

ASERTYWNOŚĆ A STRES, POCZUCIE WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI I SATYSFAKCJA Z PRACY DOŚWIADCZANE PRZEZ LEKARZY

ALEKSANDRA HULEWSKA

Uniwersytet Przyrodniczy we Wrocławiu
Zakład Nauk Humanistycznych

ABSTRACT

Assertiveness and stress, self-efficacy, job satisfaction experienced by doctor

This article presents the results of research on the relationship between the doctors' level of assertiveness and their: occupational stress, job satisfaction and self-efficacy. It was assumed that doctors with a high level of assertiveness will have a higher level of job satisfaction and self-efficacy and the lower level of stress. In the study completed in October 2013 one hundred doctors employed in hospitals in Lower Silesia attended. The results obtained by the two groups of subjects: with the high and the low level of assertiveness were summarized. Statistical analysis of the results confirmed the initial hypothesis depicting the importance of assertiveness in the effective fulfilling the professional role of the doctor.

Key words: doctors' assertiveness, occupational stress, job satisfaction, self-efficacy, doctor-patient communication

Problematyka badań

Proces leczenia wymaga skutecznej komunikacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Wśród kluczowych czynników leżących po stronie lekarzy, które usprawnia-

✉ Adres do korespondencji: Zakład Nauk Humanistycznych Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu, ul. C.K. Norwida 25 (pok. 304), 50-375 Wrocław

ją komunikację z pacjentami należy wymienić asertywność. Koncepcja asertywności powstała ponad 60 lat temu. W pionierskiej pracy nad terapią behawioralną A. Saltera (1949, s. 51) oraz J. Wolpe'a i A.A. Lazarusa (1966, s. 44) asertywność była rozumiana jako technika psychoterapii behawioralnej mająca na celu usprawnienie umiejętności komunikacyjnych służących przekraczaniu osobistych barier w swobodnym wyrażaniu siebie.

Przeglądając współczesną literaturę przedmiotu, można zauważyć dwa główne podejścia do asertywności. Z jednej strony definiuje się ją jako kompetencję społeczną, której celem jest skuteczne wywieranie wpływu społecznego w sposób pozwalający zachować pozytywne relacje interpersonalne (Argyle 2001, s. 89). Do tej koncepcji asertywności wielu psychologów, w tym niekwestionowanych autorytetów naukowych (Doliński 2000, s. 243), wyraża niechęć. Zarzuca się jej, że wysuwa na pierwszy plan obronę i skuteczność działania w relacjach społecznych, a zdaje się wykluczać z tych relacji wrażliwość, serdeczność i zdolność do empatii. Inaczej ujmują asertywność psychologowie orientacji humanistycznej oraz praktycy treningu asertywności. Podkreślają oni, że człowiek jest prawdziwie asertywny dopiero wówczas, gdy głęboko ufając samemu sobie i w poczuciu samoakceptacji, racjonalnie ufa innym ludziom i potrafi być wobec nich autentyczny, otwarty, szczerzy i uczciwy (Poprawa 2000, s. 107). Prekursorzy takiego myślenia o asertywności wskazują, że jest ona funkcją dojrzałej i zintegrowanej osobowości, a zachowania asertywne są uwarunkowane poczuciem osobistej godności, szacunkiem do własnej osoby i samoakceptacją (Beisert, Pasikowski, Sęk 1991, s. 57). Nie jest więc wyrazem egoizmu, a wręcz przeciwnie – może służyć realizacji celów prospołecznych (Król-Fijewska 1991, s. 23).

Z powyższego wynika, że ludzkie zachowanie może być uznane za asertywne tylko i wyłącznie wówczas, gdy jest ono powiązane z postawą szacunku zarówno do samego siebie, jak i partnera interakcji. Asertywność w szerokim ujęciu nie jest ograniczana wyłącznie do umiejętności obrony własnego terytorium, ale pojmowana jako zbiór kompetencji takich, jak m.in.: radzenie sobie z treścią, budowanie relacji z autorytetami, wyrażanie konstruktywnej krytyki oraz jej przyjmowanie, ekspresja emocji – zarówno pozytywnych, jak i negatywnych – w kontaktach społecznych, zwracanie się do innych o pomoc i przysługę (Hulewska 2014, s. 60).

W niniejszym opracowaniu asertywność jest rozumiana jako postawa szacunku do samego siebie oraz innych ludzi, której wyrazem jest otwarta i bezpośrednia komunikacja, umożliwiająca regulowanie interakcji w sposób satysfakcjonujący każdego z jej uczestników. Dzięki asertywności lekarz może sprawnie porozumiewać się z pacjentami, ich rodzinami i współpracownikami, a także skutecznie radzić sobie w rozmaitych sytuacjach trudnych (konflikty, silne emocje itp.). Powstaje pytanie: jak wysoki poziom asertywności przekłada się na funkcjonowanie lekarzy w najważniejszych obszarach ich zawodowej aktywności? W celu udzielenia odpowiedzi na powyższe pytanie przeprowadzono badania empiryczne, w których – na podstawie analizy literatury przedmiotu – za istotne obszary

zawodowego funkcjonowania lekarzy uznano: stres, poczucie własnej skuteczności oraz satysfakcję z pracy.

Pierwszą uwzględnioną w badaniach zmienną był stres zawodowy. Z roku na rok zwiększa się liczba publikacji na temat stresu i wypalenia wśród lekarzy oraz negatywnych konsekwencji tych zjawisk dla życia zawodowego i osobistego osób pracujących w zawodach medycznych (Shanafelt, Bradley, Wipf, Back 2002, s. 359). Codzienna praca lekarzy – szczególnie w szpitalu – wiąże się z wysokim poziomem stresu (Firth-Cozens 2003, s. 670). Wynika on z przeciążenia pracą, deprywacji snu, powtarzającej się konieczności uczestniczenia w sytuacjach związanych z silnymi emocjami, problemów w relacjach z pacjentem, konieczności podejmowania szybkich decyzji, a także ryzyka popełnienia błędów, których skutki odbiją się na stanie zdrowia, a nawet na życiu pacjentów. Wymienione stresory często skutkują depresją, wypaleniem zawodowym i wieloma innymi problemami psychologicznymi lekarzy (Clever 2002, s. 392). W konsekwencji cierpią także pacjenci, otrzymując niższej jakości pomoc (DiMatteo, Sherbourne, Hays, Ordway, Kravitz, McGlynn 1993, s. 98). Nie ulega zatem wątpliwości, że chcąc dobrze realizować zawodowe zadania, lekarz musi posiadać umiejętność radzenia sobie ze stresem.

Kolejną zmienną było poczucie własnej skuteczności, czyli tzw. samoskuteczność. A. Bandura (1977, s. 198) zalicza ją do tzw. przekonań podstawowych (*core beliefs*), na których podstawie kształtują się wszystkie pozostałe przekonania, obejmujące pełne funkcjonowanie człowieka. Przekonanie o własnej skuteczności prowadzi do powstawania oczekiwań dotyczących osiągnięć podjętego działania. Jest to próba wyobrażenia sobie tego, co się uda. Okazuje się, że wysoki poziom samoskuteczności wiąże się z wysoką samooceną, samoakceptacją oraz nastawieniem optymistycznym. Stwierdzono także istotną statystycznie zależność między wysokim poczuciem własnej skuteczności a wewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia (branie odpowiedzialności za własny stan zdrowia) i nasileniem zachowań zdrowotnych (Bandura 1977, s. 199). Jest to więc dobry wyznacznik działań lekarza.

Ostatnią wyróżnioną zmienną była satysfakcja z pracy. Począwszy od lat 40. XX wieku jest ona jednym z najintensywniej badanych zjawisk w psychologii zarządzania i organizacji (Quarstein, Mcafee, Glassman 1992, s. 869). Satysfakcja z pracy jest najczęściej definiowana jako pozytywne postawy i uczucia człowieka wobec środowiska pracy i wykonywanych przez niego obowiązków zawodowych (Staples, Higgins 1998, s. 220). Zależy ona od równowagi pomiędzy tym, co człowiek inwestuje w wykonywaną pracę (np. czas, zaangażowanie), a tym, co otrzymuje w zamian (awans, wynagrodzenie, możliwość rozwoju, relacje koleżeńskie). O braku satysfakcji można zatem mówić, gdy dużym inwestycjom ze strony pracownika towarzyszy mały zysk (Schulz, Schulz 2002, s. 57). Zadowolony jest również zależny od tego, w jakim stopniu praca zaspokaja potrzeby pracownika i na ile jest zgodna z jego oczekiwaniami (Czajka, Szumski 1987, s. 123).

Badania nad satysfakcją pokazują, że brak zadowolenia z pracy jest związany m.in. z wyższymi wskaźnikami absencji (Dwyer, Ganster 1991, s. 218), większą rotacją pracowników, spadkiem lojalności wobec organizacji (Witt, Beokermen 1991, s. 1785), obniżoną jakością świadczonych przez firmę usług (Malhotra, Mukherjee 2004, s. 166). Pracownicy niezadowoleni z pracy o wiele częściej prezentują zachowania antyspołeczne, takie jak na przykład skłonność do kradzieży. Osoby o wysokiej satysfakcji są natomiast towarzyskie, skłonne do niesienia pomocy swoim klientom (tamże, s. 170). Wykazują także większe zaangażowanie i w większym stopniu utożsamiają się z działaniami organizacji (Aldag, Stearns 1991, s. 75). Zadowolenie z pracy przekłada się zatem wprost na jakość wykonywanej pracy i jej wyniki. Zgodnie z modelem Service-Profit Chain Jamesa Hesketta wysoka satysfakcja z wykonywanej pracy sprawia, że pracownicy bardziej angażują się w powierzone im zadania. Co więcej, mocniej identyfikują się z organizacją, w której są zatrudnieni, i są mniej skłonni ją opuścić. To z kolei sprawia, że stają się bardziej produktywni i wzrasta poziom świadczonych przez nich usług (Heskett, Jones, Loveman 1994, s. 212). Z kolei L. Murray (2000, s. 7) ilustruje konsekwencje braku satysfakcji z pracy wśród lekarzy. Jest to przede wszystkim niezadowolenie z przebiegu leczenia doświadczane przez pacjentów, a także wzrost kosztów leczenia.

W prezentowanych w artykule badaniach chodziło o zbadanie związku pomiędzy asertywnością lekarzy a ich zadowoleniem z wykonywanej pracy. Ponieważ asertywność zwiększa skuteczność jednostki w kontaktach społecznych, przewidywano, że lekarze asertywni będą charakteryzowali się niższym poziomem stresu doświadczanego w pracy oraz wyższym poziomem samoskuteczności oraz satysfakcji z pracy w porównaniu z lekarzami nieasertywnymi. W celu zweryfikowania powyższych hipotez przeprowadzono badania empiryczne, opisane w kolejnej części tego opracowania.

Analiza wyników badań

Badania przeprowadzono na przełomie października i listopada 2013 roku. Wzięło w nich udział 100 lekarzy zatrudnionych na oddziałach szpitalnych na terenie Dolnego Śląska. Średnia wieku badanych wynosiła 38,4. Do pomiaru wyróżnionych zmiennych opracowano kwestionariusz, w którym znalazły się przygotowane na użytek niniejszych badań skale: asertywności, stresu w pracy, samoskuteczności i satysfakcji z pracy. Badani otrzymywali kwestionariusze za pośrednictwem poczty elektronicznej i tą samą drogą odsyłali je po wypełnieniu. Udział w badaniach był dobrowolny i anonimowy. Po otrzymaniu wypełnionych kwestionariuszy wśród badanych wyodrębniono dwie grupy: lekarzy o wysokim i niskim poziomie asertywności. Następnie porównano ich wyniki.

Do analizy statystycznej wyników zastosowano wielowymiarową analizę wariancji – model MANOVA. W tabeli 1 zestawiono statystyki Lambda Wilksa dla dwóch grup lekarzy: o wysokim i niskim poziomie asertywności.

Tabela 1. Wartości statystyki Lambda Wilksa w dwóch wyłonionych grupach

Zmienna niezależna	Niski poziom asertywności (n = 29)		Wysoki poziom asertywności (n = 31)		Lambda Wilksa	F	Poziom p
	Średnia	Odchylenie standardowe	Średnia	Odchylenie standardowe			
Satysfakcja	6,28	1,36	7,09	1,54	0,924	4,78	0,033
Samoskuteczność	6,68	1,25	7,87	1,26	0,814	13,22	0,001
Stres	4,65	1,17	3,84	0,93	0,866	8,95	0,004

Źródło: opracowanie własne.

Z danych w tabeli 1 wynika, że wybrane grupy badanych różnią się istotnie nasileniem analizowanych zmiennych, tj. wielkością doświadczanego stresu w pracy, poczuciem samoskuteczności oraz poczuciem satysfakcji z wykonywanej pracy. Zgodnie z przyjętymi hipotezami lekarze charakteryzujący się wysokim poziomem asertywności doświadczają niższego poziomu stresu niż ci charakteryzujący się niskim poziomem asertywności. Poza tym są bardziej usatysfakcjonowani z pracy i czują się bardziej skuteczni.

Na tej podstawie należy stwierdzić, że zdolność lekarza do kontaktowania się z pacjentami, ich rodzinami i współpracownikami w sposób asertywny, tj. bezpośredni, otwarty, wyrażający szacunek zarówno dla rozmówcy, jak i samego siebie, jest czynnikiem mającym duże znaczenie w realizacji roli zawodowej lekarza. Lekarz asertywny to lekarz mniej zestresowany, zadowolony ze swojej pracy i mający większy wpływ na jej przebieg. Jest to najprawdopodobniej lekarz angażujący się w swoją pracę i bardziej efektywny w porównaniu z lekarzem nieasertywnym, co ma bezpośrednie przełożenie na samopoczucie pacjentów i stan ich zdrowia.

Podsumowanie

Czas pracy większości lekarzy wypełnia komunikacja z pacjentem – mówienie, słuchanie i reagowanie na jego potrzeby. Porozumienie między lekarzami a pacjentami wpływa na wypełnianie zadań warunkujących rozwiązywanie problemów zdrowotnych. Lekarze są także nieustannie pod presją próśb, a czasem wręcz żądań i gróźb ze strony pacjentów i ich bliskich. Nie są w stanie pomóc wszystkim, natychmiast i w oczekiwanym zakresie. Jeśli nie będą asertywni i nie postawią wyraźnych granic, będą narażeni na dodatkowy stres. Jak wskazują wyniki prezentowanych badań, będą także doświadczać mniejszego poczucia własnej skuteczności i zadowolenia z pracy.

Postawa asertywna wyraża się umiejętnością otwartego wyrażania swoich myśli, preferencji, uczuć, przekonań, poglądów i wartości bez odczuwania wewnętrznego dyskomfortu i – co bardzo ważne – bez lekceważenia rozmówców. W trosce o komfort psychiczny pacjenta i poprawę własnej sprawności wydaje się ważne, by lekarze w ciągu całego swojego życia zawodowego doskonalili umiejętności asertywne. Dobre rezultaty przynoszą w tym zakresie szkolenia zorganizowane w formie Treningów Umiejętności Społecznych, w trakcie których lekarze – za pośrednictwem techniki grania roli – mają możliwość praktycznego rozwijania własnego repertuaru zachowań społecznych, dostosowując go do wymagań swojej pracy (Hulewska 2012, s. 91).

Bibliografia

- Aldag R.J., Stearns T.M. (1991). *Management*. Cincinnati, OH: South-Western Publishing, Co.
- Argyle M. (2001). *Psychologia stosunków międzyludzkich*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, nr 84, s. 191–215.
- Beisert M., Pasikowski T., Sęk H. (1991). Asertywność jako ważny zespół kompetencji życiowych. W: H. Sęk (red.). *Twórczość i kompetencje życiowe a zdrowie psychiczne* (s. 51–68). Poznań: Wydawnictwo Uniwersytetu im. A. Mickiewicza.
- Clever L.H. (2002). Who is sicker: patients – or residents? Residents' distress and the care of patients. *Annals of Internal Medicine*, nr 136, s. 391–393.
- Czajka S., Szumski J. (1987). *Zarys socjologii przemysłu*. Warszawa: Zakład Narodowy im. Ossolińskich.
- DiMatteo M.R., Sherbourne C.D., Hays R.D., Ordway L., Kravitz R.L., McGlynn E.A. (1993). Physicians' characteristics influence patients' adherence to medical treatment: Results from the medical outcomes study. *Health Psychology*, nr 12, s. 93–102.
- Doliński D. (2000). *Psychologia wpływu społecznego*. Wrocław: Towarzystwo Przyjaciół Ossolineum.
- Dwyer D.J., Ganster D.C. (1991). The effects of job demands and control on employee attendance and satisfaction. *Journal of Organizational Behaviour*, nr 12, s. 609–620.
- Dyrbye L., Thomas M., Massie S., Power D. (2008). Burnout and suicidal ideation among medical students. *Annals of Internal Medicine*, nr 149, s. 331–334.

- Fensteneim H., Baer J. (1999). Nie mów tak, gdy chcesz powiedzieć nie. Jak nauczyć się asertywności. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Firth-Cozens J. (2003). Doctors, their wellbeing, and their stress. *British Medical Journal*, nr 326, s. 670–671.
- Fletcher K.E., Davis S.Q., Underwood W., Mangrulkar R., McMahon L.F., Saint S. (2004). Systematic review: Effects of resident work hours on patient safety. *Annals of Internal Medicine*, nr 141, s. 851–857.
- Geurts S., Rutte C., Peeters M. (1999). Antecedents and consequences of work-home interference among medical residents. *Social Science and Medicine*, nr 48, s. 1135–1148.
- Goebert D., Thompson D., Takeshita J., Beach C. (2009). Depressive symptoms in medical students and residents: A multischool study. *Academic Medicine*, nr 84, s. 236–241.
- Grol R., Mookink H., Smits A., Eijk J., Beek M., Mesker P. (1985). Work satisfaction of general practitioners and the quality of patient care. *Family Practice*, nr 2, s. 128–135.
- Heskett J.L., Jones O.T., Loveman G.W. (1994). Putting the service-profit chain to work. *Harvard Business Review*, nr 72 (2), s. 164–174.
- Hillhouse J.J., Adler C.M. (1997). Investigating stress effect patterns in hospital staff nurses: Results of a cluster analysis. *Social Science and Medicine*, nr 45, s. 1781–1788.
- Hulewska A. (2012). Applying Social Skills Training (SST) in a programme for doctors. *Polish Journal of Applied Psychology*, nr 10, s. 67–92.
- Hulewska A. (2014). Asertywność w ćwiczeniach. Warszawa: Samo Sedno.
- Imai H., Nakao H., Tsuchiya M., Kuroda Y., Katoh T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occupational and Environmental Medicine*, nr 61, s. 764–768.
- Król-Fijewska M. (1992). Trening asertywności. Warszawa: IPZ, PTP.
- Lee I., Wang H. H. (2002). Perceived occupational stress and related factors in public health nurses. *Journal of Nursing Research*, nr 10, s. 253–260.
- Malhotra N., Mukherjee A. (2004). The relative influence of organizational commitment and job satisfaction on service quality of customer-contact employees in banking call centers. *Journal of Services Marketing*, nr 18, s. 162–174.
- Murray L. (2000). Racial and ethnic differences among medicare beneficiaries. *Healthcare Financing Review*, nr 21 (4), s. 1–11.
- Papp K.K., Stoller E.P., Sage P., Aikens J.E., Owens J., Avidan A. (2004). The effects of sleep loss and fatigue on resident-physicians: A multi-institutional, mixed-method study. *Academic Medicine*, nr 79, s. 394–406.
- Poprawa R. (2000). Co znaczy być asertywnym? W: B. Kaja (red.). Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja (s. 106–121). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP w Bydgoszczy.
- Quarstein V., McAfee R.B., Glassman M. (1992). The situational occurrences theory of job satisfaction. *Human Relations*, nr 45, s. 859–873.
- Rathus S.A. (1973). A 30-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, nr 4, s. 398–406.
- Rathus S.A., Nevid J.S. (1977). Concurrent validity of the 30-item assertiveness schedule with a psychiatric population. *Behavior Therapy*, nr 8, s. 393–397.
- Rose M.W., Ware J.C., Kolm P., Risser M.R. (2000). Residual effects of call on sleep and mood in medical residents. *Sleep*, nr 23, s. A253–A254.
- Salter A. (1949). Conditioned Reflex Therapy. New York: Creative Age Press.
- Schulz D.P., Schulz S.E. (2002). Psychologia a wyzwania dzisiejszej pracy. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

- Shanafelt T.D., Bradley K.A., Wipf J.E., Back A.L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*, nr 136, s. 358–367.
- Shanafelt T., Balch M., Bechamps G., Russell T. (2009). Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Annals of Surgery*, nr 250, s. 463–471.
- Staples D.S., Higgins C.A. (1998). A study of the impact of factor importance weightings on job satisfaction measures. *Journal of Business and Psychology*, nr 13, s. 211–232.
- Weinger M.B., Ebdem P. (2002). Sleep deprivation and clinical performance. *Journal of the American Medical Association*, nr 287, s. 955–958.
- Witt L.A., Beokermen M.N. (1991). Satisfaction with initial work assignment and organizational commitment. *Journal of Applied Social Psychology*, nr 21, s. 1783–1792.
- Wolpe J., Lazarus A.A. (1966). *Behavior Therapy Techniques: A Guide to the Treatment of Neuroses*. Oxford: Pergamon Press.
- Yeo H., Viola K., Berg D., Lin Z. (2009). Attitudes, training experiences, and professional expectations of US General Surgery Residents. *Journal of the American Medical Association*, nr 302, s. 1301–1308.

STRESZCZENIE

Artykuł prezentuje wyniki badań nad związkiem pomiędzy asertywnością lekarzy a poziomem stresu zawodowego, satysfakcji z pracy i poczucia własnej skuteczności. Założono, że lekarze o wysokim poziomie asertywności będą charakteryzować się wyższym poziomem poczucia satysfakcji z pracy i samoskuteczności oraz niższym poziomem stresu. W badaniach zrealizowanych w październiku 2013 r. wzięło udział 100 lekarzy zatrudnionych w szpitalach na terenie Dolnego Śląska. Analizując wyniki, zestawiono rezultaty dwóch grup badanych: o wysokim oraz niskim poziomie asertywności. Analiza statystyczna potwierdziła wstępne hipotezy, obrazując, jak ważna jest asertywność w skutecznym pełnieniu funkcji zawodowej lekarza.

Słowa kluczowe: asertywność lekarzy, stres, poczucie własnej skuteczności, komunikacja lekarz–pacjent