

Dorota Włodarczyk¹
Wioletta Obacz²

PERFEKCJONIZM, WYBRANE CECHY DEMOGRAFICZNE I ZAWODOWE JAKO PREDYKTORY WYPALENIA ZAWODOWEGO U PIELĘGNIAREK PRACUJĄCYCH NA BLOKU OPERACYJNYM

PERFECTIONISM, SELECTED DEMOGRAPHIC AND JOB CHARACTERISTICS
AS PREDICTORS OF BURNOUT IN OPERATING SUITE NURSES

¹ Warszawski Uniwersytet Medyczny / Medical University of Warsaw, Warszawa, Poland
Zakład Psychologii Medycznej / Department of Medical Psychology

² Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie / Mazowiecki Brodnowski Hospital, Warszawa, Poland

STRESZCZENIE

Wprowadzenie: Celem badań było sprawdzenie, czy predyspozycja osobowościowa określana jako perfekcjonizm jest predyktorem wypalenia zawodowego u pielęgniarek narażonych na szczególnie rodzaj stresu, jakim jest praca na bloku operacyjnym, i czy efekt ten istnieje, kiedy kontrolowany jest wpływ wybranych czynników demograficznych i zawodowych. **Materiał i metody:** W badaniu wzięło udział 100 osób (w tym 93 kobiety) pracujących w zawodzie pielęgniarskim (średnia wieku: 38,67 lat). Przeważały osoby zatrudnione w placówkach publicznych (68%), pracujące w większości w systemie dyżurowym (62%) na stanowiskach pielęgniarek operacyjnych (75%) i anestezjologicznych (25%). Do pomiaru perfekcjonizmu zastosowano kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego (PAD) autorstwa Szczuckiej, a do oceny wypalenia zawodowego – Oldenburską Skalę Wypalenia (Oldenburg Burnout Inventory – OLB) opracowaną przez Demerouti i wsp. Kontrolowano wpływ wybranych cech demograficznych i zawodowych. **Wyniki:** Przeprowadzone analizy regresji hierarchicznej potwierdziły, że po uwzględnieniu wpływu wybranych czynników demograficznych i zawodowych perfekcjonizm dezadaptacyjny był istotnym predyktorem braku zaangażowania i wyczerpania, natomiast perfekcjonizm adaptacyjny wiązał się z wyższym zaangażowaniem w pracę. Istotne znaczenie miały także: wykształcenie, liczba miejsc pracy, dyżurowy system pracy oraz stan cywilny respondentów. **Wnioski:** Badanie pozwoliło na potwierdzenie niekorzystnej roli perfekcjonizmu dezadaptacyjnego w kształtowaniu wypalenia zawodowego w tej grupie badanej, jednak hipoteza o ochronnym działaniu perfekcjonizmu adaptacyjnego potwierdzona została tylko częściowo, w odniesieniu do braku zaangażowania. Wyniki badań zwracają uwagę na bardzo istotne, w tym również niebezpieczne z punktu widzenia wypalenia, zjawiska zaistniałe w badanej grupie zawodowej. Wskazują na konieczność kontynuowania badań w tym zakresie. Med. Pr. 2013;64(6):761–773

Słowa kluczowe: perfekcjonizm adaptacyjny, perfekcjonizm dezadaptacyjny, wypalenie zawodowe, pielęgniarki, blok operacyjny

ABSTRACT

Background: The study was aimed at verifying the predictive power of perfectionism for professional burnout among nurses exposed to distress resulting from work in an operating suite and testing whether this effect exists after controlling for selected demographic and job characteristics. **Material and Methods:** The study group consisted of 100 nurses (93 women; mean age: 38.67 years). The majority in the group worked in public facilities (68%), in duty system (62%), as operating (75%) or anesthesiology (25%) nurses. To test perfectionism The Polish Adaptive and Maladaptive Perfectionism Questionnaire (AMPQ) (Perfekcjonizm Adaptacyjny i Dezadaptacyjny – PAD), developed by Szczucka, was used. To examine burnout the Oldenburg Burnout Inventory (OLBI) by Demerouti et al. was adopted. The effects of selected demographic and job characteristics were controlled. **Results:** The results of hierarchical regression analyses revealed that after controlling for selected demographic and job characteristics maladaptive perfectionism was a significant predictor of disengagement and exhaustion whereas adaptive perfectionism predicted a better work engagement. Significant predictors were also: education, number of workplaces, duty system and marital status. **Conclusions:** The study allowed to confirm the hypothesis on a harmful role of maladaptive perfectionism in shaping burnout among operating suite nurses. The hypothesis on protective function of adaptive perfectionism was confirmed only partially, with regard to disengagement. The results of the study also highlighted some risk factors of burnout which may exist in this occupational group. This confirms the need to continue research in this area. Med Pr 2013;64(6):761–773

Key words: adaptive perfectionism, maladaptive perfectionism, burnout, nurses, operating suite

Autorki do korespondencji / Corresponding authors: Dorota Włodarczyk, Zakład Psychologii Medycznej, Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 81A, 02-091 Warszawa, Poland, e-mail: dorota@wde.com.pl; Wioletta Obacz, Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie, ul. Kondratowicza 8, 03-242 Warszawa, Poland, e-mail: w.m.obacz@o2.pl
Nadesłano: 6 października 2013, zatwierdzono: 21 listopada 2013

WPROWADZENIE

Problematyka wypalenia zawodowego

Zainteresowanie badaczy wypaleniem zawodowym wynika przede wszystkim z groźnych i rozległych konsekwencji, jakie ze sobą niesie (1). Skutki (zdrowotne, psychiczne i społeczne) dotyczą nie tylko samego pracownika, ale także jego otoczenie zawodowe i rodzinne. Wymierne szkody ponosi organizacja, w której pracują osoby wypalone. Przejawia się to niską jakością usług świadczonych wobec podopiecznych, obniżoną wydajnością, absencją i fluktuacją kadr, koniecznością naprawiania potencjalnych błędów lub innych konsekwencji nieefektywnej czy źle wykonywanej pracy. Zrozumienie istoty zjawiska, jakim jest wypalenie, oraz kształtujących je czynników nadal jest więc niezwykle istotnym problemem badawczym.

Zgodnie z klasycznym ujęciem, zaproponowanym przez Maslach (2), wypalenie zawodowe to zespół obejmujący wyczerpanie (we wcześniejszej wersji wyczerpanie emocjonalne), cynizm (we wcześniejszej wersji depersonalizacja) i poczucie braku osiągnięć zawodowych (we wcześniejszej wersji obniżone poczucie dokonań osobistych). Wyczerpanie cechuje się poczuciem nadmiernego obciążenia emocjonalnego, przemęczeniem i utratą sił fizycznych. Wymiar cynizmu odnosi się do negatywnej postawy wobec pracy, współpracowników czy osób, wobec których świadczona jest opieka. Taka postawa ma charakter obronny i służy redukowaniu przeciążenia emocjonalnego poprzez wykorzystanie strategii dystansowania się. Z kolei poczucie obniżenia poziomu dokonań osobistych lub ich braku oznacza negatywną ocenę własnych kompetencji i możliwości zawodowych oraz brak satysfakcji z wykonywanych obowiązków (3).

Zasygnalizowana powyżej zmiana w nazwach wymiarów wypalenia wiązała się z tym, że początkowo zakładano, iż dotyczy ono wyłącznie pracowników zawodów społeczno-usługowych (np. pielęgniarki, lekarzy, nauczycieli). Z czasem zaobserwowano, że objawy wypalenia mogą występować także w innych zawodach, więc nazwy wymiarów zyskały bardziej uniwersalny charakter.

Równocześnie zmianie ulegał sposób ujmowania istoty wypalenia. Początkowo traktowano je jako stan negatywny, mierzony (w większości przypadków) przez stwierdzenia o charakterze negatywnym (z wyjątkiem poczucia braku osiągnięć osobistych). Następnie wypalenie zostało przedefiniowane jako erozja stanu pozy-

tywnego, jakim jest zaangażowanie w pracę (work engagement) (4). Dochodzi do niego, kiedy energia zmienia się w wyczerpanie, zaangażowanie (involvement) w cynizm, a skuteczność w nieskuteczność (5). Takie ujęcie wskazuje, że wypalenie zawodowe i zaangażowanie w pracę traktowane są przez cytowanych autorów jako skrajne krańce jednego wymiaru. Istnieje jednak grupa badaczy, którzy przekonują, że wypalenie i zaangażowanie są wymiarami osobnymi, choć komplementarnymi wobec siebie (6).

W toku dalszych badań nad wypaleniem pojawiły się dane empiryczne, które nie potwierdziły trójczynnиковego modelu wypalenia zawodowego. Przedstawiony został dwuczynnиковy model wypalenia, który obejmuje wyczerpanie i brak zaangażowania (7). Wyczerpanie rozumiane jest tu szeroko i obejmuje aspekt fizyczny, emocjonalny i poznawczy. Brak zaangażowania dotyczy zdystansowania wobec podopiecznych, klientów i innych aspektów pracy (8). Do tak rozumianego wypalenia opracowano kwestionariusz OLBI (Oldenburg Burnout Inventory – Oldenburska Skala Wypalenia) (7), który wykorzystany został w prezentowanych badaniach.

W literaturze przedmiotu opisano kilka modeli teoretycznych wyjaśniających przyczyny i mechanizmy wypalenia. Najbardziej ogólny charakter ma model wymagania pracy – zasoby (job demands – resources model) (9). Opiera się na założeniu, że w obrębie każdego zawodu można wyróżnić dwie kategorie czynników wpływających na szeroko rozumiane rezultaty pracy:

- wymagania – rozumiane jako fizyczne, psychologiczne, społeczne lub organizacyjne aspekty pracy, które wiążą się z koniecznością ponoszenia pewnego wysiłku i w konsekwencji kosztów o charakterze psychofizycznym;
- zasoby – te aspekty pracy, które przyczyniają się do realizacji zadań zawodowych, redukują wymagania i związane z nimi koszty, stymulują rozwój osobisty i zawodowy. Mogą one dotyczyć sfery zarówno fizycznej, emocjonalnej, poznawczej, społecznej, jak i organizacyjnej.

Model ten daje bardzo szeroką perspektywę rozpatrywania czynników, które mogą przyczyniać się do wypalenia zawodowego. Kluczem ich wyboru powinna być specyfika danej aktywności zawodowej i dążenie do jak najlepszego odzwierciedlenia jej cech. W niniejszych badaniach w centrum zainteresowania znalazła się praca pielęgniarek zatrudnionych na blokach operacyjnych.

Specyfika pracy pielęgniarki na bloku operacyjnym

Praca na bloku operacyjnym niesie ze sobą określone wymagania i obciążenia. Blok operacyjny jest szczególnie miejscem, wyodrębnionym ze struktury szpitala. Jest hermetycznym pomieszczeniem, do którego mają dostęp wyłącznie jego pracownicy oraz pacjenci kwalifikowani do zabiegu chirurgicznego (10). Wśród pracowników bloku operacyjnego można wyodrębnić dwie grupy. Pierwszą z nich jest personel stały, do którego należą pielęgniarki operacyjne i anestezjologiczne, lekarze anestezjodolodzy i salowe. Druga grupa to personel zmienny, do którego zalicza się lekarzy chirurgów, stażystów, studentów, a także uczestników kursów doskonalących. Praca na bloku operacyjnym trwa 24 godziny na dobę. Między godziną 8:00 a 16:00 odbywają się zabiegi planowane, natomiast w godzinach popołudniowych i nocnych blok operacyjny pełni dyżur.

Praca na bloku operacyjnym wymaga przede wszystkim pracy zespołowej wielu osób, ale także obsługi wysokospecjalistycznej aparatury i sprzętu medycznego (11). Personel musi mieć nie tylko wysokie kwalifikacje zawodowe, nieustannie poszerzać wiedzę dotyczącą postępu w medycynie, ale również posiadać wiedzę i umiejętności dotyczące obsługi i działania aparatury bloku operacyjnego.

Obciążenia wynikające z takiej pracy mogą mieć charakter zarówno psychiczny, jak i fizyczny. Obciążenie psychiczne wynika przede wszystkim z odpowiedzialności za zdrowie i życie pacjenta. Potęguje go konieczność jednoczesnej współpracy z zespołem chirurgów i anestezjologów. Szczególnie obciążające jest asystowanie przy zabiegach operacyjnych u pacjentów z urazami wielonarządowymi, przy zabiegach w transplantologii, a także w przypadku zgonu pacjenta w trakcie operacji (12). Na blokach wieloprofilowych konieczne jest asystowanie przy wielu różnych zabiegach chirurgicznych, a pielęgniarki tam pracujące muszą mieć wiedzę i umiejętności z zakresu wszystkich dyscyplin chirurgicznych. Wymagania zawodowe wobec pielęgniarki wzrastają w przypadku braku odpowiedniego wyposażenia sali operacyjnej, przeciążenia pracą, niewłaściwej organizacji pracy oraz konfliktów interpersonalnych.

Obciążenie fizyczne to m.in. wielogodzinne asystowanie przy operacji, związana z tym wymuszona pozycja ciała, podnoszenie i przemieszczanie chorych, dźwiganie zestawów z narzędziami chirurgicznymi, specyficzny mikroklimat sali operacyjnej i szum aparatury (13). To także kontakt ze środkami anestetycz-

nymi, narażenie na promieniowanie rentgenowskie i laserowe, pole elektromagnetyczne i wysokie napięcie elektryczne. Ponadto środki używane do dezynfekcji, rękawiczki, talk i substancje służące do utrwalania preparatów działają drażniąco na skórę. Jednocześnie pielęgniarka operacyjna ma bezpośredni kontakt z materiałem zakaźnym (krwią, płynami ustrojowymi, wydzielinami i wydaliniami, opiótkami kostnymi), co wiąże się z wysokim ryzykiem zakażeń. Praca na blokach operacyjnych jest więc pracą ciężką, wymagającą dobrego zdrowia i sprawności fizycznej oraz odporności na stres.

Z punktu widzenia wypalenia zawodowego szczególnie istotne jest, że dobrze zorganizowany i wyposażony blok operacyjny, wykwalifikowany personel medyczny, dobra współpraca w zespole, przyjazna atmosfera, a także przestrzeganie procedur i standardów medycznych zmniejszają ryzyko nadmiernego obciążenia oraz minimalizują skutki spowodowane obciążeniami fizycznymi i psychicznymi, na jakie są narażone pielęgniarki pracujące na blokach operacyjnych (13).

Wśród przyczyn wypalenia zawodowego – obok wymagań o charakterze fizycznym, psychologicznym, społecznym i organizacyjnym skutkujących stresem i wysokimi kosztami psychofizjologicznymi – zwraca się także uwagę na rolę predyspozycji osobowościowych. Uważa się, że mogą być one odpowiedzialne za różnice w sposobach reagowania pracowników na różne wymagania zawodowe i w konsekwencji za podatność na wypalenie zawodowe. Jedną z takich predyspozycji jest nadmierne zaangażowanie w pracę definiowane jako zestaw przekonań, emocji i zachowań odzwierciedlających nadmierne starania w połączeniu z silną potrzebą bycia akceptowanym i szanowanym. Jest to kluczowy element modelu braku równowagi między wysiłkiem a nagrodami w pracy (14–16).

Perfekcjonizm

Od kilku lat w badaniach nad wypaleniem zawodowym obserwuje się duże zainteresowanie inną zmienną podmiotową o zbliżonym charakterze, czyli perfekcjonizmem. Dane polskie dotyczące perfekcjonizmu w kontekście wypalenia są bardzo ubogie (17), a w literaturze światowej obserwuje się znaczący rozwój koncepcji teoretycznych i wzrost liczby badań na ten temat. Przede wszystkim następuje odejście od traktowania tej właściwości jako zjawiska jednowymiarowego na rzecz definiowania go jako wielowymiarowego i wieloaspektowego. Jednocześnie jest kilka koncepcji, w których stosowana jest odmienna terminologia. Skutkiem

tego jest także wielość narzędzi do pomiaru różnych aspektów perfekcjonizmu.

Obecnie jako dominujące można uznać dwuwymiarowe ujęcie perfekcjonizmu (18), zgodnie z którym można mówić o:

- perfekcjonistycznych dążeniach (perfectionistic strivings) – inaczej perfekcjonizmie adaptacyjnym (inne określenia to perfekcjonizm normalny, zdrowy, skoncentrowany na sobie), który przejawia się dążeniem do doskonałości, koncentracją na własnych wysokich standardach osobistych i jest związany z pozytywnymi wynikami;
- perfekcjonistycznych obawach (perfectionistic concerns) – inaczej perfekcjonizmie dezadaptacyjnym (inne określenia to perfekcjonizm neurotyczny, niezdrowy, indukowany społecznie), który przejawia się lękiem przed błędami, wątpliwością w jakość swoich działań, poczuciem presji społecznej do bycia doskonałym czy negatywnymi reakcjami na niedoskonałość.

Podejście to stało się teoretyczną podstawą najnowszego polskiego kwestionariusza do badania perfekcjonizmu (kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego – PAD) (17), który został wykorzystany w niniejszych badaniach i jest scharakteryzowany w dalszej części niniejszej publikacji.

Zdrowy perfekcjonista nie lubi robić czegokolwiek byle jak, stawia sobie wysoko poprzeczkę, zazwyczaj wyżej niż większość ludzi, jeśli coś robi, chce, żeby to było wykonane jak najlepiej, niezależnie od tego, czego oczekują inni, ale jednocześnie lubi być wymagającym wobec siebie i dobrze się z tym czuje. Niezdrowy perfekcjonista uważa, że to, co robi, nigdy nie jest wystarczająco dobre, popełnienie błędu traktuje jak porażkę, zazwyczaj jest z siebie niezadowolony, czasami bez końca stara się poprawić efekty swojej pracy, akceptuje się tylko wtedy, gdy wszystko robi bezbłędnie, przy ocenie siebie porównuje się z innymi, a gdy nie odnosi sukcesów, zniechęca się i czuje się kimś gorszym.

Oba wymienione aspekty perfekcjonizmu są skorelowane i osoba z wysokimi wynikami w jednym może mieć wysokie wyniki w drugim. Różnice między nimi ujawniają się po kontroli zmienności wspólnej (19). Wyniki badań pokazują, że perfekcjonistyczne obawy są związane dodatnio z poziomem postrzeganego stresu i uciążliwości dnia codziennego, a w przypadku perfekcjonistycznych dążeń takich związków nie ma. Stwierdzono także, że obie formy perfekcjonizmu mają odmienne konsekwencje dla uczenia się i osiągnięć akademickich. Ponadto niezdrowi perfekcjonści do-

świadczą braku satysfakcji niezależnie od rzeczywistych osiągnięć (20), a zdrowi perfekcjonści mają większą satysfakcję ze swoich działań pod koniec dnia (19).

W wielu badaniach wykazano także, że perfekcjonistyczne obawy wiązały się z wypaleniem akademickim lub zawodowym nauczycieli. W przypadku perfekcjonistycznych dążeń zależności takich nie było albo miały one odwrotny kierunek. Taki był też wynik badania, w którym autorzy wykazali, że wśród chińskich studentów college'ów perfekcjonizm dezadaptacyjny wiązał się z wypaleniem, a adaptacyjny przyczyniał się do wzrostu poziomu zaangażowania (21). Zostało to potwierdzone u uczniów, atletów, muzyków, nauczycieli szkolnych i trenerów (22).

Badacze, poszukując mechanizmów wyjaśniających powyższe zależności, wskazują na odmienności w radzeniu sobie ze stresem. Perfekcjonizm dezadaptacyjny wiąże się z unikowym stylem radzenia sobie i samoobwinianiem, rzadszym wykorzystywaniem aktywnego radzenia sobie i akceptacji w sytuacji zablokowania możliwości osiągnięcia celu. Z kolei perfekcjonizm adaptacyjny koreluje dodatnio z radzeniem sobie skoncentrowanym na zadaniu i rzadszym samoobwinianiem. Okazało się także, że jeśli tylko osoby z silnymi perfekcjonistycznymi obawami są w stanie zastosować strategię pozytywnej reinterpretacji (pozytywne przeformułowanie problemu), przynosi ona nawet bardziej korzystne efekty niż u osób z perfekcjonistycznymi dążeniami (19).

Badania dotyczące zależności między perfekcjonizmem a wypaleniem zawodowym wśród pielęgniarek są nieliczne. Jak dotąd udało się potwierdzić, że w tej grupie perfekcjonistyczne dążenia nie były związane z poziomem zmęczenia, natomiast wątpliwość w jakość swoich działań było związane ze zmęczeniem psychicznym, a postrzegana presja do bycia doskonałym pozytywnie korelowała ze zmęczeniem fizycznym i psychicznym (18).

Wobec powyższego autorzy niniejszej publikacji podjęli badania, których celem jest sprawdzenie, czy perfekcjonizm jest predyktorem wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek narażonych na szczególny rodzaj stresu, jakim jest praca na bloku operacyjnym. Zgodnie z istniejącymi wynikami badań założono, że perfekcjonizm dezadaptacyjny będzie predyktorem zarówno silniejszego wyczerpania, jak i mniejszego zaangażowania w pracę. Z kolei perfekcjonizm adaptacyjny będzie miał charakter protekcyjny pozwalający na zachowanie zaangażowania w pracę oraz przeciwdziałanie wyczerpaniu.

Zakładano, że opisane powyżej efekty wystąpią także po kontroli wpływu wybranych czynników demograficznych i zawodowych.

MATERIAŁ I METODY

Charakterystyka badanej grupy

W badaniu wzięło udział 100 osób pracujących w zawodzie pielęgniarskim na blokach operacyjnych. W grupie badanej były 93 (93%) kobiety i 7 (7%) mężczyzn. Były to osoby w wieku 24–61 lat (średnia: 38,67). Staż pracy w zawodzie wynosił 1–38 lat (średnia: 16,22). Osoby badane wskazały, że 14 (14%) z nich ukończyło studium medyczne, 28 (28%) liceum medyczne, 36 (36%) miało wykształcenie wyższe licencjackie, a 22 (22%) – wyższe magisterskie. W placówkach publicznych pracowało 68 (68%) ankietowanych, a w prywatnych – 32 (32%). Wśród osób badanych było 75 (75%) pielęgniarek/pielęgniarzy operacyjnych i 25 (25%) pielęgniarek/pielęgniarzy anesteziologicznych. Na oddziałach gastroenterologii pracowało 10 (10%) badanych, na kardiologicznych – 17 (17%), okulisty – 10 (10%), torakologicznych – 19 (19%), a na blokach wieloprofilowych – 44 (44%). W ciągu 6 miesięcy poprzedzających badanie 38 (38%) ankietowanych pracowało w jednozmianowym systemie pracy, a 62 (62%) w systemie dyżurowym. Zatrudnienie w jednej instytucji zadeklarowały 72 (72%) osoby badane, a pozostałe 28 (28%) osób informowało, że pracują w więcej niż jednym miejscu pracy.

W badanej grupie 57 (57%) osób było w związkach małżeńskich, 30 (30%) osób było stanu wolnego, a 13 (13%) było rozwiedzionych (13%). Wśród osób badanych było 11 (11%) mieszkańców wsi, 6 (6%) mieszkańców małych miast, 8 (8%) mieszkańców średnich miast i 75 (75%) mieszkańców dużych miast.

Narzędzia badawcze i przebieg badań

Do oceny perfekcjonizmu wykorzystano za zgodą autorów kwestionariusz PAD Szczuckiej (17). Do badania wypalenia zawodowego zastosowano kwestionariusz OLBI (7) w tłumaczeniu i polskiej adaptacji Cieślaka. Dane demograficzne i dotyczące pracy pozyskiwano za pomocą ankiety dostosowanej do celów tego badania.

Kwestionariusz PAD do badania perfekcjonizmu składa się z 35 stwierdzeń dotyczących oceny samego siebie. Pozwala na badanie 2 aspektów perfekcjonizmu – adaptacyjnego (przykładowe stwierdzenie: „Wszystko staram się robić jak najlepiej, niezależnie od tego, czego się ode mnie oczekuje”) oraz dezadaptacyj-

nego („Często nie mogę skończyć jakiegoś zadania, bo myślę, że wciąż coś jest nie tak”). Osoby badane proszone są o ustosunkowanie się do wszystkich stwierdzeń poprzez wybór jednej z 7 kategorii odpowiedzi – od „zdecydowanie się nie zgadzam” do „zdecydowanie się zgadzam”. Wyniki dla każdego z wymiarów perfekcjonizmu oblicza się oddzielnie poprzez zsumowanie odpowiedzi według odpowiedniego klucza. Im wyższy wynik, tym silniejsze nasilenie danego typu perfekcjonizmu. Narzędzie charakteryzuje się dobrymi właściwościami psychometrycznymi. W badanej grupie współczynniki rzetelności α -Cronbacha wyniosły 0,86 dla perfekcjonizmu adaptacyjnego i 0,91 dla perfekcjonizmu dezadaptacyjnego.

Kwestionariusz OLBI do badania wypalenia zawodowego składa się z 16 stwierdzeń dotyczących stosunku do wykonywanej pracy i odczuć z nią związanych. Pozwala na ocenę 2 aspektów wypalenia zawodowego – braku zaangażowania (przykładowe stwierdzenie: „Zawsze odnajduję nowe i interesujące aspekty mojej pracy”) i wyczerpania („Są dni, kiedy już przed pracą czuję się zmęczony(a”). Badany ustosunkowuje się do tych stwierdzeń, używając 4-stopniowej skali odpowiedzi – od „zgadzam się” do „nie zgadzam się”. Wynik dla każdego wymiaru wypalenia obliczany jest oddzielnie według odpowiedniego klucza (można także stosować wynik sumaryczny). Im wyższy wynik, tym wyższy poziom wypalenia. Kwestionariusz charakteryzuje się dobrymi właściwościami potwierdzonymi w wielu badaniach, jednak w niniejszym badaniu wskaźniki rzetelności skal są dość niskie, lecz wciąż akceptowalne (α -Cronbacha dla braku zaangażowania wynosi 0,64, a dla wyczerpania 0,70).

Osoby badane zostały poproszone także o wypełnienie ankiety składającej się z 12 pytań. Część z nich dotyczyła danych demograficznych, takich jak płeć, wiek, stan cywilny, miejsce zamieszkania. Pozostałe pytania dotyczyły pracy – wykształcenia, stażu pracy w zawodzie, specyfiki bloku operacyjnego, zajmowanego stanowiska, rodzaju placówki, liczby miejsc pracy i systemu pracy, który dominował w ciągu ostatnich 6 miesięcy.

Badania realizowane były od lipca do września 2012 r. na blokach operacyjnych kilku szpitali województwa mazowieckiego. Osoby badane otrzymały pisemną informację o celu i procedurze badania. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Projekt badania został zaakceptowany przez komisję Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego oraz komisję szpitali, w których badania były przeprowadzane.

WYNIKI

Związek między zmiennymi wyjaśniającymi a wypaleniem zawodowym

W tabeli 1. znajdują się wyniki analiz korelacyjnych dla zmiennych ilościowych – wieku, stażu pracy w zawodzie, perfekcjonizmu adaptacyjnego i dezadaptacyjnego, braku zaangażowania i wyczerpania.

Z analiz jednozmiennowych przedstawionych w tabeli 1. wynika, że obydwa wskaźniki perfekcjonizmu

nie są ze sobą powiązane liniowo, a perfekcjonizm adaptacyjny koreluje dodatnio z wiekiem i stażem pracy. Oba wskaźniki wypalenia są natomiast ze sobą znacząco dodatnio powiązane, pozostają także w relacjach istotnych z perfekcjonizmem.

Wyniki analizy wariancji (ANOVA) wskazują, że stan cywilny badanych osób był istotnie powiązany z obydwooma aspektami wypalenia (tab. 2). Osoby stanu wolnego były istotnie mniej niż osoby zamężne zaangażowane w pracę, a osoby rozwiedzione miały istotnie wyższy niż zamężne poziom wyczerpania.

Tabela 1. Statystyki opisowe i korelacje dla zmiennych ilościowych
Table 1. Descriptive statistics and correlations of quantitative variables

Zmienne Variables	Badani Respondents (N = 100)		Korelacje zmiennych ilościowych Correlations of quantitative variables				
	M	SD	1	2	3	4	5
1. Wiek [w latach] / Age [years]	38,67	8,82	–				
2. Staż pracy [w latach] / Tenure [years]	16,22	9,42	0,95*	–			
KPAD / AMPQ							
3. Perfekcjonizm adaptacyjny / Adaptive perfectionism	63,85	13,35	0,29*	0,30*	–	–	
4. Perfekcjonizm dezadaptacyjny / Maladaptive perfectionism	61,64	21,69	0,08	0,07	–0,03		
OLBI							
5. Brak zaangażowania / Disengagement	17,27	4,26	–0,16	–0,15	–0,29*	0,40*	–
6. Wyczerpanie / Exhaustion	18,47	4,15	0,07	0,06	–0,19	0,35*	0,69*

KPAD – Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego / AMPQ – Adaptive and Maladaptive Perfectionism Questionnaire.

OLBI – Oldenburska Skala Wypalenia / Oldenburg Burnout Inventory.

M – średnia / mean; SD – odchylenie standardowe / standard deviation.

p < 0,01.

Tabela 2. Stan cywilny a wypalenie zawodowe w badanej grupie
Table 2. Marital status and burnout in the study group

OLBI	stan cywilny marital status	Badani Respondents (N = 100)			F (p)	Post hoc*
		n	M	SD		
Brak zaangażowania / Disengagement	zamężna / married	57	16,26	3,85	4,69 (0,01)	2 > 1
	panna / single	30	19,10	4,63		
	rozwiedziona / divorced	13	17,46	3,95		
Wyczerpanie / Exhaustion	zamężna / married	57	17,84	4,08	3,38 (0,04)	3 > 1
	panna / single	30	18,53	4,02		
	rozwiedziona / divorced	13	21,08	3,97		

F(p) – statystyka F (poziom istotności) / F statistics (significance level).

* Test Duncana / Duncan test.

Inne skróty jak w tabeli 1 / Other abbreviations as in Table 1.

Kolejne analizy wariancji (ANOVA) dotyczące czynników zawodowych wykazały, że poziom wykształcenia był powiązany z brakiem zaangażowania ($F = 5,78$; $p = 0,001$) i liczbą miejsc pracy ($F = 3,38$; $p = 0,001$). Osoby z wykształceniem magisterskim i zatrudnione w jednym miejscu pracy były istotnie mniej zaangażowane niż osoby z niższym wykształceniem i pracujące w więcej niż jednym miejscu.

Badane pielęgniarki pracowały na blokach operacyjnych o różnych profilach. Okazało się, że profil bloku operacyjnego jest powiązany zarówno z brakiem zaangażowania, jak i wyczerpaniem (tab. 3). Szczególnie wysoki poziom wypalenia odnotowano u pielęgniarek pracujących na kardiochirurgicznym i okulistycznym bloku operacyjnym.

W pozostałych analizach jednozmiennowych dotyczących zmiennych wyjaśniających nie stwierdzono istotnego statystycznie związku z wymiarami wypalenia zawodowego.

Wyniki analiz regresji

W celu określenia predyktorów wypalenia zawodowego w badanej grupie zastosowano model hierarchicznej analizy regresji (zastosowano metodę wprowadzenia), który testowany był oddzielnie dla 2 wymiarów wypalenia – braku zaangażowania (tab. 4) i wyczerpania (tab. 5). Predyktory wprowadzane były w 2 blokach (23):

1. Zmienne o charakterze demograficznym – wiek, stan cywilny (zmienna nominalna 3-kategorialna, która została przekształcona na 2 instrumentalne zmienne 2-kategorialne: panna i rozwiedziona – grupa referencyjna to osoby zamężne oznaczone jako 0) i miejsce zamieszkania (skala porządkowa uwzględniająca liczbę mieszkańców).
2. Zmienne zawodowe – wykształcenie (skala porządkowa uwzględniająca liczbę lat kształcenia), staż pracy w zawodzie, rodzaj placówki (publiczna = 0, prywatna = 1), stanowisko (pielęgniarka asystująca przy operacji = 0, pielęgniarka anestezjologiczna = 1), system pracy (jednozmianowy = 0, dyżurowy = 1), liczba miejsc pracy (jedno miejsce pracy = 0, więcej niż jedno = 1).

W trzecim bloku wprowadzano obydwie wymiary perfekcjonizmu – adaptacyjny i dezadaptacyjny.

Jak wynika z tabeli 4., wszystkie uwzględnione modele regresji okazały się istotne statystycznie, a zmienne, które zawierały, przyniosły istotny przyrost wyjaśnionej wariancji braku zaangażowania. Spośród zmiennych demograficznych (model 1) istotny okazał się stan cywilny – bycie panną było predyktorem mniejszego zaangażowania. Po dodaniu do równania regresji czynników zawodowych (model 2) nadal był to istotny predyktor obok wykształcenia (większa liczba lat kształcenia wiązała się z mniejszym zaangażowaniem) oraz liczby miejsc pracy. Co ciekawe, posiadanie więcej

Tabela 3. Profil bloku operacyjnego a wypalenie zawodowe w badanej grupie
Table 3. Profile of operating suite and burnout in the study group

OLBI	Blok operacyjny Operating suite	Badani Respondents (N = 100)			F (p)	Post hoc*
		n	M	SD		
Brak zaangażowania / Disengagement	gastroenterologa / gastroenterology	10	16,30	2,54	6,69 (0,001)	2 > 1, 4, 5 3 > 1, 4, 5
	kardiochirurgia / cardiosurgery	17	20,00	3,28		
	okulistyka / ophthalmology	10	21,20	1,93		
	torakochemia / thoracosurgery	19	15,37	3,40		
	wieloprofilowy / multiprofile	44	16,36	4,66		
Wyczerpanie / Exhaustion	gastroenterologia / gastroenterology	10	18,70	3,27	3,57 (0,009)	2 > 4 3 > 4
	kardiochirurgia / cardiosurgery	17	20,47	2,21		
	okulistyka / ophthalmology	10	20,80	1,32		
	torakochemia / thoracosurgery	19	16,26	3,12		
	wieloprofilowy / multiprofile	44	18,07	5,09		

Tabela 4. Hierarchiczna analiza regresji dla zmiennej zależnej: brak zaangażowania
Table 4. Hierarchical regression analyses – dependant variable: disengagement

Zmienne Variables	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	β	t	B	β	t	B	β	t
Blok 1. Zmienne demograficzne / Step 1. Demographic variables									
stała / constant	15,67	-	5,61***	11,76	-	2,79**	13,12	-	3,15**
wiek / age	-0,02	0,06	-0,04	-0,01	0,29	-0,06	-0,06	-0,12	-0,43
zamężna (grupa referencyjna) / married (reference group)									
panna / single	2,67	0,29	2,52*	2,71	0,29	2,69**	1,83	0,19	1,97^
rozwidziona(y) / divorced	1,22	0,10	1,00	1,92	0,15	1,54	1,05	0,08	0,92
miejsce zamieszkania / place of living	0,41	0,10	1,00	-0,15	-0,01	-0,03	0,11	0,03	0,30
Blok 2. Zmienne zawodowe / Step 2. Occupational variables									
wykształcenie / education				1,20	0,28	2,73**	1,19	0,27	3,01**
staż pracy / tenure				0,06	0,13	0,43	0,09	0,21	0,75
pielęgniarka operacyjna (grupa referencyjna) / operative nurse (reference group)									
pielęgniarka anestezjologiczna / anesthesiology nurse				0,13	0,02	0,13	0,52	0,05	0,60
placówka publiczna (grupa referencyjna) / public facility (reference group)									
placówka prywatna / private facility				1,16	0,13	1,24	0,12	0,01	0,13
jedno miejsce pracy (grupa referencyjna) / one workplace (reference group)									
więcej miejsc pracy / more workplaces				-2,99	-0,31	-3,23**	-2,39	-0,25	-2,79**
praca jednozmianowa (grupa referencyjna) / one-shift work (reference group)									
system pracy dyżurowy / duty system				1,81	0,20	1,98^	1,41	0,16	1,71
Blok 3. Wymiary perfekcjonizmu / Step 3. Perfectionism dimensions									
perfekcjonizm adaptacyjny / adaptive perfectionism							-0,06	-0,20	-2,27*
perfekcjonizm dezadaptacyjny / maladaptive perfectionism							0,07	0,36	4,16***
F		2,61*			3,55**			5,47***	
R ² skorygowane / Adjusted R ²		0,10			0,29			0,43	
ΔR^2		0,10*			0,19**			0,15***	

B – niestandardyzowany współczynnik regresji / non-standardized regression coefficient; β – standaryzowany współczynnik regresji / standardized regression coefficient; F – statystyka F / F statistics.
R² – wyjaśniana wariancja / explained variance; ΔR^2 – przyrost wyjaśnianej wariancji / addition of explained variance.
* p < 0,05; ** p < 0,001; *** p < 0,0001; ^ p < 0,07.

Tabela 5. Hierarchiczna analiza regresji dla zmiennej zależnej: wyczerpanie
Table 5. Hierarchical regression analyses – dependant variable: exhaustion

Zmienne Variables	Model 1			Model 2			Model 3		
	B	β	t	B	β	t	B	β	t
Blok 1. Zmienne demograficzne / Step 1. Demographic variables									
stała / constant	17,79	-	6,45***	12,59	-	2,89**	13,60	-	3,02**
wiek / age	0,02	0,05	0,43	0,11	0,23	0,72	0,07	0,15	0,48
zamężna (grupa referencyjna) / married (reference group)									
panna / single	0,89	0,09	0,85	1,02	0,11	0,98	0,31	0,03	0,31
rozwidziona / divorced	3,12	0,26	2,45*	3,44	0,28	2,68**	2,74	0,22	2,23*
miejsce zamieszkania / place of living	-0,27	-0,06	-0,66	-0,54	-0,13	-1,33	-0,44	-0,10	-1,14
Blok 2. Zmienne zawodowe / Step 2. Occupational variables									
wykształcenie / education				0,83	0,20	1,82^	1,19	0,27	3,06**
staż pracy / tenure				-0,03	-0,06	-0,20	-0,01	-0,01	-0,01
pielęgniarka operacyjna (grupa referencyjna) / operative nurse (reference group)				-0,03	-0,01	-0,04	0,27	0,03	0,29
pielęgniarka anestezjologiczna / anesthesiology nurse									
placówka publiczna (grupa referencyjna) / public facility (reference group)									
placówka prywatna / private facility				1,17	0,13	1,22	0,32	-0,17	0,34
jedno miejsce pracy (grupa referencyjna) / one workplace (reference group)									
więcej miejsc pracy / more workplaces				-2,12	-0,23	-2,21*	-1,63	-0,18	-1,76
praca jednozmianowa (grupa referencyjna) / one-shift work (reference group)									
system pracy dyżurowy / duty system				2,03	0,24	2,16*	1,71	0,20	1,91^
Blok 3. Wymiary perfekcjonizmu / Step 3. Perfectionism dimensions									
perfekcjonizm adaptacyjny / adaptive perfectionism							-0,05	-0,16	-1,65
perfekcjonizm dezadaptacyjny / maladaptive perfectionism							0,06	0,30	3,12**
F		1,83						3,03**	
R ² skorygowane / Adjusted R ²		0,03						0,20	
ΔR^2		0,07						0,10**	

Objaśnienia jak w tabeli 4 / Abbreviations as in Table 4.

niż jednego miejsca pracy w badanej grupie pielęgniarek wiązało się z większym zaangażowaniem w pracę. Predyktorem na poziomie tendencji statystycznej był dyżurowy system pracy, który wiązał się z mniejszym zaangażowaniem.

W sumie uwzględnione zmienne zawodowe pozwoliły na wyjaśnienie kolejnych 19% wariacji braku zaangażowania. Dodanie do równania regresji 2 wskaźników perfekcjonizmu (model 3) przyniosło przyrost wyjaśnianej wariacji o kolejne 15%. Perfekcjonizm dezadaptacyjny był znaczącym predyktorem niskiego zaangażowania w pracę, podczas gdy perfekcjonizm adaptacyjny może mieć charakter ochronny, czyli zapobiegać redukcji zaangażowania w pracę badanych pielęgniarek. Ponadto nadal istotnymi predyktorami pozostały wykształcenie i liczba miejsc pracy, a istotność stanu cywilnego zmniejszyła się do poziomu tendencji statystycznej.

Podsumowując wyniki opisanej powyżej analizy regresji, można stwierdzić, że w badanej grupie predyktorami redukcji zaangażowania w pracę są większa liczba lat kształcenia i perfekcjonizm dezadaptacyjny (także bycie panną, co ma jednak charakter tendencji statystycznej), natomiast protekcyjną rolę pełnią więcej niż jedno miejsce pracy i perfekcjonizm adaptacyjny.

W tabeli 5. zamieszczone są wyniki analogicznej analizy regresji przeprowadzonej dla wyczerpania. Model uwzględniający zmienne demograficzne nie był istotny statystycznie, mimo że bycie po rozwodzie jako predyktor specyficzny osiągnęło istotność statystyczną. Model 2, po wprowadzeniu do równania regresji zmiennych zawodowych, był istotny statystycznie i przyniósł przyrost wyjaśnianej wariacji wyczerpania o 10%. Istotnym dodatnimi predyktorami były: bycie po rozwodzie i dyżurowy system pracy (istotność wykształcenia ma charakter tendencji statystycznej), natomiast więcej niż jedno miejsce pracy było predyktorem ujemnym. Model 3 także jest istotny statystycznie, a dodanie do równania regresji obu wymiarów perfekcjonizmu zwiększa procent wyjaśnianej wariacji o kolejne 10%. Istotnym predyktorem wyczerpania jest tylko perfekcjonizm dezadaptacyjny, obok bycia po rozwodzie, wykształcenia i dyżurowego systemu pracy (ten ostatni na poziomie tendencji statystycznej).

Porównując oba aspekty wypalenia zawodowego, można stwierdzić, że uwzględnione w badaniu zmienne pozwoliły w większym stopniu wyjaśnić brak zaangażowania w pracę niż wyczerpanie (43% braku zaangażowania vs 20% wyczerpania).

Ponieważ badaną grupę stanowiły pielęgniarki pracujące na blokach operacyjnych o różnych profilach, dodatkowo sprawdzono, czy profil bloku operacyjnego jest predyktorem poszczególnych wskaźników wypalenia. Przeprowadzono ponownie analogiczne analizy regresji, przy czym w bloku drugim jako zmienną wprowadzono profil oddziału (bloku operacyjnego) w postaci zmiennych instrumentalnych 2-kategorialnych: gastroenterologia, kardiochirurgia, okulistyka, torakochirurgia (grupą referencyjną był blok wieloprofilowy, oznaczony jako 0).

Zarówno w przypadku braku zaangażowania, jak i wyczerpania istotnymi dodatnimi predyktorami w modelu 2 były bloki operacyjne na oddziałach kardiochirurgicznym i okulistycznym. Z kolei w modelu końcowym uwzględniającym także perfekcjonizm (model 3) istotna pozostała tylko praca na bloku operacyjnym na oddziale kardiochirurgicznym – dla braku zaangażowania ($\beta = 0,28$; $t = 2,51$; $p = 0,01$) i wyczerpania ($\beta = 0,29$; $t = 2,26$; $p = 0,03$).

W porównaniu z modelami przedstawionymi w tabelach 4. i 5. pewnym zmianom uległy wielkości niektórych współczynników, jednak istotność modeli i wielkość wyjaśnianej wariacji pozostały na podobnych poziomach. W równaniu regresji dla braku zaangażowania dla modelu 2 $F = 3,60$ ($p < 0,001$), dla modelu 3 $F = 5,16$ ($p < 0,001$), a skumulowany R^2 to odpowiednio 0,26 i 0,40. Po uwzględnieniu profilu oddziału perfekcjonizm adaptacyjny przestał być istotnym predyktorem braku zaangażowania, a znaczenie wykształcenia zmniejszyło się (pozostało na granicy tendencji statystycznej). W równaniu regresji dla wyczerpania, dla modelu 2 $F = 2,63$ ($p < 0,005$), dla modelu 3 $F = 3,23$ ($p < 0,001$), a skumulowany R^2 to odpowiednio 0,18 i 0,26. Po uwzględnieniu rodzaju bloku operacyjnego wykształcenie przestało być istotnym predyktorem wyczerpania.

OMÓWIENIE

Przeprowadzone badanie miało na celu sprawdzenie, czy osobowościowa predyspozycja, jaką jest perfekcjonizm, może być traktowana jako predyktor wypalenia zawodowego u pielęgniarek pracujących na blokach operacyjnych. Ta grupa zawodowa narażona jest na wiele obciążeń związanych z uczestnictwem w operacjach ratujących życie i/lub zdrowie chorych. Z danych dotyczących wypalenia zawodowego jednoznacznie wynika, że cechy środowiska pracy nie wyjaśniają w pełni ryzyka wypalenia zawodowego (3–5). Istotne

znaczenie mają także predyspozycje indywidualne, od których zależy sposób spostrzegania i reagowania na wymagania zawodowe, a także umiejętność wykorzystania dostępnych zasobów (18). Przyjęta w niniejszej pracy koncepcja perfekcjonizmu zakłada istnienie jego 2 niezależnych wymiarów – adaptacyjnego (zdrowego) i nieadaptacyjnego (niezdrowego). Warto podkreślić, że w badanej grupie wymiary te miały charakter niezależny.

W niniejszym badaniu, zgodnie z dostępnymi danymi empirycznymi, wykorzystano 2-czynnikowy model wypalenia zawodowego, który obejmuje brak zaangażowania i wyczerpanie (7). Znaczenie perfekcjonizmu sprawdzano oddzielnie dla każdego z tych aspektów. Po kontroli wybranych czynników demograficznych i zawodowych oba wymiary perfekcjonizmu były istotnymi predyktorami niskiego zaangażowania w pracę, wyjaśniając dodatkowy procent jego wariancji.

Zgodnie z założeniami okazało się, że perfekcjonizm dezadaptacyjny jest czynnikiem, który pozwala przewidywać, że pielęgniarki charakteryzujące się jego wysokim poziomem będą miały niski poziom zaangażowania w pracę. Jeśli dana osoba, oceniając wykonanie swoich zadań, stale ma sobie coś do zarzucenia, nawet drobny błąd traktuje jako porażkę umniejszającą samoocenę i w konsekwencji zazwyczaj jest z siebie niezadowolona, to jest dość wysokie prawdopodobieństwo jej niskiego zaangażowania w pracę. U takiej osoby sposób myślenia o pracy będzie zdominowany przez to, co negatywne, z trudem będzie ona odnajdowała nowe i interesujące aspekty swojej pracy, a częściej będzie dążyła do zdystansowania się i odcięcia od niej. Jak wspomniano wcześniej, takie reakcje mogą być traktowane jako forma obrony przed nadmiarem negatywnych emocji i niską samooceną zarówno w kontekście pracy, jak i całościowej oceny własnej wartości.

Praca na bloku operacyjnym, zwłaszcza dla niezdrowych perfekcjonistów, może być źródłem permanentnego stresu, ponieważ wysoki poziom koncentracji, konieczność stałego monitorowania sytuacji i szybkiego działania to elementy, które uniemożliwiają realizowanie zadań zgodnie z własnymi preferencjami. Przebieg operacji kontrolowany jest przez lekarzy chirurgów i anestezjologów, co dla pozostałych członków zespołu oznacza konieczność dostosowania się i wykazania się wysoką elastycznością w myśleniu i działaniu.

Wyniki niniejszego badania wskazują także, że zdrowy perfekcjonizm może być czynnikiem korzystnym i chronić przed spadkiem zaangażowania. Widać jednak, że siła tego korzystnego efektu jest mniejsza

niż negatywny efekt perfekcjonizmu dezadaptacyjnego. Interesujące jest jednak to, że w badanej grupie po uwzględnieniu profilu bloku operacyjnego znika korzystny efekt perfekcjonizmu adaptacyjnego. Pewnych wskazówek do interpretacji wyników dostarczyły analizy wstępne, pokazujące, że na oddziałach kardiochirurgicznym i okulistycznym poziom wypalenia zawodowego był istotnie wyższy niż na innych blokach. W oparciu o uzyskane dane nie sposób jednak rozstrzygnąć, czy jest to tylko efekt doboru grupy, czy są za to odpowiedzialne inne mechanizmy.

Jak wspomniano wcześniej, badań dotyczących związku różnych aspektów perfekcjonizmu z wypaleniem zawodowym jest niewiele, dlatego warto odwołać się do badań nad konstruktami mierzącymi podobne właściwości osobowości. Przykładem mogą być dane dotyczące samooceny opartej na osiągnięciach zawodowych (job performance-based self-esteem) i jej konsekwencji, w tym wypalenia zawodowego (24). Dotyczy to osób, które poczucie własnej wartości uzależniają od własnych osiągnięć i tego, jak są oceniane przez innych. Wykazano, że osoby takie częściej są skłonne do skracania czasu przerw na posiłki, do pracy w czasie choroby i ogólnie do zaniedbywania własnych potrzeb. Nie ulega wątpliwości, że w dłuższej perspektywie czasowej dążenie do osiągnięć w pracy, które posłużą do budowania lub utrzymania samooceny, pochłaniać może dostępne zasoby czasu i energii, a w konsekwencji prowadzić do ich wyczerpania. Analogiczne procesy występują najprawdopodobniej także u niezdrowych perfekcjonistów.

Wyniki uzyskane w badanej grupie potwierdzają, że perfekcjonizm dezadaptacyjny jest także istotnym predyktorem wyczerpania psychofizycznego. W przypadku tego wymiaru wypalenia nie stwierdzono ochronnego działania perfekcjonizmu adaptacyjnego, co nie pozwoliło na potwierdzenie postawionej w tym zakresie hipotezy badawczej.

Z czynników związanych z pracą istotnym predyktorem obu wymiarów wypalenia było wykształcenie. Istotne jednak, a wręcz alarmujące, jest to, że wyższe wykształcenie jest pozytywnym predyktorem obu aspektów wypalenia. Zarówno więc brak zaangażowania, jak i wyczerpanie są wyższe u pielęgniarek, które zainwestowały w swój rozwój zawodowy i naukowy. W konsekwencji jednak odniesiony sukces osobisty obraca się przeciwko nim na polu zawodowym. Prawdopodobną przyczyną może być poczucie rozczarowania i frustracji w sytuacji, kiedy ich oczekiwania zawodowe związane z uzyskaniem wyższego wykształcenia nie

zostały spełnione. Wydaje się, że zagadnienie to wymaga pilnej obserwacji, dalszych badań i odpowiedniej interwencji, która uchroniłaby przed tak poważnymi konsekwencjami jak wzrost wypalenia zawodowego wśród pielęgniarek z wyższym wykształceniem.

Warto zwrócić także uwagę, że osoby z więcej niż jednym miejscem pracy były bardziej zaangażowane w pracę niż pracujące w jednym miejscu (efekt dotyczący wyczerpania przestał być istotny po wprowadzeniu do równania regresji perfekcjonizmu). Wynik ten jest sprzeczny z danymi mówiącymi, że nadmiar obowiązków jest kluczowym czynnikiem ryzyka wypalenia. Być może jednak w badanej grupie związany jest on z tym, że pielęgniarki pracujące na blokach operacyjnych jako drugą pracę zazwyczaj wybierają pracę o zupełnie innym charakterze (np. w przychodni). Kluczowe znaczenie może mieć jednak to, że na drugą pracę decydują się zazwyczaj osoby bardzo zmotywowane, którym na niej zależy. Chcą pomagać i czuć się potrzebne, dążą do zdobycia doświadczenia zawodowego albo też zmusza je do tego sytuacja rodzinna i materialna.

Kolejny ważny wynik uzyskany w badaniach wskazuje, że osoby pracujące przeważnie w dyżurowym systemie pracy są istotnie bardziej wyczerpane niż pracujące w systemie jednozmianowym. Jest to wynik spójny z wynikami wielu badań empirycznych. Efekt ten jednak znika po wprowadzeniu perfekcjonizmu do równania regresji, co może sugerować, że elementy te są powiązane ze sobą i reakcje na pracę w systemie dyżurowym mogą być zależne od predyspozycji indywidualnych.

Z czynników demograficznych szczególne znaczenie w badanej grupie miał stan cywilny. Osoby w stanie wolnym były w większym stopniu niż będące w związku małżeńskim narażone na brak zaangażowania w pracę, natomiast u osób rozwiedzionych istniało większe niż u zamężnych ryzyko wyczerpania. Wynik ten wydaje się spójny z teorią o wsparciu społecznym ze strony rodziny jako zasobie chroniącym przed negatywnymi konsekwencjami stresu w pracy (25). W sytuacji braku takiego wsparcia pracownik narażony jest na silniejsze konsekwencje doświadczanego stresu.

Osoby mające partnera mają jednocześnie więcej zasobów materialnych, instrumentalnych i emocjonalnych, z których w razie konieczności mogą czerpać. Szczególne znaczenie mogą tu mieć także wzajemne oddziaływania w relacji dom (a dokładniej życie osobiste) – praca (26). Wydaje się także, że bycie osobą w stanie wolnym może na tyle absorbować pracowni-

ka, że zmniejsza to jego zaangażowanie w pracę. Z kolei bycie osobą rozwiedzioną wiąże się często z istotnymi zmianami w życiu, obciążeniem obowiązkami i kosztami emocjonalnymi, co może sprzyjać większemu wyczerpaniu.

Opisane badania miały ograniczenia, które skłaniają do zachowania ostrożności w generalizowaniu wniosków. Przede wszystkim zostały przeprowadzone na dość małej, nie losowo dobranej próbie. Badanie miało charakter przekrojowy i uwzględniało jedynie wybraną grupę czynników demograficznych i zawodowych. W kolejnych badaniach liczba tych czynników powinna zostać poszerzona. Należałoby również uwzględnić inne czynniki o charakterze pośredniczącym, które mogłyby wyjaśnić mechanizmy stwierdzonych zależności.

WNIOSKI

1. Przeprowadzone badanie potwierdziło rolę perfekcjonizmu jako predyktora wypalenia zawodowego w grupie pielęgniarek pracujących na blokach operacyjnych.
2. Kluczowe negatywne znaczenie ma perfekcjonizm dezadaptacyjny.
3. Efekt ten został potwierdzony po kontroli wybranych czynników demograficznych i zawodowych.

PIŚMIENNICTWO

1. Jakubowska-Winecka A.: Syndrome of professional burnout. W: Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. [red.]. Psychology in medical practice. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 167–179
2. Maslach Ch., Schaufeli W.B., Leiter M.P.: Job burnout. *Ann. Rev. Psych.* 2001;52:397–422
3. Maslach Ch.: Job burnout: New directions in research and intervention. *Curr. Direct. Psych. Sci.* 2003;12(5): 189–192, <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.01258>
4. Leiter M.P.: Perception of risk: An organizational model of occupational risk, burnout, and physical symptoms. *Anx. Stress Cop.* 2005;18:131–144, <http://dx.doi.org/10.1080/10615800500082473>
5. Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach Ch.: Burnout: 35 years of research and practice. *Career Dev. Int.* 2009;14(3): 204–222, <http://dx.doi.org/10.1108/13620430910966406>
6. Schaufeli W.B., Bakker A.B.: Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *J. Org. Beh.* 2004;25:293–315, <http://dx.doi.org/10.1002/job.248>

7. Demerouti E., Bakker A.B., Vardakou I., Kantas A.: The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis. *Eur. J. Psych. Assess.* 2003;19:12–23
8. Baka Ł., Cieślak R.: Zależności między stresorami w pracy a wypaleniem zawodowym i zaangażowaniem w pracę w grupie nauczycieli: pośrednicząca rola przekonań o własnej skuteczności i wsparcia społecznego. *Studia Psych.* 2010;48(3):5–18
9. Bakker A.B., Demerouti E.: The Job Demands-Resources model: state of the art. *J. Manag. Psych.* 2006;22: 309–328
10. Ciuruś M.J.: *Pielęgniarstwo Operacyjne*. Wydawnictwo Adi, Łódź 1998, ss. 45–48, 89–90
11. Krysiak I.: Pacjent na bloku operacyjnym. W: Wołowicka L., Dyk D. [red.]. *Anestezjologia i intensywne opieka. Klinika i pielęgniarstwo*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, ss. 396–398
12. Ciuruś M.J.: *Pielęgniarstwo Operacyjne*. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2007, ss. 62, 94, 123–124
13. Sienkiewicz Z., Paszek T.: Zawodowe zagrożenia zdrowia pielęgniarek we Wspólnocie Europejskiej. W: Wrońska I., Krajewska-Kułał E. [red.]. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa europejskiego*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007, ss. 167, 189
14. Siegrist J.: Adverse health effects of effort-reward imbalance at work: theory, empirical support, and implications for prevention. W: Cooper C.L. [red.]. *Theories of organizational stress*. Oxford University Press, Oxford 1998, ss. 190–204
15. van Vegchel N., de Jonge J., Bosma H., Schaufeli W.: Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies. *Soc. Sci. Med.* 2005;60(5):1117–1131, <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.043>
16. Basińska B., Wilczek-Rużyczka E.: Burnout syndrome and fatigue in the context of shift work and occupational stress among surgery nurses. *Przeg. Psych.* 2011; 54(1):99–113
17. Szczucka K.: Polski Kwestionariusz Perfekcjonizmu Adaptacyjnego i Dezadaptacyjnego. *Psych. Społ.* 2010;5: 71–95
18. Stoeber J., Rennert D.: Perfectionism in school teachers: relations with stress appraisals, coping styles, and burnout. *Anx. Stress Cop.* 2008;21:37–53, <http://dx.doi.org/10.1080/10615800701742461>
19. Stoeber J., Janssen D.: Perfectionism and coping with daily failures: positive reframing helps achieve satisfaction at the end of the day. *Anx. Stress Cop.* 2011;24:477–497, <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2011.562977>
20. Eum K., Rice K.G.: Test anxiety, perfectionism, goal orientation, and academic performance. *Anx. Stress Cop.* 2011;24:167–178. <http://dx.doi.org/10.1080/10615806.2010.488723>
21. Zang Y., Gan Y., Cham H.: Perfectionism, academic burnout and engagement among Chinese college students: A structural equation modeling analyses. *Pers. Individ. Differ.* 2007;43(6):1529–1540, <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2007.04.010>
22. Tashman L.S., Tennenbaum G., Eklund R.: The effect of perceived stress on the relationships between perfectionism and burnout in coaches. *Anx. Stress Cop.* 2010;23: 195–212, <http://dx.doi.org/10.1080/10615800802629922>
23. Bedyńska S., Książek M.: *Statystyczny drogowskaz 3. Praktyczny przewodnik wykorzystania modeli regresji oraz równań strukturalnych*. Sedno, Warszawa 2012
24. Innstrand S.T., Langballe E.M., Espnes E.A., Aasland O.G., Falkum E.: Personal vulnerability and work-home interaction: The effect of job performance-based self-esteem on work/home conflict and facilitation. *Scand. J. Psych.* 2010;51:480–487, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9450.2010.00816.x>
25. Innstrand S.T.: Positive and negative work-home interaction: An integrative model. W: Innstrand S.T. [red.]. *Health promotion – theory and practice*. Research Centre for Health Promotion and Resources HiST/NTNU, Trondheim 2012, ss. 9–25
26. Langballe E.M., Innstrand S.T., Aasland O.G., Falkum E.: The predictive value of individual factors, work-related factors, and work-home interaction on burnout in female and male physicians: A longitudinal study. *Stress and Health* 2011;27:73–87, <http://dx.doi.org/10.1002/smi.1321>