

EMPATIA A STRES: MEDIUJĄCY WPŁYW STRATEGII PRACY EMOCJONALNEJ NA PRZYKŁADZIE PIELEŃNIAREK ZABIEGOWYCH

EMPATHY AND STRESS: THE MEDIATING IMPACT OF THE EMOTIONAL LABOR STRATEGIES ON THE EXAMPLE OF SURGICAL NURSES

Maciej Załuski, Paweł Jagielski, Marta Makara-Studzińska

Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego / Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland
Zakład Psychologii Zdrowia, Wydział Nauk o Zdrowiu / Department of Health Psychology, Faculty of Health Sciences

STRESZCZENIE

Wstęp: Pielęgniarka, wykonując pracę emocjonalną, dostraja własne emocje do oczekiwań pacjenta. Stosowane wówczas strategie samoregulacji osłabiają jej siły psychiczne i przyczyniają się do powstawania różnych objawów zespołu wypalenia zawodowego (*occupational burnout syndrome* – OBS). Znane są także dodatnie związki łączące wybrane strategie pracy emocjonalnej ze wzrostem zaangażowania w wykonywaną pracę zawodową. Zasobem ochronnym są umiejętności empatyzowania z pacjentem. Empatia pozwala pielęgniarcie dzielić się emocjami z pacjentem, zachowując postawę neutralnego obserwatora, sprzyja podejmowaniu działań służących redukcji bólu i cierpienia oraz pomaga budować relację obustronnego zaufania i współpracy. Celem niniejszych badań było sprawdzenie modelu teoretycznego, który zakładał mediującą rolę strategii pracy emocjonalnej w związku między empatią a OBS. **Materiał i metody:** Próba liczyła 84 pielęgniarki zabiegowe zatrudnione w Szpitalu Uniwersyteckim w Krakowie. Wykorzystano model badania przekrojowego z użyciem metod kwestionariuszowych. W badaniu zastosowano *Kwestionariusz wypalenia zawodowego Link* (*Link Burnout Questionnaire*) w adaptacji Jaworowskiej do pomiaru OBS, *Skróconą skalę ilorazu empatii* (*Empathy Quotient – short*) w adaptacji Jankowiak-Siudy do pomiaru empatii oraz *Skalę płytkiej i głębokiej pracy emocjonalnej* (*Deep Acting and Surface Acting Scale*) w adaptacji Finogenow do pomiaru pracy emocjonalnej. Do analizy wykorzystano oprogramowanie IBM SPSS Statistics 24 z makrem PROCESS v. 3.4 Hayes. **Wyniki:** Badanie potwierdziło występowanie ujemnej korelacji między poziomem empatii a nasileniem objawów OBS. Stosowanie powierzchniowych strategii regulacji podczas wykonywania pracy emocjonalnej osłabiało ochronny wpływ empatii na wypalenie. Wykorzystanie strategii głębokiego przetwarzania emocji podtrzymywało wspomniany związek. **Wnioski:** Elastyczne korzystanie z umiejętności samoregulacji emocji przez pracowników medycznych pogłębia osobowy kontakt z pacjentem oraz mediuje między poziomem empatii a nasileniem OBS. Med. Pr. 2020;71(4):461–471

Słowa kluczowe: syndrom wypalenia zawodowego, inteligencja emocjonalna, regulacja emocji, empatia, analiza regresji, pielęgniarki

ABSTRACT

Background: The nurse, when performing emotional labor at work, tunes her own emotions to the patient's expectations. The self-regulation strategies which are then used weaken her mental strength and contribute to various symptoms of occupational burnout syndrome (OBS). In addition, certain positive relationships have been found between selected emotional labor strategies and increased work engagement. The skills of empathizing with the patient are the nurse's protective resource. Empathy allows to share emotions with the patient while maintaining the attitude of a neutral observer. It also helps to take actions to reduce pain and suffering, and to build a relationship of mutual trust and cooperation. The purpose of the present study, conducted in a group of surgical nurses in January–March 2019, was to analyze a theoretical model which assumed the mediating role of emotional labor strategies in the relationship between empathy and OBS. **Material and Methods:** The sample consisted of 84 surgical nurses employed at the University Hospital in Kraków. A cross-sectional design was used with the application of a questionnaire method. In the study, the Polish version of the *Link Burnout Questionnaire* by Jaworowska was used, together with the *Empathy Quotient – short* by Jankowiak-Siuda and the *Deep Acting and Surface Acting Scale* by Finogenow. For the statistical analysis, the IBM SPSS Statistics 24 with Hayes PROCESS version 3.4 was employed. **Results:** A negative correlation between the level of empathy and the severity of OBS symptoms was confirmed in the study. The use of the surface regulation strategies of emotional labor weakened the protective effect of empathy on burnout. The use of deep action processing strategies of emotional labor supported this relationship. **Conclusions:** The flexible use of emotional self-regulation strategies by the medical staff deepens their personal contact with the patient, and mediates in the level of empathy and the severity of OBS symptoms. Med Pr. 2020;71(4):461–71

Key words: occupational burnout syndrome, emotional intelligence, emotional regulation, empathy, regression analysis, nursing staff

Autor do korespondencji / Corresponding author: Maciej Załuski, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, e-mail: maciej.zaluski@uj.edu.pl
Nadesłano: 7 stycznia 2020, zatwierdzono: 21 kwietnia 2020

WSTĘP

Wypalenie zawodowe (*occupational burnout syndrome* – OBS) jest konstruktym służącym do opisu objawów klinicznych i postaw zawodowych, które są często rozpoznawane u osób zatrudnionych w zawodach społecznych, w tym w ochronie zdrowia [1]. Terminem tym określa się zespół objawów psychologicznych i fizjologicznych, do których należą uczucie przemęczenia psychicznego, braku energii życiowej i zapału oraz chronicznego zmęczenia, występowanie objawów psychosomatycznych nazwane wyczerpaniem emocjonalnym, cynizm, dystansowanie się i przyjmowanie przedmiotowego stosunku do drugiego człowieka, czyli depersonalizacja, oraz spadek poczucia kompetencji zawodowej, efektywności udzielanej pomocy i zaradności w relacjach z pacjentami.

Istnieje wiele definicji OBS, z których większość traktuje to zjawisko jako końcowy etap procesu negatywnych zmian zachodzących u pracownika pod wpływem obciążających wymagań środowiska pracy (przeciążenie pracą i konflikty w niej) oraz wcześniejszego niedoboru lub wyczerpania się jego zasobów osobowych.

Występowanie objawów wypalenia niesie ze sobą konsekwencje istotne z punktu widzenia zarówno jednostkowego, jak i instytucjonalnego. Wyczerpanie emocjonalne może się ujawniać w postaci różnych objawów somatycznych, w tym utraty wagi ciała i bezsenności, oraz psychologicznych, np. jako częstsze sięganie po używki, rozluźnienie emocjonalnych więzi z pacjentami i współpracownikami oraz narastanie konfliktów w pracy i domu. Relacje społeczne o charakterze podmiotowym zostają zastąpione bezosobowymi i przedmiotowymi. W efekcie u pracownika rośnie poczucie rozczarowania wykonywaną pracą i negatywna ocena jej efektów, zanika idealizm w spojrzeniu na wykonywany zawód oraz słabną aspiracje. Z instytucjonalnego punktu widzenia pracownik traci zdolność niesienia pomocy innym, staje się niewydolny i cyniczny oraz spada jego zaangażowanie w odgrywaną rolę zawodową. Rośnie liczba absencji, pracownicy częściej chorują i myślą o zakończeniu lub zmianie pracy.

Wśród wielu czynników ryzyka OBS zwraca się uwagę na stosowane przez pracownika strategie radzenia sobie ze stresem, w tym regulacji emocji pojawiających się w miejscu pracy [2,3]. Umiejętność samoregulacji emocji, zdolność do współbrzmienia emocjonalnego z drugą osobą, ale także zrozumienia jej postaw i przekonań oraz umiejętność komunikowania się na

temat doznawanych przeżyć, są zasobami osobowymi pracownika medycznego istotnymi ze względu zarówno na adaptację do wymagań środowiska pracy, a więc ryzyko wypalenia zawodowego, jak i budowanie optymalnej relacji z pacjentami [4]. Relacja łącząca poziom empatii z wypaleniem zawodowym ma postać odwrotnie U-kształtną. Najbardziej narażone są osoby o bardzo niskim i bardzo wysokim poziomie empatii.

Efekty regulowania napięcia emocjonalnego podczas interakcji społecznych ujawniają się w postaci zachowań ekspresywnych, tworząc – wraz ze znajomością wymagań dotyczących okazywania emocji w miejscu pracy – 3-komponentowy model nazwany pracą emocjonalną (*emotional labour* – EL) [5,6]. W przestrzeni społecznej trafiają sygnały mimiczne i pantomimiczne oraz zachowania wyrażające emocje udawane i nieodczuwane, autentycznie odczuwane oraz wcześniej przetworzone lub nieprzetworzone, a także sygnały świadczące o ukrywaniu emocji, ich tłumieniu bądź wypieraniu ze świadomości.

Wspomniane zachowania wymagają od pracownika wykorzystywania umiejętności samoregulowania emocji. Chcąc dostosować się do pacjenta, wzbudza on w sobie lub przetwarza doświadczane uczucia [praca emocjonalna na poziomie głębokim (*deep action* – DA)], tłumnie emocje i powstrzymuje się przed ich ekspresją [praca emocjonalna na poziomie powierzchniowym nazywana ukrywaniem uczuć (*hiding feelings* – HF)] lub kontroluje sposób ekspresji, wyrażając emocje aktualnie nieodczuwane, ale oczekiwane [praca emocjonalna na poziomie powierzchniowym nazywana udawaniem emocji (*faking emotions* – FE)].

Brak wyważenia w stosowaniu strategii samoregulacji emocji podczas wykonywania EL niesie ze sobą ryzyko wielu następstw. Przesadnie częste okazywanie emocji nieodczuwanych lub przeciwstawnych wobec odczuwanych uczuć (manipulowanie emocjami) powoduje stan dysonansu emocjonalnego będący źródłem OBS i utraty własnej autentyczności [7,8]. Tak się dzieje, gdy pracownik medyczny tłumnie własną złość i udaje pozytywne emocje w interakcjach z negatywnie nastawionymi pacjentami i ich rodzinami.

Dysonans można traktować jako często stosowaną strategię regulacji, której użyteczność jest ograniczona poczuciami skrzywdzenia i niesmaku [9]. Ukrywanie uczuć jest działaniem koncyliacyjnym, ale stosowane zbyt często wywołuje wzrost napięcia wewnętrznego oraz skutkuje wyczerpywaniem sił psychofizycznych i zmęczeniem. Udawanie uczuć może natomiast osłabiać poczucie własnej wartości, tożsamości i skuteczności

ści zawodowej [10]. Powierzchniowa EL pogłębia dysonans emocjonalny i pociąga za sobą potrójne wydatkowanie energii. Wymaga od pracownika ukrywania swoich prawdziwych uczuć, udawania emocji, których nie odczuwa, oraz stałego monitorowania wrażenia wywołanego na pacjencie.

W licznych badaniach [11,12] potwierdzono związki między dysonansem emocjonalnym a stresem, dolegliwościami psychosomatycznymi, skłonnością do irytacji oraz wyczerpaniem emocjonalnym i depersonalizacją. Świadome i elastyczne stosowanie strategii powierzchniowych, a zwłaszcza HF, może chronić pracownika medycznego przed konsekwencjami ujawnienia rzeczywistości odczuwanych uczuć. Regulowanie emocji w postaci głębokich strategii EL jest zasobem pracownika medycznego pośredniczącym między potencjalnie stresującymi wydarzeniami o charakterze emocjonalnym (ekspozycja na chorobę, cierpienie i śmierć) a pojawianiem się reakcji stresowej i oznak wypalenia zawodowego. Pozwala uniknąć ciągłego zaprzeczania i wyłącznie tłumienia uczuć będących źródłem dysonansu emocjonalnego. Stosowanie DA nie zawsze jednak jest możliwe (np. podczas krótkiego kontaktu z pacjentem w leczeniu ambulatoryjnym), a także bywa obciążające psychicznie.

Empatyzowanie (iloraz empatii – IE) to zdolność człowieka do wzbudzenia w sobie procesów pozwalających zrozumieć subiektywne doświadczenia drugiej osoby poprzez zastępcze (*vicariously*) dzielenie się emocjami przy zachowaniu neutralnej postawy obserwatora [13]. Aspekt poznawczy empatyzowania umożliwia zachowanie dystansu wobec emocji pacjenta, a aspekt emocjonalny – wpływając korzystnie na relację terapeutyczną – zwiększa siłę psychiczną i satysfakcję pielęgniarki lub lekarza czerpaną z relacji z pacjentem (pogłębia poczucie bliskości i zrozumienia) [14]. Wymiar moralny empatii motywuje pracownika medycznego do podzielenia uczuć pacjenta, natomiast wymiar behawioralny wyraża się w informacjach o tym, że doświadczenia pacjenta zostały zrozumiane i będą brane pod uwagę [15]. Empatia kliniczna należy do zasobów osobowych pracownika, gdyż pozwala zrozumieć emocje pacjenta przy zachowaniu obojętności w stosunku do jego problemów zdrowotnych. Chodzi o neutralizację przeżywanych emocji poprzez przyjmowanie postawy „zdystansowanej troski” (*detached concern*) [15]. Podtrzymanie w sobie obiektywnej postawy obserwatora umożliwia spostrzeganie odmienności i osobliwości w reakcjach pacjenta oraz chroni przed jego depersonalizowaniem.

Metaanaliza doniesień naukowych z badań relacji między IE a OBS ukazała ich słabe i umiarkowane ujemne korelacje, wahające się od 0,19 do 0,44 pkt [4]. Niskie wyniki uzyskane przez osoby badane w 2 z 4 podskal składających się na narzędzie do pomiaru empatii (*Interpersonal Reactivity Index*) okazały się czynnikami ryzyka OBS, podczas gdy wysokie wyniki – czynnikami chroniącymi przed jego wystąpieniem [14]. Ochronny wpływ empatii na wypalenie zawodowe wynika z neuronalnego podłoża stojących za nią mechanizmów [16]. Relacja z pacjentem empatyzującego lekarza jest stabilna, uwzględnia wszystkie wymiary empatii klinicznej z optymalnym nasileniem, balansując między jej całkowitym brakiem a przesadą prowadzącą do zmęczenia współczuciem i wypalenia zawodowego.

Wyniki innych badań wskazują, że zbyt wysoki poziom empatii naraża pracownika medycznego na rozwój OBS [17]. Nadmierne empatyzowanie z pacjentem zwiększa cierpienie lekarza, wyczerpuje emocjonalnie, rodzi zmęczenie współczuciem i wypala zawodowo. Dzieje się tak zwłaszcza w przypadku kontaktu z pacjentami, którzy doświadczają nasilonego bólu fizycznego i psychicznego oraz niepokoju. Jest to sytuacja relatywnie częsta, co wykazano w badaniu 14 tys. australijskich lekarzy i studentów medycyny. Okazało się, że ta grupa zawodowa w porównaniu z resztą populacji jest bardziej narażona na występowanie zaburzeń psychicznych i depresji z powodu pracy pod presją wywołaną bólem i śmiercią pacjentów [18]. Podobnie 37,5% hiszpańskich pielęgniarek onkologicznych skarżyło się na objawy zmęczenia współczuciem, którego obecność – wraz z objawami OBS – skłaniała badane do zmiany miejsca pracy [19].

Zbyt niski poziom empatyzowania sprzyja występowaniu dysonansu emocjonalnego między emocjami odczuwanymi lub nieodczuwanymi a wyrażanymi. Stoją za tym braki umiejętności samoregulacji emocji, nasilona aleksytymia i zmniejszona aktywność mózgowa w obszarach związanych z empatią [17]. W badaniach wykazano silne związki występujące między wypaleniem zawodowym a niewystarczającymi kompetencjami pracownika medycznego w zakresie samoregulacji emocji. Empatia zabezpiecza pracownika medycznego przed natychmiastowym i niekontrolowanym działaniem na rzecz pacjenta na skutek emocjonalnej identyfikacji lub projekcji własnych uczuć, czyli reakcjami powodowanymi odczuwaną sympatią lub antypatią. Dysregulacja emocji naraża pracownika medycznego na zjawisko zakażenia emocjonalnego (*emotional contagion*) i zgubienia granicy między emocjami własnymi i innych ludzi [16].

Cel badań oraz hipotezy badawcze

Na podstawie literatury przedmiotu skonstruowano model teoretyczny, korzystając z następujących założeń:

- Między empatią a wypaleniem zawodowym występuje ujemna korelacja.
- Zdolność do empatyzowania przekłada się na postać strategii regulacji emocji podczas wykonywania pracy emocjonalnej.
- Osoby o niższym poziomie wspomnianej kompetencji częściej będą sięgać po strategię pracy powierzchniowej.
- Osoby częściej przekształcające emocje wywodzą się z grupy o wyższym poziomie empatii.
- Bezpośredni związek empatii z wypaleniem zawodowym jest mediowany wpływem strategii pracy emocjonalnej.

W badaniu sprawdzono następujące hipotezy badawcze:

- H1: stosowanie strategii HF osłabia siłę związku między poziomem IE a OSB.
- H2: stosowanie strategii FE osłabia siłę związku między poziomem IE a OSB.
- H3: stosowanie strategii DA wzmacnia siłę związku między poziomem IE a OSB.

MATERIAŁ I METODY

Grupa badana

Zastosowano model badania przekrojowego z użyciem metody kwestionariuszowej. Dobór do grupy miał charakter celowy. Uczestniczkami były pielęgniarki zatrudnione w 10 oddziałach zabiegowych Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie. Rozlosowano 140 kwestionariuszy, po 14 na każdy z oddziałów, i otrzymano 110 kompletów (stopa zwrotu: 79%). Analizą objęto dane pochodzące z 84 kwestionariuszy, usuwając 26, w których brakowało danych. Badanie przeprowadzono od stycznia do marca 2019 r.

Metody

Do pomiaru EL użyto polskojęzycznej wersji kwestionariusza *Deep Acting and Surface Acting Scale* pn. *Skala płytkiej i głębokiej pracy emocjonalnej* [20]. Narzędzie mierzy 3 formy EL: przetwarzanie emocji – praca głęboka (DA), ukrywanie uczuć (HF) i udawanie emocji (FE). Każdy z 9 itemów tworzących narzędzie badania oceniali na 5-punktowej skali typu Likerta (w której 1 oznaczało „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „czasami”, 4 – „często”, 5 – „zawsze”). Suma punktów jest wskaźnikiem częstości stosowania każdej z 3 strategii EL. Współczyn-

nik rzetelności α Cronbacha dla każdej z 3 podskal wynosił 0,70–0,77.

Iloraz empatii (EI) oszacowano za pomocą polskojęzycznej wersji *Empathy Quotient – short* (EQ-short) nazywanej *Skróconą skalą ilorazu empatii* [21]. Każdy z 22 itemów był oceniany przez badanych za pomocą 4-punktowej skali typu Likerta (gdzie 1 oznaczało „zdecydowanie tak”, 2 – „raczej tak”, 3 – „raczej nie”, 4 – „zdecydowanie nie”). Sumaryczny wynik liczbowy jest wskaźnikiem ogólnego poziomu empatyzowania badanej osoby. Współczynnik rzetelności α Cronbacha wyniósł 0,79.

Nasilenie objawów OBS oszacowano za pomocą *Kwestionariusza wypalenia zawodowego Link* (*Link Burnout Questionnaire*) [22]. Narzędzie składa się z 24 itemów służących do pomiaru 4 podskal: wyczerpania psychofizycznego (*psychophysical exhaustion* – PE), deterioracji relacji z pacjentami (*relation deterioration* – RD), braku skuteczności zawodowej (*professional inefficacy* – PI) i rozczarowania pracą (*disappointment* – DI). Dodatkowym wskaźnikiem jest sumaryczny indeks wypalenia (OSB_{index}). Respondent do oceny 24 elementów kwestionariusza używa 6-stopniowej skali typu Likerta (gdzie 1 oznacza „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „raz lub więcej razy w miesiącu”, 4 – „mniej więcej co tydzień”, 5 – „kilka razy w tygodniu”, 6 – „codziennie”). Współczynnik rzetelności α Cronbacha wyliczony dla każdej z 4 podskal wyniósł 0,55–0,76.

Etyka

Badanie było elementem projektu K/ZDS/007816 pt. „Problematyka regulacji uczuć i pracy emocjonalnej w zawodach medycznych” i nie wymagało zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Uzyskano pisemną zgodę dyrekcji Szpitala Uniwersyteckiego i uczestniczących w badaniu pielęgniarek.

Statystyka

Założenie dotyczące normalności rozkładu sprawdzono za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa. Rozkład wszystkich zmiennych był zbliżony do normalnego. Z tego względu analizę korelacji wstępujących między OSB a EI i strategiami EL wykonano za pomocą współczynnika Pearsona. Do oceny istotności różnic międzygrupowych w zakresie skrajnych wartości pomiaru empatii i OSB_{index} zastosowano test t-Studenta. Siłę efektu różnic międzygrupowych oszacowano za pomocą współczynnika d Cohena. Efekt wpływu empatii oraz stosowanych strategii pracy emocjonalnej na rozwój oceniono, stosując procedurę regresji liniowej krokowej postępującej i test F ANOVA.

Chcąc oszacować błędy estymacji, zastosowano metodę *bootstrappingu*. Wybór metody został podyktowany stosunkowo małą liczną próbą badawczą, a także większą mocą stosowanego testu wobec alternatywnego testu Z Sobela. Próba została poddana losowaniu ze zwracaniem: pobrano 5000 próbek, przyjęto wartości dolne i górne przedziału ufności równe 95%. Procedurę wykonano w 3 krokach, zgodnie z podejściem Barona i Kenny'ego [23]. Wszystkie analizy statystyczne wykonano z użyciem oprogramowania PS IMAGO PRO (SPSS) z dodatkiem PROCESS, umożliwiającym przeprowadzenie analiz z użyciem *bootstrappingu*. Przyjęto poziom statystycznej istotności wynoszący $\alpha < 0,05$.

WYNIKI

Wyniki pomiaru ilorazu empatii przyjęły wartości średnie (empiryczny wynik zawarł się w przedziale: 26–59 pkt; przedział teoretyczny: 0–66 pkt), a zarazem zdecydowanie wyższe od uzyskanych podczas badań walidacyjnych narzędzia w populacji polskiej [21]. Różnica EQ-short osób należących do podgrup skrajnych: I kwartyła (N = 20, M = 36,05, SD = 3,33) i IV kwartyła (N = 21, M = 50,76, SD = 3,91), była statystycznie istotna ($t = 12,93$, $p < 0,000$, d Cohena = 4,05). Wyniki pomiaru 4 komponentów OBS również przyjęły wartości średnie, tj. PE i PI między 5 a 8 stenem, DI – między 5 a 7 stenem, a RD – między 4 a 7 stenem. Różnica OBS_{index} osób należących do podgrup skrajnych:

I kwartyła (N = 21, M = 48,95, SD = 6,70) i IV kwartyła (N = 21, M = 87,04, SD = 8,05), była statystycznie istotna ($t = 16,66$, $p < 0,000$, d Cohena = 5,14) (tabela 1).

Wyniki przedstawione w tabeli 2 wskazują na występowanie statystycznie istotnych związków między poziomem OBS a IE – korelacja okazała się ujemna i umiarkowana ($p = -0,31$, $p < 0,01$). Wystąpiły również istotne korelacje między OBS oraz strategiami HF i FE (dodatnie i umiarkowane), a także słabe korelacje między IE a strategiami DA (dodatnia) i HF (ujemna). Zgodnie z przypuszczeniami średnie wartości pomiaru 3 strategii EL różniły się w zależności od poziomu IE badanych. Osoby o wysokim poziomie IE (IV kwartył) stosowały częściej strategię DA oraz rzadziej HF i FE niż osoby z niskim poziomem IE (I kwartył). Istotna statystycznie okazała się jednak wyłącznie różnica w stosowaniu strategii HF ($M_{HF}^{Ikw.} = 8,55$ pkt, $M_{HF}^{IVkw.} = 7,04$ pkt, $t = 2,43$, $p < 0,01$). Wyniki są zgodne z przyjętymi założeniami i pokazują, że poziom IE oraz stosowane strategie EL i OBS pozostają we wzajemnych zależnościach. W kolejnych krokach sprawdzono słuszność hipotez badawczych.

W celu sprawdzenia hipotezy 1, zakładającej zakłócający wpływ zmiennej pośredniczącej ukrywanie uczuć (HF) na siłę związku między poziomem empatii a wypaleniem zawodowym, przeprowadzono analizę mediacji.

W pierwszym kroku sprawdzono relację między predyktorem – IE, a mediatorem – HF. Model był dobrze

Tabela 1. Statystyki opisowe zmiennych zastosowanych w badaniach przeprowadzonych w grupie pielęgniarek zabiegowych (N = 84) od stycznia do marca 2019 r.

Table 1. Descriptive statistics of the variables in the research conducted in a group of surgical nurses (N = 84) in January–March 2019

Zmienna Variable	M	SD	Me	Q ₂₅	Q ₇₅	Min.	Maks. Max
Wiek [lata] / Age [years]	32,73	9,38	30,00	41,00	24,00	23,00	57,00
OSB _{index}	69,71	15,10	73,00	80,50	59,00	34,00	107,00
PE	19,82	5,50	20,50	24,00	15,00	8,00	31,00
PI	14,73	3,71	15,00	17,00	13,00	8,00	26,00
DI	16,32	5,16	16,00	20,00	13,00	7,00	32,00
RD	18,83	4,99	19,50	23,00	16,00	7,00	28,00
EQ-short	43,41	5,91	43,50	46,50	39,50	26,00	59,00
DA	8,25	2,16	8,50	9,00	7,00	3,00	15,00
HF	8,09	2,09	8,00	10,00	6,00	3,00	12,00
FE	7,04	2,18	7,00	9,00	5,50	3,00	13,00

DA – praca emocjonalna na poziomie głębokim / deep action, DI – rozczarowanie pracą / disappointment, EQ-short – wskaźnik poziomu empatii / empathy quotient, FE – udawanie emocji / faking emotions, HF – ukrywanie uczuć / hiding feelings, OBS_{index} – sumaryczny indeks wypalenia / composite index of occupational burnout syndrome, PE – wyczerpanie emocjonalne / psychophysical exhaustion, PI – utrata skuteczności zawodowej / professional inefficacy, RD – utrata zaangażowania w relacje z pacjentem / relation deterioration.

Tabela 2. Korelacje między zmiennymi w badaniach przeprowadzonych w grupie pielęgniarek zabiegowych (N = 84) od stycznia do marca 2019 r.
Table 2. Correlation coefficients among the variables in the research conducted in a group of surgical nurses (N = 84) in January–March 2019

Zmienna Variable	Współczynniki korelacji Pearsona Pearson's correlation coefficients								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. OSB _{index}	1,00								
2. PE	0,83**	1,00							
3. RD	0,77**	0,46**	1,00						
4. PI	0,65**	0,43**	0,36*	1,00					
5. DI	0,83**	0,60**	0,54**	0,36**	1,00				
6. EQ-short	-0,31**	-0,12	-0,23*	-0,40**	-0,27*	1,00			
7. DA	-0,04	0,00	-0,06	0,05	-0,10	0,24*	1,00		
8. HF	0,30**	0,25*	0,23*	0,25*	0,22*	-0,25*	0,30**	1,00	
9. FE	0,36**	0,29**	0,40**	0,28**	0,15	-0,15	0,37**	0,60**	1,00

* p < 0,05 test dwustronny / 2-tailed test, ** p < 0,01 test dwustronny / 2-tailed test.
 Skróty jak w tabeli 1 / Abbreviations as in Table 1.

Tabela 3. Wartości współczynników β oraz przedziałów ufności dla modelu mediacyjnego z predyktorem: poziom IE, zmienną objaśnianą: OBS, oraz mediatorem: HF, w badaniach przeprowadzonych w grupie pielęgniarek (N = 84) od stycznia do marca 2019 r.
Table 3. Values of β coefficients and the confidential intervals for the mediation model with a predictor: the level of IE, explanatory variable OBS and mediator HF, in the study conducted in a group of nurses (N = 84) in January–March 2019

Zmienna Variable	β	95% CI	P
Mediator HF			
A	-0,694	-1,296–(-0,106)	0,024
B	2,194	0,601–3,593	0,006
C	-0,802	-1,363–(-0,157)	0,012
C'	-0,650	-1,236–(-0,005)	0,034
Mediator FE			
A	-0,416	-1,034–0,316	n.s.
B	2,479	0,996–3,672	0,001
C	-0,802	-1,358–(-0,148)	0,011
C'	-0,677	-1,249–(-0,095)	0,026
Mediator DA			
A	0,658	-0,068–1,329	n.s.
B	-0,304	-2,068–1,677	n.s.
C	-0,802	-1,358–(-0,148)	0,011
C'	-0,823	-1,430–(-0,174)	0,01

A – relacja zmiennej niezależnej z mediatorem / relationship of an independent variable with a mediator.

B – relacja mediatora ze zmienną zależną / relationship of a mediator with a dependent variable.

C – relacja zmiennej niezależnej ze zmienną zależną / relationship of an independent variable with a dependent variable.

C' – relacja zmiennej niezależnej i mediatora ze zmienną zależną / relationship of an independent variable and a mediator with a dependent variable.

dopasowany do danych ($F(1, 82) = 5,288, p = 0,024$), a jego wynik wskazywał na ujemny kierunek relacji: wzrost IE powodował spadek częstości stosowania strategii HF ($\beta = -0,694, p = 0,005$). W kroku drugim przeprowadzono analizę relacji mediatora i zmiennej zależnej. Model był dobrze dopasowany do danych ($F(1, 82) = 8,392, p = 0,005$), a jego wynik wskazywał na dodatni kierunek zależności: wzrost częstości stosowania strategii HF współwystępował z wyższym poziomem OBS ($\beta = 2,194, p = 0,006$). W kroku trzecim zbadano model uwzględniający zależność między predyktorem a zmienną objaśnianą oraz łączny wpływ predyktora i mediatora na zmienną objaśnianą. Model predyktor – zmienna objaśniana był dobrze dopasowany do danych ($F(1, 82) = 8,96, p = 0,004$) – jego wynik wskazywał na ujemny kierunek relacji: wzrost poziomu IE współwystępował ze spadkiem nasilenia OBS ($\beta = -0,802, p = 0,004$).

Model sprawdzający łączny wpływ predyktora i mediatora na zmienną objaśnianą również był dobrze dopasowany do danych ($F(3, 80) = 7,348, p < 0,001$) i podtrzymywał ujemny wpływ wspomnianych zmiennych na zmienną zależną ($\beta = -0,650, p = 0,03$). Choć współczynnik β był ujemny i istotny statystycznie, wskazując na to, że siła ujemnego wpływu IE na OBS nadal występowała, to jednak jej wartość zmalała. Uwzględnienie wpływu zmiennej mediującej osłabiło siłę ujemnego związku między predyktorem: poziom IE, a zmienną objaśnianą: OBS. Model uwzględniający efekt mediacji częściowej wyjaśnił 15% zmienności wypalenia zawodowego.

W tabeli 3 przedstawiono wartości współczynnika β wyliczone dla kolejnych ścieżek (kroków analizy regresji).

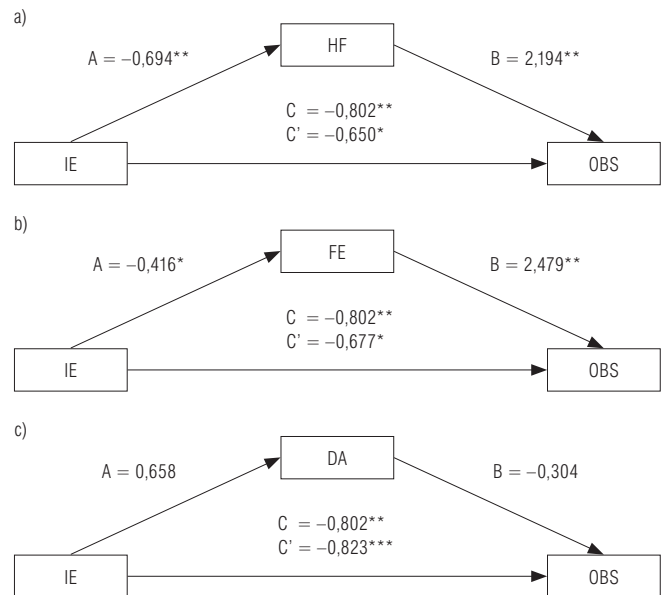
sji) dotyczących relacji między zmienną niezależną: poziomem IE, i zmienną zależną: poziomem OBS, oraz mediatorem: HF. W przypadku każdej ze ścieżek przedziały ufności nie zawierały wartości zerowej, dlatego można stwierdzić, że efekty były istotne statystycznie. Dotyczy to w szczególności relacji zmiennej niezależnej i mediatora ze zmienną zależną (ścieżka C'). Ponieważ istotność dotyczyła również relacji predyktora z mediatorem i mediatora ze zmienną objaśnianą, można mówić o częściowym, mediującym wpływie strategii HF na relację między IE a OBS [23]. Znacząco częste stosowanie przez pielęgniarki strategii pracy emocjonalnej, polegającej na ukrywaniu uczuć w kontakcie z pacjentami, może ograniczać ochronny wpływ empatyzowania na wypalenie zawodowe. Chroniąc pacjenta przed przeżywanymi uczuciami, pielęgniarka naraża się na stopniową utratę sił psychicznych i narastające uczucie zmęczenia. Na rycinie 1 przedstawiono omówiony powyżej model.

Podobną procedurę powtórzono w celu zbadania hipotezy 2.

W pierwszym kroku sprawdzono relację między predyktorem – poziomem IE, a mediatorem – FE. Związek między zmiennymi był statystycznie nieistotny ($F(1, 82) = 1,98, p = 0,162$). W kroku drugim przeprowadzono analizę relacji mediatora i zmiennej zależnej. Model wskazywał na dodatni kierunek zależności: wzrost częstości stosowania strategii FE współwystępował z wyższym poziomem OBS ($\beta = 2,479, p < 0,001$) i był statystycznie istotny ($F(1, 82) = 12,08, p < 0,001$). W kroku trzecim zbadano model uwzględniający zależność między predyktorem a zmienną objaśnianą oraz łączny wpływ predyktora i mediatora na zmienną objaśnianą. Model predyktor – zmienna objaśniana, podobnie jak w przypadku sprawdzania poprzedniej hipotezy, był dobrze dopasowany do danych ($F[1, 82] = 8,96, p = 0,004$), a jego wynik wskazywał na ujemny kierunek relacji: wzrost poziomu IE współwystępował ze spadkiem poziomu OBS ($\beta = -0,802, p = 0,004$).

Model sprawdzający łączny wpływ predyktora i mediatora – FE, na zmienną objaśnianą był dobrze dopasowany do danych ($F(3, 80) = 4,233, p = 0,007$) i podtrzymywał ujemny wpływ wspomnianych zmiennych na zmienną zależną ($\beta = -0,677, p = 0,03$). Chociaż współczynnik β był ujemny i istotny statystycznie, wskazując, że siła negatywnego wpływu IE na OBS nadal występowała, to jednak jego wartość zmalała.

Uwzględnienie wpływu zmiennej mediującej, jaką jest FE, osłabiło siłę ujemnego związku między predyktorem: poziomem IE, a zmienną objaśnianą: OBS. Model



* $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Objaśnienia jak w tabeli 3 / Explanations as in Table 3.

Rycina 1. Model mediacji dla zmiennych: iloraz empatii (IE), zespół wypalenia zawodowego (OBS) oraz: a) ukrywanie uczuć (HF), b) udawanie emocji (FE), c) praca emocjonalna na poziomie głębokim (DA) w badaniach przeprowadzonych w grupie pielęgniarek ($N = 84$) od stycznia do marca 2019 r.

Figure 1. A mediation model for the variables: empathy (EQ), occupational burnout syndrome (OBS), and: a) hiding feelings (HF), b) faking emotions (FE), c) deep action (DA), in the research conducted in a group of nurses ($N = 84$) in January–March 2019

uwzględniający efekt mediacji częściowej wyjaśnił 14% zmienności wypalenia zawodowego (tabela 3, rycina 1).

Od częstości stosowania przez pielęgniarki strategii pracy emocjonalnej, polegającej na udawaniu emocji w kontakcie z pacjentami, może zależeć nasilenie OBS. Jeśli empatia polega wyłącznie na przekazywaniu emocji oczekiwanych przez pacjenta, a jednocześnie niezgodnych z odczuwanymi przez pielęgniarkę (która bezwarunkowo wzbudza nadzieję na wyzdrowienie, ignoruje oznaki bólu i cierpienia, chcąc dodać pacjentowi odwagi i siły), to traci funkcje zabezpieczające przed wypalaniem. Nieautentyczny kontakt z pacjentem grozi stopniowym ograniczaniem roli zawodowej i spadkiem zadowolenia z wykonywanej pracy.

W celu weryfikacji hipotezy 3 ponownie wykonano powyższą procedurę.

W pierwszym kroku sprawdzono relację między predyktorem – poziomem IE, a mediatorem – DA. Model był dobrze dopasowany do danych ($F(1,82) = 5,043, p = 0,027$). Uzyskany wynik wskazywał na dodatni kierunek relacji: wzrost IE powodował wzrost częstości stosowania strategii DA ($\beta = 0,658$), a związek między zmiennymi był nieistotny. W kroku drugim przeprowa-

dzono analizę relacji mediatora i zmiennej objaśnianej. Model nie był statystycznie istotny ($F(1, 82) = 0,155$, $p = 0,694$). W kroku trzecim zbadano model uwzględniający zależność między predyktorem a zmienną objaśnianą oraz łączny wpływ predyktora i mediatora na zmienną objaśnianą.

Model predyktor – zmienna objaśniana, podobnie jak w przypadku sprawdzania hipotezy 2, był dobrze dopasowany do danych ($F(1, 82) = 8,96$, $p = 0,004$), a jego wynik wskazywał na ujemny kierunek relacji: wzrost poziomu IE współwystępował ze spadkiem poziomu OBS ($\beta = -0,802$, $p = 0,004$). Model sprawdzający łączny wpływ predyktora i mediatora – DA, na zmienną objaśnianą był dobrze dopasowany do danych ($F(3, 80) = 4,480$, $p = 0,014$) i podtrzymywał ujemny wpływ wspomnianych zmiennych na zmienną zależną ($\beta = -0,823$, $p < 0,001$).

Wartość współczynnika β wzrosła w stosunku do uzyskanej w modelu predyktor – zmienna objaśniana oraz w pozostałych związkach uzyskano zależności nieistotne statystycznie, dlatego można przyjąć, że wystąpił efekt mediacji całkowitej – uwzględnienie mediatora wzmocniło ujemny efekt ujemnej zależności między IE a OBS. Model uwzględniający efekt mediacji częściowej wyjaśnił 10% zmienności OBS (tabela 3, rycina 1). Pielęgniarka, skupiając swoją uwagę na emocjonalnych aspektach czekającej ją rozmowy z pacjentem, ma możliwość modulowania nasilenia emocji jeszcze przed ich pojawieniem się. Zabezpiecza ją to przed zarażaniem się emocjami pacjenta, a zarazem podtrzymuje podmiotowy typ relacji interpersonalnej, sprzyjający doświadczaniu satysfakcji zawodowej i efektywności wykonywanej pracy.

OMÓWIENIE

Wyniki badań częściowo potwierdziły słuszność modelu teoretycznego. Połowicznie potwierdziło się przypuszczenie dotyczące powiązań między stosowanymi strategiami EL i poziomem IE. Osoby z wyższym IE cechowały się skłonnością do rzadszego stosowania powierzchniowych strategii i EL, a częstszego – DA. W przypadku strategii HF różnica okazała się istotna statystycznie. Stosowanie strategii DA może być motywowane wyższym poziomem IE, gdyż uruchamia te same mechanizmy głębszej i uprzedzającej regulacji emocji [6,24,25]. Uprzedzające przetwarzanie emocji polega na ich wzbudzeniu lub modulowaniu ich natężenia oraz umożliwia ujednoczenie uczuć okazywanych i autentycznie odczuwanych. Uwalnia pracownika

od potrzeby stałego kontrolowania okazywanych emocji za pomocą strategii powierzchniowych. Absorbuje mniej sił psychicznych, niż to wymagane podczas stosowania strategii powierzchniowych, pełniących funkcję wyłącznie korektywną.

Zgodnie z założeniem modelu badanie wykazało ujemne, umiarkowane silne związki między poziomem IE a OBS. Otrzymane wyniki były podobne do uzyskanych przez innych autorów, które wskazywały na umiarkowane i słabe ujemne korelacje między wspomnianymi zmiennymi. Zanotowano je zwłaszcza w przypadku empatii emocjonalnej oraz wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji [3,26]. U pielęgniarek uczestniczących w niniejszym badaniu poziom IE nie różnicował wyników w pomiarze 4 komponentów OBS. W literaturze przedmiotu zdecydowanie mniej jest dobrze udokumentowanych badań ukazujących dodatnie związki między IE a OSB, choć takie również odnotowano. Do wyjaśnienia wspomnianych zależności używana jest zazwyczaj teoria zmęczenia współczuciem [17].

Zasadniczym celem niniejszego badania była weryfikacja założenia o mediującej roli strategii samoregulacji emocji zaangażowanych w EL w związku empatii z wypaleniem. Zgodnie z danymi z literatury optymalny poziom empatii może zabezpieczać pracownika medycznego przed rozwojem OBS. Jeśli jednak wymagania środowiska pracy sprzyjają powstawaniu zjawiska dysonansu emocjonalnego, do czego przyczynia się powszechne stosowanie powierzchniowych strategii EL przez pracowników ochrony zdrowia, wówczas ochronne właściwości empatyzowania mogą nie być wystarczające.

W wielu badaniach wykazano dodatni związek użycia powierzchniowych strategii EL z OBS [7,8]. Badania przeprowadzone w grupie 445 pielęgniarek szpitalnych potwierdziły hipotezę, zgodnie z którą negatywny wpływ stresorów zawodowych na poziom OBS jest pośredniony działaniem stanu napięcia psychicznego wynikającego z rozbieżności między emocjami okazywanymi a odczuwanymi [27]. W szczególności negatywny efekt dysonansu ujawnia się w postaci wyczerpywania się emocjonalnego pracownika oraz nasilania postaw zawierających cynizm i depersonalizację w kontakcie z pacjentami [20]. Potrzeba ukrywania emocji i ich udawania powoduje, że pracownikowi nie wolno wyrazić autentycznie odczuwanych uczuć (np. żalu, złości, zwątpienia, bezradności), nie narażając się na okazanie braku profesjonalizmu oraz niezadowolenie pacjentów lub współpracowników. Chcąc zachować poczucie auten-

tyczności, trudno jest mu także wyrażać emocje oczekiwane, których sam nie odczuwa.

W niniejszym badaniu udało się potwierdzić zakładane w modelu teoretycznym przypuszczenie, że stosowanie strategii pracy powierzchniowej (ukrywanie i udawanie emocji) zakłóca (obniża) ochronny wpływ IE na OBS. Właśnie stosowanie strategii FE w największym stopniu współwystępowało z wyczerpaniem emocjonalnym i dysregulacją w relacjach interpersonalnych z pacjentami. W przypadku strategii HF wspomniana zależność wystąpiła z mniejszą siłą.

Warto zastanowić się nad różnicami między stosowaniem odmiennych strategii emocjonalnych (udawanie, ukrywanie) a IE. Wyjaśnienia dostarcza *Model rozdzźwięku-zgodności (Discordance-Congruence Model of Emotional Labour)*. Koncepcja ta łączy pozytywne i negatywne następstwa stosowania EL z dopasowaniem emocji okazywanych do odczuwanych [28].

Korzystny dla zdrowia pracownika jest stan współbrzmienia osiągany za pomocą strategii pozwalających na idealne dopasowanie uczuć i okazywanych emocji (strategia autentyczności według Grandey [7]). Strategie przetwarzania emocji angażują psychicznie pracownika jedynie na początku interakcji z pacjentem, w trakcie zmiany odczuwanych emocji lub ich wzbudzenia bądź osłabiania, jednak później nie wymagają dodatkowych nakładów sił psychicznych. Strategie tłumienia nieznacznie, choć nieustannie, angażują psychicznie, pozwalając utrzymać niechciane uczucia poniżej progu ich okazywania. Użycie strategii FE jest najbardziej wyczerpujące – wymaga dużego nakładu sił psychicznych w celu permanentnego okazywania nieautentycznych i konfliktowych emocji. Wyniki analizy 109 niezależnych badań (N = 36 619 osób) wyraźnie pokazały negatywny wpływ rozdzźwięku emocjonalnego na rozwój OBS i innych problemów zdrowotnych [28].

Przeprowadzone badanie potwierdziło zakładany w modelu teoretycznym dodatni (wzmacniający) wpływ strategii DA na ujemny związek IE z OBS. Dodatnie związki łączące empatię ze stosowaniem strategii przetwarzania emocji mogą wynikać z podobnej natury wspomnianych procesów. Empatyzowanie – podobnie jak użycie strategii DA – zakłada uprzedzające zmienianie doświadczanych uczuć w celu przyłączenia się do doświadczeń drugiej osoby (w odróżnieniu od współodczuwania, które zakłada identyfikację z uczuciami drugiego człowieka). Strategię DA można potraktować jako przejaw użycia umiejętności empatyzowania w praktyce EL. Pracownik medyczny, wykorzystując wiele strategii DA (ponowną ocenę sytuacji lub jej unikanie, przenoszenie

uwagi, przeformułowanie oceny sytuacji), może dostroić nastrój do oczekiwanych wydarzeń lub zmienić do nich nastawienie. Towarzyszy temu niższy wydatek energii psychicznej. Stąd w wielu doniesieniach naukowych, a także i w niniejszym badaniu, korelacja między DA a wyczerpaniem emocjonalnym była zazwyczaj niższa lub nieistotna w porównaniu z pozostałymi wymiarami OBS (np. depersonalizacją) [29].

Jeśli jednak występuje dodatni związek DA z OSB, jest on tłumaczony koniecznością monitorowania uczuć, ich dostosowywania, a przede wszystkim odbierania emocji pacjenta, co może być powodem wyczerpywania się pracownika w trakcie kontaktu. Badania innych autorów pokazują, że zdolność pielęgniarek do samoregulacji emocji – jedna z 3 składowych IE (samoświadomość emocji, świadomość emocji drugiego człowieka i regulacja emocji) – jest, obok stresu zawodowego, najważniejszym czynnikiem kształtującym ryzyko OBS i chęć zmiany pracy, a IE mediowała związek EL z wypaleniem zawodowym [30].

Przeprowadzone badania nie były pozbawione ograniczeń. Analizowana grupa była stosunkowo mała i tworzyły ją wyłącznie kobiety pracujące w jednej placówce medycznej, co utrudniło generalizowanie wyników i przeprowadzenie analizy idącej w głąb poszczególnych zmiennych. Plan badania przekrojowego uniemożliwił sprawdzenie stałości zaobserwowanych zjawisk i określenie kierunku zależności, a klasyczny model mediacji wymaga przeprowadzenia badań podłużnych. Zastosowane narzędzia samoopisowe i nabór do badań wolontariuszy niosły ryzyko błędów pomiarowych (błąd: w raportowaniu, wariacji metody i uzyskiwania danych wyłącznie z jednego źródła, odwrotnej przyczynowości). Procesy psychiczne leżące u podstaw empatii i ich związki z samoregulacją emocji nie zostały wystarczająco wyjaśnione i wymagają dalszych badań.

WNIOSKI

Wykazano poprawność modelu teoretycznego zakładającego mediującą rolę strategii EL w ujemnej korelacji między empatią a OBS:

- Wypalenie zawodowe współwystępowało ze stosowaniem powierzchniowych strategii EL.
- Osoby z wyższym poziomem inteligencji emocjonalnej miały tendencję do częstszego stosowania strategii głębokiej pracy emocjonalnej oraz, w sposób statystycznie istotny, rzadziej używały strategii ukrywania uczuć.

- Strategia udawania emocji w umiarkowanym i dodatnim stopniu korelowała z utratą zaangażowania w relacje z pacjentami i wyczerpaniem emocjonalnym.
- Ukrywanie emocji i udawanie uczuć w kontakcie z pacjentami osłabiały ujemną korelację między inteligencją emocjonalną a OBS.
- Przetwarzanie emocji w niewielkim, ale istotnym, stopniu wzmacniało ujemną korelację między inteligencją emocjonalną a OBS.

Na podstawie wyników uzyskanych w przeprowadzonych badaniach można wysnuć wnioski mające konsekwencje zarówno dla pielęgniarek, jak i zatrudniających je instytucji. Zawierają się one w następujących punktach:

- Ranga, jaką wśród czynników ryzyka OBS w służbach medycznych odgrywa emocjonalny wymiar kontaktu z pacjentem, powinna skłaniać pracowników do doskonalenia kompetencji składających się na inteligencję emocjonalną.
- Pracodawcy powinni umożliwić zatrudnionym konstruktywne radzenie sobie z emocjami powstałymi w społecznych relacjach zawodowych, traktując zjawisko EL jako jedno z obciążających wymagań środowiska pracy.

PODZIĘKOWANIA

Autorzy dziękują Monice Majcherczyk za pomoc w przeprowadzeniu badań i zgromadzeniu ich wyników.

PIŚMIENNICTWO

1. Wilczek-Rużyczka E.: Wypalenie zawodowe pracowników medycznych. Wolters Kluwer, Warszawa 2014
2. Williams C.: Empathy and burnout in male and female helping professionals. *Res. Nurs. Health* 1989;12(2):169–178, <https://doi.org/10.1002/nur.4770120307>
3. Williams B., Thornton L., Olney L.: The relationship between empathy and burnout – lessons for paramedics: a scoping review. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2017;10:329–337, <https://doi.org/10.2147/PRBM.S145810>
4. Bayne H., Neukrug E., Hays D., Britton B.: A comprehensive model for optimizing empathy in person-centered care. *Patient Educ. Couns.* 2013;93(2):209–215, <https://doi.org/10.1016/j.pec.2013.05.016>
5. Grandey A., Gabriel A.: Emotional labor at a crossroads: where do we go from here? *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* 2015;2:323–349, <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111400>
6. Grandey A., Melloy R.: The state of the heart: Emotional labor as emotion regulation reviewed and revised. *J. Occup. Health Psychol.* 2017;22:407–422, <https://doi.org/10.1037/ocp0000067>
7. Grandey A., Foo S., Groth M., Goodwin R.: Free to be you and me: a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *J. Occup. Health Psychol.* 2012;17(1):1–14, <https://doi.org/10.1037/a0025102>
8. Kinman G., Leggetter S.: Emotional Labour and Wellbeing: What Protects Nurses? *Healthcare (Basel)*. 2016;4(89):1–12, <https://doi.org/10.3390/healthcare4040089>
9. Zapf D., Holz M.: On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *Eur. J. Work Organ. Psychol.* 2006;15(1):1–28, <https://doi.org/10.1080/13594320500412199>
10. Gross J., John O.: Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2003;85(2):348–362, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
11. Crego A., Martinez-Iñigo D., Tschan F.: Moderating effects of attributions on the relationship between emotional dissonance and surface acting: a transactional approach to health care professionals' emotion work. *J. App. Soc. Psychol.* 2013;43:570–581, <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2013.01037.x>
12. Kubicek B., Korunka C.: Does job complexity mitigate the negative effect of emotion-rule dissonance on employee burnout? *Work Stress.* 2015;29(4):379–400, <https://doi.org/10.1080/02678373.2015.1074954>
13. Zinn W.: The empathetic physician. *Arch. Intern. Med.* 1993;153:306–312, <https://doi.org/10.1001/archinte.153.3.306>
14. Lamothe M., Boujut E., Zenasni F., Sultan S.: 2014. To be nor not to be empathic: the combined role of empathic concern and perspective taking in understanding burnout in general practice. *BMC Fam. Pract.* 2014;15:15, <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-15>
15. Halpern J.: From idealized clinical empathy to empathic communication in medical care. *Med. Health Care Philos.* 2014;17(2):301–311, <https://doi.org/10.1007/s11019-013-9510-4>
16. Thirioux B., Birault F., Jaafari N.: Empathy Is a Protective Factor of Burnout in Physicians: New Neuro-Phenomenological Hypotheses Regarding Empathy and Sympathy in Care Relationship. *Front. Psychol.* 2016;7:763, <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00763>
17. Tei S., Becker C., Kawada R., Fujino J., Jankowski K., Sugihara G. i wsp. Can we predict burnout severity from empathy-related brain activity? *Trans. Psychiatry.* 2014;4:e393, <https://doi.org/10.1038/tp.2014.34>

18. Wu F., Ireland M., Hafekost K., Lawrence D. [red.]: National Mental Health Survey of Doctors and Medical Students [Internet]. Beyond Blue, Australia 2013 [cytowany 26 grudnia 2019]. Adres: https://www.beyondblue.org.au/docs/default-source/research-project-files/bl1132-report---nmhdmss-full-report_web
19. Arimon-Pagès E., Torres-Puig-Gros J., Fernández-Ortega P., Canela-Soler J.: Emotional impact and compassion fatigue in oncology nurses: Results of a multicentre study. *Eur. J. Oncol. Nurs.* 2019;43:101666, <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.09.007>
20. Finogenow M., Mróz J., Wróbel M.: Skale płytkiej i głębokiej pracy emocjonalnej (SPGPE) – adaptacja narzędzia i analiza własności psychometrycznych. *Med. Pr.* 2015;66(3):359–371, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00168>
21. Jankowiak-Siuda K., Kantor-Martynuska J., Siwy-Hudowska A., Śmieja M., Dobrołowicz-Konkol M., Zaráś I.: Analiza właściwości psychometrycznych polskiej wersji językowej Skróconej Skali Ilorazu Empatii (SSIE) – The Empathy Quotient (EQ-Short). Psychometric properties of the Polish adaptation of short form of the Empathy Quotient (EQ-Short). *Psychiatr. Pol.* 2017;51(4):719–734, <https://doi.org/10.12740/PP/64270>
22. Jaworowska A.: LBQ. Link burnout Questionnaire. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2014
23. Bedyńska S., Książek M.: Statystyczny drogowskaz 3. Wydawnictwo Akademickie, Warszawa 2012
24. Ssy A., Illies R., De Pater I.: Dispositional empathy, emotional display authenticity, and employee outcomes. *J. Appl. Psychol.* 2019;9, <https://doi.org/10.1037/apl0000471>
25. Thompson N., Uusberg A., Gross J.J., Chakrabarti B.: Empathy and emotion regulation: An integrative account. *Prog. Brain Res.* 2019;247:273–304, <https://doi.org/10.1016/bs.pbr.2019.03.024>
26. Wilkinson H., Whittington R., Perry L., Eames C.: Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res.* 2017;6:18–29, <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
27. Andela M., Truchot D., Van der Doef M.: Job Stressors and Burnout in Hospitals: The Mediating Role of Emotional Dissonance. *Int. J. Stress Manag.* 2015;22(4):1–19, <http://dx.doi.org/10.1037/str0000013>
28. Mesmer-Magnus J., De Church L., Wax A.: Moving emotional labor beyond surface and deep acting: A discordance-congruence perspective. *Organ. Psychol. Rev.* 2012;2(1):1–48, <https://doi.org/10.1177/2041386611417746>
29. Yuguero O., Forne C., Esquerda M., Piffare J., Abadias M., Viñeas J.: Empathy and burnout of emergency professionals of a health region: A cross-sectional study. *Medicine (Baltimore)* 2017;96(37):e8030, <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000008030>
30. Eunyoung H., Young L.: The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *Int. J. Nurs. Pract.* 2016;22(6):625–632, <https://doi.org/10.1111/ijn.12493>