

ZJAWISKA STRESU I WYPALENIA ZAWODOWEGO W OPIECE PALIATYWNEJ

THE PHENOMENON OF JOB STRESS AND BURNOUT SYNDROME
IN PALLIATIVE CARE

Bogusław Stelcer^{1,2}, Bartosz Bilski³

¹ Uniwersytet Przyrodniczy im. A. Cieszkowskiego w Poznaniu / Poznan University of Life Sciences, Poznań, Polska
Katedra Higieny Żywności Człowieka / Department of Human Hygiene Nutrition

² Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu / Poznan University of Medical Sciences, Poznań, Poland
Zakład Psychologii Klinicznej / Department of Clinical Psychology

³ Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu / Poznan University of Medical Sciences, Poznań, Poland
Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej / Department of Preventive Medicine

STRESZCZENIE

W pracy przeanalizowano zjawisko wypalenia zawodowego, zwracając uwagę na perspektywy chorego, jego rodziny i pomagającego. Wskazano również praktyczne zasady efektywnej opieki nad umierającymi i ich rodzinami, prowadzonej tak, aby zespół terapeutyczny był wolny od zjawiska wypalenia zawodowego. Med. Pr. 2020;71(1)

Słowa kluczowe: wypalenie zawodowe, psychologia pracy, personel medyczny, opieka paliatywna, cierpienie, stres w pracy

ABSTRACT

This paper is focused on the analysis of the phenomenon of occupational burnout from the perspectives of the sick person, his/her family and the helper. Practical principles of effective care for dying people and their families were also indicated in order to make the therapeutic team free from the symptoms of occupational burnout. Med. Pr. 2020;71(1)

Key words: burnout syndrome, occupational psychology, medical staff, palliative care, suffering, job stress

Autor do korespondencji / Corresponding author: Bartosz Bilski, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej, ul. Świecickiego 6, 60-781 Poznań, e-mail: bilski@ump.edu.pl
Nadesłano: 9 grudnia 2018, zatwierdzono: 14 czerwca 2019

WSTĘP

Ciężar choroby terminalnej i kres życia wymagają, aby chorego traktować w sposób obejmujący wszystkie ważne obszary jego istnienia, skupiając się na sferach somatycznej, psychicznej, społecznej i duchowej, związanej z poszukiwaniem sensu [1]. Niesienie pomocy choremu terminalnie, bardziej niż z terminem „leczenie”, wiąże się ze słowem „opieka”.

Wielu pracowników ochrony zdrowia na co dzień zajmuje się opieką nad chorymi w końcowej fazie życia. Świadczą oni pomoc i udzielają wsparcia chorym oraz ich rodzinom w ramach zespołów opieki domowej, na oddziałach szpitalnych i w hospicjach. Praca w zespole opieki paliatywnej wiąże się ze stałym kontaktem z ludzką tragedią i cierpieniem towarzyszącym choremu oraz jego bliskim, co naraża na ryzyko wypalenia emocjonalnego i utraty motywacji do pracy. Zajmowa-

nie się łagodzeniem bólu fizycznego, stresu oraz cierpienia innych osób może powodować obciążenia emocjonalne i wyczerpanie fizyczne.

Zarówno obciążenia związane z pracą, jak i zasoby zaradcze, do których mogą sięgnąć pracownicy hospicjów, nie zawsze pokrywają się z wymaganiami stawianymi im przez środowisko pracy. W kilku badaniach dotyczących opieki paliatywnej wykazano, że prawie połowa (48%) czynników stresogennych, na które był narażony personel, wynikała z trudnych warunków pracy. Według 29% ankietowanych pracowników hospicjów czynniki stresogenne były związane z koniecznością skrupulatnego wywiązywania się z roli zawodowej, a dla 17% respondentów źródłem stresu były relacje z pacjentami i ich rodzinami. Objawy choroby i czynniki związane z jej przebiegiem jako czynniki stresu zawodowego wskazało zaledwie 7% badanych [2–5].

Obciążenia towarzyszące pracy w opiece paliatywnej mogą wynikać z wcześniejszych doświadczeń, takich jak śmierć pacjenta w trudnych okolicznościach (np. z występowaniem dolegliwości bólowych niemożliwych do uśmierzenia czy z niepoddającą się terapii dusznością itp.) lub z dużej liczby zgonów skumulowanych w czasie. Źródłem wypalenia jest też idealizm lub nadmierne zaangażowanie emocjonalne w problemy chorego [2,4,6,7]. Przekraczanie granic zaangażowania emocjonalnego sprzyja utracie obiektywizmu i krytycyzmu dla własnej postawy.

Praca z pacjentami zmagającymi się z chorobą nowotworową jest powszechnie uznawana za stresującą i obciążającą. Personel zespołów opieki paliatywnej, doświadczając w pracy podobnych obciążeń emocjonalnych jak pracownicy szpitali onkologicznych, cechuje się niższym poziomem wypalenia zawodowego [2]. Pomocne w wyjaśnieniu tego zjawiska jest przyjrzenie się filozoficznym założeniom holistycznej opieki paliatywnej, kładącej nacisk na utrzymanie wysokich standardów etycznych. Przegląd niektórych psychologicznych koncepcji stresu, radzenia sobie i wypalenia zawodowego pozwala na częściowe przynajmniej wyjaśnienie tego fenomenu. Trudno o wyczerpującą definicję stresu psychologicznego, ponieważ w literaturze przedmiotu pojawia się wiele rozbieżności na temat jego istoty i wciąż dyskutowane są kryteria pozwalające odróżnić stres od pojęć pokrewnych [8].

W niniejszej pracy przyjęto psychologiczne rozumienie stresu jako dynamicznej interakcji między człowiekiem a środowiskiem pracy, pojawiającej się w kontekście sprawowania opieki medycznej nad pacjentem w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej wraz z jej negatywnymi dla podmiotu konsekwencjami. Pojęcia stresu zawodowego oraz stresu w miejscu pracy są związane z poziomem wymagań stawianych przez wewnętrzne i zewnętrzne środowiska jednostki, które zakłócają poczucie homeostazy. Gdy tym wymaganiom towarzyszą ograniczone zasoby jednostkowe i społeczne, pojawia się ryzyko wypalenia [9]. Wymogi wewnętrzne obejmują percepcję sytuacji jako obciążającej, zmienne demograficzne, sieć wsparcia społecznego oraz uprzednie i obecne stresujące doświadczenia życiowe. Do wymogów zewnętrznych zalicza się specyfikę choroby i psychologiczne koszty jej leczenia oraz trudności zarówno wynikające z kontaktu z chorym i jego rodziną, jak i związane z organizacją pracy oraz specyfiką miejsca pracy [2–4].

Badając stres zgodnie z podejściem psychologicznym, analizuje się szkodliwe elementy relacji człowiek–

–środowisko pracy oraz procesy poznawcze i reakcje emocjonalne, które leżą u podłoża takich interakcji.

Celem niniejszej pracy był opis czynników odpowiedzialnych za zjawisko stresu i wypalenia zawodowego w pracy z chorym terminalnie w zespole opieki hospicyjnej lub paliatywnej. Kolejnym celem – wynikającym z powyższego – było wskazanie mechanizmów pozwalających na pokonywanie tego negatywnego w skutkach zjawiska. Wypalenie jest wypadkową, powstałą z braku harmonii między standardami jednostki oraz procesów instytucjonalnych lub biurokratycznych, napięć, które nabierają cech przewlekłego wyczerpania emocjonalnego i fizycznego, poczucia niemożności osiągnięcia celów osobistych oraz wyobcowania od innych osób i swojej pracy [2–4].

METODY PRZEGLĄDU

Dokonując przeglądu piśmiennictwa, sięgnięto w pierwszym etapie do artykułów i znanych monografii opublikowanych w latach 2000–2018, a w nielicznych uzasadnionych przypadkach – po prace wcześniejsze. Następnie zdefiniowano kolejne kryteria, którymi było przedstawienie wyników badań empirycznych oraz konkluzji pochodzących z prac przeglądowych poruszających problematykę stresu i wypalenia zawodowego wśród personelu pracującego w zespołach opieki paliatywnej/hospicyjnej. Wykorzystano następujące słowa kluczowe: wypalenie, opieka paliatywna, opieka u kresu życia, wyczerpanie emocjonalne, cierpienie, przeciwdziałanie zespołowi wypalenia zawodowego.

Artykułów szukano w bazach danych Free Medical Journals – PubMed Search, HighWire – Stanford University, Meta Press, Medscape from WebMD, PubMed Central, SAGE open i UK PubMed Central. Przeszukano także artykuły opublikowane w latach 2000–2018 w czasopismach „Medycyna Paliatywna”, „European Journal of Palliative Care”, „Journal of Palliative Care” i „American Journal of Hospice and Palliative Care”. Poszukiwania prowadzono głównie przy użyciu elektronicznych baz danych. Zidentyfikowano 163 publikacje i wybrano te, których wyniki uznano za najlepiej korespondujące z problematyką niniejszej pracy.

WYNIKI PRZEGLĄDU

Specyfika obciążeń związanych z pracą w zespole opieki paliatywnej

Opieka paliatywna polega na sprawowaniu przez zespół wielodyscyplinarny całościowej opieki nad pacjentami

w nieuleczalnej fazie choroby i ich rodzinami. Stąd wynika jej zasadniczy cel, którym jest zapewnienie choremu i jego bliskim jak najwyższej jakości życia poprzez zaspokojenie potrzeb fizycznych, psychologicznych, społecznych oraz duchowych. Obejmuje ona swym zakresem także opiekę nad rodziną w okresie żałoby.

Przegląd piśmiennictwa wskazuje, że w środowisku hospicyjnym oraz wśród przedstawicieli zawodów medycznych i pomocowych zjawisko wypalenia manifestuje się na wiele sposobów. Z jego powodu pracownicy dostrzegają zmianę własnych postaw wobec zadań stawianych im w miejscu pracy, szczególnie w postaci utraty motywacji do rzetelnego ich wykonywania, poczucia osobistej porażki, narastających problemów w związkach i nasilenia zmęczenia. Powyższe sytuacje mogą powodować, że pracownicy decydują się zmienić pracę, szukając innych dróg rozwoju zawodowego [7,10]. Do najczęstszych objawów wypalenia zawodowego wśród przedstawicieli zespołów hospicyjnych należy zaliczyć [11–17]:

- drażliwość, poczucie irytacji,
- osłabienie fizyczne,
- wzrost samokrytycyzmu i krytycyzm wobec innych członków zespołu,
- bezsenność, zmęczenie,
- bóle kręgosłupa,
- dezorganizację zachowania,
- utratę priorytetów życiowych,
- stany depresyjne,
- poczucie porażki i braku sukcesów,
- wycofanie społeczne, poczucie nudy,
- spadek koncentracji i wydajności,
- deteriorację postaw opiekuńczych,
- obniżenie poziomu empatii,
- konflikty z innymi członkami zespołu.

Z powyższego zestawienia wynika, że symptomatologia wypalenia obejmuje wpływ doświadczanego stresu na sfery somatyczną i psychiczną. Zjawisko wypalenia odnosi się do utraty energii i motywacji, powodując, że dotknięte nim osoby czują się „wypalone” zarówno fizycznie, jak i psychicznie. Wypalenie przejawia się również w zachowaniu, w którym pojawiają się liczne oznaki niepokoju i napięcia. Normalne i rutynowe czynności wydają się nieomal niemożliwe do wykonania z powodu wyczerpania. Siła i konsekwencje doświadczanego stresu dla zdrowia fizycznego i psychicznego mają liczne uwarunkowania. To, jak jednostka radzi sobie z obciążeniami, zależy od cech osobowości, posiadanej sieci wsparcia społecznego – w tym płynącego ze strony innych członków zespołu – oraz umiejętności komuni-

kowania problemów czekających na rozwiązanie. Istotne znaczenie mają również wiek i doświadczenie życiowe pracownika (np. opieka nad chorymi może sprawiać więcej trudności tym pracownikom, którzy zmagają się z osobistymi problemami lub własną żałobą).

Definiowanie stresu i wypalenia zawodowego

W swej autorskiej koncepcji Vachon wskazuje, że osoby, które zawodowo kontaktują się z pacjentami cierpiącymi na choroby zagrażające życiu – zarówno w kontekście wczesnej diagnozy, jak i opieki paliatywnej czy nad osieroconymi – są świadkami znacznie nasilonego cierpienia [7,8]. Takie cierpienie może prowadzić do napięć i niepokoju u opiekunów, co może objawiać się w wypaleniu, zmęczeniu współczuciem, cierpieniu moralnym lub urazie zastępczym. Ich specyfika przedstawia się następująco:

1. Wypalenie – różnorodne negatywne uczucia i reakcje towarzyszące groźnym lub trudnym sytuacjom, które mogą wywoływać liczne objawy somatyczne i psychiczne, różniące się w zależności od cech osobowości, rodzaju sytuacji i stopnia trudności wymagań.
2. Uraz zastępczy – proces rozwijający się u osób zawodowo zajmujących się pomaganiem innym ludziom, którzy zmagają się ze skutkami traumatycznych zdarzeń. W tym przypadku opiekun czuje się odpowiedzialny za tę sytuację i angażuje się w pomaganie osobom doświadczającym jej skrajnie dotkliwych skutków.
3. Niepokój moralny – objaw ten występuje u osób, których dotyczą skutki rozejścia się pragnienia realizacji zachowań spełniających wysokie standardy moralne z realnymi możliwościami wdrażania ich w życie; ten rodzaj obciążeń dotyka najczęściej osoby pracujące w takich miejscach jak OIOM, SOR i – oczywiście – hospicja.
4. Zmęczenie współczuciem (znane również jako wtórny zespół stresu pourazowego) – zjawisko to odnosi się do powolnego spadku poziomu współczucia. Proces ten polega na stopniowym zmniejszaniu stopnia zaangażowania emocjonalnego oraz empatii dla cierpiących i umierających chorych oraz niemożnością rozwiązania piętujących się problemów medycznych i pielęgnacyjnych.

Vachon zauważa, że zmęczenie współczuciem ma pewne cechy wypalenia, jednak – inaczej niż w jego przypadku – pozwala być pracownikiem dbającym o chorych i zaangażowanym w ich sprawy [7,8]. Zdaniem tej badaczki wypalenie zawodowe jest procesem o charakterze progresywnym i przebiega od utraty idealizmu aż

do niemożności ujrzenia celu i sensu dla swej pracy. Vachon twierdzi, że mechanizm ten dotyczy w szczególności przedstawicieli tzw. zawodów pomocniczych i jest następstwem nieodpowiednich warunków pracy.

Vachon proponuje, aby poprzez właściwe zrozumienie pojęć cierpienia i współczucia oraz stosowanie odpowiednich praktyk relaksacyjnych, troski o siebie, uważności, rozwoju empatii oraz poczucia sensu i więzi opiekunowie osiągnęli zdolność opiekowania się zarówno pacjentami, jak i sobą [18].

Pierwotnie sędzono, że tym, co znamionuje wypalenie zawodowe, jest odpowiedź jednostki na przewlekłe działające emocjonalne i interpersonalne stresory w pracy [2,4,6,12,16,17]. Freudenberger proponuje zdefiniować wypalenie jako stan zmęczenia i frustracji wynikających z uprzedniego poświęcenia swej energii oraz entuzjazmu jakiejś sprawie czy sposobowi życia, które nie spełniły pokładanych oczekiwań [15]. Wypalenie jest konsekwencją doświadczanego przez jednostkę stresu, który przenika sferę relacji społecznych oraz wpływa na sposób postrzegania siebie i innych. Praca dla osoby wypalanej nie stanowi żadnej pozytywnej wartości. Każdy nowy pacjent jest postrzegany jako kolejny problem. Niemożność nabrania należytego dystansu do trudności i problemów w miejscu pracy może prowadzić do przekonania o własnej niekompetencji oraz poczucia nieadekwatności. Wypalenie zawodowe pociąga za sobą wiele zmian codziennego zachowania i obniżenie poziomu zawodowego morale [13,19–23].

Zespół wypalenia najczęściej jest definiowany jako zjawisko wielowymiarowe, zgodnie z propozycją Maslach. Zdaniem tej autorki jest to psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, stanu depersonalizacji oraz niskiego poczucia osiągniętej satysfakcji zawodowej i dokonań osobistych [12,17–19]:

1. Wyczerpanie emocjonalne – rozumiane jako poczucie wyczerpania i niezdolność do większego zaangażowania się w rozwiązywanie problemów innych osób – przybiera postać nadmiernego obciążenia emocjonalnego, przemęczenia, pustki emocjonalnej oraz braku energii psychicznej i fizycznej.
2. Depersonalizacja – w której relacje z pacjentami i współpracownikami stają się zimne, przedmiotowe, instrumentalne, odległe i czasem cyniczne – jest zjawiskiem wskazującym na obronne dystansowanie się od wspomnianych oraz na zakłócenia i spłylenie poziomu relacji interpersonalnych.
3. Brak poczucia spełnienia w wymiarze życia osobistego i zawodowego, które może objawiać się poczuciem niekompetencji oraz niezdolności do odpo-

wiedniej reakcji na prośby chorych, czasem przybiera postać obronnego poczucia omnipotencji, braku zadowolenia z pracy lub tendencji do negatywnego oceniania własnych dokonań zawodowych.

Obecność wymienionych 3 objawów wraz z okolicznościami, w jakich występują, tworzą charakterystyczny zespół złego przystosowania w pracy. U jego źródeł leży wyczerpanie spowodowane nadmiernym obciążeniem pracownika.

Walorem modelu opracowanego przez Maslach i wsp. [19,21] jest właściwe zaakcentowanie doświadczanego przez jednostkę stresu w kontekście splotu uwarunkowań społecznych, co pozwala odróżnić wypalenie od innych – niezwiązanych z pracą zawodową – przykrych doświadczeń i stresów. Maslach umieszcza wypalenie zawodowe na kontinuum, którego jeden kraniec stanowi „zaangażowanie”, a drugi – „wypalenie”. Biegun „wypalenie” obejmuje wyczerpanie, cynizm i niedostateczną efektywność. Charakterystyczne są zachowania przeciwne do tych pełnych entuzjazmu, gotowości do współpracy i poczucia własnej skuteczności. Takie cechy aktywności świadczą o pełnym zaangażowaniu jednostki w pełnienie ról zawodowych. W obrazie zaangażowania uwzględniono 3 wymiary. Zaangażowanie wyraża się więc [10,15,18,21]:

- energią (w przeciwieństwie do wyczerpania),
- współpracą (przeciwstawianą depersonalizacji, cynizmowi i dystansowaniu się),
- przekonaniem o własnej skuteczności (która jest przeciwieństwem braku zadowolenia z osiągnięć zawodowych).

W swych publikacjach Maslach jednoznacznie zajęła pozycję krytyczną wobec takiego otoczenia społecznego, które dewaluuje człowieka pracującego w określonym środowisku. Badaczka w niektórych wypowiedziach krytykowała nadmierne zbiurokratyzowanie i sformalizowany charakter relacji w placówkach ochrony zdrowia, w tym specyficzny język, regulacje prawne i sposób administrowania [17,19]. Wypalenie w tym świetle nie jest kwestią problematycznych cech osobowości. Natomiast jest wypadkową nieadekwatnego otoczenia społecznego, w którym jednostka podejmuje aktywność zawodową. To klimat i sposób organizacji miejsca pracy kształtuje sposób, w jaki ludzie współpracują.

Maslach poddała krytyce korporacyjny model pracy, który prowadzi do utraty ludzkiego wymiaru relacji, energii i motywacji. Wypalenie zawodowe jest zazwyczaj badane jako problem psychologiczny, w sposób szczególny związany z nietłumionymi do rozwiązania

problemami etycznymi. Skutki wypalenia obejmują pacjentów i rodziny, którzy doświadczają opieki medycznej o niższych standardach. Wypalony lekarz lub pielęgniarka buduje relacje charakteryzujące się cynizmem, chłodem i dystansem. Pracownik staje się podatny na wszelkiego rodzaju zagrożenia, przez co nierozwiązany problem okazuje się kolejnym czynnikiem odciskającym się na jakości opieki. Zjawisko wypalenia zawodowego stawia w nowym świetle konieczność wdrożenia mechanizmów zapobiegania wypaleniu na poziomie profesjonalnym i instytucyjnym, co powoduje wzrost poczucia odpowiedzialności w miejscu pracy [16,19, 23,24].

Etiologia i symptomatologia źródeł stresu oraz wypalenia w opiece paliatywnej

Jednym z celów niniejszego przeglądu była identyfikacja źródeł i poziomów wypalenia zawodowego wykazanych w opiece paliatywnej oraz określenie głównych źródeł ryzyka wypalenia zawodowego i czynników chroniących przed tym zjawiskiem. Większość badań wskazuje, że lekarze pracujący w opiece paliatywnej cechują się niższym poziomem wypalenia (we wszystkich 3 wymiarach) w porównaniu z lekarzami praktykującymi w innych dziedzinach medycyny – nawet bliskich medycynie paliatywnej, takich jak onkologia [21–23]. Główne czynniki ryzyka zidentyfikowane w niniejszym przeglądzie wskazują, że brak pewności siebie w roli zawodowej oraz niska ocena własnych umiejętności komunikowania się, niezbędnych w kontakcie z chorymi i ich rodzinami, są czynnikami stresogennymi. Innym źródłem stresu psychologicznego okazała się presja czasu. Brak wystarczającej ilości czasu na rzetelne przedyskutowanie decyzji lekarskich powodował trudności w nawiązaniu skutecznej komunikacji [5,22,25–28].

Innym źródłem silnego napięcia emocjonalnego jest konieczność przekazania niepomyślnej informacji choremu lub jego krewnym. Konieczność przekazania złych wiadomości – szczególnie, gdy były związane z nieskutecznym leczeniem – pojawiła się również jako czynnik ryzyka rozwoju wypalenia [6,19,29]. Zjawisko przekazywania niepomyślnych informacji łączy się z ekspozycją na skrajnie intensywne emocje i zachowania chorych (płacz, rozpacz, obraz cierpienia, gwałtowne i nieprzewidywalne zachowania), które są trudne do zniesienia w bezpośrednim kontakcie. Dlatego sprawą ogromnej wagi jest problem związany z koniecznością edukacji i szkoleń w zakresie radzenia sobie z trudnymi emocjami oraz rozwojem umiejętności pomagania jako

czynników przeciwdziałających wypaleniu zawodowemu w opiece paliatywnej.

Staż pracy mierzony w latach przepracowanych w jednostce opieki paliatywnej w kontekście wypalenia zawodowego wymaga dalszych wyjaśnień. Wnioski płynące z przeglądu piśmiennictwa są w tym zakresie niejednoznaczne. Niektóre dane sugerują, że nie tyle czas pracy, ile nabyte doświadczenie i kompetencje osobiste mają znaczenie szczególnie w odniesieniu do wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji [27,30–32].

Badania przeprowadzone w hospicjach ujawniły kolejne interesujące, istotne czynniki nasilające ryzyko wystąpienia objawów wyczerpania emocjonalnego w przebiegu procesu wypalenia zawodowego. Do grupy takich czynników zaliczono okoliczności umierania i śmierci, konflikty interpersonalne w zespole, wysoki poziom odpowiedzialności, konieczność rozwoju kompetencji zawodowych oraz rozbudowaną biurokrację. Presja ze strony zespołu, brak rzetelnych szkoleń przygotowujących do pracy i jasno określonych reguł pracy zespołowej wiązały się z silniejszą depersonalizacją personelu medycznego. Ponadto brak poczucia osiągnięć zawodowych okazał się związany z trudnościami w zdefiniowaniu sukcesów w pracy i niższą oceną posiadanych kwalifikacji zawodowych [23,29–31].

Wystąpienie stresu w pracy hospicyjnej może być częściowo związane z wcześniejszymi niekorzystnymi doświadczeniami życiowymi. Osoba, której życie obfitowało w wiele wyzwań i trudności, może tym bardziej obciążająco postrzegać towarzyszenie liczny przypadkom umierania i śmierci. Stresujące zdarzenia życiowe mają dwojaką naturę – mogą być zarówno źródłem kompetencji zaradczych, jak i czynnikiem je osłabiającym.

Ponadto personel ma własne rodziny i kręgi przyjaciół, w których także mogą występować obciążające zjawiska. W hospicjach w pełni realizujących postulaty opieki holistycznej relacje z chorymi są relatywnie bliskie i angażujące emocjonalnie personel w sprawy i życie pacjenta oraz jego rodziny. Identyfikacja z chorym powoduje uwikłanie w jego problemy osobiste. Skutkuje to trudnościami w zakresie wyznaczenia właściwej granicy między sferą zawodową a życiem rodzinnym. Niekorzystnym zjawiskiem z punktu widzenia psychologii jest przenoszenie problemów z pracy w sferę życia domowego.

Rywalizacja zawodowa, w tym o zajmowane pozycje i stopnie naukowe, brak należytego wsparcia oraz konflikty interesów są czynnikami nasilającymi stres. Innym źródłem obciążeń jest konieczność podejmowa-

nia decyzji dotyczących sposobu leczenia w sytuacjach nie do końca określonych. Obok czynników klinicznych znaczącym źródłem stresu jest konieczność sprośtania wymogom administracyjnym i biurokratycznym, które pochłaniają dużo czasu oraz energii. Sytuacji nie ułatwiają zarówno niejednoznaczność przepisów ani ich wykładnia, jak i często sprzeczne oczekiwania administracji szpitala. Lekarze pracujący na prowincji, z dala od akademickich jednostek klinicznych, borykają się ponadto z pracą w trudnym środowisku. Realizowanie wizyt domowych i konieczność dotarcia do chorych mieszkających kilkanaście kilometrów od hospicjum stanowią wyzwanie zwłaszcza w warunkach zimowych [33].

Wskazywano powyżej na stresujący charakter problemów w zakresie komunikowania się z chorym i jego bliskimi. Problemem są oczekiwania informacji dających nadzieję na wyzdrowienie bliskiej osoby, podczas gdy lekarz stara się przygotować rodzinę na nieuchronnie zbliżającą się śmierć. W tej sytuacji personel staje wobec konieczności zmierzenia się z siłą psychologicznych mechanizmów zaprzeczania. Kontakt z rodzinami dysfunkcyjnymi jest zjawiskiem szczególnie stresogennym dla tych, którzy mają zasoby wrażliwości i empatii. Umieranie i śmierć pacjenta pozostawionego przez rodzinę unikającą swych moralnych zobowiązań jest źródłem silnego dyskomfortu personelu. Zjawisko to wpisuje się w szerszy kontekst społeczny, który – mówiąc językiem Schweitzera – jest związany z poczuciem utraty powinowactwa z bliźnim [19,20].

Do swoistych potencjalnych źródeł stresu i obciążeń psychicznych wśród zespołów opieki domowej należą [13,23,26,34–40]:

- zmieniająca się kondycja chorego i oczekiwania rodziny wobec stanu pacjenta,
- trudności w opanowaniu objawów niepoddających się kontroli,
- zmowa milczenia wśród członków rodziny,
- wymagający i trudni pacjenci,
- trudne kontakty z członkami rodziny,
- ryzyko bycia włączonym w konflikty rodzinne,
- duża odległość do domu chorego,
- ciągły kontakt z ludzkim cierpieniem,
- trudności z radzeniem sobie z problemami medycznymi, duchowymi i moralnymi,
- nieodpowiednie warunki pracy,
- niedostateczne zaopatrzenie w środki medyczne,
- presja czasu itp.,
- przeciążenie pracą, nadmiar obowiązków,
- brak należytej organizacji pracy zespołowej,

- brak docenienia lub obojętność dla zaangażowania dla pacjentów ze strony przełożonych lub innych członków zespołu.

Czynniki zapobiegające wypaleniu

Chociaż przeprowadzone w Polsce badania dotyczące wypalenia zawodowego różnią się zastosowaną metodologią i sposobem prowadzenia analiz, pokazują jednak pewne zależności. Można stwierdzić powtarzające się zależności, które są związane z występowaniem zjawiska wypalenia. Z przeprowadzonych badań wynika, że grupą szczególnie obciążoną emocjonalnie są pielęgniarki hospicyjne. W badaniach pielęgniarek z Podkarpacia wykazano, że większość badanych odczuwała wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego i utratę poczucia osiągnięć osobistych [29]. Wyniki te korespondują z innymi badaniami [16,33–35]. Najmniej nasilonym aspektem wypalenia był wymiar depersonalizacji. Ten aspekt wypalenia zawodowego postrzegany jest jako forma obrony i próba poradzenia sobie z wyczerpaniem emocjonalnym w miejscu pracy poprzez stworzenie psychicznego bufora obojętności. Rużyczka-Wilczek i wsp. wykazali, że wypalenie ma związek ze stosowaniem nieefektywnych sposobów radzenia sobie ze stresem [41]. Do podobnych wniosków doszli wcześniej autorzy zarówno polscy [6,14–16,29], jak i zagraniczni [8,14,16–18].

W badaniach nie tylko pielęgniarek, lecz również przedstawicieli całego zespołu wielodyscyplinarnego zaobserwowano inny obraz zmagania personelu hospicyjnego z wypaleniem [33]. Pracownicy hospicjum w Poznaniu zadeklarowali świadomy wybór zawodu medycznego, z czego badacze wnioskują, że jest to czynnik istotnie minimalizujący ryzyko niedopasowania do wykonywanej pracy i zmniejszający możliwość wystąpienia stresu wraz z jego konsekwencjami. U większości osób z badanego personelu objawy stresu i wypalenia wystąpiły w postaci stanów lękowych oraz depresyjnych w pracy.

W polskich badaniach zgodnie stwierdzono znaczenie współpracy w zespole oraz możliwości otrzymania wzajemnego wsparcia w trudnej opiece nad ciężko chorymi pacjentami i ich leczeniu. Obok wsparcia innym ważnym czynnikiem jest również dbałość o udane życie prywatne. We wspomnianych badaniach jako główny i najważniejszy czynnik wystąpienia wypalenia zawodowego wskazywano nadmierne poświęcenie pracy oraz brak życia osobistego jako alternatywy dla roli zawodowej i wykonywanej pracy [33].

Znaczna część analizowanych doniesień podejmowała problem identyfikacji czynników chroniących per-

sonel przed skutkami stresu i wypalenia oraz ułatwiających podejmowanie mechanizmów zaradczych. Wskazany problem umiejętności skutecznego komunikowania i przekazywania niepomyślnych informacji okazał się czynnikiem chroniącym przed rozwojem wypalenia [2,6,8,37,42]. Strategie radzenia sobie ze śmiercią pacjentów oscylowały wokół rozwijania własnej refleksyjności oraz ugruntowania światopoglądu, w którym jest miejsce na przemijanie i zrozumienie doświadczenia śmierci. Zwrot w stronę duchowości okazał się skutecznym sposobem radzenia sobie ze stresem zawodowym [35–38,43].

W innych badaniach wykazano, że praca w zespole opieki paliatywnej sprzyja rozwojowi osobistemu związanemu z opieką nad umierającymi i pomocą ich krewnym [28,44–49]. Dostrzeżenie sensu wysiłku włożonego w opiekę sprzyjało rozwojowi poczucia zadowolenia, które prowadziło do większej satysfakcji osobistej i zawodowej. Badania wskazują, że główne strategie przeciwdziałania zespołowi wypalenia zawodowego stosowane przez pielęgniarki hospicyjne zmierzają w kierunku prób regulacji emocjonalnej, utrzymania pozytywnej samooceny, rozwoju i podtrzymania sieci wsparcia społecznego oraz pogłębieniu i stabilności relacji międzyludzkich, a także aktywności fizycznej. Pojawiały się też takie zachowania jak wypoczynek, relaks, akceptacja tego, co nieuniknione, poczucie kompromisu i ciągłe kształcenie zawodowe [29,44–46].

Wskazane dane prowadzą do wniosku, że środkiem zaradczym jest wszechstronny rozwój kompetencji osobistych i zawodowych. Istotne jest też, aby instytucje opieki zdrowotnej rozwinęły zasady filozofii pracy zespołowej, opracowując strategie pomagające swoim pracownikom w zapobieganiu wypaleniu. Najlepszym sposobem przeciwdziałania zespołowi wypalenia zawodowego jest niedopuszczenie do tego, żeby się pojawił. Koszty zapobiegania jego wystąpieniu są znacznie mniejsze od wydatków, które trzeba ponieść na walkę z jego skutkami. Dobrym rozwiązaniem wydaje się być praca w zespole mniej liczny, lecz zdecydowanie lepiej zorganizowanym, wspierającym się i troszczącym o jakość relacji pomiędzy jego członkami [1,4,15,25,40,42,45].

Podnoszenie umiejętności asertywnego komunikowania się, rozumienia własnych postaw oraz innych osób podnosi poczucie przynależności do zespołu i siły scalających więzi. Atmosfera pracy zespołu jako całości i przemyślana filozofia niesienia opieki pozwalają uzyskać wsparcie od jego członków. Samo wsparcie społeczne stanowi przedmiot odrębnych badań i ma

wiele znaczeń, których rozumienie dynamicznie się zmienia. Kluczowym aspektem wsparcia społecznego są rzeczywiste i znaczące więzi, dzięki którym powstaje przekonanie o przynależności do grupy osób, które łączą wspólnie wyznawane wartości. Czynniki chroniące przed wypaleniem mogą pochodzić z przekazu z innego kręgu kulturowego. Praca – zgodnie z buddyjskim przekazem – powinna prowadzić do osiągnięcia następujących efektów [50]:

- stwarzać szansę wykorzystania oraz rozwijania własnych możliwości i potencjałów,
- pomagać w przewyciężeniu egocentryzmu poprzez włączenie się do realizacji wspólnego celu,
- stwarzać szansę godnego życia, wytwarzając potrzebne do tego dobra i usługi.

WNIOSKI

Wnioski płynące z zaprezentowanych doniesień podkreślają potrzebę dalszych badań nad lepszym zrozumieniem zespołu wypalenia zawodowego dotyczącego personelu medycznego hospicjów. Wsparcie skutecznego radzenia sobie z tym zjawiskiem wymaga zarówno zidentyfikowania czynników ryzyka, jak i pogłębionego poznania zjawisk zapobiegających wypaleniu. Większość dotychczasowych badań była jednak realizowana w jednostkach związanych z onkologią, a nie z medycyną paliatywną [14,22,23,29]. Mimo podobieństwa warunków pracy w tych 2 typach jednostek istnieją pewne cechy, szczególnie obecne w opiece paliatywnej, które należy eksplorować. Uwaga ta dotyczy osób, które w codziennej praktyce muszą mierzyć się z własnym wyobrażeniem o swojej kompetencji zawodowej w kontekście nadchodzącej śmierci pacjenta zamiast – oczekiwanego w przypadku pobytu w placówce ochrony zdrowia – jego zdrowienia [45–53].

Zespół wypalenia zawodowego jest w największym stopniu konsekwencją przewlekłych obciążeń emocjonalnych. Intensywnym emocjom i szczególnej więzi z umierającym chorym towarzyszy ryzyko trwania w stanie permanentnej żałoby. Według Holmesa i Rahe śmierć osoby najbliższej rozpoczyna listę krytycznych zdarzeń życiowych [50,58]. W środowisku pracowników ochrony zdrowia relacje z chorym i jego rodziną są naznaczone cierpieniem pacjentów. W perspektywie etycznej cierpienie rozumiane jest jako wezwanie do humanitarnego i wrażliwego podejścia do chorego. Specyfika jednostek ochrony zdrowia w wielu przypadkach uniemożliwia profesjonalistom dzielenie się swoimi odczuciami lub efektywne radzenie

sobie z nimi. Wyniki przeglądu piśmiennictwa ukazują nie do końca spójny obraz omawianego zjawiska. U pracowników zespołów opieki paliatywnej poziom stresu i jego konsekwencji w postaci wypalenia zawodowego nie jest znacząco wyższy niż u przedstawicieli innych dyscyplin medycznych czy grup zawodowych [22,24,28,32,53–55].

Zespół wypalenia zawodowego w opiece paliatywnej dotyka problemów etycznych. Ten aspekt wymaga również dalszych badań. Według Weavera i wsp. etyczną wrażliwość można zdefiniować jako umiejętność rozpoznawania, rozumienia i znalezienia właściwej odpowiedzi na złożone sytuacje [38]. Powszechnie są one związane z zagadnieniami, z którymi personel medyczny musi sobie radzić w codziennej pracy z umierającym chorym. Konsekwencje zespołu wypalenia zawodowego mogą dotyczyć zarówno pacjentów, jak i ich krewnych [50,56,57]. U pracowników ochrony zdrowia odpowiadają one klinicznemu obrazowi wypalenia, zwiększając w ten sposób podatność na urazy psychiczne. Ostateczny koszt wypalenia zawodowego dotyczy nie tylko osoby cierpiącej z jego powodu, wpływa też na system opieki zdrowotnej. Z powyższej analizy wynika, że rozwój umiejętności zawodowych i osobistych, komunikowania się z chorym i personelem, dbałość o sferę prywatną oraz odpoczynek są zasadniczymi elementami kompetencji zaradczych personelu hospicjów.

PIŚMIENNICTWO

1. Twycross R.G., Frampton D.R.: *Opieka Paliatywna Nad Chorym Terminalnie*. Margrafen, Bydgoszcz 1996
2. Fengler J.: *Pomaganie męczy*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2001
3. Tucholska S.: Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju. *Przegl. Psychol.* 2001;44(3): 301–317
4. Freudenberger H.J.: Staff burn-out. *J. Soc. Issues* 1974; 30:159–165, <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x>
5. Astudillo W., Mendinueta C.: Exhaustion syndrome in palliative care. *Support. Care Cancer* 1996;4:408–415, <https://doi.org/10.1007/bf01880637>
6. Stelcer B.: Syndrom wypalenia zawodowego personelu medycznego – sposoby zapobiegania. *Przew. Men. Zdr.* 2002; 1(14):27–29
7. Vachon M.: Avoiding burnout and compassion fatigue: feeding one's soul. W: *Conversations on caring*. Tom 1: 2005–2006. Pallium Project Development Office, Edmonton 2006
8. Łosiak W.: *Psychologia stresu*. Wydawnictwa Akademickie i Profesjonalne, Warszawa 2008
9. Ogińska-Bulik N.: Stres zawodowy i jego konsekwencje w grupie pracowników sektora usług społecznych – rola inteligencji emocjonalnej. *Przegl. Psychol.* 2008;51(1):69–85
10. Keidel G.: Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *Am. J. Hosp. Palliat. Care.* 2002;19:200–205, <https://doi.org/10.1177/104990910201900312>
11. Dunwoodie D., Auret K.: Psychological morbidity and burnout in palliative care doctors in Western Australia. *Int. Med. J.* 2007;37:693–698, <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2007.01384.x>
12. Maslach C.: Understanding burnout: Definitional issues in analyzing a complex phenomenon. W: Paine W.S. [red.]. *Job stress and burnout*. Sage, Beverly Hills 1982, ss. 29–40
13. Okła W., Steuden S.: Psychologiczne aspekty zespołu wypalenia. *Rocz. Psychol.* 1998;1:119–130
14. Ruíz C., Rios F.: El burnout síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas [Burnout syndrome – to be burned out – in health care professionals: revision and perspectives]. *Int. J. Clin. Health. Psychol.* 2004;4:137–160
15. Freudenberger H.J.: Burnout: Contemporary issues, trends and concerns. W: Farber B.A. [red.]. *Stress and burnout in the human service professions*. Pergamon, New York 1983, ss. 23–28
16. Sęk H.: *Wypalenie zawodowe – psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania*. Zakład Wydawniczy K. Domke, Poznań 1996
17. Maslach C.: What we have learned about burnout and health. *Psychol. Health* 2001;16:607–611, <https://doi.org/10.1080/08870440108405530>
18. Vachon M.L.: Reflections on Compassion, Suffering and Occupational Stress. W: Malpas J., Lickiss N. [red.]. *Perspectives on Human Suffering*. Springer, Dordrecht 2012, ss. 317–336, https://doi.org/10.1007/978-94-007-2795-3_24
19. Maslach C., Leiter M.P.: *Prawda o wypaleniu zawodowym, co robić ze stresem w organizacji*. Polskie Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 2011
20. Sęk H.: *Wypalenie zawodowe: przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004
21. Maslach C.: Burnout: A multidimensional perspective. W: Schaufeli W.B., Maslach C., Marek T. [red.]. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Taylor and Francis, Washington 1993, ss. 19–32, <https://doi.org/10.1177/002087289503800112>
22. Leiter M.P.: Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *J. Org. Beh.* 1991;(12):123–144, <https://doi.org/10.1002/job.4030120205>

23. Leiter M.P.: The impact of family resources, control coping and skill utilization on the development of burnout: longitudinal study. *Hum. Rel.* 1990;43:1067–1083, <https://doi.org/10.1177/001872679004301102>
24. Kearney M., Weininger R., Vachon S., Harrison R.: Self-care of physicians caring at the end of life. "Being connected... a key to my survival". *JAMA* 2009;(301):1155–1164, <https://doi.org/10.1001/jama.2009.352>
25. Asai M., Morita T., Akechi T., Sugawara Y., Fujimori M., Akizuki N. i wsp.: Burnout and psychiatric morbidity among physicians engaged in end-of-life care for cancer patients: cross-sectional nationwide survey in Japan. *Psychooncology* 2007;16:421–428, <https://doi.org/10.1002/pon.1066>
26. Pines A., Maslach C.: Combatting Staff Burn-Out in a Day Care Center: A Case Study. *January Child Youth Care Forum* 1980;9(1):5–16, <https://doi.org/10.1007/BF01555032>
27. Agrawal M., Emanuel E.J.: Attending to psychologic symptoms and palliative care. *J. Clin. Oncol.* 2001;20:624–626, <https://doi.org/10.1200/JCO.2002.20.3.624>
28. Hawkins A., Howard R., Oyeboode J.: Stress and coping in hospice nursing staff. The impact of attachment styles. *Psychooncology* 2007;16:563–572, <https://doi.org/10.1002/pon.1064>
29. Meier D., Beresford L.: Preventing burnout. *J. Palliat. Med.* 2006;9:1045–1048, <https://doi.org/10.1089/jpm.2006.9.1045>
30. Lepnurm R., Lockhart W.S., Keegan D.: A measure of daily distress in practising medicine. *Can. J. Psychiatry* 2009;54:170–180, <https://doi.org/10.1177/070674370905400305>
31. Payne N.: Occupational stressor and coping as determinants of burnout in female hospice nurses. *J. Adv. Nurs.* 2001;33:396–405, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01677.x>
32. Dębska G., Merklinger-Soma M., Cepuch G.: Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym. *Pielęgn. XXI w.* 2010;1(2):65–70
33. Parużyńska K., Nowomiejski J., Rasińska R.: Analiza zjawiska wypalenia zawodowego personelu medycznego. *Pielęgn. Pol.* 2015;(56):175–180
34. Stelcer B.: Wypalenie zawodowe. W: Wołowicka L. [red.]. *Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia*, cz. XII. Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 1997, ss. 122–128
35. Thulesius H., Hakansson A., Peterson K.: Balancing: a basic process in end-of-life cancer care. *Qualit. Health Res.* 2003;13:1353–1377, <https://doi.org/10.1177/1049732303258369>
36. Worthington R.: *Ethics and palliative care; a case-based manual.* Radcliffe, Oxford 2005
37. Di Tullio M., Macdonald D.: The struggle for the soul of hospice: stress, coping, and change among hospice workers. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 1999;16:641–655, <https://doi.org/10.1177/104990919901600505>
38. Weaver K., Morse J., Mitcham C.: Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *J. Adv. Nurs.* 2008;62:607–618, <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04625.x>
39. Dimoska A., Girgis A., Hansen V., Butow P., Tattersall M.: Perceived difficulties in consulting with patients and families: a survey of Australian cancer specialists. *Med. J. Aust.* 2008;189:612–615
40. Chiu L., Emblen J., Van Hofwegen L., Sawatzky R., Meyerhoff H.: An integrative review of the concept of spirituality in the health sciences. *West. J. Nurs. Res.* 2004;26:405–428, <https://doi.org/10.1177/0193945904263411>
41. Rużyczka-Wilczek E., Zaczyk I., Obrzut K.: Wypalenie zawodowe u pielęgniarek pracujących w opiece paliatywnej. *Piel. Zdr. Publ.* 2017;26(1):77–83
42. Kowalczyk M.: Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem. *Med. Paliat. Prakt.* 2010;4(4):154–158
43. Dębska G., Merklinger-Soma M., Cepuch G.: Emocje jako element postawy towarzyszący pielęgniarce w kontakcie z pacjentem umierającym. *Pielęgn. XXI w.* 2010;1(2):65–70
44. Pytka D., Doboszyńska A., Kądalska E., Sienicka A.: Wypalenie zawodowe pielęgniarek pracujących w wybranych hospicjach stacjonarnych województwa mazowieckiego. *Med. Paliat. Prakt.* 2010;4(3):105–110
45. Baumrucker S.J.: Palliative care, burnout, and the pursuit of happiness. *Am. J. Hosp. Palliat. Care* 2002;19:154–156, <https://doi.org/10.1177/104990910201900303>
46. Olthius G., Dekkers W.: Quality of life considered as well-being: views from philosophy and palliative care practice. *Theor. Med. Bioeth.* 2005;26:307–337, <https://doi.org/10.1007/s11017-005-4487-5>
47. Schaufeli W.B.: The evaluation of a burnout workshop for community nurses. *J. Health Hum. Ser. Adm.* 1995;18:11–31
48. Garcia M., Cortes C., Sanz-Rubiales A., Del Valle M.: Estudio sobre el síndrome de burnout en profesionales de enfermería de cuidados paliativos del país vasco [Burnout syndrome in Basque palliative care nurses]. *Rev. Med. Univ. Navarra* 2009;53:3–8
49. Maslach C., Leiter M.P.: *Pokonać wypalenie zawodowe. Sześć strategii poprawienia relacji z pracą.* Oficyna Wydawnicza Wolters Kluwer Business, Warszawa 2010
50. Schumacher E.: *Małe jest piękne: Ekonomia z założeniem, że człowiek się liczy.* Wydawnictwo Aletheia, Warszawa 2013
51. Georges J.J., Grypdonck M., Dierckx de Casterle' B.: Being a palliative care nurse in an academic hospital: a qualitative

- study about nurses' perceptions of palliative care nursing. *J. Clin. Nurs.* 2002;11:785–793, <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00654.x>
52. Meier D., Beresford L.: The palliative care team. *J. Palliat. Med.* 2008;11:677–681, <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.9907>
53. Philip J., Gold M., Schwarzmand-Komesaroff P.: Anger in palliative care: a clinical approach. *Intern. Med.* 2007;37:49–55, <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2006.01236.x>
54. Włodarczyk D., Obacz W.: Perfekcjonizm, wybrane cechy demograficzne i zawodowe jako predyktory wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym. *Med. Pr.* 2013;64(6):761–773
55. Rogozińska-Pawelczyk A.: Satysfakcja z pracy a stres zawodowy – wyniki badań ilościowych w 3 jednostkach organizacyjnych urzędu. *Med. Pr.* 2018;69(3):301–315, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00695>
56. Wyderka M., Kowalska H., Szelaż E.: Wypalenie zawodowe jako problem występujący wśród pielęgniarek. *Piel. Pol.* 2009;4(24):265–275
57. Kalicińska M., Chylińska J., Wilczek-Rużyczka E.: Professional burnout and social support in the work place among hospice nurses and midwives in Poland. *International J. Nurs. Pract.* 2012;18:595–603, <https://doi.org/10.1111/ijn.12003>
58. Sobolewski A., Strelau J., Zawadzki B.: Kwestionariusz Zmian Życiowych (KZZ). *Przeł. Psychol.* 1999;42(3):27–49