

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek i pielęgniarzy

Occupational burnout syndrome in nurses and male nurses

Renata Markiewicz, Agnieszka Markiewicz

Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego, Wydział Nauki o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego w Lublinie



Renata Markiewicz
Kierownik Zakładu
Pielęgniarstwa
Psychiatrycznego
Uniwersytetu
Medycznego w Lublinie.
Specjalista terapii
uzależnień, specjalista
pielęgniarstwa
psychiatrycznego,
specjalista medycyny
społecznej.
Zainteresowania
naukowe: obciążenia
w pracy pielęgniarek,
psychiatria sądowa,
uzależnienia.

STRESZCZENIE

Zespół wypalenia zawodowego jest zbiorem negatywnych objawów, których doświadcza personel pielęgniarski zatrudniony na oddziałach psychiatrycznych. Zespół ten cechuje się obniżeniem nastroju, wyczerpaniem psychicznym i dyskomfortem fizycznym. Do jego rozwoju przyczyniają się: obciążająca praca, jej niewłaściwa organizacja oraz konflikty interpersonalne. W artykule wykazano, że predyktorami wypalenia zawodowego wśród badanych grup pielęgniarek i pielęgniarzy są: wykształcenie wyższe, specjalizacja, ograniczona możliwość rozwoju zawodowego i frustracja związana z wykonywaną pracą. Prawdopodobnie wiedza, kompetencje i praktyczne umiejętności personelu pielęgniarskiego nie stanowią podstaw do zmian finansowych w uposażeniu, zmian stanowisk pracy czy modyfikacji obowiązków zgodnie z kwalifikacjami. Powoduje to rozczarowanie, niechęć do dalszej pracy, a w konsekwencji frustrację i rozwój zespołu wypalenia. Nowy wymiar służby zdrowia to wyszkolona kadra pielęgniarska, która (jak wynika z badań) jest niedoceniana i blokowana w osobistym i zawodowym rozwoju.

Słowa kluczowe: zespół wypalenia zawodowego, wykształcenie wyższe, pielęgniarki, psychiatria

NAJWAŻNIEJSZE

Określenie socjodemograficznych oraz organizacyjnych predyktorów wypalenia zawodowego wśród badanych i wprowadzenie określonych procedur postępowania oraz uregulowań prawnych może ograniczyć rozwój zespołu wypalenia i przyczynić się do poprawy jakości opieki pielęgniarskiej.

HIGHLIGHTS

Determining the socio-demographic and organizational predictors of burnout among respondents and the introduction of specific procedures and regulations may restrict the development of burnout syndrome and contribute to improving the quality of nursing care.

ABSTRACT

Burnout is a syndrome characterized by negative symptoms of mental and physical overload. The reason is workers' stressful work, poor organization, and interpersonal conflicts. There are many factors leading to burnout. Based on this study, it has been demonstrated that the predictors of burnout among the nurses' groups include the higher education, specialization, limited opportunity for professional development and personal frustration in the context of one's work. It is probable that the knowledge, competence and practical skills of nurses do not entail financial changes in salary, reorganization of positions, modified duties in accordance with qualifications. This situation causes disappointment, frustration and the development of burnout. The new dimension of health care involves a trained nursing staff, which according to research, is underestimated in their professional and personal development.

Key words: burnout, higher education, nurses, psychiatry

WSTĘP

Zespół wypalenia zawodowego jest dyskomfortem odczuwanym w kontekście pracy i stanowi różnicę pomiędzy zasobami, którymi dysponuje jednostka, a kosztami, które ponosi w trakcie jej wykonywania [1, 2]. Przyczyną utraty zasobów jest stres i brak kompetencji zaradczych mających wpływ na jego adaptację [3, 4, 6]. Wiele placówek służby zdrowia predysponuje do rozwoju zespołu wypalenia, ale oddziały psychiatryczne są tymi, które obciążają podwójnie [7, 8]. Przyczyniają się do tego zachowania agresywne pacjentów [9, 11], ich próby samobójcze podejmowane podczas hospitalizacji [16–18], uciążliwości związane z terapią i leczeniem [7], roszczeniowe postawy rodzin oraz warunki pracy i jej organizacja. Nadmiar obowiązków skutkuje niepożądanymi zdarzeniami, w konsekwencji których możliwe są pomyłki, zaniedbania czy nieadekwatna ocena stanu zdrowia pacjenta.

Wypalenie zawodowe coraz częściej występuje w grupie pielęgniarek obciążonych pracą opiekuńczą i organizacyjną. Rosnące wymagania nakładają na nie konieczność podwyższania kwalifikacji zawodowych. Powoduje to przeciążenia zdrowotne niewspółmierne do gratyfikacji. Obserwujemy pewną sprzeczność: z jednej strony pielęgniarki to personel wyszkolony, posiadający wiedzę, kompetencje i kwalifikacje, z drugiej – niedoceniany jako partner w procesie leczniczym i terapeutycznym. Wiedza i praktyka nie przekładają się na reorganizację stanowisk czy zmianę uposażenia. I choć często placówki służby zdrowia są zobowiązane do regulacji finansowych po uzyskaniu wyższego wykształcenia, niejednokrotnie nie jest to respektowane. Sytuacja ta wyzwała niechęć do kontynuacji kształcenia, powoduje zaburzenia w relacjach interpersonalnych, które ograniczają współpracę, pomoc i wsparcie w trudnych sytuacjach. Stan ten przekłada się również na przebieg pro-

cesu terapeutycznego pacjentów, jakość świadczonej opieki i poziom leczenia.

Powstaje nowy wymiar służby zdrowia – wyszkolona kadra pielęgniarska doświadczająca wypalenia zawodowego, zniechęcona do pracy i zawodu, który wykonuje. Cherniss określa to zjawisko jako blokowanie profesjonalistów, ich kompetencji, ograniczanie skuteczności ich działania [1].

Celem pracy była analiza czynników, które mogą mieć wpływ na wystąpienie zespołu wypalenia wśród pielęgniarek psychiatrycznych.

W części pierwszej dokonano charakterystyki obu badanych grup.

W części drugiej sprawdzono, czy zmienne, takie jak: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna, wykształcenie, posiadanie dzieci, relacje rodzinne, stałe zatrudnienie, staż pracy, wybór miejsca pracy, odbyte szkolenia, adaptacja do pracy oraz satysfakcja z niej, są czynnikami predysponującymi do wypalenia, czy stanowią czynnik ochronny.

Na podstawie wyodrębnionych predyktorów dokonano trzeciej części analizy, poszukując związku między uzyskanymi wynikami a wpływem i uznaniem przełożonego, rozwojem zawodowym, rozczarowaniem w związku z wykonywaną pracą oraz oceną badanych dotyczącą norm zatrudnienia.

METODA PRACY

Badania przeprowadzono na podstawie analizy regresji logistycznej w celu sprawdzenia, czy poszczególne czynniki mają wpływ na występowanie syndromu wypalenia zawodowego wśród badanych osób.

Badaniami objęto grupę 60 przedstawicieli personelu pielęgniarskiego z Centrum 1 (Warszawa) oraz 50 z Centrum 2 (Lublin). Dane uzyskano, wykorzystawszy kwestionariusz ankiety własnego opracowania, w którym zamieszczono pytania zamknięte dotyczące: sytuacji socjodemograficznej, zatrudnienia, obciążeń zawodowych (agresja, próby samobójcze), czynników stresowych (interpersonalnych, organizacyjnych) oraz objawów wypalenia (fizycznych i somatycznych). W tej części analizie poddano czynniki, które stanowiły cel niniejszej pracy.

Badania przeprowadzono w trzech kolejnych etapach:

- I W części pierwszej dokonano charakterystyki badanych grup pod względem socjodemograficznym.
- II W części drugiej na podstawie wybranych zmiennych, takich jak: wiek, płeć, stan cywilny, miejsce zamieszkania, sytuacja materialna, wykształcenie, posiadanie dzieci, relacje rodzinne, stałe zatrudnienie, staż pracy, wybór miejsca pracy, odbyte szkolenia, adaptacja do pracy oraz satysfakcja z niej, dokonano oceny, czy ww. zmienne stanowią czynnik ochronny, czy predysponujący do rozwoju syndromu. W tej części przeprowadzono analizę dla każdej grupy oddzielnie i na podstawie uśrednionych wyników dla

poszczególnych składowych wypalenia zgodnych z pytaniami zawartymi w kwestionariuszu ankiety, ustalając skalę od 0 do 4.

- III W części trzeciej poszukiwano związku pomiędzy wyodrębnionymi predyktorami z części II a sytuacją w miejscu pracy, doświadczaniem pozytywnych emocji w pracy, możliwością rozwoju zawodowego, wpływem bezpośredniego przełożonego i jego uznania, uzyskiwaniem dodatkowego wynagrodzenia, normami zatrudnienia oraz uczuciem zawodu w związku z wykonywaną pracą mogącego mieć wpływ na rozwój zespołu wypalenia. Analizy w tej części pracy przeprowadzono łącznie dla obu grup.

WYNIKI

- I W tabeli 1 dokonano porównania dwóch grup badanych pielęgniarek i pielęgniarzy: zatrudnionych w Warszawie (gr. 1) oraz pracujących w Lublinie (gr. 2). Analizę podzielono według poszczególnych pytań zawartych w ankiecie.

Tabela 1. Dane ogólne.

Dane ogólne		Miejsce zatrudnienia				chi ²	p
		Warszawa (grupa 1)		Lublin (grupa 2)			
		Liczebność	% z grupy	Liczebność	% z grupy		
Wiek	20–34 lat	4	6,67	9	18,00	9,26	0,015
	35–49 lat	32	53,33	33	66,00		
	50–60 lat	23	38,33	8	16,00		
	powyżej 60 lat	1	1,67	0	0,00		
Płeć	kobiety	57	95,00	49	98,00	0,11	0,745
	mężczyźni	3	5,00	1	2,00		
Stan cywilny	mężatka	38	63,33	37	74,00	4,47	0,345
	żonaty	3	5,00	2	4,00		
	panna, kawaler	6	10,00	7	14,00		
	rozwódziona/a	6	10,00	1	2,00		
	wdowa/wdowiec	7	11,67	3	6,00		
	separacja	0	0,00	0	0,00		
Miejsce zamieszkania	duże miasto	51	85,00	40	80,00	0,63	0,804
	miasto powiatowe	3	5,00	3	6,00		
	wieś	6	10,00	7	14,00		
Sytuacja materialna	bardzo dobra	4	6,67	7	14,00	3,45	0,178
	dobra	42	70,00	37	74,00		
	zła	14	23,33	6	12,00		

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek i pielęgniarzy

R. Markiewicz, A. Markiewicz

Wykształcenie	średnie zawodowe	32	53,33	20	40,00	2,65	0,447
	śr. zaw., spec.	8	13,33	11	22,00		
	wyższe	16	26,67	14	28,00		
	wyższe, spec.	4	6,67	5	10,00		
Posiadanie dzieci	tak	49	81,67	43	86,00	0,37	0,541
	nie	11	18,33	7	14,00		
Relacje rodzinne	bardzo dobre	20	33,33	19	38,00	0,26	0,610
	dobre	40	66,67	31	62,00		
	złe	0	0,00	0	0,00		
Stałe zatrudnienie	tak	54	90,00	48	96,00	0,70	0,402
	czas określony	6	10,00	2	4,00		
Dodatkowe zatrudnienie	tak	18	30,00	17	34,00	0,21	0,602
	nie	42	70,00	32	65,31		
Ogólny staż pracy	0–4 lata	2	3,33	2	4,08	16,17	0,001
	5–10 lat	2	3,33	13	26,53		
	11–21 lat	14	23,33	15	30,61		
	powyżej 21 lat	42	70,00	19	38,78		
Staż pracy na oddziale psychiatrycznym	0–4 lata	10	16,67	6	12	3,56	0,313
	5–10 lat	14	23,33	18	36,00		
	11–21 lat	14	23,33	14	28,00		
	powyżej 21 lat	22	36,67	12	24,00		
Wybór miejsca pracy	własny przypadek	42	70,00	17	34,00	14,78	0,001
	inne względy	10	16,67	22	44,00		
		8	13,33	11	22,00		
Szkolenia	podstawowe	31	51,67	37	74,00	6,89	0,003
	podst. i profesjonalne	26	43,33	10	20,00		
	bez przeszkolenia	3	5,00	3	6,00		
Adaptacja do pracy	do 1 miesiąca	47	78,33	32	64,00	4,89	0,087
	do 2 miesięcy	6	10,00	13	26,00		
	do 3 miesięcy	7	11,67	5	10,00		
Satysfakcja z pracy	tak	53	88,33	39	78,00	2,24	0,377
	jest mi obojętne	6	10,00	9	18,00		
	nie	1	1,67	2	4,00		

Z analizy danych wynika, że nie występowały istotne statystycznie różnice pod względem: płci, stanu cywilnego, miejsca zamieszkania, sytuacji materialnej, poziomu wykształcenia, posiadania dzieci, relacji w rodzinie, zatrudnienia, stażu pracy na oddziale psychiatrycznym oraz okresu adaptacji do pracy w obu badanych grupach.

Istotnie statystycznie różnice występowały w zakresie wieku, wyboru pracy i odbytych szkoleń. Młodsza grupa stanowi personel pielęgniarski zatrudniony w Lublinie (przedział wiekowy 20–34 lata), który swój wybór dotyczący miejsca pracy określa jako przypadkowy i deklaruje mniejsze przygotowanie do pracy pod względem profesjonalnych szkoleń.

II

W części drugiej sprawdzono, czy na podstawie zaprezentowanych wyżej zmiennych można przewidywać rozwój syndromu wypalenia zawodowego. Analizy dokonano oddzielnie dla badań przeprowadzonych w Lublinie i Warszawie. Należy zaznaczyć, że wyniki dotyczące poszczególnych składowych wypalenia zawodowego uśredniono, uzyskując skalę 0–4 niezbędną do analiz. Za osoby zagrożone wypaleniem zawodowym uznano te, które osiągnęły więcej niż 2 pkt na skali. W tabeli 2 przedstawiono rozkład występowania wypalenia zawodowego wśród badanych osób.

Tabela 2. Występowanie wypalenia zawodowego u badanych osób z podziałem na miejsce przeprowadzenia badań.

Wypalenie zawodowe	Miejsce			
	Warszawa		Lublin	
	Liczebność	Procent z miejsca	Liczebność	Procent z miejsca
Nie	53	88,33	36	72,00
Tak	7	11,67	14	28,00

Według przyjętego kryterium w badaniach warszawskich odnotowano 12% osób predysponowanych do rozwoju wypalenia zawodowego, w Lublinie odsetek był wyższy i wynosił 28%. Analiza testem niezależności chi-kwadrat wykazała, że była to istotna statystycznie różnica: $\chi^2(1) = 4,71$; $p = 0,030$.

Poniżej zaprezentowano otrzymane wyniki oraz analizy, na podstawie których możliwe było uzyskanie powyższych danych.

Warszawa

W tabeli 3 przedstawiono otrzymane wyniki.

Analizy wskazały, że predyktorami dla tej grupy badanych są: brak satysfakcji z pracy, stan wolny oraz wdowieństwo. Badania wykazały, że w tej grupie badanych częściej pojawia się ryzyko wystąpienia wypalenia zawodowego.

III

W części trzeciej sprawdzono, czy na podstawie zmiennych, takich jak: sytuacja w miejscu pracy, doświadczanie pozytywnych emocji w pracy, możliwość rozwoju zawodowego, wpływ bezpośredniego przełożonego i jego uznania, uzyskiwanie dodatkowego wynagrodzenia, nor-

Tabela 3. Wyniki dla predyktorów wypalenia zawodowego w grupie warszawskiej.

Predyktor	Współczynnik B	Statystyka Walda	Poziom istotności	Exp(B)
Średnie zawodowe, specjalizacja	-17,77	0,00	0,999	0,00
Wyższe zawodowe	2,65	5,29	0,021	14,09
Wyższe zawodowe, specjalizacja	2,34	2,31	0,129	10,33

Analizy wykazały, że wykształcenie wyższe jest istotnym predyktorem wystąpienia wypalenia zawodowego.

Lublin

Analogiczne obliczenia wykonano dla badanego personelu pielęgniarskiego z Lublina. Model okazał się istotny statystycznie. W tabeli 4 przedstawiono wyniki dla poszczególnych klas zmiennych kategoryalnych.

my zatrudnienia oraz uczucie zawodu w związku z wykonywaną pracą, można przewidywać u badanych osób rozwój syndromu wypalenia. Analizy w tej części przeprowadzono łącznie dla obu grup w celu obliczeń na większej próbie. Poszczególne składowe również uśredniono, uzyskując skalę 0–4. Za osoby zagrożone wypaleniem uznano te, które uzyskały wynik wyższy niż 2 pkt na skali. Analizę przeprowadzono z zastosowaniem regresji logistycznej. Predyktory przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 4. Wyniki dla predyktorów wypalenia zawodowego w grupie lubelskiej.

Predyktor	Współczynnik B	Statystyka Walda	Poziom istotności	Exp(B)
Praca jest mi obojętna	2,15	5,60	0,018	8,58
Nie lubię swojej pracy	2,29	2,21	0,137	9,91
Stan wolny	2,09	4,47	0,034	8,10
Rozwód	23,50	0,00	1,000	2,00
Wdowieństwo	2,99	4,76	0,029	19,81

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek i pielęgniarzy
R. Markiewicz, A. Markiewicz

Tabela 5. Wyniki dla predyktorów wypalenia zawodowego.

Predyktor	Współczynnik B	Statystyka Walda	Poziom istotności	Exp(B)
Średnie zawodowe, specjalizacja	-0,66	0,44	0,508	0,52
Wyższe zawodowe	0,79	1,20	0,273	2,21
Wyższe zawodowe, specjalizacja	2,48	6,65	0,010	11,94
W miejscu, w którym pracuję, nie mam możliwości rozwoju zawodowego	0,68	5,83	0,016	1,97
Doznaję uczucia zawodu w związku z wykonywaną pracą	0,69	5,02	0,025	1,99
Personel pielęgniarski pracujący na oddziałach psychiatrycznych nie spełnia norm dotyczących zatrudnienia	0,83	6,82	0,009	2,29

Analizy wykazały, że wyższe wykształcenie, specjalizacja, brak możliwości rozwoju zawodowego, doznawanie uczucia zawodu w związku z pracą oraz niespełnianie norm dotyczących zatrudnienia w ocenie pielęgniarek i pielęgniarzy stanowią istotne predyktory wypalenia zawodowego.

Na podstawie analizy wartości exp(B) można przyjąć, że prawdopodobieństwo wystąpienia syndromu wypalenia jest większe u osób, które częściej deklarują taką opinię dotyczącą pracy.

OMÓWIENIE

Z analizy wynika, że wyższe wykształcenie i specjalizacja są predyktorami zespołu wypalenia. Wydawać by się mogło, że czynniki te powinny chronić przed wypaleniem. Teoretycznie tak. Posiadając wiedzę, kompetencje i kwalifikacje, personel pielęgniarski powinien wykazywać umiejętność w postępowaniu, aby uchronić się przed rozwojem wypalenia. Niestety, przyczyna tkwi prawdopodobnie nie w kwalifikacjach zawodowych, ale w sytuacji, która powstaje po ich uzyskaniu.

Wiele pielęgniarek i pielęgniarzy uważa, że wyższe wykształcenie przyczyni się do zmian w karierze zawodowej, a jeżeli nie – to w modyfikacji uposażenia. Znaczna część z nich podwyższa kwalifikacje dlatego, że istnieje formalny wymóg w tym zakresie.

Praca personelu pielęgniarskiego pociąga za sobą ogromne koszty zdrowotne, finansowe, rodzinne, wiele osobistych wyrzeczeń. Po uzyskaniu wyższego wykształcenia nie następuje zmiana, a jedynie zachwianie wewnętrznej równowagi w związku z nową sytuacją.

Zaangażowanie nie daje satysfakcji osobistej, ambicje i kwalifikacje nie korelują z potrzebami, a świadomość sytuacji powoduje rozczarowanie [20, 21, 27, 29, 35].

Badania przeprowadzone w Jordanii udowodniły, że ograniczanie rozwoju zawodowego wśród pielęgniarek powoduje, iż co czwarta z nich nie wykazuje zaangażowania w związku z blokowaniem kariery zawodowej, a co trzecia charakteryzuje się obniżoną wydajnością w pracy [31]. Także w Chinach 50,2% pielęgniarek jest niezadowolonych z pracy, a 40,4% deklaruje zamiar rezygnacji z zawodu [26]. W Stanach Zjednoczonych szacuje się, że z podobnych powodów w ciągu 5 lat z pracy zawodowej zrezygnuje duża grupa pielęgniarek [30].

Z przeprowadzonych wstępnie badań w Polsce wynika, że niekorzystną sytuację pogłębia niemotywacyjny system finansowy placówek, który nie nakłada na pracodawcę obowiązku zmian w uposażeniu pracowników w zależności od kształcenia. Jest to następstwem nieuregulowania w sposób jednoznaczny przez ustawodawcę wytycznych dotyczących norm zatrudnienia, warunków udzielania urlopów szkoleniowych, przepisów warunkujących zmianę uposażenia [21–23]. Dowolność w tym zakresie stanowi przyczynę podejmowania arbitralnych decyzji. Przy braku wykładni prawnej personel pielęgniarski nie jest w stanie egzekwować swoich praw, czego konsekwencjami jest: wzrost frustracji, pasywna postawa, brak zaangażowania, ograniczanie relacji oraz zachwianie partnerstwa. Izolacja od otoczenia zawodowego powoduje niechęć wobec pacjentów, ich przedmiotowe i rutynowe traktowanie [8].

Badania przeprowadzone na Tajwanie również uwiadcniają brak jednoznacznych wytycznych oraz lukę

między potrzebą rozwoju osobistego a programem związanym z uzyskiwaniem kwalifikacji zawodowych powodującą blokowanie inicjatyw, wyczerpanie emocjonalne, a w konsekwencji rozwój zespołu wypalenia zawodowego [28]. Potwierdzają to również analizy badań przeprowadzonych w Szwecji, które wykazują istotny związek między brakiem akceptacji przełożonego, ograniczeniem osobistego zawodowego spełnienia a wyczerpaniem emocjonalnym [39].

Z badań wynika, że sytuacja pogarsza się wśród osób samotnych, bez rodzin oraz wsparcia. Maslach i Kubler-Ross uważają, że rodzina stanowi fundament egzystencji człowieka, a jej brak przyczynia się do załamania mechanizmu kompensacji w trudnych życiowo sytuacjach [24, 25]. Istotne zatem jest wprowadzenie podwójnej społecznej strategii ze szczególnym uwzględnieniem osobistych zasobów i systemu wsparcia, przy jednoczesnym ograniczeniu wyczerpania emocjonalnego prowadzącego do depersonalizacji i zaburzeń psychosomatycznych [38].

Cytowane badania potwierdzają uzyskane wyniki.

Na podstawie niniejszej pracy należy stwierdzić, że ujawnił się nowy wymiar służby zdrowia – wyszkolona kadra pielęgniarska, która sukcesywnie doznaje wypalenia zawodowego, jest zniechęcana do pracy i do zawodu, który wykonuje. Stres w pracy zawodowej, złożoność funkcji, które pełni personel pielęgniarski, oraz wymagania związane z zapewnieniem optymalnej opieki implikują pilną potrzebę stworzenia stabilnej struktury organizacyjnej dążącej do weryfikacji kwalifikacji zawodowych, w tym specjalistycznych. Podobne wnioski uzyskano w badaniach przeprowadzonych w Iranie, Szwecji, Islandii oraz Nowej Zelandii [33, 35–37].

Brak możliwości wykorzystania potencjału zawodowego pielęgniarek i pielęgniarzy popartego wyższym wykształceniem oraz specjalizacją, brak uznania ze strony pracodawcy, ograniczanie rozwoju zawodowego i kontrowersyjne zasady dotyczące minimalnych norm zatrudnienia to zagrożenie dla zawodu i podstawa do reorganizacji warunków pracy tej grupy zawodowej. Podobne postulaty prezentowane są w badaniach satysfakcji zawodowej pielęgniarek w USA [32, 34].

WNIOSKI

1. W badanej grupie personelu pielęgniarskiego z Warszawy 12% osób doświadczało wypalenia zawodo-

wego, a w grupie z Lublina odsetek był wyższy i wynosił 28%.

2. Analiza badanych wykazała, że wyższe wykształcenie zawodowe i posiadanie specjalizacji były predyktorami zespołu wypalenia zawodowego.
3. Wpływ na rozwój zespołu wypalenia wśród pielęgniarek i pielęgniarzy mają – według ich własnej oceny – brak możliwości rozwoju zawodowego, doznawanie rozczarowania w związku z wykonywaną pracą zawodową oraz niespełnianie przez pracodawcę norm dotyczących zatrudnienia.
4. W grupie personelu pielęgniarskiego z Lublina predyktorami wypalenia okazały się również: brak satysfakcji z pracy, stan wolny i wdowieństwo.

PIŚMIENNICTWO

1. Mojs E, Głowska D. Wypalenie zawodowe u polskich pielęgniarek. *Nowiny Lekarskie* 2005; 74(2): 238-243.
2. Dudek B, Koniarek J, Szymczak W. Stres związany z pracą a teoria zachowania zasobów Stevana Hobfolla. *Medycyna Pracy* 2007; 58(4): 317-325.
3. Beisert M. Przejawy, mechanizmy i przyczyny wypalania się pielęgniarek. W: Sęk H (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. PWN, Warszawa 2004: 182-216.
4. Litzke S, Schuh H. *Stres, mobing i wypalenie zawodowe*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2006.
5. Sandi C. *The impact of stress on the social brain – psychopathological implications and neurobiological mechanisms*. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 84(9).
6. Uszyński M. *Stres i antystres – patomechanizm i skutki zdrowotne*. Wydawnictwo MedPharm Polska, Wrocław 2009.
7. Anczewska M. *Stres i wypalenie zawodowe u pracowników psychiatrycznej opieki zdrowotnej*. Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 2006.
8. Lewandowska A, Litwin B. *Wypalenie zawodowe jako zagrożenie w pracy pielęgniarki*. *Rocznik Pomorskiej Akademii Medycznej* 2009; 55: 86-89.
9. Fry AJ, O'Riordan D, Turner M, Mills K. *Survey of aggressive incidents experienced by community mental health staff*. *International Journal of Mental Health Nursing* 2002; 11(2): 112-120.
10. Meder J. *Zachowania agresywne – przeciwdziałanie, leczenie*. Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, Kraków 2007.
11. Sariusz-Skąpska M. *Formy agresji pacjentów u pracowników placówek psychiatrycznych*. *Postępy Psychiatrii i Neurologii* 2005; 1: 87-91.
12. Soyka M. *Aggression in schizophrenia: assessment and prevalence*. *The British Journal of Psychiatry* 2002; 180: 278-279.

Wypalenie zawodowe wśród pielęgniarek i pielęgniarzy

R. Markiewicz, A. Markiewicz

13. Steiner H, Saxena K, Chang K. Psychopharmacologic strategies for the treatment of aggression in juveniles. *CNS Spectr* 2003; 8(4): 298-308.
14. Wortzel HS, Arciniegas DB. A forensic neuropsychiatric approach to traumatic brain injury, aggression, and suicide. *J Am Acad Psychiatry Law* 2013; 41(2): 274-286.
15. Jovanović N, Podlesek A, Medved V et al. Association between psychopathology and suicidal behavior in schizophrenia. *Crisis* 2013; 34(6): 374-381.
16. Nock MK, Borges G, Bromet EJ et al. Suicide and suicidal behavior. *Epidemiol Rev* 2008; 30: 133-154.
17. Möller HJ. Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2003; 418: 73-80.
18. Pawlak J, Hausner J. Czynniki związane z ryzykiem samobójstwa u osób z zaburzeniami nastroju. *Nowiny Lekarskie* 2007; 61(4): 265-268.
19. Belli H, Ural C. The association between schizophrenia and violent or homicidal behaviour: the prevention and treatment of violent behaviour in these patients. *West Indian Med J* 2012; 61(5): 538-543.
20. Tomaszewska M, Cieśla D, Czerniak J, Dykowska G. Możliwości doskonalenia zawodowego pielęgniarek – potrzeby a rzeczywistość. *Problemy Pielęgniarstwa* 2008; 16(1-2): 40-47.
21. Kadłubowska M, Bąk E, Turbiarz A, Kolonko J. Podnoszenie kwalifikacji zawodowych w opinii studentów licencjackich studiów pomostowych. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(2): 124-128.
22. Kobos E, Leńczuk-Gruba A, Idzik A, Sienkiewicz Z. Rola zakładu pracy w doszkącaniu i doskonaleniu zawodowym w kontekście barier edukacyjnych dostrzeganych przez pielęgniarki. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010; 18(2): 134-138.
23. Zimmermann A, Banasik P. Wpływ nowych regulacji prawnych na zasady wykonywania zawodu przez pielęgniarki (cz. 1). *Problemy Pielęgniarstwa* 2012; 20(3): 385-392.
24. Maslach C. Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. W: Sęk H (red.). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. PWN, Warszawa 2004.
25. Kubler-Ross E. *Życiodajna śmierć*. Poznań 1996.
26. Liu C, Zhang L, Ye W, Zhu J. Job satisfaction and intention to leave: a questionnaire survey of hospital nurses in Shanghai of China. *J Clin Nurs* 2012; 21(1-2): 255-263.
27. Lu H, Barriball KL. A model of job satisfaction of nurses: a reflection of nurses' working lives in Mainland China. *J Adv Nurs* 2007; 58(5): 468-479.
28. Chang PL, Chou YC, Cheng FC. Career needs, career development programmes, organizational commitment and turnover intention of nurses in Taiwan. *J Nurs Manag* 2007; 15(8): 801-810.
29. Chang PL, Chou YC, Cheng FC. Designing career development programs through understanding of nurses' career needs. *J Nurses Staff Dev* 2006; 22(5): 246-253.
30. Ingersoll GL, Olsan T, Drew-Cates J et al. Nurses' job satisfaction, organizational commitment, and career intent. *J Nurs Adm* 2002; 32(5): 250-263.
31. Mrayyan MT, Al-Faouri J. Predictors of career commitment and job performance of Jordanian nurses. *J Nurs Manag* 2008; 16(3): 246-256.
32. Rambur B, McIntosh B, Palumbo MV, Reiniera K. Education as a determinant of career retention and job satisfaction among registered nurses. *J Nurs Scholarsh* 2005; 37(2): 185-192.
33. Sveinsdottir H, Bieringa P, Ramel S. Occupational stress, job satisfaction, and working environment among Icelandic nurses: a cross-sectional questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2006; 43(7): 875-889.
34. Lapane KL, Hughes CM. Considering the employee point of view: perceptions of job satisfaction and stress among nursing staff in nursing homes. *J Am Med Dir Assoc* 2007; 8(1): 8-13.
35. Arnetz JE, Hasson H. Evaluation of an educational "toolbox" for improving nursing staff competence and psychosocial work environment in elderly care: results of a prospective, non-randomized controlled intervention. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(5): 723-735.
36. Zarea K, Nikbakht-Nasrabadi C, Abbaszadeh J. Facing the challenges and building solutions in clinical psychiatric nursing in Iran: a qualitative study. *Issues Ment Health Nurs* 2012; 33(10): 697-706.
37. Fourie W, McDonald S, Connor J. The role of the registered nurse in an acute mental health inpatient setting in New Zealand: perceptions versus reality. *Int J Ment Health Nurs* 2005; 14(2): 134-141.
38. Jourdain G, Chenevert D. Job demands-resources, burnout and intention to leave the nursing profession: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(6): 709-722.
39. Sundin L, Hochwalder J, Bildt C, Lisspers J. The relationship between different work-related sources of social support and burnout among registered and assistant nurses in Sweden: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud* 2007; 44(5): 758-769.

Adres do korespondencji:

Renata Markiewicz
 Zakład Pielęgniarstwa Psychiatrycznego
 Uniwersytetu Medycznego
 20-124 Lublin, ul. Szkolna 18
 tel.: (81) 448-69-20
 e-mail: renata.markiewicz@umlub.pl