

ARTYKUŁ ORYGINALNY / ORIGINAL PAPER

Otrzymano/Submitted: 17.04.2019 • Zaakceptowano/Accepted: 08.05.2019

© Akademia Medycyny

Dystres moralny, prężność i wypalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii

Moral distress, resilience and burnout in nurse anaesthetists and critical care nurses

Natalia Borkowska, Bartosz Borkowski, Tomasz Gaszyński

Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi



Streszczenie

Wstęp. Dystres moralny pojawia się, gdy pracownik ochrony zdrowia ma przekonanie, że wie, jakie postępowanie jest etycznie słuszne, ale coś lub ktoś pozbawia go możliwości podjęcia właściwego działania. Doświadczanie dystresu moralnego sprzyja rozwojowi wypalenia zawodowego. Prężność może być czynnikiem chroniącym przed następstwami dystresu moralnego. **Cel pracy.** Analiza zależności między dystresem moralnym, prężnością i wypaleniem zawodowym wśród personelu pielęgniarskiego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii. **Material i metody.** Grupa badana obejmowała 105 pielęgniarek anestezjologicznych i intensywnej terapii. Wykorzystano Termometr Dystresu Moralnego (MDT) Wocial i Weavera, Skalę Pomiaru Prężności (SPP-25) Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego, Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (LBQ) Massimo Santinello w opracowaniu Jaworowskiej oraz ankietę demograficzną. **Wyniki.** Pielęgniarki z dłuższym stażem pracy w anestezjologii i intensywnej terapii podobnie jak osoby posiadające dodatkową pracę na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej i intensywnej terapii w innej placówce charakteryzował istotnie wyższy poziom dystresu moralnego. Spośród wymiarów wypalenia zawodowego odnotowano związek poczucia braku skuteczności zawodowej, wyczerpania psychofizycznego oraz rozczarowania z dystresem moralnym. Istotne relacje wykazano również dla związków dystresu moralnego z ogólnym nasileniem prężności, jak i jej dwoma czynnikami: otwartością na nowe doświadczenia i poczuciem humoru oraz tolerancją na niepowodzenia i traktowaniem życia jako wyzwania. **Wnioski.** W celu ochrony personelu pielęgniarskiego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii przed negatywnymi konsekwencjami dystresu moralnego mogącymi doprowadzać do wypalenia zawodowego należy wdrożyć interwencje psychologiczne wspierające prężność jednostki, szczególnie w grupie osób z długim stażem pracy w anestezjologii i intensywnej terapii oraz osób podejmujących drugą pracę na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej i intensywnej terapii. *Anestezjologia i Ratownictwo 2019; 13: 97-103.*

Słowa kluczowe: dystres moralny, prężność, wypalenie zawodowe

Abstract

Background. Moral distress occurs when the healthcare professional believes that she/he knows what is ethically correct, but because of somebody or something it is impossible to pursue the right action. Moral distress can contribute to the development of burnout. Resilience may be a protective factor against the consequences of moral distress. **The aim** was to identify the relationship among resilience, burnout and moral distress in nurse anaesthetists and critical care nurses. **Material and methods.** The study included 105 nurse anaesthetists and critical care nurses. The Thermometer of Moral Distress (MDT) by Wocial and Weaver, the Resiliency Scale (SPP-25) by Ogińska-Bulik and Juczyński, the Link Burnout Questionnaire (LBQ) by Massimo Santinello in the adaptation of Jaworowska and

the demographic questionnaire were used. **Results.** Nurses with longer work experience in anaesthesiology and intensive care and those having the other job as a nurse anaesthetist or critical care nurse experience higher level of moral distress. Regarding the dimensions of burnout, there was a relationship between emotional exhaustion, sense of ineffectiveness in work, disappointment and moral distress. A general level of resilience and its two components: openness to new experiences and sense of humor, tolerance for failures and treating life as a challenge were also correlated with moral distress. **Conclusions.** To protect nurses against the negative consequences of moral distress (including burnout), some psychological intervention should be implemented to support resilience, especially in the group of nurses with longer seniority in anaesthesiology and intensive care and those having the second job as a nurse anaesthetist or critical care nurse. *Anestezjologia i Ratownictwo 2019; 13: 97-103.*

Keywords: moral distress, resilience, burnout

Wstęp

Dystres moralny pojawia się, gdy pracownik ochrony zdrowia, będący podmiotem działań etycznych, nie może podjąć się wykonania działań zgodnych z własną oceną moralną (co do których ma przekonanie, że są właściwe), z uwagi na zewnętrzne, lub wewnętrzne ograniczenia [1]. Akcentując wymiar etyczny dystresu moralnego postuluje się odróżnienie go od samego dystresu (stresu negatywnego), tak by dystres występując w bezpośrednim związku przyczynowym z poprzedzającym go zdarzeniem moralnym, stał się jedną, ale nie jedyną z składowych dystresu moralnego [2]. W zetknięciu ze zdarzeniem będącym źródłem dystresu moralnego, natężenie tego ostatniego wzrasta wraz ze wzrostem czasu trwania tej sytuacji, po czym kiedy problem mija, dystres moralny znacząco i szybko opada. Jednakże poziom ten nie wraca nigdy do wartości wyjściowej lub niższej niż początkowa. Konsekwencją każdego pojedynczego doświadczenia dystresu moralnego jest podwyższenie jego wyjściowego natężenia oraz reaktywnego dystresu moralnego [3], co w życiu zawodowym pracownika ochrony zdrowia stykającego się cyklicznie z dystresem moralnym doprowadza do stopniowego wzrostu nazywanego efektem crescendo [4]. Dystres moralny może wywoływać u pracownika ochrony zdrowia poczucie bezradności, frustrację, a także przyczyniać się do rozwoju wypalenia zawodowego [5]. Jednym z możliwych determinantów efektywnego radzenia sobie ze stresem jest resilience, który to termin ma w Polsce kilka możliwych tłumaczeń, tj. prężność, elastyczność, sprężystość, czy odporność psychiczna. Prężność wiąże się z interpretowaniem stresu w kategoriach wyzwania, częstszym doświadczaniem emocji pozytywnych, wybieraniem bardziej adaptacyjnych i dostosowanych

do sytuacji strategii radzenia sobie ze stresem, przez co może chronić zdrowie psychiczne jednostki [6]. Sytuacje trudne, dystres, zdarzenia traumatyczne aktywują prężność, tak jak dystres moralny może wiązać się z moral resilience (prężnością moralną), która pomaga w odzyskiwaniu lub utrzymywaniu własnej integralności w obliczu dystresu moralnego [7].

Cel pracy

Celem pracy było zbadanie zależności między dystresem moralnym, a prężnością i wypaleniem zawodowym wśród personelu pielęgniarskiego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii.

Materiał i metody

Badanie zostało przeprowadzone w okresie od marca do sierpnia 2018 roku w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. N. Barlickiego w Łodzi oraz dwóch placówkach organizujących szkolenia specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa anestezjologicznego i intensywnej opieki (Erudio-Centrum Kształcenia Ustawicznego w Łodzi i Akademia Zdrowia- Oddział Łódź). Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Na udział w badaniu wyraziło zgodę 137 osób zatrudnionych na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej. Badani wypełniali:

- Ankietę demograficzną (obejmującą pozycje dotyczące wieku, stażu pracy w zawodzie pielęgniarki oraz na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej, obszaru wykonywania czynności zawodowych w podstawowym oraz ewentualnym dodatkowym miejscu pracy, gdzie osoba badana jest zatrudniona na stanowisku pielęgniarki ane-

- stezjologicznej (blok operacyjny, oddział intensywnej terapii lub blok operacyjny i oddział intensywnej terapii)
- Termometr Dystresu Moralnego – tłumaczenie narzędzia The Moral Distress Thermometer autorstwa Wocial i Weavera służące do oceny nasilenia dystresu moralnego związanego z pracą. Wizualna skala analogowa możliwa do wykorzystania jako narzędzie przesiewowe pozwalające na szybki pomiar dystresu moralnego [8]. Po uzyskaniu zgody autorów skali na jej użycie, dwóch tłumaczy dokonało przełożenia oryginału na język polski oraz retranslacji na wersję angielską. W wyniku pracy psychologa będącego również filologiem angielskim doszło do zestawienia obu wersji i stworzenia końcowej formy tekstu. Termometr Dystresu Moralnego, w zgodności z wersją oryginalną, pozostał 11-punktową wizualną skalę analogową mającą postać termometru z zaznaczoną podziałką od 0 do 10, w której sąsiedztwie znajdują się werbalne wskazówki opisujące poziom dystresu moralnego przyporządkowany określonym punktom skali (0 – brak, 2 – łagodny, 4 – nieprzyjemny, 6 – niepokojący, 8 – intensywny, 10 – najgorszy możliwy). Zgodnie z wersją oryginalną poproszono o określenie daty badania oraz wytłumaczono pojęcie dystresu moralnego, przyjmując, iż pojawia się on, gdy osoba badana ma przekonanie, że wie jakie postępowanie jest etycznie słuszne, ale coś lub ktoś pozbawia ją możliwości podjęcia właściwego działania. Zadaniem badanego jest otoczenie kółkiem cyfry od 0 do 10, która najlepiej opisuje poziom dystresu moralnego doświadczanego w związku z pracą w ciągu ostatnich dwóch tygodni włącznie z dniem badania.
 - Skalę Pomiaru Prężności – SPP-25 autorstwa Ogińskiej-Bulik i Juczyńskiego umożliwia pomiar ogólnego poziomu prężności, ujmowanej jako właściwość osobowości, a także jej pięciu czynników składowych, takich jak: 1) wytrwałość i determinacja w działaniu, 2) otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru, 3) kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji, 4) tolerowanie niepowodzeń i traktowanie życia jako wyzwania oraz 5) optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach. Ogólny wynik SPP-25 stanowi sumę pięciu wyróżnionych czynników, z których każdy obejmuje 5 pozycji. Im

wyższy wynik, tym wyższe nasilenie prężności [6].

- Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego LBQ – polska adaptacja włoskiego kwestionariusza Link Burnout Questionnaire autorstwa Massimo Santinello w opracowaniu Jaworowskiej. Umożliwia ocenę czterech wymiarów wypalenia zawodowego: 1. Wyczerpanie psychofizyczne; 2. Brak zaangażowania w relacje z pacjentami; 3. Poczucie braku skuteczności zawodowej; 4. Rozczarowanie [9].

Z uwagi na niekompletne wypełnienie kwestionariuszy lub niewykonywanie czynności zawodowych w charakterze pielęgniarki anestezjologicznej w ciągu minionych dwóch tygodni od dnia badania, wykluczono 32 osoby pozostawiając do dalszej analizy kwestionariusze zebrane od 105 respondentów.

Dane zostały przeanalizowane za pomocą programu IBM SPSS w wersji 24. Przetestowano zgodność rozkładów empirycznych z rozkładem normalnym za pomocą testu Kołmogorowa-Smirnowa i zdecydowano, że hipotezy dotyczące związków liniowych pomiędzy zmiennymi ilościowymi zostaną przetestowane przy użyciu testów parametrycznych. W głównej części analiz w pierwszej kolejności wykonano szereg analiz korelacji opartych o współczynnik r Pearsona, porównanie średnich za pomocą testu t -Studenta oraz analizy korelacji oparte o współczynnik ρ Spearmana. Za poziom istotności uznano $p \leq 0,05$.

Wyniki

Wyniki testy Kołmogorowa-Smirnowa ($K-S$) dotyczące zgodności uzyskanych rozkładów empirycznych z rozkładem normalnym przedstawiono w tabeli I. Rezultaty testów $K-S$ okazały się istotne statystycznie, jednak dla wszystkich analizowanych zmiennych wartości kurtozy i skośności były mniejsze niż bezwzględna wartość 1, co oznacza, że rozkłady te są względnie symetryczne i można traktować je jako w przybliżeniu normalne. Dodatkowo, ze względu na zdecydowanie ilościowy charakter analizowanych zmiennych postanowiono, że do przetestowania postawionych hipotez wykorzystane zostaną testy parametryczne.

W celu zbadania związku dystresu moralnego z wiekiem, wykształceniem oraz latami pracy w zawodzie pielęgniarki oraz stażem pracy w anestezjologii i intensywnej terapii, ze względu na porządkowy charakter pomiaru tych zmiennych, zastosowano współczynniki korelacji nieparametrycznej ρ Spearmana.

Tabela I. Statystyki opisowe wraz z testami Kołmogorowa-Smirnowa

Table I. The descriptive statistics with Kolmogorov-Smirnov tests

	M	SD	Min.	Maks.	Skośność	Kurtoza	K-S	P
Dystres moralny	4,43	2,54	0,00	10,00	0,14	-0,87	0,14	< 0,001
Prężność	70,97	13,01	40,00	100,00	-0,09	-0,71	0,09	0,047
Wytrwałość i determinacja w działaniu	15,07	2,47	10,00	21,00	0,02	-0,34	0,09	0,039
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	15,37	2,81	9,00	20,00	-0,34	-0,55	0,11	0,002
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	13,69	3,39	5,00	20,00	-0,48	-0,27	0,15	< 0,001
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	13,82	2,96	7,00	20,00	-0,06	-0,68	0,09	0,025
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	13,10	3,16	5,00	20,00	-0,13	-0,28	0,12	0,001
Wyczerpanie psychofizyczne	20,33	6,43	6,00	35,00	0,16	-0,64	0,08	0,070
Brak zaangażowania w relacje	19,17	5,54	6,00	33,00	0,33	0,04	0,09	0,055
Poczucie braku skuteczności zawodowej	15,90	4,88	7,00	30,00	0,38	-0,22	0,09	0,048
Rozczarowanie	18,08	7,53	6,00	35,00	0,40	-0,83	0,13	< 0,001

Odnotowano jedną istotną relację pomiędzy stażem pracy w anestezjologii i intensywnej terapii a dystresem moralnym. Związek ten był słaby i dodatni, co sugeruje, że im dłuższy staż pracy w anestezjologii i intensywnej terapii, tym wyższy poziom dystresu moralnego. Rezultaty analiz podsumowano w tabeli II.

Tabela II. Rezultaty nieparametrycznych analiz korelacji

Table II. The results of nonparametric correlation analysis

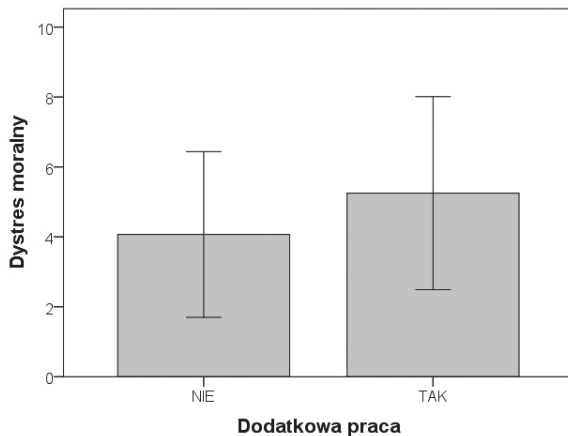
Dystres moralny i:	rho Spearmana	p
Wiek	0,12	0,233
Wykształcenie	0,11	0,258
Lata w zawodzie pielęgniarstwa	0,13	0,184
Lata w anestezjologii	0,22	0,026

Uwagi: N = 105

Porównując poziom dystresu moralnego u osób pracujących na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej tylko w jednym podmiocie leczniczym (n = 73) z osobami posiadającymi dodatkową pracę na bloku operacyjnym, czy w oddziale intensywnej terapii lub obu tych miejscach (n = 32) wykonano porównanie

średnich za pomocą testu *t*-Studenta. Przed przystąpieniem do analizy właściwej przetestowano założenie o homogeniczności wariancji w porównywanych próbach za pomocą testu Levena, który wykazał, że założenie to zostało spełnione $F = 2,67$; $p = 0,105$. Rezultat testu *t*-Studenta wykazał natomiast, że porównywane średnie różnią się istotnie $t(103) = -2,24$; $p = 0,028$; d Cohena = 0,44. Osoby posiadające dodatkową pracę na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej charakteryzował istotnie wyższy poziom dystresu moralnego, niż osoby nieposiadające dodatkowej pracy (rycina 1).

Sprawdzając zależności między poszczególnymi wymiarami wypalenia zawodowego a poziomem dystresu moralnego wykonano cztery analizy korelacji oparte o współczynnik *r* Pearsona. Do analizy włączono wszystkie obserwacje gdyż wykresy rozrzutu nie sugerowały występowania obserwacji zaburzających oszacowanie statystyki. Wszystkie cztery współczynniki korelacji były dodatnie. Odnotowano słaby związek poczucia braku skuteczności zawodowej z dystresem moralnym (około 5% wspólnej wariancji) oraz umiarkowanie silne związki wyczerpania psychofizycznego (19% wspólnej wariancji) oraz rozczarowania (20% wspólnej wariancji) z dystresem moralnym. Rezultaty podsumowano w tabeli III.



Rycina 1. Poziom dystresu moralnego w podziale na badanych bez oraz z dodatkową pracą na bloku operacyjnym i/lub na oddziale intensywnej terapii
Słupki błędów to +/- 1 SD.

Figure 1. Level of moral distress and having the other job as a nurse anesthetist or critical care nurse
Standard deviation of +/- 1 SD.

Tabela III. Rezultaty analiz korelacji

Table III. The results of correlation analysis

Dystres moralny i:	<i>r</i> Pearsona	p
Wyczerpanie psychofizyczne	0,43	< 0,001
Brak zaangażowania w relacje	0,17	0,084
Poczucie braku skuteczności zawodowej	0,23	0,016
Rozczarowanie	0,45	< 0,001

Uwagi: N = 105

W celu sprawdzenia zależności między ogólnym poziomem prężności oraz poszczególnymi jej czynnikami a poziomem dystresu moralnego wykonano pięć analiz korelacji opartych o współczynnik *r* Pearsona. Analiza wizualna wykresów rozrzutu nie sugerowała występowania obserwacji zaburzających oszacowanie statystyki, w związku z czym do analizy włączono wszystkie obserwacje. Rezultaty podsumowano w tabeli IV. Wszystkie obliczone współczynniki korelacji okazały się ujemne. Istotne relacje odnotowano dla trzech z sześciu analizowanych związków z dystresem moralnym: (1) wyniku ogólnego na skali prężności, (2) wyniku w skali otwartości na nowe doświadczenia

i poczucie humoru oraz (3) wyniku na skali tolerancji na niepowodzenia i traktowania życia jako wyzwanie. Wszystkie trzy związki charakteryzowała słaba siła. Na podstawie współczynników *r* Pearsona można stwierdzić, iż każda z tych zmiennych posiadała około 5% wspólnej zmienności ze skalą dystresu moralnego.

Tabela IV. Rezultaty analiz korelacji

Table IV. The results of correlation analysis

Dystres moralny i:	<i>r</i> Pearsona	p
Prężność	-0,22	0,025
Wytrwałość i determinacja w działaniu	-0,13	0,192
Otwartość na nowe doświadczenia i poczucie humoru	-0,23	0,020
Kompetencje osobiste do radzenia sobie i tolerancja negatywnych emocji	-0,16	0,107
Tolerancja na niepowodzenia i traktowanie życia jako wyzwania	-0,24	0,013
Optymistyczne nastawienie do życia i zdolność mobilizowania się w trudnych sytuacjach	-0,14	0,167

Uwagi: N = 105

Omówienie

Dystres moralny w polskich badaniach jest zjawiskiem nowym. W literaturze światowej do pomiaru dystresu moralnego stosuje się najczęściej Moral Distress Scale (Skalę Dystresu Moralnego) autorstwa Corley [2], jednakże z uwagi na poszukiwanie narzędzia, które posłuży do badania tego nowego na polskim gruncie badawczym zjawiska, wybrano Termometr Dystresu Moralnego, który jako test przesiewowy służy do szybkiej oceny występowania dystresu moralnego. Doniesienia naukowe dotyczące zależności między dystresem moralnym a wiekiem nie są jednoznaczne. Badania Radzvin wykazały, iż młodsze pielęgniarki anestezjologiczne podejmując pierwsze niezależne decyzje w obliczu problematycznych kwestii etycznych w pracy, doświadczają wyższego poziomu dystresu moralnego [10]. Z kolei Rice i wsp. zwracają uwagę, iż w odniesieniu do tematu terapii daremnej starsze pielęgniarki doświadczają bardziej intensywnego dystresu moralnego, a całkowity czas pracy w zawodzie pielęgniarki pozostawał w dodatnim związku z dystresem moralnym [11]. Ponadto Meltzer i Huckabay zauważyli, iż w sytuacjach postrzeganych przez pielęgniarkę

w kategorii terapii daremnej, osoby z tytułem licencjata lub wyższym doświadczały zwiększonej intensywności dystresu moralnego [12]. Rezultaty naszego badania, podobnie do badań McAndrew i wsp. [13] dotyczących związków dystresu moralnego ze zmiennymi demograficznymi, nie wykazały korelacji dystresu moralnego z wiekiem, poziomem wykształcenia, czy stażem pracy w zawodzie pielęgniarki. Uzyskaliśmy dodatnią korelację między dystresem moralnym i stażem pracy pielęgniarki w anestezjologii i intensywnej terapii. Dodek i wsp. taką samą zależność dotyczącą pielęgniarek oddziałów intensywnej terapii traktują jako potwierdzenie efektu crescendo, gdzie dłuższy czas ekspozycji na sytuacje prowadzące do dystresu moralnego związany ze wzrastającym stażem pracy w intensywnej terapii prowadzi do stopniowego podnoszenia się wyjściowego oraz reaktywnego poziomu dystresu moralnego [14]. Uzyskane przez nas wyniki badań wskazują ponadto, że efekt crescendo może wiązać się nie tylko z liczbą lat pracy pielęgniarki w intensywnej terapii, lecz również z większą częstotliwością stykania się z sytuacjami wywołującymi dystres moralny na skutek podejmowania dodatkowej pracy na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej i intensywnej terapii, w tym samym zakresie (blok operacyjny i/lub oddział intensywnej terapii), ale w innym miejscu pracy. W naszym badaniu kumulacja sytuacji, czynników wywołujących dystres moralny na stanowisku pielęgniarki anestezjologicznej i intensywnej terapii w podstawowym i dodatkowym miejscu pracy wywołała doświadczanie istotnie wyższego poziomu dystresu moralnego. W literaturze pojawiają się doniesienia wskazujące na pracę w nadgodzinach [15] lub przeciążenie pracą na skutek braków kadrowych i presji czasu jako na czynniki ryzyka dystresu moralnego [16]. Meltzer i Huckabay odnotowały, iż pielęgniarki pracujące naprzemiennie w różnych oddziałach intensywnej terapii o odmiennym profilu (kardiochirurgicznym, neurochirurgicznym lub chirurgicznym) relacjonowały wyższy poziom depersonalizacji związanej z wypaleniem zawodowym niż osoby pracujące wyłącznie w jednym oddziale intensywnej terapii [12]. W badaniach zależności łączącej dystres moralny z wypaleniem zawodowym do pomiaru wypalenia najczęściej używa się Kwestionariusza *Wypalenia Zawodowego* Christiny Maslach (*Maslach Burnout Inventory – MBI*) uzyskując korelację dystresu moralnego z wymiarem wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji, zwanej też cynizmem [17]. W celu zbadania

wypalenia zawodowego w naszym badaniu posłużyliśmy się Kwestionariuszem Wypalenia Zawodowego LBQ Massimo Santinello, który jest w Polsce zaadoptowanym kulturowo i znormalizowanym narzędziem do pomiaru wypalenia zawodowego [9]. Podobnie do innych badaczy [17] uzyskaliśmy umiarkowanie silny związek wyczerpania psychofizycznego z dystresem moralnym. Związek rozczarowania z dystresem moralnym (20% wspólnej wariancji) można wyjaśnić faktem, iż ten aspekt wypalenia zawodowego jest najsilniej związany z brakiem zadowolenia z pracy [9], a w badaniach niska satysfakcja z pracy korelowała pozytywnie z dystresem moralnym [18]. Rushton i Young [19] w świetle braku jednoznacznej definicji prężności moralnej akcentują podobieństwo między prężnością i prężnością moralną. Uzyskana istotna relacja między ogólnym wynikiem na skali prężności a dystresem moralnym może przemawiać za proponowanym przez Rushton alternatywnym spojrzeniem na dystres moralny nie tylko przez pryzmat bezsilności i wiktylizacji pracowników ochrony zdrowia, lecz także możliwości poradzenia sobie z negatywnymi konsekwencjami przy jednoczesnym rozwoju, wzmocnieniu pewnych cech i odczuć pracownika, co może być uwarunkowane prężnością danej jednostki [20]. Uzyskana w badaniu istotna zależność między wynikiem na skali otwartości na nowe doświadczenia i poczucie humoru oraz na skali tolerancji na niepowodzenia i traktowania życia jako wyzwania może stać się podpowiedzią dotyczącą czynników ważnych w prewencji dystresu moralnego podczas planowania działań poprawiających kondycję psychiczną pracowników ochrony zdrowia.

Wnioski

1. Jedną z możliwych negatywnych konsekwencji doświadczania dystresu moralnego jest wypalenie zawodowe.
2. Prężność jednostki może pomagać w radzeniu sobie z dystresem moralnym, pełni funkcję prewencyjną.
3. W celu ochrony personelu pielęgniarskiego oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii przed negatywnymi konsekwencjami dystresu moralnego mogącymi doprowadzać do wypalenia zawodowego należy wprowadzić interwencje psychologiczne wspierające prężność jednostki, szczególnie w grupie osób z długim stażem pracy

w anestezjologii i intensywnej terapii oraz osób podejmujących dodatkową pracę w anestezjologii i intensywnej terapii w innej placówce.

Konflikt interesów / Conflict of interest
Brak/None

Adres do korespondencji / Correspondence address

✉ Natalia Borkowska
Katedra Anestezjologii i Intensywnej Terapii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Kopcińskiego 22; 91-153 Łódź
☎ (+48 42) 678 37 48
✉ nataliaborkowska7@gmail.com

Piśmiennictwo/References

- Walton MK. Sources of moral distress. W: Ulrich CM, Grady C (red.). *Moral distress in the health professions*. Cham: Springer; 2018. p. 79-93.
- Morley G, Ives J, Bradbury-Jones C, Irvine F. What is 'moral distress'? A narrative synthesis of the literature. *Nurs Ethics*. 2017. doi:10.1177/0969733017724354.
- Musto L, Rodney P. What we know about moral distress. W: Ulrich CM, Grady C (red.). *Moral distress in the health professions*. Cham: Springer; 2018. p. 9-20.
- Epstein EG, Delgado S. Understanding and addressing moral distress. *Online J Issues Nurs*. 2010;15(3):1-12. doi:10.3912/OJIN.Vol15No03Man01.
- Fumis RRL, Junqueira Amarante GA, de Fátima Nascimento A, Vieira Junior JM. Moral distress and its contribution to the development of burnout syndrome among critical care providers. *Ann Intensive Care*. 2017;7(1):71. doi:10.1186/s13613-017-0293-2.
- Ogińska-Bulik N, Juczynski Z. Skala pomiaru prężności – SPP-25. *Now Psychol*. 2008;3:39-56.
- Rushton CH. Cultivating moral resilience. *Am J Nurs*. 2017;117(2 Suppl 1):S11-S15. doi:10.1097/01.NAJ.0000512205.93596.00.
- Wocial LD, Weaver MT. Development and psychometric testing of a new tool for detecting moral distress: the Moral Distress Thermometer. *J Adv Nurs*. 2013;69(1):167-74.
- Jaworowska A. *Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Massimo Santinello Polska Normalizacja*. Warszawa:Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego; 2014.
- Radzvin LC. Moral distress in certified registered nurse anesthetists: Implications for nursing practice. *AANA J*. 2011;79(1):39-45.
- Rice EM, Rady MY, Hamrick A, Verheijde JL, Pendergast DK. Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an adult acute tertiary care hospital. *J Nurs Manag*. 2008;16(3):360-73.
- Meltzer LS, Huckabay LM. Critical care nurses' perceptions of futile care and its effect on burnout. *Am J Crit Care*. 2004;13:202-8.
- McAndrew NS, Leske JS, Garcia A. Influence of moral distress on the professional practice environment during prognostic conflict in critical care. *J Trauma Nurs* 2011; 18(4):221-230. doi:10.1097/JTN.0b013e31823a4a12.
- Dodek PM, Wong H, Norena M i wsp. Moral distress in intensive care unit professionals is associated with profession, age, and years of experience. *J Crit Care*. 2016;31(1):178-82. doi:10.1016/j.jcnc.2015.10.011.
- Schaefer R, Zoboli ELCP, Vieira M. Moral distress in nurses: a description of the risks for professionals. *Texto Context – Enferm* 2018. doi:10.1590/0104-07072018004020017.
- Wolf L, Perhats C, Delao A, Moon MD, Clark PR, Zavotsky. "It's a burden you carry": describing moral distress in emergency nursing. *J Emerg Nurs*. 2016;42(1):37-46.
- Delfrate F, Ferrara P, Spotti D i wsp. Moral Distress (MD) and burnout in mental health nurses: a multicenter survey. *Med Lav*. 2018;109(2):97-109. doi: 10.23749/mdl.v109i2.6876.
- Ando M, Kawano M. Relationships among moral distress, sense of coherence, and job satisfaction. *Nurs Ethics*. 2018;25(5):571-9. doi: 10.1177/0969733016660882.
- Young PD, Rushton CH. A concept analysis of moral resilience. *Nurs Outlook*. 2017;65(5):579-87.
- Rushton CH, Caldwell M, Kurtz MCE. Moral distress: a catalyst in building moral resilience. *Am J Nurs*. 2016;116(7):40-9.

Regulamin ogłaszania prac w kwartalniku *Anestezjologia i Ratownictwo*

Kwartalnik *Anestezjologia i Ratownictwo* publikuje prace dotyczące zagadnień anestezjologii i ratownictwa, a także szeroko rozumianego pogranicza, związanego również z innymi dyscyplinami naukowymi, w których uwzględniono aspekty diagnostyki, terapii oraz profilaktyki chorób.

Prace należy nadsyłać drogą elektroniczną na adres:

redakcja@akademiamedycyny.pl

Przepisy redakcyjne:

1. Do druku przyjmowane są prace w języku polskim lub angielskim.
2. Prace o charakterze doświadczalnym muszą być w zgodzie z wymogami Konferencji Helsińskiej. Autorzy muszą uzyskać pisemną zgodę osób badanych, po wcześniejszym poinformowaniu ich o przebiegu badań i o ewentualnych szkodliwościach z nich wynikających. Prace, których przedmiotem jest człowiek, mogą być wykonywane i publikowane tylko za zgodą Komisji Bioetycznej i nie mogą ujawniać ich danych osobowych bez załączenia ich pisemnej zgody.
3. Nadesłanie pracy do druku jest jednoznaczne ze stwierdzeniem, że praca nie została zgłoszona do innego czasopisma.
4. Manuskrypty niekompletne lub przygotowane w stylu niezgodnym z zasadami podanymi niżej redakcja odsyła Autorom bez oceny merytorycznej. Artykuły przygotowane zgodnie z wymogami poniżej zostają zarejestrowane i przekazane do oceny niezależnym recenzentom. Akceptacja pracy do druku odbywa się na podstawie pozytywnych opinii recenzentów.
5. Data złożenia pracy w Redakcji, jak również data jej przyjęcia do druku, są umieszczone na początku drukowanej pracy.
6. Prace są recenzowane poufnie i anonimowo (podwójna ślepa próba) przez niezależnych Recenzentów z grona ekspertów w danej dziedzinie.
7. Redakcja zapoznaje Autorów z tekstem recenzji, bez ujawnienia nazwisk recenzentów.
8. Recenzent może uznać pracę za:
 - nadającą się do druku bez dokonania poprawek,
 - nadającą się do druku po dokonaniu poprawek według wskazówek Recenzenta, bez konieczności ponownej recenzji,
 - nadającą się do druku po dokonaniu poprawek według wskazówek Recenzenta i po ponownej recenzji pracy,
 - nienadającą się do druku.
9. Prace wymagające korekty zostaną niezwłocznie przesłane Autorom wraz z uwagami Recenzenta i Redakcji.
10. W przypadku zakwalifikowania pracy do druku Autorzy zostaną o tym fakcie poinformowani e-mailowo lub telefonicznie.
11. Korekty, w formie elektronicznej, należy zwrócić w terminie do 7 od daty wysłania z Redakcji. W wyjątkowych wypadkach Redakcja może przedłużyć termin zwrotu korekty po wcześniejszym uzgodnieniu tego faktu z jej przedstawicielem.
12. Prace niezakwalifikowane do druku zostaną przez Redakcję zniszczone.
13. Redakcja Naukowa zastrzega sobie prawo do dokonywania koniecznych poprawek i skrótów bez porozumienia z Autorami.
14. Prace zgłaszane do druku należy przesłać w formie elektronicznej (e-mail).
15. Objętość prac oryginalnych nie może przekraczać 10 stron, 12 stron dla poglądowych i 8 stron dla prac kazuistycznych. Na jednej stronie nie można umieścić więcej niż 1800 znaków wraz ze spacjami.
16. Wersja elektroniczna pracy powinna być dostarczona e-mailem. Materiał ilustracyjny należy przygotować w formacie TIFF dla materiałów zdjęciowych i skanowanych, a dla grafiki wektorowej w programach Corel Draw do wersji 10 lub Adobe Illustrator do wersji 10, dla wykresów i diagramów MS Excel lub Word.
17. Tekst oraz materiał ilustracyjny powinny być zapisane w oddzielnych plikach np. nazwa-tekst.doc, nazwa-tabela.doc.
18. Obowiązkowy układ pracy:
Strona tytułowa:
 - tytuł artykułu w języku polskim i angielskim,
 - imiona i nazwiska Autorów,

- pełna nazwa instytucji,
- słowa kluczowe w języku polskim/angielskim (do 6 słów),
- pełny adres korespondencyjny jednego z Autorów,
- streszczenie pracy w języku polskim (200-250 słów w przypadku prac oryginalnych oraz 100-150 w przypadku prac poglądowych i opisów przypadków klinicznych; struktura jak w tekście głównym),
- streszczenie pracy w języku angielskim (200-250 słów w przypadku prac oryginalnych oraz 100-150 w przypadku prac poglądowych oraz opisów przypadków klinicznych; struktura jak w tekście głównym),
- należy wyszczególnić wszystkie źródła finansowania wykonanej pracy naukowej.

Układ tekstu głównego (w przyjętym układzie dla prac oryginalnych):

- Wstęp,
 - Cel pracy,
 - Materiał i metody,
 - Wyniki,
 - Omówienie,
 - Wnioski,
 - Podziękowania,
 - Spis piśmiennictwa.
19. Ryciny, tabele, wykresy i fotografie do włączenia w tekst należy nadsyłać oddzielnie, poza tekstem, w którym muszą być zacytowane. Wszystkie powinny być ponumerowane zgodnie z kolejnością występowania w pracy i opisanie w języku polskim i angielskim (tabele - numeracja cyframi rzymskimi; ryciny, wykresy i fotografie – numeracja cyframi arabskimi).
 20. Spis piśmiennictwa powinien ograniczyć się do niezbędnych pozycji cytowanych w pracy, w przypadku prac oryginalnych do 20, a poglądowych do 40 pozycji. Piśmiennictwo należy przytoczyć w kolejności cytowań w tekście. Każdą publikację podaje się w tekście za pomocą cyfry arabskiej w nawiasie kwadratowym. Cytowanie w spisie piśmiennictwa powinno mieć następujący układ:
 - dla czasopisma: nazwiska autorów z inicjałami imion, oddzielone przecinkami, zakończone kropką (jeśli liczba autorów cytowanej pracy przekracza sześć osób, to pozostałych należy zaznaczyć skrótem: „i wsp.”), tytuł artykułu, kropka, nazwa czasopisma przytoczona w skrócie wg Index Medicum, kropka, spacja, rok, średnik, tom, dwukropek, pierwsza i ostatnia strona – (np.: 1. Jakobsson U, Hallberg IR. Loneliness, fear and quality of life among elderly in Sweden: a tender perspective. *Aging Clin Exp Res.* 2005;17(6):494-501.
 - dla tytułu rozdziału z książki: nazwiska autorów z inicjałami imion, oddzielone przecinkami, zakończone kropką, tytuł rozdziału, kropka, W: nazwiska redaktorów (red.), kropka, tytuł książki, kropka, miejscowość, dwukropek, spacja, wydawca, średnik, spacja, rok wydania, kropka lub – w przypadku wybranych stron - dwukropek, spacja, pierwsza i ostatnia strona – np.: Wojszel ZB, Bień B. Wielkie problemy geriatryczne – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem. W: Kędziora-Kornatowska K, Muszałik M (red.). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo.* Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. str. 97-114.
- Dopuszcza się również cytowania ze źródeł elektronicznych.
21. Praca powinna być zredagowana możliwie krótko, bez zarzutu pod względem stylistycznym, zgodnie z obowiązującą pisownią.
 22. Należy używać międzynarodowych (zgodnie z zasadami polszczyzny) nazw leków. Dopuszcza się podawanie nazw handlowych w nawiasach.
 23. Skróty powinny być wyjaśnione w tekście w miejscu, w którym się pojawiają po raz pierwszy.
 24. Wraz z pracą należy złożyć Deklarację Konflikty Interesów oraz List Przewodni z oświadczeniem Autorów, że praca nie została i nie zostanie złożona do druku w innym czasopiśmie oraz że nie zachodzą zjawiska: „guest authorship” i „ghostwriting”.
 25. Pierwszy autor/autor do korespondencji otrzymują bezpłatnie 1 egzemplarz czasopisma z wydrukowanym artykułem.
 26. Nie przewiduje się honorariów autorskich
 27. Prawa autorskie: Maszynopis zakwalifikowany do druku w kwartalniku staje się własnością Wydawnictwa Akademia Medycyny. Wydawca nabywa na zasadzie wyłączności ogół praw autorskich do wydrukowanych prac (w tym prawo do wydawania drukiem, na nośnikach elektronicznych i innych oraz w Internecie). Bez zgody wydawcy dopuszcza się jedynie drukowanie streszczeń.
 28. Redakcja *Anestezjologii i Ratownictwa* posiada własną stronę internetową, na której zamieszczane są streszczenia drukowanych prac, jak również istotne wiadomości.

Submission Manuscript Guidelines:

The quarterly journal *Anestezjologia i Ratownictwo / Anaesthesiology and Rescue Medicine* publishes articles which cover key issues and current trends in geriatric medicine, as well as it also presents the broadest disciplines that focus on any aspect of the diagnosis, therapy and the prevention of the ageing related diseases.

Please submit your papers electronically at:

redakcja@akademiamedycyny.pl

Instructions for authors

1. Only papers written in Polish or English are accepted.
2. In scientific investigations involving human subjects, experiments should be performed in accordance with the ethical standards formulated in the Helsinki Declaration. Informed consent for the research must be obtained from all participants and all clinical investigations. For papers involving human subjects, adequate documentation should be provided to certify that appropriate ethical safeguards and protocols have been followed according to the responsible Bioethical Committee on human experimentation (institutional or regional). Names should not be published in written descriptions, photographs, sonograms, CT scans, etc., nor should pedigrees, unless information is essential for scientific purposes and a patient (or a parent, or a guardian) has given their written informed consent for publication.
3. Manuscripts are received with the explicit understanding that they are not under simultaneous consideration by any other publication. Submission of an article implies that the work described has not been published previously.
4. Manuscripts that are incomplete or whose style does not follow the below guidelines shall be returned to the Authors without being evaluated. Articles following the below guidelines shall be registered and sent to independent reviewers to be evaluated. A paper shall be accepted for publication based on reviewers' positive opinions.
5. The dates of submitting and acceptance for publication are labeled at the end of each manuscript.
6. Submitted manuscripts are anonymously reviewed by two impartial experts to determine their originality ("double-blind review"), scientific merit, and significance to the field.
7. Reviewers shall remain anonymous, but their comments will be available to authors.
8. There are several types of decision possible:
 - accept the manuscript as submitted,
 - accept it with revision,
 - accept it and invite the authors to revise the manuscript before a final decision is reached,
 - accept it with encouragement to resubmit it after extensive revision,
 - outright rejection.
9. Page proofs with reviewer's remarks will be sent to corresponding author for examination and corrections.
10. Information about accepting the manuscript for publication will be sent to the corresponding author.
11. Corrected proofs should be returned to the Editor within seven days of posting by the Editor. Authors are responsible for obtaining the Editor's permission for any changes in the time for returning proofs.
12. When submitted manuscripts are not accepted for publication, they will be destroyed according to the Editorial office's schedule.
13. The Editors reserve the right to make corrections in style and nomenclature without Authors' permission.
14. Authors should return the final, revised manuscript by e-mail: redakcja@akademiamedycyny.pl
15. Manuscripts of original papers should not exceed 10 pages, review articles – 12 pages, case reports – 8 pages. One page is generally limited to 1800 characters including spacing.
16. The electronic version of the text should be submitted as MS Word 98 or above. All illustration and scan files should be in the TIFF format. For vector graphics, the digital formats of Adobe Illustrator for version 10 and Corel Draw for version 10 are accepted; for graphs and diagrams - MS Excel or MS Word.
17. The text and figures must be uploaded as separate files. Files should be named with the corresponding Author's surname and "text.doc", "fig. 1.doc", "fig. 2.doc" name and extension formats, etc.
18. The paper should be laid out as follows:
Provide the following data on the title page (in the order given):
 - the article's title,
 - Authors' names,

- institutional affiliations, the name of department(s) and institution(s) to which the work should be attributed,
- keywords (maximum of 6 keywords),
- full postal address of the corresponding Author,
- an abstract in English (maximum length of 200-250 words in case of original works and 100-150 in case of review articles or clinical cases, an abstract should state briefly the purpose of the research, principal results and major conclusions.

Arrangement of the article (for original papers):

- Introduction,
 - Purpose of the work,
 - Material and methods,
 - Results,
 - Discussion,
 - Conclusions,
 - Acknowledgements,
 - References,
 - Source(s) of support in the form of grants, equipment, drugs, or all of these.
19. Tables, illustrations, vector graphics and photographs should be prepared and submitted on separate pages. All figures should be numbered in the order of their citation in the text and legends should be in Polish and English (tables - Roman numerals; illustrations, vector graphics and photographs - Arabic numerals).
 20. References should exceed in number, and should in general be limited according the paper type: for original papers – up to 20, for review articles – up to 40 items. They must be numbered in their order of appearance in the text. References should be identified in the text, tables, and legends by Arabic numerals in square brackets. It is allowed to use the following style for the references list: surname and initials of all authors separated by a comma, followed by a full stop, then the article title (or the book title), a full stop, the name of the journal should be abbreviated according to the style used in the Index Medicus, the year, a semicolon, the volume number, a colon, the first and the last page (for books: the city, a colon, the publisher, a semicolon, the year, a colon, pages). When there are more than six authors, only the first six authors are listed, followed by “et al.”, i.e.: 1. Jakobsson U, Hallberg IR. Loneliness, Fear and quality of life among the elderly in Sweden: a tender perspective. *Aging Clin Exp Res.* 2005;17(6):494-501. 2. Wojszel ZB, Bień B. Wielkie problemy geriatryczne – rola zespołu terapeutycznego w opiece nad pacjentem. In: Kędziora-Kornatowska K, Muszalik M (ed.). *Kompendium pielęgnowania pacjentów w starszym wieku. Podręcznik dla studentów i absolwentów kierunku pielęgniarstwo.* Lublin: Wydawnictwo Czelej; 2007. p.: 97-114.
- Quoting from electronic sources is accepted.
21. A paper ought to be brief and observe general style and spelling rules.
 22. International generic rather than trade names of drugs should be used. Trade or manufacturers’ names should only be used in brackets.
 23. All abbreviations should be spelt out in full the first time they are used.
 24. A paper submitted for publication should be accompanied by a Declaration of ‘Conflict of Interest’ and a ‘Cover Letter’ with a statement by the Author(s) confirming that the paper has not been and will not be published elsewhere and that there is no instance of misconduct (“ghostwriting” and “guest authorship”).
 25. First Author/corresponding Author shall receive 1 copy of the issue in which the article shall be published. They shall be sent to the author(s) free of charge.
 26. No remuneration shall be paid for publication.
 27. Copyrights. Submission of an article for publication implies a transfer of the copyright from the Author to the publisher upon acceptance. Accepted papers shall become permanent property of the Wydawnictwo Akademia Medycyny and may not be reproduced without the written consent from the publisher. The publisher reserves the copyright (including printing, electronic version such as CDs, the Internet and others). Only abstracts can be published elsewhere without written permission from the publisher.
 28. A website shall be launched by the *Anaesthesiology and Rescue Medicine*, which shall feature abstracts of printed papers as well as other relevant information.