

MAŁGORZATA TATAŁA

OCENA STRESU
WYWOŁANEGO TRAUMATYCZNYM ZDARZENIEM
W GRUPIE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH I STRAŻAKÓW:
PRZYCZYNEK DO ROZUMIENIA KULTURY PRACY

WPROWADZENIE

Istnieje wiele zawodów, których wykonywanie jest nieodłącznie związane z silnym stresem. Dotyczy to ratowników medycznych i strażaków. Podstawowym zadaniem ratowników medycznych jest niesienie kompetentnej pomocy medycznej, głównie w ramach Państwowego Ratownictwa Medycznego, którego są od kilkunastu lat istotnym, obok lekarzy i pielęgniarek, elementem. Ich praca jest nieuchronnie związana z narażaniem na silne czynniki stresogenne. Stresory pojawiają się podczas zdarzeń traumatycznych związanych z ratowaniem ludzi – ofiar wypadków komunikacyjnych, katastrof i innych niebezpiecznych wydarzeń, którym towarzyszą przerażające widoki rozległych okaleczeń, cierpienie, zagrożenie życia, śmierć, zdarzenia szczególnie traumatyczne, gdy dotyczą dzieci¹. W odniesieniu do strażaków, ich obciążenie pracą znacznie wzrosło. Na tę grupę zawodową, oprócz walki z pożarami i innymi klęskami żywiołowymi, nałożono wiele dodatkowych zadań związanych m.in. z prowadzeniem ratownictwa technicznego czy

Dr hab. MAŁGORZATA TATAŁA, prof. KUL – Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II, Wydział Nauk Społecznych, Instytut Psychologii, Katedra Psychologii Rozwojowej, adres do korespondencji: Al. Raławickie 14, 20-950 Lublin; e-mail: malgorzata.tatala@kul.pl; ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7073-8014>.

¹ Por. Beata PAPIERNIK, Piotr HOLAŃ, Katarzyna ŻAK-JASIŃSKA i Andrzej BASIŃSKI. „Zespół stresu pourazowego w pracy zawodowej ratowników medycznych”, *Anestezjologia i Ratownictwo* 6, nr 3 (2012): 339-342.

chemiczno-ekologicznego. Strażacy pomagają także ratownikom w prowadzeniu działań w zakresie ratownictwa medycznego, są obecni podczas wypadków drogowych². Nierzadko współpracują z grupami ratownictwa górskiego oraz prowadzą działania poszukiwawcze w gruzowiskach. Biorą udział w akcjach ratujących środowisko naturalne, chroniąc je przed szkodliwymi działaniami oparów substancji chemicznych przenikających do atmosfery, gaszą rozległe pożary lasów, zapobiegają zanieczyszczeniu wód substancjami uwalnianymi na skutek awarii w przemyśle. Udział w tego typu zdarzeniach naraża omawiane grupy zawodowe na poważne niebezpieczeństwo utraty zdrowia, a niekiedy i życia³.

Wielość nakładanych obowiązków skłania do ponownego przyjrzenia się problemowi stresu w zawodzie ratownika medycznego i strażaka. Stres, jak wykazano w literaturze, może być przyczyną wielu dolegliwości i chorób zawodowych⁴. Badanie przyczyn stresu związanego z zawodem ratownika medycznego i strażaka oraz poszukiwanie sposobów jego ograniczenia są podejmowane zarówno przez naukowców, jak i osoby odpowiedzialne za ergonomię stanowiska pracy oraz samych ratowników medycznych i strażaków – osoby odpowiedzialne za kształtowanie kultury pracy⁵. Na potrzeby niniejszego opracowania przyjmuje się psychologiczne rozumienie kultury pracy. Obejmuje ono system wartości i przekonań, zachowania podzielane i ujawniane przez pracowników w całej organizacji lub w ramach wyodrębnionych działów, pionów i podgrup. Kultura ta wyraża się w myśleniu, nakazach, zakazach, sądach, emocjach, schematach zachowań i ich interpretacji w odniesieniu do czynności związanych z miejscem pracy⁶. W tak rozumianej

² Agnieszka POPIEL, Bogdan ZAWADZKI, Ewa PRAGŁOWSKA, Paweł HABRAT i Patrycja GAJDA, *Skuteczne działanie w stresie. Program profilaktyki PTSD dla osób narażonych na traumatyzację zawodową* (Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2020).

³ Por. Jerzy KONIAREK i Bohdan DUDEK, „Zespół zaburzeń po stresie urazowym a stosunek do pracy strażaków”, *Medycyna Pracy* 52, nr 3 (2001): 177-183.

⁴ Aleksandra JASIELSKA i Michał ZIARKO, „Specyficzne korelaty i ogólny mechanizm psychologiczny zespołu stresu pourazowego u ratowników medycznych”, *Medycyna Pracy* 70, nr 1 (2019): 53-66; Anders JONSSON, Kerstin SEGESTEN i Bengt MATTSSON, „Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel”, *Emergency Medicine Journal* 20, nr 1 (2003): 79-84; Gloria OBUOBI-DONKOR, Folajinmi OLUWASINA, Nnamdi NKIRE, Vincent I.O. AGYAPONG, „A scoping review on the prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder among military personnel and firefighters: implications for public policy and practice”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, nr 3 (2022): 1565.

⁵ Por. Małgorzata GRUCHOLA, „Kultura w ujęciu socjologicznym”, *Roczniki Kulturoznawcze* 1 (2010): 97-114.

⁶ Por. Piotr PASTERCZYK, „Kultura jako zagrożenie i ratunek. Analiza kultury w świetle fenomenu naśladowania (mimesis) i wychowania (paideia)”, *Roczniki Kulturoznawcze* 3 (2012): 23-44.

kulturze pracy istotną rolę odgrywają procesy psychiczne związane z uczeniem i formowaniem się nawyków, internalizacją norm i wartości⁷.

PSYCHOLOGICZNA PROBLEMATYKA STRESU

Stres towarzyszy ludziom w ich codziennym funkcjonowaniu, nawet jeśli nie zawsze jest przez nich dostrzegany. Jedną z najbardziej znanych teorii stresu została zaproponowana przez Lazarusa i Folkmana⁸. Według tych autorów sytuacja stresowa pojawia się, gdy wymagania, jakie stawia osobie jej relacja z otoczeniem, przekraczają zasoby jednostki. Koncepcja ta podkreśla relacje osoby ze środowiskiem, różniąc się tym samym od innych ujęć, w świetle których stres jest rozumiany jako bodziec lub reakcja. Silny stres powoduje poważne konsekwencje nie tylko fizyczne, ale również psychiczne. Poważnym skutkiem silnego stresu jest zespół stresu pourazowego (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD)⁹.

W 1871 roku amerykański psychiatra Jacob Mendez Da Costa zaobserwował u żołnierzy wracających z wojny secesyjnej szereg wspólnych objawów, takich jak: uczucie niepokoju, duszność, bóle w klatce piersiowej i nadmierna potliwość. Wymienione symptomy nie były związane z wysiłkiem fizycznym, lecz miały charakter psychogeny i były pośrednim wynikiem doświadczanej uprzednio sytuacji traumatycznej¹⁰. Sytuacja traumatyczna, zgodnie z klasyfikacją DSM-V, określana jest jako narażenie na śmierć, poważny uraz lub przemoc seksualna, które charakteryzują się przynajmniej jednym z następujących objawów: bezpośrednie doświadczenie traumatycznego przeżycia; bycie naocznym świadkiem traumatycznych dla innych osób wydarzeń; uzyskanie informacji o tym, że członek bliskiej rodziny lub przyjaciel doświadczył traumatycznego przeżycia¹¹.

⁷ Por. Ludwika WOJCIECHOWSKA, „Subjectivity and generativity in midlife”. *Polish Psychological Bulletin* 48, nr 1 (2017): 38-43.

⁸ Richard S. LAZARUS i Susan FOLKMAN, *Stress, appraisal, and coping* (New York: Springer, 1984).

⁹ Nina OGIŃSKA-BULIK i Zygfryd JUCZYŃSKI, „Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost”, *Psychiatria* 9, nr 1 (2012): 1-10.

¹⁰ Ryszard W. GRYGLEWSKI, „Krótki rys historii psychiatrii wojennej”, *Prace Historyczne* 141, z. 4 (2014): 895-909.

¹¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th Edition DSM-5* (Washington D.C.: American Psychiatric Publishing, 2013).

Przeżycie wydarzenia o charakterze traumatycznym nie zawsze wiąże się z występowaniem PTSD. Zmienną istotną dla tego zjawiska jest subiektywna ocena doświadczanego stresu. Im wyższa ocena doświadczanego stresu wywołanego traumatycznym wydarzeniem (IES-R), tym wyższa możliwość wystąpienia PTSD. Wskazuje się, że rozpowszechnienie PTSD waha się w granicach pomiędzy 1 a 9%, natomiast wśród osób, które doznały ekspozycji na wydarzenia traumatyczne, odsetek osób z PTSD wynosi nawet do 70%¹². PTSD częściej występuje w grupie kobiet (9,6%) w porównaniu do mężczyzn (3,6%)¹³. W polskiej populacji osób dorosłych PTSD występuje od 10 do 16%¹⁴. Na strukturę tego zaburzenia składają się następujące symptomy: intruzja, unikanie, odrętwienie, pobudzenie lękowe, pobudzenie dysforyczne oraz zmiany w zakresie przekonań i nastroju¹⁵. Zgodnie z ICD-11 (*International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) na PTSD składają się trzy grupy symptomów: ponowne przeżywanie traumy „tu i teraz” w formie koszmarów, uporczywych i natrętnych retrospekcji; unikanie wszelkich okoliczności, myśli, sytuacji, osób przywołujących w pamięci traumatyczne zdarzenia, nadmierna czujność, poczucie ciągłego zagrożenia, pobudliwość, zwłaszcza w reagowaniu na bodźce szczególnie gwałtowne i nagłe¹⁶.

W grupie szczególnie narażonych na udział w wydarzeniach traumatycznych znajdują się osoby wykonujące tzw. zawody mundurowe, w tym emergencyjne, jak ratownicy medyczni czy strażacy, dalej piloci, policjanci, kierowcy, operatorzy składów kolejowych oraz niektóre z zawodów budowlanych¹⁷. Na strażakach i ratownikach medycznych spoczywa odpowiedzialność za zapewnianie bezpieczeństwa innym ludziom. Jedną z istotnych cech, którymi charakteryzują się wymienione zawody, jest nieprzewidywal-

¹² Letizia BOSSINI, Ilaria CASOLARO, Despoina KOUKOUNA, Claudia CATERINI, Miriam OLIVOLA i Andrea FAGIOLINI, „Zespół stresu pourazowego u ofiar zamachów terrorystycznych – studium porównawcze wpływu wydarzeń traumatycznych na życie pacjentów”, *Psychiatria Polska* 50, nr 5 (2016): 907-921.

¹³ Ron C. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, C. Nelson, „Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey”, *Archives of General Psychiatry* 52 (1995): 1048-1060.

¹⁴ Maria LIS-TURLEJSKA, *Stres traumatyczny – Występowanie, następstwa, terapia* (Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2002).

¹⁵ Bogdan ZAWADZKI i Agnieszka POPIEL, „Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11”, *Nauka* 4 (2014): 69-86.

¹⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO, 2019.

¹⁷ Marzena NETCZUK-GWOŹDZIEWICZ i Mariusz JĘDRZEJKO, „Wybrane problemy zapobiegania zaburzeniom stresu pourazowego u funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej”, *Logistyka*, nr 5 (2014): 1154-1166.

ność zdarzeń, a także konieczność radzenia sobie z emocjami nie tylko własnymi, ale również innych osób¹⁸. Gromadzące się napięcie ma z kolei negatywny wpływ na dobrostan psychiczny¹⁹. Intensywność stresu oraz związane z nim przeżycia zależą zarówno od różnic indywidualnych, jak i specyfiki samych wydarzeń (np. ich częstotliwość lub natężenie)²⁰.

Literatura dostarcza niejednoznacznych wyników odnośnie do różnic w poziomie PTSD doświadczanego przez strażaków i ratowników medycznych. Z jednej strony strażacy nieco rzadziej niż ratownicy medyczni doznają objawów PTSD. Pojawia się on u około 7-40% osób wykonujących tę profesję²¹. Z kolei polskie badania w zakresie PTSD, przeprowadzone wśród strażaków pod koniec lat 90. XX wieku, wykazały, że ze zdarzeniami urazowymi miało styczność ponad 80% osób, blisko 75% było narażonych na traumę więcej niż jeden raz, a ponad 4% strażaków zmagало się z poważnymi konsekwencjami psychicznymi PTSD w postaci silnych i długotrwałych symptomów uniemożliwiających normalne funkcjonowanie²². Specyfika wykonywanych obowiązków zawodowych przez ratowników medycznych wiąże się z systematycznym uczestnictwem w wydarzeniach o charakterze traumatycznym, co z kolei stwarza ryzyko rozwoju zespołu stresu pourazowego. Z badań przeprowadzonych wśród aktywnych zawodowo ratowników medycznych wynika, że blisko połowa z nich (48,9%) sygnalizuje występowanie symptomów, które są charakterystyczne dla PTSD²³. Badania w grupie pracowników służb ratowniczych wykazały, że ratownicy medyczni są bardziej podatni na wystąpienie tego zaburzenia w porównaniu do funkcjonariuszy straży pożarnej czy policjantów²⁴. Z wyników badań uzyskanych przez Binczycką-Anholcer i Lepieszę dotyczących stresu traumatycznego w grupie służb emergencyjnych wynika, że osoby po 40 roku życia cechuje największe

¹⁸ Por. Wojciech NAPORA i Waldemar KLINKOSZ, „Style radzenia sobie ze stresem i motywacja osiągnięć studentów różnych kierunków studiów”, *Studia Społeczne* 12, nr 1 (2015): 53-62.

¹⁹ Angela HETHERINGTON, *Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych*, tłum. Olena Waśkiewicz (Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2004).

²⁰ Nina OGIŃSKA-BULIK i Igor LANGER, „Osobowość typu D i strategie radzenia sobie ze stresem a nasilenie objawów PTSD w grupie strażaków”, *Medycyna Pracy* 58, nr 4 (2007): 307-316.

²¹ Magdalena WITT, Bogusław STELCEK i Marta CZARNECKA-IWAŃCZUK, „Styl radzenia sobie ze stresem u strażaków narażonych na ciężki stres”, *Psychiatria Polska* 52, nr 3 (2018): 543-555.

²² KONIAREK i DUDEK, „Zespół zaburzeń po stresie urazowym strażaków”.

²³ JASIELSKA i ZIARKO, „Specyficzne korelaty”.

²⁴ William BERGER, Evandro Silva Freire COUTINHO, Ivan FIGUEIRA, Carla MARQUES-PORTELLA, Mariana Pires Luz, Thomas C NEYLAN, Charles R MARMAR i Mauro Vitor MENDLOWICZ, „Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers”, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, nr 6 (2012): 1001-1011.

nasilenie jego symptomów²⁵. Ma to związek z częstotliwością oddziaływania stresorów i długotrwałą stycznością z nimi. Wyniki badań przeprowadzonych wśród ratowników medycznych dowiodły także, że poziom stresu traumatycznego jest ściśle związany z wiekiem, a także stażem pracy. Osoby w okresie średniej dorosłości ze stażem pracy pomiędzy 6 a 15 lat cechowały się wyższym poziomem stresu w porównaniu do osób poniżej 30 roku życia, z krótszym stażem zawodowym²⁶. Podobne wyniki uzyskano w badaniach prowadzonych wśród funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej. Im uczestniczący w badaniu strażacy byli starsi, tym więcej wykazywali symptomów zaburzenia stresu pourazowego²⁷.

PROBLEM BADAWCZY

Na potrzeby niniejszej pracy podjęty problem badawczy sformułowano w formie następujących pytań: Czy ratownicy medyczni w porównaniu do strażaków cechują się wyższym poziomem oceny subiektywnego stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem, doświadczanej intruzji, pobudzenia i unikania? Czy okres rozwojowy osób badanych różnicuje wyniki w zakresie oceny stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem doświadczanej intruzji, pobudzenia i unikania?

Odpowiedzią na postawione pytania są następujące hipotezy:

H1: Ratownicy medyczni cechują się w stosunku do strażaków wyższym poziomem:

H1.1: oceny stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem,

H1.2: doświadczanej intruzji,

H1.3: odczuwanego pobudzenia,

H1.4: doświadczanego unikania.

H2: Osoby w średniej dorosłości cechują się w stosunku do osób we wczesnej dorosłości wyższym poziomem:

H2.1: oceny stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem,

H2.2: doświadczanej intruzji,

²⁵ Marzena BINCZYCKA-ANHOLCER i Piotr LEPIESZA, „Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego”, *Hygeia Public Health* 46, nr 4 (2011): 455-461.

²⁶ Barbara ŚLUSARSKA, Grzegorz NOWICKI i Dorota JĘDRZEJEWICZ, „Poziom odczuwanego stresu i czynniki stresogenne na stanowisku pracy ratownika medycznego”, *Pielęgniarstwo XXI wieku* 46, nr 1 (2014): 11-18.

²⁷ Zofia MOCKAŁŁO, „Stres pourazowy w zawodzie strażaka – przegląd badań”, *Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka* (453), nr 6 (2009): 2-5.

H2.3: odczuwanego pobudzenia,

H2.4: doświadczanego unikania.

Zmiennymi zależnymi w niniejszym projekcie są: (1) ocena stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem (wynik ogólny, na który składają się intruzja, pobudzenie i unikanie), (2) doświadczana intruzja, która przejawia się powtarzającymi się myślami, snami, obrazami czy też wrażeniami percepcyjnymi mającymi związek z doświadczonym zdarzeniem; (3) odczuwane pobudzenie, wyrażające się lękiem, trudnościami z koncentracją uwagi, stanem nadmiernej czujności i ogólnego zniecierpliwienia oraz (4) doświadczane unikanie, charakteryzujące się próbą zaprzestania powracania do myśli, emocji, a nawet rozmów związanych z odczuwaną traumą²⁸.

Zmiennymi niezależnymi są: wykonywany zawód ratownika medycznego i strażaka (wcześniej omówione) oraz dwa okresy rozwojowe: wczesna i średnia dorosłość.

W okresie wczesnej dorosłości dokonują się ważne przejścia egzystencjalne: osoby z uczniów stają się pracownikami, z dzieci rodzicami, z osób podlegających opiece stają się osobami troszczącymi się o innych w zakresie zdrowotnym, finansowym, duchowym²⁹. We wczesnej dorosłości osoby często osiągają najwyższy status tożsamości, tzw. tożsamość osiągniętą, która charakteryzuje się wyraźnym poczuciem własnych kompetencji i ich granic oraz odpowiedzialność za własne decyzje i ich konsekwencje³⁰. Tożsamość ułatwia nawiązywanie głębszych relacji interpersonalnych, a także umożliwia przyjmowanie perspektywy drugiego człowieka oraz troskę nie tylko o najbliższych, lecz również o potrzebujących i cierpiących³¹. Gdy tożsamość osoby zgodna jest z jej podstawową sferą funkcjonowania, może ona osiągnąć poczucie wysokiej jakości życia³². Na ogół w okresie wczesnej

²⁸ Zygryd JUCZYŃSKI i Nina OGIŃSKA-BULIK, „Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń”, *Psychiatria* 6, nr 1 (2009): 15-25.

²⁹ Por. Małgorzata TATALA, Czesław WALESA, Anna NOSEK i Karolina WALACHOWSKA, „Doświadczenie religijne osób we wczesnej i średniej dorosłości”, *Horyzonty Psychologii* 5 (2015): 45-62.

³⁰ Małgorzata TATALA i Czesław WALESA, „Religijne decyzje życiowo doniosłe w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości”, *Horyzonty Psychologii* 6 (2016): 15-29.

³¹ Por. Ludwika WOJCIECHOWSKA, „Duchowość a subiektywny dobrostan osobowościowy, społeczny i emocjonalny osób we wczesnej, średniej i późnej dorosłości”, w: *Konteksty religijności i rodziny*, red. Monika Borowska, Jolanta Kraśniewska, 113-173 (Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II, Wydawnictwo Naukowe, 2020).

³² Małgorzata TATALA, „Development of prayer in adolescence and youth”, *International Journal of Psychology and Consuelling* 1, nr 7 (2009): 113-116; Małgorzata TATALA i Czesław WALESA, „Porównanie doświadczeń religijnych w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości”, *Psychologia Rozwojowa* 26, nr 1 (2021): 37-48.

dorobłości jednostki dysponuj wielką energią i wybitną sprawnośc. Dotyczy to m.in. ekonomicznego sposobu korzystania ze swoich zasobów oraz ich regenerowania³³.

Najwazniejszymi procesami rozwojowymi osb, ktore osiągnęły sredni doroblosć, są: generatywność, twórczość i produktywność. Osoby często zostają ekspertami w danej dziedzinie. U większości osb występuje faza szczytowych osignięć³⁴. Generatywność tego okresu przejawia się głównie podtrzymywaniem życia w strukturach społecznych. Średnia doroblosć to z jednej strony najszczeńliwsze i najlepsze lata życia, z drugiej zaś największe nasilenie sytuacji stresowych, przeciężenie rolę, wypalenie zawodowe, starzenie się, kryzys przełomu połowy życia³⁵. Osoby w tym okresie potrafi zachować dystans wobec róznych wydarzeń i koncentrować się na sprawach najwazniejszych³⁶.

OSOBY BADANE

Próbę badawczą stanowiło 195 męzczyzn w wieku od 20 do 59 lat. Średni wiek badanych to $M_{\text{wiek}}=35,93$ ($SD_{\text{wiek}}=9,78$). Z ankiet zwrócono się do osb reprezentujących dwie grupy zawodowe: strażacy $n=99$ ($M_{\text{wiek}}=33,62$; $SD_{\text{wiek}}=8,67$) i ratownicy medyczni $n=96$ ($M_{\text{wiek}}=38,32$; $SD_{\text{wiek}}=10,32$). Badania zostały przeprowadzone z rozróżnieniem dwóch okresów rozwojowych: wczesnej (18-34) i sredniej doroblosci (35-65). W grupie strażaków znalazły się $n=54$ osoby we wczesnej i $n=45$ respondentów w sredniej doroblosci. Z kolei w grupie ratowników medycznych $n=45$ osb było w okresie wczesnej, a $n=51$ w sredniej doroblosci.

Jak wynika z danych socjodemograficznych, $n=176$ osb (90,3%) spośród wszystkich badanych zadeklarowało, że w swoim życiu byli narażeni przynajmniej na jedno traumatyczne wydarzenie, do ktorych zaliczono wypadki komunikacyjne (w tym o charakterze masowym), śmierć dziecka, samobójstwo, klęski żywiołowe, powazne uszkodzenia ciła, a takżę ryzyko zarażen-

³³ Por. Beata KOSTRUBIEC-WOJTACHNIO i Małgorzata TATAŁA, „Obraz Boga u młodziży wyznania katolickiego”, *Psychologia Rozwojowa* 19, nr 1 (2014): 85-102; Czesław WALESA i Małgorzata TATAŁA, *Rozwój religijności człowieka. Tom II: Młodziż* (Lublin: Wydawnictwo KUL, 2020).

³⁴ Por. TATAŁA i WALESA, „Religijne decyzje”.

³⁵ Por. Małgorzata TATAŁA, „Psychological aspects of religious morality in middle and late adulthood”, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 48, nr 4 (2021): 147-160.

³⁶ Małgorzata TATAŁA, „Więź ze wspólnot osb wierzących w okresie sredniej i późnej doroblosci”, W: *Konteksty religijności i rodziny*, red. Monika Borowska, Jolanta Kraśniewska, 231-263 (Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II, Wydawnictwo Naukowe, 2020).

nia chorobami zakaźnymi. W trakcie wykonywania czynności zawodowych zdecydowana większość osób (96,9%) była świadkiem śmierci, zagrożenia życia i zdrowia innych osób. Ponad połowa respondentów (69%) twierdziła, że podczas wykonywania obowiązków służbowych występowała obawa o zagrożenie własnego życia.

METODA BADAŃ

W badaniach zastosowano Zrewidowaną Skalę Wpływu Zdarzeń (ang. *Impact of Event Scale-Revised IES-R*) autorstwa Weissa i Marmara, w polskiej adaptacji Juczyńskiego i Ogińskiej-Bulik³⁷. Narzędzie to służy do oceny subiektywnego, aktualnego stresu spowodowanego zdarzeniem traumatycznym, którego doświadczyła osoba badana. Metoda składa się z 22 pozycji testowych, które ujmują symptomy stresu odczuwanego z ostatnich siedmiu dni od daty wypełnienia kwestionariusza. Zrewidowana Skala Wpływu Zdarzeń, ze względu na swój samoopisowy charakter, dostarcza wiedzy na temat samooceny w zakresie natężenia przejawów stresu pourazowego. Metoda stanowi trafne i rzetelne narzędzie do wstępnej diagnozy PTSD. W skład IES-R wchodzi trzy wymiary PTSD: intruzja, pobudzenie oraz unikanie – wcześniej omówione.

PROCEDURA

Badania ilościowe zrealizowano metodą ankiety roznoszonej. Respondenci ustosunkowywali się do pozycji testowych zawartych w papierowym kwestionariuszu i wypełniali go odręcznie. Badane osoby zapewniono o anonimowości i przeznaczeniu wyników badań dla celów naukowych. Spotkania były umawiane z kilkudniowym wyprzedzeniem w terminie dogodnym dla respondentów.

WYNIKI

Zastosowano dwuczynnikową analizę wariancji MANOVA, by zweryfikować postawione hipotezy badawcze. Wynik ogólny (MANOVA) okazał się być istotny statystycznie dla zmiennej wykonywany zawód, który istotnie wyjaśnia zmienność w zakresie zmiennych zależnych ($A = 0.78$; $F(3,189) = 18.21$; $p < 0.001$; $\eta^2 = 0.22$). Podobny efekt zaobserwowano dla interakcji między

³⁷ JUCZYŃSKI i OGIŃSKA-BULIK, „Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym”.

wykonywanym zawodem a grupą wiekową osób badanych ($A = 0.89$; $F(3,189) = 7.61$; $p < 0.001$; $\eta^2 = 0.11$). Okres rozwojowy wyjaśnia natomiast wszystkie zmienne zależne na poziomie tendencji statystycznej ($A = 0.97$; $F(3,189) = 2.3$; $p < 0.1$; $\eta^2 = 0.04$).

W kolejnym kroku zweryfikowano, czy wykonywany zawód i okres rozwojowy osób badanych w sposób istotny różnicują zmienne zależne: intruzję, pobudzenie, unikanie i wynik ogólny, tj. ocenę stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem IES-R (tabela 1).

Tabela 1

Istotności statystyczne zmiennych oraz wskaźnik wielkości efektu

| Zmienna zależna | Zmienna niezależna | $F(1,191)$ | $p <$ | η^2 |
|-----------------|----------------------------|------------|-------|----------|
| Intruzja | Zawód | 33.58 | 0.001 | 0.15 |
| Pobudzenie | | 37.65 | 0.001 | 0.16 |
| Unikanie | | 49.70 | 0.001 | 0.21 |
| IES-R | | 51.04 | 0.001 | 0.21 |
| Intruzja | Okres rozwojowy | 4.05 | 0.05 | 0.02 |
| Pobudzenie | | 6.97 | 0.01 | 0.04 |
| Unikanie | | 3.02 | 0.1 | 0.02 |
| IES-R | | 5.76 | 0.05 | 0.03 |
| Intruzja | Zawód * Okres rozwojowy | 20.75 | 0.001 | 0.10 |
| Pobudzenie | | 17.92 | 0.001 | 0.09 |
| Unikanie | | 14.04 | 0.001 | 0.07 |
| IES-R | | 22.78 | 0.001 | 0.11 |

Adnotacja: F – test jednorodności wariancji; $p <$ poziom istotności; η^2 miara siły efektu

Analiza typu ANOVA dostarczyła informacji, że zawód osób badanych, ich okres rozwojowy, a także interakcja obu zmiennych w sposób istotny statystycznie różnicuje osoby pod względem doświadczanej intruzji, pobudzenia, unikania, a także wyniku ogólnego – oceny stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem IES-R. Poniżej przedstawiono wartości średnich i odchyłeń standardowych dla zmiennych zależnych (tabela 2).

Tabela 2
Wartości średnich i odchyłeń standardowych dla poszczególnych zmiennych

| Zmienna zależna | Zmienna niezależna | Okres rozwojowy | <i>M</i> | <i>SD</i> |
|-----------------|--------------------|-------------------|----------|-----------|
| Intruzja | Strażak | Wczesna dorosłość | 7.81 | 6.53 |
| | | Średnia dorosłość | 14.22 | 7.71 |
| | | Ogółem | 10.73 | 7.75 |
| | Ratownik medyczny | Wczesna dorosłość | 17.91 | 7.11 |
| | | Średnia dorosłość | 15.43 | 5.84 |
| | | Ogółem | 16.59 | 6.55 |
| | Ogółem | Wczesna dorosłość | 12.40 | 8.44 |
| | | Średnia dorosłość | 14.86 | 6.77 |
| | | Ogółem | 13.62 | 7.74 |
| Pobudzenie | Strażak | Wczesna dorosłość | 6.43 | 5.33 |
| | | Średnia dorosłość | 11.67 | 5.40 |
| | | Ogółem | 8.81 | 5.94 |
| | Ratownik medyczny | Wczesna dorosłość | 14.33 | 5.56 |
| | | Średnia dorosłość | 13.12 | 4.97 |
| | | Ogółem | 13.69 | 5.26 |
| | Ogółem | Wczesna dorosłość | 10.02 | 6.70 |
| | | Średnia dorosłość | 12.44 | 5.20 |
| | | Ogółem | 11.21 | 6.11 |
| Unikanie | Strażak | Wczesna dorosłość | 9.02 | 5.91 |
| | | Średnia dorosłość | 13.40 | 4.78 |
| | | Ogółem | 11.01 | 5.83 |
| | Ratownik medyczny | Wczesna dorosłość | 17.64 | 5.75 |
| | | Średnia dorosłość | 16.04 | 5.64 |
| | | Ogółem | 16.79 | 5.72 |
| | Ogółem | Wczesna dorosłość | 12.94 | 7.24 |
| | | Średnia dorosłość | 14.80 | 5.39 |
| | | Ogółem | 13.86 | 6.45 |
| IES-R | Strażak | Wczesna dorosłość | 23.26 | 16.20 |
| | | Średnia dorosłość | 39.29 | 15.19 |
| | | Ogółem | 30.55 | 17.60 |

| | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------|-------|
| | Ratownik medyczny | Wczesna dorosłość | 49.89 | 16.13 |
| | | Średnia dorosłość | 44.59 | 14.62 |
| | | Ogółem | 47.07 | 15.50 |
| | Ogółem | Wczesna dorosłość | 35.36 | 20.89 |
| | | Średnia dorosłość | 42.10 | 15.05 |
| | | Ogółem | 38.68 | 18.51 |

Adnotacja: *M* – średnia *SD* – odchylenie standardowe

Analiza statystyk opisowych zaprezentowanych w powyższej tabeli pozwala na stwierdzenie, że ratownicy medyczni osiągają wyższy poziom intruzji, pobudzenia, unikania, a także oceny stresu wywołanego traumatycznym doświadczeniem IES-R w stosunku do strażaków. Ponadto osoby w średniej dorosłości osiągają wyższy poziom intruzji, pobudzenia, unikania i oceny stresu wywołanego traumatycznym wydarzeniem w porównaniu do osób we wczesnej dorosłości. Jedynie dla skali unikanie różnice między osobami we wczesnej dorosłości w stosunku do osób w średniej dorosłości były istotne na poziomie tendencji statystycznej (tabela 1).

W celu dokonania dokładniejszej specyfikacji badanych zmiennych, wykonano analizę interakcji między rodzajem wykonywanego zawodu a okresem rozwojowym osób badanych ze względu na poszczególne skale stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem. Postanowiono sprawdzić w jakich warunkach jednej ze zmiennej, występuje efekt drugiej zmiennej (tabela 3).

Tabela 3

Analiza interakcji: rodzaj wykonywanego zawodu a okres rozwojowy osób badanych ze względu na poszczególne skale stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem

| Zmienna zależna | Zmienna niezależna | | Różnica średnich | Błąd standardowy | <i>p</i> < | 95% przedział ufności dla różnicy | |
|-----------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------|------------|-----------------------------------|---------------|
| | | | | | | Dolna granica | Górna granica |
| Intruzja | Strażak | Wczesna dorosłość | -6.41 | 1.37 | 0.01 | -9.11 | -3.70 |
| | | Średnia dorosłość | | | | | |
| | Ratownik medyczny | Wczesna dorosłość | 2.48 | 1.39 | n.i. | -0.26 | 5.22 |
| | | Średnia dorosłość | | | | | |

| | | | | | | | |
|------------|-------------------|-------------------|--------|------|------|--------|-------|
| Pobudzenie | Strażak | Wczesna dorosłość | -5.24 | 1.07 | 0.01 | -7.35 | -3.13 |
| | | Średnia dorosłość | | | | | |
| | Ratownik medyczny | Wczesna dorosłość | 1.22 | 1.09 | n.i. | -0.93 | 3.36 |
| | | Średnia dorosłość | | | | | |
| Unikanie | Strażak | Wczesna dorosłość | -4.38 | 1.12 | 0.01 | -6.60 | -2.17 |
| | | Średnia dorosłość | | | | | |
| | Ratownik medyczny | Wczesna dorosłość | 1.61 | 1.14 | n.i. | -0.64 | 3.85 |
| | | Średnia dorosłość | | | | | |
| IES-R | Strażak | Wczesna dorosłość | -16.03 | 3.14 | 0.01 | -22.22 | -9.84 |
| | | Średnia dorosłość | | | | | |
| | Ratownik medyczny | Wczesna dorosłość | 5.30 | 3.18 | n.i. | -0.97 | 11.57 |
| | | Średnia dorosłość | | | | | |

Analiza porównań wielokrotnych (z poprawką Bonferroniego) pozwoliła na zaobserwowanie istotnych statystycznie różnic między strażakami we wczesnej dorosłości a strażakami w średniej dorosłości pod względem doświadczanej intruzji. Strażacy we wczesnej dorosłości cechowali się istotnie niższym wynikiem intruzji ($M=7.81$; $SD=6.53$) w porównaniu do strażaków w średniej dorosłości ($M=14.22$; $SD=7.71$). W grupie strażaków uzyskano istotne statystycznie różnice zarówno co do odczuwanego pobudzenia, doświadczanego unikania, jak i ogólnej oceny stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem. Strażacy w okresie wczesnej dorosłości cechowali się niższym wynikiem pobudzenia ($M=6.43$; $SD=5.33$) w porównaniu do strażaków ze średniej dorosłości ($M=11.67$; $SD=5.40$). Podobny efekt zaobserwowano pod względem doświadczanego unikania u strażaków w okresie wczesnej ($M=9.02$; $SD=5.91$) i średniej dorosłości ($M=13.40$; $SD=4.78$) oraz wyniku ogólnego we wczesnej ($M=23.26$; $SD=16.20$) i średniej dorosłości ($M=39.29$; $SD=15.19$). W przypadku ratowników medycznych nie zaobserwowano istotnych różnic między grupą osób we wczesnej dorosłości a grupą osób w średniej dorosłości, uwzględniając poszczególne wymiary skali.

W kolejnym kroku analizy interakcji postąpiono w sposób analogiczny: wykonano analizę interakcji między okresem rozwojowym a rodzajem wykonywanego zawodu ze względu na poszczególne skale stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem (tabela 4).

Tabela 4

Analiza interakcji: okres rozwojowy a rodzaj wykonywanego zawodu ze względu na poszczególne skale stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem

| Zmienna zależna | Zmienna niezależna | | Różnica średnich | Błąd standardowy | p< | 95% przedział ufności dla różnicy | |
|-----------------|--------------------|-------------------|------------------|------------------|------|-----------------------------------|---------------|
| | | | | | | Dolna granica | Górna granica |
| Intruzja | Wczesna dorosłość | Strażak | -10.10 | 1.37 | 0.01 | -12.80 | -7.39 |
| | | Ratownik medyczny | | | | | |
| | Średnia dorosłość | Strażak | -1.21 | 1.39 | n.i. | -3.95 | 1.53 |
| | | Ratownik medyczny | | | | | |
| Pobudzenie | Wczesna dorosłość | Strażak | -7.91 | 1.07 | 0.01 | -10.02 | -5.79 |
| | | Ratownik medyczny | | | | | |
| | Średnia dorosłość | Strażak | -1.45 | 1.09 | n.i. | -3.59 | 0.69 |
| | | Ratownik medyczny | | | | | |
| Unikanie | Wczesna dorosłość | Strażak | -8.63 | 1.12 | 0.01 | -10.84 | -6.41 |
| | | Ratownik medyczny | | | | | |
| | Średnia dorosłość | Strażak | -2.64 | 1.14 | 0.05 | -4.88 | -0.40 |
| | | Ratownik medyczny | | | | | |
| IES-R | Wczesna dorosłość | Strażak | -26.63 | 3.14 | 0.01 | -32.82 | -20.44 |
| | | Ratownik medyczny | | | | | |
| | Średnia dorosłość | Strażak | -5.30 | 3.18 | n.i. | -11.57 | 0.97 |
| | | Ratownik medyczny | | | | | |

W przypadku osób we wczesnej dorosłości, różnice między strażakami a ratownikami medycznymi wystąpiły dla wszystkich obserwowanych zmien-

nych. Ratownicy medyczni będący we wczesnej dorosłości cechowali się istotnie wyższym wynikiem intruzji ($M=17.91$; $SD=7.11$) w porównaniu do strażaków w tym samym okresie rozwojowym ($M=7.81$; $SD=6.53$). Ponadto ratownicy medyczni w okresie wczesnej dorosłości cechowali się wyższym wynikiem pobudzenia ($M=14.33$; $SD=5.56$) w stosunku do strażaków w okresie wczesnej dorosłości ($M=6.43$; $SD=5.33$). Podobny wyższy wynik zaobserwowano pod względem doświadczanego unikania u ratowników w okresie wczesnej dorosłości ($M=17.64$; $SD=5.75$) w porównaniu do strażaków będących w tymże okresie ($M=9.02$; $SD=5.91$).

W przypadku osób w średniej dorosłości, różnice między strażakami a ratownikami medycznymi wystąpiły wyłącznie dla zmiennej unikanie. Ratownicy medyczni w okresie średniej dorosłości uzyskali wyższy wynik ($M=16.04$; $SD=5.64$) w porównaniu do strażaków będących w omawianym okresie ($M=13.40$; $SD=4.78$).

DYSKUSJA

Ratownicy medyczni oraz strażacy w środowisku pracy często zmagają się z sytuacjami nieprzewidywalnymi, zagrażającymi zarówno zdrowiu, jak i życiu. Obserwowanie cierpienia, śmierci innych osób, w tym dzieci, narażają ich na stres i mogą być poważnym obciążeniem dla psychiki. W przypadku strażaków dochodzi do tego bezpośrednie zagrożenie w każdej akcji własnego zdrowia i życia. Stres związany z doświadczeniem traumatycznego zdarzenia wiąże się z możliwością wystąpienia ryzykownych zachowań, w tym z uzależnieniem od alkoholu, zażywaniem substancji psychoaktywnych, większą możliwością powstania depresji, traumy, niepokoju, a wreszcie prób samobójczych³⁸.

Ze względu na wagę problemu PTSD, szczególnie w przypadku osób wykonujących zawody z grupy ryzyka, w niniejszym opracowaniu podjęto próbę wyjaśnienia i weryfikacji zróżnicowania w zakresie stresu związanego z doświadczeniem traumatycznego zdarzenia w grupie strażaków i ratowników medycznych. Drugim zagadnieniem podjętym w ramach niniejszego opracowania było zbadanie roli wieku osób badanych w kształtowaniu się PTSD.

³⁸ Por. Agnieszka KULIK, Natalia KAJKA i Monika DACKA. „Processes of a Transformation of Young Drivers' Responsibility for Health-Carpe Diem”, *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, nr 7 (2021): 3634.

Uzyskane wyniki potwierdziły postawione w badaniu hipotezy. Po pierwsze, zaobserwowano, że ratownicy medyczni cechowali się wyższym poziomem wszystkich składowych PTSD, szczególnie w grupie osób we wczesnej dorosłości, w stosunku do strażaków. Jest to zgodne z dotychczasowymi obserwacjami³⁹. Wśród potencjalnych przyczyn zaobserwowanych wyników znajduje się sama specyfika omawianych zawodów. Ratownicy medyczni w porównaniu do strażaków zdecydowanie częściej mają do czynienia z czynnikami stresogennymi. Częstość kontaktu ze stresorem w miejscu pracy jest z kolei czynnikiem mogącym prowadzić zarówno do wypalenia zawodowego, jak i do PTSD⁴⁰.

W przypadku drugiego problemu podjętego w pracy zaobserwowano, że niezależnie od wykonywanego zawodu osoby w okresie średniej dorosłości cechowały się wyższym poziomem PTSD w porównaniu do osób we wczesnej dorosłości. Do podobnych rezultatów doszli Jonsson ze współpracownikami⁴¹ oraz Violanti i Gehrke⁴². Z kolei Hodgins i in. sugerują, że to właśnie osoby młodsze są bardziej narażone na wystąpienie PTSD, ponieważ nie posiadają jeszcze wystarczających zasobów w walce z negatywnymi konsekwencjami tego zaburzenia⁴³. Wyjaśnić to można tym, że z upływem czasu ich deficyt kompetencji zaradczych się zmniejsza, a przez to pojawia się ryzyko wzrostu PTSD. Potencjalną przyczynę uzyskanych wyników upatruje się w powiązaniu wieku osób badanych ze stażem ich pracy. Staż pracy z kolei pozostaje w dodatnim związku z liczbą stresorów, których doświadczają osoby badane. Zaobserwowano zatem niezależny od rodzaju zawodu wzrost z wiekiem poziomu składowych PTSD. Warto podkreślić, że w przypadku osób w średniej dorosłości, różnice między strażakami a ratownikami medycznymi pod względem doświadczanego PTSD coraz bardziej się zacierają. Można to interpretować w ten sposób, że po przekroczeniu właściwego dla każdej osoby punktu granicznego w zakresie liczby doświadczanych stresorów

³⁹ BERGER, COUTINHO, FIGUEIRA, MARQUES-PORTELLA, LUZ, NEYLAN, MARMAR i MENDLOWICZ, „Rescuers at risk”; WITT, STELCER i CZARNECKA-IWAŃCZUK, „Styl radzenia sobie ze stresem”.

⁴⁰ BERGER, COUTINHO, FIGUEIRA, MARQUES-PORTELLA, LUZ, NEYLAN, MARMAR i MENDLOWICZ, „Rescuers at risk”.

⁴¹ JONSSON, SEGESTEN i MATTSSON, „Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel”.

⁴² VIOLANTI John M. i Anne GEHRKE, „Police trauma encounters: Precursors of compassion fatigue”, *International Journal of Emergency Mental Health* 6, nr 2 (2004): 75-80.

⁴³ Gene A. HODGINS, Mark CREAMER i Richard BELL, „Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study”, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189, nr 8 (2001): 541-547.

uaktywniają się u większości jednostek podobne objawy, które mają analogiczną specyfikę jak PTSD.

Niniejsze badania ze względu na swoją złożoność, a także trudność dostarczenia do badanej próby, wykazują pewne ograniczenia. W pierwszej kolejności należałoby zaznaczyć, że zastosowana metoda pełni funkcję wstępnej oceny PTSD, wskazując na samoocenę natężenia symptomów stresu pourazowego. Dlatego uzyskane dane empiryczne należałoby traktować jako prognozę i przyczynek do dalszych badań. Prezentowane analizy uwzględniają jedynie dwa okresy rozwojowe, więc w dalszych badaniach należałoby uwzględnić pozostałe etapy życia osób pracujących. Analizy mogłyby także obejmować konkretny rodzaj stanowiska w pracy, kontrolę liczby i częstotliwości stresorów, których doświadczają osoby badane.

Wiedza o nasileniu symptomów PTSD w omawianych grupach zawodowych pozwala planować szereg oddziaływań służących efektywnemu radzeniu sobie z negatywnymi konsekwencjami traumatycznych doznań. W radzeniu sobie ze stresem ważnym zasobem jest wsparcie społeczne przyczyniające się do osiągnięcia optymalnego poziomu funkcjonowania psychospołecznego jednostek⁴⁴. Wyższy poziom tego wsparcia wiąże się z bardziej pozytywnymi wskaźnikami funkcjonowania w omawianych grupach zawodowych, obejmując sferę poznawczą, emocjonalną i duchową⁴⁵. Całokształt tych oddziaływań sprzyja właściwemu rozumieniu kultury pracy. Kultura pracy, jako ważny element funkcjonowania zawodowego, kształtuje się podczas wykonywania przez ratowników medycznych i strażaków określonych zadań, które przyczyniają się do budowania dobra wspólnego, mimo świadomości występowania szeregu niebezpieczeństw zagrażających zarówno zdrowiu, jak i życiu osób wykonujących omawiane zawody.

⁴⁴ Por. Konrad JANOWSKI, Małgorzata TATALA, Tomasz JEDYNAK, Agata KSIĘŻOPOLSKA i Beata GŁOWACKA, „Wsparcie społeczne a ocena własnej choroby, nasilenie objawów depresyjnych i akceptacja życia z chorobą u kobiet po mastektomii”, *Polskie Forum Psychologiczne* 21, nr 2 (2016): 188-205.

⁴⁵ Por. Konrad JANOWSKI, Małgorzata TATALA, Tomasz JEDYNAK i Karolina WAŁACHOWSKA, „Social support and psychosocial functioning in women after mastectomy”. *Palliative and Supportive Care* 18, nr 3 (2020): 314-321; Małgorzata TATALA, „The role of personal adjustment to developmental crises in improving quality of life”, *International Journal of Psychology and Counseling* 1, nr 10 (2009): 187-193.

BIBLIOGRAFIA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th Edition DSM-5*. Washington: American Psychiatric Publishing, 2013.
- BERGER William, Evandro Silva Freire COUTINHO, Ivan FIGUEIRA, Carla MARQUES-PORTELLA, Mariana Pires Luz, Thomas C NEYLAN, Charles R MARMAR i Mauro Vitor MENDLOWICZ. „Rescuers at risk: a systematic review and meta-regression analysis of the worldwide current prevalence and correlates of PTSD in rescue workers”. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 47, nr 6 (2012): 1001-1011.
- BINCZYCKA-ANHOLCER Marzena i Piotr LEPIESZA. „Stres na stanowisku pracy ratownika medycznego”. *Hygeia Public Health* 46, nr 4 (2011): 455-461.
- BOSSINI Letizia, Ilaria CASOLARO, Despoina KOUKOUNA, Claudia CATERINI, Miriam OLIVOLA i Andrea FAGIOLINI. „Zespół stresu pourazowego u ofiar zamachów terrorystycznych – studium porównawcze wpływu wydarzeń traumatycznych na życie pacjentów”. *Psychiatria Polska* 50, nr 5 (2016): 907-921.
- GRUCHOŁA Małgorzata. „Kultura w ujęciu socjologicznym”. *Roczniki Kulturoznawcze* 1 (2010): 97-114.
- GRYGLEWSKI, Ryszard W. „Krótki rys historii psychiatrii wojennej”. *Prace Historyczne* 141, z. 4 (2014): 895-909.
- HETHERINGTON, Angela. *Wsparcie psychologiczne w służbach ratowniczych*. Tłum. Olena Waśkiewicz. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2004.
- HODGINS Gene A., Mark CREAMER i Richard BELL. „Risk factors for posttrauma reactions in police officers: A longitudinal study”. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189, nr 8 (2001): 541-547.
- JANOWSKI Konrad, Małgorzata TATAŁA, Tomasz JEDYNAK, Agata KSIEŻOPOLSKA i Beata GŁOWACKA. „Wsparcie społeczne a ocena własnej choroby, nasilenie objawów depresyjnych i akceptacja życia z chorobą u kobiet po mastektomii”. *Polskie Forum Psychologiczne* 21, nr 2 (2016): 188-205.
- JANOWSKI Konrad, Małgorzata TATAŁA, Tomasz JEDYNAK i Karolina WAŁACHOWSKA. „Social support and psychosocial functioning in women after mastectomy”. *Palliative and Supportive Care* 18, nr 3 (2020): 314-321.
- JASIELSKA Aleksandra i Michał ZIARKO. „Specyficzne korelaty i ogólny mechanizm psychologiczny zespołu stresu pourazowego u ratowników medycznych”. *Medycyna Pracy* 70, nr 1 (2019): 53-66.
- JONSSON Anders, Kerstin SEGESTEN i Bengt MATTSSON. „Post-traumatic stress among Swedish ambulance personnel”. *Emergency Medicine Journal* 20, nr 1 (2003): 79-84.
- JUCZYŃSKI Zygryd i Nina OGIŃSKA-BULIK, (2009). „Pomiar zaburzeń po stresie traumatycznym – polska wersja Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń”. *Psychiatria* 6, nr 1 (2009): 15-25.
- KESSLER Ron C., A. SONNEGA, E. BROMET, M. HUGHES, C. NELSON. „Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey”. *Archives of General Psychiatry* 52 (1995): 1048-1060.
- KONIAREK Jerzy i Bohdan DUDEK. „Zespół zaburzeń po stresie urazowym a stosunek do pracy strażaków”. *Medycyna Pracy* 52, nr 3 (2001): 177-183.
- KOSTRUBIEC-WOJTACHNIO Beata i Małgorzata TATAŁA. „Obraz Boga u młodzieży wyznania katolickiego”. *Psychologia Rozwojowa* 19, nr 1 (2014): 85-102.

- KULIK, Agnieszka, Natalia KAJKA i Monika DACKA. „Processes of a Transformation of Young Drivers, Responsibility for Health-*Carpe Diem*”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18, nr 7 (2021): 3634.
- LAZARUS Richard S. i Susan FOLKMAN. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.
- LIS-TURLEJSKA, Maria. *Stres traumatyczny – Występowanie, następstwa, terapia*. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie „Żak”, 2002.
- MARTIN, Colleen E, Jana K. TRAN i Sam J. BUSER. „Correlates of suicidality in firefighter/EMS personnel”. *Journal of Affective Disorders* 208 (2017): 177-183.
- MOCKAŁO, Zofia. „Stres pourazowy w zawodzie strażaka – przegląd badań”. *Bezpieczeństwo Pracy: Nauka i Praktyka* (453), nr 6 (2009): 2-5.
- NAPORA Wojciech i Waldemar KLINKOSZ. „Style radzenia sobie ze stresem i motywacja osiągnięć studentów różnych kierunków studiów”. *Studia Społeczne* 12, nr 1 (2015): 53-62.
- NETCZUK-GWOŹDZIEWICZ, Marzena i Mariusz JĘDRZEJKO. „Wybrane problemy zapobiegania zaburzeniom stresu pourazowego u funkcjonariuszy Państwowej Straży Pożarnej”. *Logistyka*, nr 5 (2014): 1154-1166.
- OBUOBI-DONKOR Gloria, Folajinmi OLUWASINA, Nnamdi NKIRE, Vincent I. AGYAPONG. „A scoping review on the prevalence and determinants of post-traumatic stress disorder among military personnel and firefighters: implications for public policy and practice”. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, nr 3 (2022): 1565.
- OGIŃSKA-BULIK Nina i Zygfryd JUCZYŃSKI. „Konsekwencje doświadczanych negatywnych wydarzeń życiowych – objawy stresu pourazowego i potraumatyczny wzrost”. *Psychiatria* 9, nr 1 (2012): 1-10.
- OGIŃSKA-BULIK Nina i Igor LANGER. (2007). „Osobowość typu D i strategie radzenia sobie ze stresem a nasilenie objawów PTSD w grupie strażaków”. *Medycyna Pracy* 58, nr 4 (2007): 307-316.
- PAPIERNIK Beata, Piotr HOLAJN, Katarzyna ŻAK-JASIŃSKA i Andrzej BASIŃSKI. „Zespół stresu pourazowego w pracy zawodowej ratowników medycznych”. *Anestezjologia i Ratownictwo* 6, nr 3 (2012): 339-342.
- PASTERCZYK, Piotr. „Kultura jako zagrożenie i ratunek. Analiza kultury w świetle fenomenu naśladowania (mimesis) i wychowania (paideia)”. *Roczniki Kulturoznawcze* 3 (2012): 23-44.
- POPIEL Agnieszka, Bogdan ZAWADZKI, Ewa PRAGŁOWSKA, Paweł HABRAT i Patrycja GAJDA. *Skuteczne działanie w stresie. Program profilaktyki PTSD dla osób narażonych na traumatyzację zawodową*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2020.
- ŚLUSARSKA Barbara, Grzegorz NOWICKI, Dorota JĘDRZEJEWICZ. „Poziom odczuwanego stresu i czynniki stresogenne na stanowisku pracy ratownika medycznego”. *Pielęgniarstwo XXI wieku* 46, nr 1 (2014): 11-18.
- TATALA, Małgorzata. „Development of prayer in adolescence and youth”. *International Journal of Psychology and Counselling* 1, nr 7 (2009): 113-116.
- TATALA, Małgorzata. „The role of personal adjustment to developmental crises in improving quality of life”. *International Journal of Psychology and Counseling* 1, nr 10 (2009): 187-193.
- TATALA, Małgorzata. „Więź ze wspólnotą osób wierzących w okresie średniej i późnej dorosłości”. W: *Konteksty religijności i rodziny*, red. Monika Borowska, Jolanta Kraśniewska, 231-263. Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II. Wydawnictwo Naukowe, 2020.

- TATAŁA, Małgorzata. „Psychological aspects of religious morality in middle and late adulthood”. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio* 48, nr 4 (2021): 147-160.
- TATAŁA Małgorzata i Czesław WALESA. „Religijne decyzje życiowo doniosłe w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości”. *Horyzonty Psychologii* 6 (2016): 15-29.
- TATAŁA Małgorzata i Czesław WALESA. „Porównanie doświadczeń religijnych w okresie wczesnej, średniej i późnej dorosłości”. *Psychologia Rozwojowa* 26, nr 1 (2021): 37-48.
- TATAŁA Małgorzata, Czesław WALESA, Anna NOSEK i Karolina WAŁACHOWSKA. „Doświadczenie religijne osób we wczesnej i średniej dorosłości”. *Horyzonty Psychologii* 5 (2015): 45-62.
- VIOLANTI John M. i Anne GEHRKE. „Police trauma encounters: Precursors of compassion fatigue”. *International Journal of Emergency Mental Health* 6, nr 2 (2004): 75-80.
- WALESA Czesław i Małgorzata TATAŁA. *Rozwój religijności człowieka. Tom II: Młodzież*. Lublin: Wydawnictwo KUL, 2020.
- WITT Magdalena, Bogusław STELCER, Marta CZARNECKA-IWAŃCZUK. „Styl radzenia sobie ze stresem u strażaków narażonych na ciężki stres”. *Psychiatria Polska* 52, nr 3 (2018): 543-555.
- WOJCIECHOWSKA, Ludwika. „Subjectivity and generativity in midlife”. *Polish Psychological Bulletin* 48, nr 1 (2017): 38-43.
- WOJCIECHOWSKA, Ludwika. „Duchowość a subiektywny dobrostan osobowościowy, społeczny i emocjonalny osób we wczesnej, średniej i późnej dorosłości”. W: *Konteksty religijności i rodziny*, red. Monika Borowska, Jolanta Kraśniewska, 113-173. Kraków: Uniwersytet Papieski Jana Pawła II. Wydawnictwo Naukowe, 2020.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 11th Revision (ICD-11)*. Geneva: WHO, 2019.
- ZAWADZKI Bogdan i Agnieszka POPIEL. „Na rozstaju dróg: struktura objawów stresu pourazowego (PTSD) po DSM-5, a przed ICD-11”. *Nauka* 4 (2014): 69-86.

OCENA STRESU WYWOŁANEGO TRAUMATYCZNYM ZDARZENIEM
W GRUPIE RATOWNIKÓW MEDYCZNYCH I STRAŻAKÓW:
PRZYCZYNEK DO ROZUMIENIA KULTURY PRACY

Streszczenie

Celem niniejszej pracy było zglebienie problematyki oceny subiektywnego stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem (ang. *Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD) przez ratowników medycznych i strażaków. Badaniem objęto 195 mężczyzn ($n = 99$ ratowników medycznych). Do badań użyto Zrewidowanej Skali Wpływu Zdarzeń (ang. *Impact Event Scale-Revised*, IES-R). Głównym problemem badawczym była odpowiedź na pytania: czy ratownicy medyczni w porównaniu do strażaków cechują się wyższym poziomem oceny subiektywnego stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem oraz czy osoby w średniej dorosłości w porównaniu do osób z wczesnej dorosłości cechują się wyższym poziomem doświadczanego PTSD? Badania potwierdziły, że ratownicy medyczni i osoby będące w okresie średniej dorosłości osiągają wyższy poziom stresu wywołanego traumatycznym zdarzeniem oraz składowych PTSD: intruzji, pobudzenia i unikania.

Słowa kluczowe: ocena subiektywnego stresu; traumatyczne zdarzenie; ratownicy medyczni; strażacy; intruzja; pobudzenie; unikanie.

ASSESSMENT OF STRESS CAUSED BY TRAUMATIC EVENT
IN PARAMEDICS AND FIREFIGHTERS:
A CONTRIBUTION TO UNDERSTANDING WORK CULTURE

Summary

The purpose of the present study was to analyze ratings of post-traumatic stress disorder (PTSD) in paramedics and firefighters. The participants of the study were 195 men (99 of them were paramedics) who were examined with the Impact Event Scale-Revised (IES-R). The main research questions were: do paramedics, as compared with firefighters, display higher levels of PTSD? In addition, do individuals in middle adulthood compared to those in early adulthood have higher levels of experienced PTSD? The study confirmed that paramedics and those in middle adulthood are characterized by higher levels of the following components of PTSD: intrusion, hyperarousal and avoidance.

Keywords: subjective stress; traumatic event; paramedics; firefighters; intrusion; hyperarousal; avoidance.