

Czynniki wpływające na rekomendację szpitala jako miejsca pracy w opinii pielęgniarek zatrudnionych w polskich szpitalach

Teresa Gabryś¹, Maria Kózka¹, Piotr Brzyski², Maria Ogarek¹,
Maria Cisek¹, Lucyna Przewoźniak³, Anna Ksykiewicz-Dorota⁴,
Krzysztof Gajda³, Tomasz Brzostek¹

¹ Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

² Zakład Socjologii Medycyny, Katedra Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej, Wydział Lekarski, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

³ Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum

⁴ Zakład Zarządzania w Pielęgniarstwie, Wydział Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Adres do korespondencji: Teresa Gabryś, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, ter.gabrys@uj.edu.pl

Acknowledgment. The Authors would like to thank the Coordinators: Prof. Linda H. Aiken and Prof. Walter Sermeus for their invaluable contribution to the overall design and implantation of the RN4CAST project. This study was funded under the Seventh Framework Program of the European Union¹.

Abstract

Factors influencing recommendation of a hospital as place of employment in the opinion of nurses working in Polish hospitals

Introduction. European states observe an increased demand for healthcare services and diminishing numbers of nurses working in the healthcare system. A divergence that may result in future shortages of hospital nursing staff.

Aim. Definition of factors that influence readiness to recommend the hospital as place of employment by nurses employed in Polish hospitals.

Material and method. Polish part of the RN4CAST protocol, the study uses logistic regression model on data from 2605 questioners from nurses working in 30 Polish hospitals.

Results. About half of the responders declared readiness to recommend employment in their hospital. The recommendation depended on working conditions, quality of care, patient safety, and manager interest in professional development of personnel. Higher level of emotional burnout reduced the probability of recommendation.

Conclusions. Working conditions, quality of care, patient safety, and potential of professional development are the main factors deciding about the eagerness to recommend employment in one's hospital.

Key words: emotional burnout, employment, nurses, patient safety, professional development, quality care, working conditions

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo pacjenta, jakość opieki, pielęgniarki, rozwój zawodowy, warunki pracy, wyczerpanie emocjonalne, zatrudnienie

Wstęp

W wielu krajach Europy, także w Polsce, obserwuje się wzrost zapotrzebowania na usługi zdrowotne oraz malejącą liczbę pielęgniarek pracujących w systemie opieki zdrowotnej [1, 2]. Powyższe rozbieżne tendencje mogą stanowić w najbliższych latach poważny problem niedoboru obsady pielęgniarskiej w szpitalach [3]. W projektach europejskich, w których uczestniczyła również Polska [3–5], poddano analizie przyczyny odejścia pielęgniarek z pracy w zawodzie. Badania wykazały, że istotnymi wyznacznikami odejścia były obciążenia psychospołeczne i fizyczne wynikające z warunków pracy, jak np.: niskie poczucie autonomii zawodu, sensu i znaczenia własnej pracy, słaba organizacja pracy, znaczenia obciążenie pracą i napięcie emocjonalne wynikające z charakteru wykonywanych czynności i relacji interpersonalnych, ograniczone wsparcie udzielone przez współpracowników i przełożonych [3, 4]. Wśród innych przyczyn, zależnie od specyfiki kraju, autorzy badań wymienili sytuację na rynku pracy i wysokość dochodów w stosunku do innych zawodów [3, 4, 6].

Pielęgniarki jako najliczniejsza grupa zawodowa w systemie opieki zdrowotnej zapewniają ciągłą opiekę nad hospitalizowanym pacjentem, posiadają wiedzę na temat poziomu opieki i czynników wpływających na warunki pracy w szpitalach. Ponadto w Polsce pielęgniarki cieszą się dużym zaufaniem społecznym; według analiz CBOS pod względem rzetelności i uczciwości znajdują się bowiem na 2. miejscu w rankingu spośród badanych zawodów [7]. Opinia obecnie zatrudnionych pielęgniarek może potencjalnie wpływać na decyzje innych osób o ewentualnym wyborze zawodu lub decyzje już wykształconych pielęgniarek o pozostaniu w zawodzie czy ewentualnym podjęciu pracy w konkretnym szpitalu, na co wskazały badania „Magnet hospitals” w USA [4, 8]. Z kolei braki w obsadzie pielęgniarek, zwłaszcza wykształconego i zmotywowanego personelu, mogą skutkować negatywnym wpływem na jakość opieki nad pacjentem w danej jednostce, wzrostem powikłań, a tym samym kosztów opieki przy równoczesnym zjawisku wyboru innego szpitala przez pacjentów, co jest równoznaczne ze zmniejszeniem przychodu szpitala [9–13].

Uwzględniając powyższe przesłanki oraz wyniki badań wskazujące na znaczenie kwestionariusza PES-NWI dla obiektywnej oceny warunków pracy przez pielęgniarki [14–16], należy uznać pielęgniarki za wartościowe źródło informacji na temat warunków pracy w szpitalu. Wielu autorów wykazało, że rekomendacja szpitala jako miejsca pracy przez zatrudnione pielęgniarki jest powiązana z ich satysfakcją z pracy, która z kolei ma wpływ na jakość świadczonej opieki, chęć pozostawania w zawodzie oraz przekłada się na zadowolenie pacjentów z opieki [17–19].

Przeprowadzone badania RN4CAST pozwalają na opracowanie danych reprezentatywnych dla Polski w zakresie szpitali zapewniających całodobową ciągłą opiekę medyczną.

Cel pracy

Określenie czynników wpływających na chęć polecenia szpitala jako miejsca pracy przez pielęgniarki zatrudnione w polskich szpitalach.

Materiał i metody

Grupa badana

Badania przeprowadzono w grupie 2605 pielęgniarek pracujących w łącznie 119 oddziałach, w tym 57 chirurgicznych i 62 internistycznych, w 30 szpitalach pełniących stałe 24-godzinne dyżury, stanowiących reprezentatywną próbę dla Polski, a dobranych zgodnie z obszarem geograficznym kraju, zagęszczeniem populacyjnym przy uwzględnieniu poziomu referencyjności szpitala. Badanie miało charakter przekrojowy, korelacyjny i było przeprowadzone w 2009 r. W analizie wyników uwzględniono jedynie dane pochodzące od 2020 pielęgniarek, których ankiety były kompletne pod względem analizowanych czynników. Respondentami były głównie kobiety, mężczyźni stanowili 0,4% badanej próby. Średnia wieku badanych wynosiła 40,3 lat (SD = 7,8 lat). Tytuł zawodowy licencjata pielęgniarstwa posiadało 23,5% respondentów. Zdecydowana większość badanych 97,7% była zatrudniona w wymiarze pełnego etatu. Wiek, w którym badani respondenci uzyskali prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, wynosił średnio 20,7 lat (SD = 1,5), łączny czas zatrudnienia wynosił 18,6 lat (SD = 8,6), w tym w aktualnym szpitalu 15,3 lat (SD = 9,2).

Metody

Badania przeprowadzono zgodnie z protokołem RN-4CAST. W badaniu wykorzystano anonimowy, ustrukturyzowany kwestionariusz wypełniany samodzielnie przez pielęgniarki.

Zmienną zależną była chęć rekomendacji szpitala jako miejsca pracy, zmierzona za pomocą pytania: *Czy poleciliby Pani/Pan swój szpital koleżance/pielęgniarkę jako dobre miejsce do pracy?* Pytanie miało cztery możliwe odpowiedzi: *Zdecydowanie nie*, *Prawdopodobnie nie*, *Prawdopodobnie tak* i *Zdecydowanie tak*. Pierwsze dwie odpowiedzi zostały zgrupowane w jednej kategorii wskazującej brak gotowości rekomendacji szpitala. Dwie pozostałe odpowiedzi zostały zgrupowane w kategorii wskazującej gotowość rekomendacji szpitala jako miejsca pracy. Zmienne niezależne obejmowały: typ szpitala i typ oddziału, całościowe oceny: bezpieczeństwa pacjenta na oddziale, jakości opieki, zmiany w jakości opieki w ciągu poprzedzającego roku, warunków pracy, środowiska pracy, satysfakcji z elastyczności planu pracy, statusu zawodowego, wynagrodzenia, poczucia, że zarząd szpitala rozwiąże zgłaszane problemy dotyczące opieki nad pacjentami, możliwości zakwestionowania decyzji zwierzchników dotyczących opieki nad pacjentem, poziomu wypalenia zawodowego oraz dane demograficzne obejmujące: wiek, poziom wykształcenia zawodowego, czas i formę zatrudnienia.

Ocena warunków pracy za pomocą wskaźnika pracy pielęgniarskiej PES-NWI, opierała się na kwestionariuszu zawierającym 32 pytania z odpowiedziami ustawionymi według czterostopniowej skali Likerta (od 1 – *Calkowicie nie zgadzam się*, do 4 – *Calkowicie zgadzam się*). Pytania oceniały pięć wymiarów środowiska pracy: możliwość udziału środowiska pielęgniarskiego w decyzjach dotyczących przedsięwzięć szpitala, jakości opieki, wsparcia pielęgniarek ze strony zarządzających, współpracy w zespole, adekwatnej obsady kadrowej i materialnej [14]. Zgodnie z sugestiami autorów skali oraz ze względu na dość wysokie skorelowanie wyników na poszczególnych podskalach w niniejszej pracy zinterpretowano sumaryczny wskaźnik środowisk pracy uwzględniający wszystkie pytania.

Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach (The Maslach Burnout Inventory – MBI) zawierał 22 stwierdzenia, tworzące skale mierzące trzy wymiary wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, osobiste osiągnięcia zawodowe i depersonalizacje. Każde z pytań posiadało odpowiedzi w siedmiostopniowej skali Likerta: od 0 – *nigdy* do 6 – *codziennie*. W niniejszej analizie tylko wypalenie emocjonalne okazało się korelować istotnie z chęcią polecenia szpitala i tylko ten wymiar wypalenia został uwzględniony w analizie.

Wyniki skali PES-NWI oraz podskale mierzące poszczególne wymiary skali MBI zostały podzielone na trzy kategorie według wartości kwartyli opisujących rozkłady poszczególnych skal. Wartości niższe lub na poziomie pierwszego kwartyla (Q1) zostały sklasyfikowane jako poziom „niski”, podczas gdy wartości powyżej trzeciego kwartyla (Q3) zostały sklasyfikowane jako poziom „wysoki”. Wartości pomiędzy pierwszym i trzecim kwartylem zostały sklasyfikowane jako poziom „średni” danej zmiennej.

Ogólna ocena warunków pracy była mierzona pytaniem: *Jak Pani/Pan ocenia warunki swojej pracy w tym szpitalu (wystarczający personel i środki techniczne, relacje ze współpracownikami, wsparcie zwierzchników)?* Ta zmienna miała cztery kategorie odpowiedzi: *slabe, średnie, dobre, świetne*. Na potrzeby analizy dwie ostatnie kategorie (dobre, świetne) zostały połączone razem. Pierwsza kategoria (slabe) została użyta jako kategoria odniesienia w modelu regresji logistycznej.

Ogólna ocena bezpieczeństwa pacjenta na oddziale była mierzona pytaniem: *Proszę podać całościową ocenę Pani/Pana oddziału w kwestii bezpieczeństwa pacjentów.* Pytanie posiadało pięć możliwych odpowiedzi: *niedostateczna, slaba, akceptowalna, bardzo dobra, wspaniała*. Dwie ostatnie kategorie odpowiedzi zostały zgrupowane i określone jako „wysoka”, podczas gdy dwie najniższe (niedostateczna, slaba) zostały połączone i określały kategorię „niska”, która stanowiła kategorię odniesienia w modelu regresji. Ogólna ocena jakości opieki pielęgniarskiej na oddziale została zmierzona pytaniem: *Ogólnie jak opisałaby Pani/Pan jakość opieki pielęgniarskiej nad pacjentem na swoim oddziale?* Zmienna posiadała cztery kategorie odpowiedzi: *slaba, dostateczna, dobra, wspaniała*. Dwie pierwsze kategorie zostały zgrupowane i określone jako „niska”, dwie kolejne jako kategoria „wysoka”.

Zmiana w jakości opieki w ciągu minionego roku była mierzona pytaniem: *Czy uważa Pani/Pan, że w ostatnim roku jakość opieki nad pacjentem w Pani/Pana szpitalu:..., które należało uzupełnić jednym z trzech możliwych stwierdzeń: pogorszyła się, pozostała na tym samym poziomie, poprawiła się.* Drugi – neutralny – wybór został użyty jako kategoria odniesienia w modelu regresyjnym.

Poczucie, że bez obaw można sygnalizować wątpliwości dotyczące decyzji zarządzających w sprawach opieki, było mierzone stwierdzeniem: *Personel czuje, że może zakwestionować decyzje lub działania zwierzchników.* Respondenci wskazywali odpowiedź na pięciostopniowej skali Likerta od: *Calkowicie się nie zgadzam do: Calkowicie zgadzam się* zostały kategorie (zgadzam się, calkowicie zgadzam się) zostały skategoryzowane jako odpowiedź „Tak”. Pozostałe kategorie zostały określone jako odpowiedź: „Negatywna”, która stanowiła kategorię odniesienia. Poczucie, że zarząd szpitala rozwiąże problemy związane z opieką nad pacjentem, była mierzona pytaniem: *Jak pewna jest Pani/Pan, że zarząd szpitala rozwiąże problemy związane z opieką nad pacjentami, które Pani/Pan zgłosi?* Respondent wskazywał odpowiedź, wybierając na skali jedną z opcji: *w ogóle nie jestem pewna, jestem trochę pewna, jestem pewna, jestem bardzo pewna.*

Satysfakcja z elastyczności planu pracy, statusu zawodowego oraz wynagrodzenia była mierzona stwierdzeniem: *Proszę określić swój poziom zadowolenia z różnych aspektów związanych z wykonywaną pracą.* Dla każdego pytania respondent mógł wybrać jedną z czterech odpowiedzi z czterostopniowej skali Likerta: od *bardzo niezadowolona* do *bardzo zadowolona*.

Metody statystyczne

Rozkłady zmiennych jakościowych opisano za pomocą liczebności bezwzględnej (n) oraz względnej (%) poszczególnych kategorii, zaś rozkłady zmiennych ilościowych opisano za pomocą średniej i odchylenia standardowego. Istnienie zależności między zmiennymi jakościowymi oszacowano za pomocą testu χ^2 .

Czynniki wpływające na chęć polecenia szpitala jako miejsca pracy analizowano za pomocą modelu regresji logistycznej szacowanego za pomocą Uogólnionych Równań Estymujących (GEE). Jako zmienne grupujące obserwacje wykorzystano identyfikator szpitala i oddziału.

Wyniki

Tylko połowa badanych pielęgniarek (49,6%) zadeklarowała chęć rekomendacji swojego szpitala jako miejsca pracy. Chętniej poleciłyby swój szpital pielęgniarki zatrudnione w szpitalach wojewódzkich (51,4%) niż w klinicznych (48,9%), a najmniej chętnie zatrudnione w szpitalach specjalistycznych (43,8%) (Tabela I). Spośród analizowanych czynników rodzaj oddziału nie miał wpływu na chęć rekomendacji szpitala jako miejsca pracy przez badane pielęgniarki.

Istotne czynniki mające wpływ na chęć polecenia szpitala były zgrupowane w trzech działach: (1) środowiska i warunków pracy, (2) jakości opieki, (3) wypalenia zawodowego. Wśród uwarunkowań pracy znamienne wpływ miały: ogólna ocena warunków pracy, ocena środowiska pracy oparta na wynikach kwestionariusza PES-NWI, zaufanie, iż można zakwestionować decyzje zarządzających dotyczące opieki oraz że zarządzający zareagują i rozwiążą zgłaszane problemy związane z opieką. Inne, istotne determinanty związane z warunkami pracy obejmowały: możliwość zmiany czasu pracy, satysfakcję ze statusu zawodowego i otrzymanego wynagrodzenia (Tabela I).

Gotowość rekomendowania szpitala była uwarunkowana także: wyższą ogólną oceną bezpieczeństwa pacjentów przebywających na oddziale, jakością opieki aktualnie oferowanej na oddziale oraz pozytywnym kierunkiem zmian jakości opieki w ciągu poprzedzającego roku (Tabela I). W grupie badanych pielęgniarek 73% zarekomendowałoby swój szpital jako miejsce pracy, jeżeli poziom bezpieczeństwa hospitalizowanych pacjentów był wysoki, w przeciwieństwie do niskiego poziomu bezpieczeństwa, gdzie zaledwie 19% respondentów poleciłoby swój szpital jako miejsce pracy. Podobny wpływ miała ocena jakości opieki: 58% pielęgniarek poleciłoby swój szpital jako miejsce pracy, jeżeli poziom jakości

Zmienne niezależne		Liczba (n, %) pielęgniarek deklarujących chęć polecenia szpitala jako miejsca pracy	
		n	%
Rodzaj szpitala	wojewódzki	551	51,4
	specjalistyczny	276	43,8
	kliniczny	156	48,9
Typ oddziału	chirurgiczny	490	48,1
	internistyczny	493	49,2
Wskaźnik PES-NWI	niski	118	20,0
	średni	557	52,1
	wysoki	308	85,1
Wyczerpanie emocjonalne	niskie	353	73,7
	średnie	508	50,0
	wysokie	122	23,3
Ogólna ocena warunków pracy	niska	97	16,8
	średnia	457	48,2
	wysoka	429	86,8
Zadowolenie z elastyczności planu pracy	nie	133	23,8
	tak	850	58,1
Zadowolenie ze statusu zawodowego	nie	254	28,4
	tak	729	64,7
Zadowolenie z zarobków	nie	631	40,0
	tak	352	79,5
Jakość opieki na oddziale	wysoka	845	57,6
	niska	138	25,0
Pewność, że zarząd szpitala rozwiąże zgłaszane problemy związane z opieką nad pacjentami	niepewna	322	32,5
	trochę pewna	427	57,8
	pewna i bardzo pewna	234	80,7
Całościowa ocena oddziału w kwestii bezpieczeństwa pacjentów	niska	67	19,0
	akceptowalna	502	45,8
	wysoka	414	72,6
Zmiana jakości opieki nad pacjentami w szpitalu w poprzednim roku	bez zmian	549	46,3
	pogorszenie	73	21,0
	poprawa	361	74,3
Personel czuje, że może zakwestionować decyzje lub działania zwierzchników	nie	836	46,5
	tak	147	65,6

Tabela I. Czynniki wpływające na chęć polecenia szpitala jako miejsca pracy.

opieki był wysoki, podobnie 74% badanych pielęgniarek było skłonnych rekomendować zatrudnienie w szpitalu kolegom, jeżeli jakość opieki poprawiła się w ciągu minionego roku (Tabela I).

Wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, stanowiący jeden z trzech wymiarów wypalenia zawodowego według teorii Maslach, był istotnym czynnikiem negatywnie wpływającym na chęć rekomendacji zatrudnienia w danym szpitalu (Tabela I).

Analiza wielu zmiennych, przeprowadzona z wykorzystaniem modelu regresji logistycznej, wykazała, że najsilniejszy wpływ na chęć rekomendacji szpitala jako miejsca pracy miały takie czynniki, jak ogólna ocena warunków pracy, zadowolenie z zarobków oraz ocena środowiska pracy (wskaźnik PES-NWI), które zwiększały ponaddwukrotnie szanse polecenia szpitala. Silny odwrotny skutek miał poziom wyczerpania emocjonalnego. Nieco słabiej na szanse polecenia szpitala wpływały: ocena bezpieczeństwa pacjentów, ocena jakości opieki oraz przekonanie, że można zakwestionować decyzje zwierzchników dotyczące opieki, a także że zarząd szpitala rozwiąże problemy związane z opieką nad pacjentami (Tabela II).

Dyskusja

Jest to pierwsza krajowa publikacja wskazująca na połączenie rekomendacji zatrudnienia w szpitalu z warunkami pracy, jakością opieki i bezpieczeństwa hospitalizowanych pacjentów. Dotychczas nie opublikowano żadnych reprezentatywnych badań dla Polski na ten temat. W literaturze krajowej i zagranicznej wiele uwagi poświęca się zagadnieniu satysfakcji zawodowej w grupie pielęgniarek oraz analizie przyczyn odchodzenia z zawodu [4]. Pozytywny wpływ środowiska pracy na funkcjonowanie psychospołeczne człowieka skutkuje wzrostem poziomu jego aktywności, efektywności, jakości opieki, co z kolei może mieć wpływ na atrakcyjność szpitala pod względem warunków pracy [20].

Badania „Magnet hospitals” wykazały istnienie grupy szpitali, które nie miały problemów z rekrutacją i utrzymaniem wykwalifikowanego personelu pielęgniarskiego w USA [8]. Według badań NEXT [3] 10% pielęgniarek w Polsce brało pod uwagę możliwość odejścia z zawodu; wskaźnik ten był najniższy w grupie krajów europejskich i znacznie niższy niż w Wielkiej Brytanii (36%) i we Włoszech (21%). W Polsce, podobnie jak ma to

Parametr	p	ISz	95% PU	
Szpital: wojewódzki specjalistyczny kliniczny	0,044	1	0,48	0,99
	0,350	0,69 0,85	0,60	1,20
Oddział: wewnętrzny vs chirurgiczny (ref*)	0,864	1,03	0,76	1,39
Wskaźnik PES-NWI: niski średni wysoki	0,038	1,00	1,02	1,94
	0,001	1,41 2,34	1,41	3,89
Wyczerpanie emocjonalne: niskie średnie wysokie	0,005	1,00	0,47	0,87
	0,000	0,64 0,34	0,23	0,50
Ogólna ocena warunków pracy: niska średnia wysoka	0,000	1,00	1,54	2,87
	0,000	2,10 5,07	3,41	7,55
Zadowolenie z elastyczności planu pracy	0,001	1,76	1,27	2,44
Zadowolenie ze statusu zawodowego	0,009	1,45	1,10	1,92
Zadowolenie z zarobków	0,000	2,57	1,89	3,49
Niska jakość opieki na oddziale	0,078	0,78	0,60	1,03
Pewność, że zarząd szpitala rozwiąże zgłaszane problemy związane z opieką nad pacjentami:		1,00		
	niepewna	0,001	1,53	1,19
	trochę pewna pewna i bardzo pewna	0,002	1,80	1,25 2,60
Całościowa ocena oddziału w kwestii bezpieczeństwa pacjentów:		1,00		
	niska	0,178	1,31	0,89
	akceptowalna wysoka	0,009	1,91	1,18 3,08
Zmiana jakości opieki nad pacjentami w szpitalu w poprzednim roku:		1,00		
	bez zmian	0,044	0,69	0,48
	pogorszenie poprawa	0,001	1,61	1,21 2,16
Personel czuje, że może zakwestionować decyzje lub działania zwierzchników	0,064	1,55	0,97	2,46

Tabela II. Wyniki regresji logistycznej szacującej szanse rekomendacji szpitala jako miejsca pracy.

*ref – zmienna referencyjna

miejsce w innych krajach UE, narasta zjawisko migracji wykwalifikowanego personelu w poszukiwaniu lepszych warunków pracy lub decyzji zmiany zawodu [21, 22]. Wzrastający poziom wykształcenia pielęgniarek (odsetek osób posiadających dyplom licencjata, znajomość języków obcych, specjalizacje), łatwość poruszania się w ramach UE oraz zwiększające się kontakty zagraniczne i zapotrzebowanie bogatszych krajów UE sugerują, że zjawisko migracji w poszukiwaniu lepszego miejsca pracy będzie narastało.

Dodatkowo niepokojący jest fakt, że Polska znajduje się w grupie czterech krajów (obok Słowacji, Finlandii i Norwegii), w których istnieje związek pomiędzy stażem pracy a chęcią odejścia z zawodu. Chęć odchodzenia z zawodu w Polsce jest tym większa, im krótszy jest staż pracy w zawodzie. Wiąże się to z wieloma czynnikami. Znaczącą rolę odgrywa niska satysfakcja z pracy, rozumiana często jako reakcja na niezgodność oczekiwanych i pożądaných warunków pracy z autentycznym doświadczeniem rzeczywistości w znacznej części szpitali [3].

W naszych badaniach zaledwie połowa pracujących pielęgniarek uznała swój szpital za miejsce godne zarekomendowania koleżankom do zatrudnienia. Podobnie w badaniach Widderszal-Bazyl [23] jedynie 55% polskich pielęgniarek było zadowolonych z pracy. W badaniach Kuneckiej i wsp. [17] 45% badanych pielęgniarek wskazywało na satysfakcję z pracy. W innych badaniach stwierdzono, że średni poziom satysfakcji polskich pielęgniarek z pracy wynosił 4,75 pkt. wobec górnej wartości maksymalnej wynoszącej 7 pkt. [18].

Wiele publikacji wskazuje, że pomiędzy satysfakcją a efektywnością pracy zachodzi pozytywne sprzężenie zwrotne. W przypadku pielęgniarek ma ona wpływ na wyższy poziom jakości opieki, a również na zadowolenie pacjentów [20, 24–27]. Pracownicy zadowoleni z pracy rzadziej myślą o jej porzuceniu [17]. Warto zwrócić uwagę, że ogólne zadowolenie z pracy nie jest tożsame z poziomem zadowolenia z poszczególnych elementów pracy [17]. Nasze badania wykazały, że środowisko i warunki pracy, bezpieczeństwo pacjenta, poziom jakości opieki, zaufanie wobec zarządzających miały decydujący wpływ na rekomendację szpitala jako miejsca pracy. Inne determinanty rekomendacji szpitala obejmowały możliwość zmiany czasu pracy oraz satysfakcję ze statusu zawodowego. Poziom wypalenia zawodowego miał znaczący wpływ negatywny.

Znajomość poszczególnych czynników oraz zakresów, w które są one zgrupowane, sugeruje podjęcie przez menedżerów działań zmierzających do strategii zarządzania nakierowanej na rozwój pozytywnych warunków pracy jako istotnego warunku przy pozyskiwaniu nowych pracowników. W badaniach przeprowadzonych w USA zwrócono uwagę na dwa znaczące aspekty mające wpływ na satysfakcję z pracy: relacje interpersonalne w zespole i jakość opieki nad pacjentem. Podkreślano rolę menedżerów we wzmacnianiu relacji interpersonalnych, które z kolei zwiększają szanse podniesienia poziomu satysfakcji z pracy i jakości opieki [28]. W grupie 2095 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach norweskich najważniejszymi czynnikami wpływającymi na

satysfakcję z pracy w opinii badanych było: wynagrodzenie, autonomia, ale również możliwość doksztalcenia, rozwoju zawodowego przewidziana w planie pracy, które były pozytywnie skorelowane z gotowością pozostania w szpitalu [29].

Także poziom poczucia stresu w miejscu zatrudnienia ma znaczący wpływ na chęć pozostawania w miejscu pracy. Badania w grupie 206 jordańskich pielęgniarek wykazały, że rozpoznawanie tego czynnika przez zarządzających było pomocne w utrzymaniu adekwatnego zatrudnienia [30].

W badaniach Lewandowskiej i Litwin w grupie 100 pielęgniarek 39% badanych oceniało się jako wypalone zawodowo, a kolejne 35% czuło się zagrożonych tym zjawiskiem [31]. W naszych badaniach przy niskim poziomie wyczerpania emocjonalnego aż 74% pielęgniarek deklarowało polecenie swojego szpitala jako miejsca pracy, podczas gdy przy wysokim poziomie wyczerpania zaledwie 23% badanych. Poziom wyczerpania emocjonalnego był niezależnym czynnikiem ujemnie skorelowanym z chęcią polecenia szpitala jako miejsca pracy.

Leiter i Laschinger [32] zasygnalizowały w swoich badaniach, że niższy poziom wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek ma związek z istnieniem silnego przywództwa zapewniającego dobre warunki pracy oraz bezpieczeństwo pacjentów. Badając grupę 26 276 pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach w USA, Kelly i wsp. [33] zwrócili uwagę, że lepsze warunki środowiska pracy w szpitalach typu *magnet* – „przyciągających” zmniejszyły aż o 18% poziom niezadowolenia pielęgniarek z pracy, w stosunku do pielęgniarek zatrudnionych w innych szpitalach nieposiadających statusu *magnet*. Także poziom wypalenia zawodowego był o 13% istotnie niższy u pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach typu *magnet*. W konsekwencji tych badań w Stanach Zjednoczonych zainteresowanie jakością opieki znalazło odzwierciedlenie w nadawaniu szpitalom nazwy *magnet*, skutkującej między innymi uzyskiwaniem dodatkowych dotacji na utrzymanie wysokiego poziomu opieki i możliwości dalszego doskonalenia w zakresie świadczonych usług [33]. Szpitale typu *magnet* są konkurencyjne, przyciągają pacjentów oraz personel o wysokich kwalifikacjach. Cechują się efektywnym przywództwem, ciągłym dążeniem do poprawy jakości usług zdrowotnych, dobrymi relacjami interprofesjonalnymi, szansami rozwoju kariery zawodowej [33, 34]. Stworzenie dobrych warunków pracy umożliwiających realizowanie funkcji zawodowych na wysokim poziomie przekłada się również na wyższą jakość świadczonych usług i rezultaty leczenia, a tym samym zadowolenie pacjentów z opieki [24, 25, 35, 36].

Przedstawione przez nas wyniki badań zwracają uwagę na znaczenie takich czynników, jak warunki pracy, środowisko pracy, jakość opieki, bezpieczeństwo pacjentów w rekomendowaniu szpitala jako miejsca pracy. Pielęgniarki są skłonne rekomendować swój szpital innym osobom zainteresowanym podjęciem pracy w konkretnym szpitalu w sytuacji zapewnienia tych warunków. Podkreślają też znaczenie takich czynników, jak możliwość rozwoju zawodowego, współpracy w zespole, elastycznego planu pracy i wynagrodzenia. Przedstawio-

ne wyniki wskazują na czynniki, które menedżerowie zainteresowani długoterminowym rozwojem szpitala powinni wziąć pod uwagę.

Wnioski

W reprezentatywnej grupie polskich szpitali istotnymi czynnikami promującymi pozyskanie wartościowej kadry pielęgniarskiej są warunki pracy, jakość oferowanej opieki, bezpieczeństwo pacjenta, zainteresowanie menedżerów rozwojem zawodowym personelu. Wysoki poziom emocjonalnego wyczerpania zwiększa ryzyko niepolecenia szpitala.

Przypis

¹ Podziękowanie. Autorzy dziękują Koordynatorom: Prof. Lindzie H. Aiken i Prof. Walterowi Sermeus za ich nieoceniony wkład w zaplanowanie i wdrożenia projektu RN4CAST. Projekt został sfinansowany w ramach 7. Programu Ramowego Unii Europejskiej.

Piśmiennictwo:

- Bryła M., Maniecka-Bryła J., *Proces starzenia się populacji wyzwaniem dla polityki zdrowotnej*, „Gerontologia Polska” 2011; 19, 1: 40–46.
- Kózka M., Brzostek T., Ksykiewicz-Dorota A., *Analysis of nurse staffing and factors determining the demand for health care in Poland*, „Progress in Health Sciences” 2011; 1 (2): 59–66.
- Radkiewicz P., Widerszal-Bazyl M., Pokorski J. i wsp., *Dlaczego pielęgniarki wcześniej odchodzą z zawodu?*, „Bezpieczeństwo Pracy” 2004; 7–8: 31–34.
- Heinen M.M., Achterberg T., Schwendimann R., Zander B., Matthews A., Kózka M., Ensio A., Van den Heede K., Strømseng Sjetne I., Moreno Casbas T., Ball J., Schoonhoven L., For the RN4Cast consortium, *Nurses' intention to leave their profession: a cross sectional observational study in 10 European countries*, JNS, 2012- <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019> (dostęp: 12.12.2012).
- Hasselhorn H.M., Mueller B.H., Tackenberg P. (red.), *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe*, SALTS, Stockholm 2003: 9–18.
- Zielińska-Więczkowska H., Buśka A., *Satysfakcja pielęgniarek na tle wybranych czynników środowiska pracy*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2010; 3–4: 5–8.
- CBOS, *Prestiż zawodów. Komunikat z badań*, Warszawa 2009. Available from: http://www.solidarnosc.uni.wroc.pl/dokumenty/PRESTIZ_ZAWODOW.pdf (dostęp: 29.06.2011).
- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M. et al., *Magnet nursing services recognition programme*, „Health Affairs” 2001, May/June: 1–11.
- Lake E.T., Friese C.R., *Variations in nursing practice environments – relation to staffing and hospital characteristics*, „Nursing Research” 2006; 55: 1–9.
- Lucero R.J., Lake E.T., Aiken L.H., *Variations in nursing care quality across hospitals*, „Journal of Advanced Nursing” 2009; 65: 2299–2310.
- Krauss M.J., Evanoff B., Hitcho E., Ngugi K.E., Dunagan W.C., Fischer I., Birge S., Johnson S., Costantinou E., Fraser V.J., *A case-control study of patient, medication and care-related risk factor for inpatient falls*, „Journal of General Internal Medicine” 2005; 20: 116–120.
- Lucero R.J., Lake E.T., Aiken L.H., *Nursing care quality and adverse events in US hospitals*, „Journal Clinical Nursing” 2010; 19 (15–16): 2185–2195.
- Hugonnet S. et al., *The effect of workload on infection risk in critically ill patients*, „Critical Care Medicine” 2007; 35 (1): 76–81.
- Lake E.T., *Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index*, „Research in Nursing & Health” 2002 Jun; 25 (3): 176–188.
- Sermeus W. et al., *Nurse forecasting In Europe (RN4CAST); Rationale, design and methodology*, „BMC Nursing” [dok. elektr.] <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/10/6> (dostęp: 21.11.2012).
- Prażmowska B., Gawęł G., Mąka M., *Sytuacja społeczno-zawodowa polskich pielęgniarek. Współczesne pielęgniarstwo to wiedza, profesjonalizm, pasja*, VII Kongres Pielęgniarek Polskich, Sopot 14–15 maja 2004: 45–49.
- Kunecka D., Kamińska M., Karakiewicz B., *Analiza czynników wpływających na zadowolenie z wykonywanej pracy w grupie zawodowej pielęgniarek. Wyniki wstępne*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007; 2–3 (15): 192–196.
- Kosińska M., Pilarz Z., *Satysfakcja pielęgniarek z pracy zawodowej i jej uwarunkowania*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowskiej, Lublin–Polonia 2005; LX, SUPPL., XVI, 236: 46–52.
- Kapłonowska J., Nowicki P., *Public relations jako narzędzie budowania wizerunku niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej*, „Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne” 2011; 1: 47–55.
- Gawęł G., Kowal A., Kołacz J., Rak A., *Zadowolenie z pracy pielęgniarek a jej efektywność*, w: *Materiały pokonferencyjne. Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka*, Kraków 2000: 215–220.
- Wójcik G., Sienkiewicz Z., Wrońska I., *Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2007; 15, 2–3: 123–124.
- Leśniowska J., *Migracje polskich pielęgniarek – wstępne informacje*, „Polityka Społeczna” 2008; 2: 19–21.
- Widerszal-Bazyl M., *Źródła stresu i satysfakcji w pracy pielęgniarki. Czy istnieje polska specyfika?*, w: *Materiały pokonferencyjne. Pielęgniarek polskich portret własny z Europą w tle*, CIOP PIB, Warszawa 2005: 2–4.
- Aiken L.H., Clarke S.P., Sloane D.M., *Hospital staffing organization and quality of care: Cross-national findings*, „Nursing Outlook” 2002; 50, 5: 187–194.
- Aiken L.H. et al., *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction*, „Journal of the American Nursing Association” 2002; 288 (16): 1987–1990.
- Wild P., Parsons V., Dietz E., *Nurse practitioner's characteristics and Job satisfaction*, „J. Am. Acad. Nurse Pract.” 2006; 18: 544–549.
- Best M.F., Thurston N.E., *Canadian Public Health Nurses' Job Satisfaction*, „Public Health Nurs.” 2006; 23 (3): 250–255.

28. Utriainen K., Kyngäs H., *Hospital nurses' job satisfaction: a literature review*, „J. Nurs. Manag.” 2009; 17 (8): 1002–1010.
29. Bjørk I.T., Samdal G.B., Hansen B.S., Tørstad S., Hamilton G.A., *Job satisfaction in a Norwegian population of nurses: a questionnaire survey*, „Int. J. Nurs. Stud.” 2007; 44 (5): 747–757.
30. AbuAlRub R.F., Al-Zaru I.M., *Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses*, „J. Nurs. Manag.” 2008; 16 (3): 227–236.
31. Lewandowska A., Litwin B., *Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki. Annales Academiae Medicae Stetinensis*, „Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie” 2009; 55, 3: 86–89.
32. Leiter M.P., Spence Laschinger H.K., *Relationships of work and practice environment to professional burnout, testing a causal model*, „Nursing Research” 2006; 55 (2): 137–146.
33. Kelly L.A., McHugh M.D., Aiken L.H., *Nurse Outcomes in Magnet® and Non-Magnet Hospitals*, „Journal of Nursing Administration JONA” 2011; 41 (10): 428–433.
34. Lash A.A., Munroe D.J., *Magnet designation: A communique to the profession and the public about nursing*, „Med-surg Nursing” 2005; Suppl.: 7–12.
35. Gwizdek T., *Bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu*, „Problemy Pielęgniarstwa” 2008; 16 (1–2): 181–185.
36. Sung-hyum Cho i wsp., *The effects of Nurse Staffing on Adverse Events, Morbidity, Mortality, and Medical Costs*, „Nursing Research” 2003; 52 (2): 71–79.