

Ewa Tańska

ORCID: 0000-0001-5940-4112

Wielkopolskie Centrum Onkologii

ewa.tanska@wco.pl

Rola przywództwa w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej

Artykuł nadesłany: 4.06.2022; artykuł zaakceptowany: 5.10.2022

Kody klasyfikacji JEL: I10, I15, I31, J80, J81

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, przywództwo, placówka medyczna

Abstrakt

Wypalenie zawodowe w placówce medycznej, szczególnie na pierwszej linii świadczenia usługi medycznej i po trudnym czasie pandemii COVID-19, jest pilnym wyzwaniem, które przywódcy powinni zrozumieć i bezpośrednio rozwiązać.

Celami artykułu są: 1) poznanie przyczyn oraz wpływu zmęczenia i wypalenia zawodowego na człowieka; 2) określenie roli przywództwa w tworzeniu kultury organizacyjnej opartej na zaangażowaniu zespołów i promującej dobre samopoczucie pracowników w placówce medycznej oraz 3) zaproponowanie strategii budowania atmosfery wzajemnego wsparcia oraz zapobiegania zmęczeniu i wypaleniu zawodowemu.

Metodą badawczą są przegląd i analiza literatury branżowej, w tym artykułów w międzynarodowych czasopismach oraz materiałów ze szkoleń.

W literaturze przedmiotu istnieje wiele definicji zjawiska wypalenia zawodowego. Jest to zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i obniżonego poczucia dokonań osobistych. W przypadku personelu medycznego depersonalizacja pacjentów może początkowo wyrażać się w tendencji do unikania osób chorych i skracania czasu spędzanego z nimi.

Czynnikami pierwotnymi wpływającymi na występowanie wypalenia zawodowego są brak uczciwości i wzajemnego szacunku, obciążenia, którymi nie można zarządzać, brak jasności ról, słaba komunikacja lub brak wsparcia ze strony przełożonego, nieuzasadniona presja czasu i brak ludzi do pracy, brak znaczących relacji międzyludzkich. Czynniki, które pojawiły się w czasie pandemii, są rosnące zaległości, oczekiwanie na oddelegowanie do innej pracy oraz tak zwany koszt emocjonalny.

Kluczową rolą liderów na różnych szczeblach w hierarchii jednostki jest tworzenie kultury szacunku i ciągłego doskonalenia, która integruje członków zespołu we wzajemnym wspieraniu

się w najtrudniejszych momentach pracy zawodowej. Niezwykle ważne jest wdrażanie strategii promujących budowanie i utrzymywanie dobrego samopoczucia i odporności pracowników na stres. Strategie te powinni indywidualnie do swoich potrzeb tworzyć ludzie, którzy doświadczają syndromu wypalenia. W zespołach medycznych warto zastanowić się, co personel medyczny zawdzięcza pacjentom, i ponownie dokonać oceny wartości, zbudować ich hierarchię i przemyśleć, co w życiu jest prawdziwe i cenne. Aby dojść do tak ważnych wniosków, niejednokrotnie trzeba omówić sprawy trudne i bolesne.

The role of leadership in addressing burnout in a medical institution

Keywords: burnout, leadership, medical institution

Abstract

Burnout in a medical institution, especially in the frontline of medical service and following the difficult time of the SARS-CoV-2 pandemic, is an urgent challenge that leaders need to understand and address directly.

The aims of the article are: 1. getting to know the causes of fatigue and burnout as well as the impact they have on a person; 2. defining the role of leadership in creating an organizational culture based on team involvement and promoting the well-being of employees in a medical institution; 3. proposing a strategy for building an atmosphere of mutual support as well as preventing fatigue and burnout.

The research method was the review and analysis of professional literature, including articles in international journals and training materials.

There are many definitions of the phenomenon of burnout in the literature on the subject. It is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalization, and a lowered sense of personal achievement. In the case of healthcare professionals, the depersonalization of patients may initially be expressed in a tendency to avoid patients and shorten the time spent with them.

Primary factors influencing the occurrence of burnout are: lack of fairness and mutual respect, unmanageable workloads, lack of role clarity, poor communication or support from the manager, unreasonable time pressures and poor workflows, lack of meaningful connections. Factors that emerged during the pandemic are: growing backlogs, expectations to work outside areas of expertise, and the so-called emotional toll.

The key role of leaders is to create a culture of respect and continuous improvement that integrates team members and helps them support one another in the most difficult moments of their professional work. It is extremely important to implement strategies which promote building and maintaining employees' well-being and resilience to stress. These strategies should be individually developed by people who experience burnout. In medical teams, it is worth considering what the medical staff owes to patients and reassessing their values, building their hierarchy, and rethinking what is real and valuable in life. In order to reach such important conclusions, it is often necessary to discuss difficult and painful matters.

Wstęp

Od lat siedemdziesiątych XX wieku w różnych środowiskach pracy funkcjonuje i jest zauważane zjawisko wypalenia zawodowego. Wraz z nastaniem w 2020

roku pandemii COVID-19 zjawisko to spotęgowało się. Szczególnie intensywnie zaczęto je obserwować wśród pracowników systemu ochrony zdrowia, w placówkach medycznych, jak szpitale publiczne czy przychodnie. Pracownicy wykonujący obowiązki na pierwszej linii świadczenia usługi medycznej doświadczali długotrwałego narażenia na stres i zmęczenia, głównie w okresach zwiększonej zachorowalności ludzi na COVID-19. Zmęczenie było zarówno psychiczne, jak i fizyczne. Bezsilność względem choroby, emocje związane z troską o drugiego człowieka, nerwowość i konieczność szybkiego działania w przychodniach i na izbach przyjęć, brak możliwości zwolnienia tempa pracy lub skorzystania z odpoczynku to czynniki, które istotnie wpływały na samopoczucie pracowników w placówkach medycznych.

W literaturze przedmiotu została sformułowana koncepcja świata VUCA. VUCA jest akronimem pochodzącym od angielskich słów: *volatility* (zmiennosc), *uncertainty* (niepewnosć), *complexity* (złożoność), *ambiguity* (niejednoznaczność). Koncepcja ta definiuje dynamiczną i nieprzewidywalną rzeczywistość oraz wskazuje na niejednoznaczność w rozumieniu i definiowaniu procesów oraz kontroli nad nimi (Jeske, 2018). Sytuacja epidemiczna lat 2020–2022 bezwzględnie zwerifikowała umiejętność skutecznego zarządzania placówką medyczną w świecie VUCA. We wszystkich krajach wystąpił kryzys zdrowotny, obnażone zostały ograniczenia systemów ochrony zdrowia. Zauważono niedociągnięcia i braki w zakresie infrastruktury i wyposażenia w urządzenia medyczne (głównie w respiratory), a także deficyt kadr medycznych (lekarskich i pielęgniarskich), szczególnie specjalizujących się w anestezjologii i intensywnej terapii.

Potrzeba wspierania zespołów medycznych w pracy na pierwszej linii świadczenia usługi medycznej oraz budowania kultury organizacyjnej, w której w sytuacjach kryzysowych człowiek nie pozostaje sam z ciężarem podejmowania trudnych decyzji oraz ma możliwość omówienia swoich emocji, przeżyć oraz uczuć w gronie osób przeżywających podobne wątpliwości, była tematem poruszanym na wielu spotkaniach naukowych i szkoleniach w gronach specjalistów. Najbardziej zainteresowani wskazówkami i podpowiedziami w tym obszarze byli liderzy w placówkach medycznych (dyrektorzy i prezesi szpitali, dyrektorzy ds. personalnych, dyrektorzy medyczni, dyrektorzy ekonomiczni, naczelnice pielęgniarki, ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe, kierownicy zakładów i działów administracyjnych czy samodzielni specjaliści). Bardzo ważne było oszacowanie skali problemu oraz zaproponowanie narzędzi i/lub strategii przeciwdziałania wypaleniu zawodowemu wśród personelu medycznego. Próba określenia czynników pierwotnych i determinantów pandemicznych wypalenia zawodowego stała się impulsem do podjęcia tematu roli lidera w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej.

Celem niniejszego artykułu jest:

1. poznanie przyczyn oraz wpływu zmęczenia i wypalenia zawodowego na człowieka;

2. określenie roli przywództwa w tworzeniu kultury organizacyjnej opartej na angażowaniu zespołów i promującej dobre samopoczucie pracowników w placówce medycznej;
3. zaproponowanie strategii budowania atmosfery wzajemnego wsparcia oraz zapobiegania zmęczeniu i wypaleniu zawodowemu.

Metodyka

Przedmiotem pracy jest określenie roli przywództwa w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej. Zakres podmiotowy stanowią placówki medyczne (głównie szpitale publiczne i przychodnie) oraz liderzy: dyrektorzy, prezesi, zastępcy dyrektora/prezesa, pełnomocnicy dyrektora/prezesa oraz wyższy personel medyczny (ordynatorzy, pielęgniarki oddziałowe), a także kierownicy komórek organizacyjnych i samodzielni specjaliści. Metodą badawczą są przegląd i analiza literatury branżowej, w tym artykułów w międzynarodowych czasopismach oraz materiałów ze szkoleń. Zakres czasowy pracy obejmuje okres 1990–2022.

Historia wypalenia zawodowego

Zjawisko wypalenia zawodowego pojawiło się jako główny problem społeczny w Stanach Zjednoczonych w połowie lat siedemdziesiątych XX wieku i jego znaczenie istotnie wzrosło w ostatnich dekadach. Wypalenie zawodowe jest uznawane za potencjalny problem w wielu zawodach i w wielu różnych krajach. Szczególny wpływ na spotęgowanie zjawiska miała pandemia COVID-19 ogłoszona przez Światową Organizację Zdrowia w 2020 roku.

Ludzie pracujący wiedzą, że nie istnieje praca idealna. Związek, jaki ludzie mają ze swoją pracą, i trudności, które mogą się pojawić, gdy związek ten się rozpada, od dawna uznawany jest za znaczące zjawisko w życiu ludzi. Znane są przypadki, gdy ludzie porzucają pracę i szukają siebie w miejscach ustronnych, zaczynają życie zgodnie z naturą, w ciszy gór i wśród szumu lasów. Takie zachowania zdarzały się wcześniej, zanim zjawisko wypalenia zawodowego zostało zdefiniowane, a badacze regularnie zaczęli poddawać je analizie.

Początki używania terminu „wypalenie” są nieco niejasne i sięgają lat siedemdziesiątych XX wieku. Prawdopodobnie określenie to pochodzi z nielegalnej sceny narkotykowej, gdzie wypalenie odnosiło się do fizycznych skutków chronicznego nadużywania narkotyków. Lekarze i terapeuci, którzy pracowali z narkomanami, zapożyczyli ten termin, aby opisać własne pogorszenie psychiczne i stres. Oficjalnie o występowaniu wypalenia zawodowego powiedział zaś psycholog kliniczny H. Freudenberger (w 1974 roku) w cyklu artykułów o bezpłatnych klinikach.

W tym samym czasie psycholog społeczna Ch. Maslach prowadziła badania eksploracyjne z pracownikami ochrony zdrowia i opiekunami społecznymi, sprawdzając, jak radzą sobie z silnym pobudzeniem emocjonalnym w pracy. W trakcie wywiadów część pracownic określała swoje trudności psychologiczne jako wypalenie, dlatego w 1976 roku Maslach przeniosła swoją uwagę na szczegółowe zbadanie i opisanie tego zjawiska. Badacze byli zgodni, że wypalenie było zakorzenione w zawodach medycznych i opiekuńczych, w których trzonem pracy jest relacja między usługodawcą a usługobiorcą. Ten interpersonalny kontekst pracy oznaczał, że od samego początku wypalenie było badane nie tylko jako indywidualna reakcja na stres, lecz także w kategoriach relacji międzyludzkich w miejscu pracy. Ponadto to interpersonalne ujęcie koncentrowało uwagę na emocjach jednostki oraz motywach i wartościach leżących u podstaw jej pracy z innymi ludźmi (Maslach i Leiter, 2009, 87).

Początkowe publikacje Maslach i Freudenbergera były szeroko przedrukowywane, a po nich nastąpiła eksplozja artykułów, badań wstępnych i listów opisujących osobiste studia przypadków. W popularnych magazynach natychmiast pojawiły się krótkie autoreferaty wraz z obietnicą, że czytelnicy poznają odpowiedzi na pytania w rodzaju: „czy jesteś wypalony? czy nadal się palisz?” lub „czy masz jeden czy dwa alarmy?”. Teksty różniły się znacznie pod względem wskazywanych przez ludzi objawów lub kwestii, do których się odnosiły. Niektóre reportaże zawierały pytania szczegółowe, skłaniające ludzi do przeprowadzenia samoanalizy, jak na przykład: „czy jesteś zbyt zajęty, aby wykonywać rutynowe czynności, takie jak dzwonienie, czytanie raportów lub wysyłanie kartek świątecznych?”, „czy seks wydaje się bardziej kłopotliwy?” lub „czy po pracy często masz ochotę zrelaksować się przy drinku?” (Maslach i Leiter, 2009, 88).

Kolejne kroki i atencja badaczy skupione były na opracowaniu realnych jednostek i narzędzi pomiaru wypalenia oraz przeprowadzeniu badania psychometrycznego w celu zwalidowania ich rzetelności i trafności. W efekcie narzędzia te umożliwiły prowadzenie systematycznych badań nad zjawiskiem wypalenia, które początkowo były realizowane w Stanach Zjednoczonych. Udostępnienie narzędzi i miar innym badaczom zaowocowało rozszerzeniem badań na inne kraje anglojęzyczne, takie jak Kanada i Wielka Brytania. Wraz z tłumaczeniami artykułów i badań na inne języki wypalenie zaczęto badać w wielu krajach europejskich i w Izraelu (Maslach i Leiter, 2009, 88).

Definicja i istota zjawiska

W literaturze przedmiotu istnieje wiele interpretacji i definicji zjawiska wypalenia. Sformułowanie to jako zaczerpnięte z języka potocznego, choć o charakterze metaforycznym, wzbudzało sceptycyzm środowiska naukowego i prowokowało oskarżenia o promowanie „psychologii pop” (Anczewska, Świtaj i Roszczyńska, 2005).

W 1972 roku W.G. Emener zidentyfikował zjawisko wypalenia jako „[...] stan fizycznego i psychicznego wyczerpania, który powstaje w wyniku działania długotrwałych, negatywnych uczuć, rozwijających się w pracy i w obrazie własnym człowieka” (Fengler, 2000, 85). W 1980 roku Freudenberger zdefiniował wypalenie jako syndrom wyczerpania, szczególnie u osób zawodowo udzielających pomocy innym. Opiswany jest jako stan wyczerpania cielesnego, duchowego lub uczuciowego zarówno w życiu zawodowym, jak i prywatnym (w kontaktach z przyjaciółmi, w związku partnerskim, rodzinie), często związany z myślami o ucieczce i odczuwaniem fizycznego bólu brzucha oraz mdłości. Zwykle poprzedzony jest długotrwałym przerostem wymagań, który nie pozostaje zrównoważony innymi środkami. Do grup zawodowych, które najczęściej dotyka wypalenie zawodowe, zaliczają się pracownicy socjalni, opiekunowie (dzieci przewlekle chorych, dorosłych itp.), pielęgniarki i położne, lekarze, farmaceuci kliniczni, terapeuci zajęciowi i nauczyciele, psychoterapeuci i psycholodzy, policjanci i służby więzienne, rodzice rodzin zastępczych, osoby udzielające pomocy narkomanom, pracownicy poradni, informacji i doradztwa, badacze społeczni i trenerzy organizacyjni, siostry zakonne, menedżerowie, bezrobotni. W tych grupach zawodowych przeprowadzono wiele badań naukowych w celu doprecyzowania narzędzi pomiaru oraz sformułowania jednej wspólnej definicji wypalenia zawodowego (Fengler, 2000, 85–88).

W efekcie przeprowadzonych badań zauważono, że wypalenie nie było tylko jakąś idiosynkratyczną reakcją na stres, ale było zespołem z pewnymi możliwościami do zidentyfikowania prawidłowościami. Powtarzającymi się tematami były prymat wyczerpania, późniejsza negatywna zmiana w reakcji na innych oraz negatywna samoocena kompetencji zawodowych. Aby dalej doprecyzować te idee i uzyskać jasną definicję zjawiska oraz opracować ustandaryzowaną metodę jego oceny, badacze zaczęli opracowywać miary samooceny i prowadzić bardziej systematyczne badania psychometryczne. W podsumowaniu przeprowadzonych analiz i badań Maslach zaproponowała kompleksową definicję, która mówi, że wypalenie jest syndromem psychologicznym będącym odpowiedzią na przewlekłe stresory interpersonalne w pracy. Określiła trzy kluczowe wymiary tej odpowiedzi:

1. przytłaczające wyczerpanie;
2. poczucie cynizmu i oderwania od pracy;
3. poczucie nieskuteczności i braku realizacji.

Składnik wyczerpania stanowi reprezentację podstawowego indywidualnego wymiaru napięcia wypalenia. Odnosi się do poczucia nadmiernego „rozciągnięcia i zużycia” zasobów emocjonalnych i fizycznych. Komponent cynizmu (lub depersonalizacji) jest reprezentacją wymiaru interpersonalnego dystansowania się od wypalenia, odnosi się do utraty emocjonalnego lub poznawczego zaangażowania w pracę. Depersonalizacja odnosi się do negatywnej, zbieżnej lub nadmiernie zdystansowanej reakcji na różne aspekty pracy. Składnik zmniejszonej skuteczności lub osiągnięć reprezentuje wypalenie wymiaru samooceny i odnosi

się do poczucia niekompetencji oraz braku osiągnięć i produktywności w pracy (Maslach i Leiter, 2009, 89–90).

W kontekście badań prowadzonych w latach siedemdziesiątych XX wieku w grupie pracowników ochrony zdrowia i pomocy społecznej zespół pod kierunkiem Ch. Maslach i S. Jackson w 1981 roku zaproponował oryginalne narzędzie — kwestionariusz MBI (*Maslach Burnout Inventory*, nazywany również MBI-HSS — *MBI Human Services Survey*). MBI jest jednym z najlepiej wystandaryzowanych narzędzi do pomiaru wypalenia zawodowego, tym samym najczęściej stosowanym na świecie. Kwestionariusz pozwala na porównanie uzyskanych wyników w różnych grupach populacyjnych i kręgach kulturowych. W latach osiemdziesiątych XX wieku R. Golembiewski i C. Cherniss rozszerzyli kontekst postrzegania wypalenia zawodowego na dziedziny organizacji i zarządzania, co zaowocowało dalszym rozwojem koncepcji wypalenia zawodowego w innych zawodach i otwarciem pól tematycznych do dalszych eksploracji (Anczewska, Świątaj i Roszczyńska, 2005).

Wypalenie zawodowe w ochronie zdrowia

Zjawisko wypalenia zawodowego jest zakorzenione w zawodach medycznych i opiekuńczych, co wykazywali badacze (między innymi Freudenberger, Maslach, Leiter, Emener) od lat siedemdziesiątych XX wieku. Systematyczna analiza zjawiska w placówkach medycznych oraz zmiany w natężeniu występowania tego problemu w określonych okresach i/lub dekadach są istotne dla wyodrębniania czynników, które to zjawisko determinują. Można oczekiwać, że czynniki wywołujące zjawisko wypalenia zawodowego w czasie wolnym od pandemii będą się różniły od determinantów pandemicznych.

J. Ogińska i R. Żuralska (2010) przeprowadziły od września 2008 roku do stycznia 2009 roku (ponad dziesięć lat przed pandemią COVID-19) badania w Polsce wśród 112 pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych w Gdańsku i Elblągu. Z analizy badań wynika, że u zdecydowanej większości pielęgniarek występowały różne dolegliwości i z różną częstością, wprawdzie 35,3% respondentek nie podało żadnych dolegliwości, ale 42,9% ankietowanych deklorowało, że brak szacunku dla pielęgniarek jest przyczyną nasilenia stresu w stopniu maksymalnym. W grupie badanej 95,5% respondentek odczuwało bóle kręgosłupa oraz skutki przeziębienia i grypy, 93,7% przejawiało silne zmęczenie, a 89,3% cierpiało z powodu bólów głowy, tylko 1 osoba (0,1%) przyznała się do nadużywania alkoholu. Pielęgniarki oczekiwały wsparcia od koleżanek i otrzymywały je na oczekiwanym poziomie (73,2%), podobnie od przyjaciół. Otrzymywane wsparcie od rodziny i dzieci było wyższe niż oczekiwane. Odwrotna sytuacja wystąpiła w przypadku oczekiwanego wsparcia od przełożonych, które było dużo mniejsze (o 23,3%) niż otrzymane. Spośród badanych 36,6% w ogóle nie korzystało z wcza-

sów, a 58,92% — jedynie z wycieczek zorganizowanych. Dla 74,1% trudności finansowe były również istotnym źródłem stresu.

Podobne spostrzeżenia odnotowali w autorskim badaniu ankietowym B. Kornakiewicz, S. Krupa i K. Windeka (2019). Uzyskali odpowiedzi wśród 58 pracowników pielęgniarskiego personelu anestezjologicznego, głównie kobiet (96,7%): 68,3% respondentów zadeklarowało, że często odczuwa stres, a 3,3% osób — że pozostaje w ciągłym stresie. Częste poczucie zmęczenia towarzyszy 78,3% badanych, jedna osoba zadeklarowała, że jest zawsze zmęczona. Do czynników wywołujących stres personel pielęgniarski zaliczył w 81,7% lęk przed popełnieniem błędu i odpowiedzialność za zdrowie/życie drugiego człowieka, w 40% kontakt ze śmiercią. Pielęgniarki pracujące na bloku operacyjnym za najbardziej obciążające uważały w 76,7% zabiegi ze wskazań nagłych, w 40% zabiegi mnogie, w 36,7% operacje u dzieci i onkologiczne. Co warto podkreślić, badane osoby deklarowały dobre relacje z przełożonymi, określiły ich jako przyjaznych w 66,7%, otwartych w 61,7%, życzliwych w 56,7% i spokojnych w 48,3%. Podobne relacje pielęgniarki zadeklarowały w swojej grupie zawodowej. Ponad połowa respondentów zadeklarowała zadowolenie z pracy i spełnienie swoich oczekiwań zawodowych, a ponad 70% personelu chciała pozostać w pracy. Wsparcia ze strony przełożonych w trudnych sytuacjach nie uzyskiwało 10–15% osób.

We Włoszech A. Mattei (2017) wraz z zespołem przedstawiła wyniki badania przekrojowego oceniającego występowanie wypalenia zawodowego i zaburzeń psychopatologicznych u pracowników opieki zdrowotnej w różnych specjalizacjach — lekarzy, pielęgniarek i asystentów opieki zdrowotnej, pracujących na różnych oddziałach szpitala ogólnego L'Aquila St. Salvatore sześć lat po trzęsieniu ziemi w 2009 roku. Celem było określenie przyczyn występowania zjawiska, dzięki którym liderzy skonstruują narzędzia do zapobiegania wypaleniu zawodowemu i ograniczania go. Badacze dokonali dwustopniowego próbkowania grupowego i w efekcie całkowita próba objęła 300 pracowników służby zdrowia. Wszyscy uczestnicy wypełnili następujące kwestionariusze samoopisowe: formularz danych socjodemograficznych, kwestionariusz MBI według Maslach oraz kwestionariusz ogólnego zdrowia 12 pozycji (GHQ-12). Statystycznie istotne różnice pojawiły się między całkowitymi wynikami GHQ-12. Stwierdzono wysoką częstość wypalenia zawodowego wśród lekarzy (25,97%). Korzystając z analizy wielowymiarowej, zespół Mattei zidentyfikował wrogie relacje z kolegami, bezpośrednią ekspozycję na trzęsienie ziemi w L'Aquila, poziom stresu, umiejętność zarządzania czasem i zachowanie równowagi między życiem zawodowym a prywatnym jako czynniki prognostyczne wypalenia. Zbadano również częstość występowania wypalenia i stresu wśród personelu medycznego po klęsce żywiołowej. Zdaniem badaczy znajomość wymienionych determinantów może posłużyć liderom do opracowania skutecznych strategii prewencyjnych i poprawy organizacji pracy, a tym samym zmniejszenia kosztów i zwiększenia skuteczności zdrowia publicznego.

Zespół badaczy pod kierunkiem M. Oe (2018) przeprowadził badanie, którego celem było zbadanie różnic międzykulturowych w objawach wypalenia, lęku, depresji, ogólnego stresu psychicznego i wtórnego stresu traumatycznego między położnymi z Azji (Japonia) i Europy (Szwajcaria). Chociaż te dwa państwa są klasyfikowane jako kraje rozwinięte, warunki pracy i psychospołeczne czynniki pracy są różne. Wcześniejsze badania dotyczące warunków pracy pielęgniarek w Japonii wykazały, że główne różnice między Japonią a krajami zachodnimi dotyczą korzystania z urlopów i pracy w godzinach nadliczbowych. Japońscy pracownicy mają trudności z uzyskaniem zwolnienia chorobowego i rzadko zdarza się, aby brali urlop, aby opiekować się chorymi członkami rodziny, mimo że istnieją odpowiednie przepisy. Natomiast w Szwajcarii pracownikom często oferuje się stanowiska oparte na określonym procencie czasu pracy (na przykład praca oferowana w 100% oznacza pełny etat, do 45–50 godzin tygodniowo w zależności od sektora pracy), a zwolnienie chorobowe jest dozwolone na mocy prawa. Jeśli chodzi o płatny urlop, jego wymiar w Japonii wynosi od 10 do 20 dni roboczych w zależności od lat nieprzerwanego zatrudnienia, a zatem jest krótszy niż w Szwajcarii, gdzie wynosi co najmniej cztery tygodnie. Opisane rozważania stanowią tło do przeprowadzonego przez zespół Oe badania, w którym wzięło udział 170 położnych. Między dwoma krajami wystąpiły istotne różnice w grupie wiekowej około 24 lat, pod względem stanu cywilnego oraz lat doświadczenia. Japońskie pracownice były młodsze, częściej niezamężne i miały mniejsze doświadczenie niż pracownicy szwajcarscy. Średni wynik ogólnego stresu psychicznego w próbie szwajcarskiej ($12,8 \pm 6,5$) był istotnie wyższy niż w próbie japońskiej ($10,3 \pm 6,2$; $|z| = 2,04$, $p = 0,04$). Ponadto średni wynik wtórnego stresu urazowego był wyższy w próbie szwajcarskiej ($31,8 \pm 9,7$) niż w próbie japońskiej ($24,1 \pm 8,6$; $|z| = 4,56$, $p < 0,01$). W ocenie badaczy wyniki te mogą być odzwierciedleniem różnic kulturowych między Japonią a Szwajcarią, takich jak warunki pracy lub środowisko rodzinne (Oe, Ishida, Favrod et al., 2018).

B.W. Dubale wraz z zespołem w 2019 roku opublikował wyniki przeprowadzonego badania, które potwierdziły, że wypalenie zawodowe jest powszechne wśród lekarzy, pielęgniarek i innych świadczeniodawców w Afryce Subsaharyjskiej, a szacunkowa częstość występowania syndromu wynosi od 40% do 80%. Najwyższy poziom wypalenia odnotowano wśród pielęgniarek, chociaż wszyscy badani zgłaszali jego wysoki poziom. Wiązał się on z niekorzystnymi warunkami pracy, wysokimi wymaganiami w pracy i niską satysfakcją z niej. Badania w Afryce Subsaharyjskiej korelują z innymi badaniami w grupie pracowników ochrony zdrowia, które wykazały, że wypalenie jest częstsze wśród kobiet, osób młodych oraz mających mniejsze wsparcie lub zasoby do zarządzania obciążeniem pracą (Dubale, Friedman, Chemali et al., 2019).

Reformy opieki zdrowotnej w Polsce i za granicą w ciągu dwóch dekad XXI wieku oraz niespodziewany światowy kryzys zdrowotny wywołany pandemią COVID-19 w latach 2020–2022 stworzyły stan niekończących się zmian, które

potęgowały stres u pracowników ochrony zdrowia. Pracownicy ochrony zdrowia intensywnie obcuja z innymi ludźmi, poznają ich intymne problemy psychologiczne, społeczne i fizyczne. Ponadto są szczególnie dotknięci ograniczeniami ekonomicznymi w systemach opieki zdrowotnej, podważającymi ich zdolność do świadczenia wysokiej jakości opieki zgodnie ze standardami zawodowymi. Między innymi dlatego poziom wypalenia zawodowego w tej grupie zawodowej zwykle był wyższy w porównaniu do innych grup zawodowych (Laschinger i Montgomery, 2014).

Maslach (1994) podkreśla, że pozostawanie przez dłuższy czas w stałym lub ciągłym pobudzeniu emocjonalnym jest wysoce niekorzystne dla każdego człowieka. W efekcie może odbierać człowiekowi zdolność do pracy i niszczyć jego życie osobiste. Aby przeciwdziałać takiemu zjawisku, bardzo ważne jest nauczenie się techniki emocjonalnego dystansowania się (ang. *detachment*). W ocenie badaczki niskie morale, absencja i zwiększona fluktuacja kadr spowodowane wypaleniem zawodowym bezpośrednio wpływają na jakość usług medycznych i opieki społecznej. Mogą również mieć odzwierciedlenie we wzroście liczby procesów sądowych związanych ze zdarzeniami medycznymi i związanym z tym wzrostem kosztów ubezpieczenia. Korelacje można dostrzegać także w podnoszących się wskaźnikach stresu, alkoholizmu, bólów migrenowych, chorób psychicznych, samobójstw czy rozwodów.

Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych (już w okresie pandemii COVID-19) potwierdziły tezę Maslach i wskazały, że wypalenie zawodowe, odnoszące się do uczucia wyczerpania, negatywizmu i zmniejszonej osobistej wydajności w pracy, dotyka od 25% do 30% społeczeństwa amerykańskiego i od 44% do 80% stażystów medycznych i lekarzy. Jest związane z większą liczbą błędów, wyższymi wskaźnikami śmiertelności pacjentów, depresji, myśli samobójczych i dużą fluktuacją kadr medycznych. Wypalenie zawodowe zostało opisane jako „kryzys zdrowia publicznego, który wymaga pilnego działania”. Kultura prowadząca do wypalenia zaczyna się w szkole medycznej i pogarsza w trakcie rozwoju zawodowego. Kobiety-lekarze są nieproporcjonalnie bardziej dotknięte wypaleniem, początkowo stanowią 46% siły roboczej, ale tylko w 23% zostają profesjonalistami i w 18% kierownikami katedr (Fainstad, Mann, Suresh et al., 2022).

Zespół Y. Xiao z Chin w 2021 roku przeprowadził badanie przekrojowe wśród personelu pielęgniarskiego opieki bezpośredniej pracującego na oddziałach chirurgii hepatologicznej w prowincji Hunan. Kwestionariusz online w całości wypełniły 623 osoby. Pytania dotyczyły stresu związanego z wykonywaną pracą i pełnionymi funkcjami, wypalenia, obciążeń zdrowia psychicznego i wsparcia społecznego. Większość personelu pielęgniarskiego to kobiety (98,72%), a tylko ośmiu pracowników (1,28%) to mężczyźni. Wiek badanych wahał się od 20 do 58 lat, ze średnią wieku 30,88 (SD = 6,14). Dwie trzecie respondentów było zamężnych/żonatych (66,93%), większość miała wykształcenie wyższe (81,86%). Ich czas pracy w pielęgniarstwie waha się od pół roku do 37 lat, ze średnią lat 9,48 ± 6,52. Średnia

i odchylenie standardowe (SD) każdej zmiennej w badaniu wyniosły $36,13 \pm 6,92$ dla stresu związanego z wykonywaną pracą i pełnioną funkcją, $66,30 \pm 20,65$ dla wypalenia, $14,83 \pm 11,63$ dla stresu psychicznego i $12,39 \pm 1,70$ dla wsparcia społecznego. Analizy korelacji Pearsona wykazały, że stres związany z wykonywaną pracą i pełnioną funkcją był dodatnio związany z wypaleniem ($r = 0,39$, $p < 0,001$) i stresem psychicznym ($r = 0,50$, $p < 0,001$), ale ujemnie związany ze wsparciem społecznym ($r = -0,42$, $p < 0,001$). Wypalenie było dodatnio skorelowane ze stresem psychicznym ($r = 0,51$, $p < 0,001$), ale ujemnie — ze wsparciem społecznym ($r = -0,26$, $p < 0,001$). Stres psychiczny był ujemnie powiązany ze wsparciem społecznym ($r = -0,36$, $p < 0,001$) (Xiao, Zhang, Li et al. 2022).

W badaniach nad wypaleniem zawodowym naukowcy podkreślają, że podczas pandemii COVID-19 pracownicy placówek medycznych byli bardzo obciążeni pracą i narażeni na różne stresory psychospołeczne. M. Ulfa (2022) razem z zespołem przeprowadziła badanie właśnie w tej grupie pracowników w celu oceny stanu wypalenia zawodowego pracowników placówek medycznych na świecie w szczytowym okresie pandemii COVID-19. Metoda zastosowana w badaniu polegała na przeglądzie literatury. Źródła danych zostały zaczerpnięte z bazy Scopus przy użyciu słów kluczowych: pracownicy służby zdrowia, wypalenie zawodowe oraz koronawirus z okresu od 2020 roku do 25 kwietnia 2022 roku (150 dokumentów). Przeprowadzona analiza materiałów ukazała, że zachodzi korelacja między całkowitymi wynikami skali wypalenia u pracowników placówek medycznych a słowami kluczowymi, jak wyczerpanie, psychiczne, stres, osobisty, depresja, objawy, nagłe wypadki, system, praca i wpływ. Wnioski wynikające z analizy wskazują, że wypalenie zawodowe było zazwyczaj związane z depresją, lękiem i wyczerpaniem. Zespół Ulfy podkreślił, że pracownicy placówek medycznych na całym świecie doświadczyli wysokiego poziomu stresu psychicznego. Badacze odkryli również, że osoby zajmujące się bezpośrednio pacjentami z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 częściej doświadczali depresji, stresu i wypalenia niż pracownicy placówek, którzy nie byli osobiście zaangażowani w pracę medyczną (Ulfa, Azuma i Steiner, 2022).

Determinanty wypalenia zawodowego

Pandemia COVID-19 stała się poważnym globalnym problemem odciskającym piętno na zdrowiu psychicznym ludzi na całym świecie. Istotnie wzrosła liczba osób cierpiących na samotność, depresję i lęki. Negatywny wpływ COVID-19 na zdrowie psychiczne jest szczególnie dominujący wśród pracowników ochrony zdrowia, którzy pracują na pierwszej linii walki o życie i zdrowie pacjentów zarażonych wirusem SARS-CoV-2. Najczęściej wymienianymi przez pielęgniarki i lekarzy wyzwaniem są zwiększone obciążenie pracą i wydłużone godziny pracy, ograniczone zasoby i wsparcie, brak wiedzy i gotowości do reagowania na

COVID-19 (w pierwszych miesiącach trwania epidemii) oraz strach przed zakażeniem i zarażeniem bliskich. Wymienione przeszkody i pozostawanie przez dłuższy czas w wysokim napięciu i pobudzeniu emocjonalnym znacząco wpłynęły na zdrowie psychiczne pracowników medycznych, co prowadziło do wypalenia zawodowego (Xiao, Zhang, Li et al., 2022).

Determinanty wypalenia zawodowego S. Edú-Valsania (2022) proponuje podzielić na dwie szerokie kategorie:

1. czynniki organizacyjne, na przykład obciążenie pracą, wymagania emocjonalne;
2. czynniki indywidualne, na przykład osobowość pracownika, strategie radzenia sobie z problemami.

Katalizatorami wypalenia mogą być zatem czynniki związane z pracą. Badacz uważa jednak, że chociaż czynniki organizacyjne mogą same z siebie generować wypalenie, niektóre indywidualne czynniki również będą działać jako zmienne moderujące. Tak więc aspekty osobiste, takie jak brak pewności siebie lub stosowanie mechanizmów radzenia sobie ze stresem, mogą odgrywać rolę we wzmacnianiu czynników sytuacyjnych. Jednocześnie inne indywidualne cechy, takie jak optymizm czy aktywne radzenie sobie z problemami, mogą zmniejszyć lub nawet spowolnić negatywny wpływ czynników organizacyjnych na wypalenie zawodowe i jego konsekwencje (Edú-Valsania, Laguía i Moriano, 2022).

Badanie przeprowadzone przez zespół Xiao (2022) potwierdziło, że stres związany z pracą i wypełnianymi zadaniami jest istotnym czynnikiem ryzyka stresu psychicznego. Wynik ten wskazuje, że przyszłe badania i interwencje mające na celu łagodzenie stresu psychicznego personelu pielęgniarskiego powinny rozpocząć się od zmniejszenia poziomu stresu związanego z pełnionymi przez personel funkcjami i wykonywanymi zadaniami, co można osiągnąć poprzez jasne i spójne instrukcje dotyczące obowiązków i zmniejszenie obciążenia pracą. Jeśli wziąć pod uwagę fakt, że wypalenie jest istotnym determinantem łączącym stres związany z pracą i pełnioną funkcją oraz dystres psychiczny, zmniejszenie poziomu wypalenia wśród pielęgniarek może być kolejnym pomocnym i skutecznym środkiem zmniejszania dystresu psychicznego i zapobiegania mu. Na przykład interwencje psychospołeczne, których celem jest złagodzenie uczucia wyczerpania emocjonalnego, zmniejszenie poziomu depersonalizacji i poprawa samorealizacji mogą najlepiej służyć poprawie w psychicznym cierpieniu personelu pielęgniarskiego i zapobieganiu temu cierpieniu. Ponadto zauważono buforującą rolę wsparcia społecznego w pośrednim związku między stresem związanym z pracą i pełnioną funkcją a stresem psychicznym wśród personelu pielęgniarskiego. Jeśli wziąć pod uwagę zależności występujące między wymienionymi czynnikami, to poprawa poziomu wsparcia społecznego, jakie otrzymuje personel pielęgniarski, może również znacznie pomóc w zmniejszeniu dystresu psychicznego. Na przykład członkowie rodziny mogą dzielić więcej obowiązków rodzinnych, takich jak wykonywanie prac domowych i opieka nad dziećmi, aby odciążać personel pie-

lęgniarski od ciężaru opieki nad rodziną, aby uniknąć konfliktów między rodziną a pracą, które to konflikty mogą zwiększać stres związany z pełnionymi funkcjami. Przełożeni powinni być bardziej troskliwi i wyrozumiali, podczas gdy koledzy powinni aktywnie i zespołowo współpracować, aby stworzyć bardziej wspierające środowisko pracy na oddziale. Autorzy badania podkreślili, że wielką wartością badania jest to, że zostało ono przeprowadzone podczas pandemii COVID-19 i jego wyniki mogą stanowić cenne wskazówki dotyczące czynników wypalenia zawodowego oraz możliwości poprawy zdrowia psychicznego wśród personelu medycznego nie tylko w Chinach, lecz także w innych krajach dotkniętych pandemią. Pomoc w zakresie zdrowia psychicznego w 2022 roku jest pilnie potrzebna w opiece zdrowotnej na całym świecie (Xiao, Zhang, Li et al., 2022).

Badania przeprowadzone w 2020 roku w Wielkiej Brytanii wśród lekarzy wykazały, że najważniejszymi czynnikami powodującymi wypalenie w ocenie badanych były:

1. brak szacunku ze strony pracowników administracyjnych i kierownictwa placówki medycznej oraz współpracowników (41%);
2. zbyt wiele biurokracji, na przykład prowadzenie notatek, wypełnianie formularzy (39%);
3. spędzanie wielu godzin w pracy (38%);
4. brak kontroli/autonomii (32%);
5. poczucie bycia „jak trybik w maszynie” (30%);
6. niewystarczająca płaca/nagroda (24%).

W odpowiedzi na pytanie, co pomogłoby zmniejszyć wypalenie, badani lekarze wskazali trzy najistotniejsze działania, które należałoby podjąć, aby odwrócić sytuację:

1. bardziej wyrównane obciążenie liczbą leczonych pacjentów (34%);
2. większy szacunek ze strony pracowników administracyjnych i kierownictwa placówki medycznej oraz współpracowników (33%);
3. mniej sztywne harmonogramy pracy i godziny dyżurów (31%).

Zdaniem lekarzy pandemia COVID-19 istotnie wpłynęła na wzrost wypalenia wśród personelu medycznego (Shields i Powell, 2022).

Z kolei badanie przeprowadzone w 2020 roku w Stanach Zjednoczonych, mające na celu rozpowszechnienie wiedzy na temat czynników związanych z wypaleniem wśród personelu medycznego i omówienie ich, wskazało pięć powodów, które skłoniły personel pielęgniarski do porzucenia zawodu:

1. stresujące środowisko pracy (34%);
2. brak efektywnego zarządzania i/lub przywództwa (34%);
3. wypalenie (31%);
4. nieodpowiedni personel (30%);
5. lepsze wynagrodzenie/korzyści w nowym miejscu (26%).

Z kolei do czynników, które wpłynęły na wypalenie wśród lekarzy, badani zaliczyli:

1. zbyt wiele biurokratycznych zadań, na przykład sporządzanie wykresów, wypełnianie formularzy (60%);
2. brak szacunku ze strony pracowników administracyjnych i kierownictwa placówki medycznej oraz współpracowników (39%);
3. za dużo godzin w pracy (34%);
4. brak kontroli nad swoim życiem lub autonomii (32%);
5. niewystarczające wynagrodzenie (28%);
6. zwiększenie komputeryzacji praktyki zawodowej (28%);
7. brak szacunku ze strony pacjentów (22%) (Shields i Powell, 2022).

Z przytoczonych badań i przeglądu literatury można wysnuć wniosek, że czynnikami pierwotnymi (czyli sprzed pandemii COVID-19) wpływającymi na występowanie wypalenia zawodowego są brak uczciwości i wzajemnego szacunku, obciążenia, którymi nie można zarządzać, brak jasności ról, słaba komunikacja lub brak wsparcia ze strony przełożonego, nieuzasadniona presja czasu i brak ludzi do pracy, brak znaczących relacji międzyludzkich. Czynnikiem, które pojawiły się w czasie pandemii, są rosnące zaległości, pozostawanie w oczekiwaniu na oddelegowanie do innej pracy oraz tak zwany koszt emocjonalny.

Rola lidera w przeciwdziałaniu wypaleniu

Chociaż problem wypalenia jest dobrze zdefiniowany, jego rozwiązanie jest trudne i wieloaspektowe. Zaoferowano różne rozwiązania na poziomie systemu ochrony zdrowia, jednak ani wyższe wynagrodzenie, ani wprowadzenie elektronicznej dokumentacji medycznej, ani skrócone godziny pracy nie zmniejszają wypalenia zawodowego. Propozycje działań na poziomie indywidualnym, takie jak uważność, czas wolny, joga i mentoring, złagodziły wypalenie zawodowe, ale nie były równie skuteczne wśród lekarzy i pozostałego personelu medycznego (Fainstad, Mann, Suresh, et al., 2022).

Przywódca placówki medycznej powinien niezmiennie myśleć o celu i misji organizacji, której przewodzi. Zobowiązany jest dbać zarówno o klienta-pacjenta, który określa specjalizację i profil działalności instytucji, jak i o zespół ludzi, którzy wraz z liderem pracują na rzecz placówki. Narzędziem, którym dysponuje w tym aspekcie, jest umiejętność słuchania, która wspiera go we właściwym rozpoznawaniu potrzeb, oczekiwań i spostrzeżeń zarówno pacjentów, jak i pracowników. Ważne są arbitralność i pozbycie się emocji, które mogą zagłuszać zdrowy rozsądek i obiektywizm. Sprawiedliwość lidera w ocenie sytuacji, uczciwe rozpoznanie zgłaszanych potrzeb i podjęcie konkretnych działań w celu wspierania pracowników w placówce medycznej są kluczowe dla zachowania równowagi w środowisku pracy. Lider powinien równocześnie doceniać subiektywne odczucia uczestników procesu, aby znaleźć konsensus w analizowanej kwestii. Aktywne słuchanie połączone z efektywną komunikacją w ramach zespołów po-

zwala osiągnąć efekt synergii w wykorzystaniu punktów widzenia stron procesu medycznego, co pozwala liderowi podjąć właściwe i trafne decyzje.

W przypadku wypalenia kultura organizacyjna oparta na otwartości, uczciwości i współodpowiedzialności jest kluczowa. Sprzyja efektywnemu prowadzeniu działalności medycznej. Pacjent powinien ufać kadrze medycznej, a kadra medyczna — pacjentowi oraz sobie nawzajem. W szerszej perspektywie pracownicy powinni mieć zaufanie do przywódcy, a on do nich. Tylko takie współdziałanie przynosi dobre owoce pracy. Zaburzenia w sferze komunikacji i aktywnego słuchania prowadzą do destrukcji i konfliktów. Powstają wówczas pomówienia, nadinterpretacje i doszukiwanie się wzajemnej winy. Atmosfera pracy oparta na zaufaniu i uczciwości jest bogata w dobre stosunki międzyludzkie, które sprzyjają bezstresowej pracy. Brak stresu lub znaczna jego minimalizacja bardzo dobrze wpływają na realną efektywność pracy, bez potknięć i błędów. Stres w obszarze merytorycznym (konkretnej procedury medycznej) jest wpisany w profil zawodowy kadr medycznych. Ale stres w miejscu pracy wywołany brakiem zaufania i aspektami pozamerytorycznymi jest do uniknięcia tylko dzięki sprawnemu przywództwu na wszystkich szczeblach organizacyjnych placówki medycznej. Przywódca, który potrafi stworzyć przyjazną atmosferę pracy, jest nieocenionym skarbem dla swojego zespołu.

Rolą liderów na różnych szczeblach w hierarchii jednostki jest tworzenie kultury szacunku i ciągłego doskonalenia, która integruje członków zespołu we wzajemnym wspieraniu się w najtrudniejszych momentach pracy zawodowej. Niezwykle ważne jest wdrażanie strategii promujących budowanie i utrzymywanie dobrego samopoczucia i odporności pracowników na stres. Strategie te powinni indywidualnie do swoich potrzeb tworzyć ludzie, którzy doświadczają syndromu wypalenia. Ponadto, obok wsparcia i umiejętności dzielenia się swoimi emocjami czy korzystania z pomocy innych, bardzo istotne jest dbanie o równowagę pomiędzy pracą a życiem osobistym. W zespołach medycznych niezwykle istotne jest zastanowienie się, co personel medyczny zawdzięcza pacjentom. Szczególnym obszarem odciskającym piętno na wrażliwości człowieka jest onkologia. Warto ponownie dokonać oceny wartości, zbudować ich hierarchię i przemyśleć, co w życiu jest prawdziwe i cenne. Aby dojść do tak ważnych wniosków, niejednokrotnie trzeba omówić sprawy trudne i bolesne.

Personel medyczny jest chętny do otwartej i twórczej dyskusji, jednak jest to możliwe tylko wtedy, gdy każdy z uczestników dyskusji odsunie na bok swoje ego. Szczególnie ma to znaczenie w przypadku osób zajmujących istotne stanowiska w strukturze organizacyjnej placówki medycznej. Liderzy, którzy kierują się tym, co najlepsze dla pracowników, służą im, zamiast promować samych siebie. Takie działanie z pewnością zostanie zauważone i docenione przez zespół. Okazywanie szacunku ludziom polega na byciu wobec nich uczciwym oraz wymaga pokory i harmonii po obu stronach. Usuwając osobiste uprzedzenia i potrzeby, lider powinien koncentrować się na tym, co najlepsze dla dobrostanu pracowników

i organizacji. Wówczas może podejmować skuteczne działania na rzecz doskonalenia (Nakamuro, 2016).

Istnieje dziesięć fundamentalnych zachowań wszystkich pracowników w placówce medycznej w ramach strategii przywództwa z szacunkiem:

1. bądź graczem zespołowym;
2. posłuchaj, aby zrozumieć;
3. dziel się informacjami;
4. dotrzytuj obietnic;
5. mów otwarcie;
6. integruj się z innymi;
7. zrozum punkt widzenia drugiej strony;
8. bądź zaangażowany;
9. wyrażaj wdzięczność;
10. rozwijaj się i wzrastaj (Shields i Powell, 2022).

Przywództwo oparte na szacunku do innych polega zarówno na umożliwieniu pracownikom obrony swoich pomysłów, racji i potrzeb, jak i na zdolności każdej ze stron do przyznania się do popełnienia błędu. Zwrócenie drugiej osobie uwagi, że jest w błędzie, nie jest aktem lekceważenia, wręcz przeciwnie, jest to wyraz naszego najwyższego szacunku. Ponadto, ważne jest, aby liderzy uprzejmie, z pasją i wytrwałością komunikowali swoje wizje i marzenia i przekonali ludzi do podzielenia tych samych najwyższych celów zawodowych. Osiągnięcie ujednoczonego sposobu myślenia i szacunku w placówce medycznej powoduje, że pracownicy nie skupiają się na tym, że ich ciężkiej pracy często towarzyszyły negatywne uczucia dyskomfortu, niechęci czy złośliwości ludzkiej. Ważne jednak jest, żeby lider zauważył ich zaangażowanie i docenił ich starania na co dzień (Nakamuro, 2016).

W kontekście wypalenia bardzo ważne jest głośne komunikowanie doświadczenia braku szacunku w zespołach. Aby tonować stres i emocje można użyć następujących sformułowań:

1. „zauważyłem/zobaczyłem/byłem świadkiem” — określ słowa, ton, dotyk, pozycjonowanie itp.;
2. „poczułem się nieswojo, ponieważ...”;
3. „teraz skupmy się ponownie na tym, jak możemy dziś pomóc...”;
4. „w ten sposób możemy jak najlepiej wykonywać naszą pracę jako zespół”.

Przywołane przykłady określają wprowadzają spokój, równowagę i harmonię w relacjach oraz pozwalają na dokończenie zadań w dobrej atmosferze współpracy (Shields i Powell, 2022).

Badani lekarze rezydenci przywołują przykłady stresujących relacji w pracy, stawiania zbyt wysokich wymagań przez lekarzy nadzorujących rezydenturę oraz kultury organizacyjnej, w której potrzeby rezydentów są nieistotne. Skutecznym rozwiązaniem zaproponowanym przez zespół T. Fainstad z Colorado (2022) może być profesjonalny coaching, który polega na analizowaniu własnych spostrzeżeń, przekonań i nawyków w celu zdefiniowania, przeformułowania i dosto-

sowania wymagań i standardów pracy do osobistych wartości. Coaching różni się od mentoringu, doradztwa i nauczania tym, że wykorzystuje dogłębne indywidualne analizy i metapoznanie, a nie porady osoby doświadczonej. Polega na nauce samodzielnego zarządzania myślami, uczuciami i działaniami, aby dążyć do spełnienia. W przeciwieństwie do terapii coaching nie diagnozuje ani nie leczy klinicznie osoby otrzymującej. W przypadku kobiet-lekarki znacząco poprawił wyniki w zakresie wypalenia zawodowego oraz współczucia dla siebie i innych osób. W porównywanym badaniu przeprowadzonym na rezydentach medycznych w Holandii odbycie sześciu sesji coachingu twarzą w twarz w ciągu dziesięciu miesięcy zaowocowało poprawą zasobów osobistych i zmniejszeniem objawów wypalenia, jednak nie zaobserwowano żadnych zmian w zaangażowaniu w pracę. Choć wcześniejsze badania pokazują, że coaching wspiera kształtowanie tożsamości zawodowej lekarzy i zdrową integrację między życiem zawodowym a prywatnym, w badaniach tych nie stwierdzono związku między coachingiem grupowym a czynnikami dobrostanu osobistego, w tym wypaleniem zawodowym. Dlatego coaching „Better Together” autorstwa Fainstad (2022) zaprojektowano w formie indywidualnym, długotrwałym i multimodalnym. Szkolenie zachęca uczestnika do systemowego zaangażowania i indywidualnej odpowiedzialności za swój dobrostan. „Better Together” zostało zaprojektowane z myślą o zróżnicowanych potrzebach i harmonogramach pracy; uczestnicy mogli wybrać formy szkolenia na podstawie indywidualnego stylu uczenia się (pisemny, werbalny lub wizualny), celów i wymagań. Coaching grupowy stosowano, aby pielęgnować atmosferę i kulturę pracy przy zaangażowaniu lidera i jak największej liczby pracowników współpracujących ze sobą na co dzień. Choć ten program coachingowy został zaprojektowany przed pojawieniem się pandemii COVID-19, nie było potrzeby wprowadzania jakichkolwiek zmian w formie i treści szkolenia, aby odpowiedzieć na potrzeby pracowników medycznych w czasie pandemicznym. Zapewniono im możliwość połączenia i wsparcia podczas całego okresu pandemii. Warto zaznaczyć, że program coachingowy „Better Together” prowadzą certyfikowani trenerzy. Model ten jest bardzo obiecujący dla budowania dobrego samopoczucia lekarza, jednak powszechne przyjęcie i długoterminowa stabilność kultury organizacyjnej opartej na szacunku do ludzi w ocenie Fainstad (2022) będą zależeć od zaangażowania lidera placówki medycznej i zainwestowania przez niego w coaching tego rodzaju dla dobra swoich ludzi (Fainstad, Mann, Suresh et al., 2022).

Podsumowanie

Zespół wypalenia, rozpoznany i nazwany w latach siedemdziesiątych XX wieku, pojawiał się znacznie wcześniej i dotyczył wiele ludzi w różnych miejscach pracy. Dotyczy głównie tych zawodów, które związane są z obcowaniem z innymi ludźmi, udzielaniem pomocy, opieką i ratowaniem życia. Jest głównym czynnikiem

odpowiedzialnym za niskie morale pracowników, absencję w pracy i wysoki poziom fluktuacji kadr medycznych. Zdaniem Maslach przyczyną wielu przypadków wypalenia są określone czynniki społeczne i sytuacyjne. Ludzie nie są „źli”, niewrażliwi i brutalni. Wypalenie wynika ze złych sytuacji, w których powinni działać ludzie początkowo nastawieni bardzo idealistycznie do swojej pracy. Pacjenci pozostający pod opieką pielęgniarek i leczenia przez lekarzy również cierpią wskutek wypalania się zespołów medycznych. Czekają dłużej na usługę medyczną, otrzymują mniej troski i zainteresowania. Jakość opieki i leczenia również na tym cierpi, zdarzają się sytuacje, w których świadczenia medyczne charakteryzuje dehumanizacja. Objawia się między innymi bezosobową, obojętną lub pogardliwą postawą personelu medycznego wobec pacjenta (na przykład: „pierz z sali 303”, „żołądek z sali 508”). Należy także podkreślić, że odchodzenie ludzi z pracy, porzucenie ideałów i marzeń na skutek wypalenia to, oprócz indywidualnego bólu i rozczarowania, ze społecznego punktu widzenia ogromne marnotrawstwo wykształcenia i talentu tych osób (Maslach, 1994).

Zespół wypalenia zawodowego wpisany został do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) z mocą obowiązującą od 1 stycznia 2022, jednak jest on określony jako syndrom mogący wpłynąć na stan zdrowia pracownika. W Polsce obowiązuje Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD-10, dlatego osoby doświadczające objawów zespołu wypalenia zawodowego nie mają możliwości korzystania ze zwolnienia lekarskiego. Uzasadnieniem dla ewentualnego zwolnienia lekarskiego dla tej grupy osób może być na przykład epizod depresyjny (Gołąb, 2022).

Rolą liderów placówek medycznych jest zachowanie uważności i szybkie rozpoznawanie przyczyn wypalenia zawodowego wśród pracowników. Czynniki pierwotnymi wpływającymi na występowanie wypalenia są brak uczciwości i wzajemnego szacunku, obciążenia, którymi nie można zarządzać, brak jasności ról, słaba komunikacja lub brak wsparcia ze strony przełożonego, nieuzasadniona presja czasu i brak ludzi do pracy, brak znaczących relacji międzyludzkich. Czynniki, które pojawiły się w czasie pandemii COVID-19, są rosnące zaległości, oczekiwanie na oddelegowanie do innej pracy oraz tak zwany koszt emocjonalny.

Liderzy na różnych szczeblach w hierarchii placówki medycznej powinni tworzyć i rozwijać kulturę szacunku i ciągłego doskonalenia, która integruje członków zespołu we wzajemnym wspieraniu się w najtrudniejszych momentach pracy zawodowej. Niezwykle ważne jest wdrażanie strategii promujących budowanie i utrzymywanie dobrego samopoczucia i odporności pracowników na stres. Obok wzajemnego wsparcia i dzielenia się swoimi emocjami, nazywania wprost, co czuje dana osoba, i zachowania kultury języka w komunikacji niezwykle istotne jest także dbanie o równowagę pomiędzy pracą a życiem osobistym. Sztuka dystansowania się, zachowania wewnętrznego balansu, rozumienia własnych emocji i potrzeb jest wyzwaniem dla każdego pracownika. Jest to trudna nauka, na którą niejednokrotnie potrzeba wielu lat. Dla odzyskania wewnętrznej równowagi

psychicznej w zespołach medycznych pomocne jest zastanowienie się, co personel medyczny zawdzięcza pacjentom. Praca z pacjentem onkologicznym odciska szczególnie piętno na wrażliwości człowieka. Ponowna ocena wartości, zbudowanie ich hierarchii i przemyślenie, co w życiu jest prawdziwe i cenne, pomaga w uwolnieniu się z jarzma wypalenia. Zagłębienie w głąb własnego życia i swojej duszy może być trudne i bolesne, ale warto przejść taką drogę, by odzyskać siebie.

Maslach i Banks (2017, 49) zalecają, aby liderzy rozpoczęli tworzenie zdrowych miejsc pracy w solidny i przekonujący sposób. Ich zdaniem psychologowie, wraz ze swoimi partnerami akademickimi i praktykami, mogą znacząco przyczynić się do projektowania zdrowych miejsc pracy. Dzieje się tak, ponieważ psychologia jest głęboko zakorzeniona w rozumieniu ludzkich potrzeb i tego, jak zadowolenie ludzi bezpośrednio wpływa na ich motywację do pracy, jakość życia oraz samopoczucie fizyczne i psychiczne.

Wnioski

Analiza polskiej i światowej literatury w obszarze wypalenia zawodowego pozwoliła na przedstawienie historii i definicji zjawiska. Przegląd wybranych źródeł wtórnych ukazał, że wypalenie zawodowe zakorzenione jest w zawodach medycznych i opiekuńczych, co podkreśla wielu badaczy tematu. Wyniki przytoczonych badań pokazały stopień zjawiska w okresie przedpandemicznym oraz istotny wzrost natężenia zjawiska wraz z nastaniem pandemii COVID-19.

W efekcie przeprowadzonej analizy zdefiniowano również determinanty wypalenia zawodowego z podziałem na pierwotne i pandemiczne. Znajomość czynników pierwotnych i determinantów pandemicznych pozwala na ustalenie źródeł nadmiernego obciążenia, przemęczenia, poczucia pustki życiowej, braku energii fizycznej i psychicznej wśród pracowników placówek medycznych. Rozpoznanie wśród personelu medycznego na wczesnym etapie depersonalizacji pacjentów, która początkowo wyraża się w tendencji do unikania osób chorych i skracania czasu spędzanego z nimi, powinno zwrócić uwagę liderów medycznych. Apatia, kłopoty ze snem, brak zadowolenia z pracy, rozdrażnienie, łatwość popadania w konflikty, sięganie po używki, liczne dolegliwości bólowe i infekcje to zwiastuny wypalenia zawodowego. Dlatego tak ważne są szybkie reagowanie, uważność, a zarazem subtelność i delikatność w zachowaniu liderów różnych szczebli w hierarchii placówki medycznej. Ważne jest, by nie pogłębić stanu wyczerpania emocjonalnego u pracowników, szczególnie na pierwszej linii świadczenia usługi medycznej. Umiejętność doboru narzędzi i strategii budowania atmosfery wzajemnego wsparcia oraz zapobiegania zmęczeniu i wypaleniu zawodowemu to wielkie wyzwanie dla przywódców.

Kolejnym omówionym aspektem jest rola lidera w przeciwdziałaniu wypaleniu. Przegląd literatury potwierdził, że pracownicy placówek medycznych potrze-

bują wsparcia i zrozumienia ze strony przywódców. Niezwykle istotna jest kultura organizacyjna oparta na szacunku, integracji członków zespołów medycznych oraz skoncentrowaniu na człowieku. Zatem wyzwaniem dla liderów jest, jak podpowiadają Maslach i Banks (2017), tworzenie zdrowych miejsc pracy.

Przeprowadzony przegląd literatury obciążony jest ograniczeniami metody badawczej, do których należy zaliczyć problemy natury technicznej (literatura wybrana została z ogólnodostępnych publikacji). Wyniki uzyskane w przeprowadzonej analizie należy potraktować jako dane wejściowe do badań na większej liczbie publikacji w Polsce i na świecie. Pogłębienie i poszerzenie obszaru analizy źródeł wtórnych spowoduje, że badania nabiorą cech uniwersalności.

Podsumowując powyższe: należy uznać, że założone we wstępie artykułu cele pracy zostały osiągnięte. Wypalenie zawodowe po trudnym czasie pandemii COVID-19 jest pilnym wyzwaniem, które przywódcy placówek medycznych powinni zrozumieć i bezpośrednio stawić mu czoła. Problem badawczy dotyczący roli lidera w rozwiązywaniu problemu wypalenia zawodowego w placówce medycznej stanowi istotny obszar sfery poznawczej i metodycznej i niewątpliwie wymaga kontynuacji badań przeglądowych i empirycznych. Przywołane w niniejszym artykule przykłady rozwiązań stanowią bardzo szeroką płaszczyznę otwartą do eksploracji.

Bibliografia

- Anczewska, M., Świtaj, P., Roszczyńska, J. (2005). Wypalenie zawodowe. *Postępy Psychiatrii i Neurologii*, 14 (2), 67–77.
- Dubale, B.W., Friedman, L.E., Chemali, Z., Denninger, J.W., Mehta, D.H., Alem, A., Fricchione, G.L., Dossett, M.L., Gelaye, B. (2019). Systematic review of burnout among healthcare providers in sub-Saharan Africa. *BMC Public Health*, 19, 1247. DOI: 10.1186/s12889-019-7566-7.
- Edú-Valsania, S., Lagua, A., Moriano, J.A. (2022). Burnout: A Review of Theory and Measurement. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19 (3), 1780. DOI: 10.3390/ijerph19031780.
- Fainstad, T., Mann, A., Suresh, K., Shah, P., Dieujuste, N., Thurmon, K., Jones, Ch.D. (2022). Effect of a Novel Online Group-Coaching Program to Reduce Burnout in Female Resident Physicians. A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 5 (5), e2210752. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.10752.
- Fengler, J. (2000). *Pomaganie mężczyz. Wypalenie w pracy zawodowej*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Gołąb, D. (2022). Wypalenie zawodowe. *Kurier Onkologii*, 21 (1), 8–9.
- Jeske, A. (2018). *Kompetencje w świecie VUCA*. Dostęp: 12.10.2020, <https://taptalent.eu/kompetencje-w-swiecie-vuca/>.
- Kornakiewicz, B., Krupa, S., Widenka, K. (2019). Czynniki wpływające na wypalenie zawodowe pielęgniarek w środowisku szpitalnym. *Pielęgniarstwo w Anestezjologii i Intensywnej Opiece*, 5 (3), 83–89.
- Laschinger, H., Montgomery, A. (2014). Burnout and HealthCare — Editorial. *Burnout Research*, 1 (2), 57–58. DOI: 10.1016/j.burn.2014.08.002.

- Maslach, Ch. (1994). *Wypalenie się: utrata troski o człowieka*. W: Zimbardo, P.G., Gerrig, R.J., *Psychologia i życie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslach, Ch., Banks, C.G. (2017). *Psychological connections with work*. W: Cooper, C.L., Leiter, M.P. (red.), *The Routledge Companion to Wellbeing at Work*. London: Taylor and Francis. DOI: 10.4324/9781315665979-4.
- Maslach, Ch., Leiter, M.P., Schaufeli, W. (2009). *Measuring burnout*. W: Cartwright, S., Cooper, C.L. (red.), *Organizational well-being*. New York: Oxford University Press.
- Mattei, A., Fiasca, F., Mazzei, M., Necozone, S., Bianchini, V. (2017). Stress and Burnout in Health-Care Workers after the 2009 L'Aquila Earthquake: A Cross-Sectional Observational Study. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 98. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00098.
- Nakamuro, J. (2016). *Redefining Respect for People: Disagree to Agree*. Dostęp: 14.10.2017, <https://www.linkedin.com/pulse/redefining-respect-people-disagree-agree-jun-nakamuro>.
- Oe, M., Ishida, T., Favrod, C., Martin-Soelch, C., Horsch, A. (2018). Burnout, Psychological Symptoms, and Secondary Traumatic Stress Among Midwives Working on Perinatal Wards: A Cross-Cultural Study Between Japan and Switzerland. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 387. DOI: 10.3389/fpsy.2018.00387.
- Ogińska, J., Żuralska, R. (2010). Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek pracujących na oddziałach neurologicznych. *Problemy Pielęgniarstwa*, 18 (4), 435–442.
- Shields, S., Powell, S. (2022). *The Role of Leadership in Addressing Burnout on the Frontline: A Systems Approach*. Virginia Mason Institute, 31.03.2022, Virtual event via Zoom®.
- Ulfa, M., Azuma, M., Steiner, A. (2022). Burnout status of healthcare workers in the world during the peak period of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 952783. DOI: 10.3389/fpsy.2022.952783.
- Xiao, Y., Zhang, H., Li, Q., Xiao, S., Dai, T., Guo, J., Yu, Y. (2022) Role Stress and Psychological Distress Among Chinese Nurses During the COVID-19 Pandemic: A Moderated Mediation Model of Social Support and Burnout. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 812929. DOI: 10.3389/fpsy.2022.812929.