

Czy istnieje zależność między bezsennością, nasileniem stresu i wypaleniem zawodowym pracowników ochrony zdrowia?

Is there a relationship between insomnia, stress, and job burnout among health care workers?

Karolina Klaudia Słowik¹, Daria Schneider-Matyka¹,
Mariola Dombek², Grzegorz Wójcik¹, Izabela Czerwńska¹

¹ Katedra i Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

² Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Pielęgniarstwa,
Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie, Polska

Summary

Aim. The aim of the study was to search for the relationship between insomnia, stress, and occupational burnout and to identify factors influencing their severity among health care workers.

Material and methods. This survey-based study was conducted among 216 health care workers. It was performed using the author questionnaire, the Perceived Stress Scale (PSS-10), the Athens Insomnia Scale (AIS), and the Maslach Burnout Inventory (MBI).

Results. Analysis of the effects of stress (PSS-10) and insomnia (AIS) on occupational burnout showed that stress correlated significantly ($p < 0.05$) and positively ($r > 0$) with all MBI subscales; that is, the more severe the stress, the higher the levels of emotional exhaustion, depersonalization, but also personal accomplishment. Insomnia correlated significantly ($p < 0.05$) and positively ($r > 0$) with all MBI subscales – the more severe the insomnia, the higher the levels of emotional exhaustion, depersonalization, but also personal accomplishment.

Conclusions. (1) Age and work experience were the sociodemographic variables that determined the occurrence of insomnia among the surveyed participants. (2) The form of employment may be an important factor that determines the level of stress, insomnia, and job burnout. Those employed under permanent contracts had lower levels of stress and job burnout, more often suffered from insomnia, and had higher levels of personal accomplishment. (3) In the study group, stress and insomnia influenced all aspects of job burnout. As stress and insomnia increased, so did levels of depersonalization, emotional exhaustion, but also personal accomplishment.

Słowa klucze: wypalenie zawodowe, stres, bezsenność

Key words: job burnout, stress, insomnia

Wprowadzenie

Termin „wypalenie zawodowe” (*professional burnout*) stworzony został przez amerykańskiego psychiatrę Herberta Freudenbergera, który określał je jako stan zmęczenia lub frustracji wynikający z braku oczekiwanej nagrody w sytuacji pełnego zaangażowania w jakąś sprawę czy sposób życia. Zespół wypalenia zawodowego związany jest przede wszystkim z charakterem wykonywanej pracy. Najczęściej dotyczy pracowników, którzy w pracy spotykają się z presją czasu, systemem zmianowym, zbyt wysokimi lub niskimi wymaganiami, dużą odpowiedzialnością, ale często także mają ciągły kontakt z człowiekiem cierpiącym. Do zawodów predysponowanych do wypalenia zawodowego należą: lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni, nauczyciele, psycholodzy i policjanci [1, 2].

Zjawisko wypalenia zawodowego opisywane jest przez zagranicznych badaczy od lat 60. XX wieku, w Polsce natomiast zajęto się nim dopiero pod koniec ósmej dekady [3]. Najczęściej jest ono przedstawiane zgodnie z modelem teoretycznym zaproponowanym przez Christinę Maslach (*Maslach Burnout Inventory* – MBI) jako proces narastającego niezadowolenia i dzieli się na trzy aspekty: (1) wyczerpania emocjonalnego, (2) depersonalizacji oraz (3) poczucia braku osobistych osiągnięć. Niski poziom angażowania się w pracę zawodową, obniżenie skuteczności zawodowej czy skłonność do konfliktów, brak zainteresowania i obojętność to tylko niektóre z objawów wypalenia zawodowego [4]. W miejscu pracy wypalenie zawodowe jest więc związane z brakiem energii, utratą sił fizycznych, wahaniami wagi ciała, osłabieniem odporności organizmu, utratą sił emocjonalnych i psychicznych. Skutkuje gorszym wypełnianiem obowiązków zawodowych, pogorszeniem relacji międzyludzkich czy popadaniem w nałogi. W sferze emocjonalnej głównymi objawami są smutek, beznadzieja, poczucie beznadziejności, uczucie „pustki”, wyczerpania. Psychicznie wypalenie będzie się łączyło z utratą wiary oraz motywacji, szeroko pojętym negatywnym nastawieniem, zaniżonym poczuciem własnej wartości bądź izolowaniem się [5].

Wypalenie zawodowe często uważane jest za przejaw stresu chronicznego, czyli długotrwałego kontaktu z czynnikami silnie stresogennymi, co zostało potwierdzone w badaniach Sęk [3]. Zawód medyczny niewątpliwie należy do zawodów stresogennych. Pielęgniarki to grupa zawodowa w systemie ochrony zdrowia najbardziej narażona na stres. Zachowując pełen profesjonalizm, pielęgniarka powinna nie tylko wykonywać czynności zawodowe na jak najwyższym poziomie, zgodnie z aktualnymi standardami, ale także wymaga się, żeby potrafiła nawiązywać relacje interpersonalne. Umiejętności, wiedza i kompetencje zawodowe zwiększają się w pracy wraz z upływem czasu, to z kolei powoduje wzrost odpowiedzialności potęgującej stres. W sytuacji piętrzenia się wielu zadań zawodowych istnieje ryzyko obniżenia możliwości kontroli, co w konsekwencji może prowadzić do wypalenia zawodowego. Negatywny wpływ wypalenia zawodowego dotyka każdej sfery życia pielęgniarki, zarówno zawodowej, jak i osobistej, rodzinnej i społecznej [6]. Antkowiak i Kosior-Lara [7] zwracają uwagę zwłaszcza na wpływ stresu, który pogarsza relacje w życiu rodzinnym oraz wywołuje konflikt ról społecznych. Choć stres sam w sobie nie jest chorobą, to jednak może prowadzić do wystąpienia chorób i poważnych zaburzeń.

Problem bezsenności wśród pielęgniarek przedstawiono w badaniach Bańdo [8], wedle których dotyczy on ponad połowę badanych pielęgniarek (51,3%), a u około $\frac{1}{3}$ z nich występuje potencjalne zagrożenie bezsennością. Do czynników zwiększających to ryzyko zalicza się depresję, obecność chorób przewlekłych, brak miesiączki, pracę zmianową, złą sytuację ekonomiczną oraz doświadczanie agresji w miejscu pracy. Jak dowodzi Pokładek [9], bezsenność może prowadzić do bardzo niskiego poczucia satysfakcji zawodowej i wypalenia zawodowego u pielęgniarek.

Badania Tucholskiej [10] pokazują, że 20% światowej populacji jest dotknięte wypaleniem zawodowym. Wśród pielęgniarek, na podstawie metaanalizy obejmującej 113 badań (45 539 pielęgniarek z 49 krajów) [11], stwierdzono, że u 11,23% z nich występują objawy wysokiego wypalenia zawodowego.

Cel pracy

Celem badań było poszukiwanie zależności między bezsennością, nasileniem stresu i wypaleniem

zawodowym oraz czynników wpływających na ich nasilenie wśród pracowników ochrony zdrowia.

Material i metody

Badania prowadzono na grupie 216 pracowników ochrony zdrowia zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej na terenie województwa zachodniopomorskiego. Objęto nimi lekarzy, pielęgniarki, ratowników medycznych oraz opiekunki medyczne. Zastosowano metodę ankiety z wykorzystaniem sondażu diagnostycznego. Zostały też użyte: autorski kwestionariusz ankiety, skala PSS-10 w polskiej wersji służąca do pomiaru subiektywnie odczuwanego stresu, *Ateńska skala bezsenności* (AIS) oraz *Kwestionariusz wypalenia zawodowego* MBI autorstwa Maslach.

Ankieta własna zawierała 20 pytań dotyczących danych socjodemograficznych, takich jak: płeć, wiek, wykształcenie, miejsce zamieszkania, stan cywilny, posiadanie potomstwa, oraz wybranych aspektów życia zawodowego, takich jak: staż pracy, miejsce pracy, forma zatrudnienia, zajmowane stanowisko.

Kwestionariusz PSS-10 (*Scale of experienced stress*) autorstwa Cohena, Kamaracka i Mermelstein w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej Bulik (2009) służy do pomiaru subiektywnie odczuwanego stresu związanego z własną sytuacją życiową na przestrzeni ostatniego miesiąca. Zawiera 10 pytań odnoszących się do różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie w sytuacjach stresowych. Narzędzie ma charakter samoopisowy, jest krótkie i łatwe w stosowaniu, a badani udzielają odpowiedzi, posługując się pięciostopniową 0 oznacza „nigdy”, 1 – „prawie nigdy”, 2 – „czasem”, 3 – „dość często”, a 4 – „bardzo często”. Dla PSS-10 wykorzystuje się normy stenowe, które pozwalają na interpretację wyników punktowych. Najczęściej przyjmuje się, że steny od 1 do 4 oznaczają wartości niskie, steny 5 i 6 – wartości przeciętne, a steny od 7 do 10 – wartości wysokie [12].

Opracowany przez grupę naukowców z Aten kwestionariusz AIS (*Athenos Insomnia Skale*) służy do rozpoznawania bezsenności. Skala składa się z 8 pozycji testowych oceniających zasypianie, budzenie się w nocy, budzenie się rano, całkowity czas snu, jakość snu, samopoczucie następnego dnia, sprawność psychiczną i fizyczną następnego dnia oraz senność w ciągu dnia. Uzyskanie wyniku pozytywnego wskazuje z dużym prawdopodobieństwem na występowanie bezsenności. Każdy składnik oceniany jest według skali punktowej od 0 („brak trudności”) do 3 („poważna trudność”). Łączny wynik mieści się w przedziale od 0 do 24, gdzie wyższy wynik oznacza gorszą jakość snu. Wynik równy lub wyższy niż 8 oznacza bezsenność. Wyniki interpretowane są według norm opracowanych przez autorów kwestionariusza [13].

Kwestionariusz wypalenia zawodowego Maslach (MBI) (*Maslach Burnout Inventory*) pozwala ocenić poziom wypalenia zawodowego w trzech aspektach (podskalach): wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i satysfakcji zawodowej. Wyniki skali interpretowane są odwrotnie: duża satysfakcja zawodowa = niski poziom wypalenia zawodowego spowodowanego brakiem satysfakcji zawodowej. Dla każdej z podskal istnieją normy pozwalające stwierdzić, czy dany wynik oznacza wysoki, średni czy niski poziom wypalenia zawodowego. Narzędzie składa się z 22 pytań. Na każde z pytań badany udziela odpowiedzi według 7-punktowej skali (od 0 do 6). Kwestionariusz uwzględnia odpowiedzi twierdzące (na pytania 1–14) i odpowiedzi przeczące (na pytania 15–22). Należy zsumować liczbę punktów z odpowiedzi twierdzących (w pytaniach 1–14) i odpowiedzi przeczących (w pytaniach 15–22). Wypalenie zawodowe mierzy się za pomocą trzech podskal, których średnia pozwala określić ogólny poziom tego problemu. Pierwszą z nich jest **wyczerpanie emocjonalne** – im wyższy wynik w tej skali, tym większe poczucie zmęczenia pracą. Drugą podskalą jest **brak poczucia osiągnięć**, gdzie zależność jest odwrotna: wysoki wynik oznacza zaangażowanie i satysfakcję, natomiast niski wynik świadczy o braku wiary we własne sukcesy, co sprzyja wypaleniu. Ostatnim czynnikiem jest **depersonalizacja**, czyli dystansowanie się i przedmiotowe traktowanie innych osób w pracy; tutaj również wysoki wynik sygnalizuje poważniejszy problem [14].

Badani zostali zapoznani z tematyką oraz celem badań, otrzymali też informację, że wypełnienie kwestionariusza jest dobrowolne i anonimowe, a uzyskane dane posłużą celom naukowym. Respondentom, którzy wyrazili zgodę na udział w badaniu, przekazano komplet kwestionariuszy – wypełniali go samodzielnie. W razie wątpliwości dotyczących pytań na bieżąco udzielano im wyjaśnień. Kryteria włączenia do grupy badanej obejmowały: wykonywanie zawodu medycznego oraz wyrażenie pisemnej i świadomej zgody na udział w badaniu. Kryterium wykluczającym respondentów z grupy badanej był brak zgody na udział w badaniu.

Przed przystąpieniem do badań uzyskano pozytywną opinię Komisji Bioetycznej (KB-0012/219/06/16). Omawiane badania własne były oparte na zasadach Deklaracji Helsińskiej.

Analiza statystyczna

Analizę zmiennych ilościowych (tj. wyrażonych liczbą) przeprowadzono, wyliczając średnią, odchylenie standardowe, medianę oraz kwartyle. Analizę zmiennych jakościowych (tj. niewyrażonych liczbą) przeprowadzono, wyliczając liczbę i odsetek wystąpień każdej z wartości. Porównanie wartości zmiennych ilościowych w trzech i więcej grupach wykonano za pomocą testu Kruskala-Wallisa. Po wykryciu istotnych statystycznie różnic stosowano analizę *post-hoc* testem Dunna w celu zidentyfikowania różniących się istotnie statystycznie grup. Korelacje między zmiennymi ilościowymi analizowano za pomocą współczynnika korelacji Spearmana.

W analizie przyjęto poziom istotności 0,05, a więc wszystkie wartości *p* poniżej 0,05 interpretowano jako świadczące o istotnych zależnościach. Analizę przeprowadzono w programie R, wersja 4.1.2: R Core Team (2021). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL, źródło: <https://www.R-project.org/>.

Wyniki

Charakterystyka badanej grupy

Badania przeprowadzono wśród 216 pracowników ochrony zdrowia. Najliczniejszą podgrupę badanych stanowiły kobiety (68,98%) w przedziale wiekowym 46–50 lat (21,76%). Wiek respondentów wynosił średnio 42,12 lat i wahał się od 24 lat do 63 lat. Ponad połowa badanych to osoby będące w związku formalnym – 51,39%. Najliczniejsza podgrupa badanych mieszkała w miastach powyżej 100 tysięcy mieszkańców (37,5%). Większość posiadała wykształcenie wyższe – 71,76%. Staż pracy badanych wynosił średnio 19,29 lat i wahał się od 1 roku do 42 lat, 44,44% z nich było zatrudnione na umowę o pracę na czas nieokreślony. Największą podgrupę stanowiły pielęgniarki – 62,50%.

Nasilenie stresu, bezsenności i wypalenia zawodowego wśród badanych

W badaniu oceniano nasilenie stresu według PSS-10, bezsenności według AIS oraz poziomu wyczerpania emocjonalnego według MBI. Średnie nasilenie stresu wśród badanych wynosiło $17 \pm 5,07$, mediana 18, minimalna wartość 0, a maksymalna 30 punktów. Podobna liczba badanych wykazywała wysoki (37,5%) i średni (35,65%) poziom stresu, natomiast 26,85% respondentów przejawiało niski poziom stresu (tab. 1).

Tabela 1. Poziom stresu według PSS-10 badanych pracowników medycznych

PSS-10 – liczba punktów	Interpretacja	<i>n</i>	%
0–13	Niski poziom stresu	58	26,85
14–19	Średni poziom stresu	77	35,65
Powyżej 19	Wysoki poziom stresu	81	37,50

Następnie oceniono nasilenia bezsenności według AIS. Średnie nasilenie bezsenności wśród badanych wynosiło $6,5 \pm 4,4$, mediana 6, minimalna wartość 0, maksymalna 18. Ponad połowa badanych respondentów (57,41%) cierpiała na bezsenność, natomiast 42,59% deklaroowało brak bezsenności (tab. 2).

Tabela 2. Poziom bezsenności według skali AIS badanych pracowników medycznych

AIS – liczba punktów	Interpretacja	n	%
0–5	Brak bezsenności	92	42,59
6–24	Bezsennosc	124	57,41

Według kwestionariusza MBI 59,26% badanych odczuwało wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, 33,33% badanych odczuwało wyczerpanie emocjonalne na poziomie średnim, a 7,41% ankietowanych doświadczało niskiego poziomu wyczerpania emocjonalnego. Spośród badanych aż 73,15% odczuwało wysoki poziom depersonalizacji, 24,54% ankietowanych miało średni poziom depersonalizacji, a 2,31% ankietowanych doświadczało niskiego poziomu depersonalizacji. U 75% badanych stwierdzono niski poziom satysfakcji zawodowej, u 24,54% – średni poziom satysfakcji zawodowej, a niespełna 1% odczuwało wysoki poziom satysfakcji zawodowej (tab. 3).

Tabela 3. Wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, satysfakcja zawodowa badanych pracowników medycznych według kwestionariusza MBI

Liczba punktów	Interpretacja	n	%
Wyczerpanie emocjonalne			
0–16	Poziom niski	16	7,41
17–26	Poziom średni	72	33,33
Powyżej 26	Poziom wysoki	128	59,26
Depersonalizacja			
0–6	Poziom niski	5	2,31
7–12	Poziom średni	53	24,54
Powyżej 12	Poziom wysoki	158	73,15
Satysfakcja zawodowa			
0–31	Poziom niski	162	75,00
32–38	Poziom średni	53	24,54
Powyżej 38	Poziom wysoki	1	0,46

Dodatkowo w ocenie wypalenia zawodowego według MBI badani uznali, że ich praca jest wyczerpująca emocjonalnie. Wyniki wskazują na wysoki poziom depersonalizacji oraz bardzo niski poziom satysfakcji zawodowej. Wskazują to także przewaga kwartyła Q3 nad Q1 oraz mediana (tab. 4).

Tabela 4. Statystyka opisowa dla kwestionariusza MBI

MBI	N	Średnia	SD	Mediana	Min.	Max.	Q1	Q3
Wyczerpanie emocjonalne	216	28,77	7,86	28	10	50	24	34
Depersonalizacja	216	16,24	4,94	16	4	26	12	20
Satysfakcja zawodowa	216	28,13	4,92	28	8	40	26	30,5

Analiza wpływu czynników socjodemograficznych na stres, bezsenność i wypalenie zawodowe

W opisywanym badaniu oceniano też wpływu czynników socjodemograficznych, takich jak wiek, wykształcenie, stan cywilny, a także aspektów związanych z zatrudnieniem, takich jak staż pracy i forma zatrudnienia, na poziom odczuwanego stresu według PSS-10, bezsenności według AIS oraz wypalenie zawodowe według MBI.

Analiza wykazała statystycznie istotną ($p < 0,05$) korelację nasilenia bezsenności według AIS i wieku badanych respondentów: im starszy wiek, tym wyższe nasilenie bezsenności (tab. 6). Nie ujawniła natomiast statystycznie istotnej korelacji ($p > 0,05$) poziomu stresu według PSS-10, nasilenia wypalenia zawodowego według MBI i wieku badanych respondentów. W odniesieniu do wyników dotyczących zarówno poziomu stresu (PSS-10), bezsenności (AIS), jak i wypalenia zawodowego (MBI) nie wykazano statystycznie istotnych zależności ($p < 0,05$) wynikających z wykształcenia oraz stanu cywilnego badanych.

Analiza danych nie ujawniła statystycznie istotnej korelacji ($p > 0,05$) poziomu stresu (PSS-10) i wypalenia zawodowego (MBI) oraz stażu pracy badanych respondentów. Odnotowano natomiast statystycznie istotną i dodatnią ($p < 0,05$; $r = 0,253$) korelację nasilenia bezsenności (AIS) i stażu pracy badanych (tab. 5).

Tabela 5. Korelacja bezsenności według AIS, wieku oraz stażu pracy badanych medyków

Badane cechy	Współczynnik korelacji Spearmana	p
Wiek i AIS	0,3	$p < 0,001$
Staż pracy i AIS	0,253	$p < 0,001$

Następnie dokonano analizy wpływu formy zatrudnienia na poziom odczuwanego stresu według PSS-10, nasilenie bezsenności według AIS oraz poziom wypalenia zawodowego według MBI. Stwierdzono statystycznie istotne różnice ($p < 0,05$) w nasileniu stresu według PSS-10 w zależności od formy zatrudnienia badanych. Poziom stresu był istotnie wyższy u osób zatrudnionych na umowę na czas nieokreślony niż u osób zatrudnionych na umowę na czas określony lub umowę zlecenie, a ponadto był istotnie wyższy u osób zatrudnionych na kontrakcie niż u osób zatrudnionych na umowę zlecenie.

Analiza danych wykazała również statystycznie istotne różnice ($p < 0,05$) w nasileniu bezsenności według AIS w zależności od formy zatrudnienia badanych. Bezsenność

była istotnie bardziej nasiloną u osób zatrudnionych na umowę na czas nieokreślony niż u osób zatrudnionych na kontrakcie lub na umowę zlecenie (tab. 6).

Tabela 6. Poziom stresu według PSS-10 oraz nasilenie bezsenności według AIS w zależności od formy zatrudnienia badanych medyków

PSS-10 [punkty]	Forma zatrudnienia				p
	Umowa na czas nieokreślony (n = 98) – A	Kontrakt (n = 73) – B	Umowa na czas określony (n = 36) – C	Umowa zlecenie (n = 9) – D	
śr. ± SD	17,98 ± 5,11	16,74 ± 4,54	15,83 ± 5	13,11 ± 6,66	p = 0,005
Mediana	19	18	17	12	
Kwartyle	14–22	13–20	13,75–19,25	9–13	A > C, D; B > D
AIS [punkty]					
śr. ± SD	7,62 ± 4,36	5,56 ± 4,49	5,86 ± 3,8	4,56 ± 4,03	p = 0,006
Mediana	7,5	5	5	6	
Kwartyle	4,25–10	1–9	3–9	1–6	A > D, B

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna)

Wykazano statystycznie istotne różnice ($p < 0,05$) w nasileniu wypalenia zawodowego według MBI w zależności od formy zatrudnienia badanych. Satysfakcja zawodowa była istotnie większa u osób zatrudnionych na umowę na czas nieokreślony lub na umowę zlecenie niż u osób zatrudnionych na kontrakcie (tab. 7).

Tabela 7. Wypalenie zawodowe według MBI w zależności od formy zatrudnienia badanych medyków

MBI		Forma zatrudnienia				p
		Umowa na czas nieokreślony (n = 98) – A	Kontrakt (n = 73) – B	Umowa na czas określony (n = 36) – C	Umowa zlecenie (n = 9) – D	
Wyczerpanie emocjonalne	śr. ± SD	29,69 ± 8,92	27,95 ± 6,42	27,61 ± 7,5	30 ± 7,35	p = 0,587
	mediana	30	28	26	28	
	kwartyle	24–34	24–32	24–34	28–28	
Depersonalizacja	śr. ± SD	16,47 ± 5,42	15,78 ± 4,29	15,67 ± 4,55	19,78 ± 5,04	p = 0,11
	mediana	18	16	16	20	
	kwartyle	12–20	12–18	12–20	20–22	
Satysfakcja zawodowa	śr. ± SD	28,67 ± 5,33	27,01 ± 4,77	28,33 ± 3,99	30,44 ± 3,13	p = 0,047*
	mediana	29	28	28	30	
	kwartyle	26–32	24–30	28–30,5	30–30	D, A > B

p – test Kruskala-Wallisa + analiza post-hoc (test Dunna)

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Wpływ stresu i bezsenności na wypalenie zawodowe

Następnie przeprowadzono analizę wpływu nasilenia stresu według PSS-10 i bezsenności na wypalenie zawodowe według MBI. Analiza wykazała, że nasilenie stresu (PSS-10) oraz bezsenności (AIS) koreluje istotnie ($p < 0,05$) i dodatnio ($r > 0$) ze wszystkimi skalami wypalenia zawodowego MBI. Ustalono, że wyczerpanie emocjonalne według MBI nasila się wraz ze zwiększeniem stresu i bezsenności (tab. 8).

Tabela 8. Korelacja wypalenia zawodowego według MBI i nasilenia stresu według PSS-10 oraz bezsenności według AIS według badanych

MBI	PSS-10	AIS
	Współczynnik korelacji Spearmana	Współczynnik korelacji Spearmana
Wyczerpanie emocjonalne	$r = 0,498; p < 0,001^*$	$r = 0,469; p < 0,001^*$
Depersonalizacja	$r = 0,152; p = 0,025^*$	$r = 0,205; p = 0,002^*$
Satysfakcja zawodowa	$r = 0,175; p = 0,01^*$	$r = 0,196; p = 0,004^*$

* zależność istotna statystycznie ($p < 0,05$)

Dyskusja

Współczesne badania pokazują, że zjawisko wypalenia zawodowego dotyczy różnych grup zawodowych i specjalności [15–17]. W piśmiennictwie w szczególności zwraca się uwagę na zawody medyczne, które odgrywają istotną rolę w pracy z ludźmi cierpiącymi. Jednym z takich zawodów jest pielęgniarstwo, które związane jest z wysokim ryzykiem narażenia na stres [18]. Od 2022 roku wypalenie zawodowe zostało wpisane przez Światową Organizację Zdrowia do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11). Zgodnie z ICD-11 wypalenie zawodowe to syndrom, którego efektem jest przewlekły stres w miejscu pracy, z jakim nie udało się danej osobie skutecznie sobie poradzić. Nadal jednak wypalenie zawodowe nie zostało zakwalifikowane w polskich przepisach prawa jako choroba zawodowa i wciąż nie jest wymienione w wykazie chorób zawodowych, o którym mowa w art. 235 (1) k.p. [19, 20].

W badaniach własnych większość respondentów wykazywała wysoki i średni poziom stresu w miejscu pracy. Badania Burby i Gotlib [21] wskazują na wysoki wynik stresu u 84% pielęgniarek. Kuszplak [22] stwierdził, że około 34% badanych pielęgniarek i pielęgniarzy doświadczało wysokiego poziomu wypalenia zawodowego, jego niski poziom cechował 0,6% badanych. Kędra i Sanak [18] ustaliły, że ponad połowa ankietowanych pielęgniarek ma poczucie wypalenia zawodowego, a zdecydowana większość z nich rozważa zmianę pracy. Prawdopodobnie do najbardziej stresogennych czynników w tym zawodzie należą praca pod presją czasu oraz odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta [18].

Wyniki badań własnych oraz innych badaczy [16, 23, 24] pokazują, że niektóre czynniki socjodemograficzne, takie jak wiek, staż pracy czy forma zatrudnienia,

w różnym stopniu mogą wpływać na objawy wskazujące na wypalenie zawodowe, jak również mogą korelować z wysokim poziomem stresu. W badaniach Kupcewicz zaobserwowano wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego (57,33%), średni poziom depersonalizacji (38,67%) oraz niski poziom satysfakcji zawodowej (45,33%) u pielęgniarek. Wykazano tym samym wysoki poziom wypalenia zawodowego. Zarówno czynniki psychospołeczne, socjodemograficzne, jak i organizacyjne wpływały przy tym na wzrost ich wypalenia zawodowego [25]. Badania przeprowadzone w Afryce Subsaharyjskiej ujawniły w tej grupie zawodowej wysoki poziom wypalenia zawodowego, który był związany z niekorzystnymi warunkami pracy, wysokimi wymaganiami zawodowymi i niską satysfakcją z pracy [26].

Pracownicy ochrony zdrowia podczas wykonywania czynności zawodowych narażeni są na stres, co przekłada się także na problemy z bezsennością [27]. Choć w badaniach własnych wykazano, że stres i bezsenność zwiększają satysfakcję zawodową, to jednocześnie za ich sprawą zwiększają się wyczerpanie emocjonalne oraz depersonalizacja. Ponadto w badaniach Gustavsson i wsp. [28] potwierdzono, że pracownicy ochrony zdrowia doświadczający niskiej jakości snu są narażeni na wypalenie zawodowe, depresję i stany lękowe. Badania Ogińskiej-Bulik [29] dowodzą jednak, że im większy stres zawodowy odczuwa pracownik, tym niższy jest poziom jego satysfakcji z pracy, większe zaś niezadowolenie z wykonywania obowiązków. Według Levert i wsp. [30] przyczyny wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji łączą się z obciążeniem pracą, brakiem wsparcia ze strony współpracowników, konfliktem wykonywanej roli oraz jej niejednoznacznością. Badania Walkiewicza i wsp. [16] również wskazują na nadmierne wymagania zawodowe i brak wsparcia, ale dodatkowo także na duże znaczenie relacji koleżeńskich w miejscu pracy w wypadku zawodów medycznych. Według TselebisTaselebisa i wsp. [31] wsparcie rodziny korzystnie wpływa na jakość snu pielęgniarek, sen z kolei pozytywnie oddziałuje na obniżenie poziomu stresu.

Wiek respondentów według badań własnych nie wpływa na odczuwany przez nich poziom stresu i wypalenie zawodowe. Wielu innych badaczy także wskazuje na brak związku między wiekiem a wypaleniem zawodowym [32, 33]. Przegląd piśmiennictwa ujawnia, że wraz z wiekiem obniżają się depersonalizacja pacjentów i ogólny poziom wypalenia zawodowego [34–37]. Jednak większość badaczy jest zgodna, że wśród personelu medycznego wraz z wiekiem rośnie poziom wypalenia zawodowego [16, 23, 24].

Zbadano również inne – korelujące z wiekiem – czynniki wpływające na wypalenie zawodowe. Przykładowo Lin i wsp. [38] oraz Iglesias i wsp. [39] dowiedli, że wraz z wiekiem u badanych pielęgniarek stwierdza się wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego. Tymczasem Alacacioglu i wsp. [40] stwierdzili, że wraz z wiekiem obniża się u nich poczucie osobistych osiągnięć. Wyniki badań własnych jednak pokazują, że u większości respondentów występuje wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji, a zarazem wysoki poziom satysfakcji zawodowej. Nie potwierdzają tego wyniki badań Sarabiego i wsp. [41] prowadzone na obszarach wiejskich południowo-wschodniego Iranu, które ujawniły wzrost wypalenia zawodowego wraz ze spadkiem satysfakcji z pracy wśród pracowników ochrony zdrowia.

Na podstawie wyników badań własnych można przypuszczać, że stres jest powiązany z wypaleniem zawodowym. Ponadto większość badań potwierdziła dodatni związek stażu pracy z poczuciem wypalenia zawodowego. Lecz wyniki badań własnych nie wykazują zależności między poziomem stresu i wypalenia zawodowego a stażem pracy. Odnotowano natomiast statystycznie istotną i dodatnią korelację bezsenności i stażu pracy: im dłuższy staż pracy, tym bardziej nasilona bezsenność. U badanych z dłuższym stażem pracy wystąpiła bardziej nasilona bezsenność, co łączy się również z ich wiekiem. Guclu i wsp. [42] także potwierdzają, że wiek ma istotny wpływ na nasilenie bezsenności. Respondenci badani przez Burbę i Gotlib [21] cechowali się średnim poziomem odczuwanego stresu. W naszych badaniach pojawił się dodatni związek między pielęgniarkami z krótszym stażem pracy a częstszym odczuwalnym stresem. Kuszplak [22] natomiast udowadnia, że im dłuższy staż pracy, tym silniejsze poczucie wyczerpania. Jeśli chodzi o zmienne dotyczące satysfakcji z pracy oraz zadowolenia z pracy, nie zaobserwowano istotnych zależności.

W badaniach przedstawionych w artykule wykazano, że osoby zatrudnione na umowę na czas nieokreślony odczuwały większą satysfakcję zawodową, ale tym samym wykazywały się wyższym poziomem stresu i bezsenności w porównaniu z osobami zatrudnionymi na kontrakcie lub na umowę zlecenie. Badania innych autorów podejmujące zagadnienia związane z czynnikami wpływającymi na poziom odczuwanego stresu i wypalenia zawodowego nie uwzględniają formy zatrudnienia. Na podstawie badań własnych można wnioskować, że na większe poczucie stresu i niższe poczucie satysfakcji zawodowej oddziałuje mniejsza stabilność zatrudnienia.

Podsumowując, osoby pracujące w zawodach medycznych w związku z wykonywaną pracą są szczególnie narażone na wypalenie zawodowe, które determinuje stres, bezsenność czy niski poziom satysfakcji z pracy [43, 44]. W świetle negatywnego wpływu wyżej wymienionych czynników na zdrowie i jakość życia pracowników ochrony zdrowia [45] istnieje potrzeba przeprowadzenia dalszych badań dotyczących wypalenia zawodowego, dzięki którym możliwe będzie opracowanie algorytmów postępowania umożliwiających wsparcie pracowników z grupy ryzyka lub z rozpoznanymi symptomami wypalenia zawodowego [18]. Badania Ledikwe i wsp. [46] dowiodły, że działania związane z dbaniem o dobre samopoczucie w miejscu pracy mogą zwiększyć poczucie satysfakcji i efektywność pracy oraz zmniejszyć stres i wypalenie zawodowe. Innym sposobem redukcji stresu jest medytacja uważności [47, 48]. Green i wsp. [47] wykazali dodatni wpływ medytacji uważności na poziom stresu, poprawę wszystkich aspektów wypalenia zawodowego, wzrost odporności oraz poziomu współczucia i regulacji emocjonalnej.

Ograniczenia

Przedstawione badanie ma pewne ograniczenia. Respondenci to osoby samozgłaszające się, spełniające kryteria włączenia, jednak bez doboru losowego. Kontynuowanie badań na większej grupie badanych pozwoliłoby na sformułowanie uogólnionych wniosków, wykraczających poza badaną grupę. Mocną stroną badań jest zastosowanie narzędzi standaryzowanych, takich jak skala PSS-10 służąca do pomiaru subiektywnie

odczuwanego stresu, *Ateńska skala bezsenności* (AIS) oraz *Kwestionariusz wypalenia zawodowego* MBI, które stanowią wiarygodne narzędzia do badań poszukiwanych czynników wpływających na wypalenie zawodowe.

Wnioski

1. Wśród zmiennych socjodemograficznych wiek i staż pracy determinowały występowanie bezsenności wśród badanych.
2. Forma zatrudnienia może stanowić ważny czynnik determinujący poziom stresu, bezsenność i wypalenie zawodowe badanych. Pracownicy zatrudnieni na umowy zapewniające stabilne zatrudnienie charakteryzowali się niższym poziomem stresu i wypalenia zawodowego oraz częściej doświadczali bezsenności i charakteryzowali się wyższym poziomem satysfakcji z pracy.
3. Stres i bezsenność wśród badanych determinują wszystkie aspekty wypalenia zawodowego.

Piśmiennictwo

1. Witczak A, Kazimierczyk J. *Satysfakcja zawodowa a stres zawodowy*. Zielona Góra: Polskie Towarzystwo Ekonomiczne; 2022.
2. Gonczaryk A, Sady N, Kosoń A, Motyl M, Chojnowska-Ćwiąkała I, Bartyzel M. *Psychospołeczne czynniki ryzyka zawodowego występujące w środowisku pracy ratowników medycznych*. Med. Śród. 2022; 25(3–4): 66–71. <https://doi.org/10.26444/ms/161596>.
3. Sęk H. *Uwarunkowania i mechanizmy wypalenia zawodowego w modelu społecznej psychologii poznawczej*. W: Sęk H. red. *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN; 2011.
4. Hołyst B. *Zagrożenia ładui społecznego*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Lekarskie; 2013.
5. Anczewska M, Świtaj P, RoszczyńskaRoszczyńska J. *Wypalenia zawodowe*. Postęp. Psychiatr. Neurologii 2005; 14(2): 75–76.
6. Dawidziuk K, Lishchynsky Y, Wojciechowska M, Kopański Z, Marczevska S, Uracz W. *Skutki wypalenia zawodowego i sposoby radzenia sobie ze stresem*. Journal of Public Health, Nursing and Medical Rescue 2011; 4: 23–24.
7. Antkowiak A, Kosior-Lara A. *Wpływ stresu na pracę pielęgniarek a wypalenie zawodowe*. Zakład Pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Humanistyczno-Przyrodniczy im. Jana Długosza w Częstochowie; 2020.
8. Bańdo K. *Bezsennosc wśród pielęgniarek zatrudnionych w szpitalach w Małopolsce*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2023.
9. Pokładek M. *Zjawisko bezsenności wśród pielęgniarek pracujących w Szpitalu Specjalistycznym w Krakowie*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2022.
10. Tucholska S. *Wypalenie zawodowe w ujęciu strukturalnym i dynamicznym. Wypalenie zawodowe pracowników służb społecznych*. Lublin: Katolicki Uniwersytet Lubelski; 2008; 15–32.
11. Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. *Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis*. J. Psychiatr. Res. 2020; 123: 9–20.

12. Sheldon C, Kamarek T, Mermelstein R. *PSS10*. Adaptacja: Zygryd Juczyński i Nina Ogińska-Bulik. Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych; 2009.
13. Fornal-Pawłowska M, Wolińczyk-Gmaj D, Szelenberger W. *Walidacja Ateńskiej Skali Bezsenności*. Psychiatr. Pol. 2011; 45(2): 211–219.
14. Pasikowski T. *Polska adaptacja kwestionariusza Maslach Burnout Inventory. Wypalenie zawodowe przyczyny i zapobieganie*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Lekarskie; 2012.
15. Lachowska B, Starczewski K. *Kryzys w wartościowaniu i pracy a wypalenie zawodowe u nauczycieli religii*. Med. Pr. 2017; 68(1): 85–95.
16. Walkiewicz M, Sowińska K, Tartas M. *Wypalenie zawodowe wśród personelu medycznego – przegląd literatury*. Przegl. Lek. 2014; 71(5): 264–266.
17. Sygit-Kowalkowska E, Weber-Rajek M, Herkt M, Ossowski R. *Wypalenie zawodowe u funkcjonariuszy służby więziennej. Rola osobowości i wybranych cech zawodowych*. Med. Pr. 2017; 68(1): 85–94.
18. Kędra E, Sanak K. *Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek*. Piel. Zdr. Publ. 2013; 3(2): 119–132.
19. Ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz. U. z 2014 r., poz. 1502 z późn. zm.).
20. Tołkacz M, Zalewska-Janowska A, Pietrzak A, Ograczyk-Piotrowska A, Kabzińska Z. *Stres i wypalenie zawodowe wśród kobiet pracujących w różnych segmentach rynku farmaceutycznego*. Acta Universitatis Lodzensis. Folia Sociologica 2019; (68): 107–123.
21. Burba M, Gotlib J. *Ocena występowania stresu w grupie pielęgniarek zatrudnionych w samodzielnym publicznym szpitalu klinicznym im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie*. Pielęgniarstwo Pol. 2017; 1(63): 54–59.
22. Kuszplak K. *Satysfakcja z pracy, a wypalenie zawodowe pielęgniarek i pielęgniarzy*. Lublin: Uniwersytet Medyczny w Lublinie; 2023.
23. Meeusen V, Van Dam K, Brown-Mahoney C, Van Zendert A, Knapa H. *Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch anaesthetists: A survey*. Acta Anaesthesiol. Scand. 2010; 54(5): 616–621.
24. Tunc T, Kutanis R. *Role conflict, role ambiguity and burnout in nurses and physicians of university hospital in Turkey*. Nurs. Health Sci. 2009; 11(4): 410–416.
25. Kupcewicz E, Szczypiński W. *Wpływ wybranych zmiennych społeczno-demograficznych i związanych ze środowiskiem pracy na poziom wypalenia zawodowego pielęgniarek*. Piel. Pol. 2018; 68(2): 165–172.
26. Dubale B, Friedman W, Chemali WL, Denninger Z, Mehta JW, Alem DH i wsp. *A systematic review of burnout among healthcare providers in Sub-Saharan Africa*. BMC Public Health. 2019; 19(1): 1247.
27. Maharaj S, Lees T, Lal S. *Prevalence and risk factors of depression, anxiety, and stress in a cohort of Australian nurses*. Int. J. Environ. Res. Public Health 2018; 16(1): 61.
28. Gustavsson K, Jernajczyk W, Wichniak A. *Związek systemu pracy i stresu zawodowego z wybranymi aspektami zdrowia psychicznego lekarzy i pielęgniarek*. Rozprawa doktorska. Warszawa; 2023.
29. Ogińska-Bulik N. *Stres zawodowy i jego konsekwencje w grupie pracowników sektora usług społecznych – rola inteligencji emocjonalnej*. Przegląd Psychologiczny. 2008; 51(1): 69–85.
30. Levert T, Lucas M, Ortlepp K. *Burnout in psychiatric nurses: Contributions of the work environment and a sense of coherence*. S. Afr. J. Psychol. 2000; 30(2): 36–44.
31. Tselebis A, Lekka D, Sikaras C, Tsomaka E, Tassopoulos A, Ilias I i wsp. *Bezsennaść, odczuwany stres i wsparcie rodzinne wśród personelu pielęgniarskiego podczas kryzysu pandemicznego*. Healthcare 2020; 8(4): 434. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040434>.

32. Hanrahan NP, Aiken LH, McClaine L, Hanlon AL. *Relationship between psychiatric nurse work environments and nurse burnout in acute care general hospitals*. Issues Ment. Health Nurs. 2010; 31(3): 198–207.
33. Kapucu SS, Akkus Y, Akdemir N, Karacan Y. *The burnout and exhaustion levels of nurses working in hemodialysis units*. J. Ren. Care 2009; 35(3): 134–140.
34. Ersoy-Kart M. *Relations among social support burnout and experiences of anger: An investigation among emergency nurses*. Nurs. Forum 2009; 44(3): 165–174.
35. Al-Turki HA, Al-Turki RA, Al-Dardas HA, Al-Gazol MR, Al-Maghrabi GH, Al-Enizi NH i wsp. *Burnout syndrome among multinational nurses working in Saudi Arabia*. Ann. Afr. Med. 2010; 9(4): 226–229.
36. Panagopoulou E, Montgomery A, Benos A. *Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists*. Eur. J. Intern. Med. 2006; 17(3): 195–200.
37. Shirom A, Nirel N, Vinokur AD. *Work hours and caseload as predictors of physician burnout: The mediating effects by perceived workload and by autonomy*. Appl. Psychol. 2010; 59(4): 539–565.
38. Lin F, St John W, McVeigh C. *Burnout among hospital nurses in China*. J. Nurs. Manag. 2009; 17(3): 294–301.
39. Iglesias MEL, Bengoa Vallejo de RB, Fuentes PS. *The relationship between experiential avoidance and burnout syndrome in critical care nurses: A cross-sectional questionnaire survey*. Int. J. Nurs. Stud. 2010; 47(1): 30–37.
40. Alacacioglu A, Yavuzsen T, Dirioz M, Oztup I, Yilmaz U. *Burnout in nurses and physicians working at an oncology department*. Psychooncology 2009; 18(5): 543–548.
41. Sarabi RE, Javanmard R, Shahrbabaki PM. *Study of burnout syndrome, job satisfaction and related factors among health care workers in rural areas of Southeastern Iran*. AIMS Public Health 2020; 7(1): 158–168.
42. Guclu A, Karadag O, Akkoyunlu ME, Acican T, Sertogullarindan B, Kirbas G i wsp. *Association between burnout, anxiety and insomnia in healthcare workers: A cross-sectional study*. Psychol. Health Med. 2022; 27(5): 1117–1130.
43. Jarzynkowski P, Książek J, Piotrkowska R, Dobosz M. *Zespół wypalenia zawodowego wśród pracowników zawodów medycznych*. Medycyna Rodzinna 2017; 2: 108–109.
44. Tomaszewska K, Porczak W, Gut E, Majchrowicz B. *Professional burnout syndrome in a group of nursing staff employed in a psychiatric hospital*. J. Educ. Health Sport 2023; 30(1): 28–37. <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.30.01.002>.
45. Saygili M, Avci K, Sönmez S. *Quality of work life and burnout in healthcare workers in Turkey*. J. Health Manag. 2020; 22(3): 317–329. <https://doi.org/10.1177/0972063420938562>.
46. Ledikwe JH, Kleinman NJ, Mpho M, Mothibedi H, Mawandia S, Semo BW i wsp. *Associations between healthcare worker participation in workplace wellness activities and job satisfaction, occupational stress and burnout: A cross-sectional study in Botswana*. BMJ Open 2018; 16:8(3): e018492. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018492>. PMID: 29549200; PMCID: PMC5857656.
47. Green A, Kinchen V. *The effects of mindfulness meditation on stress and burnout in nurses*. J. Holist. Nurs. 2021; 39(4): 356–368.
48. Yuan Z, Yu D, Zhao H, Wnag Y, Jiang W, Chen D i wsp. *Burnout of healthcare workers based on the effort-reward imbalance model: A cross-sectional study in China*. Int. J. Public Health 2021; 66: 599831. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.599831>.

Autor do korespondencji: Karolina Słowik
e-mail: karolina.slowik@pum.edu.pl