



Złożenie pracy online:
2026-02-27 21:30:44
Kod pracy:
22739/46530/CloudA

Robert Brach
(nr albumu: 27385)

Praca magisterska

ZWIĄZEK WYPALENIA ZAWODOWEGO Z ZACHOWANIAM ZDROWOTNYMI WŚRÓD PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

RELATIONSHIP BETWEEN OCCUPATIONAL BURNOUT AND HEALTH BEHAVIORS AMONG HEALTHCARE WORKERS

Wydział: Wyższa Szkoła Biznesu - National-
Louis University

Kierunek: Psychologia

Specjalność: psychologia kliniczna i osobowości

Promotor: dr Magdalena Kwak

Serdeczne podziękowania dla Pani dr. Magdaleny Kwak za wsparcie, życzliwość oraz cenne uwagi podczas pracy. Jej zaangażowanie oraz wyrozumiałość były dla mnie nieocenionym źródłem motywacji. Dziękuję także Rodzicom, bez ich pomocy i wsparcia duchowego, organizacyjnego i finansowego cały proces edukacji podczas studiów byłby niemożliwy. Podziękowania także dla mojej przyjaciółki Wiesławy Mysłakowskiej która dodawała mi motywacji i wspierała we wszystkich trudnych momentach.



Streszczenie

Celem pracy magisterskiej było zbadanie związku pomiędzy wypaleniem zawodowym, a zachowaniami zdrowotnymi pracowników ochrony zdrowia. Zastosowano kwestionariusz wypalenia zawodowego (MBI) C. Maslach i S. E. Jackson, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych Z. Juczyńskiego oraz autorską ankietę socjodemograficzną. Uzyskane dane wskazują, że wypalenie zawodowe pozostaje istotnym problemem wśród pracowników ochrony zdrowia. Najwyższe nasilenie dotyczyło obniżonego poczucia osiągnięć osobistych oraz wyczerpania emocjonalnego. Wyniki badań potwierdziły również przeciętny poziom zachowań zdrowotnych szczególnie w obszarze prawidłowych nawyków żywieniowych i praktyk zdrowotnych. Stwierdzono związek między wypaleniem zawodowym a zachowaniami zdrowotnymi.

Słowa kluczowe

wypalenie zawodowe, zachowania zdrowotne, pracownicy ochrony zdrowia

Abstract

The aim of this master's thesis was to examine the relationship between occupational burnout and health behaviors among healthcare workers. The Maslach Burnout Inventory (MBI) by C. Maslach and S. E. Jackson, the Health Behavior Inventory by Z. Juczyński, and an original sociodemographic questionnaire were used. The obtained data indicate that occupational burnout remains a significant problem among healthcare workers. The highest intensity concerned reduced personal accomplishment and emotional exhaustion. The study results also confirmed an average level of health behaviors, particularly in the area of proper eating habits and health practices. A relationship between occupational burnout and health behaviors was identified.

Keywords

occupational burnout, health behaviors, healthcare workers

Spis treści

Wstęp	2
ROZDZIAŁ 1 Rozważania teoretyczne dotyczące wypalenia zawodowego i zachowań zdrowotnych	3
1.1. Fizjologia procesu pracy	4
1.2. Czynniki stresogenne w zawodach medycznych	7
1.3. Problematyka wypalenia zawodowego	8
1.3.1. Pojęcie wypalenia zawodowego	8
1.3.2. Przyczyny i objawy wypalenia zawodowego	10
1.4. Klasyfikacja zachowań zdrowotnych	11
1.4.1. Zachowania zdrowotne sprzyjające zdrowiu	11
1.4.2. Zachowania ryzykowane dla zdrowia	14
1.5. Rola psychologa w profilaktyce zespołu wypalenia zawodowego i propagowaniu zachowań zdrowotnych sprzyjających zdrowiu w grupie pracowników ochrony zdrowia.	17
ROZDZIAŁ 2. Metodologia badań własnych	21
2.1. Cel pracy, pytania badawcze i hipotezy	21
2.2. Materiał i metody	22
2.2.1. Charakterystyka narzędzi badawczych	23
2.2.2. Procedura badawcza	27
2.3. Charakterystyka badanej grupy	28
ROZDZIAŁ 3	29
3.1. Wyniki	29
3.1.1. Statystyki opisowe	29
3.1.2. Weryfikacja postawionych hipotez	35
Dyskusja	73
Wnioski	80
Podsumowanie	81
Bibliografia	83
Spis tabel	87
Spis rycin	91
Aneks	94



Wstęp

W dzisiejszych czasach praca zawodowa stała się dla wielu osób nie tylko sposobem na zarobek ale sensem życia. Ludzie spędzają w pracy często większą część czasu swojej aktywności dlatego bardzo ważny jest komfort zarówno fizyczny jak i psychiczny pracy, poczucie spełnienia, świadomość wkładu w rozwój społeczeństwa. Brak oczekiwanych efektów pracy, długotrwały stres czy poczucie bezsilności może prowadzić do zjawiska wypalenia zawodowego, czyli syndromu emocjonalnego wyczerpania, deprecjonalizacji i braku satysfakcji zawodowej, która szczególnie często może wystąpić u osób wykonujących zawody oparte na kontaktach z innymi ludźmi. Praca zawodowa w ochronie zdrowia należy do obszarów szczególnie mocno obciążonych działaniem czynników powodującym stres psychiczny i często fizyczny. Specyfika zawodów medycznych, związana jest z odpowiedzialnością za zdrowie a często i życie pacjentów, koniecznością podejmowania szybkich decyzji diagnostyczno-terapeutycznych, pracą zmianową oraz stałym kontaktem z cierpieniem, chorobą i śmiercią, co sprawia, że pracownicy ochrony zdrowia są grupą szczególnie narażoną na długotrwałe przeciążenie psychofizyczne. Jedną z najczęstszych konsekwencji chronicznego stresu zawodowego jest wypalenie zawodowe, wpływa ono negatywnie zarówno na funkcjonowanie jednostki, jak i na jakość opieki nad pacjentem. Należy podkreślić, że wypalenie zawodowe ma także negatywny wpływ na życie osobiste, relacje społeczne i rodzinne na samopoczucie i ogólną jakość życia. Wymienione negatywne skutki wypalenia zawodowego często są też często pierwotną przyczyną występowania lub nasilenia się problemów zdrowotnych.

Wypalenie zawodowe w kontekście pracowników zawodów medycznych jest coraz częściej poruszonym tematem i coraz więcej badań nad tym zjawiskiem jest prowadzonych. Dzięki tym badaniom łatwiej jest rozpoznawać symptomy a także zapobiegać wypaleniu zawodowemu i jego negatywnym skutkom. Praca w ochronie zdrowia nierozzerwalnie wiąże się z ciągłym kontaktem z cierpieniem pacjenta a także często jego rodziny a to przekłada się na dodatkowe obciążenie psychiczne. Często związana jest także z dużym obciążeniem fizycznym (np. pielęgniarki, chirurdzy, fizjoterapeuci), co w połączeniu z obciążeniem psychicznym prowadzi do wyczerpania, utraty motywacji czy wiary w efekty własnych działań.

Znaczenie problemu wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia wyraźnie wzrosło w związku z pandemią COVID-19. Długotrwała praca w warunkach zagrożenia epidemiologicznego, niedobory kadrowe, zwiększona liczba pacjentów,



konieczność pracy w środkach ochrony osobistej oraz obawa o zdrowie własne i bliskich przyczyniły się do istotnego wzrostu poziomu stresu i wyczerpania emocjonalnego. Choć formalnie pandemia zakończyła się, wydaje się, że jej psychologiczne konsekwencje pozostają aktualne.

Doświadczenie zawodowe wpływa na indywidualne poczucie spełnienia i osobistej satysfakcji a negatywne powodujące długotrwały stres może być przyczyną zaburzeń lękowych, depresji, uzależnień i mieć bardzo negatywny wpływ na pracownika.

Wypalenie zawodowe pozostaje także w ścisłym związku z zachowaniami zdrowotnymi wśród ludzi. Osoby doświadczające wysokiego poziomu stresu i wyczerpania emocjonalnego częściej zaniedbują potrzeby zdrowotne, rzadziej podejmują aktywność fizyczną, mają nieregularne nawyki żywieniowe oraz częściej sięgają po substancje psychoaktywne. Z drugiej strony zachowania prozdrowotne mogą pełnić funkcję ochronną, ograniczając negatywne skutki stresu i zmniejszając ryzyko rozwoju wypalenia zawodowego.

Celem niniejszej pracy jest analiza związku wypalenia zawodowego z zachowaniami zdrowotnymi w grupie pracowników ochrony zdrowia. Praca ma dwie części: teoretyczną w której omówiono zjawisko wypalenia zawodowego oraz badawczą w której przedstawiono wyniki badań dotyczących wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia oraz jego związek z zachowaniami zdrowotnymi. W badaniach wykorzystano Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach Burnout Inventory (MBI) autorstwa Maslach i Jackson oraz Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Zygfrйда Juczyńskiego. Praca ma charakter empiryczny i opiera się na badaniu ankietowym przeprowadzonym wśród 227 pracowników ochrony zdrowia pracujących na terenie województwa Małopolskiego.



ROZDZIAŁ 1. Rozważania teoretyczne dotyczące wypalenia zawodowego i zachowań zdrowotnych

1.1. Fizjologia procesu pracy

Fizjologia procesu pracy stanowi interdyscyplinarną dziedzinę nauki łączącą wiedzę z zakresu biologii, medycyny pracy, ergonomii i psychologii zdrowia. Jej głównym celem jest zrozumienie, w jaki sposób aktywność zawodowa wpływa na funkcjonowanie organizmu człowieka, oraz jakie mechanizmy biologiczne uczestniczą w adaptacji do obciążeń fizycznych i psychicznych związanych z pracą.

Proces pracy, rozumiany jako systematyczne wykonywanie czynności w celu osiągnięcia określonych efektów zawodowych, angażuje układ nerwowy, mięśniowy, krążeniowy i metaboliczny. Szereg reakcji fizjologicznych umożliwia utrzymanie równowagi między wymaganiami środowiska pracy a zdolnością organizmu do ich kompensacji. Zjawiska te odzwierciedlają mechanizmy adaptacyjne, które w warunkach przeciążenia mogą prowadzić do utraty homeostazy, a w konsekwencji do objawów zmęczenia, obniżonej wydolności, chorób zawodowych lub wypalenia.

W przypadku zawodów medycznych fizjologia procesu pracy ma szczególne znaczenie. Personel zatrudniony w ochronie zdrowia stanowi grupę zawodową narażoną jednocześnie na wysokie obciążenia somatyczne jak i emocjonalne. Długotrwałe dyżury, praca zmianowa, nocna, kontakt z bólem, cierpieniem i śmiercią, a także odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjentów wpływają na funkcjonowanie układu nerwowego, hormonalnego i odpornościowego. Takie warunki prowadzić mogą do przeciążenia zasobów adaptacyjnych organizmu, zwłaszcza w sytuacji, gdy brakuje regeneracji lub zachowań prozdrowotnych wspierających równowagę biologiczną.

Praca zawodowa uruchamia złożone procesy fizjologiczne. W odpowiedzi na wymagania psychiczne i fizyczne dochodzi do aktywacji układu współczulnego oraz osi podwzgórze–przysadka–nadnercza (HPA). Jest to naturalny mechanizm adaptacyjny, który umożliwia organizmowi mobilizację energii i zasobów w celu sprostania wymaganiom sytuacyjnym.

W momencie kontaktu z zadaniem wymagającym dużej koncentracji, organizm człowieka zwiększa wydzielanie adrenaliny i noradrenaliny, co skutkuje wzrostem tętna, ciśnienia krwi oraz przyspieszeniem oddechu. Równocześnie uwalniany jest kortyzol – hormon



stresu – odpowiadający za długotrwałe dostosowanie organizmu do przeciążenia. Zjawisko to pozwala utrzymać czujność, szybkość reakcji i efektywność w sytuacjach wymagających natychmiastowych decyzji, co w pracy medycznej jest niezbędne (Antonovsky, 1995; Sęk & Cieślak, 2011).

Reakcja stresowa ma charakter adaptacyjny tylko wtedy, gdy jest krótkotrwała. Długotrwała aktywacja osi HPA prowadzi do zaburzeń metabolizmu, obniżenia odporności, nadciśnienia, problemów z układem sercowo-naczyniowym, a także zaburzeń snu i koncentracji. Ten stan przeciążenia fizjologicznego nazywany jest stresem chronicznym. W pracy zawodowej, szczególnie w sektorze ochrony zdrowia, przewlekły stres fizjologiczny może kumulować się i prowadzić do wyczerpania energii życiowej, co sprzyja rozwojowi syndromu wypalenia zawodowego (Maslach & Leiter, 2016).

W przewlekłej aktywacji osi stresu obserwuje się również zaburzenia w poziomie serotoniny i dopaminy, które są kluczowymi neurotransmiterami odpowiedzialnymi za nastrój i motywację. W konsekwencji może dochodzić do obniżenia samopoczucia, zaburzeń emocjonalnych i psychosomatycznych, a także pogorszenia zdolności decyzyjnych – istotnych w zawodach medycznych, gdzie wymagana jest precyzja i empatia.

Jednym z ważnych aspektów fizjologii pracy jest rytmiczność procesów biologicznych i ich zależność od zegara okołodobowego. Rytm ten reguluje procesy metaboliczne, temperaturę ciała, wydzielanie hormonów i aktywność układu nerwowego w cyklu dobowym.

U osób pracujących zmianowo lub pełniących nocne dyżury – co stanowi typową sytuację w ochronie zdrowia – dochodzi do zaburzenia naturalnego rytmu snu i czuwania. Zmiana pór aktywności dezorganizuje procesy fizjologiczne, prowadząc do deficytu snu i utraty synchronizacji wewnętrznego zegara biologicznego. W efekcie może pojawić się zmęczenie, osłabienie odporności, zaburzenia hormonalne (np. spadek melatoniny) i trudności w koncentracji.

W ujęciu długofalowym praca zmianowa stanowi czynnik ryzyka wielu chorób przewlekłych takich jak np. cukrzyca typu 2, zespołu metabolicznego czy choroby wieńcowej (WHO, 2020). Zjawisko to ma również znaczenie psychologiczne – brak pełnej regeneracji po dyżurach osłabia zdolność do radzenia sobie ze stresem i zwiększa podatność na wypalenie zawodowe.

Zaburzenia rytmu biologicznego wiążą się także z zakłóceniem wydzielania kortyzolu. Zamiast naturalnego szczytu hormonalnego w godzinach porannych i spadku w godzinach nocnych, u osób pracujących systemem zmianowym obserwuje się wypłaszczenie krzywej wydzielania. Organizm nie ma czasu na „wyłączenie alarmu stresowego,” co prowadzi do



przewlekłego przemęczenia oraz zaburzeń funkcji poznawczych i emocjonalnych (Bąk-Sosnowska, 2019).

Organizm człowieka wykazuje dużą zdolność do adaptacji do obciążeń zawodowych, jednak ta adaptacja ma swoją granicę. Mechanizmy kompensacyjne, które pozwalają na zachowanie wysokiej wydolności pomimo trudnych warunków, z czasem mogą zostać wyczerpane.

Na poziomie fizjologicznym adaptacja obejmuje zwiększoną aktywność układu krążenia, metabolizmu energetycznego oraz wzmożoną pracę mięśni i układu oddechowego. Jednak bez odpowiednich zachowań regeneracyjnych – takich jak sen, aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie i techniki relaksacyjne – procesy kompensacyjne prowadzą do przeciążenia organizmu.

W zawodach medycznych zjawisko to widać szczególnie wyraźnie. Personel, często działający w trybie ciągłego napięcia, uczy się funkcjonować pomimo zmęczenia („adaptacja pozorna”). W praktyce jednak taka adaptacja osłabia układ odpornościowy, sprzyja chorobom psychosomatycznym i zwiększa wrażliwość na czynniki stresowe. Dodatkowo, długotrwała aktywacja mechanizmów mobilizacyjnych prowadzi do spadku efektywności układów regulacyjnych i deficytu energii psychicznej – co jest jednym z kluczowych elementów rozwoju wypalenia zawodowego.

Z perspektywy fizjologicznej, wypalenie zawodowe (ang. *burnout*) stanowi konsekwencję długotrwałego przeciążenia systemów biologicznych odpowiedzialnych za adaptację stresową. Obejmuje ono zarówno sferę psychiczną (emocjonalne wyczerpanie, depersonalizacja, obniżenie poczucia osiągnięć), jak i fizjologiczną (zaburzenia snu, przewlekłe zmęczenie, infekcje, somatyzacje).

Pracownicy ochrony zdrowia są szczególnie podatni na ten proces, ponieważ stresory zawodowe w tej grupie mają charakter powtarzalny, silny emocjonalnie i często nieunikniony. Do czynników fizjologicznych sprzyjających wypaleniu należą:

- nieregularny sen i zaburzenia rytmu okołodobowego,
- przeciążenie układu nerwowego współczulnego,
- przewlekła aktywacja osi HPA i utrzymujące się wysokie stężenie kortyzolu,
- wyczerpanie energetyczne mięśni i układu metabolicznego,
- niedobory odżywcze i odwodnienie, wynikające z nieregularnych posiłków,
- ograniczona regeneracja psychofizyczna.



Długotrwała ekspozycja na stres zawodowy powoduje osłabienie zdolności autoregulacyjnych mózgu. Dochodzi do zmian w strukturach odpowiedzialnych za procesy emocjonalne – głównie w hipokampie i ciele migdałowatym, co może skutkować permanentnym napięciem psychicznym i gorszą kontrolą emocjonalną (Maslach & Leiter, 2016). Z kolei zaburzenia układu immunologicznego pod wpływem przewlekłego kortyzolu zwiększają podatność na choroby zakaźne – szczególnie istotne w kontekście pracy w placówkach medycznych.

Wypalenie zawodowe może być zatem rozumiane jako końcowy etap fizjologicznego procesu adaptacji, w którym mechanizmy kompensacyjne zostają wyczerpane, a organizm nie jest w stanie utrzymać równowagi biologicznej i psychicznej.

Z perspektywy psychologii zdrowia, zachowania prozdrowotne stanowią kluczowy element wspierający fizjologiczną regulację procesu pracy. Odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne odżywianie, prawidłowy sen i umiejętność regeneracji są warunkami umożliwiającymi odtworzenie zasobów biologicznych i psychicznych.

Wyniki badań przeprowadzanych przy użyciu Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) wskazują, że osoby charakteryzujące się wysokim poziomem takich zachowań (np. regularnym snem i aktywnością fizyczną) lepiej radzą sobie z obciążeniami zawodowymi, wykazują niższy poziom napięcia fizjologicznego i mają wyższą odporność na stres. Dbanie o organizm w wymiarze biologicznym przekłada się na stabilność emocjonalną i mniejsze ryzyko wypalenia.

Promowanie zachowań zdrowotnych w miejscu pracy - zwłaszcza w sektorze ochrony zdrowia - jest zatem inwestycją w utrzymanie homeostazy fizjologicznej pracowników. Tworzenie warunków sprzyjających odpoczynkowi, umożliwienie zdrowego odżywiania czy inicjowanie programów wspierających sen i relaks stanowi element profilaktyki długofalowych skutków przeciążenia.

1.2. Czynniki stresogenne w zawodach medycznych

Zawody medyczne od wielu lat są przedmiotem zainteresowania badaczy zajmujących się stresem zawodowym i zdrowiem psychicznym pracowników. Wynika to z faktu, iż specyfika pracy w ochronie zdrowia łączy w sobie wysokie wymagania poznawcze, emocjonalne i fizyczne, przy jednocześnie ograniczonych zasobach organizacyjnych. Stres zawodowy w tej grupie ma charakter przewlekły i kumulatywny.



Badania prowadzone w Polsce wskazują, że do najczęściej deklarowanych stresorów wśród pracowników ochrony zdrowia należą: nadmierna liczba obowiązków, presja czasu, dyżury nocne, niedobory kadrowe oraz brak wpływu na organizację pracy (Ogińska-Bulik, 2017). Istotnym czynnikiem stresogennym jest także odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjentów, która wiąże się z koniecznością podejmowania trudnych decyzji diagnostycznych i terapeutycznych, często w warunkach niepewności.

W literaturze empirycznej podkreśla się również znaczenie stresorów interpersonalnych. Konflikty w zespołach zatrudnionych w placówkach medycznych, trudne relacje podwładnych z przełożonymi oraz roszczeniowe postawy pacjentów i ich rodzin stanowią istotne źródło obciążenia psychicznego (Andruszkiewicz & Basińska, 2016). Długotrwałe narażenie na stres interpersonalny niejednokrotnie mający więcej niż jedno źródło jednocześnie sprzyja rozwojowi postaw cynizmu oraz depersonalizacji, będących jednym z kluczowych komponentów wypalenia zawodowego.

Szczególne nasilenie stresu zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia odnotowano w okresie pandemii COVID-19. Badania prowadzone w Polsce wykazały istotnie wyższy poziom stresu, lęku oraz objawów depresyjnych u personelu medycznego w porównaniu do okresu sprzed pandemii (Sęk, 2021; Makara-Studzińska, 2022). Wskazuje się, że stresory pandemiczne miały charakter zarówno zawodowy, jak i egzystencjalny, obejmując obawę przed zakażeniem, które może mieć poważne negatywne konsekwencje zdrowotne prowadzące nawet do śmierci nie tylko dla osoby zarażonej, ale także dla najbliższych członków rodziny w przypadku ich zarażenia. Okres pandemii powodował ponadto izolację społeczną oraz przeciążenie emocjonalne związane z wysoką śmiertelnością pacjentów.

Doświadczenia pandemiczne miały charakter długofalowy. Badania realizowane po 2022 roku wskazują, że u części pracowników ochrony zdrowia utrzymują się objawy przewlekłego stresu, zmęczenia i wypalenia zawodowego, co jest szczególnie istotne w kontekście badań własnych przeprowadzonych w latach 2024–2025.

1.3. Problematyka wypalenia zawodowego

1.3.1. Pojęcie wypalenia zawodowego

Pojęcie wypalenia zawodowego zostało wprowadzone do literatury psychologicznej w latach 70. XX wieku. Najbardziej rozpowszechniona koncepcja wypalenia została opracowana przez Christinę Maslach, która definiuje je jako syndrom wyczerpania emocjonalnego,



depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, występujący u osób pracujących z ludźmi.

Wyczerpanie emocjonalne odnosi się do poczucia nadmiernego obciążenia i braku energii psychicznej, depersonalizacja przejawia się dystansowaniem i uprzedmiotowieniem pacjentów, natomiast obniżone poczucie dokonań osobistych wiąże się z negatywną oceną własnych kompetencji i skuteczności zawodowej.

Zjawisko wypalenia zawodowego powinno się rozumieć jako odpowiedź na stres, który pochodzi z sytuacji związanej z pracą zawodową. Jest ono stanem wyczerpania i zmęczenia emocjonalnego, stanowi końcowy etap rozczarowania spowodowanego utratą złudzeń, odpowiedź organizmu na stres spowodowany sytuacją w pracy.

Według Maslach na wypalenie zawodowe składają się czynniki takie jak: wyczerpanie emocjonalne (EE) – jest to poczucie nadmiernego obciążenia emocjonalnego oraz zmniejszenia posiadanych pokładów emocji. Pojawia się poczucie pustki oraz braku sił wywołane nadmiernymi wymaganiami emocjonalnymi stawianymi przed pracownikiem w związku z jego obowiązkami. Ten czynnik jest w swojej istocie zbliżony do pojęcia stresu. Występuje zniechęcenie do pracy, ciągłe napięcie psychofizyczne, pesymizm, zwiększona drażliwość, bóle głowy, bezsenność, zmęczenie i zmniejszona odporność. Depersonalizacja (DEP), czyli uprzedmiotowienie, jest to negatywne i zbyt obojętne reagowanie na inne osoby. Występuje tu poczucie bezduszości, cynizm w stosunku do innych ludzi, obniżona wrażliwość, dążenie do formalizowania kontaktów interpersonalnych czy obwinianie innych. Ostatnim czynnikiem jaki opisuje Maslach jest obniżone poczucie dokonań osobistych (PA). Jest to poczucie marnowania wysiłku oraz czasu na wykonywanie obowiązków na swoim stanowisku. Utrata wiary we własne możliwości oraz kompetencje, nieumiejętność dostosowania się do warunków pracy. Pojawiająca się agresja werbalna oraz częste zwolnienia lekarskie w celu unikania pracy (Maslach 2006).

Według Sęk wyróżnić można cztery etapy składające się na proces wypalenia zawodowego i są to: I – etap podtrzymania entuzjazmu (polega na zwiększeniu czasu poświęcanego pracy i obowiązkom), II – etap stagnacji (polega na uświadomieniu sobie, że mimo podejmowanych działań ocena efektów pracy nie ulega zmianie), III – etap frustracji (występuje w nim poczucie bezsensu, beznadziei oraz braku kompetencji), IV – ostatnim jest etap apatii (Sęk 2019).

Wypalenie zawodowe niesie za sobą wiele negatywnych skutków dla osoby nim dotkniętej, dla współpracowników, zakładu pracy czy ludzi na rzecz których pracownik



świadczy usługi (np. opieki zdrowotnej). Często pośrednio skutkami zjawiska dotknięte jest pośrednio także środowisko rodzinne i grono znajomych.

1.3.2. Przyczyny i objawy wypalenia zawodowego

Przyczyny wypalenia zawodowego są złożone i wielowymiarowe. W literaturze empirycznej wyróżnia się czynniki indywidualne, interpersonalne oraz organizacyjne. Do czynników indywidualnych zalicza się m.in. wysokie poczucie odpowiedzialności, perfekcjonizm, nadmierne zaangażowanie w pracę oraz niską elastyczność w radzeniu sobie ze stresem. Badania wskazują, że osoby o wysokim poziomie neurotyczności oraz niskim poziomie wsparcia społecznego są bardziej podatne na rozwój wypalenia zawodowego (Heszen & Sęk, 2020).

Czynniki organizacyjne odgrywają kluczową rolę w rozwoju wypalenia zawodowego wśród pracowników ochrony zdrowia. Przeciążenie obowiązkami, brak autonomii, niejasność ról zawodowych, niesprawiedliwe systemy ocen i wynagradzania oraz ograniczone możliwości rozwoju zawodowego istotnie zwiększają ryzyko wypalenia (Sęk, 2019). Badania prowadzone w polskich szpitalach wykazały istotne zależności pomiędzy poziomem wypalenia a oceną warunków pracy oraz udzielanym wsparciem ze strony przełożonych.

Objawy wypalenia zawodowego obejmują sferę emocjonalną, poznawczą, somatyczną i behawioralną. Najczęściej opisywane są chroniczne zmęczenie, drażliwość, obniżenie nastroju, spadek motywacji do pracy oraz poczucie braku sensu wykonywanych obowiązków. W sferze somatycznej obserwuje się bóle głowy, dolegliwości żołądkowo-jelitowe, zaburzenia snu oraz obniżenie odporności. Objawy behawioralne obejmują absencję w pracy, spadek jakości wykonywanych zadań oraz wycofanie z relacji interpersonalnych.

Badania empiryczne potwierdzają, że wysoki poziom wypalenia zawodowego koreluje z obniżonym poziomem satysfakcji z życia oraz gorszymi zachowaniami zdrowotnymi, co uzasadnia analizę tych zależności w niniejszej pracy.

Wypalenie zawodowe dotyczy głównie przedstawicieli zawodów, których istotą jest praca z ludźmi, takich jak: lekarzy, pielęgniarek, ratowników i innych. Istotą profesjonalnego działania jest u nich bliska i zaangażowana interakcja z innymi, warunkuje ona powodzenie w zawodzie, sukces i rozwój (Bielan, 2011).



1.4. Klasyfikacja zachowań zdrowotnych

Zachowania zdrowotne definiowane są jako działania podejmowane przez jednostkę, które wpływają na utrzymanie lub poprawę zdrowia bądź zwiększają ryzyko jego utraty. Stanowią one istotny element stylu życia i są kształtowane zarówno przez czynniki indywidualne, jak i środowiskowe.

Zachowania zdrowotne obejmują zarówno zachowania sprzyjające zdrowiu jak i ryzykowne dla zdrowia. Zachowania ryzykowne to działania i nawyki, które zwiększają prawdopodobieństwo wystąpienia chorób somatycznych i psychicznych. Wśród najczęściej wymienianych zachowań antyzdrowotnych znajdują się palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej oraz ignorowanie zaleceń profilaktycznych.

Badania empiryczne oraz obserwacje wlane prowadzone wśród pracowników ochrony zdrowia pokazują, że wysoki poziom stresu zawodowego, deficyt czasu na odpoczynek, i funkcjonowanie w stałym napięciu sprzyja podejmowaniu zachowań ryzykownych. W okresie pandemii COVID-19 zaobserwowano nasilenie zachowań antyzdrowotnych wśród personelu medycznego, co tłumaczono ograniczonymi możliwościami regeneracji, wysokim poziomem stresu oraz brakiem czasu na dbanie o własne zdrowie. Zjawiska te mogły utrzymywać się również w okresie postpandemicznym, co stanowi istotne tło interpretacyjne dla wyników badań własnych.

1.4.1. Zachowania zdrowotne sprzyjające zdrowiu

Zachowania prozdrowotne stanowią podstawę stylu życia sprzyjającego prawidłowemu rozwojowi fizycznemu, psychicznemu i społecznemu. Obejmują one świadome działania jednostki ukierunkowane na utrzymanie lub poprawę zdrowia zarówno fizycznego jak i psychicznego oraz zapobieganie chorobom. W kontekście pracy zawodowej, a zwłaszcza zawodów medycznych, nabierają one szczególnie ważnego znaczenia, gdyż stanowią istotny czynnik chroniący przed skutkami przeciążenia stresem oraz wypalenia zawodowego. Pracownicy szeroko pojętych instytucji ochrony zdrowia, z racji wykonywanych obowiązków i kontaktu z pacjentami, powinni nie tylko promować postawy prozdrowotne wśród społeczeństwa, ale też wcielać je w życie, stając się wzorem dla innych.

Zachowania prozdrowotne są również jednym z najlepiej zidentyfikowanych i opisanych w psychologii zdrowia. Składają się na nie zarówno czynności bezpośrednio służące



somatycznemu dobrostanowi (takie jak zdrowe odżywianie czy aktywność fizyczna), jak i działania dotyczące zdrowia psychicznego np. utrzymywanie równowagi emocjonalnej, unikanie stresu i korzystanie ze wsparcia społecznego. W ujęciu całościowym są one odzwierciedleniem stylu życia człowieka, rozumianego jako wzorzec szeregu zachowań związanych z troską o własne zdrowie.

W podejściu psychologicznym zachowania prozdrowotne definiuje się jako aktywności, które zwiększają, utrzymują lub przywracają zdrowie jednostki (Sęk & Cieślak, 2011). W odróżnieniu od zachowań ryzykownych, dążą one do wzmocnienia zasobów organizmu poprzez świadomą regulację nawyków życiowych. Z. Juczyński (2012) wyróżnił cztery zasadnicze kategorie tych zachowań w opracowanym przez siebie Inwentarzu Zachowań Zdrowotnych (IZZ). Narzędzie to jest powszechnie stosowanym narzędziem badawczym w polskich badaniach nad zdrowiem psychologicznym, zostało też wykorzystane w niniejszej pracy. Kategorie zaproponowane przez Juczyńskiego (2012) to: Prawidłowe nawyki żywieniowe (obejmujące wybór zdrowych produktów, unikanie nadmiernego spożycia cukrów i tłuszczów, regularność posiłków oraz odpowiednie nawodnienie organizmu), zachowania profilaktyczne (podejmowanie działań ukierunkowanych na wczesne wykrywanie chorób i zapobieganie ich skutkom, jak też uczestnictwo w badaniach kontrolnych oraz przestrzeganie zaleceń lekarskich), pozytywne nastawienie psychiczne (odnosi się ono do utrzymywania optymizmu, redukcji napięcia emocjonalnego, konstruktywnego radzenia sobie ze stresem i budowania wsparcia społecznego), praktyki zdrowotne (codzienne czynności służące utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i psychicznej, jak sen, odpoczynek, aktywność fizyczna czy higiena osobista).

Każda z tych kategorii jest nie tylko istotna dla ogólnej kondycji zdrowotnej, ale w przypadku zawodów medycznych – pełni funkcję kompensacyjną wobec stresorów wynikających z charakteru pracy.

Zawody związane z ochroną zdrowia należą do grup o podwyższonym ryzyku przeciążenia fizycznego i psychicznego. Codzienny kontakt z chorobą, cierpieniem i śmiercią pacjentów wymaga dużej odporności emocjonalnej, natomiast praca w systemie zmianowym prowadzi do zaburzeń rytmu dobowego i trudności w regeneracji. Zachowania prozdrowotne odgrywają więc funkcję buforową wobec stresu, wspierając homeostazę organizmu i zapobiegając rozwojowi zaburzeń psychosomatycznych.

Regularna aktywność fizyczna przeciwdziała skutkom długotrwałego stresu, poprawia jakość snu oraz wzmacnia poczucie sprawczości. Dla pracowników ochrony zdrowia, zwłaszcza pielęgniarek i lekarzy, ruch może stanowić element „psychofizjologicznego resetu”,



obniżając poziom kortyzolu i napięcia mięśniowego. Z kolei prawidłowe odżywianie decyduje o zdolności koncentracji, wydolności organizmu oraz odporności immunologicznej, elementów kluczowych dla efektywnej pracy.

Nie można również pominąć znaczenia pozytywnego nastawienia psychicznego. Umiejętność utrzymywania równowagi emocjonalnej, realistycznego optymizmu i konstruktywnego myślenia o trudnościach jest szczególnie ważna w pracy zawodowej związanej z cierpieniem i odpowiedzialnością. Powszechnie uważa się, że osoby, które rozwijają u siebie ten element zachowań prozdrowotnych, rzadziej doświadczają objawów wypalenia zawodowego i częściej sięgają po strategie radzenia sobie oparte na aktywnym rozwiązywaniu problemów.

W środowisku pracy o wysokim poziomie wymagań psychologicznych zachowania prozdrowotne pełnią także funkcję ochronną wobec skutków stresu. Pozytywne nawyki umożliwiają szybsze odzyskiwanie równowagi psychofizycznej po intensywnych dyżurach, a także podnoszą odporność emocjonalną poprzez wzmacnianie poczucia autonomii i kontroli nad własnym życiem. Zachowania prozdrowotne można interpretować jako formę strategii radzenia sobie z wymagającym środowiskiem pracy. Regularna aktywność fizyczna działa jako naturalny sposób redukcji napięcia i podnosi poziom neurotransmiterów związanych z poczuciem satysfakcji, takich jak serotonina czy dopamina. Z kolei dbanie o odpowiedni sen i wypoczynek pozwala na regenerację układu nerwowego, zmniejszenie zmęczenia a przez to obniżenie ryzyka błędów zawodowych.

Dla pracowników ochrony zdrowia znaczenie zachowań prozdrowotnych wykracza poza wymiar indywidualny. Utrzymywanie zdrowia w dobrym stanie stanowi element odpowiedzialności zawodowej. Zmęczony lub wypalony personel nie jest w stanie udzielać pomocy na najwyższym poziomie, co uzasadnia włączanie kwestii zdrowia personelu do strategii zarządzania zasobami ludzkimi w ochronie zdrowia.

Pracodawcy, w tym także instytucje medyczne coraz częściej wdrażają inicjatywy mające na celu wspieranie zdrowego stylu życia wśród pracowników. Programy te obejmują elementy edukacji zdrowotnej, warsztaty zarządzania stresem, dostosowanie grafiku dyżurów do potrzeb regeneracji oraz potrzeb wynikających z życia osobistego a niejednokrotnie także zapewnienie dostępu do zdrowych posiłków w miejscu pracy. W literaturze wskazuje się również na znaczenie modelowania zachowań, jeśli liderzy i osoby z kadry kierowniczej demonstrują postawy prozdrowotne, sprzyja to większej gotowości pracowników do ich naśladowania.



Ważną ale niedocenianą rolę odgrywa także wsparcie psychologiczne. Obecność psychologa w zakładach pracy pozwala na prowadzenie działań psychoedukacyjnych i motywacyjnych, ukierunkowanych na rozwijanie kompetencji związanych z dbaniem o własne zdrowie. Działania te są zgodne z holistycznym modelem zdrowia WHO, który obejmuje równowagę zarówno fizyczną, psychiczną, jak i społeczną.

Analiza zachowań prozdrowotnych wśród pracowników ochrony zdrowia przeprowadzona na podstawie literatury, ale także na podstawie własnych obserwacji (także związanych z obserwacją podczas przeprowadzanych badań ankietowych) wskazuje, że mimo wysokiej świadomości zdrowotnej, codzienna praktyka odbiega od ideału. Głównymi barierami są przeciążenie obowiązkami służbowymi, deficyt czasu, system zmianowy i niedostateczna kultura organizacyjna promująca zdrowie.

Zachowania prozdrowotne są integralnym elementem stylu życia sprzyjającego zdrowiu. W środowisku zawodów medycznych pełnią funkcje ochronne, prewencyjne i modelujące. Dbanie o zdrowie własne personelu medycznego powinno być traktowane jako element profesjonalizmu zawodowego i etyki pracy w zawodach związanych z ochroną zdrowia.

1.4.2. Zachowania ryzykowne dla zdrowia

Zachowania ryzykowne dla zdrowia obejmują wszelkie postawy, nawyki i działania, które prowadzą do pogorszenia ogólnego stanu zdrowia, zwiększają ryzyko wystąpienia chorób somatycznych i psychicznych oraz obniżają jakość życia. W literaturze przedmiotu podkreśla się, że są to zarówno świadome wybory, jak i utrwalone wzorce zachowań, które z czasem stają się trudne do modyfikacji. Do najczęściej wymienianych zachowań antyzdrowotnych należą: palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie substancji psychoaktywnych, niewłaściwa dieta, brak aktywności fizycznej, chroniczne niedosypianie oraz pomijanie badań profilaktycznych (Juczyński, 2012; Sęk & Cieślak, 2011).

W przypadku pracowników ochrony zdrowia problem zachowań ryzykownych ma szczególne znaczenie, ponieważ dotyczy grupy zawodowej odgrywającej kluczową rolę w promowaniu zdrowia i profilaktyce chorób. Paradoksalnie, osoby wykonujące profesje medyczne – lekarze, pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni czy fizjoterapeuci – same często zmagają się z trudnościami w utrzymaniu zdrowego stylu życia. Wynika to ze specyfiki pracy, która wiąże się z dużym obciążeniem emocjonalnym, odpowiedzialnością, dyżurami nocnymi, brakiem regularności dnia oraz ograniczonym czasem na odpoczynek. Z tych powodów zachowania ryzykowne mogą stanowić formę nieadaptacyjnego radzenia sobie ze stresem zawodowym.



Zachowania ryzykowne wśród przedstawicieli zawodów medycznych mają wieloczynnikowe podłoże. Obok indywidualnych predyspozycji psychologicznych, takich jak niska odporność na stres, impulsywność czy tendencja do unikania problemów, istotną rolę odgrywają czynniki organizacyjne i środowiskowe. Do najczęściej wymienianych należą: przeciążenie obowiązkami, brak wsparcia w miejscu pracy, konflikty interpersonalne, niewystarczające wynagrodzenie, a także poczucie braku kontroli nad wykonywanymi zadaniami (Bąk-Sosnowska, 2019).

W modelu psychospołecznym zdrowia zachowania ryzykowne traktowane są jako sposób redukcji napięcia emocjonalnego. Pracownicy ochrony zdrowia, którzy stale funkcjonują w warunkach presji i obciążenia emocjonalnego, mogą sięgać po strategie dające chwilową ulgę, takie jak palenie papierosów, picie alkoholu czy kompulsywne objadanie się. Choć działania te przynoszą krótkotrwałe poczucie odprężenia, w dłuższej perspektywie utrwalają niekorzystne wzorce behawioralne prowadzące do zaburzeń zdrowotnych.

Z kolei z perspektywy teorii zachowań zdrowotnych (Ajzen, 1991) istotne znaczenie mają czynniki poznawcze – przekonania o własnej skuteczności, poczucie kontroli nad zdrowiem i subiektywna ocena ryzyka. Pracownicy medyczni, mimo wysokiego poziomu wiedzy o skutkach zachowań zdrowotnych, często nie przekładają tej wiedzy na praktykę. Zjawisko to tłumaczy tzw. „deficyt wdrożeniowy” pomiędzy świadomością a działaniem. Wiedza o zdrowiu nie chroni przed zachowaniami ryzykownymi, jeśli nie towarzyszy jej silna motywacja wewnętrzna i wsparcie środowiska pracy.

W wielu badaniach potwierdzono, że palenie tytoniu jest jednym z najczęstszych zachowań ryzykownych wśród personelu medycznego, mimo szerokiej wiedzy o jego konsekwencjach zdrowotnych. W Polsce odsetek palących w grupie pielęgniarek i ratowników medycznych nadal przekracza średnią krajową (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – PZH, 2021). Palenie często pełni funkcję „szybkiego regulatora napięcia”, umożliwiając chwilowe odreagowanie stresu podczas dyżurów. Podobną funkcję może pełnić nadużywanie alkoholu, które – choć społecznie mniej akceptowane w środowisku medycznym – występuje jako forma samoleczenia lub odreagowania przewlekłego zmęczenia.

Zawody medyczne cechują się nieregularnym trybem pracy, który nie sprzyja zdrowemu odżywianiu. Długie dyżury, brak przerw, niemożność spożycia pełnowartościowych posiłków prowadzą do sięgania po wysoko przetworzoną żywność i napoje energetyczne. Powstaje w ten sposób błędne koło – szybkie źródła energii zwiększają chwilową wydolność, lecz w dłuższym okresie przyczyniają się do zmęczenia, problemów z koncentracją i zaburzeń metabolicznych (Sęk & Cieślak, 2011).



Brak aktywności fizycznej jest kolejnym istotnym problemem. Wiele pracowników ochrony zdrowia, szczególnie pielęgniarki i lekarze, deklaruje niską częstotliwość ćwiczeń lub całkowity brak uczestnictwa w rekreacji fizycznej. Pomimo świadomości korzyści zdrowotnych, brakuje im czasu, energii oraz przestrzeni organizacyjnej do włączenia ruchu w codzienny plan dnia.

Praca zmianowa jest jednym z głównych czynników dezorganizujących rytm biologiczny organizmu. Liczne badania dowodzą, że niedobór snu prowadzi do zaburzeń układu odpornościowego, zwiększonego ryzyka otyłości, problemów kardiologicznych oraz depresji (Foster & Wulff, 2005). Personel medyczny często nie ma możliwości regeneracji po długich dyżurach, co skutkuje spadkiem odporności psychicznej i zwiększoną podatnością na zachowania antyzdrowotne.

Pandemia COVID-19 jeszcze silniej unaoczniała problem zachowań ryzykownych w środowisku zawodów medycznych. W tym okresie znacznie wzrósł poziom stresu, lęku i przeciążenia emocjonalnego. W wielu krajach odnotowano zwiększone spożycie alkoholu, wzrost liczby palaczy oraz pogorszenie nawyków żywieniowych wśród personelu ochrony zdrowia (de Girolamo i in., 2021; WHO, 2020). Brak możliwości odpoczynku, izolacja społeczna, wysokie tempo pracy i poczucie beznadziei doprowadziły do zwiększonego używania substancji psychoaktywnych jako sposobu na redukcję napięcia emocjonalnego. Jednocześnie ograniczono dostęp do aktywności fizycznej i programów wsparcia psychologicznego, co sprzyjało utrwalaniu niekorzystnych wzorców. Nawet po ustaniu ostrej fazy pandemii wiele z tych zachowań utrzymało się, stanowiąc poważne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej w kontekście zdrowia pracowników. Długotrwałe utrzymywanie się zachowań ryzykownych prowadzi do wielu konsekwencji zdrowotnych. W wymiarze fizycznym obejmują one choroby sercowo-naczyniowe, zaburzenia metaboliczne, nadciśnienie, otyłość oraz osłabienie odporności immunologicznej. W sferze psychicznej skutkują zwiększoną częstością występowania zaburzeń lękowych, depresyjnych i somatyzacyjnych (Maslach & Leiter, 2016). Jednocześnie zachowania ryzykowne wpływają negatywnie na jakość wykonywanej pracy. Przemęczenie, brak snu i skutki używania substancji psychoaktywnych obniżają koncentrację, zwiększają ryzyko błędów medycznych i redukują empatię w relacjach z pacjentami. W konsekwencji pogarsza się zarówno dobrostan pracowników, jak i jakość opieki zdrowotnej. W profilaktyce zachowań ryzykownych kluczową rolę odgrywa psycholog zdrowia oraz zespoły zajmujące się promocją zdrowia w miejscu pracy. Działania profilaktyczne powinny obejmować zarówno edukację zdrowotną, jak



i tworzenie warunków organizacyjnych sprzyjających zdrowemu stylowi życia. Wśród skutecznych strategii wymienia się:

- wdrażanie programów wsparcia psychologicznego i superwizji dla personelu medycznego,
- popularyzację elastycznych form odpoczynku, takich jak trening relaksacyjny czy mindfulness,
- tworzenie stref regeneracji w szpitalach i przychodniach,
- zapewnienie dostępu do zdrowych posiłków w czasie dyżurów,
- promowanie aktywności fizycznej poprzez organizację zajęć sportowych lub programów motywacyjnych.

Działania te wspierają kształtowanie prozdrowotnych nawyków i umożliwiają redukcję stresu w sposób konstruktywny, zamiast sięgania po destruktcyjne formy adaptacji. Zachowania ryzykowne dla zdrowia wśród pracowników ochrony zdrowia są zjawiskiem złożonym i wielowymiarowym. Wynikają z przeciążenia obowiązkami, stresu oraz ograniczonych możliwości regeneracji psychofizycznej. Paradoksalnie, osoby najbardziej zaangażowane w pomoc pacjentom często zaniedbują własne zdrowie, co prowadzi do błędnego koła obniżonego dobrostanu i spadku efektywności zawodowej. Aby skutecznie przeciwdziałać temu zjawisku, konieczne jest łączenie działań indywidualnych, instytucjonalnych i systemowych. Promocja zdrowia w środowisku ochrony zdrowia powinna być integralną częścią polityki kadrowej, a dbanie o zdrowie pracowników traktowane jako inwestycja w jakość całego systemu opieki zdrowotnej.

1.5. Rola psychologa w profilaktyce zespołu wypalenia zawodowego i propagowaniu zachowań zdrowotnych

Zawody medyczne należą do grup szczególnie narażonych na chroniczny stres zawodowy i ryzyko wypalenia. Stały kontakt z cierpieniem pacjentów, wysokie wymagania emocjonalne, presja czasu, a także ograniczone zasoby instytucjonalne i personalne, tworzą środowisko pracy, które sprzyja rozwojowi syndromu wypalenia zawodowego. W tym kontekście kluczową rolę odgrywa psycholog — zarówno jako specjalista wspierający jednostki i zespoły medyczne, jak i jako ekspert wprowadzający działania profilaktyczne oraz promujący zachowania prozdrowotne. Nadal w Polsce psychologowie pracujący w placówkach ochrony zdrowia szczególnie tych mniejszych nie są standardem. Ich pomocna względem pracowników personelu medycznego rola w kontekście wypalenia zawodowego jest bardzo



ważna, zwłaszcza w szpitalach, poradniach i placówkach opieki długoterminowej. Ich zadaniem jest nie tylko diagnoza poziomu stresu i zagrożenia wypaleniem, lecz także inicjowanie i prowadzenie programów psychoedukacyjnych, interwencji kryzysowych oraz długoterminowych działań wspierających zdrowie psychiczne i dobrostan pracowników.

Wypalenie zawodowe w kontekście zawodów medycznych przyjmuje specyficzny obraz wynikający z natury pracy w ochronie zdrowia. Obejmuje ono trzy wymiary: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizację (objawiającą się dystansem wobec pacjentów) oraz obniżone poczucie własnych kompetencji. Badania wykazują, że lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni i psycholodzy kliniczni należą do grup o najwyższym poziomie ryzyka wystąpienia tego syndromu (Maslach i Leiter, 2016).

Psycholog w systemie ochrony zdrowia pełni rolę diagnosty, doradcy, a także koordynatora działań profilaktycznych. W praktyce oznacza to prowadzenie badań przesiewowych wśród pracowników pod kątem objawów wypalenia, obserwację zachowań wskazujących na przeciążenie emocjonalne oraz tworzenie bezpiecznej przestrzeni do rozmów o trudnościach zawodowych. Diagnoza wypalenia nie powinna ograniczać się do oceny jednostki, lecz obejmować analizę środowiska pracy, stylu zarządzania, norm organizacyjnych i systemów wsparcia. Podstawowym elementem profilaktyki jest systematyczne monitorowanie poziomu stresu zawodowego i objawów wypalenia. Psycholog może wdrażać programy oceny ryzyka psychospołecznego, wykorzystywać narzędzia kwestionariuszowe i wywiady jakościowe, które pozwalają identyfikować pierwsze sygnały przeciążenia. Regularna ocena dobrostanu umożliwia podejmowanie działań naprawczych zanim dojdzie do trwałego uszczerbku zdrowia psychicznego.

Psychoedukacja pełni także niezwykle istotną rolę w budowaniu świadomości na temat stresu i jego konsekwencji. Szkolenia prowadzone przez psychologa mogą obejmować tematykę zarządzania stresem, technik relaksacyjnych, komunikacji interpersonalnej czy asertywności. Ważnym elementem jest także uczenie strategii radzenia sobie z emocjami w sytuacjach trudnych klinicznie, np. w kontaktach z pacjentami w stanie terminalnym czy rodzinami po stracie.

Z punktu widzenia prewencji wypalenia kluczowe są również warsztaty rozwijające kompetencje emocjonalne i odporność psychiczną. Badania wskazują, że osoby charakteryzujące się wyższym poziomem elastyczności psychologicznej i zdolnością do samoświadomości emocjonalnej lepiej radzą sobie z wymaganiami zawodowymi w sektorze medycznym (Sonnentag i Fritz, 2015).



W przypadku wystąpienia objawów wypalenia zawodowego lub poważnego stresu psycholog pełni funkcję bezpośredniego wsparcia terapeutycznego. Może oferować konsultacje indywidualne, interwencje kryzysowe, a także kierować pracowników do specjalistycznej pomocy psychiatrycznej lub psychoterapeutycznej. Ważne jest, by pomoc ta była dostępna, nieoceniająca i anonimizowana, co zwiększa zaufanie pracowników i gotowość do skorzystania z niej.

Psycholog w środowisku pracy pełni także funkcję promotora zdrowia. Promocja zachowań prozdrowotnych obejmuje działania na trzech poziomach: indywidualnym, zespołowym i organizacyjnym. Na poziomie indywidualnym psycholog koncentruje się na wspieraniu pracowników w rozwijaniu zdrowych nawyków — dotyczących snu, odżywiania, aktywności fizycznej i równowagi między życiem zawodowym a prywatnym. Zmiana stylu życia może znacząco obniżyć ryzyko wypalenia poprzez redukcję stresu somatycznego i psychicznego.

Na poziomie zespołowym psycholog wspiera proces budowania bezpieczeństwa psychologicznego w grupie, poprawy komunikacji i współpracy interpersonalnej. Wysoki poziom zaufania i wsparcia w zespole medycznym sprzyja redukcji napięć oraz zwiększa poczucie wspólnego celu. Psycholog może tu pełnić rolę moderatora spotkań integracyjnych, superwizora zespołu terapeutycznego czy konsultanta ds. relacji interpersonalnych.

Na poziomie organizacyjnym psycholog uczestniczy w projektowaniu kultury organizacyjnej sprzyjającej zdrowiu psychicznemu. Obejmuje to doradztwo w zakresie polityki prozdrowotnej, dostosowanie norm pracy do możliwości psychofizycznych personelu oraz promowanie równowagi między efektywnością a dobrostanem.

Okres pandemii COVID 19 jeszcze bardziej unaocnił, jak istotne znaczenie ma psychologiczne wsparcie w ochronie zdrowia. W tym czasie personel medyczny doświadczał ekstremalnych warunków pracy: przeciążenia, lęku, niepewności, a często również stygmatyzacji społecznej. Wzrosła liczba przypadków depresji, zaburzeń lękowych i objawów zespołu stresu pourazowego wśród pracowników ochrony zdrowia (de Girolamo i in., 2021). Długofalowym efektem pandemii było zwiększenie świadomości potrzeby systemowego podejścia do zdrowia psychicznego pracowników służby zdrowia. Pojawiły się rozwiązania w postaci centrów wsparcia psychologicznego, programów wellbeingowych oraz szkoleń z zakresu zdrowia psychicznego dla kadry kierowniczej.

Profilaktyka wypalenia zawodowego wymaga wzmacniania zasobów osobistych i społecznych – takich jak poczucie sensu pracy, autonomia decyzyjna, umiejętność samoregulacji emocjonalnej i dostęp do wsparcia społecznego. Psycholog, stosując podejście



oparte na modelu salutogenicznym (Antonovsky, 1995), koncentruje się na budowaniu poczucia koherencji, czyli przekonania o zrozumiałości, sensowności i możliwości zarządzania sytuacjami stresowymi. Zasoby społeczne, takie jak wsparcie przełożonych i współpracowników, są kluczowe dla utrzymania zdrowia psychicznego personelu medycznego. Psycholog może wspierać rozwój tych zasobów poprzez wprowadzenie regularnych spotkań zespołowych, superwizje oraz politykę otwartej komunikacji wewnątrz organizacji.

Rola psychologa w profilaktyce wypalenia zawodowego i promocji zdrowia wśród pracowników ochrony zdrowia ma wymiar strategiczny. Obejmuje ona działania diagnostyczne, edukacyjne, terapeutyczne oraz organizacyjne. Poprzez wdrażanie programów opartych na dowodach naukowych, psycholog przyczynia się do poprawy dobrostanu pracowników, podniesienia jakości opieki nad pacjentem oraz wzmocnienia całego systemu ochrony zdrowia.

Doświadczenia pandemii COVID-19 uwiaryściły, że troska o zdrowie psychiczne personelu medycznego musi być integralną częścią polityki zdrowotnej. Kluczowe znaczenie mają tu działania długofalowe i systemowe, które wykraczają poza doraźne interwencje kryzysowe. Psycholog – jako specjalista ds. zdrowia psychicznego powinien stać się nieodzownym ogniwem każdego zespołu medycznego, a jego rola w profilaktyce wypalenia zawodowego i promocji zachowań prozdrowotnych ma wymiar nie tylko indywidualny, ale także organizacyjny i społeczny.



ROZDZIAŁ 2. Metodologia badań własnych

2.1. Cel pracy, pytania badawcze i hipotezy

Celem głównym niniejszej pracy była analiza związku pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a zachowaniami zdrowotnymi w grupie pracowników ochrony zdrowia. Uwzględniono również rolę wybranych zmiennych socjodemograficznych w kształtowaniu zarówno wypalenia zawodowego, jak i zachowań zdrowotnych.

W celu realizacji celu głównego sformułowano następujące pytania badawcze:

1. Jaki jest poziom wypalenia zawodowego pracowników medycznych w wymiarze ogólnym i w podwymiarach?
2. Jak kształtują się zachowania zdrowotne u respondentów?
3. Czy nasilenie wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia zależy od danych socjodemograficznych (płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie, miejsce zamieszkania)?
4. Czy zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia zależą od danych socjodemograficznych i związanych z wykonywaną pracą?
5. Czy istnieje związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a zachowaniami zdrowotnymi pracowników ochrony zdrowia?
6. Czy istnieje związek między wypaleniem zawodowym a wybranymi czynnikami związanymi z wykonywaniem pracy w ochronie zdrowia?

Na podstawie przeglądu literatury przedmiotu oraz założeń teoretycznych sformułowano następujące hipotezy badawcze:

Hipoteza 1: Czynniki socjodemograficzne pracowników ochrony zdrowia mają wpływ na ich wypalenie zawodowe.

Hipoteza 2: Czynniki socjodemograficzne pracowników ochrony zdrowia mają wpływ na ich zachowania zdrowotne.

Hipoteza 3: Wypalenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia koreluje z ich zachowaniami zdrowotnymi.

Hipoteza 4: Czynniki związane z wykonywaniem pracy w ochronie zdrowia mają wpływ na nasilenie wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia.



2.2. Materiał i metody badań

Badania miały charakter ilościowy i zostały przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem techniki ankiety. Narzędziem badawczym był zestaw standaryzowanych kwestionariuszy psychologicznych oraz autorska ankieta socjodemograficzna. Badanie ankietowe rozpoczęto w końcu 2024 roku i kontynuowano w 2025 roku, w okresie postpandemicznym, co miało istotne znaczenie dla interpretacji wyników, zwłaszcza w kontekście długofalowych skutków pandemii COVID-19 dla zdrowia psychicznego pracowników ochrony zdrowia.

W przeprowadzonej analizie zebranego materiału zastosowano metody analizy ankiet oraz weryfikacji hipotez podczas której zastosowano następujące testy:

- Test t-Studenta do porównania dwóch grup niezależnych.
- Pojedynczą analizę wariancji (ANOVA) do porównania więcej niż 3 grup niezależnych.
- Korelację liniową Pearsona.

Uzyskane wyniki przedstawiono w tabelach zawierających licznosci i częstości występowania lub parametry rozkładu takie jak średnia arytmetyczna, odchylenie standardowe, mediana oraz wartości minimalne i maksymalne. W przypadku stwierdzenia istotności statystycznej wyniki obrazowano wykresami słupkowymi lub punktowymi.

Za statystycznie istotne przyjmowano wyniki dla których istotności p był równy lub większy od 0,050 ($p \leq 0,050$).

Obliczenia wykonano pakietem statystycznym Statistica 13.

Pomiar nasilenia wypalenia zawodowego:

Opis narzędzia:

Kwestionariusz do badania wypalenia zawodowego MBI Maslach i Jackson składa się z 22 pozycji i mierzy trzy składniki zespołu wypalenia zawodowego, tj. emocjonalne wyczerpanie (9 pozycji testowych = 1,2,3,6,8,13,14,16,20), depersonalizację (5 pozycji=5,10,11,15,22) oraz obniżone poczucie osiągnięć osobistych (8 pozycji=4,7,9,12,17,18,19,21). Odpowiedzi udziela się na skali 7-stopniowej (0-6), której kolejne punkty odnoszą się do częstości, z jaką pojawiają się te odczucia (Pasitkowski 2009).

Interpretacja narzędzia:

(EE) pytania odnoszą się do wyczerpania emocjonalnego (uczucie wyczerpania emocjonalnego):

- wysokie (> 27)



- umiarkowane (17–26)
- niskie (0–16)

(DP) pytania dotyczą zespołu objawów związanych z depersonalizacją:

- wysoka (> 12)
- umiarkowana (7–12)
- niska (0–6)

(AP) pytania dotyczą satysfakcji zawodowej:

- wysokie (0–31)
- umiarkowane (32–38)
- niskie (> 39)

2.2.1. Charakterystyka narzędzi badawczych

W badaniach wykorzystano standaryzowane narzędzia psychologiczne o potwierdzonej rzetelności i trafności, szeroko stosowane w badaniach nad zdrowiem psychicznym oraz stylem życia osób dorosłych. Dobór narzędzi był podyktowany celami pracy oraz możliwością porównania uzyskanych wyników z rezultatami innych badań prowadzonych w populacji pracowników ochrony zdrowia.

Maslach Burnout Inventory (MBI) autorstwa Christiny Maslach i Susan E. Jackson jest jednym z najczęściej stosowanych kwestionariuszy do pomiaru wypalenia zawodowego. Narzędzie to zostało opracowane z myślą o zawodach pomocowych i znajduje szerokie zastosowanie w badaniach personelu medycznego, pielęgniarek, lekarzy oraz innych grup zawodowych pracujących z ludźmi.

Kwestionariusz MBI składa się z 22 twierdzeń, które oceniane są przez respondentów na siedmiostopniowej skali częstotliwości, od 0 – „nigdy” do 6 – „codziennie”. Pozycje kwestionariusza odnoszą się do subiektywnie doświadczanych stanów emocjonalnych i postaw związanych z wykonywaną pracą zawodową. Określają one stan psychofizyczny badanej osoby w odniesieniu do biologicznych wyznaczników odczuwanego stresu.

MBI umożliwia uzyskanie wyników w trzech podstawowych wymiarach wypalenia zawodowego:

- **Wyczerpanie emocjonalne (Emotional Exhaustion, EE)** – obejmuje 9 pozycji i odnosi się do poczucia nadmiernego obciążenia emocjonalnego, zmęczenia psychicznego oraz braku energii do wykonywania pracy;

- **Depersonalizacja (Depersonalization, DEP)** – składa się z 5 pozycji i dotyczy występowania zdystansowanej, cynicznej lub obojętnej postawy wobec pacjentów i współpracowników;
- **Obniżone poczucie dokonań osobistych (Personal Accomplishment, PA)** – obejmuje 8 pozycji i odnosi się do subiektywnej oceny własnej skuteczności, kompetencji oraz satysfakcji z wykonywanej pracy.

Pozycje testowe w dla podskal wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji sformułowane zostały negatywnie natomiast w podskali obniżonego poczucia osiągnięć zawodowych pozytywnie. Wyniki obliczane są oddzielnie w każdej podskali. Średnia wartość maksymalna, która jest możliwa do osiągnięcia zgodnie z kluczem dla podskami wyczerpania emocjonalnego wynosi 54, dla depersonalizacji 30, natomiast dla osiągnięć zawodowych 48.

Wysokie wyniki w skalach wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji oraz niskie wyniki w skali poczucia dokonań osobistych wskazują na wysoki poziom wypalenia zawodowego. Polska adaptacja narzędzia charakteryzuje się dobrą rzetelnością, a współczynniki alfa Cronbacha dla poszczególnych skal mieszczą się w przedziale od 0,70 do 0,90, co potwierdza jego wysoką spójność wewnętrzną.

Drugim zastosowanym narzędziem był **Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ)** w polskiej adaptacji Zygryda Juczyńskiego, przeznaczony do oceny zachowań sprzyjających zdrowiu u osób dorosłych. Kwestionariusz ten jest powszechnie wykorzystywany w badaniach z zakresu psychologii zdrowia, promocji zdrowia oraz medycyny psychosomatycznej. Jest to wystandaryzowany kwestionariusz samoopisowy, opracowany w celu badania ogólnego stylu życia pod kątem zachowań sprzyjających zdrowiu. Narzędzie to, dzięki swojej uniwersalności, prostocie oraz wysokim właściwościom psychometrycznym, znalazło szerokie zastosowanie zarówno w populacji ogólnej, jak i w badaniach grup zawodowych w tym wśród pracowników ochrony zdrowia, pedagogów, nauczycieli, sportowców czy pacjentów przewlekle chorych. Dzięki IZZ możliwa jest nie tylko ocena deklarowanych nawyków zdrowotnych, lecz także analiza zależności między stylem życia a czynnikami psychospołecznymi, takimi jak stres, poczucie koherencji, wsparcie społeczne czy poziom wypalenia zawodowego. Koncepcja Inwentarza Zachowań Zdrowotnych opiera się na założeniu, że zdrowie człowieka jest dynamicznym rezultatem interakcji między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Zgodnie z podejściem biopsychospołecznym, zachowania prozdrowotne nie ograniczają się do fizycznych działań, ale obejmują także sferę emocjonalną oraz poznawczą – określając, w jaki sposób jednostka postrzega i reaguje na czynniki stresowe. W modelu teoretycznym przyjętym przez Juczyńskiego, zachowania zdrowotne rozpatrywane są jako



efekt zarówno wiedzy zdrowotnej, jak i motywacji do dbania o zdrowie. Pomiar takich zachowań pozwala na uchwycenie szerokiego spektrum działań – od codziennych nawyków po złożone postawy wobec zdrowia i choroby. IZZ nie koncentruje się wyłącznie na braku zachowań ryzykownych, lecz na aktywnym podejmowaniu działań służących zdrowiu.

Z punktu widzenia psychologicznego, mierzone kategorie zachowań są spójne z założeniami salutogenezy (Antonovsky, 1995), która zakłada, że zachowania prozdrowotne wynikają z posiadania odpowiednich zasobów, zarówno wewnętrznych (np. odporność psychiczna, poczucie sensu życia), jak i zewnętrznych (np. wsparcie społeczne, dobre warunki pracy).

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych składa się z 24 pozycji testowych opisujących różne formy zachowań sprzyjających zdrowiu. Każda pozycja oceniana jest przez osobę badaną na pięciostopniowej skali, określającej, jak często wykonuje ona dane działanie (od „prawie nigdy” do „prawie zawsze”). Wyniki umożliwiają obliczenie czterech skal szczegółowych oraz ogólnego wskaźnika zachowań prozdrowotnych.

Pierwszą kategorią są prawidłowe nawyki żywieniowe, obejmuje ona aspekty dotyczące jakości i regularności spożywania posiłków, wyboru produktów o wysokiej wartości odżywczej, unikania nadmiaru cukrów i tłuszczów nasyconych, a także dbania o prawidłowe nawodnienie organizmu. W kontekście zawodów medycznych, gdzie często występuje nieregularny harmonogram pracy, ten obszar odgrywa szczególną rolę.

Kolejną kategorię stanowią zachowania profilaktyczne. Oceniają one stopień zaangażowania w działania prewencyjne, takie jak wykonywanie badań okresowych, szczepień, kontrolowanie stanu zdrowia oraz reagowanie na pierwsze objawy choroby. Dla personelu medycznego kategoria ta jest kluczowa, ponieważ stanowi bezpośredni wyznacznik odpowiedzialności wobec siebie i pacjentów.

Trzecia kategoria to pozytywne nastawienie psychiczne, dotyczy ona emocjonalnych i poznawczych aspektów troski o zdrowie, obejmujących utrzymywanie optymizmu, redukcję napięcia emocjonalnego, umiejętność relaksacji i konstruktywne radzenie sobie ze stresem. U osób pracujących w sektorze ochrony zdrowia komponent ten odgrywa szczególną rolę, gdyż wysoki poziom obciążenia emocjonalnego wymaga umiejętności samoregulacji i zachowania równowagi psychicznej.

Praktyki zdrowotne stanowią ostatnią ocenianą kategorię zachowań wpływających na zdrowie. Odnosi się ona do codziennych czynności wpływających na dobrostan, takich jak odpowiednia długość snu, wypoczynek, aktywność fizyczna czy utrzymywanie higieny



osobistej. To kategoria szeroka, która integruje zarówno elementy fizjologiczne, jak i behawioralne.

Wynik ogólny w inwentarzu jest sumą ocen ze wszystkich czterech kategorii i stanowi globalny wskaźnik zachowań sprzyjających zdrowiu. Im wyższy wynik, tym bardziej pozytywny z perspektywy działań prozdrowotnych jest styl życia badanej osoby.

Inwentarz Zachowań Zdrowotnych cechuje się wysoką rzetelnością i trafnością psychometryczną, co potwierdzono w licznych badaniach. Wskaźniki spójności wewnętrznej (alfa Cronbacha) dla poszczególnych skal osiągają wartości powyżej 0,80, co świadczy o stabilności pomiaru. Narzędzie zostało wystandaryzowane na reprezentatywnych próbach populacji dorosłych w Polsce, a wyniki są interpretowane za pomocą stena (9-stopniowej skali normalizacyjnej). Wysoka trafność teoretyczna IZZ potwierdzana była w badaniach korelacyjnych, wykazano, że wyniki uzyskane w inwentarzu dodatnio wiążą się z takimi zmiennymi, jak poczucie koherencji, dobrostan psychiczny i poziom satysfakcji z życia, a negatywnie z zachowaniami ryzykownymi, wypaleniem zawodowym czy lękiem związanym z pracą. Standaryzacja IZZ umożliwia jego zastosowanie w różnych środowiskach zawodowych, niezależnie od wieku, płci czy wykształcenia. Dzięki prostocie administracji test może być wykorzystywany zarówno w badaniach indywidualnych, jak i grupowych, także w formie anonimowej ankiety. W zawodach medycznych IZZ jest szczególnie użytecznym narzędziem diagnostycznym. Pracownicy ochrony zdrowia należą do grup o wysokim poziomie stresu zawodowego, dlatego często bada się u nich zależność między stylem życia a stanem psychicznym. Analiza wyników Inwentarza pozwala określić, które aspekty zdrowego stylu życia są rozwinięte w największym stopniu, a które wymagają wsparcia. Wyniki uzyskiwane dzięki IZZ umożliwiają tworzenie programów interwencji prozdrowotnych, warsztatów psychoedukacyjnych oraz szkoleń dla personelu medycznego. Narzędzie to pomaga także w ocenie efektywności działań profilaktycznych realizowanych w placówkach ochrony zdrowia, np. programów wspierających zdrowie psychofizyczne pracowników.

W kontekście analizy wypalenia zawodowego IZZ pozwala ocenić, czy niski poziom zachowań prozdrowotnych stanowi czynnik ryzyka dla wystąpienia tego syndromu. Regularne monitorowanie zachowań zdrowotnych za pomocą tego narzędzia może zatem pełnić funkcję zarówno diagnostyczną, jak i prewencyjną. Interpretacja wyników IZZ pozwala zrozumieć, w jakim stopniu dana osoba podejmuje działania sprzyjające zdrowiu oraz które obszary wymagają rozwoju. W praktyce psychologicznej albo menedżerskiej, narzędzie to stanowić może cenne źródło informacji dla planowania interwencji indywidualnych i zespołowych. W odniesieniu do pracowników sektora ochrony zdrowia, wysoki poziom ogólnego wyniku



można interpretować jako wskaźnik zrównoważonego stylu życia i dobrej adaptacji zawodowej. Niskie wyniki, zwłaszcza w kategoriach praktyk zdrowotnych i pozytywnego nastawienia psychicznego mogą sygnalizować ryzyko przemęczenia, obniżonej odporności psychicznej i potrzeby wprowadzenia działań wspierających. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych autorstwa Z. Juczyńskiego jest jednym z najbardziej kompleksowych i rzetelnych narzędzi służących do oceny stylu życia w wymiarze zdrowotnym. Wyróżnia się przejrzystą strukturą, trafnym doбором obszarów pomiarowych oraz możliwością szerokiego zastosowania zarówno w badaniach naukowych, jak i praktyce psychologicznej i zdrowotnej.

Istotnym uzupełnieniem zestawu narzędzi była **autorska ankieta socjodemograficzna**. Zawierała ona pytania dotyczące płci (do wyboru kobieta lub mężczyzna), wieku (respondenci określali przedział właściwy dla siebie, cztery możliwości), stanu cywilnego (do wyboru cztery możliwości), wykonywanego zawodu (respondenci mieli do wyboru spośród trzech najbardziej popularnych zawodów lub inny), poziomu wykształcenia (trzy możliwości), miejsca zamieszkania (wieś lub miasto), miejsca pracy (uwzględniono 5 najczęściej występujących oraz inne), grupy wiekowej pacjentów z jaką pracuje respondent oraz poczucia zadowolenia ze swoich zarobków.

Wykorzystaną do przeprowadzenia badań ankietę w formie w jakiej była udostępniana respondentom umieszczono jako aneks do niniejszej pracy.

2.2.2. Procedura badawcza

Badanie miało charakter anonimowy i dobrowolny. Respondenci zostali poinformowani o celu badania, zasadach anonimowości oraz możliwości rezygnacji z udziału na każdym etapie. Zbieranie danych odbywało się w formie papierowej. Ankiety były przekazywane osobiście lub udostępnione pracownikom przez przełożonych, w sytuacji, gdy ankiety przekazywane były w miejscu pracy wcześniej uzyskano zgodę osób zarządzających. Każda Ankieta zawierała informację z opisem zastosowanych narzędzi. Niektóre ankiety zostały zwrócone bez wypełnienia lub jedynie z szątkowymi danymi – ankiet niewypełnionych albo wypełnionych jedynie w części nie brano pod uwagę. Wydano 400 ankiet. Badanie przeprowadzono wśród pracowników instytucji zlokalizowanych w Województwie Małopolskim, głównie w Powiecie Nowosądeckim i w mieście Nowym Sączu. Najwięcej ankiet rozdano w Nowym Sączu (między innymi: przychodnia Batorego, domy pomocy społecznej, pracownicy Szpitala, Centrum Zygmunowska Clinic, ośrodki rehabilitacyjne) oraz ośrodkach sanatoryjnych w Krynicy Zdroju.



Uznać należy, że wszyscy uczestnicy, którzy wypełnili ankietę wyrazili świadomą zgodę na udział w badaniu. Badanie przeprowadzono zgodnie z zasadami etyki badań naukowych.

2.3. Charakterystyka badanej grupy

Badaniem objęto 227 pracowników ochrony zdrowia, w tym 146 kobiet (64,3%) oraz 81 mężczyzn (35,7%). Najliczniejsze grupy wiekowe stanowiły osoby w wieku 31–40 lat (37,4%) oraz 41–50 lat (33,3%).

Osoby pozostające w związku małżeńskim stanowiły 44,9% badanych, natomiast panny i kawalerowie – 42,3%. Pozostałą grupę stanowili respondenci będący po rozwodzie lub owdowiali.

Wykształcenie średnie posiadała połowa badanych. Wykształcenie wyższe licencjackie deklarowało 30,4% respondentów, natomiast wykształcenie wyższe magisterskie – 18,5% badanej grupy.

Miejsce zamieszkania respondentów rozkładało się w sposób symetryczny: 52,4% badanych mieszkało w mieście, natomiast 47,6% na wsi.

Przeprowadzona charakterystyka badanej grupy stanowi podstawę do dalszych analiz statystycznych zaprezentowanych w Rozdziale 3.



Rozdział 3

3.1. Wyniki

Zgromadzony materiał w postaci ankiet poddano analizie mającej na celu otrzymanie odpowiedzi na postawione pytania badawcze oraz weryfikację hipotez badawczych. Wyniki ankiet zostały wprowadzone do arkuszy kalkulacyjnych a ankiety zarchiwizowane.

3.1.1 Statystyki opisowe

Badaniu poddano 227 pracowników ochrony zdrowia w tym 146 (64,3%) kobiet i 81 (35,7%) mężczyzn. Najliczniejsze grupy wiekowe w badanym materiale to osoby w wieku 31-40 lat (37,4%) i 41-50 lat (3,3%). Osoby pozostające w związku małżeńskim stanowiły 44,9% a grupa panien lub kawalerów stanowiła 42,3% badanego materiału. Co drugi badany pracownik ochrony zdrowia miał wykształcenie średnie. Wykształcenie wyższe licencjackie posiadało 30,4% ogółu badanych, a wykształcenie wyższe magisterskie posiadało 18,5% badanych. Miejsce zamieszkania miasto lub wieś rozłożyło się w miarę symetrycznie. Na wsi mieszkało 47,6% a w mieście mieszkało 52,4% badanych (Tabela 1).



Tabela 1. Opis badanych pracowników ochrony zdrowia w aspekcie socjodemograficznym

Parametr	Liczba	Procent
płeć		
kobiety	146	64,3%
mężczyźni	81	35,7%
wiek		
do 30 lat	35	15,4%
31-40 lat	85	37,4%
41-50 lat	71	31,3%
powyżej 50 lat	34	15,0%
stan cywilny		
panna/ kawaler	96	42,3%
związek małżeński	102	44,9%
po rozwodzie	22	9,7%
owdowiali	6	2,6%
wykształcenie		
średnie	116	51,1%
wyższe licencjackie	69	30,4%
wyższe magisterskie	42	18,5%
miejsce zamieszkania		
wieś	108	47,6%
miasto	119	52,4%

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 2 przedstawiono charakterystyka badanych osób w aspekcie wykonywanej przez nie pracy w ochronie zdrowia. Ponad $\frac{3}{4}$ badanych osób to lekarze lub pielęgniarki. Najwięcej badanych osób pracowało w przychodni lub ambulatorium (26%) lub sanatorium (29,5%). Najmniej badanych osób pracowało w domach opieki (7,9%) i prywatnej praktyce (11%). W szpitalu pracowało 18,1% badanych osób. Ponad połowa badanych pracowała z pacjentami dorosłymi (59,5%). Tylko z dziećmi pracowało 8,4% badanych. 60,4% badanych było niezadowolonych z otrzymywanych zarobków (Tabela 2).



Tabela 2. Opis badanych osób w aspekcie wykonywanej pracy w ochronie zdrowia

Parametr	Liczba	Procent
wykonywany zawód		
lekarz	95	41,9%
pielęgniarka/ pielęgniarz	84	37,0%
fizjoterapeuta/ fizjoterapeutka	7	3,1%
inny	41	18,1%
miejsce pracy		
szpital	41	18,1%
przychodnia lub ambulatorium	59	26,0%
sanatorium	67	29,5%
DPS, ZOL lub dom opieki społecznej	18	7,9%
prywatna praktyka	25	11,0%
inne	17	7,5%
obsługiwana grupa wiekowa		
dorośli	135	59,5%
dzieci	19	8,4%
dzieci i dorośli	73	32,2%
zadowolenie z zarobków		
tak	90	39,6%
nie	137	60,4%

Źródło: opracowanie własne

Poziom wypalenia zawodowego pracowników medycznych w wymiarze ogólnym i podwymiarach.

Wypalenie zawodowe charakteryzowane jest w trzech wymiarach: wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji i poczucia satysfakcji z osiągnięć osobistych w pracy zawodowej. W tabeli 3 przedstawiono opis statystyczny wskaźników zespołu wypalenia zawodowego w wynikach surowych stanowiących sumę punktów odpowiedzi na konkretne pytania przypisane do każdego zespołu wg klucza oraz wyniki przeliczone do skali procentowej pozwalające na ujednolicenie interpretacji tych wskaźników.

Wskaźnik ogólnego wypalenia zawodowego stanowił sumę punktów odpowiedzi na pytania wymiaru EE, DP i odpowiedzi odwróconych wymiaru AP.



Tabela 3. Opis statystyczny wskaźników wypalenia zawodowego w wynikach surowych i przeliczonych do skali procentowej

Wymiar zespołu wypalenia zawodowego	Wyniki surowe (pkt)						Wyniki przeliczne (%)				
	Max ilość pkt	Średnia	odch. std	Me	min	max	średnia	odch. std	Me	min	max
EE	54	22,4	9,4	21	1	53	41,5	17,4	38,9	1,9	98,1
DP	30	8,7	5,2	8	0	25	29,0	17,3	26,7	0	83,3
AP	48	24,0	9,0	22	4	48	50,1	18,7	45,8	8,3	100
TOT	132	55,0	15,3	56	6	110	41,7	11,6	42,4	4,5	83,3

EE - Wyczerpanie emocjonalne

DP – Depersonalizacja

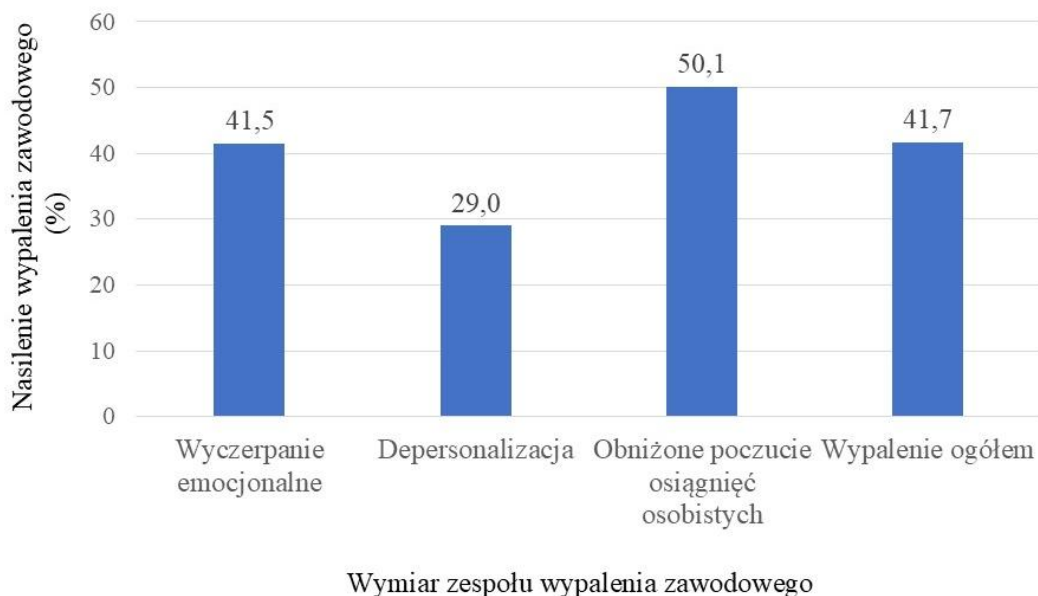
AP - Obniżone poczucie osiągnięć osobistych

TOT - Wypalenie zawodowe ogółem

Źródło: opracowanie własne

Przeliczenia wskaźników zespołu wypalenia zawodowego do skali procentowej pozwoliło na przedstawienie ich na jednym wykresie i jednolitą ich interpretację na rycinie 1.

W badanej grupie pracowników ochrony zdrowia najniższy poziom wypalenia zawodowego występowała w wymiarze depersonalizacji (29%), najwyższy w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (50,1%) czyli nie przekraczała połowy przyjętej skali. Poziom wyczerpania emocjonalnego wynosił 41,5% i był niższy niż połowa przyjętej skali. Wskaźnik ogólnego wypalenia zawodowego również był niższy niż połowa przyjętej skali.



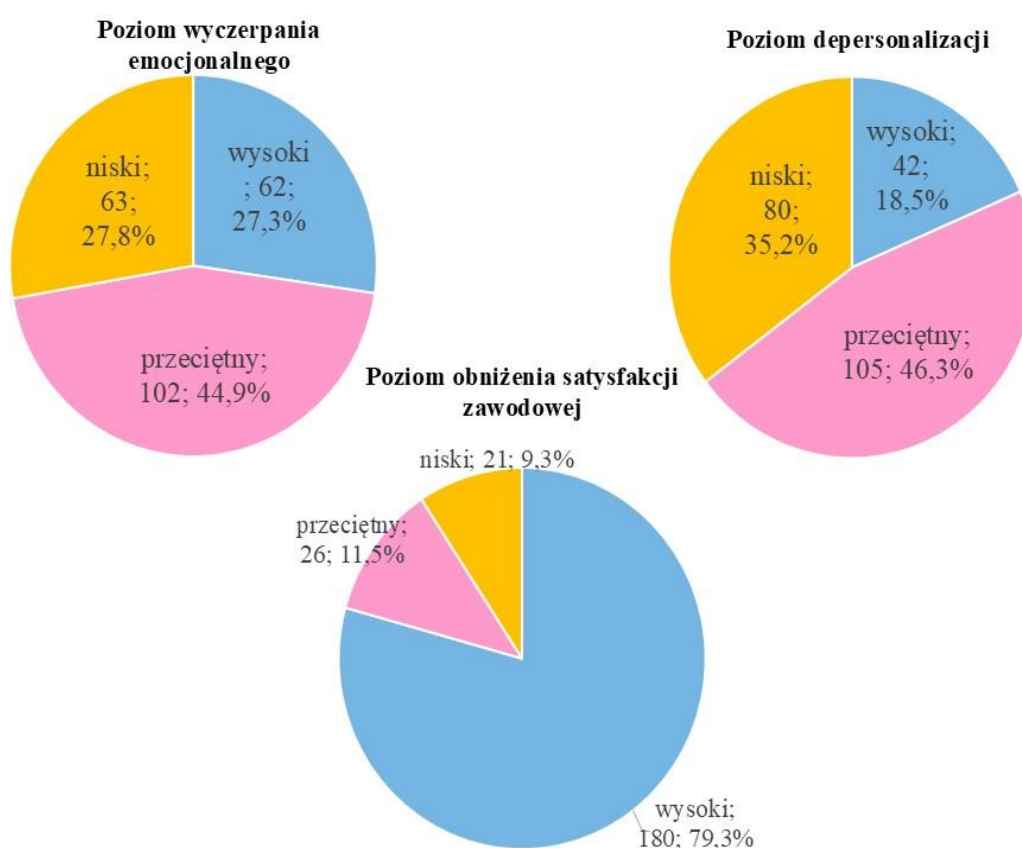
Rycina 1. Wskaźniki wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia wyrażone w skali procentowej

Źródło: opracowanie własne



Jak widać na załączonej rycinie 2 w badanej grupie pracowników ochrony zdrowia wysoki poziom obniżenia satysfakcji zawodowej występował u 79,3% badanych czyli u ponad $\frac{3}{4}$ badanej grupy. Jeśli chodzi o ocenę poziomu wyczerpania emocjonalnego i poziomu depersonalizacji to te wymiary u około 50% badanych występowały na poziomie przeciętnym.

Rycina 2. Poziom wypalenia zawodowego w grupie badanych pracowników ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne

Kształtowanie się zachowań zdrowotnych u respondentów.

W tabeli 4 i na rycinie 3 przedstawiono charakterystykę badanych osób zatrudnionych w ochronie zdrowia w aspekcie ich zachowań zdrowotnych. Średni poziom zachowań zdrowotnych zawierał się w przedziale między 57,2% w wymiarze PNŻ a 68,4% w wymiarze



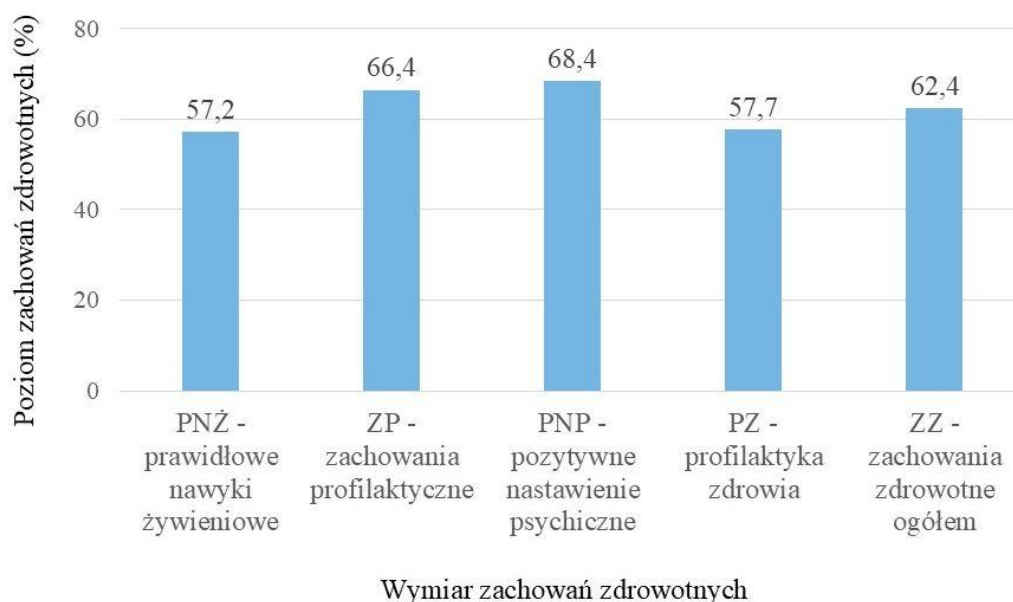
PNP. Ogólny poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie kształtował się na średnim poziomie 62,4%.

Tabela 4. Charakterystyka badanych pracowników ochrony zdrowia w aspekcie ich zachowań zdrowotnych

Wymiar zachowań zdrowotnych	Poziom zachowań zdrowotnych (%)				
	średnia	odch. Std	Me	min	max
PNŻ - prawidłowe nawyki żywieniowe	57,2	21,0	58,3	0	100
ZP - zachowania profilaktyczne	66,4	18,6	66,7	12,5	100
PNP - pozytywne nastawienie psychiczne	68,4	17,5	70,8	12,5	100
PZ - profilaktyka zdrowia	57,7	19,1	58,3	12,5	95,8
ZZ - zachowania zdrowotne ogółem	62,4	16,8	64,6	15,6	94,8

Źródło: opracowanie własne

Rycina 3. Średni profil zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia



Źródło: opracowanie własne

3.1.2 Weryfikacja postawionych hipotez

Sprawdzono czy nasilenie wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia zależy od ich danych socjodemograficznych?

Hipoteza 1/ Czynniki socjo demograficzne pracowników ochrony zdrowia mają wpływ na ich wypalenie zawodowe

Hipoteza 1a: Płeć pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego.

Tabela 5. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Płeć	n	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					Test t-Studenta
		Średnia	odch. std	Me	Min	max	
kobiety	146	41,9	17,4	38,9	1,9	98,1	p=0,606
mężczyźni	81	40,7	17,4	37,0	7,4	87,0	

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu płci na nasilenie wyczerpania emocjonalnego. Średnie nasilenie wyczerpania emocjonalnego w grupie kobiet wynosiło 41,9% a w grupie mężczyzn 40,7% (Tabela 5).

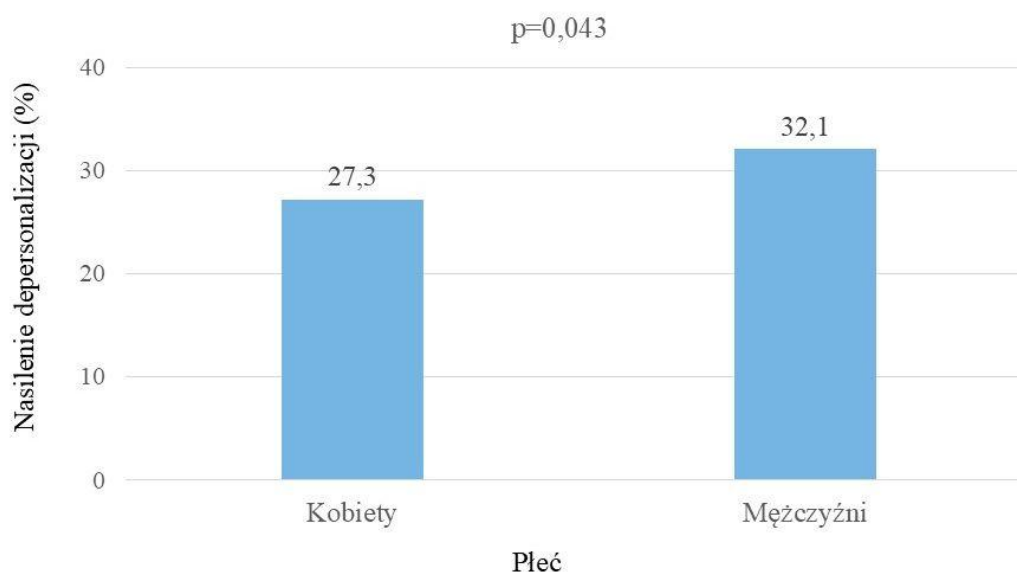
Hipoteza 1a została odrzucona.

Hipoteza 1b: Płeć pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji.

Tabela 6. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Płeć	n	Nasilenie depersonalizacji (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. std	Me	Min	Max	
kobiety	146	27,3	18,4	23,3	0	83,3	p=0,043
mężczyźni	81	32,1	14,6	30,0	0	76,7	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 4. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Płeć badanych pracowników ochrony zdrowia miała statystycznie istotny ($p=0,043$) wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji. W grupie kobiet nasilenie depersonalizacji było niższe niż w grupie mężczyzn (Tabela 6, rycina 4)

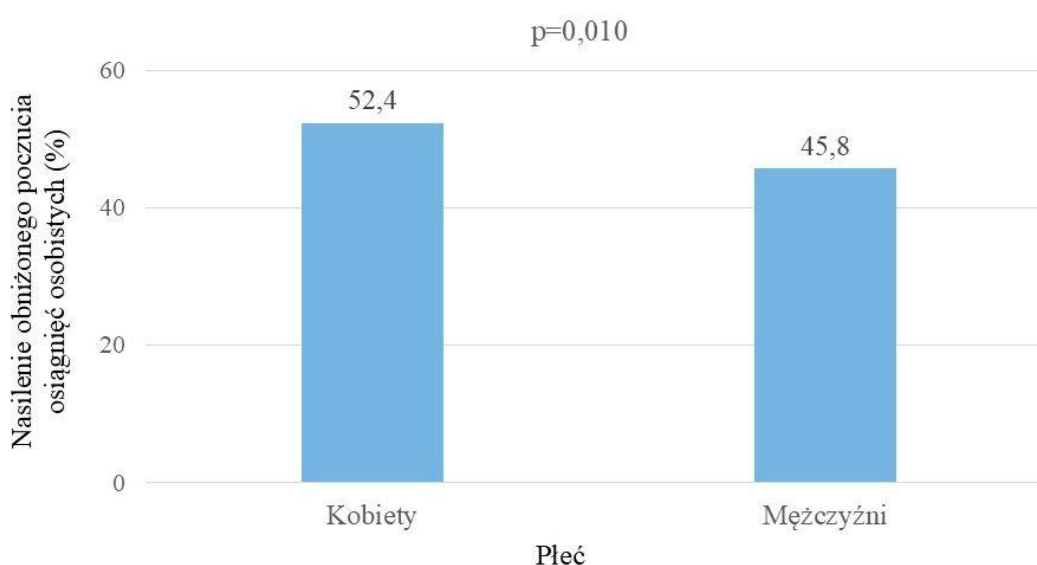
Hipoteza 1b została przyjęta.

Hipoteza 1c: Płeć pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych.

Tabela 7. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Płeć	n	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. std	Me	Min	Max	
kobiety	146	52,4	19,7	47,9	8,3	100	p=0,010
mężczyźni	81	45,8	15,9	43,8	10,4	95,8	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 5. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Płeć badanych pracowników ochrony zdrowia miała statystycznie istotny ($p=0,010$) wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. W grupie kobiet nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych było wyższe niż w grupie mężczyzn (Tabela 7, rycina 5)

Hipoteza 1c została przyjęta.

Hipoteza 1d: Wiek pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego.

Tabela 8. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Wiek	n	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	min	max	
do 30 lat	37	38,3	18,3	33,3	7,4	98,1	p=0,459
31-40 lat	85	40,6	15,8	38,9	7,4	87,0	
41-50 lat	71	43,0	16,9	42,6	13,0	92,6	
powyżej 50 lat	34	43,9	21,0	39,8	1,9	79,6	

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu wieku na nasilenie wyczerpania emocjonalnego. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego kształtowało się na średnim poziomie od 38,3% do 43,9% w zależności od grupy wiekowej (Tabela 8).

Hipoteza 1d została odrzucona.

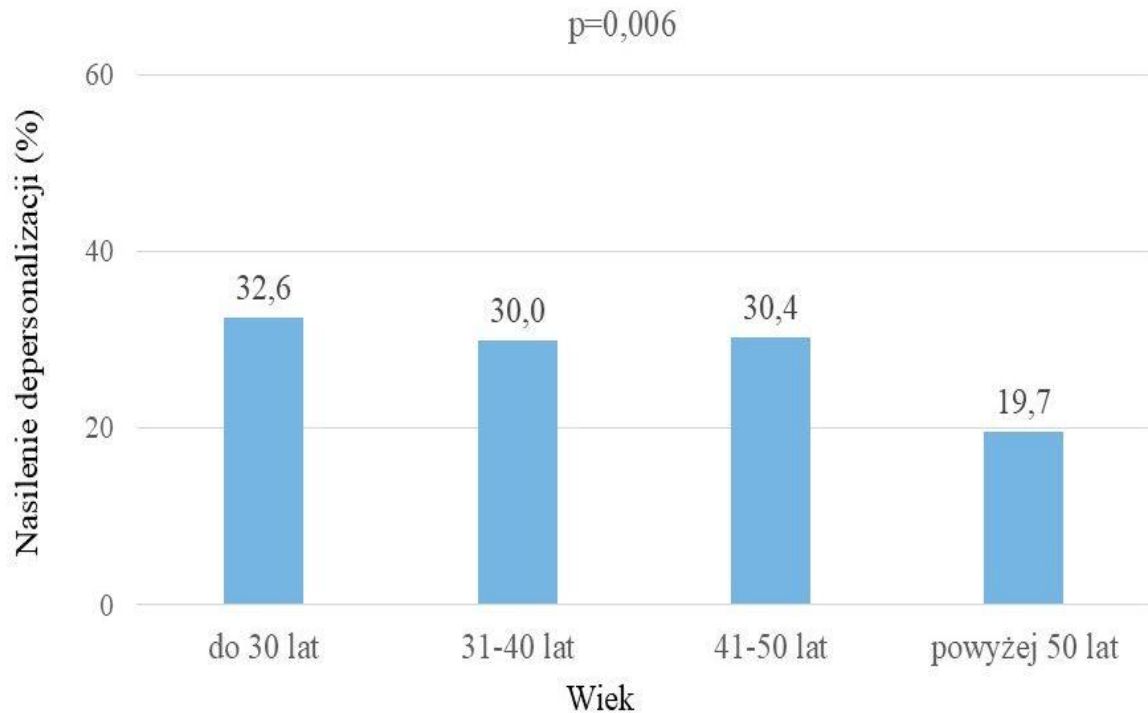
Hipoteza 1e: Wiek pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji.

Tabela 9. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Wiek	n	Nasilenie depersonalizacji (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	min	max	
do 30 lat	37	32,6	18,6	26,7	0	83,3	p=0,006
31-40 lat	85	30,0	16,5	30,0	0	83,3	
41-50 lat	71	30,4	15,6	30,0	0	83,3	
powyżej 50 lat	34	19,7	18,4	18,3	0	70,0	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 6. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Wiek badanych pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny ($p=0,006$) wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji. Najniższe nasilenie depersonalizacji występowało w grupie wiekowej powyżej 50 lat a najwyższe w grupie wiekowej do 30 lat (Tabela 9, rycina 6)

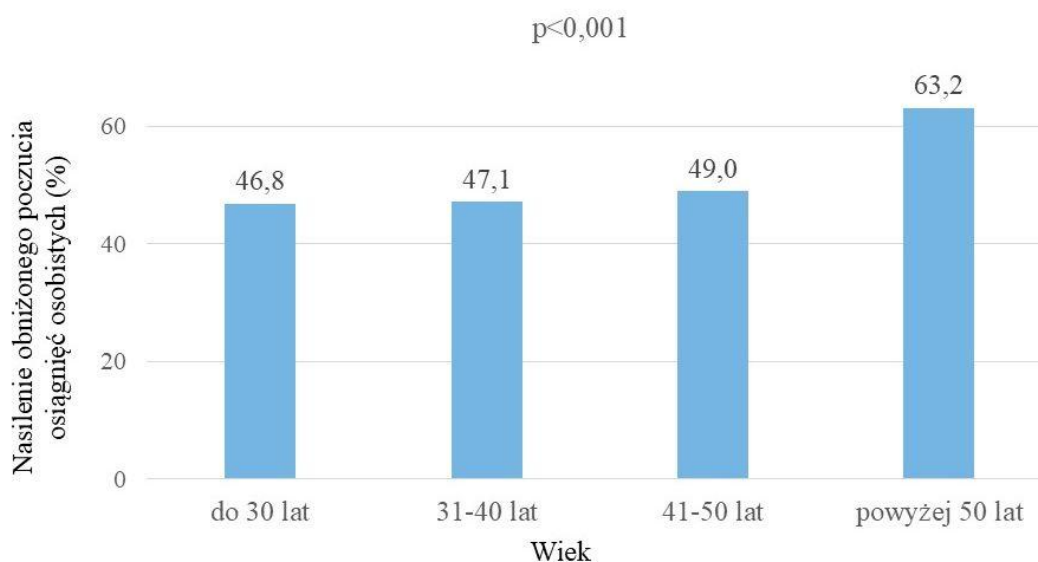
Hipoteza 1e została przyjęta.

Hipoteza 1f: Wiek pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych.

Tabela 10. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Wiek	n	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	min	Max	
do 30 lat	37	46,8	17,0	45,8	8,3	83,3	p<0,001
31-40 lat	85	47,1	16,7	43,8	10,4	97,9	
41-50 lat	71	49,0	18,5	43,8	12,5	100	
powyżej 50 lat	34	63,2	20,7	62,5	29,2	97,9	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 7. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Wiek badanych pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny wpływ ($p<0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Najniższe nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych występowało w grupie wiekowej powyżej 50 lat a najwyższe w grupie wiekowej do 30 lat (Tabela 10, rycina 7)

Hipoteza 1f została przyjęta.



Hipoteza 1g: Stan cywilny pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego.

Tabela 11. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Stan cywilny	N	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					ANOVA
		Średnia	odch. Std	Me	min	max	
panna/ kawaler	96	41,0	15,8	40,7	7,4	98,1	p=0,274
związek małżeński	102	40,2	18,4	37,0	1,9	92,6	
po rozwodzie	22	48,1	18,1	44,4	25,9	87,0	
owdowiali	6	43,5	21,5	39,8	20,4	72,2	

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu stanu cywilnego na nasilenie wyczerpania emocjonalnego. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego kształtowało się między 40,2% a 48,1% (Tabela 11).

Hipoteza 1g została odrzucona.

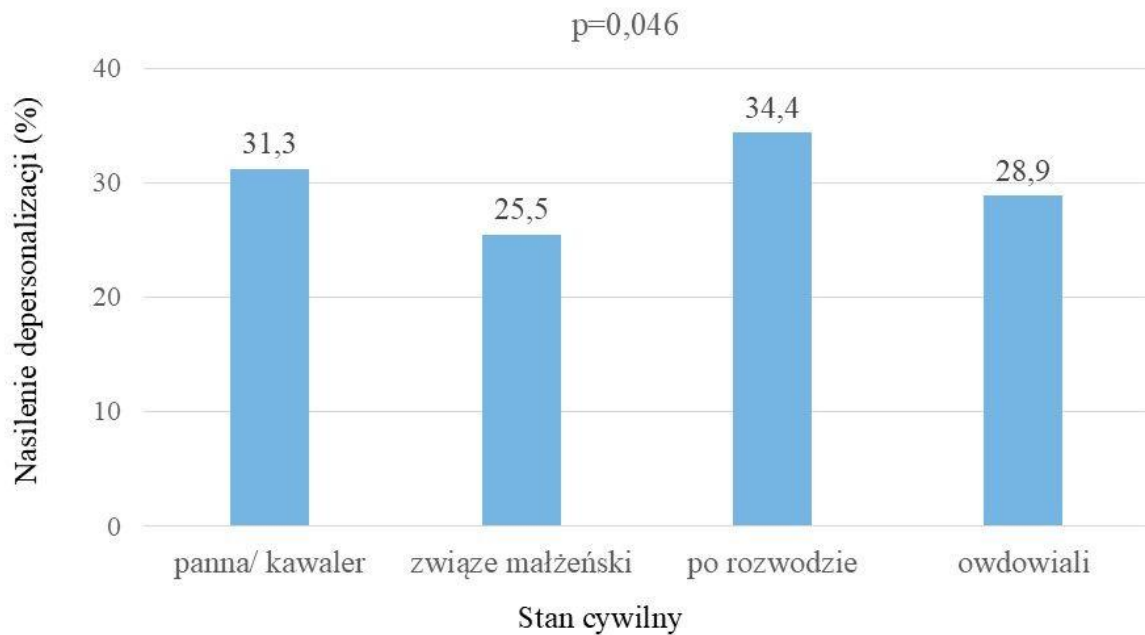
Hipoteza 1h: Stan cywilny pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji.

Tabela 12. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Stan cywilny	N	Nasilenie depersonalizacji (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
panna/ kawaler	96	31,3	14,8	30,0	0	83,3	p=0,046
związek małżeński	102	25,5	19,6	21,7	0	83,3	
po rozwodzie	22	34,4	12,1	33,3	20,0	70,0	
owdowiali	6	28,9	20,0	30,0	0	53,3	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 8. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Stan cywilny badanych pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny wpływ ($p < 0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Najniższe nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych występowało w grupie panien lub kawalerów a najwyższe w grupie owdowiałych (Tabela 12, rycina 8)

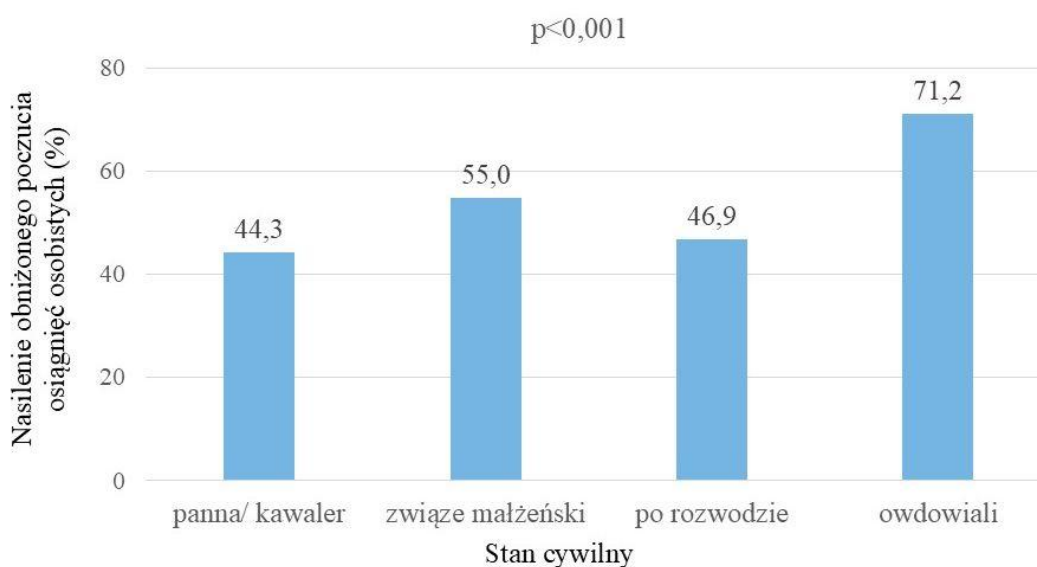
Hipoteza 1h została przyjęta.

Hipoteza 1i: Stan cywilny pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych.

Tabela 13. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Stan cywilny	N	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	min	Max	
panna/ kawaler	96	44,3	15,7	41,7	10,4	97,9	p<0,001
związek małżeński	102	55,0	19,8	52,1	8,3	100	
po rozwodzie	22	46,9	16,9	43,8	12,5	85,4	
owdowiali	6	71,2	16,9	69,8	52,1	93,8	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 9. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Stan cywilny badanych pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny wpływ ($p<0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Najniższe nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych występowało w grupie panien lub kawalerów a najwyższe w grupie owdowiałych (Tabela 13, rycina 9)

Hipoteza 1i została przyjęta.



Hipoteza1j: Wykształcenie pracowników ochrony zdrowia miało wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego.

Tabela 14. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Wykształcenie	N	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
średnie	116	39,8	15,1	37,0	11,1	98,1	p=0,327
wyższe licencjackie	69	43,6	15,0	44,4	16,7	75,9	
wyższe magisterskie	42	42,6	25,3	35,2	1,9	92,6	

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu stanu cywilnego na nasilenie wyczerpania emocjonalnego. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego kształtowało się między 39,8% a 43,6% (Tabela 14).

Hipoteza 1j została odrzucona.

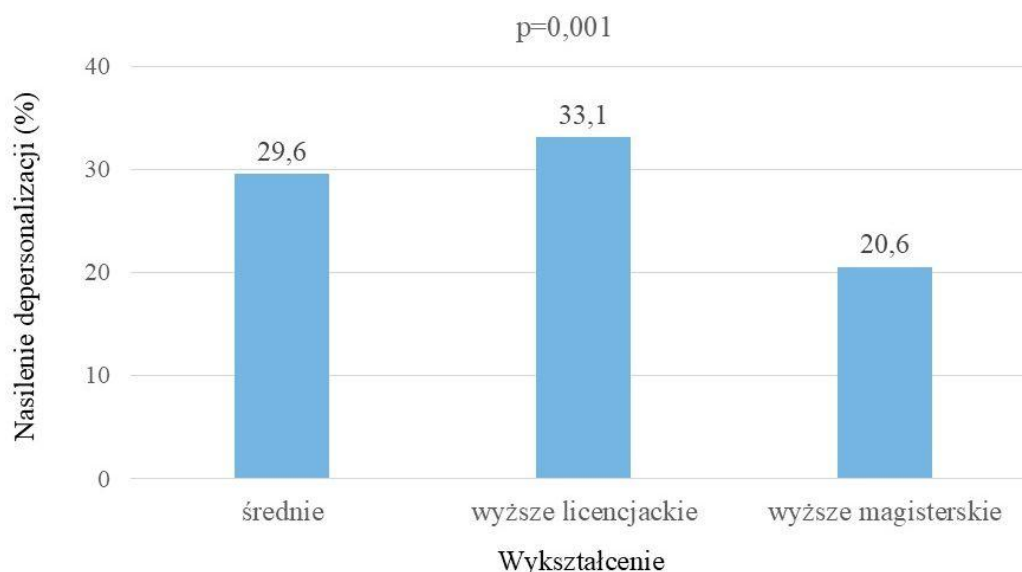
Hipoteza1k: Wykształcenie pracowników ochrony zdrowia miało wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji.

Tabela 15. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Wykształcenie	N	Nasilenie depersonalizacji (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
średnie	116	29,6	15,6	26,7	0	83,3	p=0,001
wyższe licencjackie	69	33,1	17,1	30,0	3,3	83,3	
wyższe magisterskie	42	20,6	19,3	18,3	0	76,7	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 10. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Wykształcenie badanych pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p=0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji. Najniższe nasilenie depersonalizacji występowało w grupie badanych z wykształceniem wyższym magisterskim a najwyższe w grupie badanych z wykształceniem średnim (Tabela 15, rycina 10)

Hipoteza 1k została potwierdzona.

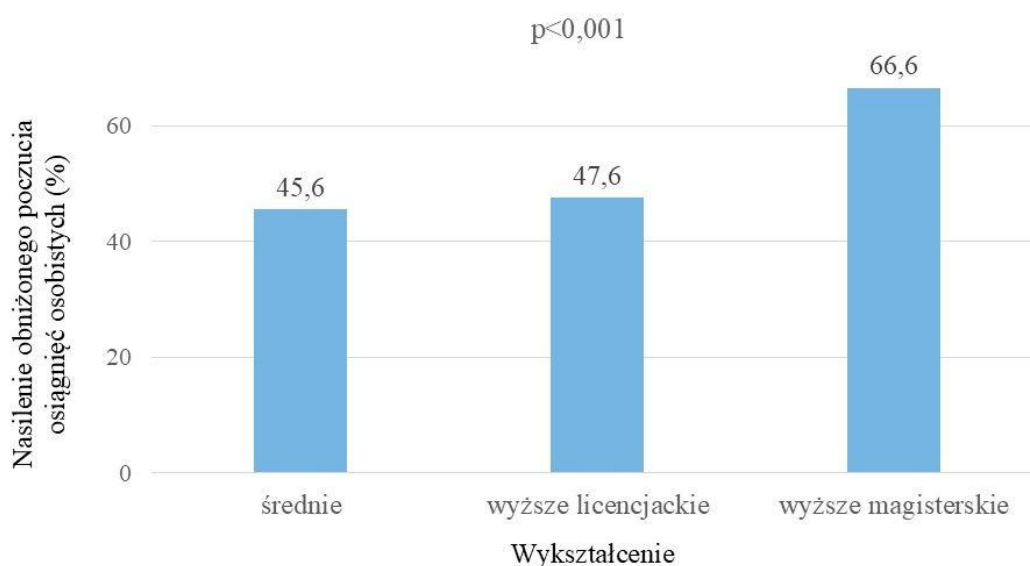
Hipoteza1l: Wykształcenie pracowników ochrony zdrowia miało wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych.

Tabela 16. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Wykształcenie	N	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
średnie	116	45,6	16,0	43,8	8,3	97,9	p<0,001
wyższe licencjackie	69	47,6	17,0	43,8	12,5	97,9	
wyższe magisterskie	42	66,6	19,4	70,8	10,4	100	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 11. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Wykształcenie badanych pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p < 0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Najwyższe nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych występowało w grupie badanych z wykształceniem wyższym magisterskim (Tabela 16, rycina 11)

Hipoteza 1l została potwierdzona

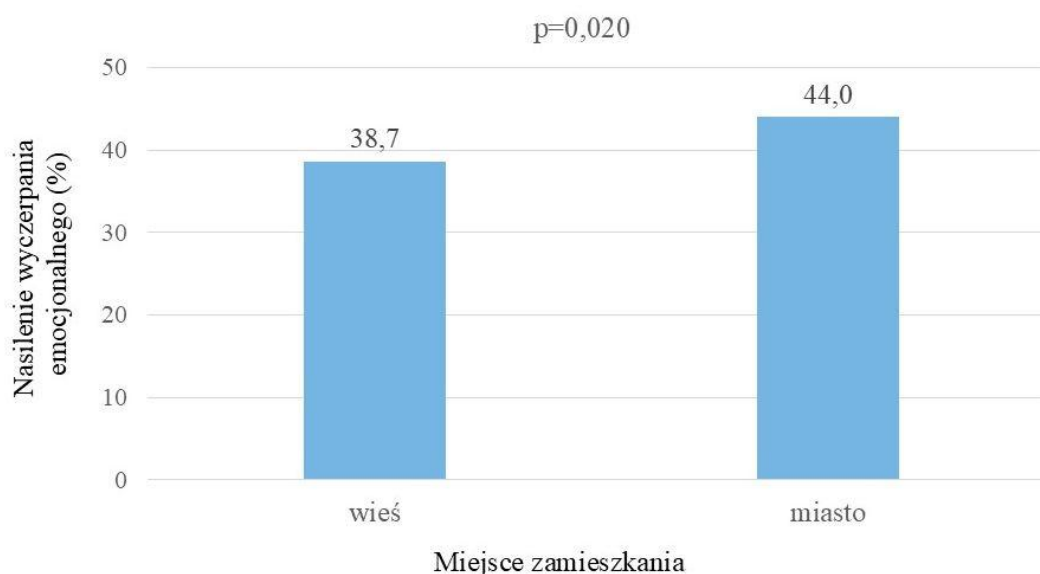
Hipoteza 1m: Miejsce zamieszkania pracowników ochrony zdrowia miało wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć wyczerpania emocjonalnego.

Tabela 17. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	N	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
wieś	108	38,7	15,4	37,0	7,4	98,1	$p=0,020$
miasto	119	44,0	18,7	40,7	1,9	92,6	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 12. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania badanych pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p=0,020$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego w grupie mieszkających na wsi wynosiło 38,7%, a w grupie mieszkających w mieście wynosiło 44% (Tabela 17, rycina 12)

Hipoteza 1m została potwierdzona

Hipoteza1n: Miejsce zamieszkania pracowników ochrony zdrowia miało wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji

Tabela 18. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	N	Nasilenie depersonalizacji (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
wieś	108	27,8	16,1	26,7	0	83,3	p=0,316
miasto	119	30,1	18,3	30,0	0	83,3	

Źródło: opracowanie własne



Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu miejsca zamieszkania na nasilenie depersonalizacji. (Tabela 18).

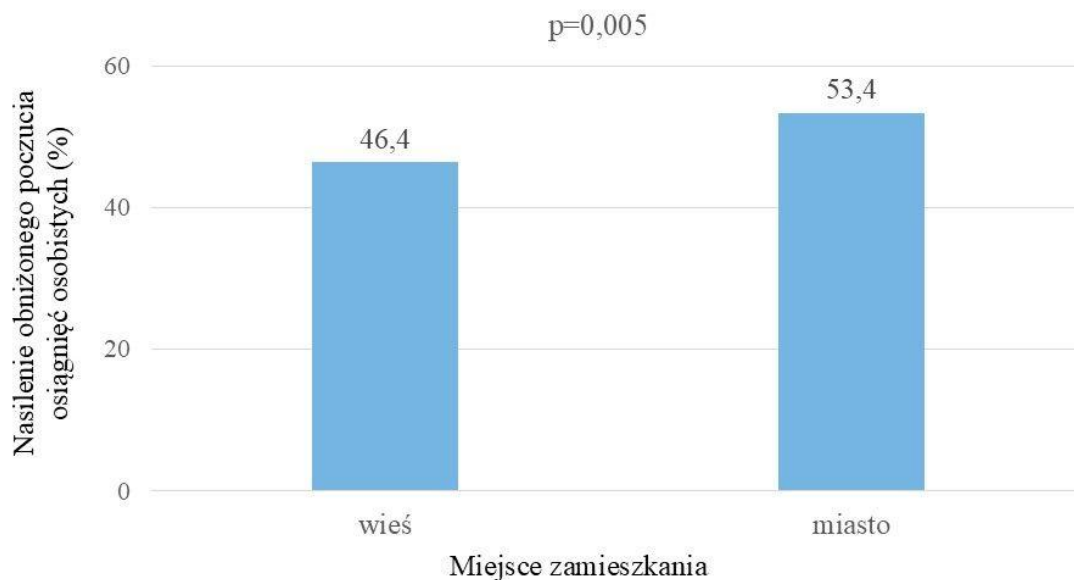
Hipoteza 1n została odrzucona

Hipoteza1o: Miejsce zamieszkania pracowników ochrony zdrowia miało wpływ na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych

Tabela 19. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	n	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. std	Me	Min	Max	
wieś	108	46,4	16,7	45,8	8,3	95,8	p=0,005
miasto	119	53,4	19,8	47,9	12,5	100	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 13. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania



Miejsce zamieszkania badanych pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p=0,005$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego w grupie mieszkających na wsi wynosiło 46,4%, a w grupie mieszkających w mieście wynosiło 53,4% (Tabela 19, rycina 13)

Hipoteza 1o została potwierdzona

Czy zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia zależą od ich danych socjodemograficznych i związanych z wykonywaną pracą?

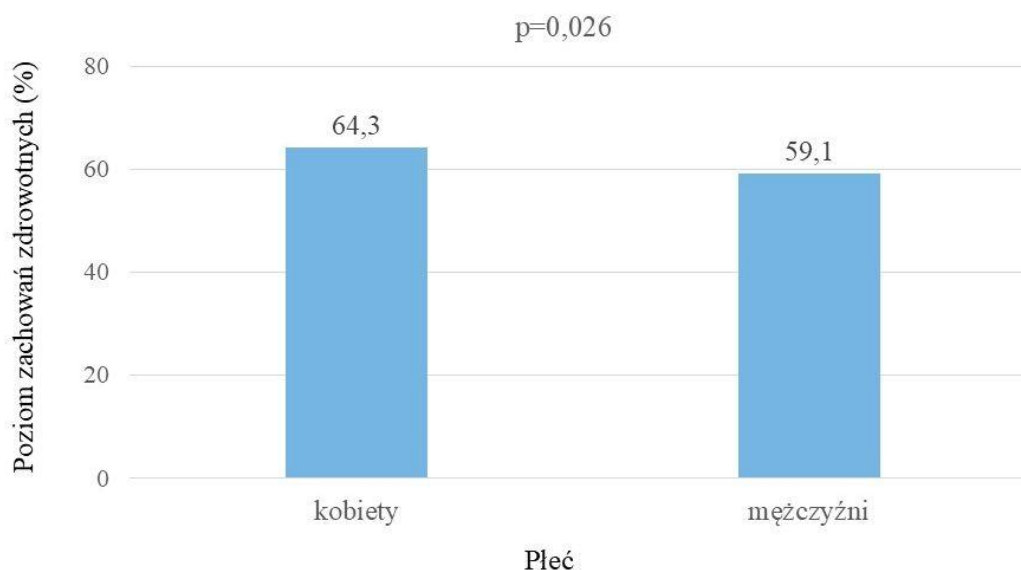
Hipoteza 2: Czynniki socjodemograficzne pracowników ochrony zdrowia mają wpływ na ich zachowania zdrowotne

Hipoteza 2a: Płeć pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych

Tabela 20. Poziom zachowa zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Płeć	n	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					Test t-Studenta
		Średnia	odch. std	Me	Min	Max	
kobiety	146	64,3	15,9	66,7	22,9	94,8	p=0,026
mężczyźni	81	59,1	17,9	61,5	15,6	89,6	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 14. Poziom zachowa zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Płeć badanych pracowników ochrony zdrowia miała statystycznie istotny wpływ ($p=0,026$) na ich zachowania zdrowotne. Poziom zachowań zdrowotnych w grupie kobiet wynosił średnio 64,3% a w grupie mężczyzn wynosił 59,1% (Tabela 20, rycina 14)

Hipoteza 2a została potwierdzona

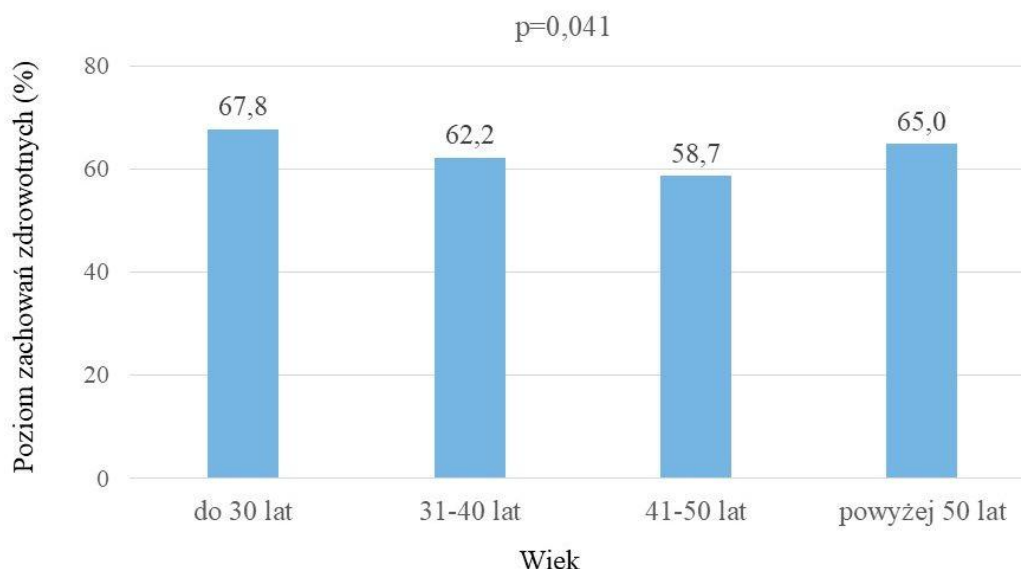
Hipoteza2b: Wiek pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych.

Tabela 21. Poziom zachowa zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Wiek	N	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
do 30 lat	37	67,8	15,3	66,7	29,2	94,8	$p=0,041$
31-40 lat	85	62,2	16,4	64,6	15,6	90,6	
41-50 lat	71	58,7	17,4	58,3	15,6	93,8	
powyżej 50 lat	34	65,0	16,5	67,7	25,0	93,8	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 15. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Wiek badanych pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny wpływ ($p=0,041$) na ich zachowania zdrowotne. Poziom zachowań zdrowotnych w grupie wiekowej do 30 lat wynosił średnio 67,8% i był najwyższy a w grupie wiekowej 4-50 lat wynosił 58,7% i był najniższy (Tabela 21, rycina 15)

Hipoteza 2b została potwierdzona

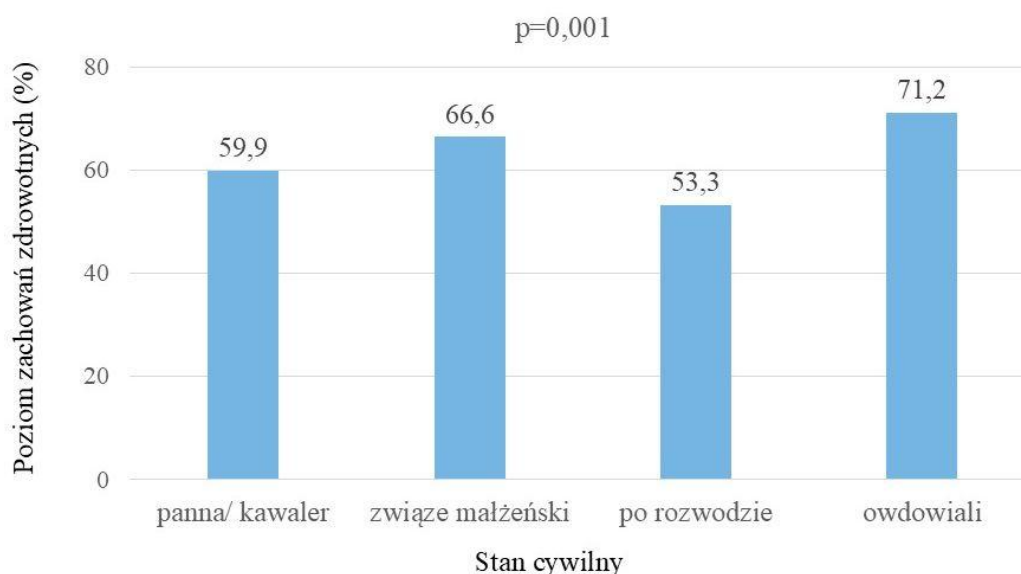
Hipoteza2c: Stan cywilny pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych

Tabela 22. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Stan cywilny	N	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	min	max	
panna/ kawaler	96	59,9	18,1	61,5	15,6	90,6	$p=0,001$
związek małżeński	102	66,6	14,4	68,8	15,6	94,8	
po rozwodzie	22	53,3	15,0	52,1	25,0	77,1	
owdowiali	6	71,2	16,2	63,5	57,3	93,8	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 16. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Stan cywilny badanych pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny wpływ ($p=0,001$) na ich zachowania zdrowotne. Poziom zachowań zdrowotnych w grupie owdowiałych wynosił średnio 71,2% i był najwyższy a w grupie rozwiedzionych wynosił 53,3% i był najniższy (Tabela 22, rycina 16)

Hipoteza 2c została potwierdzona

Hipoteza2d: Wykształcenie pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych

Tabela 23. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Wykształcenie	N	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
średnie	116	64,0	16,2	66,7	22,9	91,7	$p=0,070$
wyższe licencjackie	69	58,6	17,7	60,4	25,0	94,8	
wyższe magisterskie	42	64,6	16,1	67,2	15,6	93,8	

Źródło: opracowanie własne



Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu wykształcenia na zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia (Tabela 23).

Hipoteza 2d została odrzucona

Hipoteza 2e: Wykształcenie pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych

Tabela 24. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Miejsce zamieszkania	N	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. Std	Me	Min	max	
wieś	108	61,2	17,4	64,6	15,6	90,6	p=0,281
miasto	119	63,6	16,2	64,6	28,1	94,8	

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu miejsca zamieszkania na zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia (Tabela 24).

Hipoteza 2e została odrzucona

Hipoteza 2f: Wykonywany zawód pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych

Tabela 25. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od zawodu jaki wykonują

Zawód	N	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					ANOVA
		Średnia	odch. std	Me	Min	Max	
lekarz	95	63,3	16,8	64,6	22,9	94,8	p=0,889
pielęgniarka/ pielęgniarz	84	61,6	16,2	63,0	15,6	91,7	
fizjoterapeuta/ fizjoterapeutka	7	64,4	9,9	64,6	43,8	74,0	
inny	41	61,8	19,0	65,6	15,6	93,8	

Źródło: opracowanie własne



Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu wykonywanego zawodu na zachowania zdrowotne pracowników ochrony zdrowia (Tabela 25).

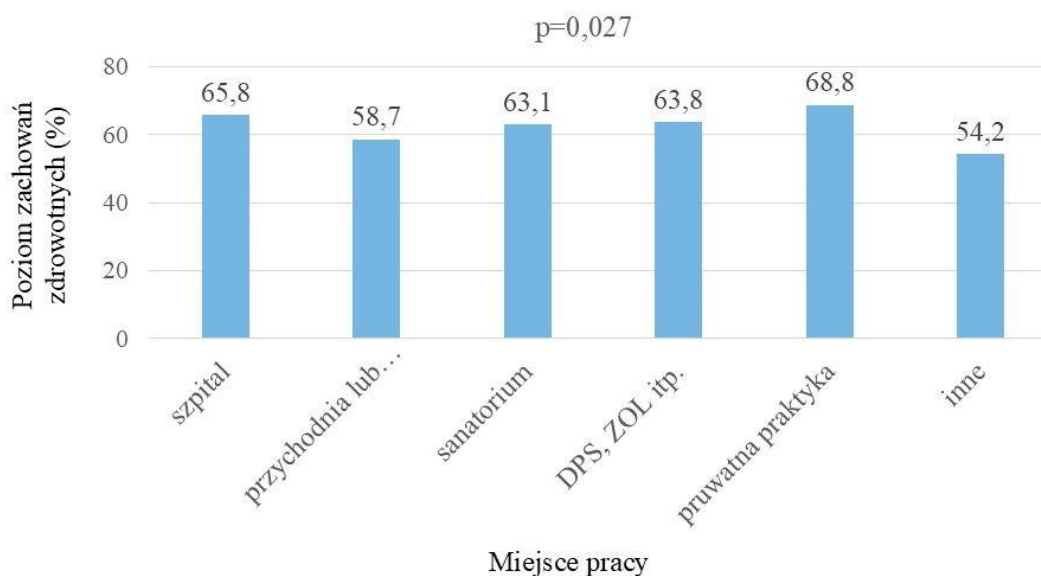
Hipoteza 2f została odrzucona

Hipoteza 2g: Miejsce pracy pracowników ochrony zdrowia ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych

Tabela 26. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Miejsce pracy	n	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					ANOVA
		Średnia	odch. std	Me	Min	Max	
szpital	41	65,8	14,1	68,8	22,9	85,4	p=0,027
przychodnia lub ambulatorium	59	58,7	17,4	60,4	15,6	91,7	
sanatorium	67	63,1	14,0	64,6	29,2	94,8	
DPS, ZOL itp.	18	63,8	21,1	68,2	25,0	93,8	
prywatna praktyka	25	68,8	17,0	70,8	34,4	90,6	
inne	17	54,2	20,9	52,1	15,6	93,8	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 17. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Miejsce pracy badanych pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny wpływ ($p=0,027$) na ich zachowania zdrowotne. Poziom zachowań zdrowotnych w grupie pracujących w przychodni lub ambulatorium wynosił 58,7% i pracujących gdzie indziej wynosił 54,2% i był najniższy a w grupie pracujących w prywatnej praktyce 58,8% 53,3% i był najwyższy (Tabela 26, rycina 17)

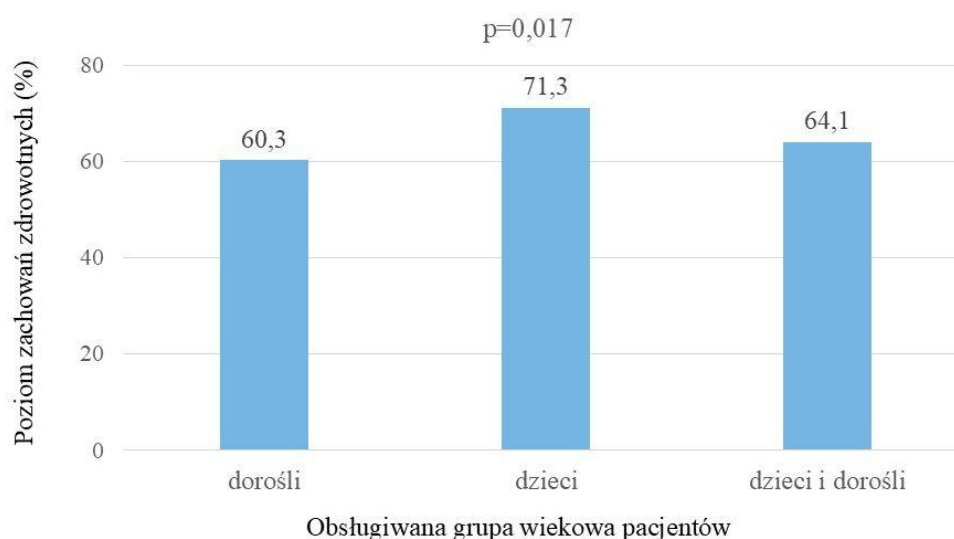
Hipoteza 2g została potwierdzona

Hipoteza2h: Obsługiwana przez pracowników ochrony zdrowia grupa wiekowa pacjentów ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych

Tabela 27. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od obsługiwanej przez nich grupy wiekowej pacjentów

Obsługiwana grupa wiekowa	n	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	Max	
dorośli	135	60,3	17,0	62,5	15,6	91,7	$p=0,017$
dzieci	19	71,3	14,8	75,0	31,3	89,6	
dzieci i dorośli	73	64,1	16,1	65,6	29,2	94,8	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 18. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od obsługiwanej przez nich grupy wiekowej pacjentów

Obsługiwana przez pracowników ochrony zdrowia grupa wiekowa pacjentów miała statystycznie istotny wpływ ($p=0,017$) na ich zachowania zdrowotne. Poziom zachowań zdrowotnych był najwyższy (71,3%) w grupie pracujących z dziećmi (Tabela 27, rycina 18)

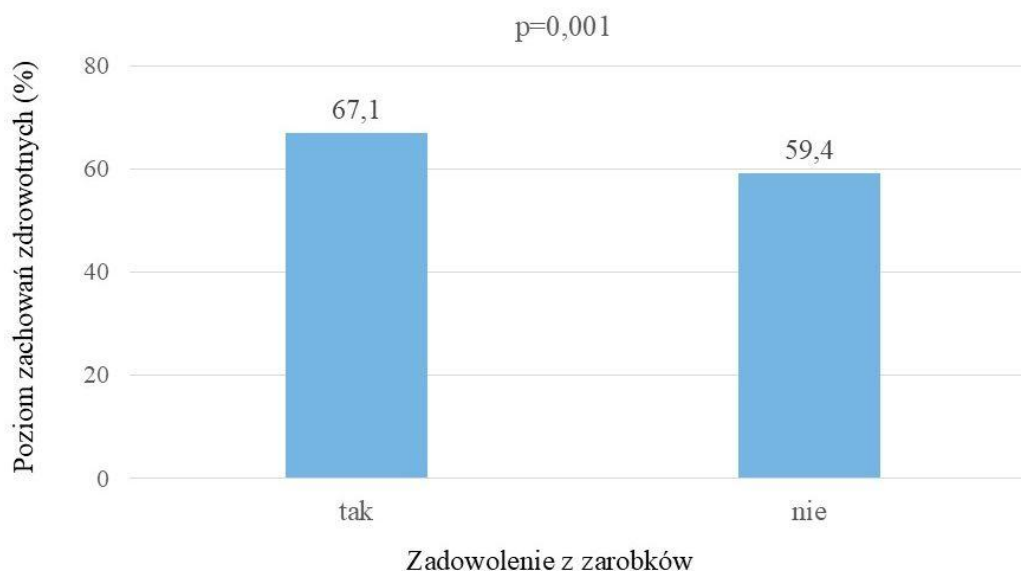
Hipoteza 2h została potwierdzona

Hipoteza 2i: Zadowolenie z zarobków ma wpływ na ich poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia

Tabela 28. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Zadowolenie z zarobków	N	Poziom zachowań zdrowotnych (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. std	Me	Min	max	
tak	90	67,1	13,0	68,8	22,9	90,6	$p=0,001$
nie	137	59,4	18,2	60,4	15,6	94,8	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 19. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków



Zadowolenie z zarobków pracowników służby zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p=0,001$) na ich zachowania zdrowotne. Poziom zachowań zdrowotnych zadowolonych z zarobków wynosił 67,1%, a niezadowolonych wynosił 59,4% (Tabela 28, rycina 19)

Hipoteza 2i została potwierdzona

Czy istnieje związek między wypaleniem zawodowym, a zachowaniami zdrowotnymi pracowników ochrony zdrowia?

Hipoteza 3/ Wypalenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia koreluje z ich zachowaniami zdrowotnymi

Tabela 29. Korelacja między nasileniem wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia a ich zachowaniami zdrowotnymi

	Poziom zachowań zdrowotnych (%)	ocena siły związku
nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)	$r = -0,11$ $p = 0,084$	korelacja bardzo słaba
nasilenie depersonalizacji (%)	$r = -0,27$ $p < 0,001$	korelacja słaba
nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)	$r = 0,28$ $p < 0,001$	korelacja słaba

r - współczynnik korelacji liniowej Pearsona; poziom istotności

Źródło: opracowanie własne

W tabeli 29 przedstawiono wyniki korelacji liniowej Pearsona między nasileniem wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia a ich zachowaniami zdrowotnymi.

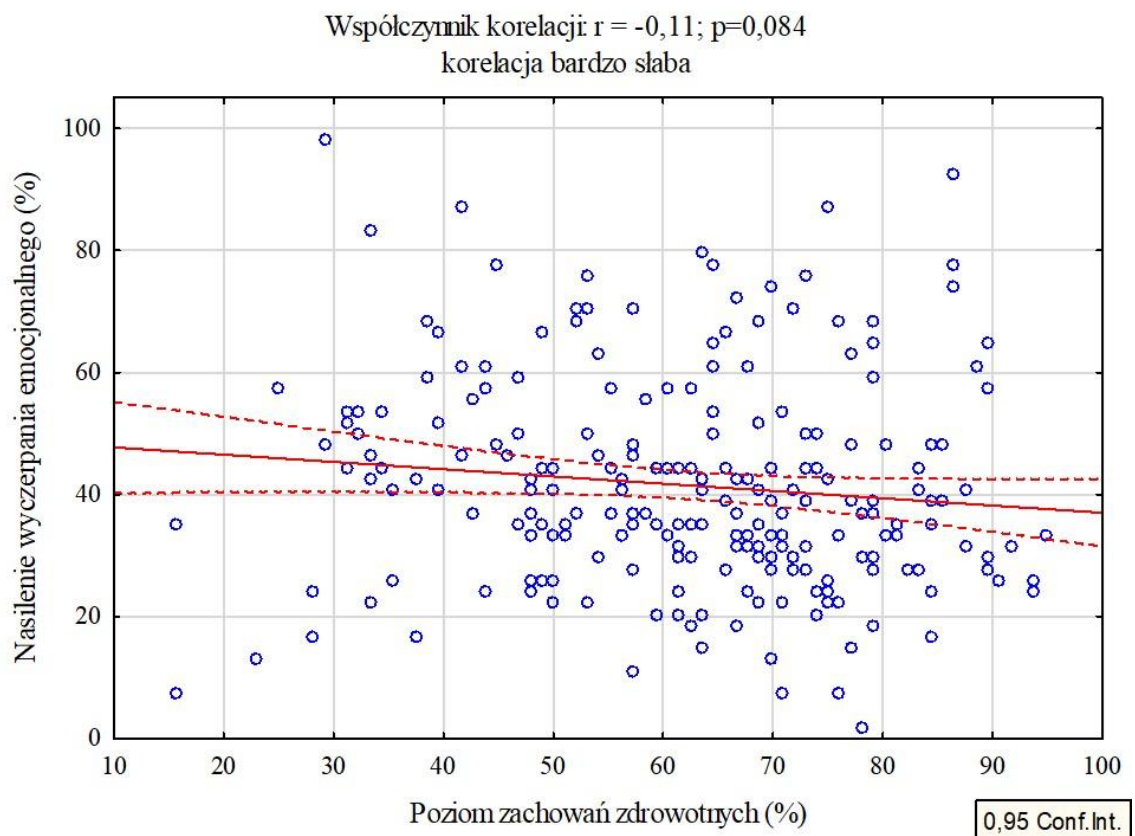
- Nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze wyczerpania emocjonalnego koreluje bardzo słabo bez istotności statystycznej, odwrotnie proporcjonalnie poziomem zachowań zdrowotnych ($r = -0,11$; $p = 0,084$)



- Nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacji koreluje słabo, odwrotnie proporcjonalnie z poziomem zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia ($r = -0,27$; $p < 0,001$)
- Nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych koreluje słabo, odwrotnie proporcjonalnie z poziomem zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia ($r = 0,028$; $p < 0,001$)

Hipoteza 3 została potwierdzona dla wymiarów wypalenia zawodowego: depersonalizacji i obniżonego poczucia osiągnięć osobistych, **a odrzucona** dla wymiaru wyczerpania emocjonalnego

Hipoteza 3a: Istnieje związek między poziomem zachowań zdrowotnych a nasileniem wypalenia zawodowego w wymiarze wyczerpania emocjonalnego



Źródło: opracowanie własne

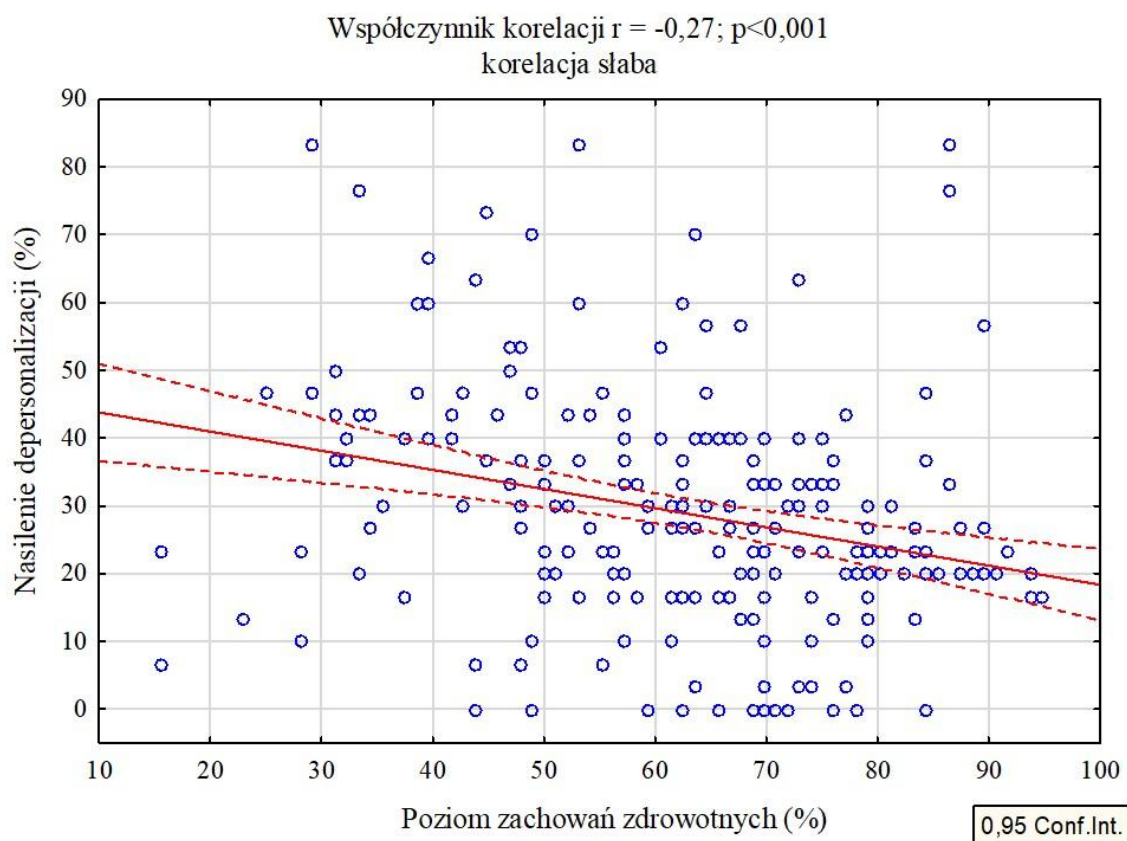
Rycina 20. Wpływ poziomu zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia na ich wypalenie zawodowe w aspekcie wyczerpania emocjonalnego



Rycina 20 przedstawia związek między poziomem zachowań zdrowotnych a nasileniem wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia. Każda zaznaczona na wykresie kropka obrazuje poziom zachowań zdrowotnych i odpowiadający mu nasilenie wyczerpania emocjonalnego u jednego badanego. Obserwowana chmura kropek na wykresie obejmuje całe pole wykresu, a linia regresji jest prawie pozioma co świadczy o braku korelacji lub o bardzo słabej korelacji.

Hipoteza 3a: została odrzucona

Hipoteza 3b: Istnieje związek między poziomem zachowań zdrowotnych a nasileniem wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacji



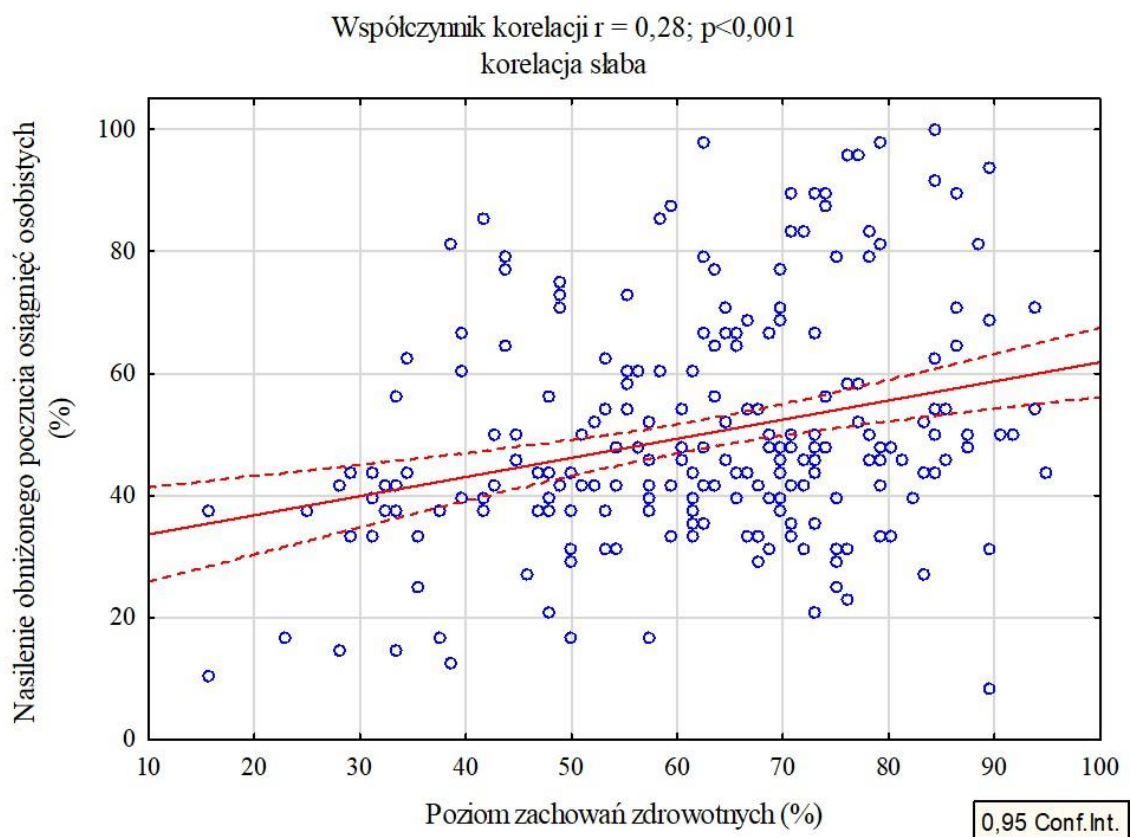
Źródło: opracowanie własne

Rycina 21. Wpływ poziomu zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia na ich wypalenie zawodowe w aspekcie depersonalizacji

Rycina 21 przedstawia związek między poziomem zachowań zdrowotnych a nasileniem depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia. Każda zaznaczona na wykresie kropka obrazuje poziom zachowań zdrowotnych i odpowiadające mu nasilenie depersonalizacji u jednego badanego. Obserwowana chmura kropek na wykresie grupuje się wokół linii regresji lekko nachylonej od prawej do lewej, co świadczy o korelacji słabej odwrotnie proporcjonalnej. Wzrostowi poziomu zachowań zdrowotnych towarzyszy spadek nasilenia depersonalizacji.

Hipoteza 3b: została potwierdzona

Hipoteza 3c: Istnieje związek między poziomem zachowań zdrowotnych a nasileniem wypalenia zawodowego w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych



Źródło: opracowanie własne

Rycina 22. Wpływ poziomu zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia na ich wypalenie zawodowe w aspekcie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych

Rycina 22 przedstawia związek między poziomem zachowań zdrowotnych a nasileniem obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia. Każda zaznaczona

na wykresie kropka obrazuje poziom zachowań zdrowotnych i odpowiadające mu nasilenie depersonalizacji u jednego badanego. Obserwowana chmura kropek na wykresie grupuje się wokół linii regresji lekko nachylonej w dół od prawej do lewej, co świadczy o korelacji słabej, odwrotnie proporcjonalnej. Wzrostowi poziomu zachowań zdrowotnych towarzyszy wzrost nasilenia obniżonego poczucia osiągnięć osobistych.

Hipoteza 3c: została potwierdzona

Czy istnieje związek między wypaleniem zawodowym a wybranymi czynnikami związanymi z wykonywaniem pracy w ochronie zdrowia?

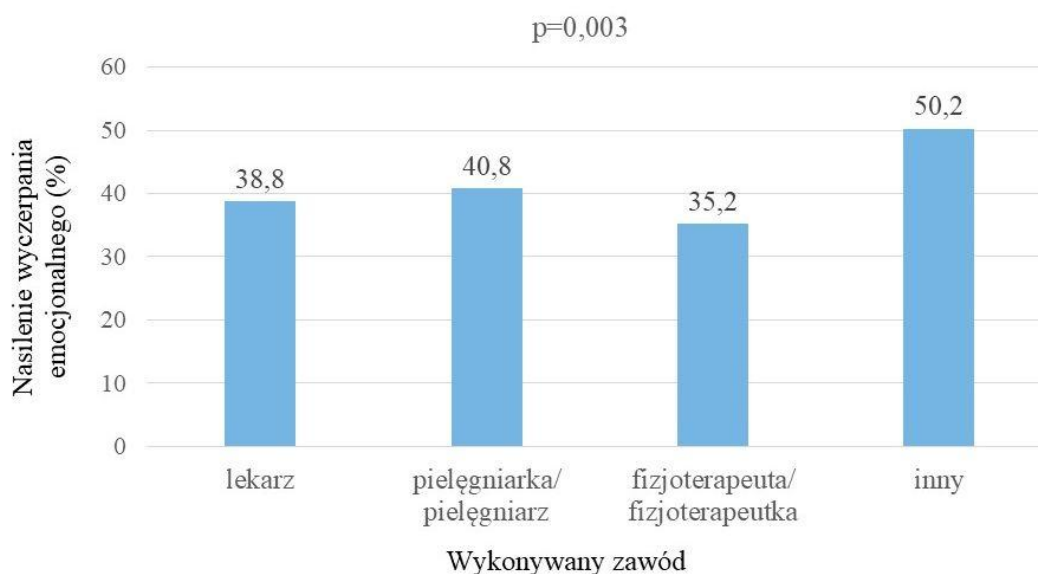
Hipoteza 4: Czynniki związane z wykonywaniem pracy w ochronie zdrowia mają wpływ na nasilenie wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia

Hipoteza 4a: Wykonywany przez pracownika ochrony zdrowia zawód wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego

Tabela 30. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Zawód	n	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					ANOVA
		średnia	odch. std	Me	Min	Max	
Lekarz	95	38,8	14,8	35,2	1,9	87,0	p=0,003
pielęgniarka/ pielęgniarz	84	40,8	14,6	38,9	7,4	77,8	
fizjoterapeuta/ fizjoterapeutka	7	35,2	25,9	24,1	7,4	64,8	
Inny	41	50,2	23,5	50,0	7,4	98,1	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 23. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Wykonywany przez pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny wpływ ($p=0,003$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego. Najniższe nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze wyczerpania emocjonalnego występuje w grupie zawodowej fizjoterapeutów a najwyższa w grupie wykonującej inny niż medyczny zawód. (Tabela 30, rycina 23)

Hipoteza 4a została potwierdzona

Hipoteza 4b: Wykonywany przez pracownika ochrony zdrowia wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji.

Tabela 31. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Zawód	n	Nasilenie depersonalizacji (%)					ANOVA
		średnia	odch. std	Me	Min	Max	
lekarz	95	31,0	14,6	30,0	0	83,3	$p=0,153$
pielęgniarka/ pielęgniarz	84	29,4	15,0	30,0	0	83,3	
fizjoterapeuta/ fizjoterapeutka	7	21,0	24,3	10,0	0	63,3	
inny	41	24,8	24,2	20,0	0	83,3	

Źródło: opracowanie własne



Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu wykonywanego zawodu na nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia (Tabela 31).

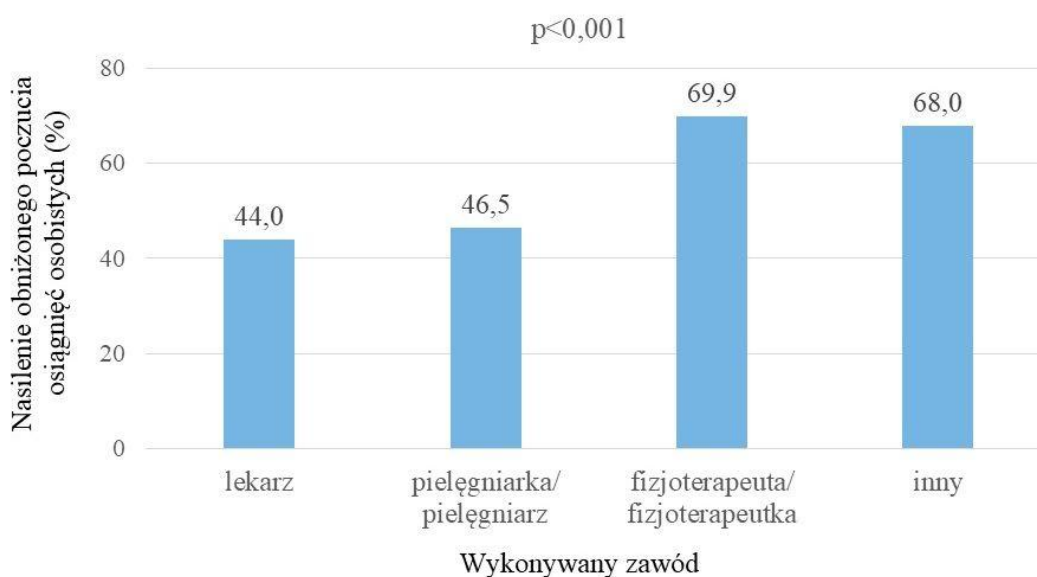
Hipoteza 4b została odrzucona

Hipoteza 4c: Wykonywany przez pracownika ochrony zdrowia wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych

Tabela 32. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Zawód	n	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					ANOVA
		średnia	odch. std	Me	Min	Max	
lekarz	95	44,0	15,8	41,7	8,3	93,8	p<0,001
pielęgniarka/ pielęgniarz	84	46,5	16,0	43,8	10,4	95,8	
fizjoterapeuta/ fizjoterapeutka	7	69,9	8,7	70,8	56,3	83,3	
inny	41	68,0	18,2	68,8	33,3	100	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 24. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu



Wykonywany przez pracowników ochrony zdrowia miał statystycznie istotny wpływ ($p < 0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Najniższe nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych występuje w grupie lekarzy i grupie pielęgniarek a najwyższa w grupie fizjoterapeutów i w grupie wykonującej inny niż medyczny zawód. (Tabela 32, rycina 24)

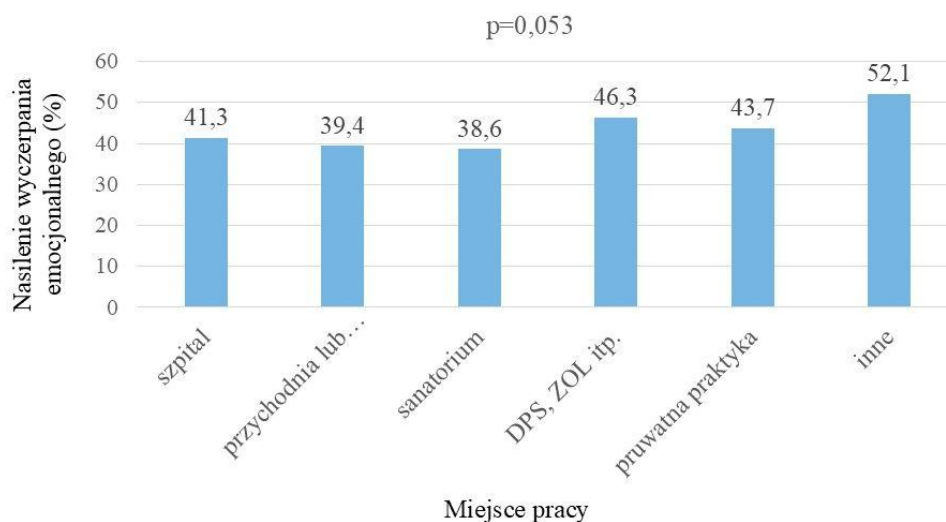
Hipoteza 4c została potwierdzona

Hipoteza 4d: Miejsce pracy pracowników ochrony zdrowia wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego

Tabela 33. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Miejsce pracy	n	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					ANOVA
		średnia	odch. std	Me	Min	max	
szpital	41	41,3	15,4	38,9	13,0	87,0	$p=0,053$
przychodnia lub ambulatorium	59	39,4	13,3	37,0	7,4	77,8	
sanatorium	67	38,6	18,8	35,2	1,9	92,6	
DPS, ZOL itp.	18	46,3	18,0	47,2	16,7	74,1	
prywatna praktyka	25	43,7	17,0	38,9	16,7	79,6	
inne	17	52,1	24,5	44,4	24,1	98,1	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 25. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy



Miejsce pracy pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p=0,053$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego. Najniższe nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze wyczerpania emocjonalnego występuje w grupie pracujących w szpitalu lub przychodni lub sanatorium a wyższe w grupie pracujących w DPS lub w prywatnej praktyce lub wykonującej inny zawód. (Tabela 33, rycina 25)

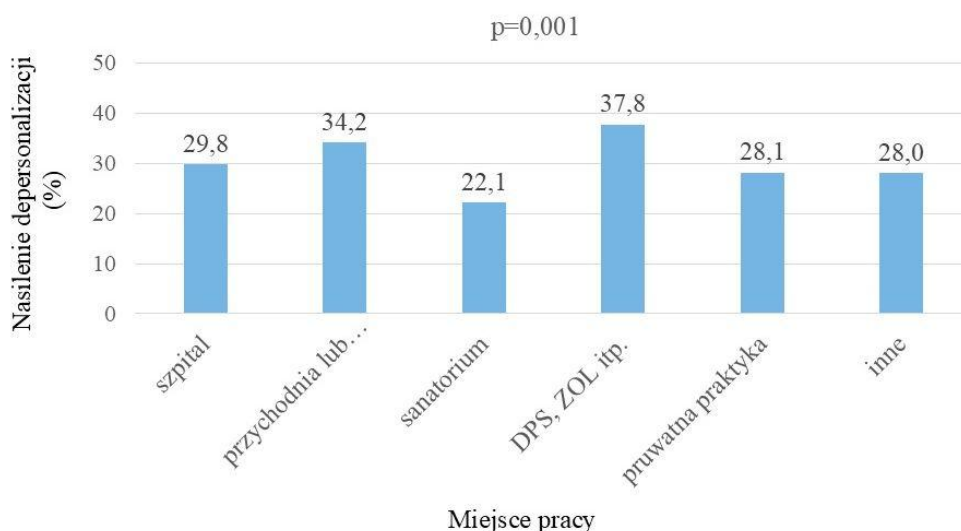
Hipoteza 4d została potwierdzona

Hipoteza 4e: Miejsce pracy pracowników ochrony zdrowia wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji

Tabela 34. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Miejsce pracy	n	Nasilenie depersonalizacji (%)					ANOVA
		średnia	odch. std	Me	Min	Max	
szpital	41	29,8	11,4	30,0	10,0	63,3	$p=0,001$
przychodnia lub ambulatorium	59	34,2	11,7	33,3	6,7	63,3	
sanatorium	67	22,1	18,7	20,0	0	83,3	
DPS, ZOL itp.	18	37,8	18,6	31,7	16,7	83,3	
prywatna praktyka	25	28,1	18,9	23,3	0	70,0	
inne	17	28,0	25,4	20,0	0	83,3	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 26. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Miejsce pracy pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p=0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji. Najniższe nasilenie wypalenia zawodowego w tym wymiarze występuje w grupie pracujących w sanatorium a wyższe w grupie pracujących w DPS. (Tabela 34, rycina 26)

Hipoteza 4e została potwierdzona

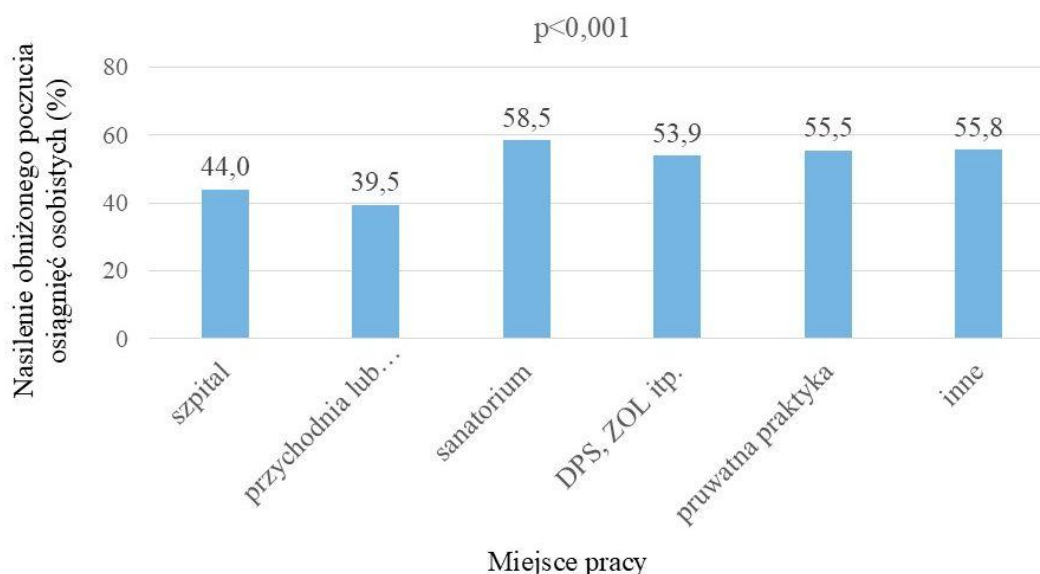
Hipoteza 4f: Miejsce pracy pracowników ochrony zdrowia wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych

Tabela 35. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Miejsce pracy	n	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					ANOVA
		średnia	odch. std	Me	Min	max	
szpital	41	44,0	12,9	45,8	12,5	79,2	$p<0,001$
przychodnia lub ambulatorium	59	39,5	10,9	39,6	8,3	66,7	
sanatorium	67	58,5	22,2	54,2	16,7	100	
DPS, ZOL itp.	18	53,9	20,7	51,0	14,6	89,6	
prywatna praktyka	25	55,5	18,3	52,1	16,7	93,8	
inne	17	55,8	14,0	54,2	33,3	81,3	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 27. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Miejsce pracy pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p=0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Najniższe nasilenie wypalenia zawodowego w tym wymiarze występuje w grupie pracujących w szpitalu lub przychodni a wyższe w grupie pracujących w pozostałych ujętych na wykresie miejscach pracy (Tabela 35, rycina 27)

Hipoteza 4f została potwierdzona

Hipoteza 4g: Obsługiwana przez pracowników ochrony zdrowia grupa wiekowa pacjentów wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego

Tabela 36. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od grupy wiekowej obsługiwanych pacjentów

Obsługiwana grupa wiekowa	n	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	Max	
dorośli	135	41,0	17,2	37,0	1,9	92,6	p=0,424
dzieci	19	46,5	18,6	38,9	22,2	87,0	
dzieci i dorośli	73	41,1	17,6	38,9	7,4	98,1	

Źródło: opracowanie własne



Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu obsługiwanej przez pracowników ochrony zdrowia grupy wiekowej pacjentów na nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze wyczerpania emocjonalnego (Tabela 36).

Hipoteza 4g została odrzucona

Hipoteza 4h: Obsługiwana przez pracowników ochrony zdrowia grupa wiekowa pacjentów wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego

Tabela 37. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od grupy wiekowej obsługiwanych pacjentów

Obsługiwana grupa wiekowa	N	Nasilenie depersonalizacji (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	Max	
dorośli	135	29,3	17,8	26,7	0	83,3	p=0,857
dzieci	19	30,2	14,0	23,3	16,7	73,3	
dzieci i dorośli	73	28,1	17,2	26,7	0	83,3	

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu obsługiwanej przez pracowników ochrony zdrowia grupy wiekowej pacjentów na nasilenie wypalenia zawodowego w wymiarze depersonalizacji (Tabela 37).

Hipoteza 4h została odrzucona

Hipoteza 4i: Obsługiwana przez pracowników ochrony zdrowia grupa wiekowa pacjentów wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych



Tabela 38. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od grupy wiekowej obsługiwanych pacjentów

Obsługiwana grupa wiekowa	n	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					ANOVA
		średnia	odch. Std	Me	Min	Max	
dorośli	135	49,0	19,1	43,8	8,3	100	p=0,583
dzieci	19	51,6	15,8	47,9	31,3	93,8	
dzieci i dorośli	73	51,6	18,7	47,9	12,5	97,9	

Źródło: opracowanie własne

Nie stwierdzono statystycznie istotnego wpływu obsługiwanej przez pracowników ochrony zdrowia grupy wiekowej pacjentów na nasilenie wypalenia zawodowego w obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (Tabela 38).

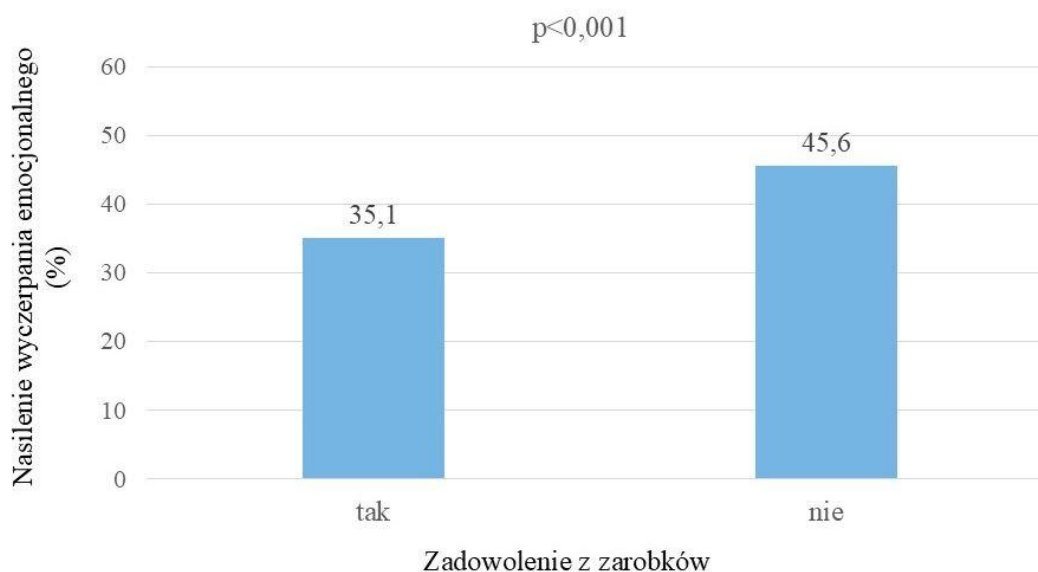
Hipoteza 4i została odrzucona

Hipoteza 4j: Zadowolenie z zarobków wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia

Tabela 39. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Zadowolenie z zarobków	N	Nasilenie wyczerpania emocjonalnego (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. std	Me	Min	max	
tak	90	35,1	13,8	35,2	1,9	74,1	p<0,001
nie	137	45,6	18,3	44,4	7,4	98,1	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 28. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Zadowolenie z zarobków pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p < 0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze wyczerpania emocjonalnego. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników zadowolonych z zarobków jest niższe niż niezadowolonych z zarobków (Tabela 39, rycina 28)

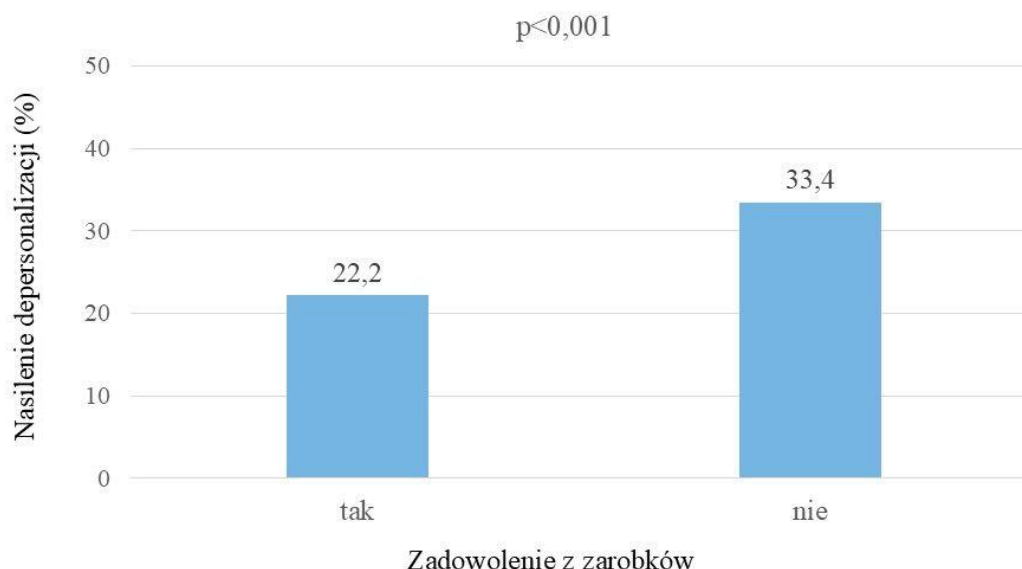
Hipoteza 4j została potwierdzona

Hipoteza 4l: Zadowolenie z zarobków wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji

Tabela 40. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Zadowolenie z zarobków	N	Nasilenie depersonalizacji (%)					Test t-Studenta
		średnia	odch. std	Me	Min	Max	
tak	90	22,2	15,0	20,0	0	83,3	$p < 0,001$
nie	137	33,4	17,3	30,0	0	83,3	

Źródło: opracowanie własne



Źródło: opracowanie własne

Rycina 29. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Zadowolenie z zarobków pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p < 0,001$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze depersonalizacji. Nasilenie depersonalizacji pracowników zadowolonych z zarobków jest niższe niż niezadowolonych z zarobków (Tabela 40, rycina 29)

Hipoteza 4l została potwierdzona

Hipoteza 4m: Zadowolenie z zarobków wpływa na wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych

Tabela 41. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Zadowolenie z zarobków	N	Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych (%)					Test t-Studenta
		Średnia	odch. std	Me	Min	Max	
tak	90	53,8	19,6	47,9	16,7	100	$p=0,014$
nie	137	47,6	17,7	43,8	8,3	97,9	

Źródło: opracowanie własne





Źródło: opracowanie własne

Rycina 30. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Zadowolenie z zarobków pracowników ochrony zdrowia miało statystycznie istotny wpływ ($p=0,014$) na ich wypalenie zawodowe w wymiarze obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników zadowolonych z zarobków jest wyższe niż niezadowolonych z zarobków (Tabela 41, rycina 30)

Hipoteza 4m została potwierdzona

Dyskusja

Głównym celem niniejszej pracy była analiza związku pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a zachowaniami zdrowotnymi w grupie pracowników ochrony zdrowia, z uwzględnieniem roli zmiennych socjodemograficznych oraz czynników związanych z wykonywaną pracą. Należy zwrócić uwagę, że badania wykonywane były w okresie bezpośrednio po pandemii COVID 19. Uzyskane wyniki wpisują się w aktualny nurt badań nad długofalowymi konsekwencjami chronicznego stresu zawodowego oraz potwierdzają wielowymiarowy charakter wypalenia zawodowego zgodnie z koncepcją Maslach i Jackson. Problematyka ta ma szczególne znaczenie w kontekście współczesnych wyzwań systemu ochrony zdrowia, takich jak niedobory kadrowe, wzrost obciążeń administracyjnych, starzenie się społeczeństwa oraz rosnące oczekiwania pacjentów wobec jakości opieki medycznej. Uzyskane wyniki pozwalają na pogłębioną refleksję nad mechanizmami funkcjonowania personelu medycznego w warunkach przewlekłego obciążenia zawodowego. W rozdziale tym dokonano pogłębionej interpretacji uzyskanych wyników w odniesieniu do postawionych pytań badawczych, hipotez oraz aktualnych ujęć teoretycznych i badań empirycznych – w szczególności dostępnych w literaturze polskojęzycznej.

Pierwsze pytanie badawcze dotyczyło określenia poziomu wypalenia zawodowego pracowników medycznych zarówno w wymiarze ogólnym, jak i w trzech jego komponentach: wyczerpaniu emocjonalnym, depersonalizacji oraz obniżonym poczuciu osiągnięć osobistych.

W badanej grupie najwyższe nasilenie wypalenia zawodowego dotyczyło obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Ponad $\frac{3}{4}$ respondentów charakteryzowało się wysokim poziomem obniżonej satysfakcji zawodowej, co wskazuje na istotne poczucie nieskuteczności oraz brak uznania dla własnych kompetencji zawodowych. Wynik ten jest zbieżny z doniesieniami innych autorów, którzy podkreślają, że w warunkach przeciążenia systemu ochrony zdrowia szczególnie silnie obniżeniu ulega poczucie sensu i efektywności pracy (Sęk, 2019; Makara-Studzińska, 2022). Można przypuszczać, że długotrwałe funkcjonowanie w warunkach presji, niedoborów kadrowych i ograniczonych zasobów organizacyjnych sprzyja narastaniu przekonania o niewystarczających efektach własnych działań.

Uzyskane wyniki wskazują na umiarkowany poziom wypalenia zawodowego, przy czym najwyższe nasilenie dotyczyło wyczerpania emocjonalnego. Taki układ wyników jest zgodny z klasyczną koncepcją wypalenia zawodowego opracowaną przez Christina Maslach oraz Susan E. Jackson (1981), zgodnie z którą wyczerpanie emocjonalne stanowi centralny



element syndromu wypalenia i często poprzedza rozwój depersonalizacji oraz obniżenia poczucia osiągnięć.

Uzyskany w badaniach własnych umiarkowany poziom wypalenia zawodowego, z najwyższym nasileniem w wymiarze wyczerpania emocjonalnego jest podobny jaki uzyskała Nina Ogińska-Bulik (2017), która w badaniach obejmujących personel medyczny wykazała, że około 35–45% badanych pielęgniarek prezentowało wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego, natomiast depersonalizacja osiągała wysoki poziom u około 20–30% respondentów. W badaniach tych wyczerpanie emocjonalne było najsilniej zaznaczonym komponentem wypalenia, co pozostaje zgodne z wynikami niniejszej pracy.

Z kolei Elżbieta Wilczek-Rużyczka (2014), badając pracowników szpitali, wykazała, że wysoki poziom wyczerpania emocjonalnego występował u około 40% personelu, natomiast obniżone poczucie osiągnięć osobistych dotyczyło około 30% badanych. W porównaniu z tymi wynikami, w niniejszym badaniu poziom obniżonego poczucia osiągnięć był umiarkowany, co może sugerować nieco korzystniejszą ocenę własnej skuteczności zawodowej w analizowanej grupie.

W polskiej literaturze problematykę wypalenia zawodowego szeroko omawia m.in. Helena Sęk (2000, 2012), podkreślając, że wypalenie jest rezultatem długotrwałego stresu zawodowego, szczególnie w zawodach pomocowych, w których relacja interpersonalna stanowi podstawowe narzędzie pracy. W tym ujęciu wyczerpanie emocjonalne jest naturalną konsekwencją chronicznego zaangażowania w relacje wymagające empatii, odpowiedzialności i kontroli emocjonalnej. W jej badaniach wskazywano, że w zawodach pomocowych około 30–50% pracowników doświadcza przynajmniej jednego komponentu wypalenia na poziomie wysokim. W kontekście tych danych uzyskane w niniejszej pracy wyniki mieszczą się w dolnym lub średnim zakresie obserwowanych tendencji. Wysokie nasilenie wyczerpania emocjonalnego w badanej grupie można interpretować jako efekt wieloletniej ekspozycji na stresory zawodowe charakterystyczne dla ochrony zdrowia. Do najczęściej wskazywanych w literaturze czynników należą: presja czasu, odpowiedzialność za życie pacjenta, nadmierna liczba obowiązków, niedostateczne wsparcie organizacyjne oraz konflikt ról (Ogińska-Bulik, 2006; Basińska & Wilczek-Rużyczka, 2011). Wyniki niniejszego badania wpisują się w te obserwacje.

Depersonalizacja osiągała poziom umiarkowany, co może świadczyć o stosowaniu mechanizmów dystansowania się wobec pacjentów. Jak wskazuje Sęk (2012), depersonalizacja pełni często funkcję adaptacyjną, pozwalając ograniczyć przeciążenie emocjonalne, jednak jej utrwalenie prowadzi do obniżenia jakości relacji terapeutycznej i satysfakcji zawodowej.



Obniżone poczucie osiągnięć osobistych również występowało na poziomie umiarkowanym. W literaturze podkreśla się, że w zawodach medycznych poczucie skuteczności może być osłabiane przez brak widocznych efektów leczenia, niedoceniając pracę personelu oraz ograniczone możliwości rozwoju (Wilczek-Rużyczka, 2014). Wyniki niniejszego badania potwierdzają, że problem ten jest obecny także w analizowanej grupie.

W badaniach międzynarodowych odsetek personelu medycznego deklarującego objawy wypalenia bywa jeszcze wyższy. Badanie przeprowadzone przez Tait Shanafelt i współpracowników (2015) wśród lekarzy w Stanach Zjednoczonych wykazało, że około 54% badanych spełniało kryteria przynajmniej jednego z komponentów wypalenia zawodowego. W porównaniu z tymi danymi wyniki niniejszego badania wskazują na niższe rozpowszechnienie objawów o dużym nasileniu. Różnice te mogą wynikać z odmiennych uwarunkowań systemowych, kulturowych oraz organizacyjnych. W literaturze podkreśla się, że czynniki takie jak system finansowania ochrony zdrowia, liczba godzin pracy czy model organizacyjny szpitali mają istotny wpływ na poziom wypalenia (Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001).

Analizując sposób kształtowania się zachowań zdrowotnych w badanej grupie uzyskano wyniki wskazujące na przeciętne nasilenie zachowań zdrowotnych.

Zgodnie z koncepcją zachowań zdrowotnych opracowaną przez Zygryd Juczyński (2009), zachowania zdrowotne obejmują działania związane z prawidłowym odżywianiem, aktywnością fizyczną, profilaktyką zdrowotną oraz radzeniem sobie ze stresem. Styl życia kształtowany jest przez czynniki indywidualne (np. przekonania zdrowotne) oraz środowiskowe (warunki pracy, dostęp do zasobów).

Badania prowadzone w Polsce przez Barbarę Woynarowską (2017) wskazują, że w populacji osób aktywnych zawodowo jedynie około 30–40% spełnia zalecenia dotyczące regularnej aktywności fizycznej, a podobny odsetek deklaruje prawidłowe nawyki żywieniowe. W kontekście tych danych przeciętny poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie nie odbiega znacząco od populacji ogólnej. Jednocześnie badania prowadzone wśród lekarzy przez Frank i współpracowników (2010) wykazały, że około 70% lekarzy deklaruje podejmowanie działań profilaktycznych wobec pacjentów, jednak jedynie około 40–50% regularnie stosuje te same zalecenia wobec siebie. Wyniki te wskazują na rozbieżność między wiedzą a praktyką, co znajduje potwierdzenie również w niniejszym badaniu. Przeciętny poziom zachowań zdrowotnych w badanej grupie może być interpretowany jako efekt balansowania między wiedzą a praktyką. Personel medyczny posiada wiedzę dotyczącą profilaktyki, jednak specyfika pracy – system zmianowy, dyżury nocne, przeciążenie obowiązkami – może ograniczać możliwość realizacji zasad zdrowego stylu życia (Woynarowska, 2017). W



literaturze wskazuje się również, że chroniczny stres zawodowy sprzyja podejmowaniu mniej korzystnych zachowań zdrowotnych, takich jak nieregularne posiłki, ograniczona aktywność fizyczna czy zaburzenia snu (Ogińska-Bulik, 2010). Wyniki niniejszego badania pozostają spójne z tymi obserwacjami.

Trzecie pytanie badawcze dotyczyło zależności między nasileniem wypalenia zawodowego a takimi zmiennymi, jak płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie i miejsce zamieszkania. Uzyskane wyniki wskazują, że niektóre z tych zmiennych różnicowały poziom wybranych komponentów wypalenia, jednak zależności te nie miały charakteru uniwersalnego. Analiza zmiennych socjodemograficznych wykazała, że płeć różnicowała niektóre wymiary wypalenia zawodowego. Kobiety charakteryzowały się niższym poziomem depersonalizacji, ale jednocześnie wyższym poziomem obniżonego poczucia osiągnięć osobistych w porównaniu z mężczyznami. Wyniki te są częściowo zgodne z wcześniejszymi badaniami, w których wskazywano, że kobiety częściej internalizują niepowodzenia zawodowe, co może prowadzić do obniżonej samooceny zawodowej, natomiast mężczyźni częściej reagują dystansowaniem emocjonalnym (Andruszkiewicz & Basińska, 2016).

Wiek badanych istotnie różnicował poziom depersonalizacji oraz obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Najwyższe nasilenie depersonalizacji odnotowano wśród najmłodszych pracowników, natomiast najniższe w grupie powyżej 50. roku życia. Może to świadczyć o roli doświadczenia zawodowego oraz wykształconych strategii radzenia sobie ze stresem, które wraz z wiekiem ograniczają tendencję do cynizmu i dystansowania się wobec pacjentów. Jednocześnie najwyższe obniżenie poczucia osiągnięć osobistych stwierdzono u osób starszych, co może być związane z ograniczonymi możliwościami awansu, zmęczeniem wieloletnią pracą oraz mniejszymi perspektywami rozwoju zawodowego. W literaturze podkreśla się, że młodszy pracownicy mogą doświadczać silniejszego stresu adaptacyjnego, natomiast osoby z dłuższym stażem pracy są narażone na skutki przewlekłego przeciążenia (Sęk, 2012).

Stan cywilny okazał się istotnym czynnikiem różnicującym depersonalizację oraz poczucie osiągnięć osobistych. Najniższy poziom obniżonego poczucia osiągnięć osobistych występował u osób stanu wolnego, natomiast najwyższy u osób owdowiałych. Wyniki te mogą wskazywać na znaczenie wsparcia społecznego oraz obciążenia wynikającego z dodatkowych doświadczeń życiowych, które nasilają podatność na wypalenie zawodowe (Heszen & Sęk, 2020). Stan cywilny może pełnić funkcję czynnika ochronnego poprzez dostęp do wsparcia społecznego. Wsparcie to redukuje negatywne skutki stresu zawodowego i sprzyja lepszemu



radzeniu sobie z trudnościami (Basińska, 2013). Częściowe potwierdzenie tej zależności w niniejszym badaniu wskazuje na znaczenie relacji pozazawodowych w profilaktyce wypalenia.

Istotne różnice ujawniły się również w zależności od wykształcenia. Osoby z wykształceniem wyższym magisterskim charakteryzowały się najniższym poziomem depersonalizacji, ale jednocześnie najwyższym obniżeniem poczucia osiągnięć osobistych. Może to wynikać z wysokich oczekiwań wobec własnej pracy oraz rozbieżności pomiędzy aspiracjami zawodowymi a realnymi możliwościami ich realizacji w systemie ochrony zdrowia.

Miejsce zamieszkania różnicowało poziom wyczerpania emocjonalnego oraz obniżonego poczucia osiągnięć osobistych – wyższe nasilenie tych wymiarów występowało u osób mieszkających w miastach. Wynik ten można interpretować w kontekście większego tempa życia, większego obciążenia pracą oraz częstszego kontaktu z trudnymi sytuacjami klinicznymi w miejskich placówkach ochrony zdrowia.

Kolejnym poddanym analizie problemem badawczym było badanie zależności między zachowaniami zdrowotnymi a zmiennymi socjodemograficznymi i zawodowymi. Uzyskane wyniki sugerują, że styl życia jest determinowany przez złożoną konfigurację czynników. Zmienność zachowań zdrowotnych może wynikać z różnic w dostępności czasu wolnego, charakterze pracy, systemie zmianowym oraz obciążeniu obowiązkami.

W zakresie zachowań zdrowotnych badani pracownicy ochrony zdrowia prezentowali ogólny poziom zachowań prozdrowotnych na poziomie przeciętnym. Najlepiej oceniane było pozytywne nastawienie psychiczne, natomiast najslabiej – prawidłowe nawyki żywieniowe oraz praktyki zdrowotne. Wyniki te są zgodne z obserwacjami Juczyńskiego (2012), wskazującymi, że nawet osoby posiadające wiedzę medyczną często zaniedbują własne potrzeby zdrowotne w warunkach przewlekłego stresu.

Płeć, wiek oraz stan cywilny istotnie różnicowały poziom zachowań zdrowotnych. Kobiety oraz osoby młodsze charakteryzowały się wyższym poziomem zachowań prozdrowotnych, co potwierdza wcześniejsze doniesienia o większej dbałości kobiet o zdrowie oraz większej elastyczności zachowań zdrowotnych u osób młodszych. Najniższy poziom zachowań zdrowotnych odnotowano u osób rozwiedzionych, co może wskazywać na znaczenie czynników psychospołecznych w kształtowaniu stylu życia.

W świetle modelu wymagań–zasobów pracy rozwijanego przez Arnold B. Bakker i Evangelia Demerouti (2007), nadmierne wymagania zawodowe ograniczają zasoby energetyczne jednostki, co może utrudniać podejmowanie działań prozdrowotnych. Wyniki niniejszego badania potwierdzają znaczenie organizacyjnego kontekstu pracy.



Piąte pytanie badawcze miało charakter kluczowy dla niniejszej pracy. Analiza korelacyjna wykazała istotne zależności między wybranymi wymiarami wypalenia a poziomem zachowań zdrowotnych. Uzyskane wyniki potwierdzają zatem istnienie istotnych zależności pomiędzy wypaleniem zawodowym a zachowaniami zdrowotnymi. Wyższy poziom wypalenia, szczególnie w wymiarze wyczerpania emocjonalnego i obniżonego poczucia osiągnięć osobistych, wiązał się z gorszym funkcjonowaniem w zakresie zachowań prozdrowotnych. Zależność ta ma charakter dwukierunkowy – wypalenie sprzyja zaniedbywaniu zdrowia, a brak zachowań prozdrowotnych ogranicza zdolność regeneracji i radzenia sobie ze stresem.

Podobne zależności odnotowała Nina Ogińska-Bulik (2017), wskazując, że wyższy poziom stresu zawodowego wiązał się z częstszym podejmowaniem niekorzystnych zachowań zdrowotnych, takich jak nieregularne posiłki czy ograniczona aktywność fizyczna. W badaniach tych korelacje miały charakter umiarkowany (r w przedziale 0,20–0,35), co jest zbliżone do zależności obserwowanych w niniejszej pracy. Zależności te można interpretować w świetle teorii zachowania zasobów autorstwa Stevan E. Hobfoll (1989), zgodnie z którą przewlekła utrata zasobów psychicznych prowadzi do dalszej redukcji działań regeneracyjnych. Osoba wyczerpana emocjonalnie może mieć ograniczoną motywację do aktywności fizycznej czy dbałości o dietę. Jednocześnie podejmowanie zachowań zdrowotnych może pełnić funkcję czynnika ochronnego, zwiększającego odporność na stres. Wyniki niniejszego badania wskazują na istnienie istotnego powiązania między stanem psychicznym a stylem życia personelu medycznego.

Badano także, czy wpływ czynników związanych z wykonywaną pracą na poziom wypalenia zawodowego. Uzyskane wyniki potwierdzają, że środowisko pracy stanowi istotny predyktor wybranych komponentów wypalenia.

W badaniach własnych wiek i wybrane czynniki zawodowe różnicowały poziom wypalenia. W badaniach Ogińskiej-Bulik (2017) młodsze pielęgniarki częściej deklarowały wyższy poziom wyczerpania emocjonalnego, natomiast osoby z długim stażem pracy częściej doświadczały obniżonego poczucia osiągnięć osobistych. Tendencja ta częściowo znajduje potwierdzenie w niniejszej pracy.

W odniesieniu do miejsca pracy Wilczek-Rużyczka (2014) wskazywała, że personel oddziałów zabiegowych i ratunkowych prezentował wyższe nasilenie wyczerpania emocjonalnego niż pracownicy oddziałów zachowawczych. Jeżeli w badaniach własnych zaobserwowano podobną tendencję, można uznać ją za zgodną z ustaleniami literatury



Polskie badania wskazują, że przeciążenie pracą, niedostateczne wsparcie ze strony przełożonych oraz niejasność ról zawodowych zwiększają ryzyko wypalenia (Ogińska-Bulik, 2006; Wilczek-Rużyczka, 2014). Wyniki niniejszego badania pozostają zgodne z tymi ustaleniami.

Analiza porównawcza badań własnych z literaturą wskazuje, że:

- poziom wypalenia zawodowego w badanej grupie mieści się w zakresie obserwowanym w polskich badaniach (około 30–50% pracowników z wysokim nasileniem przynajmniej jednego komponentu),
- wyczerpanie emocjonalne pozostaje dominującym komponentem wypalenia,
- zachowania zdrowotne utrzymują się na poziomie przeciętnym, podobnie jak w populacji ogólnej,
- istnieją umiarkowane zależności między wypaleniem a stylem życia, co jest zgodne z wcześniejszymi badaniami.

Uzyskane wyniki nie odbiegają istotnie od tendencji obserwowanych w literaturze krajowej, co wzmacnia ich wiarygodność i potwierdza aktualność problematyki wypalenia zawodowego w ochronie zdrowia.

Wnioski

Na podstawie analizy przeprowadzonych badań sformułowano następujące wnioski:

1. Wypalenie zawodowe wśród pracowników ochrony zdrowia stanowi istotny problem, a najwięcej osób odczuwa wysoki poziom obniżenia poczucia satysfakcji z osiągnięć osobistych.
2. Zachowania zdrowotne badanych pracowników ochrony zdrowia kształtują się na poziomie przeciętnym, przy najniższym nasileniu w zakresie nawyków żywieniowych i praktyk zdrowotnych. Pracownicy medyczni, pomimo wysokiej świadomości zdrowotnej, często nie realizują zaleceń dotyczących zdrowego stylu życia.
3. Płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania różnicują wybrane wymiary wypalenia zawodowego. Nie zaobserwowano jednak jednego czynnika wyraźnie warunkującego poziom wypalenia zawodowego.
4. Płeć, wiek oraz stan cywilny istotnie różnicują poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia.
5. Istnieje związek pomiędzy poziomem wypalenia zawodowego a zachowaniami zdrowotnymi w wymiarach depersonalizacji i obniżonego poziomu poczucia osiągnięć osobistych wyższe nasilenie wypalenia wiąże się z gorszymi zachowaniami prozdrowotnymi. Potwierdza to stawianą hipotezę, że nasilone objawy wypalenia zawodowego korelują z mniej korzystnym stylem życia.
6. Uzyskane wyniki wskazują na konieczność wdrażania systemowych działań profilaktycznych, obejmujących zarówno redukcję stresu zawodowego, jak i promocję zachowań zdrowotnych wśród personelu medycznego gdyż w dużej mierze potwierdzono hipotezę, iż charakter pracy i miejsce zatrudnienia miały wpływ na poziom niektórych komponentów wypalenia zawodowego.
7. Istotną rolę w profilaktyce wypalenia zawodowego powinni odgrywać psychologowie, poprzez prowadzenie działań psychoedukacyjnych, wsparcie indywidualne oraz interwencje ukierunkowane na wzmacnianie zasobów osobistych.



Podsumowanie

W niniejszej pracy podjęto próbę wieloaspektowej analizy zjawiska wypalenia zawodowego oraz jego związku z zachowaniami zdrowotnymi wśród pracowników ochrony zdrowia. Zagadnienie to ma kluczowe znaczenie zarówno dla funkcjonowania jednostki, jak i dla jakości świadczonej opieki medycznej oraz stabilności całego systemu ochrony zdrowia. Wyniki badań przeprowadzonych w grupie 227 pracowników z województwa małopolskiego pozwalają na sformułowanie szeregu wniosków, które potwierdzają złożoność i aktualność problematyki wypalenia oraz wskazują na istotne obszary wymagające działań profilaktycznych, edukacyjnych i organizacyjnych.

Przed wszystkim badania potwierdziły, że wypalenie zawodowe jest zjawiskiem powszechnym i w widoczny sposób dotyka znaczną część personelu medycznego. Najbardziej nasilonym jego komponentem okazało się obniżone poczucie osiągnięć osobistych. Wynik ten wskazuje, że wielu pracowników ochrony zdrowia doświadcza trudności w utrzymaniu poczucia skuteczności zawodowej, co może mieć związek z warunkami pracy, brakiem wsparcia organizacyjnego oraz wysokimi wymaganiami emocjonalnymi. Wyczerpanie emocjonalne również przybrało wartości umiarkowane i wysokie, co potwierdza, że praca w sektorze medycznym wiąże się z przewlekłą ekspozycją na stresory i obciążenia psychofizyczne. Depersonalizacja, choć występowała rzadziej, również była obecna, szczególnie u młodszych pracowników oraz mężczyzn — co jest zgodne z wynikami badań innych autorów, wskazujących, że może pełnić ona funkcję mechanizmu radzenia sobie w sytuacji przeciążenia emocjonalnego.

Istotnym elementem niniejszej pracy było również zbadanie zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia. Pomimo wysokiej świadomości znaczenia zdrowego stylu życia, uzyskane wyniki pokazały jedynie przeciętny poziom zachowań prozdrowotnych. Najwyżej oceniono pozytywne nastawienie psychiczne, co może odzwierciedlać zdolność pracowników do mobilizacji zasobów emocjonalnych w obliczu stresu. Jednak obszary takie jak praktyki zdrowotne i prawidłowe nawyki żywieniowe uzyskały wyniki wyraźnie niższe.

Ważnym elementem badań było określenie związku pomiędzy wypaleniem zawodowym a zachowaniami zdrowotnymi. Uzyskane wyniki potwierdzają, że istnieje zależność między tymi dwoma obszarami — wyższy poziom wypalenia, szczególnie w wymiarze depersonalizacji oraz obniżonego poczucia osiągnięć osobistych wiąże się ze słabszymi zachowaniami prozdrowotnymi. Sugeruje to, że osoby doświadczające wypalenia częściej zaniedbują sen, odżywianie, aktywność fizyczną czy badania profilaktyczne, co z kolei



może pogłębiać stan wyczerpania i prowadzić do pogorszenia zdrowia psychicznego. Zależność ta wpisuje się w model błędnego koła stresu, w którym przeciążenie zawodowe prowadzi do zaniedbywania zdrowia, co z kolei obniża odporność na stres i zwiększa podatność na wypalenie.

Wyniki badań wskazują również, że czynniki socjodemograficzne oraz związane z wykonywaną pracą wpływają zarówno na poziom wypalenia zawodowego, jak i zachowań zdrowotnych. Płeć, wiek, stan cywilny, wykształcenie oraz miejsce zamieszkania okazały się zmiennymi istotnie różnicującymi niektóre komponenty wypalenia. Kobiety częściej doświadczały obniżonego poczucia osiągnięć, natomiast mężczyźni wyższego poziomu depersonalizacji. Osoby młode wykazywały większą podatność na depersonalizację, natomiast pracownicy powyżej 50. roku życia częściej deklarowali niskie poczucie skuteczności zawodowej. Stan cywilny okazał się ważnym czynnikiem — osoby rozwiedzione i owdowiałe osiągały mniej korzystne wyniki zarówno pod względem wypalenia, jak i zachowań zdrowotnych, co podkreśla znaczenie wsparcia społecznego w radzeniu sobie ze stresem zawodowym.

Cennym wnioskiem płynącym z badań jest również znaczenie kontekstu pracy miejsce zatrudnienia oraz rodzaj wykonywanego zawodu wpływały na poziom wypalenia. Wyższe nasilenie depersonalizacji i wyczerpania emocjonalnego może wynikać z częstego kontaktu z przewlekłym cierpieniem, a także z obciążenia emocjonalnego wynikającego z opieki nad pacjentami w ciężkim stanie. Osoby pracujące w sanatoriach uzyskiwały korzystniejsze wyniki, co potwierdza, że warunki pracy i charakter pacjentów mają ogromne znaczenie dla dobrostanu psychicznego pracowników.

Podsumowując, niniejsza praca potwierdza, że wypalenie zawodowe stanowi realne zagrożenie dla zdrowia i funkcjonowania personelu medycznego, a jego konsekwencje wykraczają poza obszar życia zawodowego, wpływając na jakość życia, relacje społeczne i zachowania zdrowotne. Wyniki wskazują na konieczność wprowadzania systemowych rozwiązań, które pozwolą ograniczyć skutki przeciążenia zawodowego — zarówno poprzez zmiany organizacyjne, jak i działania profilaktyczne, szkoleniowe oraz indywidualne wsparcie psychologiczne. Szczególną rolę w tym obszarze powinni pełnić psychologowie pracujący w ochronie zdrowia, wspierając pracowników w radzeniu sobie z trudnymi emocjami, rozwijaniu umiejętności samoregulacji i dbaniu o zdrowie psychiczne.



Bibliografia

- Ajzen, I. (1991). *The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211.
- Andruszkiewicz, A., & Basińska, M. A. (2016). *Promocja zdrowia*. PZWL.
- Andruszkiewicz, A., & Basińska, M. A. (2016). *Stres zawodowy w pracy pielęgniarek*. Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Antonovsky, A. (1995). *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Warszawa: Fundacja IPiN.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). *The job demands–resources model: State of the art. Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309–328.
- Basińska, M. A. (2013). Wsparcie społeczne a radzenie sobie ze stresem w zawodach medycznych. *Medycyna Pracy*, 64(2), 245–256.
- Basińska, M. A., & Wilczek-Rużyczka, E. (2011). Wypalenie zawodowe wśród pracowników ochrony zdrowia. *Pielęgniarstwo XXI wieku*, 3, 45–52.
- Bąk-Sosnowska, M. (2019). *Psychologia zachowań zdrowotnych*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bielan, O., Kurnatowska, O., & Kurnatowska, A. J. (2011). Wypalenie zawodowe wśród studiujących pielęgniarek. *Psychiatria i Psychologia Kliniczna*, 11(3), 175–182.
- de Girolamo, G., Cerveri, G., Clerici, M., Monzani, E., Spinogatti, F., Starace, F., ... & Vita, A. (2021). *Mental health in the coronavirus disease 2019 emergency—the Italian response. JAMA Psychiatry*, 78(9), 971–972.
- Foster, R. G., & Wulff, K. (2005). *The rhythm of rest: Circadian mechanisms of sleep regulation. New England Journal of Medicine*, 353(19), 1972–1980.



- Frank, E., Segura, C., Shen, H., & Oberg, E. (2010). *Predictors of Canadian physicians' prevention counseling practices. Canadian Journal of Public Health, 101*(5), 390–395.
- Halbesleben, J. R. B. (2006). *Sources of social support and burnout. Journal of Applied Psychology, 91*(5), 1134–1145.
- Heszen, I., & Sęk, H. (2020). *Psychologia zdrowia* (wyd. 3). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Hobfoll, S. E. (1989). *Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. American Psychologist, 44*(3), 513–524.
- Juczyński, Z. (2012). *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Koradecka, D. (2016). *Bezpieczeństwo pracy i ergonomia*. CIOP-PIB.
- Leiter, M. P., & Maslach, C. (2004). *Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. Research in Occupational Stress and Well Being, 3*, 91–134.
- Makara-Studzińska, M. (2022). Wypalenie zawodowe pracowników ochrony zdrowia po pandemii COVID-19. *Medycyna Pracy, 73*(2), 123–131.
- Makara-Studzińska, M. (2022). Zdrowie psychiczne personelu medycznego w czasie pandemii COVID-19. *Psychiatria Polska, 56*(2), 345–360.
- Maslach, C. (2006). Wypalenie w perspektywie wielowymiarowej. Sęk W. (red.) *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior, 2*(2), 99–113.
- Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (2011). *Wypalenie zawodowe. Jak sobie radzić z wyczerpaniem*. Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: A multidimensional perspective*. New York, NY: Psychology Press.



Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). *Job burnout. Annual Review of Psychology*, 52, 397–422.

Ogińska-Bulik, N. (2017). Stres zawodowy i jego konsekwencje w grupie pracowników ochrony zdrowia. *Medycyna Pracy*, 68(3), 371–381.

Ogińska-Bulik, N. (2017). *Stres zawodowy w zawodach pomocowych*. Difin.

Pasikowski T (2009) Polish adaptation of the Maslach Burnout Inventory Questionnaire. In: Sęk H. (eds) *Occupational burnout. Causes and prevention*. Wydawnictwo Naukowe PWN Warszawa, p 135-149.

Schaufeli, W. B., & Taris, T. W. (2005). *The conceptualization and measurement of burnout. Work & Stress*, 19(3), 256–262.

Sęk, H. (2021). Psychologiczne konsekwencje pandemii COVID-19 u pracowników ochrony zdrowia. *Psychologia Zdrowia*, 1(1), 7–20.

Sęk, H. (2019). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (2019). Wypalenie zawodowe – uwarunkowania i konsekwencje. W: H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna* (s. 425–447). Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (2019). *Wypalenie zawodowe. Przyczyny i zapobieganie*. Wydawnictwo Naukowe PWN.

Sęk, H. (2021). Zdrowie psychiczne pracowników ochrony zdrowia w czasie pandemii COVID-19. *Psychiatria Polska*, 55(4), 739–752.

Sęk, H., & Cieślak, R. (2011). *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Shanafelt, T. D., Boone, S., Tan, L., et al. (2015). *Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians. Mayo Clinic Proceedings*, 90(12), 1600–1613.

Sonnentag, S., & Fritz, C. (2015). *Recovery from job stress: The stressor-detachment model as an integrative framework. Journal of Organizational Behavior*, 36(S1), S72–S103.



Widerszal-Bazyl, M. (2018). Psychospołeczne warunki pracy a zdrowie. *Bezpieczeństwo Pracy*, 6, 12–16.

Wilczek-Rużyczka, E. (2014). *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*. Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM.

World Health Organization. (2020). *Global strategy on health, environment and climate change*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2020). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. Geneva: World Health Organization.

Wojnarowska, B. (2017). *Edukacja zdrowotna*. Wydawnictwo Naukowe PWN.



Spis tabel

Tabela 1. Charakterystyka badanych pracowników ochrony zdrowia w aspekcie socjo-demograficznym

Tabela 2. Charakterystyka badanych osób w aspekcie wykonywanej pracy w ochronie zdrowia

Tabela 3. Opis statystyczny wskaźników wypalenia zawodowego w wynikach surowych i przeliczonych do skali procentowej

Tabela 4. Charakterystyka badanych pracowników ochrony zdrowia w aspekcie ich zachowań zdrowotnych

Tabela 5. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Tabela 6. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Tabela 7. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Tabela 8. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Tabela 9. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Tabela 10. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Tabela 11. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Tabela 12. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Tabela 13. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego



Tabela 14. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Tabela 15. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Tabela 16. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Tabela 17. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Tabela 18. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Tabela 19. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Tabela 20. Poziom zachowa zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Tabela 21. Poziom zachowa zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Tabela 22. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Tabela 23. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Tabela 24. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Tabela 25. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od zawodu jaki wykonują

Tabela 26. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy



Tabela 27. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od obsługiwanej przez nich grupy wiekowej pacjentów

Tabela 28. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Tabela 29. Korelacja między nasileniem wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia a ich zachowaniami zdrowotnymi

Tabela 30. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Tabela 31. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Tabela 32. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Tabela 33. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Tabela 34. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Tabela 35. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Tabela 36. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od grupy wiekowej obsługiwanych pacjentów

Tabela 37. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od grupy wiekowej obsługiwanych pacjentów

Tabela 38. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od grupy wiekowej obsługiwanych pacjentów

Tabela 39. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków



Tabela 40. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Tabela 41. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków



Spis rycin

Rycina 1. Wskaźniki wypalenia zawodowego pracowników ochrony zdrowia wyrażone w skali procentowej

Rycina 2. Poziom wypalenia zawodowego w grupie badanych pracowników ochrony zdrowia

Rycina 331. Średni profil zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia

Rycina 432. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Rycina 5. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Rycina 6. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Rycina 7. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Rycina 8. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Rycina 9. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Rycina 10. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Rycina 1133. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wykształcenia

Rycina 12. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania

Rycina 13. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca zamieszkania



Rycina 14. Poziom zachowa zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich płci

Rycina 15. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich wieku

Rycina 1634. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich stanu cywilnego

Rycina 17. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Rycina 18. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od obsługiwanej przez nich grupy wiekowej pacjentów

Rycina 19. Poziom zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Rycina 20. Wpływ poziomu zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia na ich wypalenie zawodowe w aspekcie wyczerpania emocjonalnego

Rycina 21. Wpływ poziomu zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia na ich wypalenie zawodowe w aspekcie depersonalizacji

Rycina 22. Wpływ poziomu zachowań zdrowotnych pracowników ochrony zdrowia na ich wypalenie zawodowe w aspekcie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych

Rycina 23. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Rycina 2435. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od wykonywanego zawodu

Rycina 25. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Rycina 2636. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy



Rycina 2737. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich miejsca pracy

Rycina 28. Nasilenie wyczerpania emocjonalnego pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Rycina 29. Nasilenie depersonalizacji pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków

Rycina 3038. Nasilenie obniżonego poczucia osiągnięć osobistych pracowników ochrony zdrowia w zależności od ich zadowolenia z zarobków



Aneks

ANKIETA

Szanowna Pani/ Szanowny Panie. Jestem studentem WSB-NLU w Nowym Sączu na kierunku Psychologia. Zwracam się z uprzejmą prośbą o uzupełnienie poniższej ankiety, która posłuży mi do napisania pracy magisterskiej na temat wypalenia zawodowego i zachowań zdrowotnych. Kwestionariusz ankiety ma charakter anonimowy.

W pytaniach zamkniętych należy znakiem X zaznaczyć jedną odpowiedź, chyba że obok znajduje się adnotacja o większej możliwości odpowiedzi.

Dziękuję za poświęcony czas!

1. Płeć

- a) kobieta
- b) mężczyzna

2. Wiek

- a) do 30 lat
- b) 31 – 40 lat
- c) 41 – 50 lat
- d) powyżej 50 lat

3. Stan cywilny

- a) panna/kawaler
- b) w związku małżeńskim
- c) rozwiedziona/ rozwiedziony
- d) wdowa/wdowiec

4. Wykonywany zawód

- a) lekarz
- b) pielęgniarka/pielęgniarz
- c) fizjoterapeutka/fizjoterapeuta
- d) inny

5. Wykształcenie

- a) średnie
- b) wyższe licencjackie
- c) wyższe magisterskie



6. Miejsce zamieszkania

- a) wieś
- b) miasto

7. Miejsce pracy (można zaznaczyć więcej niż jedno)

- a) szpital
- b) sanatorium
- c) przychodnia lub leczenie ambulatoryjne
- d) DPS lub ZOL lub dom opieki społecznej
- e) prywatna praktyka
- f) inna odpowiedź.....

8. Grupa wiekowa z jaką Pani/Pan pracuje to:

- a) dorośli
- b) dzieci
- c) dorośli i dzieci

9. Czy jest Pani/Pan zadowolona/zadowolony ze swoich zarobków?

- a) tak
- b) nie



POMIAR NASILENIA WYPALENIA ZAWODOWEGO *

Kwestionariusz do badania wypalenia zawodowego MBI Maslach i Jackson. Jak często miewasz podane poniżej odczucia?

Dla wyrażenia częstotliwości proszę zastosować następującą skalę: 0- nigdy, 1- kilka razy w roku, 2- raz w miesiącu, 3- kilka razy w miesiącu, 4- raz w tygodniu, 5- kilka razy w tygodniu, 6- codziennie.



Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

	0	1	2	3	4	5	6
1. Moja praca powoduje, że czuję się emocjonalnie wyczerpany.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2. Pod koniec dnia pracy czuję się wykończony.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3. Czuję się zmęczony, gdy wstaję rano i jestem zmuszony zmierzyć się z jeszcze jednym dniem pracy.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Z łatwością potrafię zrozumieć odczucia i przekonania współpracowników.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5. W stosunku do niektórych współpracowników zachowuję się tak, jak gdyby byli przedmiotami, a nie osobami.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6. Codzienna praca z ludźmi jest dla mnie nadmiernie obciążająca.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Potrafię skutecznie uporać się z problemami współpracowników.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8. Praca powoduje, że czuję się wypalony.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



9. Czuję, że moja praca wpływa pozytywnie na życie innych ludzi.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10. Stałem się bardziej obojętny wobec innych odkąd podjąłem tę pracę.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11. Obawiam się, że praca powoduje u mnie stan zubożenia.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12. Czuję, że jestem pełen energii.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13. Mam poczucie niespełnienia w pracy.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14. Mam poczucie przeciążenia pracą.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15. Tak naprawdę nie dbam o to, co się dzieje z moimi współpracownikami.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16. Moja praca z ludźmi wiąże się z nadmiernym napięciem.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17. Potrafię łatwo stworzyć atmosferę odprężenia u współpracowników.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
18. Bezpośrednia praca z ludźmi dodaje mi energii.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19. W tej pracy wiele spośród moich dokonań jest bardzo wartościowych.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
20. Czuję, że jestem u kresu	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

wytrzymałości



21. Z dużym
spokojem potrafię
sobie poradzić z
problemami
emocjonalnymi
Pojawiającymi się
pracy.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

22. Mam poczucie,
że współpracownicy
zrzucają na mnie
Odpowiedzialność
za niektóre swoje
problemy.

☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



INWENTARZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH **

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Przy każdym zdaniu proszę zaznaczyć jedną cyfrę. Cyfry oznaczają: 1- prawie nigdy, 2- rzadko, 3- od czasu do czasu, 4- często, 5- prawie zawsze.

Zaznacz wszystkie właściwe odpowiedzi.

	1	2	3	4	5
1. Jem dużo warzyw, owoców.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Unikam przeziębień.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Wystarczająco dużo odpoczywam.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Ograniczam spożywanie takich produktów jak tłuszcze zwierzęce, cukier.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Unikam przepracowania.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Dbam o prawidłowe odżywianie.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Kontroluję swoją wagę ciała.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Unikam spożywania żywności z konserwantami.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Wystarczająco dużo śpię.	☐	☐	☐	☐	☐



17. Unikam soli i silnie solonej żywności.	☐	☐	☐	☐	☐
18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób.	☐	☐	☐	☐	☐
19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Ograniczam palenie tytoniu.	☐	☐	☐	☐	☐
21. Jem pełnoziarniste pieczywo.	☐	☐	☐	☐	☐
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Myślę pozytywnie.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego.	☐	☐	☐	☐	☐

25. Inne zachowania, które podejmuję, a które są według mnie ważne dla zdrowia (proszę napisać)

.....



Opis zastosowanych narzędzi:

* POMIAR NASILENIA WYPALENIA ZAWODOWEGO

Kwestionariusz do badania wypalenia zawodowego MBI Maslach i Jackson

Został opracowany przez Maslach i Jackson w roku 1981, później został kilkakrotnie modyfikowany. □ Jest to opisowy kwestionariusz zawierający 22 stwierdzenia dotyczące odczuć. Ocenia trzy wymiary wypalenia: 9 stwierdzeń odnosi się do emocjonalnego wyczerpania, 5 do depersonalizacji, a 8 do obniżonego poczucia dokonań osobistych. Odpowiedzi udzielne są według 7- punktowej skali częstości występowania danego odczucia od „nigdy” do „każdego dnia”.

** INWENTARZ ZACHWAŃ ZDROWOTNYCH (IZZ)

Narzędzie skierowane jest do osób dorosłych, zdrowych i chorych. Narzędzie składa się z 24 stwierdzeń dotyczących różnorodnych zachowań związanych ze zdrowiem. Na podstawie wskazywanych przez badanych zachowań i ich częstotliwości określa się ogólne nasilenie zachowań wpływających na zdrowie oraz stopień nasilenia ich wyodrębnionych czterech kategorii:

- prawidłowe nawyki żywieniowe,
- zachowania profilaktyczne,
- praktyki zdrowotne,
- pozytywne nastawienie psychiczne.

Wynik wskazuje ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych.

