

BAT-PL: metoda oceny wypalenia zawodowego

Instrukcja

Poniższe stwierdzenia odnoszą się do twojej pracy i jak tego doświadczasz. Proszę podaj jak często czujesz się w ten sposób.

Punktacja

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
1	2	3	4	5

Objawy podstawowe

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
<i>Wyczerpanie</i>					
1. W pracy czuję się psychicznie wyczerpana(y)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wszystko, co robię w pracy, wymaga ode mnie ogromnego wysiłku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Po dniu pracy trudno jest mi odzyskać energię*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. W pracy czuję się fizycznie wyczerpana(y)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kiedy rano wstaję, nie mam siły do rozpoczęcia nowego dnia pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chcę być aktywna(y) w pracy, ale jakoś nie jestem w stanie temu podołać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Po wyczerpanym dniu w pracy, męczę się szybciej niż zazwyczaj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pod koniec dnia pracy czuję się wyczerpana(y) i wykończona(y) psychicznie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Zdystansowanie psychiczne</i>					
9. Zmagam się, by wykrzesać z siebie jakikolwiek entuzjazm do pracy*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. W pracy nie myślę i funkcjonuję jak na autopilocie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czuję silną awersję do mojej pracy*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Czuję obojętność w stosunku do mojej pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nie obchodzi mnie co inni myślą o mojej pracy*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Pogorszenie funkcjonowania poznawczego</i>					
14. W pracy nie potrafię się skupić*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. W pracy z trudem jasno myślę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. W pracy jestem roztargniona(y) i rozkojarzona(y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Kiedy pracuję, nie potrafię się skoncentrować*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Popełniam w pracy błędy, ponieważ moje myśli są zaprzątnięte czymś innym*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Citation: Basinska, B.A., Gruszczynska, E., & Schaufeli, W.B. (2020). BAT-PL: Polish version of the burnout assessment tool – preliminary report. Unpublished manuscript. Gdansk University of Technology, Poland; original version: Schaufeli, W.B., De Witte, H. & Desart, S. (2019). *Burnout Assessment Tool (BAT) – Test Manual*. KU Leuven, Belgium: Internal report.

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
<i>Pogorszenie funkcjonowania emocjonalnego</i>					
19. W pracy czuję, że nie kontroluję emocji*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Nie jest do mnie podobne to, w jaki sposób reaguję emocjonalnie w pracy*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. W trakcie pracy irytuję się, kiedy sprawy nie układają się po mojej myśli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. W pracy bez powodu robię się zła(y) i smutna(y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. W pracy zdarza mi się reagować nieadekwatnie bez powodu*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: * = wersja skrócona BAT-12

Objawy wtórne

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
<i>Objawy psychologiczne</i>					
1. Mam kłopoty z zasypianiem i utrzymaniem snu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jestem skłonna(y) do zmartwień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czuję napięcie i stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czuję się niespokojna(y) i/lub mam ataki paniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Drażnią mnie hałas i tłumy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Objawy psychosomatyczne</i>					
6. Odczuwam palpacje serca i bóle w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mam kłopoty żołądkowe i/lub jelitowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cierpię na bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bolą mnie mięśnie, np. karku, barków lub pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Często choruję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

BAT: metoda do oceny wypalenia

Instrukcja

Poniższe stwierdzenia odnoszą się do jak się czujesz. Proszę podaj jak często czujesz się w ten sposób.

Punktacja

Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
1	2	3	4	5

Objawy podstawowe

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Wyczerpanie					
1. Czuję się psychicznie wyczerpana(y)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wszystko co robię wymaga ode mnie ogromnego wysiłku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Po całym dniu trudno jest mi odzyskać energię*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czuję się fizycznie wyczerpana(y)*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kiedy rano wstaję, nie mam siły do rozpoczęcia nowego dnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Chcę być aktywna(y), ale jakoś nie jestem w stanie temu podołać	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Po wytężonym dniu, męczę się szybciej niż zazwyczaj	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Pod koniec dnia czuję się wyczerpana(y) i wykończona(y) psychicznie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zdystansowanie psychiczne					
9. Zmagam się, by wykrzesać z siebie jakikolwiek entuzjazm do pracy*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Czuję silną awersję do mojej pracy*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Czuję obojętność w stosunku do mojej pracy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nie obchodzi mnie co inni myślą o mojej pracy*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pogorszenie funkcjonowania poznawczego					
13. Nie potrafię się skupić*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Z trudem jasno myślę	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Jestem roztargniona(y) i rozkojarzona(y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nie potrafię się skoncentrować*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Popełniam błędy, ponieważ moje myśli są zaprzątnięte czymś innym*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>Pogorszenie funkcjonowania emocjonalnego</i>	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
18. Czuję, że nie kontroluję emocji*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Nie jest do mnie podobne to, w jaki sposób reaguję emocjonalnie *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Irytuję się, kiedy sprawy nie układają się po mojej myśli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Bez powodu robię się zła(y) i smutna(y)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Zdarza mi się reagować nieadekwatnie bez powodu*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Legenda: * = wersja skrócona BAT-12

Objawy wtórne

	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
<i>Objawy psychologiczne</i>					
1. Mam kłopoty z zasypianiem i utrzymaniem snu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Jestem skłonna(y) do zmartwień	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Czuję napięcie i stres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Czuję się niespokojna(y) i/lub mam ataki paniki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Drażnią mnie hałas i tłumy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Objawy psychosomatyczne</i>					
6. Odczuwam palpitacje serca i bóle w klatce piersiowej	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mam kłopoty żołądkowe i/lub jelitowe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Cierpię na bóle głowy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bolą mnie mięśnie, np. karku, barków lub pleców	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Często choruję	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>