



DOFINANSOWANO ZE ŚRODKÓW BUDŻETU PAŃSTWA
Studenckie kolo naukowe tworzą innowacje

Adam Bernert
Marta Lewicka-Pachniewicz

**ZAGROŻENIE STRESEM, WYPALENIEM ZAWODOWYM I AGRESJĄ
WOBEC MEDYKÓW - INNOWACYJNE METODY WSPARCIA**



Adam Bernert
Marta Lewicka-Pachniewicz

**ZAGROŻENIE STRESEM, WYPALENIEM
ZAWODOWYM I AGRESJĄ WOBEC MEDYKÓW
– INNOWACYJNE METODY WSPARCIA**

Dąbrowa Górnicza 2022

Recenzja naukowa:

dr hab. n. med. i n. o zdr. Klaudiusz Nadolny, prof. AŚ

ISBN 978-83-61559-39-9

e-ISBN 978-83-61559-41-2

© Copyright by Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego
w Dąbrowie Górniczej 2022

Wydawca:

Wydawnictwo Naukowe

Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej

ul. Kościelna 6, 41-303 Dąbrowa Górnicza

tel.: 32 264 74 75

e-mail: wydawnictwo@wsps.pl

Projekt i skład:

Sławomir Karetko

Korekta:

Katarzyna Trusewicz

Druk i oprawa:

druk-24h.com.pl
DRUKARNIA CYFROWA

Grabówka, ul. Szosa Baranowicka 77

15-523 Białystok; tel. 85 653-78-04

e-mail: biuro@partnerpoligrafia.pl

Projekt okładki:

Anna Czyż

Publikacja bezpłatna, opracowana w ramach programu Studenckie Koła Naukowe tworzą innowacje, dofinansowanego ze środków budżetu państwa.

Koordynator Projektu – Opiekun Koła Naukowego Medicus – dr Adam Bernert,

oraz zespół w składzie:

Marta Lewicka-Pachniewicz, Marcin Bańczyk, Jakub Bąk, Piotr Bracha,
Katarzyna Durak, Oliwia Juszczak, Klaudia Kesten, Mateusz Kołodziejczyk,
Jolanta Solarz, Szymon Stanek, Barbara Wypych, Karolina Żydek

Konsultacja merytoryczna wyników badań psychologicznych: mgr Marcin Bański

SPIS TREŚCI

Wstęp	7
Rozdział 1	
WIELOWYMIAROWY CHARAKTER OPIEKI MEDYCZNEJ	9
1.1. System ratownictwa medycznego w Polsce	9
1.2. Środowisko pracy. Obowiązki, kompetencje ratownika medycznego	14
1.3. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Rys historyczny	20
1.4. Środowisko pracy. Obowiązki, kompetencje pielęgniarki	24
Rozdział 2	
ZAGROŻENIE STRESEM I WYPALENIEM W ZAWODACH MEDYCZNYCH	29
2.1. Źródła i przyczyny stresu w pracy ratownika medycznego oraz pielęgniarki	29
2.2. Koncepcje stresu: biologiczna, psychologiczna, medyczna	37
2.3. Fazy stresu	45
2.4. Sposoby przeciwdziałania stresowi	47
2.5. Sposoby radzenia sobie ze stresem	50
2.6. Zadowolenie z własnej pracy	53
2.7. Radzenie sobie ze stresem w pracy ratownika medycznego i pielęgniarki	56

Rozdział 3

STRES I WYPALENIE ZAWODOWE

WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO. BADANIA WŁASNE – –	63
3.1. Metoda. Założenia. Cel badań _ _ _ _ _	63
3.2. Charakterystyka grupy badawczej. Miejsce i organizacja badań. Etapy badań _ _ _ _ _	63
3.3. Problemy badawcze i hipotezy badawcze _ _ _ _ _	65
3.4. Charakterystyka grupy badanej. Narzędzia badawcze_ _ _ _ _	65
3.5. Metodologia analizy danych _ _ _ _ _	70

Rozdział 4

ANALIZA I INTERPRETACJA BADAŃ WŁASNYCH – – – – –	73
4.1. Cel analizy_ _ _ _ _	73
4.2. Autorski kwestionariusz ankiety _ _ _ _ _	74
4.3. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (MBI – <i>Maslach Burnout Inventory</i>) _ _ _ _ _	88
4.4. Skala odczuwania stresu – PSS-10 _ _ _ _ _	104
4.5. Wnioski _ _ _ _ _	113
4.6. Podsumowanie _ _ _ _ _	115
4.7. Implikacje dla praktyki _ _ _ _ _	117
Bibliografia – – – – –	119
Spis tabel _ _ _ _ _	129
Spis wykresów _ _ _ _ _	130

Wstęp

Zawód ratownika medycznego, jak i pielęgniarki, jest jednym z tych, w których człowiek podczas wykonywania swoich obowiązków, niemalże nieustannie, narażony jest na stres. W efekcie może to prowadzić do pojawienia się syndromu zmęczenia, a w konsekwencji do wypalenia zawodowego lub wystąpienia zespołu stresu pourazowego.

Stres jako zagadnienie stał się obiektem zainteresowania psychologii w połowie lat pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Pojęcie stresu należy do kluczowych pojęć współczesnej psychologii. W kontekście omawianego zagadnienia należy zwrócić uwagę na to, iż według głównego badanego problemu stres ujmowany jest jako zespół specyficznych oraz niespecyficznych (ogólnych) reakcji organizmu na zdarzenie i sytuacje, które powodują zakłócenie jego równowagi i wystawiają na poważną próbę jego zdolności radzenia sobie z nim. Zespół adaptacyjny (*General Adaptation Syndrome*) stanowi pierwszą linię obrony organizmu przed szkodliwymi czynnikami. Do jego powstania dochodzi, gdy organizm styka się z jakimkolwiek stresorem. Warunkiem przetrwania organizmu narażonego na wpływ otaczającego świata jest sprawność mechanizmów fizjologicznych, które odpowiadają za zmiany w środowisku wewnętrznym, i przeciwstawiające się im reakcje dążące do utrzymania odpowiedniej homeostazy (Sowizdraniuk, 2013). Stres w ujęciu medycznym ujmowany jest jako: grupa czynników zewnętrznych mających zdolność wywołania określonych procesów wewnętrznych, jak również wzmożonego napięcia układu nerwowego, lęku. Stres może doprowadzić do sytuacji deprivacji, powodując niemożność zaspokojenia potrzeb, sytuacji frustracji, stawiając na drodze do celu przeszkodę, która uniemożliwia jego realizację.

W niniejszej publikacji przyjęto definicję stresu jako procesu, który obejmuje zarówno doświadczenia stresujące, jak i psychologiczne i fizjologiczne reakcje na te doświadczenia. W rozumieniu tym, czynnikami krytycznymi, które determinują stres, są: odbiór danego wydarzenia, sytuacji drastycznej i reakcji, jaka została wywołana przez dane wydarzenia lub sytuacje. Dlatego stres ujmowany będzie jako transakcja między jednostką (ratownikiem medycznym, pielęgniarką), a otoczeniem, w którym jednostka się znajduje w danej sytuacji, oraz zasobów własnych radzenia sobie w tej okoliczności. Świadomość personelu medycznego dotycząca stresu i jego przeciwdziałaniu powinna być nieustannie podnoszona.

Przeprowadzone badania miały istotny wpływ w kontekście zwiększonej agresji społecznej wynikającej z ograniczeń w dostępie do świadczeń medycznych spowodowanych pandemią COVID-19 wobec pracowników medycznych. Dlatego też niniejsza publikacja ma na celu przybliżyć to, w jaki sposób walczyć i przeciwdziałać stresowi oraz unikać przeciążenia pracą, aby nie doprowadzić do przemęczenia, a w konsekwencji do wypalenia zawodowego.

W ramach programu: „Studenckie koła tworzą innowacje”, Koło Naukowe „Medicus” w Wyższej Szkole Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej zrealizowało projekt pt.: „Zagrożenie stresem, wypaleniem zawodowym i agresją wobec medyków – innowacyjne metody wsparcia”, którego celem była analiza zagrożeń dotyczących pielęgniarek i ratowników medycznych, a wynikających z obciążenia stresem, wypaleniem zawodowym oraz agresją ze strony interesariuszy opieki zdrowotnej.

Adam Bernert
Marta Lewicka-Pachniewicz

Rozdział 1

WIELOWYMIAROWY CHARAKTER OPIEKI MEDYCZNEJ

1.1. System ratownictwa medycznego w Polsce

Od zarania dziejów ludzkość zmagą się z chorobami, niedomaganiem ciała i organizmu człowieka. Często katastrofy, kataklizmy jako nieszczęścia nawiedzające ludzkość, pozwoliły na przestrzeni wieków wykształcić zasady i formy pomocy osobom rannym czy też chorym w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia. Na przestrzeni wieków historia ludzkości dowodzi, że lata pracy osób, które poświęcały się na rzecz ratowania zdrowia i niesienia pomocy innym cierpiącym, samotnym, odrzuconym przez społeczeństwo, nie poszło w zapomnienie, ale dało podwaliny do rozwoju Państwowego Ratownictwa Medycznego. Historia udzielania pomocy chorym czy też rannym występuje już w przekazach biblijnych, gdzie prorok Eliasz przywraca w ten sposób życie dziecku, jak również w mitologii egipskiej, gdzie Izyda ratuje swojego męża Ozyrysa poprzez wdmuchiwanie powietrza w jego usta. Jednak o pierwszej skutecznej wentylacji metodą usta-usta udokumentowanej medycznie znajdujemy w doniesieniach Tossach z roku 1744 (Jurczyk, 2010). W czasach starożytnych przedstawiciele medycyny starożytnej, Hipokrates czy też Pliniusz, starali zgłębiać tajniki anatomii człowieka, a tym samym działać na kanwie odkryć leczniczych

(Dmowski, 2015). Ludzkie tragedie istniały od zawsze. Również od zawsze ofiarom tragedii przychodzili z pomocą ci, dla których wartością nadrzędną było ratowanie czyjegoś życia. Badania dowodzą iż od 35 tys. lat ludzkość starała się i podejmowała pierwsze próby leczenia. Często wynikało to z intuicji czy też przypadku: złamana kość, która nie była ruszana, czy też zjedzenie rośliny o właściwościach leczniczych jako lek na problemy gastryczne. Obserwowanie natury, zachowań zwierząt, wiara, religia – wszystko to wyznaczało ścieżki, po których kroczyli, często błądząc, dawni medycy. Stulecia prób i błędów w przeciwdziałaniu chorobom i urazom świadczą o wielkich zmaganiach się z własnymi lękami, czy też przekonaniem ówczesnego społeczeństwa. Często walka jaką stacali medycy z własną bezsilnością, niewiedzą, ignorancją ze strony innych osób, mimo najszczerzej chęci, kończyła się klęską. To, co obecnie wiemy o historii medycyny świadczy, iż droga jej rozwoju obfitowała w wielkie odkrycia, ale też i upadki czy też klęski, prowadząc przez meandry dramatycznych zawirowań w kolejach losu społeczeństwa. Przestaje więc dziwić fakt, że konflikty zbrojne wymusiły pierwsze próby stworzenia i zorganizowania form ratownictwa medycznego, a tym samym rozwoju pierwszych form medycyny ratunkowej i medycyny pola walki (Kliszcz, 2012). Rozważając aspekt konfliktów zbrojnych w poznaniu metod leczenia ran, złamań czy też infekcji, w kontekście kumulacji różnego rodzaju typu urazów, ciężkości stanu poszkodowanych czy też konieczności przenoszenia lub ewakuacji z pola bitwy do szpitali lub punktów zabezpieczenia medycznego, wymusił opracowanie skutecznych systemów oceny stanu rannych, poszkodowanych czy też chorych, oraz sposobów udzielania im pomocy czy też transportu (Kliszcz, 2012). Koncepcję udzielania pomocy poszkodowanym na miejscu wypadku po raz pierwszy przedstawił baron von Larrey, lekarz wojskowy, który w 1792 roku zaprojektował lekkie pojazdy konne, dowożące wojskowych chirurgów wraz z całym ich sprzętem na pierwsze linie bojowe wojen napoleońskich. Zaprzężone w konie ambulanse volante (lotne ambulanse) Larreya stały się pierwowzorem dzisiejszych jednostek ruchomych ratownictwa medycznego. Docieranie pomocy do pacjentów zanim trafią do szpitala zapoczątkowano w Europie dopiero pod koniec lat 60. XX wieku.

Pilotażowe próby, wykorzystując m.in. ruchome jednostki opieki kardiologicznej stworzone przez prof. Franka Pantridge'a w 1966 roku w Belfaście, dowiodły, że pojazdy z obsadą lekarską lub pielęgniarską mogą nieść skuteczną pomoc ofiarom nagłego zachorowania lub urazu. Od początku lat 70. podjęto próby - głównie w USA, korzystania z przez paramedyków - pozostających w kontakcie telefonicznym ze szpitalem, lub działających wyłącznie na własną rękę. Według programu MEDIC 1, który został zapoczątkowany w Seattle przez dr Leonarda Cobba w 1970 roku, członkowie wysoce zorganizowanej straży pożarnej mogli dotrzeć do każdej części miasta w ciągu 4 min. Wszystkich strażaków przeszkolono w zakresie podstawowych zabiegów resuscytacyjnych oraz defibrylacji i wsparto w ambulansie MEDIC 1 z obsadą paramedyków, którzy musieli odbyć co najmniej dwunastomiesięczne szkolenie z zakresu pomocy doraźnej. W Wielkiej Brytanii rozwój cywilnej służby paramedycznej przebiegał wolniej. Eksperymentalne szkolenia załóg ambulansów ratunkowych podjęto w Brighton w 1971 roku. W ciągu następnych kilku lat próby podjęto niezależnie w innych ośrodkach (Jakubaszko, 2002). W Wiedniu w 1891 roku powołano pierwsze pogotowie ratunkowe, a jego organizatorzy i założyciele udzielali wsparcia w tworzeniu tej instytucji na ziemiach polskich, dzięki czemu w 1891 roku w Polsce powstało Pogotowie Ratunkowe w Krakowie, które znajdowało się w budynku Straży Pożarnej. Również w wydzielonym budynku znajdowało się ambulatorium, poczekalnia oraz pomieszczenie dla studentów Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Krakowskie Ochotnicze Towarzystwo Ratunkowe miało do dyspozycji jedną karetkę sanitarną, która była zaprzęgana w konie. Na wyposażeniu znajdowało się siedem sztuk noszy. Lata prac naukowych i postępy w rozwoju medycyny pozwoliły w 1904 roku zatrudnić pierwszych ochotników na płatne dyżury, a w 1908 roku Pogotowie zyskało kolejne trzy karetki sanitarne. Wraz z rozwojem systemu w 1893 roku powstaje Pogotowie Ratunkowe we Lwowie, w 1897 w Warszawie, 1899 w Łodzi, 1917 w Lublinie i 1928 w Poznaniu (Dmowski, 2015). Mając na myśli Państwowe Ratownictwo Medyczne warto wyjaśnić, że ów system jest pewnego rodzaju całością, którą stanowią zależne od siebie części – ludzie, procesy, produkty i usługi,

które scala wspólny cel. Celem jest wypełnienie misji, którą jest ochrona zdrowia wszystkich osób z niej korzystających. Koncepcja współczesnego systemu ratownictwa medycznego pochodzi z lat 90. XX wieku. Polska, czerpiąc doświadczenia z innych państw, podejmowała próby utworzenia systemu Ratownictwa Medycznego. Dopiero 25 lipca 2001 roku została uchwalona Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Na przestrzeni lat ratownictwo medyczne w Polsce wielokrotnie ulegało przemianom. Początkowo w jej strukturach nie działała tak wykwalifikowana kadra i personel medyczny jak obecnie. Działalność Państwowego Ratownictwa Medycznego oparta jest na zintegrowanym działaniu współistniejących ze sobą jednostek systemu (WOPR, TOPR, GOPR, HEMS, Straż Pożarna, Służba Celna, Wojsko, Policja), będących w gotowości do zapewnienia i niesienia natychmiastowej pomocy medycznej, przy wystąpieniu stanów nagłych, czy też zagrożeń zdrowia lub życia (Furtak-Niczyporóg, 2013).

Po raz pierwszy terminu „ratownictwo medyczne” użyto w Ustawie z 25 lipca 2001 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym. Obecny system Państwowego Ratownictwa Medycznego został ukształtowany i funkcjonuje na podstawie Ustawy z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym zwanej w skrócie PRM (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195, z późn. zm). Filarem personalnym systemu Ratownictwa Medycznego są ratownicy medyczni, którzy należą do jednego z najmłodszych zawodów medycznych (lata 90. ubiegłego wieku). Podstawowe zasady wykonywania zawodu ratownika medycznego określone są w Ustawie z określone są w Ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym (dz.U. z 2022 r poz. 1720, 1733, 2705, 2770.). Natomiast 13 grudnia 2022 roku Prezydent Polski Andrzej Duda podpisał ustawę o Zawodzie i Samorządzie Ratowników Medycznych. Obecnie szczegółowy zakres czynności ratownika medycznego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego. Zawód ratownika medycznego może wykonywać osoba posiadająca pełną zdolność do czynności prawnych, posiadająca stan zdrowia pozwalający na wykonywanie tego zawodu, wykazująca znajomość

języka polskiego w stopniu wystarczającym do wykonywania tego zawodu oraz spełniająca następujące wymagania: ukończone studia wyższe na kierunku (specjalności) ratownictwo medyczne lub ukończona szkoła policealna i posiadanie dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu zawodowego „ratownik medyczny”, lub posiadanie dyplomu uzyskanego w innym państwie, uznawanym w Polsce. Również ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym dotyczy zawodu dyspozytora medycznego, lekarza systemu, pielęgniarki systemu lub ratownika medycznego. Do zadań dyspozytora medycznego należy: powiadamianie o zdarzeniu szpitalnych oddziałów ratunkowych lub, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, powiadamianie o zdarzeniu jednostek współpracujących z systemem, jeżeli wymaga tego sytuacja na miejscu zdarzenia, powiadamianie wojewódzkiego koordynatora ratownictwa medycznego w razie konieczności użycia jednostek systemu spoza obszaru działania dysponenta jednostki. Również w ustawie wymieniony jest zawód pielęgniarki systemu ratownictwa medycznego, która posiada tytuł specjalisty lub specjalizuje się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, a także pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadająca co najmniej trzyletni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym. Z kolei lekarz systemu ratownictwa medycznego posiada tytuł specjalisty lub specjalizuje się w dziedzinie medycyny ratunkowej.

1.2. Środowisko pracy. Obowiązki, kompetencje ratownika medycznego

Istotną rolę w funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia odgrywa ratownictwo medyczne, które charakteryzuje się tym, że w celu realizacji swych zadań bardzo często potrzebuje wsparcia ze strony innych służb ratowniczych, o których mowa w art. 15 ustawy PRM (Karski, Nogalski, 2006). Poszczególne etapy leczenia poszkodowanych, od nadania sygnału na ratunek, obejmują pierwszą pomoc i kwalifikowaną pierwszą pomoc z medycznymi czynnościami ratunkowymi, działań na miejscu zdarzenia i w czasie transportu, oraz leczenie w szpitalnym oddziale ratunkowym, a docelowo leczenie specjalistyczne w odpowiednich oddziałach szpitala. To tzw. ogniwa łańcucha przeżycia. Do medycznych czynności ratunkowych, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika, należą:

1. Ocena stanu pacjenta.
2. Układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń.
3. Podjęcie i prowadzenie podstawowej i zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
4. Bezprzrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych.
5. Przrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności: rurki ustno-gardłowej, rurki nosowo-gardłowej, przrządów nadgłośniowych, konikopunkcji.
6. Odsysanie dróg oddechowych.
7. Podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomaganie oddechu lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzrządowymi i przrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora.
8. Wykonanie intubacji dotchawiczej i prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia.
9. Wykonanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora.
10. Wykonanie defibrylacji zautomatyzowanej.

11. Wykonanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie.
12. Wykonanie kardiowersji w tachyarytmiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie.
13. Wykonanie i ocena zapisu EKG.
14. Monitorowanie czynności układu oddechowego.
15. Monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi.
16. Wykonanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej.
17. Wykonanie dojścia doszpikowego przy użyciu gotowego zestawu.
18. Podawanie leków drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszpikową.
19. Odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej.
20. Oznaczenie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu.
21. Opatrywanie ran.
22. Tamowanie krwawień zewnętrznych.
23. Unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń.
24. Unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego.
25. Przyjęcie porodu.
26. Wykonanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej.
27. Przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu.
28. Wykonanie pomiaru temperatury głębokiej.
29. Podawanie koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego, z zasobów własnych chorego (Dz. U. 2022, 1720.).

Również podawanie leków określonych w rozporządzeniu:

Lp.	Nazwa międzynarodowa leku	Postać
1	Acidum acetylosalicylicum	tabletki
2	Adenosinum	roztwór do wstrzykiwań
3	Amiodaroni hydrochloridum	roztwór do wstrzykiwań
4	Atropini sulfas	roztwór do wstrzykiwań
5	Isosorbidi mononitras	tabletki
6	Budesonidum	zawiesina do nebulizacji
7	Captoprilum	tabletki
8	Clemastinum	roztwór do wstrzykiwań
9	Clonazepamum	roztwór do wstrzykiwań
10	Clopidogrelum (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
11	Dexamethasoni phosphas	roztwór do wstrzykiwań
12	Diazepamum	tabletki, roztwór do wstrzykiwań, wlewka doodbytnicza
13	Drotaverini hydrochloridum	roztwór do wstrzykiwań
14	Epinephrinum	roztwór do wstrzykiwań
15	Fentanylum	roztwór do wstrzykiwań
16	Flumazenilum	roztwór do wstrzykiwań
17	Furosemidum	roztwór do wstrzykiwań
18	Glyceroli trinitras	tabletki, aerozol do stosowania podjęzykowego
19	Glucagoni hydrochloridum	roztwór do wstrzykiwań
20	Glucosum 5%	roztwór do wlewu dożylnego
21	Glucosum 20%	roztwór do wstrzykiwań
22	Heparinum natricum	roztwór do wstrzykiwań
23	Hydrocortisonum	roztwór do wstrzykiwań
24	Hydroxyzinum	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
25	Ibuprofenum	tabletki
26	Ketoprofenum	tabletki, roztwór do wstrzykiwań
27	Lidocaini hydrochloridum	roztwór do wstrzykiwań, żel
28	Magnesii sulfas	roztwór do wstrzykiwań

29	Mannitolum – 15%	roztwór do wlewu dożylnego
30	Metamizolum natricum	roztwór do wstrzykiwań
31	Metoclopramidum	roztwór do wstrzykiwań
32	Metoprololi tartras	roztwór do wstrzykiwań
33	Midazolamum	roztwór do wstrzykiwań
34	Morphini sulfas	roztwór do wstrzykiwań
35	Naloxoni hydrochloridum	roztwór do wstrzykiwań
36	Natrii chloridum 0,9%	roztwór do wlewu dożylnego
37	Natrii hydrogenocarbonas 8,4%	roztwór do wstrzykiwań
38	Papaverini hydrochloridum	roztwór do wstrzykiwań
39	Paracetamolum	czopki, tabletki, roztwór do wstrzykiwań
40	Płyn fizjologiczny wieloelektrolitowy izotoniczny	roztwór do wlewu dożylnego
41	Płyny koloidowe niewymagające pobierania przed iniekcją krwi na grupę oraz próby krzyżowej (skrobia hydroksyetylowana, żelatyna modyfikowana)	roztwór do wlewu dożylnego
42	Salbutamolum	roztwór do wstrzykiwań, roztwór do nebulizacji
43	Solutio Ringeri/zbilansowany roztwór elektrolitowy	roztwór do wlewu dożylnego
44	Thiethylperazinum	czopki, roztwór do wstrzykiwań
45	Ticagrelor (po teletransmisji EKG i konsultacji z lekarzem oceniającym zapis EKG)	tabletki
46	Tlen medyczny	gaz
47	Urapidilum	roztwór do wstrzykiwań

Źródło: opracowanie własne.

Medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego pod nadzorem lekarza systemu:

- wykonanie intubacji dotchawiczej z użyciem środków zwiotczających;
- cewnikowanie pęcherza moczowego;
- zakładanie sondy żołądkowej i płukanie żołądka, po zabezpieczeniu drożności dróg oddechowych;

- asystowanie przy innych medycznych czynnościach ratunkowych;
- podawanie leków.

Ponadto załącznik nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia (Dz.U.2022.863) określa świadczenia zdrowotne inne niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane samodzielnie przez ratownika medycznego. Obejmują 29 rodzajów czynności, jak również inne rodzaje czynności, takie jak pobieranie krwi żyłnej i włosniczkowej do badań diagnostycznych oraz cewnikowanie pęcherza moczowego. Natomiast określone świadczenia zdrowotne inne niż medyczne na zlecenie obejmują: świadczenia zdrowotne wymienione w załączniku 1-3, asystowanie przy drobnych zabiegach chirurgicznych. Ratownictwo Medyczne jest jednym z bardziej istotnych elementów systemu bezpieczeństwa wewnętrznego państwa w systemie ochrony zdrowia (Paszowska, 2019). System ratownictwa medycznego to zazwyczaj pierwszy element systemu ochrony zdrowia ludności, z którym styka się członek społeczeństwa, u którego zaistniało nagle zagrożenie życia lub zdrowia. Drugim elementem, z którym styka się system ratownictwa medycznego, jest leczenie specjalistyczne w szpitalu, za które odpowiedzialne są szpitalne oddziały ratunkowe (SOR). System ratownictwa medycznego w Polsce składa się z trzech zasadniczych podmiotów (Karski, Nogalski, 2006):

- centrów powiadamiania ratunkowego (CPR) oraz dyspozytorni medycznych;
- zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) LZRM;
- szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR), które określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia.

ZRM to jednostka systemu podejmująca medyczne czynności ratunkowe w warunkach pozaszpitalnych, spełniająca wymagania określone w ustawie. W świetle definicji ustawowej medyczne czynności ratunkowe to świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez ZRM w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego

zagrożenia zdrowotnego. ZRM dzielą się ze względu na swoją specyfikę i zakres czynności oraz skład zespołu na:

- zespoły specjalistyczne „S”, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- zespoły podstawowe „P”, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny (Dz. U. z 2019, poz. 993).

Praca ratownika medycznego jest bardzo odpowiedzialna, a jednocześnie mocno obciążająca nie tylko fizycznie, ale i psychicznie. Powiązana jest z wykonywaniem szeregu bardzo wymagających i obciążających emocjonalnie zadań i czynności względem osób poszkodowanych czy potrzebujących pomocy. Do szczegółowych zadań stawianych ratownikom medycznym należą: udzielanie świadczeń zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia, powodujących zagrożenia życia oraz transport do najbliższego SOR lub izby przyjęć szpitala, utrzymanie gotowości do natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych w rejonie działania, przybycie na miejsce zdarzenia w możliwie krótkim czasie, podjęcie na miejscu zdarzenia medycznych czynności ratunkowych, ocena zagrożeń oraz przejęcie koordynacji medycznych działań ratunkowych w przypadku zdarzeń z udziałem dużej liczby poszkodowanych przez lekarza pierwszego ZRM przybyłego na miejsce zdarzenia, zapewnienie stosownego do potrzeb transportu do najbliższego, właściwego SOR-u lub oddziału szpitalnego, właściwego dla danego rodzaju nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, w razie katastrof, klęsk żywiołowych, pożarów, działań terrorystycznych i innych działań specjalistycznych, podporządkowanie się poleceniom kierującego działaniami ratunkowymi zgodnie z obowiązującymi przepisami.

1.3. Pielęgniarstwo wczoraj i dziś. Rys historyczny

Początki pielęgniarstwa datuje się na przełom XIX i XX wieku i wiąże się je z terenami Europy oraz Ameryki Północnej. Przyczyniły się do tego przemiany społeczno-polityczne oraz ekonomiczne na świecie, rozwój nauki oraz zasługi Florence Nightingale. Przełom wieku XIX i XX to czas wielu burzliwych przemian w Europie, jak i na świecie. To również ważny czas dla pielęgniarstwa i jego początków. Przypadające na pierwsze dziesięciolecie XX wieku początki profesjonalnego pielęgniarstwa były nierozłącznie związane z powstawaniem nowych szkół edukujących kolejne pokolenia młodych dziewcząt. Opieka od zarania ludzkości była przejawem zarówno solidarności społecznej w utrzymaniu dobrostanu osobowego jednostek i społeczeństw, jak i odpowiedzią na zagrożenia zdrowotne w poszczególnych fazach życia. Od zawsze człowiek starał się zapewnić opiekę swoim bliskim oraz pomagać tym wszystkim, którzy tej pomocy potrzebowali (Dobrowolska i wsp., 2017). Pielęgniarstwo jest zawodem, który koncentruje się na holistycznym postrzeganiu osoby otrzymującej świadczenia zdrowotne, jest unikalnym „wykładem” w zapobieganiu chorobom i utrzymywanie zdrowia oraz współuczestnictwem w przywracaniu zdrowia (Taylor i wsp., 2014). Na przestrzeni wieków podlega systematycznej ewolucji w kierunku rozwoju specjalistycznej wiedzy obejmującej teorię i umiejętności praktyczne. Przedstawiciele zawodu cechuje profesjonalizm, doskonale przygotowanie merytoryczne i systematyczne podnoszenie kwalifikacji. Nowoczesne pielęgniarstwo i szkolnictwo zapoczątkowała Florence Nightingale. Jako pierwsza potraktowała pielęgniarstwo jako zawód, do którego wykonywania niezbędna jest edukacja w odpowiednim kierunku i praktyka. Podkreślała odrębność i samodzielność opieki nad chorym oraz zwracała uwagę na prawa i zasady naukowe jako podstawy pielęgniarstwa (Dobrowolska i wsp., 2017). 12 maja, przez Światową Organizację Zdrowia, został ustanowiony Międzynarodowym Dniem Pielęgniarki. Tego dnia we Florencji urodziła się twórczyni nowoczesnego pielęgniarstwa. Za początek okresu nowoczesnego pielęgniarstwa przyjmuje się 1860 r., kiedy założono pierwszą profesjonalną szkołę pielęgniarstwa przez Florence Nightingale

przy szpitalu św. Tomasza w Londynie. Stworzony model opieki został oparty na potrzebie odwoływania się w pielęgniarstwie do praw naukowych, potrzebie badań naukowych w pielęgniarstwie, pokazywaniu swoistości opieki pielęgniarstwiej i różnicowaniu jej od celów medycyny oraz potrzebie ciągłego inwestowania w edukację pielęgniarek. Kształcenie pielęgniarek według koncepcji Nightingale zostało rozpowszechnione na cały świat. W roku 1899 powołano Międzynarodową Radę Pielęgniarek (ICN – International Council of Nurses) w Stanach Zjednoczonych. Celem ICN było i jest stymulowanie rozwoju pielęgniarstwa zawodowego na całym świecie oraz występowanie w sprawach pielęgniarek na arenie międzynarodowej. W 1971 r. powstała w Brukseli Europejska Federacja Towarzystw Pielęgniarskich (EFN – European Federation of Nurses Associations), która miała ogromny wpływ na rozwój pielęgniarstwa w Europie, w tym także w Polsce. Dzięki współpracy z EFN, głównie poprzez członkostwo Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego, pielęgniarstwo polskie czerpało i czerpie ze wsparcia w procesie transformacji i dostosowania edukacji i praktyki pielęgniarstwiej do standardów europejskich. Przełom XIX i XX wieku to początki pielęgniarstwa zawodowego. Pielęgniarstwo polskie ma bogatą historię. W ostatnich dwudziestu latach stało się nie tylko ważnym elementem w szeregu zawodów medycznych, ale także ukształtowało swoje podstawy naukowe. Z najważniejszych polskich wydarzeń warunkujących rozwój pielęgniarstwa wyróżniamy początki pielęgniarstwa zawodowego w Polsce datowane na lata 1911-1918. W roku 1911 utworzono pierwszą tzw. Nowoczesną Szkołę Pielęgniarską w Krakowie. Krakowska Szkoła Pielęgniarek Zawodowych Panien Ekonomek Świętego Wincentego a Paulo została utworzona przy dużym zaangażowaniu Marii Epstein oraz Anny Rydlówej, które początkowo były uczennicami szkoły, a następnie kolejnymi dyrektorkami. Była to prestiżowa szkoła, w której wykładowcami byli w dużej mierze pracownicy naukowcy Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Szkoła funkcjonowała do 1921 r.

Dwudziestolecie między wojenne, lata 1919-1939:

- 1921 r. – przy pomocy Amerykańskiego Czerwonego Krzyża zostały otwarte dwie szkoły pielęgniarskie: 21 lipca w Poznaniu oraz 24 października w Warszawie.
- 1925 r. – utworzona pierwsza organizacja zawodowa pielęgniarek w Polsce, Polskie Stowarzyszenie Pielęgniarek Zawodowych (PSPZ). Głównym celem Stowarzyszenia było umocnienie pozycji zawodowej pielęgniarki. Powstało ono na bazie stowarzyszenia absolwentek szkół pielęgniarskich funkcjonujących w tamtym okresie. Organizację powołała Helen Bridge, dyrektorka Warszawskiej Szkoły Pielęgniarek. Kilka miesięcy po powstaniu PSPZ (sierpień 1925 r.) zostało ono wcielone do ICN, co stanowiło duży sukces i pozwalało na korzystanie z wzorów oraz doświadczeń międzynarodowego środowiska pielęgniarskiego. Ten dzień, tzn. 3 kwietnia 1925 r., przyjmuje się za początek procesu profesjonalizacji pielęgniarstwa w Polsce. Określono warunki, jakie powinna spełniać osoba pragnąca wykonywać zawód pielęgniarski oraz sprecyzowano wymagane kwalifikacje. W roku 1929 wydano pierwsze czasopismo zawodowe „Pielęgniarska Polska”. 1935 r. – ustalenie podstaw prawnych zawodu (Ustawa o pielęgniarstwie z dnia 21 lutego 1935 r.). Sejm Polski uchwalił, pierwszą w historii, ustawę regulującą zasady dotyczące pracy pielęgniarki obejmujące m.in. podstawy edukacji, umiejętności i wiedzę medyczną. Druga wojna światowa, lata 1939-1945, to nadzwyczaj trudny okres dla polskiego narodu. Pielęgniarki wyróżniały się wspaniałą postawą patriotyczną, humanistyczną i zawodową. Mając przygotowanie medyczne mogły wszędzie nieść pomoc. Był to czas ogromnej mobilizacji pielęgniarstwa, której wymagały okoliczności. Ostatni okres rozwoju polskiego pielęgniarstwa rozpoczął się po II wojnie światowej i trwa nadal. Następuje zwiększenie liczby oraz poziomu zawodowego pielęgniarek. Zostają stopniowo uporządkowane zasady funkcjonowania pielęgniarstwa, kształcenia i doskonalenia zawodowego:
 - 1957 r. – powołanie Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego (PTP);

- 1958 r. – rozwój wydawnictwa „Pielęgniarka i Położna”, które powstało z połączenia czasopism „Pielęgniarka Polska” (wydawana od 1929 r.) i „Położna” (wydawana od 1951 r.);
- 1968 r. Ministerstwo Zdrowia zaaprobowало system specjalizacji, wyodrębniono wówczas pielęgniarstwo: pediatryczne, psychiatryczne, zachowawcze, środowiskowe, operacyjne i chirurgiczne. Szkolenie w systemie stacjonarno-zaocznym trwało 2 lata;
- 1969 r. – powołanie Studium Pielęgniarstwa w Lublinie, placówki o charakterze uniwersyteckim (trzyletnie), a w 1971 r. uruchomiono studia magisterskie. W 1972 roku została przekształcona w Wydział Pielęgniarstwa Akademii Medycznej. W 1973 wręczono pierwsze dyplomy magistra pielęgniarstwa. Od 1973 pielęgniarstwo można było też studiować na Śląskiej Akademii Medycznej w Katowicach, a w kolejnych latach w Poznaniu, Krakowie i Wrocławiu. Od 2003 aby zdobyć prawo wykonywania zawodu pielęgniarki należy ukończyć akademię medyczną lub wyższą szkołę zawodową;
- 1991 r. – utworzenie Samorządu Pielęgniarek i Położnych na mocy Ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych. Pierwszym Prezesem Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych została Urszula Krzyżanowska-Lagowska, członkini PTP;
- 1995 r. – pierwsze prawne uregulowania statusu zawodowego pielęgniarstwa jako zawodu samodzielnego (Ustawa o zawodach pielęgniarki i położnej – kolejne w 1996 r. oraz w 2011 r.);
- 2012 r. – rozwój i porządkowanie systemu kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych. Zarządzeniem Ministra Zdrowia następuje powołanie Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Położnych w Warszawie.

Współczesne pielęgniarstwo w Polsce szybko się rozwija i zmienia. Do zadań pielęgniarki nie należy już tylko pielęgnowanie oraz wspieranie leczenia czy terapii, ale także podejmowanie samodzielnych akcji ratujących życie. Aby móc sprostać tak ogromnej odpowiedzialności, istotne jest więc stawianie na rozwój umiejętności zawodowych.

1.4. Środowisko pracy. Obowiązki, kompetencje pielęgniarki

System Państwowego Ratownictwa Medycznego (PRM), powstał w celu wypełnienia i realizacji zadań, które polegają na zagwarantowaniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia (Dobrowolska, Wrońska, i inni 2017). Wyróżniamy jednostki systemu takie jak: Szpitalne Oddziały Ratunkowe, Zespoły Ratownictwa Medycznego – do nich zaliczamy lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. Ustawa z dnia 8 września 2006 roku (tekst jedn.: Dz. U. z 2017, poz. 2195), o Państwowym Ratownictwie Medycznym, to podstawa prawna, która ustala realizację zadań polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego oraz tworzy się system Państwowe Ratownictwo Medyczne, zwany dalej „systemem” (Urbanek, 2009). Ustawa określa zasady organizacji, funkcjonowania i finansowania systemu oraz zasady zapewnienia edukacji w zakresie udzielania pierwszej pomocy. System PRM to jedno z możliwych miejsc pracy pielęgniarek. Standardy prawne wykonywania zawodu pielęgniarki regulowane są głównie na mocy Ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jedn.: Dz. U. z 2018, poz. 123). Wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez osobę mającą odpowiednie kwalifikacje i prawo do wykonywania zawodu. Pielęgniarka systemu w ustawie określana jest jako: pielęgniarka posiadająca tytuł specjalisty lub specjalizująca się w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii, lub pielęgniarka posiadająca ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa ratunkowego, anestezjologii i intensywnej opieki, chirurgii, kardiologii, pediatrii oraz posiadającą co najmniej trzyletni staż pracy w oddziałach tych specjalności, oddziałach pomocy doraźnej, izbach przyjęć lub pogotowiu ratunkowym. Wnioskować można, iż pielęgniarką systemu może zostać pielęgniarka posiadająca konkretne, dodatkowe kwalifikacje zawodowe, które zdobyła w ramach kształcenia podyplomowego oraz posiadająca odpowiedni staż pracy. Analizując zadania określone

w ustawie, opisujące wykonywanie zawodu pielęgniarki, wyróżniamy udzielanie świadczeń takich jak (Dz. U. 2022 nr 174, poz. 1039):

- określanie warunków i potrzeb zdrowotnych pacjenta;
- zauważanie problemów pielęgnacyjnych pacjenta;
- planowaniu i sprawowaniu opieki pielęgnacyjnej nad pacjentem;
- samodzielne udzielanie w określonym zakresie świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz medycznych czynności ratunkowych;
- realizacji zleceń lekarskich w procesie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji;
- orzekanie o rodzaju i zakresie świadczeń opiekuńczo-pielęgnacyjnych;
- edukacja zdrowotna i promocja zdrowia (Urbanek, 2009).

Pielęgniarka mająca status tzw. pielęgniarki systemu może być:

- członkiem zespołu ratownictwa medycznego (zarówno podstawowego, jak i specjalistycznego);
- dyspozytorem medycznym (Urbanek, 2009) .

Pielęgniarki systemu wykonują czynności: na podstawie zlecenia lekarskiego i samodzielnie. Szczegółowy zakres świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych, do których uprawnione są pielęgniarki, określa Rozporządzenie z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2017, poz. 497), które obowiązuje od 23 marca 2017 roku (zwane dalej rozporządzeniem z 2017 roku) (Taylor, Lillis, Lynn, 2009). W rozporządzeniu z 2017 roku znajduje się m.in. wykaz medycznych czynności ratunkowych, których może udzielać pielęgniarka samodzielnie. Pielęgniarka systemu jest uprawniona do wykonywania samodzielnie, bez zlecenia lekarskiego, medycznych czynności ratunkowych obejmujących:

- ocenę stanu pacjenta;

- układanie pacjenta w pozycji właściwej dla stanu pacjenta lub odniesionych obrażeń;
- podjęcie i prowadzenie podstawowej oraz zaawansowanej resuscytacji krążeniowo-oddechowej zgodnie z aktualną wiedzą medyczną;
- bezprzyrządowe przywracanie drożności dróg oddechowych;
- przyrządowe przywracanie i zabezpieczanie drożności dróg oddechowych z zastosowaniem w szczególności:
 - rurki ustno-gardłowej,
 - rurki nosowo-gardłowej,
 - przyrządów nadgłośniowych,
 - konikopunkcji, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu.
- odsysanie dróg oddechowych;
- podjęcie tlenoterapii czynnej lub wspomagania oddechu, lub sztucznej wentylacji płuc metodami bezprzyrządowymi i przyrządowymi, z użyciem tlenu lub powietrza, w tym z użyciem respiratora;
- wykonywanie intubacji dotchawiczej lub prowadzenie wentylacji nieinwazyjnej w nagłym zatrzymaniu krążenia;
- wykonywanie defibrylacji manualnej na podstawie EKG lub zapisu kardiomonitora;
- wykonywanie defibrylacji zautomatyzowanej;
- wykonywanie przezskórnej elektrostymulacji serca w bradyarytmiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- wykonywanie kardiowersji w tachyarytmiach, w przypadku pacjentów niestabilnych hemodynamicznie;
- wykonywanie i ocena zapisu EKG;
- monitorowanie czynności układu oddechowego;
- monitorowanie czynności układu krążenia metodami nieinwazyjnymi;
- wykonywanie kaniulacji żył obwodowych oraz żyły szyjnej zewnętrznej;

- wykonywanie dojścia doszypikowego przy użyciu gotowego zestawu, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmował treści kształcenia z tego zakresu;
- podawanie produktów leczniczych drogą dożylną, domięśniową, podskórną, doustną, podjęzykową, wziewną, dotchawiczą, doodbytniczą oraz doszypikową (w przypadku podawania produktów leczniczych drogą doszypikową, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmował treści kształcenia z tego zakresu);
- odbarczenie odmy prężnej drogą nakłucia jamy opłucnowej, jeżeli ukończyła kurs specjalistyczny lub kurs kwalifikacyjny, lub posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa, jeżeli program kursu lub specjalizacji obejmowały treści kształcenia z tego zakresu;
- oznaczanie parametrów krytycznych z użyciem dostępnego sprzętu.
- opatrywanie ran;
- tamowanie krwawień zewnętrznych;
- unieruchamianie złamań, zwichnięć i skręceń;
- unieruchamianie kręgosłupa ze szczególnym uwzględnieniem odcinka szyjnego;
- przyjęcie porodu;
- wykonywanie segregacji medycznej pierwotnej i wtórnej;
- przygotowanie pacjenta do transportu i opieka medyczna podczas transportu;
- wykonywanie pomiaru temperatury głębokiej;
- podawanie pacjentowi produktów leczniczych zamieszczonych w wykazie stanowiącym załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. (poz. 497);
- podawanie produktów krwiopochodnych, rekombinowanych koncentratów czynników krzepnięcia oraz desmopresyny w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego. Wykaz produktów leczniczych,

do podawania których uprawnione są pielęgniarki systemu, określa rozporządzenie (Urbanek, 2009).

Każda pielęgniarka może samodzielnie podawać wszystkie dostępne produkty lecznicze oznaczone symbolem OTC (czyli leki dostępne bez recepty). Pielęgniarka wykonująca zawód w podmiocie leczniczym musi informować bez zbędnej zwłoki lekarza, pod opieką którego znajduje się pacjent, o samodzielnym wykonaniu u tego pacjenta, bez zlecenia lekarskiego, świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych oraz o podanych produktach leczniczych i wykonanych badaniach (Ciechaniewicz, 2007).

Nie każda pielęgniarka może być pielęgniarką systemu PRM. Do bycia pielęgniarką systemu niezbędne jest uzyskanie odpowiedniego wykształcenia podyplomowego oraz stażu pracy. Udzielają one świadczeń zdrowotnych na podstawie zlecenia lekarskiego lub samodzielnie. Mają również inne, sprecyzowane szerokie zakresy kompetencji w stosunku do pozostałych pielęgniarek (Ciechaniewicz, 2007).

Rozdział 2

ZAGROŻENIE STRESEM I WYPALENIEM W ZAWODACH MEDYCZNYCH

2.1. Źródła i przyczyny stresu w pracy ratownika medycznego oraz pielęgniarki

Opanowanie, pewność siebie, zdecydowanie, umiejętność funkcjonowania w sytuacjach drastycznych, działanie pod presją czasu to tylko niektóre z cech, które powinny charakteryzować ratownika medycznego czy pielęgniarkę. To właśnie oni w kontakcie z chorym, poszkodowanym, czy osobą w stanie nagłego zagrożenia życia pozostają stosunkowo krótko, ale to właśnie w pamięci pacjenta pozostają wszystkie, wykonywane przez nich czynności medyczne (Wołoszyn, 2008).

Wydawało by się, iż współczesny świat nasycony nowościami technologicznymi jest w miarę bezpieczny. Niestety, nawet obecnie w krajach nie dotkniętych działaniami wojennymi życie człowieka nadal podlega różnego rodzaju zagrożeniom i niebezpieczeństwom. Mimo sprawnej i rozwiniętej technologii meteorologicznej i sejsmologicznej nadal zaskakują żywioły: tornada, trzęsienia ziemi, powodzie. Również działania człowieka poprzez zamierzone celowe działania, takie jak: ataki terrorystyczne, zamachy, skażenia promieniotwórcze, eksperymenty chemiczne czy biologiczne prowadzą często do zagrożenia zdrowia i życia. Podobne żniwo zbierają tragiczne

wypadki komunikacyjne wynikające z rozwijającego się dynamicznie transportu samochodowego i lotniczego (Kliszcz, 2012). Katastrofę określa się jako: „zdarzenie powodujące śmierć, obrażenia zniszczenia mienia o takim nasileniu, przy którym nie wystarczą działania podejmowane rutynowo celem ograniczenia jego skutków. Zwykle występuje nagle i wymaga natychmiastowego, skoordynowanego działania wielu osób i instytucji” (Ciećkiewicz, 2010). Jednym z przykładów katastrofy budowlanej z wieloma ofiarami, do której doszło w 2006 roku, było zawalenie się hali wystawowej w Chorzowie. Przykładem katastrofy biologicznej jest wybuch reaktora atomowego w Czarnobylu w 1986 r. oraz pandemia COVID-19, która rozpoczęła się w 2020 r. W dobie rozwoju technologii komunikacyjnej najczęstsze zdarzenia o charakterze masowym czy też pojedynczym to wypadki komunikacyjne, mające miejsce przede wszystkim w ruchu drogowym. Z początkiem XIX wieku, w którym pojawiły się pierwsze pojazdy mechaniczne, pojawił się problem wypadków komunikacyjnych.

Dlatego wyróżnia się dwa, często mylone, pojęcia związane ze zdarzeniami drogowymi: wypadek drogowy oraz kolizja drogowa. Wypadek drogowy rozumiany jest jako przestępstwo. To zdarzenie drogowe, które pociągnęło za sobą ofiary w ludziach, w tym także sprawcy tego zdarzenia.

Według kodeksu karnego, naruszając zasady bezpieczeństwa, nawet w sposób nieumyślny w ruchu lądowym, wodnym lub powietrznym (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039) powodując niezamierzenie wypadek na skutek, którego osoba odniosła obrażenia ciała, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3. Jeśli rezultatem wypadku jest śmierć lub ciężki uszczerbek innej osoby, sprawca podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. W momencie, gdy pokrzywdzonym jest wyłącznie osoba najbliższa, ściganie przestępstwa następuje na jej wniosek (Dz. U. 2021 poz. 832). Osoba, która powoduje katastrofę między innymi w ruchu lądowym lub powietrznym, przez co powoduje zagrożenie życia lub zdrowia osoby poszkodowanej bądź jej mienia, podlega karze pozbawienia wolności od roku do lat 10. Jednakże jeśli zdarzenie skutkuje śmiercią poszkodowanego, wyrok wynosi od 2 do 12 lat. Jeżeli wypadek powstał w sposób nieumyślny, kara pozbawienia wolności wynosi od 3 miesięcy do lat 5. W przypadku

ofiar śmiertelnych wyrok sięga nawet do 8 lat. Kolidacja drogowa rozumiana jest jako wykroczenie. Jest to zdarzenie drogowe, które pociągnęło za sobą wyłącznie straty materialne.

Według kodeksu wykroczeń, osoba na drodze publicznej, w strefie zamieszkania lub strefie ruchu, nie zachowując ostrożności spowoduje zagrożenie w ruchu drogowym, podlega karze grzywny. Z kolei, w przypadku po spożyciu alkoholu lub środków działających podobnie podlega karze aresztu, ograniczenia wolności albo grzywny. W przypadku osoby prowadzącej pojazd mechaniczny pod wpływem można orzec zakaz prowadzenia pojazdów (Dz. U. 1971 Nr 12 poz. 114).

W dzisiejszych czasach komunikacja stanowi nieodłączny element funkcjonowania społeczeństwa, co skutkuje wypadkami i wezwaniami dla ZRM. Według danych przedstawionych przez Biuro Ruchu Drogowego Komendy Głównej Policji, w 2020 roku odnotowano 436 414 kolizji drogowych oraz 31 674 wypadków drogowych na drogach publicznych i strefach zamieszkania, w których śmierć poniosło 2 862 osób, a 37 359 zostało rannych, w tym ciężko rannych 10 963 osób. Porównując do 2019 roku, gdzie odnotowano 32 760 wypadków, można zauważać znaczny spadek incydentów drogowych. Jednakże należy pamiętać, że nadal są to ogromne liczby skutkujące utratą zdrowia lub życia. Wypadek ujmowany jest jako: zderzenie w ruchu drogowym, gdzie jeden lub więcej uczestników ruchu drogowego bierze udział w tym zdarzeniu, w wyniku którego uczestnik ruchu drogowego został poszkodowany lub poniósł śmierć (Dz. U. z 2019 r. poz. 1205). Na polskich drogach ginie ok. 7 tys. ludzi rocznie. Jest to jedna z wiodących przyczyn zgonów w Polsce wśród młodych wiekiem osób. Jako brak odpowiedzialności wysuwa się na czołówkę jazda pod wpływem alkoholu i substancji psychoaktywnych (Ciećkiewicz, 2010). Również wypadki kolejowe (katastrofa kolejowa w Szczekocinach 3 marca 2012 r.), przyniosła ogromne straty i śmierć wielu osób. Masowe zachorowania na choroby zakaźne, będące skutkiem bądź przenoszenia się drobnoustrojów drogą naturalną bądź działania bioterorystycznego, kiedy przekroczą możliwości standardowego postępowania leczniczego, wiąże się z koniecznością stosowania środków nadzwyczajnych. Może to doprowadzić do

sytuacji o charakterze katastrofy. Inne sytuacje drastyczne w pracy ratownika medycznego to próby samobójcze jako celowe i zamierzone odebranie sobie życia. Przyczyny samobójstwa są wielorakie, często jednak wynikające z procesu chorobowego: depresja, schizofrenia, uzależnienie od substancji psychoaktywnych czy też uzależnienie od alkoholu (Campbell, Alson, 2017). Często również występowanie stresorów, takich jak zaburzony kontakt interpersonalny, problemy finansowe, mobbing w pracy, są przyczyną targnięcia się na własne życie. Próby suicydalne lub skuteczne samobójstwa dokonywane są często również przez dzieci i młodzież. Wśród przyczyn wyróżnia się: problemy natury psychicznej (osoby leczone psychiatrycznie), zaburzone kontakty z rówieśnikami (brak akceptacji w grupie rówieśniczej), problemy w domu (rozwód lub separacja rodziców), przygodne kontakty seksualne (niechciana ciąża), molestowanie seksualne (nieradzenie sobie z zaistniałą sytuacją, brak wsparcia ze strony rodziny, strach powiedzenia rodzicom o tym, co się zdarzyło), lub nieumyślne spowodowanie śmierci u dziecka w okresie niemowlęcym lub noworodkowym (zadziergnięcie się na zabawce) (Hołyst, 2020).

Jednym z poważnych zagrożeń zawodowych związanych z pielęgniarstwem i ratownictwem medycznym jest obciążenie stresem. Pandemia COVID-19 spowodowała powstanie wielu nowych wyzwań przed personelem medycznym, czego konsekwencją jest powstawanie poważniejszych obciążeń psychicznych (Grzelak, Szwarz, 2021). Następstwa pracy w długotrwałym stresie mogą być zauważalne dopiero za jakiś czas – dla jednych to może być dzień, tydzień, miesiąc, a dla innych może to być rok, dwa i dłużej (Grzelak, Szwarz, 2021). Czas pandemii może być postrzegany jako sytuacja traumatyczna, objawiająca się wśród personelu pielęgniarzkiego np. poprzez ciągły lęk, obniżenie nastroju, przewlekłe napięcie, negatywne myślenie (Dragan, 2022). Trwająca sytuacja epidemiczna jest ogromnym zmartwieniem, wymagającym asymilacji społecznej. Przewlekły stres może wpływać destrukcyjnie na układ immunologiczny oraz jest ważnym aspektem w patogenezie depresji (Wierzbicki, 2020). Restrykcje wprowadzane przez rządy wielu państw (w tym Polski), powodują wzmocnienie i podniesienie poziomu stresu społecznego (Dragan, 2022). Pielęgniarki/

pielęgniarze oraz ratownicy medyczni pracujący z pacjentami czy też osobami poszkodowanymi w czasie pandemii COVID-19. Pracownicy pierwszej linii w leczeniu COVID-19 są szczególnie narażeni na emocje, takie jak strach i niepokój z powodu zmęczenia, dyskomfortu oraz bezradności związanej z dużą intensywnością pracy (Dincer, Inangil, 2020). Głównymi stresorami w dobie pandemii COVID-19 są: lęk przed zachorowaniem (swoim i bliskich osób), śmierć pacjenta, agresja wobec medyków ze strony pacjenta, rodziny pacjenta, problemy ze snem, przewlekłe napięcie, negatywne myślenie, zaburzenia nastroju, zaburzenia depresyjne, lęk przed destabilizacją finansową, lęk powiązany z niepewnością społeczno-gospodarczą (Grzelak, 2021; Wierzbicki, 2020). Aktualna sytuacja epidemiczna jest ogromnym stresorem. Brak poczucia bezpieczeństwa i trwające poczucie zagrożenia powodują brak równowagi i destabilizację funkcjonowania na poziomie fizjologiczno-naturalnym. Znaczącą, korzystną i bardzo istotną rolę w minimalizowaniu wpływu stresu na zdrowie psychiczne i somatyczne odgrywa dbałość o własne zdrowie psychiczne: właściwa higiena snu, aktywność fizyczna, odpowiednia dieta, odpoczynek (Wierzbicki, 2020). Coś, co dziś pojmujemy jako pojęcie stresu, możemy odnaleźć już w jednej z przypowieści biblijnych, Księga Hioba. Po dokładnym przełożeniu z hebrajskiego, straty jakie poniósł Hiob przedstawiają wykaz stresujących życiowych wydarzeń, które wykorzystywane są we współczesnych badaniach nad stresem. Robert Burton już w 1624 r. opisując źródła chorób, w szczególności melancholii (depresji) przedstawił rolę stresu społecznego jako ważny powód zaburzeń zdrowia. Rozważania nad stresem cywilizacji XXI w. to temat coraz bardziej aktualny i to z wielu powodów.

Podłożem stresu, z jakim najczęściej się spotykamy, są problemy zawodowe, rodzinne, społeczne, sytuacje kryzysowe, które w dzisiejszym świecie są tak oczywiste. Codziennie podlegamy różnym wymaganiom, ograniczeniom, naciskom. Niejednokrotnie trudno im sprostać, a ceną, jaką ponosimy, jest stan naszego zdrowia. Współzawodnictwo, przemęczenie, hałas, pośpiech to w dzisiejszych czasach najczęstsze czynniki, które powodują stres. We współczesnym życiu stres jest naturalnym i wszechobecnym zjawiskiem, które w mniejszym lub większym stopniu dotyka każdego

z nas. Możemy nauczyć się go kontrolować i z nim żyć, ale nie możemy go uniknąć (Korczyński, 2014). W literaturze przedmiotu problematyka stresu jest dość często poruszana przez wielu autorów. Po raz pierwszy do nauk o zdrowiu pojęcie stresu wprowadził w 1926 roku Hans Selye. Zdefiniował on stres jako nieswoistą reakcję organizmu na wszelkie żądania, jakie mu stawia i określił go jako zespół ogólnego przystosowania lub zespół stresu biologicznego. W innym rozumieniu stres określany jest jako proces, z którego pomocą czynniki środowiskowe zagrażają równowadze organizmu lub naruszają ją i z pomocą którego organizm odpowiada na zagrożenie (Korczyński, 2014).

Natomiast według słownika stres definiowany jest jako: „stan mobilizacji sił organizmu będący reakcją na negatywne bodźce fizyczne i psychiczne, mogący doprowadzić do zaburzeń czynnościowych” (Sobol, 2001). Jak słusznie zauważa Grygorczuk (2008), pomimo powszechności zjawiska, środowisko naukowe nie potrafi wypracować jednolitej definicji. Nowoczesna psychologia skłania się w kierunku ujmowania stresu jako zachwiania równowagi między wymaganiami otoczenia a możliwościami lub zasobami jednostki. Najczęściej przytaczaną jest koncepcja Lazarusa i Folkmana. Twierdzą oni, iż efekt działania stresora na jednostkę będzie w znacznym stopniu uwarunkowany od podjęcia działań ukierunkowanych na odzyskanie stanu równowagi, czyli konkretne metody poradzenia sobie w trudnych sytuacjach (Grygorczuk, 2008). Przytoczone definicje umożliwiają wyodrębnienie różnicowań uwarunkowania stresu. Jednak warto zauważyć jego formę, ponieważ posiada on dwa bieguny: negatywny i pozytywny. Jak sugeruje Korczyński (2014), w większości przypadków stres podlega ocenie, negatywnej najczęściej, ponieważ jest paraliżujący i nieprzyjemny. Wydarzenia stresowe mają predyspozycje do kumulowania się, co powoduje niekwestionowane zmiany w organizmie, które dezorganizują przebieg zachowania. Doprowadza do załamania odporności, wpływa ujemnie na stan zdrowia, potęguje uczucie pesymizmu i bezradności, działa dezorganizująco. Według M. K. Grzegorzewskiej (2007), która powołuje się na prace Hansa Selye`a słowo „stres” nie powinno być mechanicznie

używane jako negatywne, gdyż oznaczać może również czynnik pobudzający czyli dodatni bodziec.

Grzegorzewska, odnosząc się do badań H. Seley'a, przedstawia typy stresu, które może zaznać jednostka:

- **eustres** – czyli stres pozytywny, to intensywne odczucia towarzyszące ekscytującym wydarzeniom, np. awans w pracy, pierwsza randka. Ten stres rodzi w jednostce nie tylko pozytywne odczucia, ale także przynosi odprężenie i wzbogaca życie człowieka. To stan dobrego psychicznego oraz fizycznego samopoczucia, w którym ciało i umysł zdobywają pełnię swoich możliwości. Ten stres jest konstruktywny, pobudza organizm, po czym szybko następuje powrót do stanu normalnego. Eustres to także termin, którym określa się późniejsze, pozytywne efekty stresu negatywnego, np. stres podczas rozmowy kwalifikacyjnej i późniejsza satysfakcja z dostania się do wymarzonej pracy. Ten stres związany jest ze szczytem formy i jasnością umysłu, pomaga, ponieważ jednostka nie doświadcza go bezustannie;
- **hypostres** – czyli stadium przedstresowe;
- **hiperstres** – czyli stres nadmierny;
- **dystres** – czyli stres negatywny. To obciążenie, które pozostaje, gdy nie zostaje rozładowane skuteczne napięcie spowodowane stresem, co może prowadzić do powstania chorób psychosomatycznych. Jest on przyczyną niedostatecznych lub zbyt dużych ilości bodźców. Wiąże się to np. z szefem, który za dużo wymaga, czy brakiem kontaktów z bliskimi (Grzegorzewska, 2007). Stres najczęściej kojarzony jest z niekorzystną sytuacją dla organizmu mimo, iż wyróżniamy zróżnicowane jego kategorie. R. Zawadzki (2007) twierdzi, że „stres” to słowo-symbol, słowo-klucz, słowo-wymówka, słowo-hasło, słowo-universalny argument, który stosowany jest powszechnie jako zamiennik niemal każdego terminu, określającego negatywny stan ciała, umysłu i ducha. Może oznaczać przyczynę jakiegoś dyskomfortu, zła, dysfunkcji czy też choroby.

Może być też uznany jako skutek, przeważnie feralnego następstwa ciągu zdarzeń.

Uwzględniając powyższe determinanty stresu należy zastanowić się jak w tak zróżnicowanych okolicznościach, dynamice emocjonalnej (negatywna, pozytywna) możliwe jest funkcjonowanie jednostki. Dlatego też wyodrębniono najczęstsze powody stresu, jak również objawy. Częstość ich odczuwania umożliwiła ukazanie faktycznego oddziaływania stresu na człowieka. Jak słusznie zauważa Borkowska (2004) stres jest symulatorem zaburzeń na wielu płaszczyznach funkcjonowania człowieka. Podkreśla ona, iż na poziomie społecznego funkcjonowania przewlekły lub nadmierny stres może powodować depresję i lęk, zaś na fizjologicznym poziomie wpływa na problemy zdrowotne i stan psychomotoryczny. Na poziomie organizacyjnym stres wpływa na efekty pracy, komunikację interpersonalną, wypalenie zawodowe czy też motywację. Dlatego też autorka twierdzi, iż funkcjonowanie w ciągłym napięciu musi mieć wpływ na funkcjonowanie istotnych sfer jednostki i szczegółowo podzieliła stres na:

- **psychologiczny** – to stan organizmu, wywołany ciągiem zdarzeń, a nie zdarzeniem jednostkowym. Siła jego uzależniona jest od zdolności człowieka z radzeniem sobie ze stresem, psychiczne reakcje są wyuczone;
- **fizyczny** – automatyczne reakcje stresowe, jednostka nie posiada nad nimi świadomej kontroli np. napięcie mięśni, bledność, dyszenie, przyspieszone bicie serca, bezsenność, bóle głowy itp.;
- **organizacyjny** – samoocena, pojęcie własnej osoby, styl radzenia sobie w życiu, sieci wsparcia (Borowska, 2008). Podobnie uważa A. Titkow (1993, str. 56), wskazując, że stres to „zakłócenie równowagi pomiędzy wymaganiami środowiska a cechami i reakcjami jednostki”.

Uznać zatem można, iż w kompleksowym ujęciu stres działa na wszystkie obszary życia jednostki. Znaczenie mają również czynniki, które wywołują stan napięcia emocjonalnego, jak i sytuacje prowokujące występowanie stresu. Jak podaje Kretschmann (2003), stres powstaje, gdy dana

jednostka, oceniając sytuację, wnioskuje, że zaistniałe lub nadchodzące wydarzenie stanowi zagrożenie lub wyzwanie, jest osobiście bardzo istotne dla jednostki, nie widzi możliwości uniknięcia lub odparcia potencjalnego zagrożenia lub skutecznego zwalczania, co może doprowadzić do ciągłego stresu. Poznanie uwarunkowań, które wywołują sytuacje stresowe, jest w związku z tym bardzo istotne. Przedmiotem badań empirycznych były również kwestie związane z uwarunkowaniami stresorów. Badacze próbowali przede wszystkim określić kryterium, dzięki któremu można by rozstrzygać, czy określone wydarzenie lub bodziec można uznać za powstanie stresu. W tej sprawie wyróżnić można dwa stanowiska: pierwsze mówi, że decyzyjne powinny być obiektywne właściwości bodźca, drugie zaś jako kryterium przyjmuje poznawczą ocenę przedmiotu. W tej kwestii badacze nie są zgodni (Heszen, 2013). Problematyka stresu to sfera bardzo obszerna nie tylko w opiniach naukowych, lecz także w sferze badań empirycznych. Nie można oprzeć się twierdzeniu, iż nieodłączną częścią życia jednostki są sytuacje stresowe, a w języku potocznym na stałe funkcjonuje już pojęcie „stresu” (Grygorczuk, 2008). Można zatem stwierdzić, że możemy nauczyć się radzić sobie ze stresem zamiast się mu poddawać. Trzeba skutecznie uwalniać się od jego skutków i nie pozwalać na kumulowanie się długotrwałego działania stresu. Zatem potrzeba sprawdzonej, praktycznej wiedzy, którą będziemy mogli skutecznie zastosować w naszym życiu codziennym.

2.2. Koncepcje stresu: biologiczna, psychologiczna, medyczna

Stres, jak również nieumiejętność radzenia sobie z nim, jest przyczyną wielu chorób psychicznych i somatycznych. Jest nieodłącznym kompanem życia człowieka. Stres pełni regulacyjną rolę w chorobie i zdrowiu. Radzenie sobie ze stresem (nieskuteczne i skuteczne) to mechanizmy psychologiczne zdrowia jednostki. Skutkiem radzenia sobie ze stresem są emocje negatywne i pozytywne. Oczywistym więc jest, że umysł, ciało i emocje są ściśle związane ze sobą. Coraz więcej jest dowodów empirycznych, które

potwierdzają ten związek. Choroba, jej przebieg, jak również możliwość wyzdrowienia, zależą w dużej mierze od stanu psychicznego jednostki.

Referując biologiczne ujęcie stresu, należy rozpocząć od stanowiska Selye`go, badacza, dzięki któremu pojęcie stresu pojawiło się w fizjologii, jak również częściowo w psychologii. Określił on bowiem stres jako „stan, który przejawia się swoistym zespołem, składającym się ze wszystkich nieswoistych zmian wywołanych w układzie biologicznym” (Selye, 1960). Zespół nieswoistych zmian, który posiada pewne specyficzne cechy, jest zdaniem badacza objawem stanu stresu, lecz nie stresem jako takim. Stres zatem nie jest tożsamy z napięciem nerwowym, reakcją alarmową czy ogólnym zespołem przystosowania (GAS – *General Adaptation Syndrome*), ponieważ ogół tych elementów to składowe zmiany zespołu układu biologicznego. Zespół ten to przejaw pewnego abstrakcyjnego, szczególnego stanu. Selye uważał więc stres za konstrukt hipotetyczny, kategorię w fizjologii. Coś, z czym mamy do czynienia, ale w swej istocie jest pojęciem abstrakcyjnym. Badacz określał stres jako wspólny mianownik wszystkich objawów przystosowawczych organizmu (Selye, 1960). Wyraźnie zaznaczał, iż nie można porównywać zmian ze stanem, którego mogą być fizycznym objawem chorobowym. Wyznacznikami stresu dla Selye`go były zmiany, które obserwował w narządach wewnętrznych, określał je jako „triady stresu”. Składały się na nie: owrzodzenie żołądkowo-jelitowe, zmniejszenie węzłów chłonnych i grasicy oraz powiększenie kory nadnerczy. Badacz łatwo manipulował czynnikami wywołującymi stres i identyfikował zmiany nim wywołane. Zmiany pojawiały się w reakcji na działanie toksycznych substancji, szoku termicznego czy długotrwałego unieruchomienia. Selye udowodnił też jak duże konsekwencje ma zwiększone wydzielanie kortykoidów (hormon stresu). Dzięki tym spostrzeżeniom sformułowano pojęcie „chorób somatycznych wywołanych stresem”, które badacz nazwał „chorobami z przystosowania”, czyli mechanizm oddziaływania stresu na somatyczny stan organizmu. Selye nie poświęcił zbyt wiele uwagi mózgowym mechanizmom stresu, które są istotną częścią współczesnych biologicznych ujęć stresu. Organizm ludzki to samodzielny system biologiczny, który przy zdrowiu i życiu utrzymuje się gdy zachowana jest równowaga

biologiczna z otaczającym go środowiskiem. W związku z tym organizm przechodzi ciągły proces wymiany energetyczno-informacyjnej z otaczającym go światem. W zgodzie z prawem homeostazy, gdy dokonują się zmiany zewnętrzne, konieczny jest proces przywracający równowagę procesów wewnętrznych. W rozumieniu tym stres to nie przyczyna lecz reakcja, która mobilizuje organizm po zadziałaniu stresora. Przecistawiając się działaniu stresora, organizm zmienia swój układ homeostatyczny, który uruchamia system obrony fizjologicznej. Organizm używa do tego przystosowawczych możliwości układu hormonalnego, nerwowego i układu krążenia. Szczególnie istotnym ogniwem jest system krążenia krwi. Pozwala on na utrzymanie względnie stałego wewnętrznego środowiska (homeostazy). Odpowiedzialny jest między innymi za stałą temperaturę, odżywienie i natlenienie organizmu. Tempo przepływu krwi zwiększa się już w pierwszych sekundach fazy alarmowej stresu. Pozwala to na lepsze odżywienie, natlenienie tkanek, dzięki czemu organizm działa na wysokim poziomie aktywności energetycznej (Lovallo, Thomas, 2000).

Układ informacyjny, hormonalny działa dzięki pomocy krwi. Składa się on ze swoistych gruczołów wydzielania wewnętrznego, jak i komórek rozmieszczonych w różnych częściach, które uwalniają do krwi cząsteczki swoich hormonów. Ładunek informacyjny, który niosą, pozwala na właściwe zaadaptowanie komórek do zmiany, np. zwiększając tempo przemian energetycznych. Kolejnym czynnikiem, ingerującym w reakcje stresowe jest skomplikowany pod względem funkcjonalności oraz swojej struktury układ nerwowy. Składa się on z dwóch podsystemów: centralnego układu nerwowego (CUN) – rdzeń kręgowy i mózg, oraz obwodowego układu nerwowego (OUN) – sieć nerwów łącząca układy ciała i narządy z centralnym układem nerwowym. Układ obwodowy podzielić można na część somatyczną – odpowiedzialna jest za przekazywanie sygnałów sensorycznych do CUN oraz kontrolowanie pracy mięśni podlegających naszej woli, autonomiczną – odpowiedzialna jest za przekazywanie impulsów, które odpowiadają za regulację wewnętrzną organizmu oraz podtrzymywanie jego równowagi. Układ autonomiczny, który składa się z układu współczulnego i przywspółczulnego, zarządza reakcją narządów wewnętrznych. To

tu zachodzi pierwsza reakcja na sytuacją stresową. Autonomiczny układ nerwowy (AUN) to połączenia nerwowe przenoszące impulsy pomiędzy centralnym układem nerwowym a organami wewnętrznymi. Reguluje niezbędne do życia funkcje organizmu: trawienie, oddychanie czy tętno. Większość tych funkcji odbywa się poza naszą kontrolą. Układy przywspółczulny i współczulny działają względem siebie antagonistycznie, np. układ przywspółczulny przyspiesza trawienie i zwalnia czynność serca, a współczulny hamuje procesy trawienne i przyspiesza czynność serca. Układy te, mimo antagonizmu, również ze sobą współpracują. Upraszczając, układ współczulny przygotowuje do ucieczki, czy walki, a układ przywspółczulny wiezie prym w okresie spokoju, wyciszenia. Obecna wiedza neurobiologiczna podaje, iż strukturami mózgowymi, które są zaangażowane w proces stresu, są: kora sensoryczna, zwłaszcza kora przedczołowa, w której toczą się złożone procesy przetwarzania i ewaluacji sygnałów, czyli proces oceny poznawczej; wzgórze, gdzie opracowywane są sygnały z zewnętrznego świata; ciało migdałowe, które bierze udział w ocenie sygnałów ze świata zewnętrznego oraz pośredniczy w uruchamianiu mechanizmów adaptacyjnych i reakcji emocjonalnych; hipokamp, podwzgórze, które odpowiedzialne jest za koordynację reakcji sercowo-naczyniowych i endokrynologicznych. Podwzgórze to element dwóch funkcjonalnych układów, które mają ogromne znaczenie w procesie stresu. Pierwszy z nich to oś podwzgórze – przysadka – nadnercza (HPA – *hypothalamic – pituitary – adrenal*) (Lovallo, Thomas, 2000). Wynikiem jej aktywności jest wydzielanie kortyzolu, hormonu wytwarzanego przez korę nadnerczy, który jest bardzo istotny dla wielu funkcji życiowych, np. dla procesu metabolizmu.

W normalnych warunkach sprzężenie zwrotne reguluje wydzielanie kortyzolu i zapobiega jego nadmiernemu wytwarzaniu. Istotną rolę w tym mechanizmie odgrywa hipokamp. Mechanizm ten ulega osłabieniu podczas stresu, co powoduje wydzielanie znacznie większej ilości kortyzolu, a to z kolei przygotowuje organizm do pracy w nadzwyczajnych warunkach. Za tę zmianę w dużej mierze odpowiedzialne jest ciało migdałowe (Munck, Guyre, Holbrook, 1984). Nadmierna ilość kortyzolu w organizmie doprowadza także do uszkodzenia niektórych tkanek a w dłuższym czasie, do

zmian chorobowych. Drugi układ, który jest aktywny w mechanizmie stresu to oś podwzgorze – układu autonomicznego – nadnercza (SAM – sympathetic – adrenal – medullary). Wynikiem aktywności takiego układu jest ogólne pobudzenie organizmu oraz szereg zmian w narządach wewnętrznych: przez pobudzanie rdzenia nadnerczy wydzielanie noradrenaliny i adrenaliny, jak również zmiany w przepływie krwi (mięśnie szkieletowe są bardziej ukrwione) i natężenie częstości uderzeń serca (Toates, 2001). Aktywność tych dwóch układów ma za zadanie przygotować organizm do znacznie większego wysiłku, skłonić siły, aby sprostały wyzwaniom otoczenia oraz przetrwania przez zwiększenie czujności, siły i wytrzymałości. Nadmierna reakcja obu układów, osi SAM oraz HPA, może być spowodowana zarówno czynnikami natury biologicznej, jak i psychicznej (Lovallo, Thomas, 2000). Inaczej mówiąc taki sam zespół zmian naszego organizmu powstaje w odpowiedzi na różnorodne niekorzystne czynniki. Do pełni całości obrazu biologicznego mechanizmu stresu należy jeszcze zaliczyć pewne różnice w działaniu tych dwóch układów stresu, SAM oraz HPA. O ile oś HPA aktywowana jest tylko w warunkach stresu, czyli niekorzystnych dla ustroju czynników natury psychologicznej jak i biologicznej, to drugi układ, SAM, aktywowany jest w przypadku pozytywnych sytuacji stanowiących źródło pobudzenia.

A zatem przeżywanie czegoś niekorzystnego, nieprzyjemnego powoduje, iż oba układy, SAM, HPA, są pobudzane. W warunkach mobilizacji przyjemnej, np. nagrody za jakieś działanie, uaktywnia się jedynie oś SAM, czyli mamy do czynienia z pobudzeniem, które nie jest tożsame ze stresem. Lovallo i Thomas wskazują, iż specyficzna dla stresu jest tylko aktywność osi HPA. Dlatego też we współczesnych badaniach dość często poziom kortyzolu jest fizjologicznym wskaźnikiem stresu. O ile stanowisko w naukach biologicznych w sprawie natury stresu jest dość oczywiste, to w psychologii do czynienia mamy z istotnym zróżnicowaniem poglądów. Tradycyjny podział teorii stresu, podstawą którego są teorie dotyczące jego natury, wyszczególnia trzy grupy koncepcji, które ujmują stres jako negatywny czynnik zewnętrzny lub stan czy reakcję organizmu albo jako relacje otoczenie – podmiot, ujęcie to łączy w pewnym sensie dwa poprzednie

(Łosiak, 1994). Pierwsza koncepcja należy już do historii, pozostałe cały czas się rozwijają. Najbardziej popularną stała się poznawcza koncepcja stresu, znana też jako ujęcie transakcyjne stresu R.S. Lazarusa. Twierdzi on, iż stres nie jest bodźcem płynącym z otoczenia ani cechą systemu, np. osoby, ani też reakcją. Uważa, iż jest to rodzaj relacji, która określa stopień równowagi lub jej braku, pomiędzy oczekiwaniami a możliwością sprostanania im bez destrukcyjnych lub nadmiernych kosztów (Lazarus, 1986). Poprzednie teorie nie mówiły o tym, iż stres to pewien stosunek między otoczenia a podmiotem. Stresem nazywana była tylko jedna część tego zjawiska: czynniki zewnętrzne – bodźce lub procesy wewnętrzne – reakcja jednostki (Heszen-Niejodek, 2007). Teoria Lazarusa skupia się na jednostce oraz nieprzerwanym, dwustronnym działaniu między otoczeniem a człowiekiem. Tę interakcję określa się jako transakcję lub relację. Środowisko i człowiek pozostają w dynamicznych zależnościach, oddziałując wzajemnie na siebie. Podczas trwania tego procesu przyjmują nowe własności. Folkman i Lazarus zdefiniowali stres jako szczególny rodzaj zależności między otoczeniem a jednostką, która odbiera stres jako coś co przewyższa, nadwyręża jej siły, zagrażając bytowi. Według tej teorii stres nie jest skutkiem nierównowagi między obiektywnymi wyzwaniem środowiska a możliwością reakcji jednostki, lecz jest wynikiem postrzegania tych czynników. O stresowej sytuacji decyduje subiektywna ocena dokonana przez jednostkę, a nie obiektywne właściwości sytuacji. Lazarus w swojej teorii stresu główną rolę przyznaje czynnikom poznawczym: planowaniu działania, ocenie i interpretacji. To powiązanie szeregu czynności poznawczych ze stresem stanowi ważną właściwość stresu psychologicznego, który oddziela go od stresu na poziomie fizjologicznym i społecznym. Procesy te służą jego poznawczej ocenie, orientacji w otoczeniu i interpretacji oraz są podwaliną do kierowania procesem adaptacyjnej wymiany ze środowiskiem zewnętrznym (Lazarus, 1986). W procesie oceny poznawczej jednostka określa, czy zetknięcie się z otoczeniem jest warte uwagi i wpłynie na jej samopoczucie, czy też nie. W ocenie poznawczej wyróżnia się ocenę pierwotną i wtórną. Podczas pierwotnej oceny jednostka ustala, czy dane okoliczności mogą narazić ją na niebezpieczeństwo. Na tę ocenę wpływa

cały szereg właściwości jednostki: cele, które realizuje, wartości, przekonania o świecie i osobie (Jaworska-Obłój, Skuza, 1989). Ocena wstępna, czyli pierwotna, doprowadzić może do jednego z trzech rodzajów sądów:

1. transakcja jest sprzyjająco-pozytywna (*benign-positive*);
2. transakcja jest nieistotna, bez znaczenia (*irrelevant*);
3. transakcja jest stresująca (*stressful*).

Jeśli jest to sytuacja obojętna, pozostaje niezauważona przez jednostkę. Oceniając swoje możliwości poradzenia sobie z sytuacją podmiot ocenia je jako wystarczające, a za nie podjęcie tych wymagań nie będzie wymierzona kara, zaś ewentualna nagroda jest tożsama z wysiłkiem jednostki. Gdy jednostka ocenia swoje możliwości jako wystarczające do wykonania wymagań, a nagroda jako znaczenie przewyższa „nakłady” do ich wykonania, to reakcja z otoczeniem w odczuciu jednostki jest pożądana, korzystna dla dobrostanu podmiotu. U danej jednostki nie powstaje stres psychologiczny, jeśli ocenia ona relację ze światem zewnętrznym jako bez znaczenia lub sprzyjająco-pozytywną. Transakcja jest oceniana przez jednostkę jako stresująca, gdy powoduje stratę, krzywdę wyzwanie dla bytu osoby lub zagrożenie. Jeśli w wyniku oceny pierwotnej jednostka uzna, iż doświadcza stresu, rozpoczyna to kolejny, poznawczy proces, ocenę wtórną. Ocena wtórna uaktywnia proces adaptacyjny, czyli radzenie sobie (Heszen-Niejodek, 1996). Rozpoczynając ocenę wtórną osoba dokonuje osądu możliwości poradzenia sobie z obecną sytuacją stresową. Procesy pierwotnej oraz wtórnej oceny są od siebie zależne. Ich zadaniem jest ustalenie, czy transakcja środowisko – osoba ma wpływ na pomyślność jednostki. Osoba przeżywa stres przez percepcję sytuacji, której doświadcza. Dlatego tylko jednostka w danej sytuacji może określić czy ma do czynienia ze stresem, czy też nie.

Teoria zachowania zasobów Hobfolla jest również zaliczana do nurtu relacyjnego. Steven Hobfoll twierdzi, iż podstawowym celem ludzkiej aktywności jest uzyskanie, utrzymanie oraz ochrona cenionych obiektów, czyli zasobów. Wyodrębnił cztery rodzaje zasobów : przedmioty – samochód, mieszkanie; warunki – dobre małżeństwo, stała praca; zasoby osobiste

– poczucie optymizmu, umiejętności interpersonalne, poczucie skuteczności osobistej; zasoby energetyczne – wiedza, zdrowie, pieniądze. Źródłem stresu jest zaistniałe lub zagrażające zakłócenie równowagi w wymianie możliwości między otoczeniem a jednostką.

Do powstania sytuacji stresowych przyczyniają się tak samo spostrzegana jak faktyczna strata zasobów lub nawet ich brak. W ujęciu tym choroba to skutek wyczerpania odpornościowych zasobów organizmu (Heszen-Niejodek, 2000). Świat jest nieustannym źródłem stresu, a jego skutki odzwierciedlają się w funkcjonowaniu organizmu. Psychiczne czy fizyczne zagrożenia powodują ciąg zachowań, dzięki którym człowiek lepiej radzi sobie w sytuacjach stresowych. Komplikacje powstają, gdy po jednym zagrożeniu występuje następne, gdy sytuacja stawia kolejne wyzwania, a człowiek musi egzystować w podwyższonym stanie gotowości. Wtedy to, co jednostkę miało chronić, zaczyna działać przeciw niej. Jeśli organizm nieustannie trwa w stanie gotowości, traci elastyczność i w związku z utratą zdolności do samoregulacji dochodzi do psychicznych i fizycznych zaburzeń. Na podłożu przewlekłe nierozładowanego stresu powstaje wiele chorób. Za przykład mogą posłużyć: choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, bóle pleców, głowy, zaburzenia łaknienia, snu, trawienia, drażliwość, depresja, przewlekłe zmęczenie, kołatanie serca, nadpobudliwość, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia seksualne, wysypki alergiczne. Choroby są oznaką załamania w funkcjonowaniu człowieka, które jest powodem porażek w przeciwdziałaniu stresowi. Załamanie prowadzi do zaburzeń psychicznych oraz chorób somatycznych, również do dewiacji społecznych: samobójstw czy uzależnień. Długotrwały stres osłabia system immunologiczny organizmu, co powoduje zmniejszenie możliwości zwalczania choroby. Wysoki poziom adrenaliny ogranicza możliwości organizmu do regeneracji, hamuje głód, redukuje potrzebę snu powodując, że człowiek nie zwraca uwagi na własne potrzeby oraz nie dostrzega sygnałów wyczerpania.

2.3. Fazy stresu

Badania nad stresem prowadzone przez fizjologów zapoczątkował Walter Cannon. Podczas swoich badań zaobserwował, iż organizm, oceniając sytuację jako zagrożenie, podejmuje niezbędne kroki aby usunąć lub oddalić się od niego, stwarzając w ten sposób warunki dla przetrwania organizmu. Zjawisko to nazwał „reakcją ucieczki lub walki” (*flight or fight*). Badacz określił to jako stan pogotowia organizmu, który spełnia adaptacyjne funkcje. Z punktu widzenia fizjologii to proces, który zapoczątkowany jest przez stymulowanie współczulnego układu hormonalnego i nerwowego (Makowska, Poprawa, 2001). Cannon nie posługiwał się terminem stres, używał odpowiadających mu określeń: zaburzenia, napięcia, obciążenia, zniekształcenia.

Szkodliwe działanie każdego bodźca, którego działanie ukierunkowane jest na określone miejsce w organizmie, powoduje tak zwany Lokalny Zespół Przystosowawczy (LAS – *Local Adaptation Syndrom*). Te specyficzne zmiany zachodzą w miejscu działania stresora. Oddziaływanie przez długi czas oraz pojawianie się w różnych miejscach szkodliwych czynników doprowadza do Ogólnego Zespołu Adaptacyjnego (GAS – *General Adaptation Syndrom*), a z nim niespecyficzne zmiany (Bargiel-Matusiewicz, Podbielski, 2004). Niezależnie od tego jaki rodzaj stresora działa na organizm, ten reaguje identycznie, procesem fizjologicznym, który przebiega w kilku fazach. W Ogólnym Zespole Adaptacyjnym (OZA) wyróżniamy trzy następujące po sobie stadia: stadium reakcji alarmowej, stadium odporności, stadium wyczerpania. Bezpośrednio po zadziałaniu stresu pojawia się faza alarmowa, mobilizuje ona mechanizmy obronne organizmu. W pierwszej kolejności występują zmiany fizjologiczne: zmienia się temperatura ciała i ciśnienie, zwiększa się ilość hormonów we krwi. Ma to pobudzić organizm do walki ze stresem. W stadium odporności organizm pomimo działania stresora stara się utrzymać równowagę. Uruchomione zostają mechanizmy przystosowawcze, jednocześnie następuje wygaszanie mechanizmów fazy alarmowej. Reakcje organizmu pozornie wracają do normy. Organizm lepiej toleruje działanie konkretnego stresora, ale ponieważ zostały naruszone

zasoby organizmu, ten nie radzi sobie z nowymi stresorami, gorzej toleruje pojawiające się bodźce. Faza wyczerpania następuje, gdy przedłużające się napięcie doprowadza do osłabienia i wyczerpania organizmu. Do krwi uwalnia się większa ilość hormonów, ogólne pobudzenie wzrasta, ponieważ organizm ciągle walczy. Funkcje obronne i biologiczne ulegają rozregulowaniu, a obronne możliwości organizmu słabną. Intensywność pracy układów krążenia, odpornościowego, trawiennego i innych przyczynia się do powstania stałych zmian w organizmie, co może nawet doprowadzić do śmierci (Bargiel-Matusiewicz, Podbielski, 2004).

Jak podaje Hans Selye (1960), niewielka doza stresu jest wskazana do życia i jest to jak najbardziej normalne zjawisko. Podczas swoich teoretycznych rozważań wyodrębnił cztery pojęcia stresu, które podzielił według kryteriów: jakościowego i ilościowego. Do kryterium jakościowego badacz zaliczył dystress – reakcja organizmu na stresory, które powodują dezintegrację psychiczną i cierpienie, oraz eustres, będący reakcją na stresory, która motywuje do działania, osiągnięć życiowych i będący reakcją na stresory (Terelak, 2001). Badania Selye'go wzbudziły zainteresowanie, ale poglądy, które dotyczyły niespecyficzności reakcji stresowej, napotkały krytykę, między innymi badacza Johna Masona. Krytykę argumentowano, iż w zależności od typu zagrożeń system endokrynogeny reaguje w różny sposób. Niska temperatura, ciężka praca to na pozór podobna, niespecyficzna reakcja, gdzie kora nadnerczy zwiększa swoją aktywność, jednak dokładniejsza analiza tych zjawisk doprowadzić może do zupełnie innych wniosków. W każdej z tych tak odmiennych sytuacji mechanizmy aktywacji kory nadnerczy są różne, tak jak efekty ich działania. To działanie ściśle odpowiada warunkom, w których organizm się znajduje, naraża się na te konkretne warunki, więc jest to oczywistą „specyficzną reakcją przystosowawczą” (Jachnis, 2000). Badania wykazały, iż w niepewnej sytuacji do organizmu wydzielana jest adrenalina, noradrenalina i kortyzol. Podczas procesów związanych z gniewem lub złością następuje większe wydzielanie kortyzolu i noradrenaliny. Pozbawiony kontekstu bodziec nie wywoł takich samych zmian. Dlatego też pominięcie czynników psychologicznych w stresowej reakcji było błędem w koncepcji Selye'go (Heszen, Sęk, 2007).

2.4. Sposoby przeciwdziałania stresowi

Naturalną konsekwencją, podczas wystąpienia sytuacji stresowej u zdrowej jednostki, jest dążenie do zniwelowania występującego napięcia. Literatura definiuje to zjawisko jako „radzenie sobie”. W związku z „radzeniem sobie” ze stresem, psychologowie wyróżnili pewne typy aktywności, które nazwali stylami radzenia sobie. Styl ten to posiadany przez osobę jedyny, charakterystyczny dla niej, program strategii radzenia sobie ze stresem (Heszen-Niejodek, 2004). Badacze, Parker i Endler (1990), podzielili style radzenia sobie na trzy typy: skoncentrowany na emocjach, na zadaniu i skoncentrowany na unikaniu. Pierwszy styl dotyczy osób, które w sytuacji stresowej koncentrują się na emocjach własnych. Zamiast działać fantazjują, predysponują do przemyśleń życiowych. Osoby charakteryzujące się drugim stylem w stresowej sytuacji, którą traktują jako zadanie, starają się rozwiązać problem. Ostatni ze stylów charakteryzuje osoby, które w zderzeniu z trudną sytuacją starają się o niej nie myśleć i nie doświadczać. Taka postawa przyjąć może dwie formy: poszukiwanie kontaktów towarzyskich oraz angażowanie się w zastępcze czynności. Szczególnym rodzajem stresu jest stres zawodowy. Według Lazarusa (1986) jest to zachodząca reakcja pomiędzy miejscem pracy a pracownikiem, na które składają się warunki społeczne i fizyczne. Warunki społeczne dotyczą planowania pracy, systemu wynagradzania, panującej atmosfery na linii podwładny – podwładny, przełożony – podwładny, pracownik – petent, klient, pacjent. Jak twierdzi Ogińska-Bulik (2016) zawody służb społecznych uznawane są za bardziej obciążające. Głównie wynika to ze zwiększonego zaangażowania emocjonalnego w kontakcie z klientem/pacjentem, niż w przypadku innych zawodów. To zaangażowanie rozpatrywać można w dwóch kategoriach (nazwanych roboczo) konfrontacyjnej i empatycznej. Zaangażowanie konfrontacyjne to konieczność kontaktu z pacjentami konfliktowymi, roszczeniowymi, odurzonymi alkoholem lub środkami narkotycznymi, agresywnymi; to poczucie niesprawiedliwości społecznej, np. konieczność zajmowania się pacjentem pod wpływem alkoholu, któremu wykonywane są kosztowne badania niezwłocznie, podczas gdy „normalny” pacjent musi

czekać na swoją kolej badania miesiącami. Z kolei zaangażowanie empatyczne zakresem swoim obejmuje utożsamianie się z pacjentem, jego stanem zdrowia, trudną sytuacją wynikającą z choroby, solidaryzowanie się z rodziną pacjenta. Przy analizowaniu stresu, który stale towarzyszy ratownikom medycznym w czynnościach zawodowych, niezależnie od miejsca pracy, trzeba dokonać jego analizy. Bez wątpienia specyficzna organizacja pracy ratownika jest źródłem stresu. Można tu wymienić nieregularność pracy, zmianowość, pracę w ciągłym napięciu (konieczność utrzymania pacjenta przy życiu, względnie zapobieganie pogorszeniu się stanu jego zdrowia), reakcję pacjenta na wprowadzone leczenie, co wiąże się z koniecznością podejmowania szybkich decyzji, które dotyczą ewentualnej zmiany sposobu leczenia. Nieodzownym czynnikiem jest zmęczenie fizyczne, które jest efektem np. transportowania chorego, wielokrotnego przekładania pacjenta, wydobywania go z wraku samochodu. Następną grupą stresorów stanowi permanentny kontakt z chorobami, które odbierane są jako zagrożenie dla zdrowia, jak i śmiercią. Postawa personelu medycznego, który dąży do ograniczenia prawdopodobieństwa zarażenia się, powinna mieć charakter obligatoryjny i nawykowy. Zapobieganie i ostrożność powoduje dużo mniejsze koszty aniżeli leczenie. Śmierć pacjenta, jako bodziec sytuacji stresowej dla personelu medycznego, rozumieć można na kilka sposobów. Przede wszystkim rozpatrywanie w egzystencjalnych kategoriach przez ratowników będących w grupie ryzyka jako koniec życia, który jest nieuchronny, powodować może rezygnujące nastawienie wobec własnej aktywności. Po wtóre, jako następstwo ciężkiego stanu chorego, powodować może napięcie, które wynika z subiektywnego odczucia niepełnej kompetencji lub wprowadzenia niewłaściwych procedur. Kolejne to śmierć pacjenta, która jest faktem lub pojawi się w perspektywie bliskich minut, o czym trzeba poinformować bliskich pacjenta, z nadzieją oczekujących na dobre informacje. Programy nauczania traktują ten problem marginalnie, więc w takiej sytuacji personel medyczny musi zdać się na własną wiedzę oraz wycucie. Przekazanie w niewłaściwy sposób informacji o śmierci pacjenta może być dodatkowym obciążeniem dla medyków, co może spowodować kolejne komplikacje. Czwartą grupą stresorów są braki

czy błędy, wynikające z niedofinansowania oraz niedoszacowania potrzeb. Źródłem stresu są tu braki sprzętowe oraz niskiej jakości wyposażenie, zła współpraca w ramach struktur szpitalnych. Spotykamy się tu z paradoksem, ponieważ wymienione stresory w pierwszych grupach, związane z sektorem usług medycznych, bez wątpienia mają charakter chroniczny lub periodyczny. Grupa trzecia natomiast, która jest skutkiem nieprzemysłanych działań często niekompetentnych osób, ma ewidentnie chroniczny charakter. Z przeprowadzonych badań (Gugała, 2004) wynika, iż czynniki najbardziej stresogenne, towarzyszące w miejscu pracy, to niedobory kadrowe, pośpiech, złe warunki finansowe, ograniczone możliwości pomocy niektórym chorym, odpowiedzialność za życie człowieka, częsty kontakt ze śmiercią. Jak podaje Formański (1998), źródeł zawodowego stresu pracownika systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, dopatrywać można się w pięciu rodzajach trudnych sytuacji: przeciążeniu, depriwacji, sytuacji zagrożenia, konfliktach i utrudnieniach. Konsekwencjami ciągłego stresu zawodowego, a w następstwie wypalenia zawodowego u ratownika medycznego, mogą być: frustracja, trudności z koncentracją, błędy, zmęczenie fizyczne, negatywne oddziaływanie na życie rodzinne. Przyczyn tego upatrywać można w specyfice zawodu, w którego ramach wykonywane są czynności wymagające znacznego stopnia empatii. Ujmowana jest ona jako wczucie się w psychiczny stan drugiego człowieka. Podstawą empatii jest współodczuwanie lub współczucie ukierunkowane na drugiego człowieka, który znajduje się w trudnej sytuacji. Warto też wspomnieć, iż w ostatnich latach prowadzono wiele badań mających na celu oszacowanie ryzyka narażenia pracowników medycznych na Zespół Stresu Pourazowego (*posttraumatic stress disorder*, PTSD), wypalenie zawodowe czy depresję (Gulin, 2006). W Polsce takie badania przeprowadzono na 145 poznańskich i warszawskich pracownikach stacji pogotowia ratunkowego (Klonowicz, Eliaz 2004), jednak nie stwierdzono w ich przypadku zaburzenia stresu pourazowego. Autorzy jednak wskazują czynniki, które mogły zafałszować wyniki przeprowadzonych badań. Zaliczają do nich: brak chęci badanych osób do ujawnienia prawdziwego nastawienia do pracy, co związane jest z funkcjonującym pośród pracowników pogotowia ratunkowego stereotypem, który

dotyczy posiadania specyficznych cech dla tego środowiska, rezygnacji osób z pracy, które są mniej odporne na aktywowanie (objawy mogą wystąpić po kilku latach od stresującego wydarzenia). W 1992 roku amerykańskie badania przeprowadzone przez Everly i Mitchell potwierdzają jednoznacznie, iż medycy to grupa wysokiego ryzyka w zakresie diagnozowania PTSD (Kowalski, 1995).

Zawód ratownika medycznego wymaga wiele poświęcenia, wrażliwości i empatii względem osób, którym ratownik udziela pomocy w stanie zagrożenia życia. Brak pozytywnych ze strony ratownika medycznego myśli może skutkować predyspozycją do wspomnianego już wypalenia zawodowego w zawodach, w których celem działania jest człowiek znajdujący się w trudnej dla niego sytuacji. Zatem stwierdzić można, iż ratownik medyczny niejako permanentnie narażony jest na takie właśnie sytuacje stresowe.

2.5. Sposoby radzenia sobie ze stresem

W ostatnim czasie można zauważyć zwiększone zainteresowanie badaczy zjawiskiem stresu zawodowego. Jest to związane z uciążliwością pracy oraz przemianą jego postrzegania. Miejsce pracy, jak i zakres jej zadań, stały się dla człowieka źródłem wielu obciążających sytuacji. W efekcie jednostka zmuszona jest do życia pod działaniem szeregu stresogennych bodźców, które na organizm jednostki mają różnorodny wpływ. Stres zawodowy to złożoność oczekiwań względem pracowników, ich ambicje, napięcie wynikające z tempa pracy, w jakim konieczne jest osiągnięcie nowych celów czy zrealizowanie przedsięwzięcia. Wczesne teorie stresu pracy powstały na Uniwersytecie Michigan, w Instytucie Badań Społecznych. Najpierw była to koncepcja stresu roli zawodowej (Kahn, Wolfe, 1964), następnie, przedstawiona przez Harrisona w połowie 70. lat teza indywidualno–środowiskowego dopasowania. Psychospołeczne warunki pracy, w odniesieniu do stresu, to główne zagrożenie związane z miejscem pracy, szczególnie pracy ratownika medycznego. To pod wieloma stresogennymi czynnikami profesja obciążająca, a występujące w niej stresory różnią się siłą działania oraz

wyzwalanym poziomem emocji. Słabe oddziaływanie stresora powodować może pobudzenie emocjonalne, które nie wpływa negatywnie na zachowanie jednostki. Stres ten może jednak przybrać traumatyczną postać. Wiąże się to z wystąpieniem nagłej sytuacji, która wywołuje panikę, strach, przerażenie. Ratownicy medyczni nagminnie spotykają się ze skutkami przemocy, klęsk żywiołowych czy wypadków komunikacyjnych. Zdarza się, iż już pierwsze doświadczenie wspomnianej sytuacji powoduje wystąpienie głębokiego zaburzenia psychicznego oraz dezorganizacji codziennego funkcjonowania (Dudek, 2002). W sytuacji takiej niezbędna jest pomoc. Jedną z poważniejszych konsekwencji oddziaływania stresu w miejscu pracy jest zespół stresu pourazowego (*Post Traumatic Stress Disorder*, PTSD). Jest on przyczyną doświadczeń traumatycznych oraz silnych emocji, które wtedy towarzyszą człowiekowi. Zespół stresu pourazowego to reakcja na zagrożenie życia, zranienie, bycie świadkiem śmierci, zagrożenie integralności fizycznej, nagłą destrukcją społeczności lub domu, wiadomości o zranieniu, zagrożeniu osób bliskich (Ogińska-Bulik, Kaflik-Pieróg, 2009). W dzisiejszym świecie, w teorii stresu, nie poświęca się już tyle uwagi opisowi czynników, które ten stres powodują, ale działaniom podejmowanym w sytuacji stresowej przez jednostkę. Jest to tak zwane „radzenie sobie” ze stresem. Pojęcie to obejmuje procesy poznawcze (mechanizmy obronne, selekcja informacji, procesy intrapsychiczne) oraz behawioralne (działania bezpośrednie czy powstrzymywanie się od działań). Natomiast „sprostać wymaganiom” to dla jednostki zmniejszenie, zredukowanie, opanowanie lub tolerowanie wymagania stresowej sytuacji. „Radzenie sobie” wiąże się z trzema uzupełniającymi się znaczeniami. Rozpatrywany być może jako proces – to cała aktywność człowieka w danej transakcji stresowej. Radzenie sobie jest dynamiczne, złożone i zajmuje czas, w którym na skutek zaradczych działań pierwotna sytuacja ulega zmianie; strategię to behawioralne i poznawcze wysiłki, które podejmuje jednostka w danej sytuacji stresowej. Zmieniające się w czasie strategię związane są ze zmianami cech tej sytuacji i zmianami psychofizycznego stanu jednostki; styl – indywidualny dla jednostki zbiór sposobów czy strategii radzenia sobie, który pobudza do działania w konkretnej sytuacji stresowej. Radzenie sobie

ze stresem to ogół czynności, które skierowane są na walkę z zagrożeniem, najczęściej opierających się na strategiach zaradczych, kształtujących określoną kolejność działań narzuconą przez nasilenie się sytuacji zagrożenia.

Strategię prewencyjną jednostka stosuje w momencie gdy sytuacja stresowa jeszcze nie wystąpiła, lecz pojawić się może w przewidywanej przyszłości. Strategia walka – atak to aktywne mierzenie się ze stresorem, np. bezpośrednim zagrożeniem zdrowia, czy życia. Wydatek intelektualny i energetyczny, tak zwany wysiłek fizyczny, jest ogromny. Aktywną walkę zakłócić może wzrost napięcia. Strategia ta nie zawsze jest tą optymalną, czasami bardziej adekwatną jest strategia obrony – skrywania się, zasłanianie, chronienie, oszczędzanie sił i środków, przeczekanie aż zagrożenie zmniejszy się lub minie. Jednak pamiętać należy, iż niektóre czynniki środowiska nie tylko potęgują stres, ale jeszcze się utrwalają, np. szkodliwe czynniki środowiska pracy. W takim przypadku ucieczka, ewakuacja będzie jedyną skuteczną strategią. Ucieczka to znany sposób zachowania w sytuacjach bez odwrotu, beznadziejnych (Ratajczak, 2000). Carvel i współpracownicy (1997) podjęli wysiłki połączenia „radzenia sobie” jako stylu oraz strategii. Zaproponowali strategię aktywnego radzenia sobie ze stresem – pozytywne przewartościowanie, planowanie. Strategie przejawiające bezradność – zaprzestanie działań, zażywanie substancji psychoaktywnych, obwinianie siebie. Strategie poszukiwania wsparcia, instrumentalnego i emocjonalnego oraz strategie należące do unikowych zachowań – wyładowanie i zaprzeczenie, zajęcie się czymś innym. Strategie takie jak poczucie humoru i akceptacja, zwrot ku religii, tworzą niezależne, oddzielne czynniki. Badania stanowią, iż w 98% jednostki stosują zarówno strategie zorientowane emocjonalnie, jak i problemowo. W procesie radzenia sobie ze stresem zaobserwować można dużą zmienność stosowanych strategii. Kontekst sytuacyjny to najważniejszy czynnik wpływający na jej wybór. Powoduje to fakt, iż radzenie sobie to wyjaśnienie środowiskowe i psychologiczne, czyli zewnętrzne i wewnętrzne wymagania konkretnej stresowej sytuacji. Wykorzystywane na jednym etapie strategie, na drugim mogą być niemożliwe do wykonania, nieprzydatne lub nawet szkodliwe (Makowska, Poprawa, 2001). Wybór odpowiedniej strategii nie tylko zależy od rodzaju

sytuacji, lecz również od indywidualnego stylu radzenia sobie danej jednostki oraz innych elementów osobowości, np. optymizm, łękliwość, poziom samooceny, poczucie kontroli. Na obranie odpowiedniej dla jednostki strategii wpływ mają także: wiek, płeć, wykształcenie czy stan psychofizyczny. Jest to przyczyna olbrzymiej zmienności zachowań jednostek w sytuacjach analogicznych jak i tej samej osoby w sytuacjach różnych.

2.6. Zadowanie z własnej pracy

Zadowanie z pracy to jeden z często badanych i opisywanych problemów zarówno przez nauki społeczne, jak i ekonomiczne. Zadawani pracownicy są cenni, wykazują inicjatywę, są lojalni wobec pracodawcy, tworzą sprzyjający klimat pracy oraz z chęcią do niej przychodzą. Dla pracodawców satysfakcja z pracy to cel oraz miernik efektywności organizacyjnej. Satysfakcja pracowników to wskaźnik efektywności zarządzania, które opisywane jest głównie jako motywacja. Jak podaje S. Borkowska (2008): satysfakcja oraz niezadowanie związane jest z tym *co* motywuje oraz *jak* motywuje pracownika. Ma ona różnorodne wymiary, może być: wyznacznikiem zaspokojenia potrzeby, efektem porównywania osiągniętego celu do zachowania (jest to etap końcowy oraz wynik motywowania), czynnik korygujący i kontrolujący zachowanie człowieka (by osiągać w przyszłości lepsze efekty, nagrody oraz większą satysfakcję), jest siłą sprawczą i przyczyną zachowania (np. niezadowanie może być przyczyną zmiany) (Borkowska, 2008).

Satysfakcja, szczególnie w pracy ratownika medycznego lub pielęgniarzki, to subiektywne odczucie zależne od osobniczej percepcji podmiotu. Subiektywizm ten determinuje potrzebę przyłączenia do rozważań psychologii (Fiech, Mudyń, 2011). Dla psychologii, jako praktyki, jak również nauki, ważność problemu satysfakcji z pracy wiąże się przede wszystkim z faktem, iż praca to podstawowy wyznacznik jakości życia oraz jego subiektywnej oceny. W psychologii pracy natomiast dominuje stanowisko poświęcone przyczynom trudności, a wynik niezadawania wyraża się głównie w odniesieniu do stresu w pracy. Specyfika pracy ratownika

medycznego wymownie odzwierciedla te tezy: to pasja, dzięki której ratowanie ludzkiego życia powoduje u jednostki codzienną chęć pomagania innym, bycia coraz lepszym, to codzienna motywacja oraz zadowolenie ze swojej pracy.

O tym jak ważne jest zadowolenie z pracy, świadczy liczba określeń i definicji, które występują w tym obszarze. Ich problematyczność to ważna lecz nie zawsze poruszana kwestia metodologiczna. Zadowolenie to według słownika polskiego błogie, przyjemne uczucie, które towarzyszy nam podczas spełnienia pragnień lub oczekiwań (Drabik, 2007). Zadowolenie z pracy określane bywa jako:

- uczuciowa reakcja przykrości lub przyjemności, której doznajemy podczas wykonywania określonych zadań oraz pełnienia określonych ról i funkcji;
- ogół satysfakcji oraz oczekiwań jednostkowych pracownika, które uzależnione są od wielu czynników;
- pozytywna, ogólna ocena wykonywanej pracy przez podmiot działania, która nie wyklucza oceny negatywnej jej poszczególnych składników;
- konsekwentne postrzeganie przez jednostkę realizowanych czynności zawodowych jako użytecznych i ważnych. Ta ocena jest wynikiem obserwacji własnych oraz zwrotnych informacji otrzymywanych od innych osób.

Spore grono badaczy zamiennie używa pojęcia satysfakcja i zadowolenia, traktując je jako synonimy. Bywa również, że różnicują je ze względu na czas występowania. Chwilowo występować może zadowolenie, satysfakcję natomiast, silne uczucie zadowolenia, odczuwa się zazwyczaj po okresie długotrwałego zadowolenia (Kunecka, Kamińska, 2007).

W klasycznym ujęciu Locke'a, satysfakcja z pracy to efekt postrzegania pracy własnej jako tej, która daje możliwość osiągnięcia ważnych wartości, gdzie wartości te zgodne są z potrzebami lub pomocne są w realizowaniu podstawowych potrzeb jednostki. To, co postrzega pracownik w pracy jako ważne i wartościowe, jest bezpośrednim wynikiem jego

potrzeb wewnętrznych. Im dane oczekiwanie jest ważniejsze, tym bardziej jego ocena zaspokojenia ma wpływ na zadowolenie z pracy (Locke, 1976). J.R. Hackmana i G.R. Oldhama, twórcy teorii właściwości pracy, która powstała z badań nad pomiarem cech pracy, twierdzą, iż mogą one być związane z satysfakcją pracownika. Wyszczególnili oni: niezależność pracownika – autonomia, ważność zadania, informacje na temat wykonywanej pracy – sprzężenie zwrotne, możliwość wykorzystania różnych zdolności i umiejętności – różnorodność, całkowity charakter pracy – możliwość identyfikacji zadania (Hackman, Oldham, 1976). Zadowolenie z pracy zależy też od podmiotowych zmiennych, takich jak wiedza, osobowość, umiejętności jednostki, oraz zmiennych środowiskowych: relacje z przełożonymi i współpracownikami, warunki pracy, czynniki kulturowe, funkcjonowanie na rynku pracy (Springer, 2011). D. Lewicka natomiast, przyjęła, iż zwrot ten oznacza korzystne podejście pracownika do powierzonych mu obowiązków, środowiska pracy oraz współpracowników. Towarzyszy temu uczucie zadowolenia (Lewicka, 2010).

W omawianej tematyce pojawia się termin satysfakcji zawodowej, który zamiennie jest stosowany z satysfakcją związaną z pracą, jednak sami badacze twierdzą, iż nie ma tu definicyjnej jednoznaczności i zgodności.

Satysfakcja, zadowolenie z pracy, dotyczyć może dwóch płaszczyzn: emocjonalnej – czyli uczucie jednostki powiązane z pracą, oraz poznawczą – to jak jednostka ocenia swoją pracę i co o niej myśli. L. Berry połączył oba te elementy. Uważa on, iż zadowolenie z pracy to postawa (oznacza stan wewnętrzny), czyli ocena wyrażana pod postacią reakcji afektywnej oraz poznawczych sądów, które dotyczą stopnia korzyści lub strat wykonywanej pracy przez jednostkę (Berry, 1998). Jak twierdzi S. Robbins: „ludzie mówiący o postawie pracownika, na myśli mają zazwyczaj zadowolenie z pracy” (Robbins, 2004). Dokonując analizy definicji postawy oraz jej komponentów na miejsce pracy wyróżnić można:

- w aspekcie emocjonalnym (afektywnym) – stany antypatii i sympatii, trwałe jak i krótkoterminowe nastawienie do pracy, realizowanych zadań i celów;

- w aspekcie poznawczym – opinie i sądy o wykonywanych zadaniach oraz środowisku pracy, wiedza pracowników, przekonanie o sytuacji;
- w aspekcie zachowań (behawioralnym) – przejawy i skłonności do działania związane z pracą.

Komponenty te oddziałują wzajemnie na siebie, dzięki czemu kształtuje się wiele postaw cząstkowych (względem współpracowników, pracodawcy czy zawodu), które decydują ostatecznie o ich zachowaniu (Robbins, 2004). Zadowolenie, satysfakcja w psychologii humanistycznej rozumiana jest jako dobrostan związany z posiadaniem pracy. Przeważają w nim: spokój, nadzieja, optymizm, który jest celem samym w sobie. Satysfakcja z pracy jest dla pracowników stałą wartością niezależną od warunków zewnętrznych oraz cech pracy. U osób tych na satysfakcję nie wpływa wynagrodzenie, cel pracy, zmiana statusu. Badania, choć nie uznane przez wszystkich, pokazują, iż uzyskiwana z pracy satysfakcja zależy bardziej od wyposażenia genetycznego niż od rodzaju środowiska pracy. Satysfakcja z pracy to złożone zagadnienie, być może dlatego właśnie jest tak wiele teorii na ten temat.

W rozumieniu potocznym satysfakcja to zadowolenie jednostki, przekonanie o dobrym, pozytywnym kierunku spraw związanych z pracą, poczucie pozytywności, przekonanie, że zaistniałe problemy można rozwiązać (Dobrowolska, 2010).

Praca ratownika medycznego daje wiele satysfakcji. To zawód pełen wyzwań, dający możliwość niesienia pomocy, a ratowanie ludzkiego życia wyzwala poczucie bycia potrzebnym, ważnym. Mimo, iż zdarzają się sytuacje trudne, to wdzięczność pacjenta oraz jego rodziny rekompensuje niedogodności jakie niesie ze sobą ta praca.

2.7. Radzenie sobie ze stresem w pracy ratownika medycznego i pielęgniarki

Stres jest wszechobecny w naszym życiu. Jest on nieodłączną częścią funkcjonowania człowieka w każdej jego sferze, a zwłaszcza sferze

zawodowej oraz rodzinnej, prywatnej. Są to dla jednostki dwa najważniejsze obszary życia, które wzajemnie się przenikają i są ze sobą ściśle związane. Nie może więc dziwić, iż to co przeżywamy w pracy ma znaczący wpływ na kontakty rodzinne i życie prywatne. Charakterystyczną cechą pracy ratownika medycznego i pielęgniarki jest nieustanne funkcjonowanie pod wpływem stresu spowodowanego presją czasu, niekorzystnymi warunkami, rodziną pacjenta, agresją, a głównie świadomością, iż zdrowie i życie człowieka spoczywa na ich barkach. Niestety nie zawsze podejmowane działania w celu pomocy pacjentowi przynoszą zamierzony efekt. Powodować może to bezradność, frustrację, złość, narastające poczucie winy. Ratownik, który doświadcza sytuacji stresowej, próbuje zminimalizować nadmierne napięcie np. uprawiając sport, oddając się swoim pasjom. Jednak zdarzają się sytuacje, że „odstresowanie” zmierza w złą stronę (szukanie pocieszenia w alkoholu, narkotykach, innych substancjach psychoaktywnych doprowadza również do sytuacji niebezpiecznych). Te rozwiązania przynoszą chwilowe ukojenie, lecz nie są skuteczne w walce ze stresem. Stresowe sytuacje w pracy niejednokrotnie przenoszone są do życia prywatnego.

Umiejętność korzystania z pomocy wspierających więzi to jedna z podstawowych umiejętności, które są niezmiernie przydatne podczas radzenia sobie w sytuacjach trudnych, stresowych. To informacje dla jednostki, iż otoczona jest miłością, troską i szacunkiem (Ornish, 1998). Świadomość, że obok nas są osoby, z którymi możemy porozmawiać po ciężkim dniu w pracy, po sytuacjach, z którymi ciężko nam sobie poradzić, daje nam poczucie bezpieczeństwa, spokoju, czujemy się akceptowani, bardziej pewni siebie nie tylko w życiu towarzyskim, ale również w życiu zawodowym. Dzięki temu łatwiej podejmować decyzje, które wcześniej w trudnej, stresowej sytuacji sprawiały problem. Ważną rzeczą jest, aby móc przeciwdziałać stresowi w pracy i jego skutkom, mieć świadomość, że stresowe sytuacje przekładają się na życie prywatne i odwrotnie. Pozwoli to na efektywniejsze i lepsze poradzenie sobie z problemem. Rozmowa z bliskimi osobami po stresującym dniu daje możliwość rozładowania nagromadzonych emocji, wyrażenia swoich przekonań czy wyznania dręczących myśli. Dzięki rozmowie wszystkie wydarzenia minionego dnia nie są nieustannie

przeżywane, wspomiane przez zmęczonego ratownika. Rozmowa z członkami rodziny to nie tylko wyzwolenie się z ciężących niepowodzeń i zmarwień, to najlepszy sposób, aby uzyskać pomoc w rozwiązaniu problemu, uzyskać radę, inne spojrzenie na problem. Najważniejszą jednak korzyścią wynikającą z takiej formy pomocy jest poprawa zazwyczaj nadszarpniętych przez obowiązki zawodowe więzi rodzinnych. Domownicy będą świadomi z jakimi trudnościami musi zmagać się codziennie w swojej pracy ratownik medyczny. Poznają źródło złego samopoczucia, napięcia, gniewu, będą bardziej wyrozumiali oraz prościej będzie im udzielać wsparcia, a i samemu ratownikowi lżej będzie o wsparcie prosić. Dzięki wsparciu bliskich osoby inaczej oceniają swoje kompetencje, uzyskują wiedzę o swoich własnych możliwościach, powiększają odczucie zaradności, dzięki czemu zamieniają wtórną ocenę sytuacji stresowej na taką, która pozwala skutecznie sobie poradzić ze stresem. Ważną rzeczą jednak jest, aby bliskie osoby zadbały, by w toku pomagania osoba której pomagają dążyła do podwyższenia własnej skuteczności. Pamiętać należy, iż wsparcie zbyt silne może deprymować i obciążyć jednostkę. Nadmierna pomoc powodować może zmniejszenie poczucia kompetencji do radzenia sobie z problemami samodzielnie albo brak odczucia odpowiedzialności dotyczącej rozwiązania problemu. Powodować też może uzależnienie od pomocy. Wsparcie i pomoc będzie możliwa wyłącznie tylko, gdy zostanie odpowiednio dopasowana do wymagań sytuacji i potrzeb osób nią zainteresowanych (Sęk, 2001). Miejsce pracy często wywołuje frustrację, powodując, że jedynym sposobem „uwolnienia się” jest częsta zmiana pracy. Stres towarzyszy na różnych etapach życia ludzkiego i nie da się go całkowicie wyeliminować (Zhang XJ, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi TY, 2020). Stres w pracy na niektóre osoby wpływa w sposób mobilizujący do działania, niestety w większości przypadków jest zupełnie odwrotnie – stres staje się czymś uciążliwym. Wypalenie zawodowe dotyczy przedłużających się reakcji na powtarzające się stresory emocjonalne i interpersonalne wywołane pracą, a objawia się wyczerpaniem emocjonalnym i fizycznym. Pracownicy ochrony zdrowia to grupa, która jest narażona na bardzo wysoki poziom stresu i wypalenia zawodowego pod względem wymogów, aspektów i specyfiki swojej pracy (Pérula-de Torres

LA, Atalaya JCV, García-Campayo, 2019). Dwa powszechnie problemy wśród personelu medycznego to stres w pracy i wypalenie zawodowe.

Na wypalenie zawodowe składają się takie oto elementy:

- wyczerpanie emocjonalne;
- depersonalizacja;
- niski poziom osiągnięć osobistych;
- chroniczny stres w pracy (Pérula-de Torres LA, Atalaya JCV, García-Campayo, 2019).

Pielęgniarstwo, jak i ratownictwo medyczne, to zawody medyczne zagrożone wypaleniem zawodowym z powodu codziennej ekspozycji na sytuacje stresowe, np. śmierć, leczenie bólu, agresję ze strony pacjenta czy rodziny pacjenta (Ramírez i inni, 2021). Niektóre oddziały, takie jak oddział chorób wewnętrznych, oddziały onkologiczne, oddział intensywnej terapii, oddziały pediatryczne powodują ogromny skalę stresu wśród personelu ze względu na znacząco wysoki stopień zachorowalności, śmiertelności oraz dylematy etyczne. Zjawisko wypalenia zawodowego pojawia się jako negatywna reakcja wywołana przewlekłymi epizodami stresu w pracy (Pérula-de Torres LA, Atalaya JCV, García-Campayo, 2019). Nawiązali do niego w 1974 roku amerykański psychiatra Herbert Freudenberger i Christina Maslach a, niektóre publikacje wskazują także Geraldine Richelson.

W oparciu o założenie społecznej teorii równości Freudenberger i Richelson podali definicję o następującej treści: „wypalenie jest stanem zmęczenia czy frustracji wynikającym z poświęcenia się jakiejś sprawie, sposobowi życia lub związkowi, co nie przyniosło nieoczekiwanej nagrody”. Twórcy odnoszą się do wypalenia zawodowego jako stanu zmęczenia lub frustracji, który pojawia się po oddaniu sprawie, stylowi życia lub związkowi, w którym oczekiwany wysiłek nie jest osiągalny. Za jedną z głównych przyczyn rozwoju zespołu wypalenia zawodowego uznawane jest poczucie braku satysfakcji z wykonywanej pracy (Kędra, Sanak, 2013). Stres to część życia codziennego – jedna z największych pandemii XXI wieku, która w miejscu pracy może wpływać na zdrowie, samopoczucie i satysfakcję z pracy, a w niektórych przypadkach może spowodować

pojawienie się zespoły wypalenia zawodowego. Zdecydowanie wypalenie zawodowe może powodować i powoduje pogorszenie jakości udzielanej opieki zdrowotnej, zwiększając ryzyko zgonu pacjentów z powodu kiepskiej jakości i wydajności oraz błędów (Kędra, Sanak, 2013). Środowisko pracy ma znaczący wpływ na zminimalizowanie rozprzestrzeniania się wypalenia zawodowego, a więc wsparcie i satysfakcja z pracy, jak i również poprawa samooceny pracownika mogą stanowić czynniki ochronne (Kędra, Sanak, 2013).

Badania psychologa społecznego Ch. Maslach oraz sformułowana przez nią definicja spotkały się z późniejszym uznaniem innych badaczy. Nawiązała ona do koncepcji obronnej dehumanizacji Zimbardo. Jej zdaniem takie zjawiska powoduje przeciążenie problemami innych ludzi. Opracowała ona „narzędzie pomiarowe” do jej oceniania – Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego Maslach, czyli MBI (*Maslach Burnout Inventory*). Zdefiniowała ona „(...)wypalenie jako psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który może wystąpić u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób”.

Z kolei zdaniem Ayala Pinesa i Elliota Aronsona bardzo duże znaczenie odgrywa rodzaj pracy. Zazwyczaj praca z ludźmi wymaga zaangażowania w sytuacje, które obciążają emocjonalnie. Na początku motywacja i zaangażowanie jest wysokie. Jeśli osoba nie jest w stanie rozwiązać problemów innych ludzi to nie osiąga celu i osobistego sukcesu. W tej koncepcji ważne jest zaburzenie równowagi pomiędzy oczekiwaniem co do efektów pracy a realnym ich uzyskaniem (Sęka, 2006). Badania, które zostały opracowane przez Christinę Maslach oraz Susan Jackson, stworzyły model składający się z trzech elementów:

- emocjonalne wyczerpanie – zmęczenie, obniżenie energii, drażliwość, impulsywność, anhedonia, objawy psychosomatyczne, szybsza utrata sił i niemożność ich regeneracji;
- depersonalizacja – dystansowanie się od współpracowników oraz pacjentów, przedmiotowość w relacjach, negatywny stosunek do innych;

- obniżone zadowolenie z osiągnięć zawodowych – zmniejszenie poczucia kompetencji i skuteczności.

Wypalenie zawodowe jest szczególnie odczuwane przez znajomych oraz rodzinę osoby, której dotyczy problem. Konsekwencje wypalenia dotyczą zarówno sfery funkcjonowania emocjonalnego, zachowań, jak i funkcjonowania fizycznego człowieka niszcząc psychikę oraz zdrowie (Wilczek-Rużyczka, 2014). Należy poznać różnice pomiędzy wypaleniem zawodowym a stresem. Wypalenie może być wynikiem napięcia i silnego stresu. Osoby, które doświadczyły wypalenia, często nie zauważają jakiejś pozytywnej zmiany jeśli przeżywają stres spowodowany zbyt dużą ilością obowiązków.

Tabela 1. Różnice pomiędzy stresem a wypaleniem

STRES	WYPALENIE
Charakteryzuje się zaangażowaniem	Charakteryzuje się brakiem zaangażowania
Emocje są nadreaktywne	Emocje są obniżone
Powoduje nadpobudliwość	Powoduje bezradność i beznadziejność
Utrata energii	Utrata motywacji, ideałów i nadziei
Prowadzi do zaburzeń lękowych	Prowadzi do oderwania i depresji
Występuje wyczerpanie fizyczne	Występuje wyczerpanie emocjonalne
Może przedwcześnie zabić	Może uczynić życie nic nie wartym

Źródło: E. Wilczek-Rużyczka, *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*, ABC a Wolter Kluwer Business, Warszawa 2014, s. 121.

Rozdział 3

STRES I WYPALENIE ZAWODOWE WŚRÓD PERSONELU MEDYCZNEGO. BADANIA WŁASNE

3.1. Metoda. Założenia. Cel badań

Pracownicy służb ratunkowych i medycznych narażeni są na działania różnych stresorów z związku z pełnionymi obowiązkami i zadaniami. Nadmierne przeciążenie obowiązkami i pracą, nieustanna odpowiedzialność za zdrowie i życie człowieka, brak docenienia ze strony przełożonych to tylko nieliczne elementy, które czynią pracę, służbę ratowników medycznych i pielęgniarek wysoce stresującą.

Celem podjętych badań było ustalenie czynników zagrożenia stresem, wypaleniem zawodowym i agresją wobec medyków, posiadanymi zasobami i stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu w czasie trwania pandemii COVID-19.

3.2. Charakterystyka grupy badawczej. Miejsce i organizacja badań. Etapy badań

Grupę docelową stanowiły pielęgniarki ze szpitali w Dąbrowie Górniczej i miast ościennych oraz ratownicy medyczni z Dąbrowy Górniczej i miast ościennych, pracujący w Systemie Państwowego Ratownictwa

Medycznego, zagrożeni wypaleniem zawodowym i narażeni na stres podczas okresu pandemii COVID-19. Analizie poddano N= 202 osób (n= 101 pielęgniarek, n=101 ratowników medycznych). Badania przeprowadzono po uzyskaniu zgód Dyrektorów placówek objętych badaniami. Grupa badana została poinformowana o celu przeprowadzonych badań i ich anonimowym charakterze. Wszyscy respondenci wyrazili zgodę i chęć udziału w badaniach. Badania miały charakter etapowy.

Zastosowaną metodą był sondaż diagnostyczny, a w etapie pierwszym został opracowany przez członków Koła Naukowego Medicus autorski kwestionariusz ankiety, który został wypełniony przez: 101 pielęgniarek pracujących w Szpitalach na terenie Dąbrowy Górniczej i miast ościennych mających kontakt z pacjentami zarażonymi COVID-19, jak i 101 ratowników pracujących w Systemie Państwowego Ratownictwa Medycznego.

W etapie drugim członkowie Koła Naukowego Medicus dokonali analizy zebranego materiału badawczego oraz opracowali badania naukowe z wykorzystaniem zakupionego sprzętu i oprogramowania Statistica oraz wiedzy zdobytej podczas szkoleń z zakresu obsługi programów statystycznych i elektronicznych.

W etapie trzecim przeprowadzona została kwerenda najnowszych prac naukowych o tematyce stresu i wypalenia zawodowego, z wykorzystaniem zakupionego w ramach projektu dostępu do baz danych Access Medicine.

W etapie czwartym zostały przeprowadzone testy psychologiczne n=101 pielęgniarek i n=101 ratowników medycznych, zgodnie z metodą Christiny Maslach i jej koncepcji wypalenia zawodowego.

W piątym etapie nastąpiło przygotowanie monografii naukowej, materiałów instruktażowych dla szpitali oraz broszur dla pielęgniarek i ratowników medycznych, jak również dokonano prezentacji wyników badań z wykorzystaniem wiedzy zdobytej podczas szkoleń z autoprezentacji.

W etapie szóstym podjęta zostanie pilotażowa próba wdrożenia w wybranej placówce medycznej średniej wielkości standardów utrzymania zdrowia psychicznego poprzez dokonywanie superwizji u pracowników medycznych.

3.3. Problemy badawcze i hipotezy badawcze

W pracy postawiono następujące pytania badawcze:

1. Jakie rodzaje czynników stresogennych najczęściej występują w pracy ratownika medycznego i pielęgniarki ?
2. W jaki sposób ratownicy medyczni i pielęgniarki radzą sobie ze stresem?
3. Czy medycy doświadczają agresji ze strony pacjentów?
4. Czy wśród badanych pielęgniarek i ratowników medycznych istnieją różnice międzypłciowe w odczuwaniu stresu?
5. Czy wśród badanych pielęgniarek i ratowników medycznych istnieją różnice międzypłciowe dotyczące wypalenia zawodowego?

Przyjęto następujące hipotezy badawcze:

1. Znacząca odpowiedzialność zawodowa dotycząca ratowania życia ludzkiego powiązana jest z występowaniem silnego stresu zawodowego.
2. Ratownicy medyczni i pielęgniarki są grupami zawodowymi narażonymi na występowanie u nich syndromu przemęczenia zawodowego oraz wypalenia zawodowego.

3.4. Charakterystyka grupy badanej. Narzędzia badawcze

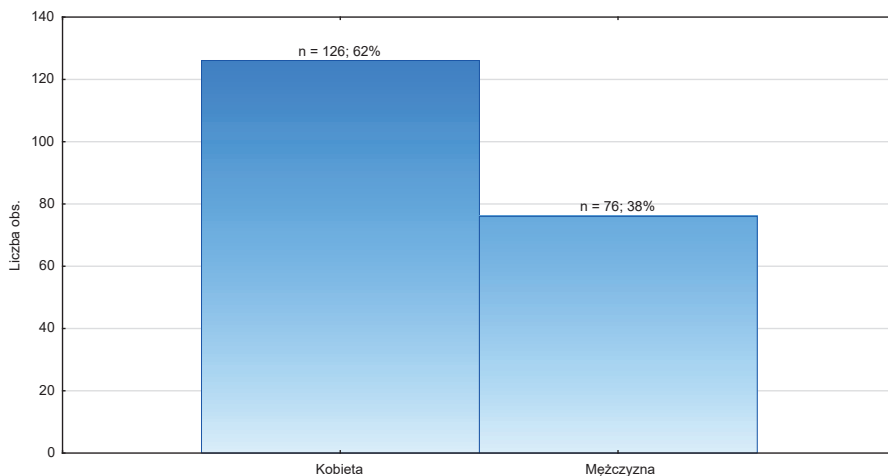
Badania ankietowe zostało przeprowadzone w grupie 202 (N=202) osób, w tym 50% (101) stanowili ratownicy medyczni oraz 50% (101) stanowili personel pielęgniarski. Ankietowani podejmują pracę w zespołach wyjazdowych Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz pracują na Szpitalnym Oddziale Ratunkowy, Izbie Przyjęć oraz oddziałach szpitalnych na terenie Dąbrowy Górniczej i miast ościennych. Wśród ankietowanych przeważały (62% – 126) kobiety. Udział mężczyzn wynosił 38% (76). Średnia wieku ankietowanych wynosiła 39,5 lat. Najmłodsza osoba miała 22 lata a najstarsza 56 lat. Ankietowani najczęściej (34% – 68) byli w wieku od 46 do 55 lat. Wiek pozostałych respondentów zawierał się w następujących przedziałach: poniżej 26 lat (10% – 21), 26-35 lat (24% – 49), 36-45 lat (29% – 59), powyżej 55 lat (2% – 5). Staż pracy w zawodzie najczęściej

(30% – 61) wynosił od 5 do 15 lat. W przypadku pozostałych ankietowanych długość stażu wynosiła: poniżej 5 lat (22% – 45), 16-26 lat (28% – 57), powyżej 26 lat (19% – 39). Większość (86% – 174) ankietowanych posiadała wykształcenie wyższe medyczne. Pozostali (14% – 28) badani posiadali wykształcenie średnie medyczne. Z odpowiedzi wynika, iż 40% (80) ankietowanych pracowało w ZRM. Ponadto, ankietowani wskazali następujące miejsca pracy: szpital (38% – 76), izba przyjęć (12% – 25), SOR (7% – 14), inne (7% – 15).

Tabela 2. Dane socjodemograficzne ankietowanych – podstawa: wszyscy respondenci (N=202)

Wyszczególnienie		N	%
Płeć	Kobieta	126	62%
	Mężczyzna	76	38%
Staż pracy w zawodzie	Poniżej 5 lat	45	22%
	5-15 lat	61	30%
	16-26 lat	57	28%
	Powyżej 26 lat	39	19%
Wykształcenie	Średnie medyczne	28	14%
	Wyższe medyczne	174	86%
Zawód	Personel pielęgniarski	101	50%
	Ratownik medyczny	101	50%
Miejsce pracy	ZRM (n=80)	80	40%
	Szpital (n=76)	76	38%
	IP (n=25)	25	12%
	SOR (n=14)	14	7%
	Inne (n=15)	15	7%

Źródło: opracowanie własne.

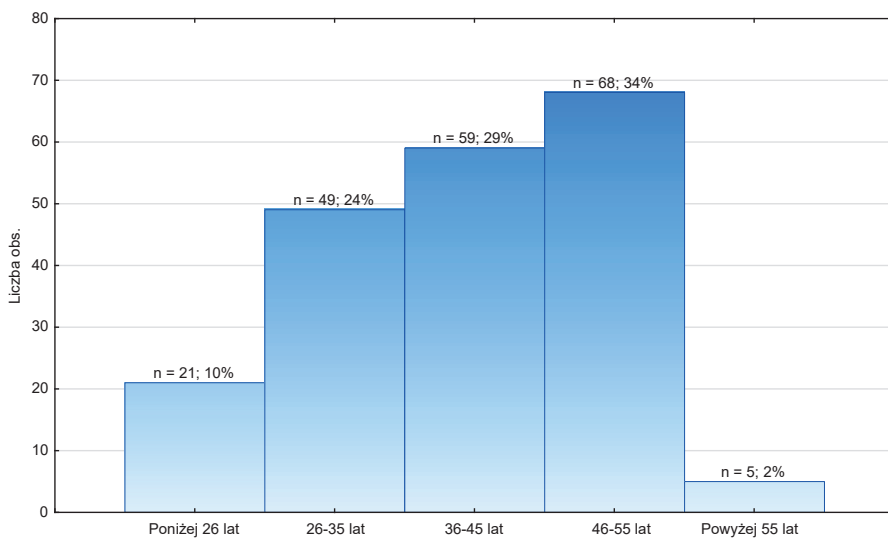


Płeć: N = 202

Wykres 1. Badani w podziale na płeć

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

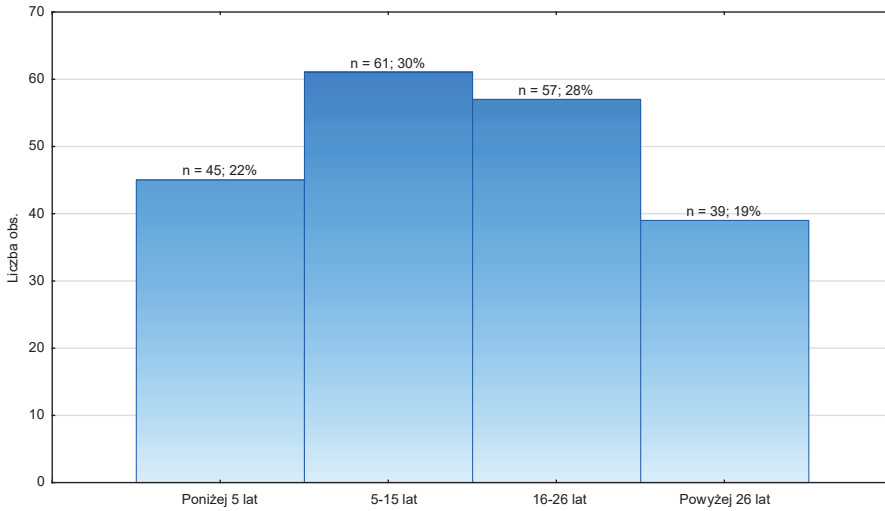


Wiek: N = 202

Wykres 2. Badani w podziale na wiek

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

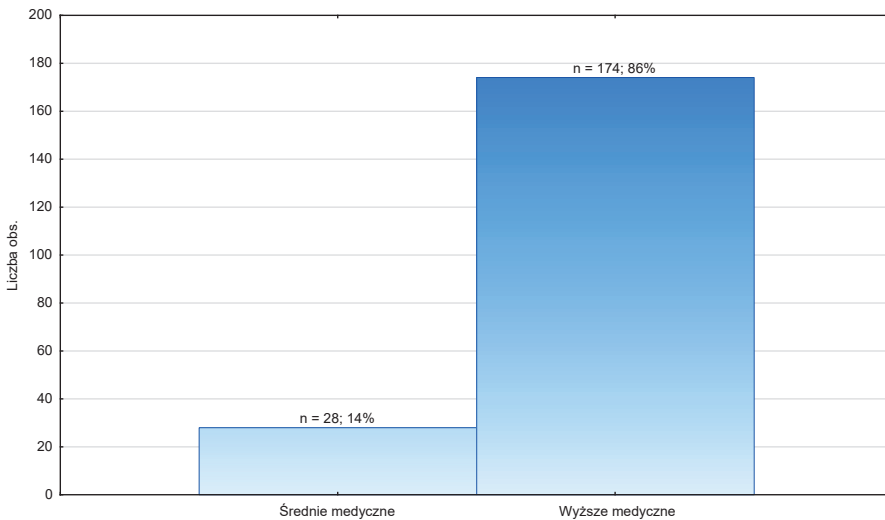


Staż pracy w zawodzie: N = 202

Wykres 3. Badani w podziale na staż pracy w zawodzie

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

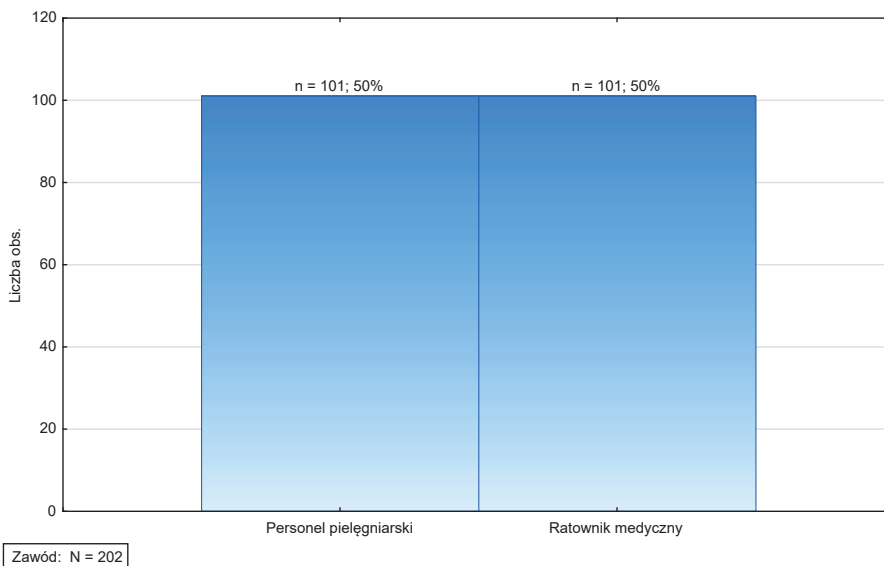


Wykształcenie: N = 202

Wykres 4. Badani w podziale na wykształcenie

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 5. Badani w podziale na zawód

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Jako metodę badawczą wykorzystano technikę ankietową z zastosowaniem Kwestionariusza Wypalenia Zawodowego MBI (*Maslach Burnout Inventory*), będącego wystandaryzowanym i najpopularniejszym na świecie narzędziem do oceny poziomu wypalenia zawodowego. Autorem tej metody z 1981 roku jest Christina Maslach. Polska wersja Pasikowskiego zawiera 22 stwierdzenia w siedmiopunktowej skali (0-6), odpowiadające trzem aspektom wypalenia zawodowego: wyczerpania emocjonalnego (WE), depersonalizacji (DE) oraz obniżenia poczucia dokonań osobistych (DO).

Kolejne narzędzie wykorzystane w badaniu to narzędzia do pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem: Skala Odczuwalnego Stresu – PSS-10, S. Cohena, T. Kamarcka, R. Mermelsteina w wersji autorstwa Z. Juczyńskiego i N. Ogińskiej-Bulik (2009). PSS-10 służy do pomiaru odczuwanego stresu. Zawiera 10 pytań dotyczących różnych subiektywnych odczuć związanych z problemami i zdarzeniami osobistymi, zachowaniami i sposobami radzenia sobie. Przedmiotowa skala składała się z następujących 10 pytań.

Na każde z powyższych pytań ankietowani udzielali odpowiedzi w pięciostopniowej skali od 0 do 4, gdzie:

- 0 – nigdy,
- 1 – prawie nigdy,
- 2 – czasem,
- 3 – dość często,
- 4 – bardzo często.

Każde z analizowanych pytań traktowane było oddzielnie, a liczba punktów możliwych do osiągnięcia kształtowała się w przedziale od 0 do 40. Na ogólny wynik skali składała się suma wszystkich punktów z każdego pytania.

Również na potrzeby projektu i badania wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety składający się z 20 pytań dotyczących stresu występującego u ratowników medycznych oraz pielęgniarek w czasie trwania pandemii COVID-19.

3.5. Metodologia analizy danych

Do opracowania statystycznego wyników wykorzystano arkusz kalkulacyjny MS Excel oraz program statystyczny Statistica v.13 PL firmy TIBCO Software Inc.

Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego, a narzędzia badawcze stanowiły następujące elementy:

- a) metryczka pozwalająca na podział respondentów pod względem: zawodu, miejsca pracy, płci, wieku, stażu pracy w zawodzie;
- b) autorski kwestionariusz ankiety składający się z 15 pytań dotyczących stresu występującego u ratowników medycznych oraz personelu pielęgniarstwa w czasie trwania pandemii COVID-19;
- c) kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI (*Maslach Burnout Inventory*) – w celu oceny poziomu wypalenia zawodowego;
- d) kwestionariusz PSS 10 (skala natężenia stresu).

Analizowane zmienne o charakterze ilościowym zostały przedstawione przy pomocy: średniej arytmetycznej, mediany, wartości minimalnej i maksymalnej oraz odchylenia standardowego. Zmienne o charakterze jakościowym zaprezentowano za pomocą wartości liczbowych oraz procentowych.

Porównania zależności wybranych parametrów dokonano używając test niezależności χ^2 Pearsona, test U Manna-Whitneya oraz test Kruskala-Wallisa. Wartości $p < 0,05$ przyjęte zostały jako istotne statystycznie.

Rozdział 4

ANALIZA I INTERPRETACJA BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Cel analizy

Celem niniejszej analizy statystycznej było ustalenie czynników zagrożenia stresem, wypaleniem zawodowym i agresją wobec medyków, posiadanych zasobami i stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu w czasie trwania pandemii COVID-19. Zostały sformułowane następujące hipotezy badawcze:

1. Znacząca odpowiedzialność zawodowa dotycząca ratowania życia ludzkiego powiązana jest z występowaniem silnego stresu zawodowego.
2. Personel pielęgniarski oraz ratownicy medyczni są grupami zawodowymi narażonymi na występowanie u nich syndromu przemęczenia zawodowego oraz wypalenia zawodowego.

Analiza wyników

Celem badawczym analizy statystycznej ustalenie czynników zagrożenia stresem, wypaleniem zawodowym i agresją wobec medyków, posiadanych zasobami i stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stres i przeciwdziałaniu wypaleniu zawodowemu w czasie trwania pandemii Covid-19.

4.2. Autorski kwestionariusz ankiety

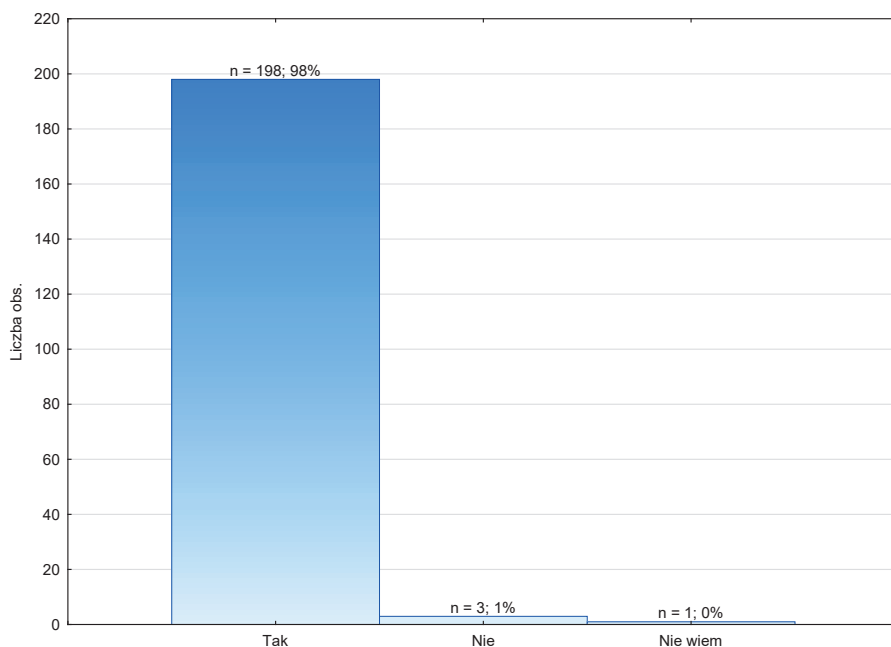
Celem przedmiotowego kwestionariusza było poznanie najczęstszych przyczyn oraz skutków występującego stresu u ratowników medycznych i personelu pielęgniarskiego w czasie trwania pandemii Covid- 19.

W związku z powyższym ankietowani udzielili odpowiedzi na następujące pytania:

1. Czy wie Pan/Pani co kryje się pod pojęciem takim jak „stres”?
2. Czy uważa Pan/Pani, że wykonywany przez Pana/Panią zawód zwiększa poziom stresu w Pana/Pani życiu codziennym?
3. Czy odczuwa Pan/Pani zwiększone napięcie podczas przebywania w miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19?
4. Czy występujące sytuacje stresowe w Pana/Pani pracy mają wpływ na prawidłowe wykonywanie obowiązków i czynności ratownika medycznego/pielęgniarki w czasie pandemii COVID-19?
5. Jak często występują u Pana/Pani sytuacje stresowe związane z wykonywanymi obowiązkami w czasie trwania pandemii COVID-19?
6. Jak odreagowywał(a) Pan/Pani sytuacje stresowe pojawiające się w Pana/Pani miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19?
7. Czy występują u Pan/Pani niepokojące objawy związane ze stresem podczas trwania pandemii COVID-19?
8. Od jakiego czasu zauważył(a) Pan/Pani wyżej zaznaczone przez Pana/Panią objawy?
9. Czy w związku z pandemią COVID-19 doświadczył(a) Pan/Pani utraty dochodów lub ich obniżenia?
10. Jakie obowiązki i zadania oraz sytuacje personelu medycznego stanowiły dla Pana/Pani największe źródło stresu w czasie trwania pandemii COVID-19?
11. Czy kiedykolwiek myślał(a) Pan/Pani o rezygnacji z pracy z powodu nie radzenia sobie ze stresem z nią związanym w czasie trwania pandemii COVID-19?
12. Czy w wyniku pandemii zdecydowanie częściej sięga Pan/Pani po alkohol i/lub papierosy?

13. Z jakich źródeł głównie czerpał(a) Pan/Pani informacje na temat pandemii SARS-CoV-2?
14. Czy ciągła obawa o stan zdrowia odbija się niekorzystnie na Pana/Pani psychice?
15. Czy w czasie trwania pandemii COVID-19 doświadczył(a) Pan/Pani agresji ze strony pacjenta lub innych osób?

Poniżej przedstawiono rozkład ilościowy oraz procentowy odpowiedzi na zawarte w kwestionariuszu pytania.



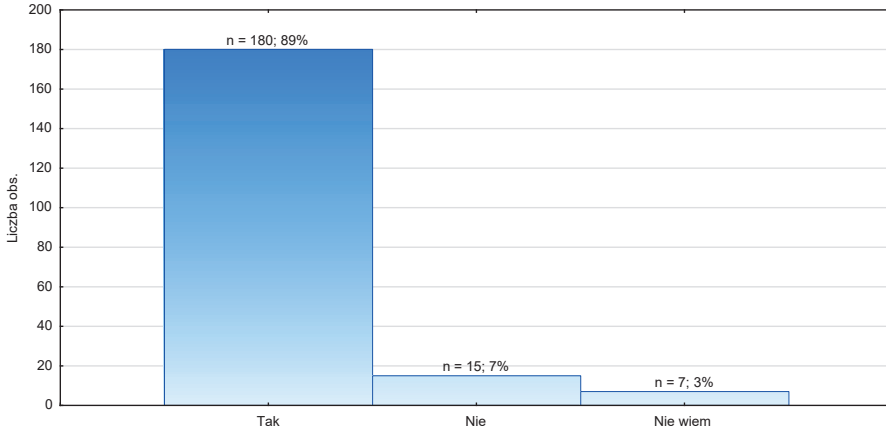
Pyt. 1: N = 202

Wykres 6. Czy wie Pan/Pani co kryje się pod pojęciem takim jak „stres”?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Prawie wszystkie (98% – 198) ankietowane osoby stwierdziły, iż wiedzą co kryje się pod pojęciem „stres”.



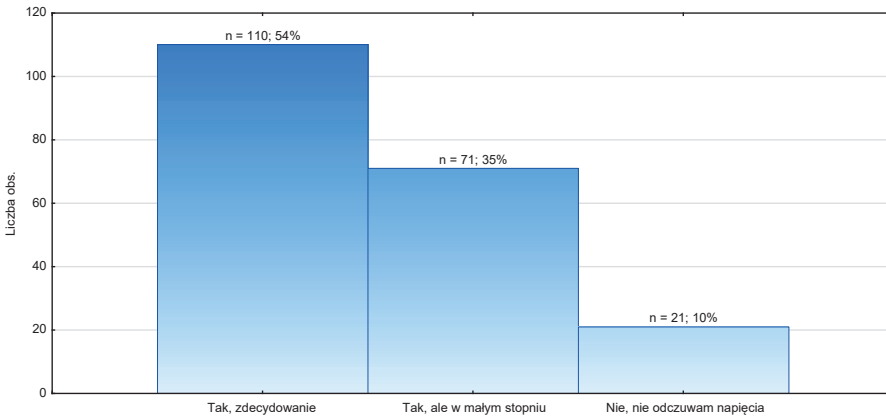
Pyt. 2: N = 202

Wykres 7. Czy uważa Pan/Pani, że wykonywany przez Pana/Panią zawód zwiększa poziom stresu w Pana/Pani życiu codziennym?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Wśród ankietowanych dominowała (89% – 180) opinia, iż wykonywany przez nich zawód zwiększa poziom stresu w ich życiu codziennym.



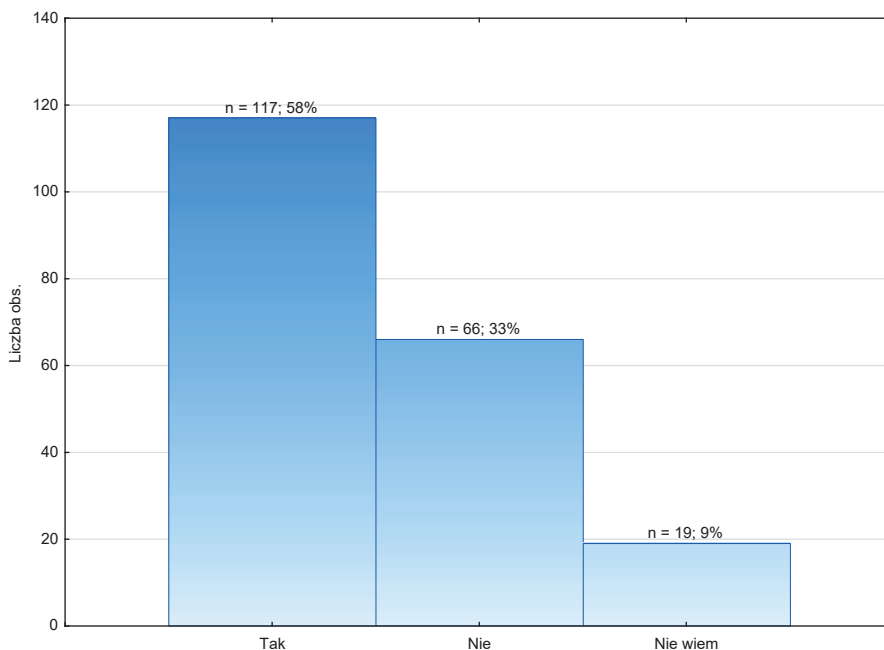
Pyt. 3: N = 202

Wykres 8. Czy odczuwa Pan/Pani zwiększone napięcie podczas przebywania w miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Ponad połowa (54% – 110) respondentów zdecydowanie odczuwała zwiększone napięcie podczas przebywania w miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19. Pozostali ankietowani odczuwali napięcie w małym stopniu (35% – 71) oraz nie odczuwali napięcia (10% – 21).



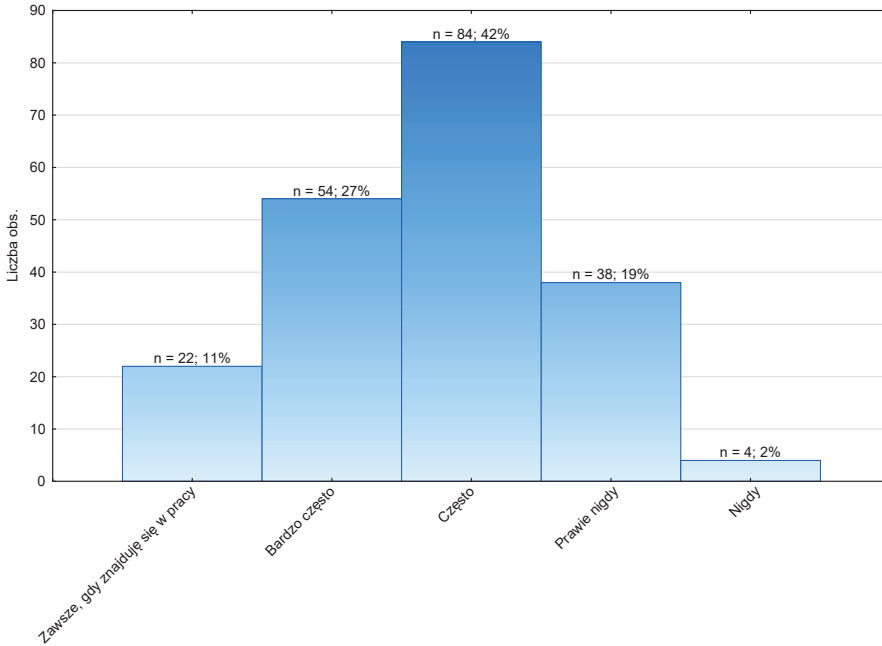
Pyt. 4: N = 202

Wykres 9. Czy występujące sytuacje stresowe w Pana/Pani pracy mają wpływ na prawidłowe wykonywanie obowiązków i czynności ratownika medycznego/pielęgniarki w czasie pandemii COVID-19?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Występujące sytuacje stresowe w pracy mają wpływ – w przypadku 58% (117) ankietowanych – na prawidłowe wykonywanie obowiązków i czynności w czasie pandemii COVID-19. Odpowiedź przecząca została wskazana przez 33% (66) badanych. Reszta (9% – 19) respondentów nie wiedziała, jak odpowiedzieć na przedmiotowe pytanie.



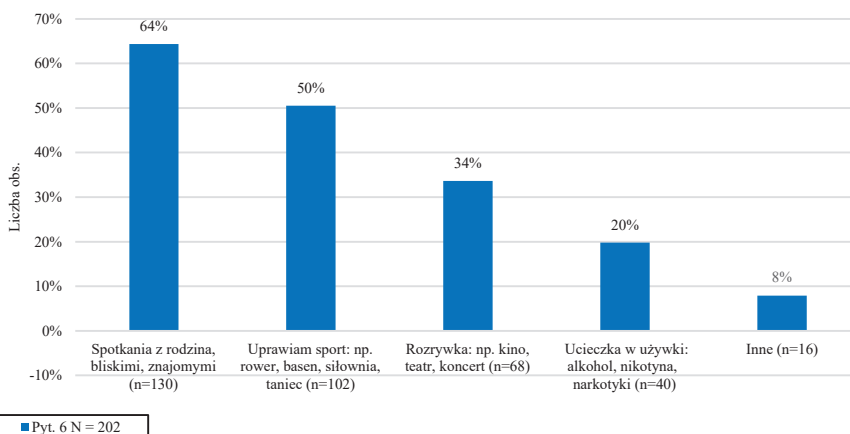
Pyt. 5: N = 202

Wykres 10. Jak często występują u Pana/Pani sytuacje stresowe związane z wykonywanymi obowiązkami w czasie trwania pandemii COVID-19?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Na pierwszym miejscu (42% – 84) znaleźli się ankietowani, w przypadku których często występują sytuacje stresowe związane z wykonywanymi obowiązkami w czasie trwania pandemii COVID-19. Częstotliwość ta w przypadku pozostałych respondentów kształtowała się następująco: zawsze (11% – 22), bardzo często (27% – 54), prawie nigdy (19% – 38), nigdy (2% – 4).

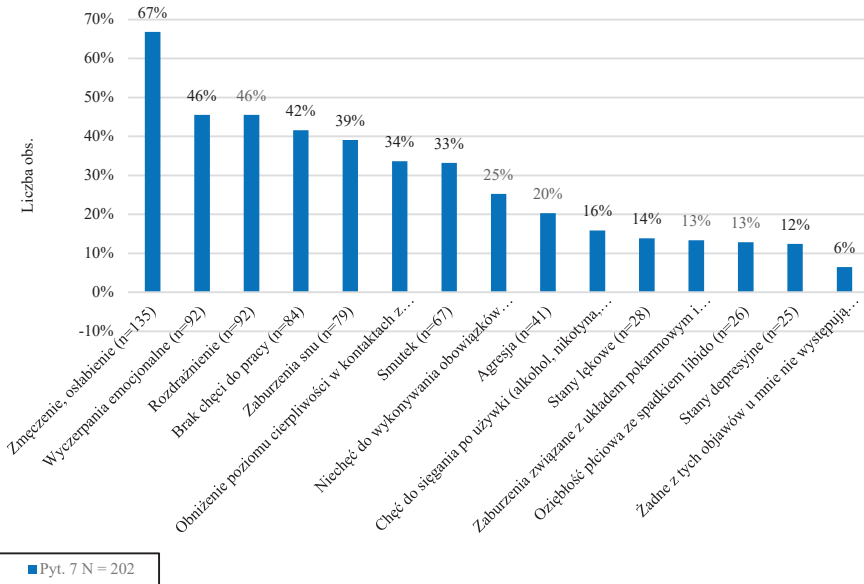


Wykres 11. Jak odreagowywał(a) Pan/Pani sytuacje stresowe pojawiające się w Pana/Pani miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19? – wielokrotne odpowiedzi

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

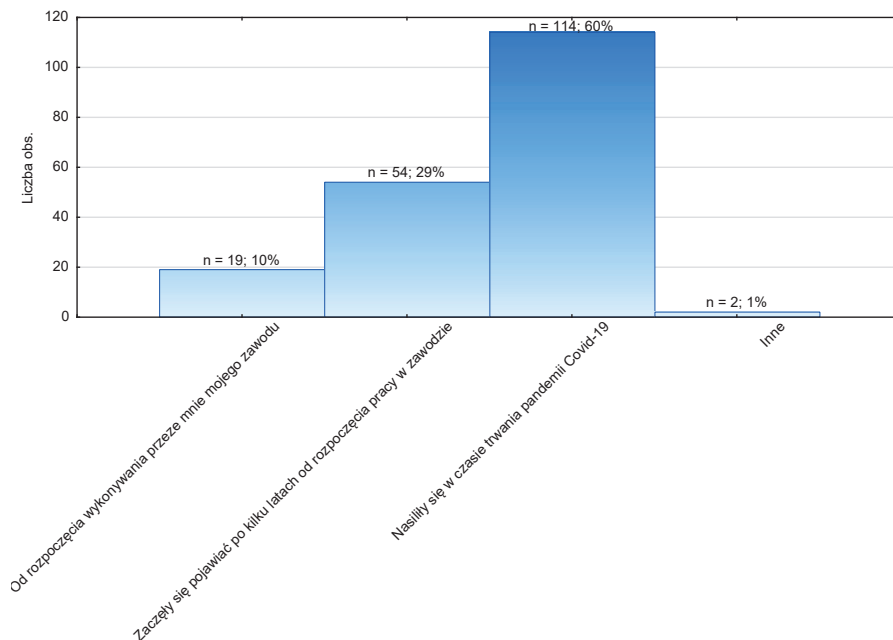
Większość (64% – 130) ankietowanych odreagowywała sytuacje stresowe pojawiające się w miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19 poprzez spotkania z rodziną, bliskimi, znajomymi. Ponadto, ankietowani odreagowywali poprzez: uprawianie sportu, np. rower, basen, siłownia, taniec (50% – 102), rozrywkę, np. kino, teatr, koncert (34% – 68), ucieczkę w używki: alkohol, nikotyna, narkotyki (20% – 40), inne metody (8% – 16).



Wykres 12. Czy występują u Pana/Pani niepokojące objawy związane ze stresem podczas trwania pandemii COVID-19? – wielokrotne odpowiedzi
Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku większości (67% – 135) ankietowanych występują objawy związane ze stresem podczas trwania pandemii COVID-19 w postaci zmęczenia, osłabienia. Ankietowani wskazali także na następujące niepokojące objawy: wyczerpanie emocjonalne (46% – 92), rozdrażnienie (46% – 92), brak chęci do pracy (42% – 84), zaburzenia snu (39% – 79), obniżenie poziomu cierpliwości w kontaktach z pacjentami (34% – 68), smutek (33% – 67), niechęć do wykonywania obowiązków związanych z pracą (25% – 51), agresja (20% – 41), chęć do sięgania po używki, np. alkohol, niktoryna, narkotyki (16% – 32), stany lękowe (14% – 28), zaburzenia związane z układem pokarmowym i krwionośnym (13% – 27), oziębłość płciowa ze spadkiem libido (12% – 26), stany depresyjne (12% – 25). Natomiast żadne z objawów z listy nie wystąpiły w przypadku 6% (13) badanych.



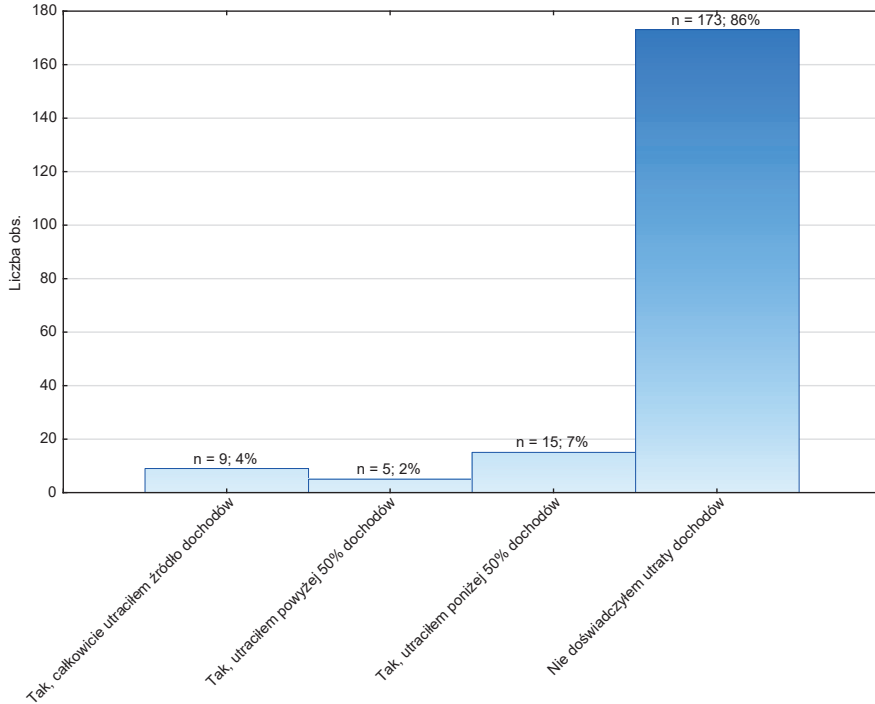
Pyt. 8: N = 189

Wykres 13. Od jakiego czasu zauważył(a) Pan/Pani wyżej zaznaczone przez Pana/Panią objawy?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci, u których wystąpiły objawy (N=189)

Źródło: opracowanie własne.

W przypadku większości (60% – 114) ankietowanych objawy nasiliły się w czasie trwania pandemii COVID-19. Pozostali respondenci stwierdzili, iż zauważyli objawy: po kilku latach od rozpoczęcia pracy w zawodzie (29% – 54), w chwili rozpoczęcia wykonywania zawodu (10% – 19), w innym momencie (1% – 2).



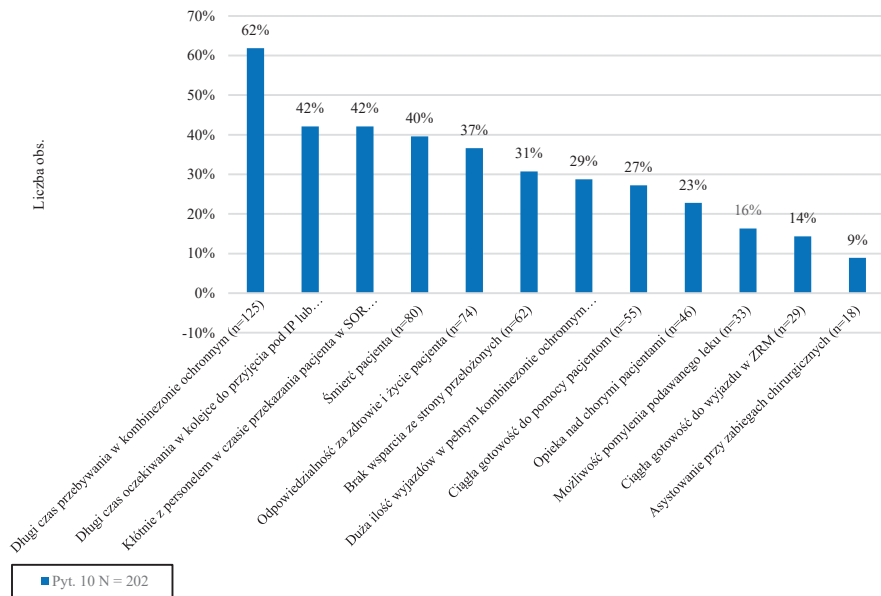
Pyt. 9: N = 202

Wykres 14. Czy w związku z pandemią COVID-19 doświadczył(a) Pan/Pani utraty dochodów lub ich obniżenia?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Analiza odpowiedzi wykazała, iż 86% (173) ankietowanych nie doświadczyło utraty lub obniżenia dochodów w związku z pandemią COVID-19. Pozostali ankietowani utracili: poniżej 50% dochodów (7% – 15), powyżej 50% dochodów (2% – 5), całkowicie źródło dochodów (4% – 9).

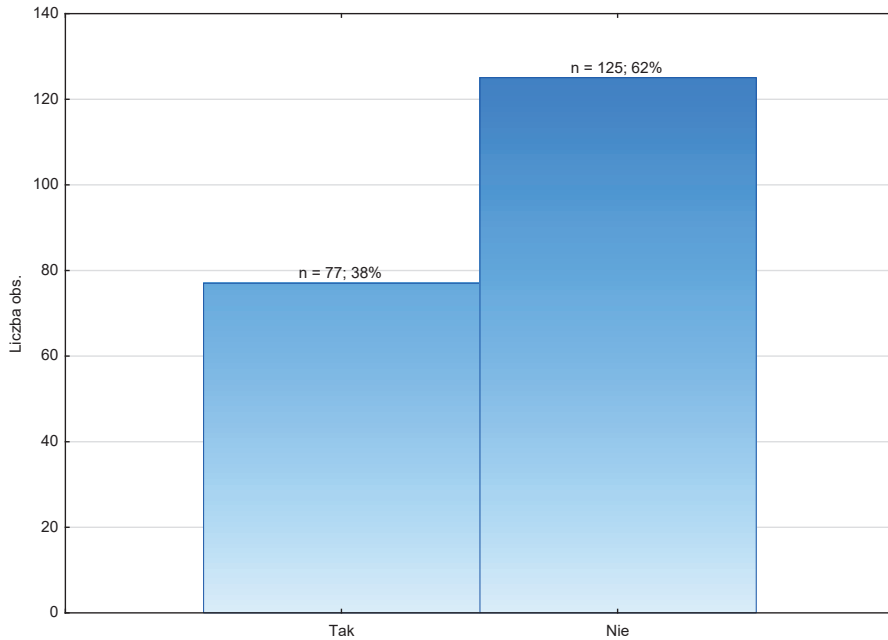


Wykres 15. Jakie obowiązki i zadania oraz sytuacje personelu medycznego stanowiły dla Pana/Pani największe źródło stresu w czasie trwania pandemii COVID-19? – wielokrotne odpowiedzi

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Dla większości (62% – 125) ankietowanych największe źródło stresu w czasie trwania pandemii COVID-19 związane było z długim czasem przebywania w kombinezonie ochronnym. Ponadto, ankietowani wskazali na następujące obowiązki, zadania, sytuacje będące źródłem stresu: długi czas oczekiwania w kolejce do przyjęcia pod IP lub SOR (42% – 85), kłótnie z personelem w czasie przekazania pacjenta w SOR lub IP (42% – 85), śmierć pacjenta (40% – 80), odpowiedzialność za zdrowie i życie pacjenta (37% – 74), brak wsparcia ze strony przełożonych (31% – 62), duża ilość wyjazdów w pełnym kombinezonie ochronnym (29% – 58), ciągła gotowość do pomocy pacjentom (27% – 55), opieka nad chorymi pacjentami (23% – 46), możliwość pomylenia podawanego leku (16% – 33), ciągła gotowość do wyjazdu w ZRM (14% – 29), asystowanie przy zabiegach chirurgicznych (9% – 18).



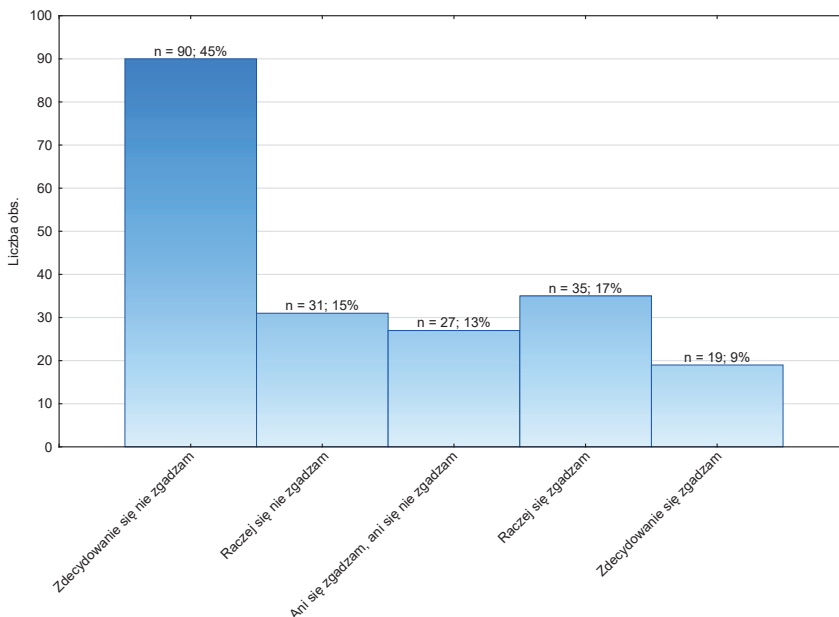
Pyt. 11: N = 202

Wykres 16. Czy kiedykolwiek myślał(a) Pan/Pani o rezygnacji z pracy z powodu nie radzenia sobie ze stresem z nią związanym w czasie trwania pandemii COVID-19?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

O rezygnacji z pracy z powodu nie radzenia sobie ze stresem z nią związanym w czasie trwania pandemii COVID-19 myślało 38% (77) ankietowanych. Odpowiedź przeczącą wskazało 62% (125) badanych.



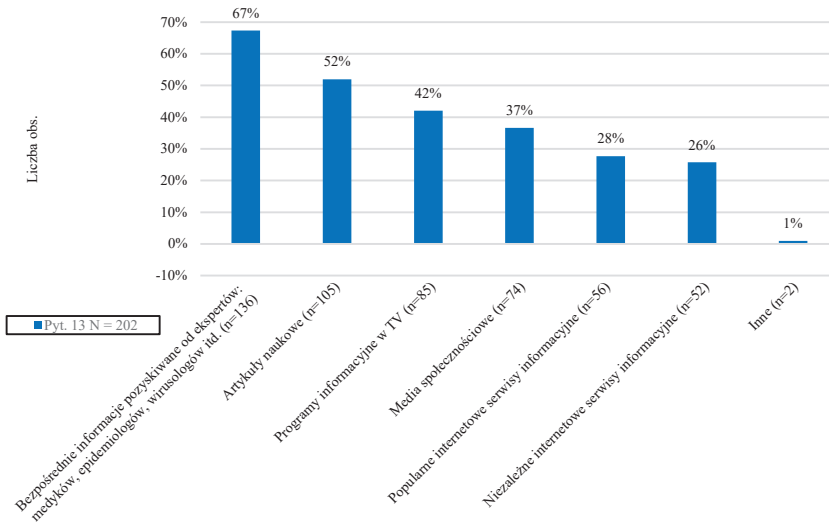
Pyt. 12: N = 202

Wykres 17. Czy w wyniku pandemii zdecydowanie częściej sięga Pan/Pani po alkohol i/lub papierosy?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Ankietowani najczęściej (45% – 90) zdecydowanie nie zgadzali się ze stwierdzeniem, iż w wyniku pandemii zdecydowanie częściej sięgają po alkohol i/lub papierosy. Pozostali respondenci z przedmiotowym stwierdzeniem: raczej się nie zgadzali (15% – 31), ani się zgadzali, ani się nie zgadzali (13% – 27), raczej się zgadzali (17% – 35), zdecydowanie się zgadzali (9% – 19).

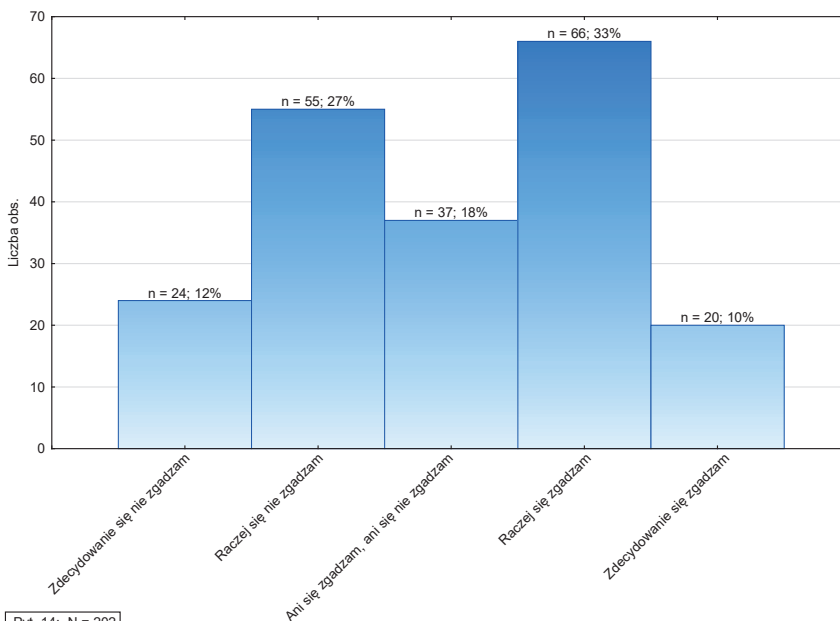


Wykres 18. Z jakich źródeł głównie czerpał(a) Pan/Pani informacje na temat pandemii SARS-CoV-2?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Większość ankietowanych wiedzę na temat pandemii SARS-CoV-2 czerpała głównie z bezpośrednich informacji pozyskiwanych od np. ekspertów, medyków, epidemiologów, wirusologów (67% – 136) oraz z artykułów naukowych (52% – 105). Ponadto, ankietowani czerpali wiedzę z następujących źródeł: artykuły naukowe (52% – 105), programy informacyjne w TV (42% – 85), media społecznościowe (37% – 74), popularne internetowe serwisy informacyjne (28% – 56), niezależne internetowe serwisy informacyjne (26% – 52), inne źródła (1% – 2).



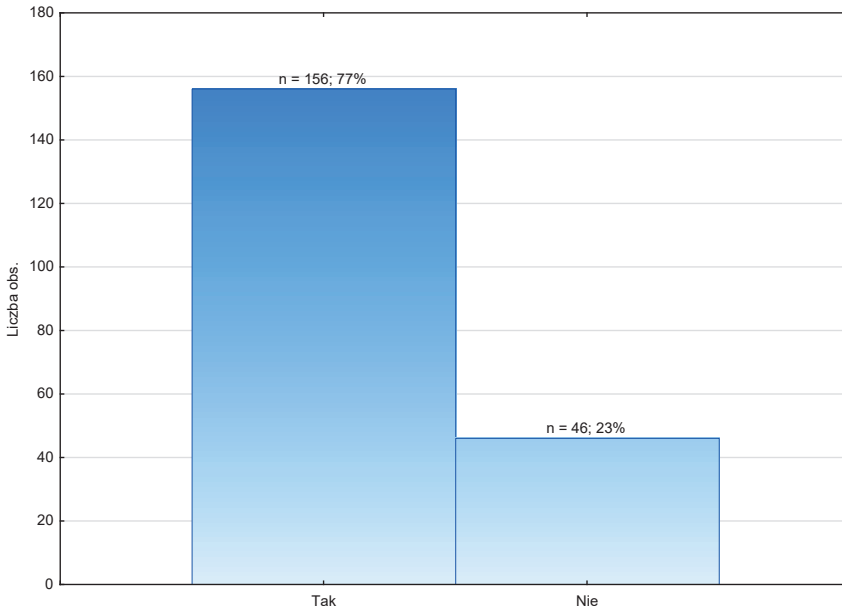
Pyt. 14: N = 202

Wykres 19. Czy ciągła obawa o stan zdrowia odbija się niekorzystnie na Pana/Pani psychikę?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Z odpowiedzi wynika, iż ankietowani najczęściej (33% – 66) raczej się zgadzali ze stwierdzeniem o niekorzystnym wpływie ciągłej obawy o stan zdrowia na psychikę. Reszta ankietowanych ze stwierdzeniem: zdecydowanie się nie zgadza (12% – 24), raczej się nie zgadza (27% – 55), ani się zgadza, ani się nie zgadza (18% – 37), zdecydowanie się nie zgadza (10% – 20).



Pyt. 15: N = 202

Wykres 20. Czy w czasie trwania pandemii COVID-19 doświadczył(a) Pan/Pani agresji ze strony pacjenta lub innych osób?

Podstawa procentowania: wszyscy respondenci (N=202)

Źródło: opracowanie własne.

Większość (77% – 156) respondentów przyznała, iż w czasie trwania pandemii COVID-19 doświadczyła agresji ze strony pacjenta lub innych osób.

4.3. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego (MBI – *Maslach Burnout Inventory*)

W celu oceny poziomu wypalenia zawodowego ankietowanego personelu medycznego został zastosowany Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI (*Maslach Burnout Inventory*), będący wystandaryzowanym i najpopularniejszym na świecie narzędziem do oceny poziomu wypalenia zawodowego. Kwestionariusz ten umożliwia przeprowadzenie oceny trzech następujących wymiarów wypalenia zawodowego: wyczerpanie emocjonalne, depersonalizacja, poczucie braku osobistych osiągnięć. Kwestionariusz składał się z 22 twierdzeń, ocenianych wg częstości z wykorzystaniem skali

od 0 do 4. W efekcie badania otrzymano wyniki dla każdej z trzech składowych kwestionariusza. Na wysoki poziom wypalenia wskazują wysokie wyniki w skali wyczerpania emocjonalnego i depersonalizacji oraz niskie wyniki w skali obniżonego poczucia osiągnięć osobistych.

Poziom referencyjny:

1. Wyczerpanie emocjonalne:
 - wysokie > 27,
 - umiarkowane 17-26,
 - niskie 0-16.
2. Depersonalizacja:
 - wysoka > 13,
 - umiarkowana 7-12,
 - niska 0-6.
3. Poczucie braku osobistych osiągnięć:
 - wysokie > 26,
 - umiarkowane 16-26,
 - niskie 0-15.

Tabela 3. Kwestionariusz wypalenia zawodowego MBI – 22 twierdzenia – statystyka opisowa

	Zmienna	Statystyki opisowe – Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI					
		N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch.std
MBI – Pyt. 1	Przez moją pracę czuję się emocjonalnie wyczerpany	202	2,00	2	1	4	0,70
MBI – Pyt. 2	Na koniec dnia pracy czuję się zużyty	202	1,92	2	1	4	0,74
MBI – Pyt. 3	Wstając rano czuję się już zmęczony, kiedy widzę przed sobą nowy dzień pracy	202	2,19	2	1	4	0,79
MBI – Pyt. 4	Bardzo mnie wyczerpuje całodzienna praca z ludźmi	202	2,29	2	1	4	0,81
MBI – Pyt. 5	Przez moją pracę czuję się wypalony	202	2,36	2	1	4	0,88
MBI – Pyt. 6	Przez moją pracę czuję się sfrustrowany	202	2,26	2	1	4	0,84
MBI – Pyt. 7	Mam wrażenie, że zbyt ciężko pracuję	202	1,99	2	1	4	0,79
MBI – Pyt. 8	Za bardzo mnie stresuje praca w bezpiecznym kontakcie z ludźmi	202	2,73	3	1	4	0,87
MBI – Pyt. 9	Czuję się tak, jakbym goniła resztkami sił	202	2,53	3	1	4	0,90
MBI – Pyt. 10	Mam wrażenie, że traktuję niektórych klientów, jakby byli przedmiotami	202	3,01	3	1	4	0,90
MBI – Pyt. 11	Stałem się bardziej obojętny wobec ludzi, odkąd wykonuję tę pracę	202	2,72	3	1	4	0,93

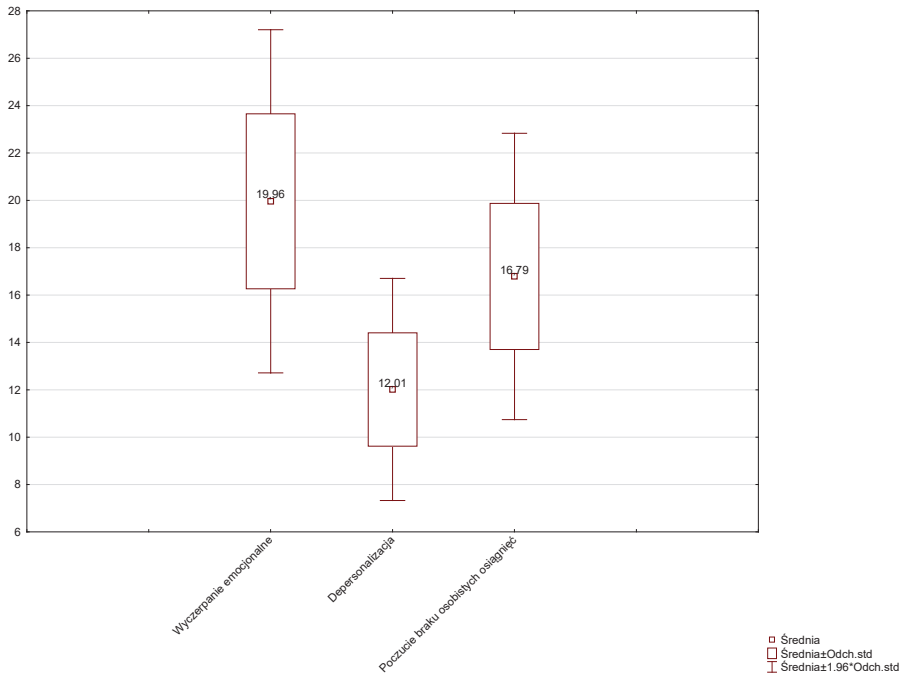
MBI – Pyt. 12	Obawiam się, że moja praca czyni mnie współczującym	202	2,20	2	1	4	0,87
MBI – Pyt. 13	W rzeczywistości nie interesuje mnie, co stanie się z niektórymi klientami	202	2,98	3	1	4	0,96
MBI – Pyt. 14	Mam wrażenie, że niektórzy klienci i ich krewni sądzą, iż to ja ponoszę odpowiedzialność za ich problemy	202	2,13	2	1	4	0,97
MBI – Pyt. 15	Łatwo mogę zrozumieć, co moi klienci myślą na określone tematy	202	2,04	2	1	4	0,75
MBI – Pyt. 16	Udaje mi się skutecznie rozwiązywać problemy moich klientów	202	1,77	2	1	4	0,65
MBI – Pyt. 17	Mam wrażenie, że poprzez moją pracę pozytywnie wpływam na życie	202	1,86	2	1	4	0,71
MBI – Pyt. 18	Czuję w sobie duże pokłady energii	202	2,13	2	1	4	0,77
MBI – Pyt. 19	Z łatwością przychodzi mi wytworzenie rozluźniającej atmosfery	202	1,85	2	1	4	0,74
MBI – Pyt. 20	Czuję się ożywiony, kiedy ściśle współpracuję z moimi klientami	202	1,98	2	1	4	0,74
MBI – Pyt. 21	W mojej pracy osiągnąłem wiele znaczących celów	202	1,94	2	1	4	0,73
MBI – Pyt. 22	W mojej pracy traktuję problemy emocjonalne bardzo spokojnie	202	1,89	2	1	4	0,75

Źródło: opracowanie własne.

Tabela 4. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI – 3 wymiary wypalenia zawodowego – statystyka opisowa

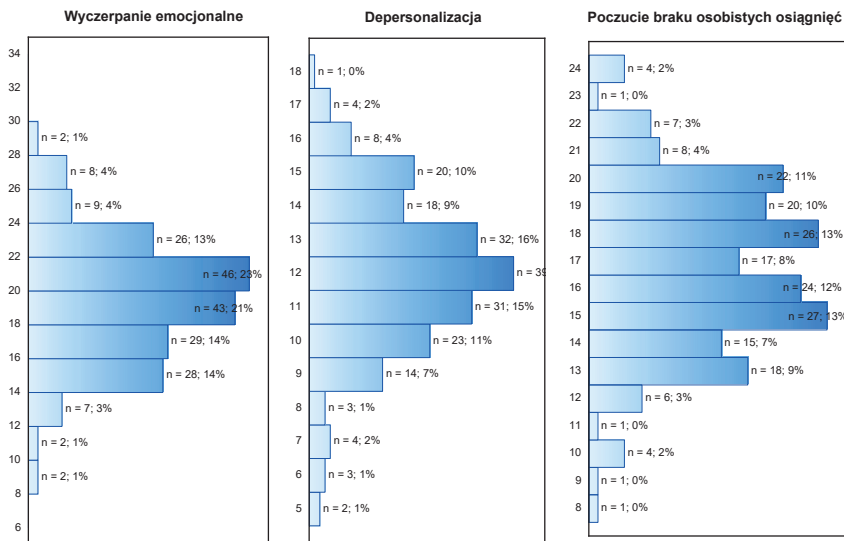
Zmienna	Statystyki opisowe					
	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch. std
Wyczerpanie emocjonalne (EEX)	202	19,96	20	9	30	3,70
Depersonalizacja (DEP)	202	12,01	12	5	18	2,39
Poczucie braku osobistych osiągnięć (PAR)	202	16,79	17	8	24	3,08

Źródło: opracowanie własne.



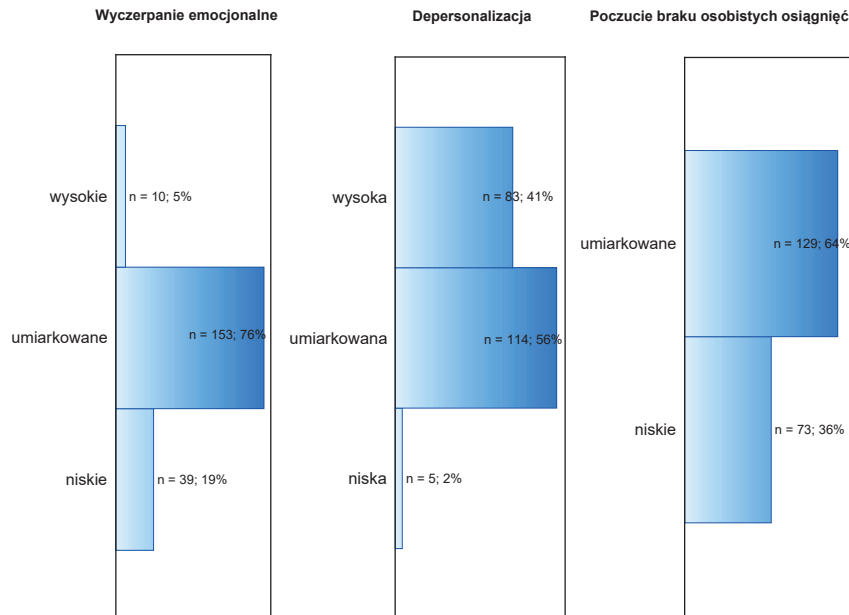
Wykres 21. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI – 3 wymiary wypalenia zawodowego

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 22. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI – 3 wymiary wypalenia zawodowego – punktacja

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 23. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI – 3 wymiary wypalenia zawodowego – poziomy

Źródło: opracowanie własne.

Z analizy wynika, iż najwyższa średnia pojawiła się w przypadku wyczerpania emocjonalnego i wyniosła 19,96 ($\pm 3,70$). Natomiast w przypadku pozostałych dwóch wymiarów wartości średnie osiągnęły poziom:

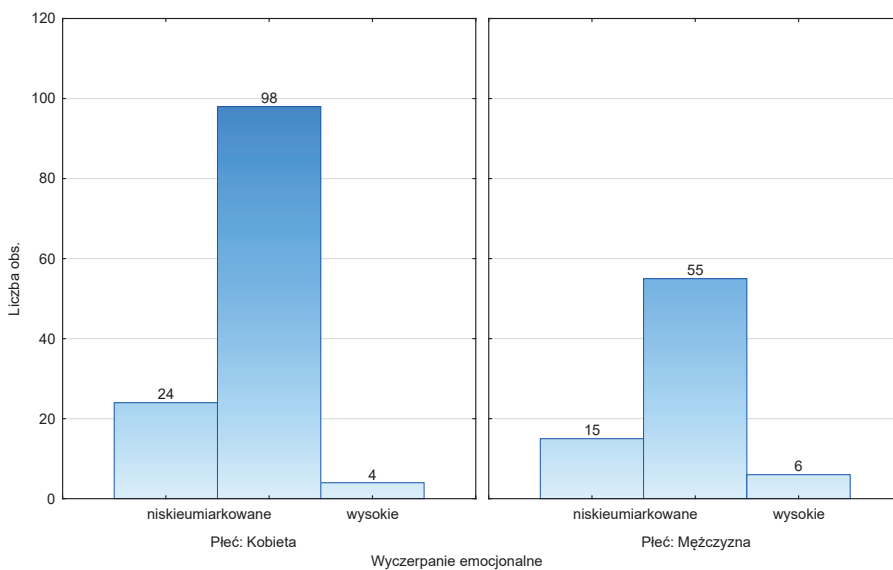
- depersonalizacja (12,01 $\pm 2,39$);
- poczucie braku osobistych osiągnięć (16,79 $\pm 3,08$).

W wymiarze „wyczerpanie emocjonalne” wśród ankietowanego personelu medycznego przeważały (76% – 153) wartości umiarkowane. W tym wymiarze reszta respondentów uzyskała wartości niskie (19% – 39) oraz wartości wysokie (5% – 10). W podskali „depersonalizacja” ponad połowa (56% – 114) ankietowanych otrzymała wartości umiarkowane. Pozostałe badane osoby uzyskały wartości wysokie (41% – 83) oraz niskie (2% – 5). W przypadku trzeciej podskali „poczucie braku osobistych osiągnięć” ankietowani, podobnie jak w poprzednich dwóch wymiarach, przeważały (54% – 129) osoby z wartościami umiarkowanymi. Natomiast pozostali (36% – 73) respondenci uzyskali wartości niskie.

Tabela 5. Poziom wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne – a płeć, staż pracy, zawód

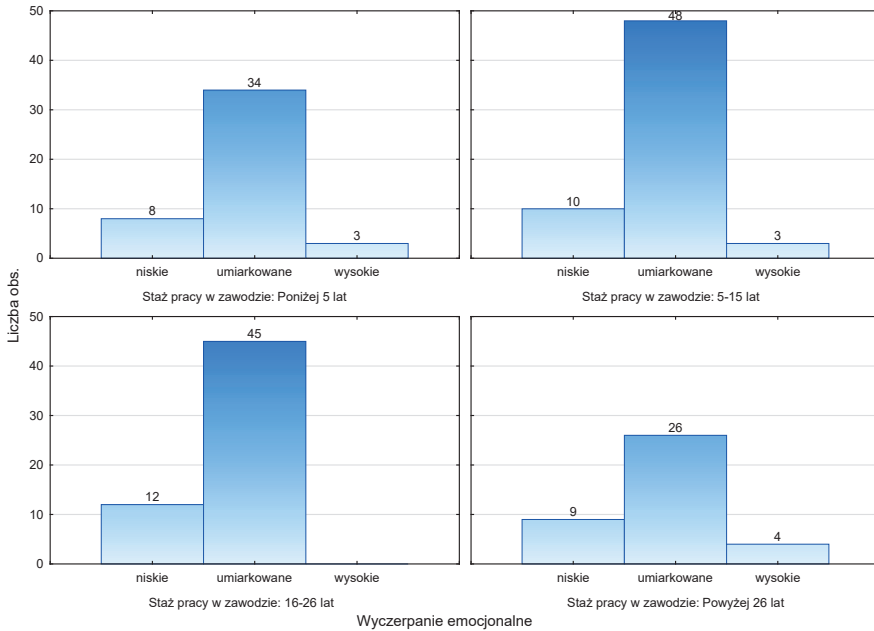
Wyszczególnienie			Wyczerpanie emocjonalne				Wynik testu χ^2
			(niskie)	(umiarkowane)	(wysokie)	(razem)	
Płeć	Kobieta	n	24	98	4	126	$\chi^2 =$ 2,328305 df = 2 p = 0,31219
		%	19,05%	77,78%	3,17%		
	Mężczyzna	n	15	55	6	76	
		%	19,74%	72,37%	7,89%		
Ogół			39	153	10	202	
Staż pracy w zawodzie	Poniżej 5 lat	n	8	34	3	45	
		%	17,78%	75,56%	6,67%		
	5-15 lat	n	10	48	3	61	
		%	16,39%	78,69%	4,92%		
	16-26 lat	n	12	45	0	57	
		%	21,05%	78,95%	0,00%		
	Powyżej 26 lat	n	9	26	4	39	
		%	23,08%	66,67%	10,26%		
Ogół			39	153	10	202	

Zawód	Personel pielęgniarski	n	21	76	4	101	$\chi^2 =$ 0,,6373052 df = 2 p = 0,72713
		%	20,79%	75,25%	3,96%		
	Ratownik medyczny	n	18	77	6	101	
		%	17,82%	76,24%	5,94%		
	Ogół			39	153	10	



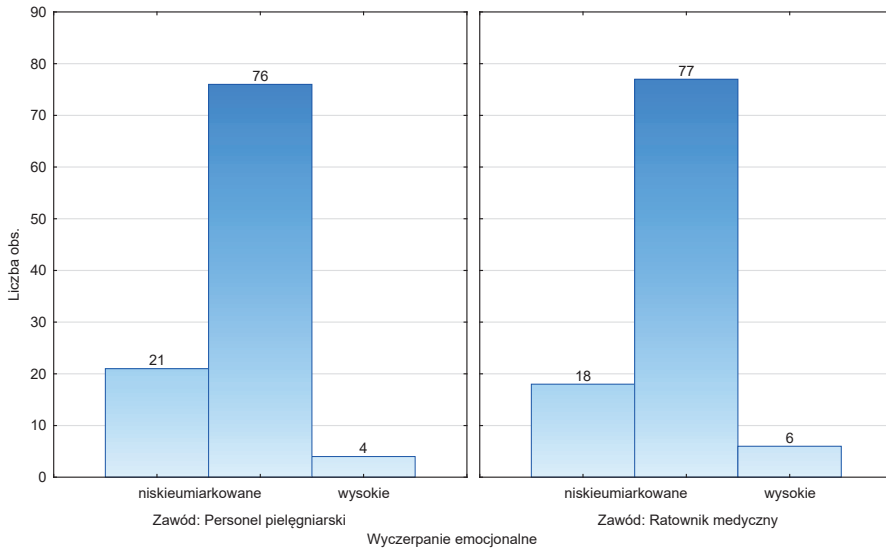
Wykres 24. Poziom wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne – w podziale na płeć

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 25. Poziom wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne – w podziale na staż pracy w zawodzie

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 26. Poziom wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne – w podziale na zawód

Źródło: opracowanie własne.

Analiza statystyczna wykazała, że poziom wypalenia w podskali „wyczerpanie emocjonalne” nie był istotnie statystycznie zależny od płci, stażu pracy oraz zawodu. Brak zależności miał swoje potwierdzenie w otrzymanych wynikach testu χ^2 ($p > 0,05$):

1. Zmienna 1 (płeć) – $p = 0,31219$.

Zarówno w grupie kobiet jak i mężczyzn większość ankietowanych wykazała umiarkowany poziom. Udział ich wynosił:

- grupa kobiet (78% – 98);
- grupa mężczyzn (72% – 55).

2. Zmienna 2 (staż pracy w zawodzie) – $p = 0,36156$.

We wszystkich grupach – bez względu na długość stażu – przeważali badani z umiarkowanym poziomem wyczerpania emocjonalnego.

- grupa ankietowanych ze stażem poniżej 5 lat (76% – 34);
- grupa ankietowanych ze stażem 5-15 lat (79% – 48);
- grupa ankietowanych ze stażem 16-26 lat (79% – 45);
- grupa ankietowanych ze stażem powyżej 26 lat (67% – 26).

3. Zmienna 3 (zawód) – $p = 0,72713$.

W obu grupach ankietowani w większości wykazali się umiarkowanym poziomem wyczerpania emocjonalnego.

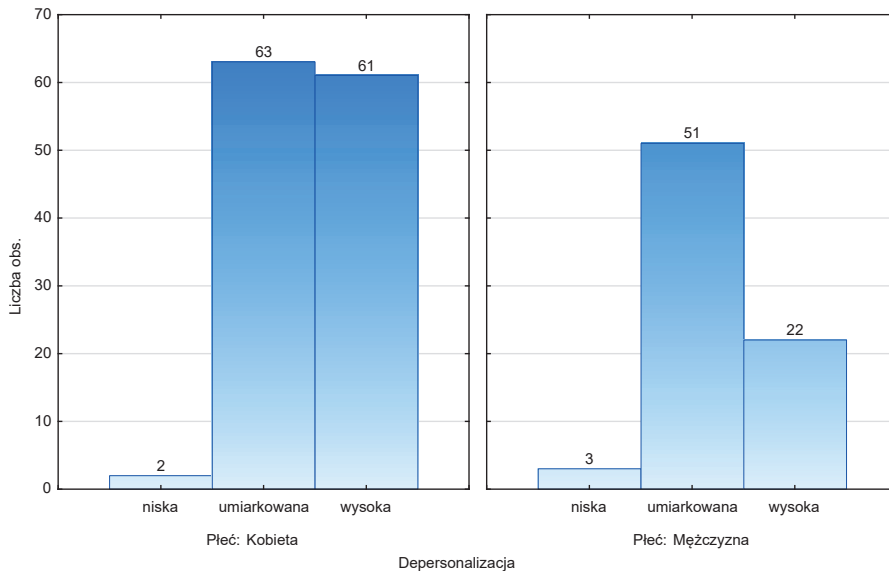
- grupa ankietowanych pracujących jako personel pielęgniarski (75% – 76);
- grupa ankietowanych pracujących jako ratownik medyczny (76% – 77).

Tabela 6. Poziom wypalenia zawodowego – depersonalizacja – a płeć, staż pracy, zawód

Wyszczególnienie			Depersonalizacja				Wynik testu χ^2
			(niskie)	(umiarkowane)	(wysokie)	(razem)	
Płeć	Kobieta	n	2	63	61	126	$\chi^2 =$ 7,895998 df = 2 p = 0,01929
		%	1,59%	50,00%	48,41%		
	Mężczyzna	n	3	51	22	76	
		%	3,95%	67,11%	28,95%		
Ogół			5	114	83	202	

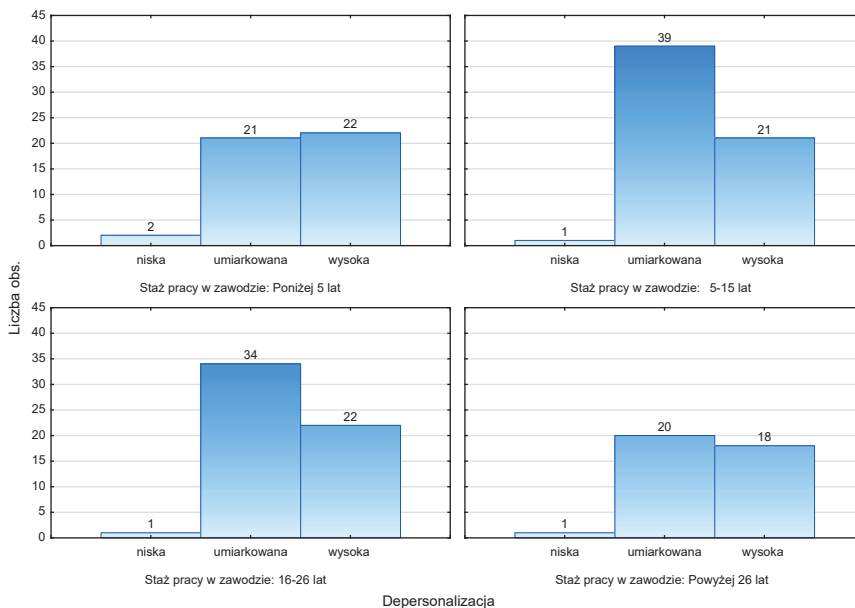
Staż pracy w zawodzie	Poniżej 5 lat	n	2	21	22	45	$\chi^2 = 4,309659$ $df = 6$ $p = 0,63485$
		%	4,44%	46,67%	48,89%		
	5-15 lat	n	1	39	21	61	
		%	1,64%	63,93%	34,43%		
	16-26 lat	n	1	34	22	57	
		%	1,75%	59,65%	38,60%		
Powyżej 26 lat	n	1	20	18	39		
	%	2,56%	51,28%	46,15%			
Ogół			5	114	83	202	
Zawód	Personel pielęgniarski	n	1	50	50	101	$\chi^2 = 7,001226$ $df = 2$ $p = 0,03018$
		%	0,99%	49,50%	49,50%		
	Ratownik medyczny	n	4	64	33	101	
		%	3,96%	63,37%	32,67%		
Ogół			5	114	83	202	

Źródło: opracowanie własne.



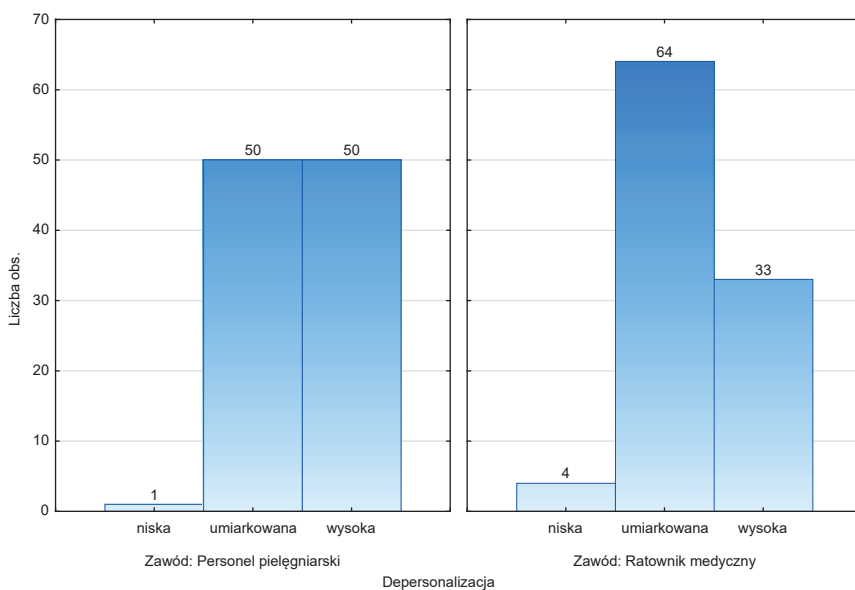
Wykres 27. Poziom wypalenia zawodowego – depersonalizacja – w podziale na płeć

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 28. Poziom wypalenia zawodowego – depersonalizacja – w podziale na staż pracy w zawodzie

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 29. Poziom wypalenia zawodowego – depersonalizacja – w podziale na zawód

Źródło: opracowanie własne.

Płeć oraz wykonywany przez ankietowanych zawód to zmienne, które miały wpływ na poziom wypalenia zawodowego w podskali „depersonalizacja” – na poziomie istotności ($p < 0,05$) można stwierdzić, iż istnieją zależność pomiędzy tymi zmiennymi.

1. Zmienna 1 (płeć) – $p = 0,01929$.

W obu grupach ankietowane osoby najczęściej wykazały umiarkowany poziom depersonalizacji. Natomiast w grupie kobiet widoczny jest duży (48% – 61) udział – w porównaniu z grupą mężczyzn (29% – 22) – osób wykazujących wysoki poziom wypalenia w analizowanej podskali.

2. Zmienna 3 (zawód) – $p = 0,03018$.

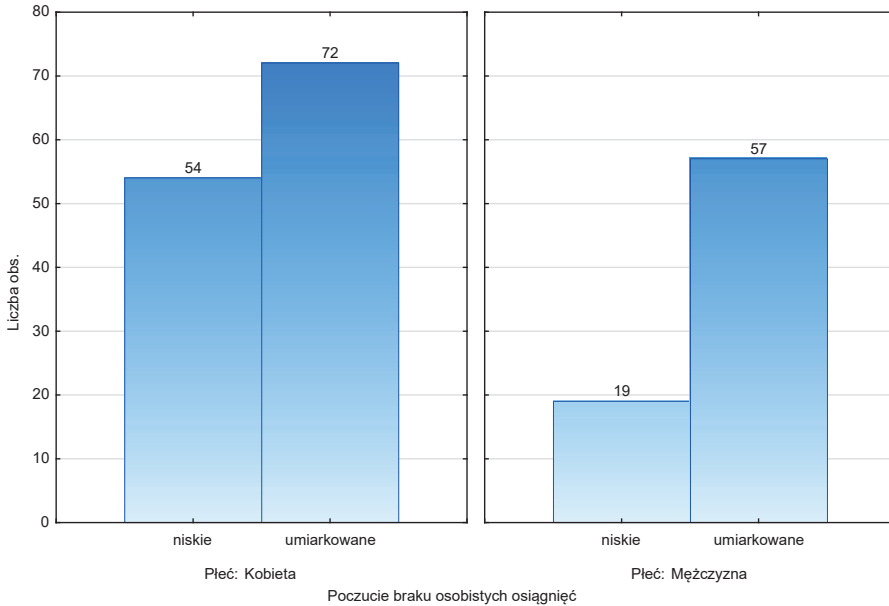
Wśród personelu pielęgniarskiego taki sam udział miały osoby wykazujące umiarkowany oraz wysoki poziom depersonalizacji (po 49% – 50). W grupie ratowników medycznych przeważał (63% – 64) wśród ankietowanych umiarkowany poziom depersonalizacji.

Analiza wykazała, iż poziom wypalenia zawodowego w podskali „depersonalizacja” nie był zależny od stażu pracy w zawodzie. Wśród ankietowanych ze stażem 5-15 lat, 16-26 lat oraz powyżej 26 lat większość osób wykazywała umiarkowany poziom depersonalizacji, a udział ich wynosił odpowiednio 63% (39), 60% (34) oraz 51% (20). W grupie ze stażem poniżej 5 lat widoczny jest zbliżony udział osób z umiarkowanym oraz wysokim poziomem depersonalizacji. Jakikolwiek różnice nie miały odzwierciedlenia w wyniku testu χ^2 , zgodnie z którym zachodził istotny statystycznie ($p > 0,05$) związek między analizowanymi zmiennymi.

Tabela 7. Poziom wypalenia zawodowego – poczucie braku osobistych osiągnięć – a płeć, staż pracy, zawód

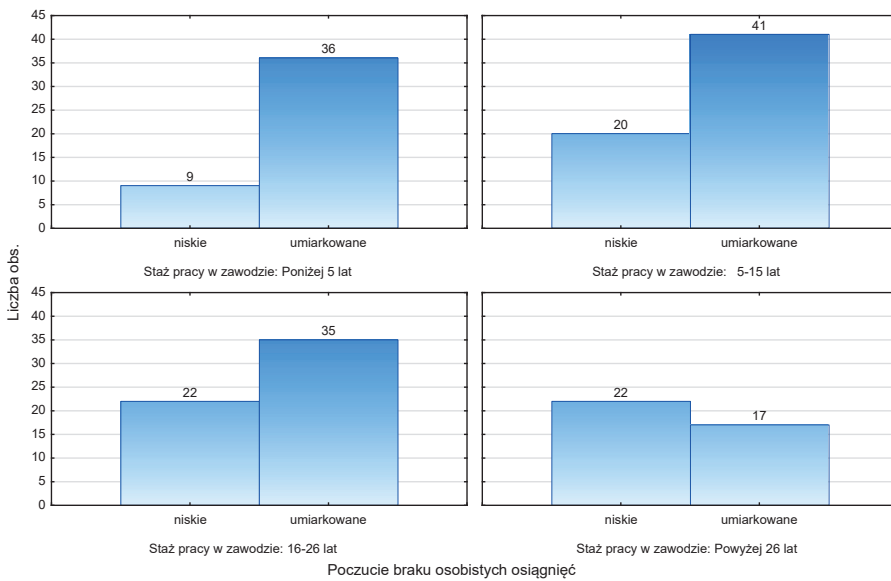
Wyszczególnienie			Poczucie braku osobistych osiągnięć			Wynik testu χ^2
			(niskie)	(umiarkowane)	(razem)	
Płeć	Kobieta	n	54	72	126	$\chi^2 = 6,550084$ df = 1 p = 0,01049
		%	42,86%	57,14%		
	Mężczyzna	n	19	57	76	
		%	25,00%	75,00%		
	Ogół			73	129	
Staż pracy w zawodzie	Poniżej 5 lat	n	9	36	45	$\chi^2 = 12,469$ df = 3 p = 0,00594
		%	20,00%	80,00%		
	5-15 lat	n	20	41	61	
		%	32,79%	67,21%		
	16-26 lat	n	22	35	57	
		%	38,60%	61,40%		
	Powyżej 26 lat	n	22	17	39	
%		56,41%	43,59%			
Ogół			73	129	202	
Zawód	Personel pielęgniarski	n	47	54	101	$\chi^2 = 9,459701$ df = 1 p = 0,0021
		%	46,53%	53,47%		
	Ratownik medyczny	n	26	75	101	
		%	25,74%	74,26%		
	Ogół			73	129	

Źródło: opracowanie własne.



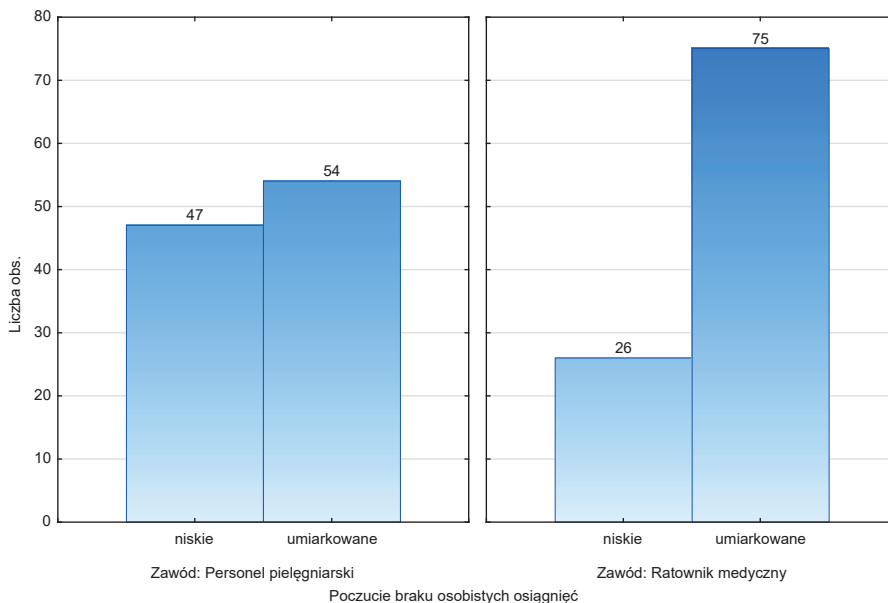
Wykres 30. Poziom wypalenia zawodowego – poczucie braku osobistych osiągnięć – w podziale na płeć

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 31. Poziom wypalenia zawodowego – poczucie braku osobistych osiągnięć – w podziale na staż pracy w zawodzie

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 32. Poziom wypalenia zawodowego – poczucie braku osobistych osiągnięć – w podziale na zawód

Źródło: opracowanie własne.

Poziom wypalenia zawodowego w zakresie poczucia braku osobistych osiągnięć był istotnie statystycznie zależny od takich zmiennych jak: płeć, staż pracy w zawodzie, zawód.

Wyniki testu χ^2 wykazały, że zachodził istotnie statystycznie ($p < 0,05$) związek pomiędzy powyższymi zmiennymi.

1. Zmienna 1 (płeć) – 0,01049.

W obu grupach przeważały osoby z umiarkowanym poziomem poczucia braku osobistych osiągnięć. Natomiast w grupie kobiet widoczny jest większy (43% – 54) udział ankietowanych z niskim poziomem w porównaniu do grupy mężczyzn (25% – 19).

2. Zmienna 2 (staż pracy w zawodzie) – $p = 0,00594$.

W trzech poniższych grupach zróżnicowanych pod względem długości stażu pracy w zawodzie przeważali ankietowani wykazujący umiarkowany poziom poczucia braku osobistych osiągnięć:

- Grupa ankietowanych ze stażem poniżej 5 lat (80% – 36);

- Grupa ankietowanych ze stażem 5-15 lat (67% – 41);
- Grupa ankietowanych ze stażem 16-26 lat (61% – 35).

Natomiast w grupie z ponad 26-letnim stażem większość (56% – 22) osób posiadała niski poziom wypalania zawodowego w analizowanej podskali.

3. Zmienna 3 (zawód) – $p = 0,0021$.

Zarówno wśród personelu pielęgniarskiego jak i ratowników medycznych przeważały osoby z umiarkowanym poziomem poczucia braku osobistych osiągnięć. Jednak niski poziom w grupie personelu pielęgniarskiego jest wyższy (47% – 47) w porównaniu do grupy ratowników medycznych (26% – 26).

4.4. Skala odczuwania stresu – PSS-10

Skala PSS-10 opisuje poziom odczuwanego stresu ankietowanego personelu medycznego i składa się z poniższych 10 pytań:

1. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś(-aś) zdenerwowany(-na), ponieważ wydarzyło się coś niespodziewanego?
2. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś(-aś) zdenerwowany(-na), ponieważ wydarzyło się coś niespodziewanego?
3. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś(-aś) zdenerwowanie i napięcie?
4. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca byłeś(-aś) przekonany(-na), że jesteś w stanie poradzić sobie z osobistymi problemami?
5. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś(-aś), że sprawy układają się tak jak tego chcesz?
6. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca stwierdzałeś(-aś), że nie radzisz sobie ze wszystkimi obowiązkami?
7. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca potrafiłeś(-aś) opanować swoją irytację?
8. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś(-aś), że z wszystkim sobie radzisz?

9. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca odczuwałeś(-aś) złość, ponieważ wydarzyły się sytuacje, na które nie miałeś(-aś) wpływu?
10. Jak często w ciągu ostatniego miesiąca czułeś(-aś), że trudności jest tak dużo, że nie możesz sobie z nimi poradzić?

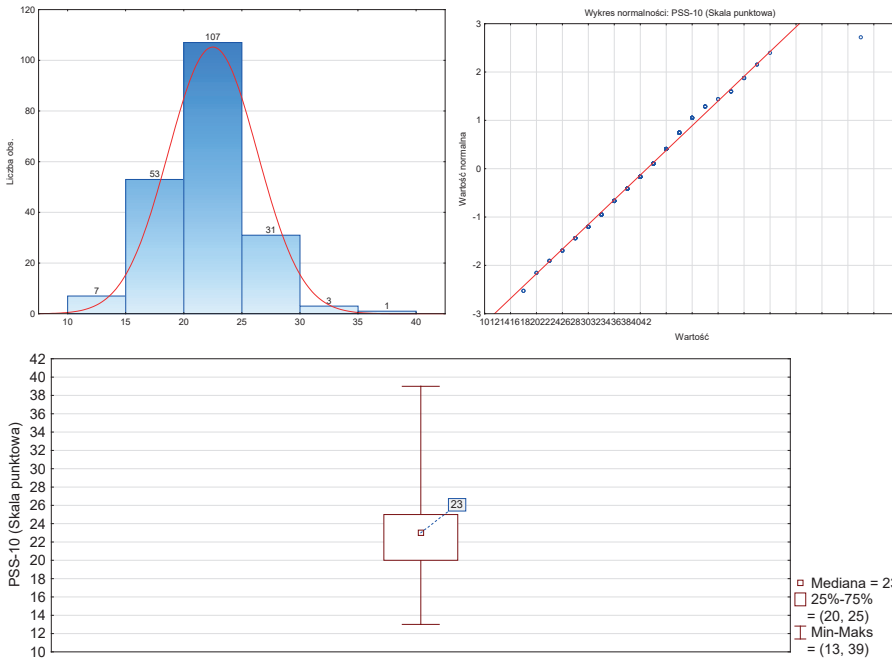
Na każde z powyższych pytań ankietowani udzielali odpowiedzi w pięciostopniowej skali od 0 do 4, gdzie:

- 0 – nigdy,
- 1 – prawie nigdy,
- 2 – czasem,
- 3 – dość często,
- 4 – bardzo często.

Każde z analizowanych pytań traktowane było oddzielnie, a liczba punktów możliwych do osiągnięcia kształtowała się w przedziale od 0 do 40. Na ogólny wynik skali składała się suma wszystkich punktów z każdego pytania.

Tabela 8. Skala punktowa odczuwania stresu – PSS-10 – statystyka opisowa

Zmienna	Statystyki opisowe					
	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch.std
PSS-10 (Skala punktowa)	202	22,51	23	13	39	3,83



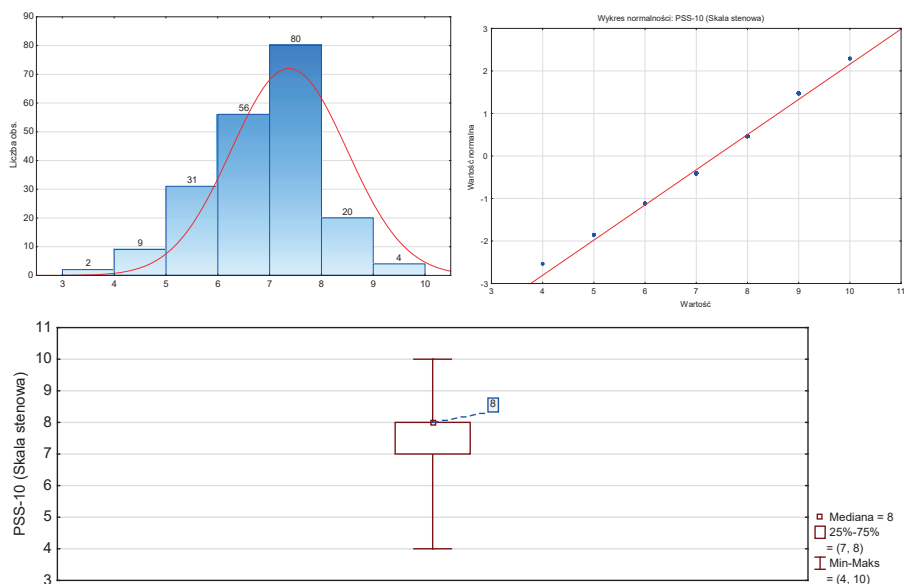
Wykres 33. PSS-10 wg skali punktowej – podsumowanie

Źródło: opracowanie własne.

W przeprowadzonym teście średnia ilość uzyskanych punktów przez ankietowanych wyniosła 22,5124 ($\pm 3,83$) na 40 możliwych. Połowa respondentów uzyskała minimum 23 punkty. Najniższy poziom punktów (13 pkt.) wykazały dwie ankietowane osoby (1% – 2), a najwyższy (39 pkt.) tylko jedna osoba (1% – 1). Nikt z ankietowanych nie uzyskał maksymalnej liczby 40 punktów.

Tabela 9. Skala stenowa odczuwania stresu – PSS-10 – statystyka opisowa

Zmienna	Statystyki opisowe					
	N	Średnia	Mediana	Minimum	Maksimum	Odch.std
PSS-10 (Skala stenowa)	202	7,38	8	4	10	1,12



Wykres 34. PSS-10 wg skali stenowej – podsumowanie

Źródło: opracowanie własne.

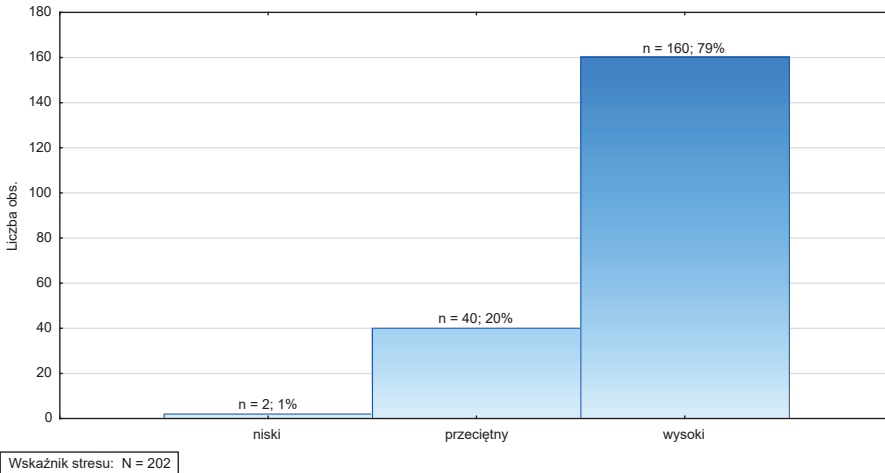
Następnie dokonano normalizacji otrzymanych wyników poprzez przyporządkowanie skali stenowej do otrzymanej punktacji wg poniższej metodologii:

- Sten 1 – 0 pkt,
- Sten 2 – od 1 do 3 pkt,
- Sten 3 – od 4 do 9 pkt,
- Sten 4 – od 10 do 13 pkt,
- Sten 5 – od 14 do 16 pkt,
- Sten 6 – od 17 do 19 pkt,
- Sten 7 – od 20 do 22 pkt,
- Sten 8 – od 23 do 26 pkt,
- Sten 9 – od 27 do 30 pkt,

- Sten 10 – od 31 do 40 pkt.

Poziom ogólnego wskaźnika stresu wg przyjętej skali stenowej:

- od 1 do 4 – poziom niski,
- od 5 do 6 – poziom przeciętny,
- od 7 do 10 – poziom wysoki.



Wykres 35. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 – poziomy

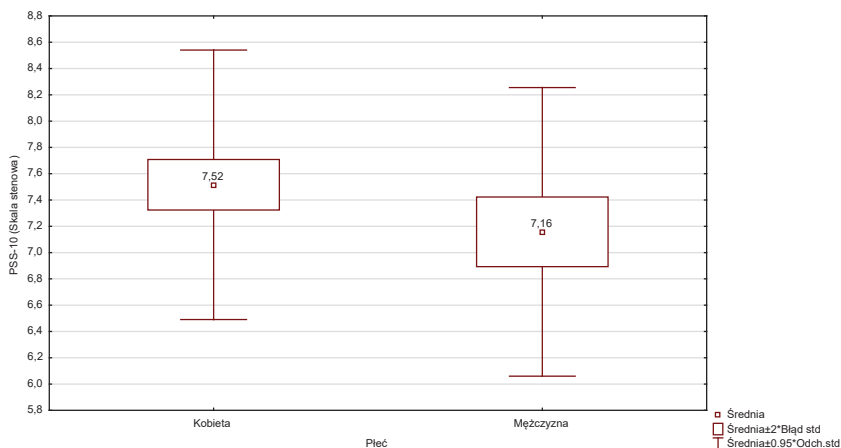
Źródło: opracowanie własne.

Analiza wykazała, że średnia wartość Skali Odczuwalnego Stresu (PSS-10) wśród ankietowanych wyniosła 7,38 stena ($\pm 1,12$) na 10 możliwych. Połowa ankietowanych uzyskała minimum 8 stenów. Zakres wyników w skali stenowej ukształtował się na poziomie od 4 do 10 stenów. Najniższy poziom (4 steny) wystąpił w przypadku dwóch ankietowanych osób (1% – 2), a najwyższy (10 stenów) w przypadku czterech osób (2% – 4).

Najwięcej ankietowanych (79% – 160) charakteryzowało się wysokim poziomem odczuwalnego stresu. Na drugim miejscu znalazły się osoby z poziomem przeciętnym. Natomiast dwie ankietowane osoby (1% – 2) wykazały niski poziom stresu.

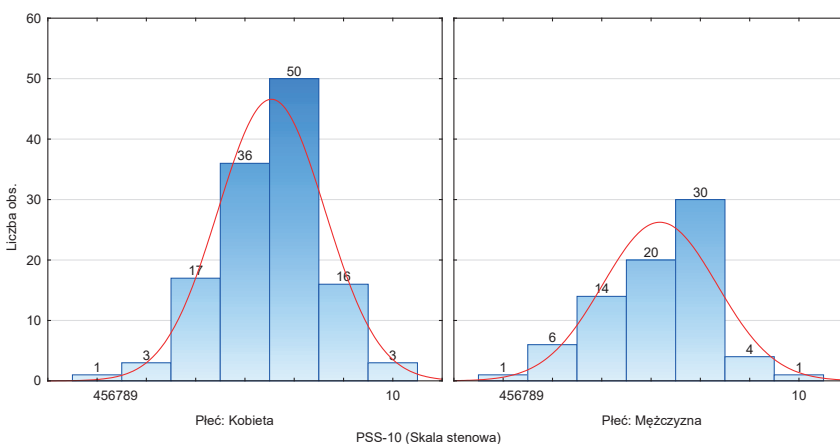
Tabela 10. Skala Odczuwania Stresu PSS-10 w zależności od płci

Zmienna		N	(Średnia)	(Mediana)	(Minimum)	(Maksimum)	(Odch. std)	Test U Manna-Whitneya
PSS-10 (Skala stenowa)	Kobieta	126	7,52	8	4	10	1,08	Z = 2,00989 p = 0,04444
	Mężczyzna	76	7,16	7	4	10	1,16	



Wykres 36. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 wartości średnie w podziale na płeć

Źródło: opracowanie własne.



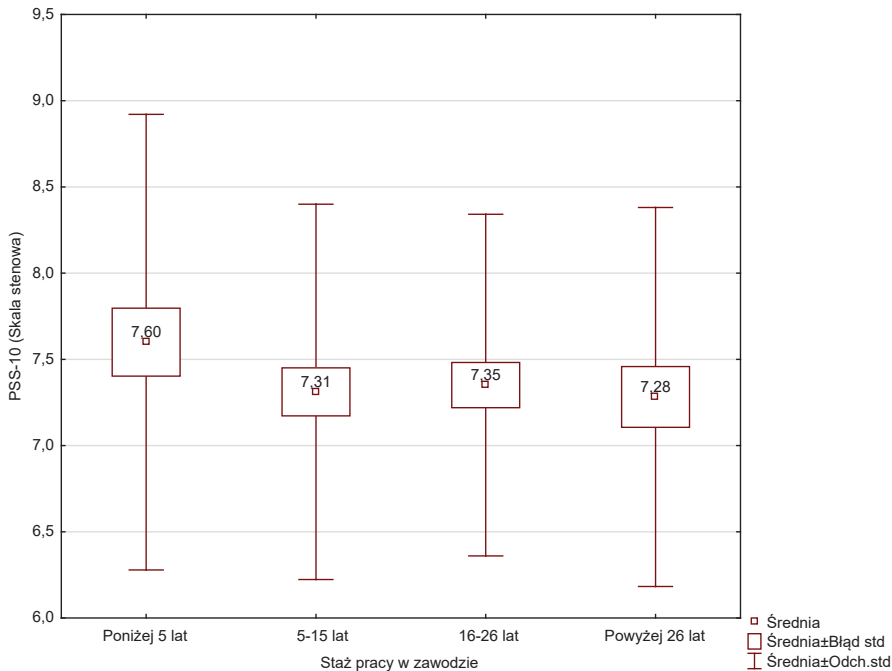
Wykres 37. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 w podziale na płeć – punktacja

Źródło: opracowanie własne.

Otrzymany wynik testu U Manna-Whitney`a wskazuje, iż istnieje istotna różnica ($p < 0,05$) pomiędzy liczbą uzyskanych punktów w grupie kobiet i mężczyzn ($p = 0,04444$).

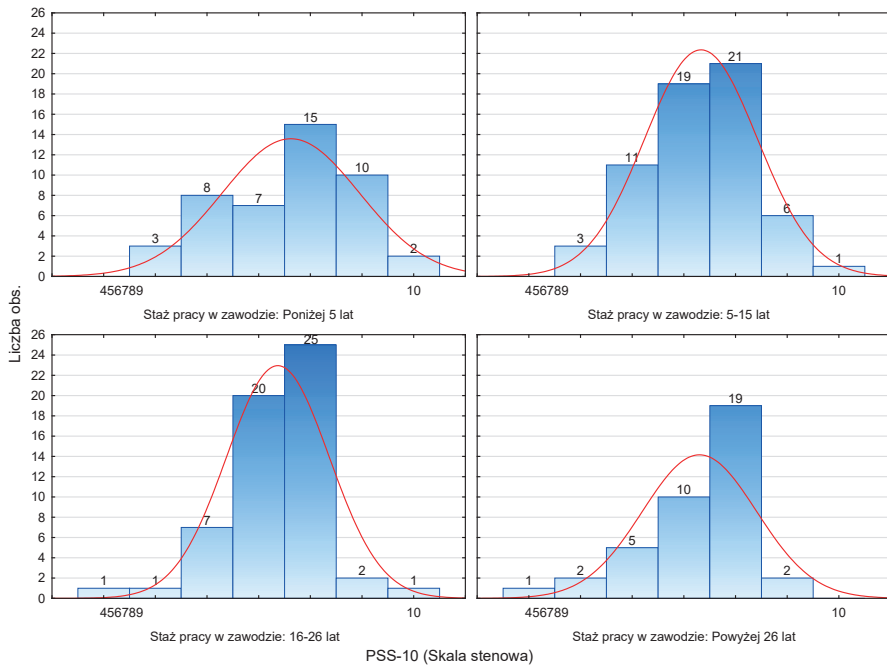
Tabela 11. Skala Odczuwania Stresu PSS-10 w zależności od stażu pracy w zawodzie

Zmienna		N	(Średnia)	(Mediana)	(Minimum)	(Maksimum)	(Odch. std)	ANOVA rang Kruskala- Wallisa
PSS-10 (Skala ste- nowa)	Poniżej 5 lat	45	7,60	8	5	10	1,32	H (3, N= 202) = 2,61222 p = 0,4554
	5-15 lat	61	7,31	7	5	10	1,09	
	16-26 lat	57	7,35	7	4	10	0,99	
	Powyżej 26 lat	39	7,28	8	4	9	1,10	



Wykres 38. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 wartości średnie w podziale na staż pracy w zawodzie

Źródło: opracowanie własne.



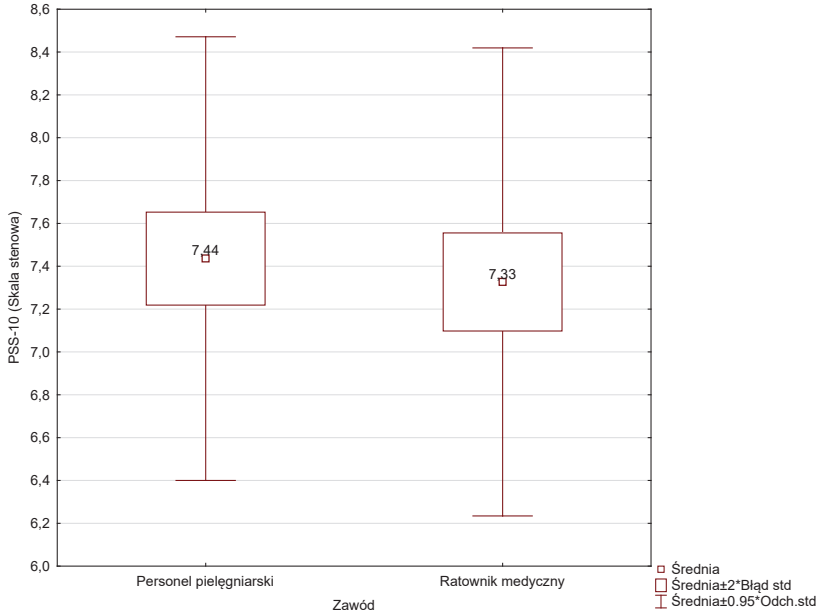
Wykres 39. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 w podziale na staż pracy w zawodzie – punktacja

Źródło: opracowanie własne.

Wynik testu Kruskala-Wallisa wykazał poziom istotności $p > 0,05$ (0,4554) – oznacza to, że długość stażu pracy ankietowanych nie miała istotnie statystycznego wpływu na poziom odczuwalnego przez nich stresu.

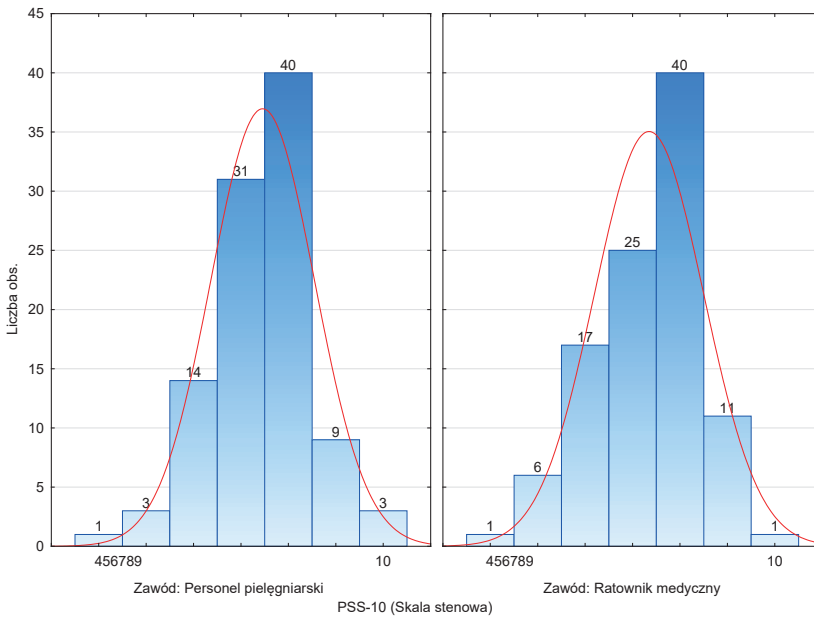
Tabela 12. Skala Odczuwania Stresu PSS-10 w zależności od zawodu

Zmienna		N	(Średnia)	(Mediana)	(Minimum)	(Maksimum)	(Odch. std)	Test U Manna-Whitneya
PSS-10 (Skala stenowa)	Personel pielęgniarski	101	7,44	8	4	10	1,09	Z = 0,43358 p = 0,66459
	Ratownik medyczny	101	7,33	8	4	10	1,15	



Wykres 40. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 wartości średnie w podziale na zawód

Źródło: opracowanie własne.



Wykres 41. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 w podziale na zawód – punktacja

Zgodnie z wynikiem testu U Manna-Whitney`a otrzymana wartość prawdopodobieństwa wynosi 0,66459 ($p > 0,05$) – nie istnieją istotnie statystycznie różnice w ilości punktów w skali odczuwalnego stresu pomiędzy ankietowanymi pracującymi w charakterze personelu pielęgniarskiego oraz w zawodzie ratownika medycznego.

4.5. Wnioski

1. Prawie wszyscy ankietowani wiedzieli co kryje się pod pojęciem „stres”.
2. Wśród ankietowanych przeważała opinia, iż wykonywany przez nich zawód zwiększa poziom stresu w ich życiu codziennym.
3. Ponad połowa ankietowanych zdecydowanie odczuwała zwiększone napięcie podczas przebywania w miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19.
4. Większość ankietowanych przyznała, że występujące sytuacje stresowe w pracy miały wpływ na prawidłowe wykonywanie obowiązków i czynności w czasie pandemii COVID-19.
5. Spotkania z rodziną, bliskimi, znajomymi to najczęściej podawany przez ankietowanych sposób na odreagowanie sytuacji stresowych pojawiających się w miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19.
6. Zmęczenie i osłabienie to najczęściej pojawiające się niepokojące objawy związane ze stresem podczas trwania pandemii COVID-19. W przypadku większości ankietowanych objawy nasiliły się w czasie trwania pandemii COVID-19.
7. Ankietowani w większości nie doświadczyli utraty lub obniżenia dochodów w związku z pandemią COVID-19.
8. Dla większości ankietowanych największe źródło stresu w czasie trwania pandemii COVID-19 związane było z długim czasem przebywania w kombinezonie ochronnym.
9. Ankietowany personel medyczny w większości nie myślał o rezygnacji z pracy z powodu nie radzenia sobie ze stresem z nimi związanym w czasie trwania pandemii COVID-19.

10. Ankietowani najczęściej zdecydowanie nie zgadzali się ze stwierdzeniem, iż w wyniku pandemii zdecydowanie częściej sięgają po alkohol i/lub papierosy.
11. Większość ankietowanych wiedzę na temat pandemii SARS-CoV-2 czerpała głównie z bezpośrednich informacji pozyskiwanych od np. ekspertów, medyków, epidemiologów, wirusologów (67% – 136) oraz artykułów naukowych.
12. Ankietowani najczęściej raczej się zgadzali ze stwierdzeniem o niekorzystnym wpływie ciągłej obawy o stan zdrowia na psychikę.
13. Większość ankietowanych w czasie trwania pandemii COVID-19 doświadczyła agresji ze strony pacjenta lub innych osób.
14. Analiza wykazała, iż w podskali „wyczerpania emocjonalnego”, „depersonalizacji” oraz „poczucia braku osobistych osiągnięć” wśród ankietowanego personelu medycznego przeważały wartości umiarkowane.
15. Analiza statystyczna wykazała, że poziom wypalenia w podskali „wyczerpanie emocjonalne” nie był istotnie statystycznie zależny od płci, stażu pracy oraz zawodu. Płeć oraz wykonywany przez ankietowanych zawód to zmienne, które miały wpływ na poziom wypalenia zawodowego w podskali „depersonalizacja”. Ponadto, poziom wypalenia zawodowego w zakresie „poczucia braku osobistych osiągnięć” był istotnie statystycznie zależny od takich zmiennych jak: płeć, staż pracy w zawodzie, zawód.
16. Analiza wykazała, że średnia wartość Skali Odczuwalnego Stresu (PSS-10) wśród ankietowanych wyniosła 7,38 stena na 10 możliwych. Połowa ankietowanych uzyskała minimum 8 stenów. Zakres wyników w skali stenowej ukształtował się na poziomie od 4 do 10 stenów. Najniższy poziom to 4 steny a najwyższy to 10 stenów. Najwięcej ankietowanych charakteryzowało się wysokim poziomem odczuwalnego stresu. Na drugim miejscu znalazły się osoby z poziomem przeciętnym. Tylko dwie ankietowane osoby wykazały niski poziom stresu. Istniała istotna różnica pomiędzy liczbą uzyskanych punktów w grupie kobiet i mężczyzn. Długość stażu pracy ankietowanych nie miała istotnie statystycznego wpływu na poziom odczuwalnego przez nich stresu.

Nie istniała istotna różnica w ilości punktów w skali odczuwalnego stresu pomiędzy ankietowanymi pracującymi w charakterze personelu pielęgniarskiego oraz w zawodzie ratownika medycznego.

4.6. Podsumowanie

Praca zawodowa jest jedną z ważniejszych dziedzin życia, która to decyduje o subiektywnej ocenie jego jakości oraz o stanie zdrowia. Może ona stanowić źródło zadowolenia satysfakcji zawodowej, jak i również może negatywnie wpływać na kondycję psychiczną i fizyczną osób medycznych. Może powodować wiele obciążeń, a tym samym rodzić poważny stres, który będzie przekładał się na jakość pracy.

Problem ten może dotyczyć pracowników sektora ochrony zdrowia z uwagi na specyfikę obciążeń i rozmiaru doświadczanego stresu. Coraz większym problemem w pracy ratownika medycznego czy personelu pielęgniarskiego są czynniki o charakterze psychospołecznym do których zaliczamy: traumatyczne doświadczenie, przemoc, agresję, wymagania w pracy. Praca związana z ratowaniem życia ludzkiego jest nieuchronnie związana z narażeniem na stresujące przeżycia.

Personel zespołów ratownictwa medycznego, Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych czy też Izby Przyjęć narażony jest na niebezpieczne sytuacje powstające przy ratowaniu życia i zdrowia drugiego człowieka. Ratownicy medyczni często spotykają się z agresją ze strony pacjenta, osób poszkodowanych. Agresja ta może wynikać ze strachu czy też stanów bólowych jakie występują, lub też będących następstwem spożycia wcześniej przez pacjenta alkoholu lub substancji psychoaktywnych. Ratownicy medyczni i pielęgniarki niejednokrotnie uskarżają się na agresję ze strony pacjentów, ale również ze strony gapiów czy też świadków zdarzenia.

Jednym z istotnych czynników, który może negatywnie oddziaływać na pracę ratownika medycznego, jest zmianowy system pracy. Zaburzenie „zegara biologicznego” w pracy zmianowej ma znaczący wpływ na układ nerwowy. Stres zaliczany jest do chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Doświadczenia z nim związane napotykaemy codziennie. Szczególnym

czynnikiem stresogennym, oprócz konieczności podejmowania decyzji często trudnych, jest obcowanie z umierającym pacjentem, kontakt z jego zrozpaczoną rodziną, kontakt z sytuacjami drastycznymi, wypadki, samobójstwa. Wpływ sytuacji traumatycznych w pracy medyka może być odczuwalny w czasie akcji, jak i po jej zakończeniu. Często może doprowadzić do objawów somatycznych związanych ze stresem: bóle brzucha, nudności, biegunki, nadmierna potliwość. Niepokojące sygnały powinny być od razu zidentyfikowane, ponieważ ich długotrwała obecność może doprowadzić do wystąpienia zespołu wypalenia zawodowego lub pogorszenia relacji interpersonalnej ratownik medyczny – pacjent czy też pielęgniarka – pacjent.

Ratownicy medyczni oraz pielęgniarki/pielęgniarze wskutek długotrwałego kontaktu z czynnikiem stresującym oraz brak możliwości odreagowania narażeni są na zespół stresu pourazowego, który będzie się charakteryzował: niepokojącymi wspomnieniami, bezsennością, wycofaniem społecznym, gniewem, jak i identyfikowaniem się z poszkodowanym, pacjentem oraz jej rodziną. Metody walki oraz radzenia sobie ze stresem, jak i nauka jego wykrywania – wpływu stresu na życie indywidualne, powinny być podstawowym źródłem szkoleń oraz badań psychologicznych. Ucieczka w używki takie jak alkohol, papierosy czy też w najgorszym stopniu substancje psychoaktywne nie eliminują stresu, lub są tylko chwilowym rozwiązaniem. Świadomość medyków dotycząca stresu i jego przeciwdziałaniu powinna być nieustannie podnoszona.

Przedstawiona praca dotyczy bardzo ważnego problemu, jakim jest ochrona pracowników ochrony zdrowia przed negatywnymi skutkami stresu, który może pojawić się w pracy ratowników medycznych czy też personelu pielęgniarskiego. Praca ratowników medycznych, jak i pielęgniarek/pielęgniarzy, nacechowana jest znamionami stresu prawie każdego dnia, zwłaszcza w czasie trwania pandemii COVID-19. Nie ma możliwości wyeliminowania stresu z codziennej pracy w kontakcie z poszkodowanym czy też pacjentem, ale istnieje możliwość zmniejszenia jego skutków poprzez wzmacnianie zasobów osobistych, jak i społecznych.

Wsparcie społeczne zmniejsza nasilenie zmęczenia jak i wypalenia zawodowego oraz występowania zaburzeń zdrowia w sferze psychicznej.

Dzięki zamieszczeniu w niniejszej publikacji wskazówek dotyczących zarządzania stresem i wypaleniem zawodowym książka posiada walory nie tylko poznawcze, lecz również wdrożeniowe w postaci implikacji dla praktyki. Książka nie wyczerpuje w całości tematu dotyczącego stresu, jak i wypalenia zawodowego. Skupiono się na obciążeniach, które występowały i kumulowały się w czasie trwania pandemii COVID-19 w środowisku pracy ratowników medycznych i personelu pielęgniarskiego.

W przeprowadzonych badaniach ograniczono się do pomiaru wybranych skutków powstającego stresu zawodowego, jak i przyczyn zespołu wypalenia zawodowego.

4.7. Implikacje dla praktyki

Dokonując implikacji dla praktyki wyniki badań zostaną przekazane i przedstawione dyrektorom szpitali województwa śląskiego, w szczególności specjalizujących się w leczeniu COVID-19, jak i szpitali mających oddziały covidowe, dyrektorom pogotowia ratunkowego województwa śląskiego. Materiały zostaną również zamieszczone na stronie internetowej projektu, gdzie będą dostępne dane i opracowania dla wszystkich osób zainteresowanych tematyką przemęczenia, stresu i wypalenia zawodowego.

Wymiar naukowy i społeczny :

- Broszura radzenia sobie ze stresem i przeciwdziałaniu przemęczeniu i wypaleniu zawodowemu, adresowana do ww. grup.
- Plakat, materiał instruktażowy przekazane dyrektorom szpitali specjalizujących się w leczeniu COVID-19 w czasie trwania pandemii, jak i prowadzących oddziały Covidowe.
- Recenzowana monografia naukowa wydana w Wydawnictwie Wyższej Szkoły Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej pt. *Zagrożenie stresem, wypaleniem zawodowym i agresją wobec medyków – innowacyjne metody wsparcia.*
- Nabycie kompetencji badawczych przez członków Koła Naukowego Medicus w zakresie posługiwania się bazami dziedzinowymi,

posługiwania się programem Statistica, wykorzystywania platformy TEAMS w prezentowaniu wyników badań oraz pracy zespołowej.

- Zamieszczenie materiałów na stronie internetowej projektu i rozpowszechnienie informacji o możliwości uzyskania profesjonalnego wsparcia psychologicznego w Wyższej Szkole Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej oraz w dedykowanych placówkach medycznych.

BIBLIOGRAFIA

1. Bargiel-Matusiewicz K, Podbielski Z. *Współczesne rozumienie stresu*. Wiadomości Lekarskie. 2004; 3: 188-192.
2. Berry L. *Psychology of Work. An Introduction to Industrial and Organizational Psychology*. McGraw-Hill, Boston 1998 (2008).
3. Rostowska T. *Małżeństwo, rodzina, praca a jakość życia*. Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2008.
4. Endler N.S, Parker D.A. *Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation*. Journal of Personality and Social Psychology, 1990; 58(5): 844-854.
5. Furtak-Niczyporóg B. *Efektywność organizacji systemu ratownictwa Medycznego*. Katowice 2013.
6. Formański J. *Psychologia*, PZWL Warszawa 1998.
7. Fiech M, Mudyń K. *Pomijanie działań kształtujących poziom zadowolenia zawodowego pracowników jako przejaw dysfunkcji w procesie zarządzania zasobami ludzkim*. Problemy Zarządzania. 2011; 9/4(34): 147-161.
8. Gugąła B. *Sytuacje trudne w środowisku pracy pielęgniarek a umiejętność radzenia sobie z nimi*. Zdrowie Publiczne, 2004; 114(3): 367-370.
9. Grygorczuk A. *Pojęcie stresu w medycynie i psychologii*, Psychiatria, 2008; 5(3): 111-115.
10. Gulin W. *Filozoficzne korzenie empatii*. Studia Psychologica, 2006; 6: 207-221.
11. Grzegorzewska, M. K., *Różnorodność w interpretacji problematyki stresu*. Studia Humanistyczne, T. 5, 2007, s. 125, s. 123-129.

12. Borkowska R. *Stres w pracy*. Łódź: UM 2015.
13. Kahn R.L., Wolfe D.M., Quinn R., Snoek J.D. *Rosenthal, Studies in role conflict and ambiguity*, New York: Wiley 1964.
14. Borkowska S. *Systemy motywowania pracowników*. W: Zarządzanie zasobami ludzkimi. Podręcznik. Red. H. Król, A. Ludwicyński. Warszawa: PWN 2008.
15. Borowska A. *Kształcenie dla przyszłości*. Warszawa: PWN 2017.
16. Campbell J.E., Alson, R.L. *International Trauma Life Support*. Kraków: Medycyna Praktyczna 2017.
17. Carvel C.S. *International journal Of Behavioral Medicine*, 1997, 4,1:92-100.
18. Ciećkiewicz J. *Ratownictwo medyczne w wypadkach masowych. Medycyna katastrof w zarysie*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Górnicki 2010.
19. Ciechaniewicz W. *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia. Podręcznik dla studentów medycznych*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007; 1(3).
20. Dincer B, Inangil D. *The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: A randomized controlled trial*. New York 2021; 17(2): 109-114.
21. Dmowski R. *Zarys dziejów ratownictwa medycznego*. Siedlce: Uniwersytet Przyrodniczo-Humanistyczny 2015.
22. Dobrowolska M. *Związek satysfakcji z pracy i kosztów psychologicznych pracowników tymczasowo zatrudnionych*. Psychologia w zarządzaniu. Red. B. Kożusznik. Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2010.
23. Drabik L.(red.). *Słownik języka polskiego*. T. 6. Warszawa: PWN 2007.
24. Dragan M. *Zdrowie psychiczne w czasie pandemii COVID-19*. Wydział Psychologii Uniwersytetu Warszawskiego. Warszawa 2020.
25. Dudek B. *Stres traumatyczny związany z pracą – skutki, czynniki ryzyka, zapobieganie*. Bezpieczeństwo Pracy 2002, 376,11:2-4.
26. Dz. U. 1971 Nr 12 poz. 114.
27. Dz. U. 1997 Nr 88 poz. 553.

28. Dz. U. nr 60, poz. 408.
29. Dz. U. z 2014 r., poz. 574.
30. Dz. U. z 2014 r., poz. 5.
31. Dz. U. z 2016 r., poz. 587.
32. Dz. U. z 2017 r., poz. 2195, z późn. zm.
33. Dz. U. z 2018 r., poz. 979.
34. Dz. U. z 2019r., poz. 993.
35. Dz. U. z2017r., nr 60, poz. 408.
36. Dz.U. z 2019 r. poz. 1205.
37. Freudenberger H.J. Staff burn-out. *J. Soc. Issues.* 1974; 30: 159-165. doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x.
38. Grzelak L., Szwarc P. *Wpływ pracy w czasie pandemii covid-19 na stres personelu pielęgniarskiego.* Innowacje w Pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu. Włocławek 2021; 1(6): 7-21.
39. Hackman J.R., Oldham G.R., *Motivation through the Design of Work: Test of a New Theory.* Organizational Behavior and Human Performance 1976, 16, s. 250-279.
40. N. Chmiel, *Psychologia pracy i organizacji.* GWP, Gdańsk 2002, s. 345-348.
41. Heszen I., *Psychologia stresu.* Warszawa: PWN 2013.
42. Heszen I., Sęk H. *Poznawcze uwarunkowania zdrowia i choroby.* [W:] Psychologia zdrowia. Heszen I., Sęk H. (red). PWN, Warszawa: PWN 2007, s. 106-121.
43. Heszen-Niejodek I. *Stres i radzenie sobie: główne kontrowersje.* W: I. Heszen-Niejodek, Z. Ratajczak (red.), Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne. Katowice: Wydawnictwo Uniwersyteckie 1996, s. 12-43.
44. Heszen-Niejodek I. *Styl radzenia sobie ze stresem jako indywidualna zmienna wpływająca na funkcjonowanie w sytuacji stresowej.* W: J. Strelau (red.) Osobowość a ekstremalny stres. Gdańsk: GWP 2004, s. 238-263.

45. Heszen-Niejodek, I. *Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie*. W: J. Strelau (red.) *Psychologia*. Podręcznik akademicki t. 3. Gdańsk: GWP 2007.
46. Hołysz B. *Suicydologia*. Warszawa: LexisNexis 2020.
47. <http://psych.uw.edu.pl/2020/05/04/zdrowie-psychiczne-w-czasie-pandemii-covid-19-raport-wstepny-z-badania-naukowego-kierowanego-przez-dr-hab-malgorzate-dragan/> (data wejścia: 19.11.2022 r.).
48. Jachnis A. *Cechy temperamentalne a style radzenia sobie ze stresem*. *Studia Psychologica* 2000, 1, 1, 53-68.
49. Jakubaszko J. *ABC Resuscytacji*. Wrocław: Górnicki 2002.
50. Jaworowska-Obłój Z., Skuza B., *Proces radzenia sobie ze stresem*, „Zdrowie psychiczne” 1989, 1-2, 93-101.
51. Juczyńskiego Z., Ogińska-Bulik N., *Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem*. Warszawa PTP 2009.
52. Jurczyk W. *Stany zagrożenia życia*. Kraków: FHU 2010.
53. Karski J., Nogalski A. *Zasady organizacji struktur medycyny ratunkowej*. W: A. Zawadzki (red.), *Medycyna ratunkowa i katastrof* (s. 352-358). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL 2006.
54. Kędra E., Sanak K. *Stres i wypalenie zawodowe w pracy pielęgniarek*. *Pie. Zdr. Publ.* 2013; 3 (2): 119–132.
55. Kliszcz J. *Psychologia w ratownictwie*. Warszawa: Difin 2012.
56. Klonowicz T., Elias A. *Traumatyczny stres w zawodowym doświadczeniu pracowników pogotowia*. Rola niedopasowania osobowościowych regulatorów zachowania. W: J. Strelau (red.) *Osobowość a ekstremalny stres*. Gdańsk: GWP 2004..
57. Korczyński S., *Odporność na stres i sposoby radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych*. (W:) A. Łacina-Łanowski, J. Stanek, *Edukacja-wychowanie-oświata w perspektywie temporalnej (między przeszłością a współczesnością)*. Łódź 2014, s. 28.
58. Korczyński S., *Odporność na stres i sposoby radzenia sobie ze stresem w sytuacjach trudnych*. (W:) A. Łacina-Łanowski, J. Stanek, *Edukacja-wychowanie-oświata w perspektywie temporalnej (między przeszłością a współczesnością)*. Łódź 2014, s. 30.

59. Kowalski K. M. *A human components to consider in your emergency management plans: the critical incident stress factor*. Safety Science 1995, 20, 115-123.
60. Kretschmann R. *Stres w zawodzie nauczyciela*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne 2003.
61. Kunecka D., Kamińska B. *Analiza czynników wpływających na zadowolenie z pracy w grupie zawodowej pielęgniarek*. Problemy Pielęgniarstwa 2007, t. 15, z. 2-3, s. 192-196.
62. Lazarus R. S. *Paradygmat stresu i radzenia sobie*. Nowiny Psychologiczne 1986, 3-4, 2-39.
63. Lewicka D. *Zarządzanie kapitałem ludzkim w polskich przedsiębiorstwach*. Wydawnictwo: Naukowe PWN: Warszawa 2010.
64. Locke E.A. *Nature and Causes of Job Satisfaction*. W: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology*. Ed. M.D. Dunette. Chicago: Rand McNally 2002.
65. Lovallo W. R., Thomas T. L. *Stress hormones in psychophysiological research: Emotional, behavioral, and cognitive implications*. In J. T. Cacioppo, L. G. Tassinary, & G. G. Berntson (Eds.), *Handbook of psychophysiology*. Cambridge University Press 2000, s. 342-367.
66. Łosiak W. *Dynamika emocji i radzenia sobie w stresie psychologicznym. Badania pacjentów chirurgicznych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego 1994.
67. Makowska H., Poprawa R. *Radzenie sobie ze stresem w procesie budowania zdrowia*. [W:] Dolińska-Zygmunt G. (red). *Podstawy Psychologii Zdrowia*. Wrocław: UW 2001, s. 71-102.
68. Molina-Praena J, Ramirez-Baena L, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR, De la Fuente EI, Cañadas-De la Fuente GA. Levels of Burnout and Risk Factors in Medical Area Nurses: A Meta-Analytic Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15(12): 2800.
69. Munck A., Guyre P.M., Holbrook N.J., *Physiological Functions of Glucocorticoids in Stress and Their Relation to Pharmacological Actions*. *Endocrinological Review* 1984, 5, 25-44.

70. Ogińska-Bulik N., Kafilik- Pieróg M. *Stres zawodowy w służbach ratowniczych*. Łódź: Wyd. Akademii Ekonomiczno-Humanistycznej w Łodzi 2009.
71. Ogińska-Bulik N. *Stres zawodowy w zawodach usług społecznych*. Warszawa: Difin 2016.
72. Ornish D. *Miłość i przetrwanie. Uzdrawiająca moc intymności w świetle nauki*. Warszawa: Jacek Santorski&CO 1998.
73. Paszkowska M. *Prawo dla ratowników medycznych*. Warszawa: Difin 2019.
74. Pérula-de Torres LA, Atalaya JCV, García-Campayo J. et al. Collaborative group of the MINDUDD study. Controlled clinical trial comparing the effectiveness of a mindfulness and self-compassion 4-session programme versus an 8-session programme to reduce work stress and burnout in family and community medicine physicians and nurses: MINDUDD study protocol. *BMC Fam Pract*. 2019; 20(1): 24.
75. Ramírez-Elvira S, Romero-Béjar JL, Suleiman-Martos N, Gómez-Urquiza JL, Monsalve-Reyes C, Cañadas-De la Fuente GA, Albendín-García L. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18(21): 11432.
76. Ratajczak Z. *Stres przeklęty- stres błogosławiony. O psychologicznych mechanizmach zaradności w sytuacjach zagrożenia*, Katowice: Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego 2000.
77. Robbins S.P. *Zachowania w organizacji*. Warszawa: PWN 2004.
78. Selye H., *Stres życia*. Warszawa: PZWL 1960..
79. Sęk H. *Wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*. Poznań: WAM 2001.
80. Sęk H. (red.). *Wypalenie zawodowe*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
81. Sobol E. *Podręczny słownik języka Polskiego*. Warszawa: PWN 2001.
82. Sobol E. *Stres wśród dzieci i młodzieży – skala zjawiska w województwie podlaskim*. Białystok: UM 2001.

83. Sowizdraniuk P. *Czynniki stresogenne w pracy ratownika*. Legnica: PWSZ 2013.
84. Terelak J. F. *Psychologia stresu*. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza BRANTA 2001.
85. Titkow A. *Stres i życie społeczne, Polskie doświadczenia*. Warszawa: PIW 1993.
86. Toates F. *Biological Psychology. An Integrative Approach*. Harlow, Prentice Hall 2001.
87. Wołoszyn P. *Ratownicy jako grupa społeczna*. Na Ratunek 2008, nr 2, s. 22.
88. Wierzbicki P. *Stres w dobie pandemii COVID-19 – subiektywna perspektywa psychiatry*. Psychiatr Psychol Klin. Łódź 2020; 20(2): 98-101.
89. Zawadzki R. *Stres – sztuka życia*. Warszawa: Tezeusz 2007.
90. Zhang XJ, Song Y, Jiang T, Ding N, Shi TY. Interventions to reduce burnout of physicians and nurses: An overview of systematic reviews and meta-analyses. *Medicine*. Baltimore 2020; 99(26): e20992.
91. Dobrowolska B., Wrońska I., Zahradniczek K. i wsp. *Podstawy pielęgniarstwa*. [W:] Zarzycka D., Ślusarska B. (red.). *Założenia koncepcyjno-empiryczne opieki pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017; 1: 9-19, 59-101.
92. Urbanek B. *Zmaganie o profesję w XIX i XX wieku (do roku 1963)*. [W:] Urbanek B. (red.). *Zawód pielęgniarki na ziemiach polskich w XIX wieku*. Wydawnictwo Makmed, Warszawa 2009: 56-79.
93. Taylor C., Lillis C., Lynn P.: *Fundamentals of nursing*. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2014.
94. E. Wilczek-Rużyczka. *Wypalenie zawodowe pracowników medycznych*, ABC a Wolter Kluwer Business, Warszawa 2014, s. 121.
95. Dz. U. z 2017 r., poz. 2195, z późn. zm.
96. Dz.U.2022.863.
97. Dz. U. z 2019, poz.993.
98. Dz.U.z 2017, poz.2195 z późn. zm.
99. Dz.U.2018.1115.
100. Dz.U.z 2022r. poz.1720, 1733, 2705, 2770.

Źródła elektroniczne

1. Chahyanto BA, Nasution H, Tiurlan M. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Tingkat Stres Kerja Pada Tenaga Kesehatan Selama Pandemi Coronavirus Disease 2019. *Journal of Vocational Health Studies* [Internet]. 2022 Jul [cited 2022 Dec 2];6(1):46–55. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=159462971&lang=pl&site=ehost-live>
2. Çamcı G. COVID-19 ve Ruh Sağlığı. *Journal of Academic Research in Nursing (JAREN)* [Internet]. 2021 Apr [cited 2022 Dec 2];7(1):41–8. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=158258085&lang=pl&site=ehost-live>
3. Clark E, & Akamine C, & Shandera W.X. (2022). Common viral respiratory infections. Papadakis M.A., & McPhee S.J., & Rabow M.W., & McQuaid K.R.(Eds.), *Current Medical Diagnosis & Treatment 2022*. McGraw Hill.
<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3081§ionid=258978949>
4. Dymecka J, Machnik-Czerwik A, Filipkowski J. Fear of COVID-19, Risk Perception and Stress Level in Polish Nurses During COVID-19 Outbreak. *Journal of Neurological & Neurosurgical Nursing* [Internet]. 2021 Mar [cited 2022 Sep 12];10(1):3–9. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=150942321&lang=pl&site=ehost-live>
5. Geraghty S, Oliver K, Wang CC. Working from home during the COVID-19 pandemic for midwifery and nursing academics. *British Journal of Midwifery* [Internet]. 2022 Oct [cited 2022 Nov 12];30(10):546–53. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=159600088&lang=pl&site=ehost-live>
6. Gómez-Moreno C, García-Carpintero Blas E, Lázaro P, Vélez-Vélez E, Alcalá-Albert GJ. Challenge, fear and pride: nursing students working

- as nurses in COVID-19 care units. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being* [Internet]. 2022 Dec [cited 2022 Dec 12];17(1):1–11. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=160259766&lang=pl&site=ehost-live>
7. Hartman L, & Talbot H (2022). Influenza, covid-19, and other respiratory viruses. Halter J.B., & Ouslander J.G., & Studenski S, & High K.P., & Asthana S, & Supiano M.A., & Ritchie C.S., & Schmader K(Eds.), *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 8e.McGraw Hill.
<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3201§ionid=26688293>
 8. Kim H-R, Yang H-M. Nursing experience during COVID-19 pandemic in Korea: a qualitative analysis based on critical components of the professional practice models. *BMC Nursing* [Internet]. 2022 Nov [cited 2022 Nov 12];21(1):1–8. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=159972041&lang=pl&site=ehost-live>
 9. Lee E.E., & Lam J, & Jeste D.V. (2022). General topics in geriatric psychiatry. Halter J.B., & Ouslander J.G., & Studenski S, & High K.P., & Asthana S, & Supiano M.A., & Ritchie C.S., & Schmader K(Eds.), *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 8e. McGraw Hill.
<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3201§ionid=266877532>
 10. Malosh R.E., & Segaloff H.E., & Monto A.S. (2022). Sars cov-2 and the covid-19 pandemic. Boulton M.L., & Wallace R.B.(Eds.), *Maxcy-Rosenau-Last Public Health & Preventive Medicine*, 16e. McGraw Hill.
<https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3078§ionid=256071576>
 11. Ouslander J.G., & Bonner A.F. (2022). Institutional long-term and post-acute care. Halter J.B., & Ouslander J.G., & Studenski S, & High K.P., & Asthana S, & Supiano M.A., & Ritchie C.S., & Schmader K(Eds.), *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 8e. McGraw Hill.

-
- <https://accessmedicine.mhmedical.com/content.aspx?bookid=3201§ionid=266645821>
12. Silva Santos Soares S, Dantas de Oliveira Souza NV, Carneiro Carvalho E, zevedo Queiroz AB, Cabral Pereira da Costa C, da Silva Soares Souto J. COVID-19 pandemic and nursing week: analysis from software Iramuteq. *Revista Brasileira de Enfermagem* [Internet]. 2022 Mar 2 [cited 2022 Dec 1];75:1–10. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=153200905&lang=pl&site=ehost-live>
 13. Tan BYQ, Chew NWS, Lee GKH, Jing M, Goh Y, Yeo LLL, et al. Psychological Impact of the COVID-19 Pandemic on Health Care Workers in Singapore. *Annals of Internal Medicine* [Internet]. 2020 Aug 18 [cited 2022 Dec 02];173(4):317–20. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=145254325&lang=pl&site=ehost-live>
 14. Teo WZY, Yap ES, Yip C, Ong L, Lee C-T. The psychological impact of COVID-19 on “hidden” frontline healthcare workers. *International Journal of Social Psychiatry* [Internet]. 2021 May [cited 2022 Nov 02];67(3):284–9. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=150253891&lang=pl&site=ehost-live>
 15. Xu B, Yu J, Li S, Chen L, Lin Z. Factors influencing the coping abilities in clinic nursing students under public health emergency (COVID-19): a cross-sectional study. *BMC Nursing* [Internet]. 2021 Sep 13 [cited 2022 Nov 12];20(1):1–7. Available from:
<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=152421911&lang=pl&site=ehost-live>

SPIS TABEL

Tabela 1.	Różnice pomiędzy stresem a wypaleniem	61
Tabela 2.	Dane socjodemograficzne ankietowanych – podstawa: wszyscy respondenci (N=202)	66
Tabela 3.	Kwestionariusz wypalenia zawodowego MBI – 22 twierdzenia – statystyka opisowa	90
Tabela 4.	Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI – 3 wymiary wypalenia zawodowego – statystyka opisowa	92
Tabela 5.	Poziom wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne – a płeć, staż pracy, zawód	94
Tabela 6.	Poziom wypalenia zawodowego – depersonalizacja – a płeć, staż pracy, zawód	97
Tabela 7.	Poziom wypalenia zawodowego – poczucie braku osobistych osiągnięć – a płeć, staż pracy, zawód	101
Tabela 8.	Skala punktowa odczuwania stresu – PSS-10 – statystyka opisowa	105
Tabela 9.	Skala stenowa odczuwania stresu – PSS-10 – statystyka opisowa	107
Tabela 10.	Skala Odczuwania Stresu PSS-10 w zależności od płci	109
Tabela 11.	Skala Odczuwania Stresu PSS-10 w zależności od stażu pracy w zawodzie	110
Tabela 12.	Skala Odczuwania Stresu PSS-10 w zależności od zawodu	111

SPIS WYKRESÓW

Wykres 1.	Badani w podziale na płeć _ _ _ _ _	67
Wykres 2.	Badani w podziale na wiek _ _ _ _ _	67
Wykres 3.	Badani w podziale na staż pracy w zawodzie _ _	68
Wykres 4.	Badani w podziale na wykształcenie _ _ _ _ _	68
Wykres 5.	Badani w podziale na zawód _ _ _ _ _	69
Wykres 6.	Czy wie Pan/Pani co kryje się pod pojęciem takim jak „stres’’? _ _ _ _ _	75
Wykres 7.	Czy uważa Pan/Pani, że wykonywany przez Pana/Panią zawód zwiększa poziom stresu w Pana/Pani życiu codziennym? _ _ _ _ _	76
Wykres 8.	Czy odczuwa Pan/Pani zwiększone napięcie podczas przebywania w miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19? _ _ _ _ _	76
Wykres 9.	Czy występujące sytuacje stresowe w Pana/Pani pracy mają wpływ na prawidłowe wykonywanie obowiązków i czynności ratownika medycznego/pielęgniarki w czasie pandemii COVID-19? _ _ _	77
Wykres 10.	Jak często występują u Pana/Pani sytuacje stresowe związane z wykonywanymi obowiązkami w czasie trwania pandemii COVID-19? _ _ _ _ _	78
Wykres 11.	Jak odreagowywał(a) Pan/Pani sytuacje stresowe pojawiające się w Pana/Pani miejscu pracy w czasie pandemii COVID-19? – wielokrotne odpowiedzi _ _ _ _ _	79
Wykres 12.	Czy występują u Pana/Pani niepokojące objawy związane ze stresem podczas trwania pandemii COVID-19? – wielokrotne odpowiedzi _ _ _ _ _	80

Wykres 13. Od jakiego czasu zauważył(a) Pan/Pani wyżej zaznaczone przez Pana/Panią objawy? _ _ _ _ _	81
Wykres 14. Czy w związku z pandemią COVID-19 doświadczył(a) Pan/Pani utraty dochodów lub ich obniżenia? _ _ _ _ _	82
Wykres 15. Jakie obowiązki i zadania oraz sytuacje personelu medycznego stanowiły dla Pana/ Pani największe źródło stresu w czasie trwania pandemii COVID-19? – wielokrotne odpowiedzi _	83
Wykres 16. Czy kiedykolwiek myślał(a) Pan/Pani o rezygnacji z pracy z powodu nie radzenia sobie ze stresem z nią związanym w czasie trwania pandemii COVID-19? _ _ _ _ _	84
Wykres 17. Czy w wyniku pandemii zdecydowanie częściej sięga Pan/Pani po alkohol i/lub papierosy? _ _ _	85
Wykres 18. Z jakich źródeł głównie czerpał(a) Pan/Pani informacje na temat pandemii SARS-CoV-2? _ _	86
Wykres 19. Czy ciągła obawa o stan zdrowia odbija się niekorzystnie na Pana/Pani psychice? _ _ _ _ _	87
Wykres 20. Czy w czasie trwania pandemii COVID-19 doświadczył(a) Pan/Pani agresji ze strony pacjenta lub innych osób? _ _ _ _ _	88
Wykres 21. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI – 3 wymiały wypalenia zawodowego _ _ _ _ _	92
Wykres 22. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI – 3 wymiały wypalenia zawodowego – punktacja _	93
Wykres 23. Kwestionariusz Wypalenia Zawodowego MBI – 3 wymiały wypalenia zawodowego – poziomy _ _	93
Wykres 24. Poziom wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne – w podziale na płęć_ _ _ _ _	95

Wykres 25. Poziom wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne – w podziale na staż pracy w zawodzie _ _ _ _ _	96
Wykres 26. Poziom wypalenia zawodowego – wyczerpanie emocjonalne – w podziale na zawód_ _ _ _ _	96
Wykres 27. Poziom wypalenia zawodowego – depersonalizacja – w podziale na płeć _ _ _ _ _	98
Wykres 28. Poziom wypalenia zawodowego – depersonalizacja – w podziale na staż pracy w zawodzie _ _ _ _ _	99
Wykres 29. Poziom wypalenia zawodowego – depersonalizacja – w podziale na zawód _ _ _ _ _	99
Wykres 30. Poziom wypalenia zawodowego – poczucie braku osobistych osiągnięć – w podziale na płeć	102
Wykres 31. Poziom wypalenia zawodowego – poczucie braku osobistych osiągnięć – w podziale na staż pracy w zawodzie _ _ _ _ _	102
Wykres 32. Poziom wypalenia zawodowego – poczucie braku osobistych osiągnięć – w podziale na zawód_ _ _ _ _	103
Wykres 33. PSS-10 wg skali punktowej – podsumowanie_ _ _	106
Wykres 34. PSS-10 wg skali stenowej – podsumowanie _ _ _	107
Wykres 35. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 – poziomy _ _	108
Wykres 36. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 wartości średnie w podziale na płeć _ _ _ _ _	109
Wykres 37. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 w podziale na płeć – punktacja _ _ _ _ _	109
Wykres 38. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 wartości średnie w podziale na staż pracy w zawodzie _ _	110
Wykres 39. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 w podziale na staż pracy w zawodzie – punktacja _ _ _ _ _	111

Wykres 40. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 wartości średnie w podziale na zawód _ _ _ _ _ _ _ _	112
Wykres 41. Skala Odczuwalnego Stresu PSS-10 w podziale na zawód – punktacja _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	112