

Małgorzata Kowalczyk
ZOP Hospicjum „Światło” w Toruniu

Wypalenie zawodowe w pracy z terminalnie chorym pacjentem

Streszczenie

Praca z terminalnie chorym pacjentem wiąże się z towarzyszeniem w jego doświadczeniach i w zmianach w każdej płaszczyźnie funkcjonowania. Człowiek chory doświadcza „ból totalny”, co oznacza, że choroba jest wszechogarniająca, dominuje na płaszczyznach: somatycznej, społecznej, duchowej i emocjonalnej. Takie postrzeganie pacjenta oraz stałe towarzyszenie mu nie pozostaje bez wpływu na personel hospicyjny. W kontakcie z chorym i jego bliskimi personel opieki paliatywnej doświadcza różnorodnych przeżyć i uczuć, które w konsekwencji mogą utrudniać pracę z chorym. W praktyce przejawia się to w odsuwaniu się od chorego, niechęci do kontaktu z nim, budowaniu obojętności lub wątpliwościach dotyczących własnego profesjonalizmu i kompetencji. Opisane objawy wskazują na występowanie syndromu wypalenia zawodowego — zjawiska nader często ujawniającego się wśród przedstawicieli zawodów społecznych, tj. polegających na zajmowaniu się drugim człowiekiem.

Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 4: 154–158

Słowa kluczowe: terminalnie chory pacjent, ból totalny, empatia, wypalenie zawodowe

Wstęp

Obecnie wzrasta liczba instytucji pomagających osobom potrzebującym. Nie ulega wątpliwości, że hospicja i ośrodki opieki paliatywnej są miejscami udzielania pomocy, w których każdego dnia można spotkać się z cierpieniem. Zapoczątkowane przez Cicely Saunders dzieło hospicyjne rozrasta się w coraz większą liczbę ośrodków paliatywnych podejmujących się opieki nad chorymi i umierającymi.

Do szczególnego świata przeżyć i doświadczeń osoby chorej zapraszane są osoby z zawodowym przygotowaniem, między innymi medycznym i psychologicznym. Stawia się im wysokie wymagania, oczekuje adekwatnego do sytuacji profesjonalizmu i kompetencji w kontakcie z chorym. Często nato-

miast nie bierze się pod uwagę ich uczuć i doświadczeń w relacji z umierającym, gdy chory przeżywa swoje umieranie w każdej płaszczyźnie funkcjonowania. Codzienne stykanie się z człowiekiem cierpiącym, obcowanie ze śmiercią i rozpacz umierającego i jego bliskich może doprowadzać do różnych zmian w zachowaniu opiekujących się osób. Relacje z człowiekiem cierpiącym i jego umieraniem, z jego uczuciami i doświadczeniami mogą spowodować trudności w radzeniu sobie z własnymi emocjami. Ceną, jaką płaci wtedy pracownik, staje się wyczerpanie emocjonalne czy szeroko pojęte wypalenie zawodowe.

Artykuł ten jest próbą przyjrzenia się zjawisku wypalenia zawodowego w pracy z pacjentem opieki paliatywnej na podstawie wielowymiarowego modelu Maslach.

Adres do korespondencji: mgr Małgorzata Kowalczyk
ZOP Hospicjum „Światło”
ul. Grunwaldzka 64
80–100 Toruń
tel.: (56) 651 14 37
e-mail: malgorzata.j.kowalczyk@gmail.com



Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 4, 4, 154–158
Copyright © Via Medica, ISSN 1898–0678

Terminalnie chory pacjent

Hospicjum obejmuje swoją opieką chorego, a także jego rodzinę, w ostatniej fazie choroby, kiedy medycyna konwencjonalna wyczerpała już swoje możliwości. Jest to czas progresji choroby i zmian świadczących o pogarszającym się stanie zdrowia [1]. Opieka hospicyjna ukierunkowana jest na całościową troskę o chorego, który cierpi „na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby, sprawowaną zazwyczaj u kresu życia. Opieka ta obejmuje uśmierzanie bólu i innych objawów (leczenie objawowe), łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych oraz wspomaganie rodziny osób chorych w czasie trwania choroby, jak i po śmierci chorego w okresie osieroceńia” [2]. Celem staje się również edukacja i towarzyszenie wspierające i duchowe rodzinom. Krystyna de Walden-Gałuszko [3] podkreśla, że nad chorym czuwa interdyscyplinarny zespół składający się z: lekarzy, pielęgniarzek, psychologów, pracowników socjalnych, osób duchownych i wolontariuszy. Potrafią oni zobaczyć w pacjencie człowieka ze wszystkimi jego potrzebami, a nie tylko chorującą część ciała. W opiece nad chorym i jego rodziną zespół hospicyjny skupia się zarówno na objawach i dolegliwościach fizycznych, jak też na płaszczyźnie funkcjonowania społecznego, duchowego i psychicznego, starając się zadbać o dobre samopoczucie chorego. Prekursorka ruchu hospicyjnego — Cicely Saunders — zwracała uwagę na potrzebę holistycznego traktowania człowieka w jego cierpieniu i wskazywała na doświadczenia chorych, nazywając je „ból totalnym” (*total pain*), ujmowanym w czterech płaszczyznach: somatycznej, społecznej, psychicznej i duchowej [4]. To wyszczególnienie uświadamia, z jak trudnymi emocjami i doświadczeniami boryka się chory, ale wskazuje też, w jakich sytuacjach uczestniczy opiekujący się personel. Dla ich jaśniejszego zrozumienia warto krótko scharakteryzować poszczególne płaszczyzny. Sfera somatyczna określa wszechogarniający lęk przed bólem fizycznym oraz dolegliwościami wynikającymi z choroby bądź dojmujący lęk przed nawrotem bólu w postaci trudnej do opanowania. Może wystąpić również strach przed objawami związanymi z chorobą i leczeniem (skutkami chemio- i radioterapii). Kolejne trzy płaszczyzny mieszczą się w kategoriach cierpienia psychicznego i obejmują cierpienie społeczne, duchowe i emocjonalne [5]. W sferze społecznej dominuje lęk przed utratą odgrywanych dotychczas ról w rodzinie oraz w szerszej grupie społecznej, przed tym, że choroba spowoduje stratę bądź weryfikowanie istniejących przyjaźni. Może to wywo-

łać u chorego poczucie odrzucenia, samotności i bycia niepotrzebnym czy nieatrakcyjnym dla partnera (zwłaszcza u kobiet nabiera to szczególnego znaczenia) [6]. Płaszczyzna egzystencjalna cechuje się stawianiem pytań o sens życia i sens doświadczanego cierpienia, a także wątpliwościami i obawą o los najbliższych po śmierci. Lękiem może napaść sam proces umierania, ale i niewiedza, co stanie się po śmierci, przy czym chorzy bardziej boją się nie samego momentu śmierci, a procesu umierania związanego z cierpieniem, bólem i niewiadomą [7]. Ostatnia z płaszczyzn wydaje się najszerzej przeanalizowana w literaturze z zakresu psychoonkologii. Prawdopodobnie najbardziej znane są etapy opisane przez Elizabeth Kübler-Ross, pokazujące gamę przeżyć chorego od stanu szoku i zaprzeczania w momencie postawienia diagnozy nieuleczalnej choroby poprzez uczucia gniewu i złości, targowania się z Bogiem, po czas depresji i w końcu akceptacji zaistniałego stanu rzeczy [8]. Dominujące uczucia to przygnębienie i smutek oraz wszechogarniający lęk, do których dołącza rosnące poczucie winy w stosunku do siebie [9] („jestem ciężarem dla innych”, „muszą się mną opiekować”, „rezygnuję z innych zajęć i własnego życia z powodu mojej choroby”) i otoczenia („oni są sprawni i zdrowi, a ja jestem chory. Dlaczego?”). Trudnym momentem jest zaprzestanie leczenia, gdy chory dowiaduje się, że może być leczony jedynie objawowo. Czasem jest to moment, kiedy w chorym rozpoczyna się proces przeżywania żałoby po sobie samym jako kimś sprawnym czy zdrowym [10].

Scharakteryzowane wyżej doświadczenia pacjenta stają się w mniejszym lub większym stopniu udziałem pracowników sprawujących nad nim opiekę. Niezaprzeczalnie choroba nowotworowa, zwłaszcza w terminalnej fazie, jest sytuacją szczególną zarówno dla samej chorej osoby i jej rodziny, jak i dla pracowników opieki paliatywnej. Świadomość nieuchronnej i zbliżającej się śmierci jest dla pacjenta czymś wyjątkowym i trudnym do zaakceptowania. Nieuniknione jest towarzyszenie rozpacz chorego i jego bliskich, słuchanie o lęku przed przyszłością, niepokoju o los rodziny, w końcu lęku przed samym procesem umierania. W rzeczywistości tej uczestniczą pracownicy hospicjum, sprawując opiekę nad chorym poprzez pielęgnację, ale też poprzez obecność i wsparcie emocjonalne. Wejście w świat chorego i jego doświadczeń wywołuje wśród pracowników różnorodne przeżycia, a często odczuwana bezradność i współtowarzyszenie cierpieniu mogą sprawić, że pojawi się uczucie zmęczenia, wyczerpania i niechęć do dalszego wykonywania pracy. Równie trudne jest poczucie straty, którego doświad-

cza personel, gdy chory umiera. Chodzi o taką sytuację, gdy śmierć podopiecznego wywołuje w pracowniku stan charakteryzowany jako proces żałoby czy wystąpienie objawów podobnych do tych, które pojawiają się w wyniku śmierci osoby bliskiej. Jest to sytuacja tym trudniejsza, że często osoby sprawujące opiekę nad chorym nie dają sobie prawa do przeżywania żałoby po pacjencie bądź też, w wyniku podejmowania nowych zadań i opieki nad innymi pacjentami, odsuwają własne przeżycia na dalszy plan. Poczucie straty po śmierci pacjenta występującego wśród personelu opieki paliatywnej został szerzej opisany w innym opracowaniu autorki [11].

W omawianych sytuacjach personel poszukuje różnych wypracowanych wcześniej metod radzenia sobie z nimi. Czasem jednak metody już znane przestają wystarczać lub w określonych przypadkach nie są odpowiednie. Pojawia się potrzeba znalezienia nowych sposobów otrzymywania wsparcia.

Warto poruszyć jeszcze jedną kwestię. W zawodach polegających na pracy z drugim człowiekiem stawia się pracownikom określone wymagania, zwłaszcza w kwestii takich umiejętności, jak: uważne słuchanie, komunikowanie się i negocjowanie, okazywanie zainteresowania i cierpliwości, wspieranie i efektywne rozwiązywanie problemów, takt, kultura osobista i dyskrecja [12]. Jedną z cech niezbędnych w nawiązywaniu wszelkich relacji międzyludzkich jest empatia. W bardzo ogólny sposób można ją traktować jako „zdolność do wnikania, odczuwania i pełnego zrozumienia przeżyć danego człowieka, jego odczuć oraz umiejętność zakomunikowania mu o tym (słownie i pozawerbalnie) także wtedy, gdy on sam nie jest ich w pełni świadomy” [13]. W opiece nad chorym empatia — jako szczególnie zdolność — znacząco wpływa na prowadzone rozmowy, pozwalając w adekwatny sposób rozpoznawać rzeczywiste potrzeby i emocje chorego. Jest to ważna umiejętność w kontakcie z chorym, a nabiera szczególnego znaczenia w momencie, gdy stan staje się terminalny albo gdy zaczyna się proces umierania. Współodczuwanie pozwala na wejście w świat cierpień chorego, zrozumienie doświadczanych uczuć i przeżyć; jest więc potrzebne w opiece nad cierpiącym. Czasem jednak nadmierne zaangażowanie utrudnia kontakt z chorym, sprawiając, że zaczynają dominować zmęczenie i obciążenie emocjonalne. Może się pojawić poczucie identyfikacji z chorym i z jego sytuacją życiową [14], nadmierne współczucie i empatia, chęć pomocy na każdej płaszczyźnie, które w perspektywie znacznie utrudniają pracę z chorym i tworzą zbyt silny z nim związek [15]. Takie sytuacje wydają się mieć głę-

szy związek z predyspozycjami osobowościowymi pracownika, jego sposobami radzenia sobie w trudnych sytuacjach i traumie oraz ze światopoglądem osoby sprawującej opiekę [14], a według niektórych autorów, z młodym wiekiem pracownika i brakiem doświadczenia. Skutkiem jest dystans i inne negatywne aspekty pojawiające się w relacji pomagania, a „długotrwałe ponoszenie kosztów psychologicznych, związane z zaangażowaniem emocjonalnym, w sprawy innych osób, może doprowadzić do wyczerpania zasobów organizmu” [16]. Doświadczenia pracownika wchodzącego w relację z chorym pokazują, że wykonywana praca w dużym stopniu naraża na wystąpienie objawów wypalenia zawodowego.

Wypalenie zawodowe w opiece hospicyjnej

Na gruncie nauki powstało wiele definicji syndromu wypalenia zawodowego. Opisują one sytuacje nadmiernego obciążenia w wyniku długotrwałej pracy i dotyczą zwłaszcza zawodów związanych z pomaganiem innym ludziom. Wypalenie występuje, gdy u osoby pomagającej zaczyna się wyczerpywanie sił lub ich całkowite zużycie na skutek nadmiernego zaangażowania w sytuacje obciążające emocjonalnie.

Najbardziej popularna i najczęściej stosowana jest wielowymiarowa teoria wypalenia zawodowego według Maslach i Jackson określająca to zjawisko jako „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych (...), który może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [17]. Każdy z wymienionych wymiarów wypalenia ma swoją specyfikę i występuje we właściwej sobie formie. Pierwszy dotyczy wyczerpania emocjonalnego i odnosi się do doświadczanego przez osobę poczucia, że jest nadmiernie obciążona emocjonalnie, a jej zasoby pozwalające na uczuciową relację z drugim człowiekiem zostały w znacznym stopniu uszczuplone. Druga z kategorii — depersonalizacja — przejawia się w negatywnym, bezdusznym lub zbyt obojętnym reagowaniu na innych ludzi, którzy zwykle są odbiorcami usług danej osoby lub przedmiotem opieki. Trzecią kategorią wypalenia zawodowego jest obniżone poczucie dokonań osobistych, które ujawnia się poprzez zwątpienie we własne kompetencje i sukcesy w pracy [17].

Wypalenie zawodowe staje się syndromem, na który wpływają między innymi indywidualne cechy konkretnej osoby, ale też czynniki organizacyjno-kontekstualne. Za źródło wypalenia traktuje się wy-

konywanie pracy z innymi ludźmi, w której „narzędziem (...) są umiejętności społeczne, postawy i cechy osobowości, motywacja zawodowa, wartości, cele życiowe, przekonania życiowe, potrzeba i poczucie kontroli” [18].

W odniesieniu do opieki paliatywnej analiza syndromu wypalenia jest szczególnie istotna, ponieważ pracownicy często stykają się z cierpieniem i lękiem osób umierających oraz z niepokojem ich opiekunów. Jeśli rozpatrywać symptomy wypalenia w pracy hospicyjnej w perspektywie wielowymiarowej koncepcji wypalenia zawodowego Maslach, to będzie ono przybierało następujące formy.

Na płaszczyźnie emocjonalnej (w kategorii depersonalizacji i zaangażowania emocjonalnego) dość specyficzne może być utrzymujące się silne pobudzenie emocjonalne w kontakcie z chorym, które ostatecznie prowadzi do budowania dystansu. Często dochodzi do utraty zdolności empatycznych poprzez zachowanie obojętności i niechęci do kontaktu i obcowania z cierpieniem. Pracownik traci chęć dociekania i analizowania sytuacji. Występuje uczucie nudy, niechęć bądź nieumiejętność zainteresowania się pracą, „chowanie się” w gabinetach lub wykonywanie obowiązków z daleka od pokoju pacjenta/rodzin. Nierzadko pojawia się wzrastające uczucie irytacji jako forma ochrony przed osobami, które postrzega się jako sprawiające kłopot w trakcie sprawowania opieki. Pracownik może się stawać cyniczny, a także usprawiedliwiać się brakiem czasu i licznymi obowiązkami, co sprawia ostatecznie, że kontakt z pacjentem staje się usztywniony i płytki. Taki stan trwający dłużej doprowadza do niechęci, uciekania od pracy oraz do obniżenia poczucia własnej wartości pracownika jako profesjonalisty [19]. Jednym z czynników, który sprzyja wystąpieniu nadmiernego zmęczenia, jest zbyt krótki czas poświęcany na wypoczynek; inne wiążą się z długością czasu pracy w opiece hospicyjnej. Uważa się, że ryzyko u osób ze stażem powyżej 5 lat jest zdecydowanie większe niż u młodszych pracowników hospicjum [19]. W skrajnych przypadkach zmęczenie może przybierać formę uzależnienia od leków czy alkoholu lub zachowań depresyjnych.

Kategoria „spadku osiągnięć i obniżonego poczucia własnej wartości” w opiece paliatywnej przybiera postać zachowań połączonych z uczuciem braku profesjonalizmu i kompetencji. Dzieje się tak, gdy mimo podejmowanych środków zaradczych stan chorego coraz bardziej się pogarsza. Czynnikiem potęgującym zwątpienie może być poczucie niemożności uratowania życia lub też bezsilności w okresie wzmaganania się dolegliwości chorego bądź zbliżającej się śmierci. Mimo świadomości jej nie-

uchronności każda śmierć i cierpienie chorego może wywoływać smutek.

Powodem, który w dużej mierze wpływa na wystąpienie syndromu wypalenia, bywa również konieczność konfrontacji z własną śmiertelnością w sytuacji codziennego obcowania z umieraniem chorych. Stały kontakt ze śmiercią powoduje, że wśród pracowników następuje przewartościowanie spraw dotychczas uznawanych za ważne [20] (takich jak bogactwo, sukces czy powodzenie). Zdaniem de Walden-Galuszko, często zdarzają się również sytuacje, że personel medyczny przenosi objawy spotykane u chorego na własne samopoczucie lub na sygnały płynące z ciała (np. każde znamię to czerniak) [21]. Nie pozostaje to bez wpływu na wykonywanie przez personel swoich obowiązków wobec chorego. Myśli związane z kancerofobią mogą doprowadzić pracownika do ograniczania częstości wizyt lub wysyłania zastępców, do nadmiernej rzeczowości w kontakcie z chorym i skupiania się na manualnej części opieki (zastrzyk, podanie leku, umycie pacjenta) [21]. Maslach mówi o zachowaniu typu „ochronna dehumanizacja” — jest to zachowanie polegające na chronieniu siebie przed obezwładniającymi emocjami poprzez reagowanie na innych ludzi jak na przedmioty, a nie podmioty interakcji [17].

W takich sytuacjach nadmiernego zmęczenia nie istnieją zachowania najbardziej właściwe, „złoty środek”. Każdy reaguje inaczej i na swój sposób szuka metod, które w określonym przypadku staną się pomocne. W literaturze przedmiotu znajdują się jednak pewne wytyczne czy wskazówki, które mogą się przydać w pracy z własnym zmęczeniem czy wypaleniem. Zachowaniem najbardziej adekwatnym w pracy z chorym wydaje się postawa „zdystansowanej troski”. Jest to termin wprowadzony przez Liefę i Foxa i stosuje się go na określenie takiej postawy pracownika medycznego, który w relacjach z pacjentem potrafi połączyć dwie, zdawałoby się, sprzeczne jakości: współczucie i zaangażowanie z dystansem emocjonalnym [20]. Taka osoba posiada zdolność koncentrowania się na pacjencie i jego potrzebach, ale też potrafi rozpoznać i ocenić ryzyko ewentualnego nadmiernego zaangażowania u siebie, co ostatecznie pozwala jej na zachowanie w razie potrzeby większej bezstronności w relacji, której jest uczestnikiem. Pozytywnym sposobem traktowanym jako profilaktyka wypalenia jest również między innymi podnoszenie kwalifikacji, dzięki czemu wzrasta poczucie kompetencji i profesjonalizmu. Innym korzystnie wpływającym zachowaniem jest umiejętność rozładowania własnych emocji w kontakcie z najbliższymi bądź wśród współpracowników. Dość powszechnie organizuje się obecnie gru-

py Balinta jako formę pracy ze swoimi uczuciami w relacji z pacjentami, pozwalające również na kontakt z własnymi emocjami. Warto pamiętać, że warsztaty te nie są przeznaczone wyłącznie dla psychologów, ale że mogą z nich korzystać pracownicy wszystkich profesji zajmujący się na co dzień pracą z chorym. Innymi elementami zapobiegającymi wypaleniu są zdolność indywidualnego zadbania o siebie oraz umiejętności odreagowania trudnych sytuacji w zespole. Ważne wydaje się też analizowanie własnych reakcji emocjonalnych, zwłaszcza tych mniej akceptowanych i o ujemnym znaku. Jako szczególne zdolności wymieniane są również poczucie humoru i zachowania asertywne w celu zadbania o własne potrzeby, a także umiejętność stawiania granic [21].

Zakończenie

Praca z drugim człowiekiem zawsze będzie wywoływać określone uczucia i przeżycia. Tym bardziej opieka nad człowiekiem cierpiącym i umierającym staje się szczególnym doświadczeniem nie tylko dla chorego, ale i dla osoby opiekującej się. Według niektórych autorów dzieje się tak zwłaszcza dlatego, że do podobnych zajęć wybierani są ludzie wrażliwi, z silną motywacją do pomagania innym, oraz dlatego, że są to zawody bardzo obciążające i wyczerpujące [22].

Zaproszenie w świat przeżyć związanych z chorowaniem i zaufanie, jakim chory obdarza pracownika, pozwalają na nawiązanie głębokiej relacji i prowadzenie rozmów na tematy egzystencjalne dotyczące chorego. Sprawiają też jednak, że wskutek obcowania ze śmiercią i cierpieniem mogą pojawić się symptomy niechęci do pracy i nadmiernego zmęczenia. Warto zdawać sobie sprawę, że sytuacje te nie oznaczają, iż ktoś „nie nadaje się już do określonej pracy”, ale że są sprawy, nad którymi warto popracować, uświadomić je sobie i spróbować zmienić. Nie chodzi o drastyczne decyzje. „Żadna skrajność nie jest dobrym rozwiązaniem: ani nadmierna identyfikacja z pacjentem, ani odsuwanie się i traktowanie pacjenta z dystansem” [14]. Dobrze jest wiedzieć, że w trudnych sytuacjach, które mogą się zdarzyć, każdy może i powinien poszukiwać wsparcia i „przegadania”. A poszukiwanie pomocy nie oznacza, że taka osoba staje się gorszym pracownikiem, ale raczej że jest osobą odpowiedzialną za siebie i człowieka, którym się opiekuje.

Piśmiennictwo

1. Górecki M. Hospicjum w służbie umierających. Wyd. Akad. Żak, Warszawa 2000; 109–110.
2. Drużba J. Za parawanem powiek. Wiersze i pamiętniki. Wyd. Media Rodzina, Poznań 1999; 4.
3. Walden-Gałuszko de K. Stres pracy personelu medycznego. Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
4. Saunders C. Chwila prawdy: opieka nad człowiekiem umierającym. W: Pearson L. (red.). Śmierć i umieranie. Postępowanie z człowiekiem umierającym. Wyd. PZWL, Warszawa 1973.
5. Winkler B. Ból nowotworowy jako zjawisko somatopsychiczne. W: Siwek B. (red.). Problemy medycyny paliatywnej w onkologii. Wyd. Lub. Prawnicze, Lublin 1996; 69.
6. Stelcer B. Chory i jego cierpienie w ujęciu Don Flaminga. Psychoonkologia 1998; 2: 51–61.
7. Łuczak J. Życie przed śmiercią. Refleksje po 5 latach pracy w służbie umierającym chorym i ich bliskim. Nowa Medycyna — Ból i Opieka Paliatywna 1999; 8 (<http://www.czytelniamedyczna.pl/1297,zycie-przed-smiercia-refleksje-po-5-latach-w-sluzbie-umierajacym-i.html>).
8. Kübler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wyd. Media Rodzina, Poznań 2007.
9. Walden-Gałuszko de K. Psychospołeczne funkcjonowanie rodzin w sytuacji choroby. Psychoonkologia. Biblioteka Psychiatrii Polskiej, Kraków 2000.
10. Rogiewicz M. Materiały ze studiów podyplomowych z psychoonkologii w SWPS, Warszawa 2007/2008.
11. Kowalczyk M. Poczucie straty i uczucia utajone w pracy z pacjentem terminalnie chorym. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2010; 1: 3–4.
12. Wilczek-Różycka E. Wypalenie zawodowe a empatia. Wyd. UJ, Kraków 2008; 34.
13. Bielecki J. Lęk przed śmiercią, poczucie sensu życia, empatia i poczucie zadowolenia u pracowników opieki paliatywnej. W: Makselon J. Człowiek wobec śmierci. Aspekty psychologiczno-pastoralne. Wyd. Naukowe PAT, Kraków 2005; 169.
14. Kosowicz M., Winch B. Superwizor wycisza emocje. <http://www.pulsmedycyny.com.pl/index/archiwum/4164,superwizor,wycisza,emocje> 2004.
15. Binnebesel J. Czynniki utrudniające proces opieki pozamedycznej nad dziećmi hospitalizowanymi z powodu choroby nowotworowej. Psychoonkologia 1999, 5: 66.
16. Kubiak H. Być matką dziecka nadpobudliwego. Wypalenie emocjonalne matek dzieci nadpobudliwych a karanie dzieci. Wyd. UNI-DRUK, Poznań 2007; 37.
17. Maslach Ch. Wypalenie — w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H. (red.). Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie. Wyd. Naukowe PWN, Warszawa 2004; 15.
18. Wojciechowska J. Syndrom wypalenia zawodowego. W: Nowiny Psychologiczne 1990; 5: 32–41.
19. Gretkowski A. Ból i cierpienie. Wyd. Naukowe Novum, Płock 2003; 201.
20. Terelak J.F. Stres zawodowy. Wyd. UKSW, Warszawa 2007; 291.
21. Walden-Gałuszko de K. Stres pracy z umierającymi. W: Walden-Gałuszko de K. (red.). Podstawy opieki paliatywnej. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 190–191.
22. Ogińska-Bulik N. Stres zawodowy w zawodach usług społecznych. Wyd. Difin, Warszawa 2006; 79.