (red.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (s. 571-650). Paolo Alto: Consulting Psychologists Press.

Karasek R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: implication for job redesign. *Administrative Science Qurterly*, 24, 285-308.

Kopeć M., Orchowska I., Pogonowska E. (2007). Pielęgniarki. W: J. Terelak (red.), *Stres zawodowy* (s. 283-332). Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Lazarus R. (1986). Paradygmat stresu i radzenia sobie. *Nowiny Psychologiczne*, 40-41, 2-39.

Lazarus R., Folkman S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Litzke S. M., Schuh H. (2007). *Stres, mobbing i wypalenie zawodowe*. Gdańsk: GWP.

Maslach Ch. (1998). A multidimensional theory of burnout. W: C. L. Cooper (red.), *Theories of organizational stress* (s. 68-85). Oxford Uniwersity Press.

Maslach Ch. (2001). What have we learned abort burnout and health? *Psychology & Health*, 16, 607-611.

Maslach Ch. (2006). Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 13-32). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Maslach Ch., Schaufeli W. B., Leiter M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.

Mroziak B., Czabała J. C., Wojtowicz S. (1997). Poczucie koherencji a zaburzenia psychiczne. *Psychiatria Polska*, 31, 257-268.

Nyklewicz W. (2001). W pracy stres, w domu nie lepiej. *Magazyn Pielęgniarkii Położnej*, 10, 11-13.

Ogińska-Bulik N. (2003). Zasoby osobiste chroniące funkcjonariuszy policji przed negatywnymi skutkami stresu zawodowego. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 90-106). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.

Ogińska-Bulik N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych*. Warszawa: DIFIN.

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

Oniszczenko W. (1998). *Stres to brzmi groźnie*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.

Pasikowski T. (2000). *Stres i zdrowie*. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

Pecyna M. B. (1993). *Pacjent i jego rodzina w komunikacji lekarskiej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.

Pecyna M. B. (1999). *Psychologia kliniczna w praktyce pedagogicznej*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.

Pines A. M. (2006). Wypalenie – w perspektywie egzystencjalnej. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 32-58). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Pines A. M., Aronson E., Kafry D. (1981). *Burnout*: *From Tedium to Personal Growth*. New York: Free Press.

Poprawa R. (2001). Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. W: G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia* (s. 103-142). Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego.

Ratajczak Z. (1994). Wsparcie społeczne w środowisku pracy a stres i jego skutki zdrowotne. W: Z. Ratajczak (red.), *Psychologiczna problematyka wsparcia społecznego i pomocy* (s. 57-79). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

Salmon P. (2002). *Psychologia w medycynie*. Gdańsk: GWP.

Schaufeli. W., Enzmann D., Girault N. (2006). Przegląd metod pomiaru wypalenia zawodowego. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 113-135). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Schwarzer R. (1997). Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model. W: I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia* (s. 175-205). Warszawa: PWN.

Schwarzer R., Fuchs S. (1996). Self – efficacy and heath behavior. W: M. Conner, P. Norman (red.), *Predicting health behavior* (s. 163-196). Buckingham: Open University Press.

Sęk H. (1992). Psychological concepts of health, modes of prevention and counseling for health promotion. W: H. Sęk (red.), *Readings in Health and Preventive Psychology* (s. 1-11). Poznań: K. Domke Publishing House.

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

Sęk H. (1996). Zespół wypalenia zawodowego – wprowadzenie teoretyczne. W: H. Sęk (red.), *Wypalenia zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania* (s. 9-26). Poznań: Zakład Wydawniczy K. Domke.

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

Sęk H. (2006). Wypalenie zawodowe u nauczycieli. Uwarunkowania i możliwości zapobiegania. W: H. Sęk (red.), *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie* (s. 149-168). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Siemińska M., Dawid G. (1997). Stres zawodowy lekarzy. *Przegląd lekarski*, 7-8, 529-532.

Steuden S., Okła W. (1998a). *Tymczasowy podręcznik do Skali Wypalenia Sił. Wydanie eksperymentalne*. Lublin: Zakład Psychologii Klinicznej KUL.

Steuden S., Okła W. (1998b). Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia. *Roczniki Psychologiczne*, 1, 120-130.

Steuden S., Okła W. (1999). Strukturalne i dynamiczne aspekty zespołu wypalenia w zawodach wspierających. *Roczniki Psychologiczne*, 2, 5-17.

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

Terelak J. F. (1995). *Stres psychologiczny*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.

Terelak J. (1997). Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem bezrobocia. W: J. Terelak (red.), *Studia z psychologii stresu* (s. 275-324). Warszawa: Wydawnictwo ATK.

Terelak J. (1999). *Psychologia menadżera*. Warszawa: Difin.

Terelak J. (2001). *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza Branta.

Terelak J. F. (2007). *Stres zawodowy*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego.

Tokarz A, Nęcka E. (1997). *Psychologia poznawcza w Polsce. Koncepcja, analizy, badania*. Warszawa: Instytut Psychologii PAN.

Tucholska S. (1996). Stres w zawodzie nauczyciela. *Psychologia Wychowawcza*, 5, 408-417.

Tucholska S. (2001). Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego – etapy rozwoju. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 301-317.

Tucholska S. (2003). *Wypalenie zawodowe u nauczycieli*. Lublin: Wydawnictwo KUL.

Tucholska S. (2008). Wypalenie zawodowe w ujęciu strukturalnym i dynamicznym. W: T. Zbyrad (red.), *Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych* (s. 15-32). Stalowa Wola: KUL.

Van Harisson R. (1987). Indywidualno-środowiskowe dopasowanie a stres w pracy. W: C. Cooper , R. Payne (red.), *Stres w pracy* (s. 260-305). Warszawa: PWN.

THE SUFFERING WHICH GOES BEYOND STRENGTHS – BURNOUT SYNDROME OF THE DOCTORS WHO WORK WITH CHRONICALLY ILL PEOPLE

(*Summary*)

The article is concerned with the subject of experiencing the Burnout Syndrome by doctors who work with chronically ill people and with the connection between the Burnout Syndrome and self – efficacy as well as experienced and perceived social support.

Theoretical grounds of the article refer to multidimensional conception of the Burnout Syndrome worked out by Steuden and Okła (1998a, 1999). The model contains five mutually complementary dimensions: decrease of emotional control, loss of personal commitment, decrease in effectiveness of acting, limitation of interpersonal relations and physical tiredness.

The article presents the results of researches conducted with the use of The Strenght Burnout Scale (Skala Wypaleni Sił) and Generalized Self – Efficacy Scale (Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności). In the research participated 84 doctors (41 women, 43 man) specializing in the following fields:

Endocrinology, Cardiology, Orthopedics and Neurology. The age of participant varied from 30 to 64.

The results of researches show that about three-quarters of the doctors experience the burnout syndrome. It is manifested especially in following dimensions: physical tiredness, decrease of emotional control and effectiveness of acting. The level of self – efficacy of the doctors is close to the average.

The obtained results of researches allow to point the significant differences in the degree of burnout syndrome depending on specialization and gender.

Korekta językowa – Katarzyna Ostrowska