



# WZAJEMNE RELACJE MIĘDZY WYPALENIEM ZAWODOWYM, PRACĄ EMOCJONALNĄ I ZAANGAŻOWANIEM W PRACĘ U PRACOWNIKÓW OCHRONY ZDROWIA

THE RECIPROCAL RELATIONSHIP BETWEEN OCCUPATIONAL BURNOUT, EMOTIONAL LABOR AND WORK ENGAGEMENT IN HEALTHCARE SPECIALISTS

Maciej Załuski, Marta Makara-Studzińska

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

## STRESZCZENIE

**Wstęp:** Praca emocjonalna (*emotional labour* – EL) jest kompetencją równoważącą zaangażowanie w pracę (*work engagement* – WE) i autentyczność w relacji z pacjentem z ograniczeniami zasobów psychofizycznych człowieka. Zasadniczym celem badania było poznanie wzajemnych związków występujących między EL, poziomem WE i nasileniem zespołu wypalenia zawodowego (*occupational burnout syndrome* – OBS) w grupie polskich pielęgniarek. W artykule przedstawiono wyniki badań mających na celu sprawdzenie sposobu, w jaki ukrywanie uczuć (*hiding feelings* – HF) i głębokie przetwarzanie emocji w kontakcie z pacjentem moderują relację między WE a poziomem OBS. **Materiał i metody:** Przeprowadzono korelacyjne badanie przekrojowe z wykorzystaniem metod pomiaru ilościowego. Uczestnicy wypełnili 3 wystandaryzowane kwestionariusze (polskojęzyczne wersje): *Kwestionariusz wypalenia zawodowego Link* (*Link Burnout Questionnaire*), *Skalę płytkiej i głębokiej pracy emocjonalnej* (*Deep Acting and Surface Acting Scale*) oraz *Praca i samopoczucie* (*Utrecht Work Engagement Scale*). Grupę badaną dobrano losowo w jednym ze szpitali specjalistycznych w Krakowie. Saturację danych zakończono po uzyskaniu 100 zestawów poprawnie wypełnionych kwestionariuszy. W badaniu wzięło udział 100 pielęgniarek (wiek:  $M \pm SD = 36,91 \pm 10,12$  roku, staż pracy:  $M \pm SD = 14,77 \pm 10,89$  roku). Do analizy wykorzystano oprogramowanie IBM SPSS Statistics 24 z makrem PROCESS v. 3.1 Hayes. **Wyniki:** W badaniu stwierdzono występowanie ujemnej relacji między WE a OBS oraz dodatniej między HF a OBS. Wraz ze spadkiem poziomu WE rosło znaczenie HF dla rozwoju objawów OBS. Jeśli niskie WE zbiegało się z częstym stosowaniem strategii HF, to ryzyko wypalenia było wyższe. **Wnioski:** Zaangażowanie w pracę jest konstruktami odrębnymi i ujemnie powiązanim z OBS. Wysoki poziom identyfikacji i zaangażowania w pracę może chronić przed ryzykiem wczesnego wypalenia się osoby, które często ukrywają swoje emocje w miejscu pracy. Praca emocjonalna może prowadzić do różnorodnych negatywnych konsekwencji, a zarazem być zasobem osobowym pracownika medycznego. *Med. Pr.* 2019;70(6):711–722

**Słowa kluczowe:** wypalenie zawodowe, zaangażowanie w pracę, praca emocjonalna, regulacja emocji, procesy psychologiczne, zarządzanie personelem

## ABSTRACT

**Background:** Emotional labor (EL) is a competence balancing work engagement (WE) and authenticity in relationships with the patients with a depletion of psychophysical and emotional resources. The main purpose of the study was to examine the reciprocal relationships between EL, WE and the level of occupational burnout syndrome (OBS) in a group of Polish nurses. The article presents the results of a study aimed at verifying how hiding feelings (HF) and the deep acting of emotions (DA) in contacts with patients serve as moderators in the relationship between WE and the OBS level. **Material and Methods:** A cross-sectional study was conducted using the quantitative methodology with a correlation design. All the participants completed 3 standardized questionnaires (Polish versions): the *Link Burnout Questionnaire*, the *Deep Acting and Surface Acting Scale*, and the *Utrecht Work Engagement Scale*. The research sample was randomly selected in one of the hospitals in Kraków. Data saturation was completed upon obtaining a set of 100 correctly completed questionnaires. The study covered 100 nurses (age:  $M \pm SD = 36.91 \pm 10.12$  years, seniority  $M \pm SD = 14.77 \pm 10.89$  years). For the analysis of the data, the IBM SPSS Statistics 24 with Hayes PROCESS version 3.1 was employed. **Results:** The study has revealed that there is a negative relationship between WE and OBS, and a positive relationship between HF and OBS. The results have indicated that as the level of WE drops, the importance of HF for explaining the increase in OBS rises. If a low WE coincides with frequent HF, the risk of OBS increases. **Conclusions:** Work engagement is a construct distinct from, and negatively related to, burnout. A high level of identification and engagement in the work may protect people who hide their emotions from the risk of OBS. Emotional labor may lead to a variety of negative consequences, at the same time forming a personal resource of a medical worker. *Med Pr.* 2019;70(6):711–22

**Key words:** burnout syndrome, work engagement, emotional labor, emotion regulation, mental processes, personnel management

Autor do korespondencji / Corresponding author: Maciej Załuski, Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Zakład Psychologii Zdrowia, ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków, e-mail: [maciej.zaluski@uj.edu.pl](mailto:maciej.zaluski@uj.edu.pl)  
Nadesłano: 25 stycznia 2019, zatwierdzono: 4 czerwca 2019

## WSTĘP

Kontakt z cierpieniem, lękiem i gniewem pacjenta nieodłącznie towarzyszy pracownikom medycznym, stanowiąc wyzwanie dla ich wielu kompetencji emocjonalnych: umiejętności empatyzowania, ukrywania negatywnych emocji i zachowania spokoju oraz ujawniania i udawania emocji pozytywnych [1–3]. Wspomniane umiejętności przejawiają się w zachowaniach określanych terminem praca emocjonalna (*emotional labour* – EL). Koncepcję EL, którą opracowano do wyjaśniania zjawisk występujących w zawodach usługowych o charakterze komercyjnym, zaadaptowano do stosowania w zawodach medycznych, o czym świadczy rosnąca liczba badań i doniesień naukowych opublikowanych na świecie w przeciągu ostatnich 10 lat [1,2]. W Polsce problematyka EL była dotychczas rozważana tradycyjnie, czyli w kontekście zawodów usługowych związanych z nauczaniem i wychowaniem oraz zarządzaniem zespołami ludzkimi (informacje na podstawie przeglądu artykułów wyszukanych w Google Scholar), z pominięciem zawodów medycznych.

Grandey opracowała 3-elementowy zintegrowany model EL [3], który zawiera uzupełniające się sposoby definiowania omawianego zjawiska. Model obejmuje:

- 1) wymagania dotyczące łączenia emocji okazywanych przez pracownika z regułami obowiązującymi na stanowisku pracy,
- 2) procesy regulowania emocji za pomocą określonych strategii zarządzania emocjami,
- 3) ekspresję emocji w zachowaniu interpersonalnym zgodnie z oczekiwaniami miejsca pracy.

W badaniu przedstawionym w artykule wykorzystano regulacyjny aspekt EL (pkt 2), chcąc podkreślić wielorakie znaczenie, jakie w wykonywaniu zawodu medycznego mają kompetencje emocjonalne pracownika. Warto przypomnieć, że dzięki umiejętnemu stosowaniu EL przez pracownika medycznego jego interakcje z pacjentem stają się bardziej przewidywalne oraz poszerza się obszar dystansu poznawczego pozwalający zachować obiektywizm i autentyczność we wzajemnej komunikacji. Pracownik medyczny leczy pacjenta zarówno za pomocą wykonywanych czynności medycznych, jak poprzez regulowanie jego emocji, aby w ten sposób zwiększyć poczucie zrozumienia, bycia otoczonym opieką i bezpieczeństwa oraz pomóc przywrócić samokontrolę emocjonalną [4,5]. Regulując emocje, pracownik chroni przestrzeń interpersonalną w relacji z pacjentem przed mimowolnym wnoszeniem własnych negatywnych uczuć.

Regulacja emocji własnych pomaga pracownikowi medycznemu lepiej zrozumieć doświadczenia i oczeki-

wania osoby otaczanej opieką, wspomaga komunikację z pacjentem oraz – dzięki wzbudzeniu emocji pozytywnych – zwiększa jego współdziałanie w leczeniu [6]. Praca emocjonalna służy również kształtowaniu pożądanego klimatu w relacji z rodziną pacjenta, a także atmosfery panującej w zespole pracowniczym [7,8].

Negatywne konsekwencje towarzyszące stosowaniu strategii EL wynikają z konieczności realizowania przez pracownika medycznego oczekiwań dotyczących okazywanych emocji. Są to oczekiwania zarówno pracodawcy, jak i pacjenta, nierzadko sprzeczne z uczuciami pracownika. Przesadnie częsta ekspresja emocji przeciwnych wobec odczuwanych, czyli manipulowanie emocjami, wywołuje stan dysonansu emocjonalnego, który uważany jest za jedno ze źródeł wyczerpywania się emocjonalnego, zespołu wypalenia zawodowego (*occupational burnout syndrome* – OBS) oraz utraty własnej autentyczności [1,8–11]. Fałszowanie uczuć, jeśli następuje często, może osłabiać poczucie wartości własnej, tożsamości i skuteczności zawodowej [12]. Pośrednimi skutkami źle wykonywanej EL mogą być także duża rotacja zawodowa i liczne nieobecności w pracy [13].

Wykonywanie EL jest stresorem działającym w obszarze stosunków interpersonalnych w miejscu pracy, które zachodzą w relacjach zarówno z pacjentami i ich rodzinami, jak i współpracownikami oraz pracownikami administracyjnymi placówek medycznych. Z tego względu EL jest traktowana jako jeden z predyktorów wypalenia zawodowego [8]. Z innej strony stosowanie strategii pracy głębokiej (*deep action* – DA) wymaga od pracownika nabycia umiejętności i jest bezpośrednio powiązane ze sposobami radzenia sobie z emocjonalnymi konsekwencjami pracy.

Praca emocjonalna może być zatem zasobem osobowym, jeśli pracownik medyczny – stosując strategię regulacji składającą się na EL – umiejętnie uprzedza wystąpienie dysonansu emocjonalnego i zapobiega kumulowaniu w sobie negatywnych emocji. Regulując emocje, może przygotować się na ich obecność, wzbudzać je i modulować ich natężenie lub wyłącznie korygować doświadczane uczucia drogą ich tłumienia, relaksacji czy odreagowania w postaci wysiłku fizycznego. Regulacja emocji w relacjach z pacjentami znacząco często polega na udawaniu uczuć pozytywnych (*faking emotions* – FE) i ukrywaniu uczuć negatywnych (*hiding feelings* – HF).

Jest to odpowiedź na oczekiwania społeczne kierowane wobec tej grupy zawodowej. Normy kulturowe i wzorce edukacyjne wymagają od kobiet-pielęgniarek okazy-

wania pacjentom sygnałów otaczania opieką i pielęgnacji, podczas gdy od mężczyzn-lekarzy – powściągliwości emocjonalnej, zdystansowanej troski (*detached concern*), a w niektórych sytuacjach – uzasadnionej złości i oznak niezadowolenia. Negatywny wpływ EL na zasoby osobowe nasila duża liczba interakcji społecznych występujących podczas pracy zawodowej. Ponadto podejmowaniu działań zapobiegawczych nie służy powszechne przekonanie, że są one wyłącznie indywidualną sprawą pracownika.

Dotychczasowe badania potwierdzają występowanie zarówno bezpośrednich, jak i pośrednich związków między wyborem strategii EL a ryzykiem wypalenia [13–15]. W licznych analizach wykazano, że regulowanie emocji za pomocą strategii HF lub FE zwiększa poziom wypalenia w grupie pielęgniarek [14], studentów [8] i sportowców [16], podczas gdy uprzedzanie wystąpienia emocji i ich modulacja za pomocą strategii DA było powiązane zarówno ze wzrostem nasilenia OBS [9], jak i jego spadkiem [15,17]. Autorzy badań tłumaczą te różne wyniki złożonością zjawiska, odmiennosciami kulturowymi badanych grup i niedoskonałością stosowanych narzędzi pomiarowych, a także zróżnicowaniem płciowym badanych osób [9,18]. Badania longitudinalne potwierdziły najczęściej powtarzający się kierunek zależności – stosowanie strategii korygujących (HF i FE) poprzedza wzrost nasilenia OBS [8].

Ze względu na brak jednoznacznych wyjaśnień relacje łączące zaangażowanie w pracę (*work engagement* – WE) z ryzykiem wystąpienia OBS wciąż są przedmiotem badań [19,20]. Według Maslach [19] zaangażowanie i wypalenie to dodatnie i ujemne bieguny jednego wymiaru. Osobę zaangażowaną charakteryzuje energia do działania, pochłonięcie pracą i poczucie skuteczności w przeciwieństwie do osoby wyczerpanej emocjonalnie, którą cechuje zdystansowanie społeczne, cynizm i poczucie braku osiągnięć zawodowych. W modelu zaproponowanym przez Schaufeliego i Bakkerę [19] zaangażowanie w pracę zostało utożsamione z pozytywnym stanem umysłowym przejawiającym się wigorem, poświęceniem emocjonalnym i zaabsorbowaniem poznawczym wykonywanymi czynnościami. Zdaniem autorów WE jest konstruktem odrębnym i ujemnie powiązanim z OBS, ukształtowanym pod wpływem oczekiwań i zasobów osobowych oraz organizacyjnych związanych z pracą. Wigor (*vigor* – V), oddanie się pracy (*dedication* – DE) i zaabsorbowanie pracą (*absorption* – A) to zasoby osobowe dotyczące, odpowiednio, siły fizyczno-energetycznej pracownika oraz zaangażowania emocjonalnego i poznawczego. Jednocześnie są to komponenty WE.

Wyniki badań nie pozwalają jednoznacznie rozróżnić OSB i WE pod względem empirycznym. W analizach statystycznych grup pracowników i studentów wykazano pokrywanie się wskaźników służących do pomiaru OSB (wyczerpanie emocjonalne, cynizm i brak osiągnięć) oraz WE. W wynikach jednego z badań składowe WE i OSB rozdzielono na 2 bipolarne wymiary – energię (wymiar utworzony z wigoru i wyczerpania emocjonalnego) oraz identyfikację (powstałą z połączenia wymiaru oddania się pracy i cynizmu) [20]. W literaturze naukowej istnieją również dowody podważające przypuszczenia Schaufeliego i Bakkerę, które ukazują brak uchwytnej różnicy między wskaźnikami służącymi do pomiaru WE i OSB. Dostępne są także wyniki badań wskazujące na ujemny związek między tymi zmiennymi [21].

Próbą wyjścia z impasu jest propozycja rozpatrywania związków OSB i WE w obszarze powiązań wymagań stawianych w miejscu pracy z zasobami osobowymi pracownika [20]. Zgodnie z modelem *Wymagania pracy – zasoby* (*Job Demands-Resources* – JD-R) procesy wyczerpywania się energetycznego i utraty zdrowia dotyczą związków między wymaganiami pracy a jej wynikami, które są mediowane wypaleniem zawodowym. Procesy stojące za motywacją pracownika – a związane z wykorzystaniem posiadanych zasobów osobowych i osiąganiem pozytywnych rezultatów – są uśrednione wpływem zaangażowania w pracę.

Znane są relacje łączące poziom zaangażowania w pracę ze stosowanymi strategiami EL. Uwzględniono w nich różnice wynikające ze specyfiki wykonywanych zawodów. Uważa się, że przetwarzanie emocji (DA) zamiast ich ukrywania (HF) i udawania (FE) zwiększa poziom zaangażowania w zawodach opiekuńczych. Świadome odczuwanie uczuć lub nazywanie źródeł emocji czyni pracę z drugim człowiekiem bardziej sensowną, upodmiotowioną, empatyczną, pomaga w utrzymaniu dobrej atmosfery miejsca pracy, wzbudza w pracownikach pozytywne emocje wobec zawodu i wzmacnia zaangażowanie. W badaniach prowadzonych w grupach pielęgniarek zaobserwowano, że DA jest dodatnio związane z zaangażowaniem, natomiast związek strategii ukrywania i udawania emocji z zaangażowaniem w pracę jest ujemny [22,23]. W zawodach komercyjnych spotyka się sytuację przeciwną – większe zadowolenie z pracy i niższy poziom OBS współwystępują ze stosowaniem strategii korektywnych [18]. Różnice tłumaczy się rolą i znaczeniem, jakie w profesjonalnym wykonywaniu zawodu opiekuńczego odgrywa powstanie emocjonalnej więzi i autentycznego kontaktu interpersonalnego między osobą pomagającą a osobą otaczaną opieką.

## MATERIAŁ I METODY

### Narzędzia badawcze

W badaniu zastosowano polskojęzyczne, wystandaryzowane wersje narzędzi badawczych. Do pomiaru EL wykorzystano *Skalę płytkiej i głębokiej pracy emocjonalnej (Deep Acting and Surface Acting Scale – DASAS)* [24]. Narzędzie mierzy 3 formy EL (strategie regulacji emocji): DA, HF i FE. Badana osoba odnosi się do opisu 9 zachowań pojawiających się w kontakcie z pacjentem, wykorzystując 5-punktową skalę typu Likerta (gdzie 1 oznacza „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „czasami”, 4 – „często”, 5 – „zawsze”). Suma punktów jest wskaźnikiem częstotliwości stosowania każdej z 3 strategii EL.

Do pomiaru wypalenia zastosowano *Kwestionariusz wypalenia zawodowego Link (Link Burnout Questionnaire – LBQ)* Santinello [25] obejmujący wskaźniki 4 komponentów tworzących zespół OSB: wyczerpania psychofizycznego (*psychophysical exhaustion – PE*), poczucia utraty skuteczności zawodowej (*professional inefficacy – PI*), rozczarowania pracą (*disappointment – DI*) i utraty zaangażowania w relacjach z pacjentem (*relation deterioration – RD*). Dodatkowym wskaźnikiem badanego zjawiska jest sumaryczny wynik wypalenia, tzw. indeks wypalenia ( $OSB^{index}$ ).

Kwestionariusz opracowano, uzupełniając klasyczną koncepcję wypalenia autorstwa Maslach wymiarem rozczarowania pracą. Uzupełnienie służyło zaakcentowaniu roli, jaką w rozwoju OBS odgrywa rozczarowanie oczekiwaniami dotyczącymi skuteczności pomagania drugiemu człowiekowi. Komponent rozczarowania ocenia oznaki braku pasji i entuzjazmu towarzyszących wykonywanej pracy. Aspekt PE opisuje spadek poziomu zasobów energetycznych oraz doświadczanie zmęczenia pracą i napięcia podczas jej wykonywania. Aspekt PI dotyczy oceny spadku efektywności wykonywanych działań, a RD – braku sumienności i podmiotowości w traktowaniu każdego pacjenta. Kwestionariusz wypalenia zawodowego jest jedynym narzędziem służącym do pomiaru OBS rekomendowanym przez Polskie Towarzystwo Psychologiczne i zawiera normy dla zawodów medycznych. Respondent używa 6-stopniowej skali typu Likerta do oceny 24 elementów kwestionariusza (gdzie 1 oznacza „nigdy”, 2 – „rzadko”, 3 – „raz lub więcej razy w miesiącu”, 4 – „mniej więcej co tydzień”, 5 – „kilka razy w tygodniu”, 6 – „codziennie”).

Pomiaru zaangażowania w pracę dokonano za pomocą skali *Praca i samopoczucie (Utrecht Work Engagement Scale – UWES)* [26]. Narzędzie mierzy wskaźniki dla 3 komponentów składających się na kompleks WE:

V, DE i A. Osoba badana odnosi się do 17 stwierdzeń, wykorzystując 7-stopniową skalę typu Likerta (gdzie 0 oznacza „nigdy”, 1 – „prawie nigdy”, 2 – „rzadko, raz w miesiącu lub rzadziej”, 3 – „czasami, kilka razy w miesiącu”, 4 – „często raz w tygodniu”, 5 – „bardzo często, kilka razy w tygodniu”, 6 – „zawsze”). Wynik pomiaru każdego z 3 komponentów WE jest samodzielnym wskaźnikiem nasilenia danego aspektu zaangażowania w pracę.

Zastosowane narzędzia charakteryzowały się dobrą rzetelnością, współczynniki  $\alpha$  Cronbacha wyniosły, odpowiednio: DASAS = 0,755, LBQ = 0,645, UWES = 0,897.

### Grupa badana

Badanie miało charakter przekrojowy (*cross-sectional design*) z zastosowaniem metody kwestionariuszowej. Dobór grupy był celowy i objął pielęgniarki, które dobrowolnie i anonimowo zgłosiły chęć udziału w badaniu. Warunkiem uczestnictwa był przynajmniej roczny staż pracy pełnoetatowej. Badane kobiety pracowały zawodowo w krakowskim szpitalu specjalistycznym na 4 oddziałach: klinicznym chirurgii klatki piersiowej z pododdziałem rehabilitacji pulmonologicznej, klinicznym choroby wieńcowej i niewydolności serca z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego, klinicznym kardiologii interwencyjnej z pododdziałem intensywnego nadzoru kardiologicznego oraz intensywnej terapii. Badanie przeprowadzono między 2 lipca a 24 sierpnia 2018 r. po uzyskaniu pisemnej zgody dyrektora szpitala oraz uczestniczących w nim pielęgniarek. Badanie, które było elementem projektu K/ZDS/007816 pt. „Problematyka regulacji uczuć i pracy emocjonalnej w zawodach medycznych”, nie wymagało zgody Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. W każdym z 4 oddziałów rozdano po 30 kwestionariuszy, które następnie uzupełniano. Badanie zakończono po uzyskaniu 100 poprawnie wypełnionych kwestionariuszy (po 25 egzemplarzy z każdego oddziału). Średni wiek badanych kobiet wyniósł:  $36,91 \pm 10,12$  roku, a staż pracy:  $14,77 \pm 10,89$  roku.

### Cel badań oraz hipotezy badawcze

Badanie przedstawione w artykule miało 3 cele. Pierwszym było uzyskanie odpowiedzi na pytanie: czy stosowanie odmiennych strategii EL pozwala przewidywać poziom nasilenia OBS w zawodach medycznych, na przykładzie zawodu pielęgniarki? Drugim celem było sprawdzenie zależności między strategiami EL a stopniem zaangażowania oraz roli ich powiązań w przewidywaniu poziomu OBS.

W związku z tym postawiono następujące hipotezy badawcze:

- H1: częste stosowanie strategii o charakterze korygującym (ukrywanie i udawanie emocji) współwystępuje z wyższym poziomem OBS w badanej grupie badanych pielęgniarek,
- H2: częste stosowanie strategii wyprzedzających współwystępuje z niższym poziomem OBS.

Trzecim celem niniejszych badań było sprawdzenie hipotezy na temat powiązań występujących między odmiennymi strategiami EL a stopniem WE oraz ich interakcji w związku z poziomem OBS. Postawiono następujące hipotezy badawcze:

- H3: stosowaniu strategii uprzedzających i korygujących towarzyszą różnice w poziomie zaangażowania w pracę w badanej grupie pielęgniarek,
- H4: stosowanie strategii korygujących współwystępuje z niższym stopniem zaangażowania i wyższym poziomem OBS.

Uzyskane dane przeanalizowano pod względem obecności obserwacji nietypowych i normalności rozkładów (test W Shapiro-Wilka) oraz wystandaryzowano. Dane pochodzące z 4 oddziałów szpitala poddano 1-czynnikowej analizie wariancji ANOVA dla grup niezależnych. Wykazano brak różnicowania wyników pomiaru badanych zmiennych ze względu na miejsce zatrudnienia badanych kobiet. Także testy *post hoc* (Fisher LSD) nie wykazały różnic międzygrupowych. Z tego względu macierz danych potraktowano jako jednorodny materiał empiryczny. Korelacje między zmiennymi oszacowano za pomocą współczynnika korelacji Pearsona, a istotność różnic międzygrupowych sprawdzono za pomocą testu t-Studenta. Pomiaru efektów zachodzących między zmiennymi WE i EL dokonano z użyciem procedury regresji liniowej i testu F ANOVA dla rozkładu normalnego. Efekt interakcji między zmiennymi DE i HF oszacowano za pomocą makra PROCESS v. 3.1 Hayesa [27]. Wszystkie pomiary przeprowadzono z wykorzystaniem oprogramowania komputerowego IBM SPSS Statistics 24 i TIBCO Statistica v. 13.1. Przyjęto poziom istotności statystycznej  $\alpha < 0,05$ .

## WYNIKI

Wyniki pomiaru 4 komponentów wypalenia przyjęły wartości średnie (przedział 6 stena, według norm dla pielęgniarek):  $M_{PE} = 19,73$  (SD = 5,74),  $M_{PI} = 14,06$  (SD = 4,19),  $M_{DI} = 18,35$  (SD = 6,22) oraz podwyższone (7 sten):  $M_{RD} = 18,84$  (SD = 5,11). Zastosowane narzędzie badawcze najlepiej różnicowało badaną grupę

w wymiarach wyczerpania psychofizycznego i rozczarowania pracą, a najslabiej w wymiarze utraty skuteczności zawodowej. W przewidywaniu zmienności nasilenia OSB znaczenie miały wiek i staż pracy badanych kobiet. Korelacje były niskie i ujemne (tabela 1). Jeśli chodzi o zakładane związki między wypaleniem a 3 strategiami EL zaobserwowano wyłącznie 1, umiarkowany, dotyczący strategii ukrywania ( $R = 0,342$ ,  $p < 0,01$ , test 2-stronny). Dwunastoprocentowe zróżnicowanie oznak wypalenia zawodowego można było wyjaśnić zmiennością w zakresie stosowania strategii ukrywania emocji.

Wszystkie komponenty zaangażowania były umiarkowanie lub wysoko i ujemnie powiązane z  $OBS^{index}$  (tabela 1). Po wyodrębnieniu z macierzy danych 4 podgrup różniących się stopniem zaangażowania w pracę (według kryterium mediany) sprawdzono istotność różnic międzygrupowych ze względu na poziom wypalenia. Osoby badane deklarujące wyższy poziom zaangażowania zgłosiły niższy poziom wypalenia wyrażony wskaźnikiem  $OBS^{index}$  ( $M = 63,857$ ,  $SD = 16,915$ ) w porównaniu z badanymi deklarującymi mniejsze zaangażowanie w pracę ( $M = 78,456$ ,  $SD = 13,546$ ;  $t = 4,624$ ,  $p < 0,000$ ). Siła różnicy między średnimi była wysoka ( $d$  Cohena = 0,95).

W kolejnym kroku analizy sprawdzono korelacje między strategiami EL a składowymi zaangażowania w pracę (tabela 1). Korelacje okazały się niskie i nie dotyczyły wszystkich składowych zaangażowania w pracę i strategii EL. Zmienianie emocji – praca głęboka, było dodatnio skorelowane z 2 komponentami zaangażowania, zarówno z emocjonalnym oddaniem się pracy, jak i zaangażowaniem poznawczym, natomiast związek ukrywania uczuć z oddaniem się pracy był ujemny. Nie stwierdzono korelacji między zaangażowaniem w pracę a strategią udawania emocji.

W ostatnim etapie analizy sprawdzono poprawność hipotezy 4, mówiącej o roli współwystępowania strategii korygujących i poziomu WE w wyjaśnianiu zmienności nasilenia OBS. W tym celu przeprowadzono analizę regresji liniowej, badając modele teoretyczne, w których zmienną wyjaśnianą był poziom OBS, a zmiennymi wyjaśniającymi – oddanie pracy, 3 strategie EL, staż pracy i wiek badanych. Korelacje zmiennych wyjaśniających ze zmienną wyjaśnianą były niskie (HF, wiek, staż pracy) lub wcale nie występowały (DA, FE). W przypadku oddania się pracy korelacja była wysoka, co mogło negatywnie wpłynąć na uzyskane wyniki. Najlepsze parametry statystyczne uzyskał model zawierający 3 zmienne wyjaśniające: DE, HF i wiek osób badanych (w latach) [ $F(3,96) = 35,652$ ;  $p < 0,000$ ,  $R = 0,725$ ,  $DE \beta = -0,624$ ,



$p < 0,000$ ; HF  $\beta = 0,189$  ( $p < 0,011$ ), wiek (w latach):  $-0,173$  ( $p < 0,011$ )]. Model wyjaśniał 52% zmienności wypalenia zawodowego. Wyższy stopień zaangażowania emocjonalnego w pracę i starszy wiek występowały z niższym poziomem OBS. Częste stosowanie strategii ukrywania emocji występowało z wyższym poziomem OBS.

Ocenę istotności interakcji między DE a HF oraz DE a wiekiem badanych oszacowano z użyciem procedury pomiaru moderacji według makra Hayes'a [27]. Uzyskano modele, w których zmienność poziomu wypalenia pozostawała w związku zarówno z DE, HF i wiekiem, jak i z niewielką, ale istotną interakcją wspomnianych zmiennych (tabele 2 i 3). Wyższy poziom zaangażowania w pracę osłabiał dodatni związek między częstym stosowaniem strategii ukrywania emocji a wysokim nasileniem objawów OBS oraz młodszym wiekiem a wysokim nasileniem objawów OBS.

Pielęgniarki częściej stosujące strategię ukrywania emocji deklarowały wyższy poziom wypalenia zawodo-

wego ( $M = 63,857$ ,  $SD = 16,915$ ) w porównaniu z tymi, które rzadziej ukrywały emocje ( $M = 78,456$ ,  $SD = 13,546$ ). Wielkość różnicy między średnimi, wyliczona za pomocą współczynnika  $d$  Cohena, okazała się duża ( $d$  Cohena =  $0,95$ ) i statystycznie istotna ( $t = 4,624$ ,  $p < 0,000$ ). Po uwzględnieniu zmiennej oddanie pracy różnice te się utrzymały. Pielęgniarki deklarujące wysoki poziom oddania pracy i niski poziom ukrywania emocji uzyskały średnio  $57,75$  pkt ( $SD = 14,67$ ) w pomiarze  $OBS^{index}$ , podczas gdy pielęgniarki z niskim poziomem oddania się pracy i wysokim poziomem ukrywania uczuć –  $82,68$  pkt ( $SD = 11,54$ ). Siła różnicy między średnimi była duża ( $d$  Cohena =  $1,89$ ). Również duża okazała się siła różnicy między średnimi: wysoki poziom DE i HF ( $M = 62,14$ ,  $SD = 14,87$ ) oraz niski poziom DE i HF ( $M = 74,12$ ,  $SD = 13,31$ ) ( $d$  Cohena =  $0,85$ ) (rycina 1). Różnice między średnimi były istotne statystycznie (niskie HF/niskie DE: niskie HF/wysokie DE –  $t = 3,80$ ,  $p < 0,0001$ ; wysokie HF/niskie DE: wysokie HF/wysokie DE –  $t = 2,63$ ,  $p < 0,01$ ).

**Tabela 2.** Parametry analizy regresji w badaniu ukrywania uczuć (HF) i oddania się pracy (DE) przeprowadzonym w 2018 r. w grupie polskich pielęgniarek

**Table 2.** Parameters of a regression analysis in the study of hiding feelings (HF) and dedication (DE), conducted in 2018 on a group of Polish nurses

Zmienna Variable	Współczynnik regresji Regression coefficient	SE	t	p
Stała / Constant	-0,021	0,073	-0,290	n.s.
DE	-0,649	0,074	-8,6953	0,000
HF	0,186	0,074	2,5216	0,0133
DE×HF	-0,091	0,068	-1,3351	0,054

Podsumowanie modelu / Model summary:  $R = 0,711$ ,  $R^2 = 0,506$ ,  $F(3, 96) = 32,800$ ,  $p < 0,0000$ .

DE×HF – interakcja zmiennych / interaction of variables.

F – statystyka rozkładu Fishera-Snedecora / statistics of Fisher-Snedecor distribution, R – współczynnik korelacji Pearsona / Pearson's correlation coefficient,  $R^2$  – współczynnik determinacji / coefficient of determination, n.s. – nieistotnie statystycznie / not statistically significant, SE – błąd standardowy / standard error.

**Tabela 3.** Parametry analizy regresji w badaniu oddania się pracy (DE) oraz wieku przeprowadzonym w 2018 r. w grupie polskich pielęgniarek

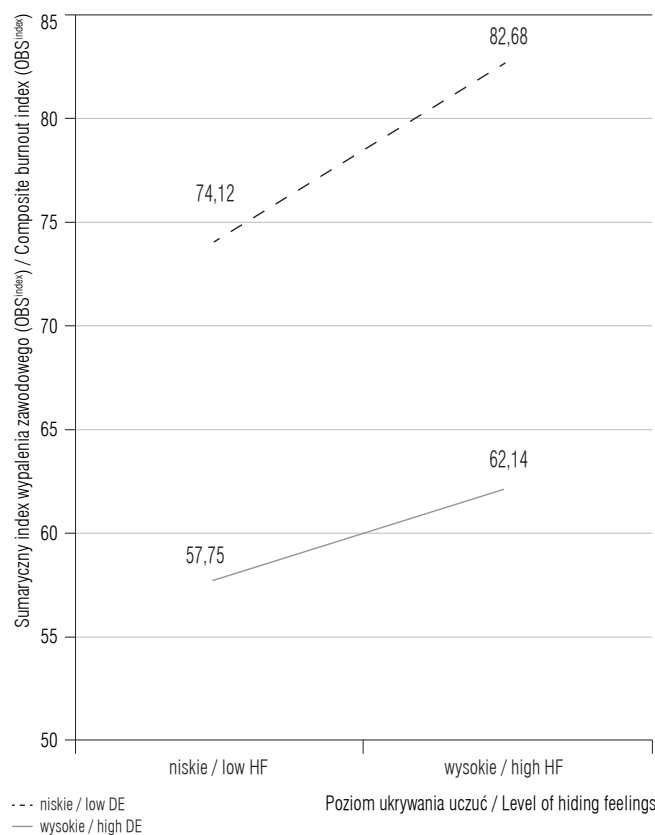
**Table 3.** Parameters of a regression analysis in the study of dedication (DE) and age, conducted in 2018 on a group of Polish nurses

Zmienna Variable	Współczynnik regresji Regression coefficient	SE	t	p
Stała / Constant	0,680	0,275	2,475	n.s.
DE	-0,992	0,295	-3,3623	0,001
Wiek [w latach] / Age [years]	-0,018	0,072	-2,579	0,011
DE×wiek / DE×age	-0,008	0,074	1,1315	0,058

Podsumowanie modelu / Model Summary:  $R = 0,706$ ,  $R^2 = 0,499$ ,  $F(3,96) = 31,959$ ,  $p < 0,0000$ .

DE×wiek – interakcja zmiennych / DE×age – interaction of variables.

Pozostałe skróty jak w tabeli 2 / Other abbreviations as in Table 2.



DE – oddanie się pracy / dedication, HF – ukrywanie uczuć / hiding feelings,  $OBS^{index}$  – sumaryczny indeks wypalenia / composite burnout index.

**Rycina 1.** Zależności występujące w badaniu wypalenia zawodowego, ukrywania uczuć i zaangażowania w pracę przeprowadzonego w 2018 r. w grupie polskich pielęgniarek **Figure 1.** The relationship occurring in the study of burnout syndrome, hiding feeling and work engagement, conducted in 2018 on a group of Polish nurses

## OMÓWIENIE

Pielęgniarki zadeklarowały przeciętne nasilenie 3 składowych OBS (PE, PI, DI) oraz podwyższone nasilenie w obszarze deterioracji relacji z pacjentami (RD). Spośród badanych kobiet 33% zgłosiło wysoki ( $\geq 8$  sten) poziom negatywnych zmian w relacjach z pacjentem, 17% – wysoki poziom wyczerpania psychofizycznego, 16% – wysoki poziom nasilonej utraty skuteczności podejmowanych działań, a 15% – wysoki poziom rozczarowania pracą zawodową jako istotną wartością życiową. Badane pielęgniarki najbardziej zgodne były w ocenie stopnia deterioracji relacji z pacjentami.

Zdaniem Maslach [19] postępujące wyczerpywanie zasobów psychofizycznych jest równoważone przez pracownika za pomocą obronnego wycofywania się z relacji z pacjentem. Towarzyszy temu obecność negatywnej emocjonalności i obojętności, a nawet cynizmu.

Otrzymane wyniki można rozumieć jako przejaw wyboru nieadaptacyjnego sposobu ochrony przed utratą posiadanych zasobów osobowych. Ponieważ w badanej grupie pielęgniarek nie zaobserwowano oznak równie wzmożonego rozczarowania wykonywaną pracą, negatywne zmiany w relacjach z pacjentem mogły być przejściowe i wynikać z tego, że badanie miało charakter przekrojowy (odbywało się w miesiącach wakacyjnych), a nie longitudinalny.

Uzyskany rozkład wyników nie różnił się istotnie od otrzymanych w badaniu normalizacyjnym kwestionariusza LBQ ( $N = 192$ ) i w badaniu 546 pielęgniarek z Małopolski [w tym wypadku pomiaru dokonano za pomocą kwestionariusza *Maslach Burnout Inventory* (MBI)] [28]. W porównaniu z badaniami normalizacyjnymi uzyskano wyniki nieznacznie podwyższone (w zakresie 1–3 pkt surowych; zakres teoretyczny: 6–36 pkt) w przypadku każdego aspektu OBS. W próbie małopolskiej wartości poszczególnych aspektów OBS były średnie, grupy różniły się jednak pod względem rozkładu wyników wysokich. W grupie małopolskiej osoby badane zadeklarowały najwięcej wyników wysokich (64%) w wymiarze utraty dokonań osobistych, a następnie wyczerpania emocjonalnego (37%) i depersonalizacji kontaktu z pacjentem (21%). Różnice w wynikach można tłumaczyć użyciem odmiennych narzędzi badawczych, większą liczebnością próby małopolskiej, do której trafiły osoby z więcej niż 1 placówki leczniczej, lub zastosowaniem w obu przypadkach planem badań przekrojowych. W obu badaniach grupy były podobne pod względem średniego wieku i stażu pracy pielęgniarek.

Niniejsze badanie ujawniło ujemne korelacje między wskaźnikiem OSB a stopniem zaangażowania w pracę. Silne lub umiarkowane związki dotyczyły wszystkich wymiarów i składowych badanych zmiennych oraz były zgodne z danymi pochodzącymi z literatury, co może wskazywać na podobieństwo teoretyczne obu zmiennych [20]. Badania naukowe sugerują kierunek zależności prowadzący od wyczerpywania się do spadku zaangażowania w pracę. Podkreśla się również znaczenie, jakie w wyjaśnianiu wspomnianych relacji mogą mieć zastosowane w badaniach przedziały czasowe [21]. Wyrzucenie na temat kierunku zależności nie było jednak celem niniejszego badania.

Pod względem stosowanych strategii EL stwierdzono, że pielęgniarki raczej rzadko udawały emocje, częściej je tłumiały i przetwarzając na poziomie głębokim. Częstość stosowania strategii DA i HF nie różniła się między sobą istotnie ( $M_{DA} = 2,75$ ,  $SD = 0,85$ ;  $M_{HF} = 2,71$ ,  $SD = 0,78$ ;  $d$  Cohena = 0,05 – bardzo mała różnica).



Częstość użycia strategii udawania emocji okazała się natomiast najmniejsza i istotnie różniła się od 2 pozostałych ( $M_{FE} = 2,22$ ,  $SD = 0,74$ ,  $t = 4,66$ ,  $p < 0,000$ ). Siła różnicy między omawianymi zmiennymi była średnia (d Cohena DA/FE = 0,65; d Cohena HF/FE = 0,64).

Analizując różnice w zakresie częstości strategii stosowanych w badanej grupie, można pośrednio wnioskować na temat autentyczności emocji pojawiających się w kontakcie z pacjentem. Strategie DA i HF są stosowane wobec emocji odczuwanych, choć nie zawsze ujawnianych, w odróżnieniu od strategii FE, która służy udawaniu emocji w zachowaniu pielęgniarki. Podobne wyniki uzyskali Lee i Ji [17], badając pielęgniarki południowokoreańskie. Badacze skonstatowali, że pielęgniarki bardziej cenią sobie autentyczność w kontakcie z pacjentami niż wymóg dostosowywania się do oczekiwań pracodawców poprzez udawanie lub ukrywanie uczuć. W polskiej kulturze udawanie emocji jest postrzegane negatywnie – osoby tak postępujące są traktowane jako nieszczerze i fałszywe. Jeżeli są do ich udawania przymuszane w sytuacjach zawodowych, może temu towarzyszyć nieprzyjemne napięcie psychiczne, które dodatkowo zniechęca do stosowania wspomnianej strategii [24].

Częściowo potwierdziła się hipoteza 1 – ukrywanie emocji występowało z wyższym poziomem OBS. Nie potwierdziło się natomiast przypuszczenie o podobnej zależności dotyczącej strategii udawania emocji i zawarte w hipotezie 2 przypuszczenie o dodatnim związku między stosowaniem strategii wyprzedzających a niższym nasileniem OBS. Zmieniając częstość stosowania strategii ukrywania emocji, można zatem łatwiej przewidzieć zmiany we wskaźnikach OSB.

Wydaje się, że dodatnie relacje łączące OBS ze strategiami korygującymi występują częściej – potwierdzają je wyniki większości opublikowanych badań, a dodatni związek strategii ukrywania i tłumienia emocji z ryzykiem wypalenia jest niewspółmiernie silniejszy niż ujemny w przypadku stosowania strategii uprzedzających. Świadome odczuwanie uczuć i uprzedzanie niekontrolowanego rozwoju emocji w miejscu pracy wymaga obecności korzystnych warunków organizacyjnych. Tworzą one klimat pracy zespołowej sprzyjający otwartemu dzieleniu się emocjami oraz dostarczający wsparcia i poczucia bezpieczeństwa [8]. Stosowanie strategii ukrywania emocji jest nie tylko bardziej powszechne, ale i oczekiwane od pracowników ochrony zdrowia. W placówkach leczniczych stygmatyzowane jest okazywanie słabości, a oczekiwana jest samodzielność w zajmowaniu się sobą [4]. Z innej strony tłumie-

nie negatywnych emocji może być również konstruktywną strategią regulacji, jeśli jest stosowana elastycznie i ograniczona w czasie.

Tłumienie negatywnych emocji pozwala człowiekowi znajdującemu się w sytuacji wywołującej silne napięcie emocjonalne ograniczać ich dezorganizujący wpływ na pozostałe procesy psychiczne i własne zachowanie. Chroni działanie takich procesów poznawczych jak rozwiązywanie problemów, podejmowanie decyzji, procesy koncentracji uwagi i pamięci oraz formułowania myśli w postaci zrozumiałych komunikatów mowy zewnętrznej. Obniża ryzyko reakcji impulsywnych służących rozładowaniu napięcia emocjonalnego i pozwala zachować kontrolę wolicjonalną nad zachowaniem.

Konsekwencje tłumienia ekspresji uczuć negatywnych przy jednoczesnym udawaniu pozytywnych wynikają z przeciwstawności tych emocji, co rodzi dysonans emocjonalny. Jest to stan niepokoju i dyskomfortu pojawiający się u pielęgniarki w chwili, gdy jest zmuszona okazywać żywe zainteresowanie oraz sympatyzować z pacjentem, jednocześnie odczuwając uczucia negatywne. Niepokój wynika z groźby osłabienia tożsamości osobowej, ponieważ sytuacja wymaga zaprzeczenia znaczeniu doświadczanych emocji i rezygnacji z prawa do ich ekspresji. Powtarzający się dysonans, któremu towarzyszy wzrost napięcia wewnętrznego i ciśnienia tętniczego, jest uznanym źródłem stresu, wypalenia zawodowego i braku satysfakcji z wykonywanej pracy [1–3].

Analizując uzyskane wyniki, można dostrzec błędność przekonania o wyłącznie bezpośrednich związkach łączących omawiane zmienne oraz znacznie, jakie w ich wyjaśnianiu ma nasilenie przeżywanych emocji i ich walencja. Można wyobrazić sobie sytuację, w której pielęgniarka doświadcza wewnętrznego wyciszenia i spokoju, jednocześnie udając przed pacjentem żywe zainteresowanie. Choć okazywane emocje nie są autentyczne, wspomniana sytuacja nie musi wywoływać przykrego dysonansu, a nawet może być dla pielęgniarki źródłem zadowolenia. Jeśli jednak ta sama kobieta – doświadczając poirytowania lub przeżywając rozgoryczenie – okazywałaby pacjentowi żywe zainteresowanie, to ryzyko dysonansu emocjonalnego i jego negatywnych konsekwencji wzrosłoby znacznie. Zatem nie same strategie, ale raczej istotne różnice w walencji i nasileniu emocji odczuwanych i okazywanych mogą mieć decydujący wpływ na ryzyko OBS.

Zapf i Holz [18] rozumieją dysonans emocjonalny jako bardzo często stosowaną strategię regulacji, gdy pracownik medyczny celowo okazuje akceptację wobec arogancko zachowującego się pacjenta. Jeśli tylko oka-

zywanym emocjom nie towarzyszy poczucie krzywdy, nie będzie to miało istotnego wpływu na ryzyko rozwoju OBS. Argumentem przemawiającym za stosowaniem strategii uprzedzających jako środka prewencji przed wypaleniem są wyniki badań nad korzyściami superwizowania relacji zawodowych. Widać wówczas kontrast między otwartością ujawniania emocji w otwartej rozmowie ze superwizorem a oczekiwaniem ich tłumienia w kontakcie z pacjentem [29].

W badaniu częściowo potwierdziła się hipoteza 3 zakładająca możliwość wyjaśnienia zmian emocjonalnego oddania się pracy i poznawczego zaabsorbowania stosowaniem strategii wyprzedzających. Uważa się – chociaż nie wszystkie badania to potwierdzają – że zmiany emocji zachodzące na poziomie głębokim przyczyniają się do wzrostu poczucia sensowności wykonywanej pracy, zwiększają dobrostan pracownika oraz pozwalają silniej utożsamiać się z pracą i w nią angażować [30]. Zaobserwowane w badaniu ujemne relacje między ukrywaniem emocji a niższym poziomem emocjonalnego oddania się pracy tłumaczy się następująco: gdy pielęgniarka ukrywa negatywne emocje, niemożliwe staje się skuteczne rozpoznanie i usunięcie ich źródeł, co podtrzymuje i nasila negatywną emocjonalność. W rezultacie z tygodnia na tydzień obniża się poczucie bezpieczeństwa w zespole pracowniczym i autentyczności w kontaktach z pacjentami, prowadząc do stopniowego wycofywania się z relacji interpersonalnych [8].

W hipotezie 4 zakładano możliwość wyjaśnienia zmian nasilenia OBS za pomocą stosowania strategii ukrywania emocji przy jednoczesnym uwzględnieniu poziomu zaangażowania w pracę. Obniżaniu się zaangażowania towarzyszy wzrost negatywnej emocjonalności, której ukrywanie – absorbując zasoby psychofizyczne pielęgniarki – staje się predyktorem OBS. Sposób wyrażania negatywnych emocji polegający na przesadnie częstym stosowaniu strategii ukrywania i tłumienia jest zarówno zindywidualizowanym wzorem zachowania człowieka, jak i efektem dostosowania się do obowiązujących w miejscu pracy grupowych reguł okazywania emocji.

Wyniki badań wyraźnie pokazują mimowolnie zachodzące procesy dostosowywania się pracownika do kolektywnych zasad okazywania emocji [22]. Od pracowników medycznych oczekuje się hamowania podczas interakcji z pacjentami i współpracownikami ekspresji gniewu, strachu lub smutku. Negatywne emocje – o pozornie rozpoznanych źródłach i niezróżnicowane, przez co wyrażające się w postaci napięcia psychicznego – kumulując się, nie tylko osłabiają zasoby psycho-

fizyczne człowieka, ale także podsycają konflikty interpersonalne. Ukrywanie uczuć nie usuwa ich źródeł, ale zmusza do ciągłego monitorowania ekspresji. Wymaga dodatkowych nakładów sił psychicznych i wysiłku wytrzymywania stanu dysonansu emocjonalnego, który jest źródłem dodatkowego napięcia wywołanego obecnością nieprzetworzonych emocji [8,24].

Częste tłumienie nasila poziom stresu fizjologicznego w efekcie aktywacji układu krążenia i autonomicznego układu nerwowego, osłabiając dobrostan, negatywnie wpływa na sprawność procesów poznawczych i wydolność fizyczną, a także jest źródłem objawów neurovegetatywnych. Przeciążenie ośrodkowego układu nerwowego powoduje dodatkowe rozdrażnienie i ogólne objawy somatyczne [15,16]. Występuje zjawisko spirali negatywnych emocji i utraty zasobów prowadzące do stopniowego spadku zaangażowania w pracę [30].

Wzajemne związki między pracą emocjonalną a zaangażowaniem w pracę można wyjaśnić również ograniczeniami pielęgniarki w autonomii decydowania oraz wpływania na przebieg i efekty pracy. Spadek poczucia sprawstwa i zaangażowania w pracę może być wywołany ograniczeniami w zakresie możliwości realizowania oczekiwań związanych z wykonywanym zawodem. Chcąc podtrzymać w sobie wrażenie wpływu i zachować tożsamość zawodową, pracownik może skupiać się na przesadnym kontrolowaniu myśli i emocji odnoszących się do pracy, współpracowników oraz pacjentów.

W badaniach zaobserwowano, że częste stosowanie strategii korygujących przeżywane emocje (tłumienie i ukrywanie emocji negatywnych) współwystępowało z motywacją pracownika do ograniczania zarówno kontaktów interpersonalnych w źle odbieranym miejscu pracy, jak i zaangażowania [15]. Motywem ukrywania negatywnych emocji była chęć zachowania poczucia bezpieczeństwa poprzez obronne ograniczanie interakcji zawodowych i wycofywanie się z nich. Kosztem, jaki ponosi wówczas pracownik, jest podtrzymywanie działania patologicznego mechanizmu uwrażliwienia na sygnały karania i niedoceniań, który nasila dynamikę negatywnych zmian. Wyraźnie widać powiązania występujące między oczekiwaniami miejsca pracy, kompetencjami emocjonalnymi pracowników ich poziomem zaangażowania się w wykonywany zawód oraz pozytywnymi (satisfakcja z pracy) i negatywnymi (wypalenie zawodowe) następstwami pracy.

Badania przedstawione w artykule nie są pozbawione ograniczeń. Analizowana grupa była stosunkowo nieliczna (100 osób), a w jej skład wchodziły wyłącznie kobiety pracujące w jednej placówce medycznej, co utrudnia

generalizowanie wyników. Ponadto plan badania przekrojowego uniemożliwił uchwycenie czasowej zmienności badanych zmiennych (w tym korelacji zaangażowanie w pracę – wypalenie zawodowe), a także określenie kierunku zależności. Silna korelacja między oddaniem się pracy i OSB może zniekształcać wyniki przeprowadzonej analizy regresji. Zastosowane narzędzia samoopisowe i nabór do badań wolontariuszy niosły ryzyko błędów pomiarowych (błąd w raportowaniu, błąd wariancji metody i uzyskiwania danych wyłącznie z jednego źródła oraz błąd odwrotnej przyczynowości). W badaniu nie zastosowano obiektywnych metod pozwalających na pomiar medycznych wskaźników wyczerpania psychofizycznego.

## WNIOSKI

Uwzględnienie poziomu zaangażowania w pracę w analizie relacji występujących między strategiami EL a nasileniem OBS pozwala dostrzec istotne zależności między zmiennymi:

1. Ukrywanie emocji współwystępuje z niższym poziomem zaangażowania w pracę.
2. Niski poziom zaangażowania emocjonalnego w pracę i częste ukrywanie emocji w kontakcie z pacjentem współwystępują z wyższym poziomem OBS.
3. Zmieniając poziom zaangażowania emocjonalnego w pracę, można dostrzec związki łączące częste stosowanie strategii ukrywania emocji ze wzrostem objawów OBS.
4. Wykonywanie EL przez pracownika medycznego może pełnić funkcję zasobu osobowego. Stosowanie strategii pracy głębokiej pozwala modulować poziom napięcia emocjonalnego, zabezpieczając przed kumulowaniem się tłumionych i nieprzetworzonych emocji. Głębokie przetwarzanie emocji chroni przed występowaniem zjawiska dysonansu emocjonalnego, pozwalając zachować spójność między emocjami okazywanymi i odczuwanymi. Długotrwale stosowane strategie ukrywania uczuć i udawania emocji mogą przyjąć postać stresora wewnętrznego oraz przyczyniać się do wyczerpywania sił psychofizycznych pracownika.
5. Stosując strategię EL na poziomie głębokim, pracownik rozumie przyczyny i źródła uczuć powstałych w miejscu pracy, które odbiera jako bezpieczne oraz przewidywalne. Dzięki temu wykonywanie głębokiej EL współwystępuje z większym zaangażowaniem w pracę zawodową.
6. Rozważanie związków między strategiami korygującymi (tłumienie uczuć i udawanie emocji) a objawami OBS wymaga uwzględnienia dysonansu emocjonalnego, a także nasilenia i znaku ukrywanych oraz udawanych emocji.

## PODZIĘKOWANIA

Autorzy dziękują Magdalenie Sztterlei za pomoc w przeprowadzeniu badań oraz zgromadzeniu ich wyników.

## PIŚMIENNICTWO

1. Riley R., Weiss M.: A qualitative thematic review: emotional labour in healthcare settings. *J. Adv. Nurs.* 2016; 72(1):6–17, <https://doi.org/10.1111/jan.12738>
2. Jeung D., Kim C., Chang S.: Emotional Labor and Burnout: A review of the literature. *Yonsei Med J.* 2018;59(2):187–193, <https://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.2.187>
3. Grandey A., Gabriel A.: Emotional labor at a crossroads: where do we go from here? *Annu. Rev. Organ. Psychol. Organ. Behav.* 2015;2:323–349, <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032414-111400>
4. Gazelle G., Liebschutz J., Riess H.: Physician Burnout: Coaching a Way Out. *J. Gen. Intern. Med.* 2015;30:508–513, <https://doi.org/10.1007/s11606-014-3144-y>
5. DeCoster V.: Health Care Social Work Treatment of Patient and Family Emotion: A Synthesis and Comparison across Patient Populations and Practice Settings. *Soc. Work Health Care.* 2000;30(4):7–24, [https://doi.org/10.1300/j010v30n04\\_02](https://doi.org/10.1300/j010v30n04_02)
6. Erickson R., Grove W.: Emotional labor and health care. *Sociol. Compass* 2008;2,1–30, <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2007.00084.x>
7. Meier K., Mastracci S., Wilson K.: Gender and Emotional Labor in Public Organizations: An Empirical Examination of the Link to Performance. *Public Adm. Rev.* 2006;66(6):899–909, <https://doi.org/10.1111/j.1540-6210.2006.00657.x>
8. Grandey A., Foo S., Groth M., Goodwin R.: Free to be you and me: a climate of authenticity alleviates burnout from emotional labor. *J. Occup. Health. Psychol.* 2012; 17(1):1–14, <https://doi.org/10.1037/a0025102>
9. Pandey J., Singh M.: Donning the mask: effects of emotional labor strategies on burnout and job satisfaction in community healthcare. *Health Policy Plan* 2016;31(5):551–562, <https://doi.org/10.1093/heapol/czv102>
10. Kinman G., Leggetter S.: Emotional Labour and Wellbeing: What Protects Nurses? *Healthcare* 2016;4(89):1–12, <https://doi.org/10.3390/healthcare4040089>
11. Da-Yee J., Changsoo K., Sei-Jin Ch.: Emotional Labor and Burnout: A Review of the Literature. *Yonsei*

- Med. J. 2018;59(2):187–193, <https://doi.org/10.3349/ymj.2018.59.2.187>
12. Gross J, John O.: Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J. Pers. Soc. Psychol.* 2003;85:348–362
  13. Hong E., Lee Y.: The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses' turnover intention. *Int. J. Nurs. Pract.* 2016;22:625–632, <https://doi.org/10.1111/ijn.12493>
  14. Brotheridge C., Lee R.: Development and validation of the Emotional Labour Scale. *J. Occup. Organ. Psychol.* 2003;76:365–379, <https://doi.org/10.1348/096317903769647229>
  15. Diefendorff J., Erickson R., Grandey A., Dahling J.: Emotional display rules as work unit norms: A multilevel analysis of emotional labor among nurses. *J. Occup. Health Psychol.* 2011;16(2):170–186, <https://doi.org/10.1037/a0021725>
  16. Larner R., Wagstaff C., Thelwell R., Corbett J.: A multistudy examination of organizational stressors, emotional labor, burnout, and turnover in sport organizations. *Scand. J. Med. Sci. Sports.* 2017;27:2103–2115, <https://doi.org/10.1111/sms.12833>
  17. Lee E., Ji E.: The Moderating Role of Leader–Member Exchange in the Relationships Between Emotional Labor and Burnout in Clinical Nurses. *Asian Nurs. Res.* 2018;12(1):56–61, <https://doi.org/10.1016/j.anr.2018.02.002>
  18. Zapf D., Holz M.: On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *EJWOP* 2006;15(1):1–28
  19. Maslach Ch., Schaufeli W., Leiter M.: Job burnout. *Annu. Rev. Psychol.* 2001;52:397–422, <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
  20. Taris T., Ybema J., Beek I.: Burnout and engagement: Identical twins or just close relatives? *Burn. Res.* 2017;5:3–11, <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.002>
  21. Maricutoiu L., Sulea C., Iancu A.: Work engagement or burnout: Which comes first? A met-analysis of longitudinal evidence. *Burn. Res.* 2017;5:35–43, <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.05.001>
  22. Delgado C., Upton D., Ranse., Furness T., Foster K.: Nurses' resilience and the emotional labour of nursing work: An integrative review of empirical literature. *Int. J. Nurs. Stud.* 2017;70:71–88, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.02.008>
  23. Cheng-I Ch.: The impact of hospital nurses' emotional labour on job satisfaction and burnout. *Taiwan J. Public Health* 2013;32:266278
  24. Finogenow M., Mróz J., Wróbel M.: Skale płytkiej i głębokiej pracy emocjonalnej (SPGPE) – adaptacja narzędzia i analiza własności psychometrycznych. *Med. Pr.* 2015; 66(3):359–371, <https://doi.org/10.13075/mp.5893.00168>
  25. Jaworowska A.: LBQ. Link burnout Questionnaire. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2014, ss. 5–57
  26. Schaufeli W., Bakker A. [red.]: Utrecht Work Engagement Scale. Preliminary manual [Internet]. Occupational Health Psychology Unit, Utrecht 2003 [cytowany 4 września 2018]. Adres: [https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Tests/UWES\\_PL\\_17.pdf](https://www.wilmarschaufeli.nl/publications/Schaufeli/Tests/UWES_PL_17.pdf)
  27. Preacher K., Hayes A.: SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behav. Res. Methods. Instrum. Comput.* 2004;36:717–731, <https://doi.org/10.3758/bf03206553>
  28. Nowacka A., Piskorz A., Wolfshaut-Wolak R., Piątek J., Gniadek A.: Selected Socio-Demographic and Occupational Factors of Burnout Syndrome in Nurses Employed in Medical Facilities in Małopolska – Preliminary Results. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018;15(10)2083:1–16, <https://doi.org/10.3390/ijerph15102083>
  29. MacLaren J., Stenhouse R., Ritchie D.: Mental health nurses' experiences of managing work-related emotions through supervision. *J. Adv. Nurs.* 2016;72(10):2423–2434, <https://doi.org/10.1111/jan.12995>
  30. Salanova M., Schaufeli W., Xanthopoulou D., Bakker A.: The gain spiral of resources and work engagement: Sustaining a Positive worklife. W: Bakker A., Leitner M. [red.]. *Work engagement. A handbook of essential theory and research.* Psychology Press, New York 2010, ss. 18–131