

POZYTYWNE I NEGATYWNE NASTĘPSTWA ZDROWOTNE PRACY LEKARZA NA WIĘCEJ NIŻ JEDNYM ETACIE

Tadeusz Marian Ostrowski
Instytut Psychologii Stosowanej UJ
Kraków

POSITIVE AND NEGATIVE CONSEQUENCES OF HAVING MORE THAN ONE JOB FOR DOCTORS' HEALTH

Summary. The aim of the presented study was to check a hypothesis that having more than one job can have both positive and negative consequences for doctors' health. Participants in the study were 411 medical professionals representing various specialties. They were examined using the *Subjective Job Evaluation Questionnaire* by Dudek et al., the *Mood and Health State Questionnaire* by Rząsa, and the *General Health Questionnaire* (GHQ-12) by D. Goldberg & R. Williams. The higher was the respondents' occupational stress, the poorer was their subjective physical health. Such components of occupational stress as responsibility, psychological strain due to job complexity, lack of rewards at work, and a sense of threat were found to be most important in this respect. These four components of occupational stress were inter-related and constituted a feedback loop. As hypothesized, medical doctors working more than one full-time job reported a greater sense of occupational stress. However, as compared to those with one job, they did not report more somatic complaints and had less psychological problems.

Wprowadzenie

Praca zawodowa jest źródłem stresu, odczuwanego przez pracownika w różnym wymiarze: fizycznym, psychicznym, duchowym i społecznym. W literaturze psychologicznej akcentuje się głównie negatywne następstwa stresu związanego z pracą. Nieliczni autorzy podkreślają jednak pozytywne aspekty pracy. Należy do nich M. Jahoda (1981, 1982), która wymienia szereg funkcji pracy zawodowej, dzieląc je na jawne i ukryte. Do jawnych należą korzyści obiektywne: przywileje i wszelkie dochody materialne. Funkcje ukryte (latentne) dotyczą pozostałych sfer egzystencji człowieka i obejmują: zagospodarowanie czasu, kontakty i doświadczenia społeczne, mobilizację do aktywności społecznej i trening społeczny oraz określanie tożsamości jednostki,

Adres do korespondencji: Instytut Psychologii Stosowanej UJ, ul. Łojasiewicza 4,
30-348 Kraków

jej statusu społecznego i identyfikacji z grupą. Do funkcji latentnych można dodać rozwój kompetencji pracownika w wymiarze poznawczym i emocjonalnym, nie tylko społecznym.

Stres pracy zawodowej ma więc następstwa pozytywne – eustres i negatywne – dystres (Ogińska-Bulik, Juczyński, 2008). Powstaje pytanie – jakie są w takim razie konsekwencje zatrudnienia na więcej niż jednym etacie? Jednostka jest motywowana do pracy na ponad jednym etacie głównie z uwagi na funkcje pracy, które M. Jahoda określiła jako obiektywne. Jakie są jednak następstwa wieloletowości w zakresie funkcji latentnych? I pytanie z perspektywy psychologii zdrowia – jakie są konsekwencje zdrowotne pracy na wielu etatach? Czy stres związany z przyjęciem licznych obowiązków zawodowych w więcej niż jednej organizacji jest wyłącznie czynnikiem patogennym, czy też ma jakieś pozytywne następstwa zdrowotne? To pytanie wyznaczyło cel prezentowanych w tej pracy badań. Jest ono istotne w odniesieniu do lekarzy, którzy podobnie jak przedstawiciele wielu innych zawodów często podejmują pracę zawodową na kilku etatach równocześnie. W związku z częstotścią tego zjawiska problem ma charakter społeczny.

Hipotetycznie oczekiwano, że praca na więcej niż jednym etacie zwiększy odczucie stresu zawodowego i przez to wpłynie negatywnie na zdrowie badanych lekarzy. Niekorzystne oddziaływanie stresu zawodowego na stan zdrowia potwierdzili w swoich badaniach liczni autorzy. Znane są badania R. Karaska i T. Theorella, w których autorzy uwzględnili cztery komponenty stresu zawodowego, a mianowicie: małą kontrolę, czyli brak swobody podejmowania decyzji (*job decision latitude*), obciążenie, związane z wysokimi wymaganiami w pracy (*job demands*), brak wsparcia społecznego (*job support*) oraz uciążliwość pracy, np. fizycznej lub zmianowej (*job strain*). Wykazali oni, że występowanie tych czynników znacząco zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia depresji oraz choroby wieńcowej, ze śmiercią na tle kardiologicznym włącznie (Karasek, Baker, Marxer, Ahlbom, Theorell, 1981; Astrand, Hanson, Isacson, 1989).

Do klasycznych ujęć zależności stres zawodowy-stan zdrowia, należy model ISR¹, autorstwa R. L. Kahna i współpracowników. Stanowi on podstawę wielu badań z tego zakresu. Autor stwierdza, że jest to ogólny model, porządkujący podstawowe kategorie bardziej niż ilustrujący konkretną teorię. Wyróżniono w nim szereg wzajemnie powiązanych elementów, a mianowicie: rzeczywiste środowisko pracy (zewnętrzne), poznawczą reprezentację tego otoczenia, zdeterminowaną cechami jednostki oraz relacjami z innymi ludźmi, reakcję fizjologiczną, emocjonalną i behawioralną na stres i ostatnie ogniwo – zdrowie lub choroba somatyczna pracownika. Jeśli jednostka spostrzega w swej pracy permanentny konflikt wymagań (przykładowo: pracownik może odczuwać konflikt pomiędzy wymaganą jakością wyrobu a oczekiwaną ilością produktu końcowego), to na poziomie reakcji emocjonalnej może to generować stałe uczucie napięcia, wyrażające się w zachowaniu i mające również konsekwencje fizjologiczne. Sposób reagowania natomiast, również uwarunkowany indywidualnie i społecznie decyduje o stanie zdrowia. W późniejszym okresie model rozbudowano

¹ Nazwa ISR ma związek z instytucją, w której koncepcja powstała, a mianowicie Instytutem Badań Społecznych Uniwersytetu w Michigan (*The Institute for Social Research*).

o element oceny poznawczej stresu, przez co zyskał on charakter bardziej procesualny (Kahn, Byosiere, 1992).

Do często cytowanych ujęć należy „teoria witaminowa” P. Warra (1987). Autor wyróżnił dziewięć „witamin”, czyli komponentów środowiska pracy, które powinny występować w wyważonych proporcjach, podobnie jak witaminy w organizmie. Należą do nich: poziom kontroli, rozumianej jako swoboda podejmowania decyzji, możliwość nabywania nowych umiejętności, charakter zadań, różnorodność celów, klarowność informacji, uposażenie pracownika, bezpieczeństwo, kontakty społeczne oraz społeczne poszanowanie zawodu. Brak „witamin” odbija się niekorzystnie na zdrowiu pracownika.

Odrębny nurt badań charakteryzuje się powiązaniem zmiennych psychologicznych z danymi fizjologicznymi. Do klasyków w tym zakresie należą autorzy szwedzcy: B. Gardell (1976) czy M. Frankenhaeuser i wsp. (1989). B. Gardell prowadził badania wśród pracowników szwedzkich tartaków i zakładów obróbki drewna. Wykazał, że takie cechy środowiska pracy, jak szybki rytm narzucony przez maszyny oraz monotonia powodują złe samopoczucie w związku z pracą oraz znacząco więcej nieobecności w pracy. W grupie drwali oraz pracowników fizycznych stwierdził podwyższone ciśnienie krwi, bóle głowy, skargi o charakterze neurotycznym i dolegliwości w okolicy krzyżowej. M. Frankenhaeuser przeprowadziła wiele badań interdyscyplinarnych. Do szczególnie interesujących należą wyniki badania kadry kierowniczej w porównaniu z podwładnymi. Okazuje się, że kierownicy mężczyźni szczególnie angażują się emocjonalnie w godzinach pracy, natomiast po pracy umiają się zrelaksować. Napięcie w przypadku kobiet na stanowiskach kierowniczych utrzymuje się przez całą dobę, co niekorzystnie wpływa na ich zdrowie. Autorka wyjaśnia ten wynik konfliktem roli kobiety-przełożonej z rolami rodzinnymi.

Przykładem nowszych ujęć psychospołecznych może być koncepcja równowagi wysiłek – wynagrodzenie (*Effort-Reward Imbalance Model*, czyli Model ERI), opracowana przez J. Siegrista (1996). Brak równowagi pomiędzy wysiłkiem wkładanym w pracę i szeroko rozumianym wynagrodzeniem jest powiązany z występowaniem zawału serca, nadciśnienia i hiperlipidemii (Siegrist, Peter, Cremer i Seidel, 1997; Siegrist, Matschinger, 1998).

W Polsce pierwsze prace z zakresu problematyki stresu zawodowego ukazały się w latach 70. ubiegłego stulecia (Ratajczak, 1977). Zależności pomiędzy stresem zawodowym i stanem zdrowia stanowią przedmiot badań zespołu B. Dudka w Instytucie Medycyny Pracy im. Prof. J. Nofera w Łodzi. Autor wyróżnił 10 komponentów stresu zawodowego, a mianowicie: poczucie psychicznego obciążenia związanego ze złożonością pracy, brak nagród w pracy, poczucie niepewności wywołane organizacją pracy, brak kontaktów społecznych, poczucie zagrożenia, uciążliwości fizyczne, nieprzyjemne warunki pracy, brak kontroli, brak wsparcia społecznego i poczucie odpowiedzialności. Wszystkie te aspekty stresu pracy zostały uwzględnione w *Kwestionariuszu do Subiektywnej Oceny Pracy* (Dudek, Waszkowska, Merecz, Hanke, 2004).

Do koncepcji stresu zawodowego w ujęciu B. Dudka nawiązała w swoich badaniach N. Ogińska-Bulik, która stwierdziła wyraźną współzależność pomiędzy stresem zawodowym a problemami zdrowotnymi wśród policjantów, pracowników karettek

pogotowia oraz straży pożarnej (2003, 2007) oraz w kilkunastu zawodach usług społecznych (2006). Istotne okazuje się zróżnicowanie badanych pod względem nasilenia stresu zawodowego. Predyktory zaburzeń zdrowia są odmienne w grupie osób o wysokim poziomie stresu, w porównaniu z osobami o niskim poziomie. Autorka proponuje program profilaktyki wypalenia zawodowego oraz redukcji negatywnych następstw zdrowotnych stresu zawodowego.

Do znaczących polskich konceptualizacji związanych z problematyką stresu zawodowego należy model kosztów psychicznych radzenia sobie ze stresem, opracowany przez Z. Ratajczak (1996). Autorka wyróżnia cztery grupy strategii zaradczych: prewencyjne, walki, obrony i ucieczki, wykazując, że zastosowanie każdej z tych strategii pociąga za sobą określone koszty psychiczne. Istotą efektywnego radzenia sobie jest właściwe dobranie strategii do sytuacji, co ogranicza koszty.

Zależność pomiędzy stresem zawodowym i stanem zdrowia potwierdzono także w badaniach własnych (Ostrowski, 2007), w których na podstawie badania grupy 121 lekarzy wykazano, że stres zawodowy oddziałuje niekorzystnie na stan zdrowia, zarówno psychicznego, jak i somatycznego. Celem omówionej tutaj pracy, opartej na wynikach badania 411 lekarzy, jest potwierdzenie stwierdzonej wcześniej zależności pomiędzy stresem zawodowym a stanem zdrowia oraz zbadanie, jak ta zależność jest modyfikowana w sytuacji lekarza, który pracuje na więcej niż jednym etacie.

Metoda badań

Próba osób badanych. Zbadano 411 lekarzy, w tym 204 mężczyzn i 207 kobiet w wieku od 24 do 74 lat ($M = 40,79$; $SD = 9,26$) o różnych specjalnościach. Byli to: kardiolodzy, hemodynamicy, ginekolodzy-położnicy, dentyści protetyczni, dentyści chirurdzy, onkolodzy, pediatrzy, neurochirurdzy, psychiatrzy, lekarze domowi, lekarze pogotowia ratunkowego i lekarze Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Badani byli zatrudnieni głównie w szpitalach na południu Polski. W tym opracowaniu potraktowano badaną grupę jako całość. Analiza wyników w zależności od specjalizacji będzie przedmiotem kolejnego opracowania.

W tabeli 1 przedstawiono demograficzną charakterystykę badanej grupy. Z uwagi na zasadniczą płaszczyznę analizy – poszukiwanie zdrowotnych korelatów wieloetadowości, istotny jest fakt, że około 2/3 badanej grupy pracuje na więcej niż jednym etacie.

Procedura. W badaniach zastosowano trzy metody standardowe: kwestionariusz *Subiektywna Ocena Cech Pracy* B. Dudka, M. Waszkowskiej, D. Merecz i W. Hanke (2004); skalę zatytułowaną *Ocena Samopoczucia i Stanu Zdrowia*, opracowaną przez B. Rzęsę (2005), która służyła do pomiaru zaburzeń somatycznych oraz *General Health Questionnaire* (GHQ-12) D. Goldberga i R. Williama (Polska adaptacja: Makowska, Merecz, 2001), do oceny problemów psychicznych.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanych

Liczba badanych	$N = 411$ lekarzy
Wiek	$M = 40,79$; $SD = 9,26$
Płeć	204 mężczyzn; 207 kobiet
Stan cywilny	panna/kawaler 77; małżeństwo 310; wdowieństwo 5; separacja 9; rozwód 10
Bycie w związku	małżonkowie: 310; z partnerem 57; niebędący w związku 44
Potomstwo	dzieci posiada 266 badanych, w tym: 1 – 154; 2 – 97; 3 – 13; 4 – 1; 5 – 1
Praca na więcej niż jednym etacie	148 – jeden etat; 263 osoby – więcej niż jeden etat

Za pomocą kwestionariusza *Subiektywna Ocena Cech Pracy* określono wielkość odczuwanego stresu zawodowego. Metoda została przygotowana na podstawie badania grupy 2707 pracowników. Wyróżniono w niej 10 komponentów stresu, wymienionych we wstępie, przy okazji charakterystyki koncepcji stresu zawodowego w ujęciu B. Dudka. Metoda składa się z 55 pozycji. Rzetelność poszczególnych skal, określona za pomocą współczynnika *alfa Cronbacha* waha się w przedziale od 0,23 do 0,83. Rzetelność całego kwestionariusza wynosi 0,87.

Występowanie problemów zdrowotnych w wymiarze somatycznym diagnozowano za pomocą metody opracowanej przez B. Rzęsę (2005), pod nazwą *Ocena Samo-poczucia i Stanu Zdrowia*. Autorka oparła się na definicji zdrowia uchwalonej przez Światową Organizację Zdrowia w 1948 roku, zgodnie z którą: „Zdrowie jest stanem pełnego fizycznego, psychicznego i społecznego dobrostanu, a nie tylko brakiem choroby lub niesprawności”. Uwzględniła objawy i dolegliwości somatyczne w obrębie poszczególnych narządów, zaburzenia snu, problemy codziennego funkcjonowania społecznego na skutek choroby, symptomy przemęczenia i przeciążenia psychofizycznego oraz ogólną ocenę jakości życia pod kątem zdrowia. Kwestionariusz składa się z 28 stwierdzeń. Ma charakter jednoczynnikowy. Współczynnik *alfa Cronbacha* równy jest 0,87, a trafność diagnostyczna wynosi 0,64 (korelacja z kwestionariuszem *Moje Zdrowie* opracowanym przez Ostrowskiego, 2006).

Problemy natury psychicznej badano za pomocą kwestionariusza *the General Health Questionnaire* (GHQ-12), opracowanego przez D. Goldberga i R. Williamsa (1991) w polskiej adaptacji Z. Makowskiej i D. Merez (2001). Rzetelność kwestionariusza, określona za pomocą współczynnika *alfa Cronbacha* wynosi 0,82, a dla polskiej wersji 0,86. Trafność badano poprzez korelację z wynikami *Composite International Diagnostic Interview*. Wynosi ona 0,84.

Uzupełnieniem metod standardowych był wywiad częściowo ustrukturuowany. Dotyczył on kariery zawodowej badanego lekarza, warunków pracy, podstawowych informacji o rodzinie i środowisku zamieszkania.

W opracowaniu wyników zastosowano analizę ścieżek jako metodę statystycznej symulacji zależności przyczynowo-skutkowej pomiędzy komponentami stresu zawodowego i oceną zdrowia. Dobroć dopasowania modelu do danych empirycznych (*the goodness of fit*) była badana za pomocą kilku statystyk. Jako zasadniczy wskaźnik stosowano *test chi-square*. Jeśli nie jest istotny (założono $p = 0,05$), oznacza to, że różnica pomiędzy informacją zawartą w modelu oraz informacją znajdującą się w danych empirycznych nie jest znacząca. Zmienne występujące na rycinach zostały podzielone na salutogenetyczne oraz patogenetyczne, podobnie jak ścieżki w diagramach. Podział taki nie wynika z analizy ścieżek, a jest informacją wtórną o charakterze interpretacji.

Wyniki badań

Wyniki przedstawione w tabeli 2 zawierają wyjaśnienie, dlaczego zwrócono uwagę na zależność pomiędzy zatrudnieniem na więcej niż jednym etacie a stanem zdrowia lekarzy.

Wbrew oczekiwaniom okazało się, że zatrudnienie na więcej niż jednym etacie nie pogłębia zaburzeń somatycznych, jest natomiast ujemnie skorelowane z występowaniem problemów psychicznych.

Tabela 2. Zmienne demograficzne a odczuwanie zaburzeń somatycznych i psychicznych ($N = 411$)

Zmienna	Zaburzenia somatyczne	Problemy psychiczne
Wiek	0,15	0,02
Kobiety	0,08	0,05
Małżonkowie	0,08	- 0,07
Niebędący w związku (małżeńskim, partnerskim)	0,02	0,16
Posiadający potomstwo	0,06	0,08
Pracujący na więcej niż jednym etacie	- 0,01	- 0,19*

* $p < 0,01$

W takim razie powstaje następne pytanie? Jaka jest charakterystyka grupy osób pracujących na więcej niż jednym etacie? Spośród cech grupy, przedstawionych w tabeli 1, z pracą na kilku etatach skorelowany jest tylko stan rodzinny. Pracę wieloeta-

ową podejmują znamienne częściej osoby będące w związku małżeńskim ($r = 0,16$; $p = 0,0001$).

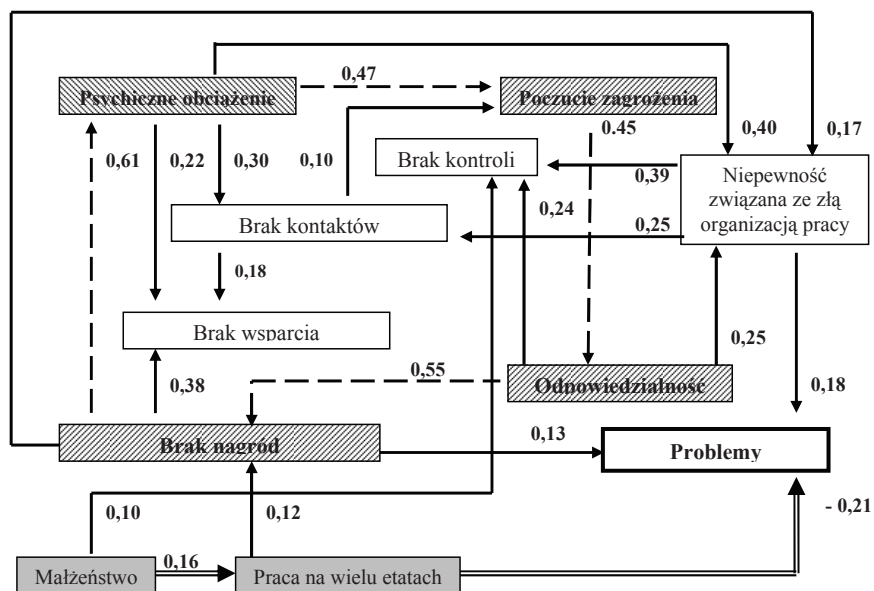
Kolejny problem, to współzależność pomiędzy pracą na kilku etatach i doświadczaniem stresu zawodowego. Praca na więcej niż jednym etacie pogłębia doświadczenie stresu zawodowego w takich wymiarach, jak: brak nagród w pracy, brak kontaktów społecznych w pracy, nieprzyjemne warunki pracy i brak wsparcia społecznego. Interpretacji wymaga zwłaszcza pierwszy wynik – brak nagród pomimo zatrudnienia na więcej niż jednym etacie.

Tabela 3. Praca lekarzy na więcej niż jednym etacie a doświadczanie stresu zawodowego ($N = 411$)

Stres zawodowy	Praca na więcej niż jednym etacie
Psychiczne obciążenie związane ze złożonością pracy	0,08
Brak nagród w pracy	0,14***
Poczucie niepewności wywołane organizacją pracy	0,05
Brak kontaktów społecznych	0,12**
Poczucie zagrożenia	0,06
Uciążliwości fizyczne	0,09
Nieprzyjemne warunki pracy	0,10*
Brak kontroli	-0,01
Brak wsparcia społecznego	0,10*
Poczucie odpowiedzialności	0,03
Stres zawodowy ogółem	0,13***

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Stwierdzone współzależności pomiędzy zmiennymi skłaniają do poszukiwań w kierunku ustalenia zależności wielozmiennowych, przyczynowo-skutkowych. Przekrojowy charakter badań umożliwia jedynie statystyczne modelowanie takich zależności za pomocą analizy ścieżek. Diagram zbudowany na podstawie takiej analizy przedstawiono na rycinie 1. Zawiera on tylko istotne statystycznie zależności pomiędzy zmiennymi.



Oznaczenia:

- Małżeństwo** – zmienne salutogenetyczne, które redukują ilość problemów psychicznych
- Brak kontroli** – zmienne patogenetyczne, zwiększające ilość problemów psychicznych
- Odpowiedzialność** – zmienne patogenetyczne w sprzężeniu zwrotnym
- ====> – ścieżka salutogenetyczna
- > – ścieżka patogenetyczna
- - - -> – ścieżka patogenetyczna w sprzężeniu zwrotnym

Rycina 1. Dane formalne oraz stres zawodowy lekarzy jako predyktory problemów psychicznych ($N = 411$). Charakterystyka modelu: $ch^2(34) = 40,74$; $p = 0,188$; $GOF = 0,982$; $AGOF = 0,966$; $RMSR = 0,026$

Potwierdzono patogenne znaczenie stresu zawodowego, stwierdzone poprzednio w wyniku analizy mniejszej grupy lekarzy, liczącej 121 osób (Ostrowski, 2007). Potwierdzono także określone relacje pomiędzy komponentami stresu zawodowego. Na uwagę zasługuje pętla sprzężenia zwrotnego, łącząca cztery zmienne: poczucie odpowiedzialności, brak nagród w pracy, psychiczne obciążenie związane ze złożonością pracy i poczucie zagrożenia. Cały ten krąg, wzmacniając się wzajemnie, generuje problemy psychiczne, poprzez komponentę stresu, określoną jako brak nagród. Z dru-

giej strony występowanie problemów psychicznych powoduje uczucie niepewności, doświadczane w związku z niewłaściwą organizacją pracy. Małżeństwo i praca na wielu etatach występują w ciągu ścieżki salutogenetycznej. Wpływają one redukująco na ilość problemów psychicznych.

Podsumowanie

Praca na więcej niż jednym etacie stanowi źródło stresu zawodowego. Ponieważ stres zawodowy ma znaczenie patogenne, oczekiwano, że lekarze pracujący na kilku etatach będą odczuwali poważniejsze problemy zdrowotne, w porównaniu z tymi, którzy zatrudnieni są na jednym etacie. Przeciwnie jednak, osoby mające więcej niż jeden etat odczuwają znacząco mniej problemów psychicznych. Można się tu dopatrzeć pozytywnego oddziaływania stresu zawodowego. Być może jest to tak, że zapracowani, zabiegani lekarze są skoncentrowani na licznych zadaniach, wynikających z pracy zawodowej, co uodparnia ich na problemy psychiczne. W psychologii od dawna znana jest prawidłowość, wyrażona w twierdzeniu, że „nerwice występują na drugiej linii frontu”. Żołnierze z pierwszej linii, zmotywowani do działania w mechanizmie opisanej przez Cannona reakcji alarmowej, nie tylko, że nie odczuwają zaburzeń nerwicowych, ale nawet bólu spowodowanego zranieniem. Być może, że lekarze pracujący na więcej niż jednym etacie, podobnie zmotywowani poprzez mechanizmy aktywności psychicznej, wegetatywnej, hormonalnej oraz immunologicznej, w mniejszym stopniu odczuwają wszelkiego rodzaju dolegliwości. Okolicznością sprzyjającą tego rodzaju mobilizacji byłby stan cywilny (małżeństwo), ponieważ to właśnie małżonkowie, zapewne w trosce o materialny byt rodziny, zatrudniają się na kilku etatach równocześnie, znacząco częściej niż osoby wolne.

Interpretacji domagają się również zależności pomiędzy zatrudnieniem na więcej niż jednym etacie i komponentami stresu zawodowego. Lekarze zapracowani na kilku etatach odczuwają brak kontaktów społecznych oraz wsparcia społecznego. Wynik zastanawiający, ponieważ wieloetatowość sprzyja licznym kontaktom. Prawdopodobnie nie są to jednak kontakty wspierające. Lekarz pracujący na kilku etatach, z reguły skazuje siebie na izolację od rodziny, co może pogłębiać uczucie osamotnienia.

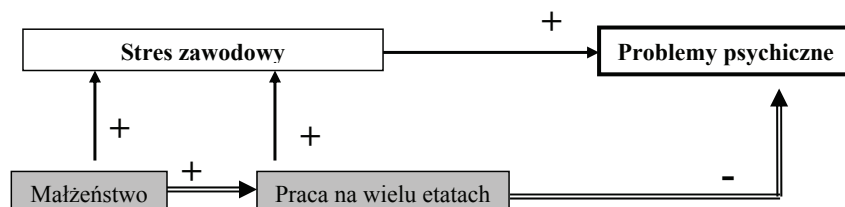
Jeszcze większe zdziwienie budzi odczucie braku nagród u lekarzy pracujących na kilku etatach. Rezultat ten można interpretować rozmaicie. Może on wyrażać szczególną pazerność na nagrody, co by odnosiło się do motywacji pracowników wieloetatowych. Owa pazerność byłaby jednym ze źródeł motywacji. Byłaby równocześnie tak wielka, że nawet okazałe dochody i prestiż cenionego specjalisty nie mógłby jej zaspokoić. Z drugiej strony możliwe jest, że praca na kilku etatach przynosi co prawda korzyści, określane przez M. Jahodę jako obiektywne, jest natomiast frustrująca na poziomie korzyści latentnych – psychicznych i społecznych. Oznaczałoby to, że chodzi tu nie o te obiektywne nagrody, ale o takie, które w pracy na kilku etatach są zagrożone. To znaczy normalne życie rodzinne, szersze, satysfakcjonujące relacje społeczne, czas na wypoczynek. Możliwe, że powiększone dochody nie są w odbiorze psychicznym lekarza należyty ekwiwalentem poświęcenia i ciężkiej pracy na kilku etatach. Bardziej prawdopodobna wydaje się druga interpretacja, jakkolwiek zebrane obecnie wyniki badań nie pozwalają rozstrzygnąć, która z nich przeważa.

Jeśli chodzi o relacje stres zawodowy – zdrowie, to potwierdzono wcześniejsze rezultaty (Ostrowski, 2007), zgodnie z którymi do najbardziej patogenetycznych komponentów stresu zawodowego należą: odpowiedzialność, poczucie psychicznego obciążenia związanego ze złożonością pracy, brak nagród w pracy i poczucie zagrożenia.

Odpowiedzialność w pracy zawodowej jest znana od dawna w psychologii zdrowia jako czynnik patogenny. Jak wykazano w badaniach (Wardwell, Hyman, Bahnson, 1964), odpowiedzialność za ludzi, co ma miejsce w pracy lekarza, jest w większym stopniu przyczyną choroby wieńcowej niż odpowiedzialność materialna. Podobnie J. R. P. French i R. D. Caplan (1970) wykazali, że odpowiedzialność za ludzi jest skorelowana z paleniem papierosów, wyższym ciśnieniem rozkurczowym krwi oraz wyższym poziomem cholesterolu.

Brak nagród w pracy należy do podstawowych kategorii we wspomnianym już we wstępie modelu *Effort-Reward Imbalance*, opracowanym przez J. Siegrista (1996) i jego współpracowników. Akcentuje się w nim potrzebę zachowania równowagi pomiędzy szeroko rozumianą nagrodą a wysiłkiem, wkładanym w pracę zawodową. Utrzymanie tej równowagi oznacza, że pomiędzy pracodawcą i pracownikiem jest zachowana *kontraktowa uczciwość*. W sytuacji, gdy wysiłek wkładany w pracę, znacznie przerasta nagrodę pojawia się *kontraktowa nieuczciwość*. Wskazanie na znaczenie braku nagród w przedstawionych badaniach własnych, jako jednego z podstawowych patogenów w pracy lekarza, wkomponowuje się w logikę modelu J. Siegrista. Co więcej, czynnik ten jest powiązany w sprzężeniu zwrotnym z odpowiedzialnością, napięciem psychicznym i poczuciem zagrożenia w pracy, co oznacza, że patogeny te synergicznie się wzmacniają.

W podsumowaniu przedstawiono model podstawowych zależności, potwierdzonych w prezentowanych w tej pracy badaniach (rycina 2).



Rycina 2. Model zależności pomiędzy zatrudnieniem na więcej niż jednym etacie, stanem cywilnym oraz stresem zawodowym w zawodzie lekarza a problemami psychicznymi lekarzy (oznaczenia pod ryciną 1)

Oddaje on znaczenie rodziny oraz pracy na więcej niż jednym etacie jako czynników ograniczających patogenne działanie stresu zawodowego. Praca na wielu etatach ma znaczenie dystresu, potęgując odczucie stresu zawodowego i pogłębiając problemy zdrowotne, ale równocześnie funkcjonuje jako eustres, redukując ilość problemów psychicznych.

Literatura cytowana

- Astrand, N. E., Hanson, B. S., Isacson, S. O. (1989). Job demands, job decision latitude, job support, and social network factors as predictors of mortality in a Swedish pulp and paper company. *British Journal of Industrial Medicine*, 46, 334-340.
- Dudek, B., Waszkowska, M., Merez, D., Hanke, W. (2004). *Ochrona zdrowia pracowników przed skutkami stresu zawodowego*. Łódź, PL.: Oficyna Wydawnicza Instytutu Medycyny Pracy im. Prof. Dra J. Nofera.
- Frankenhaeuser, M., Lundberg, U., Fredrikson, M., Melin, B., Tuomisto, M., Myrsten, A. L., Hedman, M., Bergman-Losman, B., Wallin, L. (1989). Stress on and off the job as related to sex and occupational status in white-collar workers. *Journal of Organizational Behavior*, 10, 321-346.
- French, J. R. P., Caplan, R. D. (1970). Psychosocial factors in coronary heart disease. *Industrial Medicine*, 39, 383-397.
- Gardell, B. (1976). *Job content and quality of life*. Stockholm: Prisma.
- Goldberg, D. P., Williams, P. (1991). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Berkshire: NFER-NELSON.
- Jahoda, M. (1981). Work, employment, and unemployment: values, theories, and approaches in social research. *American Psychologist*, 36, 184-191.
- Jahoda, M. (1982). *Employment, and unemployment: A social-psychological analysis*. London: Cambridge University Press.
- Kahn, R. L. (1981). Stress and strain: the evidence. W: R. L. Kahn, *Work and health* (s. 54-66). New York: John Wiley & Sons.
- Kahn, R. L., Byosiere, P. (1992). Stress in organizations. W: M. D. Dunette, L. M. Hough (red.) *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (t. 3, s. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlborn, A., Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71, 694-705.
- Ogińska-Bulik, N. (2003). Zasoby osobiste chroniące funkcjonariuszy policji przed negatywnymi skutkami stresu zawodowego. W: Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.) *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki* (s. 91-106). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Ogińska-Bulik, N. (2006). *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych*. Łódź: Difin.
- Ogińska-Bulik, N. (2007). *Stres zawodowy u policjantów*. Łódź: WSH-E.
- Ogińska-Bulik, N., Juczyński, Z. (2007). *Osobowość, stres a zdrowie*. Łódź: Difin.
- Ostrowski, T. M. (2007). Self-esteem, social support, occupational stress and health in medical profession. *Ergonomia*, 29, 49-59.
- Ratajczak, Z. (1977). *Człowiek i praca. Psychologiczna analiza pracy*. Katowice: Uniwersytet Śląski.
- Ratajczak, Z. (1996). Stres – radzenie sobie – koszty psychologiczne. W: I. Hesen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.) *Człowiek w sytuacji stresu* (s. 65-87). Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.

- Rzasa, B. (2005). *Proces radzenia sobie ze stresem i korzystania ze wsparcia społecznego a stan zdrowia w zawodzie lekarza*. Nieopublikowana praca magisterska. Kraków, PL: Uniwersytet Jagielloński.
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. *Journal of Occupational Health Psychology, 1*, 27-41.
- Wardwell, W. I., Hyman, M., Bahnson, C. B. (1964). Stress and coronary disease in three field studies. *Journal of Chronic Disease, 17*, 73-84.
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment and mental health*. Oxford: Clarendon Press.