

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Psychologia w naukach medycznych

II

pod redakcją

Wojciecha Strzeleckiego,
Marty Czarneckiej-Iwańczuk,
Marcina Cybulskiego

Poznań 2012

© *Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu,
Poznań 2012*

Recenzent

Prof. dr hab. Włodzimierz Samborski

Skład komputerowy

Beata Łakomiak

Korekta

Janina S. Rogalińska

Projekt okładki

Tomasz Szymański „COKEDESIGN”

Marcin Cybulski, Wojciech Strzelecki

ISBN 978-83-7597-182-8

WYDAWNICTWO NAUKOWE UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO W POZNANIU
60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 13,2. Ark. druk. 18,1. Płyty CD.
Wydanie I. Format B5. Zam. nr 42/12.

Spis treści

<i>Wojciech Strzelecki, Marcin Cybulski, Marta Czarnecka-Iwańczuk</i> Przedmowa	5
<i>Agnieszka Nowogrodzka, Bartosz Piasecki</i> Poznanie społeczne w psychopatologii	11
<i>Maja Strzelecka, Wojciech Strzelecki</i> Zaburzenia regulacji emocjonalnej u osób pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych	21
<i>Jędrzej Dobaczewski</i> Starzenie się a potrzeba opieki	34
<i>Maia Stanisławska-Kubiak, Maria Skommer, Ewa Mojs</i> Obraz ciała u dzieci i młodzieży chorującej na cukrzycę typu 1 i wskazania do terapii	43
<i>Anna Klatkiewicz</i> Wsparcie psychologiczne osób ze zdiagnozowaną cukrzycą	53
<i>Włodzimierz Płotek, Marcin Cybulski</i> Czego uczy nas przypadek Michaela Jacksona? Czyli rzecz o bezpieczeństwie drogowym po znieczuleniach do zabiegów chirurgicznych, stomatologicznych, kosmetycznych i diagnostycznych	68
<i>Marcin Cybulski, Maria Grzymisławska-Cybulska, Piotr Joachimiak</i> Psychiatra – psycholog – kierowca leczony psychiatrycznie. Diabelskie trio, czy zagubieni w przestrzeni?	77
<i>Joanna Mydlarska</i> Wsparcie psychologiczne w praktyce medycznej w kontekście medycyny ratunkowej	86
<i>Izabela Przybek-Czuchrowska</i> Hipnoza w medycynie	100
<i>Natalia Pieczyńska, Joanna Nawrocka-Rohnka</i> Dogoterapia – motywująca rola psa w procesie terapeutycznym	109
<i>Maja Strzelecka</i> Terapia Lowenowska – pomost między ciałem i emocjami	131
<i>Wojciech Strzelecki</i> Zastosowanie muzykoterapii w psychiatrii	140
<i>Anna Bukowska, Marta Czarnecka-Iwańczuk</i> Analiza sytuacji psychologicznej kobiet z rozpoznaniem wad letalnych płodu w obliczu decyzji o kontynuacji lub terminacji ciąży	156

<i>Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak, Marta Czarnecka-Iwańczuk, Anna Bukowska</i> Strata dziecka – różne perspektywy postrzegania tego doświadczenia	164
<i>Jadwiga Łuczak-Wawrzyniak</i> Psychologia w ginekologii i położnictwie	173
<i>Michał Mandecki, Marcin Cybulski</i> Stres i wypalenie zawodowe a praca w sektorze publicznej opieki zdrowotnej – autorskich refleksji kilka	182
<i>Monika Matecka</i> Komunikowanie się w relacji z pacjentem w podeszłym wieku	191
<i>Bogusław Stelcer</i> Komunikowanie się z chorym umierającym i prawo pacjenta do prawdy ...	203

Michał Mandrecki
 Katedra Nauk Społecznych
 Wydział Nauk o Zdrowiu
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Marcin Cybulski
 Zakład Psychologii Klinicznej
 Wydział Nauk o Zdrowiu
 Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Stres i wypalenie zawodowe a praca w sektorze publicznej opieki zdrowotnej – autorskich refleksji kilka

*“Can't escape all your worries
 Endless sorrow, pain and suffer
 Can't escape your emotions
 Enslavement be the world you choose*

*You work so hard, all for nothing
 Your dreams are shattered
 Your goals destroyed
 No-one listens to what we stand for
 So why even try do you really care”
 Storm of Stress, Terrorizer, 1989¹*

Cytowany tekst utworu muzycznego zdaje się mieć wymowę jednoznacznie negatywną. Obiektywna ocena aktualnego stanu polskiej służby zdrowia również nie napawa ogromem nadziei, widoczne jednak jest światełko w tunelu. Prezentowany fragment amerykańskiej poezji alternatywnej obrazuje jednak tok myślenia osoby zmierzającej w stronę syndromu *burn-out* – nihilistycznego myślenia obecnego w nieprawidłowo zarządzanych instytucjach, często już na poziomie „sądów zbiorowych”. Myślenia wynikającego zarówno z czynników zewnętrznych dla instytucji (etap rozwoju gospodarczo-ekonomicznego państwa czy rozwoju społecznego), jak i wewnętrznych (kultura organizacji, jakość zarządzania, dobór kadr), w ujęciu węższym zaś wyjaśnianego przez teorię wymiany (*social exchange theory*), którą egzemplifikuje staropolskie „jak Bóg Kubie, tak Kuba Bogu”, doprecyzowane językiem naukowym na polu wypalenia zawodowego dekadę temu m.in. przez Christinę Maslach [1].

¹ Cytat z utworu amerykańskiej grupy muzycznej Terrorizer, grającej muzykę z gatunku death metal/grindcore. Utwór został wydany na płycie World Downfall z 1989 roku.

Wypalenie zawodowe jest definiowane przez Christinę Maslach i Susan Jackson jako „psychologiczny zespół wyczerpania emocjonalnego, depersonalizacji oraz obniżonego poczucia dokonań osobistych, który wystąpić może u osób, pracujących z innymi ludźmi w pewien określony sposób” [2]. Sama Maslach definiuje wypalenie zawodowe, jako „proces nieuchronnej destrukcji, jaki zachodzi w psychice osób, które zbyt ekspluatają swoje siły w „dawaniu siebie” innym ludziom” [3]. „Wypalenie się” jest reakcją, a zarazem techniką emocjonalnego „dystansowania się” w sytuacji stresowej, jaką stwarza wymóg stałej koncentracji na problemach innych ludzi [3]. Jedną z grup zawodowych najbardziej narażonych na powstanie wypalenia zawodowego są niewątpliwie pracownicy państwowego sektora medycznego, potocznie zwanego „służbą zdrowia”. Pracownicy medyczni, tacy jak: pielęgniarki, lekarze, położne, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci i inni poprzez swój codzienny kontakt z pacjentami narażeni są na ogromne obciążenie psychiczne. Ciągły kontakt z cierpieniem i niemocą innych oraz fakt, iż niejednokrotnie prócz problemów zdrowotnych rozwiązywać muszą oni problemy pacjentów natury psychospołecznej potęguje obciążenie, jakiemu w pracy codziennej poddawani są pracownicy sektora medycznego. Osoba poddawana ciągłemu wpływowi stresu i sytuacji trudnych, do których rozwiązywania jest zmuszona w pewnym momencie dojdzie do punktu, w którym pojawi się u niej apatia, niechęć, zmęczenie, przesadne dystansowanie się względem innych osób czy brak troski o innych i zwyczajnie motywacji do pracy. Wypalenie zawodowe to zarazem błogosławieństwo i przekleństwo, z jednej strony pozwala w pewien sposób „odgrodzić” się od narastających i przygniatających problemów pacjentów, z którymi pracownik styka się każdego dnia, z drugiej zaś strony pogłębia stan frustracji i niezadowolenia z wykonywanej pracy, co wpływa negatywnie nie tylko na osobę samego pracownika, ale i odbija się na pacjentach, np. poprzez obniżenie poziomu opieki. Mechanizm wypalenia zawodowego działa na zasadzie błędnego koła przyczyn i skutków (symptomy wypalenia są jednocześnie przyczyną i skutkiem) [4]. Wzajemne oddziaływanie przyczyn i skutków wypalenia przebiega w trzech fazach. Faza pierwsza jest czasem, w którym pracownik staje się wyczerpany długotrwałym obciążeniem pracą, w rezultacie czego pojawiają się zmęczenie, irytacja, brak chęci do pracy i emocjonalne wyczerpanie. W fazie drugiej, do już wymienionych sytuacji, dołączają się negatywne, zdehumanizowane formy zachowania wobec współpracowników i pacjentów – cynizm, apatia, sztywność w działaniu, są objawem negatywnej formy obrony przed stresem, przejawiającej się, jako emocjonalne dystansowanie się wobec problemów zawodowych. Faza trzecia, będąca ostatnim ogniwem tego procesu, zyskała za sprawą Maslach miano „wypalenia terminalnego”. Zaobserwować w niej możemy już trwałe i trudne do korekty zmiany w postawach i motywacji zawodowej. Personel medyczny pracujący w nieprzychylnym, silnie obciążającym psychicznie środowisku stosuje często aktywne formy dystansowania się emocjonalne-

go, mające chronić przed otaczającym zewsząd wpływem problemów innych, przed poczuciem niemożności ulżenia w cierpieniu czy po prostu pomóc zrzucić lęk przed śmiercią własną, czy śmiercią kogoś bliskiego i poczucie bezsilności w obliczu cierpienia innych. I tak, przy pewnej depersonalizacji procesu leczenia pojawiają się wypowiedzi „oddzielające” chory narząd od reszty chorego, jako osoby (np. „biodro na dwójce”) [5]. Dzięki takiemu zabiegowi schorowany cierpiący pacjent przestaje być osobą, której winno się współczuć, staje się on tylko jednym z wielu przypadków należących do dużej nieodróżnionej grupy. Jeden z wielu nie wymaga współczucia, dzięki czemu personel może zminimalizować swoje zaangażowanie emocjonalne w sprawę. Drugim zabiegiem stosowanym przez personel, aby emocjonalnie zdystansować się względem pacjenta jest intelektualizacja. Jest to sposób rozwiązywania sytuacji trudnej poprzez racjonalizację stosunków z pacjentem [3]. Personel, pomijając cechy indywidualne i osobiste pacjenta jako jednostki, odbiera go bez emocji bądź z maksymalnie dużym dystansem, co skutkuje powstaniem przepaści pomiędzy członkiem zespołu terapeutycznego a pacjentem i jednocześnie zabezpiecza personel przed zbytnim przejęciem się problemami podopiecznego. Kolejną, trzecią techniką emocjonalnego dystansowania się jest izolowanie sytuacji, czyli koncentrowanie się na czynnościach pracy, a po jej ukończeniu na innych formach życia niemających już żadnego związku z wykonywanym zawodem.[3] W ostateczności, gdy obciążenie personelu jest już ogromne dochodzi do wykorzystania ostatniej formy techniki emocjonalnego dystansowania się, a mianowicie „wycofywania się”, polegającego najzwyczajniej na minimalizowaniu fizycznego zaangażowania w sytuację powodującą stres, w tym przypadku w kontakt z pacjentem. W takim przypadku wszelkie czynności wykonywane przez personel sprowadzane są do niezbędnego minimum, zarówno w ich zakresie, jak i w aspekcie włożonego w nie wysiłku. Najbardziej skrajną formą wycofania się jest rezygnacja z dotychczasowej pracy.

Rozważając źródła wypalenia zawodowego należy zwrócić uwagę na istotę psychiki człowieka. Jedną z zasadniczych przyczyn wypalenia zawodowego jest tkwiąca w ludziach potrzeba odnalezienia sensu życia, tworzenia czy dawania drugiemu czegoś istotnego – czegoś, co potwierdzałoby potrzebę naszego istnienia i działania. Gdy poszukiwanego sensu istnienia nie udaje się odnaleźć w działalności zawodowej, wtedy pracownik staje się podatny na wypalenie [4]. „Wypalenie się” to zjawisko o dwóch „twarzach”. Z jednej strony to rodzaj rozczerowania egzystencjalnego, wypalenia egzystencjalnego (stresu społeczno-kulturowego), będącego wynikiem rozbieżności pomiędzy celami i oczekiwaniami jednostki a jej dokonaniem. Wypalenie egzystencjalne zwane jest także „kryzysem wieku średniego” i stanowi swoisty wyraz niedojrzałości psychicznej jednostki, błędnej koncepcji kariery życiowej i nierealistycznych oczekiwań [6]. Druga twarz „wypalenia się” w postaci wypalenia zawodowego jest ściśle związana z aktywnością

zawodową jednostki. „Wypalony” pracownik w stanie chronicznego psychicznego wyczerpania, poczucia wykorzystywania przez innych, poczucia wstydu, traci poczucie kontroli (za co obwinia siebie!), a następnie traci poczucie sensu działania. Wypalenie zawodowe nie jest więc egzystencjalnym buntem, lecz rezygnacją, pogodzeniem się, „odpuszczeniem”, dezorientacją w tym, kogo należałoby winić za istniejący stan rzeczy [6]. Wypalenie egzystencjalne, w przeciwieństwie do zawodowego, jest kryzysową reakcją przemijającą, wypalenie zawodowe natomiast „choroba nadmiernego zaangażowania się” [6]. Wypalenie zawodowe to stres powstały w wyniku porównywania celów, wartości, fizycznych oraz psychicznych kosztów pracy z nastawieniami, spostrzeżeniami i możliwościami (najczęściej ograniczonymi) konkretnej sytuacji pracy [3]. To, czy wypalenie zawodowe wystąpi u danej jednostki czy nie, zależy jest od osobistych umiejętności przystosowawczych i radzenia sobie z sytuacjami trudnymi oraz czynników związanych z miejscem i rodzajem wykonywanej pracy. Takie współdziałanie cech osobowościowych jednostki oraz środowiska pracy określane jest terminem „indywidualnego-środowiskowego dopasowania”. Cechy osobowościowe i środowiskowe rozpatrywać należy w dwojaki sposób: jako obiektywne niezależne od jednostki i subiektywne zależne od właściwości jednostki. Osobowość obiektywna to układ trwałych cech, potrzeb i wymagań niezależnych od sposobu ich percepcji przez jednostkę [6]. Gdy mówimy o osobowości obiektywnej mamy na myśli np. motywację, zdolności osobnicze jednostki czy choćby cechy temperamentu (wytrzymałość psychiczną, wrażliwość emocjonalną, podatność na stres i sytuacje trudne). Kolejnym elementem składowym „indywidualnego-środowiskowego dopasowania” jest osobowość subiektywna, będąca subiektywnym obrazem jednostki w otaczającym ją świecie. Jest ona wyznacznikiem tego, jak postrzegamy samych siebie. Stopień spójności owych dwóch form osobowości jest wyznacznikiem wewnętrznej spójności psychicznej człowieka i stanowi o strukturze jego „ja”, czyli o dojrzałości psychicznej. Obiektywne środowisko pracy to obiektywne stresory pracy, a więc takie, które są niezależne od procesów intelektualnych człowieka [6]. Zaliczyć tu możemy rzeczywistość materialną, stan wyposażenia, dostępność do niezbędnego sprzętu, fizyczne warunki pracy oraz społeczne warunki pracy. Środowisko subiektywne jest psychiczną rekonstrukcją otaczającego jednostkę świata [6]. Na środowisko subiektywne składają się wszelkie elementy świata otaczającego jednostkę, odbierane poprzez pryzmat jej doświadczeń, stanu psychicznego, stosunku do danej rzeczy czy osoby, stopnia zmęczenia, nastroju czy też np. aktualnie przeżywanego kryzysu. Środowisko subiektywne jest z jednej strony zbiorem indywidualnych wyobrażeń środków zaspokojenia potrzeb (przedmiotów, stanów, warunków), a z drugiej strony źródłem wymagań, których spełnienie w oczach jednostki jest niezbędne do realizacji jej własnych pragnień i dążeń [6]. Wszystkie cztery powyżej wymienione kategorie (osobowość obiektywna, osobowość subiektywna, obiektywne środowisko,

środowisko subiektywne) pozostają w ciągłej relacji ze sobą, co w momencie pojawienia się różnic i niezgodności między kategoriami implikuje powstawanie potencjalnych źródeł obciążenia i napięć stresowych.

Według Rebeki Law i współpracowników [7] współcześnie pojmowane zarządzanie wiąże problem stresu pracowniczego i wypalenia zawodowego ze strukturami i klimatem organizacji. Wyniki tych australijsko-niemieckich badań wskazują na klimat bezpieczeństwa psychospołecznego (*Psychosocial Safety Climat* – PSC), jako czynnik determinujący zachowania pracowników i wpływający pośrednio na zdrowie człowieka. PSC jest aktualnie pojmowane jako wachlarz zasad, praktyk i procedur ochrony zdrowia i bezpieczeństwa pracownika w obrębie organizacji [8]. Posługiwanie się technikami zastraszania, mobbingu i molestowania negatywnie odbija się na pracowniczej motywacji do zaangażowanych działań i prowadzi do uszczerbków na zdrowiu, a pojawiający się dystres i wyczerpanie emocjonalne mają mniejsze natężenie w organizacjach o wysokim poziomie bezpieczeństwa psychospołecznego PSC. Budowanie klimatu bezpieczeństwa psychospołecznego winno być działaniem wpisanym w politykę każdej współczesnej dobrze zorganizowanej instytucji.

Według Hansa Selye, znanego jako Dr Stress, zmiany fizjologiczne podczas stresu mają za zadanie przygotować nas do zwiększonego wysiłku. Mobilizacja sił pozwala rozwiązać sytuacje stresową bądź usunąć uszkadzający bodziec – jeśli organizm zostanie poddany działaniu stresorów, które oceni jako bodźce przekraczające jego możliwości adaptacyjne, dochodzi do zapoczątkowania reakcji, której celem jest wytworzenie nowej, przystosowawczej formy zachowania. Stresor inicjuje reakcję adaptacyjną i obronną, która zmierza w kierunku przywrócenia równowagi sprzed zaburzenia w organizmie; reakcja stresowa jest więc reakcją homeostatyczną, ważnym mechanizmem przystosowania do zmian w otoczeniu i wnętrzu człowieka. Teoria Hansa Selye miała jednak dwie podstawowe wady, po pierwsze przedstawiono dowody na specyficzność reakcji organizmu na działanie określonych stresorów, po drugie teoria ta nie uwzględniała w dostatecznym stopniu wpływu czynników psychologicznych w sytuacji stresowej. Mimo wad, jakie posiadała koncepcja autorstwa Selye, niewątpliwie przyczyniła się ona w znaczącym stopniu do zainteresowania nauki problematyką stresu nie tylko z punktu widzenia biologicznego, ale i psychologicznego. Pomimo lat pracy i analiz nie opracowano jednej powszechnie akceptowanej definicji stresu psychologicznego. „Przystając na pewne uproszczenia, wyróżnić można trzy nurty w określaniu stresu psychologicznego:

1. jako bodźca, sytuacji lub wydarzenia zewnętrznego o określonych właściwościach;
2. jako reakcji wewnętrznych człowieka, zwłaszcza reakcji emocjonalnych, doświadczanych wewnętrznie w postaci określonego przeżycia;
3. jako relacji między czynnikami zewnętrznymi a właściwościami człowieka” [4].

Pierwszy z wymienionych nurtów przedstawia stres jako stan, który zachodzi zawsze przy wystąpieniu określonej sytuacji trudnej. Problematyczne w tym przypadku jest to, iż dana sytuacja „trudna”, czyli stresor dla jednej osoby rzeczywiście stanowić będzie problem, dla innej nie. W tym przypadku możliwe jest tylko określenie w przybliżeniu charakterystyki bodźców czy sytuacji, które to powinny spowodować stres rozumiany jako reakcję. W takim podejściu traktując stres jako bodziec możemy np. określić obciążenie stresem/bodźcem danej osoby w sposób obiektywny, zakładając, iż stosujemy zunifikowany bodziec i badamy powstałą na niego reakcję. Drugi nurt charakteryzuje stres jako reakcję zachodzącą wewnątrz jednostki i popularny jest w naukach medycznych. Pierwszym jej propagatorem był wspomniany powyżej Selye, który kładł nacisk na zachodzące w odpowiedzi na stresor reakcje organizmu. Psychologowie związani z tym nurtem rozumieli stres raczej jako przykre doświadczenie emocjonalne o charakterze lękowym. „Wczesnym przykładem jest ujęcie Davida Mechanica, określające stres jako reakcję dyskomfortu, przy czym autor zaznacza, że występuje on u osoby znajdującej się w określonej sytuacji” [4]. Mechanic również określił stres mianem „subiektywnego”, czyli powiązanego z subiektywną oceną zdarzenia o charakterze stresogennym [9]. Nurt ten charakteryzuje potoczne ujęcie stresu jako stanu niepewności, zagrożenia czy wreszcie strachu. Wielu psychologów uważa jednak ten sposób rozumienia stresu jako niewystarczający i ukazujący tylko jedną stronę tego zagadnienia, szczególnie iż podobne reakcje organizmu człowieka wywołać mogą czynniki fizyczne, jak np.: temperatura, hałas czy wibracje. Przedstawione powyżej dwa nurty rozumienia tematyki stresu stanowią próbę jednostronnego czynnikowo usystematyzowania problematyki stresu, albo poprzez uznanie stresu psychologicznego jako odpowiedzi na czynniki zewnętrzne, albo wewnętrzne jednostki. Takie jednostronne podejście okazało się jednak niewystarczające, dlatego też aktualnie pojęcie stresu analizowane jest poprzez pryzmat trzeciego, zasygnalizowanego powyżej, nurtu, a mianowicie relacji pomiędzy zasobami wewnętrznymi jednostki a czynnikami zewnętrznymi na ową jednostkę oddziałującymi. W tym kontekście przytoczyć należy definicję stresu autorstwa Richarda S. Lazarusa i Susan Folkman mówiącą, iż stresem jest „określona relacja (*relationship*) między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi” [4]. Co istotne w tym ujęciu, za poczucie stresu odpowiedzialne są nie tyle „obiektywne stresory”, co ich postrzeganie za sprawą subiektywnego odbioru jednostki. W takim ujęciu sytuacja, która zdawać by się mogła jednej osobie zagrożeniem, dla innej nie będzie stanowić problemu albo wręcz stanie się wyzwaniem skłaniającym do działania. Odporność na stres i umiejętność radzenia sobie z nim jest więc osobniczo zmienna i charakterystyczna dla poszczególnych jednostek. Powiedzieć można, że ktoś posiada lub nie predyspozycje do działań w środowisku stresogennym.

Takie predyspozycje do działań w nieprzyjnym otoczeniu i warunkach bywają pożądane u kandydatów na niektóre stanowiska w służbie zdrowia. Polskie wytyczne dotyczące cech niezbędnych i pożądanych wśród kierowców uprzywilejowanych pojazdów służb medycznych [10] wskazują na odporność na stres jako jedną z cech kluczowych wymaganych od kierowców transportu sanitarnego. Z drugiej strony, współczesna polska służba zdrowia jest środowiskiem stricte stresogennym, a praca zespołów ratownictwa medycznego przypomina swoistego rodzaju „wałkę-wstańkę” – ratownicy przemieszczają się po prostu z jednego do drugiego miejsca pracy. Wyniki południowoamerykańskich badań [11] wskazują, iż wypadki przy pracy (średnio 1,4 wypadku przy pracy na jednego kierowcę) w trakcie prowadzenia pojazdów sanitarnych stanowią element zagrażający życiu i zdrowiu kierowców, pacjentów i innych uczestników ruchu, generując ogromne dozy napięć psychicznych. Brazylijscy kierowcy ambulansów (*emergency drivers*) pomimo lokalnych wytycznych również nie podlegają szkoleniom z zakresu prowadzenia pojazdów uprzywilejowanych, a prawie 55% z nich posiada dodatkowe zatrudnienie, co przekłada się na poziom zmęczenia w trakcie przejazdów służbowych, zwiększając tym samym prawdopodobieństwo wystąpienia odpowiedzi psychosomatycznej organizmu. Nie bez znaczenia dla odczuwania stresu w sytuacji zawodowej jest zjawisko *fatigue-related accident* – zwiększonego prawdopodobieństwa wypadkowości w stanie zmęczenia lub przemęczenia [12]. W przypadku pracowników służby zdrowia dotyczy to zarówno kierowców etatowych, jak i ratowników medycznych prowadzących pojazdy uprzywilejowane. Obydwie grupy, jak wynika z polskich badań [13], prowadzą pojazdy służbowe i prywatne w stanie gorszego samopoczucia spowodowanego chorobą i zmęczeniem. Jednak nawet w obrębie pracowników czynnej służby zdrowia widoczne są różnice w odczuwaniu napięcia. Praca w zespołach zabezpieczenia medycznego wiąże się z ogromnym ryzykiem i przeżywanym napięciem, w mniejszym stopniu dotyczy to pracowników transportu sanitarnego. Wykazały to m.in. badania dotyczące zespołów niemieckich ratowników (*Rettungsassistent*), wyniki których sugerują, że stężenia kortyzolu mierzonego u badanych w dniach służby były znacząco wyższe u pracowników bezpośrednio zaangażowanych w działania ratownicze, aniżeli u pracowników zajmujących się transportem chorych [14].

I na sam koniec refleksja o charakterze fizjologicznym... Pod wpływem bodźca stresowego w przysadce oraz podwzgórzu powstaje beta-endorfina, endogenny peptyd o strukturze chemicznej przypominającej morfinę, znaną choćby z półbitewnych wielu filmów wojennych. Beta-endorfina trafia do śródmózgowia, gdzie znajduje się główny ośrodek tłumienia bólu. W konsekwencji tej procedury fizjologicznej podwyższeniu ulega próg czucia bólu, przeobrażając się, w sprzyjających warunkach (np. przy dużym nasileniu bodźca stresogennego – szoku pourazowym), w stan analgetyczny, objawiający się zniesieniem odczuwania

bólu. Obniżenie wrażliwości na ból lub jego całkowite zniesienie podczas reakcji stresowej znane jest z historii ludzkości. Łatwo wyobrazić sobie sportowca, który kończy zawody pomimo kontuzji, żołnierza, który walczy dalej pomimo zadanych mu ran czy też rannego w wypadku komunikacyjnym, który pomaga innym poszkodowanym. Obyśmy takiego mechanizmu nie musieli uruchamiać wykonując polecenia służbowe naszych przełożonych!

Bibliografia

1. Maslach C., Schaufelli W.B., Leiter M.P.: Job burnout. *Annual Review of Psychology* 2001; 52: 397–422.
2. Sęk H.: Wypalenie zawodowe – przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Wyd. Naukowe PWN Warszawa 2000.
3. Bańka A.: Bezrobocie. Podręcznik pomocy psychologicznej. Wydawnictwo PRINT-B, Poznań 1992.
4. Strelau J. (red.): Psychologia, podręcznik akademicki. Gdańskie Wydawnictwo psychologiczne, Gdańsk 2000. (Tom 3).
5. Salmon P.: Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
6. Bańka A.: Następstwa pracy w warunkach stałego zagrożenia. [W:] L. Drobniak, W. Jurczyk: Problemy anestezjologii i intensywnej terapii. Wyd. Lekarskie PZWL Warszawa 1998. 371-379.
7. Law R., Dollard M.F., Tuckey M. R., Dormann Ch.: Psychosocial safety climate as a lead indicator of workplace bullying and harassment, job resources, psychological health and employee engagement. *Accident Analysis and Prevention* 2011; 43: 1782–1793.
8. Dollard, M.F., Bakker, A.B.: Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology* 2010; 83: 579–599.
9. Pokonaj stres. Dodatek specjalny. *Przekrój* nr 16/2007.
10. Łuczak A., Najmiec A.: Badania sprawności psychofizycznej kierowców wypadkowych i bezwypadkowych w aspekcie prewencji wypadkowej i zwiększenia kultury bezpieczeństwa w transporcie drogowym. Praca naukowo-badawcza z zakresu prewencji wypadkowej. Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy, Warszawa 2009.
11. Takeda E., Robazzi M.L.C.: Occupational accidents among ambulance drivers in the emergency relief. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2007, 15(3): 439-445.
12. Ogińska H., Pokorski J.: Chronoergonomiczne uwarunkowania bezpieczeństwa w transporcie [w:] T. Marek, H. Ogińska, J. Pokorski: Ergonomia transportu. Katedra Psychologii, Zarządzania i Ergonomii, Instytut Zarządzania, Uniwersytet Jagielloński, Kraków 2001.

13. Cybulski M.: Wybrane uwarunkowania zachowań ryzykownych dla zdrowia u kierowców na przykładzie transportu sanitarnego w województwie wielkopolskim. Niepublikowana rozprawa doktorska. Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. Poznań 2011.
14. Backé E.M., Kaul G., Klußmann A., Liebers F., Thim C., Maßbeck P., Steinberg U.: Assessment of salivary cortisol as stress marker in ambulance service personnel: comparison between shifts working on mobile intensive care unit and patient transport ambulance. *International Archives of Occupational and Environmental Health* 2009; 82:1057-1064.