

Zmęczenie przewlekłe pielęgniarek w obliczu wyzwań współczesnej opieki psychiatrycznej. Czy temperament i środowisko pracy mają znaczenie?

Chronic fatigue of nurses in view of the challenges of contemporary psychiatric care. Do temperament and work environment matter?

Ewa Sygit-Kowalkowska

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy, Wydział Psychologii,
Zakład Psychologii Organizacji i Zarządzania

Summary

Aim. The objective of this study was to identify the level of chronic fatigue in the group of psychiatric nurses and to determine the relationship between working environment conditions and temperament, and the chronic fatigue syndrome in the group of psychiatric nurses.

Material and methods. 85 nurses from psychiatric treatment centers were subjected to the study. In this study a revised version of the Formal Characteristics of Behaviour – Temperament Inventory (FCB-TI), CIS 20R (Checklist Individual Strength) Questionnaire, and a personal questionnaire regarding the working environment characteristics were applied.

Results. In the most numerous group of patients, the occurrence of chronic fatigue was found to be moderate (48.23% of respondents) and high (47.05%). Endurance as a trait of temperament is important for analyzing differences in chronic fatigue in the group of psychiatric nurses. In the studied group, difficulties in relations between nurses are correlates of reduction in concentration, reduction of motivation and they affect the overall result of chronic fatigue. The frequency of receiving contradictory instructions from staff and the state of information flow in the team are correlated with the reduction in concentration.

Conclusions. The results indicate a high prevalence of chronic fatigue. Factors related to the working environment that concern cooperation and communication among the staff perform a significant role in the development of chronic fatigue in psychiatric nurses. Further research on this issue is necessary in view of observable problems in the psychiatric care organizational structures.

Słowa kluczowe: zmęczenie przewlekłe, personel pielęgniarski, zdrowie psychiczne

Keywords: chronic fatigue, nursing staff, mental health

Wstęp

Stan zmęczenia wpisuje się w charakterystyki współczesnego świata osób pracujących zawodowo. Odnosi się ono głównie do subiektywnego uczucia braku energii i wyczerpania [1]. Jeżeli wysiłek jednostki jest nadmierny, odpoczynek nieadekwatny lub występują czynniki mogące wpływać negatywnie na samopoczucie (stan zdrowia, sytuacja społeczna itp.), dochodzi do rozwoju zmęczenia przewlekłego (*chronic fatigue syndrome*, CFS). Może być ono również konsekwencją silnego stresu zawodowego lub wypalenia zawodowego [2]. Zmęczenie może wiązać z poważnymi konsekwencjami dla prawidłowego funkcjonowania organizacji: zmniejszoną wydajnością pracowników, większą liczbą błędów popełnianych w trakcie pracy i wypadkami przy pracy. Konkludując, zagraża ono zdrowiu i utrudnia wypełnianie obowiązków zawodowych.

Przedstawiciele zawodów usług społecznych są szczególnie podatni na doświadczanie stanu przepracowania. Do tej grupy zaliczyć można pielęgniarki pracujące na oddziałach leczenia psychiatrycznego. Ich zawód uznawany jest za jeden z najbardziej stresujących na świecie [3]. W swojej pracy stają przed wieloma wyzwaniami: prowadzeniem interwencji pielęgniarskich celem zmniejszenia lęku i niepokoju pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, zarządzaniem sytuacjami konfliktowymi, prowadzeniem wnikliwej obserwacji osób chorych, zwłaszcza w godzinach nocnych. Mimo iż pielęgniarki są ważnym elementem zespołu sprawującego opiekę nad osobami z zaburzeniami psychicznymi, nie stanowiły do tej pory podmiotu badań w zakresie problemu zmęczenia przewlekłego. Dotychczasowe analizy koncentrowały się głównie wokół skutków wykonywania pracy przez pielęgniarki: zespołu wypalenia zawodowego (definiowanego jako zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, jaki może wystąpić u osób pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób) oraz zmęczenia współczuciem (*compassion fatigue*), opisującego, w jaki sposób praca rzutuje na zdolność pracownika do odczuwania współczucia dla innych) [4,5]. Dotychczas wykazano, że pielęgniarki doświadczają obydwu zjawisk na wysokim poziomie natężenia, a także wykazują objawy stresu pourazowego [6].

Analizy na lata 2017–2027 wskazują na większą liczbę pielęgniarek odchodzących niż przychodzących do zawodu i podwyższanie się ich średniego wieku. Stwarza to ryzyko niewystarczającej liczby pracujących pielęgniarek w kraju [7]. W Polsce zwraca uwagę systematyczny wzrost liczby pacjentów korzystających z różnych form leczenia psychiatrycznego, w tym trzykrotny wzrost liczby hospitalizacji młodzieży z rozpoznaniem zaburzeń zachowania i emocji oraz większą liczbę prób samobójczych i samookaleczeń w ciągu 25 lat [8]. Te dane uzasadniają potrzebę nie tylko kształcenia nowej kadry pielęgniarskiej, ale i wspierania tej istniejącej.

Z analizy światowych wskaźników chorób oraz problemów psychiatrycznych wynika potrzeba badania tej grupy zawodowej nie tylko pod kątem warunków wykonywanej pracy i jej efektywności, ale i kosztów zdrowotnych, jakie ponoszą jej przedstawiciele. W badaniach nad grupą zawodową pielęgniarek wykazano, że uwarunkowaniami zdrowia w pracy są zarówno percepcja organizacji pracy, jak i jego obiektywne charakterystyki [9]. W grupie pielęgniarek chirurgicznych objawy

zmęczenia po pracy, trudności ze snem i wyczerpanie emocjonalne współzależą od oceny wysiłków wkładanych w pracę oraz stopnia niezadowolenia z otrzymywanych korzyści. Znaczenie mają również cechy osobiste, które ujawniają się w sytuacjach trudnych w pracy. Badacze wielokrotnie dopatrywali się związku temperamentu z różnymi aspektami stresu. Jest on uznawany za czynnik bezpośrednio kreujący zachowanie zaradcze człowieka w sytuacji stresowej i wpływający na ewentualne zaburzenia wywołane stresem. Temperament jest rozpatrywany jako czynnik współdecydujący o intensywności przeżyć. Dotychczas ustalono, że w grupie pielęgniarek psychiatrycznych cechy temperamentu stanowią predyktory wypalenia zawodowego [10]. Brak jest danych dotyczących temperamentalnych uwarunkowań zmęczenia w tej grupie zawodowej w Polsce.

Cel badania

Celem niniejszego artykułu jest próba określenia stopnia zmęczenia przewlekłego w grupie pielęgniarek psychiatrycznych. Założono również jako cel przeanalizowanie zależności między warunkami środowiska pracy i temperamentem a zespołem przewlekłego zmęczenia u przedstawicielek tego zawodu. Postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom ogólnego zmęczenia przewlekłego i jego podskal w badanej grupie?
2. Czy wymiary temperamentu (żwawość, perseweratywność, rytmiczność, wrażliwość, wytrzymałość, reaktywność, aktywność) różnicują w istotny statystycznie sposób poziom odczuwanego zmęczenia przewlekłego?
3. Czy wybrane zmienne socjodemograficzne (wiek, staż pracy w zawodzie) w istotny statystycznie sposób różnicują odczuwany poziom zmęczenia przewlekłego u badanych?
4. Czy psychospołeczne warunki pracy (fizyczne warunki pracy, sposób jej wykonywania, rozwój zawodowy, funkcjonowanie w organizacji, relacje interpersonalne, agresja w miejscu pracy) różnicują badane ze względu na poziom przewlekłego zmęczenia?
5. Co jest predyktorem ogólnego poziomu zmęczenia i jego podskal w grupie pielęgniarek psychiatrycznych?

Material i metody

W pracy wykorzystano następujące narzędzia:

1. Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu w wersji zrewidowanej FCZ–KT(R), autorstwa M. Cyniak-Cieciury, B. Zawadzkiego i J. Strelaua [11]. Narzędzie składa się z 7 skal treściowych. Trzy skale testu badają czasową charakterystykę zachowania: żwawość – tendencja do szybkiego reagowania i utrzymywania wysokiego tempa wykonywanych czynności; perseweratywność – tendencja do utrzymywania i/lub powtarzania zachowania mimo

ustania działania bodźca, który wywołał to zachowanie; rytmiczność – tendencja do rytmicznego wykonywania czynności związanych z rytmem snu i czuwania, spożywania posiłków i rytmem życia. Cztery pozostałe skale składają się na energetyczny poziom zachowania: wrażliwość sensoryczna – zdolność do reagowania na bodźce zmysłowe, czułość zmysłowa; wytrzymałość – zdolność do adekwatnego reagowania w sytuacjach wymagających długotrwałej i wysoce stymulującej aktywności, przejawiająca się w wysokiej odporności na dystraktory i zmęczenie; reaktywność emocjonalna – tendencja do intensywnej reakcji na bodźce emocyjne; aktywność – tendencja do podejmowania wysoce stymulującej aktywności i/lub do podejmowania zachowań dostarczających stymulacji zewnętrznej. Do każdego pytania w FCZ–KT(R) można wybrać jedną z odpowiedzi: „Zdecydowanie nie zgadzam się”, „Nie zgadzam się”, „Zgadzam się”, „Zdecydowanie zgadzam się”. Współczynniki zgodności wewnętrznej mieszczą się w granicach 0,73–0,88, co wskazuje na wysoką rzetelność pomiaru tym kwestionariuszem i, pomimo skrócenia skal, nie odbiegają znacząco od współczynników uzyskiwanych dla skal pierwotnej wersji narzędzia.

2. Kwestionariusz Oceny Samopoczucia CIS20R do badania poziomu zmęczenia przewlekłego w populacji pracowników, autorstwa J. Vercoulena i wsp., w polskiej adaptacji T. Makowiec-Dąbrowskiej i W. Koszady-Włodarczyk [12]. Na test składa się 20 stwierdzeń. Osoba badana zaznacza na 7-stopniowej skali zgodność kolejnych stwierdzeń z własnymi przeżyciami, biorąc pod uwagę okres 14 dni poprzedzających badanie. Wynik pozwala na określenie poziomu ogólnego zmęczenia przewlekłego. Na sumę punktów w kwestionariuszu składają się wyniki 4 podskal (subiektywne poczucie zmęczenia, zaburzenie koncentracji, obniżenie motywacji, pogorszenie aktywności). Test posiada tymczasowe normy wyrażone za pomocą skali stenowej. Wyniki w przedziale 1–3 sten to wyniki niskie, wyniki pomiędzy 4. a 6. stenem to wyniki średnie, a wyniki wysokie mieszczą się w przedziale 7–10 sten. Dla wyniku globalnego niski poziom zmęczenia mieści się w granicach 39 pkt.; średni poziom zmęczenia to przedział 40–83 pkt., natomiast wysoki – powyżej 83 pkt. Kwestionariusz Oceny Samopoczucia CIS20R jest narzędziem, którego trafność i rzetelność są dopiero badane. Rzetelność kwestionariusza CIS20R określono, oceniając jego zgodność wewnętrzną za pomocą współczynnika α Cronbacha. Wartości współczynników dla poszczególnych podskal zmęczenia znajdują się w przedziale 0,611–0,879, a dla wyniku ogólnego wartość współczynnika wynosi 0,912.
3. Kwestionariusz osobowy, składający się z dwóch części. Pierwsza dotyczy danych metryczkowych, między innymi płci, wieku, stażu pracy w zawodzie, zawiera też pytania o posiadanie choroby przewlekłej, przebywanie na dyżurach 24-godzinnych (i dłuższych) oraz liczbę zakładów pracy, w których osoba badana jest zatrudniona. Druga część kwestionariusza odnosi się do charakterystyki środowiska pracy tj.:
 - a) Fizycznych warunków pracy (FWP) i zagadnień takich jak: zaburzenie rytmu okołodobowego (kolidowanie pracy w systemie zmianowym z rytmem fizjologicznym, psychicznym i rodzinnym); odsypianie (ilość godzin odsypianych po nocnej zmianie); warunki socjalne (ich ocena w miejscu pracy); wysiłek

- fizyczny – (czy praca wymagana dużego wysiłku); wybudzanie (częstotliwość wybudzeń w trakcie snu); zmęczenie po zmianie (jego stopień nasilenia).
- b) Sposobu wykonywania pracy (SWP): szybkości decyzji (częstotliwości podejmowania szybkich decyzji w pracy); monotonności działań w pracy; przewidywalności (częstotliwości występowania sytuacji nieprzewidywalnych); nierytmicznego przebiegu pracy; liczby pacjentów w stosunku do ilości personelu; dokumentacji (oceny ilości pracy papierkowej); samodzielności (możliwości podejmowania decyzji).
 - c) Rozwoju zawodowego (RW): zadowolenia z dotychczasowego przebiegu kariery; rozwoju (oceny możliwości kariery w obecnym miejscu pracy); wynagrodzenia (oceny satysfakcji z wynagrodzenia); prestiżu społecznego.
 - d) Funkcjonowania w organizacji (FWO): sprzeczności poleceń (oceny częstotliwości otrzymywania sprzecznych poleceń od kilku osób); jednoczesności wykonywania więcej niż jednej funkcji/roli w tym samym czasie; podłożenia (zdolności poradzenia sobie w roli zawodowej); docenienia przez lekarzy; docenienia przez pacjentów; przepływu informacji (oceniając od bardzo dobrze do źle funkcjonującego przepływu w zespole pracowniczym).
 - e) Relacji interpersonalnych (RI): konfliktów (ich częstotliwości w zespole); trudności w relacjach z lekarzami (w miejscu pracy); trudności w relacjach z pielęgniarkami; trudności w relacjach z rodziną pacjentów (w miejscu pracy).
 - f) Agresji w miejscu pracy (AWP): agresji słownej, agresji fizycznej (oceny stopnia ich nasilenia ze strony pacjentów); częstotliwości agresji ze strony pacjentów.

W przypadku większości pytań osoba badana wskazuje na pięciopunktowej skali, na ile zgadza się ze stwierdzeniem, że podane charakterystyki dotyczą jej/jego pracy.

Na badanie uzyskano zgodę Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Instytutu Psychologii UKW w Bydgoszczy (19 lutego 2019 roku) oraz dyrekcji placówek medycznych. Przebadano pielęgniarki pracujące w dwóch ośrodkach leczenia psychiatrycznego, dobór placówek był nielosowy. Do badań włączono wszystkie osoby, które wyraziły zgodę na uczestnictwo i oddały kompletne kwestionariusze. Badania były prowadzone anonimowo. Z analiz wyeliminowano osoby, które zaznaczyły w metryczce posiadanie przewlekłej choroby. Osoby badane wypełniały ankiety po zakończonej pracy, poza miejscem jej wykonywania.

W analizach wykorzystano dane pochodzące od 85 osób, 7 ankiet odrzucono z powodu niepełnych danych. Wszyscy uczestnicy badania to kobiety. Wiek badanych był w przedziale od 24 do 57 lat (średnia 45,7), a staż zawodowy wynosił od 2 do 37 lat (średnia 23). W grupie badanych 67 osób to pielęgniarki z oddziałów ogólnopsychiatrycznych dla mężczyzn i kobiet, 4 z oddziałów dla dzieci i młodzieży, 8 z oddziału leczenia zespołów abstynencyjnych i terapii uzależnień oraz 6 z oddziału psychiatrii sądowej. W badanej grupie było 10 osób dyżurujących w systemie 24-godzinny i dłuższym, 17 pielęgniarek wykonywało swoją pracę w więcej niż jednej placówce opieki zdrowotnej.

W celu uzyskania odpowiedzi na postawione pytania badawcze przeprowadzono analizy statystyczne za pomocą pakietu IBM SPSS Statistics 25. Przy jego pomocy

wykonano analizę podstawowych statystyk opisowych, analizy korelacji ze współczynnikiem r -Pearsona i ρ -Spearmana oraz analizy regresji liniowej metodą krokową, przyjmując wyniki istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$, natomiast wyniki na poziomie $0,05 < p < 0,1$ przyjęto za istotne na poziomie tendencji statystycznej. W artykule posłużono się skalą, gdzie [13]:

- a) $0 < r_{xy} \leq 0,1$ korelacja nikła;
- b) $0,1 \leq r_{xy} \leq 0,3$ korelacja słaba;
- c) $0,3 \leq r_{xy} \leq 0,5$ korelacja przeciętna;
- d) $0,5 \leq r_{xy} \leq 0,7$ korelacja wysoka;
- e) $0,7 \leq r_{xy} \leq 0,9$ korelacja bardzo wysoka.

Wyniki

W pierwszej kolejności dokonano analizy podstawowych statystyk opisowych wraz z testem Shapiro–Wilka celem zbadania, czy spełnione zostało założenie zgodności rozkładu badanych zmiennych ilościowych z rozkładem normalnym. Wynik testu okazał się być istotny statystycznie w przypadku większości zmiennych, niemniej jednak wartość bezwzględna wskaźnika skośności nie przekroczyła umownej wartości 1,5, co wskazuje, iż rozkład jest nieznacznie asymetryczny względem krzywej Gaussa. Na tej podstawie zdecydowano się na przeprowadzenie analizy parametrycznej.

Dla ustalenia w jakich przedziałach mieszczą się wyniki badanej grupy, posłużono się tymczasowymi normami dla wartości średnich składowych zmęczenia przewlekłego, autorstwa T. Makowiec-Dąbrowskiej i W. Koszady-Włodarczyk. W skali subiektywne poczucie zmęczenia osoby badane uzyskały średnie wyniki na poziomie przeciętnym, a wyniki w skalach obniżenie motywacji, pogorszenie aktywności oraz zaburzenie koncentracji można uznać za wysokie (odpowiednio: 4,5; 4,2; 4,18; 3,57 pkt.). Analiza w zakresie wyniku ogólnego odczuwanego zmęczenia przewlekłego wykazała, że:

1. Spośród 85 badanych aż 40 osób (47,05%) osiągnęło wyniki uznawane za wysokie (sten 7–10);
2. 41 osób (48,23%) uzyskało wyniki średnie (sten 4–6),
3. 4 osoby (4,7%) osiągnęły wyniki niskie, mieszczące się w granicach 3 stenu. Żadna z osób nie uzyskała wyników poniżej tego poziomu.

Uśredniony wynik globalny w zakresie poziomu zmęczenia przewlekłego dla badanej grupy to 83,3 pkt., co oznacza, że znajduje się na granicy wyników średnich (do 83) i wysokich (od 84).

Celem zweryfikowania kolejnego pytania badawczego postanowiono zbadać, czy istnieje związek pomiędzy wymiarami temperamentu a poziomem odczuwanego zmęczenia przewlekłego. W tym celu zastosowano współczynnik korelacji r -Pearsona (tab. 1). W wyniku przeprowadzonej analizy zaobserwowano istotną statystycznie, ujemną korelację pomiędzy wytrzymałością a wszystkimi składowymi mierzącymi odczuwany poziom zmęczenia przewlekłego oraz wskaźnikiem ogólnym. Analiza wykazała, że wraz ze spadkiem wytrzymałości poziom zmęczenia przewlekłego roś-

nie. Wykazane związki charakteryzują się umiarkowaną siłą, jedynie skala obniżenie motywacji koreluje silnie z wytrzymałością. Zaobserwowano również korelację ujemną o umiarkowanej sile pomiędzy aktywnością a obniżeniem motywacji.

Tabela 1. Korelacje pomiędzy odczuwanym poziomem zmęczenia przewlekłego a wymiarami temperamentu

		Żwaw.	Per.	Ryt.	Wraż.	Wyt.	Reak.	Akt.
Subiektywne poczucie zmęczenia	r-Pearsona	-0,04	0,18	-0,11	-0,09	-0,38	0,15	-0,27
	Istotność	0,695	0,104	0,317	0,439	<0,001	0,163	0,014
Obniżenie motywacji	r-Pearsona	-0,02	0,18	-0,10	0,01	-0,51	0,13	-0,33
	Istotność	0,871	0,105	0,357	0,941	<0,001	0,230	0,002
Pogorszenie aktywności	r-Pearsona	0,00	0,06	-0,10	0,06	-0,42	0,11	-0,13
	Istotność	0,993	0,607	0,385	0,618	<0,001	0,317	0,232
Zaburzenie koncentracji	r-Pearsona	-0,02	0,14	-0,06	-0,08	-0,42	0,26	-0,07
	Istotność	0,826	0,213	0,573	0,449	<0,001	0,015	0,528
Wskaźnik ogólny zmęczenia	r-Pearsona	-0,03	0,17	-0,11	-0,05	-0,48	0,19	-0,23
	Istotność	0,784	0,130	0,338	0,649	<0,001	0,075	0,036

Żwaw. – żwawość, Per. – perseweratywność, Ryt. – rytmiczność, Wraż. – wrażliwość sensoryczna, Wyt. – wytrzymałość, Reak. – reaktywność emocjonalna, Akt. – aktywność

W następnej kolejności postanowiono zbadać związek pomiędzy wiekiem oraz stażem pracy w zawodzie a poziomem odczuwanego zmęczenia przewlekłego w badanej grupie pielęgniarek. W wyniku analizy okazało się, iż występuje jedynie istotny związek na poziomie tendencji statystycznej między wiekiem a skalą obniżenie motywacji ($r=0,19$; $p=0,084$). Występująca dodatnia, słaba korelacja wskazuje, że wraz z wiekiem wzrasta obniżenie motywacji wśród badanych.

Przy pomocy analizy korelacji r-Pearsona oraz rho-Spearmana zweryfikowano istnienie istotnego statystycznie związku fizycznych warunków pracy z odczuwanym poziomem zmęczenia przewlekłego. Analizy wykazały istotny statystycznie dodatni związek zaburzeń rytmu okołodobowego ze skalą pogorszenie aktywności ($r=0,30$; $p=0,004$). Wynik ten znajduje się na granicy korelacji przeciętnej i słabej.

Kolejnym celem było zbadanie związku pomiędzy sposobem wykonywania pracy a odczuwanym poziomem zmęczenia przewlekłego (tab. 2). W wyniku analizy okazało się, iż skala nierytmiczny przebieg pracy oceniana w ankiecie osobowej wykazuje istotny statystycznie związek z dwiema podskalami (obniżenie motywacji, pogorszenie aktywności) oraz wskaźnikiem ogólnego zmęczenia przewlekłego w teście CIS20R. Zaobserwowano istotną, dodatnią korelację liczby pacjentów z wynikiem ogólnym w zakresie zmęczenia personelu. Zmienne liczba pacjentów i ilość dokumentacji są w dodatniej, umiarkowanej korelacji ze skalą subiektywne poczucie zmęczenia.

Tabela 2. Korelacje pomiędzy odczuwanym poziomem zmęczenia przewlekłego a sposobem wykonywania pracy

		Subiektywne poczucie zmęczenia	Obniżenie motywacji	Pogorszenie aktywności	Zaburzenie koncentracji	Wskaźnik ogólny
Szybkość decyzji	rho Spearmana	0,18	0,16	0,27	0,28	0,26
	Istotność	0,095	0,149	0,011	0,010	0,016
Monotonność	rho – Spearmana	-0,01	0,06	-0,04	-0,04	-0,01
	Istotność	0,906	0,588	0,691	0,690	0,954
Przewidywalność	rho – Spearmana	0,10	0,04	0,06	0,21	0,13
	Istotność	0,363	0,738	0,580	0,056	0,241
Samodzielność	rho – Spearmana	0,00	0,05	0,12	0,19	0,09
	Istotność	0,980	0,638	0,279	0,085	0,434
Nierytmiczny przebieg	r-Pearsona	0,27	0,39	0,33	0,29	0,35
	Istotność	0,011	<0,001	0,002	0,006	0,001
Liczba pacjentów	r-Pearsona	0,36	0,17	0,22	0,28	0,32
	Istotność	0,001	0,128	0,039	0,009	0,003
Ilość dokumentacji	r-Pearsona	0,33	0,23	0,21	0,21	0,29
	Istotność	0,002	0,035	0,060	0,058	0,007

Następnie zbadano związek rozwoju zawodowego (ocena możliwości rozwoju kariery, zadowolenie, wynagrodzenie, prestiż społeczny) ze zmęczeniem przewlekłym. W wyniku analiz okazało się, że nie występują korelacje między tymi zmiennymi na poziomie wyższym niż słaba korelacja (rozwój kariery – pogorszenie aktywności: $R=-0,20$; $p=0,074$; zadowolenie – pogorszenie aktywności: $R=-0,024$; $p=0,025$).

Celem zweryfikowania związku między funkcjonowaniem w organizacji a odczuwanym poziomem zmęczenia przewlekłego wykonano kolejne analizy (tab. 3). Analiza korelacji rho-Spearmana potwierdziła, że wraz ze spadkiem poziomu przepływu informacji wzrastają wyniki na skali mierzącej pogorszenie aktywności i ogólny wskaźnik odczuwanego zmęczenia przewlekłego. Zaobserwowano korelację o dodatnim znaku oraz przeciętnej sile pomiędzy sprzecznością otrzymywanych poleceń a zaburzeniem koncentracji. Oznacza to, że przy większej częstotliwości otrzymywania sprzecznych poleceń od kilku osób, rośnie poziom wyników na skali mierzącej trudności w zakresie koncentracji.

Tabela 3. Korelacje pomiędzy odczuwanym poziomem zmęczenia przewlekłego a funkcjonowaniem w organizacji

		Subiektywne poczucie zmęczenia	Obniżenie motywacji	Pogorszenie aktywności	Zaburzenie koncentracji	Wskaźnik ogólny
Sprzeczność	r-Pearsona	0.21	0.14	0.22	0.33	0.26
	Istotność	0.049	0.219	0.048	0.002	0.015
Jednoczesność	r-Pearsona	0.25	0.09	0.16	0.20	0.22
	Istotność	0.023	0.423	0.143	0.069	0.046
Podolanie	r-Pearsona	0.02	0.01	0.02	0.07	0.04
	Istotność	0.872	0.903	0.833	0.529	0.740
Docenienie przez lekarzy	r-Pearsona	0.09	-0.01	-0.08	0.07	0.05
	Istotność	0.419	0.928	0.488	0.500	0.684
Docenienie przez pacjentów	r-Pearsona	-0.12	-0.18	-0.24	-0.20	-0.19
	Istotność	0.296	0.110	0.026	0.070	0.077
Przepływ informacji	rho-Spearmana	-0.21	-0.24	-0.38	-0.26	-0.30
	Istotność	0.054	0.029	<0.001	0.017	0.005

Weryfikując związek relacji interpersonalnych z odczuwanym poziomem zmęczenia przewlekłego zauważono istotną statystycznie korelację między zmienną relacje z pielęgniarkami (mierzoną w ankiecie osobowej) a dwiema podskalami mierzącymi zmęczenie przewlekłe i wynikiem ogólnym (tab. 4). Im gorsza jakość interakcji z innymi pielęgniarkami, tym wyższy odczuwany poziom stanu zmęczenia oraz pogorszenia koncentracji i obniżenia motywacji. Występujące związki charakteryzują się umiarkowaną siłą.

Tabela 4. Korelacje pomiędzy odczuwanym poziomem zmęczenia przewlekłego a relacjami społecznymi

		Subiektywne odczucie zmęczenia	Obniżenie motywacji	Pogorszenie aktywności	Zaburzenie koncentracji	Wynik ogólny
Konflikty	rho-Spearmana	0,12	0,11	0,09	0,12	0,12
	Istotność	0,294	0,340	0,417	0,294	0,282
Trudności w relacjach z lekarzami	rho-Spearmana	-0,12	-0,25	-0,16	-0,01	-0,16
	Istotność	0,281	0,019	0,136	0,931	0,144
Trudności w relacjach z pielęgniarkami	rho-Spearmana	-0,27	-0,33	-0,25	-0,31	-0,34
	Istotność	0,011	0,002	0,024	0,003	0,001
Trudności w relacjach z rodziną pacjenta	r-Pearsona	-0,07	-0,13	-0,13	-0,04	-0,10
	Istotność	0,500	0,236	0,226	0,704	0,380

Ostatnia analiza korelacji badała związek agresji w miejscu pracy (agresji słownej, agresji fizycznej, jej częstotliwości) z poziomem odczuwanego zmęczenia. W wyniku analiz okazało się, że nie występują korelacje między tymi zmiennymi na poziomie wyższym niż słaba (częstotliwość – zaburzenie koncentracji: rho-Spearmana=0,27; p=0,014).

W celu podsumowania powyższych analiz przeprowadzona została analiza regresji liniowej metodą krokową. Jako predyktory wprowadzone zostały charakterystyki pracy oraz wymiary temperamentu. Wykorzystano zmienne, które istotnie statystycznie korelowały z poszczególnymi wymiarami zmęczenia przewlekłego (subiektywnym odczuciem zmęczenia, obniżeniem motywacji, pogorszeniem aktywności, zaburzeniem koncentracji) oraz wynikiem ogólnym. Przy wyborze modelu kierowano się zasadą znaczącego współczynnika determinacji oraz celem ustalenia najsilniejszego predyktora. Syntezę rezultatów zawarto w tab. 5. Najsilniejszym predyktorem dla wyniku ogólnego, jak i poszczególnych podskal zmęczenia przewlekłego, okazała się być wytrzymałość. Jej wzrost o jedną jednostkę powoduje jednoczesny spadek wyników na podskali subiektywne odczucie zmęczenia o 0,64 jednostki. W wyniku przeprowadzonej analizy okazało się, że wytrzymałość razem ze zmienną liczbą pacjentów wyjaśniają blisko 14% zmienności w zakresie subiektywnego odczucia zmęczenia. Liczba pacjentów jako czynnik była dodatnio, zaś wytrzymałość ujemnie powiązana z subiektywnym odczuciem zmęczenia. Kolejna wykonana analiza pozwoliła na zbudowanie modeli dla zmiennej objaśnianej, jaką jest obniżenie motywacji. Okazało się, że skala wytrzymałość wyjaśnia samodzielnie aż 26% wariancji w zakresie tej podskali. Wskaźnik współczynnika niestandardyzowanego beta wskazuje, że wzrost poziomu wytrzymałości o 1 jednostkę wpłynie na spadek poziomu obniżenia motywacji o 0,38 jednostki. Razem z innymi predyktorami nierytmicznym przebiegiem pracy i aktywnością (uwarunkowaną temperamentem) wyjaśniają aż 39% zmienności. Z wyjątkiem nierytmicznego przebiegu pracy predyktory powiązane są ujemnie z obniżeniem motywacji.

Dalsze badania regresji wykazały, że wytrzymałość samodzielnie wyjaśnia około 18% zmienności w zakresie zmniejszenia aktywności. Wraz z jej wzrostem o jedną jednostkę, poziom pogorszenia aktywności spada o 0,33 jednostki. Razem z dwiema zmiennymi: szybkość decyzji i przepływ informacji, wyjaśniają blisko 32% zmienności w zakresie wymiaru aktywności. Współczynniki beta świadczą o ujemnym powiązaniu predyktorów ze zmniejszeniem aktywności, z wyjątkiem wskaźnika szybkość decyzji, który jest dodatni.

Kolejna wykonana analiza pozwoliła na zbudowanie modeli dla zmiennej objaśnianej zaburzenie koncentracji. Przy wzroście wytrzymałości o jedną jednostkę poziom tej skali spada o 0,49 jednostki. Predyktor ten wyjaśnia 17% zmienności w zakresie trudności z koncentracją. Oprócz wytrzymałości istotnym predyktorem okazała się być skala sprzeczność poleceń. Dodanie tej zmiennej sprawia, że procent wyjaśnianej wariancji wzrasta do 25.

W ostatnim kroku stworzone zostały modele regresji krokowej dla ogólnego wyniku zmęczenia. Wytrzymałość samodzielnie wyjaśnia 23% wariancji w zakresie tej zmiennej objaśnianej. Okazało się, że dodanie kolejnych predyktorów w postaci

wymiarów: sprzeczność poleceń oraz trudności w relacjach z pielęgniarkami, sprawia, że procent wyjaśnianej wariancji wzrasta istotnie do 35. Wartości współczynników standaryzowanych beta wskazują na to, że szybkość decyzji jest zmienną powiązaną dodatnio ze zmęczeniem ogólnym. Wytrzymałość oraz trudności w relacjach z pielęgniarkami są predyktorami o charakterze ujemnym.

Tabela 5. Podsumowanie regresji zmiennych zależnych (zmęczenia przewlekłego i podskal)

Zmienne	β	T	R ²	F
Subiektywne odczucie zmęczenia				
Model 1				
Wytrzymałość	-0,38	-3,71***	0,14	13,75***
Model 2				
Wytrzymałość	-0,33	-3,42**	0,22	12,83***
Liczba pacjentów	0,31	3,22**		
Obniżenie motywacji				
Model 1				
Wytrzymałość	-0,51	-5,39***	0,26	29,00***
Model 3				
Wytrzymałość	-0,39	-4,30***	0,39	18,92***
Nierytmiczny przebieg	0,32	3,64***		
Aktywność	-0,27	-3,14**		
Pogorszenie Aktywności				
Model 1				
Wytrzymałość	-0,42	-4,24***	0,18	17,91***
Model 3				
Wytrzymałość	-0,41	-4,52***	0,32	14,16***
Szybkość decyzji	0,31	3,48**		
Przepływ informacji	-0,26	-2,88**		
Zaburzenia koncentracji				
Model 1				
Wytrzymałość	-0,42	-4,19***	0,17	17,53***
Model 2				
Wytrzymałość	-0,39	-4,13***	0,25	14,71***
Sprzeczność	0,30	3,16**		
Wynik ogólny zmęczenia				

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Model 1				
Wytrzymałość	-0,48	-4,92***		
Model 4	-0,41	-4,54***	0,23	24,18***
Wytrzymałość	0,32	3,60**	0,35	16,22***
Sprzecznosc	-0,27	-3,00**		
Trudności w relacjach z pielęgniarkami				

β -standaryzowany współczynnik regresji, T-istotność danego predyktora, R²-wartość współczynnika determinacji, F-istotność modelu

* – $p < 0.05$; ** – $p < 0.01$; *** – $p < 0.001$

Omówienie wyników

Badanie stanu zmęczenia w grupie pielęgniarek psychiatrycznych ma szczególne uzasadnienie praktyczne. CFS jest złożonym zaburzeniem, które oddziałuje na funkcjonowanie pamięci. Udowodniono, że upośledza funkcje poznawcze, głównie w zakresie szybkości psychomotorycznej i uwagi [12]. Oznacza to, że może negatywnie wpływać na obowiązki pielęgniarskie świadczone względem osób chorych. Ma to szczególne znaczenie w obliczu wzrostu zapotrzebowania na usługi psychiatryczne. W konsekwencji badanie kondycji psychofizycznej przedstawicieli tej grupy zawodowej wpisuje się w nurt badań nad szeroko rozumianą kondycją psychiatrii polskiej.

Analizy stanu zmęczenia przewlekłego w grupie pielęgniarek psychiatrycznych pozwoliły na ocenę, że natężenie objawów deklarowanych przez badane oscyluje wokół wyników średnich i wysokich. Niepokojący jest fakt, że prawie połowa badanych uzyskała wyniki wskazujące na duże natężenie zmęczenia. Oznacza to, że stosunkowo liczna grupa pielęgniarek doświadcza obciążeń pod postacią CFS, co uwidacznia się przykładowo w gorszej zdolności do koncentracji. Jeśli przyjąć, że dochodzi do tego podczas wykonywanej pracy, to istnieje wyższe prawdopodobieństwo popełnienia błędu czy zwolnionego tempa działania. Uzyskany wynik globalny i wyniki poszczególnych podskal są średnio wyższe w porównaniu do wyników, jakie uzyskała w innym badaniu [13] grupa kobiet w ciąży, pracownic przemysłu, handlu i służb komunalnych. Pielęgniarki psychiatryczne są również średnio bardziej zmęczone przewlekle w porównaniu do grupy nauczycieli. Różnice odnoszą się do subiektywnego odczucia zmęczenia, zmniejszenia aktywności, obniżenia motywacji oraz pogorszonej koncentracji [14]. Otrzymany wynik jest jednak odmienny od danych uzyskanych z badania najlicniejszej grupy pielęgniarek i pielęgniarzy w Polsce ($n=1141$), gdzie nasilenie zmęczenia przewlekłego związanego z pracą było na poziomie przeciętnym (6 sten) [15]. Istotny jest fakt, że nie uwzględniono w nim podziału badanych względem specjalizacji oraz miejsca wykonywanej pracy.

W omawianym badaniu przeanalizowano rolę czynników temperamentalnych w kształtowaniu się zmęczenia przewlekłego. Przyjęto, że cechy temperamentu stanowią moderatory relacji między bodźcem a konsekwencjami jego doświadczania. W wy-

niku analiz okazało się, że niska wytrzymałość w grupie pielęgniarek psychiatrycznych to temperamentalny wskaźnik rozwoju zmęczenia przewlekłego i jego poszczególnych składowych. Wydaje się to zrozumiałe przy uwzględnieniu, że wydolność układu nerwowego znajduje wyraz w adekwatnych reakcjach na silną lub długotrwałą stymulację w trakcie wykonywanej pracy. Taką specyfikę można przypisać obciążeniom zawodowym osób opiekujących się pacjentami chorującymi na tle psychicznym. Niskie natężenie cechy wytrzymałości okazuje się być czynnikiem ryzyka nie tylko dla personelu psychiatrycznego, ale i przedstawicieli innych zawodów, gdzie występuje narażenie na niebezpieczeństwo utraty zdrowia czy życia w związku z wykonywanymi obowiązkami zawodowymi. Badania w grupach policjantów strażaków i wojskowych [16] wykazały, że wszystkie objawy zaburzeń PTSD korelowały negatywnie z wytrzymałością (*endurance*) w badanych grupach przedstawicieli służb. W innych analizach [17] wykazano również, że niska wytrzymałość w grupie funkcjonariuszy więziennych sprzyja doświadczaniu większej ilości stresorów w pracy oraz poczuciu mniejszego wsparcia społecznego od współpracowników. Ponadto rzutuje ona na skłonność do korzystania ze strategii zorientowanych na emocje i rzadszą koncentrację na realizacji celu. Konkludując, należy wskazać, że ta cecha temperamentalna ma ugruntowane znaczenie w grupie zawodów trudnych i niebezpiecznych.

Wytrzymałość ma swoje korzenie w pojęciu siły procesu pobudzenia (SPP) I. Pawłowa. Wynik ten jest spójny z dotychczasowymi ustaleniami na temat SPP [18]. Siła procesów pobudzenia odnosząca się do funkcjonalnej wydolności ośrodkowego układu nerwowego ma potwierdzone znaczenie w przewidywaniu rozwoju zmęczenia w zakresie wyniku ogólnego, jak i podskal w grupie osób pracujących. Dodatkowo, jak ustalono w badaniach prowadzonych na grupie nauczycieli [19], jego natężenie jest w istotnie negatywnym związku z wyczerpaniem emocjonalnym (składową wypalenia zawodowego) na skutek wykonywanej pracy. Ciekawe jest, że relacja między siłą procesów pobudzenia (SE) a zmęczeniem nie została potwierdzona przy wykorzystaniu innego narzędzia, skali pomiaru zmęczenia tj. *10-item Fatigue Assessment Scale (FAS)* [20]. Zastosowane narzędzie umożliwia obliczenie jedynie ogólnego wskaźnika odczuwanego zmęczenia, będącego sumą wszystkich punktów.

Jak wykazano w niniejszym badaniu, we współzależności z obniżeniem motywacji oraz pogorszeniem koncentracji pozostają relacje z pielęgniarkami i są one jednocześnie jednym z predyktorów w modelu wyjaśniającym zmienność w zakresie wyniku ogólnego zmęczenia. Do tej pory ustalono [21,22], że interakcje społeczne personelu pielęgniarskiego mają znaczący wpływ na ocenę pracy. Z jednej strony silnie oddziałują na odczuwaną przez pracowników satysfakcję, z drugiej – stanowią najczęstsze źródło stresu. W ocenie personelu problemem w relacjach zawodowych jest m.in. nieefektywna komunikacja oraz konflikty między pojedynczymi pracownikami, jak i pomiędzy grupami. Zastanawiające jest, na ile specyfika pracy z pacjentami psychiatrycznymi rzutuje na budowanie relacji w zespole pracowniczym. Co charakterystyczne, w zbiorowości pielęgniarek psychiatrycznych częściej niż wśród innych specjalizacji deklarowane jest intensywne zaangażowanie w relacje (rozumiane jako oddanie i zobowiązanie) oraz jednocześnie częstsze pozostawanie w relacjach konfliktowych z pacjentami, rodzinami i personelem medycznym w pracy [23]. W poszukiwaniu

przyczyn nieporozumień użyteczne mogą być analizy kompetencji zawodowych dokonane w grupie polskich pielęgniarek [24]. Wykazują one na duże rozbieżności co do wzajemnej oceny. Wszystkie badane osoby wskazały, że poziom ich własnych kompetencji jest zadowolający lub zdecydowanie zadowolający. Młodsze pielęgniarki jako niewystarczające i niezadowolające oceniły umiejętności starszych koleżanek w zakresie przekazywania pacjentom informacji i udzielania im wsparcia (40–47%).

W związku z powyższym wzmacnianie pozytywnych stosunków w pracy może być istotnym obszarem dla promocji zdrowia pracowników. Dotyczy to relacji między współpracownikami, menedżerami i odbiorcami usług opiekuńczych. Przy ich budowaniu warto pamiętać, że zależą one między innymi od społecznych umiejętności i doświadczenia osób je tworzących. Jak wskazuje Brudek i wsp., ważna wydaje się być praca nad negatywnymi emocjami doświadczanymi przez personel oddziałów psychiatrycznych [25]. Na podstawie prezentowanych wyników badań należałoby dodać, że praca nad relacjami pracowniczymi powinna być również zorientowana na radzenie sobie z przeżyciami wynikającymi z konfliktów pracowniczych. Zdolność do konstruktywnego doświadczania uczuć może zmniejszyć ryzyko rozładowywania ich w sposób niewłaściwy.

W niniejszym badaniu dostrzeżono znaczenie innych czynników tworzących obraz funkcjonowania pielęgniarek psychiatrycznych w organizacji. Sprzeczność poleceń okazała się być jednym z predyktorów wyjaśniających zmienność w zakresie zaburzeń koncentracji i ogólnego wyniku zmęczenia. Z kolei źle funkcjonujący przepływ informacji w zespole przewiduje w modelu regresji pogorszenie się aktywności osób badanych. Można konkludować, że obydwie czynniki odnoszą się do dostrzeganych trudności w funkcjonowaniu zespołów pracowniczych, w tym w zakresie komunikowania się i funkcjonowania w roli zawodowej. Badane wykazały, że im częściej otrzymują sprzeczne polecenia od kilku osób, tym gorzej są skoncentrowane, a im gorszy jest przepływ informacji między personelem, tym silniej doświadczają ogólnego zmęczenia i pogorszonej aktywności.

Potencjalne konsekwencje takiego stanu rzeczy stoją w sprzeczności do założeń ochrony zdrowia. Od personelu wymagana jest rzeczowa informacja oraz działania skoncentrowane na polepszeniu stanu zdrowia. Dzięki funkcjom, jakie pełni komunikacja pracownicza, możliwa jest realizacja celów organizacji. Wykonanie planów, organizowanie pracy i jej kontrola możliwa jest dzięki interakcjom społecznym w zespole. Dotychczasowe analizy na ten temat [26] wskazują, że dysfunkcyjne komunikowanie się w organizacji można uznawać za przyczynę sytuacji konfliktowych w grupie pielęgniarek. Ponadto zadowolenie z jakości procesu porozumiewania się między pracownikami rzutuje na podejmowanie przez nich zachowań prospołecznych w pracy opiekuńczej. Wywiady prowadzone wśród polskiego personelu wykazały, że wpływ na złą atmosferę w pracy ma między innymi zła komunikacja interpersonalna [27]. Prezentowane w artykule wyniki badań każą zastanawiać się, na ile wskazane problemy (sprzeczność wydawanych poleceń, funkcjonowanie przepływu informacji) nie przybierają silnie zaburzonej formy. W toku badań nad zjawiskami patologicznymi w pracy [28] ustalono, że problemy z wewnętrzną komunikacją są powiązane ze stylami przywództwa menedżerów i pozostają we współzależności ze zjawiskiem mobbingu

pracowniczego. Do wystąpienia nękania czy zastraszania w organizacji może również dochodzić w wyniku dużego przeciążenia obowiązkami zawodowymi przy napiętej atmosferze i poczuciu stresu.

W celu poszerzenia wiedzy na temat wskazanego problemu dotyczącego sprzeczności poleceń i obiegu informacji należałoby przeanalizować dodatkowe kwestie. Przykładowo: Na ile struktura organizacyjna placówek służby zdrowia utrudnia przepływ komunikatów i rzutuje na zmęczenie pracowników? W jaki sposób delegowanie odpowiedzialności może usprawnić reagowanie w sytuacjach nagłych i czy może działać motywująco? Nie ulega wątpliwości, że badanie stanu komunikacji wewnątrz organizacji pod postacią audytu komunikacyjnego może stanowić użyteczne narzędzie dla wspomnienia rozwoju efektywnego porozumiewania się. Ponadto przegląd literatury z lat 2003–2016 [29] wykazał, że prowadzenie systematycznych szkoleń zespołowych oraz praca nad wzajemnym poznawaniem swoich ról i obowiązków znacznie poprawia komunikowanie się.

Przeprowadzone badania posiadają swoje ograniczenia. Przy kontynuacji badań w tym zakresie ważne wydaje się być uwzględnienie szczególnych charakterystyk przypisanych zarówno do tego zawodu, jak i płci osób go wykonujących. Przykładowo, jak wskazuje literatura [30], pielęgniarki są bardziej podatne niż reszta personelu medycznego na odczuwanie szczególnego rodzaju stresu zwanego stresem sumienia. W grupie pielęgniarek psychiatrycznych jest on efektem narażenia na sytuacje kiedy pracownice mierzą się z niemożnością realizacji powinności zawodowych zgodnie z oczekiwaniami. Stres sumienia pozostaje w relacji m.in. do zachowań agresywnych i odczuwanej złości. Dalej warte przyjrzenia się byłyby kwestie interakcji między sferą zawodową a prywatną oraz ich konsekwencjami na poziomie doświadczania zmęczenia przewlekłego. W ocenie Autorki zastanawiający jest brak uchwyconych zależności między stanem zmęczenia przewlekłego a wiekiem i stażem zawodowym osób badanych. Pielęgniarka to zawód „starzejący się” na polskim rynku pracy. Warte eksplorowania wydaje się być znaczenie procesów biologicznych i towarzyszących im np. objawów okołomenopauzalnych pielęgniarek w wieku powyżej 40. roku życia.

Zaprezentowane badanie stanowi głos w dyskusji nad jakością świadczeń zdrowotnych i kwestią warunków pracy w lecznictwie psychiatrycznym. Dzięki analizom danych możliwa jest wstępna ocena motywacji do wykonywania pracy czy zdolności do koncentracji w trakcie realizowania obowiązków pielęgniarskich. Kontynuacja badań w tym zakresie pozwolić może na stworzenie psychologicznej charakterystyki problemów w zawodzie pielęgniarki psychiatrycznej. Niezmiennie ważne jest zgłębianie obszarów kompetencyjnych w tej grupie zawodowej, które pełnią funkcję chroniącą przed obciążeniami psychofizycznymi w pracy oraz wzmocnienie ich.

Wnioski

1. Wyniki badań własnych potwierdzają problem występowania zjawiska zmęczenia przewlekłego w grupie pielęgniarek psychiatrycznych. W najliczniejszej grupie badanych stwierdzono występowanie zmęczenia przewlekłego na poziomie średnim, następnie na poziomie wysokim. Jego natężenie tworzy szczególnie obraz kondycji psychofizycznej personelu w obliczu wyzwań współczesnej opieki psychiatrycznej.

2. Wytrzymałość jako cecha temperamentu ma znaczenie dla analizowania różnic w stanie zmęczenia przewlekłego w grupie pielęgniarek psychiatrycznych. Jej niski poziom jest jednym z predyktorów wysokich wyników w zakresie poszczególnych podskal zmęczenia przewlekłego, jak i wyniku ogólnego w tym zakresie. Rola wytrzymałości uwidoczniła się w badaniu wynika ze specyfiki sytuacji trudnych, na jakie są narażeni w pracy przedstawiciele zawodów społecznych.
3. W badanej grupie trudności w relacjach między pielęgniarkami stanowią korelaty pogorszenia koncentracji, obniżenia motywacji oraz rzutują na wynik ogólny w zakresie zmęczenia przewlekłego. Częstotliwość otrzymywania sprzecznych poleceń od personelu oraz funkcjonowanie przepływu informacji pozostają we współzależności z pogorszeniem koncentracji. Uzyskane wyniki są zgodne z doniesieniami naukowymi na temat roli klimatu społecznego w pracy oraz umiejętności komunikowania się w grupach pracowniczych.
4. Badania uwidoczniły potrzebę wspierania personelu pielęgniarskiego dla sprawniejszego funkcjonowania zawodowego oraz rozwijania badań z zakresu problematyki zmęczenia przewlekłego.

Piśmiennictwo

1. Mounstephen A, Sharpet M. *Chronic fatigue syndrome and occupational health*. *Occup. Med.* 1997; 47(4): 217–227.
2. Van Dijk FJ, Swaen GM. *Fatigue at work*. *Occup. Environ. Med.* 2003; 60(1): i1–i2.
3. Shen HC, Cheng Y, Tsai P, Lee SH, Guo YL. *Occupational stress in nurses in psychiatric institutions in Taiwan*. *J. Occup. Health.* 2005; 47: 218–225.
4. Turgoose D, Maddox L. *Predictors of compassion fatigue in mental health professionals: A narrative review*. *Traumatology.* 2017; 23(2): 172–185.
5. Maslach C. *Burnout: A multidimensional perspective*. W: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. red. *Professional burnout: Recent developments in theory and research*. New York: Routledge; 2017. s. 19–32.
6. Uslu E, Buldukođlu K. *Compassion Fatigue in Psychiatric Nursing: A Systematic Review*. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar – Current Approaches in Psychiatry.* 2017; 9(4): 421–420.
7. Proniewicz J. *Prognoza Liczby Pielęgniarek w Polsce na lata 2017–2027*. *Studia Ekonomiczne. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Katowicach.* 2017; 340: 99–115.
8. Anczewska M, Biechowska D, Gałeczki P, Janas-Kozik M, Koń B, Skrzypkowska-Braniewicz B. i wsp. *Analiza świadczeń psychiatrycznych udzielonych osobom dorosłym w latach 2010–2014 na podstawie danych Narodowego Funduszu Zdrowia*. *Psychiatr. Pol.* 2018, 109: 1–16.
9. Basińska B, Wilczek-Rużyczka E. *Zespół wypalenia zawodowego i zmęczenie w kontekście pracy zmianowej i stresu zawodowego wśród pielęgniarek chirurgicznych*. *Przegląd Psychologiczny.* 2011; 54(1): 99–113.
10. Brudek P, Steuden S, Furmanek M, Ciuła G. *Cechy temperamentu i style radzenia sobie ze stresem jako predyktory wypalenia zawodowego u pielęgniarek psychiatrycznych*. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin – Polonia* 2018; 31(2): 285–299.

11. Cyniak-Cieciura M, Zawadzki B, Strelau J. *Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu: wersja Zrewidowana – FCZ-KT(R). Podręcznik*. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych PTP; 2016.
12. Shanks L, Jason LA, Evans M, Brown A. *Cognitive impairments associated with CFS and POTS*. *Frontiers in Physiology* 2013; 4: 113.
13. Makowiec-Dąbrowska T, Koszada-Włodarczyk W. *Przydatność kwestionariusza CIS20R do badania zmęczenia przewlekłego*. *Med. Pr.* 2006; 57(4): 335–345.
14. Kruczek A. *Humor nauczycieli i jego związki z przewlekłym zmęczeniem – mediacyjna rola stresu w pracy*. *Med. Pr.* 2019; 70(3): 343–361.
15. Andruszkiewicz A. *Wybrane psychospołeczne aspekty funkcjonowania zawodowego pielęgniarek a ich stan zdrowia*. Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika; 2018.
16. Oniszczenko W. *Temperamental correlates of trauma symptoms in firemen, policemen and soldiers*. *Int. J. Occup. Med.* 2014; 27(4): 599–607.
17. Cieślak R, Korczyńska J, Strelau J, Kaczmarek M. *Burnout predictors among prison officers: The moderating effect of temperamental endurance*. *Pers. Individ. Differ.* 2008; 45(17): 666–672.
18. De Vries J, Van Heck GL. *Fatigue: relationships with basic personality and temperament dimensions*. *Pers. Individ. Differ.* 2002; 33(8): 1311–1324.
19. Rudow B, Buhr J. *Beziehungen zwischen Tätigkeitsmerkmalen, personalen Eigenschaften und dem Belastungserleben sowie neurotisch-functionellen Störungen bei Lehrern*. W: Schröder H, Reschke K. red. *Beiträge zur Theorie und Praxis der medizinischen Psychologie*. Leipzig: Universität Leipzig; 1986. s. 3–54.
20. Michielsen HJ, Willemsen TM, Croon MA, De Vries J, Van Heck GL. *Determinants of general fatigue and emotional exhaustion: a prospective study*.
21. *Psychol. Health.* 2004; 19(2): 223–235.
22. Ando M, Kawano M. *Association between moral distress and job satisfaction of Japanese psychiatric nurses*. *Asian/Pacific Island Nursing Journal.* 2016; 1(2): 55–60.
23. Cronin-Stubbs D, Brophy EB. *Burnout: can social support save the psychiatric nurses?* *J. Psychosoc. Nurs. Men.* 1985; 23: 8–13.
24. Trygstad LN. *Stress and coping in psychiatric nursing*. *J. Psychosoc. Nurs. Men.* 1986; 24(10): 23–27.
25. Stompór-Świdarska J. *Pracownicy 50+ w perspektywie 360° na przykładzie oceny pielęgniarek. Zarządzanie zasobami ludzkimi w teorii i praktyce*. Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej we Wrocławiu. 2014; 8(46): 171–182.
26. Brudek P, Steuden S, Ciuła G. *Mediacyjna rola stylów radzenia sobie ze stresem w związkach temperamentu i wypalenia zawodowego. Badania pielęgniarek psychiatrycznych*. *Psychiatr. Pol.* 2019; 131: 1–18.
27. Kim Y, Jang SJ. *Nurses' organizational communication satisfaction, emotional labor, and prosocial service behavior: A cross-sectional study*. *Nurs. Health. Sci.* 2019; 21 (2), 223–230.
28. Ziółkowska B, Szmit D. *Umiejętności interpersonalne menedżerów a zadowolenie i rozwój zawodowy personelu pielęgniarskiego w zamkniętej placówce służby zdrowia*. Zeszyty Naukowe Politechniki Śląskiej. Organizacja i Zarządzanie. 2018; 128: 545–554.
29. Lewis SE, Orford J. *Women's Experiences of Workplace Bullying: Changes in Social Relationships*. *J. Community Appl. Soc. Psychol.* 2005; 15: 29–47.

30. Wang YY, Wan QQ, Lin F, Zhou WJ, Shang SM. *Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: An integrative literature review*. Int. J. Nurs. Stud. 2018; 5(10): 81–88.
31. Tuvesson H, Eklund M, Wann-Hansson C. *Stress of Conscience among psychiatric nursing staff in relations to environmental and individual factors*. Nurs. Ethics. 2012; 19(2): 208–219.

Podziękowania: *Chciałabym podziękować Pani Kamili Kardaś i Panu Jonaszowi Pawlakowi za pomoc w zbieraniu danych do badań.*

Adres: Ewa Sygit-Kowalkowska
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy
Wydział Psychologii
Zakład Psychologii Organizacji i Zarządzania
85 – 867 Bydgoszcz, ul. Leopolda Staffa 1
e-mail: esygit@ukw.edu.pl

Otrzymano: 21.12.2019

Zrecenzowano: 6.02.2020

Otrzymano po poprawie: 24.02.2020

Przyjęto do druku: 26.04.2020